

النّطاق النّفسيّة المعنوية

العدد التاسع والأربعون - المجلد الثالث عشر - كانون الثاني/يناير 2002

سيكولوجية الأزمات

جماعة من الباحثين

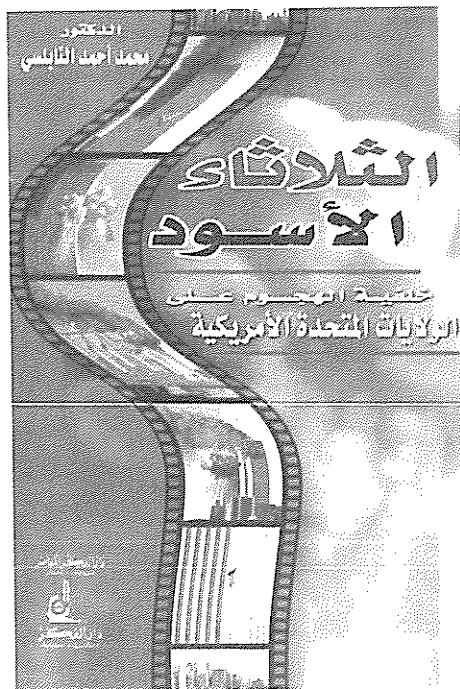
اختبارات الكوارث والأزمات
مكتبة الأزمة بالعربية
علم النفس حول العالم
الندوات والمؤتمرات
العلاج الخادع

اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية
انعكاسات الثلاثاء الأسود
الأثار النفسيّة للكارثة الطبيعية
الانتحار في عدن
مكتب الإنماء الاجتماعي

مركز الدراسات النفسيّة والنّفسيّة - الطبديّة
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





الثلاثاء الأسود

خلفية الهجوم على الولايات المتحدة

كتاب جديد للدكتور محمد أحمد النابولي يوظف فيه العلوم النفسية في الميدان السياسي / المستقبلي. حيث تشير تواريخ المقالات المنصورة في الكتاب إلى توقع النابولي اتفجار فوضى أمريكية داخلية منذ العام ١٩٩٧.

أهمية الكتاب أنه لا يدعى الحكمة بمفعول رجعي. بل هو يستبق الحوادث ليتوقعها بناء على تحليل نفسي مستقبلي. فالنظام الرأسمالي غير قابل للعولمة، والعنصرية داخل الولايات المتحدة غير قابلة للإحتواء. علاوة على استحالة الاستمرار في سياسة توريط الأصدقاء وابتزازهم.

من جهته يذكر المؤلف بنوع من الإعجاب طريقة كلينتون المرنة والدبلوماسية في استيعاب الفوضى الأمريكية وتصديرها إلى الخارج. حتى أنه يكتب في مقالة منشورة عام ٢٠٠٠ أن هذا الرئيس سيكون آخر الرؤساء الأميركيين المحترمين....؛ إذ يتوقع عجز خلفه عن الاستمرار في تصدير الفوضى إلى الخارج. بحيث يصبح اتفجاراتها الداخلي حتمياً.

وتتوضح هذه الفكرة في مقالته «سقوط الجبار الأميركي» المنشورة في ٢٠/٨/٩٩ وفيها يشير إلى أن سقوط الجبارة يأتي وهم في أوج قوتهم وبصورة مفاجئة. فيرى أن شمشون واخيل والاتحاد السوفيتي سقطوا كذلك. كما يرى أن على المسؤولين العرب الاحتياط لمثل هذه النهاية المحتلمة للجبار الأميركي.

وبما أن هذه المقالة هي الأكثر تعبراً عن تنبؤات الكتاب فإننا نقطع منها المقاطع التالية:

... يمكن تلخيص نقاط ضعف الجبار الأميركي بالمؤشرات التالية: ١. أنه يطالب بسطوة تعادل قدراته العسكرية. و٢. أنه عاجز عن تقديم الضحايا البشرية. ٣. إحتمالات الإرهاب الأميركي الداخلي. و٤. إنفجار أوكلاهوما الذي يخفى ثورات أميركية داخلية. و٥. الفراغ القيمي الذي يدفع الأميركيين للانسياق وراء البدع الدينية وغيرها. و٦. تنامي ميل الأجهزة الأمنية الأميركية للحصول على تمويل عبر العمليات السوداء. و٧. التاريخ المرضي للولايات المتحدة. الذي يتضمن حرباً أهلية وجملة حركات وحوادث عنصرية وإنقسامات داخلية متعددة الصعد.

أما نقطة ضعف الجبار الأميركي الاهم فهي الاقتصاد وتحديدً البورصة (وول ستريت). فالولايات المتحدة عاجزة عن الصمود أمام أزمة اقتصادية معقدة. وهي لم تختر التعرض إلى كارثة داخلية حقيقة. ومن مقالة التحليل النفسي ليوش الابن (٢٠٠١/١٣) نقتطف: ...إن الشكوك تحيط بمستقبل بوش. فهو انتخب بفارق ضئيل مما يجعل الشك يحيط بهدوء فترته الرئاسية وحتى بإكماله لها. كما أن أباوه ونائبه تشيني مصابان بآفات قلبية مميتة. أما التهديد الاكبر فهو قيام اضطرابات أميركية داخلية. وبعدها بشهر واحد اندلعت حوادث سينسيناتي العنصرية!!.

قراءة الكتاب توحّي بأن الثلاثاء الأسود ليس خاتمة الفوضى الداخلية الأميركية.

حسن الصديق
عبد القادر الاسمر
هيئة التحرير
روز ماري شاهين سلمى المصري دملج
سامر رضوان جليل شكور

الهيئة الاستشارية

احمد عبد الخالق - جامعة الكويت - كلية الاداب
احمد ابو العزام - رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية
اسامة الراضي - مجمع الراضي للطب النفسي
البيزابيت موسون - عضو شرف في محافل عالمية
انور الحراية - مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي
بشير الرشيدی - رئيس مجلس امناء مكتب الاماء الاجتماعي
جمال التركي - استشاري الطب النفسي / تونس
جيجمي بيشاي - مشفى المخاربين القدماء/ الولايات المتحدة
خليل فاضل - استشاري الطب النفسي / بريطانيا
صفاء الاعسر - مركز دراسات الطفولة / عن شمس
طلعت منصور - جامعة عن شمس - كلية التربية
عادل الاشول - جامعة الكويت - كلية التربية
فقيبة شلبي - الولايات المتحدة
زياد الحارثي - جامعة ام القرى - السعودية
عبد المستار ابراهيم - جامعة الملك فهد/ الظفيران
عبد الفتاح دويدار - جامعة الامارات
عبد العزيز الشخص - جامعة عن شمس - كلية التربية
عبد الرزاق الحمد - جامعة الملك سعود - كلية الطب
عبد الجيد الخليدي - جامعة عدن - كلية الطب
عدنان التكريتي - رئيس تحرير الجلة العربية للطب النفسي
علي زبعور - الجامعة البنانية - كلية الاداب
فاروق السنديوني - جامعة واغا واغا/ استراليا.
فرج عبد القادر طه - عضو المجتمع العلمي المصري
فيصل الزراد - مستشفى الطب النفسي / ابو ظبي
قادری حفني - قسم الدراسات الانسانية/ عن شمس
محمد حمدي الحجار - استاذ الطب النفسي السلوكي / سوريا
محمد الطيب - عميد كلية التربية / جامعة طنطا
محمد نجيب الصبوة - رئيس تحرير دراسات نفسية

قيمة الاشتراك السنوي

- الافراد ٤٤ دولار اميركي - للمؤسسات ١٠٠ دولار اميركي
ثمن النسخة عشرة دولارات اميركية او ما يعادلها.

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

النهاية النفسية المختصة

رئيس التحرير
محمد أحمد النابلي

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 ا لمجلة 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 المعايير المحددة مسبقاً.

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

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

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

الثقافة النفسية للجميع

يسرنا ان نعلمكم اتنا بصدق الانتهاء من انشاء موقع للثقافة النفسية الشاملة عبر الانترنت.. ويسرنا دعوتكم للتعاون معنا والمساهمة بكتاباتكم وآرائكم وملحوظاتكم..

ويتضمن الموقع مقالات في مختلف العلوم النفسية والتربوية والسلوكية والطب النفسي، وهو يخاطب القارئ العام أساساً ول ايضاً يخاطب القارئ المتخصص من خلال مقالات وزوايا معينة.

ويمكنكم مشاركتنا بكتاباتكم باللغة العربية من خلال المحاور التالية:

- ١ - مقالات ودراسات خاصة بكم منشورة سابقاً او غير منشورة.
- ٢ - مختصرات وملخصات لرسائل تخرج او دراسات اخرى تحت اشرافكم او مشاركتكم.
- ٣ - اخبار وتعليقات عن مؤتمرات او محاضرات او ندوات.
- ٤ - ترجمات وتطبيقات عن مواضيع حديثة او ذات اهمية خاصة اطلعتم عليها.
- ٥ - عرض وتقديم لكتاب او موضوع منشور مع تعليقات نقية اذا كان ذلك مناسباً.
- ٦ - ملاحظات وآراء ووجهات نظر حول المشكلات العملية والواقعية في ممارسة اختصاصكم.
- ٧ - نوادر وحكم وامثل وقصص طريفة او ذات فائدة عامة مرتبطة بالامور النفسية.
- ٨ - حكايا يومية من واقع عملكم مؤثرة ترغبون بكتابتها وتعليق عليها.
- ٩ - آية كتابات تجدون انها مناسبة للنشر ومرتبطة بقضايا نفسية واجتماعية تربوية عامة او تخصصية.

١٠ - المشاركة في تحقيقات او ندوات يطرحها الموقع على صفحاته مع آخرين من خلال الاجابة على استلهنها لكم.

١١ - المشاركة في مقابلة شخصية عامة تعريفية بكم.

يرجى تزويدنا بمختصر عن سيرتكم الذاتية وشهادتكم ونشاطاتكم العلمية والمهنية ومجالات الاهتمام الخاص او الخبرة الخاصة وسمى عملكم الحالي. ول ايضاً صورة شخصية او اكثر مع آية مطبوعات او كتب لكم. ويرجى كتابة عنوان المراسلة وارقام الاتصال والفاكس والبريد الالكتروني.

ويسرنا ان نرحب بانضمامكم الى هيئة التحرير والتي لا تزال مفتوحة لكل الكتاب الاختصاصيين..

ويمكنكم الكتابة اليانا دائمآ للمزيد من الحوار.

واخيراً.. نكرر سرورنا بتعاونكم مع «موقعنا جميماً» بما فيه الخير والفائدة للجميع ان شاء الله.

د. حسان الملاح / مدير التحرير

استشاري الطب النفسي / ص.ب ١٤٧٦٣ جدة ٢١٤٣٤

هاتف وفاكس: ٩٦٦٢ ٦٧٣٠٤٨٥

E-Mail: almaleh@doctor.com

الابواب الرئيسية: رأي / الموضوع الرئيسي / المشكلات الزوجية / حول المرأة / اطفالنا / قضايا اجتماعية نفسية / الطب الجنسي النفسي / قرأت لك / فوائد من المجالات العربية / طرائف نفسية وطبية / ابتسامات نفسية وتحليلات / لوحة وتعليق / اختبر معلوماتك / كلمات اعجبتني / دراسات / اختبارات نفسية / للاختصاصيين: ١-٣ / القاموس النفسي العربي / مقالات مترجمة / حكايا يومية من العيادة النفسية / بين الاختصاصات الطبية والنفسية / اخبار نفسية / من رسائلكم اليانا / كاريكاتير / لكل سؤال اكتر من جواب / دليل الاختصاصيين والخدمات العلاجية والموقع / شخصيتك من رسمك / مقابلة شخصية / مسابقة وجوائز / سجل معنا / اخبار صديقك / سجل زيارتك / وغيرها ...

المحتويات

٦	عزيري القارئ
٧	قضية العدد
١٥	علم النفس حول العالم
٤٥	الدورات والمؤتمرات
٦٧	مكتبة الثقافة النفسية

محور العدد

سيكولوجية الأزمات

٨٢	اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية/ أ.د. قاسم حسين صالح
٩٧	انعكاسات الثلاثاء الاسود/ أ.د. محمد احمد النابلي
١٠٠	الآثار النفسية للكارثة الطبيعية/ أ.د. محمد حمدي الحجار
١٠٧	الانتحار في عدن/ د. معن عبد الباري قاسم
١١٨	مكتب الانماء الاجتماعي/ د. مها ناجي غنام
١٢٦	مكتبة الأزمة بالعربي
١٣٤	اختبارات الكوارث والازمات
١٧٣	الأسرة المأزومة: أبعاد المعاناة وآليات المواجهة/ د. فهد عبد الرحمن الناصر



عزيزي القارئ

تماز القردة الراقية بقدرتها المميزة على تقليد البشر. وهي تقوم بهذا التقليد بحماسة وعدوانية. ويلاحظ كوهلر، مؤلف كتاب ذكاء القردة الراقية، أن القرود تستعيد ممارسة التقليد ولكن بدون برمجة. أي بشكل عشوائي يفتقر للسلسل المنطقي. وهذا ما تفعله إسرائيل شارون راهناً. فهي تريد اليوم تقليد الإبادة الأميركية للهندو الحمر وتطبيقها على الفلسطينيين. كما ت يريد تقليد محاربة الإرهاب بتطبيقه على الأغيار الموافقين عدها وهم عرب بحكم الصدفة. فالعدوانية الصهيونية مستعدة للتوجه إلى الأغيار عرباً كانوا أو غير عرب. وتكتفي الإشارة إلى توجيه هذه العدوانية نحو الأوروبيين، من حين لآخر كي ندرك هذا الاستعداد.

أمام هذه العدوانية الصهيونية ومعها ادعاءات الحق الأميركي كي نجد عالمنا العربي مهدداً بسلسلة من الكوارث قطبيها الأول مجاعات، وقطبيها الثاني إفقار العرب القادرين وتحويلهم إلى العجز. وبين القطبين تهديدات عسكرية وإقتصادية وحصارات متعددة الدرجات. فكان من الطبيعي أن نخصص ملف هذا العدد لـ «سيكلولوجية الأزمات». دون مجرد الادعاء بالاحاطة بموضوعه لغياب عنصر أساسي في الملف. عيننا به دراسات سيكلولوجية الانتفاضة التي ما زلنا بانتظار الرملاء الفلسطينيين كي يوافقونا بها.

مقابلة هذا العدد استبدلت بجملة مقابلات مختصرة مع قائمة من الأساتذة العرب في باب علم النفس حول العالم. أما الكتب فنعرض منها في هذا العدد: ١. النفس المغلولة/ سيميكولوجية السياسة الإسرائيلية. و٢. الصحة النفسية في السعودية. و٣. الأسرة والوقاية من الادمان. و٤. نحو استراتيجية عربية لمواجهة الصدمات والكوارث. و٥. الثلاثاء الأسود/ قصة الهجوم.

ونأتي إلى الندوات والمؤتمرات حيث يعرض منها هذا العدد: ١. مؤتمر علاج العجز الجنسي. و٢. المؤتمر العربي للعلوم النفسية و٣. ندوة التضامن مع الانتفاضة - القاهرة. و٤. مؤتمر أبو ظبي للتقدير والقياس.

نأمل عزيزي القارئ أن تفي محتويات هذا العدد بالأهداف التي توخيتها لتفعيل الاختصاص وجعله على علاقة مباشرة بحاجاتنا المجتمعية والانسانية. متندين لك عاماً سعيداً وحلولاً إنسانية متعدنة للتهديدات التي تتعرض لها بلادنا. كما نتمنى عليك موافاتنا بكل الملاحظات الممكنة للمساعدة على تطوير هذه المجلة وترسيخ فعاليتها وأثرها. وكل عام وأنتم بخير. أسرة التحرير

الاستجابة للعلاج الخادع (البلاسيبو)

«الطب لا يزال عاجزاً وهو سيظل كذلك». بهذه الكلمات أسر أحد كبار أساتذة الطب العالميين في كتاب له بعنوان «الطب كفایات وإحبطات». وتردد أزمة الطب في محاولاته الحفاظ على علميته في وجه الشفاء العجائبي وشعبته. ومن أهم فروع هذا الشفاء فرعان يشكلان تحدياً مؤرفاً للطب. الأول هو: الشفاء بالإيحاء والثاني: الشفاء بالبلاسيبو أو العلاج الخادع. ويندخل هذان الفرعان حتى يصعب الفصل بينهما.

وبحدها براغماتية الطب الأميركي تخطت المعرفة إلى الدرامية فاستطاعت تجنيد ممارسات شفائية عديدة لخدمة المرضى على الرغم من الشك بعلميتها. لذلك كان من الطبيعي أن ينشأ الطب السيكوسوماتي في أحضان الطب الأميركي. ومن ثم ان يتسرّب إلى أوروبا كي يكتسب بعض العقائد النظرية. وأآلية الشفاء بالبلاسيبو لا تختلف في رأينا عن آليات السيكوسوماتيك الشفائية. إذ يحرك الدواء الخادع الآليات السيكوسوماتية التي لا تزال غامضة وغير محددة بدقة علمية كافية.

من هنا تركيزنا واهتمامنا بالكتاب الصادر حديثاً في الولايات المتحدة تحت عنوان: «الاستجابة للدواء الخادع» الذي نعرضه في ما يلي:

ان الامر يبدو كما لو كان معجزة طيبة، بل هو بالفعل معجزة حيث استطاع الاطباء بشكل ما علاج امراض لم يُعرف لها علاج بصورة قاطعة من خلال الایحاء للمريض والحالة الآتية تمثل نموذجاً لهذه «المعجزة» فالمربيضة كانت تعاني من حالة مرض «باركتنسون» الشلل الرعاش، حتى ان الصور التي التقطت لها اظهرت حدة هذه الحالة لدرجة ان المربيضة لم تكن تقوى على السير بضع خطوات، ولكن بعد حوالي شهرين قامت إحدى المحطات التليفزيونية الاخبارية بتصوير هذه السيدة المربيضة وهي تسير بشكل طبيعي في غرفتها بعد اجرائها لاحدى جراحات المخ لعلاج المرض. المفاجأة ان الجراحة التي اجريت للمريضة كانت وهمية ونوعاً من «الايحاء» او «الايهام» حيث اكد لها الاطباء انها ستخضع للعلاج في اطار دراسة على عمليات زرع الخلايا وبالفعل تم وضع المربيضة تحت تأثير المهدئ واحداث بضعة ثقوب في الججمحة دون نقل اي خلية جديدة للمخ، وبالتالي فان حالة التحسن التي طرأت عليها كان مرجعها رد فعلها الایحائي او اثر الد «بلاسيبو» واكدت الابحاث ان المرضى الذين خضعوا لهذه الجراحات الایحائية قد حققوا فائدة مماثلة للذين مروا بعملية زرع خلايا في المخ.

ولعشرات السنوات التي مضت كان ينظر لأثر الد «بلاسيبو» على اعتبار انه الحجة الاخيرة للاطباء غير المتمكنين والذين لم يكن لديهم علاج حقيقي يقدمونه لمرضاهem. بينما كانت حالات

التحسين التي يشعر بها المرضى في حالات وهمية «نصيب» مرض الوهم الذين يعانون أمراضاً خيالية وأخيراً أصبح تأثير الـ «بلاسيبو» موضوع دراسة علمية جادة.

والواضح أن العقل يمكنه شفاء الجسم إذا امتلاً بروح الأمل والتفاؤل. والسؤال هو: هل بإمكاننا تفجير قوى البلاسيبو عن وعي منا أو بإرادتنا؟ سؤال طرحته مجلة نيوزويك الأمريكية في عددها الصادر في شباط الماضي ضمن موضوع عن البلاسيبو أو العلاج بالايحاء وذكرت المجلة ان الباحثين استطاعوا التعرف إلى عدة طرق او روابط تربط بين الحالة العقلية والصحة الجسدية. ونحن نعرف على سبيل المثال ان الافكار المهدئة تبطئ من انتاج هرمونات التوتر الضارة.

وفي جامعة هارفارد قالت العالمة. «ان هارنجتون»: ان الـ «بلاسيبو» هو الاكاذيب التي تساعد على الشفاء، وإن كثيراً من الاطباء يلجأون إلى هذا الاسلوب في معالجة مرضاهم، ففي الأربعينيات لجأ الاطباء الأمريكيون إلى اعطاء مرضاهم اقراصاً من السكر وايهامهم بأنها عقاقير طبية نافعة واستطاعوا من خلال هذه الاكاذيب ان يساعدوا على شفاء مرضاهم، واكتشف الاطباء ان الايحاء قد يكون أكثر فاعلية من العقاقير الطبية.

وفي ولاية تكساس ابتدع الاطباء عملية جراحة اسمها جراحة اللاشيء او العدم استخدموها بكثافة في علاج آلام الركبة والمفاصل ويقومون بخداع المرضى واجراء فتحة كبيرة بالشرط حول الركبة دون ان يفعلوا اي شيء داخلها وكانت المفاجأة انه بعد عامين من هذه الجراحة الوهمية امتنى جميع المرضى للشفاء واختفت الآلام واصبحوا يعيشون حياة طبيعية.

وفي مجال علم النفس اكتشف الاطباء انهم يستطيعون تحقيق الشفاء لمرضى الاكتئاب النفسي باستخدام تكنيك البلاسيبو وفي دراسة حديثة لمرضى الصلع تبين ان استخدام هذا التكنيك الوهمي يساعد على عدم سقوط الشعر ونموه بشكل غزير. وفي جزيرة كوشير في فنزويلا تم اجراء تجربة على الاطفال المصابين بمرض الربو بحيث كان يقدم لهم دواء لتوسيع الشعب الهوائية مطحوناً. و«شمرة» من الفانيлиا ثم بدأوا بعد ذلك في منع تقديم ادوية توسيع الشعب والاكتفاء بالفانيليا وللغرابة فإن رائحة الفانيليا وحدها كانت تعمل على زيادة كفاءة عمل الرئة لدى الاطفال المصابين بشكل بلغ ٣٣٪ مثلاً لاستخدام الادوية الموسعة للشعب وحدها.

وفي مجال العلاقات الجنسية كان تأثير الـ بلاسيبو عظيماً بالنسبة للرجال والنساء على حد سواء. وكذلك في مجال القضاء على الآلام، وفي ذلك يقول العلماء ان هناك مادة يفرزها الاندورفين وهي شبيهة بمادة المورفين التي يقدمونها لتخفيف الآلام وهذه المادة يمكن إفرازها بالإيحاء والإيمان. وربما امكن للاطباء يوماً التلاعب بهذه الانظمة ميكانيكيآ من خلال حفز الاعصاب المتحكمة فيها. وكما يفعل الاطباء بارسال الرسائل الایحائية للمرضى يمكن للمرضى ايضاً ان يفعلوا نفس الشيء واحدى هذه الاستراتيجيات هي فحص دراسة القصص او الحكايات التي نقلتها لأنفسنا وللآخرين. فالقصص بمثابة أدوات قوية لأننا عندما نذكرة رواية عن شيء ما نشعر بأننا قد خسرنا هذا الشيء وفي حالات المرض فأننا نتجه للتراكيز على اللحظات غير السعيدة مما قد يتسبب في تدهور

حالة المريض من خلال دعم مشاعر العجز والانهزامية، وهذه ليست كل السيناريوهات التي يمكننا بناؤها، فقد كان هناك مريض يعاني من نوبات صداع نصفي متكررة بسبب بحثه عن وظيفة، وعند النظر عن قرب إلى القصة التي يرويها عن المرض اكتشف أنها تزيد من حدة نوبات الصداع، حيث أنه عند بوادر الألم يقوم بتكوين نظرية مفرغة عن العجز الشام الذي سيصاب به قريباً ومجرد أن تعلم هذا المريض كيف يؤكّد لنفسه قدرته على التعامل مع نوبات الصداع خفت بالفعل حدة هذه النوبات وسرعان ما بدأ عملاً جديداً، وبعد عام من العمل لم يتغير سوى يوم واحد بسبب الصداع!

وطرق قوى بلاسيبو ليست دائماً سهلة ففي بعض الأحيان تكون الاستراتيجية المناسبة الوحيدة هي الانضمام لأحدى جمادات مساندة المريض، والتي يمكن من خلالها من طرح قصته ومشاركة الجميع فيها والاستفادة من آراء الآخرين.

وفي دراسة أجريت منذ الثمانينيات في «ستانفورد» جاءت نتائجها لتؤكّد أن مرضى سرطان الذي الذين اشتركوا في جماعة المساندة عاشوا لمدة 18 شهراً أكثر من هؤلاء الذين تلقوا علاجاً تقليدياً.

ويروي مؤلف الكتاب تجربة ثبت بوضوح أكثر كيفية عمل الصيدلية الداخلية للجسم من خلال تجربة زوجته الشخصية «دارلين» وهي راقصة فنون شعبية كانت قد أصبحت بتوء عظمي في قدمها بسبب لها آلاماً شديدة فعند الكشف عليها قرر الأطباء أنه لا بد من إجراء عملية جراحية لازالة هذا التتوء، لكنها رفضت ذلك لارتباطها بعرض راقصة مهمة مع فرقها، ثم حدث أن التقت «دارلين» بأحدى المعالجات الروحانيات وتدعى «باتريشيا» التي طلبت منها إغماض عينيها والاستغراف في حالة استرخاء تام واستدعاء حالة من التوازن الصحي والكمال الجسدي تشبه حالتها الطبيعية دون أن تشعر بأي ألم في هذه الجلسة التي لم تستغرق سوى دقائق.

وطبقاً لتوالي سرد التجربة فإن دارلين لم تكن تؤمن بجدوى هذه المحاولة العلاجية ورغم أنها لم تلحظ أي تغييرات في حالتها إلا أنها عادت مرة أخرى إلى «باتريشيا» لتكرار المحاولة وتصادف أن «دارلين» كانت غير مرتبطة بآية عروض راقصة في ذلك الوقت وانشغلت بشيء آخر ونسبت تماماً التتوء العظمي في قدمها.

وبعد شهر لاحظت اختفاء التتوء من قدمها تماماً ولم يعد بعد ذلك أبداً!

وهناك أكثر من احتمال لتفسير ما حدث لدارلين: الأول هو نجاح العلاج الروحاني الجسدي لمعالجة باتريشيا على الرغم من عدم وجود أي دليل علمي يؤكّد ذلك وهو الأمر الذي يطرح سؤالاً مهماً: هل يمكن أن يكون لمثل هذه القوة العقلية تأثير على ما حدث لدارلين؟ يجيب الكاتب أنه لا بد أن تترك المجال مفتوحاً لهذا الاحتمال فهناك مقوله معروفة بين الأطباء تشير إلى أننا ما دمنا لا نملك دليلاً علمياً على أن هناك نوعاً معيناً من العلاج له تأثير على مرض ما فهذا لا يعني أنه ليس له أي تأثير على الأطلاق، والاحتمال الثاني هو ضمور التتوء العظمي ذاتياً ويعتمد هذا الاحتمال بصورة أساسية

على فكرة النظر الى العظام على انها جزء من اجزاء الجسم بل ان الحقيقة انه من اكثرا النسجة الجسمية ديناميكية ولذلك فقد نما من هذا النسيج جزء ظهر على هيئة نتوء نتيجة لضغط موضعي على العظام وعند انتهاء هذا الضغط وجد الجسم انه ليس هناك حاجة لهذا الجزء الزائد فامتصه.

اما الاحتمال الثالث فهو ان التتواء العملي تحسن من تلقاء نفسه وهذا الاحتمال لا بد ان يوضع في الاعتبار لأن هناك عاملان اخران هو «التطور التاريخي الطبيعي» للمرض وهو من الاشياء المهمة التي تشبه الاستجابة الحقيقية للعلاج بالبلاسيبو، الا ان هناك عاملان واحدا يقف ضد هذا الاحتمال وهو ما يعتقده اثنان من الاطباء الممارسين وهو ان هذا التتواء استمر وقتا طويلا للدرجة انه لا يمكن معها ان يختفي من تلقاء نفسه.

والجسم البشري يفرز تلقائيا مادة تسمى «الشفاء الذاتي» لكنه أحيانا يكون بطريقا في افراز هذه المادة وفي هذه الحالة يكون في حاجة الى مساعدة خارجية لحت صيدلية الجسم على العمل بكفاءة اكبر. وكذلك الاستجابة للعلاج بالبلاسيبو، فهي تحتاج الى مساعدة خارجية تمثل في بعض العقاقير الاصحاحية لتساعد على الشفاء.

وجسم الانسان تركيبة معقدة يعد احد اهم ملامحها تكوينه للعلاج المناسب للخلل الوظيفي الذي قد يصيب احد اجزائه. فهو يقوم بافراز بعض العناصر الكيميائية او توماتيكيا لعلاج المرض بقدر معين وهو ما يعرف بالصيدلية الداخلية اي المصطلح الذي يلتقي ببعض من الضوء على الاستجابة للعلاج بالبلاسيبو الذي طال الجدال حوله في القرن الماضي.

وعندما نأخذ نظرية «الصيدلية الداخلية» في الاعتبار لا يمكننا ان نرى فرقا ملحوظا بين قدرة الخيال على العلاج والقوى الجسمية المتأصلة للعلاج.

فالصيدلية الداخلية هي إحدى القوى الجسمية المتأصلة للعلاج يعني انها موجودة كجزء اساسي من اجزاء الجسم، فهي ليست خاصية مكتسبة يكتسبها الجسم بالخبرة او الممارسة ولا هي خاصية اضافية.

وفي العلاج التلقائي يتوجه الجسم لشفاء نفسه دون الاعتماد على اية رسائل داخلية او خارجية موجهة للمنخ لاستثارة هذا العلاج.

لكن في العلاج بالبلاسيبو يعتمد الجسم بصورة اساسية على رسالة موجهة إليه لها ايهام معين ويتم توجيهها للمنخ اما عن طريق المريض نفسه واما من الشخصية المعالجة له.

هذه الرسالة تعمل على حث المنخ ودعمه لرفع تأثير علاج موجود بالفعل في داخل الجسم او يعني تحسين سير العملية العلاجية ويصنف د. اندرود تايلور مؤسس علم التخدير بأنه «مخزن الدواء الالهي».

كما تمكن العلماء مؤخرا من التوصل الى ان جسم الانسان يقوم بانتاج مادة كيميائية مخدرة هي «اندروفين» التي تعمل على التخدير وتسكين الآلام والتي يتم انتاجها ضمن عناصر الصيدلية الداخلية للجسم.

وليست هناك قاعدة تقضى باختيار الجسم او تفصيله بين العلاج الداخلي او الخارجي لشفائه وإنما يحدث الشفاء السريع عن طريقربط العلاج الخارجي بنتائج عمل الصيدلية الداخلية.

ومن الملاحظ ان الاتجاه العام في الطب او في اي نظام علاجي يعتمد الى حد كبير على مهارة وقوة المعالج مع اهماله القراءة العلاجية للمريض وهو الاتجاه الذي يحاول الطب البديل تبنيه هذه الايام مما زاد من شعبيته عن العلاج التقليدي بمراحل.

ويعتبر مصطلح «الصيدلية الداخلية» عاملاً مهماً يؤكّد مساهمة المريض الفعالة في العملية العلاجية وهو كما يقول الكاتب المصطلح الذي يعطي صورة شاملة وايجابية وموضوعية للعلاج بالبلاسيبو لأن عدم التأكّد من نتائج العلاج بالبلاسيبو يعتبر إحدى النقاط الأساسية التي تقدّمنا إلى وجهة النظر الإيجابية خاصة التي تسقط من اعتبارها او تتجاهل الدور الفعال للصيدلية الداخلية في تقديم العلاج والتي يجعل العلماء يرفضون الاقتناع بالعلاج بالبلاسيبو لأنهم يفضلون الحقائق والامور التي يمكن التنبؤ بنتائجها من خلال وقائع تقترب من درجة القرآنين خاصة الاستجابة للعلاج بالبلاسيبو لا تعطى نفس النتائج دائماً فالعلاج الذي ينبع مع بعض المرضى ربما لا يفيد في حالات أخرى مشابهة.

وللتأكّد من نسبة الشفاء المذكورة في الدوريات العلمية نتيجة لاستخدام العلاج بالبلاسيبو لعلاج قرحة المعدة وهي شفاء ثلث المرضى المعالجين بهذه الطريقة قام بعض الأطباء بإجراء دراسة على استخدام البلاسيبو مع مرضى القرحة ومقارنته باستخدام دواء جديد كان قد ظهر في السبعينيات واعتبر ثورة في علاج القرحة في ذلك الوقت لانه يعمل على ارجاع الحامض المعدى السبب الرئيسي لحدوث القرحة.

وكانت النتيجة ان النسبة المذكورة التي تم شفاؤها عن طريق العلاج بالبلاسيبو قد اقتربت تماماً من طرق العلاج التقليدية الأخرى وهي نسبة صحيحة وحقيقة.

من هنا فان السبب الحقيقي وراء عدم اقتناع العلماء بهذه النسبة هو عدم اهتمام العلماء بالنتائج التي يتحققها العلاج بالبلاسيبو لذلك فانه عندما تساوى نتائج العلاج بالايحاء مع اي نوع تقليدي آخر فان العلماء يذكرون نجاح العلاج التقليدي فقط دون العلاج بالبلاسيبو.

والقضية الحقيقة - على حد تأكيد الكاتب - للعلاج التقليدي ليست في كيفية نجاح تعامله مع المرضى الذين يتوجهون لاستخدام العلاج البديل. ولكن في كيفية استعادة العلوم والمعرفة التي افتقدناها عن هذا النوع من العلاج.

والاستجابة للعلاج بالبلاسيبو من خلال الصيدلية الداخلية للجسم تمثل نقطة تقاطع مهمة مع العلاج التقليدي والبديل، خاصة ان العلاج التقليدي ما زال يلقى الاهتمام والاستحسان عن العلاج البديل اكثر من اي وقت مضى.

وبالمقارنة بين طرفي العلاج التقليدي والبديل يجب ان نضع في الاعتبار ان كلتا الطريقتين قد تم استخدامهما على نطاق واسع في مجال العلاج. الا انهما كانتا كثيرا ما تمحجان المعلومات اكثر

ما ترضحانها.

وقد اوضح اطباء العلاج التقليدي الى اي مدى تصل اهمية ارتباط العقل بالجسم وهو ما يتحقق باشراك المريض في العملية العلاجية بجميع مراحلها على نحو يقوم به اطباء العلاج البديل الذين يوثقون علاقتهم بمرضاهم بينما يكتفى الاطباء الآخرون بمجرد اعطاء المريض الدواء من دون التحدث معه او الاستماع اليه لانه ينظر اليه باعتباره مجرد مستقبل للدواء وبالتالي يصبح شفاؤه متوقعا مع اغفال تام للطبيعة النفسية للمريض و موقفه من الشفاء.. ورغم ذلك اضطر الاطباء التقليديون الى الاعتراف بالطلب البديل عن تراضي منهم واقتناع.. مما ادى الى قيام بعض الاطباء التقليديين بدراسة العديد من انواع الطب البديل لعلاج مرضاهم بالطريقة التي يريدونها.

وهناك فارق كبير بين العلاج التقليدي والبديل اليوم الذي يعتمد بصورة اساسية على الاستجابة للعلاج باللابسيو ليحقق نتيجة جيدة في الشفاء اكثر من الدواء التقليدي لأن هناك بعض الامراض التي لا يمكن علاجها بالعلاج التقليدي وفي هذه الحالة يبدأ المريض في البحث عن العلاج البديل للقضاء على الآلام المزمنة والتهاب المفاصل الذي لا يتأثر ولا يتحسن بالعلاج التقليدي ولأن المعالجين ينظرون للمرضى باعتبارهم عاماً فعالاً ومشاركاً في العلاج ويضع المرضى موضع التحكم او المنظم للعلاج فيما يختار الأعشاب المريحة وانتقاء المعالج الروحاني المناسب.

ووجدت الاستجابة لللابسيو اخيراً مكانها المناسب والصحيح في الشفاء مع العلاجات الأخرى ويرجع ذلك إلى نقطة التلاقي الخصبة بين كل من العلاج التقليدي والبديل.

ويرى الكاتب ان هناك تأثيراً رمزياً لكلا الطريقيين التقليدية والبديلة والتي يعزز إليها التأثير في معنى ما إذا كان الشخص مريضاً أو معافى كما أن النوعين من العلاج يتطلبان فترة زمنية طويلة لتحقيق الشفاء.

والحالات التي استجابت للعلاج باللابسيو كانت كلها نتيجة لتحدث المريض عن مرضه ووجود من يستمع له ويجد في المقابل شرحاً لمرضه وطريقة علاجه وما المفروض أن يفعله تجاهه. ويشعر بن هناك من يهتم به ويشعر باهمية هذا الاهتمام. مما يؤدي إلى وصول المريض إلى احساس قوي بالقدرة على التحكم في مرضه أو أعراضه.

وفي الحقيقة يبدو ان هذه الطريقة مؤثرة في الحالات الحرجة التي يواجهها العلاج التقليدي ولا تأتي بنتيجة جيدة. أما نوعية المرضى الذين يقبلون على الطب البديل فهي لا تقتصر على فئة معينة وإنما تندى إلى المتعلمين والمصابين بامراض خطيرة بالإضافة إلى الامراض النفسية.

ويرى د. تيد كابتشوك. ود. ديفيد ايزنبرغ من كلية الطب في جامعة هافارد ان سبب جذب العلاج البديل للمرضى اولاً ان الطبيعة والمؤثرات الطبيعية كلها معاً تعتبره قوة فعالة والتي تعتبر مؤشراً جيداً بالنسبة لنا. ان تكون قوة الطبيعة متكافئة معاً في صفتنا وثانياً لأن العلاج البديل مليء بالعلم والمعلومات التي يمكن ان تقرأها في كتاب وان تتعلم كيفية العلاج بنفسك وليس له اي علاقة بالكيميات او بالطبيعة الحيوية.

وكذلك دخلت الروحانيات في كثير من العلاجات البديلة مثل العمل اليومي للمحافظة على صحتك سليمة يمكن ان يشبه الطقوس الدينية او مثل تناول بعض الاعشاب لكي تظل بصحة جيدة او للشفاء من المرض وبرور الوقت تصبح مثل هذه الاشياء اليومية البسيطة ضمن معاني الاصلاح. ويرى الكاتب ان التسامح والرغبة في الشفاء هما من الاشياء التي تفتح الطريق للصيدلية الداخلية للجسم لتؤدي عملها بصورة فعالة وبالتالي تم الاستجابة لتؤدي عملها بصورة فعالة ومن ثم الاستجابة للعلاج والشفاء العام.

والدليل على ذلك ما حدث اثناء الحرب العالمية الثانية في الوقت الذي لم تكن تعلم فيه ما تعرفه الان عن الصيدلية الداخلية. اصيب بعض الجنود في الحرب وكانوا يقيمون في المستشفى لتلقى العلاج وعندما علموا ان حالتهم الصحية في تحسن مما قد يجعلهم يعودون مرة اخرى لساحة القتال ولأن صورة زملائهم الذين قتلوا في المعركة كانت لا تزال في مخيالهم وعلى الرغم من رغبتهم في الدفاع عن وطنهم الا انهم لم يكونوا سعداء بهذا التحسن نتيجة لشعورهم الداخلي بأنهم ربما يلاقون نفس مصير زملائهم القتلى مما اثر في معدل تحسن حالتهم الصحية وذلك لأن الصيدلية الداخلية لم تقم بعملها بصورة فعالة نتيجة لهذا الشعور الداخلي مما اثر في معدل تحسن حالتهم الصحية لأنهم لم تكن لديهم الرغبة في الشفاء.

اما ريتشارد ٤٠ سنة فقد اصيب بالشلل نتيجة لحادث سيارة ادى الى كسر العمود الفقري مما ادى الى جلوسه على كرسي متحرك واصيب بحالة اكتئاب لانه اصبح عالة على زوجته التي تعمل لرعاية الاسرة كما اصيب ايضا بالام في ذراعيه نتيجة لاستخدامه عضلات يده في تحريك.. الكرسي وقام بتجربة انواع كثيرة من الادوية دون فائدة وحاول الطبيب ان يعرف سبب غضب تشدد المستمر وتحدث معه فصارحه انه لن يسامح السائق المسؤول عن الحادث ابدا لانه السبب فيما يعاني منه الان ولكن عندما علم من الطبيب ان وضعه هذا سيستمر ولن يتغير بدأ في الغفران والتسامح تدريجياً وعند ذلك بدأ الالم يختفي.

يقول الطبيب ان التسامح والمغفرة اداة قوية لمساعدة الصيدلية الداخلية على العمل بكفاءة عندما يكون هذا التسامح حقيقيا.

اما حالة رودني الذي كان يعاني من انفصام في الشخصية وكان يتابعه د. اوين من مستشفى ماساتشوستس فعندما رفض التحدث الى الطبيب اعطاه دواء لتهدئته وعلى الرغم من انه كان يزيد الجرعة تدريجيا الا انه لم يكن يؤثر في حالته حتى جاء يوم بدأ فيه رودني التحدث مع الطبيب وقال له: انك كنت دائما تحاول مساعدتي ولم تغضب مني على الرغم من اني كنت ارفض التحدث اليك وانا الان ساتناول العلاج ولكن الاقراظ وليس الحقن لاني كنت اكرهك واكره الطريقة التي كنت تعالجني بها.

وبعد تناول رودني للدواء تحسنت حالته خلال اسبوع والسبب في ذلك هو ان الصيدلية الداخلية يمكن ان تمنعك من التحسن اذا لم تكن لديك الرغبة في الشفاء.

والتسامح له شقان: شق مع الغير وذلك عن طريق تطهير النفس من المشاعر السلبية نحو الآخرين مثل تسامح والد احدى الفتيات التي لقيت حتفها في حادث انفجار او كلاهوما مع والد القاتل حين شعر بمسانته لانه مضطر لتسليم ابنه لواجهة حكم الاعدام فتخلى عن شعوره العدائي للقاتل وتعامل معه من وجهة نظر متسامحة مما دفع عنه الاعراض المرضية التي كانت قد بدأت تظهر عليه كنتيجة لمشاعر الكراهية والعداء التي تمكنت منه.

الشق الآخر هو التسامح مع النفس وهذا هو الاهم وهي نقطة يغفلها الكثيرون فالحساس المريض بمسؤوليته عن مرضه او عن عدم تحقيق الشفاء المرجو يتسبب في مضاعفة الالم واستدداد وطأة المرض عليه.

فالمشاعر الايجابية تتسبب في تهيئة المرات لاستقبال العناصر الايجابية وتحقيق الشفاء السريع كما انها تتسبب ايضا بذلك وبشكل غير مباشر في دفع الصيدلية الداخلية لانتاج الدواء المطلوب.





علم النفس حول العالم

إعداد: رمذان نعمان - نشأت صبور - وسناء شطح

علاج الشيخوخة المبكرة يمهد لاحلام الشباب الدائم

يعيش ميلر كوارلس حياة هادئة وسعيدة. فهو مليونير يعمل في مجال النفط في تكساس ويبلغ من العمر الخامسة والثمانين. وقد جعلته سعادته المفرطة غير قانع بال معدل الطبيعي لعمر الانسان، فهو يريد ان يعيش لفترة اطول حتى ولو كلفه ذلك مبالغ طائلة. ولذلك عرض ميلر جائزة مالية كبيرة للعلماء الذين يستطيعون تحقيق ذلك له. ولكن هل يستطيع العلماء فعلا ان يقدموا هذه الخدمة لهذا الشري؟ هل سيشهد حقا القرن الحادي والعشرون اكتشاف ينبعو الشاب الذي طالما قرأنا وسمعنا عنه في الحكايات والاساطير؟.

في الواقع لقد حقق العلماء تقدما كبيرا في ادراك الآلية البيولوجية التي تجعل الانسان يعيش مرحلة الشيخوخة وتؤدي به بعد ذلك الى الموت. ومنذ عقود قليلة مضية كان العلماء يعتقدون انه لا مجال لزيادة معدل عمر الانسان عن الحد الطبيعي الذي يمكن ان يكون مئة عام. ولكن ظهرت مؤخرًا سلسلة من الاكتشافات والاكتشافات التي جعلتهم يغيرون آراءهم حول موضوع الشيخوخة. فقد تم اكتشاف الجينات التي تستطيع تأخير ظهور الشيخوخة عند الحيوانات، كما تمكن علماء الوراثة من تصميم بعض السلالات من الكائنات الحية مثل ذباب الفواكه التي تستطيع ان تعيش لعمر يصل الى ضعف المعدل الطبيعي لها وتحت وهي بكامل صحتها. وفي مختبرات اخرى تمكن الباحثون من انتاج فتران تستطيع ان تعيّد توليد اعضاء جسمها وبالتالي تصلح الاضرار التي تنجم عن التقدم في العمر. ويصل بعض العلماء الى التأكيد على امكانية تطبيق نتائج ابحاثهم على الكائنات البشرية. وهذا ما يشير كثيرا من الجدل والضجة في



المجتمعات المختلفة والاواسط العلمية.

وقام العلماء بالاستفادة من ابحاثهم حول مرض «البروجيريا» او الشيخوخة المبكرة يسبب ظهورا سريعا لاعراض الشيخوخة عند الاطفال حيث يوتون في ريعان شبابهم، ومن هذه الدراسات تمكن العلماء من الوصول الى ادراك اعمق واوضح للأسباب التي تجعل الخلايا البشرية تتوقف عن الانقسام وتموت.. وتمكن بعضهم من ان يعكسوا هذه العملية عند بعض الخلايا في انساب الاختبار.

ولكن الامر الاكبر للعلماء في تحقيق غايتهم بزيادة معدل عمر الانسان هو تمكنهم من الحصول على الخلايا المجنذعة البشرية، وهي خلايا جنينية فريدة من نوعها اذ لا تموت، ولها القدرة على اصلاح واستبدال اي نسيج في الجسم البشري. تجري حاليا التجارب لاستخدام هذه الخلايا في اصلاح العطوب الذي يحدث في الدماغ عند مرضى السكتة الدماغية. واذا اثبتت هذا العلاج فعاليته الكاملة فيمكن الاستفادة منه في المستقبل للحد من كثير من اعراض الشيخوخة.

ولكن المعروف ان طبيعة الحياة على الارض تعتمد على دورة حياة الكائنات والتي يمثل الموت احد اهم حلقاتها. فالاجسام البشرية مصممة بشكل طبيعي لكي تعيش حياة سلية وصحية خلال مراحل معينة، وبعد انتهاء مرحلة التكاثر يكون الانسان قد اكمل دوره في تطور الحياة. ولذلك تبدأ حالته الصحية بالتدحرج وتنتهي اخيرا بالموت. ولكن هذا المفهوم بدأ يطرأ عليه بعض التغيرات نتيجة لكثير من الدراسات والابحاث والاكتشافات التي شهدتها مختبرات علم الاحياء مؤخرا والتي سنقدم تفاصيل اهمها فيما يلي:

في البداية ستحدث عن ذبابة الفواكه السويرة والتي غيرت من قوانين التطور في حياة الحشرات. ففي احد المختبرات تمكن الباحثون من انتاج سلالات من هذه الحشرة تستطيع ان تعيش لضعف معدل عمرها الطبيعي وذلك بتتجربة بسيطة جدا، عندما تتراوح هذه الحشرات تقوم الاناث بوضع البيوض. ولكن العلماء عدوا الى اائف البيوض التي تضعها صغار الاناث ولم يسمحوا الا ببقاء البيوض التي تضعها الذبابات التي تقدم بها العمر والتي تحمل الجينات الخاصة بالعمر الطويل. وكانت التجربة قد اعتمدت اساسا على مبدأ عدم السماح لذباب الفواكه بالتكاثر قبل ان يصل الى سن معينة، وقد استمر العمل عليها لمدة عقددين تم خلالهما انتاج مئات من الاجيال من هذه الحشرات التي اصبحت قادرة على العيش لضعف معدل عمرها الطبيعي.

ولكن الغريب في امر هذه التجربة ان ذبابات الفاكهة التي عاشت لفترات طويلة. كانت قد اظهرت حيوية ونشاطا اكبر من الحشرات العادية، حيث استطاعت الطيران لمسافات اطول.. ومقاومة كثير من عوامل الضغط والجهاد، وكانت تبدو اكبر استمتاعا بحياتها.. اذ يبدو ان العمر الطويل قد منح هذه الحشرات نعمة الشباب الدائم.

ولكن هل يمكن ان تطبق هذه التجربة على الكائنات البشرية؟ ان ذلك يبدو ممكنا، فلإنتاج سلالات بشرية قادرة على العيش لمدة ٣٠٠ عام مثلا لا يحتاج العلماء الى تغيير بиولوجية الجسم البشري.. ويبدو ان للانسان عمرا محدودا فجسمه يتلف عند سن الـ ١٢٠ كحد اقصى مهما كان

نوع الجينات التي يمتلكها ومهما كان اسلوب الحياة والنظام الغذائي اللذان يتبعهما.. وعند ذلك توقف اعضاء وانسجة الجسم عن العمل بالشكل المطلوب. فخلال حياة الانسان تستمر الخلايا بالانقسام والتكاثر لتقوم بتعويض الخلايا التالفة.. ولكن هناك عمراً محدداً لكل خلية لا تستطيع بعده متابعة انقسامها ويصبح الجسم عاجزاً عن اصلاح انسجته ويفقد ظهور امراض الشيخوخة مثل التهاب المفاصل وامراض القلب والسكريات وهي الامراض التي يأمل العلماء في امكانية الحد من ظهورها.. وللوصول الى تلك الغاية يحتاج العلماء الى ادراك عمل الساعة البيولوجية في خلايا الجسم.. وقد تمكنا من الحصول على معرفة عميقة في هذا المجال من خلال دراستهم لحالة مرضية نادرة تدعى «البيروجيريا» أو «شيخوخة الاطفال».

والبيروجيريا مرض نادر جداً للدرجة عند الاطفال المصابين به ولا يتجاوز الثلاثين طفلاً في جميع انحاء العالم.. و«اوري بارنيت» هو احد هؤلاء الاطفال.. ويبلغ عمره الثالثة، ولكن شكله يوحي بأنه قد بلغ منتصف العمر حيث عجلت مظاهر الشيخوخة في الظهور عليه بشكل مأساوي فاصبحت مفاصيله ضعيفة وبشرته متوجدة، كما اصابه الصداع بسبب تساقط شعره.. وبعد سنوات قليلة سيعاني «اوري» من امراض الشيخوخة المعروفة التي ستؤدي به الى الموت وهو ما يزال في بدايات العقد الثاني من عمره.. وقد اختار العلماء في تفسير اسباب هذا المرض.. وادركتوا أن دراستهم له ستمكنهم من ادراك اسباب الشيخوخة التي لا تكون في حالة هؤلاء الاطفال نتيجة الققدم في العمر.. وقد اكتشف العلماء ان الخلايا البشرية تحتوي على قبليه مؤقتة تسبب توقفها عن الانقسام بعد فترة زمنية معينة، وعند الاطفال الذين يعانون من مرض «البيروجيريا».. يكون هناك خلل في توقيت انفجار هذه القبليه.. ففي كل خلية تحتوي الكروموزومات في نهايتها عن قطعة من الحمض النووي (ديـ انـ ايـ) تسمى الجزء الطرفي او «التيلومير» وهو المسؤول عن الحفاظ على سلامـةـ الحـمـضـ النـوـويـ اثنـاءـ الانقسام.. وفي كل مرة تقسم فيها الخلية يقصر طول «التيلومير» الى ان يصبح عاجزاً عن القيام بوظيفة فتموت الخلية.. ولذلك يعتقد العلماء ان الاطفال الذين يصابون بشيخوخة مبكرة تتميز خلاياهم اصلاً بقصر في طول «التيلومير» ولذلك تظهر عليهم اعراض الشيخوخة بسرعة فائقة.. ففي الخلايا الجلدية مثلاً يؤثر قصر التيلومير على انتاج الكولاجين وغيرها من الوظائف الاخرى مما يؤدي الى ظهور التجاعيد المبكرة.. ويقدر العلماء ان طول التيلومير عند هؤلاء الاطفال في لحظة ولادتهم يكون مساوباً له عند الاشخاص العاديين في سن الثمانين او التسعين.

وهكذا ادرك العلماء في جامعة تكساس في دالاس ان حل المشكلة يكمن في اكتشاف طريقة للحد من عملية قصر الجزء الطرفي في الخلايا واعادة بناء ما ينقص منه اثناء عملية الانقسام، وقد علموا ايضاً ان ذلك هو عمل انزيم يدعى «تيلوميرين» الذي يقوم باعادة بناء «التيلومير».. ولكن هذا الانزيم لا يتوفـرـ الاـ فـيـ النـطفـةـ وـالـبـيـضـةـ وـالـجـنـينـ فـيـ مـراـحلـ تـكـونـهـ،ـ فـهـوـ لـاـ يـوجـدـ اـبـدـاـ فـيـ خـلـاـيـاـ الـبـالـغـةـ..ـ لـذـلـكـ بـدـأـ الـبـاحـثـونـ فـيـ التـفـكـيرـ بـطـرـيـقـةـ لـجـعـلـ خـلـاـيـاـ الـبـالـغـةـ تـتـبـعـ هـذـاـ اـنـزـيمـ،ـ فـاـسـتـخـدـمـوـاـ الـهـنـدـسـةـ الـوـرـاثـيـةـ لـاـنـتـاجـ نـسـخـ مـنـ جـينـاتـ الـمـسـؤـلـةـ عـنـ اـنـتـاجـ التـيلـومـيرـيسـ وـحـقـنـوـهـاـ فـيـ خـلـاـيـاـ جـلـدـيـةـ اـخـذـتـ مـنـ رـجـلـ مـسـنـ وـوـضـعـتـ فـيـ اـنـبـوـبـ اـخـتـارـ..ـ وـبـعـدـ مـرـورـ ٢ـ٤ـ سـاعـةـ قـامـوـاـ بـفـحـصـ خـلـاـيـاـ فـوـجـدـوـاـ اـنـهـاـ فـعـلاـ

تحتوي على هذا الانzym.. وبذلك تمكن العلماء في جامعة تكساس من تحويل خلايا جلدية لرجل مسن إلى خلايا شابة استمرت في الانقسام لمدة عامين بعد ذلك بدون أن يؤدي ذلك إلى قصر التيلومير الموجود في نهاية الكروموسومات.

ويقول الباحث وودرينج رايت « تستطيع الخلايا الطبيعية ان تقوم بتسعين انقساماً، ولكن الخلايا التي حقنها بالتيلوميرس استمرت في الانقسام لاكثر من ٤٠٠ مرة، وهي ما تزال مستمرة في ذلك مما يعني استمرارها في العمل لمدة تزيد باربعة او خمسة اضعاف على عمرها الطبيعي ». وكان هذا الاكتشاف فريدا من نوعه ولم يسبق له مثيل في تاريخ العلوم حيث استطاع الباحثون ان يجعلوا أحد انواع الخلايا البشرية تصل الى مرحلة الخلود، ويبدو ان انzym التيلوميرس سيكون دواء الشيخوخة.. ولكن ما تمكن العلماء من تحقيقه كان في انماط الاختبار، غير ان جسم الانسان شيء مختلف كليا.. فحتى الآن لا أحد يعرف كيف يمكن حفظ كل خلية من خلايا الانسان بالجينات المسؤولة عن انتاج انzym «التيلوميرس».. وحتى لو تمكنا من معرفة ذلك فسيواجهون مشكلة كبيرة وهي ان هذه العملية يمكن ان تؤدي إلى حدوث السرطان الذي يحدث بشكل طبيعي نتيجة لعدم توقف الخلايا السرطانية عن الانقسام.. وبذلك تشكل اوراما.

وفي اكتشاف بيولوجي آخر فريد من نوعه ايضاً اكتشف العلماء ان أجسامنا تحفي قدرة غريبة على اعادة انسجتها.. وكانت ذلك بمحض الصدفة.. ففي معهد ويسنار في فلاذلفيا قامت الدكتورة «إيلين هبير» وفريقها باجراء تجرب على فقران جردت من جزء من نظامها المناعي.. وكجزء من مراحل التجربة قام الباحثون بثقب آذان هذه الفقاران لتمييزها عن غيرها.. ولكن بعد ثلاثة اسابيع لاحظت الدكتورة ايلين ان التقويب قد اعادت بناء الغضروف والجلد والاووية الدموية في مكان الثقب، ولذلك اعتقد ان هذه الفقاران تمتلك قدرة غير طبيعية على اعادة بناء اجزاء جسمها.. وهناك كائنات اخرى لها نفس هذه الخاصية مثل الحيوانات البرمائية كالسمندر الذي يستطيع ان يعيد تكوين ما يبت من اعضاء جسمه كالذيل والاطراف.. ولكن الثدييات فقدت هذه الميزة، لذلك اراد الباحثون معرفة السبب الذي جعل الفقاران تستعيد مقدرتها على اعادة تكوين اجزاء جسمها من جديد.. ومعرفة الى أي مدى يصل تأثير من هذه الخاصية، فقطعوا جزءاً من الذيل ثم جزءاً من العصب البصري ومن الجبل الشوكي، وفي جميع الحالات اظهرت الفقاران مقدرة على اعادة انتاج ما ينقص من جسمها.. وعلموا ان هذه الفقاران قادرة ايضاً على اعادة بناء العضلات والعظام والنظام العصبي المركزي.

ولكن ما سبب امتلاك هذه الفقاران لهذه المقدرة الفائقة على بناء اجزاء جسمها؟.. ان السر في ذلك يعود الى فقدان جزء من النظام المناعي وهذه الحالة لا تتوفر الا في مرحلة واحدة من مراحل تطور الثدييات.. انها المرحلة الاولى من خلق الكائن، اي عندما يكون جنيناً حيث يمتلك ما يسمى بالخلايا الجذعية الجنينية التي تعطيه القدرة على بناء انسجة الجسم المختلفة.

ففي اليوم الذي يتم فيه تلقيح البويضة.. تبدأ بالانقسام مكونة كتلة من الخلايا الجذعية الجنينية

التي تمتلك القدرة على التحويل إلى أي نوع من أنواع الخلايا التي تشكل أجزاء الجسم المختلفة.. وتقوم هذه الخلايا بتكوين الهيكل العظمي والدماغ والقلب خلال الأسابيع الأولى من عمر الجنين. وينتهي وجودها باكتمال نمو الجنين ولا تعود إلى الظهور ثانية إلا في حالة الإصابة بنوع خاص في رحم المرأة أو في خصبة الرجل.. حيث تنمو أورام غريبة في شكلها وتحتiri على خلايا جذعية جينية.. فلو تمكّن العلماء من الاستفادة من أجزاء الجسم التي تتضرر نتيجة لمرور الزمن وبذلك يوقفون ظهور اعراض الشيخوخة.. وبدأ العلماء في يتسبّر الاستفادة من الخلايا الجذعية بعلاج اضطراب الدماغ الناجمة عن الإصابة بالسكتة الدماغية.. اجريت التجارب على الإنسان.. وكان دون فيتش أحد المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة حيث أخذ الأطباء خلايا جذعية من ورم السرطان العجيب وتم حقنها بعملية غير عادية في دماغ دون فيتش.. ويقول دكتور دوجلاس كوندزيلوكا من المركز الطبي في جامعة بيتسبيرج «لقد سارت الأمور خلال الجراحة على ما يرام، وقد أقام دون فيتش في المستشفى ليوم واحد حيث احدث ثقباً في أعلى رأسه وباستخدام التصوير التليفزيوني اخترنا المنطقة الدماغية التي ستحقن فيها الخلايا العصبية.. وبعد انتهاء العملية غادر المريض إلى المنزل في اليوم التالي». وبدأ الأطباء يراقبون حالة الصحية لمعرفة ما إذا كانت العملية قد نجحت أم لا.. وقد بدا ان الخلايا الجديدة قد بدأت تصلح الاضرار التي سببتها السكتة في الخلايا الدماغية.. حيث بدأ يشعر بذراعه واحذى حركة كتفه تتحسن.. وما يزال العلماء في بداية الطريق لاثبات فعالية هذه الزراعة.. ولكن ان حفقت نجاحا تماما فسيكون لذلكفائدة كبيرة ليس في علاج خلل الدماغ فحسب، بل سيفسح الطريق امام استخدام الخلايا الجذعية الجينية لاعادة تكوين الانسجة والاعضاء التي يتلفها الزمن وتسبب ظهور اعراض الشيخوخة.. ويعتقد بعض العلماء بفائدة تطبيق الهندسة الوراثية للتغلب على الشيخوخة حيث يحتاج العلماء للتعرف على الجينات المسؤولة عن هذا الامر ويوقفون عملها في الجنين الذي يصبح عندئذ مبرمجا على العيش لفترات طويلة.. بينما يرى علماء آخرون ان هذه الامكانية غير متوفرة عمليا وانه ان افترضنا امكانيتها فيجب ان تؤخذ نتائجها بعين الاعتبار حيث لن يكون من المستطاع السيطرة على النمو السكاني، وهم يجدون ان هذه الابحاث يجب ان توقف لأنها مخالفة لقوانين التطور الطبيعي.

الشفاء بالضحك

أحدث وسيلة لعلاج الامراض

الانسان الضحوك هو انسان يسرخ من الحياة وهل الحياة تستحق الا السخرية؟ ذلك ان الانسان الذي يضحك من الدنيا ثم من نفسه بعد ذلك هو انسان فهم الحياة وغاص فيها حتى النخاع وادرك ادراكاً حقيقياً ان الحياة لا تساوي كل هذا الحزن والالم ولقد اثبتت الابحاث ان الانسان الضاحك هو افضل صحة وشباباً وحيوية من هذا الذي يعيش حياته متوجهما عابساً لا تعرف الابتسامة سبلا الى شفتيه، يقول الدكتور ريمون مودي» في كتابة «الشفاء بالضحك»: لقد شاهدت

عدها كثيرا من المرضى وقد شفوا لأنهم عرفوا أن يجاهدوا مرضهم بنفسية ساخرة مازحة وانطلاقاً من معاينة هؤلاء المرضى اخذت أسأل نفسي عن مفعول هذا الضحك الشافي؟
وأنا أقصد بالضحك الشافي ليس فقط الضحك العادي والابتسام بل مجابهة الحياة بروح ساخرة من تقلبات الأيام وشدائدها التي يجب أن تقابلها بالسخرية والابتسام.

الفرق بين الضحك والسخرية

الضحك معروفا لدينا جميعا فاثناء الضحك يتمدد الفم والشفاه ويتوافق اخراج النفس من الصدر ويتعالى ذلك الصوت الذي نسميه ضحكا ويهتز الصدر والاطلاع وتتساقط الدموع اذا استمر الضحك وبلغ حدا معينا الا ان معنى السخرية الظرفية هو شأن آخر فهي تنبع من نفسية توصلت الى التعالي فوق احداث الحياة وعلاقات البشر الى النظر اليها بتجرد وهدوء، وهذا الانسان الذي بلغ هذه المرحلة النفسية هو الذي يرى الحياة من زاوية السخرية والضحك دون ان يفقد احترام ذاته ومحبتها واحترام الناس له.

العلاج بالضحك

ويضيف د. ريمون مودي مؤلف كتاب (الشفاء بالضحك) قائلاً:

الضحك يقترب بانخفاض حيوية العضلات واذا اشتد الضحك يشعر الانسان وكأنه سوف يغيب عن الوعي وان ترخي العضلات هذا هو الذي حمل بعض العلماء على القول ان الضحك يسبب انخفاض الضغط الدموي وتحرر الطاقة الرائدة.

الضحك يؤدي الى تفريغ او ازالة التوتر العصبي

انبثت التجارب العلمية ان هناك علاقة بين الروح الساخرة الظرفية وبين تركيبة الانسان الجسدية حيث لا يجتمع صاحب الضحك والمرح والفرح مع الغضب وحب الانتقام والمعاقبة حيث كثيرا ما تجد الظفراء بعيدين عن المشاكل والعنف بظاهرهم الساهر.

واخيراً فان السخرية الظرفية الباسمة وظيفة اجتماعية فربما تكون نكتة او دعابة طريفة قد تسهل العلاقة من غريب او تعيد علاقة مقطوعة او تزيل توتر الجو بين الاصدقاء والاحباء.

الطفل التوحدي (المنطوي)

قمة السعادة للام والاب حينما يقومان برعاية طفليهما والاحساس به والتواصل بينهما وبينه، وقمة المعاناة بدون احساس يعيش طفلهما بينهما بدون احساس او تواصل بل يعيش بجسمه فقط هذه المعاناة تعيشها كل ام وكل اب لديه طفل مصاب « بالتوحد » « اوتیزم » هذه الاعاقة التي لم تعرف اسباب حقيقة لظهورها الى الان.

ولكن هناك عدة تفسيرات لظهورها اهمها الاسباب البيولوجية، وهو ما كان معتقدا سابقا من

ان سوء معاملة الوالدين واهمالهم للطفل هو السبب وراء هذا الاضطراب... ونتيجة للوعي (باضطراب التوحد) او الاوتیزم في السنوات الاخيرة فقط قامت ونشطة المؤسسات والماركر العلمية والنفسية لتقديم الحلول العلاجية المختلفة لهذا الاضطراب الذي يظهر في الطفولة، ويستمر حتى الكبر، لذلك قام مركز الدراسات والبحوث النفسية بتنظيم دورة تحسين الخدمات النفسية، التي تقدم لهذه الفئة من الاطفال عددة محاضرات عملية ونظيرية تعرف من هذا الطفل وما اوجه العجز الوجوداني؟

وما هي اهم البرامج التي تقدم لهم؟

تقول د. ميرفت شوقي مدرس بقسم علم نفس آداب القاهرة ان احدث تعريف قدمه الدليل التشخيصي الرابع للطب النفسي يعرف الطفل التوحدى بأنه الطفل الذي يظهر عند المراحل العمرية الاولى درجة حادة من اضطراب في القدرة على التخاطب اللغظي (فهمها وتعبيرها) وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي والوجوداني مع الآخرين، مع تكرار انماط سلوكية شاذة من الطفل، وتضييف د. ميرفت ان بعض الدراسات الامريكية والإنجليزية الحديثة نسبياً عن التوحدية تنتشر بنسبة طفل في كل ٢٥٠٠ طفل وغالبهم يعانون تأخراً عقلياً.

وعن التشخيص الاكلينيكي للأطفال أكدت د. منال عمر مدرس مساعد بقسم الطب النفسي بجامعة عين شمس ان التوحدية هو مرض بيولوجي من الدرجة الاولى، وهو نتيجة تغيرات كيميائية وبيولوجية لم يتعرف عليها العلماء حتى الآن.

وعرض د. فكري العتر مدرس بقسم علم النفس بآداب القاهرة صوراً للعجز في السلوك الاجتماعي ومهارات التخاطب اللغظي، وغير اللغظي لدى الطفل التوحدى والعجز عن اقامة علاقة مع الآخرين.

قدمت د. فادية علوان رئيس مركز الدراسات والبحوث النفسية للمتدربين بعض المقاييس المتخصصة لتشخيص الاوتیزم، وبعض الاختبارات الحديثة، التي يمكن ان يستخدمها المتدرب في هذا المجال مع هؤلاء الاطفال، والتي يمكن من خلالها تحديد المهارات التي يظهر فيها الطفل تفوقاً خاصاً، وذلك لرسم البرنامج الملائم له.

وقدم د. خالد عبد المحسن مدرس بقسم علم النفس فيما بعد المهارات الاجتماعية وتنميتها لدى الطفل التوحدى، ونتيجة للالتحام والتعاون بين المراكز النفسية والجمعيات الاهلية المتخصصة برعاية اطفال التوحد قدمت داليا سليمان رئيسة الجمعية المصرية للاوتیزم برنامجاً عملياً للتواصل (عبر الصور) للأطفال التوحديين في مرحلة ما قبل المدرسة والاطفال الذين لديهم صعوبات في النمو والتواصل الاجتماعي، ولكن اصبح يستعمل الآن حتى جميع الاعمار متضمناً باللغتين ايضاً.

وهذا البرنامج لتنمية مهارات التخاطب لدى الطفل التوحدى.

هل تزرع الأم الخوف في طفلي؟

اثبّتت أحدث الابحاث التي اجريت بمركز الابحاث الاجتماعية بفرنسا ان الأم هي التي تزرع الخوف في طفليها.. وان الطفل المخوف او «الجبان» هو الطفل الذي تحيطه الأم بالعديد من الخواوف التي تنتقل اليه، وذلك عبر عينة عشوائية اختارها الباحث وثبتت أن ٧٣٪ من الأطفال الذين يعانون من الخوف يتعامل اباوهم معهم خاصية الأم بحرص شديد وقلق مستمر.

دكتور محمد حسين الدفراوي استاذ علم نفس الاطفال والراهقين يؤكّد ان السلوكيات التي تظهر على الطفل في مواقف مختلفة ويحكم عليها الناس لها أكثر من سبب، فكل طفل يولد وهذه صفاتاته، فمثلاً البطء في التفاعل وعدم الاندماج السهل قد يكون جزءاً منه طبعاً، فيخاف من الوجوه الجديدة والأشياء الجديدة وهذا ليس كل شيء، فقد يكون السبب وراء مخاوف الطفل المخوف المحيطة به من خلل التربية فالقلق الزائد والرعاية الشديدة من الوالدين تنمو لدى الطفل المخوف من المواقف المختلفة. كذلك العامل الوراثي او الخبرات التي يمر بها، فعندما يمر طفلاً بضرر او يؤذى او يتعرض للمرض او التجارب المؤلمة. كل ذلك يزرع الخوف داخل مشاعر الطفل وعدم الامان والطمأنينة والثقة. فهذا الطفل لا يثق في نفسه ويشعر بالضآلة فعندما يواجه اي مشاكل يتتجنبها، فإحساسه بنفسه ضئيل وقليل ودائماً متتشائم لانه يتظر لكل شيء على انه اكبر منه، كذلك اتباع اسلوب التخويف في التربية، فالام تنمو خوف الطفل وتعوده عليه لانها ام «خوفاً» وحربيصة وتعبرها عن مشاعر خوفها امامه لأن الطفل عندما يجد مصدر الامان، الانسان الكبير يخاف يشعر هو بالضعف والخوف الزائد ويفقد الثقة بنفسه النابعة من عدم ثقته بالكبار، والافضل له ان يجد طرفاً من الآبوين شجاعاً حتى يتعلم منه فكهاء خوفاً من كل شيء الى جانب مشاكل في المدرسة مع اصدقائه او مع المدرسين كان يتعرض للاستغلال والاذى.

ويوضح دكتور حبيب الدفراوي كيف يمكن ان تتغلب الأم على هذه المشكلة لدى الطفل: على الأم ان تتتجنب خوفها وتتنقلب عليه فتقاقد الشيء لا يعطيه، فيجب ان تكون واقعية، فمشاعرها تنطبع على مشاعر الطفل وتزرع فيه الخوف لا بد الا تعبر عن خوفها امام الطفل لأن الطفل يلتقط خوف الأم بحساسية شديدة وكيف لا تنقل له خوفها فترك له مساحة من الحرية والاستقلال والاعتماد على النفس وتعترف ان ذلك قد يكون له ثمن وهو تعرضه لبعض التجارب التي قد تخشى الأم مواجهة طفلها لها، فتحاول ان تجعله يألف كل شيء منها يكن مثل الكلاب والظلام والمحشرات والمجتمع من حوله خاصة أثناء اللعب فتشجع اللعب التي يجعل الطفل يتغلب على خوفه مثل اطفاء الانوار ومشاهدة بعض الصور المضيئة او التواري في الظلام وسط بعض الاصدقاء وفي نفس الوقت يجب ان تزوده بالمهارات التي تحميه في بعض المواقف فيستطيع ان يتعامل مع المشاكل ولا يهرب منها.. كما يجب ان تبدأ من سن ثلاثة او اربع سنوات بتعليم الطفل الامساك بالمقص وجميع الادوات التي كانت تخاف الأم على طفلها منها وهو اصغر سن.

فالطفل «الجبان» كما يؤكّد دكتور دفراوي قد يكون محروماً من الخبرات وذلك يجعله يخاف

كل شيء فالام تنهى عن الامساك باللقص او الكبريت والنظر من الشباك فيجب عليها ان تقلل من قائمة المنيهات والا تبالغ في خوفها.

دكتورة مدحية الصفتى استاذة علم الاجتماع بالجامعة الامريكية تؤكد ان تكون شخصية الطفل تتأثر باسلوب التربية المتبع معه فتقول: الحرص الزائد على حماية الطفل ينمي بداخله الشعور بالخوف كما انه كفيل بان يولد لديه صفة «الجين» وعدم الاقدام على اي خطوات جديدة خوفا من ان يتعرض لاي موقف هو غير قادر على مواجهته وحده.

كما تضيف دكتورة مدحية ان هناك عامل اخر لا يمكن اغفاله وهو القسوة الزائدة والعقاب المستمر الذي يجعل الطفل يخاف دائما من العقاب وبالتالي يخاف من الاعتماد على نفسه خوفا من العقاب فتقول صفة «الجين».

واخيراً نقول لكل ام ان الافراط في اي شيء مع الطفل وفي تربيته تكون نتائجه سلبية.

الدكتور علاء الدين كفافي:

التوافق سر السعادة الزوجية

● كيف تتحقق السعادة الزوجية؟

● وما هي العوامل الاساسية المؤدية الى التوافق الزوجي او الرضا الزوجي؟

● هل يرتبط التوافق الزوجي بالحب والعاطفة؟

يجيب عن هذه التساؤلات د. علاء الدين كفافي استاذ ورئيس قسم الارشاد النفسي بمعهد الدراسات والبحوث التربوية - جامعة القاهرة في مؤلفه التميز الارشاد والعلاج النفسي الاسري فيقول:

● السعادة الزوجية ليست عملية مصادفة او عملية عشوائية ولكنها ثمرة سلوك قصدي وعمدي في معظمها، يصدر عن كل زوج يهدف الى اسعاد الزوج الآخر، والشعور بالسعادة هو شعور افعالي داخلي منفصل الى حد ما عن الانفعال والاساليب السلوكية (الواجبات) التي يقوم بها كل من الزوجين تجاه الآخر وتجاه مؤسسة الزوج، فالسعادة شعور يترتب على الاعمال التي يقوم بها كل من الزوجين، وعلى ادراك كل منهما للدوافع والنيات التي تقف وراء سلوك الطرف الآخر واعماله.

● والتوافق الزوجي يعني ان كلا الزوجين يجدان في العلاقة الزوجية ما يشبع حاجاتهما الجسدية والعاطفية والاجتماعية، مما ينبع عنه حالة الرضا عن الزواج وهو ما تسميه (الرضا الزوجي) والذي يستخدم أحياناً كبديل لمصطلح «التوافق الزوجي».

● كيف يتحقق التوافق الزوجي؟

● لكي يتحقق هذا التوافق الزوجي يجب على كل من الزوجين العمل على تحقيق حاجات

واشباع رغبات الطرف الآخر، وان يشعره بهذه المشاعر الايجابية، وبانه حريص على سعادته وهنائه، وعمل كل ما يمكن عمله لاستمرار مؤسسة الزواج قائمة مؤدية لوظائفها للزوجين وللآخرين والمجتمع. وعادة ما يكون تحقيق التوافق الزوجي ميسورا اذا كان كل من الزوجين يحتفظ بعاطفة ايجابية نحو الآخر، واذا لم يصادف صعوبات شديدة وازمات حادة تحدى استقرارهما ويقاءهما كزوجين وفي هذه الحالة فان التبادلية تعمل عملها لأن كل زوج سيدرك ما يفعله الزوج الآخر في سبيله ومن اجله وبالتالي فهو يعمل كل ما في وسعه لتحقيق حاجات الطرف الآخر الجسمية والنفسية والاجتماعية، مما يدعم اتجاه الطرف الآخر للسير في نفس الاتجاه لتحقيق السعادة الزوجية التي يشعر في ظلها كل منهما بالسكن والملوء والرحمة.

- ومن العوامل الاساسية المؤدية الى الرضا او التوافق الزوجي وما يتبع عندهما شعور بالسعادة الزوجية هو معرفة كل زوج بواجباته او ادواره في الحياة الزوجية، والقيام بهذه الادوار على نحو كفاء، ومن في نفس الوقت فمكانته الزوج تترتب عليها ادوار سلوكية نحو الزوجة متوقعة كما حددتها الثقافة واعراف البيئة التي يعيشون فيها، وهي تسعد اذا ما قام الزوج بهذه الادوار ويزداد انتماؤها الى مؤسسة الزواج واعتزازها بها وحرصها عليها.

كذلك فان للزوجة مكانة ايضا تترتب عليها ادوار سلوكية متوقعة، وعليها ان تؤديها حتى يشعر الزوج نحو مؤسسة الزواج بنفس المشاعر ويسلك نفس السلوك، لأن ادراك اي زوج ان زوجه يقوم بادواره ومسؤولياته على النحو الذي يستطيع لهو الحافر الاول لقيامه بمسؤولياته واعباءه ودوره ايضاً في اطار التبادلية الزوجية.

- وينبه د. علاء الى ان التبادلية الزوجية لا تعني ان يتمتع كل زوج عن اداء دوره حتى يؤدي الطرف الآخر دوره ايضا، وان يتم التبادل بينهما قطعة بقطعة، اذ ان «ادراك» الزوج او الزوجة ان الآخر حريص على ان يقوم بدوره حيث يكتفي تحمل مسؤولياته بالكامل فالزوج ليس مؤسسة تجارية ولكنها مؤسسة تقوم على الحب والملوء والتراحم والعون، بل وعلى الايثار، كما تعتمد على النبات والدوافع وراء السلوك، حيث يدخل فهم النبات فالزوجة تستجيب لسلوك زوجها حسب فهمها لنباته ودراوئه من وراء السلوك وليس للسلوك ذاته - كما يظهر امام المراقب الحايد - وكذلك يفعل الزوج وهذا ما يفرق بين الزوج وابنة مؤسسة اخرى من التي تعتمد على السلوك الظاهر.

وهذا الجزء الخفي من الحياة الزوجية هو من السمات التي تميز مؤسسة الزوج ايضاً عن غيرها من المؤسسات الاخرى، ويفسر لنا استمرار حياة زوجية شقيقة او تعيسة لا يتوقف طرفاها عن الشكوى والذمر، او فشل وانهاء حياة زوجية كانت تبدو لنا سعيدة بتوافق الظروف الخارجية للنجاح والاستمرار.

٦٠ وقد يتسائل البعض: التوافق الزوجي. هل يرتبط بالحب والعاطفة؟

● ويجيب د. علاء الدين كفافي استاذ الارشاد النفسي بان وجود الحب في حياة كل من الزوجين نحو الآخر - سواء نشأ قبل الزواج او في سياق الحياة الزوجية - يعمل على «تشحيم»

التعامالت بين الزوجين و يجعلها أكثر ليونة ونعومة، وقد يجعل أحد الطرفين يتغاضى عن هفوات الطرف الآخر، ويحسن تفسير تصرفاته وغيرها من امور مطلوبة في الحياة الزوجية.

ولكن ليس بالحب وحده تسير سفينة الزواج بسلام لتصل الى مرافقها الاخير... والدليل على ذلك نسبة الطلاق المرتفعة في مجتمعات تقوم الزيجات فيها على الاختيار الفردي الحر بشكل كامل، اي ان الزواج يحدث بعد تبادل الموافض بين الطرفين المقربين على الزواج، وتحدث نسبة كبيرة في مجتمعات تقييد الطلاق كما هو الحال في المجتمع الامريكي.

كما اننا نرى انهيار زيجات بدأت بحب عارم بين الزوجين شهد له وعليه الجميع..

وبالرغم من ذلك فنحن نقول ان الحب والعاطفة هي احد العوامل المهمة في تحقيق التوافق الزوجي ولكن لا تكفي وحدتها لتحقيق السعادة الزوجية.

نصائح الدكتور محمد غانم لوقاية المراهقين من الانحراف

المجتمعات الشرقية تظهر الاختلافات في التعامل مع الاطفال بدءاً من سن المراهقة وهي السن التي تظهر على صاحبها علامات النضج الجسدي حيث يزداد في الطول والحجم وتظهر علامات تدل على الرجلة في الاولاد مثل خشونة الصوت وبدء ظهور شعر الشارب واللحية بينما تظهر ملامح الانوثة على الفتاة وتزداد جاذبيتها للآخرين.

وهو الامر الذي يقلل الكثير من الآباء فبدأ الاختلافات الحقيقة في التربية بين الاولاد والبنات وعن هذه الاختلافات في التربية يقول الدكتور محمد غانم استاذ الطب النفسي في جامعة عين شمس وامين الصحة النفسية في وزارة الصحة: ان الآباء عادة ما يضيقون الخناق على تصرفات البنات ويقيدونهن بالكثير من الاوامر والتواهي والزواج فتجد الفتاة ان معظم طلباتها مرفوضة وفي المقابل تجد ان اخاها يتمتع بحرية اكثر نسبياً مما تتمتع به فكثير من المجموعات التي تظهر امامها مثل التأخر خارج المنزل او الخروج بمفردتها او ارتداء ملابس معينة مما كان مسموماً بها قبل ذلك او زيارة صديقاتها في بيوبتهن او حتى استقبالهن لديها كل هذه الاشياء تعد امثلة لما ستجده الفتاة من رفض من جانب اسرتها والمنطق وراء ذلك هو حرص الآباء على حماية البنات خاصة في مجتمع يتسم بالأخلاق المحافظة اما منطقهم بالنسبة للأولاد فهو انهم يريدون لهم ان يعرفوا اسرار الحياة ومشاكلها لأن مساحة الحرية التي يمنحها المجتمع للذكور اكثر بكثير من تلك التي يمنحها للبنات.

وفي الوقت نفسه نجد ان البنات في مثل هذه السن في الريف المصري يتزوجن وربن مسؤولات تماماً عن اسرة جديدة وربما تلد الواحدة منها بعد عام او اكثر فتدخل عالم الامومة في وقت قصير اما الولد في الريف فلا يتزوج الا في سن اكبر نسبياً وهو الامر الذي يوضح ان الفتاة تتهرب بقدر كبير من المسؤولية الاجتماعية سواء كانت في الريف او في المدن.

وإذا أردنا ان نفهم موقف الفتيات تجاه هذا الاختلاف في المعاملة فاننا سنجد ان البعض يستسلم تماماً لهذه القيود المتزايدة ويتقبلها على انها وسيلة الاسرة في الحفاظ على الفتيات او الانسجام مع التقاليد الموروثة في التعامل مع البنات. في هذه السن تتقبل الفتاة كل ذلك متجاهلة مع التغيرات البيولوجية التي تشعر بها في جسدها والبعض الآخر يتمرس على هذه القيود غير عابئ بما يراه المجتمع ضارياً عرض المخاطر بكل النصائح والتعليمات التي يمللها عالم الكبار مثل التدخين او مصادقة الشباب او الاستجابة لمعاكستهم ومحاوله لفت انتباهم بكل الطرق والبعض الثالث يحاول ان يثبت ذاته عن طريق التميز في التعليم والاستذكار بشدة واجادة نوع معين من الهوايات او ممارسة رياضة بشدة او التدين بصورة مبالغ فيها وبيؤكده. محمد غامم انه على الرغم من ان المجتمع يعطي للأولاد قدرًا اكبر من الحرية الا ان البعض يسعى وراء حرية مجردة من كل القيود فيتآخر في الخارج برغم التحذير وربما يسعى للبيات خارج المنزل ويلجأ الى انواع من العادات التي يعرف ان المجتمع لا يقبلها مثل التدخين وتدخين الشيشة والمخدرات، او يحاول لفت الانتباه عن طريق ارتداء ملابس معينة او قيادة السيارات ربما قبل استخراج الرخصة بصورة فيها الكثير من العنف والسرعة غير عابئ بالقانون او العرف او راحة الآخرين، وهي مجرد امثلة تدل على اختلال سلوك الفتى عن الفتاة في الكيف والكيف. وللحاظ ان تأثير الاقران في هذه السن يكون شديداً فالراهن يستجيب لنصائح اصدقائه فمن هم في سنه اكثر بكثير مما يستمع لعالم الكبار سواء كانوا من افراد الاسرة او من اساتذة المدرسة.

وقد يكون رفض الاسرة لآراء المراهق وبالقليل من شأنه على اساس انه يفهم الحياة وليست لديه الخبرة الكافية وراء انسياق من شأنه او استهزاء بآرائه. ولذلك ينصح د. محمد غامم بتجنب العنف في التعامل مع المراهقين الذين قد يفوقونهم في قوة الجسد والتحمل وان يفتحوا معهم جوا من النقاش وال الحوار ويسمحوا لهم بالتعبير عن ارائهم دون استهزاء او تعال لان ذلك سيجعلهم أكثر ارتباطاً بمنزلتهم واقل ارتباطاً باصدقاء السوء الذين قد يجرفونهم بعيداً عن العالم المثالى الذي سنشده لهم الاهل.

الدكتور عادل الاشول يدرس مشكلات المراهقين

مرحلة المراهقة حظيت باهتمام شديد من قبل علماء النفس والتربية والمتخصصين حيث اعتبرها البعض مرحلة عواصف وتوتر والبعض الآخر وصفها بالتمرد على القيم، والمعايير بشكل عام. على القائمين على رعايتهم سواء في المنزل او المدرسة او المجتمع بذل اقصى جهد لاحتواء هؤلاء المراهقين وارشادهم نحو السلوك القويم، وتهيئة «المناخ» النفسي المناسب وايضاً يجب ان توفر لهم تربية دينية وخلقية مناسبة سواء في المدارس او المنزل او في اجهزة الاعلام. وان تتخذ مدخلات تربوية لكي نقى مراهقينا من مغبة الصراع الذي يعتريهم.

وباستعراض البحث الذي اعده د. عادل عز الدين الاشول استاذ الصحة النفسية تحت عنوان (المشكلات التي يعانيها المراهقون والشباب) حيث شبه الباحث فترة المراهقة بانها انتقال بين عالمين (من عالم الطفولة الى عالم الرشد) الا ان تقلب المراهق، وعدم اتزانه يعكس حقيقة مؤداتها ان هذا

الراهق يعتبر انسانا هامشيا بالنسبة للمجتمع بسبب حيرته وتردداته ونقاط ضعفه.

وقد شملت عينة البحث مجموعة من الطلبة من الجامعات المصرية منهم ٢٥٠٤ من الذكور، ١٢٦٣ من الاناث تتراوح اعمارهم ما بين ١٨ و٢٤ سنة، وروعي في العينة ان تكون مماثلة للبيئات المختلفة للجامعات المصرية (عين شمس، المنصورة ودمياط، السويس، وبني سويف، والفيوم، والزقازيق وبنيها، والأزهر، والمنيا).

وقد توصلت الدراسة الى حصر عدد من المشكلات تنتشر بين شباب الجامعات اهمها (مشكلة الاغتراب) عن الذات او عن المجتمع او كليهما (العزلة الاجتماعية) حيث اعربت مجموعة كبيرة من الراهقين، والشباب عن شعورهم بالوحدة، وعدم الاحساس بالانتماء الى المجتمع الذي يعيشون فيه وتكمّن خطورة هذا البعد في انطواء المراهق او الشاب وانسحابه من المشاركة في الانشطة الاجتماعية، مما يجعله في حالة تناقض بين ما هو (سيكولوجي، فيزيائي) فهو موجود في المجتمع من الناحية الفيزيائية ولكنه منفصل من الناحية النفسية.

وايضا العجز حيث اشارت مجموعة كبيرة من الراهقين والشباب الى عدم القدرة على التحكم. والتأثير في مجريات الامور الخاصة، او في تشكيل الاحداث العامة في المجتمع وان الفرد مقهور ومسلوب الارادة والاختيار.

اللامعيارية (للراهقين)

شعور الفرد بعدم وجود قيم او معايير اخلاقية واحدة للموضوع الواحد، بل يمكن ان يوجد القيمة وتقيضها لنفس القضية او الموضوع، يحدث الفجوة بين الغايات والوسائل، فالغاية تبرر الوسيلة ومن هنا يشعر الفرد بضياع القيم وقدان المعاير.

وقد اسفرت الدراسة عن التوصيات الآتية:

١ - العمل على تربية الثقة بين الطلاب سواء في انفسهم او في من حولهم وذلك بعدم اللجوء الى اساليب التضليل، والوعود الكاذبة ورسم الصور الخيالية للمستقبل التي غالبا ما تدفع الشباب الى الانغماس في الاحلام، والاوهام، وتوهم تحقيق الرغبات على المستوى النظري.

٢ - توفير « التربية الدينية » وخلقية مناسبة للراهق منذ الصغر.

٣ - العمل على اشراك الشباب في العمل السياسي داخل الجامعات وخارجها سواء كان ذلك في الاتحادات الطلابية، والمؤسسات التربوية او خارجها.

٤ - تنمية روح التعاون بين الطلاب منذ الصغر بدلا من تنمية روح التنافس والصراع على التفوق الدراسي او الاكاديمي.

٤ - تنمية روح الوحدة والتكميل بين الشباب منذ الصغر حتى ينمو الشباب ولديه رغبة في تكوين اسرة متكاملة تقوم على الود، والترابط والتعاطف.

ترتيب الطفل في الأسرة هل يؤثر في شخصيته؟

على الرغم من تعرض الأسرة في الآونة الأخيرة لبعض التطورات والتحولات التي غيرت من حجمها ووظيفتها، فلم تعد في كثير من المجتمعات تلك «الأسرة الممتدة» التي تشمل الأعمام والعمات والحالات و... بجانب الوالدين. هذا إلى جانب ظهور مؤسسات أخرى تربوية مساعدة للأسرة. إلا أنه ما زال للأسرة مكانها المميز والمؤثر بالنسبة لتكوين شخصية الطفل.

فلقد تبين أن تفاعل الطفل مع الآخرين في حياته الاجتماعية المستقبلية هو نتاج تفاعله مع والديه وأخوته داخل الأسرة، في مراحل عمره المختلفة. والذي تأكّد أنه يتأثّر كذلك بتربيته بين أخوه داخل أسرته، وبالتالي أصبح متغير «الترتيب الولادي» من التغيرات الأسرية التي يعالجها الباحثون الآن كأحد العوامل التي تؤثر في شخصية الطفل، وفي صحته النفسية كذلك.

وفي لقاء مع د. علاء الدين كفافي استاذ ورئيس قسم الارشاد النفسي بمعهد الدراسات والبحوث التربوية - جامعة القاهرة سأله:

● كيف يؤثر الترتيب الولادي في شخصية الطفل؟

● ترتيب الطفل في الأسرة يجعل لكل ابن بيضة سيكلولوجية مختلفة عن بيضة الآخر، وهذا التباين في البيانات يأتي من اختلاف التفاعل بين الوالدين - خاصة الأم - وكل ابن من ابنائها. حيث يختلف حسب موقعه بالنسبة لها. فتفاعلها مع الطفل الأول ليس كتفاعلها مع الطفل الأوسط وكذلك مع الطفل الآخر. ويتمتع الطفل الذكر وسط مجموعة من الأخوات الإناث، والبنت وسط مجموعة من الأخوة الذكور، بمكانة خاصة متميزة.

كما يجب الانتباه أن اوضاع الأسرة تختلف بالنسبة لكل طفل في المراحل الخامسة من نموه، من ناحية اعمار الوالدين، وامكانياتهما الاقتصادية والمكانة الاجتماعية.

● شخصية الطفل الاول هل تختلف عن اخوته؟؟؟

● هو يأخذ قدراً أكبر من الاهتمام والتدليل، ويظل متوجاً على عرش الأسرة في الفترة التي يكون فيها «وحيد والديه» ثم يتعرض للابعاد عن هذا العرش عند ولادة الطفل الثاني، فيحاول أن يستعيد انتباه ورعاية والديه بشتى الاساليب التي قد تكون اما عدوانية، او استعطافية لانه هنا يحارب من اجل استعادة الحب والاهتمام من والديه وبالذات الام.

هذا إلى جانب ان الطفل الأكبر خاصة لو كان انشي يلعب دوراً شبيهاً بدور والديه، كان يساعد في تربية اخوته. ويمثل الطفل الأول أكبر نسبة من «الاطفال المشككين»، يليه في الترتيب الطفل الأصغر.

ويرى العالم النفسي «ادلر» ان الابن الاكبر غالباً ما يفضل الوالد وهو دائمًا يحن إلى الماضي

ويشيد باحداثه، ويشعر بمسحة من التشاوؤم ازاء المستقبل، وهو يقدر قيمة السلطة والقوة اكثر من بقية اخوته.

● والطفل الثاني... ماذا عنه؟

● غالباً ما يكون اكثراً نجاحاً في الحياة العملية من أخيه الأكبر، فالطفل الثاني هو أقرب إلى معاني التعاون من الأبن الأكبر، إذ يشاركه أخه - منذ البداية - في اهتمام والديه، وهو في مركز ممتاز إذا لم يشن عليه أخيه الأكبر حرباً، محاولاً دفعه إلى الوراء، لذلك هو دائماً كأنه في سباق أو مباراة وقد تولد لديه الرغبة أحياناً في تخطي أخيه الأكبر.

ومن اطرف ما قاله «الفريد ادلر» العالم النفسي - كما يشير د. علاء ان الطفل الأكبر غالباً ما يحمل بالسوقط اذا انه في القمة ولكنها يخشى ان يفقد مركزه. اما الطفل الثاني فيحمل دائماً بأنه يجري وراء قطار وكأنه في سباق الدرجات لذلك فان تحليل احلام الطفل كافية للتتخمين بمركزه وترتيبه في الاسرة.

وقد يشعر أحياناً الطفل الثاني بمشاعر الحسد، ويختلف من التجاهل والاهمال أكثر من غيره، ولكن وضعه في الأسرة يجعله أقدر في المستقبل على تحمل القيادة او الرئاسة الصارمة، كما يجعله يؤمن بأنه ليست هناك في العالم قوة لا يمكن قهرها او ازاحتها.

● ما هي السمات التي تميز الطفل الأصغر؟

يتميز صاحب مركز ثابت في الأسرة، وكل طفل آخر يمكن ان يتغير مركزه او ترتيبه بين الاخوة الا الطفل الأصغر، وهو الطفل المدلل من قبل الجميع ولا يخشى ان يفقد هذا التدليل - كما حدث مع أخيه الأول - ولكنها كثيراً ما تعانى من مشاعر قوية بالنقص او الدونية، فهو دائماً يوجد في بيئه تضم كباراً اكثراً قوة واوسع تجربة. لذلك فالطفل الأصغر له مشكلاته العديدة، وهو يأتي بعد الطفل الأول في نسبة الأطفال، «المشكلين».

● وماذا عن الطفل الوحيد؟

● هو مشكلة في حد ذاته، فمنافسه هنا ليس أخي او اخته، ولكن منافسته تتجه إلى الوالد، فهو كطفل وحيد يكون هدفاً لتدليل أميه، وهي تخاف فقده فتحيطه برعاية زائدة وسياج من الحماية، وتجده تعود ان يكون في بؤرة اهتمام الجميع.

ومكمن الخطورة بالنسبة لهذا الطفل انه ينمو في بيئة محددة، ويكون تفاعله مع افراد كبار فقط، لذلك فهو محروم من التفاعل الاجتماعي مع اطفال من سن، خاصة قبل سن المدرسة.

والجدير بالذكر هنا - ان الشبيه لموقف الطفل الوحيد - مع الفروق العديدة - موقف الطفل الذكر مع مجموعة الاخوة من الاناث او موقف الطفلة الانثى وسط مجموعة من الاخوة الذكور.

● وانجروا اسئلته: طول الفترة الزمنية بين طفل وآخر - هل تؤثر في معنى «الترتيب الولادي» وتأثيره؟

٦٠ لا بد ان تعلم ان الفترة الزمنية التي تفصل بين الطفل ومن يكبره، او من يصغر لهما علاقة بمعنى الترتيب ومغزاه. لانها اذا طالت هذه الفترة فالدلالة النفسية لكل ترتيب او «مركز» تتغير، وعادة ما يقدر الباحثون الفترة الزمنية بين طفل وآخر الذي يمكن ان تغير الترتيب الولادي بست سنوات وتتمثل مرحلة سيكولوجية كاملة من مراحل النمو فقد يصبح الطفل الاوسط مثلا طفلا اكبر اذا كان يفصله عن أخيه الاكبر عدد كبير من السنين بينما يصبح الاكبر وحيدا في هذه الحال.
وقد يصبح الاصغر من هذا المنظور - وحيدا، اذا كان اخوه يكبرونه بفترة زمنية طويلة. وهذا يعني ان اطفالنا داخل الاسرة يشغلون مراكز سيكولوجية وليس مراكز متالية عدديا فقط مما يتطلب منا توفير المناخ النفسي الذي يؤدي الى السواء والصحة النفسية بالنسبة لولادنا.

وجبات تصيب بالعمى

يبدو ان وجباتك الخفيفة المفضلة، من مقليلات فرنسيّة، ورقائق بطاطا، وشوكولا، وكعك تتطوى على خطير اضافي.

لقد عرف الاطباء منذ وقت طويلا ان بعض انواع الدهون في الاطعمة المعالجة يمكن ان يسبب امراضا قلبية. ولكن دراسة جديدة تحذر الان من ان نظامك الغذائي يمكن ان يؤدي ايضا الى التنسك البقعي، المرتبط بالتقدم في العمر، والسبب الرئيسي للعمى بين الاشخاص في سن الـ ٦٥ وما فوق. وتقول المشرفة على الدراسة الدكتورة جوانا سيدون، من كلية الطب في جامعة هارفارد: هذه نتائج مهمة، حيث اظهرت ان الدهون في مثل هذه الوجبات الخفيفة زادت بمعدل الضعف خطر التنسك البقعي».

وشرحـت ان الدهن في الغذاء يمكن ان يسد الاوعية الدموية المؤدية الى العينين، ويسبب بالتالي ضعـف بصر، تماما كما ان تراكم الدهن في الاوعية الدموية يمكن ان يؤدي الى نوبات قلبية. وهي تعتبر ان هذا وضع خطير، لانه لا يوجد بعد علاج مؤكـد للتـنسـكـ البـقـعيـ في مراحلـ الاولـىـ واشكـالـ المـعـدـلةـ،ـ فيـ حـينـ انـ العـلاـجـاتـ مـحـدـودـةـ بـالـنـسـبـةـ إـلـىـ المـراـجـلـ المـتـقـدـمـةـ.

والتنـسـكـ البـقـعيـ عمـلـيـةـ تـتـطـلـعـ عـلـىـ مـدىـ ٣٠ـ -ـ ٤٠ـ سـنـةـ،ـ وـيـكـنـ انـ تـكـوـنـ لهاـ عـوـاـمـلـ وـرـاثـيـةـ،ـ وـلـكـنـ اـتـبـاعـ نـظـامـ غـذـائـيـ صـحـيـ يـكـنـ انـ يـشـكـلـ وـقـاـيـةـ فـعـالـةـ.ـ وـمـثـلـ هـذـاـ النـظـامـ يـجـبـ انـ يـكـوـنـ فـقـيـراـ بـالـدـهـونـ،ـ بـخـاصـةـ الـدـهـنـ الـمـشـبـعـ.

وليس كل دهن يؤذى، فالاسماك الدسمة مثلا تحتوي الاحماظ الشحمية من فحة او ميغا - ٣، وهي تشكل حماية للقلب والعينين، وتتصحـحـ سـيـدوـنـ بـتـناـولـ السـمـكـ مـرـتـيـنـ اوـ اـكـثـرـ فيـ الـاسـبـوعـ.

نقص ساعات النوم يؤثر في التحصيل المدرسي

تشـكـوـ مـعـظـمـ الـأـمـهـاتـ لـابـنـاهـ فـيـ سنـ المـراهـقةـ منـ حـالـةـ الـخـمـولـ وـالـرـغـبـةـ الدـائـمـةـ فـيـ النـومـ التـيـ تـلـازـمـ اـبـنـاهـنـ مـنـذـ لـحـظـةـ اـسـتـيقـاطـهـمـ،ـ فـتـجـدـ الـأـمـ صـعـوبـةـ كـبـيرـةـ فـيـ اـيـقـاظـ الـأـبـنـ اوـ الـأـبـنـةـ لـلـدـهـابـ إـلـىـ

المدرسة او الكلية.. وكلما تنظر اليه تجده في اشد الحاجة الى النوم.

وتقول د. ايبي ويلسون الباحثة في دراسات النوم واستاذة علم النفس في جامعة هولى كروس بمساشوتيس - ان المشكلة ليست في ان المراهقين الذين يعانون نقص عدد ساعات النوم يعانون نوعا من الاجهاد الدائم ولكن المشكلة في احساسهم الدائم بالتعاس وهذا يؤثر في حياتهم ويفقدتهم القدرة على التركيز في الفصل او في اي شيء يفعلونه.

ولكن المراهقين - مثل معظم البالغين - لا يعتقدون ان نقص ساعات النوم يمكن ان يكون حالة خطيرة وهو بالطبع اعتقاد يخالف راي المتخصصين الذين يعتقدون ان عدد ساعات النوم غير الكافية يمكن ان تؤدي الى مشاكل دراسية ناتجة عن نقص الانتباه وردد الفعل البطيئة التي يعانيها الطالب الذي لا يحصل على حاجته من النوم وتشير بعض الدراسات الى ان الحerman من النوم يسهم بقدر كبير في حصول الطلبة في سن المراهقة على درجات سيفه ومعاناتهم حالات الاكتئاب، و يؤثر نقص النوم في المراهقين الذين يقودون سيارات لانه يفقدتهم القدرة على التركيز ويبطئ من ردود فعلهم.

والمعلوم انه بالرغم من ان عدد ساعات النوم التي يحتاجها البالغون يجب الا يقل عن 8 ساعات فان الابحاث العلمية تؤكد ان المراهقين والشباب يحتاجون الى تسع ساعات وربع ساعة ولكن معظمهم لا يحصلون على هذا العدد فالاغلبية منهم يدخلون السرير في حوالي الساعة 11 مساء ويستيقظون في حوالي السادسة او السادسة والربع، وهذا يعني حصولهم على سبع ساعات وربع ساعة فقط بمعدل ساعتين اقل مما يحتاجونه فعليا.. والامر الاكثر تعقيدا هو ان عدم حصول المراهقين على عدد ساعات نوم كافية ليلة واحدة فقط يساعد على بناء ما يطلق عليه المتخصصون اسم «دين النوم» الذي يمكن ان يحتاج الى اسابيع من الراحة التامة لمحو او تعويض آثاره السلبية، وبما ان جسم البناء في سن المراهقة يتغير فان خلاذن نومهم تتغير ايضا.

فتقول د. ايبي ان هناك نقطة او حدا معينا في مرحلة البلوغ يتغير فيه ايقاع النوم البيولوجي والاحتياجي. فالساعة البيولوجية تدفع المراهق الى تأخير موعد النوم وبالتالي الاستيقاظ في ساعة متأخرة في حين ان مواعيد الدراسة او العمل لا تتغير ولا تكون وقتا لهذا. بالإضافة الى ان السهر الكبير ليلا سواء لاداء الواجبات الدراسية او الكمبيوتر او مشاهدة التيلفزيون يساعد ايضا على تفاقم المشكلة.

وتقول د. كاميلا واليستروم مديره مركز الابحاث التطبيقية وتحسين وسائل التعليم في جامعة مينيسوتا ان تقديم النصيحة للابناء بالنوم مبكرا لاقيد كثيرا... فالطريقة التي تعمل بها الساعة البيولوجية لجسم المراهق تجعله يحتاج الى ساعات نوم اضافية في الصباح.

وفي تجربة اجرتها المسؤولون في مينيسوتا بناء على هذه الدراسة غيرت المدارس الاعدادية والثانوية من المواعيد ليكون الدخول الساعة ٨,٣٠ صباحا بدلا من ٧,٣٠ وكانت النتيجة ان الطلبة أصبحوا اكثر التفانا للدروس ودرجاتهم افضل.

اما عن دور الوالدين لمساعدة الابناء فينصح المتخصصون بالتالي:

- محاولة جعل الابناء يدركون اهمية النوم لهم. ويمكن للوالدين ان يطلبوا من ابناهما ان يقيسوا لانفسهم عدد ساعات النوم التي يحصلون عليها بالفعل وعدد الساعات التي يحتاجونها ليشعروا بالراحة والتركيز.

- تهدئة جو البيت في المساء فتحتفف الام الاضواء الساقطة والعكس ففتح الستائر في ساعة مبكرة صباحا.

ويساعد هذا الاجراء على جعل الساعة البيولوجية للجسم تسير في طريقها الطبيعي.

- كذلك يفضل عدم تشجيع الابناء على الجلوس امام الكمبيوتر ومشاهدة التليفزيون الى ساعة متأخرة ليلا.

- تشجيع الابناء على النوم لمدة قصيرة بعد العودة من المدرسة لاسترجاج نشاطهم ومساعدتهم على استذكار دروسهم في فترة بعد الظهر وهم مستيقظون تماما.

صرير الاسنان

يعاني ملايين الناس عبر العالم من صرير الاسنان اثناء النوم.

وتظهر دراسة جديدة ان هذا يمكن ان يؤدي الى وجع في الفكين، وتأكل وتحرك الاسنان، وتلف في اللثة.

والدراسة اجرتها باحثون في مركز اضطرابات النوم في جامعة ستانفورد. وقد شملت مقابلات مع حوالي ١٣ الف شخص. واكتشف الباحثون ان حوالي ٨ في المائة يصررون باسنانهم اثناء النوم.

ويقول المشرف على الدراسة الدكتور موريس اوهابيون، ان نحو ربع الذين يعانون من هذه المشكلة يحتاجون الى علاج لاسنانهم، في حين ان اكثر من نصفهم يستيقظون في الليل وهم يشعرون بوجع في الفك وعضلات الوجه.

ويقول اوهابيون: «صرير الاسنان الذي يسبب بلي سابق للالوان في الاسنان، او تغيراً في مواضع الاسنان، او تلفاً في اللثة، يحتاج الى رعاية طيبة».

ويقول الباحثون ان افضل طريقة يمكن ان يتبعها مثل هؤلاء الاشخاص هي اتخاذ سلسلة اجراءات تساعدهم في السيطرة على هذه المشكلة وتجنب عواقبها. وهذه الاجراءات تشمل:

- شرب اقل من ستة اكواب او فناجين شاي وقهوة في اليوم.

- الابتعاد عن الكحول والتدخين.

- تعلم تقنيات استرخاه تساعد في تخفيف قلق وتوترات الحياة اليومية.

- استشارة طبيب الاسنان بشأن علاجات واجراءات حماية اضافية.

علاج بلا عقاقير

تقول دراسة نشرتها المجلة الاميركية لفترط ضغط الدم، ان الاشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم يمكن ان يسيطروا على المشكلة من دون عقاقير.

وقد حللت الدراسة نتائج ابحاث جارية تشمل حوالي ٣٣٠٠ مريض توافروا عن تناول ادوية تحت اشراف طبي دقيق. وقد تمكّن ٤٢ في المئة من المرضى من الاحتفاظ بمستوى ضغط دم طبيعي من دون عقاقير لمدة سنة على الاقل.

ويقول الباحث الاسترالي المشارك في التحليل الدكتور مارك نلسون: «هذه انباء طيبة» لأن العلاج من دون عقاقير ينطوي على فوائد تتجاوز الوقاية من نوبة قلبية او سكتة دماغية. وعلى سبيل المثال، ادوية ضغط الدم تسبب تأثيرات ثانوية، كما ان احداثها باهظ الثمن.

وشدد نلسون على ان التوقف عن تناول عقاقير، يجب بالضرورة ان يتم تحت اشراف طبي صارم. وعرض نلسون التغييرات التالية في نمط الحياة التي يمكن ان ينالها مريض مع طبيبه: اظهرت الدراسة اولا ان الاشخاص الذين لديهم ضغط دم مرتفع باعتدال ويتناولون عقارا علاجيا واحدا يمكن ان يتحكموا في المشكلة بسهولة اكبر من الذين لديهم ارتفاع حاد ويتناولون اكثر من عقار واحد.

ثانيا، اظهرت الدراسة ان الذين ادخلوا تغييرات على نمط حياتهم كانوا اكثر ميلاً للاحتفاظ بمستوى ضغط دم طبيعي. واهمل التغييرات هي انفاص الوزن الزائد، وتقليل مأخذ الملح، والامتناع عن الكحول، ومارسة تمارين رياضية بانتظام.

ثالثا، هذه العملية تستغرق وقتا، لان من الحيوي التحكم بضغط الدم تدريجيا. فالقلارية المفاجئة خطيرة، لان الانقطاع فجأة عن تناول ادوية يمكن ان يسبب نوبة قلبية، وهذا سبب اضافي يفرض الارشاف الطبي، اذا اراد مريض التوقف عن تناول ادوية.

متاعب الاجازات

معظم الناس يجدون راحة في اجازتهم، ولكن دراسة هولندية شملت ١٩٠٠ شخص بالغ وجدت ان اكثر من ٣ في المئة منهم كانوا يعانون من ضغط نفسي شديد، الى درجة ان اجازتهم اوقعتهم مرضى.

ويقول المشرف على الدراسة الدكتور اد فنغرهوسن، من جامعة تيلبورغ، ان نسبة مماثلة على الاقل يمكن ان تجد صعوبة في الاستمتاع بالاجازات.

وقد عرض فنغرهوسن نتائج دراسته امام الاجتماع السنوي للجمعية الاميركية للطب النفسي البدني، قائلا: ان اكثر المعرضين للخطر هم اولئك الذين لديهم حس قوي بالمسؤولية تجاه عملهم، واولئك الذين يجدون صعوبة في ايجاد توازن بين عالمهم وحياتهم الشخصية. واظهرت الدراسة ان

عددًا لا يأس به من المتطوعين كانوا يشتكون، خلال عطلات نهاية الأسبوع والاجازات. من اوجاع رأس، وتعب، وغثيان، والم، ونزلات برد، وعكات شبيهة بالانفلونزا.

بالنسبة الى الذين تجعلهم الاجازات والعطلات متوربين، يقترح فنغرهوسن النصائح التالية:

- مارس تمارين رياضية عشية عطلات نهاية الأسبوع وفي بداية الاجازات. فهذا يساعدك على الاسترخاء ويسهل الانتقال الفسيولوجي من العمل الى الاستجمام.

- حاول ايجاد توازن افضل بين العمل والعناصر الاخرى في حياتك، وعندما ينتهي يوم عملك، ذكر نفسك بان استثمار وقت وطاقة في الحياة العائلية والاجتماعية، وفي ممارسة هوايات، لا يقل اهمية عن استثمارات في عملك.

اذا لم تستطع على الرغم من ذلك الاستمتاع باوقات الفراغ، انظر في طلب العون من اختصاصي.

الرضاعة الطبيعية

تحمي الرضاع من الاصابة بالبدانة مستقبلاً

■ نشرت صحيفة «لو جورنال سانتيه» الفرنسية في الآونة الاخيرة دراسة كان قد اجرتها فريق من الباحثين الامريكيين على ثمانية الاف طفل وسبعة الاف طفل تتراوح اعمارهم بين تسعة اعوام وبين اربعة عشر عاما، كان اثنان وستون في المائة منهم قد رضعوا رضاعة طبيعية في الاشهر الستة الاولى من حياتهم، واظهرت نتائجها ان ٤ في المائة من الفتيات و ٧ في المائة من الفتيان من كانوا قد رضعوا رضاعة طبيعية في الاشهر الستة الاولى من حياتهم قد تعرضوا لمشاكل في زيادة الوزن، وذلك بالمقارنة مع نسبة ٦ في المائة من الفتيات و ١١ في المائة من الفتيان تعرضوا لمشاكل في زيادة الوزن ولم يكونوا قد تلقوا رضاعة طبيعية في المراحل الاولى من حياتهم. الجدير بالذكر ان نتائج هذه الدراسة تؤكد نتائج دراسة سابقة كان قد اجرتها فريق من الباحثين من معهد طب الاطفال الاجتماعي وطب المراهقين في ميونيخ في المانيا قبل ما يزيد عن عام، وعمد فيها الباحثون الى دراسة اوزان ٣٣٤٥١ طفل تتراوح اعمارهم بين الخامسة وبين السادسة من العمر، وخلصوا الى نتيجة مفادها ان الاطفال الذين كانوا قد رضعوا رضاعة طبيعية من امهاتهم كانوا اقل عرضة للاصابة بالبدانة بحوالى ٣٠ في المائة بالمقارنة مع الاطفال الذين لم ترضعهم امهاتهم رضاعة طبيعية. وقد عزا الباحثون آنذاك السبب في ذلك الى الخصائص الوقائية التي يتمتع بها حليب الام وغناه بالعناصر الغذائية الضرورية والمكونات المناعية التي تقوم بحماية الاطفال من الامراض.

حولمة المشكلات الصحية

حضرت مديرية منظمة الصحة العالمية غرو هارلم بروتتلاند (رئيسة الوزراء السابقة في النرويج)، من ان العالم في حاجة الى انظمة جديدة تحكم سلامة الغذاء، لأن توسيع تجارة الاغذية العالمية يعني ان

مشكلات صحية يمكن ان تنتقل بسرعة من بلد الى بلد.

وقالت امام الاجتماع الاخير في جنيف للجنة «كودكس» الدولية المسؤولة عن تحديد المعايير العالمية لسلامة الغذاء: «ان عولمة امدادات العالم من الاغذية تعني عولمة دواعي القلق بشأن الصحة العامة. واليوم، يصبح من الصعب اكثراً حل مشكلات السلامة الغذائية في بلد واحد من دون تعاون دولي».

وللجنة «كودكس» تضم في عضويتها 165 دولة، وهي تعقد اجتماعها العام مرة كل سنتين. وتعكف اللجنة حالياً على دراسة ارشادات بشأن الحد من انتشار البكتيريا، ومستويات مبيدات الحشرات في الاغذية، وسلامة التكنولوجيا البيولوجية.

وخلال العقد الماضي، غدت سلسلة ازمات مخاوف المستهلكين بشأن سلامة الغذاء، وكان ابرز هذه الازمات مرض جنون البقر، الذي اوقع ضحايا في بريطانيا وبلدان اوروبية اخرى وهناك قلق ايضاً من ملوثات مسببة للسرطان تنقل عبر البيض ومنتجات الالبان.

ولكن بروتتلاند شددت على ان الازمات البارزة ليست سوى جزء من المشكلة، مشيرة الى ان حوالي ثلث سكان البلدان الصناعية يعاني من امراض محمولة عبر الغذاء كل سنة.

ومن البدئي ان سلامة الغذاء ليست داعي قلق في البلدان الغنية وحدها.

وقالت بروتتلاند: «يموت حوالي مليوني طفل كل سنة نتيجة الاسهال في البلدان النامية، بسبب مياه واغذية فاسدة».

واشارت الى ان قلائل فقط من البلدان النامية لديها انظمة سلامه غذائية. وقالت ان تجارة البلدان النامية توسع مع البلدان الصناعية. ولهذا فان كلاً من العاملين المتقدم والنامي في حاجة الى تبني انظمة سلامه غذائية جديدة.

الرجال والنساء بينما كان العالم في الاذوة والكوكايين في جامعة هارفارد مارك كوفمان يجري بحثاً حول الطريقة التي يضيق بها الكوكايين الاوعية الدموية في الدماغ، لاحظ ان المدمنات الاناث كن على العموم يحققن نتائج افضل خلال برامج اعادة التأهيل، مقارنة مع مدمنين ذكور.

والسبب، كما يعتقد، هو ان النساء ربما يستفدن من التغيرات الهرمونية المرتبطة بدورتهن الشهوية.

واستخرج كوفمان صوراً دماغية بوساطة تقنية الرنين المغناطيسي لمجموعة رجال، وكذلك لمجموعة نساء في مراحل مختلفة من دورتهن الشهوية، وذلك بعد ما اعطى افراد كلتا المجموعتين جرعات متساوية من الكوكايين.

وتبين ان الرجال عانوا من انخفاض في دفق الدم الى الدماغ بنسبة 20% في المئة، في حين لم يظهر اي تغيير لدى النساء اللواتي كن في بداية دورتهن الشهوية. وحتى النساء اللواتي كن في مرحلة متاخرة من الدورة، تعرضن لانخفاض بنسبة 10% في المئة فقط.

ويعتقد كوفمان بان قدرة هرمون الاسروجين (الانثري) على ارخاء الاوعية الدموية يمكن ان يؤدي الى اكتشاف علاج هرموني لمدمي الكوكيابين من كلا الجنسين.

الدكتور فتحي الزيات:

إدهان التلفزيون: يؤدي الى نقص نمو العضلات والمهارات

● هناك حقيقة مهمة لا يمكن إغفالها وهو انصراف الآباء عن الاهتمام بمادة المشاهدة التي يقدمها التليفزيون ومضمون البرامج التي يشاهدها أطفالهم حيث أصبحوا يفضلون انشغال الأطفال بما يقدمه التليفزيون ايما كان نوعه وايا كان تأثيره على النمو الفعلى والانفعالي والاجتماعي والجسماني للطفل على انشغالهم بالتربيه المبادرة، بالإضافة الى ان اكثرا الآباء يعتقدون أن التليفزيون يجعل عملية التربية والتنشئة أقل عيناً فليس هناك ايسرا ولا اكثرا جاذبية من التليفزيون لجعل سلوك الأطفال أقل ازعاجاً بالنسبة للأباء المشغولين دائماً.

التليفزيون أحد اسباب العنف والجريمة:

ومن طول مشاهدة الأطفال لأفلام العنف في التليفزيون ترسخ في وجدانهم على انه الوسيلة الملائمة لحل الصراع والمشكلات الشخصية كالسرقة في حالة الفقر او الحاجة الى المال والقتل والخطف.

وعن التأثير السلبي للتليفزيون في اطفالنا من حيث النمو العقلي والمعرفي والجسماني قدم د. فتحي مصطفى الزيات استاذ ورئيس قسم علم النفس التربوي بكلية التربية بجامعة المنصورة بحثاً تناول فيه هذه الآثار ويقول:

● لقد تم اجراء اكثر من ٣ الاف دراسة خلال الـ ٣٠ سنة الاخيرة عن هذا الموضوع تبين منها ان برامج العنف التي تقدم في التليفزيون ذات تأثيرات ذات العمق على العقول الصغيرة. فقد سجلت مشاهدات افلام العنف خلال السنوات العشر الاخيرة ٢٢ مشهداً للعنف في الساعة في المتوسط وازدادت بعدها الى ٦٠ مشهداً للعنف في الساعة في المتوسط وبالتالي زادت جرائم القتل والسلب بين الشباب على مستوى العالم.

نقص معدل المهارات والعضلات:

وقد اثبتت احدث الدراسات العالمية ان معدل حرق الجسم للسعرات الحرارية او الهضم وتمثيل الجسم للمواد الغذائية يقل في المتوسط بمقدار ١٤٪ عند مشاهدة التليفزيون عن هذا المعدل عند النوم في السرير.

وقد قالت جامعة لاري توكر الامريكية بعدة ابحاث في هذا المجال وكانت المحصلة من الاحصاءات والبيانات التي اجرتها على الاطفال - ان معدل نمو المهارات اليدوية والحركية والعضلات الموجودة بالذراعين والساقيين عند الاطفال الذين تصل ساعات مشاهدتهم للتليفزيون الى اكثرا من ٢

ساعات يومياً بفارق نمائي منتظم قدره عام ونصف عن أقرانهم الذين تقل ساعات مشاهدتهم للتلفزيون عن ساعة واحدة يومياً. وإن الأطفال من الفئة الأولى ثبت انهم يخسرون الكثير من الأنشطة البدنية والمهارات الرياضية. وتبعداً لذلك فإن معدل حرق السعرات الحرارية وخلال المشاهدة هما السببان الرئيسيان للسمنة المبكرة التي يكتسبها الأطفال والراهقون والكبار.

● كما اشارت الابحاث الى تأثير معدل المشي والوثب والجري لدى الأطفال الذين تزيد ساعات مشاهدتهم على ٣ ساعات يومياً مقارنة بقرائهم الذين تقل ساعات المشاهدة عندهم عن ساعة واحدة يومياً.

مصدر للاضطراب والتشتت:

● ويؤكّد د. فتحي على ان ادمان مشاهدة التلفزيون يؤثّر سلباً على الاطفال فهو يشجع على التعلم السلبي والذي يكون فيه الطفل شبه غائب عن الوعي لكافة المؤثرات الصوتية والمسموعة لتجربة المشاهدة حيث تعمل هذه المؤثرات على وصول الطفل الى حالة اللاوعي او التحذير وتؤدي هذه المؤثرات من الناحية العلمية الى انحسار وتقلص انتباه الطفل فيبدو اقل صبراً واحتمالاً او تقبلاً لالية برامج اقل جذباً له كنشرات الاخبار والبرامج الدينية والعلمية والبيعية والذي يزيد من اصابة اطفالنا باضطراب الانتباه واستخدام جهاز التحكم عن بعد حيث يشجع الطفل على تقليل القنوات ومشاهدة لقطات منها بالتتابع وهذا بدوره يؤدي إلى مزيد من تشتيت الانتباه.

● قد اشارت الدراسات والبحوث الحديثة سببية ان الاطفال ذوي المشاهدة المكثفة للتلفزيون يحققون درجات منخفضة على اختبارات الذكاء مقارنة بزملائهم الذين لا يشاهدون، ولا يعني هذا بالضرورة ان التلفزيون بسبب انخفاض نسبة الذكاء وإنما العلاقة هنا ارتباطية وليس سببية فقد ثبت ان الاطفال المتفوقين عقلانياً وتحصيلياً اقل اعتماداً على مشاهدة التلفزيون في المتوسط مقارنة باقرائهم العاديين والمؤخرین دراسياً.

القضاء على عادة القراءة:

ويختتم د. مصطفى حديثه فيقول لقد اجمع العديد من الباحثين على ان دوافع ومهارات القراءة انحدرت وتقلصت لدى الاطفال وان التلفزيون حل محلها واعاق ثبوتها وباتت ضرباً من الحال حيث تتطلب تجربة مشاهدة التلفزيون مجهوداً ذهنياً اقل من القراءة التي تعتمد على عمليات عقلية لا يستثيرها التلفزيون وهي التدريب على نطق الحروف ومعاني ومضامين الكلمات وادراك العلاقات والحس بالمعنى كما ان المشاهدة تتطلب تركيزاً اقل واستثارة محدودة لقدرات التخيل كما انها تحدث تحولاً في نشاط المخ من موجات بيتاً المتعلقة باستثارة الوعي والانتباه الى موجات الفا التي تثير الخمول والسلبية.

● وقد قام الباحثون في المعهد القومي للصحة العقلية بدراسة استهدفت تحديد اثر الذكاء على الفروق التحصيلية الناتجة عن المشاهدة وتم اختيار عينة شملت ١٢٥٠ تلميذاً من تلاميذ الصف السادس الى التاسع باحدى مدارس الضواحي الريفية الحكومية من ذوي نسب الذكاء العالية ثم

قسمت هذه العينة الى مجموعتين احدهما تصل ساعات مشاهدتهم للتلفزيون الى ست ساعات في المتوسط يوميا بينما تصل ساعات المجموعة الاخرى الى ٣ ساعات في المتوسط وقد توصلت هذه الدراسة الى تفوق المجموعة الثانية في اختبارات القراءة والتحصيل الدراسي والفهم والاستيعاب.

وقد تزامن مع نتائج هذه الدراسة عدة ابحاث عالمية وجاءت متطابقة في مستويات المهارات والمعارف والأنشطة والتي تراجعت وخاصة القراءة والكتابة وكذلك العمليات الحسابية المصاحبة لها تراجع وانحسار معدلات النمو العقلي المعرفي.

كما لا ننكر ان المشاهدة المكثفة للتلفزيون تؤثر تأثيرا سالبا على القوى والوظائف العقلية التي تقف خلف التخيل الابتكاري بصورة عامة والطلاقة الفكرية والتعبيرية والمحصلة من كل هذه الدراسات والابحاث المصرية والعالمية التي تؤكد ان مشاهدة التلفزيون المكثفة ولفترات طويلة يوميا تؤثر تأثيرا سالبا على مستوى الوعي عند الاطفال وتکسبهم افطاً من السلبية واللامبالاة وقد الاحساس بالزمن وعدم الحاجة او الرغبة في ممارسة اية انشطة عقلية او حركية ومهارية ومع تراكم هذه الاحساسات ينمو لدى الطفل الشعور بالبلادة والبطء الاستجادي والانفعالي الى الداخل حيث تنبئ المشاهدة المكثفة للبرامج هذه المشاعر والاحساس.

أحدث دراسة عن: أفلام الكرتون وأسباب العنف

لقد شهد العالم بان الطفل بطبيعته طفل مبدع وذكي ولكنه يحتاج الى من يرعاه فقد ان الاولى ان نهتم بتقديم الفيلم الكرتوني قبل عرضه من اجل مواجهة العنف التلفزيوني فما زالت مصر والدول العربية تستهين بدور هذه الافلام في تكوين الاتجاهات العدوانية لدى الاطفال وتعدها نوعا من التسلية وقضاء وقت الفراغ اغفالا لدورها الهام في تكوين الاتجاهات نحو العنف لدى اطفالنا في المستقبل وخاصة في ظل العرض المستمر لافلام الكارتون الاجنبية المستوردة التي تختلف ثقافتها عن ثقافة المجتمع العربي وتکمن خطورتها في هدفها الاساسي وهو الربح بكافة الوسائل النفسية والعلمية للوصول الى عقلية الطفل العربي وذلك نظرا لعدم انتاج فيلم كرتوني عربي ولا اعرف السبب هل هو قلة الامكانيات المتاحة او الخبرات او المهارات التكنولوجية التي يتطلبها فيلم الكرتون.

- نظرا لأهمية مرحلة الطفولة التي تمثل النواة الاولى للحياة الانسانية حيث تتكون لدى الفرد مجموعة من الاتجاهات والسلوكيات التي تظل معه مدى الحياة وتوثر فيه وفي المجتمع المحيط به.

وقد صدر اخيرا بحث اعدته د. هويدا الدر بكلية الاعلام في جامعة القاهرة تحت عنوان (الكارتون التلفزيوني وعلاقته باتجاهات الاطفال نحو العنف) يوضح العنف التلفزيوني المقدم من خلال افلام الكرتون الموجه للاطفال حيث يعد من خلال الكرتون الموجه للطفل ما تطالعنا به وسائل الاعلام يوميا من احداث عنيفة يجسد ابطالها الاطفال. وقد ركزت الباحثة على العلاقة بين الكرتون واتجاهات الاطفال نحو العنف من اجل الاستدلال على المؤشرات العامة لاحادث العنف السائد في هذه الافلام وقد تكونت عينة الدراسة على تلاميذ المدارس الابتدائية للتعرف على اتجاهاتهم

نحو العنف في الحياة الواقعية ومدى تأثير هذه الاتجاهات العنفية بمتغيرين اساسيين وهما النوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي على الاطفال وقد استخدمت المنهج المسحى من خلال استخدام استماراة تحليل المضمون لعينة عشوائية من افلام الكرتون التي يقدمها التليفزيون المصرى كما استخدمت جمهور وسائل الاعلام من الاطفال باستخدام صحيفية استبيان ثم طبقتها على عينة عشوائية واعتمدت الباحثة في دراستها على نظرية الغرس الثقافي كإطار نظري ثم قياس فروض الدراسة عليه بالإضافة الى عرض تقييم النظرية من خلال وجهات النظر الاعلامية المختلفة، وقد أفاد هذا الاطار النظري الباحثة في جانبين هامين اولهما بناء فروض دراستها وفقاً لفرض النظرية وثمن فرض كثافة المشاهدة والاتجاهات السائدة. والاثار طويلة المدى والمشاهدة النشطة اما الجانب الثاني من جوانب الاستعادة فقد تمثل في وضع مقاييس الدراسة مبنية من مقاييس التأثير وفقاً لنظرية الغرس الثقافي. وقد تضمن البحث اساليب مواجهة العنف التليفزيوني عالمياً من خلال عرض لتطور مفهوم العنف من النواحي الاجتماعية، والنفسية والاعلامية ثم تطور العلاقات بين العنف الاعلامي. والسلوك العدواني تلا ذلك عرض للنظريات التي تفسر العلاقة بين العنف التليفزيوني وقد استقرت نتائج الدراسة على المتردّيات الآتية التي يمكن ان يكون لها اثر في التقليل من دور الكرتون التليفزيوني في تكوين الاتجاهات العنفية لدى الاطفال.

- ١ - ربط افلام الكرتون المقدمة للطفل بالواقع الذي يعيشه حتى لا يعيش الطفل في الخيال والاوهام وذلك عن طريق اعداد قصص لافلام كرتون تتمى وعي الطفل بالبيئة المحيطة ومجتمعه وتمس احتياجاته ومشكلاته وقضاياها وتساعده على تحقيق المبادئ السابقة في المجتمع.
- ٢ - الاهتمام باعداد افلام كرتون تتناسب المرحلة المصرية للطفل والاستعانة بالمتخصصين في علم النفس وعلم الاجتماع وعلم الخدمة الاجتماعية والاعلام مع التركيز على الجوانب المقدمة لكل مرحلة عمرية بحيث تتلاءم هذه الافلام مع القدرات العقلية للاطفال.
- ٣ - السفر لتكوين مؤسسات وشركات ضخمة تكون مؤهلة ل توفير الانتاج التليفزيوني الكرتوني الملائم للطفل العربي بما يحقق له الانفتاح على الثقافات الأخرى بالإضافة الى الاستفادة من التراث الثقافي القديم.
- ٤ - تخصيص وقت كاف يومياً يقضيه الابوan مع اطفالهما من اجل مواجهة العنف التليفزيوني ومساعدتهم للتمييز بين العنف الوعي والخيالي لكي يربط بين النتائج السعيدة للسلوك العدواني والسلوك نفسه ويفهم الدوافع المعقّدة وراء العنف ويتحدث عن بدائل غير قائمة على العنف. واخيراً يجب التأكيد على دور العلم في مواجهة العنف ويجب الاعتراف بان منع جرائم العنف هو فرع وليد من فروع المعرفة المتخصصة لم يبذل بشأنه سوى قدر محدود من البحوث فلا يزال هناك نقص شديد في البحث عن العوامل المرتبطة بالعنف وتفاعلاتها، وافتقار شديد للآليات النظرية التي يقوم عليها وضع افتراضات عمل صحيحة و اختيارها علمياً، وعلى الرغم من انه يوجد اليوم بلا شك قدر كاف من المعرفة يسمح باحراز التقدم والبدء في وضع استراتيجيات رشيدة

ومبشرة بالأمل فان هناك ايضا حاجة ملحة الى توسيع نطاق المعرف المكتسبة، ومقارنتها واستحداث اجراءات تقييم ملائمة وتمويل تطبيقاتها وبناء جسور بين النظرية والتطبيق.

ظلال الغيرة... تمحوها الثقة بالنفس

الشك والغيرة من الصفات التي تعرفها الحياة الانسانية بشكل عام، والحياة الزوجية بشكل خاص لا فرق في ذلك بين الرجل والمرأة، او الزوج والزوجة. وهناك حدود طبيعية للغيرة او للشك اذا لم يتم تجاوزها تتبع بعض المشاكل التي ربما تصل بالزوجين لبغض الحال، واذا تم تجاوزها تضرر الحياة الزوجية اكثر بهجة واكثر حيوية واكثر تجديدا.. ما هذه الحدود.. وكيف تلافى اضرار التجاوز في الشك او الغيرة؟.

الدكتورة «عزبة كريم استاذة الاجتماع بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية ترى ان الغيرة الزوجية اذا كان معدلها متوسطاً ومحبلاً من الطرفين تعتبر عاماً صحيحاً في المجتمع المقدم.

اما اذا زادت عن معدلها المتوسط فتمثل حالة مرضية ينبغي علاجها لأن الغيرة في حد ذاتها شعور دفين بالنقص امام الآخرين ولا يستطيع ان يكتشف صاحبها عن هذا الشعور ولكنه يعبر عنه في المواقف المختلفة بوسائل وطرق عديدة.

وقد تكون الغيرة من الزوج على الزوجة اما لانه يرى انها افضل منه ومحبوبة من الجميع، واما لانها تحتل مكانة مرموقة عنه وهنا يشعر بالضيارة ولا يستطيع الزوج ان يفصح عن ذلك ولكنه يعبر في مواقف عديدة ربما تقلب الحياة الزوجية الى صراع حاد بين الطرفين.. كان يضر بها او يهينها امام الآخرين، او يتزوج عليها بهدف اذالها.

وقد ينقلب الشعور بالغيرة المرضية عند الرجل الى درجة الشك في تصرفاتها وسلوكيها، وعلى هذا الاساس قد يكون العلاج الامثل للغيرة بالنفس، والشعور بدرجة عالية من الكمال وبذلك الشعور يتغافل النقص سواء كان في الزوج او الزوجة، فكلما ارتفعت درجة الثقة بالنفس قلت درجة الغيرة في الانسان.

وحول مشكلة الشك في الطرف الآخر يقول الدكتور «محمد شعلان» استاذ الطب النفسي بجامعة الإزهـر: من الطبيعي ان يكون لدى الانسان درجة قليلة من الشك و اذا زادت هذه الدرجة عن معدلها الطبيعي تصبح حالة مرضية، والشك بين الزوجين بطبيعته صفة سلبية في حد ذاتها، وكلمة «شك» هنا تعنى وجود اضطراب في العلاقات الزوجية التي يجب ان تقوم في الاساس على الثقة بين الطرفين، بحيث يجد كل طرف الامن والامان لدى الآخر. فحدث اي نوع من الشك يغير الثقة بين الطرفين، ويعني اهتزاز العلاقة الزوجية.

ويرى الدكتور شعلان ان الشك قد يحدث تلقائياً عندما يشعر احد الطرفين بأن هناك جزءاً يخاف ان يظهره امام الآخر، فعندما يبدأ الشخص في اخفاء هذا الجزء يضع نفسه موضع الشك عندما يشعر الطرف الآخر باخفائه، وهنا يعتبر عدم الثقة بالنفس من اولى الخطوات التي تؤدي الى

الشك، والتي تؤدي الى البعد بين الطرفين، فكلما يزداد الشك تزداد اسبابه ويحدث مزيد من التباعد، ومزيد من الصراع في الحياة الزوجية، ربما يصل الى الانفصال، ولنلافق ذلك يجب ان يجذب كل طرف بمصارحة الآخر، ليسود الامان والثقة بالنفس دون خوف او اجراء بين الزوجين.

نهاية د. عادل صادق لمواجهة الاكتئاب

● كل من يشعر بالاكتئاب والحزن في اوقات من حياته... مثل موت شخص حبيب لديه، او عند انتهاء علاقة عاطفية تقبل له الكثير، او فقدان مهنة يحبها ويتكسب منها... هذه الضغوط النفسية والاحداث الموجعة على النفس، قد تجعل اكثر الاشخاص صحة وحيوية، يقع في براثن الحزن واليأس والاحباط!

وعند بعض الاشخاص، قد يتعمق هذا الشعور بالحزن اكثر واكثر ويتحول بضخامة حجمه الى موجة عارمة من الاسى وفقدان الامل والاحساس بعدم جدوى الحياة... بل قد يذهب الى ابعد من ذلك الى الاعتقاد بأن الموت قد يكون اهون من الحياة مع هذا الحزن العميق داخله... وعادة لا يوجد سبب واضح لتبرير مدى حزن الانسان المكتئب... فالاكتئاب قد يستمر اياما او اسابيع او شهورا طويلة!

● وقد وصف موقع طبي على الانترنت، الاكتئاب، مؤخرا، على انه واحد من اربعة امراض يصفها المتخصصون في الطب النفسي بانها حالة من اضطراب المزاج! وهي حالة تنتاب عن قصور المخ في تنظيم الكيماويات التي تحكم وتسيطر على مزاج الانسان.

فالشخص المكتئب يجد نفسه غارقا في حزن دفين لا يقدر على الخروج منه، وهو يتحول مع الايام الى اكتئاب عميق، وقد يؤثر هذا الاكتئاب على وظائف اخرى للجسم وبعض الاضطرابات مثل قلة النوم او تقطيعه، وفقدان الشهية او الافراط في الطعام بدون رابط. كما يؤثر ايضاً على القدرة الجنسية وعلى درجة التركيز.

ويشرح ايضا الموقع الطبي على الانترنت، كيف ان مادتين كيماويتين داخل المخ، تؤثران حسب كمية وجودهما، على درجة الاكتئاب عند الانسان، وهما مادتا التوربوفرين والسيروتونين فهما اذا توافرتا بوفرة داخل مخ الانسان، كانت حالة الشخص مستقرة وطبيعية، ولكن اذا انخفضتا، ظهرت علامات الاكتئاب على الشخص. ولذلك فان جميع الادوية المضادة للاكتئاب تتوافر فيها هاتان المادتين الكيماويتان.. وقد اجابت الابحاث العلمية مؤخرا عن السبب الجوهري لاختفاء تينك المادتين عند بعض الاشخاص ووجودهما في مخ اشخاص اخرين، بانها عوامل ترجع الى الوراثة بان يكون احد من العائلة قد اصيب بالاكتئاب فعلا، او بعد مواجهة مبكرة لاحداث مؤسفة مثل موت شخص حبيب او مجرد حالة مؤقتة من الحزن والشجن العميق، وتعود الابحاث العلمية لتوارد ان العامل الوراثي لا يؤثر تأثيرا كاملا او فعالا، ولكن يتوقف الامر كله على مدى مواجهة الانسان لبعض المواقف الصعبة التي تمر في حياته، وتسبب له حزنا عميقا مستمرا، والاكتئاب عندما يحدث هنا،

يطلق عليه المتخصصون في الطب النفسي اسم، اكتئاب مضعف...!

والاكتئاب يأتي في المواسم، فهناك اكتئاب الشتاء واكتئاب الصيف واكتئاب ما بعد الولادة... فالحزن العميق أو الضغط النفسي الضخم يحدث تغيراً كيميائياً في المخ، وهذا بدوره يؤدي إلى الاكتئاب الذي يظهر بوضوح بعد فترات زمنية مطلولة من الضغط ويصف المتخصصون في الطب النفسي اعراض الاكتئاب بانهاء الاحساس في كثير من الاحيان بالحزن والشعور بالخواء من الداخل، فقدان الاهتمام بكل شيء والعجز عن الشعور بالسعادة وبالتفاعل مع الفرحة والمواقف السعيدة... فقدان الوزن او الامتناع السريع والمستمر حتى درجة البدانة، اضطراب وقلق في النوم ويقطة مستمرة او نوم زائد عن الحد، توتر وقلق، الشعور الدائم بالتعب والاحساس العميق بالارهاق، فقدان الطاقة، الاحساس بعدم اهمية الاشياء البليدة او الشعور بالذنب وقدان الامل، والصعوبة الشديدة في التركيز وعدم الفترة على اتخاذ القرار السليم. واخيراً تكرار تردید فكرة الموت او الانتحار... وذلك يحدث في الحالات المتأخرة للاكتئاب. والاكتئاب هو اكثر الامراض التي تتبع من اضطراب المزاج، ففي امريكا وحدها ١٧ مليون مكتئب، اما الشيء المثير للامل فهو ان ٨٠٪ الى ٨٥٪ من حالات الاكتئاب تشفى الآن بالعلاج.

● ومن بعراكتئاب، يظهر على السطح سؤال، قد تبدل اجابته، وحشة سنوات العمر الفضي والاحساس بالخوف والقلق من وحدة الايام... والسؤال هو...

ما هو زاد وزداد الانسان على مدى رحلة عمره، لمرحلة العمر الفضي، ليعيش هذه المرحلة الهدئة من حياته بثقة وسکينة وامان مع النفس ومع من حوله، حتى لا يقع في برائ الاحباط والاكتئاب؟ وبعبارة اخرى كيف يمكن للانسان ان يتغلب على تلاطم امواج بحر حياته في هذه السن بالذات، حتى لا تندفعه الامواج بعيداً عن شاطئ الامان؟؟

● يقول د. عادل صادق

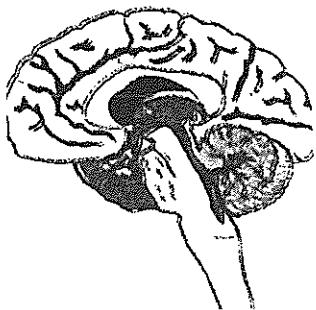
يجب على الانسان مواصلة رحلة العمل، يعني ان يظل الانسان منتجاً ومؤثراً ومطلوباً. كذلك يجب ان يكون لديه ما يستطيع ان يقدمه للآخرين ويكون شيئاً نافعاً... وهذا لا يستطيع تأديته إلا انسان لديه خبرة وعلم وثقافة... والشيء المهم هو ان يكون الانسان واعياً لهذه الفترة من حياته بان بعد نفسه خلال سنوات عمره ليظل قادراً على العطاء، وحتى ولو كان دوراً استشارياً كاعطاء النصيحة والرأي والمشورة...

وعادة في هذا العمر، لا يتوقف عن العمل صاحب الحرفة او العمل الحر، اما الموظف عندما يصل الى سن المعاش، فعليه ان يتدارس حالة بحيث يصبح ذا نفع... غير ان د. عادل صادق يعود فينصبح ان الحياة كلها ليست عملاً بل يجب ان يستمتع الانسان ايضاً بالاسترخاء ومارسة الهوايات التي يحبها، وتمويض ما فاتنا حين كان العمل الرسمي يستنزف كل الوقت.

كذلك يحتاج الانسان وقتاً للتأمل في صنع الله... وليس فقط مجرد الممارسة الشكلية للطقوس الدينية، قد يكون في ذلك مسحة تصوّف الا انها تتحقق قدرًا كبيرًا من المتعة للانسان وتعطيه السکينة...

والاهم من كل ذلك هو ضرورة ان يوقن الانسان ان هناك مذاقا خاصا لكل مرحلة من العمر، وعليه الاستمتاع بكل مرحلة، وعليه ايضا ان يتقبل التطور الطبيعي وضرورة ان يكون سلوكه متواهما مع مرحلة السن ولا يدخل في تسابق مع آخرين اصغر سناء، فيجب على الانسان الا يتنافس مع الاجيال الاصغر فهو سيكون الخاسر، وهذه الخسارة سوف تجعله يقع في بحر الاكتتاب!!!

ادوية مطورة لعلاج امراض المخ



تمكن باحثون امريكيون من تطوير عدد من الادوية لتصلح لعلاج الامراض التي تصيب المخ البشري مثل الشلل الرعاش والزهاير. وقال العلماء ان البحث الذي اجري في كاليفورنيا باستخدام التكنولوجيا الحيوية يقترب افaca جديدة حيث يظهر انه يمكن زرع خلايا في مخ الانسان تكون قد نمت داخل جمجمة فار. وقالت نائبة رئيس العمليات في الجهاز القائم بالبحث: نحن لا نعيد بالطبع خلق مخ بشري، وإنما نحاول فقط طريقة عمل الخلايا الأساسية في المخ، وكيف يمكن استخدام نتائج الدراسة في علاج امراض محددة.

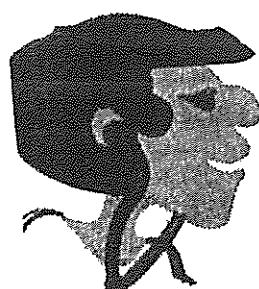
واوضح استاذ بجامعة استانفورد شارك في البحث الذي استغرق عامين ان الخطوة التالية يمكن ان تكون انتاج قفران تكون الغالبية العظمى من مخها من خلايا بشرية، واكد انه سوف تجري مراجعة اخلاقية دقيقة قبل تنفيذ هذه الخطوة التي تقوم اساسا على فصل خلايا من مخ بشري تم حقتها في القفران لتنمو مع نمو امماخها.

زرع خلايا جذعية تعيد السمع للصم

اعلن باحثون بريطانيون انهم توصلوا الى تقنية تتيح زرع خلايا جذعية معالجة وراثيا محل الخلايا التالفة في اذن اشخاص فقدوا السمع.

وقال مانيو هولي خبير السمع بجامعة بريستول ان الخلايا المعالجة وراثيا ستعمل بالترادف مع قوقة الاذن المزروعة لاعادة السمع لفاقديه منذ فترات طويلة.

وقوقة الاذن المزروعة عبارة عن جهاز الكتروني صغير يزرع عن طريق جراحة في الاذن لتحفيز العصب السمعي. وقد ساعدت القوقة المزروعة العديد من الصغار والمصابين حديثا بالصمم على السمع، لكنها غير ملائمة الحالات الاصابة بالصمم منذ فترات طويلة، وكذلك الذين يعانون تلفا



كبيرا في العصب السمعي. ويعاني نحو تسعة ملايين شخص في بريطانيا - بلد التجربة الطبية - من الصمم او ضعف السمع، كما يولد طفل اصم من كل الفي طفل لاسباب وراثية.

واستخدم العلماء الخلايا الجنينية وهي خلايا يمكن معالجتها لتحل محل اي خلية في جسم الانسان لاعداد خلايا تزرع في المخ والعضلات، لكنهم لم يكونوا واثقين في امكانية معالجة خلايا الاذن وراثيا. وقال هولى «ما فعلناه هو معالجة خلايا من الفئران، وتمكننا من تحويلها لأنواع مختلفة من خلايا الاذن، وبذلك يكون من الممكن نظريا اجراء ذلك مع الانسان.

تحديد الجين المسؤول عن الكلام

تمكن علماء بريطانيون من تحديد اول جين مسؤول عن اللغة، ويساعد ذلك على فهم كيفية تطور اللغة والكلام لدى الانسان، ويفرز الجين الذي اطلق عليه اسم «اف او اكس بي ٢» بروتينا ينشط او يوقف عمل الجينات الاخرى. ويعتقد العلماء ان الجين يمكن ان يفسر سبب معاناة بعض الاشخاص من مشاكل في الكلام.

وقال العالم سايمون فيشر بمركز ويلكوم ترست للجينات البشرية في اكسفورد انه امكن التعرف على طريقة للوصول الى القنوات والشبكات العصبية المرتبطة بالكلام واللغة من وجها نظر جينية. واضاف ان الخطوة التالية تمثل في تحديد الجينات الاخرى التي تعمل وتتوقف خلال تطور النسيج العصبي، مشيرا الى ان ذلك يمكن ان يقود الى مجموعة جديدة من الجينات التي قد يكون لها علاقة بالكلام.

وقال انه تم رصد الجين المكتشف من خلال دراسة ثلاثة اجيال من عائلة لها تاريخ في المعاناة من مشاكل في الكلام. وقال الباحث ستيف بنكر من معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا بالولايات المتحدة ان اكتشاف الجين يمكن ان يفتح مجالا للبحث يؤدي الى معرفة كيفية تطور اللغة، التي يعاني من مشاكلها ٥٪ من البشر. ويعتقد العلماء ان اصابة الجين المكتشف خلال عملية تكون المخ هي السبب الرئيسي في مشاكل الكلام.



الندوات والمؤتمرات

١ - مؤتمر الجمعية العالمية لعلاج العجز الجنسي

يكلف علاج العجز الجنسي ثلاثة مليارات دولار حول العالم سنوياً، اي انه يأخذ من ميزانية الاستشفاء الصحي نسبة هامة. وهذا الاضطراب قديم قدم الانسان وهو عابر للاعراق والبلدان والقارات والاعمار. فالاصابة به ليست حكراً على فئة بعينها، انه معاناة عامة تصيب ذكور العالم فتجعلهم يحسون بالاحباط والخسارة فيتدنى تقديرهم لذواتهم. وتنخفض فعاليتهم الاجتماعية مع انخفاض فعاليتهم الجنسية. فالعلاقة بين التوازن النفسي والفعالية الجنسية علاقة غير قالة للفصل. وهي علاقة في اتجاه مزدوج اذ تبدي الاضطرابات الجنسية لترافق حتى ابسط اضطرابات المزاج العابرة. كما ينعكس اي اضطراب جنسي على التوازن النفسي والجسدي العام للشخص. وكنا في مركز الدراسات قد ترجمنا كتاب البروفسور الفرنسي جاك واينبرغ بعنوان «عيادة الاضطرابات الجنسية» وهو لا يزال من المراجع العالمية لبحوث وعلاج العجز الجنسي، الذي عقد في البرازيل بمدينة ريو دي جانيرو متتصف يونيو/حزيران العام ٢٠٠١ وشارك فيه عدد من كبار المتخصصين في المجال.

عقد هنا في منتصف يونيو ٢٠٠١ المؤتمر السنوي للجمعية العالمية لابحاث وعلاج العجز الجنسي، الذي ضم هذا العام حشداً كبيراً من الاطباء والعلماء جاءوا لمناقشة آخر الابحاث والتطورات في مجال مكافحة العجز الجنسي. وبعد المؤتمر مرجعاً مهمّاً للمتخصصين وغير المتخصصين للإجابة على التساؤلات المتعلقة بأسباب وطرق معالجة حالات الضعف والعجز.

أنواع العجز الجنسي

د. فريديريكو زيلار (من الأرجنتين) تحدث في المؤتمر عن أنواع العجز الجنسي وقال ان النوع الرئيسي هو عدم قدرة العضو الذكري على الانتصاب. وهناك خمسة عوامل أساسية لضمان عملية الانتصاب: الاول: عضو كامل وصحي. الثاني: هورمونات معينة، الثالث: خلايا عصبية واوية لنقل الدم، الرابع: قدرة على الآثار، الخامس: راحة نفسية.

وهناك انواع اخرى من العجز الجنسي مثل: القذف المبكر، وعدم القدرة على القذف، ومرض او موت المنويات، لكن عدم الانتصاب هو النوع الرئيسي، كما هو الاساسي، اي ان الانواع الاخرى اقل اهمية، او لا توجد في غياب الانتصاب، لكن في الجانب الآخر، اذ ان غياب الانتصاب لا يعني «عجزاً جنسياً كاملاً» لأن الطبع الحديث اصبح قادراً على ا يصل منويات الرجل الى بويضة المرأة بدون الانتصاب.

- الاسباب

د. جيري بي هيتون (من كندا) تحدث عن اسباب العجز الجنسي، وهي، بصورة عامة، متابعة للعوامل الأساسية الخمسة السالفة الذكر.

السبب الاول: مرض الذكر العضوي، او مرض المسالك البولية.

السبب الثاني: خلل في الشبكة العصبية التي تربط العضو بالمخ.

السبب الثالث: توقف او عرقلة ضخ الدم الى العضو.

السبب الرابع: نقص الهرمونات لاسباب عضوية او نفسية.

السبب الخامس: السكري وضغط الدم والكوليسترول.

السبب السادس: مرض البروستاتا، او عملية ازالتها.

السبب السابع: مرض الكلي او الكبد.

السبب الثامن: اصابة العمود الفقري.

السبب التاسع: مرض الغدد.

السبب العاشر: امراض نفسية.

- الامراض النفسية

د اوسوالدو رودريغويز (من البرازيل) تحدث في تفصيل عن الامراض النفسية التي تسبب العجز الجنسي، وقال: ان هناك خلطا وسط عامة الناس ووسط بعض الاطباء، بين الاسباب العضوية والاسباب النفسية للعجز الجنسي، ويعتبر القلق اهم الاسباب النفسية. والقلق نوعان:

نوع بعيد المدى، مثل القلق على ما سيحدث غدا، او في المستقبل البعيد، او القلق لاسباب مالية او عائلية او سياسية. ونوع فوري، مثل القلق على العملية الجنسية التي يمارسها الرجل، او يريد ان يمارسها. وهذه حلقة مغلقة، اي ان اي ذرة قلق ربما تبطئ الانصاب، ثم يقلق الرجل على ذلك، ثم يبطئ الانصاب اكثر، ثم يزيد القلق، وهكذا. وهناك قلق له صلة بالعمر، اي ان الرجل يحس بان التصاب العضو في الكبير اقل قوة منه عندما كان اصغر عمرا. وهذا الاحساس يسبب قلقا يزيد من القلق الاول.

- الكبير في السن

د. جوان كيسنيزوف (من الارجنتين) تحدث عن هذه النقطة الاخيرة بتفصيل، وقال ان الكبر في السن عامل نفسي رئيس وهناك زاويتان لهذا العامل: الاولى، نظرة الشخص الى نفسه مع الكبر سنه. والزاوية الثانية هي نظرة المجتمع الى الشخص الكبير السن. هنالك تشابه ربما في كل المجتمعات وكل الثقافات على ان هذا الشخص اصبح وكان لافائدة فيه، او لافائدة منه.

وهذه النظرة السلبية يصعب التخلص منها حتى في الدول الاكثر حضارة وتقديما، وذلك

للاعتقاد بان النشاط الجنسي يختفي مع الكبار في السن. لكن الطبع الحديث اثبت غير ذلك، وهناك احصائية توضح ان سبعين في المائة من الرجال الذين تزيد اعمارهم عن ستين سنة، ليسوا مصابين بعجز جنسي. لكن المشكلة هي اقتناع هؤلاء الرجال بذلك، ثم وجود زوجة، ثم اقتناع الزوجة بذلك، ثم توفر الجو المناسب.

- البروستات

د. بوليسن سلفيرا (من كوبا) تحدث عن اثر الامراض وال العمليات الجراحية، خاصة عملية ازالة البروستات على العجز الجنسي، وقال ان المرض يمكن ان يبدأ في المخ عندما تتأثر خلايا معينة، او في العمود الفقري، او الشرايين الدموية.

اما العملية الجراحية لازالة البروستات فيمكن ان تؤثر في شرايين الدم او شبكة الاعصاب القرنية من العضو، وبالتالي تؤثر في العضو، او تؤثر فيه اسباب اخرى مثل اصابة الذكر نفسه، او اصابة المخ في حادث حركة مثلا. 70% من الاسباب لها صلة باشياء مثل: ادمان المخدرات، مرض الكلى، الشلل الجزئي، والسكري، حتى الادوية التي يتعاطاها الرجل يمكن ان تسبب العجز الجنسي مثل: ادوية ضغط الدم، وادوية القلق والاحباط وبعض المسكنات والمهديات.

- الفياغرا:

الاطباء، في كل دول العالم، وصفوا الفياغرا لعلاج اكثر من خمسين مليون شخص، حتى الآن. وهي اسهل الادوية واكثرها فعالية، لكنها تسبب اعراض جانبية مثل: الصداع واضطراب المعدة.

لكن لا بد من الحذر بسبب الصلة بين الفياغرا والادوية التي بها «نايتريت» والتي تستعمل لعلاج بعض الامراض الصدرية، وهذه الصلة ربما تكون قاتلة.

وهناك ادوية جديدة تشبه الفياغرا، مثل «فاردينافيل» و«سياليس» الذي اثبت نجاحا كبيرا في بعض الدول الاوروبية (الاول عالج حوالي خمس وسبعين في المائة من الذين اجريت عليهم التجارب).

- العلاج النفسي

هناك علاجات نفسية تتحاشى الادوية، مثل الزوجة التي تعطف وتشارك، والتجارب הקלينيكية اثبتت ان الزوجة تقدر على تحقيق الانتصار بالتركيز على المداعبة. وهذه الانواع من العلاج تعتمد على عوامل منها عمر الرجل، كلما كبر الرجل احتاج الى مداعبة اكبر. كما تعتمد على خبرة الزوجة، كلما كانت عندها ثقافة جنسية كافية، زاد اسهامها في تحقيق الانتصار.

لكن معظم الرجال لا يستعملون هذا العلاج ولا يحاولونه او يؤمدون به. معظم الرجال يفضلون تحاشي اي دور للزوجة في هذا الموضوع، وذلك بسبب حساسية الموضوع، او الحرص على الزوجة، او الخوف من الفشل رغم مداعبات الزوجة.

لكن الأطباء الذين يقترحون هذا العلاج يقولون إنه يساعد على تدفق الدم في شرايين الذكر، وعلى تحريك عضلات الذكر، وعلى فتح خلاياه الأسفنجية. هذه هي العوامل الأساسية لتحقيق الانتصاب.

- ادوية تُبلع او تحقن

الأدوية انواع، منها الذي يبلع، مثل «الفياغرا» ونوع ثان يحقن في الذكر، ونوع ثالث يدفع إلى داخل فتحة البول.

أكثر هذه الأدوية استعمالا هو هورمون الرجل بروجسترون، الذي أثبت قدرته على علاج العجز الجنسي وسط الرجال الذين يقل عندهم الهورمون. يمكن أن يمسح على الذكر أو يحقن، وهو يساعد على ترجيع خلايا الدم. وهناك أدوية أخرى منها: «بابافارين در كلورايد» و«فتولامين» و«البروستاديل». وبعضها يسبب صداعاً وألماً في المعدة. واهم الأدوية التي تدفع داخل فتحة البول هي حبات صغيرة جداً من بروستاديل» يشار إليه باحرف «ام يو اس اي». تدفع، مسافة بوصة (حوالي سنتيمتر ونصف سنتيمتر)، وتسبب الانتصاب خلال عشر دقائق، وفي معظم الحالات يستمر الانتصاب لساعة تقريباً.

- علاج الميكانيكي

هناك انواع من العلاج الميكانيكي، واحد منها وضع الذكر داخل أنبوة، ثم شفط الهواء من الأنبوة، مما ساعد على تدفق الدم في شرايين الذكر، وعلى الانتصاب الذكر. لكن كثيراً من الرجال يشتكون من أن هذه عملية معقدة، وحتى إذا نجحت، لا يدوم الانتصاب لفترة طويلة (بعض النماذج مزودة بما يسمى (الدبلة الذكورية، التي توضع في أعلى الذكر لتمنع عودة الدم وأضمحلال الذكر). وهناك نموذج مشابه به إضافات تكنولوجية تستعمل بطارية كهربائية وزراً لشفط الهواء من الأنبوة (بدلاً من شفطها باليد) وتستعمل غشاء بلاستيكياً للمحافظة على الانتصاب الذكر (بدلاً من الدبلة الذكورية). وتجري الآن تجارب لوضع كومبيوتر صغير في الجهاز ليتابع درجة الانتصاب الذكر، وليرقدر على تحديد كمية الهواء الذي يضخ او بشفط.

- عمليات جراحية

مثل وضع أنبوة بلاستيكية ومضخة بلاستيكية داخل الذكر تتولى عملية الانتصاب والأضمحلال، بدلاً من الاعتماد على الأوعية الدموية والعصبية (مع جهاز متصل للسيطرة على الأنبوة). ومثل نقل أوعية دموية وعصبية جديدة من شخص آخر إلى الشخص المصابة.

ومثل إجراء عملية جراحية في الأوعية الدموية لعرقلة عودة الدم إلى خارج الذكر، وبالتالي المحافظة على الانتصاب (أي سهولة دخول الدم إلى الذكر لكن صعوبة خروجه).

ويتوقع في المستقبل وضع أنبوة بلاستيكية داخل الذكر والسيطرة عليها بواسطة جهاز يشبه «الريموت كونترول» الذي يستعمل لتغيير قنوات التلفزيون.

- العلاج بالجينات

هناك اكتشافات اولية توضح ان هناك صلة بين العجز الجنسي و«تايترك او كسايد». هذه المادة تتقل الرسائل بين الخلايا (العلماء الاميركيون الذين اكتشفوها نالوا جائزة نوبل في الطب قبل ثلاث سنوات). وبعد اكتشافها درس العلماء آثارها على تأثير الادوية في الجسم مثلا: دواء «نروجلسرين» لعلاج مرض القلب يستفيد من امكانية «تايترك».

ويدرس العلماء الان انتشار «تايترك» في مختلف اتجاه الجسم، وذلك بعد ان تأكد لهم ان غيابها او انخفاضها له صلة بامراض معينة، ومن بين هذه الامراض العجز الجنسي.

واذا تطورت ابحاث الجينات، سيبحث العلماء امكانية السيطرة على جينات «تايترك»، وبالتالي على انتاجها وعلى توزيعها. هذه الابحاث لا تزال في مرحلتها الاولى، لكنها توضح ان علاج العجز الجنسي الحقيقي ربما سيكون عن طريق الجينات.

- ادوية المستقبل

واخيراً، بالإضافة الى انواع العلاج الميكانيكي والتكنولوجي يبدو ان المستقبل مع تطور الادوية التي تحدثنا عنها، مثل «فياغرا» و«سلدنافيل» و«سياليس» و«فاردينافيل».

وهذه يتوقع ان تتنافس في المستقبل على شئين:

الاول: اختفاء الاعراض الجانبية.

الثاني: سرعة الانتصاف بعد اخذ الدواء (الرقم القياسي حتى الان هو خمس عشرة دقيقة، ويتوقع ان يصل قريبا الى خمس دقائق، وربما الى دقيقة واحدة).

أحدث ثورة في علاج اعراض الشيخوخة والعجز الجنسي هورمون DHEA: «اكسر الشباب» الفرنسي الذي يحيي القدرة الجنسية حتى في الثمانين!

■ من اكبر انواع العجز او الضعف الجنسي شيوعا وانتشارا، تلك التي تظهر اعراضها مع التقدم في السن، وهي لا ترجع لاسباب عضوية، بل الى تراجع نسبة بعض الافرازات الهرمونية في الجسم، مما يتسبب في تراجع او اختفاء القدرة او الرغبة الجنسية مع التقدم في السن، و يؤدي الى الضعف او العجز الجنسي، وهذا النوع من الاصابات ليس حكرا على الطاعنين في السن، بل تبدأ اعراضه في الظهور بدءا من سن الثلاثين، ونظرا لكون هذا الصنف من الاصابات بالعجز الجنسي لا يرجع الى سبب عضوي ظاهر ومحدد، فإنه كان حتى الان في اغلبه مستعصيا على العلاج، خاصة ان عوامل نفسية كثيرة ترافقه وتعقد من سبل وامكانيات علاجه، حيث ان الشخص المصاب ينتهي به الامر الى التسليم بان اعراض الشيخوخة تداهمه. بشكل مبكر احيانا، وانه لا مفر له من ان يسلم بانه

لم يعد في سن تتيح له استعادة قدرته الجنسية السابقة.

البروفيسور الفرنسي ايتيان ايميل يوليو، احد الباحثين القلائل الذين رفضوا التسليم بان التقدم في السن هو رديف تراجع القدرة او الرغبة الجنسية، رغم ان الامر كان يبدو من البديهيات المسلم بها كحتمية طبيعية، وسنة من سن الحياة التي لا مجال للاتفاق او التحايل عليها، ولم تكن ابحاث هذا البروفيسور الفرنسي في الاصل منصبة فقط على دراسة حالات العجز الجنسي التي ترافق التقدم في السن، فهو متخصص في علوم الشيخوخة، وعكف طيلة السنوات الخمس الماضية على دراسة العلاقة بين تراجع او انقطاع بعض الافرازات الهرمونية في جسم الانسان مع التقدم في السن، وظهور اعراض الشيخوخة المختلفة، العضوية منها والنفسية، وسفرت تلك الابحاث عن اكتشاف علاج هورموني اطلق عليه البروفيسور يوليو تسمية DHEA، اظهر خلال التجارب المختبرية نتائج مذهلة في علاج اعراض الشيخوخة واعادة جذوة الشباب الى شيخوخة بين سن الستين والثمانين، خلال سنة واحدة من اخضاعهم لهذا العلاج الهرموني.

وما ان نشر البروفيسور يوليو، في شهر ابريل (نisan) 2000 النتائج الاولية لابحاته العلمية حول هورمون DHEA، حتى سارت الاوساط العلمية والصحافية الى وصف هذا العقار بأنه الرديف العلمي المؤكّد لـ «اكسيير الشباب» الاسطوري الذي يراود المخيلة الانسانية منذ العصور الغابرة! حيث ان الدراسات التي اجرتها البروفيسور يوليو، ضمن فريق الباحثين الذي يشرف عليه بالمعهد الفرنسي للعلوم والابحاث الطبية INSERM، بينت ان عقار DHEA، وهو اختصار الاحرف الاولى للتسمية العلمية لهرمون طبيعي في الجسم، هو هورمون DeHydroEpiAndrosterone، يحقق نتائج تضاهي العجزات في ما يتعلق بمقاومة مظاهر الشيخوخة، حيث يؤدي تناوله الى تحسن شامل في اداء اغلب الوظائف الحيوية للجسم، وابرزها تنشيط الدورة الدموية وتقوية الذاكرة والوظائف الدماغية عموماً. والتأثير ايجابياً في و蒂ة الحياة الخلوية، بما يتيح الشخص المتقدم في السن القدرة على تجديد الخلايا الجلدية بشكل طبيعي، الشيء الذي يؤدي الى تراجع مظاهر الشيخوخة الجلدية من تجاعيد وامراض او تشوهات جلدية، كما يسمح باستعادة الطاقة العضلية عبر منح الانسجة العضلية القدرة على التجدد، مما يجعل البنية العضلية والعظمية اكثر تماساً وقدرة على الجهد البدني.

والاهم من كل ذلك ان هذا العقار اثبت فعاليته في معالجة اعراض العجز او الضعف الجنسي، حيث اثبتت التجارب التي اجريت على اشخاص تتراوح اعمارهم بين 60 و80 سنة، ان هذا العلاج الهرموني ادى الى تحسين قدراتهم الجنسية بمعدل 80%! الشيء الذي جعل الاهتمام بعقار DHEA يتزايد، حيث لم تعد اهميته مقتصرة على المقدمين في السن، بل اثبت فاعليته في معالجة بعض الاصابات التي يتسبب فيها نقص او تراجع افراز هورمون DHEA بشكل طبيعي في جسم الانسان، بدءاً من سن الثلاثين وابرز تلك الاصابات الضعف او العجز الجنسي.

ووسط الهالة الاعلامية التي احاطت بالكشف عن نتائج الابحاث المتعلقة بهذا الهرمون بدأت المخربات الصيدلانية عبر العالم في التسابق على تصنيعه والترويج له وتسويقه خلال فترة لا

تجاوز العام منذ اعلان اكتشافه، وهو امر نادر جدا في الاوساط الطبية، وحتى في فرنسا التي تعد متشددة لمراقبة الادوية او العقاقير الصيدلانية الجديدة قبل طرحها للاستهلاك العمومي، تحسبا لعواقبها او اعراضها الجانبية غير المتوقعة، التي قد تشكل خطرًا على الصحة العمومية، فقد طرح هذا العقار DHEA في الصيدليات منذ بداية الربيع الحالي، بعد ان كان تسويقه قد بدأ في اميركا خلال الخريف الماضي، وسمح تصنيع وتسويقه هذا العقار في فرنسا رغم تحفظات المجلس العلمي للاطباء الفرنسيين والوكالة القومية لامن الصحي ومراقبة المنتجات الطبية، حيث اعتبرت هاتان الهيئتان على التسرع في طرح هذا العقار للاستهلاك العمومي في وقت قياسي لا يتجاوز السنة الواحدة بعد انتهاء التجارب المختبرية عليه، بينما معدل الفترة التي تفصل نهاية التجارب المختبرية عن تصنيع الادوية وتسويقه لا نقل في العادة عن 5 سنوات.

ورغم مطالبة هاتين الهيئتين اللتين تعدان ابرز المراجع الطبية في فرنسا، باخضاع هذا العقار لقواعد الرقابة الصحية المعتمدة، التي قد تقتد لأشهر او سنوات طويلة، للثبت من انه لا يشكل خطرًا على صحة من يتناوله، الا ان المختبرات الطبية التي تشرف على تصنيعه استطاعت ان تقنع السلطات والهيئات الصحية بان هذا العقار لا يشكل اي خطر على من يستعمله، وحجتها في ذلك انه ليس عقارا كيموايا مبتكرة مثل اغلب المستحضرات الطبية او الادوية، بل هو في الاصل مادة بiolوجية طبيعية يتم انتاجها كهرمون طبيعي في الجسم خلال سنوات الشباب او في النصف الاول من العمر، وكل ما يفعله هذا العقار هو تعويض النقص الحاصل في الافراز الطبيعي لهذه المادة، مع التقدم في السن. وبعد تراجع تلك التحفظات التي كانت قد طرحت في البداية، سمح بتسويق عقار DHEA في فرنسا، ليتحقق خلال الشهرين الماضيين اقبالا خارقا عليه. ومن المتوقع ان يتزايد ذلك مع حلول شهر الصيف التي عادة ما يكثر خلالها الاقبال على تناول واقتناء المستحضرات الخاصة بتقوية القدرات الجنسية.

مادة هورمونية

ولمعرفة المزيد من المعلومات العلمية الدقيقة عن هذا العقار الذي يصفه البعض بالمعجزة، اتصلت «المجلة» بالبروفيسور ايتيان ايبليل بولي، الذي يعود اليه الفضل في تطوير الابحاث الخاصة بهذا العقار، وهو يدير حاليا مختبر ابحاث مستشفى «كريمان بيستر» بباريس، وسألناه ان يشرح لنا سر «اكسيبر الشباب» هذا الذي تصفه المصادر الطبية الاكثر رزانة بأنه كفيل ببعث جذوة القدرة الجنسية من تحت رماد السنين، وان يعيد الى كehول او شيخ في الستين والسبعين طاقة الشباب المفقودة.

يقول البروفيسور بولي: ان DHEA هي مادة هورمونية يتم انتاجها بشكل طبيعي في جسم الانسان عبر الافرازات الغددية، كما يتم افرازها ايضا في الدم وهي تلعب دورا حيويا بالغ الاهمية، لا يقتصر فقط على تقوية القدرة او الرغبة الجنسية، بل يشمل ايضا اغلب الوظائف الحيوية للجسم، مما يعطي هو الهرمون القدرة على مقاومة اعراض الشيخوخة على اختلافها، وقد بینت الابحاث التي اجريناها ان هذا الافراز الهرموني يبدأ انتاجه الطبيعي في الجسم بالتزامن بدءا من سن الثلاثين،

ولاحظنا ان نسبة انتاجه تقل في الغالب بعدل يصل الى 80% من مستواها الطبيعي حين يصل الماء الى سن السبعين.

ومن هنا تولدت لدينا فكرة القيام بتجارب لتعويض هذا النقص في الانتاج الطبيعي لهذا الهرمون، على حقن يتم تحديد مقدارها بعد القيام بفحوص تحدى على ضوئها درجة الانتاج الطبيعي من هذا الهرمون لدى كل شخص، والمقدار الذي يحتاج اليه لتعويض النقص، وبذلك استطعنا ان نضع في متناول جسم الانسان، حتى في اعمار متقدمة جدا، الوسيلة الطبيعية التي تسمح له بمقاومة اعراض الشيخوخة وانعكاساتها على الحالة الجسدية والنفسية للشخص المسن.

علاج شامل

ويوضح البروفيسور بوليرو ان عقار DHEA لا يقتصر مفعوله فقط على معالجة العجز او الضعف الجنسي بل هو علاج شامل لمحظوظ اعراض ومظاهر الشيخوخة التي هي جموعها من مسببات العجز الجنسي، سواء ارتباطها المباشر بالقدرة الجنسية او لانها تعكس سلبا على ذهنية ونفسية الشخص المصايب بتلك الاعراض بما يؤدي الى تراجع القدرة او الرغبة الجنسية، ويشرح بروفيسور بوليرو ان القدرة الجنسية او الرغبة الجنسية هما شيئا منفصلان تماما، وكثيرا ما يتسبب الخلط بينهما في تعقيد سبل العلاج، وفرادة عقار DHEA يمكن رأيه في كونه يقدم حللا جذرية لكتلتا هاتين الاصابتين، على ضعف القدرة الجنسية او ضعف الرغبة.

بالاضافة الى الدور المؤكد لهذا الهرمون في تأثير بشكل ايجابي في القدرة الجنسية سواء على مستوى العضوي المباشر او من حيث تحسين الوظائف الحيوية الاخرى التي ترتبط بمستوى القدرة الجنسية سريان الدورة الدموية والطاقة العضلية، خاصة لدى المتقدمين في السن، فان هذا الهرمون اثبت فاعليته ايضا في ما يتعلق باحياء جذوة الرغبة الجنسية.

ويرجع البروفيسور بوليرو ذلك الى كون الشخص الذي يتناول هذا العلاج الهرموني يستعيد القدرة على مقاومة اعراض الشيخوخة على اختلافها، سواء كانت الظاهرة كالاعراض الجلدية، او وظيفية كتشحيط الدورة الدموية والطاقة العضلية، وكل ذلك يولد لدى ذلك الشخص احساسا بتجدد الشباب واقبالا متزايدا على الحياة، مما يؤتي مفعوله النفسي في تجدد واحياء الرغبة الجنسية التي تخبو عادة كلما تقدم الماء في السن.

د. كريستوفر ستايدل:

انصح الرجل الشرقي ان يشرك زوجته في التفكير

■ د. كريستوفر ستايدل كان اخصائيا في العجز الجنسي في قسم المسالك البولية في كلية الطب في جامعة انديانا، وهو الان مدير عيادة في نفس التخصص في فورتون في ولاية انديانا، ومؤلف كتب وابحاث طيبة كثيرة في هذا المجال.

● ما هو العلاج المثالي للعجز الجنسي؟

- العلاج المثالي لم يصل اليه الطب حتى الان. انه سيكون مثل علاج الصداع، حيث يتناول الشخص دواء بالفم ليظهر مفعوله خلال دقائق قليلة. ويمكن اعتبار الفياغرا من هذا النوع، لكن استعمالها ليس مثل استعمال الاسبرين مثلا.

● ما هو اقدم علاج؟

- الادوية الشعبية المتوارثة، مثل قرن وحيد القرن في بعض الدول الافريقية، ولعب الشaban ودم الشaban في بعض الدول الآسيوية، ولحاء شجرة «يوهيماین» في بعض دول اميركا الجنوبيّة.

● هل اثبت الطب الحديث فعالية اي واحد من هذه الانواع؟

- الفعالية تتأثر احياناً بالعوامل النفسية وبالتقاليد والعادات. لكن الشيء المؤكّد هو ان وحيد القرن يكاد يتقرّض بسبب تهافت الناس على قرنه. وفي دول آسيوية هناك من يؤمن بفعالية لحم الشaban، ناهيك عن دمه او لعابه. لحاء شجرة «يوهيماین» يستعمل في صناعة ادوية حديثة، لكن بدرجة محدودة.

● هل هذه الادوية تبلغ ام تستخدم خارجياً؟ وهل هناك فرق بين الطريقيّتين؟

- منها ما يبلع ومنها ما يمسح، والممسح اسهل واقرب. لكن الطب الحديث لم يكتشف علاجاً مثالياً يمسح بعد. هناك من يستخدم دهان «تروجلسرین» الذي يستعمل اساساً لعلاج امراض القلب. وهو حقيقة يفتح الشرايين وينشط عضلات القلب ويساعد على تدفق الدم فيه. لكنه لا يفعل نفس الشيء بالنسبة للعضو، كما انه يسبب صداعاً شديداً.

● وماذا عن حقن العضو؟ هذا يبدو معقولاً

- اول من استعمل الحقن كان طبيباً يطرباً ويعالج الكلاب، ولاحظ ان حقن «بابا فالرين» تسبّب انتصاب عضو الكلب. وتدرّيجياً أصبح يستعمل لتحقيق انتصاب عضو الرجل. وهو دواء يهدئ اعصاب الذكر ويفتح خلاياه ليتدفق فيها الدم. ونفس المفعول يقوم به دواء حديث هو «البروستانديل».

حقن الشخص

● كم حقنة يمكن تحملها؟

- انا شخصياً انصح المرضى الذين يسألون عن علاج الحقن هذا بان كثرة الحقن تؤذى العضو، وان هناك اماكن في العضو لا بد من تجاشيها. وانا لا اوصي باكثر من ثلاثة حقن كل اسبوع.

● هل هناك عمليات جراحية لتحقيق الانتصاب؟

- هناك انواع كثيرة من ادوات دعم العضو، التي توضع في داخله خلال عملية جراحية. هناك اداة دعم اكبر صلابة، وهناك اداة دعم اكتر ليونة. وهناك النوع الذي يظل شبه متتصبب وهناك النوع الذي لا يحقق الانتصاب الكامل، لكنه يحقق انتصاباً نسبياً. وهناك النوع الذي يمكن ان يلوى او

يطبق حتى لا يدو مظهره غريباً من الخارج، واضافة الى انواع القضيب البلاستيكي او شبه البلاستيكي هناك اسطوانات بلاستيكية او شبه بلاستيكية، او باللونات ومعها مضخات خارجية.

الفياغرا

● وماذا عن الفياغرا؟

- الفياغرا هي اول دواء فعال ييلع لعلاج العجز الجنسي. وهي تعتمد على عملية بيولوجية معقدة، الهدف منها منع انحسار الدم من خلايا الذكر لضمان استمرار الانتصاب. والحبة الواحدة المطلوبة حجمها عشرون مليجراماً، وتبلغ قبل ثلاثين دقيقة، او ساعة او أكثر، من العملية الجنسية. لكن الفياغرا تحقق الانتصاب ولا تتحقق الاثارة الجنسية المطلوبة. والتجارب اوضحت انها تنجح في اكثر من ثمانين في المائة من الحالات.

● وماذا عن المستقبل؟ هل هناك امل في علاج بالجينات؟

- الوقت مبكر جداً للحديث عن هذا.

● هل هناك اختلاف في اسباب العجز الجنسي بسبب الثقافات والعادات؟

- العجز الجنسي كمرض هو حقيقة بيولوجية، لكن مثله مثل بعض الامراض الاخرى، تؤثر فيه عوامل نفسية واجتماعية. ويأتي الى مركزنا الصحي رجال من الشرق ومن الغرب، واستطاع القول ان الاختلاف ليس من طبيعة المرض، ولكن في النظر اليه والتعبير عنه والشكوى منه.

الرجل والمرأة

● هل تؤثر العلاقة بين الرجل والمرأة؟

- في المجتمعات المفتوحة يتحدث الزوج والزوجة عن العجز الجنسي، ومواضيع الجنس الاخرى، بصراحة اكثراً من الزوج والزوجة في المجتمعات المغلقة. وذلك بسبب الحرية والثقافة الجنسية وارتفاع مستوى التعليم في الدول الغربية. اما بالنسبة للرجل الشرقي فإنه اكثراً سيطرة ووعياً وثقافة وتعلينا من زوجته. وهذا ينعكس على الحديث عن الموضوع والشكوى منه واحياناً، على عدم الحديث عن الموضوع والشكوى منه.

● ما هي نصيحتك للرجل الشرقي؟

- ان يزيد من ثقافته الجنسية، وان يعمل على ان تشاركه زوجته التفكير والتحليل، وليس فقط التنفيذ.

● ما هي نصيحتك للرجل الشرقي ليتفادى العجز الجنسي؟

- عليه ان يقلل من التدخين والاكل غير الصحي، والامراض ذات الصلة، مثل السكري والقلب وضغط الدم. وعليه ان يمارس التمارين الرياضية بصورة منتظمة.

«كاسولينت» مستحضر للعجز الجنسي يثير ضجة في عالم الطب المعاصر

■ منذ سنوات طويلة، يقوم الطبيب البروفيسور البيلوروسي بيوتر تيميفيتش بتروف بتجاربه المخبرية بمساعدة عدد من الأطباء العلماء، لاجتاز دواء جديد لمعالجة المرضي الذين يعانون من الضعف الجنسي وعدم الانجذاب، اعتماداً على أن يكون مستخلصاً من المواد الطبيعية (بيولوجيا) وان لا يترك اي تأثيرات مضرة جانبية خطيرة على المرضى.

وكانت الابحاث قد بدأت ميدانياً منذ عام 1992، وفي عام 2001، تم التوصل إلى انتاج مستحضر اطلق عليه اسم «كاسولين» الذي أصبح من الممكن استخدامه للوقاية والعلاج من اختلالات وظائف القدرة الجنسية والانجذاب، من دون ان يترك تأثيرات جانبية قد تكون قاتلة في بعض الحالات، وهذا ما يميز المستحضر الجديد عن مستحضر الـ «فياغرا».

يحتوي «كاسولين» على خمسين تركيباً كيميائياً طبيعياً ضمنها الفينولات، الاحماض، الكيتونات، الامينات وشوارد معدنية وغيرها. وظهر من خلال التجارب الميدانية انه غير سام للجنسين ولا يسبب ظهور الاورام ولا الطفرات الوراثية. وصنع على شكل سائل زكي في كابسولات من الجلازين الدوائي تتعوي الكبسولة الواحدة على (1.0 غ) و(2.0 غ).

فمثلاً، «فياغرا» يستخدم كحالة اسعافية سريعة ولمرة واحدة، ولا يثير الشهوة الجنسية، بينما «كاسولين»، استحضر ليكون علاجاً جذرياً للذين يعانون من الضعف الجنسي وعدم الانتصاب.

«الكاسولين» يؤدي الى تحسين نوعية وكتافة المادة المنوية. فالمادة 8 تتحسن الى حدود 60%، وتؤثر «كاسولين» الايجابي يفسره الدكتور بتروف بأنه يرفع محتوى «تيستوستيروفا» في الدم لدى 80% من المرضى، واستعماله يجعل كمية (بيتا. ليسيبروتيد) والشحوم الثلاثية وهو رمون يتربو طبيعياً في الدم، ولكن تظهر هذه النتائج يجب ان يستمر العلاج لمدة 3.1 اسابيع ولمرة واحدة فقط.

يقول مكتشف «كاسولين» البروفيسور بتروف، ان مستحضر «كاسولين» مأخذ من المادة المنوية لحيوان «القندس» (بايور)، وهي عبارة عن افرازات الغدد التناسلية وتتحاج تفاعلات كيميائية من خلالها تضيق هذه الافرازات. مما يحسن نوعية المادة المنوية لدى الرجال بنسبة 54.5%， بينما لم يلاحظ هذا التحسن عند استخدام «الفياغرا».

٢ - المؤتمر العربي للعلوم النفسية

تستضيف جامعة المنصورة المصرية مؤتمر الاتحاد العربي للعلوم النفسية ومؤتمرات الجمعية المصرية للدراسات النفسية وذلك أيام ٢٣ و٢٤ و٢٥ يناير ٢٠٠٢ . والى جانب المحاور الاختصاصية العامة يتناول المؤتمر مواضيع سيكولوجية الارهاب والمستقبلات والمعاناة النفسية في ظل العدوان الاسرائيلي المرافق للاتفاقية. كما يعرض نائب رئيس الاتحاد للمعجم الشبكي للعلوم النفسية وللصفحة النفسية العربية على الانترنت.

٣ - ندوة التضامن مع الانتفاضة في القاهرة

قبل تهويid القدس.. مطلوب اقناع العالم بهذه الحقيقة:

اسرائيل.. جريمة حرب!

نفي الدكتور محمد عمارة وجود اي علاقة تربط الاسرائيليين بسيدنا سليمان «النبي» الذي يعتبرونه ملكاً، حتى ان منظمة حقوق الانسان الدولية قالت «ان بناء مستعمرة يعد جريمة حرب (وببناء عليه فاسرائيل - من وجهة نظره - هي «جريمة حرب» فتحن امام مستعمرة صهيونية، وحركة عنصرية صهيونية تستخدم الاساطير كي تسيطر على الارض. جاء ذلك في ندوة «التضامن مع اتفاضة الاقصى والدور المطلوب لدعمها» اقيمت بنقابة الصحفيين، وحضرها عدد من المتخصصين منهم: الدكتور جلاء ادريس، والدكتورة آمال ربيع، والدكتور جابر قميحة، والدكتور نبيل لوفا بياوى والكاتب الصحفي احمد يوسف القرعي وادارتها المذيعة التليفزيونية كريمان حمزة.

واوضح الدكتور محمد عمارة ان اليهودية هي رسالة موسى، واللوحات نزلت عليه بمصر ولم تنزل اية واحدة من الآيات على ارض فلسطين. وبالتالي لم تثبت ادنى علاقة لما يسمى بالهيكل، وإذا كان - بالفرض جدلاً - انه منذ اربعة آلاف عام اقيم هيكل فكيف تنسب اليه الارض، فقمبيز جاء الى مصر وبنى هياكل، فهل يحق للفرس ان يقولوا ان مصر لنا؟ هذه اساطير لا علاقة لها بما يحدث الآن، ويقولون اليهودي هو المولود من ام يهودية حتى لو كان ابن زنا.

ووصف عمارة ذلك بالعرقية والعنصرية التي حولت الى عنصرية عميماء، فاليهودي يفعل ما يشاء وتحميء امريكا بالفيتو والسلاح، مؤكدا ان اليهود يرعوا تاريخياً في سحب الحلل بعيداً عن المشكلة، فتحن امام جريمة حرب استيطانية منذ اقيمت على ارض فلسطين ولا علاقة لها بالكيان الاسرائيلي ولا بقصبة الهيكل، فالقضية «احتلال» لا قضية دين او حق.

واوضح الدكتور جلاء ادريس ان كلمة الهيكل في التوراة والعهد القديم اصلها ليس «عبرياً» اما بناء الهيكل فمن غير العبريين حيث استعان «سليمان» بعمال ومعدات البناء من مiram سور ولبنان وما حولها واستخدمت مواد بناء فارسية، فالراسب لم يحدد لسليمان مكان الهيكل لانه لم يكن يريد له على الاطلاق، وفي التوراة بني سليمان ٧٠٠ مذبح لزوجاتهم وابنائهم، وهذا لا يعني ان يكون لهم هياكل؟!

وفي عام ١٣٦٣ ميلادية اقيم معبد روماني للاله «جوبر» ولم يكن هناك اي معرفة بالهيكل، بل تم وضع عقوبة لمن يدخل هذا المعبد من اليهود؟! وفيما بعد عرفنا حاجط البراق الذي سميته نحن - «مبكي» وهو من منطقة قبور لليهود والمسيحيين والمسلمين، واليهود لا يمكن ان يدفنوا موتاهم في ارض مقدسة. حيث هناك شرط اساسي لبناء الهيكل ان يتم التظاهير تماماً في تلك المنطقة عن طريق بقرة حمراء!.

ويرى الدكتور جلاء ان زيادة شارون الهيكل خطيبة شرعية لانه صهيوني وليس يهودياً متديننا،

وعلى مدى تاريخ اليهود لم يتبعوا وصايا رب، إنما المسألة «سياسية».

وتحدثت الدكتورة آمال ربيع عن قبة الصخرة وارتباطها بالأسراء بالسراويل الكريمية «محمد صلى الله عليه وسلم» إلى هذه البقعة المقدسة حيث كان الاسراء والمعراج. من هنا نشأت المشكلة بسبب المزاعم التي قال بها اليهود.

ولقد فتح عمر بن الخطاب القدس وبنى مسجد الصخرة واعيد بناؤه مرة اخرى حتى وصل إلى صورته الحالية ويرغم ذلك يرغم اليهود أن يعقوب كان في رحلة وفي طريق ترحاله نام على صخرة، والحقيقة أنها كانت بعيدة كل البعد عن الصخرة المزعومة، فكانت المنطقة المزعومة تقع في هضبة مرتفعة زعموا ملكيتها وتوارثت أقوال اليهود على مر الأزمان بلا دليل موثق، كما ان سيدنا ادريس بنى مذابح لزوجاته الوثنيات على هذه الهضبة بما يؤكد استبعاد تلك المزاعم، والوصف الوحيد في التلمود - الذي يعتبر السنة الشفوية التي تشرح العهد القديم - يقول انها ترتفع عن الأرض ثلاث او أربع (أصابع) أما صخرتنا التي تحت مسجد قبة الصخرة فهي ترتفع حوالي متر وعمقها يزيد على متر ونصف المتر - بطريقة تعامدية حفظها الله - ولم تتأثر على مر العصور وما زالت كما هي مما يثبت قدسيتها وأسلاميتها.

جنائية اعلامية

بينما ان عاد الدكتور جابر قميحة التعتمد الاعلامي العربي للقضية على المستوى العالمي، وعلى الرغم من ايماننا بقضيتنا وبحقنا فاننا لا نبذل جهدا اعلاميا كافيا في التعريف بها، بينما الشعوب الأخرى لا تهتم ولا تؤمن بها: فالشعب الأمريكي يؤمن باحقيقة إسرائيل وعدوان الفلسطينيين وهذه جنائية اعلامية. والقضية تحتاج الى اعادة نظر في سياستنا الاعلامية على ان نخاطب الشعوب وتقوم بالتعريف والاقناع حتى تصل الرسالة المطلوبة، ونحقق ضرورة استمالة الغرب الى جانبنا - مثلما يفعل الاسرائيليون - حيث اننا في نظر الشعوب الأمريكية معتدلون وارهابيون بينما الاسرائيليون يريدون استرداد حقوقهم كما اقنعوا بهم. ونبه الدكتور قميحة الى جانب مهم في الشعب الأمريكي وهو «الزنوج» الذي يجب الاستفادة منهم وتكثيف جهودنا لتحمهم على التعاطف مع القضية الفلسطينية من خلال استشارة قضيتهم الخاصة، فنحن نريد اعلاما يخاطب ذلك الجانب في الشعب الأمريكي، الى جانب شعوب اوروبا وغيرها، مع الاستعانة بالاقليات في هذه البلاد كي تعاطف مع قضيتنا بحق.

ويرى الدكتور نبيل لوقا بيawi ان قضية القدس ليست قضية مسلمين فقط وإنما مسيحيين ايضا. فهي قضية تمس الشعور الوجداني للمسلمين و المسيحيين فرحلة الاسراء جزء من الوجدان الديني لدى المسلمين، والمسجد الأقصى له قدسيته مثل مكة المكرمة تماما، وعندما فتح المسلمين القدس عام ٦٣٨ ميلادية رفض الانبا «باتوليوس» تسليم مفتاح القدس الا لعمر بن الخطاب، ولا يستطيع مسلم ان يقبل ان يشرف اليهود على مكة المكرمة، وبالتالي تحمل القدس بالنسبة للمسيحيين مكانة مماثلة لما بها من اعظم المقدسات الدينية على وجه الارض وقد تم بناء كنيسة القيامة بها فكيف يقبل المسيحيون في العالم لقتلة المسيح ان يشرفوا - والكلام ما زال للدكتور نبيل لوقا بياري - على

مكان مقدس بجبل زيتون حيث دفت السيدة مريم؟

ويشير الى ان داخل اسرائيل ١٢ ملة بينها خلافات في تفسير الآيات، فلكل منها تفسير خاص يزعم اصحابه انه التفسير الصحيح وما عداه خطأ، كما ان هناك تأخراً وتمزقاً وخلافات تصل الى حد القتل بالأسلحة، بينما تجد كل هذه القوى تتصافر وتتكامل في حالة الحرب، لذا فاي حاكم اسرائيلي يأتي الى الحكم يضع اسرائيل في حالة تهديد مستمر خارجي او داخلي يتحدد اليهود امامه مثلما يحدث الآن بالنسبة للاتفاقية الفلسطينية اما اذا عاش الاسرائيليون في حالة سلام فهم يتصارعون فيما بينهم.

اكد الكاتب احمد يوسف القرعي ضرورة بذل الجهد لوقف مخطط شaron لتهويد القدس وتصفية الانتفاضة، وما يحدث في القدس حالياً اخطر مما نقرؤه ونسمعه في الاذاعات، فهو مخطط سري يعمل في الظاهر على تصفية الانتفاضة ويرمي في الحقيقة الى تهويد المدينة باسرع ما يمكن لعقله تصوره، والانتفاضة هنا تسجل ظاهرة جديدة رغم التحديات التي تواجهها، والخطورة ان شaron يقوم بانشاء مستعمرات جديدة وعزل المدن والتجمعات السكانية الفلسطينية واجراء اتصال بين المستعمرات داخل القدس وخارجها - لاول مرة - ثم ربط مستعمرات القدس بجنوب الضفة وشمالها.

ويحذر القرعي من تغير الخريطة الجغرافية والسكانية للمدينة المقدسة لان ما يجري في القدس وتتنقله وكالات الانباء شديد الخطورة، وربما تم تهدئة الاوضاع بشكل ما، ولكن ما يريد شaron هو وضع البصمة الاخيرة لتهويد القدس وخطورة ما يجري داخل القدس يتطلب اكبر دعم دبلوماسياً واعلامياً - يبعث رسالة الى الرأي العام العالمي بحقيقة ما يتم على الاراضي المحتلة والذي يعد جريمة، ويجب التصدى لهذا المخطط الصهيوني الذي يجري الآن ويهدف الى تهويد المدينة المقدسة، مما يتطلب منا جميعنا التفكير والتدبر باسرع وقت.

٤ - مؤتمر ابو ظبي الاول للقياس والتقويم

شارك عدد من مؤسسات التعليم العالي بالامارات في فعاليات المؤتمر العلمي الاول للقياس والتقويم التربوي الذي تظمنه وزارة التربية والتعليم والشباب، ويستمر اربعة ايام في ابو ظبي. وناقش المؤتمر عدداً من القضايا التربوية والعلمية التي ترتبط بطرق واساليب القياس والتقويم، وكذلك الاختبارات الطلابية وآليات القياس التربوي لطلبة المراحل التعليمية المختلفة.

واستعرض المشاركون في المؤتمر ورقة علمية للدكتورة بربارة هارولد من كلية التربية في جامعة زايد حول القياس نحو الابداع ام المطابقة، وتسلط هذه الورقة البحثية الضوء على محاور التقييم في التدريس والتعلم والاستراتيجيات والاساليب الخاصة بتقسيم انجازات الطالب.. حيث يعتبر مفهوم القياس او المعايرة احد هذه المفاهيم الضرورية.

كما تناولت الباحثة في دراستها عدداً من النماذج التربوية التي تطبق مفهوم المعايرة. خاصة النموذج النيوزيلندي الذي يعتبر استخدام الامثلة النموذجية عنصراً اساسياً للتشخيص في قطاع التعليم

الابتدائي. كما تستعرض الدراسة عدداً من الأهداف الرئيسية لاستخدام المعايير ومنها، رفع مستويات تحصيل الطلاب، وتحسين نتائج التعليم بين الطلاب ذوي التحصيل العلمي الضعيف، ووضع المقاييس الوطنية لمعايير الأجهزة الخالية.

وحددت الدراسة عدداً من الإيجابيات المترتبة على استخدام المعايير، ومنها تحسين الممارسة المهنية للمعلم، وتحسين التقييم الذاتي للطلاب وكذلك تقسيم الزملاء، وتحسين الإجراءات الخاصة بعمليات التقرير التربوي.

امة في خط

وشاركت الدكتورة روبن الرغبي من جامعة زايد بدراسة بعنوان «توحيد المعايير لا توحيد الانماط»، وتشير في دراستها إلى أن مقاساً تربوياً واحداً لا يلائم الجميع، كما تتناول في دراستها أيضاً صورة من النظام الدراسي القائم في الولايات المتحدة الأمريكية الذي يركز على المعايير الموحدة في بيئه التعليم الأميركي كي عندما تم نشر التقرير التربوي الشهير «أمة في خط» في عام 1984، وكذلك دليل المواطن الأميركي الذي أوضحت فيه ديان رافيتشر صارمة لضبط تشيد المباني والجسور والاتفاق والطرق السريعة، وكذلك دليل الولايات المتحدة تضع معايير صارمة لضبط تشيد المباني والجسور والاتفاق والطرق السريعة، وهذا تأتي ضرورة وضع معايير تربوية للقياس.

وتؤكد الباحثة أن مجتمع دولة الإمارات يتطلع إلى هذه المعايير التي تتصل بالأمور التعليمية التي تؤثر على حياتهم ذلك أن المنهج التربوي الذي يستند إلى معايير الأداء يعزز التعليم الجيد للجميع، ويدعم التعلم حتى بلوغ المستويات المشودة.

وقدمت الدكتورة حنان عنابي من كلية التربية في جامعة الإمارات دراسة حول تقويم تدريس الرياضيات كادة للتفكير والاتصال، وتبين هذه الدراسة النظرية الحديثة لتدريس الرياضيات التي تقوم على رؤية الرياضيات كادة للتفكير والاتصال، ورؤية المخرجات المتوقعة من تدريس الرياضيات التي تتمحور حول مساعدة الطلبة في حل مشكلاتهم اليومية بصورة عقلانية ومنظمة، وبناء عليه فإن تقويم الرياضيات لا بد من أن يتبع هذه المخرجات التي نريدها من تدريس الرياضيات، بحيث يقيس إداء الطالب وتتكامل عمليات التدريس والتقييم معاً.

وشارك الدكتور خلف نصار من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية في جامعة الإمارات بدراسة حول ملفات أعمال الطلبة، واستخدامها في التقييم المقارب للحياة اليومية.

وتشير الدراسة إلى أن ملف أعمال الطالب يمكن وصفه بأنه سجل نافع ذو معنى لعملية التعليم التي مر بها. وأنه مجموعة متقدمة بشكل هادف من أعمال قام بها وبأسلوب يحكى القصة الكاملة للجهود التي قام بها الطالب خلال عمليات تعلمها، والعقبات التي تعرض لها، والنجاح الذي حققه.

كما تناولت الدراسة عرضاً نوعياً لملفات الطلبة، وكيفية تصميم برنامج لهذه الملفات،

والخطوات المتّبعة للوصول إلى ملف ناجح. بالإضافة إلى مناقشة مسألي الصدق والثبات، وكيفية اقرار معايير للتصحيح، وكذلك استعراض وجهات نظر التأييد والمعارضة لها.

كما قدم الدكتور هشام سعيد الملاقي الموجه الأول في وزارة التربية والتعليم دراسة بعنوان «الاختبارات التحريرية بين الواقع والثبات» أكد خلالها أن التقويم قرين الحياة والموصى إلى القرارات السليم، كما أنه يعين في وضع الخطط والبرامج الملائمة مشيراً إلى أهمية الاختبارات التحريرية من حيث اعتبارها الاداة الابرز لقياس مستوى التحصيل عند الطلبة من بين انواع اختبارات التحصيل الأخرى.

وطرحت الدراسة سؤالين رئيسيين هما: كيف تقوم في الاختبارات التحريرية؟ وما الصورة الصحيحة لما يجب أن تكون عليه اختباراتنا التحريرية في ضوء المرجعية التربوية المعتمدة؟

كما تعرّض الدراسة كيفية اعداد الورقة الاختبارية عبر المعايير الخاصة المتّبعة في الاختبارات التحريرية في واقعها الميداني لمواد الجغرافيا والدراسات الاجتماعية والاقتصادية وعلم النفس. وتشمل هذه المعايير تحديد الغرض من الاختبار، وتحديد النواحي التعليمية، وتحليل المحتوى الدراسي، وكذلك اعداد جدول المواقف والنواحي التربوية التي يتحققها، وكتابة فقرات الاختبار. ومن ثم توضح الورقة مواصفات الاختبار الجيد.

وناقش المؤتمر دراسة للدكتور ابراهيم مبارك الدسوري بعنوان «الاختبارات الموائمة التكميفية او المكيفة حاسوبياً» من خلال التطبيق العملي لنظرية استجابة البند، ويقول فيها: لقد مهد التطور في نظرية استجابة البند والتقدم في الحاسوب وتقنيات المعلومات الى مراجعة الكثير من الاساليب والممارسات في مجال التقويم والاختبارات.

وتعتبر الاختبارات الموائمة احد التطبيقات المهمة وال مباشرة لنظرية استجابة البند، وتناقش الورقة مسألة حجم المكتنز الالكتروني اللازم للاختبار الموائم، وتوازن المكتنز والكشف المتكرر للبنود، وقواعد البدء والتوقف في الاختبار، واختبار البنود المناسبة لتقدير قدرة المفحوص، وبعض المسائل ذات الأهمية بيئية التعلم في دولة الامارات العربية المتحدة.

كما قدم الدكتور صلاح الدين علام دراسة حول تقويم نواحي التعليم والتعلم في المرحلة الابتدائية يتناول خلالها تقويم تلاميذ مرحلة التعليم الابتدائي في دولة الامارات والممارسات الحالية المستخدمة في عملية التقويم. وكذلك اوجه قصور هذه الممارسات واهم التطورات المعاصرة في مجال التقويم للنواحي التعليمية وتوجهاتها المستقبلية في ضوء متطلبات التقويم التربوي المعاصر.

وقدم الباحث نموذجاً تعليمياً تجريرياً مفترحاً في ضوء هذه التطورات المعاصرة استناداً إلى المستويات والكافيات المنشود تحقيقها لدى تلاميذ هذه المرحلة التعليمية الأساسية.

وشارك الدكتور علي بن صديق الحكمي بورقة علمية بعنوان «اختبار الكفائيات الأساسية للمعلمين في السعودية» ويعرض خلالها تجربة وزارة المعارف في السعودية بشأن بناء اختبار الكفائيات الأساسية للمعلمين، واحتياجاتهم التدريبية، وتوفير تغذية راجعة تساعدهم في النمو الذاتي.

المعاقون سمعياً

وقدم الدكتور ابراهيم امين التربوي في كلية التربية في جامعة الامارات دراسة حول التقييم اللغوي المبكر المبني على المنهاج للاطفال المعاقين سمعياً.

وتهدف الدراسة الى بناء بطارية اختبار جادة لتقويم وتشخيص لغات المعاق سمعياً يمكن من خلالها التعرف على جوانب القوة والضعف لدى فاقدي السمع، وبناء خطط فردية تناسب تلك الحالات.

وتبرز اهمية هذه الدراسة لأنها تعتبر الاولى عربياً في هذا المجال على حد علم الباحث، ولعدم توافر ادوات تقييم تربوي لمراحل ما قبل المدرسة، وكذلك لمساعدة التربويين في الافادة من نتائج هذه الدراسة، وتطوير برامجهم وخططهم التربوية بموجبهما.

و ضمن عينة الدراسة 18 مفحوصاً يمثلون المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج التعليمي المطور لاغراض الدراسة. اما عن ادوات الدراسة فقد قام الباحث ببناء بطارية اختبار اللغة لقياس تطور اللغات لدى الاطفال المعاقين سمعياً في المرحلة العمرية من 4 الى 6 سنوات.

واشتملت بطارية الاختبار على 6 اختبارات فرعية هي نطق الحروف الهجائية، وتشكيل الحروف الهجائية اشارياً، وكذلك نطق الكلمات المشكّلة بواسطة الحروف الهجائية، وتمييز قراءة الشفاه، وتسمية الصورة ولغة الاشارة، وتم عرض هذه البطارئ على 15 محكماً من التربويين العاملين في مجال الاعاقة السمعية واسئلة التربية الخاصة في جامعة الامارات. ودللت نتائج الدراسة على تمنع بطارية الاختبار بعامل ثبات موثوق، وهذا دليل يشجع على استخدام هذه البطارئ في عمليات التقييم التربوي ورسم البرامج التربوية الفردية للاطفال المعاقين سمعياً.

ومن جانبه شارك الدكتور فيصل بن عبد الله المشاري من السعودية بدراسة حول مشروع المركز الوطني للقياس والتقويم في السعودية، ويتناول فيها مبررات الانشاء والخلفية التاريخية، واهداف المركز ورسالته، واهداف اختبارات القبول، طموحات المركز ورؤيته. وحدات المركز واسلوب العمل ودور اللجان التنفيذية والتعاون مع الهيئات والمراكم المماثلة.

بنك الاسئلة

اخيراً شارك الدكتور سام بول بدراسة حول التقويم المتفاعل باستخدام الحاسوب وشبكة الانترنت يشير فيها الى ضرورة ان تكون الاهداف التربوية مليئة لطموحات المجتمع ضمن رغبته في الحفاظ على تراثه وقيمه.. ويؤكد ان تعليم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لا يقتصر على تزويد الطلاب بجموعة من المهارات الحيوية بل يعني ادماج هذه التقنيات الحديثة في العملية التعليمية باكملها بما في ذلك المنهاج وطرق التدريس، وعمليات التقويم، وبهذا يمكن تدريس المنهاج بفاعلية أكثر وكفاءة في عمليات التقويم.

وتنتطرق الدراسة الى عدد من الاسباب التي ترتبط بتميز هذا النموذج من التقويم من حيث

المستويات القياسية وبنوك الاسئلة، والبرمجيات والاجزاء الصلبة، والمميزات العقلية للنموذج، التي تشمل اكساب المعلمين القدرة على بناء الاختبارات الصافية، وتمكين المعلم من اعطاء الطالب اختبارات تفاعلية حيث يتلقى الطالب الاختبار من خلال حاسوب شخصي، ودراسة العذدية الراجعة عن الاختبار، بالإضافة الى اهتمام بعض الجوانب التي يجب النظر اليها بعين الاعتبار وهي: تحديد ومعايير درجة الصعوبة في الاسئلة، مدى اسهام المعلم في بنك الاسئلة، اجراء مسح شامل لامكانات كل مدرسة، والتجهيزات الالكترونية والبرامج المتوافرة فيها، وفي النهاية يتم تشكيل النظام الذي يتوافق مع الامكانات المتوافرة مع ضمان سرية وامن المعلومات الموجودة فيه.

كما تقدم الدراسة عدداً من النماذج التوضيحية من ولاية فيكتوريا في استراليا حول استخدام نظام متابعة تحصيل الطالب، وهو نظام يستخدم لتقسيم طلبة الصف الاول الثانوي.

دورة في النبطية حول التعامل مع ضغوط وأزمات الحروب

رعى محافظ النبطية القاضي محمود المولى حفل افتتاح اعمال الدورة التي نظمها مكتب الانماء الاجتماعي التابع للديوان الاميري في الكويت ومركز الدراسات الفنية في طرابلس بالتعاون مع رابطة اطباء النبطية تحت عنوان «التعامل مع ضغوط الازمات والحروب» على مدى ثلاثة ايام في مركز الرابطة «كفرجوز» النبطية في حضور شخصيات واطباء واساتذة جامعيين وممثلين عن الصليب الاحمر اللبناني، النجدة الشعبية اللبنانية، الجمعية الخيرية الاجتماعية في النبطية، مستشفى النبطية الحكومي، جمعية رعاية الاحداث في لبنان، مؤسسة الشهيد، مؤسسة الجرحى، لجنة الانماء لتأهيل محوري معتقل الخيام، جمعية رعاية المعاق الخيرية، الهيئة الصحية الاسلامية، واسرى وجرحى من المقاومة الاسلامية وطلاب.

بداية كلمة ترحيب من رئيس رابطة النبطية الدكتور حسن علي حسن شرح خلالها البعض المجازات الرابطة ومشاريعها المستقبلية، مبدياً استعداد الرابطة لمد يد العون ولتبليسم الجراح الحسدية والنفسية بالتعاون مع وفد الكويت وكافة الجمعيات والمؤسسات الاهلية في لبنان تجاه كل الذين عانوا وتأثروا جراء الحروب.

ثم القى المحافظ المولى كلمة اشاد فيها بالمبادرات الطبية التي تقدمها دولة وشعب الكويت الى اللبنانيين ولا سيما المساعدات الاخيرة المتمثلة باعطاء القروض لترميم واعمار مئات الوحدات السكنية في قرى دمرتها الحرب الاسرائيلية. وقال: لقد كانت دولة الكويت السباقة في تقديم المساعدات الى لبنان. واهل الجنوب والنبطية يلمسون جيداً تقديمات الصرح الطبي الكبير وهو مستشفى النبطية الحكومي الذي بني وجهز بأموال كويتية، هذا المستشفى الذي خفف الآلام وبلسم جراح الكثير من الجنوبيين.



المحافظ محمود المولى يفتتح الدورة

وأضاف: اليوم نلتمس خبرة كويتية في مجال معالجة الضغوطات والازمات الناجمة عن الحروب والآلام التي اصابت الكثير من ابناء الشعب اللبناني وما احوجنا اليه الى متربين في هذا المجال.

وقال: لقد عانى شعب الكويت من غزو الشقيق، ونحن عانينا ما عانيناه من سنوات عديدة مع

هذا العدو المتغطرس والحمد لله بفضل هذه الارادة. العربية وبفضل المقاومة الاسلامية والوطنية، وصلنا الى التحرير ودحر وهزيمة العدو، ولكن مع التحرير وبعده نشأت لدينا مشاكل عديدة اكثراً مما توقعنا منها ما بادرت الكويت الى مساعدتنا في حل المشاكل والضغوطات الجسدية والتفسية التي اصابت شريحة واسعة من شعبنا. لذا باسم محافظة البطية نوجه شكرنا الى مكتب الانماء الاجتماعي في دولة الكويت والمؤسسات والجمعيات المساهمة في انجاح هذه الدورة.

كلمة الناصر:

والقى مدير عام مكتب الانماء الاجتماعي التابع للديوان الاميري في الكويت الدكتور فهد الناصر كلمة شرح فيها اسباب وجود مكتب الانماء الاجتماعي وهي معالجة المعاناة التي ما تزال ماثلة في نفوس الكثير من الكويتيين جراء الصدمة الغادرة للعدوان على الكويت والتي وقعت على الشعب الكويتي ولم تكن بسيطة، لافتاً الى ان الجزء الكبير من المتضررين من هذا العدوان هم الاطفال الذين شاهدوا ممارسة العدوان الاول مرة في حياتهم فاهتزت نفوسهم واضطربت لذا جاء مكتب الانماء الاجتماعي لتجمیع الجهود وحشد الامکanات المادية والفنية للعمل على معالجة الآثار النفسية والاجتماعية التي خلفها العدوان العراقي واعادة الذات الكويتية لتصبح آمنة مطمئنة تمارس دورها الطبيعي في ابناء مجتمعها واكمال مسيرة البناء فيه.

ثم كانت كلمة مدير مركز الدراسات النفسية في طرابلس لبنان الدكتور محمد النابلسي تحدث فيها عن التعاون القائم بين المركز ومكتب الانماء الاجتماعي في مجال تخفيف المعاناة عن اشخاص لحقهم مأساة الحرب فأما نالت من نفسيتهم، او تركت اثراً عميقاً في داخلهم، او عاشر ما في جسدهم لذا نحن نحاول ان نكون الى جانب هؤلاء لعلنا نسهم في حضانة المجتمع الدائمة لهم.

مداخلات:

بعد ذلك تمحورت الدورة حول مداخلات لتجربة اشخاص أصيروا في الحرب والمعاناة النفسية التي أصابتهم فتحدث رئيس مركز الانماء الاجتماعي الدكتور بشير الرشيد عن تجربته كأسير في السجون العراقية والتي طالت لأكثر من شهر لافتاً الى انه انشأ اول مكتب استشارات نفسية في العالم العربي منذ ٢٥ عاماً في الكويت

وشرح للآثار النفسية لأي عدوان او حرب وانعكاساتها السلوكية التي يتعامل معها مكتب الانماء الاجتماعي ومنها:

- المظاهر الانفعالية وتمثل في اضطرابات الجانب الانفعالي في البناء النفسي وتظهر في القلق الظاهر، سرعة الاستشارة، هبوط الحالة، المعنوية



والاكتتاب الاستحبابي.

- المظاهر المعرفية وتمثل في اضطرابات الجانب المعرفي من البناء النفسي مما يؤدي الى اهتزاز الافكار والمعتقدات المدرکات وتفسيرات ما حول الانسان في الحياة.

- المظاهر السلوكية وهي مظاهر تعكس اضطرابات في الجانب السلوكي في نمط استجابات في الجانب السلوكي اي في نمط استجابات الفرد وكيفية ادائه لانشطته المختلفة.

- المظاهر الاجتماعية وهي مظاهر تعكس اضطرابات في الجانب الاجتماعي من البناء النفسي.

- مظاهر اساسها نفسى وظاهرها جسماني وهي مظاهر تعكس اضطرابات نفس جسمية تظهر في شكل اعراض جسمية المظهر ولكنها نفسية المنشأ والاصل.

واضاف: اليوم نلمس خبرة كوبية في مجال معالجة الضغوطات والازمات الناجمة عن الحروب والازمات والتي اصابت الكثير من ابناء الشعب اللبناني وما احوجنا اليوم الى متربين في هذا المجال.

وقال: لقد عانى شعب الكويت من غزو الشقيق، ونحن عانيا ما عانيا من سنوات عديدة مع هذا العدو المتغطرس والحمد لله بفضل هذه الارادة العربية وبفضل المقاومة الاسلامية والوطنية، وصلنا الى التحرير ودحر وهزيمة العدو، لكن مع التحرير وبعد نشأت لدينا مشاكل عديدة اكثر مما توقعنا ومنها ما بادرت الكويت الى مساعدتنا في حل المشاكل والضغوطات الجسدية والنفسية التي اصابت شريحة واسعة من شعبنا. لذا باسم محافظة النبطية نوجه شكرنا الى مكتب الاماء الاجتماعي في دولة الكويت والمؤسسات والجمعيات المساهمة في انجاح هذه الدورة.

وقال: ان تجارب الشعوب التي مرت بحروب وازمات اكدت ان مثل هذه الاثار اذا تركت دون ارشاد مبكر فإنها تصباعد وتترافق وتوادي الى ضيق في التنفس وتؤدي في الاعصاب وحساسية مفرطة تجعل العلاقات الاسرية والاجتماعية مضطربة مما يحول دون ممارسة الحياة الطبيعية الساعية للتقدم ولهذا وجبت الاستشارة قبل استفحال الامر والعمل على تدارك آثار العذوان بواسطة اهل الاختصاص في مجال الاستشارة النفسية والتربية والاجتماعية هو عين الصواب.

الاسير المحرر خشيش:

بعد ذلك تحدث الاسير المحرر علي خشيش الذي امضى 11 عاماً في سجن الخدام عن تجربته الشخصية، لافتاً الى ان معاناة الاسر طويلة وعديدة ومهمماً تحدثنا فإنها باتت جزءاً لا يتجزأ من صاحب العلاقة وقال: في بداية الاعتقال تعرضنا لشتي انواع التعذيب من قبل جنود العدو الإسرائيلي ومنها الضرب بالكرياتج والعطى والسوط البلاستيكى، اضافة الى التعذيب النفسي والذي يعتبر اشد من التعذيب الجسدي وهو التهديد بالاغتصاب اذا كان المعتقل فتاة او شاب، وجلب احد اقاربه ووضعه امامه وتعريته كما ان هناك السجن الافرادي الذي قد يمتد الى 3 أشهر وأكثر في زنزانة مظلمة، مترامية مع منعها من الأكل او الشرب او الخروج الى الشمس.

اضاف: لقد عانينا الكثير من التأثيرات النفسية وخصوصاً الهديد بجلب الاقارب او الزوجة او الام وحتى اليوم هناك الكثير من الاسرى المحررين ما زالوا يعانون منها وما زالت مائة احداثاً امامهم. لكن نعتبر انفسنا اليوم بعد هذه المرحلة الطويلة من الاسر انا انتصرنا نحن والوطن، واعتبر التضاحية التي قدمتها في معتقل الحيام هي هدية للوطن وانا منتصر حقاً.

كما تحدث سمير ضيا عن تجربته كمعتقل سنة واحدة في سجون الاحتلال الاسرائيلي وکجريح حرب يترى ساقه اليمنى في النججار لغم ارضي في احدى العمليات الجهادية لافتاً الى ان الآثار النفسية لا تغيب عن حياته اليومية والعائلية كما يعانيه من اصاباته في قدمه تمنعه من الحركة الطبيعية مع اقرب الناس اليه وهم اولاده من ملاعبتهم او الانتباه اليهم.

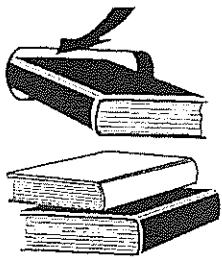
ثم جرت مداخلات بين اطباء حضور وبين اسرى محررين وجرحى مقاومة والتأثيرات النفسية التي اصابتهم ولفت مدير مركز الانماء الاجتماعي الدكتور فهد الناصر الى ان المركز يقدم خبرة دولة الكويت في مجال معالجة هذه التأثيرات، بالإضافة الى التعريف بضغوط وآثار الازمات للأشخاصين والعاملين في مجالات الانقاذ والطوارئ.

وقال: نأمل الاستفادة من العناصر المشتركة بين المجتمعين اللبناني والكويتي اللذين مرا بمعاناة ولديهم اسرى وشهداء وتحملوا آثاراً فردية ونفسية، وهذه المعاناة تعتبر متشابهة وقد تم نقل خبران في كيفية التعامل مع الحالات المذكورة وفي كيفية التشخيص والعلاج لها.

وفي نهاية الدورة جرى شرح لنظرية هوبنکتز للعلاج النفسي مع شرح تطبيقي لكيفية التعامل مع الصدمات وجرى توزيع استماراة على الحضور تتضمن قائمة هوبنکتز للاعراض وعرض شريط فيديو عن الموضوع.

بعد ذلك قدم مدير مكتب الانماء الاجتماعي الناصر درع الديوان الاميري لحافظ النبطية القاضي محمود المولى.





مكتبة الثقافة النفسية التخصصية

■ العنوان: النفس المغلولة/ سيكولوجية السياسة الاسرائيلية.

■ المؤلف: محمد احمد النابسي.

■ الناشر: مركز الدراسات النفسية/ لبنان.

■ المعلق: الشيخ علي طه/ نائب لبناني سابق.

ان طبيعة الصراع الوجودي بين الامة والعدو الصهيوني تفترض معرفة دقيقة بامور كثيرة، ومتشعبه، عن المجتمع الصهيوني، والدولة الصهيونية، والفرد الصهيوني، ويأتي على رأس هذه الامور التوازن على معرفة الشخصية الصهيونية، في مقوماتها، وخلفياتها، وثوابتها ومتغيراتها، وتطلعاتها وتنوعاتها.

وهنا نواجه اكتر من وجهة نظر، في الموضوع، فهناك من يتحدث عن الشخصية الاسرائيلية، التي لا يمكن ان نفهمها دون فهم الشخصية اليهودية، وهناك من يشكك في ذلك.

وعلى سبيل التمثيل، نجد ان الباحث محمد احمد النابسي، في كتابه «النفس المغلولة: سيكولوجيا السياسة الاسرائيلية» يؤكد «ان الحديث عن شخصية اسرائيلية يصدق بجملة مخالفات المنطق العلمي»، ويرى انه من المستحيل رصد ما يمكن تسميته الشخصية الاسرائيلية، ما يجبرنا على العودة الى دراسة الشخصية اليهودية.

يبينما يتساءل صقر ابو فخر - في مقالة نقدية له نشرت في جريدة السفير ٢١ - ٧ - ٢٠٠١ - هل توجد حقاً شخصية يهودية؟ وفي جوابه على ذلك ينفي ابو فخر وجود شخصية يهودية ثابتة على مر العصور وان القول بوجود الشخصية اليهودية النمطية ذات الملامح الراسخة ينافق العلم والتاريخ العلمي فعلاً والقول بذلك، فيه نوع من الاختزال لأن ثمة جماعات يهودية متعددة لا جماعة واحدة وهناك شخصيات يهودية بعدد المجتمعات التي عاش اليهود فيها.. الخ.

وتقول: ان الامر الذي ينفي التوقف عنده هو ان ما يبناه الكاتب (النابسي) حول وجود الشخصية اليهودية الثابتة، ذات الصفات والملامح التي تتكرر دائماً، دقيق الى درجة كبيرة، هذا اذا اخذنا الامر من زاوية تعدد المجتمعات التي عاش فيها اليهود، ما جعل لهذه المجموعات التي وفدت الى فلسطين عن طريق الهجرة خصائص، قد لا تجتمع في الجميع، ولكنها موجودة بنسب في الجميع، بمقدار تأثر هؤلاء بالمصادر الدينية، وتمثلهم لتعليم التوراة والتلمود، وهذا يقوى ويضعف حسب النشاط الديني للمؤسسات والجمعيات والاحزاب اليهودية في المجتمع الصهيوني، بالإضافة الى السياسة الحكومية الاسرائيلية، في هذا المضمار، وبرامج الوزارات المعنية ب التربية الاجيال اليهودية، وبرامج التعليم المعتمدة، والرؤية الاستراتيجية للقيادة الصهيونية، لتأمين استمرارية المجتمع الصهيوني -

اليهودي الذي يعلمون لترسيخ قواعده، فيتجهون الى البعد الديني - الايديولوجي كونه اقدر على مخاطبة عواطف اليهود، فضلا عن ايجاد وترسيخ القناعات، المستندة الى التاريخ اليهودي بأساطيره ومنطلقاته العنصرية.

وبالجملة، فإن الشخصية اليهودية، النمطية، الثابتة في ملامحها، المتكررة عبر العصور وفي مختلف المجتمعات والحالات التي مر بها اليهود غير موجودة بهذا المعنى ابداً الموجود هو الشخصية اليهودية، ذات الصفات واللامامح المتأثرة بالروح التوراتية - التلمودية، ضمن حدود معينة، تتفاوت من جماعة يهودية الى اخرى حسب البيئات والظروف الموضوعية والذاتية التي مرت بها هذه الجماعات. والمقصود بالشخصية اليهودية هو الشخصية التي يطمح قادة الصهاينة وحاشياتهم ومؤسساتهم الى خلق نموذجها وفق التعاليم اليهودية.

وفي حال استطاعت هذه القوى ايجاد مثل هذه الشخصيات وهي موجودة في المجتمع الصهيوني، على نطاق واسع من خلال التعليم والتوجيه والانخراط في المؤسسة العسكرية، كما ذكرنا، وكل الوسائل التي يعتمدتها الصهاينة لتحقيق هذه الشخصية ذات اللامامح المشتركة، فإن هذه اللامامح لن تكون الا ملامح عنصرية، حسب التعاليم اليهودية.

والامر ذاته ينطبق على كل الجماعات العقائدية، الدينية منها وغير الدينية، مع ملاحظة مضمون هذه التعاليم الصانعة الشخصية، فإذا أردنا ان نعرف ملامح الشخصية الاسلامية، او المسيحية علينا، قبل كل شيء، ان ندرس العقيدة الاسلامية او المسيحية وما يتفرع عنها من تعاليم في السلوك والعمل والأخلاق والنظرية الى الكون والانسان والحياة والمجتمع.

اما هل ان هذه الشخصية موجودة فعلاً فهذا يعود الى الدراسة الميدانية - التحليلية - الاحصائية لطبيعة المجتمع او المجتمعات التي تريد دراستها، حسب تركيبتها السكانية والدينية - الايديولوجية والظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية والتاريخية التي عاشتها هذه الجماعات.

ومن هذا المنطلق، فاننا نفهم الخلفيات المحركة للسياسة، والاستراتيجيات الصهيونية، وهذا شأن الكيان الصهيوني، كدولة، تزيد ان ترسخ في وجودها وبقائها واستمرارها فهي لذلك لم تجد افضل من العقيدة التوراتية - التلمودية من اجل استخدامها لتحقيق هذا الهدف وتربية الناشئة في المجتمع الصهيوني، على اساس هذه المبادئ لذلك فان القول بان الدين اليهودي والمعتقدات الدينية لها شأن كبير في السياسة الاسرائيلية قول صحيح بنسبة كبيرة جداً، حسب الظروف الميدانية الموضوعية لحركة الصراع الدائرة بين الامة العربية والاسلامية والمشروع الصهيوني في العالم.

ان اعتقاد صاحب كتاب: «النفس المغلولة» بان الكيان الصهيوني يرفض السلام، وان هذا الاعتقاد هو من صميم الديانة التقليدية لليهود، اعتقاد صائب وان كان الناقد (صقر ابو فخر) يرى «ان السياسات والعقائد العسكرية لا تبني على الدين بل على الواقع العادي، وعلى الحقائق الموضوعية الماثلة امامنا على ارض الواقع - كما يعبر ابو فخر - لا في الاذهان والاقنعة والمجان - لأن الدين - بنظره - ليس الا اداة تعبوية لجعل السياسات مقبولة من الشعب، ولرصف الصفوف خلف القرارات الكبرى».

اذ لا توجد سياسة يمكن تأسيسها على الدين - ولا يمكن - برأيه - الحديث البتة عن سياسة يهودية او عن عقيدة عسكرية يهودية، مثلما لا يمكن الكلام على سياسة اسلامية او بوذية او مسيحية.

وفي هذا الصدد، لا بد من التوضيح ان ما يعتقد «صغر ابو فخر» وامثاله يعتمد على نظرية علمانية غلت الرأي والنظرة الزمنية، والموقف من الدين، بتخصيصه، فقط، بدور تعبوي لتأمين الاجماع او التأييد او المعاشرة والتغافل عن العقائد التي تحمل في طياتها ابعاداً استراتيجية، وتضع اهدافاً كيانية للمؤمنين بها، مع غض الطرف عن جوهر هذه الاهداف، وفي ذلك اغفال لواقع موضوعي سياسي وعقائدي قامت على اساسه دولة الحركة الصهيونية في فلسطين، والا ما الذي جاء باليهود، من شئ اقتدار العالم الى فلسطين ليقيم «شعب الله اختار» دولته العنصرية على «ارض الميعاد» المنشورة له من قبل الاله كما يزعمون!!.

وقد ثبت بالدليل النصي والبرهان الحسي، والممارسة السياسية والعسكرية ان الخلفيات الدينية التوراتية والتلمودية، هي وراء الخططات والاستراتيجيات والسياسات والاحلام الصهيونية لدولة «اسرائيل» المزعومة وهذا لا يمنع من اخذ الواقع الموضوعي بعين الاعتبار بالنسبة للقيادات الصهيونية. فهم يتراجعون مرة ويقدمون اخرى ويؤجلون ما عجلوا على تنفيذه، او يتعجلون بما كانوا يؤجلونه حتى توافق الظروف الملائمة.

ومن هنا فان اعتقاد صاحب كتاب «النفس المغلولة» بان السلام (ولا سلام مع كيانهم الصهيوني) مرفوض اسرائيليا امر نابع من الدين اليهودي، في اصل الرفض ولذلك وخلافاً لما يعتقد ابو فخر اصبح هذا الرفض من «صلب الوظيفة الاستراتيجية لدولة اسرائيل» وليس العكس.

هذا على مستوى السياسة الكبرى لدولة الصهاينة، واستراتيجياتها اما على مستوى «التماثيل» بين النص الديني التوراتي، وسلوك الفرد اليهودي او الجماعة اليهودية»، فان الناقد «صغر ابو فخر» يعتقد ان «هذا افتراض ساذج واختزالي معاً، فمن الحال ان نفهم سلوك اليهود اعتماداً على كتبهم المقدسة، او اتكاء على المعتقدات الموراثة تماماً مثلما لا نستطيع ان نفسر اخاطر السلوك لدى العرب وخياراتهم الفكرية والسياسية استناداً الى القرآن والسنة والفقه».

والواقع ان المقارنة بين العرب واليهود مقارنة غير صحيحة وذلك لان تمسك العرب بعقائدهم الدينية واعتماد القرآن كمنطلق لفهم الواقع، وقاعدة للانطلاق في المجالات السياسية والفكرية والاستراتيجية ليس بالمستوى المطلوب عندهم، لا بل ان الافكار العلمانية والأنظمة العلمانية المطبقة في كثير من دول العالم العربي، تستبعد الحل القرآني على مستوى الانظمة السياسية والاجتماعية، وبناء الاجيال الناشئة، بينما ترى العكس في الدولة الصهيونية اذ ان القاعدة هي التنشئة الدينية (التوراتية - التلمودية) وان الدولة ممثلة برؤساء الحكومات الصهيونية تعود هذه العملية، وتنفذ - حسب الظروف - التعليم التوراتية، في الشأن الاجتماعي والسياسي والاستراتيجي ولكن وفق خطط مدرورة ومتقدمة، وبهذا تفهم المفارقات بين الممارسة التطبيقية للفرد المسلم وال تعاليم القرآنية او حتى للفرد اليهودي او المسيحي، وتعاليم التوراة او الانجيل، لان القضية هي قضية ماذا تخطط او خططت الصهيونية لبناء

كيانها المصطنع وعلى اي اساس، هل هو اساس لا ديني علماني او الحادي ام انه اساس ديني توراتي تلمودي؟.

الواقع، ان الكيان الصهيوني قام على قاعدة ايديولوجية دينية ويعمل لها، وينطلق منها، وبهذا يمكن تجاوز الاحصاءات التي اوردها «صغر ابو فخر» عن المفارقات بين الممارسات والتعاليم الدينية عند المسلمين واليهود وغيرهم، لأن ذلك لا يعتبر دليلاً كافياً اما هو تعبير عن واقع معيش، تخطط الصهيونية لتطويره، وتغييره.

وعلى هذا، فاننا لا نستطيع ان نتوقف طويلاً عند ملاحظة الناقد بان «القرآن يحرم الحمر، والمسلمون (الحقيقة ان بعضهم وليس كلهم، والاصح هو نسبة قليلة منهم) يسکرون، والاسلام يحرم الزنى، والفاحشة في بلادنا العربية غير معذومة، والدين يحرم السرقة والقتل والاعتداء على كرامة الانسان، وأكثر البلدان التي يعتمدون فيها القتل وامتهان الكرامات هي البلدان الاسلامية. وان اكثر من ٨٠ بالمائة من يهود الولايات المتحدة الاميركية ودول الاتحاد السوفياتي السابق لا يطبقون ايا من قوانين الطعام اليهودية (الকوشير) بل يأكلون لحم الخنزير، وثمة ٥٠ بالمائة من يهود العالم لا يؤمنون بالدين اليهودي و٨٤ بالمائة من الاسرائيليين لم يقرأوا التلمود ولم يتعلموا على اي جزء منه، وان عدد اليهود المؤمنين في العالم لا يتجاوز العشرة في المئة فقط وللعلم ايضاً فان اليهودية المخافحة ترى في التوراة روح الشعب اليهودي لا كتاباً مقدسأً اي في التوراة الفلكلور اليهودي الذي يجعل من الجماعات اليهودية شعباً متماساً ومن هذه اليهودية قادتها الاولئ ملحدون تماماً، هيرتسيل كان ملحداً وكأن يردد: «ان الدين لا يهمني بل تهمني الاسطورة الجبار للعودة، ودافيد بن غوريون كان ايضاً ملحداً (السفير ٢١ - ٧ - ٢٠٠١).

وإذا كانت هذه النسبة دقيقة فان الشعب اليهودي لا يملك كتاباً مقدساً يحمل في ثياته اعترافاً باهمية تأثير التوراة على اليهود من جهة ويحتاج الى دليل على ان اليهود المخافحين لا يعتبرون التوراة كتاباً مقدساً، لا بل ان الدليل يقوم على عكس ذلك، وهناك جملة من الاقوال والتصريحات لقادة يظهرون فيها انهم علمانيون او ملحدون - وفي العمق هم متدينون وتوراتيون - تلموديون حتى العظم، وهذا الاعتقاد الديني هو اكثراً ظهوراً على مستوى سياسات الدولة الصهيونية، وعلى صعيد التصرفات الشعبية للجماعات والافراد اليهود.

■ العنوان: الصحة النفسية في السعودية عبر نصف قرن.

■ المؤلف: اسامه محمد عثمان الراضي.

■ الناشر: على نفقة المؤلف.

يواجه الطبع النفسي، وعلم الصحة النفسية تحديداً، صعوبات تطبيقه العملي في المجتمعات الاسلامية. وذلك بأثر العامل الثقافي الاسلامي المحدد لمعايير، تصل الى حدود التناقض احياناً، مع المعايير الغربية، علاوة على الظواهر الاجتماعية الخاصة بالبيئة الغربية. فالایمان بالعين الحاسدة مثلاً يعتبر عادياً في المجتمعات المسلمة. في حين ظل الغرب ينظر اليها كهذبات تأثر عن بعد ويعامله كامراضية

حتى وقت قريب. اي الى حين بدأ الحديث في الغرب عن المخوارق وعن زوار من خارج الكوكب... الخ وهذا المثال يوضح لنا اهمية تكييف وتعديل المعايير النفسية الغربية قبل اعتمادها في مجتمعنا. والا كان عرضة لتعيم تشخيص اضطرابات الصحة النفسية بصورة غير مقبولة وغير منطقية.

وكان من الطبيعي ان تكون السعودية في مقدمة الدول الاسلامية التي تواجه هذه الاشكاليات. ومعها مسائل الحقوق. اذ تعتمد السعودية على مرجعية الشريعة السمحاء في هذه الامور، وهي مرجعية لها اطارها القيمي الخاص ونظمها الرمزية التي لا تقبل المساس. ومن هنا اهمية الكتاب الجديد الصادر لاحد اوائل الاطباء النفسيين السعوديين، من خاض التجربة من اولها فكان الرائد في الجمع بين الافادة من المعطيات العلمية وبين احلال القيم والنظم الرمزية لمجتمع الانسان. الكتاب يحمل عنوان: «التجربة الناجحة/ المشروع المقترن لنظام الامراض النفسية». اما المؤلف فهو الدكتور اسامه الراضي رئيس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية التي كانت لها مساهمات فائقة في دعم مستوى الياقة النفسية في البلاد الاسلامية، حيث تقوم الجمعية باصدار مجلة نفسية تثقيفية بعنوان: «النفس المطمئنة». وتعقد مؤتمرها الدولي مرة كل عامين. علاوة عن المساعدات الطبية - نفسية التي قدمتها للمسلمين المصدمون في البوسنة وكوسوفو وافغانستان وكشمير وغيرها من المناطق المنكوبة. ويحاول المؤلف، عبر كتابه هذا، نقل كافة هذه التجارب الى القارئ ليخلص الى اقتراح مشروع لنظام الامراض النفسية في السعودية وفي البلدان الاسلامية عامة.

التعريف المؤلف

الدكتور اسامه محمد عثمان الراضي من مواليد العام ١٣٤٩ هجرية. نال بكالوريوس الطب العام ١٩٦٠ من جامعة عين شمس. وشهادة الدراسات الاختصاصية في الطب النفسي من منظمة الصحة العالمية العام ١٩٦٥ ثم البورد الاميركي العام ١٩٨٢ وهو كان مدير عام مستشفى الطائف للصحة النفسية (اول مستشفى في السعودية) والمشرف العام على برامج الصحة النفسية في المملكة. وهو مؤسس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية التي يقي رئيسيها لمدة ١٣ عاماً. كما عمل مديرآ للدراسات العليا في الطب النفسي في المملكة. وهو عضو في جمعيات محلية وعالمية ويشرف حالياً على مجمع الراضي للطب النفسي العصبي. وهو مشارك في العديد من المؤتمرات العربية والعالمية وله عشرات المقالات الاختصاصية المنشورة. كما اسس تيار العلاج الجماعي النفسي الاسلامي. وله في المجال مؤلفات عددة.

محتويات الكتاب

تتوزع محتويات الكتاب على اربعة ابواب يتفرع كل منها الى فصول. ويحمل الباب الاول عنوان: «لحة عن تطور الخدمات النفسية في المملكة» وفيه يتعرض المؤلف لتنامي الدور الحكومي في الرعاية النفسية ليتوقف عند اول مستشفى نفسي في السعودية (الطائف) وصولاً الى عرض البرامج التدريبية والعلمية ودراسة دبلوم الطب النفسي والمؤتمرات التي شاركت فيها المستشفى.

اما الباب الثاني فهو بعنوان «السلسل الاجرائي للمرضى النفسي». وفيه عرض لأسلوب

التعامل مع المريض منذ استقباله في المستشفى ولغاية الاساليب المعتمدة في علاجه. والتي تتضمن تدخل مرشد ديني. اما عن اقسام المستشفى فهي: ١ - القسم الخارجي و٢ - قسم المرضى المحسنين و٣ - قسم الامراض المعدية و٤ - قسم المرضى المتهمنين و٥ - قسم الاطفال و٦ - قسم الحالات المزمنة و٧ - قسم العلاج بالعمل و٨ - قسم دار النقاوه.

ونصل الى الباب الثالث وعنوانه: «العلاج الجماعي النفسي الاسلامي». والبدء بتعريف بنطليقات هذا العلاج النظرية ومن ثم بمكان اجرائه وتركيبة الفريق المعالج ووقت العلاج والاهداف التي يتواхها. ثم يعرض الدكتور الراضي لأول تجربة في العلاج النفسي الاسلامي الجماعي ليتقل الى عرض تطبيق لهذا العلاج في حالات الادمان. فيعرض البرنامج المقترن وفق هذه الطريقة لعلاج الادمان.

ويحمل الباب الرابع والأخير عنوان «الصحة النفسية وحقوق الانسان» وفي نهايته يقترح المؤلف مشروع اعداد نظام الامراض النفسية.

أهمية الكتاب

يرصد الكتاب مسيرة نصف قرن في خدمة الصحة النفسية في السعودية كما في بلدان اسلامية اخرى. وهي مسيرة طيب من الجيل الاول للاطباء النفسيين العرب. وهو الجيل الذي عانى لادخال الاختصاص الى مجتمعنا والتمهيد لقبوله كاختصاص طبي / شفائي. فقد تزامن دخول الاختصاص الى عالمنا الاسلامي مع صعود نجم التحليل الفرويدي (اليهودي) ومع قيام اسرائيل. وهو تزامن خلف اجواء سلبية ومعادية للطب النفسي وللعلاج النفسي عامه حتى امكن القول اتنا لازوال تعاني من مشكلة الربط بين الاختصاص وبين اليهودية - الصهيونية. مما يوضح لنا جسامنة المسؤولية التي تنكب لها الدكتور الراضي وجبله لجهة التصدي للافكار المسبقة الراسخة لدى الجمهور تجاه الاختصاص. بل ربما كانت السعودية اعصى الدول الاسلامية في قبول الطب النفسي. فبالاضافة الى الربط الذاتي المشار له اعلاه هنالك جملة اسباب موضوعية داعمة لرفض الاختصاص حيث اعتمد النمط المعيشي الاسلامي بشكل وقاية في وجه العديد من الامراض النفسية.

مهما يكن فإن التطور الذي يشهده الاختصاص اليوم في المملكة والاقبال على الاستفادة من خدماته يعكسان نجاح الراضي والجيل الاول في التأسيس لبنية متكاملة للرعاية النفسية تأخذ في اعتبارها خصوصيات البيئة واساليب الفرد في معايشة الزمن والحياة وفي نظرته للموت واعتقاداته الخاصة بما بعد الموت. واحترام هذه المعتقدات هي الخطوة الاولى في حقوق الانسان ذلك ان طمانينة الانسان مرتبطة بشعوره بالایمان حتى خارج اطر الزمان والمكان. واقحام حقوق تنتهي الى صعيد الحياة اليومية على حساب هذه المعتقدات هو انتهاك لحقوق الانسان. وهذا ما عبر عنه تفصيلا كتاب الدكتور الغامدي «حقوق الانسان في الاسلام». وهو ما يعبر عنه الدكتور الراضي في المناسبات الاختصاصية كما في هذا الكتاب. اطال الله في عمر زميلنا وصديقنا الدكتور الراضي ومنحه فرصة جديدة لخدمة انتماهه وعلمه.

يقع الكتاب في ٢١٥ صفحة من الحجم الوسط وهو مزود بالوثائق والصور وشهادات الاساتذة الزائرين. وهو من منشورات مجتمع الراضي للطب النفسي.

■ العنوان: الاسرة والوقاية من الادمان.

■ المؤلف: احمد ابو العزائم.

■ الناشر: مستشفى ابو العزائم.

في اطار الجهود المبذولة من قبل الاتحاد العالمي للصحة النفسية والاتحاد العربي للوقاية من الادمان صدر للبروفسور احمد جمال ابو العزائم كتاب بعنوان: «الاسرة والوقاية من الادمان». وجدير بالذكر ان المؤلف هو حالياً رئيس هذين الاتحادين: وهو الطبيب النفسي العربي الوحيد الذي يرأس حالياً اتحاداً نفسياً دولياً. وبحسب هذه المسئولية يصدر هذا الكتاب ليكون دليلاً للاسرة لوقاية ابنائها من اخطار الادمان حيث ينطلق المؤلف من مسلمة كون الاسرة الخلية الاولى في البناء الاجتماعي في كافة المجتمعات. وكما يختص الطب النفسي بالبيولوجيا وبالامراض النفسية فان من واجبه ايضاً الاهتمام بالامراض والظواهر الاجتماعية السلبية. وهذا الاهتمام يبدأ من الاسرة كخلية اجتماعية اولية. تستوجب دراسة افرادها وادوارهم ودينامييات الاتصال في ما بينهم: بما يفضي الى تشخيص اضطرابات التواصل داخل الاسرة وتحديد امراضيتها. وهذا التحليل يرأى ابو العزائم يشبه التحاليل الخبرية من حيث مساعدته على تشخيص الخلل. والوقاية من احتمالات انعكاسه في سلوك افراد الاسرة. ويتميز الكتاب باسلوبه التبسيطي الهدف للوصول الى داخل كل اسرة. ذلك ان فعالية الجهد الوقائي ترتبط بقدرته على الوصول الى اكبر قطاع ممكن من المعنيين مباشرة او غير مباشرة.

انطلاقاً من هذه الاهداف المحددة يبدأ الكتاب بمناقشة دور الاسرة في نضج ابنائها بصفتها وحدة اجتماعية. هذا النضج يرتبط بمستوى الاندماج العائلي وفعاليته في ايصال شخصية الاباء الى التكامل والتضجع. وهنا يعرج المؤلف على دور الاب في العائلة وهو دور محوري غير ممكن التجاهل. ومثله دور الام. فاذا ما تكاملت هذه الادوار بصورة كافية امكن القول ان الاسرة حاضنة جيدة لافرادها ومصدر امان لهم. بل انها ميدان لتدريبهم على التعامل مع الآخر بصفته بدليلاً لافراد العائلة. وبطبيعة الحال فان العلاقة مع البديل (المعلم كبديل للاب مثلاً) مرتبطة بالعلاقة الاصل (الاب في هذا المثال). فاذا كانت العلاقة مع الاب جيدة فانها ستكون جيدة مع بديله (المعلم) والعكس بالعكس.

بعد هذه التوطئة يربط المؤلف بين الادمان وبين العنف الاسري. ليستنتج وجود علاقة موجبة بينهما. مما يدفعه لاستعراض اشكال العنف الاسري المحتملة فيذكر: الاعتداء الجسدي والاعتداء الجنسي والضرب الشديد والاهمال النفسي (النبذ) وغيرها من اشكال العنف. التي تعكس على مستقبل الطفل وشخصيته وتنمي احتمالات تبعيته وادمانه.

بعد ذلك يعمد المؤلف الى عرض جملة مواقف (على شكل استبيان) يمكنها ان تحدد للأهل الحالات التي تستوجب اللجوء الى الطبيب النفسي وطلب المساعدة النفسية. وبالنظر الى تكرار هذا السؤال في كل مناسبة يلتقي فيها الجمهور مع متخصص نفسي فقد وجدنا من المفيد ان نعرض

للقائمة من المواقف التي يطرحها الكتاب بوصفها دلائل على وجود خلل في التواصل داخل الأسرة وهي:

- ١ - ان يصب الطفل غضبه على فرد معين من افراد الاسرة.
- ٢ - الاحساس بالضيق من الطفل لدرجة الاضطرار الى معاملته بقسوة.
- ٣ - التفضيل الظاهر لولد دون آخر، خاصة اذا وجدت شكوكى من هذا القبيل.
- ٤ - رفض الطفل الاندماج في النشاطات الخاصة بالأطفال... ومع الاطفال الآخرين.
- ٥ - عجز الاهل عن تعديل سلوك الطفل غير المناسب.
- ٦ - في حال وجود خلافات زوجية حادة. او شكوكى الابناء من هذه الخلافات.

بعد ذلك ينتقل ابو العزائم لمناقشة اثر الطلاق على الابناء ليهى مناقشة التواصل داخل العائلة ويدخل في مناقشة دور الاسرة في نقل القيم الى الابناء. وصولا الى وقايتهم من اخطار الادمان. وكيفية اكتشاف علامات الادمان والسلوك اثناء العلاج والنقاوه من العلاج. وهي لا شك مواقف صعبة يحتاج فيها الاهل مثل هذه الارشادات الاولية. كما يحتاجون الى الدعم النفسي والتثقيف العميق لمواجهتها.

يقع الكتاب في ٩٨ صفحة من الحجم الوسط وهو صادر عن مستشفى ابو العزائم / قسم علاج الادمان. وهو القسم الذي يرأسه المؤلف. وما من شك في ان للكتاب دوراً تطبيقياً ووقائياً غاية في الامانة.

■ العنوان: نحو استراتيجية عربية لمواجهة الصدمات والكوارث.

■ المؤلف: عبد الفتاح دويدار وحسن الصديق.

■ الناشر: مركز الدراسات النفسية/ لبنان.

تنامت تهديدات الكارثة العربية بعد احداث الثلاثاء الاميركي. فقد كان الشرق اوسطيون (العرب في قاموس المواطن الاميركي العادي) هو المتهم المحاذي. وكانت التهمة مرقة بالتهديد الذي لا يراعي تلوينات المنطقة وتفاقضاتها.

ففي مثل هذه الحالات يصبح الشرق الاوسط عرضا خالصاً. وذلك بوحي اسرائيلي يتوجه الى التمييز بين مسلم عربي وغير عربي مسلم وغير مسلم. ليترك التهديد على العرب افراداً وشعوبياً ودولياً. على ان التهديد بالکوارث العربية لم يعد مفاجئاً اذ ادمنت اسرائيل طوال اكثر من نصف قرن هذه التهديدات مدعاومة من القوة الاكبر غالباً وملحومة منها احياناً. وذلك وفق معايير المصالح ومرجعياتها.

من منطلق التهديدات الكثيفة واليراكيـن العربية المهددة بالانفجار عرض الباحثان عبد الفتاح دويدار (مصر) وحسن الصديق (لبنان) لتجربتين رائدتين في مجال علاج الكوارث والتحسب لها والوقاية منها. وذلك في كتابهما الصادر عن مركز الدراسات النفسية في لبنان. تحت عنوان: «نحو

استراتيجية عربية لمواجهة الصدمات والكوارث».

الكتاب يعرض للتجربة اللبنانية ممثلة باعمال الدكتور محمد احمد النابلي في مجتمع الحرب اللبنانية. بدءاً بالطابع الاهلي لهذه الحرب وصولاً الى المعاناة من الاحتلال الاسرائيلي. حيث قدم النابلي للمكتبة النفسية العربية جملة مراجع اساسية في مجال الصدمة. وهي مراجع يعرض لها الكتاب بایجاز يوضح محتوياتها والاضافات التي قدمتها للمكتبة النفسية العربية. فيعرض لكتب: «دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية» و«الصدمات النفسية - علم نفس الحروب والكوارث» و«العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان» و«سيكوسوماتيك الحرب» وغيرها من مؤلفات النابلي التي ساهمت في التأسيس لفرع الكوارث في المكتبة العربية. اذ ان هذه الاعمال كرست النابلي رائداً عربياً لعلم نفس الكوارث والحروب. يدعمه في ذلك غنى التجربة اللبنانية وتتنوع امامات الكوارث التي شهدتها لبنان.

اما النموذج الثاني، الذي يعرضه الكتاب، فهو النموذج الكويتي المتمثل باعمال الدكتور بشير صالح الرشيدى ومكتب الاماء الاجتماعى الذى يشرف عليه الرشيدى. حيث قدم هذا الباحث للمكتبة النفسية العربية جملة مساهمات جادة. لعل في طليعتها قيامه بتطبيق نظرية العلاج الواقعى لعالم النفس الاميركي ويلIAM جلاس على المجتمع الكويتي. ومن ثم تعديله لها بما يتاسب وظروف البيئة العربية تحت تسمية «التعامل مع الذات». التي تكاد ان تتفرد كنظريه علاجية عربية تلقي القبول لدى اعداد متزايدة من المعالجين العرب. هذا بالإضافة الى قائمة من الدراسات الميدانية التي اجرتها الرشيدى في مجتمع الحرب الكويتية. مبرزاً عبرها دور الاختصاص في مساعدة الافراد والمجتمع على استيعاب الصدمة والتعامل معها عبر تحديد انعكاساتها وآثارها وسائل علاج هذه الآثار واقتراح البرامج المساعدة على التكيف مع نتائج الاحداث الصدمية.

وفي استعراض سريع لمحات الكتاب نذكر عناوين فصوله الرئيسية وهي:

- ١ - دراسة مقارنة تحليلية بين النموذجين اللبناني والكويتي.
- ٢ - اعمال الدكتور الرشيدى في مجال الصدمة.
- ٣ - اعمال الدكتور النابلي في مجال الصدمة.
- ٤ - الدليل العربي لتشخيص الاضطرابات النفسية.

ونتوقف عند الفصل الاخير الذي يعرض لمسوحة تشخيص الاضطرابات النفسية. وهي الاولى من نوعها في المكتبة العربية. كما انها المشاركة الاولى بين الباحثين الرشيدى والنابلي. حيث يوجه النابلي انتقادات هيكلية لراجع التشخيص الاجنبية. خاصة في الحالات الصدمية. اذ يرى ان الصدمة تعريفاً هي مواجهة تحمل معها احتمال الموت. وعليه فمن المستحيل تشخيصها بتجاهل مفهوم الموت لدى الافراد والجماعات المعرضة للصدمة. ومراجع التصنيف الاجنبية لا تراعي خصوصية مفهوم الموت في الثقافة العربية. وهو مفهوم يتفاوت داخل هذه الثقافة بين جماعة وآخر. اما الباحث الرشيدى فهو صاحب المبادرة الداعية الى ضرورة سد هذه الثغرة التشخيصية في العيادة العربية. ذلك

ان التشخيص غير الدقيق يستتبع العلاج غير الملائم او غير المطابق. فكان ان ترجم الرشيدى هذا الطموح بعمله في رئاسة تحرير هذه الموسوعة متعاوناً مع نخبة من الباحثين العرب ضمت الى النايلسي الدكتورة: طلعت منصور وفهد الناصر وبدر البورسلي وغيرهم.

ويتنهى الكتاب بالدعوة الى ضرورة التكامل بين هاتين التجربتين وارساء التعاون بينهما وصولاً لتحقيق طموح ارساء استراتيجية عربية شاملة لمواجهة الصدمات والکوارث.

يقع الكتاب في ١٣٠ صفحة من الحجم الكبير وهو صادر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية في لبنان.

الدكتور لطفي الشريبي

استشاري الطب النفسي / الاسكندرية

■ العنوان: الثلاثاء الاسود/ قصة الهجوم.

■ المؤلف: محمد احمد النايلسي.

■ الناشر: دار الفكر المعاصر/ بيروت.

عن دار الفكر المعاصر صدر للدكتور محمد احمد النايلسي كتاب بعنوان «الثلاثاء الاسود - قصة الهجوم». وفيه يرى المؤلف ان عالم الفوضى الاميركية الداخلية بدأت مبكرة جداً. ولم تحول الى الكمون الا بفضل الرفاهية والرخاء اللذين جاءوا نتيجة الحرب العالمية الثانية. ليحولا هذه الدولة القاسية الى دولة مركبة. ومع هذا التحول توليه زعامة العالم الحر الذي خرت امبراطورياته صریحة الحرب العالمية. فانتقل العداء وتوجه المصالح الامير كان من مخالفته اوروبا الى معاداة الشيوعية. فهذا البلد لا يستطيع العيش بدون عدو كونه يوجه مصالحه عكس وجهاً مصالح العدو الذي يختاره.

وبالرغم من هذه الحاجة الهوسيّة للعدو فان التهديدات الحقيقة لاميركا لم تكن يوماً خارجية. بل هي كانت داخلية على الدوام. ففي العام ١٩٢٠ حدث اول ارهابي داخلي حين انفجرت عبوة ناسفة في وول ستريت (البورصة). واعلن يومها ان الفاعل مجموعة متطرفة (آرية معادية لليهود). وتواترت الاحداث الداخلية لتصيب الولايات المتحدة بخسائر موجعة واكثر ايلاماً من كل الحوادث الخارجية. ومن اهم المفاصل الداخلية المهددة نذكر: حادث ليتل روك العنصرية (١٩٥٧) والثورة الطلابية الداعمة لمارتن لوثر كينغ (١٩٦٤) واضراب عمال جنرال الكترريك (١٩٦٩) والمعارضة الحادة لحرب فيتنام لغايتها ثم حادث لوس انجلوس العنصرية وانفجار اثلاتنا (١٩٩٤) وانفجار اوكلاهوما (١٩٩٥) وحوادث سينسيناتي العنصرية (٢٠٠١) وهذه مجرد امثلة على مدى ايام الحوادث الاميركية الداخلية.

من هنا كان من الطبيعي توقيع تنامي خطر هذه الاحداث مع فقدان العدو الذي يشكل حاجة هوسيّة لهذا البلد. ومن هنا كانت صيحة هسترنون في مقالته تأكل المصالح الاميركية. وفيها سؤال عما اذا كان انفجار اوكلاهوما يمكن الحدوث لو كان لاميركا عدو خارجي؟.

الرئيس كليتون بدا مستوعباً لهذا السؤال ومحركاً له ذلكرأيَاه يختلف الأعداء في محاولة تصدير الفوضى الداخلية إلى الخارج وللحؤول دون تفجرها في الداخل. ونجح في ذلك اي نجاح. بل انهتمكن من تحقيق اول فائض في ميزان المدفوعات الاميركي منذ العام ١٩٥٦ وكان ذلك عام ١٩٩٩ باستزاف الاموال الاوروبية. لكن هذا السلوك الكليتنوني دفع بالكثيرين، ومنهم المؤلف، الى التساؤل عما اذا كان من الممكن الاستمرار في تصدير هذه الفوضى الى مالا نهاية؟! . وطرح السؤال يحيط الاجابة بالغبي.

من هنا تكرار النابسي في العديد من مقالاته لمقوله مفادها ان كلينتون سيكون آخر الرؤساء الاميركيين الحترمين. ولم يخيب بوش ظنون المؤلف اذ بدأ مواجهة التكتبات منذ استلامه الحكم وحتى اليوم. فقد كان مقدراً للفوضى الداخلية الاميركية ان تندلع وان تتفجر بعض النظر عن كبسولة التفجير. اذ تجلت الفوضى الاميركية واضحة من خلال فوضى الانتخابات الاخيرة التي اقتصت العودة الى تاريخ الانتخابات الاميركية والى طرح ضرورات المراجعة الدستورية مع ترشيح يهودي لمنصب حساس وزيادة الفقر والبطالة وانخفاض الانفاق وعودة الرغبة في التسلح ونقضها خفض الضرائب.

على هذا الاساس اكد المؤلف في مقالته المنشورة بتاريخ ٢٠٠١/٣/١ على ان ثلاثة مجموعات من الاخطر تهدد استقرارية الامن الاميركي. وحددها كالتالي: ١ - اضطرابات داخلية (بدأت بسينيسياتي ومرت بالثلاثاء مرشحة للاستمرار باشكال عديدة اخرى). و ٢ - الانهيار الاقتصادي. حيث لازم الركود توقع فوز بوش الain وتكررها. و ٣ - فقدان بوش لشخصيات هامة في فريقه الرئاسي (خصوصاً والده ونائبه ديك تشيني).

وتتضخم هذه الاخطر من خلال ثغرات النظام الاميركي الرأسمالي ومن خلال مراكمته للاعداء. فمن اعداء الحكومة الفيدرالية في الداخل يمكن تعداد كل من الميليشيات البيضاء (العنصرية المعادية لليهود وللملونين) ومهاجري اميركا اللاتينية البائسين والسود المعانين من عنصرية مزمنة. لكن الفئة الاهم هي مجموعة الاميركيين ذوي الاصول العرقية المعرضة لاضطهاد السياسة الخارجية الاميركية وضغوطاتها البالغة حدود التهديد بالجماعة (الصين وروسيا خاصة) اضافة الى قائمة طويلة من الاعداء الذين لا يختصر خطورهم باعتماد الحكومة الفيدرالية مصطلحـاً موحدـاً للرمز اليهم هو مصطلح «الارهاب». ففي نظر الحكومة الاميركية ان هؤلاء كلهم ارهابيون داخليون. وهي كانت تخصص للسيطرة على ارهابهم مبلغ ستة مليارات دولار سنوياً. وهو مبلغ اثبت «الثلاثاء الاسود» لا جدواه وانعدام فعالية القائمين عليه (بدأت احاديث عن اقالة جورج تينيت رئيس المخابرات الاميركية). وربما لهذا السبب لجأ الرئيس السابق كلينتون لتصدير الفوضى الداخلية الاميركية. اما بوش فهو اراد سياسة مخالفة ادت الى انفجار الفوضى الداخلية الاميركية. فقد ضرب الارهاب ضربته ليصيب الجبار الاميركي في مقتل. مما اجبر بوش على العودة الى سياسة تصدير الفوضى ولكن بعد فوات الاوان. فهل ينفع الاختصار هنا باعتبار كل الفئات سابقة الذكر ارهاباً؟ . وهل يقنع الجمهور الاميركي بان بن لادن هو العدو؟.

ان الولايات المتحدة مضطربة لتصنيف الارهاب وتوزيعه الى فئات وانواع كي تكتشف الفاعل المدبر لحوادث نيويورك وواشنطن. وهي لا شک آسفة لأنها لم تبتدع هذا التصنيف وتعمل من أجله قبلاً. وهي أكثر اسفاً لعدم ربطها بين حالات التجسس الأخيرة من روسية ويهودية وصينية وغيرها. ومهمما يكن فان هذا الطرح النظري لا يفي بعرض محتويات هذا الكتاب الذي يحتوي على تطبيقات عملية وتحليلات مباشرة للسلوك السياسي الاميركي في مواقف ووضعيات محددة. كمثل كوسوفو وتعديلات استراتيجية الناتو وتسخير العالم لخدمة المصالح الاميركية وتصدير الفوضى الملزمة لها. مع تحليل شخصيات بوش وفريقه الرئاسي. غيرها من التوقعات المستقبلية التي دفعت بالنايلسي للتاكيد في اكثر من مقالة، خلال السنوات السابقة، على ان سنوات شديدة الصخب تتنتظر الولايات المتحدة التي لن تكون بلدآ آمناً خلال السنوات المقبلة».

ان المقالات التي يضمها هذا الكتاب هي مقالات كان المؤلف قد نشرها في جريدة الكفاح العربي على مدى الفترة الممتدة من العام ١٩٩٧ ولغاية العام ٢٠٠١ لذلك فهو يرد القارئ الى تاريخ نشر المقالة التي يقرأها بغية وضعها في اطارها الزمني الصحيح واستشفاف التحليل المستقبلي والتوقعات المسقبة لهذه المقالات. اذ ان اهمية الكتاب انما تكمن في هذه التوقعات المسقبة. التي يأتي تحقيقها حافزاً لاعتماد النظريات المستقبلية المؤدية اليها. كونها اثبتت فعاليتها وصحة توقعاتها. مع التنبية الى ان الكتاب يحتوي على توقعات متأخرة لما تزال تنتظر بعض الوقت لحين حدوثها. وحسب الكتاب انه يقرن كل مقالة بتاريخ وجهة نشرها تاركاً للقارئ مهمة التحليل الرجعي للأحداث كي يقيمه على طريقته الخاصة.

سلسلة كتب الثقافة النفسية التخصصية
كتاب في محاور يحرره أ.د. محمد احمد النابلسي

سيكولوجية الأزمات

جامعة من الباحثين

- اضطراب ما بعد الصفوط الصدمية/ أ.د. قاسم حسين صالح.
- انعكاسات الثلاثاء الاسود/ أ.د. محمد احمد النابلسي.
- الآثار النفسية للكارثة الطبيعية/ أ.د. محمد حمدي الحجار.
- الانتحار في عدن/ د. معن عبد الباري قاسم.
- مكتب الانماء الاجتماعي/ د. منها ناجي غنام.
- مكتبة الأزمة بالعربية.
- اختبارات الكوارث والازمات.
- الأسرة المأزومة: أبعاد المعاناة وآليات المواجهة/ د. فهد عبد الرحمن الناصر

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجبيه

Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

طرابلس - لبنان - شارع عزmi - بناية قاديشا - ص.ب. 3062 - التل



تلفون: 961.6.441805

فاكس: 961.6.438925

E.mail: ceps 50 @ hot mail.com.

سيكولوجية الازمات

تجربة اختناق الرضيع أثناء الولادة، التي يعقها ادخاله للهواء الى رئتيه للمرة الاولى، هي اولى تجارب القلق الانساني. وهي تجربة يمر بها كافة البشر. وربما فسرت هذه التجربة سبب الشعور بالاختناق لدى مواجهة الشخص لازمات حادة.

ومع ذلك يبقى التفاعل مع الازمات سمة فردية مميزة. فالأشخاص لا يتفاعلون بالصورة ذاتها امام الازمة الواحدة. اذ ان لكل منهم طريقته الخاصة في تعقيل الازمة وتقدير اضرارها المحتملة. كما ان لكل منهم رصيده المعلومي المتعلق بالازمة ونتائجها واحتمالاتها.

العلماء من جهتهم يشترطون تهديد الازمة للحياة او للامتنارية حتى تحول الى صدمة نفسية. حيث يعرفون الصدمة على انها ازمة تحمل هذه التهديدات. لكن هذا التعريف يبقى غائباً إذ يربط الازمة، ومعها الصدمة، ب نوعية مصادر التهديد والمواقوف منها ومستوى تعقيلها وادراك ماهيتها واهدافها. لذلك درج الباحثون على تصنيف الصدمة وفق مصادر التهديد المؤدية لها. وهو تصنيف معقد نختصره على النحو التالي:

- ١ - الكارثة الطبيعية: مثل الزلازل والفيضانات والاعاصير والبراكين وغيرها.
 - ٢ - الكارثة الاصطناعية: الناجمة عن رغبات عدوانية تستهدف الحق الاذى.
 - ٣ - الكارثة المعنية: وهي التي تطال المثال الاعلى للانا، سواء على صعيد الفرد او الجماعة، فجعل من الموت الشخصي ملحاً للهروب من معاناة الكارثة. وهي تترجم بالاقدام على الانتحار الفردي او الايجاري الموجه لمصلحة الجماعة ونصرتها.
 - ٤ - الكارثة الجسدية: حيث يمكن للجسد ان يكون مصدر التهديد (الاصابة بمرض ميت). كما يمكن للخوف من تهادي قدرات العقل او الجسد ان يشكل هذا المصدر.
- هذا وتتفق ردود الفعل الكارثية في ما بينها لجهة اشتراکها في التسبب بعوارض نفسية - عيادية مشتركة. إذ يبدأ التفاعل مع الكارثة بحالة من التخدير الحسي. وهي تمنع الفرد من إدراك حقيقة ما يجري وتعقيله لفترة قصيرة. ليعقبها حالة عدم التصديق وهي ذات مظاهر هيستيرية واضحة. وتكون الهيستيريا في هذه الحالة دفاعية (تعطي الفرصة للشخص كي يفرغ افعالاته وكى يستوعب الحدث الكارثى مستنيراً اوالياته النفسية الدفاعية) لذلك يعتبرها السيكوسماتيون علامه حياة. فهذه الهيستيريا تقلل احتمالات التجسيد (تحول الانفعالات الى امراض عضوية).

هذا السيناريو يتكرر في مجمل الحالات الكارثية. بدءاً من الوساوس المرضية (الخوف من امراض خطيرة غير موجودة فعلياً لدى الموسوس) وصولاً الى الكوارث الجماعية التي تهدد امن الجماعات ومستقبلها. وهذا ما يحدث تحديداً في عالمنا العربي. اذ تحيط به التهديدات من كل جانب وصوب. فبراکين الصراع الداخلي تهدد بالانفجار في معظم أنحائه. يزيدها اشعاعاً التدخل الاجنبي المرك لللإقليميات والمتاجهل للخصوصيات. اما نوايا العدوان الخارجي فهي مجسدة بإرهاب الدولة

الاسرائيلي المهدد بتجاوز الساحة الفلسطينية الى اقطار عربية اخرى. علاوة عن جملة العلاقات الخطيرة على المنطق. والتي تبدأ من مصطلح «شرق اوسطي» مروراً بـ«اسلامي» وصولاً الى اعتبار كل ما هو شرق اوسطي او اسلامي عربياً. لكنه اعتبار مشروط بال بشاعة. فالاعلام الغربي يحسن التفريق بين مسلم عربي وغير عربي كما بين عربي مسلم وغير مسلم في حالات التجميل. ليعود فيتناه هذا التفريق في الحالات البشعة؟! هذا دون ان ننسى تجاهل الغرب لمبدأ «جمال البشاعة» وتمسكه بهذا المبدأ ليحمل به بشاعته. تكون النتيجة اننا ن تعرضمنذ عقود لکوارث متلاحقة تزيد وتيرتها حدة مع مرور الوقت. حتى بلغت راها حدود الانفاء والترحيل والترansfier. علاوة عن استباحة الثروات الطبيعية والارصدة وحتى جهاز القيم نفسه.

امام هذه الواقع يفترض ان تكون عيادة الصدمة العربية اغنى العيادات العالمية بالتجارب والاقرارات العلاجية. وذلك استناداً الى تجاربنا الصدمية الفاقحة الغنى والتهديد الفردي والجماعي. ومع ذلك فإننا لا نقع سوى على بعض الدراسات الفردية المتباشرة هنا وهناك. فقد أعد مركز الدراسات النفسية ببلدان بعضاً منها وакملها مكتب الاماء الاجتماعي الكويتي بدراسات اخرى (انظر كتاب نحو استراتيجية عربية لمواجهة الازمات والکوارث). الا اننا في المقابل لا نقع على دراسة واحدة تتعلق بمجماعات السودان والصومال ومعاناة اطفال العراق وجحيم العدوانية الشارونية. علاوة عن دراسات كانت واجهة حول کوارث من نوع الجاوز الاسرائيلية المتكررة كما حول الكوارث الطبيعية (زلزال القاهرة واغادير وغيرها). وفي هذا تقصير غير مبرر وغير مقبول. كونه يحرمنا الاستفادة من تجاربنا الكارثية السابقة وتوظيفها للوقاية من الكوارث اللاحقة وعلاجها.

لقد سبق لمركز الدراسات النفسية ان اصدر مجموعة من الكتب في هذا المجال. كما نشرت الثقافة النفسية عشرات المقالات المتعلقة بالموضوع علاوة عن اصدارات مؤتمرات مكتب الاماء الاجتماعي في الكويت. لكن هذه الاعمال تبقى ضئيلة قياساً الى حجم الكوارث الماضية واللاحقة. من هنا كان تكرارنا طرح الموضع في المجلة وتشجيع الباحثين على البحث في هذا المجال. وهنا لا بد من الاشارة الى جهود منظمة الاونيسكو التي تعقد دورة خاصة لدراسة الآثار النفسية للعدوان الاسرائيلي على اطفال الانتفاضة والسبيل الآليّة لتقديم الرعاية والدعم لهم. حيث ستخصص المجلة لاحقاً اعداداً خاصة لدراسات الانتفاضة.

ملف هذا العدد يتضمن قراءة في العصاب الصدمي وتطوره النهومي بقلم الزميل العراقي قاسم حسين صالح. كما يتضمن دراسة حول الآثار النفسية والاجتماعية للكوارث الطبيعية. مع عروض لبعض الكتب العربية الصادرة حول الكوارث والازمات. وقراءة لانعكاسات الثلاثاء الاسود تليها اختبارات نفسية معربة تستخدم في حالات الكوارث والازمات. وابضاً عرض للاستشارة البحثية التي يقدمها مكتب الاماء الاجتماعي الكويتي وآخر دراسة قيمة للزميل معن قاسم حول الكوارث الشخصية المؤدية للانتحار في محافظة عدن اليمنية.

اضطرابات ما بعد الضغوط الصدمية

Post-traumatic Stress Disorder

أ.د. قاسم حسين صالح

قسم علم النفس / كلية الاداب / جامعة بغداد

رئيس مكتب الاشارات النفسية والاجتماعية

مقدمة:

يواجه الانسان في حياته اليومية ضغوطاً نفسية متعددة. والضغط «Stress» هو احداث خارجة عن الفرد، او متطلبات استثنائية عليه، او مشاكل او صعوبات تجعله في وضع غير اعتيادي فتسبب له توتراً او تشكل له تهديداً يفشل في السيطرة عليه، ويتجهم عنه اضطرابات نفسية متعددة.

ولقد جرى تشخيص ودراسة هذه الاضطرابات بصورة منهجية تبعاً لوضع الاعراض وشمولها والتقدم العلمي في مجال علم النفس والطب النفسي. ويمكن تحديد «الهستيريا» بوصفها اول اضطراب من مجموعة الاضطرابات التي تعقب الاحاديث الضاغطة يتم دراسته وتوصيف اعراضه بصورة منهجية، فيما يُعد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية - Post- traumatic stress Disorder (PTSD) آخر اضطراب في هذه المجموعة يتم الاعتراف به في التصانيف الطبية النفسية، رغم وجود افكار سابقة ذات علاقة به مثل «صدمة القنابل Shell shock» و«الصدمة العصبية Nervous shock». وفي عام (١٩٨٠) تم الاعتراف لأول مرة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)، وذلك في الصورة الثالثة من المرشد التشخيصي الاحصائي (Weiten, 1998, P. 534; Eysenck, 2000, p. 691). (DSM-III).

ويعود السبب الرئيسي في التعرف إلى هذا الاضطراب بالوصف الذي عليه الآن إلى الحرب الفيتنامية. فلقد لوحظ في السبعينيات (١٩٧٠) على الجنود الامريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام. اعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، وذلك بعد تسعه اشهر الى ثلاثين شهراً من تسريحهم من الخدمة العسكرية. وقد اثارت هذه الملاحظة دهشة الباحثين. فالتوقع هو حصول اعراض هذا الضغط أثناء المعركة او بعدها بأيام، وليس بعد انتهاء الحرب بستين او ثلاط! بل ان قسمًا من اولئك الجنود ما يزالون يعانون اعراض هذا الاضطراب رغم مرور اكثر من ربع قرن على تلك الحرب، تقدر الدراسات عددهم بنصف مليون من الجنود الذين شاركوا فعلاً في حرب فيتنام (Weiten, 1998).

ومع ان وسائل الاعلام في الولايات المتحدة جعلت انتباه الناس باتجاه ربط اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بخبرات الحرب الفيتنامية، الا انه لوحظ ان هذا الاضطراب يحدث استجابة لحالات اخرى من الضغوط الحادة. وتوصلت بعض الدراسات الى انه يوجد في (٥) من كل (الف) من الرجال، (١٣%) من كل (الف) من النساء، في المجتمع بشكل عام (Weiten, 1998; Gleitman, 1995).

لقد دفعت نتائج البحث هذه الى التساؤل عن انماط الضغوط الحادة - غير المروبة - التي ينجم عنها اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. فوجد الباحثون ان السبب الاكثر شيوعاً بين النساء هو الانفصاب الجنسي، الى جانب اسباب اخرى مثل رؤية شخص ما يموت، او يتالم من جرح بليغ، او التعرض الى حادثة خطيرة، او اكتشاف خيانة زوجية. فيما كانت الاسباب الاكثر شيوعاً بين الرجال تعزى الى خبرات المعارك او رؤية شخص ما يختضر. وان هذا الاضطراب (PTSD) يكون شائعاً بين الناس عموماً الذين يتعرضون الى الكوارث الطبيعية والبيئية مثل الفيضانات والزلزال والحرائق وحوادث القطارات والطائرات.

وهكذا اصبح هذا الاضطراب معروفاً بين الناس ومعترفاً به في التصانيف الطبية النفسية، حيث وصفته الصورة المقترنة للمرشد الشخيصي الاصحائي (DSM-III-R-1987) بأنه «اي حادثة تكون خارج مدى الخبرة المعتادة للفرد، وتسبب له الكرب النفسي (distress)» تكون استجابة الضحية فيه متصفه بـ «الخوف الشديد، والرعب، والشعور بالعجز» (P. 248). فيما نبهت اخر صورة لهذا المرشد الطبي النفسي (DSM-IV-1994) الى ضرورة التمييز بين اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) وبين اضطراب الضغط الحاد (Acute Stress Disorder). حيث يستعمل الثاني لوصف الحالة التي يكون فيها تماثل سريع للشفاء من ضغط الحادث الصدامي، فيما يستعمل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PISD) لوصف الحالة التي لا يحصل فيها شفاء سريع من هذا الضغط.

اشكالية المصطلح:

سمى هذا الاضطراب بأسماء ومصطلحات متعددة. ولأنه ارتبط اصلاً بالحرب الفيتنامية، فإنه اصطلاح على تسميته متلازمة ما بعد فيتنام (Post Vietnam Syndrom) والحالات الصدمية ما بعد فيتنام (Post Vietnam Traumatic States)، ومتلازمة معسكرات الاسر (Concentration Camps Syndrom)، ومتلازمة ما بعد معسكر الاسر (Post-Concentration Camps syndrom)، ومتلازمة استجابة ضغط ما بعد المعركة (Post-Combat Stress Response) وعصاب الصدمة النفسية (Traumatic Neurosis) (Parson, 1985, P 171). ثم استقر في التصانيف الطبية النفسية بصورةها الاخيرة على تسميته بـ «اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية - Post-Traumatic Stress Disorder». (DSM-IV, 1994, ICD-10-1992).

ولقد ترجم هذا المصطلح الى اللغة العربية بصياغات مختلفة. فمنهم من ترجمه الى «اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة» (التابليسي، ١٩٩١، ص ٢١). ومنهم من ترجمه الى «عقني الكرب الرضي» (ابيان وجون، ١٩٩٧، ص ٢٢). وآخرون ترجموه الى: «اضطراب عقابيل الضغوط النفسية» (الكرخي، ١٩٩٤) و«اضطراب الاجهاد ما بعد الشدة» (السامائي، ١٩٩٤) و«اضطراب عقابيل التعرض للشدة النفسية» (العطراوي، ١٩٩٥) و«اضطراب التوتر اللاحق للصدمة النفسية» (اليونسيف، ١٩٩٥) (في: الكبيسي، ١٩٩٨، ص ٣).

وبالنظر الى انه لا يوجد من هذه المصطلحات مصطلح واحد متفق عليه، فاننا اعتمدنا له

مصطلح «اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة» كونه حظي باتفاق خبراء في الطب النفسي وعلم النفس، واللغتين العربية والإنكليزية (الكتبيسي، ١٩٩٨، ص ٤).

التصنيف:

يورد تصنیف منظمة الصحة العالمية الخاص بالاضطرابات العقلية السلوكية (ICD-10) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD) ضمن الفئة (F40-F48) الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغط والجسمية المظهر (Neurotic, Stress-related and somato form disorders) ويضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة بـ «ردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف» التي تشمل خمسة أنواع هي:

- ١ - رد فعل الضغط الحاد .Acute stress reaction
- ٢ - اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة Post-traumatic stress disorder
- ٣ - اضطرابات التكيف Adjustment disorders
- ٤ - ردود فعل أخرى نحو الضغط الحاد Other reaction to sever stress
- ٥ - غير محددة (P. 30) Unspecified

ويرد هذا الاضطراب في الصورة الأخيرة للدليل التشخيصي الاحصائي (DSM-IV, 1994) ضمن المخور السابع الخاص باضطرابات القلق (Anxiety disorders) التي تشمل كلاً من: الرهاب Obsessive-، والفرج Panic، والقلق العام Generalized anxiety، والوسواس القسري Compulsive، وضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic stress.

ويورده باحثون آخرون ضمن اضطرابات التفكك (Dissociative disorders) معلنين ذلك بأن اضطرابات التفكك هي في الحقيقة حالات حادة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD). وإن التفككـاتـ الـحاـصلـةـ فـيـ هـذـاـ اـضـطـرـابـ يـجـبـ اـعـادـةـ تـصـنـيفـهاـ بـوـضـعـهاـ تـحـتـ عـنـوانـ «اضـطـرـابـاتـ التـفـكـكـ Disso~ciative disorders» وذلك لأن الأفراد المصابين به يبعدون أنفسهم نفسياً Psychologica~lly أو «ينفصلون Dissociate» عن الأحداث الجارية من حولهم، وهذه هي الخاصة التي توفر عدداً من الأعراض التي تسمى الآن «اضطراب التفكك Dissocia~tive disorders» (Gleitman, 1995, P. 750). غير أن هذه الاضطرابات تظهر (DSM-IV) في المخور العاشر ويصفها بأنها اضطرابات تكون فيها الدراسة الوعائية منفصلة عن الأفكار والمشاعر والذكريات الخاصة بالفرد من قبل فقدان الذاكرة النفسي Psychogenic amnesia، وحالة الهيام النفسي Psychogenic fugue. كما أن تصنیف (ICD-10) لا يورد اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD) ضمن فئة اضطرابات التفكك التي شملت عشرة اضطرابات.

ومهما يكن من اختلاف في تحديد عنوان الفئة أو وصف الاضطرابات التي يندرج تحتها اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD)، فإن هناك اتفاقاً بين التصانیف الطبية النفسية بخصوص أهم اعراض هذا الاضطراب.

الاعراض ومعايير التشخيص:

يصف الدليل التشخيصي (ICD-10) لمنظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بأنه استجابة متأخرة لحادثة او موقف ضاغط جداً، تكون ذات طبيعة تهديدية او كارثية، تسبب كرباً نفسياً لكل من يتعرض لها تقريراً، من قبيل: كارثة من صنع انسان، او معركة، او حادثة خطيرة، او مشاهدة موت اخر (آخر) في حادثة عنف، او ان يكون افرد ضحية تعذيب، او ارهاب، او اغتصاب، او أي جريمة اخرى (P. 147).

ويشير هذا الدليل الى ان العوامل الاستعدادية المتمثلة بسمات الشخصية، او تاريخ سابق لامراض عصبية، ربما تساعد في تطور او تنشيط هذا الاضطراب، غير انها ليست ضرورية ولا كافية لتفسير حدوثه (P. 148).

وتزداد اعراض هذا الاضطراب متشابهة في كل من الصورتين الاخيرتين للدللين (ICD-10) و(DSM-IV) ولدى اغلب الباحثين ايضاً (Eysenck, 2000; Weiten, 1998; Gleitman, 1995).

على اننا سنحدد اعراض ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) بثلاث فئات رئيسية، مع شرط في التشخيص يتمثل في ان تستمر اعراض كل فئة منها لاكثر من شهر، وعلى النحو الآتي:
اولاً: اعادة خبرة الحدث الصدامي

ويعني هذا المعيار ان يستعيد المريض او يتذكر الحدث الصدامي الذي خبره. ويتم ذلك بوحدة او اكثر من الطائق الآتية:

أ - كوابيس او احلام مزعجة ومتكررة، لها علاقة بالحدث الصادم (وهي اكثر الاعراض شيوعاً).

ب - ذكريات وافكار ومدركات اقتحامية وقسرية ومتكررة عن الحدث، تسبب الحزن والهم والتوتر.

ج - الشعور كما لو ان الحدث سيعاود الواقع. وتذكر الحدث على شكل صور او خيالات.
و - انزعاج افعالي شديد لا يتنبه الي يقترح زناد ذكريات الحدث الصادم (رؤبة مكان يشبه مكان الحدث، رؤبة شخص كان موجوداً ساعة وقوع الحادث، رؤبة جنازة، وأي تنبه يذكره بالحدث الصادم).

ثانياً: تجنب التنبهات المرتبطة بالحدث الصادم:

وتعني ظهور استجابات تجنبية لدى الفرد لم تكن موجودة لديه قبل تعرضه للصدمة. وتتبدي اعراض هذا المعيار بوحدة او اكثر من الطائق الآتية:

أ - تجنب الاماكن او الاشخاص او المواقف التي تذكر الفرد بالحدث الصدامي.

ب - طرد الافكار والانفعالات التي تذكره بالحادث، وتجنب الحديث عنه مع افراد آخرين، وقد يضطر الى تناول العقاقير او المخدرات او الكحول، هرباً من كل شيء يذكره بالحادث.

ج - انخفاض في ممارسة الفرد للنشاطات او الهوايات التي كان يزورها ويستمتع بها قبل الحادث.

د - فتور عاطفي ملحوظ، لا سيما ضعف القدرة على الشعور بالحب.

هـ - الانبعاث عن الآخرين والشعور بالغرابة عنهم.

ثالثاً: اعراض فرط الاستثارة:

وتعني ظهور حالات من الاستثارة لدى الفرد. ما كانت موجودة قبل تعرضه للصدمة، وظهور اعراض هذا المعيار واحد او اكثر من الآتي:

أ - صعوبات تتعلق بالنوم - كأن يستيقظ في الليل ولا يستطيع النوم ثانية.

ب - نوبات غضب او هيجان، مصحوبة بسلوك عدواني، لفظي او بدني.

ج - حذر او تيقط شديد وصعوبة بالغة في الاسترخاء.

د - صعوبات في التركيز على اداء نشاط يمارسه، او متابعة نشاط يجري امامه.

هـ - ظهور جفالة غير عادية لدى سمع المريض صوت جرس او هاتف، واي صوت آخر مفاجيء، وحتى عندما يلمسه شخص بشكل مفاجيء.

ومع ان هذه الاعراض هي الرئيسة، فان هناك اعراض اخرى تظهر على المصابين بهذا الاضطراب (PTSD) من قبيل: القلق النفسي، الكآبة، والشعور بالذنب. فضلاً عن وجود مشكلات اسرية، وافكار انتحارية وعنف انفجاري (Davison and Neale, 1996).

التوجهات النظرية في تفسير اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية:

تتعدد وجهات النظر في تفسير اسباب اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) نوجز اهمها بالآتي:

١ - التوجه الحياتي (البايولوجي) Biological approach

يقوم هذا التوجه على افتراض ان هناك عوامل وراثية «Genetic factors» تؤدي الى حدوث اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. ولقد تم التتحقق من هذا الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم. فقد وجد Skre et al. 1993 اتفاقاً اكبر في اضطراب (PTSD) بين التوائم المتطابقة (Identical twins) بالمقارنة مع التوائم الاخوية (Fraternal twins). واستنتج Skre وزملاؤه بأن «النتائج تدعم فرضية مساعدة الوراثة في تسبب (causation) اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD)» (ص ٨٥).

ولقد توصل True et al. 1993 الى الاستنتاج نفسه في دراسة اجروها على عينة اكبر من التوائم استهدفت التعرف على التأثيرات التي يحدثها التعرض الى المارك. فوجدوا ان نسبة الاتفاق كانت اكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم الاخوية. وكانت معاملات الارتباط لاعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يتراوح بين (٤١+، ٢٨+) في التوائم المتطابقة، فيما

تراوحت هذه العاملات بين التوائم الاخوية بين (٢٤+، ١١+) .

وكان (Foy, et al. 1987) افاد بدليل ربيا كانت له علاقة بالفرضية الوراثية. فمن خلال مراجعات الأفراد الذين تعرضوا الى المعارك بهدف العلاج، توصل Foy وجماعته الى ان ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بسبب تعرضهم الى المعارك، يتعمون الى عوائل فيها افراد مصابون باضطرابات نفسية. ويستنتجون بأن الفرد الذي يعيش في اسرة فيها افراد يشكون من امراض نفسية، تكون قابلية او شدة تأثيره النفسي بالاحاديث الصدمية عالية. فتؤدي به الى الاصابة باضطراب (PTSD) (في: Eysenck, 2000, 693).

٢ - التوجه الحياني الكيميائي :Biochemical approach

ينضوي هذا التوجه تحت المنظور الحياني (البايولوجي) غير انه يركز على العوامل «البايكيمياوية». فقد افترض عدد من المنظرين (Krystal et al., 1989) ان التعرض لحادث صدمي (Traumatic event) يؤدي الى الحقن الضرر بجهاز ونظام افراز الغدة الكظرية، وتحديداً الى زيادة في مستويات النورادرينالين (Noradrenaline) والدوبرامين (Dopamine). وزيادة مستوى الالاترة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجففة تظهر على الفرد بشكل سريع.

وتفيد الدراسات بوجود بعض الادلة التي تدعم هذه النظرية الحياتية (البايولوجية). فقد وجد كوستن وزملاؤه (Kosten et al., 1987) ان مستوى النورادرينالين والادرنالين كان عالياً لدى المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD). وكان كولك وزملاؤه (Kolk et al., 1985) قد وجدوا زيادة في مستويات الدوبامين والنورادرينالين لدى الافراد الذين يعانون من هذا الاضطراب. وأشارت دراسات اخرى الى زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي الالإرادي (Autonomic) لدى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (Text book of Psychiatry, 1997) . وتوصلت دراسات اجريت على الحيوانات عند تعرضها للضغط الى ان الموصلات العصبية (Neurotransmitters) - وهي مواد كيميائية تقوم بالتوصيل بين الاعصاب - يضطرب عملها لدى الافراد المصابين بهذا الاضطراب (في: Eysenck, 2000, pp. 691-695).

وهناك فرضية اخرى خلاصتها ان الجهاز المناعي لدى الافراد الذين تظهر عليهم اضطرابات نفسية بعد الكارثة يكون ضعيفاً. وان ضعف المناعة النفسية «Psychoimmunology» يجعل الفرد غير قادر على مواجهة كارثة او حادث صدمي.

ويستنتج (Eysenck, 2000) من استعراضه لعدد من الدراسات بأن المرضى باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية يختلفون فعلاً عن الافراد العاديين في القراءات الخاصة بالمقاييس الفسيولوجية والبايكيمياوية. ومع ذلك - يضيف الرنك - فان هذه التغيرات الحياتية (Biological) لا ترينا بأنها السبب في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD). وان التوجه الحياني (البايولوجي) يحتاج الى توسيع اكبر يأخذ بنظر الاعتبار الفروق الفردية في حساسية او قابلية الاصابة باضطراب ما بعد

الضغوط الصدمة (P.693).

٣ - التوجه النفسي الديني :Psychodynamic approach

ما يشير الحيرة في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة ان بدايته يمكن ان تحدث بعد اشهر او سنوات من تعرض الفرد لحادث صدمي. ولأن فرويد كان قد عدّ صدمة الولادة وما يصاحبها من احساس الوليد بالاختناق بأنها تجربة القلق الاولى في حياة الانسان، وان منهج التحليل النفسي ينظر الى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة انها السبب في اضطرابات النفسية عموماً، فان المنظرین النفسيین الدينيین اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمة. فلقد حاول (Horowitz, 1986) تفسير هذا الاضطراب بنظرية نفسية دينامية خلاصتها ان الحادث الصدمي يمكن ان يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماماً، ويسبب له الفزع والانهك. ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلة فان الفرد يلجأ الى كبت الافكار الخاصة بالحادث الصدمي او قمعها عمداً. غير ان حالة الانكار هذه لا تخل المشكلة، لأن الفرد لا يكون قادرًا على ان يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصدمي تتکامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءاً من الاحساس بذاته (صالح ١٩٩٨).

ويبدو ان الجانب القوي في التوجه النفسي الديني لهوروتز Horowitz انه استطاع ان يزودنا بطريقة لفهم بعض الاعراض الرئيسية في هذا الاضطراب (PTSD). ومع ذلك فان النظرية لم تقدم لنا تفسيراً بخصوص وجود اختلافات فردية حقيقة في قابلية تعرض الافراد للاصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمة في مواجهتهم لاحادث صدمية.

٤ - التوجه السلوكي :Behavioural approach

المعروف عن العلماء السلوكيين انهم يهملون العوامل الوراثية والسمات الاستعدادية والخبرات اللاشعورية لدى تحدثهم عن الشخصية والاضطرابات النفسية، ويعنون على العوامل البيئية واهمية التعلم بنوعيه (الاشراط الكلاسيكي والاشراط الاجرائي) في تحديد السلوك بنوعيه، السوي وغير السوي، والذين يخضعان لقانون واحد هو التعلم (صالح ٢٠٠٠) (ج).

وعلى اساس هذا الافتراض اجريت دراسات متعددة من بينها دراسة كين وجماعته (Keane et al. 1985) . فعلى وفق المنهج الاشتراطي في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD) فان الاشراط الكلاسيكي في زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لتبنيه طبيعي (غير مشروط). فالمرأة - على سبيل المثال - التي كانت تعرضت الى اغتصاب في منتزه عام قد تظهر خوفاً كبيراً اذا ذهبت الى هذا المتنزه مستقبلاً. وربما يجري تعميم هذا الخوف على منتزهات اخرى. وعليه فان هذا الخوف الناجم عن تبنيه مرتبط بحادث صدمي، يدفع بالفرد الى ما اصطلاح عليه السلوكيون بالتعلم التجنب (Avoidance learning)، الذي يفضي - من ثم - الى خفض القلق (في: Weiten, 1998).

ويرى الباحثون ان التوجه الاشتراطي يصيب من حيث انه يتباين بأن المستوى العالى من القلق

الناتج عن تنبية مرتبطة بحادث صدمي يقود فعلاً إلى سلوك تجنبى مثل هذا التنبية لدى المرضى بـ (PTSD). الا انه لا يزودنا بتفاصيل عما يحدث. فضلاً عن انه لا يقول لنا لماذا لماذا يصاب بعض الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة لدى تعرضهم لحادث صدمي، فيما لا يصاب به آخرون تعرضوا للحادث نفسه (Eysenck, 2000, p.694).

٥ - التوجه المعرفي :Cognitive approach

يقوم المنظور المعرفي على افتراض ان الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني بخصوص الذات واحادث الحياة والعالم بشكل عام (صالح ١٩٩٩).

وعلى اساس هذا الافتراض، وضع فوا وزملاؤه (Foa et al. 1989) نظرية معرفية في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، خلاصتها ان الاحداث الصدمية تهدى افتراضاتنا العادلة او السوية (Normal) بخصوص مفهومنا للامان وما هو آمن. فالمرأة التي تعرضت الى اغتصاب - على سبيل المثال - قد تشعر بعدم الامان في حضور أي رجل تقابله فيما بعد. فينجم عن ذلك «ان المحدود بين الامان والخطر تصبح غير واضحة» (p. 167). فينقد هذا الى تكوين بنية (Structure) كبيرة للخوف في الذاكرة بعيدة المدى. وان الافراد الذين تتكون لديهم بنية الخوف هذه سوف يرون بخبرة نقص القدرة في التنبؤ (Predictability) وضعف السيطرة (Controllability) على حياتهم، وهذا هما السبب في حصول مستويات عالية من القلق.

وعلى نحو مماثل، يرى (Miller, 1995) ان الفرد يدرك الحدث الصادم على انه معلومة جديدة وغريبة عن مخططه الادراكي. فلا يعرف كيف يتعامل معها، فتشكل له تهديداً ينجم عنه اضطراب في السلوك. وهذه الفكرة القائمة على نظرية معالجة المعلومات (Information-Process) ترجع في الواقع الى كيلي (Kelly, 1955) الذي طرح تفسيرات مختلفة عن التفسيرات المألوفة في حينها بخصوص القلق والخوف والتهديد. فهو عزف القلق النفسي بأنه: «ادراك الفرد للاحداث التي يواجهها على انها تقع خارج مدى ملاءمتها لنظام البنى لديه» (صالح ١٩٩٧، ص ١٩٤). يعني ان الانسان يصبح قلقاً حين لا تكون لديه بنى (Structures)، او حين يفقد سيطرته على الاحداث، فيما يشعر بالخوف حين تظهر بنية جديدة على وشك ان تدخل نظامه البنائي.اما التهديد فإنه يشعر به عندما يدرك بأن هناك تغيراً شاملاً على وشك الواقع في نظام البنى لديه (في: صالح ١٩٩٧).

ومع ان التوجه المعرفي يقدم وصفاً معقولاً لبعض التغييرات المعرفية المصاحبة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. الا انه يترك اموراً خارج حساباته. فليس واضحاً في نظرية فوا Foa، لماذا يكون بعض الافراد اكثر تأثراً من غيرهم في الاصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية؟، ولم تقل لنا شيئاً بخصوص العوامل الوراثية. فهي أولت اهتمامها بالتركيز على الحادث الصادم. واغفلت الحديث عن العوامل الاخرى.

٦ - العوامل الاجتماعية :Social factors

يرى باحثون ان احد العوامل التي تساعده في تحديد ما اذا كان فرد ما تعرض الى حادث

صدمي، سيتطور لديه اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، هو مستوى حصول هذا الفرد على اسناد اجتماعي. فلقد توصل سولومون وزملاء (Solomon, Mikulincer, and Avitzur, 1988) من دراستهم التي اجروها على الجنود الاسرائيليين الذين شترکوا في الحرب اللبنانيّة، ان الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الاسناد الاجتماعيّ، كانت لديهم اعراض قليلة من اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD). وان الجنود الذين اظهروا انخفاضاً كبيراً في اعراض هذا الاضطراب، كانوا قد حصلوا خلال ثلاث سنوات على افضل اسناد اجتماعي (Solomon et al. 1988). ويشير ايزنک الى ان هنالك دراسات اخرى توصلت الى النتيجة نفسها (Eysenck, 2000).

استنتاجات:

استعرضنا اعلاه اهم التوجهات او النماذج التي اقترحتها المطلقات النظرية في تفسيرها لاسباب اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD). ونستنتج ان كل واحد منها يقدم تفسيراً خاصاً به، ومختلفاً عن الطروحات الأخرى. واللافت للنظر ان بعض هذه النماذج قدمت تفسيرات متناقضة او متصادمة (الفرويدي مقابل السلوكي مثلاً) ومع ذلك فان نتائج الدراسات تدعم هذه التفسيرات رغم ما بينها من اختلاف او تناقض. وهذا يعني ان اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية له اسباب متعددة قد تكون خبرات صدمية ترجع الى مرحلة الطفولة، او تعلمات غير مناسبة حدثت على وفق قوانين الاشراط الكلاسيكي، او عوامل وراثية، او افكار غير عقلانية ناجمة عن خطأ في ادراك ومعالجة معلومة غريبة، وما الى ذلك من عوامل. وانها - في رأينا - لا تعمل بشكل منفصل بل بصيغة تفاعلية، وتبعد للحالة الواحدة من حيث التكوين الوراثي للفرد وحالته النفسية وقدراته المعرفية وظروفه الاسرية والاجتماعية. فمن يحمل استعداداً حياتياً (بايولوجياً) للإصابة بهذا الاضطراب او ذاك (حتى لو كان فضاماً) قد لا تظهر عليه اعراضه ما لم تقدح زناده احداث حياتية ضغطية.

دراسات في اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية:

سبق ان اشرنا الى ان اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) حظي باهتمام الباحثين لعدد حالات الاصابة به بفعل الحروب والمعارك الشديدة، وبخاصية حرب فيتنام بالنسبة للباحثين الاميركيين. وعليه فانتنا سنبدأ اولاً بتقديم خلاصات لعدد من هذه الدراسات في هذا الميدان.

١ - دراسة فونتانا وآخرين (Fontana et al., 1995):

اجريت هذه الدراسة للتعرف على سبب الشروع بالانتحار بين افراد عينة مولفة من (١١٩٨) جندياً من المشاركون في حرب فيتنام. وتوصلت الى ان الاضطرابات النفسية كانت العامل الرئيسي وراء حالات الشروع بالانتحار. وان التعرض للحادث الصادم يؤدي الى الاصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، الذي يؤدي بدوره الى الشروع بالانتحار.

٢ - دراسة سوتكيرو وآخرين (Sutker et al., 1993):

اجريت هذه الدراسة على عينة من الجنود المشاركون في الحرب العالمية الثانية في منطقة

الباسفيك، لتقويم الآثار النفسية والعقلية لصدمة الحرب لدى هؤلاء الناجين من تلك الحرب، وبعد مرور أربعين سنة عليها. وشملت العينة (٣٦) جندياً من أسرى الحرب و(٢٩) جندياً لم يتعرضوا للأسر، جميعهم شهدوا وقتلوا ضارياً وأصابات بالغة في وحداتهم العسكرية، ووجد الباحثون أن أفراد المجموعتين اختلفوا في حدة الأعراض النفسية رغم تشابههم في العوامل الشخصية وتعرضهم لنفس كارثة صدمة الحرب. وكانت نسبة تكرار اعراض اضطراب ما بعد الضغوط النفسية بين الأسرى، أعلى بكثير مما هي عليه بين الجنود المشاركون بالحرب، حيث كانت (٧٨٪) مقابل (٢٩٪).

واستنتج الباحثون أن سبب استمرار الأعراض عند الأسرى هو الضغط الشديد والمفرط الذي كانوا يتعرضوا له خلال فترة الأسر.

٣ - دراسة ساوثويك وآخرين ((Southwick et al., 1993)

أجريت هذه الدراسة على أفراد وحدتين عسكريتين شاركتا في حرب الخليج الثانية (١٩٩١) من الجيش الأمريكي الذي قاد التحالف في العدوان على العراق، شملت (٨٤) عسكرياً أمريكياً جرى فحصهم لرتين، الأولى بعد شهر من عودتهم إلى أميركا، والثانية بعد ستة أشهر. ووجد الباحثون أن عدد المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بعد مرور ستة أشهر كان أكبر من عددهم في الشهر الأول. وإن زيادة الاستشارة الفسيولوجية كانت اعراضها أكثر تكراراً من اعراض إعادة خبرة الحدث الصدامي، ومن اعراض تجنب الحدث الصدامي. وإن نسبة عالية من العسكريين عانوا من اعراض تتعلق بالحوادث الصدمية بعد عودتهم إلى الولايات المتحدة. وأنه رغم مرور ستة أشهر على انتهاء الحرب وعودتهم إلى أسرهم، فإن تلك الاعراض لم تتحسن بصورة ملحوظة لدى أفراد عينة الدراسة.

- دراسة ديهل وآخرين (Deahl et al., 1994)

شملت هذه الدراسة (٢٦) جندياً بريطانياً كانوا مكلفين بتحديد هويات الجثث لجنود قوى التحالف والجنود العراقيين أثناء حرب الخليج الثانية (١٩٩١). وكان هدفه تقويم فاعلية الارشاد والموجز (Brief counseling) والتغريغ النفسي (Psychological debriefing) عقب التعرض لصدمة نفسية متأخرة. وتبين بعد تسعه أشهر من تطبيق البرنامج عليهم أن (٥٠٪) منهم يعاني من اضطرابات نفسية تدل على وجود اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. وإن برنامج التغريغ النفسي لا يقلل من الاعراض النفسية الناجمة عن احداث أو خبرات صدمية.

٤ - دراسة روبنسن وآخرين (Robinson et al., 1994)

أجريت هذه الدراسة للتعرف على ردود فعل الاسرائيليين ازاء تهديد العراق بضرب اسرائيل عام (١٩٩١). وشملت (٦٦) فرداً يلتقي نصفهم تقريراً علاجاً نفسياً داخل المستشفى، ومجموعة أخرى ضمت (٣٥) فرداً ليسوا براقدين او مراجعين للمستشفى. واظهرت النتائج اصابة ستة اشخاص من الذين دمرت منازلهم بالصواريخ العراقية باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية بشكل كامل وبكافة اعراضه. فيما ظهر على البقية من افراد العينة بعض اعراض هذا الاضطراب وليس جميعها.

٦ - دراسة السامرائي (١٩٩٤):

اجريت هذه الدراسة على الاسرى العراقيين العائدين من ايران بعد انتهاء الحرب العراقية الايرانية عام (١٩٨٨)، ومن الذين قضوا في الاسر بحدود عشر سنوات، شملت (٦٠٦) اسرى. وبعد اجراءفحوصات طبية ونفسية متعددة لهؤلاء الاسرى العائدين الذين تراوحت اعمارهم بين (٢٧ الى ٤٥) عاماً، احتل اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة المرتبة الاولى بنسبة (٩,٧٪)، تلاه اضطراب الكآبة بنسبة (٥,٤٪)، فضلاً عن اضطرابات اخرى شملت عصاب القلق وذهان الفصام.

٧ - دارسة الخطرواني (١٩٩٥):

في ليلة الثالث عشر من شباط عام (١٩٩١)، قصفت الطائرات الامريكية ملجأ العامرة في العاصمة بغداد، نتج عنه استشهاد (٥٢) طفلاً و(٢٦١) امرأة و(٩٠) رجالاً ونجا (١٤) شخصاً فقط من مجموع (٤١٧) فرداً كانوا فيه في تلك الليلة المشؤومة. استهدفت هذه الدراسة التعرف على نسبة الاصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمة لدى عينة قصديه من اقارب واصدقاء الضحايا مؤلفة من (١٥٠) طالباً وطالبة، ومقارنتهم بعينة اخرى عادية (غير متعرضة) وبنفس العدد. واظهرت النتائج ان نسبة الاصابة باضطراب (PTSD) بين اقارب الضحايا واصدقائهم كانت (٣٧٪) مقابل (٥٪) لدى العينة غير المتعرضة لأي حادث صدمي. فيما بلغت نسبة الاصابة لدى الذين فقدوا افراداً من عوائلهم واقاربهم (٦٥٪) مقابل (١٩٪) لدى الذين فقدوا اصدقائهم. وكانت نسبة الاصابة بهذا الاضطراب بين الاناث (٨٤٪) مقابل (١٦٪) لدى الذكور.

٨ - دراسة الكبيسي (١٩٩٨):

استهدف البحث بناء قياس تشخيصي للمرضى المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمة والتعرف على اكثرا الاعراض اسهاماً في الاضطراب، والكشف عن دلالة الفروق في الاضطراب تبعاً لمتغير الجنس والعمر في عينة بلغ عددها (١٥٠) فرداً تراوحت اعمارهم بين (١٩ - ٥٩) سنة، جميعهم من مراجعى المستشفيات والعيادات النفسية في مدينة بغداد المصابين بهذا الاضطراب. وكشفت النتائج عن ان نسبة المصابين باضطراب ما بعد الضغوط الصدمة من النوع المزمن كانت (٦٪، ٢٤٪)، يليه المتأخر بنسبة (٢٠٪) ثم الحاد بنسبة (٣٪). ولم تظهر فروق ذات دلالة احصائية بالنسبة لمتغيري العمر والجنس. واستنتج الباحث بأن اكثرا المظاهر اسهاماً في هذا الاضطراب هو معيار اعادة خبرة الحدث الصدمي. يليه التتجنب والفتور العاطفي ثم الاستشارة المفرطة. وان جميع الافراد معرضون الى الاصابة بهذا الاضطراب للفئات العمرية في عينة البحث، وبأنواعه الثلاثة الحاد والمزمن والمتاخر. وان هذا الاضطراب يمكن ان يترك اثاراً عميقاً طويلة الامد على المصابين به اذا لم يعالجوا منه. وان هناك اضطرابات مصاحبة لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمة. ابرزها الحزن والاكتئاب والشعور بالقهر والخسران.

فكان هذه نماذج من دراسات عربية واجنبية عن تأثير الحروب والمعارك في التعرض الى الاصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمة (PTSD). وننتقل الآن الى استعراض خلاصات مرکزة

لنمذاج من الدراسات التي استهدفت تأثير الكوارث الطبيعية والبيئية في التعرض الى الاصابة بهذا الاضطراب.

٩ - دراسة كاريسون وآخرين (Carison et al., 1993)

استهدفت هذه الدراسة التعرف على اعراض اضطراب ما بعد الضغوط الصدمة بين المراهقين الذين تعرضوا الى اعصار اجتاحت شمال كارولينا بکولومبيا عام (١٩٩٠) وذلك بعد مرور سنة على حدوثه، في عينة مؤلفة من (١٢٦٤) مراهقاً ومراهاقة. وتوصل الباحثون الى ان (٢٠٪) منهم لديهم عرض اعادة خبرة الحدث الصدمي «Re-experiencing the traumatic event» (أي تذكر الحدث وشيوخ الكوابيس). و(١٨٪) منهم لديهم عرض فرط الاستشارة «Increased arousal» (أي مشكلات تتعلق بالنوم وصعوبات في التركيز..). و(٩٪) منهم لديهم اعراض تجنبية «Avoidance» (أي محاولات تجنب أي تنبیهات ذات علاقة بالحدث الصدمي).

١٠ - دراسة ترنر وآخرين (Turner et al., 1995)

في عام (١٩٨٧) دمر حريق (King Cross) سكة حديد تحت الارض في مركز لندن، اودى بحياة (٣١) شخصاً واصابة (٥٦) آخرين بجروح او حروق شديدة، من بين مئات كانوا ساعتها في المحطة التي هي من اكثر المحطات انشغالاً في شبكة المواصلات تحت ارض لندن. واجريت الدراسة بعد شهر من وقوع الحادث ثم بعد سنة وتوصلت الى ان ثالثي افراد العينة يعانون من الكرب النفسي (Distress). ووجود مستويات عالية من الاعراض الاقتحامية والتتجنبية والضغط النفسي. حيث عانى حوالي (٤٠٪) من العينة اعراض عادة خبرة الحدث الصدمي والاعراض التجنبية.

١١ - دراسة كار وآخرين (Carr et al., 1995)

وفي عام (١٩٨٩) حدث زلزال في مدينة نيو كاسل باستراليا، فأجرى كار وزملاؤه دراسة شملت (٣٠٠٧) اشخاص من البالغين، بعد ستة اشهر من حدوث الزلزال، بهدف التعرف على الآثار النفسية والاجتماعية لحوادث الزلازل. وتوصل الباحثون الى انه كلما زاد التعرض الى الزلزال زاد احتمال الاصابة باضطراب ما بعد الضغوط الصدمة، الذي ظهر لدى (١٨٪) من افراد العينة، فضلاً عن اضطرابات نفسية اخرى بينها الكرب النفسي.

١٢ - دراسة سيلي وآخرين (Selly et al., 1997)

وفي عام (١٩٨٩) حدث اصطدام كلوفام (Calapham) بين قطارين لنقل المسافرين في جنوب لندن، أودى بحياة (٣٥) شخصاً واصابة (١٨) شخصاً. فأجرى سيلي وزملاؤه دراسة شملت (١٨٧) من الناجين من هذا الحادث في متابعة استمرت (١٠ - ٢٢) شهراً من وقوعه. وبعد تقسيم افراد العينة الى ثلاث مجموعات (التعرض العالى، التعرض الواطيء، ومجموعة المستشفى من الجرحى) ومقارنتها بجموعة رابعة ضابطة، توصلت الدراسة الى ان الاشخاص الذين شهدوا الموت والآخرين الذين حوصروا بخطر الموت ظهرت لديهم اعراض اقتحامية بنسبة (٣٧٪) وتجنبية بنسبة (٢٨٪) وهي اعلى بكثير مما لدى الآخرين. وارتبطت شدة الاصابة الجسدية باضطراب ما بعد

الضغوط الصدمة، اذ اظهر ٣٠٪ من اصحاب الاصابات المعتدلة او الشديدة، مستويات عالية من الاعراض الاقتحامية او التجنبية.

ونختتم هذه الدراسات بدراسة الاولى خاصة بالحوادث الجنسية. والثانية متعلقة بحوادث العنف.

١٣ - دراسة فوا وآخرين (Foa et al., 1995)

استهدفت هذه الدراسة التعرف على الاعراض التي تظهر على الضحية بعد تعرضها الى الاغتصاب الجنسي. وشملت هذه الدراسة التي اجريت في الولايات المتحدة، (٧٢) امرأة تعرضت الى اغتصاب جنسي و(٨٦) امرأة ضحية لاعتداء جنسي، فتوصلت الى ان الخدر (Numbing) هو العرض الرئيسي لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث سجل درجات أعلى من اعراض اعادة خبرة الحدث الصدمي، واعراض الاستشارة المفرطة. ووجود نمطين من الاعراض بعد الصدمة، احدهما يميز اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية، والآخر يميز رد فعل رهابي.

١٤ - دراسة نورث وآخرين (North et al., 1999)

استهدفت هذه الدراسة التعرف على الاعراض التي تظهر على الناجين من حادث صدامي، تمثل بقتل جماعي حدث في كافيتريا بمدينة كيلن تكس (Killen-Tex) بالولايات المتحدة. وشملت (١٣٦) فرداً من الناجين من هذا الحادث، فتوصلت الى ان (٢٠٪) من الرجال و(٣٦٪) من النساء الذين شهدوا هذا الحادث، اصيروا باضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. فضلاً عن اصابة (٥٠٪) من النساء و(٢٥٪) من الرجال الناجيات والناجين من هذه الكارثة، باضطراب الاكتئاب.

استنتاجات:

حظي اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية (PTSD) باهتمام الباحثين في السنوات الأخيرة. وتركزت الدراسات في اربعة ميادين اساسية هي: الحروب والمعارك، الكوارث الطبيعية والبيئية (فيضانات، زلازل، حرائق، انفجارات، حوادث سيارات، قطارات، طائرات...). الاغتصاب الجنسي، والعنف. وتعددت فيه طرائق البحث وادواته وتنوعت بين: المقابلة السريرية، والمقابلة المنظمة، وقائمة الحوادث، واستبيان الصحة العامة او النفسية او التشخيصية، والفحص الفسيولوجي والاشعاعي، وبناء مقاييس قائمة على المعايير الواردة في تصنيفي (DSM) و(ICD)، تراوحت فقراتها بين (١١ - ١٣٠) فقرة، شملت ثلاثة اعراض رئيسية الى ثلاثين عرضاً من اضطراب (PTSD) والاعراض المصاحبة. ويستنتج من هذه الدراسات التي تنوّعت في طرائق وادوات بحثها، ان اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية اصبح موضوعاً محدداً بداته من حيث التشخيص النفسي والدراسة الميدانية بتطبيق مقاييس يتوافق فيها شروط الصدق والثبات وال الموضوعية. وان هذا الاضطراب يؤثر في الانسان: وظيفياً، ونفسياً، وعرقياً، وعقلانياً، واجتماعياً، وانه يكون مصحوباً بأعراض اضطرابات نفسية اخرى في مقدمتها الشعور بالحزن والكره النفسي والكآبة والتهديد بالانتحار. وان بدايته قد تكون متأخرة، لا تظهر بزمن وقوع الحادث الصدامي، وانه قد يمتد لفترة طويلة تعد بالسنين.

المصادر

- « ابيان، فالسا، جون. ج. (١٩٩٧). تدبير عقى الكرب الرضحي بواسطة اسلوب التفريغ. المجلة العربية للطب النفسي. المجلد الثامن، العدد الاول.
- « السامرائي، محمد عبد الحمد (١٩٩٤). الاضطرابات النفسية لدى اسرى الحرب العراقيين العائدين من الاسر في الاسبوع الاول لعودتهم. المجلة الطبية العسكرية العراقية. المجلد السادس، العدد الاول.
- « صالح، قاسم حسين (١٩٩٧). الشخصية بين التنظير والقياس. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
- « صالح، قاسم حسين (١٩٩٨). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مكتبة الجيل الجديد؛ صنعاء.
- « صالح، قاسم حسين (١٩٩٩). علم النفس المعرفي. مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
- « صالح، قاسم حسين (٢٠٠٠). التفكير الاضطهادي وعلاقته بأبعاد الشخصية. كلية الآداب، جامعة بغداد (اطروحة دكتوراه غير منشورة).
- « العطراني، سعد سايط جابر (١٩٩٥). عقابيل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الاعدادية من عوائل ضحايا ملجاً العامرة والعوائل الخيط به. كلية الآداب، الجامعة المستنصرية (رسالة ماجستير غير منشورة).
- « فوننان، ديفيد (١٩٨٩). الضغوط النفسية (تغلب عليها وابدأ الحياة). ترجمة: حمدي علي الغرباوي ورضا عبد الله ابو سريع، مراجعة: فؤاد ابو حطب، مكتبة الامل المصرية.
- « الكبيسي، طارق فحل، والعطراني، سعد سايط (١٩٩٧). عقى الكرب الرضحي لدى طلبة الاعدادية من ضحايا ملجاً العامرة. المجلة العربية للطب النفسي. المجلد الثامن، العدد الاول، أيار (مايو).
- « الكبيسي. ناطق فحل جزاع (١٩٩٨). بناء مقياس لاضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. كلية الآداب، الجامعة المستنصرية (رسالة ماجستير غير منشورة).
- « مكتب اليونسيف الاقليمي في الشرق الاوسط وشمال افريقيا (١٩٩٥). مساعدة الطفل الذي يعاني من الصدمة النفسية. دليل العاملين الاجتماعيين والصحيين ولعلمي مرحلة ما قبل المدرسة. عمان، الاردن.
- « النابسي، محمد احمد (١٩٩١). الصدمة النفسية، علم نفس المخروب والكوارث. دار النهضة العربية ببروت.

* American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed.), Washington, Dc: Author.

* (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd. ed.), Washington, Dc.: Author.

* Carr-VJ, Lewin-TJ, Webster-Ra, Hazell-PL, Kenardy-Ja, Carter-GI (1995). Psychological sequelae of the 1989 New castle Earthquake I-community disorder experience and psychological morbidity six months post-disorder. Psychol. Med., 25 (3): 539-555.

* Garrison, C.Z.; Weinrich, M.W.; Hardin, S.B.; Weinrich, S. and Wang, L. (1993). PTSD and adulecents after a hurricane. Am. J. Epidemiol. Oct. 138 (7) pp. 522-30.

* Dawson, G.C. and Neale, J.M. (1996). Abnormal Psychology (revised Gth Edn.). New York: Wiley.

* Deahl-MP; Gillham-AB; Thomas.J; Scarle-MM. Srinivasan-M. (1994). Psychological sequence following

- the Gulf War factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of Psychological debriefing. Br.j. Psychiatry, 1994 Jul.; 165(2) pp. 60-65.
- * Eysenck, M.W. (2000). Psychology. A student's Handbook. Psychology press ltd, publishers, Uk.
- * Foa, E.B., Skeketec, G., and Olasov-Rothman, B. (1989). Behavioural/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. Behavior therapy, 20, 155-176.
- * Foa, E.B., Riggs, D.S. and Gershurky, B. (1995). Arousal, numbing and intrusion: Symptom structure of PTSD following assault. American Journal of Psychiatry, 152, 116-120.
- * Fontana, A.R. (1995). Attempted suicide among Vietnam veterans: A model of etiology in a community sample. Am-J Psychiatry. 152(10): 102-109.
- * Gleitman, Henry. (1995). Psychology. Norton and Company.
- * Horowitz, M.J. (1986). Stress-response syndromes, (2nd Edn.) New Jersey: Jason Aronson.
- * Krystal, J.H., Kosten, T.R., Southwick, S., Mason, K.W., Perry, B.D., and Gillery, E.Li (1989). Neurobiological aspects of PTSD, Review of clinical and preclinical studies. Behavior therapy, 20, 177-198.
- * March, J.S. (1991). The nosology of Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Anxiety Disorders, 4, 61-81.
- * North, C.S., Smith, E.M., and Spitzangel E.L. (1994). PTSD in Survivors of a mass shooting. J. Psychiatry. 151, 82-88.
- * Robinson, S.; Hemmendiner, J.; Netanel, R.; Rapaport, M.; zilberman, L.; and Gal, A. (1994). Retraumatization of holocaust survivors during the Gulf war and SCUD missile attacks on «Israel». Br-J Med. Psychol. Dec., 61 (pt4): pp. 353-362.
- * Rothbaum, B.; Fon, F., Riggs, D., Murdock, T. and Walsh (1992). Stress disorder in rape victims. Journal of Traumatic Stress, 5, 455, 475.
- * Sdorow, L.M. (1995). Psychology. Wm.C. Brown, Inc.
- * Selly, Carolyn, King, Elizabeth, Peveler, Robert, Osola, Karen, Martin, Nick, Thompson, Chris (1997). PTSD symptoms and the clapham rail accident. British Journal of Psychiatry, 171, pp. 478-482.
- * Solomon, Z., Mikulincer, M., and Avitzur, E. (1988). Coping, Locus of control, social support, and combat-related post-traumatic stress disorder: A prospective study. Journal of personality and social psychology, 55, 279-285.
- * Skre, I., Onstad, S. Torgeresn, S., Lygrens S., and Kringlen, E. (1993). A twin study of DSM-III-R anxiety disorders. Acta psychiatric Scandinavica, 88, 85-92.
- * Sutker-PB; Allain-AJR and Winsted-DK (1993). Psychopathology and Psychiatric diagnosis of world war-II Pasfic theater prisoner of war survivors and combat veterans. Am.J. Psychiatry. Feb.; 150(2): pp.240-245.
- * True, W.R., Rice, J., Eisen, S.A. Meath, A.C., Goldberg, J., Lyons, M.J., and Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environment contribution to liability for posttraumatic stress symptoms. Archives of General Psychiatry, 50, 257-264.
- * Weiten, W. (1998). Psychology. Themes and variations. Brooks/Cok Publishing Company.
- * World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: Oxford University Press.

قراءة في الكارثة الاميركية الجديدة وانعكاساتها

أ.د. محمد احمد النابلي

عندما تبلغ امة ما هذا المستوى من القوة فانه من غير المستبعد ان تفقد حكمتها وعدهايتها واتزانها لتصبح خطراً على البشرية. فتفقد قوتها لكنها قد تستعيداها لو هي عادت الى هذه الفضائل. جون آدامز ١٧٧٨

- ان ما جرى صبيحة الثلاثاء ١١/٩/٢٠٠١ يقدم نموذجاً مميزاً للدراسات النفسية للكوارث. اذ تتوافر في هذه الكارثة كافة شروط الكارثة الصاعقة من وجهة طبيعية. واهم شروطها التالية:
- انها غير متوقعة: حيث التوقع يتبع الوقت للاستعداد لمواجهة الكارثة ولتخيل اضرارها بما يساعد لاحقاً على سرعة تعقليها واستيعاب ابعادها وبالتالي سرعة التعامل معها.
 - انها غير ممكنة التجنب: وهنا تلعب سرعة التنفيذ وتسلسل الاحداث والتخيير الحسي ادوارها في العجز عن تقليل آثار الكارثة او التخفيف من انعكاساتها المباشرة.
 - جمعها بين التهديد الفردي والتهديد المعنوي: حيث طاولت الكارثة رموزاً ذات طابع معنوي ورمزي اضافة الى ضحاياها بالآلاف وتهديدها التوعي لكافة السكان في نيويورك وواشنطن.
 - عجز مماثل القانون والسلطة عن التدخل لمنع الكارثة او الحد من آثارها.
 - كونها صناعية: حيث تتجه افعالات الجمهور المعرض للكارثة باتجاه صانعها. ويتحول هذا الاندفاع الى الفوضى العارمة في حال عدم تحديد الفاعل.
 - كونها كارثة ذات طابع وطني عام: بحيث يطاول التهديد الانتماء نفسه. ويطرح مشكلة اغتراب المواطن داخل مجتمعه. فيشجع احتمالات الانقسام والتفكك. بحيث تجتمع الانتاءات الضيقية (العرقية والدينية والعائلية... الخ) لتحتمي بانتمائها. واحياناً لتصادم الانتاءات الاخرى وتتبادل التهم معها. ويتعقق هذا التفكك بغياب معرفة العدو المتسبب بالكارثة.
 - احياء ذكريات الكوارث السابقة: لم تتعرض الولايات المتحدة في تاريخها لكارثة بهذا الحجم. الا انها تعرضت لکوارث متعددة من طبيعة (انهيار سد بوفالو كريك وزلزال سان فرنسيسكو والاعاصير الكثيرة... الخ) واصطباغها كان آخرها تفجير اوكلاندوما. وفي مناسبة مثل الثلاثاء الاسود فان الذاكرة الجمعية تستجمع مجمل هذه الذكريات الصدمية وتعيد احياءها. مما يتسبب بمضاعفة الانفعالات.

مهما يكن فان احداث الثلاثاء الاسود ليست بالكارثة العابرة. فهي من نوع الكوارث التي تدخل في الذاكرة الجمعية للشعوب وتسطر في تاريخها. وذلك بغض النظر عن متغيرات الراهن السياسي والد الواقع العابر لتبصيرها الرد فعلي ومحاور الصراع الآنية.

من هنا فان دراسات هذه الكارثة ستتجاوز العلاج النفسي للضحايا الى دراسة التحولات في سلوك الجماعات الاميركية. ومنها الى التغيرات السياسية والفكرية الاميركية عقب الكارثة. فعلى صعيد الاختصاص فان مراجعة الدليل الاميركي لتشخيص الاضطرابات العقلية سوف تضم تعديلات اساسية على الآثار النفسية للكارثة وملحقاتها. بحيث لا يعود التشخيص الاميركي للحالات الكارثية سطحياً كما هو لغاية الان ما جعلنا نوجه النقد الى سطحية في مناسبات اختصاصية عديدة.

ولكن ماذا عن المراحل التي تم بها ردود الفعل الكارثية؟

يحدد الطب النفسي هذه المراحل بتقسيمها اصطناعياً الى المراحل التالية:

١ - **قبل الكارثة:** حين يتم تدريب الجمهور على السلوك تجاه الكارثة وانتقاء اعضاء فرق الانقاذ والقوى الامنية المسؤولة عن تقيين انفعالات الجمهور وتوجيهها بالاتجاهات الصحيحة منعاً للاخطة التي يمكنها ان تؤدي الى زيادة اضرار الكارثة. وفي حالة الثلاثاء الاسود تلغى هذه المرحلة لكون الكارثة فجائية بدون انذار مسبق.

٢ - **اثناء الكارثة:** ويتم خلالها توجيه الجمهور واتخاذ جملة الخطوات الآلية الى الحد من اضرار الكارثة قدر الامكان.

٣ - **ما بعد الكارثة:** وتقسم بدورها الى اربع مراحل هي:

- **مباشرة بعد الكارثة:** حيث يجري تقيين انفعالات الجمهور ورغبة الانتقامية من المتبين بالكارثة بحيث يتولى مثلو السلطة مسؤوليات اعادة مشاعر الامان للجمهور واظهار قدرتهم على السيطرة على الوضع ومنع تكرار الكارثة كما القدرة على الانتقام من المتبين بها. مع تقديم العلاج للحالات المتضررة جسدياً ونفسياً من الكارثة.

- **في週期後:** بعد ان تم التحكم بالانفعالات وتقيينها في السبيل السليمة يبقى على مسؤولي الامن تأكيد سيطرتهم على احتمالات تكرار الكارثة وطمأنة الجمهور الى وجود خطوات امنية كافية للحماية. مع القدرة على اصلاح آثار الكارثة وتعقب المتبين واخضاعهم للقانون.

- **في الشهور التالية:** وهي فترة كافية ليستوعب الجمهور احداث الكارثة ونتائجها واضرارها بحيث تحول معايتها من قبل الجمهور الى معايشة فردية. في مقابل تحول الكارثة الى حدث تحمل السلطة مسؤولية متابعة وازالة عواقبه. مع استمرار تقديم العلاج للحالات المتضررة.

هذا من الناحية الاختصاصية النظرية اما عن تطبيقها في حالة الثلاثاء الاسود فانه يشير العديد من الاسئلة ومن ضرورة مناقشة التفاصيل وامها:

- **المسارعة لاتهام العرب بالكارثة (الجمهور الاميركي يعتقد ان كل العرب مسلمون وان كل المسلمين عرب.** وعليه فإنه لا يفرق بين العربي وبين المسلم) مع استبدال الكلمة عربي بمصطلح الشرقي اوسيطي. وذلك على غرار ما جرى في حادثة اوكلاهوما (١٩٩٥). بما يدفعنا للسؤال عن اسباب بقاء العرب المتهם الماجهر في لا وعي الجمهور الاميركي.

- كانت السلطات الاميركية مضطربة لقبول اتهام الجمهور لعدم امكانية توفير معلومات مضادة بالسرعة اللازمة. والجمهور يحتاج الى تعریف للعدو. فباقاؤه مجھولاً يضاعف ذعر الجمهور. وهنا استغلت السلطات الحملات الاعلامية للادارة السابقة (كان كلينتون يصنع الاعداء ويخترعهم لبرير سياساته) ضد بن لادن فوجئت الانظار باتجاهه.

- نتيجة لهول الكارثة والذعر المرافق لها وعدت السلطات بتعني رغبة الانتقام عند الجمهور واتخذت خطوات دبلوماسية واجرت تحركات عسكرية في هذا الاتجاه.

- جاءت الكارثة لتعزز العديد من توجهات الادارة الجمهورية الجديدة. التي كانت تهیئ نفسها لمواجهات من نوع آخر. لذلك فهي استقبلت الكارثة بالجهوزية اللازمة لمواجهة احتمالاتها. بما يستتبع السؤال عن توظيف الكارثة لدعم توجهات الادارة الجديدة. وتصوراتها لتعزيز موقع الولايات المتحدة في العالم.

- شكل الاقتصاد نقطة الضعف الاولى في مشروع الادارة الجديدة. بحيث مالت التوقعات الاقتصادية الى الشاوم. ولا شك ان الكارثة قد الحقت اضراراً بليغة في الاقتصاد الاميركي. لكن التعاطف المصاحب للكارثة قدر على اصلاح هذه الاضرار. وهذا ما اثبتته تعليقات المسؤولين الاقتصاديين العالميين من رسميين ومصرفيين. لكن تجربة قطع التيار (ايقاف التعامل في بورصة وول ستريت) نهاية الاثنين في ١٧/٩/٢٠٠١ ستكون الحكم. فإذا ما كان تدبي المؤشرات يستدعي اعادة توقيف البورصة فان ذلك سيكون عائقاً في وجه التحرك العسكري وربما مانعاً ودافعاً لاعتماد خطة طوارئ اقتصادية. فمن الطبيعي ان تخظى وول ستريت بعدم الاصدقاء واصحاب المصالح في البداية. الا ان هذا الدعم لا يمكنه ان يكون مستمراً في ما لو عجزت البورصة عن استعادة قدرتها على ضبط مؤشراتها. وهنا يطرح السؤال عن امكانية جعل البورصة بمنزلة الضربة الثانية بعد ضربات الثلاثاء الاسود.

- هل تستمر الولايات المتحدة في قرع طبول الحرب لو استمر تعثر بورصتها؟.

- هل تستغل الادارة الجمهورية حركة الجمهور لدفعه باتجاه سياساتها غير الشعبية؟.

- هل يحمل الجمهوريون مسؤولية ثغرات النظام الامني لكتلتين؟. بسبب اهماله للناحية المخابراتية ويسبيب تهريه من المواجهات؟.

- هل كانت الولايات المتحدة لتصنف اسرائيل دولة ارهابية لو كان منفذو الهجوم يهوداً؟. وقد يكون من المجدي التذكير هنا بحكاية الملياردير اليهودي مارك ريتشار (اصدر كلينتون عفواً خاصاً عنه).

- ان الحجم المعلن عنه اميركياً للضربة لا يتحمل خطأً شبيهاً بخطأ ضرب مصنع الادوية السوداني.

الآثار الاجتماعية والنفسية الناجمة عن الكوارث الطبيعية

أ.د. محمد حمدي الحجار

ملخص البحث:

ترك النكبات والكوارث الطبيعية، من فيضانات مدمرة، وحرائق واسعة النطاق، والزلزال، وانفجار البراكين، والعواصف الماحقة، نقول ترك هذه الارزاء الطبيعية آثاراً اجتماعية ونفسية على الانفراد والجماعات والاسر التي تعرضت لوياتها. فالتشرد، وفقدان المسكن، وتقطيع اوصال الحياة العادلة للاسرة المفاجئ، وفواجع الموت واليتم، والتعرض للعزوز وصعوبات الحياة، والانواء الطبيعية القاسية، ومشاعر التهديد، كلها تعد موررات راضة تخلف وراءها عقابيل نفسية مرضية صنفت علمياً تحت اسم: المتلازمات النفسية التي تعقب التعرض للشدة Post-traumatic stress disorder.

وهذه المتلازمات تتجلی باعراض كلينيكية مرضية نفسية تؤثر تأثيراً بالغاً على تكليف المرضوض نفسياً ووظائفه الاجتماعي، والمهنية، والاسرية، وصحته النفسية.

قدمت العلوم السلوكية في الميدان العلاجي النفسي اساليب وطرق علاجية فعالة في معالجة هذه المتلازمات النفسية الرضية المنشأ واعادة تأهيل المصاب على المستوى النفسي - الاجتماعي، يشرح هذا البحث باختصار طرق العلاج واعادة التأهيل واعراض الرضوض النفسي التي تخلفها الكوارث.

١ - طبيعة الارتكاس المرضي الناجم عن التعرض للكوارث:

تعد الكوارث الطبيعية من فيضانات مدمرة، وزلزال ماحقة وغيرها من الكوارث الطبيعية محدثة لعقابيل نفسية مرضية مضة تمثل الكوارث التي يصنعنها الانسان، مثل الحروب بشتى صورها (كحرب البوسنة والهرسك)، والحروب العالمية المنصرمة، والتعذيب في معتقلات الاسرى والسجون، والارهاب والاغتصاب الجنسي وغير ذلك من سلوكيات القهر والعنف والتهديد.

وفي كل يوم نسمع اخبار الكوارث الطبيعية التي كثرت في العقد الحالي، كالاعصار المدمر الذي اجتاح هذا العام الولايات الشرقية والجنوبية من الولايات المتحدة الاميركية والمناطق الغربية منها المطلة على المحيط الهادئ، حيث دمرت هذه الاعاصير آلاف البيوت، وشردت مئات الاسر، وقتل الشيء نفسه في فيضانات الهند وبانجلادش التي تخلف وراءها التشريد والموت، والتعرض للفاقة والجرح والمرض والعيش بأسوء ظروف صحية ومعيشية في كل عام تقريباً.

في الهزة الارضية التي ضربت ارمانيا السوفيتية عام ١٩٨٨م^(٢)، دمرت من جملة ما دمرت مدرسة بكاملها، فلم تنج منها سوى فتاة عمرها ١٤ / عاماً حاولت الانتحار لأنها رفضت ان تكون هي الفتاة الحية من بين رفيقاتها اللاتي قتلن تحت الانقضاض. كانت الفتاة تعاني من مشاعر اثم طاغية لأنها لم تلحق برفقاتها.

لقد ترك الزلزال المخرب العنف بصماته الدمرة للصحة النفسية عند أولئك الذين نجوا من الموت، اذ ظل معظمهم حتى بعد مدة سنتين من حدوث الزلزال يعاني من المتلازمة النفسية التي تعقب التعرض للشدة المسمة علمياً باللغة الانكليزية: Post traumatic stress disorder (syndrome) ما افادت به الاحصائية النفسية ميلينا كارا كاشيان المتخرجة من جامعة سيتون هال في الولايات المتحدة الاميركية. وقد اصاب الموكبين الاحباط الشديد بسبب ضعف الغوث الدولي لهم من جهة، وافتقارهم الى العلاج النفسي، حيث كان لا يوجد في ذلك الوقت - أي عام ١٩٨٨م - سوى ١٠٠ اختصاصي نفسي معظمهم تعوزهم المهارات الاكلينيكية العلاجية لأنهم يدرسون في الجامعات وليسوا اكلينيكين. وتعاظمت الكارثة بسبب قلة الخدمات الاجتماعية والصحية والعامة التي ترتب عن عدم وجود المال الكافي لاعادة بناء المساكن، وتقديم الغذاء، والمياه الصحية، حيث يقي معظمهم بعيشون في معسكرات خيام لمدة طويلة والتي تفتقر الى الحد الادنى من الخدمات الصحية والمعاشية.

كان عدد الضحايا كبيراً، وصل الى ٥٠ ألف قتيل، و٨٠ ألف جريح، و١٢٠٠٠ بترت أطرافهم.

وقد تطوعت المنظمات الارضية المحلية في كندا وفرنسا والولايات المتحدة الاميركية وسويسرا لنجد الموكبين في ارمينيا السوفيتية حيث بلغ عدد المنظمات العاملة ٢٢ / ٢ منظمة ركزت اعمالها على الخدمات النفسية العلاجية والمعاشية والصحية والاسكانية، واتضح للهيئة العلاجية النفسية المؤلفة من متطوعين من المعالجين النفسيين الارمن العاملين في المشافي الجامعية الكندية والاميركية، وعددهم ٥٥ معالجاً مهنياً (تحددت مهامتهم في العلاج وتتدريب الاخصاصيين النفسيين الارمن على العلاج النفسي)، ان مدينة لينينagan كانت فيها اعلى نسب الوفيات من بين المدن الارمنية في ارمينيا السوفيتية، اضافة الى اصابات نفسية عالية بين الاطفال واليافعين اخذت صورة المتلازمة النفسية التي تعقب التعرض للشدة. تظاهرة اعراض هذه المتلازمة وفق الوصف الاكلينيكي لها الوارد في كتاب R-DSM-111 (٣) وبالتالي:

- الافكار الداخلية التي تلجم ساحة الوعي ولوجاً جبراً قهرياً فستأثر تفكير الفرد، وتشغل نشاطاته العقلية البناء التكيفية الخارجية وتفرض عليه انشغاله بها اشغالاً وسوسياً.
- اضطرابات النوم بأنواعها المختلفة.
- السلوك التجنبى السلبي.
- القلق ومشاعر العدوان والكراهية، واحياناً مسافة الكحول والمخدرات، وسيطرة الافكار الانتحارية، والكره الزوجي، والاكتئاب، والکوابيس الليلية المزعجة الراجعة Recurrent، ومشاعر المؤس والفجيعة.
- نوبات الجزع، واجترار الخبرات الحية السابقة الراضحة flashbacks التي تعرض لها المريض الموضوع.
- الاحساس بالاغتراب عن المحيط الذي يحيط به (مشاعر العزلة الاجتماعية) - فرط التنبيه

- الجزعي الطابع لاي منهه (او اثاره) خارجي مفاجئ (الاصوات وغيرها) - الالم القطبي (اسفل الظهر).
- ثورات الغضب العاصفة والانفجارات العاطفية، فرط التهيج، الشعور بالنهك والتعب المستمر.

وبالطبع ليس من الضروري ان تظهر جميع الاعراض التي ذكرناها عند الفرد الذي تعرض للنكسات والکوارث الطبيعية، وحتى الكوارث التي هي من صنع الانسان، كالحروب، فإن بعضها يكون هو الاكثر شيوعاً اكلينيكياً.

ففي المثال السابق الذي ذكرناه عن كارثة الزلزال في ارمينيا السوفيتية، كانت اعراض الرض النفسي وفقاً لتشخيصات فريق العلاج النفسي الارمني، رجوع ردود الفعل الهمستريائية hysterical reactions عند حدوث اية هزة ارضية خفيفة، والاشكال المتعددة من القلق، واضطرابات النوم، واجترار الخبرات الرضية والخذير النفسي psychic numbness، والاس، والاكتئاب.^(٤)

٢ - الانذار المرضي لهذه المتلازمة:

نقصد بالانذار المرضي prognosis حسب المفهوم الطبي، استجابة المرض للعلاج وتحسناته، فنقول مثلاً ان انذار مرض السرطان سيء وخاصة عند عدم اكتشافه مبكراً (سرطان الثدي مثلًا)، اي ان الشفاء غير ممكن والموت هو النهاية. وقل الشيء نفسه بالنسبة لمرض التصلب اللويحي المتعدد multiple sclerosis حيث ينتهي المرض بشلل عام والموت، وتكون المعالجة بمبطنة لسير المرض وغير شافية.. وايضاً في مرض نقص المناعة المكتسبة المعروف باسم (الايدز).

في الميدان العلاجي النفسي يكون الانذار سيناً في هذه المتلازمة المرضية اذا لم يتم العلاج المبكر للمريض المصاب بهذه المتلازمة syndrome. فالاعراض التي ذكرناها تبلور وتترسخ ويصبح علاجها صعباً جداً. فمثلاً ما زال حتى الآن بعض الاحياء اليهود الذين نجوا من معسكرات الموت النازية يشكون من متلازمة الرض النفسي الذي تعرضوا له في هذه المعسكرات، علماً انه مضى على فرارهم من تلك المعسكرات ما يقرب من /٥٠ سنة^(٥).

وأوضح للمعالجة النفسية الارمنية كاراكتشيان في نيسان عام ١٩٩٠ أن اعراض المرض عند المتكلبين بالزلزال في ارمينيا لم يكن من الممكن تحسينها او ازالتها من خلال المعالجة النفسية، لانها تبلورت وترسخت، فالأولاد الصغار الارمن كانوا يتخلون من عودة الهزة الارضية (اشراط الخوف fear conditioning)، وي تعرضون الى كوابيس مخيفة لليلية راجعة متكررة، اضافة الى اعراض ضعف تركيز الانتباه والشروط الذهني. وعند اولاد وراهقين آخرين، كانت اعراض متلازمة المرض تظاهر بصورة احياء راجع ذهني للمشاهد الحزينة التي تجمت عن الزلزال، مما كان ينبعهم من تركيز ذهنهم في الدروس (شروط المرض النفسي).

وكثير من هؤلاء كانوا يشكون من احلام تدور حول موت اقاربهم وافراد اسرهم يناجونهم بالعودة اليهم ثانية (على مستوى التحليل النفسي يفسر الحلم على اساس مشاعر الاثم التي يعيشها الحي الناجي من الكارثة).

كان الارشاد النفسي العلاجي فعالاً عند بعض الاطفال الذي يشكرون من احلام سيئة اقل تخوفاً ومخاوف ضعيفة نسبياً، من عودة الزلزال حسب قول المعالجة كاركشيان.. ومع ذلك فقد كانت هذه المعالجة تتشكل في امكانية تحرر هؤلاء المرضى المرضوبين الاطفال من اعراضهم النفسية المرضية. وكيفما تم متابعة معالجة مرض النفس بفعل الزلزال انشأ غويجيان عيادة دائمة للطب النفسي في مدينة لينينagan التي على عاتق الهيئة المعالجة فيها متابعة علاج مرض الزلزال وتدریب الاختصاصيين المهنيين الارمن على علاج المتلازمة النفسية التي تعقب التعرض للشدة الرضية المسمى اختصار (PTSD). وان العلاج يقوم على اسس مداخلات علاجية سلوكية ومعرفية وايضاً تدريب المختصين على هذه الانماط عن العلاجات السلوكية الفعالة.

٤ - الدراسات التي قدمت على المحاربين الاميركيين في فيتنام والتسرب الشعاعي لمقابل نووي:

مع ان دراستنا تتناول الآثار النفسية الناجمة عن الكوارث الطبيعية الا ان السياق يجرنا الى الكلام عن الآثار النفسية الناجمة عن الحروب التي تختلف ورعاها الاضطرابات نفسها التي ترتكها الكوارث والفرواجع الطبيعية. فالاعراض واحدة والعلاج واحد في كلتا الحالتين.

أظهرت الدراسات التي تناولت المحاربين القدماء الاميركيين في فيتنام وايضاً حادثة تسرب الاشعاع النووي من مفاعل مشروع جزيرة ثلاثة اميال ولاية بنسلفانيا. ان الافكار الوسواسية كانت الاعراض الرئيسية عند اولئك المحاربين وايضاً عند الافراد الذين تخوفوا من كارثة التعرض للتسرب الشعاعي من المفاعل النووي في تلك الجزيرة. اذ كانت الطريقة التي فسر بها اهالي سكان الجزيرة حادثة تسرب المواد المشعة من المفاعل النووي اكثر اهمية من الحادثة ذاتها، وذلك في تحديد مدة الشدة وقوتها على الحياة الانفعالية والاستجابات البدنية عند هؤلاء السكان وبالطبع كانت لدى بعض الافراد افكار دخيلة اقحامية اكثر من غيرهم. وقد فسر السبب بكونه يعود الى ميل البعض الى كظم مخاوفهم وافكارهم التخوفية، ولذا فهم اكثر عرضة من غيرهم لشدة هذا الاضطراب النفسي.

من ناحية اخرى في دراسة ٣٤ محارباً اميريكياً في فيتنام وجد العالمة النفسيان اندرو يوم Andrew Baum^(٧) ان الخبرة القتالية ذاتها لا تبني من الذي يعني من الشدة النفسية المزمنة chronic stress التي تأخذ صورة الافكار الجبرية التي تغزو ساحة الفكر والوعي.

وقد اكتشف يوم في دراسته التي تناولت مجموعة من افراد سكان مشروع جزيرة الاموال الثلاثة ويتراوح عددهم بين - ٨٠ فرداً يعيشون بالقرب من المفاعل النووي في هذه الجزيرة في بنسلفانيا، وجماعة ضبط تجاري control يعيشون على بعد ٨٠ ميلاً من المفاعل النووي، فاتضح له ان ثلث افراد المجموعة الاولى استمرروا في اظهار الشدة المزمنة لعدة سنوات بعد حادثة تسرب الاشعاع من المفاعل النووي، بينما الثالث الآخر من المجموعة يمكن مقارنته مع مجموعة الضبط التجاري. وعلى غرار المحاربين القدماء في فيتنام، فالذي كان يميز هؤلاء من بين العوامل الاربع هو قدرتهم

على جعل مخاوفهم المرتبطة بالتسرب الشعاعي خارج وعيهم وتفكيرهم. اما الافراد الذين اظهروا العجز عن طرد افكارهم الدخيلة الوسواسية فكانوا اكثراً كرهاً وازعاجاً من غيرهم.

واكذب يوم من خلال عرض دراسته في المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الاميركية الذي انعقد في اغسطس عام ١٩٨٩م ان الشدة الرضبة تسبب الافكار الوسواسية الدخيلة والعكس صحيح ايضاً. فاللحوف من التلوث الشعاعي كان مؤثراً راضياً اثار الحروف والذعر في صنوف سكان تلك الجزيرة. وفي متابعة لهؤلاء لمدة خمس سنوات بعد حادثة التسرب الشعاعي اتضح له ان افراد الدراسة كانوا بحالة نفسية جيدة نسبياً، حيث ان متلازمة الرض النفسي المزمنة بدت اكثراً وضوحاً من افراد مجموعة الضبط التجاري الذين كانوا بعيدين عن الحادث مسافة ٨٠ ميلاً.

ان بعض الافراد الذين استمرروا في معاناة الافكار الدخيلة الوسواسية كانوا اكثراً ميلاً لشكوى الاكتئاب، وضعف اعتبار الذات.

يتضح من كل ما ذكرناه ان الكوارث الطبيعية لها بصمات وخيمة على الصحة النفسية وتترك آثاراً سيئة على هذه الصحة تستمر لكثير من السنين واحياناً طوال العمر اذا لم تتم معالجة الرض النفسي باسرع وقت، فاللحوف المتعلم لا يمكن ازالته الا بالعلاج النفسي السلوكي الذي اثبت فعاليته من بين جميع انماط المعالجات النفسية.

فالغوث في الكوارث الطبيعية يجب ان لا يقتصر على العون المادي المتمثل في الامداد الغذائي والسكنائي والاسكاني فقط، كما هو جار في غالبية الكوارث التي تلحق ببعض البلدان، بل لا بد من فريق اسعاف نفسي طبي يتکفل في تقديم العلاج النفسي سواء اكان هذا الفريق من المذکوب او من البلدان المغيبة كالامم المتحدة وغيرها، اذ رأينا ان زلزال أرمينيا الذى اتخذناه مثلاً في بحثنا كيف ان الرضوض النفسية ذات عقابيل وخيمة على الذين تعرضوا للنكبة فتعطل الوظيفة النفسية - الاجتماعية، وقد تحدث عاهات نفسية اجتماعية دائمة اذا لم يتم علاج المصايبين بتلك الرضوض النفسية باكراً.

٥ - طرق ووسائل المدخلات العلاجية النفسية للمنكوبين:

باختصار وتبسيط نطرح هنا المدخلات العلاجية النفسية الفعالة الحديثة المتعددة الانظمة interdisciplinary في علاج ما اسميه بالاضطرابات النفسية التي تعقب التعرض لرضوض الشدات والموتارات (PTSD).

تعد الطرق العلاجية النفسية الطبية السلوكية والمعرفية القدح المعلى والوسائل المختارة في علاج هذا الصنف من الاضطرابات النفسية الرضية واكثرها نجاعة وفعالية.

علينا بادئ ذي بدء ان نعرف ان نجاعة العلاج النفسي واندراه يرتبطان ارتباطاً كبيراً بتركيب الشخصية اولاً وبركيب البنية المعرفية ثانياً (الوظيفة الادراكية وطريقة تفسير الموقف الراض عند الفرد) وثالثاً بنوعية الآلية التعاملية التي يلجأ اليها الفرد الذي يتعرض للرض النفسي الذي يهدد الأنا caging mechanism، وهذه التغيرات الثلاثة هي التي تقرر مستوى الاندرا العلاجي prognosis treatment

وأيضاً درجة استفادة المريض من العلاج.

تتلخص المداخلات العلاجية بالأخذ بالأساليب التالية:

أ - العلاج النفسي الجماعي والفرد الداعم المعرفي Individual and group supporting cognitive psychotherapy

يستهدف هذا العلاج (الارشاد النفسي الجماعي) الذي يقوم به المعالج، تقديم الدعم النفسي للمنكوبين الكبار (نسوة ورجال) لتفورية الأناء، ورفع مستوى التحمل للمصيبة او زيادة الفعالية الذاتية في مقاومة الأفكار الكارثية التي عادة تكون محور تفكير المرضى واحدشه مع ذاته والتي هي المسؤولة عن تخليد واستمرار الاضطراب النفسي باشكاله المختلفة كالقلق والاكتئاب والوسواس وغيرها.

ويطلب العلاج في جلسات جماعية ان يفصح كل مرضى عن الأفكار المزعجة التي تراوده وتسيطر على تفكيره امام رفقاء ومن ثم يحدد له محتوى التفكير الذي يسبب له الاضطراب النفسي ومن ثم يلجم العلاج الى طرح الأفكار البديلة المناهضة للآولى التي عليه ان يردها ويكررها والمناهضة للاضطراب النفسي الذي تحدثه الأفكار الانهزامية الكارثية، فالمعالج هنا يسعى الى تبديل بنية المريض المعرفية، المسيبة له الاضطراب النفسي، أي اكسابه المهارات المعرفية المناهضة للتفكير الكارثي، ومن خلال هذا التدريب الجماعي الذي فيه يطرح كل مرضى افكاره التي تزعجه، يكتسب الأفراد بفعل هذا التفاعل التدريسي الجماعي الأفكار الجديدة التكيفية التي تضعف اضطراباتهم النفسية.

ان تكرار المريض في تدريباته الذاتية للأفكار الجديدة يومياً وملدة يحددها العلاج (cognitive rehearsal) يجعله اكثر استبصاراً بالواقع، وقبوله لهذا الواقع، وهذا ما يضعف الى حد بعيد اضطرابه النفسي الناجم عن التفكير الكارثي المولد لمشاعر القلق واليأس والاكتئاب. وتطبق هذه التقنية العلاجية على المستوى الفردي حينما يتطلب العلاج ذلك.

ب - تقنية ايقاف الأفكار المزعجة الوسواسية:

ايضاً على المستوى الفردي والجماعي يدرب المعالج الأفراد المنكوبين على رصد الأفكار التي تزعجهم افراديًّا، ومن ثم يتعلمون افراديًّا او جماعياً اهمية ايقاف هذه الأفكار من خلال الانتغال بأفكار اخرى سارة. اي طرد الفكرة ارادياً واسغال ساحة الوعي بأفكار سارة او حيادية. وهذه التقنية من شأنها اضعاف الأفكار الدخيلة الوسواسية او المبررة للقلق والاكتئاب استناداً الى مبادئ التعلم حيث يمكن اضعاف العادات الفكرية من خلال المنع من تكرار التفكير بها.

ج - تقنية التفريغ الانفعالي للحوادث الراسفة Abreaction:

وهذه التقنية يتم فيها تدريب الفرد على الاسترخاء حيث يحاول المعالج والفرد تحت تأثير الاسترخاء العميق تحりض الحوادث الراسفة المكتوبة في اللاوعي عن طريق وصفها للمريض ومحاولة تخيلها بشدة وكأن المريض يعيش فيها حالياً. وقدر ما يكون التخيل الشديد للحوادث الراسفة حياً وقوياً تكون الفائدة العلاجية عالية حيث ان مثل هذا التعرض للحوادث الراسفة يخدم المريض في تفريغ

انفعالاته القلقية والخوفية من جهة وازالة تحسسه من المخاوف التي سبق أن تعرض لها من جهة ثانية. وبالطبع ان هذه التقنية تحتاج الى خبرة علاجية، وقد تتم تحت تأثير مادة تخديرية لازالة المقاومة النفسية للمرضى وتحقيق أعلى درجة من تخريض العناصر النفسية الراضة المكتوبة.

تستخدم هذه الطريقة في معالجة الرضوض النفسي القاتلة ورضوض الاسر والاعتقالات.

د - العلاج السلوكي بالتعريض التخيلي للمواقف الراضة:

وهذه تقنية فعالة تستخدم في علاج المخاوف بأنواعها حيث يدرب المريض على تخيل الموقف الراض وفق اسلوب يتبعه المعالج ومعاكسة اثارته التخوفية بالاسترخاء ويستمر هذا التعريض على هذا النحو حتى ينخفض قلق المريض الى الصفر عندما يتخيل الموقف الراض^(٧).

من نافلة القول ان الكوارث الطبيعية وحتى التي هي من صنع البشر كالحروب واعمال العنف، كالاغتصاب الجنسي واحتجاز الرهائن، والارهاب بأنواعه، كلها تحدث عند بعض الناس رضوضاً نفسية كثيراً ما تكون معيقة لوظائف الفرد المهنية، والتعليمية، والاجتماعية، والاسرية. وقد يتسم آثار الرض النفسي العديد من المظاهر، بل طوال عمر الفرد ما لم تتم معالجته وازالة هذا الرض المتعلم المكتسب.

وان افضل اساليب العلاج النفسية هي الطرق السلوكية والمعرفية التي اثبتت نجاعتها وفعاليتها لأنها تزيل الرض النفسي المتعلم بواسطة قوانين التعلم ذاتها.

ويجب الا يقتصر اسعاف منكوبى الكوارث الطبيعية على العون المادى رغم اهميته وضروريته كالغذاء والكساء والمسكن والخدمات الصحية الطبية بل لا بد من ان يشمل الغوث الاسعاف النفسي والطبي لأن كثيراً من يتعرضون للكوارث الطبيعية القوية يعانون شكلاً من الرضوض النفسية المعاقة.

الانتحار في م / عدن

(دراسة نفسية اجتماعية تتبعية)

د. معن عبد الباري قاسم^(١)

مقدمة:

يعتبر الانتحار انعكاساً لأزمة وجودية تشكل بحد ذاتها كارثة معنوية تدفع المرء نحو درجة متقدمة من اليأس والاحباط. حتى يصبح ميالاً لوضع حد لحياته عن طريق الانتحار. وتشير غالبية الدراسات الى ان مواجهة كارثة الموت الشخصي، عن طريق محاولة الانتحار، غالباً ما تكون مناسبة يعقلن فيها الشخص كارثته المعنوية الدافعة به لمحاولة الانتحار. هذه العقلنة تعطي للكارثة حجمها الموضوعي والمنطقي. فإذا كانت الكارثة المعنوية طاغية فإن الشخص يعود محاولته. أما في حال العكس فإن الشخص يهزاً من ذاته ومن طريقة تعامله مع الواقع فلا يكرر المحاولة.

مفهوم الانتحار:

ان الانتحار في المفهوم اللغوي مشتق من فعل «نحر» اي ذبح وقتل، وفي المفهوم القاموسي هي عملية قتل الذات بذاتها، وهي كلمة مركبة من اصل لاتيني من فعل cide بمعنى يقتل والاسم sui، بمعنى النفس او الذات، suicide قتل الذات.

وهناك ما يعرف ايضاً بالسلوك الانتحاري وهو سلسلة من الافعال التي يقوم بها الفرد محاولاً تدمير حياته بنفسه دونما تخريض من آخر او تصحية لقيمة اجتماعية ما.

وهناك تعريفات كثيرة للانتحار ما يدخل في الاطار الاجتماعي واختص به اكثر من البحث والتركيز على علم الاجتماع وعلمه البارز دور كهام (١٨٩٨) حينما عرف الانتحار بأنه كل حالات الموت التي تنتج مباشرة او غير مباشرة عن فعل ايجابي او سلبي ينفذه الضحية بنفسه ويعرف ان هذا الفعل يصل الى هذه النتيجة اي (الموت).

وتعريف كارل فنجر (١٩٣٨) الانتحار بأنه فعل قتل الانسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء كان الموت ناجماً عاجلاً او آجلاً. وهو تعريف يضم اليه تفسير عدد من الظواهر السلوكية التي تشكل موتاً بطبيعاً كمحاولة الانتحارية (كارهينة والصوفية والزهد) وهي استجابة انطوقافية في الشخصية وعلى النقيض منها تلك الانفعالات (الالتضاحية والاستشهاد تفجير الذات بالمفخخات، او السيارات او الفرق الانتحارية) وهي استجابات انساطية نحو الخارج، هذا خلاف صور الادمان بمختلف اشكاله (كالكحول، المخدرات,...) والامراض العصبية والعقلية وهي ما توصف بـ «الانتحار الزمني». CHRONIC SUICIDE

كذلك هناك مفهوم المدرسة الفرويدية والتي ترتكز على معالجة موضوع الانتحار من ناحية .

التقابل ما بين غريرة الحياة (EROS) وغريرة الموت THANATOS الموت وغريرة الحياة يلخصه فرويد في أن المتحرر يقع فريسة لغريرة عدائية (سادية) أخفق في التعبير عن نفسه فانعكس هذا العداء نحو الداخل (قتل الذات)، كما ان الاكتئاب يلعب هنا دور حساس وفاعل في خلق الميل العدائية وهذا ما يوضح كيف يجتمع الحب والكره معاً. وعن التأثيرات البيئية والثقافية وعلاقتها بالانتحار اشار د. محمد هيثم الحياط نائب رئيس المكتب الاقليمي لشرق المتوسط في منظمة الصحة العالمية الى ان قلة الوفيات قتلاً او بحوادث السيارات والانتحار في المنطقة العربية بالمقارنة مع باقي انحاء العالم سببها الى حد كبير التقليد الاجتماعية الاسلامية، واكدت الاحصاءات ان العرب اقل سكان العالم ارتكاباً للقتل واقلهم تقريباً في الموت الانتحاراً. وهذا يلاحظ الانفصال في معظم الدول العربية الى الدراسات الشمولية والاحصاءات الدقيقة للوفيات بالحوادث، سواء الناجمة عن قصد مثل الانتحار او غيرها. هذا ويوضح المخطط البياني أدناه مستوى نسبة الانتحار عند العرب الى سكان العالم. حيث يقدر حوادث الانتحار السنوي في الدول المتقدمة بنحو (٢٠٠) ألف، فيما ينتحر (٥٥٠) شخص في البلدان النامية. منظمة الصحة العالمية ١٩٩٣.

دراسة الانتحار في عدن:

١ - دراسة د. معن عبد الباري قاسم:

قمنا بأول مرة بدراسة الانتحار خلال الفترة ٩٠ - ٩٢، وذلك من واقع البيانات في سجلات ادارة البحث الجنائي م/عدن، التي تعاونت مشكورة وشجعت مثل هذه الدراسة، ولقد قدمت هذه الدراسة الى المؤتمر العام الثاني للجمعية النفسية اليمنية يوليوب ٩٣، نشره لاحقاً في العدد الحادي عشر في مجلة الصحة النفسية ديسمبر ١٩٩٤م (معن ١٩٩٤). هنا وبحسب احصاءات تلك الدراسة بلغ عدد حالات الانتحار ٣٨ حالة اذاك في عدن منها ١٣ حالة انتحار ٢٥ حالة شروع في الانتحار وكانت نسبة الانتحار لدى الذكور اعلى من الاناث (٦١,٥٪) كما كان لدى الفئة العمرية من الشباب (٢٦ - ٣٥) الاعلى (٣٨,٥٪) لدى الاميين والمرحلة الابتدائية (٤٦٪)، وعند المتزوجين اكبر من العرب (٦١,٥٪)، ومثلت الامراض النفسية (٤٦,١٪) من حيث اسباب الانتحار، اما من حيث وسائل الانتحار فكان الحرق (٤٦,١٪) يليه الشنق والطلق الناري (٢٣٪)، ولدى الموظفين الحكوميين اكثر من غيرهم (٣٨٪)، وبحسب توزيع اشهر السنة كانت النسبة الاعلى في الشهرين فبراير وسبتمبر (٣٨,٤٪)، اما من حيث الوقت فان معظم الانتحارات وحتى الشروع تتم في وقت المساء (٤٥٪).

٢ - دراسة د. محمد عوض باعبيد:

تعتبر هذه الدراسة الاوسع لظاهرة الانتحار كونها غطت جميع المحافظات الجنوبية من حيث الحيز الجغرافي وذلك خلال الفترة الزمنية ١٩٧٩ - ١٩٨٨ أي مرحلة ما كان يعرف بالشطر الجنوبي من الوطن. نشرت هذه الدراسة ضمن كتاب للباحث بعنوان مدخل الى علم النفس الجنائي صدر في عام ١٩٩٥. وأشارت نتائج تلك الدراسة الى ان ١٣ حالة انتحار تمت في عدن بمعدل سنوي اي ٧ و ٣ حالة لكل (١٠٠٠٠) نسمة. ولقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع بعض نتائج دراستنا السابقة

وأختلفت في أخرى (وهذا يرجع في رأينا إلى عدم دقة الاحصاءات الرسمية في رصد البيانات). هذا وقد اشارت نتائج دراسة الزميل د. محمد عوض إلى أن الفئة العمرية من (٢٠ - ١٦) هي الأعلى في معدل الانتحار (٣٢٪) ولدى العزب (٥٠٪) في حين أن الأميين وذوي التعليم الابتدائي (٦٢٪) وجاءت المشاكل الاسرية والاجتماعية في قمة أسباب الانتحار (٦٧٪). ومثلت الاحياء الشعبية كريتر والشيخ عثمان اعلى مستوى لحدوث الانتحار، كما لم تشر الدراسة إلى مدى شيوع الانتحار لدى الذكور والإناث.

مشكلة الدراسة:

نظراً لحجم التغيرات الكبيرة والمتسرعة في الحياة اليومية بمختلف اشكالها السياسية، والاقتصادية، والاجتماعية، النفسية والديموغرافية، فإن ذلك له كبير التأثير على سلوك الإنسان وطريقة تعامله مع الوسط المحيط به سلباً وأيجاباً استناداً إلى شدة وقع تلك التأثيرات عليه وكون عدن مدينة ساحلية (ميناء تجاري حر) فانها مركز تجمع سكاني لكل ابناء المحافظات اليمنية. ومن هنا نجد ان عامل الهجرة الداخلية يلعب دوراً كبيراً في التكوين السلوكي للشخصية بسبب حجم الفروق بين الريف والحضر على مختلف الأصعدة. والتي تزايدت في الفترات الأخيرة مع توسيع حجم الخارطة الجغرافية للدولة اليمنية.

ففي قراءة الاحصاءات الرسمية (وان كانت غير دقيقة) حالات الانتحار والشروع فيه فاننا نلحظ مدى التصاعد في حجم الظاهرة من (٤٠,٨) عام ١٩٩٠ إلى (١٠,٨) عام ١٩٩٧، وتقيس عليه عاماً وثيق الصلة وهي الامراض النفسية ونخص منها الاكتئاب (٦٥,٦٪) الذي يأتي في المرتبة الثانية بعد الفصام حيث يمثل (٤٠,٧٪)، مما تقدم يمكن القول ان حجم الظاهرة ما زال ضعيفاً الا اننا نستشعر ناقوس الخطر لهذا الشكل من اشكال العدوان الموجه نحو الذات والذي تعكس مردوداته السلبية ليس على المنحى الاخلاقي المجتمعي ولكن على المستوى التنموي عموماً، ومن حيث فقدان للانسان والذي يمثل اغلبيرأسمال، وينبع استشعارنا بالمشكلة بهذه الصورة التي تبدو مفرطة الحساسية والتباكي في طرحها، اما يعود ذلك الاستشعار في الاساس الى نمط المعيشة المستقبلية الموعودة بهذه المدينة (اقتصاد السوق الحر) والذي يعني في ما يعنيه وتيرة عالية التغير التنموي. والذي ربما لا يرافقها مواكبة في مستوى تغير نمطية العلاقات المجتمعية الاكثر تأحرراً ومحافظة، وما يعني قسوة في درجة التناحر والصراع النفسي الداخلي المدمر مع ما يقابلها من غياب ونقص في مستوى البحث العلمي والدراسة او تقديم خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية المطلوبة في حدودها الأولية لملئ تلك المشكلات.

أهمية الدراسة:

ما تقدم نجد ان هذه الدراسة تمثل اسهاماً علمياً متواضعاً على مستوى محافظة عدن في الاهتمام بدراسة هذه المشكلة بعدها النفسي مع الاستعارة القيمة من التجارب النظرية والتطبيقية التي اجريت في البلدان العربية والعالمية حول هذا الموضوع، مما جعل العمل الاكاديمي الجامعي او لدى

المؤسسة الأمنية لطرق رصد وتجميع البيانات بالصورة المقترحة هنا مما يمكن تحويل الاهتمام بهذه المشكلة لهذه الدراسة حالياً، الى دراسة تتبعية سنوية مستقبلاً.

اهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى:

- ١) التعرف على حجم الظاهرة (الانتحار والمشروع) في محافظة عدن خلال الفترة ٩٥ - ٩٧.
- ٢) التوجه المستقبلي لبرامج الوقاية والعلاج.
- ٣) اقتراح برنامج محلي مرحلياً لتكوين قاعدة بيانات معلوماتية.

منهجية وطرق الدراسة:

تعتبر هذه الدراسة وصفية تعتمد على رصد حالات الانتحار المدونة في سجلات ادارة البحث الجنائي بمحافظة عدن في الاعوام ٩٥ - ٩٧.

كما قام الباحث باعداد نموذج استماره لجمع البيانات، اشتملت بيانات اولية: الاسم، الجنس، العمر، محل الميلاد، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، عنوان السكن، المهنة، بالإضافة الى بيانات تحديد: وسيلة (طريقة) الانتحار، اسباب الانتحار، تاريخ الانتحار، وقت الانتحار.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

من خلال البيانات التي تم جمعها من ادارة البحث الجنائي لمحافظة عدن، فاننا سنقوم هنا بتحليل ومناقشة تلك النتائج الاحصائية وبحسب تسلسل تلك المتغيرات، كما ستوضجها الجداول لاحقاً. وسنحرص في الرابط والمقارنة الى ما يتيسر لنا مع المراجع ذات العلاقة بتلك المتغيرات.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (١) ان نسبة الذكور أعلى من الإناث سوى في الانتحار او الشروع وعلى مدى العامين وهو ما يتطابق مع المراجع العالمية التي تؤكد تلك الاحصائيات ارتفاعه عند الذكور بواقع ٣,٤ الى ٩,٢ في إناث بمتوسط ٤,١ في امريكا و ١ الى ٢ بمتوسط ١,٣ في آسيا و ١,٧ الى ٤,٥ بمتوسط ٣ في اوروبا.

جدول (١): التوزيع حسب الجنس

		مشروع		انتحار		الجنس	
%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥
٤٧,١	٨	٥٩,١	١٣	٩٠	٩	٧٨	١١
٥٢,٩	٩	٤٠,٩	٩	١٠	١	٢١,٤	٣
	١٧		٢٢		١٠		١٤
		المجموع					

اما في المجدول رقم (٢) فاننا نلاحظ ان الفئة العمرية ٣٥ - ٣٩ سنة تعتبر النسبة المثلثة للانتحار فيها على مدى العامين وهذا من وجهة نظرنا ربما يعود الى انه في هذه السن تزداد وطأة المسؤولية الاجتماعية والمعيشية على كاهل الفرد خصوصاً امام اسرته والمجتمع (بعد اجتماعي)، وربما تكون هناك مبررات صحية خصوصاً اذا اعتمدنا على تقارير منظمة WHO والتي تؤكد ان متوسط عمر الانسان اليمني ٤٥ سنة، فان هذه السن تكون عشيقة التغيرات الصحية (الهرمونية، البروستات،... الخ)، امراض السكري، القرح في حين نجد ان اعلى نسبة للشروع في الانتحار على مدى العامين هي لدى الفئة العمرية (٢٠ - ٢٤) سنة وهي غالباً ما تعبر عن الروح الاحتياجية ولفت النظر الى مشكلاتها ذات البعد العاطفي (مشاريع الزواج) والتي لا تحظى في الغالب بدعم وموافقة الاسرة بسبب العادات والتقاليد.

جدول (٢): التوزيع بحسب السن

السن	الانتحار				مشروع				%
	%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥	
١٩-١٥	١	٧,١	١	١٠	١	١	٧,١	٤	٤,٥
٢٤-٢٠	-	-	٢	٢٠	٦	٢٧,٣	٥	٢٧,٣	٢٩,٤
٢٩-٢٥	٤	٢٨,٦	-	-	-	-	١	١٨,٢	٥,٨
٣٤-٣٠	-	-	-	١	١	١٣,٦	٢	١٣,٦	١١,٧
٣٩-٣٥	٥	٣٥,٧	٣	٣٠	٦	٢٧,٣	-	٢٧,٣	-
٤٤-٤٠	٢	١٤,٣	٢	٢٠	-	-	-	-	-
٤٩-٤٥	-	-	-	-	٢	٩,١	١	٩,١	٥,٨
٥٩-٥٠	-	-	-	-	-	-	-	-	٥,٨
٦٠-اكثر	-	-	-	-	-	-	-	-	١١,٧
غير محدد	٢	١٤,٣	١	١٠	-	-	-	-	١
المجموع	١٤	١٠	٢٢	٧					

من خلال المجدول أدناه (٣) نلاحظ ان اعلى نسبة انتحار هي لدى الجامعيين على مدى العامين (٪٢١,٤ ، ٪٢١,٤) وهذا تفسيرنا ربما يعود الى شعور المتعلمين الاعظم بضيق الحياة وحجم المسؤولية وعدم توافقهم مع المجتمع الذي لا يقدر مكانتهم مما يدخلهم في حالات صراعات نفسية دائمة بسبب الاحباط، والاكتئاب ثم الانتحار، ونسبة الامية ٦٠٪ في عدن. في حين ان النسبة الاعلى للشروع في الانتحار هي لدى الاميين ومن لديهم تعليم ابتدائي ٪٣٥,٧٪. وذلك في رأينا بسبب نقص الاستبصار لحل المشكلات. ونجده ايضاً في هذا المجدول صورته ونقشه (اميين - جامعيين) اي ان اكثر تعلمًا والاكثر امية عرضة للمخاطر.

جدول (٣): التوزيع بحسب المستوى الدراسي

مشروع				انتحار				المستوى الدراسي
%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥	
٢٩,٤	٥	٩,١	٢	١٠	١	٧,١	١	امي
-	-	-	-	-	-	-	-	متحرر
٢٩,٤	٥	١٣,٦	٣	١٠	١	٧,١	١	ابتدائي
١١,٧	٢	١٣,٦	٣	١٠	١	٧,١	١	اعدادي
١٧,٦	٣	١٣,٦	٣	٢٠	٢	-	-	ثانوي
-	-	٩,١	٢	١٠	١	١٤,٣	٢	بطلوم
-	-	-	-	٣٠	٣	٢١,٤	٣	جامعي
١١,٧	٢	٤٠,٩	٩	١٠	١	٤٢,٩	٦	غير محدد
١٠٠	١٧		٢٢		١٠		١٤	المجموع

اما في الجدول (٤) فانتابنجد ان الانتحار لدى المتزوجين اعلى وعلى مدى العامين وهذا في رأينا ومن خلال ملاحظتنا من تقارير الحالة بأنه يعود الى الضغوط الاسرية الشديدة (توفر المطلبات المعيشية، التفكك الاسري، الغيرة، الخيانة الزوجية...).

اما فيما يخص المشروع في الانتحار فانتابنلاحظ تغير النسبة لدى الحالتين الاجتماعية على مدى العامين الا ان الفرق الواضح بشدة في زيادة النسبة المغوية لدى المتزوجين ٥٨,٨٪ في عام ٩٦ ولعل ما تقدم من تحليل بقصد الانتحار عند المتزوجين يكاد ينطبق ايضاً لدى الشارعين في الانتحار ايضاً.

جدول (٤): التوزيع بحسب الحالة الاجتماعية

مشروع				انتحار				الحالة الاجتماعية
%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥	
٥٨,٨	١٠	٢٢,٧	٥	٥٠	٥	٤٢,٩	٦	متزوج
٣٥,٣	٦	٣١,٨	٧	٣٠	٣	٢١,٤	٢	عازب
٥,٨	١	٤٥,٥	١٠	٢٠	٢	٣٥,٧	٥	غير محدد
١٠٠	١٧		٢٢		١٠		١٤	المجموع

نجد في الجدول (٥) ان مدينة خور مكسر اخذت اعلى نسبة تليها التواهيفي حالات الانتحار للعام ١٩٩٥ ، رغم ان هاتين المنطقتين في عدن تعرفان بأنهما الاحياء الاكثر تحضراً ورقياً في مدينة عدن وكذلك الاقل كثافة سكانية الا انه في الفترة الاخيرة ويسبب اشتداد الهجرة من الريف الى المدينة وتآزم الوضع في الحصول على السكن المناسب او (البقاء)، فانهما كانتا مسرحاً للكثير من حالات الشجار والعنف هذا بالإضافة الى مجموعة من العوامل الاخرى (معن ١٩٩٤).

جدول (٥): التوزيع حسب السكن

المنطقة								
	مشروع			النتحار				
%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥	
٢٣,٥	٤	٢٢,٧	٥	-	-	٧,١	١	كريتر
-	-	٢٢,٧	٥	١	١	-	-	الملا
١٧,٦	٣	٤,٥	١	١٠	١	٢١,٤	٣	القوامي
١١,٧	٢	١٣,٢	٣	١٠	١	١٤,٣	٢	الشيخ
								عنان
١١,٧	٢	-	-	٣٠	٣	٧,١	١	النصرورة
٥,٨	١	١٣,٦	٣	٢٠	٢	٧,١	١	دار سعد
١٧,٦	٣	-	-	-	-	٧,١	١	البرقة
-	-	١٨,٢	٤	-	-	-	-	الطوعة
-	-	-	-	-	-	٧,١	١	مدينة
١١,٧	٢	٤,٥	١	٢٠	٢	٢٨,٦	٤	الشعب
								خورمكش
								المجموع
	١٧		٢٢		١٠		١٤	

نلاحظ في الجدول رقم (٦) ان الانتحار لدى الموظفين الحكوميين في العام ١٩٩٥ كان الاعلى (٢٨,٦٪) في حين انه في عام ١٩٩٦ ارتفع لدى فئة العسكريين ٤٠٪ وهذا في رأينا يعود الى مشكلات العمل خصوصاً ظاهرة تأخر استلام الاجور لدى هذه الفئات في تلك الفترة وهو يعطي الجوانب المادية المعيشية العامل الرئيسي للانتحار.

في حين نجد نفس الجدول، فيما يخص المشروع بأن ربات البيوت كن الفئة الاكثر شروعاً خلال العامين وهي رسالة احتجاجية تعود بدرجة رئيسية في رأينا لاسباب العنف الاسري بمختلف اشكاله نحوهن.

كما نجد ان الشروع ارتفع لدى فئة القطاع الخاص في عام ١٩٩٦ ، وهناك اسباب كثيرة ربما يكون احدها كما وجدنا الاستعطاف لتخفيض وطأة الاجراءات القانونية او الاخلاقية بسبب التورط بقضايا مالية.

جدول (٦): التوزيع حسب المهنة

المهنة								
	مشروع			النتحار				
%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥	
-	-	٩,١	٢	١٠	١	٧,١	١	طلب
٥,٨	١	٩,١	٢	٤٠	٤	١٦,٣	٢	عسكري
٢٣,٥	٤	٤,٥	١	١٠	١	٧,١	١	قطاع
١٧,٦	٣	١٨,٢	٤	٢٠	٢	٢٨,٦	٤	خارجي
								موظف
								حكومي
٢٥,٢	٦	٢٧,٣	٦	-	-	١٦,٣	٢	ربة بيت
١١,٧	٢	١٨,٢	٤	١٠	١	١٤,٣	٢	بعون
								عمل
-	-	٤,٥	١	-	-	-	-	طبيب
-	-	-	-	-	-	-	-	مهندسين
٥,٨	١	٩,١	٢	١١	١	١٦,٣	٢	غير
								محدد
	١٧		٢٢		١٠		١٤	
								المجموع

عند مطالعة الجدول رقم (٧) فاننا نجد ان الوسيلة الاكثر استخداماً للانتحار في عام (٩٥) هي الشنق (٥٠٪) يليها الطلاق الناري (٢١,٤٪). بينما في العام ٩٦ تتبدل الصورة حيث يصبح الطلاق الناري الوسيلة الاولى (٥٠٪) يليه الشنق (٣٠٪) وفي رأينا ان ارتفاع هاتين الوسيليتين يعود الى ان النسبة الاعلى للمتحررين هنا هي من الرجال (٦٧,٨٪) بالرجوع للجدول رقم (١).

وفيما يخص المشروع فاننا نجد ان تناول العقاقير جاء في المرتبة الاولى للمشروع في العام ٩٥ (٣٦,٣٪) يليه الحرق (٢٧,٢٪) في حين جاء الحرق كوسيلة اولى للمشروع في عام ١٩٩٦ (٣٥,٣٪)، ويعزى في رأينا ذلك الارتفاع لهاتين الوسيليتين لدى الاناث كوسيلة شائعة، راجع جدول رقم (١).

جدول رقم (٧): التوزيع حسب وسيلة الانتحار

الوسيلة	الانتحار				ال مشروع				%
	٩٦	٩٥	٩٦	٩٥	٩٦	٩٥	٩٦	٩٥	
طلق ناري	٣	-	٤٠	-	٤	٢١,٤	٣	-	١٧,٦
الشنق	-	-	-	-	٣٠	٣	٥٠	٧	-
الحرق	٦	٢٧,٢	٦	٢٧,٢	١٠	١	٧,١	١	٣٥,٣
تناول العقاقير	٨	٣٦,٣	١٠	٣٦,٣	١	-	-	-	٢٩,٤
تناول سم + جاز	٢	٩,٥	-	-	-	-	٧,١	١	١٧,٦
بنز التكر	-	-	-	-	-	-	٧,١	١	-
الطعن	-	-	-	-	١٠	١	٧,١	١	-
قطع الوريد	٥	٢٢,٧	-	-	-	-	-	-	-
قطع الرقبة	١	٤,٥	-	-	-	-	-	-	-
المجموع	٢٢	١٧	١٠	١٧	١٤	١٤	١٤	١٤	١٧

الجدول (٨): يوضح اسباب الانتحار

الاسباب	الانتحار				ال مشروع
	١٩٩٦	١٩٩٥	% ١٩٩٦	% ١٩٩٥	
مشاكل اسرية	-	-	-	-	١
اضطرابات نفسية	٤٠,٩	٤٠,٩	٣٠	٣٠	٢
مشاكل دراسية	٣	٤٠	١	١٠	٣
مشاكل مالية	-	-	-	-	٤
غير معده	٦	٥٤,٥	١٢	٥١	٥
الاجمالي	١٧	١٧	٢٢	٢٢	٥

من خلال الجدول اعلاه نجد أن الأضطرابات النفسية كانت اكبر سبب للانتحار في عام ١٩٩٦ (٢٨,٩٪) في حين المشاكل الاسرية كانت السبب الاكبر للانتحار في عام ١٩٩٦ (٣٠٪). اما عن الشروع في الانتحار، فاننا نجد ان المشاكل الاسرية كانت هي السبب الاكبر للانتحار في كل عامين.

من خلال هذا الجدول نلاحظ ان اعلى نسبة للانتحار في عام ١٩٩٥ (٤٢,١٪) جاءت خلال شهر يناير وديسمبر، في حين ان اعلى نسبة للانتحار جاءت العام ١٩٩٦ (٢٠٪) في فصل الصيف في عدن (ابريل - اغسطس) والحقيقة ان هذا التقلب بين العامين بحاجة الى المزيد من الدراسة لفهم العلاقة بين المناخ والحالة المزاجية للانسان في بلادنا.

اما عن الشروع في الانتحار فهذا يشاع في صيف ١٩٩٥ وشتاء وصيفاً في عام ١٩٩٦ هذا ونجد عدم التقارب بين الانتحار والشروع في ميل الشهور على مدى العامين، وهذا يقودنا الى استخلاص عدم تأثر الشروع بالمناخ.

جدول (٩): التوزيع بحسب شهور السنة

الأشهر	انتهار				مشروع			
	%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥
يناير	٢١,٤	٢	٤,٥	١	١٠	١	٢٠,٤	٣
فبراير	١٤,٣	٢	٤,٥	١	-	-	٢٠	
مارس	٧,١	١	١٣,٦	٣	١٠	١	٧,١	
ابريل	٧,١	١	١٨,٢	٤	٢٠	٢	٧,١	
مايو	٧,١	١	٩,١	٢	١٠	١	٧,١	
يونيو	-	-	١٣,٦	٣	٢٠	٢	-	
يوليو	-	-	-	-	-	-	-	
اغسطس	٧,١	١	١٣,٦	٣	٢٠	٢	٧,١	
سبتمبر	١٤,٣	٢	٤,٥	١	-	-	٢٠	
اكتوبر	٧,١	١	١٣,٦	٣	١٠	١	٧,١	
نوفمبر	-	-	-	-	-	-	-	
ديسمبر	٢٠,٤	٣	٤,٥	١	-	-	٢٠	
المجموع	١٤	١٧	٢٢		١٠		١٠	

من خلال الجدول (١٠) نجد ان النسبة الاعلى للانتحار خلال عام ١٩٩٥ تمت في الصباح (٤٠٪) في حين انه في عام ١٩٩٦ جاءت في المساء (٤٠٪).

هذا ونجد تطابقاً بين مواعيد الانتحار والشروع للاعوام ٩٦/٩٥ وان كان عدم الدقة يرجع في رأينا كما اسلفنا الى عدم الاهتمام بدقة التوثيق عند رصد المعلومات، باعتبار ان مجال الاهتمامات قد يكون مختلفاً.

جدول (١٠): التوزيع حسب الوقت

مشروع				الانتحار				الوقت
%	٩٦	%	٩٥	%	٩٦	%	٩٥	
٢٣,٥	٤	٤,٥	١	٢٠	٢	٧,١	١	فجراً
٥,٨	١	٤٠,٩	٩	٢٠	٢	٥٠	٧	صباحاً
١,٧	٢	٤,٥	١	١٠	١	٢١,٤	٣	ظهراً
٣٥,٣	٦	١٣,٦	٢	١٠	١	١٤,٣	٢	عصراً
٢٣,٥	٤	٣١,٨	٧	٤٠	٤	٧,١	١	مساءً
-	-	٤,٥	١	-	-	-	-	غير محدد
	١٧		٢٢		١٠		١٤	المجموع

الاستخلاصات:

من خلال استعراض هذه الدراسة والمعطيات الاحصائية فاننا يمكن ان نخرج بابرز الاستخلاصات على النحو التالي:

اولاً: شيوخ الانتحار لدى

- ١) الذكور
- ٢) فئة الشباب
- ٣) ذوي التأهيل الجامعي
- ٤) المتزوجين
- ٥) الموظفين الحكوميين، العسكريين.

ثانياً: ان المشاكل الاسرية تعتبر السبب الرئيسي للانتحار وكذلك المشروع فيه وهذا يعكس فيما يعكس الوضع غير الجيد (مادياً و معنوياً) لحالة الاسرة.

ثالثاً: ان الواقع المتسارع لتغير مستوى الحياة في مدينة كمنطقة حرمة مستقبلاً وبالتالي تغير العلاقات الاقتصادية الاجتماعية - الثقافية يؤثر سلباً وايجاباً على سلوك الناس هنا. ولهذا تأتي توقعاتنا هنا بازدياد نسبة الانتحار خصوصاً في ظل الوضع المعيشى المتدني حالياً (زيادة البطالة، العنف والتفكك الاسرى، تدني الاجور ومصادر الدخل المادي الاخرى، ارتفاع الاسعار.. الخ) وبال مقابل زيادة المطالب الاستهلاكية، الانفتاح على العالم الخارجى (في ظل غياب رؤى استراتيجية).

التوصيات:

- ١) الاهتمام بفئة الشباب، وتوفير فرص العمل وبرامج التعليم والتأهيل ضمن رؤية استراتيجية تكون الشباب رهان المستقبل.
- ٢) الاهتمام بالكوادر والكفاءات الجامعية وتعزيز دورهم في المجتمع كون عملية التنمية

المستديمة مرهونة بمستوى كفاءة مواردها البشرية.

٣) توفير برامج ومرافق للارشاد الاسري لتسهيل امكانية التدخل، الوقاية والمساعدة لحل المشكلات الاسرية.

٤) الاهتمام والتفهم للبعد النفسي وتأثيره على العلاقات الانسانية في مرافق العمل والانتاج وذلك من خلال تخفيف الضغوط والإجراءات الروتينية لصالحة الانسان مع تقليص تأثيرات المسؤولية، القبلية والمناطقية في الموقف من العمل.

٥) اجراء مزيد من الدراسات والبحوث حول مشكلات الانتحار وبالتنسيق مع بقية الاختصاصات (طب نفسي، علم اجتماع.. الخ).

٦) التنسيق مع اجهزة البحث الجنائي ومرافق الشرطة والمستشفيات لتوارد الاختصاصيين النفسيين عند التبليغ عن حالات الانتحار او الشروع بغرض الدراسة الميدانية الحية للحالات.

٧) توجيه اهتمام وسائل الاعلام المختلفة لتسلیط الضوء على مثل هذه القضايا لاغراض الوقاية.

٨) التنسيق مع الجهات المعنية للاستفادة من دور المسجد في تحقيق الاهداف الوقائية انطلاقاً من التعاليم الاسلامية المرشدة لسبل الحياة القوية.

المراجع:

١) ادارة البحث الجنائي عدن (١٩٩٧) السجلات الاحصائية، غير منشورة.

٢) الجهاز المركزي للإحصاء (١٩٩٨) كتاب الاحصاء السنوي، صنعاء.

٣) عبد الله عسکر (١٩٨٨) الاكتتاب النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

٤) ناجي الجيوش (بدون تاريخ) الانتحار، مؤسسة الشبيبة للإعلام، دمشق.

٥) محمد عوض باعبيد (١٩٩٥) المدخل الى علم النفس الجنائي في مركز عبادي للدراسات والنشر، صنعاء.

٦) معن عبد الباري قاسم (١٩٩٤) الانتحار، مجلة الصحة النفسية، العدد ١١.

٧) منظمة الصحة العالمية (١٩٩٣) تقرير عن حوادث الاعمال والعنف، صحفة الحياة العدد

.١١٠٢٨

8) Dickstra R.F.W and Gulbinat W. (1993) The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. World Health Statistics, vol. 46, Nº 1.

الاستشارة البحثية

احدى الخدمات المستهدفة لمكتب الانماء الاجتماعي

نظرة مستقبلية

د. مها ناجي غنام
مكتب الانماء الاجتماعي

ملخص الورقة:

جنبأ الى جنب الخدمات الارشادية النفسية والاجتماعية والتربوية التي يقدمها مكتب الانماء الاجتماعي مختلف فئات المجتمع الكويتي، يطلع المكتب ضمن مستهدفاته المقرة في استراتيجيةه الحالية ١٩٩٩ - ٢٠٠٣ والموسومة «تم»، الى ان تصبح ادارة البحوث والدراسات في المكتب، جهة مانحة للاستشارات البحثية للباحثين في مجالات البحث العلمي محور اهتمام المكتب.

ولعل ما يميز هذه الخدمة الجديدة المستهدفة لمكتب الانماء الاجتماعي عن بقية الخدمات المقدمة حالياً ومنذ بدأ تقديمها، تمعها بالاستقلال المالي، بمعنى انها مدفوعة الثمن من قبل الجهات او الافراد الباحثين الحاصلين على الخدمة، وذلك للمردود المالي والعملي الذي يعود على الجهة المستفيدة من الاستشارة البحثية، ولمسوغات عديدة تتعلق بطبيعة الخدمات البحثية في الدراسات العلمية.

ومن مؤشرات انجاز خدمة الاستشارة البحثية المستهدفة، تبني مكتب الانماء الاجتماعي سياسات بحثية لاثراء المعرفة في مجالات خدمتها الثلاث (النفسية والاجتماعية والتربوية)، وهو ما حققه ويفتحه المكتب خلال مسيرة عطائه المتميز نحو احتجاء واستفادة جميع الطواهر (السلبية والابيجية)، في المجتمع الكويتي بعد تعرضه للعدوان العراقي على الذات والارض الكويتية.

اما اهم مؤشرات وعوامل نجاح هذه الخدمة البحثية، فهي تبني سياسة اعلامية نشطة على جميع الصعد، لتبصر المجتمع المثقف ب المجالات الاستشارة البحثية وجمهورها واهميتها ومسوغاتها من اجل انماء وارتقاء المجتمع.

مقدمة:

ايمانا من مكتب الانماء الاجتماعي التابع للديوان الاميري باهمية وضرورة العطاء الوطني في مجال الارشاد النفسي والاجتماعي والتربوي من اجل بناء الانسان الكويتي ذاتا وعقلا، فقد اصبح عطاؤه بلا حدود - كما -، وبحدود - كيما -، اذ ارتبط عطاؤه بالتلخيط والبحث والدراسة، فكان له منهاج عمل مدروس وملموس، اتضحت اساليبه في مجموعة من السياسات الانمائية والتطورات الطموحة التي تبناها وترجمها الى جملة من الانجازات المتفردة والخدمات الوطنية الفاعلة طوال مسيرة عمله منذ تأسيسه في ابريل عام ١٩٩٢.

اما عن الانجاز المفرد، فهو تقديم الخدمات الارشادية النفسية والاجتماعية والتربوية (المجانية) لجميع افراد المجتمع الكويتي. وهي تجربة كويتية الاولى من نوعها على مستوى العالم العربي، تقدمها خبراء وطنية متخصصة باساليب علمية ومهنية متطورة ووفق مداخل نظرية لمدارس عريقة في مجال الارشاد النفسي للفرد والاسرة والمجتمع.

اما عن التطلع المفرد ايضاً، فهو تقديم خدمة الاستشارة البحثية في مجالات البحث العلمي محور اهتمام المكتب، اذ يتطلع مكتب الاماء الاجتماعي ضمن مستهدفاته المقرة في استاريجيته الحالية «تم»^(١) الى ان تصبح ادارة البحوث والدراسات بالمكتب، جهة مانحة للاستشارات البحثية في الدراسات النفسية والاجتماعية والتربوية.

الفكرة الرئيسية للورقة:

التعريف بخدمة الاستشارة البحثية واهدافها ومسوغاتها ومرتكباتها العلمية والعملية، من اجل الوصول الى مستوى ارقى وافضل للبحوث العلمية ضمن مجالات اهتمام مكتب الاماء الاجتماعي.

مفهوم الاستشارة البحثية: Research consultation

هي عملية تفاعل فكري / ثقافي مشترك بين طرف مستشير يطلب المساعدة والمشورة العلمية، وطرف مستشار متخصص في تقديم هذه المشورة لبعض الطرف الاول في كيفية تصميم وادارة وتطبيق دراسته في مجال ما من مجالات البحث العلمي.

وخدمة الاستشارة البحثية هي جزء من الرسالة الوطنية التي يتبعها مكتب الاماء للمساهمة في بناء الانسان الكويتي. وهي رسالة علمية تسعى الى دعم وارتفاع الحركة البحثية ذات المنهجية العلمية السليمة.

ومن نافلة القول، التأكيد على اهمية البحث العلمي الصحيح في تقدم الام، وعدم انكار دوره الكبير في خدمة قضايا التنمية، واحداث التغيرات المطلوبة في المجتمعات، ومواجهة التحديات العلمية والانسانية المستقبلية.

يقول الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت: «من الخير لنا الا نفكر في بحث حقيقة ما اذا كانا سببها بدون منهج».

ويقول العالم النفسي الكويتي د. بشير الرشيد: «ان من يبحث على غير هدى فليس له الا الصلال، وما لم يكن للباحث منهج واضح فليس لبحثه قيمة علمية»^(٢).

وكلما كان المنهج واضحاً صحيحاً، كانت الثقة بنتائجـه كبيرة. ولمكتب الاماء الاجتماعي منهج واضح في المجال العلمي الذي تخصص به وهو: التعامل مع اضطرابات ما بعد الصدمات .PTSD

ومن الواضح ان مكتب الاماء قد تجاوز مرحلة الابداع، وانتقل من كونه متدرجاً الى مدرب في مجال تخصصه. اما في مجال التنافس / التكامل والتميز، فقد وجد نفسه منفرداً

في الساحة المحلية والإقليمية والعربية عامة، ففرض عليه الواقع ان يتبوأ مقعده دولياً بعد العمالقة الثلاثة: الولايات المتحدة الاميركية، واليابان، والمانيا.

من اين جاءت الفكرة؟

اولاً: نصت المادة (٤) من المرسوم الاميري رقم ٩٢/٦٣ والقاضي بانشاء مكتب الانماء الاجتماعي، على ما يلي:

للمكتب في سبيل تحقيق اغراضه اقتراح امور عديدة. ومنها ما جاء في الفقرة الاخيرة رقم (٨):

تقديم المشورة العلمية للهيئات والمؤسسات العاملة في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية والتي تتصدى لهذه المشكلة.

ثانياً: تقرر في استراتيجية «تم» للمكتب على مستوى ادارة البحث والدراسات ما يلي:

ان تصبح الادارة جهة مانحة للاستشارات البحثية مدفوعة الثمن في المجالات البحثية التي تدخل ضمن اهتمام المكتب. (ص ٣٦).

وان تصبح الادارة جهة مرجعية لكل مركز للبحوث، وجهة توصية لمراكز صنع القرار بالسياسات العامة للدولة وذلك فيما يخص موضوعات التعامل مع الصدمات الفردية والمجتمعية وغيرها من الموضوعات التي تدخل مباشرة في صميم رسالة مكتب الانماء الاجتماعي. (ص ٣٦).

المسوغات: لماذا الاستشارة البحثية؟

اولاً: كونها مستهدفة من مستهدفات الاستراتيجية الخمسية لمكتب الانماء الاجتماعي (تم) ١٩٩٩ - ٢٠٠٣. وهي بند ااسي من بنود استراتيجية المواجهة الشاملة لآثار العدوان العراقي على المجتمع الكوبيتي.

ثانياً: لتحقيق درجة مثلى من «الانماء البحثي» للدراسات المهمة باضطرابات ما بعد الصدمات PTSD، وذلك من خلال:

- أ - تقديم الخبرة العلمية والوفرة المعلوماتية لدى المكتب في هذا المجال.
- ب - تذليل العقبات التي تعرّض عملية البحث العلمي.
- ج - تشجيع حركة البحث في مجال دراسات ال PTSD.

ثالثاً: لتبني المكتب سياسات بحثية تتبع مدارس علمية في مجال التعامل مع الصدمات، تقدمها كوادر وطنية متخصصة في الارشاد النفسي ومدرية على استخدام طرق العلاج التالي:

- ١ - العلاج بالواقع (نظريّة الاختيار)
- ٢ - العلاج السلوكي (المدرسة السلوكية)
- ٣ - العلاج المعرفي (المدرسة المعرفية)

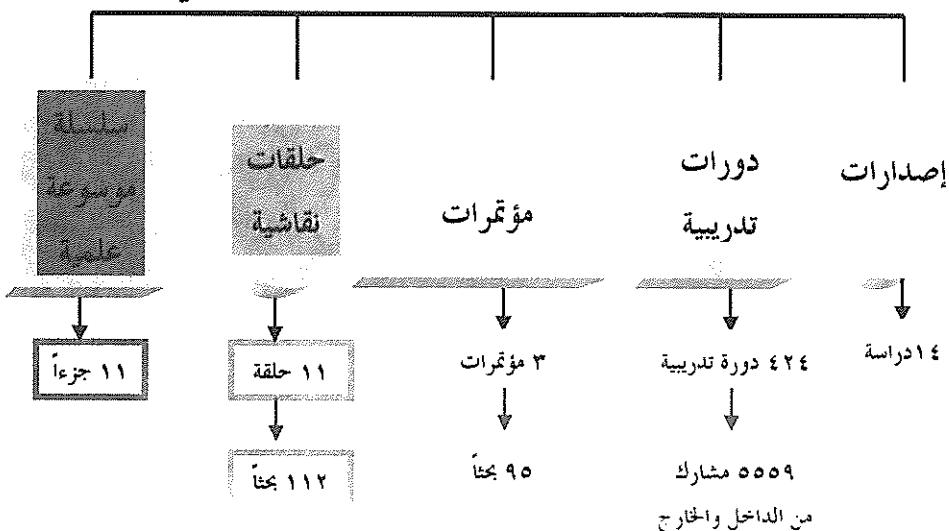
- ٤ - العلاج الاسري
٥ - علاج الاطفال.

مؤشرات انجاز الخدمة (قاعدة الخدمة الجديدة) :

اما عن القاعدة التي تنطلق منها الخدمة الجديدة (الاستشارة البحثية)، فهي قاعدة صلبة متطرفة من الاصدارات العلمية والدورات التدريبية والحلقات النقاشية والمؤتمرات. كما تنطلق الخدمة الجديدة من السياسات البحثية التي يتبعها مكتب الانماء لاثراء المعرفة في مجالات عدة ضمن اطار خدماتها الثلاث (النفسية والاجتماعية والتربوية)، وذلك لاحتواء جميع الظواهر السلبية والابيجاية في المجتمع الكويتي بعد تعرضه للعدوان العراقي على الذات والارض الكويتية. ومن هذه السياسات، طرحة لبرنامج دعم وتمويل الابحاث حول آثار العدوان العراقي على دولة الكويت، واصداره لاول بيلوجرافيا عربية عن بحوث آثار الازمات PTSD. هذا ويعتبر مركز المعلومات في المكتب، الاول من نوعه محلياً وذلك لاحتوائه على قاعدة معلومات عريضة حول ابحاث ودراسات آثار ما بعد الصدمات باللغتين العربية والإنجليزية.

ويمكن الاشارة الى بعض تلك الانجازات العلمية بارقام في الشكل التوضيحي التالي:

الإنجازات العلمية لمكتب الإنماء الاجتماعي



اخلاق المهنة: «المستشار مؤمن»

انطلاقاً من رسالة مكتب الانماء الاجتماعي وخصوصية المجتمع الكويتي، فإن هناك اصولاً مهنية للخدمة الاستشارية بصفة عامة، والاستشارة البحثية بصفة خاصة، تتضح في خصائص الخدمة وقواعد تقييمها^(٣).

ويكمن توضيح هذه الخصائص والقواعد بالنسبة للاستشارة البحثية فيما يلي:

١) خدمة مهنية متخصصة: الاستشارة البحثية التي يقدمها مكتب الاتماء الاجتماعي، هي ممارسة لا صول مهنية فنية مبنية على اسس علمية وحقائق ونظريات ثابتة.

٢) خدمة مستحدثة: ان صفة المحدثة للخدمة جاءت من حداثة الظرف، وطبيعة عمل المكتب والمهام المنوطة به، كما جاءت من كونها لا تقع ضمن الاتمانت الثقافية الاعيادية، بمعنى انها بحاجة الى درجة من الوعي باهميتها والاقتضاء بها.

٣) خدمة انسانية: فهي ذات طبيعة انسانية في كل جوانبها: في علومها ومصادرها العلمية... وفي رسالتها واساليبها.. وفي عطائها ومردودها.

٤) خدمة غير مجانية: فهي مدفوعة الثمن من قبل طالبيها. وقد تميزت هذه الخدمة عن باقي الخدمات الاستشارية التي يقدمها المكتب بالمجان، وذلك لاعتبارات عديدة، لعل اهمها واجدرها بالذكر، الطبيعة الخاصة للبحث العلمي، والفائدة المادية والعلمية التي تعود على صاحبة من وراء بحثه، على عكس بقية الخدمات الاستشارية التي يكون العائد الحقيقي والوحيد على متلقبيها، هو تغلبه على ما يصادفه في الحياة من مشكلات نفسية واجتماعية يصعب عليه حلها او مواجهتها دون مساعدة ذوي الخبرة والاختصاص. هذا الى جانب النهج الجديد لسياسة المكتب في التقليل من الاعتماد على التمويل الحكومي بتوفير مصادر دعم ذاتية للمكتب يمكن من خلالها جذب خبرات جديدة لتقديم الخدمة مقابل مكافأة مالية تتناسب من رسوم الاستشارة، كما يمكن ان تؤخذ نسبة من هذا الابراد لتحسين الخدمة وتطويرها.

٥) خدمة متميزة:

أ - التزامها بالقيم والمعايير المهنية الاخلاقية وفي مقدمتها السرية التامة.

ب - لاستمراريتها وتطورها.

ج - لتجنبها الواقع في الاخطاء، فهي تقدم من قبل خبراء ومتخصصين.

السياسة الاعلامية للمكتب [مؤشرات نجاح الخدمة الجديدة]:

لا يمكن اغفال الدور الرئيسي والفاعل للاعلام ووسائل الاتصال في عالم اليوم بالنسبة لاي قطاع حكومي او خاص، ولا عمل او خدمة يراد ايصالها الى الناس. وقد تبني مكتب الاتماء الاجتماعي منذ بدء العمل فيه، سياسة اعلامية واضحة - ولكنها متغيرة - حسب ما اقضاه الواقع المرهون بعوامل وامكانيات عديدة، وحسب ما اقتضته الحاجة الى تدخل الاعلام كوسيلة اساسية للتعریف بالمكتب وخدماته الموجهة الى كافة افراد المجتمع.

ويكمن القول ان سياسة المكتب الاعلامية قد مرت بثلاث مراحل نوعية^(٤)، اختلفت عن بعضها في توجهاها واغراضها وتنتائجها.

المرحلة الاولى: سياسة التكتيم الاعلامي، فقد قرر اعضاء مجلس امناء المكتب اتباع

استراتيجية الكتمان والسرية التامة، والبعد عن الأضواء الإعلامية، وذلك لسبعين رئيسين:

١ - تهيئة البنية التحتية للمكتب بإعداد كوادره الوطنية من مستشارين ومتخصصين ومتدرسين، وتقديم الكلم والكيف المناسبين من الدورات التدريبية والمنتديات العلمية والحلقات النقاشية، ل توفير قاعدة صلبة يمكن الاعتماد عليها والاعتداد بها عند اعلانها والكشف عنها.

٢ - حساسيةحدث وخصوصية الخدمة وحداثتها بالنسبة للمجتمع الكويتي، الامر الذي جعل الاعلان عنها في ذلك الوقت المخرج، والمخرج لا يزال نديا، قرارا غير صائب.

المرحلة الثانية: سياسة الاعلام غير المؤسسي، وهو ما اقره المكتب من خلال تشكييل لجنة من افراد المجتمع الكويتي (من خارج المكتب) تقوم بدور اعلامي محدود وموجه لفئات معينة (الدواوين). هدفها التعريف بدور المكتب في معالجة الآثار النفسية والاجتماعية التي خلفها العدوان العراقي الغاشم. وهي اللجنة التي عرفت باسم: «لجنة السفراء»، فقد كانوا بالفعل سفراء لمكتب الاتماء الاجتماعي داخل المجتمع الكويتي، وقاموا بالدور المنوط بهم والذي يعتبر النواة الاولى والاساسية لتقبل المجتمع للفكرة الجديدة: خدمات ارشادية نفسية واجتماعية مجانية تقدمها الحكومة لأول مرة في تاريخ الكويت وفي تاريخ العالم العربي باسره. ومن ابرز الشخصيات الكويتية التي ساهمت في لجنة السفراء، الشيخ سلمان الداود، والشيخ محمد العوضي، والاستاذ سليمان المطوع، والاستاذ محمد السنعوسي.

المرحلة الثالثة: سياسة الانفتاح الاعلامي المؤسسي، ففي هذه المرحلة، وقف مكتب الاتماء الاجتماعي واثقا على ارض صلبة، ورصيده عال من الكوادر الوطنية المتخصصة في علم صدمات ما بعد الحروب، يساعدته في قرار الانفتاح، عوامل عديدة مشجعة ومطمئنة، منها الاقبال التنامي لضيوف المكتب (الحالات المتضررة من العدوان)، وتقبل المجتمع بصفة عامة لمهمة المكتب بفضل حديث الدواوين (لجنة السفراء)، واستعداد المكتب التام لتقديم خدماته لجميع مستحقيها، بعد ان كانت حصرها على الحالات التي اطلق عليها المكتب اسم: «الشهيد الحي».

وببدأ المكتب يتعامل مع ادوات اعلامية متعددة الاشكال والوسائل والتي تصل الى جميع شرائح وفئات المجتمع، بهدف توضيح رسالته وطبيعة مهمته لعامة الناس، فقد اثبتت نتائج بحوثه ودراساته في المجتمع الكويتي، تضرر جميع افراد المجتمع (اطفالاً وكباراً.. نساء رجالاً) من آثار العدوان العراقي الذي استهدف تدمير الذات والارض الكويتية معاً.

ومن البرامج الاذاعية المتخصصة في التعريف بمهمة المكتب ورسالته: برنامج «الاتماء الاجتماعي» الذي يذاع اسبوعيا يوم الاحد الساعة السادسة والنصف مساء، كما تم تخصيص ثلاثة حلقة اذاعية عن المكتب، اذيعت ضمن فقرات برنامج «عالم الاسرة» الصباحي المعروف. هذا الى جانب استضافة المكتب عدة مرات في برنامج «استراحة الظهيرة».

اما بالنسبة للبرامج التليفزيونية، فقد عرض التليفزيون الكويتي افلاما وثائقية عن مكتب الاتماء، على قنواته المتعددة وفي اوقات مختلفة.

وعلى صعيد النشاط الصحفى، تعامل المكتب مع بعض الكتاب الذين تولوا مهمة نقل الصورة المشترفة لخدمات المكتب الارشادية والبحثية التي قدمها طوال مسيرة عمله الوطنى.

وبناء على ما تقدم، فقد أصبح الطريق مهدا امام الخدمة الجديدة (الاستشارة البحثية) للإعلان عنها وبدء العمل فيها، فهى لا تحتاج لكثير من الجهد او قليلة للتمهيد لها او التعريف بها. فقد بات المجتمع واثقا من جدوى الخدمات المتقدمة التي يضطلع ب تقديمها مكتب الاماء الاجتماعى بالديوان الاميرى، والمساعية دوماً لارتفاع المجتمع ونماته فكراً ونفساً وعملاً.

مقترحات لبدء الخدمة الجديدة:

فيما يلى مجموعة مقتراحات عملية من شأنها تسهيل وتقريب ساعة انطلاقة خدمة الاستشارة البحثية من مكتب الاماء الاجتماعى:

١ - استحداث انظمة وادلة عمل لكل من:

■ قواعد العمل ونظام تقديم الخدمة المتميزة.

■ طرق تقويم الاستشاريين الذين يقدمون الخدمة الجديدة.

■ اعداد ميثاق الاخلاق والاعراف المهنية للعاملين في خدمة الاستشارة البحثية.

■ تحديد جهة محاسبة لتحكيم وتقييم الخدمة.

٢ - زيادة قاعدة الخبراء والاستشاريين المؤهلين لتقديم خدمة الاستشارة البحثية.

٣ - عقد دورات تدريبية عن الاستشارة البحثية تطرح الموضوعات التالية:

■ ماذا تعرف عن الاستشارة البحثية؟

■ الاستشارة البحثية بين العرض والطلب.

■ كيف تخثار مستشارك؟ / كيف تتعامل معه؟

■ كيف تقيم عمل مستشارك؟

خاتمة:

من يطلب العلياء لم يغله الشمن او الجهد والعمل المخلص الدؤوب، ليس فقط من اجل الوصول اليها، بل ايضا من اجل المحافظة عليها والبقاء على عليائها وكمالها وتفردها. وقد كان من المنطقي، ومن الضروري، ان تحافظ هذه المؤسسة الوطنية المعطاء على تفردها في الساحة المحلية والاقليمية عندما قدمت خدمات ارشادية نفسية واجتماعية وتربيوية لافراد المجتمع الكويتي الذي تعرض لاعنة صدمة يمكن ان يتعرض لها الانسان، بان تفرد كذلك في نوعية وطبيعة الخدمة الجديدة، وهي تقديم الاستشارة البحثية للباحثين ولمراكيز البحوث والمؤسسات الحكومية او الخاصة، في مجالات اهتمام المكتب العلمية والعملية، حتى تكمل حلقات عقدة الفريد ويتهيأ لتبوء مقعده العريض وسط الهيئات العلمية المتقدمة على المستوى الدولى لا العربي فحسب.

ان اول عقبة في طريق البحث العلمي، هي البيئة الثقافية بابعادها السياسية والاجتماعية، وعدم توافر بيئة خصبة ومناسبة لقيام البحوث العلمية. لكن الواقع الشاهد بالنسبة لمكتب الانماء الاجتماعي، تخطي هذه العقبة بل انتفاء وجودها، وعلى العكس تماماً، فالبيئة الثقافية مهيئة لانجاح ورفد البحث العلمي بالدعم المطلوب وعلى جميع الصعد. فللمكتب خطة عمل استراتيجية متكاملة لمواجهة آثار العدوان والأخذ يد الانسان الكويتي لتحقيق التقدم والنمو المنشود للمجتمع، ولعل هذا التقدم يعتمد بالدرجة الاولى على الرؤية الواضحة والمنهج السليم، كما يتطلب بالضرورة صحة نفسية وسلامة اجتماعية ومسيرة تربوية هادفة.

الهوامش:

- ١ - الديوان الاميري، مكتب الانماء الاجتماعي، استراتيجية مكتب الانماء الاجتماعي: مراجعة وتطوير ١٩٩٩ - ٢٠٠٣.
- ٢ - بشير صالح الرشيدی، مناهج البحث التربوي - رؤية تطبيقية مبسطة، دار الكتاب الحديث، ٢٠٠٠.
- ٣ - بشير صالح الرشيدی، استراتيجية المواجهة الشاملة لآثار العدوان العراقي على دولة الكويت، الديوان الاميري - مكتب الانماء الاجتماعي، ١٩٩٧.
- ٤ - هذه المعلومات حول السياسة الاعلامية لمكتب الانماء الاجتماعي، حصلت عليها من السيد مدير عام المكتب د. فهد الناصر، والسيد مراقب ادارة الاعلام والعلاقات العامة أ. عبد الواحد شمس الدين، خلال مقابلة معهما في مكتب المدير العام، بتاريخ ١٤/٤/٢٠٠١.

مكتبة الأزهـة بالعـربـية

■ العنوان: العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

■ المؤلف: محمد احمد النابلي

■ الناشر: مركز الدراسات النفسية - لبنان

عن مركز الدراسات النفسية والنفسية المجسدية (السيكوسوماتية) صدر للدكتور محمد احمد النابلي كتاب بعنوان «العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان».

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

١ - روايات الاسرى:

في القسم الاول يقدم الكتاب عرضاً 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 الاسر ومع اشارة المؤلف الى اعتماد العلاج الجيشتالي على هذا الادراك. الذي يبين المعايشات الاكثر حدة في التجربة. اما القسم الثاني فهو مخصص لعرض الاساليب المتعددة للتاثير 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 - الحرب والصدمة النفسية:

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 وبائيأً 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 واخيراً في المدى الزمني الطويل.

ويرى الباحث بشكل خاص على الآثار السيكوسوماتية للكارثة. مما يبرز زيادة نسب الاصابات بهذه الامراض في مجتمعات الحروب والکوارث.

٣ - الوساوس المرضية وانتشارها الوبيائي في مجتمعات الحروب والکوارث:

هو عنوان الفصل الثالث وفيه يلاحظ الباحث الانشار الوبيائي لهذا العصاب في المجتمعات

المعرضة لشدائد. وخصوصاً في حالات تكرار الصدمات. وهو يتجلى بمخاوف المرض والموت والجنون. وفي شرحه لهيكلية هذا العصاب يقدم تفسيراً دينامياً لنشوء وتطور هذا العصاب. الذي يمتاز بديمومته وقابليته للازمان. بحيث يعتبره المؤلف الشكل المزمن للصدمة. كما يشير الى ان حوالي ثلث طالبي العلاج في العيادات النفسية يعانون من هذا العصاب. كما يشير الى هدر هؤلاء لبلغ معدله ٥٠٠ دولار يتم انفاقها على الفحوصات والعلاجات غير المطابقة. ايضاً يحدد الباحث الفترة الفاصلة بين ظهور علائم هذا العصاب وبين طلب العلاج النفسي بفترة معدله سنتان.

٤ - 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 - نفسي يتضمن اخضاع الاسير المحرر للدورة علاج تنويمى يراها المؤلف ضرورية وغير ممكنة التجاوز لمساعدة الاسير على تعديل وضعية ما بعد الاسر. ويعقد الباحث مقارنة بين الاسر وبين الاحتجاز في مصحة السل حيث الاشتراك بالشعور بتهديد الحياة وبإمكانية عدم العودة الى الحياة الاعتيادية بسبب تهديد الموت. ويستخلص المؤلف من هذه المقارنة جملة مشاعر وسمات نفسية مشتركة وواجبة العلاج. كمثل مشاعر الخيانة اذا استمرت المعطيات في حياته الطبيعية خلال معاناة الشخص من التهديد. وهذه المشاعر قد تبدى باتهام الشركاء بالخيانة.اما مشاعر الظلم فتطلب التعويض حيث مبالغة الشخص في طلباته وفي متطلبات الرعاية المقدمة له. وهكذا بحيث تحول الوضعية الى وضعية الكسب المرضي. وغيرها من العلامات المشتركة لدى الاسرى والتي تقضي تدخل المعالج النفسي.

ويعرض الكتاب لطرق العلاج النفسي التالية:

أ - ازالة التحسس المنهجي

ب - ترميم البنية المعرفية

ت - العلاج النفسي التخييلي

ث - تأكيد الذات.

ج - الاسترخاء مع البيوفيدباك

ح - التفرير الانفعالي

خ - المتابعة العلاجية

د - التعامل مع الذات

٥ - تجارب عربية في علاج الصدمة

هو عنوان الفصل الخامس والأخير في هذا الكتاب وفيه عرض لتجربة المعالج الكويتي الدكتور بشير صالح الرشيدى المعتمدة على مبادى العلاج الواقعى وفق ما يعرف بنظرية الاختيار التي طبقها الرشيدى في المجتمع العربي.

اما النموذج المقترن من قبل المؤلف استناداً الى تجربته في الحرب اللبنانية فإن التدخل الطبى

ال النفسي هو الخطوة الاولى والمقررة لعلاج الصدمة. ثم يأتي العلاج النفسي لاكمال المهمة حيث نلاحظ ميل النابسي للعلاجات الدينامية. الا انه يقرر صلاحية اي تدخل علاجي ويقترح اعتماد النموذج الذي طرحته الرشيدى تحت اسم «التعامل مع الذات» اذ يرى مراعاة هذا النموذج للظروف الثقافية العربية اضافة الى البساطة المميزة لهذا الاسلوب العلاجى 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 الرشيدى

■ الناشر: مكتب الانماء الاجتماعي - الكويت

تردد صعوبات التكيف مع تنامي مظاهر الحضارة الانسانية وتعقيد العلاقات الانسانية بموازاة هذا التنامي. لذلك، فان الحاجة ترداد للارشاد النفسي الهدف الى تحطيم 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 يرتكز على نظرية وليم جلاسر في العلاج الواقعي والمسماة بـ «نظرية الاختيار». الدكتور بشير صالح الرشيدى، وبعد ترجمته كتاب «نظرية الاختيار» مضافاً اليها سنوات طويلة من الخبرة الميدانية - وهو الكتاب الذي تناولناه في العدد السابق - يقدم للمكتبة العربية كتاباً يعد اضافة مهمة للمكتبة النفسية العربية. ويحمل الكتاب عنوان «الارشاد النفسي وفق 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 الرشيدى للمسلمات التطبيقية لهذه النظرية العلاجية. ليتنتقل الى الفصل الخامس الى تطبيق اجراءات العلاج الواقعي. اما الفصل السادس والأخير فيتضمن نماذج تطبيقية - علاجية. ولقد تمكّن المؤلف من تقديم طروحات العلاج الواقعي وتطبيقاته بصورة عملية ودقيقة وببساطة في الوقت نفسه، وتعكس هذه القدرة خبرة المؤلف العميق في موضوع كتابه. الامر الذي يجعل فائدة هذا الكتاب تتخطى المرشدین والاختصاصیین النفسيین الى القراء العاديين الراغبين بتدعم قدرتهم على التكيف وتنمية مهاراتهم في مواجهة الازمات.

■ العنوان: الكوارث في العالم العربي

■ المؤلف: أ. د. عادل رفقي عوض

■ الناشر: أكاديمية نايف، العربية للعلوم الأمنية

صدر عن مركز الدراسات والبحوث باكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية كتاب بعنوان «الكوارث في العالم العربي، الاستعداد والمواجهة والواقية»، وهو من تأليف أ.د. عادل رفقي عوض ويقع الكتاب في ثلاثة واربعين صفحة ويضم سبعة فصول والمراجع.

وفي تقديمه لهذا الكتاب اوضح سعادة رئيس الاكاديمية ان الكوارث تثير قلقاً في مختلف دول العالم ومناطقها ومن بينها منطقتنا العربية، وتعد مسألة الاستعداد لمواجهة الكوارث الطبيعية على المخصوص مشكلة على درجة كبيرة من الامانة والخطورة، فالكارثة قد تواجه اي بلد من البلدان في اي وقت كان بدون مقدمات وانذار وتحذير، وهنا تكمن اهم ابعاد خطورتها واصعب سبل مواجهتها. ومهما تقدمت وسائل البشر وعلومهم في سعيهم لرصده او توقع انواع الكوارث قبل حصولها فان هذه الوسائل والعلوم تبقى ذات محدودية كبيرة لا ترقى الى مستوى الخطورة التي تنجم عن هذه الكوارث مثل الزلازل والبراكين او الاعاصير وما قد ينجم عنها من انواع الرياح المدمرة او انواع الفيضانات التي لا تبقى ولا تذر.

واشار الى ان هذه الحقيقة يجب الا تقلل من اهمية الجهد المتزايدة التي بذلها المختصون المعنيون بالتخفيض لمواجهة الكوارث والتخفيف من آثارها في تحسين ادواتهم ووسائلهم واجهزتهم وتقنياتها التي تعينهم في انجاز المهام التي يبذلونها قبل وبعد الكارثة. كما ان عليهم باستمرار تطوير ما يملكون من وسائل واساليب على ضوء تجارب غيره التي تتم في دول اخرى، وتحت ظروف مشابهة او معايرة لتجاربهم وخبراتهم في الاستعداد وفي المواجهة ايضاً. وتعلم جميعاً اهمية التعاون الدولي والاقليمي لمواجهة الكوارث والفوائد المترتبة على الاستعداد من خبرات اية دولة في هذا المجال.

وبين سعادته ان اكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية قد استشعرت اهمية رسم استراتيجية عربية من شأنها ان تساعد وتدعم الجهود المبذولة في الوطن العربي لرفع مستوى الاستعداد ولتطوير اساليب مواجهة الكوارث او التخفيف من آثارها المدمرة على المستوى الانساني والاجتماعي والاقتصادي والبيئي.

واعرب عن امله في ان يجد المعنيون والمختصون ومتخذو القرار في الدول العربية في هذا البحث ما يدعم جهودهم لمواجهة مخاطر الكوارث وآثارها سائرين المولى ان يجب هذه الامة كل انواعها وشكلاتها.

ومن جهته اوضح المؤلف في مقدمة الكتاب ان الكوارث الطبيعية مشكلة دولية، لا تتوقف عند حدود بلدان معينة، وهذا ما حدا بالام المتحدة الى تبني فترة التسعينيات لتكون مخصصة للتخفيف من الكوارث الطبيعية الى اقصى حد ممكن، واثارة وتحفيز التعاون الدولي في هذا المجال لان التعامل والسيطرة على كارثة طبيعية كبيرة غالباً ما يتعدى امكانات الحكومات الوطنية ومواردها، ويفتح المجال لتعاون دولي مطلوب بهذا المخصوص.

وقد قدم هذا البحث، والذي يتم لأول مرة في مجاله، معلومات احصائية متکاملة ودقيقة قدر الامكان عن الكوارث الزلزالية ومناطقها وانظمتها الرئيسة في المنطقة العربية، وعن الفيضانات وانظمتها في الدول العربية، ومقارنتها مع الكوارث العالمية، وتحليلاً للمعلومات العربية عن هذين النوعين من الاخطار العربية، وصولاً لتحديد اسبابها وتحديد انواع التهديدات المتوقعة منها، وتحديد اماكن مستقبلاً في المناطق العربية.

وقد عرض البحث مختلف جهود الدول العربية في التقليل او التخفيف من الانظار الطبيعية

والتعامل معها والاستعداد لها من خلال نشاطات منظمات الدفاع المدني - على اختلاف مسمياتها في الدول العربية - والبنية الهيكيلية لهذه المنظمات وتحديد ادوارها ونشاطاتها، من خلال مشاريع بحثية خاصة، او من خلال برنامج تقييم وتحفيض الاخطار الزلزالية في المنطقة العربية، وركر البحث على نظم وتقنيات الانذار المبكر وبدا واضحاً ان ذلك العرض يقود الى ضرورة وجود مراكز اقليمية عربية لتحليل النشاط الزلزالي، واقتراح مستويات تنظيم اكتر تعقيداً وفعالية من نظام الدفاع المدني للتعامل مع الاخطار الطبيعية والاستعداد لها ومجابهتها نتائجها والوقاية منها، عبر مستوى وطني اعلى ومستويات وطنية تتنفيذية، ومراكمز بحوث وطنية واقليمية للتخفيف من الاخطار الطبيعية سواء منها ما يتعلق بالکوارث الزلزالية او کوارث الفيضانات وغيرها، تعمل بقيادة مرکز عربي مؤهل للتخفيف من الاخطار يتولى تنسيق ومتابعة جهود ونتائج العمل في المراكز الاقليمية العربية ويعيد تعميم توصياته ومقتراحته على هذه المراكز التي توزعها بدورها على المعاهد الوطنية العربية المختلفة.

وقد رصد البحث من خلال الدراسة المسحية التي نفذت، نشاطات المكاتب الوطنية العربية للاستجابة لطوارئ الكوارث وخططها والتشريعات المتعلقة بها والاتفاقيات والاقليمية - الفرعية بشأنها.

وبقصد الخروج الى تعريفات اجرائية محددة وواضحة، عرض البحث الواقع والاجراءات الهندسية المطبقة او المراد تطبيقها في البلدان العربية لتحفيض المخاطر الزلزالية، بما تضمه من اجراءات هندسية متوفرة ونظم مطبقة ومواد بناء مستخدمة. والممارسات العملية في التصميم والانشاء. وما تتطلبه من ادارات مراقبة ومحطات رصد للهزات القوية وتجهيزاتها وصولاً الى اقتراح انشاء مرکز اقليمي للهندسة والعلوم الزلزالية، مع عرض الدروس العملية المستفاده من زلزال القاهرة الاخير (١٩٩٢م). كما تناول البحث واقع خطر الفيضانات في البلدان العربية والمعطيات والمتطلبات والشروط المختلفة لتقديرها واجراءات التخفيف من كوارثها ونظام التنبؤ الهيدرولوجي بالفيضانات المطرية للوصول الى وضع نموذج للتعامل معها.

وقد حدد البحث بدور ادارة شؤون الكوارث بما تضمه من اجراءات التخفيف من اخطار الكوارث وآلية مواجهتها في البلدان العربية مع ما يتضمنه ذلك من معوقات للتنفيذ والتعاون الدولي المطلوب في هذا المجال، مع منظمات الام المتحدة ذات العلاقة بالتحفيض من اخطار الكوارث الطبيعية وصولاً الى الهدف النهائي من مشروع البحث، وهو وضع خطة للتحفيض من الاخطار الطبيعية في البلدان العربية والاستنتاجات والتوصيات الخاصة بها، خصوصاً وانه ازاء التقدم الملحوظ في علم الكوارث علمياً لم يعد هناك مبرر للتأخير في ان تبذل الدول الطبيعية لان التأخر في ذلك يعتبر تقاصيراً عن اللحاق بجهود دولية عالمية واقليمية تضع صحة وسلامة وامن المواطن في اولى قوائم اهتماماتها، وضماناً لمواطنيها في العيش بامان ازاء الاخطار الطبيعية في وقت توفر فيه للبلدان العربية مقومات تكامل نموذجية تجعل قضية السيطرة والتحفيض من الاخطار الطبيعية على مستواها الشامل ذات حدود نموذجية وتجربة مثالية يستفيد من مستويات نجاحها الدنيا والعليا اي عربي اي كان القطر الذي يعيش فيه ضمن منظومة عالمية تسعى لتحقيق الهدف ذاته في البقاع المختلفة على كوكب الارض.

معاناة الاسرى العرب الاسرى المصريين نموذجاً

تورط فيها جنود وقادة اسرائيل وفرنسا وبريطانيا دعاوي قضائية حول جرائم ضد الاسرى المصريين

بعد نشر اعترافات الاسير المصري في عتليت تسارعت القضية في مصر وراحت قضية الاسرى المصريين تتفاعل بعد صمت استمر عدة سنوات في اعقاب اعترافات جنرالات اسرائيل بارتكاب مذابح حرب ومذابح جماعية ضد الاسرى المصريين في حرب 1956 و1967 وحرب الاستنزاف.

فقد تقدم عدد من المحامين المصريين بالإضافة الى المنظمة المصرية لحقوق الانسان بعدة بلاغات الى النائب العام وقاموا برفع دعاوى قضائية داخل مصر و أمام المحاكم البلجيكية والفرنسية متضمنة شهادات اسرى مصريين يقروا على قيد الحياة او عائلات الاسرى الضحايا ومستندات رسمية تدين المذابح والمجازر الاسرائيلية بحق الاسرى المصريين خلال هذه الحروب، حيث تعرضوا لجرائم غير انسانية، سواء القتل الجماعي او الدفن احياء في مقابر جماعية.

حق دولي اصيل

يقول وحيد الاقصري، مقرر اللجنة العربية لتوحيد الامة العربية، تحرك في اتجاهين: الاول هو بلاغ للنائب العام بتحريك الدعوى الجنائية ضد مجرمي حرب الكيان الصهيوني الذين اعترفوا بجرائمهم خلال صحفهم ووسائل اعلامهم الاسرائيلية خلال شهر اغسطس عام 1995 بموجب المادة رقم 1 من قانون العقوبات (اي جريمة ترتكب داخل الاراضي المصرية هي من اختصاص القضاء المصري)، ونحن نعلم جميعاً ان غالبية الجرائم التي ارتكبت ضد الاسرى المصريين كانت داخل الاراضي المصرية وبصفة خاصة على ارض سيناء في «العريش والحسنة والملiz وغر مثلاً»، وبموجب وثيقة اعلان الدستور المصري التي نصت على ان كرامة الفرد انعكاس طبيعي لكرامة الوطن، وبقيمة الفرد وبعمله وبكرامته تكون مكانة الوطن وقوته وهيبته.

وحيث تخالف الحكومة المصرية ما جاء به الدستور فان الامر يستوجب تدخل القوى الشعبية الاصلية في حماية الدستور في مطالبتها بالقصاص للأسرى الابرار. وهذا البلاغ تقدمنا به في 13 يونيو من العام الحالي وتم تحريكه يوم 16 اغسطس وتحول لنيابة السيدة زينب وقيد الان برقم 431 لسنة 2001 عرائض.

والاتجاه الثاني: هو رفع دعوى قضائية بتاريخ 13 يونيو ايضاً وقيدت برقم 7691 لسنة 55 قضائية امام دائرة منازعات الافراد والهيئات (أ) بمجلس الدولة وتحددت لنظرها جلسة 22 اكتوبر الجارى، وهذه الدعوى مقامة ضد رئيس الوزراء بصفته رئيس الحكومة المصرية، وهي مقدمة مني ومن

احد الاسرى في عدوان 1967 واسمه محمد السيد محمد دباب وسينضم له في اول جلسة د. احمد شوقي الفنجرى، وايضاً العديد من الاسرى والمواطنين من مختلف التيارات الشعبية بطلب الغاء القرار السلى لرئيس الوزراء بصفته فيما تضمنه من الامتناع عن اتخاذ الاجراءات الكفيلة بالقصاص للاسرى المصريين، وفقاً لمبدأ اقليمية النص الجنائي، وهو مبدأ دولي في جميع التشريعات الجنائية الدولية، وايضاً المادة رقم (1) من قانون العقوبات المصري، والمادتين 129/2 و146/2 من اتفاقية جنيف الثالثة والرابعة على التوالى، كما تطالب المحكمة الزامه بمقابلة الحكومة الاسرائيلية بتسلیم رعایاها المترتبین في جرائم الاسرى المصريين خلال عدوانى 67.56 وحرب الاستنزاف وهم 65 الف اسير لمحاکمتهم امام القضاء المصري بعد ان عاملوا هؤلاء الاسرى بالمخالفة لكافحة القيم والاعراف والقوانين والاتفاقيات الدولية، حيث عذب بعضهم وقتل بعضهم ودفن بعضهم احياء وهم عزل من السلاح.

والطلب الثاني: الزامه بالتجوء الى الام المتحدة ومجلس الامن لاستصدار قرار بادانة هذه الجرائم لتهديدها السلام والامن الدوليين، والزامهما بتسلیم المتهمين لمصر، او تشكيل محکمة جنائية دولية مؤقتة لمحاکمة هؤلاء المتهمين وايرزهم: اريل شارون وبنیامین نتنياهو وشیمون بیرنیز وايهود باراك وبنیامین الیعازر وايره بیرو ودانی وولف وشارون زرف عاموس نئمن ومراسیل توییاس، وهم من اعترفوا بجرائمهم في الصحف الاسرائيلية.

وقد طالبنا في مذكرة النيابة العامة استدعاء رئيس مجلس الوزراء ووزير الخارجية ووزير الدفاع بصفتهم او مخاطبتهما رسمياً لتقديم كافة المعلومات والمستندات المتاحة لديهم عن قضية الاسرى، كما طلبنا ضم الحصر القومي الصادر من وزارة الشؤون الاجتماعية عام 1996 عن اسماء وعناوين الضحايا من الاسرى، وايضاً ضم الدراسة الصادرة من لجنة الامن القومي بمجلس الشورى من نفس العام، وكذلك ضم ملف وزارة الدفاع لانه يضم الحقائق والواقع عن الاسرى. الطلب الثالث: مخاطبة الجهات المعنية بالدولة لضم الصحف والمجلات الاسرائيلية وغيرها التي وردت فيها اعترافات الاسرائيليين بجرائمهم. واستدعاء شهود العيان من الاسرى لسماع اقوالهم.

واضاف الاقصرى ان البلاغ للنائب العام مستند للصفة الدستورية والقانونية خاصة بعد ان تقدم محمد فريد زكريا عضو مجلس الشورى بوصفه نائباً عن الامة ببلاغ آخر يطلب انضمامه للعريضة المقدمة منا يوم التحقيق وان يكون شريكاً في البلاغ الاصلی، مشيراً الى انه في عام 1995 عندما نشرت الصحف الاسرائيلية اعترافات لهؤلاء المسؤولين عن هذه الجرائم طالبت وزارة الخارجية المصرية بالاستفسار عن ذلك، الا ان ميخائيل بن يائير النائب العام الاسرائيلي في ذلك الوقت قال ان هناك اعترافات لكن هذه الجرائم تسقط بالتقادم، ومن المعلوم ان جرائم الحرب لا تسقط بالتقادم مطلقاً حتى لو مرّت عليها مئات السنين، كما ان اسرائيل ما زالت تطالب المانيا بالتعويضات عن الحكم النازي حتى الان.

مائة الف دولار لكل اسير

ويشير نبيه الوحش الى ان النائب العام امر بسرعة اجراء التحقيقات في البلاغ الذي تقدم به

لسماع اقواله واقوال شهدو الرؤية وشهود العيان لانه يتضمن وثائق ومستندات دامغة تؤكد تورط جنود وقادة اسرائيل وفرنسا والجبلتا في الجرائم التي ارتكبت بحق الاسرى المصريين خلال حرب 56 و67. مشيراً الى انه تقدم بدعوى قضائية ضد وزير الخارجية المصري بصفته في مجلس الدولة بطاليه فيها بتقديم كل المستندات التي بحوزة الخارجية المصرية الى المحكمة المتعلقة بقتل الاسرى العزل او تكليف هيئة قضايا الدولة لتسليمها للنائب العام. وهذا البلاغ يمثل الشق الجنائي، ام الشق المدني فسوف يقوم برفع دعوى قضائية في بروكسل لمحاكمة المسؤولين في الكيان الصهيوني وقت الحرب وايضاً الفرنسيين والانجليز الذين ثبت بالدليل القاطع تورطهم في قتل الاسرى المصريين على شط القناة، مشيراً الى انه اول مصري فجر قضية الاسرى عام 1997 ضد نتنياهو رئيس وزراء الاسرائيلي في ذلك الوقت وانه طالب بتعويضات مالية للاسرى الذين على قيد الحياة وايضاً اسر الذين تم قتلهم بواقع مائة الف دولار لكل اسير، لكن هذه القضية ذهبت ادراج الرياح.

ونوه الوحش الى ان اهالي بعض الضحايا طلبوا منه تحريك الدعوى الجنائية ضد قادة جيش الدول الثلاث وابدوا استعدادهم للادلاء بشهادتهم مع من بقي من الاسرى على قيد الحياة.

وقال حافظ ابو سعدة امين عام المنظمة المصرية لحقوق الانسان، ان المنظمة تبذل جهوداً كبيرة لتحريك قضية الاسرى المصريين للثار لهم من مجرمي الحرب الاسرائيليين، مشيراً الى ان البلاغ الذي تقدم به تم تحويله الى نيابة قصر النيل وفي انتظار طلبنا لسماع اقوالنا وتقديم المعلومات التي جمعناها من الشهود، وسوف نطالب النيابة باستكمال البيانات من وزارة الدفاع وهيئة الصليب الاحمر باعتبارها كانت معنية بعملية تبادل الاسرى اثناء وبعد الحرب.

واضاف ابو سعدة انه على الجانب الآخر هناك مشاورات مع محامين من بعض البلدان الاوروبية خاصة فرنسا وبلجيكا لدراسة الملف واستكماله بحيث يكون جاهزاً خلال شهر من الآن لرفع الدعوى هناك، ونحن ننتظر الآن استكمال النائب العام للتحقيقات لتكون جزءاً من المستندات التي سنستند اليها في رفع الدعوى، خاصة اتنا ارفقنا مذكرة تفصيلية بكافة المعلومات التي توافرت اليها الى النائب العام لتكون سندأً قوياً خلال التحقيقات. واكده ابو سعدة ان بعض البلاغات والدعوى التي قام بيرفعها محامون مصريون في قضية الاسرى استندت في المقام الاول الى تقرير المنظمة المصرية لحقوق الانسان.

الاختبارات النفسية المستخدمة في اوضاع الكوارث والازمات

تعریف: محمد احمد النابلسي

تعدد الاختبارات والاستبيانات النفسية، المستخدمة في اوضاع الكارثة، مع تعدد وتنوع اشكال التعرض للكارثة ومع اختلاف انواع الكوارث بحد ذاتها. وفي هذا الفصل ستعمد لاستعراض الاختبارات التالية (بعد ادخال بعض التعديلات الملائمة عليها).

١ - ملحق (أ)

مقياس الشدة النفسية (Stress Scales)

٢ - ملحق (ب)

قائمة الخبرات الكارثية (Inventoy of Disaster Experiences)

٣ - ملحق (ج)

القائمة العامة للخبرات الكارثية (General Inventory of Disaster Experiences)

٤ - ملحق (د)

أ- ادراك الشدائيد المرافقة للخبرات الكارثية (Perceived Stressfulness of Disaster Experiences).

ب- الاستجابات السلوكية امام الكارثة. Disaster Behavioral Responses.

٥ - ملحق (هـ)

اختبار غولديبرغ لتحري الاضطراب عقب الكارثي. (GHQ-60), (GHQ-28).

٦ - ملحق (و)

أ- استبيان التقدير الذاتي لعواقب الكارثة. (Self Evaluation chuestinnaire).

ب- اختبار تحري الانهيار الرجعي. (Beck Depression Inventory).

٧ - ملحق (ز)

أ- مقياس تأثير الحدث الكارثي. (Impact of Events Scale).

ب- مقياس الدليل الصدمي. (Traumatic Index Scale).

ج- دليل القلق الصدمي. (Traumatic Amxiety Index).

د- معيار اضطراب الشدة ما بعد الصدمة. (Criteria for P.T.S.D.).

٨ - ملحق (ح)

أ- بيان تكساس للفقدان. (Texus Inventory of Grief).

- ب - استمارة مشاعر الخسارة.
 (Loss Questionnaire).
- ٩ - ملحق (ط)
 استبيان مختصر للكارثة.
 (Brief Disaster Questionnaire).
- ١٠ - ملحق (ق)
 ١ - مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة.
 (P.T.S.D. Scale).
- ب - استبيان الآثار المتأخرة للحوادث الصدمة
 (Late Effect of Accidental injury Questionnaire).
- ١١ - ملحق (ل)
 مقابلة مقترحة لحالات الصدمة.
 (Proposed Interview Content Aneas).
- ١٢ - ملحق (م)
 قائمة مختصرة (١٠ بتو) من اختبار إيزينك للشخصية.
 (10 Item Eysenck Personality Inventory).
- ١٣ - ملحق (M)
 قائمة مختصرة للأحداث الحياتية.
 (Short Life Event Scales).
- ١٤ - ملحق (N)
 مقياس مختصر للأحداث الحياتية.
 (Short life Event Scales).
- ١٥ - ملحق (O)
 قياس التدخلات.
 (Measures of Natural Intervention).
- ١٦ - اختبار تحري عوارض الشدة عقب الصدمة في لبنان.
 Questionnaire PTSD au Liban.
- ١٧ - اختبار تحري العوارض النفسية - الجسدية الناجمة عن الحرب.
 Questionnaire des Symptomes Psychosomatiques.

وكان المؤلفون قد اشاروا الى هذه الاختبارات وطريقة تطبيقها خلال حدوثهم عن منهجية الدراسات الكارثية في الفصل السابق من هذا الكتاب. هنا ويستطيع القارئ مراجعة الفصل السابق والآراء المطروحة فيه ومن ثم مقارنتها بهذه الاختبارات لاختيار واحد او اكثر منها للتطبيق في حالات الصدمة او الكارثة التي يريد استخدام هذه الاختبارات ب المناسبتها.

هذا ويلاحظ الباحث ان بعض هذه الاختبارات مشتقة من اختبارات عامة معروفة (كمثل اختبار إيزينيك للشخصية واختبار عولديبرغ... الخ) في حين اعد بعضها الآخر للاستخدام في حالات صدمة محددة كمثل الانفجار النووي والحرائق والزلازل والمحروب... الخ. وفيما يلي نبدأ عرضنا لهذه الاختبارات:

ملحق (ا)

مقاييس الشدة النفسية^(٤):

الفقدان (موت عزيز):

صفر = لا احد.

١ = احد المعارض.

٢ = زميل.

٣ = صديق.

٤ = صديق حميم.

٥ = احد افراد العائلة.

تهديد الحياة:

١ = تهديد غير صادم وغير طاغ.

٢ = ولد اثراً ولكن دون ان يكون صادماً / طاغياً.

٣ = ولد اثراً وكان صادماً / طاغياً.

٤ = دفع عني التهديد بمساعدة شخص آخر.

الاضرار:

١ = لا ضرر.

٢ = ضرر طفيف.

٣ = تحطيم العظام، تشتق الدخان... الخ.

٢ - ملحق (ب)

قائمة الخبرات الكارثية^(٥):

الخمسائر التي اصابتك من جراء الحريق: تهدف هذه الاسئلة الى تبيان مدى تأثير الحريق عليك وعلى عائلتك وعلى املاكك. ضع اشارة في المربع المناسب - واذا كان هنالك اكثر من شخص متضرر فعندها عليك ان تعطيه رقمًا - ضع اشارة في خانة «الضرر» في حال تقدم الشخص للعلاج وطلبه له سواء من متدربي صحي او من مرضية مثلاً.

أ - مدى تأثير الاقارب والاصدقاء

الموت	الضرر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• الام
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• الاب
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• الاخ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• الاخت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• الابن او الابنة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• اقرباء آخرون
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• صديق

ب - اضرار أخرى:

- خسارة بيتك
- اضرار لحقت بمنزلك او بأملاك أخرى
- اضرار بالممتلكات اثرت على مستواك المعيشي
- خسارة سيارتك
- تهديد البيت او الاملاك ولكن دون ان تتضرر
- خسارة حيوان اليف
- خسارة الماشي

٣ - ملحق (ج)

القائمة العامة للخبرات الكارثية^(*)

تهدف هذه الاستماراة الى مساعدتنا على تفهم الخبرات الكارثية التي تعرضت لها. وقد تكون خبرت الاشياء التي نسألنك عنها. كما انه من الممكن الا تكون قد خبرتها. لذا فإنك تساعدنا اكثر فيما لو تمعنت جيداً في اسئلة هذه الاستماراة واجبت على الاسئلة التي تتطابق مع التجارب التي مرت بها.

ان سرية المعلومات التي تدللي بها محفوظة ومحترمة. وهي تساعدنا كي نمد يد المساعدة لك وللآخرين الذين يمررون بصدمات وصعوبات مشابهة لصعوباتك.

١ - التهديد والخطر:

أ - هل كانت لديك الفرصة لاعداد نفسك لمواجهة الصدمة؟

لا نعم

اذا كان جوابك ايجاباً ضع اشارة امام الجملة التي تراها مناسبة من ضمن الجمل التالية:

● تلقيت تحذيراً حاسماً:

قبل أقل من ساعة.

قبل أكثر من ساعة وأقل من ١٢ ساعة.

قبل أكثر من ١٢ ساعة.

● كانت لدى:

تدريبات سابقة.

معرفة سابقة.

تجربة سابقة.

ب - هل اصبت بالصدمة او صعقت بسبب فجائية حدوث الكارثة؟

نعم لا.

ج - هل صعقت بسبب قساوة الكارثة؟

نعم لا.

د - هل راودك الشعور بأن الموت قريب منك أثناء الكارثة؟

نعم لا.

اذا كان جوابك ايجاباً ضع اشارة امام الجملة التي تراها مناسبة:

لقد احسست بأني مقبل فعلاً على الموت.

لقد كان احتمال الموت وارداً.

كان الموت بعيد الاحتمال ولكنه كان ممكناً.

ه - هل ادت هذه الكارثة الى وفاة احد معارفك الاقربين؟

نعم لا.

* أثناء التعرض للحريق.

(تهدف هذه الأسئلة الى تحديد مدى صلتك بالحريق).

أ - كم ساعة قضيت في مكافحة الحريق؟

ب - كم يوماً استغرقت عمليات التنظيف بعد الحريق؟

ج - كم يوماً من الراحة قضيت قبل عودتك لمزاولة عملك اليومي؟

د - هل ساهمت في الدفاع عن بيتك وعن ممتلكاتك في وجه الحريق؟

نعم لا.

* درجة خطورة تجربة الحريق.

أ - هل حاصرتك التيران؟

نعم لا.

ب - هل تأذيت من النار؟

نعم لا.

في حال اجابتك بنعم ما هو نوع الاذى الذي تعرضت له؟

استنشقت الدخان حروق في عينيك

حروق جلدية اذى من نوع آخر (وضع)

في حال اذيتك حدد نوع العلاج الذي احتجت اليه؟

اسعافات اولية (على ايدي مرضى او مسعفين).

اسعافات طارئة على يد طبيب.

الدخول الى المستشفى.

ج - هل تعاني بشكل متواصل من خوف الموت بالحريق؟

نعم لا.

د - هل تداعع عن نفسك تجاه احتمال الحرائق باستعمالك الدائم للوسائل الطارئة؟

ه - هل كانت النار قريبة منك لدرجة كادت ان تتسبب في احداث الحريق لك؟

نعم لا.

و - اثناء مكافحتك للحريق ما هي الفكرة التي كانت ا اكثر مصدراً لشعورك بالقلق؟

ز - هل رأيت احدهم يموت خلال كارثة الحرائق هذه؟

نعم لا.

اذا كان ردك ايجاباً ضع اشارة على الجملة التي تجسد تجربتك:

رأيت الكثيرين يموتون اثناء هذا الحرائق.

رأيت اجساداً مشوهه بسبب الحرائق.

رأيت واحداً فقط او قلائل.

٢ - الخسائر:

أ - هل توفي احد المقربين منك خلال هذه الكارثة؟

- نعم لا.

اذا كان ردك بنعم عليك ان تضع اشارة على الجملة المناسبة (في حال تعدد الاجابات رقمها).

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الزوج او الزوجة | <input type="checkbox"/> الاخت |
| <input type="checkbox"/> زميل في العمل | <input type="checkbox"/> الابن |
| <input type="checkbox"/> الام | <input type="checkbox"/> شخص آخر هو: |
| | <input type="checkbox"/> اقرباء آخرون |
| | <input type="checkbox"/> صديق حميم |
| | <input type="checkbox"/> الاخ |

ب - هل عانيت خسائر اخرى بسبب هذه الكارثة؟

- نعم لا.

اذا كان ردك ايجاباً ضع اشارة في الامكانة المناسبة:

● المنزل:

- تدمر كلياً.
 تدمر جزئياً (يصعب اصلاحه).
 لم يعد صالحاً للسكن (ممكن الاصلاح).
 تضرر بشكل محدود.

● مصدر الرزق:

- تهدم كلياً تهدم جزئياً.
 تضرر بشكل محدود.

● منطقة مجاورة:

- تهدمت كلياً. تهدمت جزئياً.
 تضررت بشكل محدود.

● الصالحة / البلدة / الحي:

- تهدم كلي. تهدم جزئي..
 اضرار محدودة.

● السيارة:

- تحطمت كلياً تحطمت جزئياً.
 تضررت بشكل محدود.

● غيرها:

- ضرر لحق بالمدخرات والممتلكات الشخصية - ما هي (حيوان اليف، دواجن،

مجوهرات ... الخ)

ج - هل اثرت الكارثة على قدرتك في كسب معيشتك؟

نعم لا.

في حال الاجابة بـ نعم ضع اشارة على الجملة المناسبة:

بسبب تدمير مكان العمل.

لست بحاجة للعمل.

يجب ان انتقل.

باتت قدرتي على العمل مرتبطة بـ (وضح):

د - هل عرضتكم الكارثة خسائر اخرى غير تلك المعروضة اعلاه؟

نعم لا.

وضح اجابتك

٣ - التحطيم والاضرار:

أ - هل اضطررت لغادر المنزل اثناء الكارثة؟

نعم لا.

كم من الوقت؟

اقل من ٢٤ ساعة. اكثر من ٤٨ ساعة.

بين ٢٤ و ٤٨ ساعة. اكثر من اسبوع.

ب - هل اجبرتك ظروف الكارثة على الانفصال عن اهلك (او هي اجبرتهم على الانفصال

عنك).

اثناء الكارثة او بعدها مباشرة؟

نعم لا.

● من هم الاقرباء الذين اضطررت للانفصال عنهم؟

الزوجة الاخوة / الاخوات.

الاطفال احد الوالدين / او كلاهما.

● كم من الوقت دام هذا الانفصال؟

اقل من ٢٤ ساعة. اكثر من ٤٨ ساعة.

بين ٢٤ و ٤٨ ساعة. اكثر من اسبوع.

ج - هل لحق بك اذى جسدي بسبب الكارثة؟

نعم لا.

في حال اصابتك بالاذى حدد نوعه:

- اذى شديد (دخول المستشفى لاكثر من اسبوع - ربما التهديد بفقدان العمل).
- اذى متوسط الشدة (دخول المستشفى لاكثر من اسبوع - بدون التهديد بفقدان العمل).
- اذى معتدل (يعالج في المستشفى علاجاً قصيراً المدة لا يفقد عمله).
- اذى خفيف (لا يتضطر الى دخول المستشفى - لا يفقد عمله).

د - هل لحق الاذى الجسدي بأي المقربين اليك؟

نعم لا.

● من هو المتأذى؟:

الزوج او الزوجة. الاخوة / الاخوات.

الاطفال الوالدين..

● ما هو مدى خطورة اصابتهم؟:

- اذى شديد (علاج في المستشفى لاكثر من اسبوع مع احتمال فقدان العمل).
- اذى متوسط الشدة (علاج في المستشفى لاكثر من اسبوع - فقدان مؤقت لعمله).
- اذى معتدل (علاج قصير في المستشفى - دون ان يفقد عمله).
- اذى خفيف (لا يتضطر للدخول الى المستشفى ولا يفقد عمله).

٤ - اضرار اخرى

هل حدثت لك اضرار اخرى، اثناء الكارثة، لم تأت هذه القائمة على ذكرها؟

نعم لا.

اذا كان ردك ايجاباً الرجاء كتابته تفصيلاً:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- شاكراً على تعاونك.

٤ - ملحق (د)

أ - ادراك الشدائـد المراقبة للخبرات الكارثية^(☆):

تهدف هذه الاستمارـة للتعرف الى مقدار معانـاتك الشديدة التي تشعر بها بسبـب الصـدمات التي تعرضـت لهاـ (خبرـاتـ الكـارـاثـيـةـ). نـحنـ نـقـدرـ انـ مـعـظـمـ هـذـهـ الاـشـيـاءـ (الـاسـئـلـةـ) قدـ تـشـيرـ لـمـكـ وـلـكـنـهـ منـ الـضـرـوريـ انـ نـعـرـفـ مـقـدـارـ التـوـترـ الذـيـ تـشـعـرـ بـهـ.

أ - عـوـاـمـلـ التـهـديـدـ اوـ الخـطـرـ:

انـ التـهـديـدـاتـ اوـ الخـاطـرـاتـ التيـ تـعـرـضـتـ لهاـ كـانـتـ:

- ١
- ٢
- ٣
- ٤
- ٥

والآنـ عـلـيـكـ انـ تـضـعـ عـلـامـةـ تـرـاوـحـ بـيـنـ ١ـ وـ ٤ـ اـمـامـ التـهـديـدـاتـ التيـ ذـكـرـتـهـاـ اـعـلاـهـ. وـذـلـكـ بـحـيثـ تـضـعـ عـلـامـةـ:

- ١ - لمـ يـكـنـ التـهـديـدـ جـدـياـ.
- ٢ - تـسـبـبـ التـهـديـدـ بـالـقـلـيلـ مـنـ الشـدـةـ.
- ٣ - تـسـبـبـ التـهـديـدـ بـشـدـةـ كـثـيرـةـ.
- ٤ - كانـ التـهـديـدـ جـدـياـ إـلـىـ اـبـعـدـ حدـ.

ب - الخـسـائـرـ:

انـ الخـسـائـرـ التيـ تـعـرـضـتـ لهاـ كـانـتـ:

- ١
- ٢
- ٣
- ٤
- ٥

والآنـ عـلـيـكـ انـ تـضـعـ عـلـامـةـ تـرـاوـحـ بـيـنـ ١ـ وـ ٤ـ اـمـامـ الخـسـائـرـ التيـ ذـكـرـتـهـاـ اـعـلاـهـ. وـذـلـكـ بـحـيثـ تـضـعـ عـلـامـةـ:

- ١ - لمـ تـسـبـبـ ليـ بـالـشـدـةـ.

٢ - تسبب بالقليل من الشدة.

٣ - تسبب بشدة كبيرة.

٤ - بالتواتر الى اقصى حد.

ج - اضرار والتغريب:

ان الاضرار التي لحقت بي كانت:

١ -

٢ -

٣ -

٤ -

٥ -

والآن عليك ان تضع علامة تتراوح بين ١ و٤ امام الاضرار التي ذكرتها اعلاه وذلك بحيث تضع علامة:

١ - لم تسبب لي بالشدة.

٢ - تسبب لي بالقليل من الشدة.

٣ - تسبب بالكثير من الشدة.

٤ - تسبب لي بشدة فائقة.

د - تجارب صدمية اخرى:

اذا تعرضت لتجارب صدمية اخرى فاذكرها فيما يلي:

١ -

٢ -

٣ -

٤ -

٥ -

والآن عليك ان تضع علامة تتراوح بين ١ و٤ امام التجارب الصدمية التي ذكرتها اعلاه وذلك بحيث تضع علامة:

١ - لم تسبب لي بالشدة.

٢ - تسبب لي بالقليل من الشدة.

٣ - تسبب لي بالكثير من الشدة.

٤ - تسبب لي بشدة فائقة.

ب - الاستجابات السلوكية امام الكارثة:

باستثناء الوظيفة الادراكية فان التغيرات الستة الاخرى (المعروضة ادناه) تتعلق بردود الفعل السلوكية للشخص، التي يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين، وعلى وجه العموم فإن اعطاء علامة اعلى لردة فعل ما يعني انها كانت اكثر ازعاجاً وعرقلة للشخص. ونبأً بـ:

١ - الوظيفة الادراكية:

هناك مقياس عالمي لهذه الوظيفة يعتمد مبدأ تجزئة المدركات خلال فترة الشعور بالتهديد. بحيث تقسم المدركات على مدرج من خمس نقاط (اي علامات من صفر الى ٤) وتتراوح الدرجات بين ٢ و ٤ درجات حين تشير الى الانزعاج العالى جداً والمشتت جداً والتعطيل الكلى للادراك.

اما الدرجات المنخفضة فإنها تعطى للواعي القادر على التوجه (في الزمان والمكان) وللمتأني القادر على بذل نشاطات استجابات التفكير التأملي. وفيما يلي نعرض للبنود المساعدة على تحديد مستوى الوظيفة الادراكية.

أ - ما هو مدى استيعاب المصدور لما حصل (من الناحية الكمية) خلال الفترة التي شعر فيها بالتهديد؟

ب - كم كان تصرف الشخص ملائماً ومتسجماً مع ما يتطلبه الوضع؟ وكم كانت لديه القدرة على التكيف مع هذا التهديد لحياته؟

ج - كيف يعيد تنظيم خططه الهدافه وكيف يتكيف مع الوضع الجديد الناجم عن الكارثة؟.

- السلوك الظاهري.

٢ - السلوك غير الملائم:

وهو مجموعة التصرفات (استجابات ونشاطات) التي ادت الى زيادة تهديد السلامة الجسدية للشخص وللآخرين عوضاً عن الحماية. وتبعاً لمدى خطأ هذه التصرفات تعطى درجات من صفر الى ٣

٣ - تلقى التجدة:

ويقصد بها حاجة الشخص الفعلية للمساعدة (غير مساعدته على تجنب الازى الجسدي) حتى يستطيع الخروج من المخنة عندما يعيقه ضعف حالته النفسية عن هذا الخروج. (تعطى ايضاً علامات من صفر الى ٣).

٤ - السلوك القيادي اثناء المخنة:

ويعطى ايضاً علامات من صفر الى ٣. (تعطى العلامات المنخفضة للسلوك الاكثر قيادية).

٥ - القدرة على المشاركة:

او النشاط المشترك (وتتراوح علاماته من صفر الى ٤) وتعطى العلامة الادنى للاكثر مشاركة

وهو مقدرة الشخص على التفاعل وعلى التعاون لبذل جهود مشتركة لتخطي الاستجابات الكارثية. وتعطى العالمة ٢ عندما يكون التفاعل من جانب واحد. كأن يتمكن الشخص من متابعة ردود الفعل السلبية لدى الآخرين (وبالتالي أن يملك من الهدوء ما يمكنه من مشاركة هؤلاء لمعايشتهم ولو بصورة سلبية).

٦ - جهود الإنقاذ الكلية:

وتتضمن كافة مساهمات الشخص في تخفيض امكانيات تعرض الآخرين للخطر وامكانيات الحرث. ومن هذه الجهود: التحري والتحقيق وتفسير ظواهر الخطر والانذار واحظار الآخرين بوجود الخطر والمحاكمة والمكافحة لاحتواء التهديد والمخاطر من أجل إنقاذ آخرين يهددهم الخطر وتنظيم الهرب واحلاء امكانة الكارثة. (وتتراوح علاماتها من صفر الى ٤ وتعطى العالمة الادنى لأكثر مساهمة في هذه الجهود).

٧ - جهود الإنقاذ النسبية:

في هذا البند يتم تقييم جهود الإنقاذ بصورة نسبية (سألت أحدهن: ما هو المتوقع من الشخص في حالة كهذه؟) - ويعطى هذا البند عالمة من صفر الى ٢.

وعن طريق جمعنا للعلامات المعطاة على هذه البنود السبعة نحصل على مجموع علامات يمكنه ان يتراوح بين صفر و ٢٣ علامة. مما يتيح لنا تصنيف السلوك تجاه الكارثة. في ثلاث خانات هي:

التكيف المثالى: عندما يكون المجموع بين صفر وست علامات.

التكيف: عندما يكون المجموع بين ٧ و ١٤ علامة.

سوء التكيف: عندما يكون المجموع بين ١٥ علامة و ٢٣ علامة.

هـ - ملحق (هـ)

أ - اختبار غولديبرغ - (٦٠) لتحري الاضطراب عقب الكارثي^(☆). من الناحية البيسيكياترية).

اجب على الاسئلة التالية باختيار احد الاقتراحات الاربعة (المرفقة مع كل سؤال) الذي يصف جيداً ما شعرت به خلال الشهر الماضي).

١ - هل شعرت مؤخرأً بأنك في تمام الصحة والعافية؟

أ - افضل من العادة.

ج - اسوأ من العادة.

د - اسوأ كثيراً من العادة.

ب - كالعادة.

٢ - هل شعرت مؤخرأً بأنك تحتاج لنشاط جيد؟

أ - مطلقاً.

ج - اكثر من العادة

د - اكثر كثيراً من العادة.

ب - ليس اكثر من العادة.

- ٣ - هل شعرت مؤخراً بالانحطاط وبتوعل الصحة؟ .
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - اكثر كثيراً من العادة.
- ٤ - هل شعرت مؤخراً بأنك مريض؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - اكثر كثيراً من العادة.
- ٥ - هل انتابتك مؤخراً آلام في رأسك؟
أ - مطلقاً.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ٦ - هل شعرت مؤخراً بالتوتر او بالضغط على رأسك؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - اكثر كثيراً من العادة.
- ٧ - هل كانت لديك القدرة على التركيز فيما كنت تقوم به من اعمال؟
أ - افضل من العادة.
ج - اسوأ من العادة
ب - ليس اكثر من العادة.
- ٨ - هل شعرت مؤخراً بالخوف من الاغماء وانت في مكان عام؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
ب - ليس اكثر من العادة.
- ٩ - هل شعرت مؤخراً بوجات باردة او ساخنة تجتاح جسدك؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٠ - هل كنت تتعرق كثيراً في الفترة الاخيرة؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١١ - هل حدث لك مؤخراً ان تستيقظ مبكراً وان تعجز عن الاغفاء مجدداً؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٢ - هل تشعر مؤخراً، لدى استيقاظك، ان نومك لم يعشوك بما فيه الكفاية؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٣ - هل كنت تشعر مؤخراً بالتعب والارهاق بعد الاكل؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة

- ب - ليس اكثر من العادة.
د - اكثر كثيراً من العادة.
- ١٤ - هل شعرت مؤخراً بأنك فقدت الكثير من النوم بسبب قلقك؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٥ - هل شعرت مؤخراً بأنك متيقظ عقلياً ومنتبه تماماً؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٦ - هل شعرت مؤخراً بأنك بكمال حيوتك وطاقتك؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٧ - هل عانيت مؤخراً من صعوبات النوم؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٨ - هل شعرت مؤخراً بصعوبة متابعة النوم حين لا يكون عندك عمل؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ١٩ - هل حلمت في الفترة الاخيرة احلاماً مرعبة او غير سارة؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ٢٠ - هل كانت لياليك الاخيرة مزعجة ومقلقة؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.
- ٢١ - هل تعمل مؤخراً على ان تشغل نفسك بصورة دائمة؟
أ - أفضل من العادة.
ج - اقل من العادة
د - كالعادة.
ب - اكثر كثيراً من العادة.
- ٢٢ - هل احتجت مؤخراً لوقات اكبر من العادة للقيام بالاشياء المعتادة؟
أ - أفضل من العادة.
ج - وقت اطول من العادة
د - وقت اطول كثيراً من المعتاد.
ب - كالعادة.
- ٢٣ - هل لاحظت مؤخراً انخفاض اهتمامك بنشاطاتك العادية؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثر من العادة
د - ا اكثر كثيراً من العادة.
ب - ليس اكثر من العادة.

- ٢٤ - هل اهملت مؤخراً مظهرك الخارجي؟
- ج - اكثر من العادة
 - د - اكثر كثيراً من العادة.
 - ب - ليس اكثر من العادة.
 - أ - مطلقاً.
- ٢٥ - هل اثرت مشاكلك على هندامك؟
- ج - اسوأ من العادة
 - د - اسوأ كثيراً من العادة.
 - ب - تقريباً كالعادة.
 - أ - أفضل من العادة.
- ٢٦ - هل تخرج من البيت كما تعودت قبل؟
- ج - اقل من العادة
 - د - اقل كثيراً من العادة.
 - ب - كالعادة.
 - أ - أفضل من السابق.
- ٢٧ - هل تدير امورك (في الفترة الاخيرة) كما يفعل الناس لو كانوا مكانك؟
- ج - اسوأ من العادة
 - د - اسوأ كثيراً من العادة.
 - ب - تقريباً كالعادة.
 - أ - أفضل من ذي قبل.
- ٢٨ - هل شعرت مؤخراً بأنك تقوم بكل شيء بصورة حسنة؟
- ج - اسوأ من العادة
 - د - اسوأ كثيراً من العادة.
 - ب - تقريباً كالعادة.
 - أ - أفضل من العادة.
- ٢٩ - هل كنت تتأخر عن عملك او عن البدء في اعمال المنزل (في الفترة الاخيرة)?
- ج - أتأخر قليلاً.
 - د - أتأخر كثيراً.
 - ب - كالعادة تقريباً.
 - أ - مطلقاً.
- ٣٠ - هل كنت راضياً، مؤخراً عن طريقة تأدیتك لعملك؟
- ج - اقل كفاية من العادة
 - د - كفاية اقل كثيراً من المعتاد.
 - ب - كالعادة.
 - أ - أكثر اكتفاءً من العادة.
- ٣١ - هل كنت قادراً مؤخراً على الشعور بدفع عاطفة القربيين منك؟
- ج - اقل من العادة
 - د - اسوأ كثيراً من المعتاد.
 - ب - كالعادة.
 - أ - أفضل من العادة.
- ٣٢ - هل وجدت التعامل مع الآخرين سهلاً في الفترة الاخيرة؟
- ج - اقل من العادة
 - د - اسوأ كثيراً من المعتاد.
 - ب - كالعادة.
 - أ - أفضل من العادة.
- ٣٣ - هل تقضي، مؤخراً، وقتاً طويلاً في الكلام مع الناس؟
- ج - اقصر من العادة
 - د - اقصر كثيراً من المعتاد.
 - ب - كالعادة.
 - أ - وقت اطول من العادة.
- ٣٤ - هل تعاني مؤخراً من الشعور بالحروف من قول أي شيء يمكنه ان يظهرك غبياً امام الناس؟

- أ - مطلقاً.
ب - كالعادة.
- ٣٥ - هل شعرت مؤخراً بأنك تلعب دوراً مفيدةً في محيطك؟
أ - أفضل من العادة.
ج - أسوأ من العادة.
د - أقل كثيراً من المعتاد.
- ٣٦ - هل شعرت مؤخراً بأنك قادر على اتخاذ القرارات حول بعض الأشياء؟
أ - أفضل من العادة.
ج - أسوأ من العادة.
ب - كالعادة.
د - أسوأ كثيراً من العادة.
- ٣٧ - هل شعرت مؤخراً بأنك عاجز عن بدء أي شيء؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٣٨ - هل شعرت مؤخراً بخشية القيام بأي شيء؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٣٩ - هل شعرت مؤخراً بأنك متوتر باستمرار؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
- ٤٠ - هل شعرت مؤخراً بأنك لا تستطيع التغلب على الصعوبات التي تعترضك؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٤١ - هل تجد مؤخراً أن الحياة هي عبارة عن صراع متواصل؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٤٢ - مؤخراً هل كنت قادراً على الاستمتاع بنشاطاتك الاعتبادية؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٤٣ - هل تصعب عليك الأشياء في الآونة الأخيرة؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٤٤ - هل تتفعل كثيراً ويتغير مزاجك في الآونة الأخيرة؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة.
ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.

- ٤٥ - هل تتوتر، مؤخراً، وتخاف لاي سبب تافه؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٤٦ - هل كنت، مؤخراً قادرـاً على مواجهة مشاكلـك؟
أ - مطلقاً.
ج - اقل من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٤٧ - هل تجد ان كل الاشياء تضغط عليك مؤخراً؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٤٨ - هل شعرت مؤخراً بأن الناس يراقبونك وينظرون اليك؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٤٩ - هل شعرت مؤخراً بالتعاسة والانهيار؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥٠ - هل فقدت مؤخراً ثقتك بنفسك؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥١ - هل فكرت مؤخراً بأنك شخص عديم النفع؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥٢ - هل شعرت مؤخراً بأن الحياة هي يأس كلي؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة
د - اكثـر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥٣ - هل كنت، مؤخراً، متفائلاً بشأن مستقبلـك؟
أ - مطلقاً.
ج - اقل من العادة
د - اقل كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥٤ - هل شعرت مؤخراً بسعادة معتدلة وبأن كل شيء على ما يرام؟
أ - مطلقاً.
ج - اقل من العادة
د - اقل كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥٥ - هل شعرت مؤخراً بتوتر وبعصبية دائمـين؟
أ - مطلقاً.
ج - اكثـر من العادة

- ب - كالعادة.
- ٥٦ - هل شعرت مؤخراً بأن الحياة غير جديرة بأن تعيش؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٥٧ - هل راودتك مؤخراً أفكار الانتحار؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٥٨ - هل اعتبرت، مؤخراً، ان توتر اعصابك هو المسؤول عن عجزك عن القيام بالأشياء؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٥٩ - هل استنتجت مؤخراً بأنك كنت ترغب لو انك ميت وخارج هذه الدوامة من المشاكل؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٦٠ - هل تراودك فكرة الانتحار بصورة مستمرة في الآونة الأخيرة؟^(٢٨)
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ب - اختبار غولديبرغ (٢٨) لتحري الاضطراب عقب الكارثي (من الناحية النفسية - الجسدية):
ان بنود هذه الاستمارة ذات الارقام: ٧ - ١٤ - ٢١ - ٢٠ - ٢٧ - ٢٨ - ٦ - ٢١ - ٣٠ - ٣١ - ٣٢ - ٣٣ - ٣٥ - ٣٦ - ٣٩ - ٤١ - ٤٠ - ٤٣ - ٤٦ - ٤٥ - ٤٩ - ٤٧ - ٤٦ - ٥٠ - ٥١ - ٥٣ - ٥٢ - ٥٤ - ٥٥ - ٥٦ - ٥٨ - هي بنود مشتركة مع الا - GHQ-30.
- اختبار غولديبرغ - (٢٨) لتحري الاضطراب عقب الكارثي:**
اجب على الاسئلة التالية باختيار الاقتراح المناسب (من ضمن الاقتراحات الاربعة المعروضة مع كل سؤال) الذي يصف جيداً ما شعرت به خلال الشهر الماضي.
- ١ - مؤخراً هل كنت قادراً على الاستمتاع بنشاطاتك الاعتيادية؟
أ - مطلقاً.
ج - اقل من العادة
د - اقل كثيراً من العادة.
 - ٢ - مؤخراً هل اكتشفت ان كل الاشياء تضغط عليك؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
 - ٣ - مؤخراً هل اكتشفت عدم قدرتك على عمل اي شيء يسبب توترك؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - اقل كثيراً من العادة.

- ٤ - مؤخراً هل شعرت بأنك تفعل الأشياء بشكل جيد عموماً؟
أ - مطلقاً.
ج - أقل من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٥ - مؤخراً، هل شعرت بأنك بحاجة إلى منشط؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٦ - مؤخراً، هل شعرت بالشدة تضغط عليك بشكل مستمر؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٧ - مؤخراً، هل شعرت بارياح كبير وصحبة جيدة؟
أ - مطلقاً.
ج - أقل من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٨ - مؤخراً، هل شعرت ببرودة فكرة مفارقة الحياة بشكل مستمر؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ٩ - مؤخراً، هل شعرت بوجات باردة أو ساخنة تحتاج جسدك؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ١٠ - مؤخراً، هل راودتك فكرة الاتجار كاحتمال؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ١١ - مؤخراً، هل شعر بقدرتك على اخذ قراراتك حول ما اردت؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ١٢ - مؤخراً، هل شعرت بالخوف والاضطراب لانفه الاسباب؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ١٣ - مؤخراً، هل شعرت بأي صداع؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
ب - كالعادة.
- ١٤ - مؤخراً، هل قلل نومك كثيراً بسبب قلقك؟
ج - أكثر من العادة
أ - مطلقاً.

- ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ١٥ - مؤخراً، هل فكرت بأنك شخص غير جدير؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ١٦ - مؤخراً، هل رغبت في الموت والهروب من كل ما يجري؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ١٧ - مؤخراً، هل شعرت بأنك تلعب دوراً هاماً فيما يدور حولك؟
أ - مطلقاً.
ج - أقل من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ١٨ - مؤخراً، هل شعرت بأن الحياة ميؤوس منها كلياً؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ١٩ - مؤخراً، هل شعرت بألم حاد وضغط في الرأس؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ٢٠ - مؤخراً، هل شعرت بإرهاق وتوقف عن العمل؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ٢١ - مؤخراً، هل أخذت وقتاً أطول في فعل الأشياء التي تعودت فعلها من قبل؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أكثر كثيراً من العادة.
- ٢٢ - مؤخراً، هل كنت راضياً عن الطريقة التي تتبع فيها أعمالك؟
أ - مطلقاً.
ج - أقل من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ٢٣ - مؤخراً، هل شعرت بأن الحياة لا تستحق العيش؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ٢٤ - مؤخراً، هل استطعت شغل نفسك بشكل مستمر؟
أ - مطلقاً.
ج - أكثر من العادة
د - أقل كثيراً من العادة.
- ب - كالعادة.
د - أقل كثيراً من العادة.
- ٢٥ - مؤخراً، هل صعبت عليك استمرارية النوم؟

- ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- أ - مطلقاً.
ب - كالعادة.
- ٢٦ - مؤخراً، هل شعرت بالتوتر والشدة طوال الوقت؟
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- أ - مطلقاً.
ب - كالعادة.
- ٢٧ - مؤخراً، هل شعرت بأنك مريض؟
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- أ - مطلقاً.
ب - كالعادة.
- ٢٨ - مؤخراً، هل شعرت بأنك جفولاً ومستاء؟
ج - أكثر من العادة
د - أكثر كثيراً من العادة.
- أ - مطلقاً.
ب - كالعادة.

٦ - ملحق (و)

أ - استبيان التقدير الذاتي لعواقب الكارثة^(☆) :

الاسم: التاريخ:

العمر: الجنس:

تعليمات: فيما يلي نعطي عدداً من التعبيرات التي استعملها الناس لوصف حالاتهم أثناء الخطر. اقرأ كل تعبير منها وضع إشارة إلى يمين كل تعبير يناسب مع حالتك الراهنة. ثم ضع إشارة على العلامة (من ١ إلى ٤) المناسبة لحدة شعورك بهذه المظاهر. لا يوجد هناك اجوبة صحيحة و أخرى خاطئة. (فك كل جواب يعكس حالتك الخاصة بك). لا تصرف الكثير من الوقت على هذه التعبيرات ولكن حاول أن تعطي أدق اجابة ممكنة.

تشير العلامات الى جانب كل تعبير الى الحالات التالية:

١ = على الاطلاق. ٢ = تقريباً. ٣ = باعتدال. ٤ = بشدة.

- | | |
|---------|------------------------------------|
| ٤ ٣ ٢ ١ | ١ - اشعر بالهدوء. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٢ - اشعر بالطمأنينة. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣ - اشعر بتوتر. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٤ - اشعر بالاجهاد. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٥ - اشعر بسهولة العيش. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٦ - اشعر بالاضطراب. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٧ - انا قلق بشأن سوء طالع قد يحصل. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٨ - اشعر بالاكتفاء. |

- ٤ ٣ ٢ ١ ٩ - اشعر بالخوف.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٠ - اشعر بالعزاء والراحة.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١١ - اشعر بثقة في النفس.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٢ - اشعر بعصبية.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٣ - انا شديد العصبية.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٤ - اشعر بالتردد.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٥ - انا مرتاح.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٦ - اشعر بالرضا.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٧ - انا خائف.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٨ - اشعر بالارتياخ.
- ٤ ٣ ٢ ١ ١٩ - اشعر بالاستقرار.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٠ - اشعر بالسرور.

فيما يلي تتابع التعبيرات التي وصف بها الناس حالتهم. ولكن العلامات المعروضة الى جانب التعبيرات تأخذ في الجمل التالية دلالات اخرى هي:

- ١ = غالباً لا.
- ٢ = احياناً.
- ٣ = غالباً.
- ٤ = دائماً.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢١ - اشعر بالسرور.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٢ - اشعر بعصبية وبعدم ارتياخ.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٣ - اشعر بالرضا.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٤ - اود لو اكون سعيداً كغيري.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٥ - اشعر كأنني فاشل.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٦ - اشعر بالراحة.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٧ - انا دافئ وهادئ ومستعد.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٨ - اشعر ان الصعوبات تتراكم وانني عاجز عن قهرها.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٢٩ - اقلق كثيراً على اشياء غير مهمة فعلاً.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٣٠ - انا سعيد.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٣١ - لدى افكار مزعجة.
- ٤ ٣ ٢ ١ ٣٢ - افقد ثقتي بنفسي.

- | | |
|---------|--|
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٣ - اشعر بالامان. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٤ - اصنع قراراتي بسهولة. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٥ - اشعر بعدم الاكتفاء. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٦ - اشعر بالرضى والطمأنينة. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٧ - تراودني بعض الافكار التافهة وتزعجني. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٨ - استسلم للاحباطات حتى اني اعجز عن نسيانها. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٣٩ - انا شخص متزن. |
| ٤ ٣ ٢ ١ | ٤٠ - اتوتر واضطرب عندما افكر باهتماماتي الجديدة. |

ب - اخبار تحري الانهيار الرجعي^(٤):

فيما يلي نعرض عليك مجموعات من التعابير التي استخدمها اناس شهدوا الكوارث ونود منك ان تقوم بانتقاء تعبير، من كل مجموعة، يكون الاقرب لما شعرت به عند تعرضك للتهديد تأكيد من فضلك من قراءة كل تعابير المجموعة قبل ان تنتقي احدها.

أ: ١ - لا اشعر بحزن.

٢ - اشعر بحزن.

٣ - انا حزين ولا استطيع الخروج من دوامة الحزن.

٤ - انا لا اطيق حالة الحزن والتعاسة هذه.

ب: ١ - لست محبطاً ولا متشائماً بالنسبة للمستقبل

٢ - اشعر بالاحباط بالنسبة للمستقبل.

٣ - ليس لدى ما اتعلّع اليه.

٤ - اشعر ان المستقبل بائس وان الاشياء لن تتحسن.

ج: ١ - لا اشعر بأنني فاشل.

٢ - اشعر بأنني فشلت اكثر مما ينبغي.

٣ - عندما أتأمل حياتي اجد الفشل ملازمًا لها.

٤ - اشعر بأنني شخص فاشل كلياً.

د: ١ - لست مستاء.

٢ - لا امتنع بالأشياء كما تعودت.

٣ - لا ارى شيئاً مرضياً حولي.

٤ - انا مستاء من كل شيء.

هـ: ١ - لست اشعر بذنب كبير.

- ٢ - اشعر بسوء بعدم الجدارة مرات طويلة.
٣ - اشعر بأنني مذنب تماماً.
٤ - اشعر بأنني سيء وغير جدير.
و: ١ - لا اشعر بالخيبة.

- ٢ - خاب املي بنفسي.
٣ - لقد مللت نفسي.
٤ - اكره نفسي.

- ز: ١ - ليس لدى ادنى فكرة لأذية نفسى.
٢ - اشعر انه من الافضل لو كنت ميتاً
٣ - لدى نيات اكيدة للانتحار.
٤ - ساقتل نفسي اذا ستحت الفرصة.

- ح: ١ - لم افقد الاهتمام بالآخرين.
٢ - انا مهم بالآخرين ولكن اقل مما اعتدته.
٣ - فقدت الكثير من اهتمامي بالآخرين ومن شعوري ناحيتها.
٤ - فقدت كل اهتمامي بالآخرين ولا اهتم بهم اطلاقاً.

- ط: ١ - كيفما اتفق.
٢ - احاول تأجيل عملية اتخاذ القرار.
٣ - اجد صعوبة بالغة في اتخاذ القرارات.
٤ - لا استطيع اتخاذ القرارات.

- ق: ١ - لا اشعر انني ابدو اسوأ من العادة.
٢ - انا قلق لاني ابدو غير جذاب.
٣ - اشعر بتغيرات مستمرة في مظهرى مما ينقص جاذبيتي.
٤ - اشعر انني قبيح ومثير للاشمئاز.

- ل: ١ - استطيع العمل مثل السابق.
٢ - يلزمني جهد اضافي لعمل اي شيء.
٣ - يجب ان اجبر نفسي اذا اردت عمل شيء ما.
٤ - لا استطيع عمل شيء ابداً.
- م: ١ - لم اعد اتعب كالمعتاد.

- ٢ - اتعب بسهولة اكثر من المعتاد.
 ٣ - اتعب من عمل اي شيء.
 ٤ - اتعب كثيراً من عمل اي شيء.
 س: ١ - شهيتني كالمعتاد.

- ٢ - لم تعد شهيتني جيدة كما كانت.
 ٣ - شهيتني اسوأ كثيراً من السابق.
 ٤ - لم تعد لدى شهية.

٧ - ملحق (ز)

١ - مقياس تأثير الحدث الكارثي:

تحتوي القائمة أدناه سلسلة من الآراء والتعليقات التي ادلّى بها اشخاص بعد تعرضهم للكوارث. اقرأ كل بندي منها وبين مدى صحة هذه الآراء ومدى تطابقها مع معاناتك خلال الأيام الماضية. وذلك بوضع اشارة في المربع المناسب. وإذا لم يحدث شيء مماثل عليك ان تضع الاشارة في مربع اطلاقاً.

- | | |
|--|---|
| <p>التجربة الحالية</p> <p>إطلاقاً نادراً احياناً غالباً</p> | <p>خلال الاربعة عشر يوماً الماضية</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ١ - فكرت بالحدث الكارثي دون قصدٍ مني.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٢ - اتجنب الاستيء عندما افكر بالحدث او اذكره.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٣ - تحاولت ابعاده عن ذاكرتي.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٤ - عانيت صعوبة النوم او صعوبة الاستمرار في النوم بسبب الصور والرؤى والافكار «ذات العلاقة بالحدث» التي تراودني.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٥ - اجتاحتني موجات من الاحساسات القوية ذات العلاقة بالحدث.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٦ - حلمت احلاماً ذات علاقة بالحدث.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٧ - اتجنب ما يذكرني بالحدث.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٨ - شعرت وكأن الحدث لم يحدث او لم يكن حقيقياً.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ٩ - ابذل جهدي لتجنب الحديث حوله.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ١٠ - ان صور الحدث تفرض نفسها على تفكيري.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ١١ - اشياء اخرى تدفعني للتفكير بالحدث بصورة دائمة.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ١٢ - لا ازال اعايش الحدث بشكل مبالغ ولا استطيع منع هذه المعيشة.</p> |
|--|---|

- ١٣ - ابذل جهدي لعدم التفكير بهذا الحدث.
- ١٤ - كل ما يذكرني بالحدث يعييني الى احساسه.
- ١٥ - امام الحدث شعرت بالجمود وبعدم القدرة على الحركة و(الحزن).

ب - مقاييس الدليل الصدمي:

النسبة المئوية	بنود دليل ردة الفعل امام الصدمة
٨٤	• يعتبر الحدث بمثابة عامل شدي فائق الاثر
٧٦	• يشعر بالقلق لدى تفكيره في الحدث
٧١	• يخاف من تكرار الحدث
٧٠	• غالباً ما يشعر بالخوف لدى تفكيره بالحدث
٦٥	• يتتجنب كل ما من شأنه تذكيره بالحدث
٦٣	• سريع الانفعال /عصبي /يغفل بسهولة
٥٨	• يتمىء تجنب الاحساس ذات العلاقة بالحدث ، تنتابه افكار طفلية
٥٤	• يحلم احلاماً مزعجة
٤٦	• يعاني من اضطرابات النوم
٤٥	• اصوات وتصورات طفلية
٣٢	• يعاني من انخفاض اهتمامه بنشاطات مهمة بالنسبة له
٣٠	• يعاني من صعوبة التركيز
٢٥	• يعاني من تعثر علاقاته مع الآخرين (انفصال)
٢٥	• تتعارض افكار الحدث وذكرياته مع قدراته على التعلم
١٢	• يعاني من مشاعر الذهب

ج - دليل القلق الصدمي^(٤)

يتكون دليل القلق الصدمي مما يلي:

- ١ - كل عشر نقاط، من اختبار التقدير الذاتي لحالات القلق (Self - reported State Anxiety Inventory - range 20-80) فإذا كانت علامات «التقدير الذاتي للقلق» ٢١ علامة (او ٢٩ علامة) فإننا نعطي الشخص علامة واحدة في دليل القلق الصدمي. أما اذا كانت علاماته ٥٦ علامة فإننا نعطيه ٤ نقاط في دليل القلق الصدمي. وقس عليه.
- ٢ - ان الاضطرابات من نوع اضطراب النوم، والذعر ورهاب مكان حدوث الكارثة والسلوك الانسحابي، هي اضطرابات مؤثرة في العلامات التي نسجلها في دليل القلق الذي يعقب الصدمة.

وبناءً على هذه الاضطرابات يقوم الفاحص بإعطاء علامة تتراوح بين صفر و ٣ علامات لكل منها.
وتحسب هذه العلامات في دليل القلق الصدمي.

وفي النهاية فإن علامات دليل القلق الصدمي يمكنها أن تراوح ما بين علامة واحدة وثمانى عشرة (١٨) علامة.

د - معيار اضطراب الشدة ما بعد الصدمية:

١ - معايشة حادث يقع خارج نطاق معايشة الإنسان العادي. على أن يكون من شأن هذا الحادث أن يتسبب بالالم الملحظ لأي كان. مثال ذلك أن يتعرض الشخص لتهديد جدي لحياته أو لتكامله الجسدي أو أن يشهد خطراً جدياً يهدد أحد أطفاله أو زوجته (أو زوجها) أو أقارب آخرين أو أصدقاء... الخ. ومن هذه الأحداث أيضاً التدمير المفاجئ للمنزل أو للمجمع السكني أو رؤية شخص أشاء أو بعد تعرضه لاذى جسدي خطير (أو للقتل) نتيجة لحادثة أو بسبب تعرضه للعنف الجسدي.

٢ - تكرار معايشة الحادث الصدمي على الأقل بإحدى الطرق التالية:

أ - تدخل وتطفل يذكران بالحدث ويتسبيان بالالم (الاطفال، تكرار وصف دقائق الكارثة أو مراحلها... الخ).

ب - احلام تكرارية مرعجة ذات علاقة بالحدث.

ج - التصرف او الاحساس المفاجيء كما لو ان الحادث يتكرر من جديد (ويتضمن هذا البند معاودة معايشة الحادث والاوهام والهلوسات ومظاهر تبدل الشخصية التي تظهر في مراحل يسترجع فيها المريض تفاصيل الحادث الصدمي).

د - ظهور آلام نفسية (شدة) قوية لدى تعرض الشخص لاحادث ترمز الى الحادث الصدمي او تشبه ملابساته. بما في ذلك الذكرى السنوية للحدث الصدمي.

٣ - استمرار الشخص في تجنب المثيرات التي رافقت الحادث الصدمي او فقدان الحس العام (على ان لا يكون هذا فقدان حاصلاً قبل الصدمة). على ان يتظاهر ذلك من خلال ثلاثة من البنود التالية على الأقل:

أ - بذل الجهد لتجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالحدث الصدمي.

ب - بذل الجهد لتجنب النشاطات والوضعيات التي من شأنها تذكير الشخص بالصدمة.

ج - عدم القدرة على تذكر مظاهر هام للصدمة (يعادل فقد ذاكرة من النوع النفسي الانتقائي).

د - انخفاض هام في الاهتمام بنشاطات مهمة بالنسبة للشخص (كمثل اهمال الاطفال الصغار لتنمية مهاراتهم المكتسبة كالتدريب على الاهتمام بنظافتهم او تطوير مهاراتهم اللغوية).

ه - الشعور بالانفصال او بالنفور من الآخرين.

و - ضيق الافق العاطفي كمثل عدم القدرة على امتلاك مشاعر الحب.

ز - الاحساس بدنو الاجل. (كأن يفقد الامل في الحصول على عمل او في الزواج او في الاولاد او في حياة طويلة).

٤ - استمرارية العوارض التي تعكس زيادة التأثير بالصدمة (على ان لا تكون هذه العوارض موجودة قبل الصدمة).

وتتعكس هذه الاستمرارية ببندين من البنود التالية على الاقل:

أ - صعوبة الاغفاء والمحافظة على استمرارية النوم.

ب - سرعة الاستثارة (الانزعاج والغضب).

ج - صعوبة التركيز.

د - الخدر فوق الاعيادي.

هـ - استجابة الجففة المبالغ فيها.

و - معاودة مظاهر الاضطراب الفيزيولوجي عند التعرض لاحاداث ترمز للكارثة او تذكر بها (مثلاً امرأة تعرضت للاغتصاب في مصعد ثم تظل تتصرف عرقاً كلما دخلت أي مصعد آخر).

ز - ديمومة الاضطراب (أي ديمومة العوارض المذكورة في الفقرات ٢ و ٣ و ٤) واستمراريتها لمدة شهر على الاقل. حدد ما اذا كانت هذه العوارض قد تأخرت في الظهور عن مدة ٦ أشهر بعد تعرضك للصدمة.

٨ - ملحق (ح)

١ - بيان تكساس للفقدان:

«هذا المقياس يحاول تبيان مقدار انعكاس كارثة فقدان عزيز لدى الشخص. وضمير الغائب المستعمل في هذا البيان يعود للشخص المفقود - الميت».

١ - خاطيء كلياً ٢ - خطأ ٣ - ربما ٤ - لا على الالغب ٥ - صحيح تماماً

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ١ - اعمالي تصرخ لاجله. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٢ - لم ازل اغضب لدى التفكير به. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٣ - منذ توفي اشعر بأنني هو. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٤ - اشعر بالذنب لدى تفكيري به. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٥ - يثقلني التفكير به. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٦ - اشعر ان ما حدث له لم يكن عادلاً. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٧ - اشعر انه ما زال معندي في بعض الاوقات. |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ | ٨ - اكتسبت عاداته واهتماماته. |

- ٩ - رأيت شخصاً يحل محله.
- ١٠ - اشعر ان البكاء قد يريحيني لو استطعت ان ابكي.
- ١١ - لن يحل احد مكانه في حياتي.
- ١٢ - احبس دموعي عندما افكر به.
- ١٣ - اضحك مرغماً عندما افكر به.
- ١٤ - استطيع الان ان اتحدث عنه بدون اسى.
- ١٥ - يزورني احياناً في الحلم.
- ١٦ - ابكي عندما افكر به.
- ١٧ - تنتابني القشعريرة عندما افكر به.
- ١٨ - اشعر انتي مريض عندما افكر به.
- ١٩ - اشعر انتي تآلمت مع الخسارة.
- ٢٠ - لم اعرف شخصاً افضل منه.
- ٢١ - لا استطيع تقبل فكرة موته.
- ٢٢ - اتابع عملي كالمعتاد.
- ٢٣ - اشعر بالقلق عندما افكر به.
- ٢٤ - ان الاشخاص والأشياء، من حولي، تذكرني به.
- ٢٥ - افتقده واشتاق له كثيراً.
- ٢٦ - ذكراه تؤلمني.
- ٢٧ - احاول تجنب التفكير به.
- ٢٨ - اشعر تماماً مثله (كما لو انتي مت).
- ٢٩ - صحتي لم تعد جيدة منذ وفاته.
- ٣٠ - ما زلت اشعر بحاجة للبكاء من اجله.
- ٣١ - اقلق واسعير بالاضطراب في ذكراه السنوية.
- ٣٢ - لا استطيع منع نفسي عن التفكير به.
- ٣٣ - اشعر وكأنني عرضة لنفس اسباب وفاته.
- ٣٤ - اشعر بألم في نفس المنطقة التي آلمته.
- ب - بنود الموقف من الحياة:
- ١ - آمل ان القاه بعد موتي.
- ٢ - وفاته غيرت نظرتي للحياة.
- ٣ - هنالك حكمة ربانية من موته.
- ٤ - موته جعلني اكثر ايماناً.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
| ٥ | ٤ | ٣ | ٢ | ١ |
- ٥ - بقي لحياتي معنى بالرغم من موته.
 ٦ - اشعر وكأنني معاقب بسبب موته.
 ٧ - بدأت اؤمن بالله منذ وفاته.
 ٨ - زادت صلواتي بعد موته.
 ٩ - لم اعد اخاف الموت بعد الان.
 ١٠ - لم اعد مؤمناً بعد وفاته.
 ١١ - كنت دائمًا اخشى عليه من الموت.
 ١٢ - لم يعد للحياة طعم بعد وفاته.
 ١٣ - اصلى كثيراً هذه الايام.
 ١٤ - اثق بالمستقبل.

ج - استماراة مشاعر الخسارة^(٥):

«أجب بنعم او بـ لا على الاسئلة التالية:

١ - هل تحمل الافكار المؤلمة والذكريات، المتعلقة بالفقيد، اولوية في تفكيرك؟

نعم لا

٢ - هل يراودك البكاء، على دفعات، احياناً؟

نعم لا

٣ - هل بقي الشخص حاضراً (في ذهنك) في اماكن معينة. وذلك بحيث تضطر لتذكر نفسك بأنك رأيته ميتاً؟

نعم لا

٤ - هل تمنت من العودة الى ممارسة نشاطاتك الاعتيادية بعد وفاته؟

نعم لا

٥ - هل تمنت من تجديد علاقاتك الاجتماعية المعتادة؟

نعم لا

٦ - هل تحمل زيارة المقابر؟

نعم لا

٧ - هل انت قادر على بحث امور تتعلق بالفقيد دون ان تنزعج كثيراً؟

نعم لا

٨ - هل بقيت معانى الحياة على حالها عندك؟

نعم لا

٩ - هل تخالم بالفقيد على انه حي و حقيقي؟

١٠ - هل رأيت جثة الفقيد؟

نعم لا

١١ - هل عادت علاقاتك بالآخرين إلى سابق عهدها؟

نعم لا

١٢ - هل تشك في موته؟

نعم لا

١٣ - هل تشعر أنك تتألم بشكل مرض بعد فقدان؟

١٤ - هل تمكنك من توزيع اغراض الفقيد؟

نعم لا

١٥ - هل تشعر بغضب وبامتعاض لأن ذلك حدث؟

نعم لا

١٦ - هل هنالك في الموت ما يجعلك تشعر بالذنب؟

نعم لا

٩ - ملحق (ط)

استبيان مختصر للكارثة^(☆):

١ - الشخصية الأساسية (قبل التعرض للكارثة):

الاسم:

العمر:

الجنس:

الحالة العائلية:

اعضاء العائلة:

الدين:

العمل / المدرسة:

اللغة الام:

الانتماء العرقي:

● الحالة الصحية قبل الحدث الصدمي.

- هل كنت تعاني من اضطراب اعصابك؟

نعم لا

- هل عانيت مشاكل صحية؟

نعم لا

- كم كان مدى جهوزيتك او استعدادك او توقعك للحدث الصدمي؟

لم اكن مستعداً كنت مستعداً نوعاً ما.

كنت مستعداً بشكل جيد. كنت مستعداً تماماً.

ب - الخبرة الكارثية:

- هل احسست انك ستموت في هذا الحدث؟

نعم لا

- هل توفي احد اقربائك (او اعزائك)؛ في هذا الحدث؟

نعم لا

- هل فقدت منزلك بسبب الحادث الصدامي؟

نعم لا

من؟

- هل فقدت مزرعتك بسبب الحادث الصدامي؟

نعم لا

- هل فقدت عملك بسبب هذه الكارثة؟

نعم لا

- هل فقدت ممتلكات هامة جداً بالنسبة لك في هذه الكارثة (الحدث الصدامي)؟

نعم لا

- هل جرحت اثناء الكارثة؟

جروح طفيفة

جروح تتطلب علاجاً في العيادة

جروح لم تتطلب علاجاً طبياً

بالنسبة لتأثير الكارثة الفعلي عليك هل تشعر انك؟

تأقلمت كأي شخص آخر

اصبت بالانهيار.

فعلت اكثر مما كنت تتوقع

ج - التفاعل مع الكارثة:

- الآن وبعد مرور الخطر كيف تصنف افكارك ومشاعرك وردود فعلك اثناء حدوث الكارثة؟

لم تكن مرضية مطلقاً

الى حد ما لم تكن مرضية ولا مهتاجة.

كانت تعكس هياجاً محدوداً

- كيف تؤثر فيك حاليا هذه الأفكار والمشاعر (العائلية الى لحظات الكارثة)؟
- تراودني حتى عندما لا اريد التفكير
 - تراودني في الحلم على شكل كوابيس
 - اجد نفسي مجبراً على تجنب الاشياء والامكنته التي تذكرني بها.
 - انها تسيطر على تفكيري ب بحيث تتعنى عن التفكير بأشياء اخرى.
 - تراودني من آن لآخر (بطريقة عشوائية) ولكنها لا تخيفني.
 - ليس لدى اية افكار او مشاعر تتعلق بالحدث.
- افكارك على العموم هل هي؟
- اشعر بأنني افضل فيما يتعلق بهذه الافكار.
 - لا اشعر بأي تغير فيما يتعلق بهذه الافكار.
 - اشعر انها اسوأ تأثيراً في المقارنة مع الاسبوع الماضي.
- هل تشعر بالحزن او بالانهيار؟
- مطلقاً
 - الى حد ما
 - قليلاً
 - كثيراً

- د - التكيف مع الحدث الصدمي (كيف تسير امورك) :
- الا تزال تعاني من الشدة الى حد عجزك عن متابعة ما يجب عمله؟
- لا
 - نعم
- هل تجده، حالياً، ان لقاء الآخرين؟:
- لا يساعدك على الشعور بأنك افضل
 - يساعدك على الشعور بأنك افضل
 - يصعب عليك تقبيله
 - حسن بشكل عام
- هل تعتقد انك ستتغلب على صعوبة العلاقة بالآخرين مع مرور الوقت؟
- لا، ليس محتملاً
 - نعم، كلياً
 - لا، ابداً.
 - نعم والى حد بعيد
- هل لديك ما تخبرنا به عن الكارثة؟
-
.....
.....
.....
.....
.....
.....

١٠ - ملحق (ق)

أ - مقياس اضطراب الشدة ما بعد الصدمة^(٥):

ردود الفعل التالية للحدث الصدمي (او الكارثة) PTSD10.

تجدر ادناه عشرة اسئلة تتعلق بردود الفعل الشائعة لدى الناس عقب تعرضهم للصدمات نرجو الجواب على هذه الاسئلة حتى توضح لنا مشاعرك خلال الاسبوع الماضي. يمكنك ان تجيب بنعم او بلا وان كان هناك شك اختر اقرب بدليل لشعورك او ردة فعلك الرجاء الاجابة على جميع الاسئلة.

١ - خلال الاسبوع الماضي عانيت صعوبة النوم.

نعم لا

٢ - خلال الاسبوع الماضي راودتني كوايس ذات علاقة بالصدمة.

نعم لا

٣ - خلال الاسبوع الماضي عانيت من مشاعر انهيارية.

نعم لا

٤ - خلال الاسبوع الماضي شعرت باستعداد للجففة وللقرفات المفاجئة نتيجة لضجيج بسيط او حركات غير متوقعة.

نعم لا

٥ - خلال الاسبوع الماضي كانت لدى ميل الانسحاب والانقطاع عن الآخرين.

نعم لا

٦ - خلال الاسبوع الماضي كنت استثار (انرف) بسهولة).

نعم لا

٧ - خلال الاسبوع الماضي عانيت من تبدلات مفاجئة في مزاجي.

نعم لا

٨ - خلال الاسبوع الماضي عانيت من تأنيب الضمير - النقد الذاتي والشعور بالذنب.

نعم لا

٩ - خلال الاسبوع الماضي تملكتني الخوف من ارتياح مكان الحادث ومن الافكار التي تذكرني بالحادث.

نعم لا

١٠ - خلال الاسبوع الماضي عانيت من توتر في جسدي.

نعم لا

ب - استمارة الآثار المتأخرة للحوادث الصدمية:

تجد أدناه سلسلة تتعلق بالحادث وبعواقبه المؤذية (على الأصعدة الجسدية والنفسية والاجتماعية).

اقرأ كل سؤال منها بعناية لأننا مهتمون بإقامة المقارنة بين حاليك قبل الحادث وبعده. ضع إشارة 6 إلى جانب الاقتراح الذي تعتقد أنه أكثر تناسبًا مع حالتك. ومن الضروري أن تجib على كافة الأسئلة حتى ولو بدا لك بعضها غير هام. فإذا ما رأيت أن بإمكانك اقتراح إضافات (غير موجودة في الأسئلة أو في اقتراحات الاجوبة عليها)، قد تكون مفيدة فإننا نرجو أن تضيف هذه الاقتراحات.

الاسم:

رقم التسجيل:

سنة الميلاد:

المهنة الراهنة:

متزوج نعم لا.

والآن ضع إشارة 6 أمام الاقتراح الأنسب وفي حال الشك اختار الاقتراح الأقرب لتفكيرك:

١ - هل عانيت من تغيرات جسدية متكررة نتيجة للحادث؟

نعم لا

في حال الإجابة بـ نعم حدد نوعية هذه التغيرات

٢ - هل أدى الحادث إلى الحد من نشاطك الجسدي؟

نعم لا

في حال الإجابة بـ نعم حدد ذلك

٣ - ما هي نوعية العمل الذي تزاوله اليوم؟

٤ - عملك اليوم هل هو؟

كما كان قبل الحادث.

مختلفاً عما قبل الحادث.

أنت الآن في اجازة مرضية.

تقاعدت لأن الحادث أدى إلى عجزي.

تقاعدت لكبر سني.

في حال تغير عملك هل تعتقد أن للحادث علاقة بهذا التغيير؟

نعم لا

٥ - كيف كانت قدرتك على متابعة عملك بعد الحادث؟

أعمل وقتاً كاملاً (دوام عادي).

- اعمل معظم الوقت.
- لا اعمل ولم اعد اعني بمنفي (استحمام ارتداء الشياطين... الخ).
- في حال اجابتكم بوجود تغيير في قدرتك على العمل هل تعتقد ذلك ناجماً عن الحادث؟
- نعم لا
- ٦ - ما مقدار سعادتك بعد الحادث بالمقارنة بما قبله؟
- سروراً زائداً.
- لا تغيير. سروراً متناقضاً
- في حال وجود تغيير هل تعتقد ذا علاقة بالحادث؟
- نعم لا
- ٧ - هل تغير إقبالك على الآخرين بعد الحادث؟
- ازداد اقبالى على الآخرين.
- لم يتغير. نقص
- في حال تغير هذا الإقبال هل تعتقد ان له علاقة بالحادث؟
- نعم لا
- ٨ - كيف كانت علاقتك بالشريك (الزوج او الزوجة) بعد الحادث؟
- تحسنت العلاقة.
- بقيت على حالها.
- ساعات
- اذا قررت أنها تغيرت فهل يكون ذلك بسبب الحادث؟
- نعم لا
- ٩ - في غضون الاشهر الستة الماضية هل شعرت بعض الاضطرابات المذكورة أدناه؟
- اجهاد
- ازعاج. كوابيس.
- فقدان المبادرة. القلق / شعور بعدم الراحة.
- تقلبات المزاج. اضطراب في النوم
- وهن خوف - قلق
- دوار توتر
- تعرق. خوف من حالة شبيهة بحالتك.
- عسر هضم. تجفل من الضجيج المفاجيء.
- ضيق نفس. ضعف الذاكرة.

- آلام جسدية. صعوبة التركيز.
 صداع. مظاهر انهيارية.
 الميل للعزلة. الشعور بالمرارة (معنوية).
- هل ادى الحادث الى تغير هذه الشكاوى؟
- نعم لا
- هل تعتقد ان للحادث علاقة بهذه الشكاوى؟
- نعم لا
- ١٠ - كيف هي حالتك الصحية اليوم مقارنة بما قبل الحادث؟.
- افضل اسوأ على حالها.
- في حال التغيير هل تعتقد ان لذلك علاقة بالحادث؟
- نعم لا
- ١١ - حالتك النفسية كيف هي اليوم بالمقارنة مع ما قبل الحادث؟
- افضل اسوأ على حالها.
- اذا تغيرت فهل للحادث علاقة بهذا التغيير؟
- نعم لا
- ١٣ - من تظنه مسؤولاً عن الحادث؟
- أنا الآخرون
- لا احد على وجه الخصوص / كان عارضاً.
- ١٤ - هل يصيب احد معارفك المقربين بالحادث ذاته؟
- لا نعم - مات نعم ولا يزال حياً.
- ١٥ - ما هي الفكرة التي اختبرتها لحظة الحادث؟
- لا اذكر وقت حدوث الحادث.
- لم افكر بأن اصابتي ستكون خطيرة.
- اعتدت ان اصابتي ستكون خطيرة.
- اعتدت اني سأموت.
- ١٦ - هل تعتقد ان نقصاً ما تخلل الرعاية الصحية المقدمة لك عقب الحادث؟
- لا.

نعم (فسر)

- لم تكن كافية.
- كانت المعلومات عن طبيعة الاصابة ناقصة.
- كان هناك نقص في ترتيبات المعالجة الفيزيائية.
- لم تكن هناك فرصة للتحدث عن المعاناة النفسية (الاعراب عن الخوف والغضب ومشاعر اخرى).
- كان هناك تقصير في اعطاء المعلومات لعائلتي.
- اشياء اخرى (حدد)

١٧ - هل تشعر هناك نوافذ في الرعاية الاجتماعية والمساعدة الاقتصادية المقدمة لك عقب الحادث؟

لا نعم

- كنت بحاجة الى معلومات افضل حول حقوقى في هذه المساعدات.
- كان هناك نقص في المساعدات الاضافية (مساعدة النقل والاهتمام بالاطفال... الخ).
- كنت بحاجة الى مساعدة اقتصادية افضل (تعويض الاضرار، فوائد التأمين... الخ).
- اشياء اخرى (حدد)

١٨ - هل تعتقد بضرورة تعديل ترتيبات الكشف الطبي بعد مغادرة المستشفى؟ بحيث يجب استبدال هذه الترتيبات؟

لا نعم

اذا اجبت بنعم الرجاء تحديد اقتراحتك:

١٩ - هل تعتقد انك لا تزال بحاجة الى مساعدة طبية او نفسية او اجتماعية او اقتصادية؟

لا نعم

اذا اجبت بنعم الرجاء تحديد حاجاتك:

٢٠ - تعلقيات اضافية:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الأسرة المأزومة: أبعاد المعاناة وأليات المواجهة

إعداد:

د. فهد الرحمن الناصر

أستاذ مساعد قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

مقدمة:

تعتبر الأزمة والتدخل في مواقف الأزمات ظاهرة قديمة قدم الإنسان على الأرض، فمساعدة الآخرين في أوقات أزماتهم من الخصائص الأساسية للإنسان، ذلك أن التدخل في مواقف الأزمات فعل إنساني يوجد في الثقافات المختلفة وفي تعلم كيفية التصدي بنجاح للأحداث الضاغطة التي يواجهها الفرد في حياته مع الناس الذين يعيش معهم.

ويعني ذلك أن نظرية الأزمة لكونها هيكلًا منظماً من المعارف والممارسة - مبنية على أسس إنسانية ولديها قيمها الأساسية التي ترتكز عليها ومع ذلك فقد استفادت من المعارف والخبرات واللاحظات الإمبريقية والإستبصارات الإكلينيكية المستمدّة من العلوم الاجتماعية والصحية والسلوكية ومن الممارسة في عدة حقول، كما أنها استفادت أيضاً من التداخل بين العلوم المختلفة.

وقد ظهرت نظرية الأزمة خلال الستينيات من هذا القرن، وساعد ظهورها على استخدام مدخل جديد للتعامل مع الأشخاص الذين تعرضوا لمواقف الأزمات، مع التركيز على التقدم المحتل تحقيقه من خبرة الأزمة.

وقد ازدادت أعداد المتخصصين في المجالات الصحية، والعقلية والاجتماعية، الذين تعرفوا على فاعالية هذا المدخل، واقتصراره على مساعدة الأشخاص الذين هم في مواقف الأزمات وقد ساعد ذلك على قبول التدخل في مواقف الأزمات بوصفه مرحلة ثالثة من ثلاثة مراحل للبحث العلمي حدثت منذ بداية هذا القرن في مجالى الصحة العامة والصحة العقلية وهي:

أ- اكتشاف سigmوند فرويد S.Freud للأشعور.

ب- اكتشاف الأدوية التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك .Psychotropic drugs

ج- وأخيراً ظهور مفهوم للتدخل في مواقف الأزمات - في الستينيات وما بعدها.

وقد جذبت نظرية الأزمة اهتمام العديد من الأخصائيين الاجتماعيين والنفسين، فقد وجدوا أنها تعتمد في تكوينها على مصادر مختلفة من المعرفة، وتشتمل على قدر كبير من المعارف والأفكار الإكلينيكية المقبولة لديهم، وعلى مبادئ وأليات وثيقة الصلة بعملهم يمكن أن تقودهم إلى إحداث التغيرات المطلوبة في سلوكيات عملائهم وشخصياتهم، كما وجدوا أنها يمكن أن تمدهم بإطار مرجعي نظري للإفادة منه في بناء قدر كبير من ممارستهم وتوجيهها.

١/١ مشكلة الدراسة:

تدور مشكلة هذه الدراسة حول الأسرة المأزومة وأبعاد المعاناة التي تعيشها وكيفية

مواجهتها.

- ومن ثم فإن مشكلة الدراسة تحددها الإجابة عن الأسئلة الآتية:
- ماهية الأزمة، وما هي الأسس العلمية التي تستند إليها ؟
 - هل هناك مفاهيم أخرى تتدخل مع مفهوم الأزمة ؟
 - ما هو دور الأسرة المأزومة وماهية أنماطها ؟
 - ما هو تأثير الأزمة على التفاعل الأسري ؟
 - ما هي مظاهر الأزمة لدى الأسرة الكويتية نتيجة المتغيرات التي أحدثتها العدوان العراقي عليها، كمثال للأسرة المأزومة .
 - ما هي استراتيجية المواجهة للأسرة المأزومة وآلياتها المتخصصة ؟

١/٢ هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الأزمات والأسرة وتتأثرها على التفاعل الأسري، وأهميتها التي تكمن في تطرقها للأسرة الكويتية بعد العدوان بغية وضع تصور حول استراتيجية المواجهة.

١/٣ الأسس العلمية التي تستند إليها نظرية الأزمة:

تستند نظرية الأزمة في تطورها وممارستها إلى أسس علمية وإسهامات مميزة ورائدة في هذا المجال نستعرض أهمها فيما يلي :

١- نظرية التحليل النفسي :Psychanalytic Theory

خلال العقود الأولى من هذا القرن قدم "فرويد S. Freud" إسهامات رائدة في دراسة سلوك الإنسان وعلاج الأضطرابات العاطفية، ووضع الأسس للنظر إلى الإنسان بكونه كائناً معقداً وقدراً على اكتشاف ذاته وعلى التغيير، وأوضح "فرويد" الآخر العميق لخبرات الحياة المبكرة على النمو في المراحل التالية لها، ووجد "فرويد" أن الناس يمكنهم حل الصراع النابع من الأحداث الأليمية في الطفولة ومن ثم يمكنهم أن يعيشوا حياتهم بشكل أفضل.

أما التحليل النفسي - وهي طريقة العلاج التي طورها "فرويد" قد بيّنت أن النسق الثلاثي للشخصية: الهو، والانا، والأنما الأعلى يجب أن يبقى في حالة توازن equilibrium ليتجنب الآليات الدفاع غير الصحية، التي غالباً ما تؤدي إلى المرض النفسي ورغم استفادة نظرية الأزمة من مفهوم التوازن إلا أن هناك اعتراضات كثيرة على مفهوم الحتمية النفسية في النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي، فقد بني هذا المفهوم على فكرة مؤداها أن خبرات الطفولة المبكرة هي التي تقرر شخصياتنا ومشكلات الحياة التي ستواجهنا فيما بعد.

ورغم محدودية نظرية "فرويد" فإن بعض التكتnikات المستعارنة منها مثل الاستماع، والتنفيس (التعبير عن المشاعر الخاصة بحادث اليم) تعتبر مفيدة في عمليات المساعدة الإنسانية التي من بينها التدخل في مواقف الأزمات، كما أن نظرية الأزمة تحتاج إلى فهم الفرد وشخصيته، ويمكن لنظرية التحليل النفسي بمتضمناتها عن بناء الشخصية أن تخدم كإطار نظري مفيد لشمولية الظاهرة التي يتم وصفها.

٢- نظرية سيكولوجية الأنـا :Ego Psychology

اهتمت مجموعة من العلماء أمثال هارتمان Hartman، وكرييس Kriss، وليو فنشتاين

Leownstein، ورابا بورت وأنا فرويد Annafreud وفروم Erikson وغيرها بأعمال "فرويد" الأخيرة وركزوا -بصفة خاصة- على الدور المركب "لأننا في الشخصية".

وعلى الرغم من أن هؤلاء العلماء لم يقللوا من أهمية الغرائز، ولم يرفضوا فكرة الطبيعة الحتمية للسلوك، إلا أن أعمالهم تمثل انتقالاً من الاهتمامات الفرويدية الأولية إلى جانب آخر من الشخصية، فاهتموا "بالأنا" أكثر من "الهو" وبالعمليات الثانوية أكثر من العمليات الأولية.

لقد بنيت وجهات نظر علماء نفس الأنا عن المشاكل الإنسانية على دراسة الأفراد العاديين بدلاً من الأفراد المضطربين وركزوا على قدرة الإنسان على التعلم والنمو طوال الحياة، وقد استفادت نظرية الأزمة من جهود هؤلاء العلماء، ومن كل التطورات التي حدثت في نظرية سيكولوجية الأنا، وفي بناء الأساس الفلسفية لها.

٣- الطب النفسي العسكري Military Psychiatry :

خلال كل من الحرب العالمية الثانية، وال الحرب الكورية، كان علاج الجنود الذين تواجههم مواقف صعبة ضاغطة يتم في نفس موقعهم بالخطوط الأمامية لميدان المعركة كلما أمكن ذلك؛ بدلاً من إعادتهم إلى أوطانهم للعلاج في مستشفيات الطب النفسي.

وكشفت الدراسات أن هؤلاء الجنود استطاعوا العودة إلى واجبهم القتالي بسرعة بعد تقييمهم مساعدة سريعة (أي تدخل في موقف الأزمة) فردية أم جماعية.

ويفترض المدخل الخاص بالطب النفسي العسكري، أن ميدان القتال هو المجال الطبيعي للجندي، وأن الجندي سوف يعود لأداء واجبه القتالي على الرغم من المشاكل المؤقتة التي تواجهه، ورغم أن الطب النفسي العسكري يستخدم التدخل في مواقف الأزمات أساساً للتحجيم بتحقيق الأهداف النظامية إلا أنه حق اكتشافاً مفيداً ومهماً في مجال التدخل في مواقف الأزمات ككل.

٤- نظرية الأزمة عند إيريكسون Erikson E:

بين "إيريكسون" - وهو عالم أنثروبولوجي ومحلل نفسي - أن الفرد يمر بسلسلة من الأزمات أطلق عليها "إيريكسون" اسم أزمات الحياة Crisis of Life أو أزمات الهوية identity، ووصف ثمانى مراحل يمر بها الفرد خلال دورة حياته وبين أنه في كل مرحلة تسسيطر عناصر معينة من الهوية تضع الفرد أمام نوع من التحدي للتوفيق بين قطبين متعارضين، وأن حاجات كل مرحلة تبقى ساكنة ولكنها تميل إلى السيطرة في أوقات الانشغال القصوى، وفي كل مرحلة تتطور أزمة حتى يصل الفرد إلى السيطرة في أوقات الانشغال القوية، حتى يصل الفرد إلى حل في النهاية.

وينظر "إيريكسون" إلى أزمات الحياة بأنها تمثل فترات من الأمل والتحدي إلى جانب كونها فترات من الاضطراب والقلق، ففي كل مرحلة هناك مشاكل يجب مواجهتها، ومهام يجب تنفيذها، كما يتم اكتشاف احتمالات وإمكانيات جديدة، وكل من هذه الجوانب يمكنها أن تضيف ثراءً للهوية وتطورها.

وقد استفادت نظرية الأزمة من أفكار "إيريكسون" عن مراحل النضج البيولوجية النفسية وإمكانية حدوث الأزمات خلالها، والمهام الاجتماعية النفسية التي ترتبط بكل مرحلة، المطلوبة للنمو والنضج للمرحلة التالية.

٥- الطب النفسي الوقائي (Preventive Psychiatry): (١٣)

قام "ليندمان" Lindman عام ١٩٤٤ بدراسة آثار الكارثة التي سببها الحرائق المروعة في مدينة "بوسطن" وقتل فيها (٤٩٢) شخصاً، حيث فحص "ليندمان" تأثير الموت والفقدان Loss على الأفراد والأسر وخبرة حرمان الأشخاص من أعزاء عليهم، ووجد ليندمان أن الناجين من هذه الكارثة قد أصبحوا بالعديد من الأمراض النفسية، وذلك لفشلهم في تخطي عملية الأسى Process of griefing المعتادة تخطي عملية التي بين "ليندمان" أنها تمثل في الحداد على الشخص المفقود، والمرور ب الخبرة الألم الذي يسببه هذا فقدان ومن ثم تقبل هذا فقدان والتوفيق مع الحياة في غيبة الشخص أو الموضوع المحبوب، وبين "ليندمان" أن تشجيع الناس على السماح لأنفسهم بالمرور بهذه العملية الطبيعية للأسى يمكن أن يجنب الأفراد والأسر النتائج السلبية لأزمة فقدان.

وقد استفاد العاملون في مجال الطب النفسي الوقائي من هذه الدراسة وتمكنوا من تطبيق نتائجها على أي فرد يعاني من فقدان مفاجيء أو خطير، وبذلك فإن دراسة "ليندمان" قد أرسست قواعد أهم الأسس لنظرية الأزمة المعاصرة.

ذلك أدت جهود تيهرست J. Tyhurst و هو رائد آخر من رواد الطب النفسي الوقائي وجيرالد كابلان G. Caplan الذي طور في عام ١٩٦٤ إطاراً نظرياً لفهم الأزمة وتطورها Crisis Development، حيث ركز في هذا الإطار الأخير أهمية المساعدات الاجتماعية والثقافية والمادية لتجنب الأزمات، وقد استفادت الأزمة المعاصرة من إسهامات "كابلان" وتبيّنت العديد من مفاهيمه الأساسية.

٦- نظرية الدور :Role Theory

نظراً لأن المفاهيم الخاصة بالبناء الأسري وتفاعلاته وأدائه الوظيفي لها صلة وثيقة و مباشرة بالتعامل مع وحدة الأسرة التي في موقف الأزمة، فإن نظرية الدور لها مكان مهم في نظرية الأزمة فيما يتعلق بتحليل أدوار الأسرة، طالما أن العجز الوظيفي للدور الاجتماعي يكون عادة أحد نتائج الأزمة، كما أن مفهوم انتقال الدور Role Transition وتعاقب تغير الأدوار طوال دورة حياة الفرد يعتبر أحد أبعاد الضغوط التي تعجل بحدوث حالة الأزمة عند الفرد أو الأسرة، وقد استفادت نظرية الأزمة من نظرية الدور في فهم هذه المفاهيم واستخدامها.

٧- المدخل الوقائي للصحة العامة:

يعتبر مفهوم الوقاية من أهم المفاهيم التي تناولها هذا المدخل لنظرية الأزمة وذلك من خلال مستويات ثلاثة:

I- المستوى الأول: ويهدف إلى تشجيع الاهتمام بالصحة و توفير حماية محدودة حتى يمكن التقليل من حدوث العجز أو الإضطراب ولتشجيع النمو والتقدم و مقاومة الأزمات في المجتمع.

II- المستوى الثاني: ويهدف إلى دراسة الحالة بغية التوصل إلى تشخيص مبكر للمرض حتى يمكن تقديم العلاج اللازم للمرض وهو لا يزال في مراحله الأولى.

V- المستوى الثالث: ويهدف هذا المستوى الوقائي في المجال الصحي إلى التقليل من عجز المريض والعمل على تأهيله مهنياً، والتقليل من الآثار السلبية الطويلة المدى للإضطرابات الموقفية الحادة، وتعتبر البرامج التعليمية وبرامج التأهيل المهني من الوسائل المهمة لمساعدة من يمرون بمثل هذه الإضطرابات على العودة لأنماط حياتهم وأدوارهم المهنية

السابقة أو تعلم أدوار جديدة. (١)

٤/٤ القيم الأساسية التي ترتكز عليها نظرية الأزمة:

- ١- أن الأشخاص الذين يكثرون في مواقف الأزمات أشخاص طبيعيون أساساً حتى ولو كانوا على درجة عالية من التوتر والقلق إذ ليس - بالضرورة - أن يكون الشخص الذي في موقف الأزمة مصاب باضطراب نفسي، لذلك فإنه من المهم أن تميز بين الأزمة وبين الأشكال المختلفة من الأمراض العاطفية والعقلية حتى لا تؤدي الإشارة "علاج" الأزمة بأن الأشخاص الذين هم في مواقف الأزمات يدخلون في عداد المرضى.
- ٢- أن الأشخاص الذين يكثرون في مواقف الأزمات لديهم القدرة والرغبة في مساعدة أنفسهم، وأن هذه القدرة والرغبة قد يتباينا قدر متفاوت من الضعف، وأن رغبة الشخص القوية في تحرير مصيره، وتحقيق النمو بالإضافة إلى المساعدة التي يحصل عليها من الآخرين يؤثران عادة على توجيهه نتائج الأزمة نحو الاتجاه السليم.
- ٣- أن لجهود الأشخاص الذين يشتكون في التدخل في مواقف الأزمات مثل الآباء أو الأقارب أو الجيران، أو الأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم - فائدة عظيمة إذا أمنوا بإمكانية النمو الكبيرة الموجودة في كل شخص وبأن الأزمة تحمل في ثناياها الفرصة للنمو وتجنب الخطر المتوقع من الأزمة.

٤/٥ بعض المفاهيم التي تداخل مع مفهوم الأزمة:

قبل أن نتعرض لتعريف مفهوم الأزمة، فإن الأمر يتطلب أن نوجد نوعاً من التمييز بين هذا المفهوم وبعض المفاهيم الأخرى التي تداخلت معه، ومن أهم هذه المفاهيم ما يلي:

- ١- المأزق *Predicament*: وهو ظرف أو موقف محرج أو خطير أو غير سار، ومن ثم هو ليس أزمة.

٢- الحالة الطارئة *Emergency*: وهي مجموعة من الظروف التي لا يمكن التنبؤ بحدوثها وتتطلب إجراء فوريًا، وتعلق في الغالب بمسألة الحياة أو الموت، وهي أيضاً ليست بأزمة.

٣- الضغط *Stress*: وهو نوع من الانزعاج أو الألم أو الشعور بالاضطراب، ينبع من مصادر عاطفية أو اجتماعية أو جسدية وينتج عنه الحاجة إلى التحرر من التوتر أو السعي إلى التخلص من الانزعاج أو الضيق أو الألم. وعلى الرغم من أن الضغط يشكل نوعاً من التوتر والاجهاد الشديد فإنه ليس أزمة في حد ذاته، فالحدث الضاغط يتطور إلى حالة الأزمة إذا افتقد الشخص القدرة على التصدي له أو السيطرة عليه.

٤- المرض *Illness*: يوصف المرض من الناحية الباثولوجية بأنه ظرف معين يمكن التحقق من صدقه عن طريق الملاحظات الإكلينيكية والاختبارات المختلفة ويمكن للأخرين ملاحظة مثل هذه الأضرار العضوية أو الأضطرابات السلوكية بغض النظر عن إدراك المريض لها. وعلى ذلك فإن الأزمة ليست مرضًا ولا يتسع أن تدخل في مجال علم الأمراض النفسية *Phychopathology*.

٥- الاضطراب العاطفي *Emotional breakdown*: ويقصد به عجز الشخص عن التعامل مع مشاعره إلى الحد الذي يصل به إلى الاضطراب في الأداء الطبيعي لوظائفه، ومن مظاهر هذا الاضطراب الاكتئاب والخوف والغضب وما إلى ذلك.

٦- الاضطراب العقلي *Mental disorder*: وهو اضطراب في أداء الوظائف المعرفية، يظهر في شكل عجز تام عن التفكير والسلوك بشكل طبيعي، وهو يتطور بشكل يؤدي إلى

اضطراب في التعبير عن المشاعر وفي السلوك وفي التفاعل مع الآخرين.

٧- المشكلة والأزمة: يستطيع الشخص حل "المشكلة" من خلال استخدام مجموعة جديدة من آليات التصدي المتوفرة في "الأنما" أما "الأزمة" فإنها تتطلب أن يتعلم "الأنما" مجموعة جديدة من الأدوار وأن يتكامل معها.

١/٦ تعريف الأزمة:

تعرف الأزمة بأنها "اضطراب عاطفي حاد يؤثر في قدرة الفرد على التصدي عاطفياً أو معرفياً أو سلوكياً، ويؤثر كذلك في قدرته على حل مشاكله بالوسائل العادلة لحل المشكلة، والأزمة ليست مرضًا عاطفياً أو عقلياً، ويؤكد "منصور" في بحثه (٢) أن لمصطلح "أزمة" في المعاجم العربية عدة معانٍ أساسية، كلها ذات صلة بالمعنى العلمي الذي نقصده ونحن نتكلّم عن طبيعة الأزمة ومفاهيمها، وهذه المعانى هي:

١- الصرخة والاحتجاج فيقال (أزم) على الشيء، أزما: عض بالفم كله عضا شديداً.

٢- الضغط الزائد: فيقال (أزم) الحبل ونحوه: أحكم فتلـه (وأزم) الباب: أغلقه، ويقال أزم الفرس على اللجام.

٣- الخسارة والفاقد: فيقال (أزمت) السنة - أزماً: اشتقت قحطها (والأزمة): القحط

٤- الانفعالية الزائدة: فيقال (الأزمة): الضيق والشدة وفي علم الطب: تغير فجائي يحدث في مرض حاد كالحميات.

٥- المواجهة: فيقال (أزم) فلان على هذا: لزمه وواظبه عليه. (٣)

ومعاناة الشخص من أزمة، تكون نتيجة لفقدان مفاجئ للمساندة النفسية وغيرها من المساندات الأخرى، فقدان إنسان عزيز (أب، أم، أخ، ابن، اخت، صديق.. الخ) في حادث أو بسبب المرض أو الأسر في الحرب وما إلى ذلك، قد تسبب للشخص صدمة تجعله يشعر بالضياع أو العجز عما يجب عليه عمله، فقد احتفى مصدر المساندة والراحة التي كان يوفرها له الشخص المفقود دون سابق إنذار ودون أن يترك له الوقت الكافي للتلاقي والتغيير.

كذلك يمكن أن تحدث الازمة وحالة الصدمة الناتجة عنها في أوقات الانتقال العادي للدور Role Transitions كما في حالة الفتاة التي تبلغ من العمر ١٩ سنة والتي كانت تعتمد على أنها بشكل كبير في الحصول على النصح والمساندة حيث أصبحت بعد شهر واحد من زواجهما باكتئاب شديد مع عدم القدرة على القيام بدورها كزوجة، لأنها لم تكن مهيأة للانتقال من دور المراهقة إلى دور الرشد، ومن العزوبيّة إلى الحياة الزوجية ومسؤوليات الحياة الزوجية.

كما يمكن أيضاً أن يقع الشخص في أزمة بسبب وجود تهديد يفقدان شيء يعتبره مهمًا وأساسياً في حياته ومن أمثلة ذلك تهديد الرجل لزوجته بالطلاق أو العكس.

مما سبق يمكن القول إن الأزمة تحدث لبعض الأشخاص عندما يواجهون حادثاً نفسياً أو اجتماعياً يمثل بالنسبة لهم تحدياً معيناً، فالأزمة بالنسبة لهؤلاء الأشخاص تمثل دعوة لفعل جديد، لا يستطيعون مواجهته بمواردهم التكيفية التي تسعى أنشطة حل المشكلة من خلالها إلى إشباع الحاجات الأساسية للفرد، فطوال دورة حياة الفرد، تحدث العديد من المواقف التي تؤدي إلى اضطراب التوازن أو انعدامه، ورغم أن الفرد قد يكون لديه ميكانيزمات التكيف أو التوازن المناسبة، غير أن الأنشطة العادية التي توجه لحل المشكلة لا تصلح لمهمة استعادة التوازن بسرعة عندما يكون الفرد في حالة "أزمة". وعن الأزمة وصدماتها أوضح "دسوقي" في بحثه: سيكوباثولوجيا العدوان العراقي على الكويت (٤) "في معايشة فاجعة العدوان العراقي للكويت

١٩٩٠ / ١٩٩١ والملحقة اللاهثة التي خلفها العدوان الغادر على شعب الكويت ابتداء من ذهول الصدمة التي عصفت بالعقل العربي وزلزلت الشخصية العربية بما أحدث من اختلال في الوظائف العقلية واضطرب في المشاعر الوجدانية، فحيث لم يكن بالإمكان – لسرعة تتبع الأحداث – تفريغ الشحنة الانفعالية للصدمة "الراجفة" المزلزلة للنفوس المغيبة للوعي المفقودة للذاكرة أو التحكم في شيتها ولو بالنسبان أو الهروب من الموقف... فقد أدى كبت الخبرات الآلية المتعلقة بالصدمة إلى كل أنواع فقدان الذاكرة العقبي والحدسي والرجعي، ولما أفاد الكويتيون من الصدمة "الراجفة" واستعادوا الوعي بصدمة "رادفه" (مفروض أنها علاجية من الصدمة الراجفة) لم تزودهم العودة إلى بلادهم المحررة إلا الاصطدام مرة أخرى بالواقع الأليم الذي أحده الغزو والاحتلال: من خراب ودمار وقتل واغتصاب وسلب ونهب وتلوث في البيئات البرية والبحرية والجوية".

ورغم أن الأحداث الخطرة تفرض مشكلة أو "أزمة" على موقف الحياة الحالي، فقد تتضمن تهديداً للحاجات الأساسية الحالية، لكنها مع ذلك قد ترتبط بالتهديدات القديمة للحاجات الأساسية، وقد تعيد تنشيط الصراعات اللاشعورية غير المحلول أو التي تم حلها بشكل جزئي. وقد لوحظ في الأعمال التي تتعلق بالتدخل في مواقف الأزمات، أن المشكلات القديمة التي ترتبط بشكل رمزي بالحاضر قد تستثار أو تتبه وتظهر في الشعور تلقائياً، ومن ثم فإن الأزمة يمكن التعامل معها بشكل سهل نسبياً، لذلك فإن الأزمة بما تقوم به من تعديل في الطاقة قد تقدم للفرد "فرصة ثانية" لتصحيح أنواع الاضطرابات ومظاهر ألوان سوء التكيف المبكرة.

ويستخلص مما سبق أن هناك ثلاثة عوامل تنتج الأزمة:

- ١- حدث أو سلسلة من الأحداث الخطرة تفرض على الفرد نوعاً من التهديد.
- ٢- تهديد للحاجات الأساسية الحالية أو الماضية التي ترتبط بشكل أو باخر بالتهديدات المبكرة التي ينتج عنها اضطراب أو صراع.
- ٣- عجز الفرد عن استخدام ميكانيزمات التصدي المناسبة.

لذلك يمكن النظر إلى الأزمة والمشاعر التي تصاحبها على أنها:

- أ-> تهديد Threat: قد يكون موجهاً نحو الحاجات الأساسية للفرد أو تجاه إحساسه بالتكامل Integrity أو الاستقلال، وفي هذه الحالة ترتبط الأزمة بقدر كبير من الشعور بالقلق.
- ب-> فقدان Loss / قد يكون فقدان لشخص، أو خبرة لحرمان شديد، وفي هذه الحالة يصاحبها شعور بالاكتئاب والحزن.
- ج-> تحدي Challenge: قد يكون من أجل المحافظة على البقاء.. أو النمو.. أو السيادة أو التعبير عن الذات.

وفي هذه الحالة يصاحبها بعض القلق ولكنها تحمل معها مقوماً مهماً للأمل وتحرير الطاقة من أجل حل المشكلة.

والأزمة ظاهرة محدودة الوقت Time limited، فالفرد ينجح بمرور الوقت في التوصل إلى بعض الحلول للأزمة، وقد يتم حل الأزمة ويعود الفرد إلى حالة التوازن مرة أخرى ومع ذلك قد تختلف النتائج، فحالة التوازن الجديدة قد تكون هي نفس الحالة السابقة للأزمة وقد تكون أفضل منها أو أسوأ، وتعتمد النتيجة التي يتوصل إليها الفرد على عدة متغيرات مثل قدراته التكيفية الحالية، والعوامل البيئية الملائمة، وكلها عوامل لها تأثير رئيسي في نتائج حل الأزمة. بالإضافة إلى أنه ليس من الضروري أن يؤدي الحدث الضاغط إلى أزمة، لأن ما يمثل أزمة

لأحد الأشخاص قد لا يمثل أزمة بالنسبة لغيره، فقد يشعر أحد المراهقين بالاضطراب أو الصراع خلال مرحلة منتصف العمر بصفتها جزءاً عادياً من تطوره الإنساني، بينما يشعر صديقه بالاكتئاب، وقد يفكر في الانتحار رغم مرورهما جميعاً بنفس مرحلة العمر.

والسبب في ذلك يرجع إلى الاختلاف في الاستجابات، فطالما كان الشخص قادرًا على التعامل مع الأحداث الضاغطة في الحياة فإنه لن يخبر الأزمة، ولكن إذا استحوذ عليه الحدث الضاغط ولم يتمكن من التعامل معه أو إيجاد مخرج له فقد ينتج عن ذلك أزمة، وإذا لم تحل الأزمة بشكل بناء فسيترتب على ذلك مرض عاطفي أو عقلي أو (إيمان للخمر أو للمخدرات أو غيرها من العاقير المخدرة)، أو عدوان على الآخرين أو عنف تجاههم، ويببدأ الشخص في الدخول في دائرة تفاعل فيها الأحداث الضاغطة والأزمة والنتائج السلبية للأزمة مع بعضها البعض، فالأزمة لا تحدث من فراغ ولكنها تخبر عادة في تفاعل دينامي بين هذه العناصر في نطاقات ثقافية معينة.

ومن ثم يتعمّن أن نضع في اعتبارنا أن الأحداث الضاغطة ليست هي التي تنشط الأزمة، فالأزمة تحدث عندما يؤدي تفسير الشخص لهذه الأحداث وقدرته على التصدي في حدود موارده الاجتماعية إلى ضغوط لا مهرب منها، وتبعاً لذلك فإنّ فهم الأشخاص الذين في مواقف الأزمات وكيفية مساعدتهم، يتضمن بالضرورة الانتباه ليس لما يشعرون به من توثر عاطفي فحسب وإنما يتضمن أيضاً الانتباه إلى العوامل الاجتماعية والثقافية والمادية التي تؤثر على كيفية استجاباتهم للأحداث الضاغطة في الحياة. (٥)

ثانياً: الأسرة المازومة:

٢/١ دور الأسرة المازومة وتداعياتها:

تشكل الأسرة نظاماً رئيسياً من نظم التكامل الاجتماعي، وتعمل بمثابة ظهير لمواجهة عواقب الأحداث الصدمية - الناتجة عن الأزمات - على الأسرة كأفراد وجماعة ونظام وأسلوب حياة، ولذا تستخدم الأسرة من خلال المساعدة المهنية عن طريق الاختصاصيين أساليب مميزة تتحقق من خلالها دورها في مواجهة الأزمة والعواقب الصدمية الناجمة عنها.

ومثل هذه الأساليب الوظيفية التي تستخدمها الأسرة في التحكم بالضغوط الصدمية ومواجهتها ترتكز إلى عدد من الخصائص يحددها "فيجي لي Figley" فيما يلي:

- ١- تقبل الحدث الصدمي.
- ٢- المشكلة المتمرضة على الأسرة.
- ٣- المشكلة الموجهة نحو الحل.
- ٤- درجة عالية من التحمل.
- ٥- الالتزام والمسؤولية مع تأكيد الروابط الوجدانية.
- ٦- التواصل.
- ٧- التماسك.
- ٨- الأدوار المرنة.
- ٩- الاستفادة من المصادر واستخدامها.
- ١٠- تجنب العنف وسوء استخدام العاقير.

وفقاً لهذه الخصائص، تتوفر البيئة الأسرية المواتية لأداء الأسرة لوظائفها في تقديم

المساندة والدعم لأحد أو لبعض أعضائها.

ومع ذلك، ثمة نقطة ضعف في دور الأسرة في مساندة أعضائها قد تقلل من فاعليتها في أداء هذا الدور، وتلك مفارقة تستحق الاعتبار ذلك أنه لنفس الأسباب التي على أساسها تقوم الأسرة بدور فعال في مساندة أعضائها على مواجهة الضغوط التالية للصدمة تكون الأسرة ذاتها مستهدفة لأن تخبر ضغوطاً صدمية في سياق نفس هذه العملية، والسبب في ذلك هو عامل الحب والتعاطف الوجداني Empathy الذي يميز نظام العلاقات المتبادلة في الأسرة، فجوانب القوة وكذلك جوانب الضعف تكمن في هذه العوامل، وبالتالي فإن أعضاء الأسرة يقومون بدور فعال في مساندة بعضهم بعضاً، ولكنهم مستهدفون أيضاً لعواقب تلك المساعدة من خلال نفس تلك الآلية (الحب والتعاطف الوجداني) التي تجعلهم فعاليـن للغاية في أداء هذا الدور، ولهذا كثيراً ما تنتقل آثار الخبرة الصدمية من العضو "الضحية" إلى بقية أعضاء الأسرة أو بعضهم، حيث يصبحوا ضحايا كذلك من خلال ما يعنيه أحدهم من خبرة صدمية وتلك تداعيات لتأثير الخبرات الصدمية والضغط التالية للصدمة، وذلك ما تكشف عنه الدراسات والبحوث التيتناولت آثار اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وامتدادها من جيل لآخر في الأسرة والمجتمع.

وتمثل خبرة الأسرة المأزومة حالة صدمية شاملة ليس للشخص ضحية الأزمة ليس (حادث الأسر مثلاً)، ولكن كذلك للأسرة والأقارب والأصدقاء ولجماعات عديدة في المجتمع وتناثر الأسرة بهذه الخبرة بطريقتين:

الأولى حيث تتأثر بها بشكل مباشر من خلال المشكلات بعيدة المدى التي تتعلق بالأزمة، أما الثانية بشكل غير مباشر، من خلال مشكلات التكيف لحالة "الأسر". وعلى الرغم من أن خبرات الأسر تتشابه في بعض الجوانب مع الكوارث الخطيرة الأخرى إلا أنها تختلف عنها بشكل جوهري، من حيث أن الضغوط الناتجة جراء هذه الخبرة بالنسبة لأعضاء الأسرة تتغير ضغوطاً "ممتدة وغير محدودة" على حد سواء، علامة على ذلك، فإن الموقف يكون مشوباً بالغموض وغالباً ما يحمل تهديداً بالموت أو بالفقدان المستمر لذلك العضو الأسير من الأسرة، ومن ثم فإن هذا التهديد يظل مستمراً ولا ينتهي في شهر أو عام أو حتى أعوام.

والواقع أن التركيز على الأسرة باعتبارها مدخلاً ووسيطاً فعالاً للعلاج والتأهيل من ناحية، وباعتبار ذاتها أيضاً موضوعاً للعلاج وهدفاً له من ناحية أخرى إنما ينطوي على أهمية خاصة لعدة اعتبارات:

أولها: أن الأسرة توفر سندًا قوياً للشخص الضحية أو الأشخاص الضحايا من أعضاء الأسرة ومن ثم تعينهم على مواجهة الضغوط التالية للأزمة عن طريق وقايتهم من العواقب الانفعالية أو الصحية أو الاقتصادية أو تخفيف حدة تلك الآثار عليهم.

ثانياً: أن الأسرة منظومة قد تستدعي الضغوط أو تخلقها، وكثيراً ما يتأثر أعضاء الأسرة بما يخبره الأعضاء فيها من مواقف ضاغطة وبخاصة الكوارث والصدمات.

ثالثاً: أن أعضاء الأسرة كجماعة قد يعايشوا في آن واحد خبرة صدمية، بل وقد يعيشوها أيضاً مع الأسر الأخرى مثل صدمات الكوارث الطبيعية والحروب والابتلاء بظروف قاسية نتيجة الحروب مثل الاستشهاد أو الأسر، ولذا فإن أعضاء الأسرة أو الأسر مع بعضها قد تقدم نوعاً من المساندة الانفعالية بل وقد يشكلوا نمائطاً مما يعرف: بجماعات العون الذاتي help-Self group ولهذا ينبغي النظر إلى أعضاء الأسرة على أنهم جميعاً ضحايا، بصرف النظر عما إذا كان هناك عضو واحد فقط أو أكثر من عضو كان ضحية "الأزمة الصدمية"، ويعزى ذلك إلى الروابط العاطفية القوية التي تميز نظام العلاقات في الأسرة بحيث إذا خبر عضو في الأسرة

ضفوطاً صدمية فإن الأسرة كلها تخبرها كذلك.

ذلك أن من طبيعة الأحداث الصدمية أن تؤثر في الأفراد والأسرة والمجتمع بطرق مختلفة كثيرة مباشرة أو غير مباشرة، ويصل هذا التأثير إلى حد انتقال أثر الصدمة إلى أعضاء الأسرة وتأثيرهم في بعضهم البعضً وانتقال هذه الآثار عبر الأجيال Intergenerational Transmission، وذلك نمط من التأثيرات العميقه التي تشمل الحياة الأسرية والعلاقات المتبادلة بين أعضاء الأسرة. (٦)

٢/٢ مشكلات الأسرة الكويتية المازومة:

لقد واجه المجتمع الكويتي في تاريخه حديثين خطيرين كان لكليهما الأثر الحاسم في جميع التغيرات التي تعرضت لها أنساقه ومؤسساته الاجتماعية، هذان الحدثان هما تدفق النفط والعدوان العراقي، وكان للأسرة الكويتية نصيبها الموفور من هذه التغيرات سواء من حيث الشكل والوظائف Functions والأدوار الاجتماعية Social Roles فضلاً عن أن هذه التغيرات مرتبطة داخلياً بدورة الحياة Life Cycle وخارجياً بالعلاقة الديناميكية والمترادفة بين سائر الأنساق والمؤسسات في المجتمع وما يجري بينها من تداخل وتنافر في الاختصاص.

١- نظرية الأسرة الكويتية:

عرفت أدبيات علم الاجتماع التمييز بين الأسرة الممتدة Extended Family والأسرة النووية Nuclear، وكان تشخيص النمط الأسري السائد في المجتمع الكويتي موضع اجتهاد بعض الباحثين في علم الاجتماع.

ويبدو أن مقوله بارسونز Parsons (١٩٦٥) التي تربط ما بين تعقد البنية الاجتماعية (في المجتمعات الصناعية خاصة) واحتمالية التحول إلى نمط الأسرة النووية قد أغرت معظم الباحثين برصد هذا التحول في الأسرة الكويتية، والقول بتحولها من نمط الأسرة الممتدة إلى نمط الأسرة النووية بما تميز به من حراك جغرافي إلى أماكن إقامة جديدة وتأكل في الوظائف التي تقوم بها الأسرة، وإعادة توزيع الأدوار بين الزوجين، وهم في ذلك يربطون بين هذا التحول وبين تحول البنية للمجتمع الكويتي من مجتمع بسيط يعتمد أساساً على البحر والصحراء في المعيشة إلى مجتمع آخر بأسباب التحديث، يعتمد اقتصاده على عائدات النفط وما يرتبط به أو ينشأ حوله من صناعات نفطية وغيرها من الصناعات الخفيفة.

وقد خضعت مقوله "بارسونز" للنقد من جانب كثير من علماء الاجتماع، وكان مناط النقاش هو أن التاريخ لا يقف في صف هذه النظرية، فقد ساق لاسليت Laslett الأدلة على أن نمط الأسرة النووية هو النمط السائد في ريف إنجلترا، وأثبتت ويلموت Willmott ويونج وجود شبكات القرابة الممتدة في مناطق الطبقة العاملة.

ويتبين لنا مما سبق أن الأسرة في المجتمع الكويتي خضعت للتغيرات متعددة سواء من حيث الشكل والوظائف وتوزيع الأدوار الاجتماعية، وارتبطت هذه التغيرات بالتحولات الاقتصادية التي أنتجتها عائدات النفط ومشروعات التنمية والتحديث، وإذا شئنا تلخيصاً لهذه التغيرات قلنا إن الأسرة الكويتية تحولت من سيادة نمط الأسرة الممتدة ذات الخصائص القبلية إلى سيادة نمط الأسرة الانتقالية التي اختلطت فيها خصائص النمط الممتد والنط النووي وأنها زوحفت - كغيرها من الأسر في كثير من المجتمعات - بمؤسسات اجتماعية أخرى ناقشتها في عدد من الوظائف الأساسية التي كانت تحتكرها.

وقد أنتجت هذه التغيرات بدورها عدداً من المشكلات الاجتماعية التي حاولت الأجهزة التنفيذية والتشريعية والشعبية أن تتعامل معها، وتلتقط لها الطبل، وكان للتوجيه والإرشاد الأسري مكانة خاصة بين آليات المواجهة التي اعتمدت هذه الأجهزة في ممارسة العمل الاجتماعي، ونحاول فيما يلي تشخيص أهم هذه المشكلات في مرحلة ما قبل العدوان وما طرأ على الوضع من تغير نتيجة للعدوان العراقي على المجتمع الكويتي.

١- مشكلات الأسرة بين مراحلتين:

نذكرنا فيما سبق أن تدفق النفط والعدوان العراقي هما أخطر حدثين في تاريخ الكويت كان لهما الأثر الحاسم في إحداث عدد من التغيرات الاجتماعية الأساسية في المجتمع الكويتي بوجه عام وفي الأسرة الكويتية بوجه خاص.

لقد كانت أهم نتائج الحدث الأول هو توافر إمكانات مادية أتاحت للمجتمع الكويتي أن يتطلع إلى بناء دولة حديثة ذات مؤسسات قوية محددة الاختصاص تتغلب لمواطنيها حدأً معقولاً من إشباع حاجاتهم الأساسية، وتفتح أمامهم آفاقاً للإبداع وتحقيق الذات، في ظل حكم دستوري وخيارات ديمقراطي، كان ولا يزال مطمحـاً لكثير من شعوب العالم الثالث عامة وشعوب المنطقة خاصة.

وعلى الرغم من هذه الإيجابيات التي احتلت بها دولة الكويت مكانة مرموقة على خريطة العالم، فإن الأمر لم يسلم من وجود جوانب سلبية أنتجتها هذه التحولات، كان لها الأثر على مثبت "الفرد - الأسرة - المجتمع"، ولعل من أبرز الظواهر التي أفرزت معظم ما يعيشه المجتمع الكويتي من مشكلات، وهي:

- ١) اضطراب توزيع الأدوار الاجتماعية في الأسرة نتيجة لخروج المرأة للتعليم والعمل دون أن يواكب ذلك تغير في ذهنية الرجل، وتقبله منه لمتغيرات الوضع الجديد.
- ٢) تدفق العمالة الوافدة للمشاركة في عمليات التنمية بعد أن أصبحت البلاد منطقة جذب للعمالة الخارجية، وانتفاء قسم كبير من هذه العمالة إلى ثقافات متعددة تختلف كل الاختلاف عن الثقافة السائدة في المجتمع الكويتي.
- ٣) عدم تجانس التركيبة السكانية سواء على مستوى المواطنين أو على مستوى المهاجرين والوافدين.

٤) ظهور المشكلات التي تنشأ عادة عن الوفرة المادية مثل الإنفاق الباهي الاستهلاكي، وعدم احترام العمل اليدوي.

٥) تغير نمط الاختيار الزواجي، تبعه العديد من مفاهيم الزواج.

٦) الاعتماد على الخدم والمربيات من ثقافات مختلفة في تربية الطفل وبذلك زاحم هؤلاء، الأسرة والمؤسسات الاجتماعية في مجال التنشئة الاجتماعية للطفل.

٧) الانفتاح على التيارات الفكرية والثقافات الأجنبية، والغربية على وجه الخصوص وما يتبع ذلك عادة من مقاومة نوى الاتجاهات المحافظة.

ولعلنا إذا تأملنا هذه الظواهر يتبيّن لنا أن أكثر المشكلات التي يعاني منها الفرد والأسرة والمجتمع سواء أكانت مشكلات تربوية أو نفسية أو اجتماعية يمكن ردها ببساطة إلى هذه الأصول، ومن أمثلة ذلك مشكلات التحصيل الدراسي وعدم الوفاق الأسري والطلاق والجريمة والجنوح والعنف السياسي وغيرها، غير أن أخطر قضية ارتبطت بتدفق النفط كانت -ولا تزال- هي قضية الأمن القومي، فقد أثار ذلك طمع الطامعين، وتعرضت الكويت للتهديد أكثر من مرة

حتى كان فجر الثاني من أغسطس ١٩٩٠ حيث دخل التهديد طور التنفيذ الفعلي بالعدوان العراقي.

ولم تكن التطورات السياسية يوماً ما بمعزل عن القضايا الاجتماعية، بل إن ما أحدثه العدوان من آثار على الفرد والأسرة والمجتمع في الكويت كان من العمق والاتساع بحيث اقتضى استنفار كافة الجهود لمواجهته، واستخدمت أجهزة وأليات جديدة لتعين على التماس الحلول ورأب الصدع وإعادة بناء الإنسان والأسرة والمجتمع على أساس علمية دقيقة، ولم يكن كافياً في هذا المجال أن تستعيد الأسرة الكويتية أو ضاعها السابقة على العدوان بل كان على هذه الأجهزة أن تعالج دائرة واسعة من المشكلات منها:

- (١) ما ترتبط بمرحلة ما قبل العدوان واستمر موجوداً في مرحلة ما بعد التحرير.
- (٢) ما اتخذ بعد التحرير أو ضاعاً جديداً أكثر تعقيداً.
- (٣) ما أنتجه العدوان نفسه ولم يكن له من قبل وجود واضح.

ثالثاً: آليات مواجهة الأسرة المازومة:

الأسرة هي المنظومة الصغرى Microsystem والوسط الاجتماعي المباشر الذي يعيش فيه الشخص، وتتضمن هذه المنظومة ما هو متاح في ذلك الوسط من "مساندات اجتماعية" Social Supplies تلعب دوراً أساسياً في الأزمات.

وفي معظم الحالات تعتبر جماعة الأسرة هي الأساس في تقديم الإسعافات النفسية الأولية في مواجهة ضغوط الأزمة.

ويتناول بعض الباحثين نسق الأزمة و "منحنى النظم" في التعامل مع الأزمات من منظور وظيفي حيث تتحدد الوظائف الأساسية لأى منظومة في وظائف ثلاث وهي (أ) التكيف مع البيئة (ب) التكامل بين المنظومات الفرعية المختلفة (ج) اتخاذ القرارات.

ومن شأن أي اضطراب في هذه الوظائف الثلاث أن يؤدي إلى أزمة، فالأزمة قد تعكس نوعاً من اضطراب التوافق مع البيئة أو من نقص التفاعل بين المنظومات المختلفة داخل النسق العام للمجتمع، أما وظيفة اتخاذ القرارات فهي حجر الزاوية في استراتيجيات المواجهة كبعد رئيسي من أبعاد نظرية الأزمات.

ومن ثم فإن وظيفة اتخاذ القرارات إبان الأزمات تأخذ وجهتين: حل الأزمة باستراتيجيات فعالة لمواجهتها أو الاضطراب والإخفاق في التعامل معها. (٧)

٣/١ أهداف المواجهة العلاجية:

يمكن النظر إلى أهداف المواجهة العلاجية للأزمة على أنها:

- ١- مساعدة الأسرة على التخلص من أعراض الأزمة.
- ٢- مساعدة الأسرة على العودة إلى الوضع السابق من الأداء الوظيفي الأفضل الذي كان موجوداً قبل حدوث الأزمة الحالية.
- ٣- تحديد الجوانب القابلة للعلاج في الفرد أو الأسرة، والمصادر العلاجية التي يمكن أن تكون متوفرة بالمجتمع.

وتعتبر هذه الأهداف هي الحد الأدنى الذي يجب تحقيقه ليكون جزءاً من حل الأزمة، بالإضافة إلى ذلك فإنه كلما وجدت الفرصة أو أمكن إيجادها أو كلما سمح بذلك طبيعة العميل (فرد أو أسرة) والموقف الاجتماعي فإنه ينبغي عمل ما يلي:

I- التعرف على الصعوبات والضغوط الحالية وأصولها في خبرات الحياة الماضية وصراعاتها.

II- تطوير أنماط جديدة من الإدراك والتفكير والشعور، واستجابات جديدة للتكيف والتصدي يمكن الاستفادة منها بعد الحل الحالي للأزمة.

٣/٢ مبادئ المواجهة العلاجية:

يلتزم الأخصائي المعالج في تطبيقه لمدخل العلاج الموجه نحو الأزمة بمبادئ معينة نوردها فيما يلي:

١- الإيمان بقدرة العميل على التصدي للأزمة:

يتبعن على الأخصائي المعالج أن يؤمن بأن العميل قادر على التصدي لأية أزمة من أزمات النمو أو أي أزمة طارئة أخرى وأنه يستطيع استعادة توازنه الطبيعي والاستمرار في أدائه الوظيفي السابق لحدوث الأزمة بعد زوال الصعوبات والضغط أو نواحي الحرمان البيئية التي كانت سبباً في حدوث هذه الأزمة، فهذا الإحساس هو جوهر شعور العميل بهويته واستقلاله ولن يكون هناك نمو بدون هذه الاستمرارية.

٢- التركيز على الحاضر والأحداث الماضية المرتبطة به:

فالمواجهة العلاجية نحو الأزمة موجهة أساساً نحو الحاضر حيث يوجه الأخصائي المعالج جهوده لتوضيح الأحداث الصعبة الضاغطة التي عجلت بحدوث الأزمة وتحديدها مع مساعدة العميل في التعرف على التأثيرات المصاحبة لهذه الأحداث وقبولها على أنها أمر طبيعي يتافق وطبيعة هذه الأحداث.

وعلى الرغم من تلك الجهود التي يوجهها الأخصائي للتعامل مع الأحداث الصعبة الضاغطة ونتائجها بالنسبة للعميل، فإنه يجب أن يتم الربط بين الضغوط الحالية وبين الاضطرابات الناتجة عن الصراعات السابقة أو القديمة والتي تكمن في منطقة اللاشعور ولم يتم حلها بنجاح من قبل.

فعندما يمر العميل بتغيير مفاجئ في الظروف فإنه يمكن تشجيعه على الربط بين حالته السابقة وحالته الحاضرة، فإن السماح للعميل بالكلام عن آلامه السابقة عندما يعاد استثارتها بواسطة الخبرات الحالية، يحد إحدى الفرص التي يجب أن يتدخل فيها الأخصائي كإجراء وقائي للمستقبل حتى يساعد العميل على التوصل لاختبار الأفضل وتعلم شيء ذي قيمة يضاف لحصيلة خبرته.

٣- المشاركة في تحديد الأهداف:

ذلك أن استبعاد الشخص الذي يكون في موقف الأزمة عن المشاركة في خطة العلاج وتطویرها يمكن أن يؤدي إلى فشل كل جهود التدخل في موقف الأزمة فالأخصائي المعالج إذا قام بمفرده بتطوير أهداف التدخل في موقف الأزمة وحل المشكلة، لن يجعل لهذه الأهداف قيمة علمية مهما بدت مناسبة وعدم الانتباه لهذا العنصر المهم قد يؤدي إلى الفشل في حل الأزمة، لأن اتخاذ القرارات نيابة عن العميل ينتهك النمو والتطور اللذان يعتبران مفهومان رئيسيان في التدخل في مواقف الأزمات.

٤- استئمار طريقة التحويل:

إن معرفة ما إذا كان العميل هو الذي تقدم بنفسه إلى الأخصائي أم أنه قد تم تحويله عن

طريق شخص آخر أو جهة أخرى ومن الذي يعاني من الأزمة ولماذا يعاني منها الآن تعتبر كلها من الأمور العامة في هذا المدخل العلاجي.

٥- حق العميل في تقرير المصير:

يتعين أن نؤكد حق العميل في الاختيار بدلاً من أن نكرهه على قبول حل معين للأزمة، ينبغي أن يوضح الأخصائي -من البداية- أنه لا يجب عليه نصحه وإنما يمكنه فقط أن يساعده على استكشاف المشكلة وفهمها لكي يكون أكثر قدرة على اتخاذ قراره بنفسه. ذلك أن الأخصائي إذا أراد أن يحافظ على حق العميل في تقرير مصيره فإنه لا يجب أن يتخذ القرارات نيابة عنه إلا إذا كشف التقييم عن عدم قدرة العميل على اتخاذ القرارات بنفسه.

٦- الاستفادة من القوى الدينامية التي تحدث التغيير:

أي زيادة قدرة العميل على الإدراك الحدسي واستخدامه في حل المشكلة، ففي هذا المدخل العلاجي الأخير يتم الاستفادة من القوى الدينامية لكي تتحقق التغيير والاستفادة من عدم التوازن الناتج عن الأزمة، بهدف تعزيز التغيير السلوكي السريع عن طريق التدعيم الإيجابي ولا يتم ذلك دون فهم الديناميات النفسية لدى العميل.

٧- الإدارة السليمة للوقت:

للوقت أهمية كبيرة في مدخل التدخل الموجه نحو الأزمة في هذا المجال حيث يمكن لعنصر الوقت أن:

- I- يعمل على تحرير العميل مما يعاني منه من قلق جراء كونه معتمداً على الموقف العلاجي.
- II- يعمل كقوة وضغط لكل من الأخصائي والعميل للاستمرار في مهمة حل الأزمة، فالوقت يعطي إطاراً لتقدير ما تم تحقيقه حتى يمكن قياس النمو.

ج- يعمل على تقوية إحساس العميل بالاستقلال:

وذلك من خلال تشجيع العميل على تحديد مقدار الوقت المطلوب، وعدد المقابلات وطول كل مقابلة التي يتطلبها طبيعة التدخل لحل الأزمة وذلك من خلال حدود متفق عليها بين العميل والأخصائي المعالج.

٨- التعاون بين المؤسسات التي تشارك في التعامل مع العميل:

إذا تطلب التعامل مع العميل (فرد - أسرة) اشتراك أكثر من مؤسسة أو نظام، فإن عليهم جميعاً أن يتوصلا إلى اتفاق بخصوص الاستراتيجيات الملائمة حتى يتمكنوا من تحقيق أقصى استفادة ممكنة من الموارد المتوفرة للعميل. (٨)

٣/٣ العلاج العائلي:

تتطلب الأسر - ضحايا الأزمات والضغوط التالية لها رعاية خاصة من خلال الأساليب الوقائية والعلاجية التي تأخذ غالباً توجهاً استراتيجياً على المستوى الوطني، ونسوق في هذا الصدد ما قدمه "فيجي" لأسر الأسرى الأميركيين في إيران في مطلع الثمانينيات من خلال فريق عمل برئاسة "فيجي" كونته الحكومة الفيدرالية وفي إطار برنامج شامل لمساندة عائلات هؤلاء الأسرى. (٩)

٤/٣ استراتيجية العلاج الأسري:

يأخذ العلاج الأسري نموذجاً يتضمن عدة مراحل لاستراتيجية مرحلية يمر بها العلاج

الأسري وفقاً للأطوار التالية: (١٤) Schwarz,R.F., Prout,M .C.Peterson, K (١٩٩٣، PP ٢٠١-١٩٨)،

أ- التقويم والتقيير وبناء الرئام :Building rapport / Assessment

يواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري في البداية قضية ذات مغزى كلينيكي، حينما تحدد الأسرة مشكلتها بأنها متعلقة بالصدمة، فإن الاختصاصي الكلينيكي يستطيع عندئذ أن يقوم بعمليات التقويم وإجراءات التقيير، وبجانب ذلك، ثمة جوانب عديدة أخرى تستحق التقويم تتعلق بالإيجابية على التساؤلات التالية: هل تحدد الحدث الصدمي بوضوح؟ هل تلقي الأسرة اللوم على أحد أفرادها أم أنهم يرون المشكلة على أنها مشكلة الأسرة؟ ومن القضايا الأخرى ما يتعلق بوجود عنف في الأسرة، أو سوء استخدام العاقاقير والمخدرات، وكذلك المرونة في أداء الدور الأسري، ومقدار التعاطف الوجداني بين أعضاء الأسرة.

والواقع أن محاولات الأسرة في حل مشكلتها كثيراً ما تؤدي إلى التعجل بها بالفعل، حيث ينزع بعض الأسر إلى تعزيز الميل إلى الإنكار لدى ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتلجم في ذلك إلى كبت التعبير عن المشاعر والأفكار المتعلقة بالخبرة الصدمية، وفي ذلك قد تكون الأسرة في موقف خطر إذا كانت تعزز من نوعية الفرد الذي يتصرف غضبه إلى حد العنف. ويلاحظ أن الأسر غالباً لا تحدد مشكلتها بأنها متعلقة بالصدمة، فقد تعبر الأسرة عما تواجهه من مشكلة في شكل شكوى مبدئية من تمرد الأبناء المراهقين في الأسرة، وكثيراً ما يؤود العنف الأسري إلى لجوء الأسرة إلى طلب العلاج، وفي كل مظاهر الشكوى المبدئية غالباً لا تذكر الأحداث المتعلقة بالحرب، بل وقد تقاوم الأسرة ذلك إذا طرح هذا الموضوع بشكل مباشر، وإذاء ذلك يحاول الاختصاصي أن يتعرف على نوع ودرجة الأحداث الصدمية التي تعرض لها أحد أو بعض أعضاء الأسرة أو الأسرة كلها، ولكن إذا كانت الأسرة تبني اتجاهها دفاعياً بشكل صريح، فإنه ينبغي الحيلة من عدم القفز إلى مشكلة الصدمة بشكل مباشر، ولهذا تتحدد أهداف العلاج في المرحلة الأولية فيما يلي:

I تحديد أهداف نوعية للعلاج.

II أن يتواصل المعالج بدرجة عالية من الثقة مع أعضاء الأسرة.

III أن يعكس المعالج إحساساً بالتفاؤل إزاء توقعاته بنتائج إيجابية للعلاج.

وتتضمن الاستراتيجيات العلاجية في هذا الطور ما يلي:

١- السماح لأعضاء الأسرة بالتعبير عن وجهات نظرهم الخاصة ورسود فعلهم للحدث الصدمي الذي خبروه.

٢- التأكيد على الاعتراف والتقبل لكل ما تحمله الخبرة الشخصية لكل عضو من أعضاء الأسرة من معان.

٣- توجيه أعضاء الأسرة إلى تحديد قائمة بالنتائج المرغوبة وغير المرغوبة للصدمة.

٤- التعرف على محاولات الأسرة لحل مشكلتها، وإلى أي حد قد آلت مساعدتها إلى تفاقم هذه المشكلات.

ب- إعادة هيكلة المشكلة :Reforming the problem

يعد هذا الطور أكثر الأطوار أهمية في عملية العلاج، ويتضمن الهدف هنا ما يسميه "جوريش" بمصطلح "العبور وإقامة الجسور" Bridging لتجاوز الفروق بين أعضاء الأسرة

داخل منظومة الأسرة فيما يتعلق بنوعية الخبرة الصدمية التي تعرض لها كل عضو من أعضاء الأسرة وتقديره المعرفي لها، فكل منهم سوف تكون له فروضه الخاصة ونظريته الشخصية Personal theory عن دوافعه ودوافع الآخرين ويتحقق في هذا الطور، أن هذه النظريات الشخصية التي كونها كل عضو من أعضاء الأسرة عما حدث ولماذا حدث، سوف يشارك فيها كل أعضاء الأسرة.

وهنا ينبغي أن يتوجه المعالج إلى مساعدة أعضاء الأسرة على إعادة هيكلة الخبرات المختلفة لديهم وإلى بناء نظرية للاستشفاء تتسق مع هذا المنظور الجديد، وفي ذلك يحدد "جوريش" عدداً من الأساليب لتحقيق هذه الأهداف، مثل:

- ١- تسوية السلوك، أي إعادة النظر فيه واعتباره سلوكاً طبيعياً.
- ٢- إعادة تسمية السلوك.
- ٣- إضفاء معانٍ إيجابية للسلوك.
- ٤- إعادة تحديد أنماط السلوك في الأسرة.
- ٥- تيسير التعرف التواهي المماثلة بين أعضاء الأسرة.
- ٦- تيسير اكتشاف "معنى جديد" داخل الأسرة.

بناء نظرية للاستشفاء :Developing healing theory

يؤكد "فيجي" أنه، خلافاً للنظرية الفردية للاستشفاء ينبغي إقرار نظرية للاستشفاء لدى الأسرة يتبعها كل أعضاء الأسرة، أي الالتزام بأسلوب جديد لتحسين نوعية الحياة في الأسرة.

دور الاختصاصيين في الصحة النفسية:

يواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري عديداً من المهام والمشكلات المتعلقة بالتعامل مع منظومة الأسرة كل وما تتضمنه من تفاعلات بين أعضائها وكذلك ما يعنيه الفرد الضحية من تأثير الخبرة الصدمية، ولذا يراعي المعالج في أدائه دوره المهني كلاً من العمومية والفردية في علاج الأسرة، وفي ذلك يتضمن دور المعالج ما يلي:

- ١- نمذجة السلوك المناسب.
- ٢- تيسير التدريب على أداء أعضاء الأسرة لأدوارهم.
- ٣- تقرير ما إذا كان من الضروري تضمين الأطفال في عملية العلاج أو استبعادهم منها ومتى يكون ذلك.
- ٤- تقرير متى يكون من المناسب استخدام أسلوب الجلسات الفردية أو الجماعية(١٥) .
C., H., & Sprenkle, D.R.Figley, PP ١٩٧٨ ., ٥٣ - ٥٩ .

ويوصي في بعض الحالات باستخدام طريقة "العلاج المتعاون" Cotherapy، حيث يمارس العلاج أو يساعد فيه شخص كان مصاباً باضطراب الضغوط التالية للصدمة وتعافي منه (مثل الأشخاص الناجين من الموارث أو الحروب أو الأسر، أو ضحايا الاغتصاب.. الخ) وخاصة في الحالات التي يشعر فيها الفرد الضحية أو أسرته أن المعالج لا يفهم حقيقة الخبرة الصدمية التي يعانونها.

وفي كل هذه الأدوار، ينبغي أن يضع الاختصاصي في العلاج الأسري في اعتباره المهام التكيفية الأساسية Adaptive tasks الالزمه لتعامل الأسرة كأفراد وكمنظومة مع

أحداث الحياة وتحولاتها، وتشمل هذه المهام ما يلي (A., & Schaefer, J. H. Moos, R., ١٩٨٧، PP ١٠، ١٦):

١- إدراك معنى الموقف وفهم المغزى الشخصي للحدث لدى الفرد والأسرة؛ ويتضمن ذلك أيضاً تقدير الخسارة الشخصية، وتقديم ما انطبع في أذهانهم عن خبرتهم الصدمية، وإعادة تقييمها في إطار ذي معنى مقبول.

٢- مواجهة الواقع والاستجابة لمتطلبات الموقف الخارجي والظروف المتغيرة.

٣- تعزيز العلاقات بين أعضاء الأسرة بعضهم بعضاً، ومع الأصدقاء، وكذلك مع الآخرين المعندين من يفيدون في تقديم العون للأسرة.

٤- الاحتفاظ بتوازن انفعالي معقول عن طريق التدريب على التحكم في المشاعر الباعثة على الاضطراب التي يستثيرها الموقف أو الإشارات أو العلامات المفترضة به.

٥- الاحتفاظ بصورة الذات في إطار موجب، وتنمية الإحساس بالكفاءة والثقة.

وقد يتطلب ذلك توجهاً من المعالج نحو تمكين الفرد من مواجهة "أزمة الهوية" Identity crisis التي قد تتعرض للاضطراب وللتغير في القيم الشخصية وأسلوب الحياة. (١٠)

٣/٥ مراحل الخطة العلاجية:

(أ) مرحلة البداية:

تزداد أهمية هذه المرحلة في مدخل العلاج الموجه نحو الأزمة بسبب حساسية عامل الوقت في هذا المدخل، وهناك بعض الفرضيات الأساسية في نظرية الأزمة التي تؤثر على طبيعة مرحلة البداية تناولها فيما يلي:

١- تتطلب طبيعة الأزمة كونها عملية محدودة الوقت، تزداد فيها قابلية تأثر الشخص بالآخرين، أن يتدخل الأخصائي خلال هذه الفترة إذا أراد أن يؤثر على النتائج في وقت قصير وبشكل اقتصادي.

ولتحقيق ذلك يجب أن يكون هناك استمرارية في الاتصال بين الأخصائي المعالج والعميل دون انفصال بين المقابلة التي تتم فيها إجراءات القبول وبين المقابلات العلاجية. وأن يشارك الأخصائي في وضع الفروض المؤقتة وفي توضيح динاميکات المتقابلة بلغة يستطيع العميل فهمها، لأن ذلك يسهل للعميل فهم موقفه، ويشعره بأنه أصبح مفهوماً ويؤدي ذلك إلى تخفيف حدة القلق الذي يعني منه وإلى الشعور بالثقة في كفاءة الأخصائي.

٢- يحتاج العميل في مرحلة البداية إلى اكتساب بعض الأمل في تحسين موقفه وإلى السيطرة على المهام التي كان أداؤها ميلوساً منه في السابق، فغياب الأمل أو الإحساس بالعجز يعيق الدافعية والتغيير، ويطلب ذلك أن يكون الأخصائي نشطاً في خلق المناخ المطلوب لمرحلة البداية الذي يستطيع من خلاله أن يغرس الأمل والثقة في نفس العميل.

٣- تعتبر مشاركة العميل هدفاً مهماً من أهداف مرحلة البداية مهما كانت درجة هذه المشاركة قليلة، وتشير المشاركة إلى:

١- تحديد مختصر لما يمكن تعديله في حالة العميل وب بيئته.

٢- نوع من الوقاية أو التعديل أو الإمدادات البيئية.

٣- توضيح طبيعة الأحداث التي عجلت بحدوث الأزمة.

٤- العمل على إعادة بناء إحساس العميل بالاستقلالية، حتى يشعر العميل بقدرته على تدبر

- أموره من جديد فيما يتعلق بمشاعره وظروف حياته.
- ٥- الاستفادة من بعض عناصر العلاقة المهنية إلى أقصى حد، لمساعدة العميل على تخطي مرحلة الاضطراب التي يمر بها.
 - ٦- يجب أن ننتهي من عملية استكشاف وتحديد الأهداف والاتفاق عليها بشكل مشترك بين الأخصائي والعميل في المرحلة التمهيدية لتبأ بعد ذلك مرحلة التعاقد.

(ب) التعاقد – Contracting

- عندما يتم الاتفاق بين الأخصائي المعالج والعميل على خطة العمل، فمن المهم توثيق هذه الخطة في عقد مهني علاجي، وتتضمن طبيعة تحرير هذا العقد ما يلي:
- ١- أن العميل مسؤول بصفة أساسية عن حياته.
 - ٢- أن العميل قادر على اتخاذ القرارات.
 - ٣- أن كلا الطرفين: العميل والأخصائي لهما حقوق وعليهما واجبات يتم تحديدها في العقد.
 - ٤- أن العلاقة بين الأخصائي والعميل مكملة، وليس علاقة بين متفرق وتابع أو منقذ وضحية.

- ٥- أن العميل له الحق في استخدام أو رفض ما يعرض عليه من مساعدات أو خدمات ويجب أن يكون العقد واضحًا وأن تصاغ التوقعات المشتركة بعبارات لا ليس فيها تجنبًا للتفسيرات والتوقعات الخيالية أو الرغبات التي لا يمكن تحقيقها.
- لذلك فإن العقد المهني العلاجي يجب أن يتضمن ما يلي:
- ١) ما يمكن أن يتوقعه العميل من الأخصائي المعالج.
 - ٢) ما يمكن أن يتوقعه الأخصائي من العميل.
 - ٣) الكيفية التي سيتحقق بها الظرفان ما اتفقا عليه من أهداف.
 - ٤) تحديد التواريخ المستهدفة لتحقيق الأهداف.

ويحقق الحصول على الخدمة على أساس تعاقدي النتائج التالية:

- ١- يقلل من احتمال تدهور علاقة المساعدة إلى علاقة بين منقذ وضحية.
- ٢- يعزز السيادة والاستقلالية والمهارات الاجتماعية عند العميل.
- ٣- يسهل ارتقاء العميل من خلال خبرة الأزمة.
- ٤- يقلل من احتمال الفشل في مساعدة العميل.

(ج) مرحلة النهاية:

تحدد عملية النهاية عندما يتم التوصل إلى الأهداف المطلوبة أو عندما يبدأ العميل في التوصل إلى الحلول وهي عملية يتم إقرارها أو توقعها بشكل مسبق والتي يجب أن تحظى باهتمام الأخصائي المعالج.

ويتضمن هذا المدخل العلاجي تطبيق مفهوم "الباب المفتوح" Open door الذي يمكن العميل إذا واجهته مشكلة جديدة، من العودة للحصول على مساعدة الأخصائي دون الإحساس بالخجل أو الفشل، كما أنه يبعد عن الأخصائي الإحساس بالذنب أو الفشل إذا عاد إليه العميل طالباً المزيد من المساعدة، فمثل هذا الشعور السلبي تجاه عودة العميل ينبع من اعتقاد العديد

من الأخصائيين بأن حل المشكلة يجب أن يكون حلاً نهائياً، في حين أنه يمكن النظر إلى عودة العميل لطلب المساعدة من منظور إيجابي، فالخبرة تبين لنا أن العملاء الذين يعودون إلى الأخصائي المعالج في الجولة الثانية، ورغم أن عودتهم قد تكون بسبب تعرضهم لضغوط مشابهة للضغوط السابقة، فإن الأزمة في المرة الثانية تكون أقل حدة، وهم يستخدمون التجربة الثانية لقوية وتعزيز مكاسبهم التي حصلوا عليها في الجولة الأولى.

وفي أحيان أخرى قد تكون المساعدة المطلوبة غير مرتبطة بال موقف الأول على الإطلاق وفي هذه الحالة يتم التعامل مع العمل على تعبئة النفوس بمشاعر العدوان والبعد عن القيم والقواعد الأخلاقية، بالإضافة إلى إنتشار التوازع الفريدي بناء على إحساس الفرد بتهييد كيانه وحياته، حيث تتصارع الرغبة في الحياة ومتاعبها وقوى القيم والتزاماتها.

وتلعب العوامل الاجتماعية الناجمة عن ظروف العمل على تعبئة النفوس بمشاعر العدوان والبعد عن القيم والقواعد الأخلاقية، بالإضافة إلى إنتشار التوازع الفريدي بناء على إحساس الفرد بتهييد كيانه وحياته، حيث تتصارع الرغبة في الحياة ومتاعبها وقوى القيم والتزاماتها.

وتلعب العوامل الاجتماعية الناجمة عن ظروف الأزمات دوراً بارزاً في اختلال التركيب الأسري، حيث يعتلي الارتباك والحزن والأسى والخوف من المجهول، والإحساس بانعدام القدرة على مواجهة الأحداث السريعة، والإحساس بانعدام قيمة الإنسان التي دامت عليها الأحداث، ومن ثم الشعور بالإكتئاب وانعدام الثقة بالنفس وبالآخرين، ويمكن القول أن الصدمة أو الفجيعة التي تتعرض لها الأسر لها آثارها السلبية على النمو النفسي الاجتماعي للأبناء من جهة والمؤسسة التي تركتها الأزمة على أفراد الأسرة ككل.

ومن منطلق الاهتمام بالأسرة كنسق اجتماعي، والعمل على نموها نمواً سليماً، كان لزاماً أن نهتم بما طرأ على الأسرة الكويتية المأزومة من تغيرات نفسية واجتماعية كرد فعل للعدوان العراقي الأثم الذي ألم بها، حتى يتسمى توفير الظروف والإمكانات والبرامج التي من الممكن أن تعيد الطمأنينة والأمن النفسي، وتهدئ حياة أسرية مستقرة خالية من التأزم. وقد تناولت هذه الدراسة الأسرة المأزومة، وأبعاد المعاناة التي تعيشها وكيفية مواجهتها، بغية التعرف على العلاقة بين الأزمات والأسرة وتاثيرها على التعامل الأسري، وتكمّن أهمية هذه الدراسة في تطبيقها للأسرة الكويتية بعد العدوان العراقي بصفة خاصة.

تعرف الأزمة بأنها اضطراب عاطفي حاد يؤثر في قدرة الفرد على التصدي عاطفياً أو معرفياً أو سلوكياً، ويعود ذلك في قدرته على حل مشاكله بالوسائل العادلة، فالأزمة ليست مرضياً عاطفياً أو عقلياً لذا فإن بعض الأشخاص الذين يواجهون حادثاً نفسياً أو اجتماعياً، تعتبر الأزمة بالنسبة لهم دعوة لفعل جديد لا يستطيعون مواجهته بمواردهم التكيفية فالأزمة تهدى للحاجات الأساسية أو الإحساس بالتكامل وترتبط بشعور كبير بالقلق أو فقدان يصاحب شعور بالإكتئاب والحزن وتحد من أجل المحافظة على البقاء.

لقد استندت نظرية الأزمة في تطورها وممارستها إلى أسس علمية وإسهامات مميزة ورائدة، ومن بين هذه الإسهامات مفهوم المدخل الوقائي للصحة العامة، وهو مدخل له أهميته، حيث بهدف إلى تشجيع العناية بالصحة النفسية وتوفير حماية محدودة، بغية تقليل حدوث العجز أو الاضطراب ومقاومة الأزمات في المجتمع، من جانب، ودراسة الحالة والتوصيل إلى تشخيص مبكر للمرض، حتى يتيسر تقديم العلاج اللازم للمرضى حيث لا يزال في مراحله الأولى، فضلاً عن التقليل من عجز المريض والعمل على تأهيله مهنياً، والتقليل من الآثار السلبية المؤدية للاضطرابات الموقوية الحادة وتعتبر البرامج التعليمية وبرامج التأهيل المهني من أهم هذه

الوسائل لمساعدة من يمررون بمثل هذه الاضطرابات على العودة إلى أنماط حياتهم وممارسة أدوارهم المهنية السابقة أو تعلم أدوار جديدة.

وقد تطورت النظرة للأزمة، ونمت أساليب التدخل لمواجهتها نتيجة الملاحظات العلمية للرواد الأوائل والمجددين أو المحدثين في مجال العلاج النفسي الأسري حيث يرتكز العلاج النفسي الأسري على محورين أساسيين هما البحث والدراسة، والممارسة العلاجية العملية أو الإكلينيكية. ولما كانت الأسرة هي المنظومة الصغرى التي يعيش فيها الشخص وما تضمنه هذه المنظومة من مساعدات اجتماعية تلعب دوراً أساسياً في الأزمات فمن ثم يتحدد التعامل مع الأزمات لأي منظمة في التكيف مع البيئة، وتكامل جهود المنظمات الفرعية المختلفة، كما يتم التعامل إبان الأزمات من وجهتين: إما حل الأزمة بخطف فعالة لمواجهتها، أو الإضطراب والإخفاق في التعامل معها مما قد يؤدي إلى أزمة أخرى.

وتتطلب الأسرة نضحاها الأزمات والضغوط التي تليها، رعاية خاصة من خلال الأساليب الوقائية والعلاجية التي تأخذ توجهاً استراتيجياً على المستوى الوطني، ونشير في هذا الصدد إلى رسالة مكتب الإنماء الاجتماعي في الديوان الأميري، ودوره الريادي في مواجهة العدوان العراقي على دولة الكويت في إطار برنامج شامل لمعالجتها أو إزالتها على المدى البعيد، وقد اقتضى ذلك وضع استراتيجية متكاملة لمساعدة الأسرة الكويتية المازومة على التخلص من أعراض الأزمة، وعودة الأسرة إلى وضعها السابق، وتحديد الجوانب القابلة للعلاج في الفرد أو الأسرة، وتحديد المصادر العلاجية التي يمكن توفيرها.

ويعني مصطلح العلاج الأسري أن الأسرة ككل تعتبر هي المريضة، أو الحالة التي تتطلب العلاج، حيث ترتب على ذلك نظرة جديدة للأمراض النفسية ونظرة جديدة للإنسان، مما يتطلب ذلك أساليب جديدة للدراسة والعلاج، ويواجه المعالج الاختصاصي في العلاج الأسري عدداً من المهام والمشكلات التي تتعلق بالتعامل مع منظومة الأسرة ككل وما يتضمنه من تفاعلات بين أعضائها، وما يعنيه الفرد من تأثير الخبرة الصدمية، ويراعي المعالج في أداء دوره المهني بجانب أخلاقيات المهنة كلاً من العمومية والفردية في علاج، وتيسير التدريب على أداء أعضاء الأسرة لأدوارهم، وتقرير ما إذا كان من الضروري تضمين الأطفال في عملية العلاج أو استبعادهم منها، ومتى يكون ذلك، وتقرير متى يكون من المناسب استخدام أسلوب الجلسات الفردية أو الجماعية.

وتتطلب المواجهة العلاجية للأزمة مساعدة الأسرة على التخلص من أعراض الأزمة، وعودة الأسرة إلى وضعها السابق، وتحديد الجوانب القابلة للعلاج في الفرد أو الأسرة، والموارد العلاجية، ومن ثم يلتزم الأخصائي المعالج في تطبيقه لمدخل العلاج الموجه نحو الأزمة بمبادئه معينة منها الإيمان بقدرة العميل على التصدي للأزمة، والتركيز على الحاضر والأحداث الماضية المرتبطة، ومشاركة المتضرر بفاعلية في خطة العلاج وتطويرها ولا يقتصر علاج المتضرر على انتهاء فترة العلاج بل يستمر ذلك حين يواجه المتضرر مشكلة جديدة والعودة للمعالجة دون خجل أو فشل، لذا يتبعن على الأخصائي أن لا يكون ما أداه من مساعدة حلاً نهائياً، فمتابعة المتضرر أمر ضروري يزيده ثقة بنفسه لمواجهة الضغوط الجديدة، وصدق قول المولى عز وجل، "ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها، قد أفلح من زكّاها وقد خاب من دسّاها".

لقد تنوّعت وسائل وأساليب مواجهة الأزمات بتتنوع العصور، وتقديم المعرفة، في مجالات العلوم الاجتماعية والنفسية وتطورها مما يحملنا أن نطّوّر وسائلنا في العمل الاجتماعي لتقايلد

المجتمع الكويتي وأعراقه، والتحلي بأخلاقيات المهنة لتقديم خدمة متميزة ورائدة لصيانة هذا الكيان الاجتماعي في شتى أحواله، ومواجهة كل ما يمكن أن يعصف بالوافق الأسري أو يقوض بنائه.

الهوامش والمراجع:

- (١) علي، اسماعيل علي: "العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات" - دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية ١٩٩٥ (ص ١٥ - ٢٠)
- (٢) منصور، طلعت: "استراتيجيات التشخيص لما بعد الأزمة" بحث ضمن الحلقة النقاشية الأولى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميركي - الكويت ١٩٩٣، (ص ٢٧١ - ٢٧٣)
- (٣) المعجم الوسيط ١٩٨٥
- (٤) دسوقى، كمال: "سيكوباثولوجيا العدوان العراقى على دولة الكويت" - المؤتمر الدولى الثاني، مكتب الإنماء الاجتماعى، الديوان الأميركي، الكويت ١٩٩٥ (ص ٣٢١ - ٣٢٨)
- (٥) العلاج القصير في خدمة الفرد (مراجع سابق) (ص ٣٢ - ٣٥)
- (٦) البلاوى، فيولا: "عائلات فى انتظار استراتيجيات التأهيل النفسي والاجتماعي لعائلات الأسرى والمفقودين" بحث ضمن الحلقة النقاشية - مكتب الإنماء الاجتماعى، الديوان الأميركي - الكويت ١٩٩٨ (ص ٣٠)
- (٧) "استراتيجيات التشخيص لما بعد الأزمة" مرجع سابق (ص ٢٧٨)
- (٨) "العلاج القصير في خدمة الفرد" مرجع سابق (ص ٧٦ - ٧٨)
- (٩) "عائلات فى انتظار استراتيجيات التأهيل النفسي والاجتماعي" مرجع سابق (ص ٢٨)
- (١٠) "عائلات فى واستراتيجيات التأهيل النفسي والاجتماعي" مرجع سابق (ص ٣٠)
- (١١) "العلاج القصير في خدمة الفرد" مرجع سابق - (ص ١٠٤ - ١٠٠)
- (١٢) ١٩٦٣. Norter .W.New York W .Childhood and Society" Erikson .E (١٢)
"Symptomatology and Management of Acute grief" Lindman, Erick, (١٢)
- (١٣) ١٩٤٤. American Journal of Psychiatry,
. (٢٠١ - ١٩٨) , PP١٩٩٣ A., Schwarz, R.F., Prout, M.C.Peterson, K (١٤)
- (١٤) .(٥٩ - ٥٣) P.P ١٩٧٨ H.,& Sprenkle, D .R.Figley, C (١٥)
- (١٥) .(١٠) P.P ١٩٨٧ A.,& Schaefer, J .H.Moos, R (١٦)

قواعد نشر البحوث في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

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

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

قواعد عامة

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

قواعد خاصة

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

اصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس - لبنان ص.ب 3062 التل / فاكس 961-6-438925 961-6-441805 هاتف

1. **سيكولوجية السياسة الاسرائيلية - النفس المغلولة**
اصدار 2001 (عشرة دولارات)

2. **سيكولوجية السياسة العربية - العرب والمستقبلات**
اصدار 1999 (عشرة دولارات).

3. **العلاج النفسي للاسرى وضحايا العدوان**
اصدار 2001 (عشرة دولارات).

4. **الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والکوارث**
ستة دولارات).

5. **الثقافة النفسية المتخصصة**
(مجلة فصلية)
- اشتراك سنوي \$40
- اشتراك شامل \$100
- اشتراك مؤسسات \$100
- اشتراك مدى الحياة \$500
- مجلة عام سابق \$40
- اشتراك اعلاني (يتتفق عليه).

6. **أصول الفحص النفسي ومبادئه**
ط 3 (عشرة دولارات).

7. **قراءات مختلفة للشخصية - تحليل لشخصيات**
نجيب محفوظ. (ستة دولارات).

8. **المعجم النفسي**
مصطلحات طبية ونفسية وعصبية
(ذباب والجرأية وعمار) (أربعون دولار).

9. **الدليل النفسي العربي**
(عشرة دولارات).

10. **معجم مصطلحات الطب النفسي**
(عشرة دولارات)





*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