الثقافة النفسية المتخصصة

العدد الواحد والخمسون ـ المجلد الثالث عشر ـ تموز/يوليو 2002

الجينات والمرض النفسي

جماعة من الباحثين

- السيكولوجيا وصراع الحضارات
- العدالة والحرية
- الأنوثة المظلمة ـ ليليت
- مقياس التوافق النفسي
- الجينوم والأمراض النفسية
- الجينوم والسيزوفرانيا
- الجينوم والذكاء
- الجينوم والوراثة

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

طرابلس – لبنان– شارع عزمي – بناية قاديشا – ص.ب. 3062 – التل
تلفون: 961.6.441805
فاكس: 961.6.438925
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com

اصدارات مركز الدراسات النفسية

م د ن

طرابلس ـ لبنان

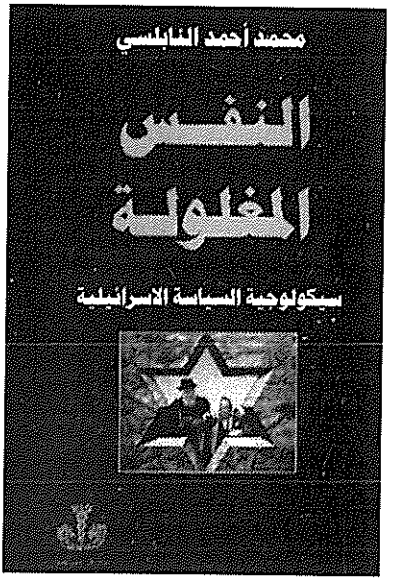
ص ب 3062 التل

هاتف:

961 6 441805

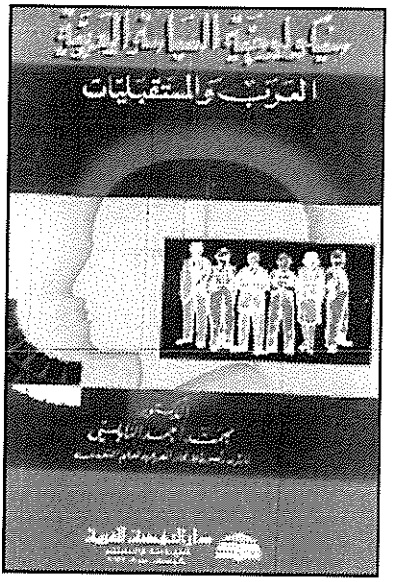
فاكس:

961 6 438925



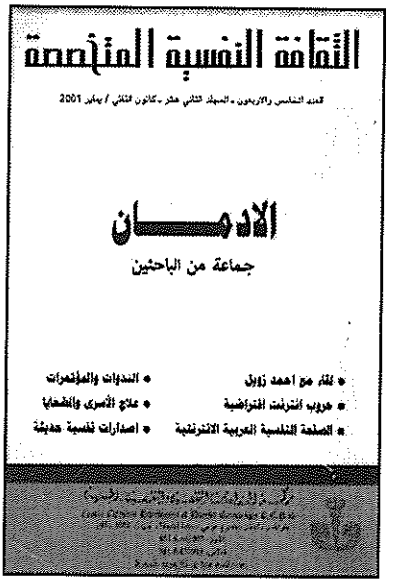
سيكولوجية السياسة الاسرائيلية

10 دولارات



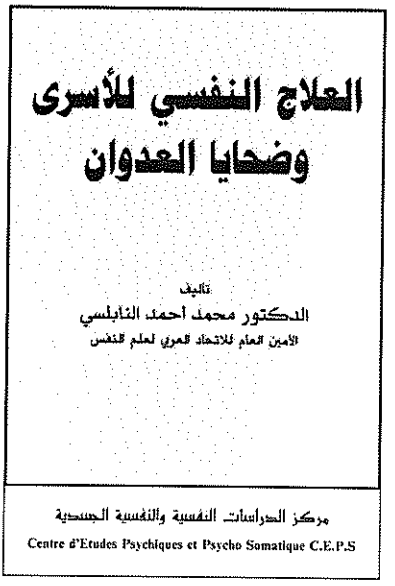
سيكولوجية السياسة العربية

10 دولارات



الثقافة النفسية المتخصصة

اشتراك 40 دولاراً



العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

10 دولارات

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

التقافة النفسية المتخصصة

رئيس التحرير
محمد أحمد النابلسي

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

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

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

يرجى مراجعة شروط النشر المنشورة في صفحة مستقلة.

تعطى افضلية النشر وفق خطة التحرير وبحسب المحاور المحددة مسبقا.

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

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

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

سكرتاريا التحرير

حسن الصديق　　عبد القادر الاسمر

هيئة التحرير

روز ماري شاهين　　سلمى المصري دملج
سامر رضوان　　جليل شكور

الهيئة الاستشارية

احمد عبد الخالق ـ جامعة الكويت ـ كلية الاداب
احمد ابو العزايم ـ رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية
اسامة الراضي ـ مجمع الراضي للطب النفسي
اليزابيت موسون ـ عضو شرف في محافل عالمية
انور الجراية ـ مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي
بشير الرشيدي ـ رئيس مجلس امناء مكتب الامناء الاجتماعي
جمال التركي ـ استشاري الطب النفسي/ تونس
جيمي بيشاي ـ مشفى المحاربين القدماء/ الولايات المتحدة
خليل فاضل ـ استشاري الطب النفسي/ بريطانيا
صفاء الاعسر ـ مركز دراسات الطفولة/ عين شمس
طلعت منصور ـ جامعة عين شمس ـ كلية التربية
عادل الاشول ـ جامعة الكويت ـ كلية التربية
قتيبة شلبي ـ الولايات المتحدة
زايد الحارثي ـ جامعة ام القرى ـ السعودية
عبد الستار ابراهيم ـ جامعة الملك فهد/ الظهران
عبد الفتاح دويدار ـ جامعة الامارات
عبد العزيز الشخص ـ جامعة عين شمس ـ كلية التربية
عبد الرزاق الحمد ـ جامعة الملك سعود ـ كلية الطب
عبد المجيد الخليدي ـ جامعة عدن ـ كلية الطب
عدنان التكريتي ـ رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي
علي زيعور ـ الجامعة اللبنانية ـ كلية الاداب
فاروق السنديوني ـ جامعة واغا واغا/ استراليا.
فرج عبد القادر طه ـ عضو المجمع العلمي المصري
فيصل الزراد ـ مستشفى الطب النفسي/ ابو ظبي
قدري حفني ـ قسم الدراسات الانسانية/ عين شمس
محمد حمدي الحجار ـ استاذ الطب النفسي السلوكي/ سوريا
محمد الطيب ـ عميد كلية التربية/ جامعة طنطا
محمد نجيب الصبوة ـ رئيس تحرير دراسات نفسية

قيمة الاشتراك السنوي

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

قواعد نشر البحوث
في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

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

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

قواعد عامة

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

قواعد خاصة

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

المحتويات

■ **عزيزي القارئ** ٦

■ **قضية حيوية:** السيكولوجيا وحوار الحضارات ٨

■ **علم النفس حول العالم** ١٣

■ **مقابلة العدد:** لقاء مع مؤلف «الثلاثاء الأسود» د. محمد أحمد النابلسي ٢٥

■ **اختبار العدد:** برمجة مقياس التوافق النفسي وأثره على بعض المتغيرات ٣٠

■ **التحليل النفسي:** الجانب المظلم من الأنوثة/عقدة ليليت ٥٠

■ **العلاج النفسي:** فعالية استخدام العملات الرمزية لدى الفصاميين ٦٠

■ **التراث النفسي العربي:** نماذج من أساليب معالجة الأطباء العرب والمسلمين للاضطرابات النفسية ٨٠

■ **الندوات والمؤتمرات** ٨٨

■ **مكتبة الثقافة النفسية** ٩٧

ملف العدد

الجينات والمرض النفسي

د. الهام خطاب عبد الله

١ ـ الجينوم والامراض الوراثية ١٠٦

٢ ـ الجينوم والشيزوفرانيا ١١٠

٣ ـ الجينوم والذكاء ١١٦

٤ ـ الجينوم والكحولية ١٢١

٥ ـ الجينوم ومرض القلق ١٢٣

٦ ـ الجينوم والافراط الحركي ١٢٥

عزيزي القارئ

اللاشعور الجمعي والشخصية الأممية تعود اليوم لتحتل واجهة اختصاصنا. وكعادتنا نصل متأخرين بعض الشيء. فها نحن نصل وتهمة الارهاب ملتصقة بنا. فالجمهور الغربي جاهل ربما سبب تقصيرنا أيضاً. فهو كان يعتبر أن كل المسلمين عرب وكل العرب مسلمون وأصبح يعتبر جميع هؤلاء ارهابيين.

والواقع أن تورط الاختصاص في توجيه التهم لنا وللمجتمعات غير الغربية يعود الى الدليل الأميركي للاضطرابات العقلية المبني على معايير نمط الحياة الأميركية. والذي ينظر الى كل مخالفة لهذه المعايير على أنها شذوذ يستوجب العلاج. لذلك أطلق المركز منذ بداياته شعار تطويع الاختصاص لكي يلائم شروط وظروف بيئتنا الحضارية. وعقد المركز مؤتمراً بعنوان «نحو علم نفس عربي / ١٩٩٢» وأعقبه بمؤتمر «مدخل الى علم نفس عربي / ١٩٩٤». ثم كان كتاب رئيس المركز المعنون «نحو سيكولوجيا عربية». ولانستطيع بحال القول بأن هذه الجهود لم تثمر الا أننا نؤكد ضرورة العودة اليها أمام سيل الكتابات التي تتهمنا بملكية خلفية أنثروبولوجية ارهابية. ومنها مقالة ننشرها في هذا العدد للباحث الألماني بيتر كريغ على سبيل فتح أبواب الحوار مع العلماء والمفكرين الغربيين. وهو حوار نحتاجه في زمن اصرار الولايات المتحدة على الحصول على سطوة موازية لقوتها العسكرية. على حساب أصدقائها قبل أعدائها وعلى حساب أوروبا قبل غيرها. لكننا نعتبر أن تلوينة قوس القزح الأميركية لا تسمح باعتماد سياسة القوة الفاشية. اذ تحتاج هذه السياسة الى مجموعة عرقية متجانسة. لذلك نقول ان الولايات المتحدة تسير في الطريق الخطأ. وأن علينا أن نتعجل الحوار مع الليبيراليين الأميركان أو من تبقى منهم!؟.

زميلنا البروفسور بيشاي المهاجر الى الولايات المتحدة منذ عقود يفتتح هذا الحوار

بشرح لمفهوم الانتحار عبر الثقافي. فالاستشهاد ليس مجرد انتحار لأسباب غيرية (ايثارية) بل هو أسلوب في الاختيار عندما تتهاوى الآمال ويضيع المستقبل. أو لم ينتحر البريتونيون / سكان مقاطعة بريتانيا الفرنسية / عندما أحسوا بالغاء لغتهم وهي نظامهم الرمزي الوحيد الباقي. وقس عليه من العنف الممارس في البلقان وأيرلندا والباسك وانفجار أوكلاهوما الأميركي وغيرها من ممارسات العنف التي تكذب ادعاء وتهمة احتكارنا له. لذلك نبدأ بالدعوة الى مراجعة الذات قبل توجيه التهم للآخر.

وبالاضافة الى الأبواب الثابتة يحتوي هذا العدد ملفاً بعنوان الجينات والمرض النفسي. وهو بقلم ضيفة جديدة على المجلة هي الزميلة الهام خطاب عبد الله. أما مقابلة العدد فتتناول كتاب «الثلاثاء الأسود ـ خلفية الهجوم على الولايات المتحدة». وهو من تأليف د. محمد النابلسي ويحاوره المثقف والصحافي اللبناني المعروف اسكندر داغر.

وحتى نلتقي، عزيزي القارىء، يسرنا أن نزف لك خبر ظهور موقعين نفسيين عربيين جديدين على شبكة الانترنت. وذلك قبل نهاية هذه السنة. الأول هو موقع مركز الدراسات النفسية ومجلته هذه. والثاني هو الصفحة العربية للعلوم النفسية التي يطلقها زميلنا جمال التركي الذي بذل جهوداً وسخر امكانات غير اعتيادية لهذا المشروع الرائد.

أسرة التحرير

قضية حيوية

السيكولوجيا وحوار الحضارات

يعتبر كتاب الدكتور محمد عثمان نجاتي «الادراك الحسي عند ابن سينا» اول محاولة عربية لتطوير المنهج العلمي في الدارسات النفسية العربية، وتغذية للنهضة الفلسفية على هذا الصعيد. بل ربما كان هذا العمل مؤسساً لمنطلقات الحوار بين الحضارة العربية والحضارات الاخرى. وهو الحوار المزدهر حالياً عقب طروحات الصدام الحضاري. فقد عمدت هذه المحاولة الجادة الى ربط التراث الاسلامي بالحداثة وما بعد الحداثة. فلا جدوى في رأينا من التفريق بين منهج اسلامي وآخر علماني. فالمنهج العلمي ليس منهجاً خاصاً بالغرب او بحضارة دون غيرها. بل هو منهج علمي واحد سواء أكان اكتشافه يعود لأعمال فرنسيس بيكون (١٥٦١ - ١٩٢٦) أو غاليلو (١٥٦٤ - ١٦٤٢) او قبل ذلك بقرون عدة. كمثل أعمال ابن سينا (٩٨٠ - ١٠٣٨) او ابن خلدون (١٣٣٢ - ١٤٠٦). فالمنهج العلمي موجود ومتاح لكل من يشاء المشاركة في موكب العلم وتطوراته. ولا يختلف في هذا الرأي علماء النفس في اوروبا واميركا عنهم في دول العالم الثالث.

وحسبنا هنا التذكير بكتاب الدكتور محمد احمد النابلسي «نحو سيكولوجيا عربية» بما يضمنه من مناقشة نظرية لمبادئ تصنيف الامراض استناداً الى خصوصيات البيئة. في اطار المنهج العلمي والافادة من التراكمات العلمية الانسانية التي يعتبرها المؤلف ملكاً للحضارة الانسانية وليس لحضارة ما دون اخرى.

ولقد تطور اعتماد المنهج العلمي في الاديان السماوية الثلاثة عبر قرون عدة من الزمان فكان العلماء العرب، من مختلف الاديان والمذاهب ممن اعتمدو المنهج العلمي. ومن علماء الاسلام نذكر الغزالي وابن رشد وغيرهما وصولاً الى المفكرين العرب المعاصرين من امثال زكي نجيب محمود ومحمود امين العالم ونصر حامد ابو زيد... الخ. ومع ان النهضة الفلسفية في الاسلام سبقت النهضة في المسيحية، الا ان ثمة عقبات سياسية وقد تكون الحروب الصليبية واحدة من هذه العقبات، اخرت مسيرة التطور في المنهج العلمي في العالم الغربي. فقد كان الغزالي مثلاً كثير الشبه بالفيلسوف الفرنسي ديكارت، والاول كان يقول «انا اريد... انا اذا انسان» والثاني عرف عنه الكوجيتو الشهير بالعبارة «انا افكر اذا انا موجود». وحاول كل منهما التوفيق بين العقل والدين، وانقاذ النفس الانسانية من الضلال. والغزالي ينسب له القول: «من لم يشك لم ينظر، ومن لم ينظر لم يبصر، ومن لم يبصر بقي في العمى والضلال»، وقال ديكارت الشيء نفسه في تأملاته Meditation التي تقوم على منهج الشك قبل اليقين.

ولكن فلسفة المنهج العلمي من الغرب تطورت بعد ديكارت من التأمل Speculation الى

الاستقرار عند بيكون وغاليليو الى المنهج الجدلي عند هيغل، ثم منهج التحليل اللغوي Linguistic Analysis والتفكيك Deconstruction لفلاسفة ما بعد الحداثة. وكل من الغزالي وديكارت قلل من شأن الاستقرار الاميركي. الا ان الغرب استطاع ان يوائم بين التراث ومتطلبات العصر في حين ان الفلسفة الاسلامية فصلت بين العلم والدين. بعد قيام الخلاف بين الاشعريين والمعتزلة في الدولة العباسية الثانية، وغربت الشمس عن تطور المنهج العلمي في العالم العربي حتى مطلع القرن العشرين وحاول طه حسين في «الشعر الجاهلي» تطبيق منهج البحث العلمي المستمد من عقلانية ديكارت Descartes وأوغيست كونت Conte يرفض المسلمات النقلية حتى تثبت بالادلة العقلية، وطالب بأن يكون بناء اليقين على الاستدلال Deluction والاستقرار Induction معاً، ولكن محاولته النقدية في الثلاثينيات لم تتطور حتى صدور كتب نصر حامد ابو زيد في التسعينيات وغيره من علماء الاسلام المعاصرين. وتدل دراسة احمد رمضان وايدي جيلين (١٩٩٨) على ان هذه النهضة الفلسفية من شأنها ازدهار علم النفس في العالم العربي... ولكن هذا «التكامل» المنشود وهو الاصطلاح الذي جاء به يوسف مراد ومصطفى زيور لا يتحقق الا اذا استطعنا اعادة تفسير التاريخ ومعرفة الاسباب التي ادت الى تأخر تطور المنهج العلمي في العالم العربي حتى الآن.

ويرى بعض المفكرين امثال ادوارد سعيد (١٩٧٨) وغارودي (١٩٨٥) وأركون والنابلسي (١٩٩٥) ان بعض المفاهيم الانسانية كالتوحيد والزمان والحياة والموت والتي وردت في الكتب السماوية لن تقل شأناً اذا اخضعت لمنهج العلم كما فعل نصر حامد ابو زيد في كتابه «النص والسلطة والحقيقة» (١٩٩٩) ولا بد من الافادة بما توصل اليه علماء الالسنية مثل Lingusti De Saussure في تفسير المجاز والاعجاز في الكتب السماوية فقد تبين ان العلاقة بين الدال والمدلول في اللغة هي علاقة سيطرة بحيث يتحكم فيها الدال على بالمدلول، ويصدق هذا على النص والقول السماوي كما يصدق على القول المنقول لأن كل عملية استيعاب هي ترجمة للمعنى الحكم فيها حكم الدال على المدلول، وحكم المترجم على الترجمة، ولا يوجد ترجمة صادقة كل الصدق، وانما تأتي الترجمة باحتمالات قد تزيد او تنقص عن الحقيقة او عن المعنى المقصود، وقد درس علماء الفلسفة الوضعية امثال Hempell همبل وبوبر Popper هذه الاشكالية، وقال همبل ان محك صدق الترجمة يكمن في العبارات الاجرائية Operational التي تصل بنا الى النتيجة نفسها اذا استخدمنا النص الاصلي او الاصل المنقول Translatability وقال بوبر الشيء نفسه عن عملية عكسية Refutation Criterion بمعنى ان عدم وصولنا الى النتيجة نفسها يعني عدم تطابق المعنى. ولكن الاشكالية موجودة، وهي تتطلب محاولات عديدة لاستخلاص المعنى من مسرح الحقيقة الدينية. والفلسفة اليونانية كانت دينية ولكن متى كتبت بلغة عربية ـ كما فعل الغزالي ـ اصبحت معرضة للخطأ والاشكالية العلمانية، كان الغزالي يرى ان العالم حادث، وحدوثه نتيجة لخلق اللّه الذي خلقه بارادة قديمة، اقتضت وجوده في الوقت الذي وجد فيه وعلى الهيأة التي وجد عليها، وفي المكان الذي وجد فيه... وهذا الكلام يقابله ما قرأه الغزالي عن عالم المثل عند افلاطون، ولكن قراءته لأفلاطون كانت محاولة للتصدي للغزو الفكري المتمثل في الفلسفة الاغريقية وهي ليست اسلامية.

وقد ذكر في كتابه الذي ألفه في اواخر ايامه (إلجام العوام عن علم الكلام) «ان ادلة القرآن مثل الغذاء ينتفع به كل انسان، وأدلة المتكلمين مثل الدواء ينتفع به أحاد الناس، ويستضربه الاكثرون»(٥) (ص ٧٧). لقد كان الهدف احياء علوم الاسلام، ولم يبدأ من نقطة الصفر في الشك قبل اليقين كما فعل ديكارت... ولكن الغزالي سبق ديكارت بخمسة قرون، وديكارت لم يكن بحاجة الى تفنيد فلاسفة الاغريق، وقد ذكر الدكتور يوسف القرضاوي ان ديكارت نفسه اعترف بأنه نقل منهج الشك عن الغزالي ويعترف فلاسفة الغرب بذلك ولكن المفاضلة بين الغزالي وديكارت ليست موضوع الحديث، واما موضوع البحث فهو اهمية تطور المنهج العلمي في احياء علوم الانسان والعلوم الطبيعية على وجه سواء. ولن نستطيع مواجهة مشكلات الالفية الجديدة وثورة المعلومات والآليات الحديثة من دون المنهج العلمي المتطور الذي اصبح يشمل بالدرجة الاولى التفكيك اللغوي واعادة تفسير التاريخ بانطلاق الفكر بحيث لا يقوم على مسلمات ثابتة.

استطاعت الحضارة الغربية مواجهة مشكلات العصر عن طريق اعادة تفسير المجاز في النص المقدس كما فعل د. حامد نصر ابو زيد (١٩٩٩) فأمكن التوحيد بين الفكرة المطلقة وعالم التحول والزوال، ولم تصبح خرافة أيضاً كما حاول فلاسفة المنطق الوضعي، وانما تحولت الى حوار بين الجوهر الذي لا يتبدل بالعرض الذي يظهر ثم يختفي، وبين مادة الجسم الكمية والروح التي لا تقبل التجزئة، وبين العقل والنقل. واصبح في الامكان نقل المصطلحات العلمية وتطبيعهما بعد ان درستا ضروب المجاز ومدى سيطرته على المعنى في كل مجال سواء أكان في النص المقدس او النص العادي.

وتزايد المصطلحات العلمية في علم النفس يقلل من امكانية اللحاق بركب الحضارة الغربية ولا سيما في علوم الطب والفيزياء والكيمياء وغيرها من العلوم الطبيعية، ناهيك عن العلوم الانسانية مثل علم النفس. ومن مراجعة الابحاث التي حققها رمضان (١٩٩٩) يبدو اننا ما زلنا نحاول تطبيع بعض المصطلحات التي تهمنا في ميادين الشخصية والعلاج المعرفي تاركين ألاف المصطلحات في الميادين الاخرى من ميدان النيوروسيكولوجي الحديث. وكتاب ليزاك M. Lezak: Neuro Psychological Assessment (2000) دخل في مرحلة الطبع الثالثة التي جمعت آلاف الاصطلاحات العلمية الجديدة التي يحاول كل من الدكتور محمد احمد النابلسي والدكتور محمد نجيب احمد الصبوة وغيرهما من العلماء العرب تقريبها بدأب ومثابرة يدعوان للاعجاب. والاصطلاحات الانكليزية جديدة ولا تزال غير واضحة في النص الانكليزي فما بالك بتعريبها واصابتها بصدمة الانتقال الحضاري المفاجئ او Culture Shock وكل هذا التطور يحمل عالم النفس العربي ضغوطاً لا ينوء بمثلها علماء النفس في أوروبا وأميركا. وقد تعددت ميادين علم النفس في الوقت نفسه بحيث اصبح التخصص في ميدان واحد من الميادين هو الطابع الغالب في الغرب بعكس الحال في العالم العربي حيث يمكن التفاهم بين علماء الميادين التطبيقية المألوفة كالشخصية ودور قلق الموت في توجيه ابعاد وأنماط الشخصية كما فعل د. أحمد عبد الخالق (١٩٨٧) وهناك اسهامات عربية على جانب كبير من التطبيع في ميادين اخرى مثل قياس القدرات والعلاج النفسي والتربية والفوارق الحضارية.

ويرى بعض المفكرين العرب امثال الدكتور زكي نجيب محمود ود. محمود امين العالم ان

الخصوصية تسير جنباً الى جنب مع العولمة على الرغم من اختلاف الرؤية بين الشرق والغرب. الفكر العربي الاسلامي يعنى بالارادة وتحليلها كأداة للعمل والحركة اكثر مما يعنى بالعقل وتحليله، ويرجع هذا كما يقول الدكتور علي عيسى عثمان[**] الى ان القرآن «لم يذكر عبارة العقل قط، فليس في الانسان شيء يعرف بالعقل، ولكن في الانسان عمليات معرفية تتداخل فيها قواه الحسية والروحية والاهوائية والعادات الفكرية والادراكية التي ينشأ عليها ويتعود عليها...» واختار القرآن عبارة الفؤاد... والوجدان عوضاً عن العقل باعتبار ان كلا منهما هو الملتقى الذي ترتبط فيه الروح بسائر القوى الفطرية في الانسان، ولهذا فان الحوار الحضاري يجعل لعملية التفكيك للمجاز اللغوي الاولوية في تفسير النص قبل الافراج عن المعنى الكامن داخل النص. وهذا القول يعبر عن مجازية قديمة حيث يحتوي النص على المعنى، والحداثة، تقول ان المعنى داخل وخارج النص والارادة في الفكر العربي اداة الذهن، ولهذا فان بعض علماء النفس في العالم العربي يحاولون التوفيق بين الأصل الموروث في الذهن وهو مستمد الى حد كبير من القرآن الكريم والجديد من العلم المعاصر، ويعالج هذا الموضوع بدأب ومثابرة اعتاد عليها المفكر العربي لطول معاشرته للفكر الغربي، وان غاب عنه في فترة طويلة من القرن الخامس عشر حتى التاسع عشر. ويرى الدكتور زكي نجيب محمود[***] (١٩٧٩) ان ارادة التغيير هي المرفأ الامين للتوفيقية المنشودة بين منهج العقل ومنهج الفؤاد.

ويرى الدكتور محمود امين العالم (مواقف نقدية من التراث/ قضايا فكرية/ ١٩٩٧) ان التوفيقية المنشودة تنطوي على تجليات مختلفة وهي في مجموعها تجليات دينية وفلسفية وعلمية وأدبية وفنية وعملية وسلوكية، وهو يقدم قراءة حديثة لمعرفة ما تستند اليه هذه القراءة من ايديولوجيات او اهداف عملية نفعية، او تطلعات سيادية سلطوية او مناهج وادوات موضوعية علمية. وهذا يعني ضرورة تعدد القراءات، وتعدد المواقف من التراث وهو يلوم الرأسمالية الغربية لطمس الخصوصيات عن طريق الهيمنة السياسية والثقافية والايديولوجية وهذا موضوع حوار فلاسفة ما بعد الحداثة.

وللدكتور محمد احمد النابلسي ابحاث وكتب عديدة تدور حول الشخصية العربية وتجلياتها العلمية والادبية على ممر العصور، وهو يرى ضرورة التأكيد ان للوطن العربي خصوصية تقتضي الافادة من علوم الغرب دون نقلها الحرفي وله مدرسة من المفكرين العرب يقوم كل باحث منهم باجراء التلقيح والتكامل العلمي بين الشرق والغرب في المصطلحات العلمية. ويرى د. النابلسي وجوب تخطي لهجة التحامل على الجديد الوارد من الغرب او السلف الموروث من الاسلام، وهو كطبيب نفسي وكاتب مبدع في الوقت نفسه استطاع ان يقدم على مدى عقدين من الزمان حصيلة ادبية وعلمية من الثقافة النفسية للقراء في جميع انحاء العالم العربي وحققه بجهوده الشخصية التوفيقية المنشودة التي تحقق السير قدماً في ركاب حضارة العلوم والتكنولوجيا، وهي حضارة العولمة التي يعيشها البشر في مطلع الالفية الثالثة بصرف النظر عن الجنس او العقيدة.

وفي كتاب «النفس المغلولة» يقدم لنا تحليلاً نفسياً للاسطورة اليهودية التي جعلت موسى رائداً لديانة التوحيد عوضاً عن اخناتون. وكان رأي فرويد ان الرواية اليهودية التي وردت في التوراة تعبر عن حلم اليهود بعودة البطل الذي ينقذ شعبه من نير الفراعنة. وهو يقدم هذه الرواية كأحد الامثلة على

الحيل اللاشعورية التي من شأنها عكس الاوضاع فلم يكن موسى يهودياً وانما كان مصرياً لقنه اخناتون فكرة التوحيد، ولكن عقدة اوديب حدت به لتحرير انصار هذه العقيدة من الثورة ضد اخناتون. ولكن هذا التفسير يخالف فكرة شعب اللّه المختار ولهذا جاء تلفيق الرواية على ان اللّه اختاره ليخلص اليهود من الفراعنة. ويورد الدكتور النابلسي تفسيرات عدة لعقده «حارة اليهود» ويخلص منها الى الشعور بالاضطهاد بصورة مستمرة في شكل بارانويا ومن هنا تولدت فكرة معاداة السامية. وقد ادى شعور اليهودي المرضي بفقد الامن الى الارهاب عبر عصابات شتيرن وأرغون والهاغانا وغيرها، وأصبحت هذه العصابات شرعية بعد تأسيس دولة اسرائيل وراحت الدولة نفسها تمارس الارهاب ولكنها تدعي العكس وهو اسلوب البارانويا الاسقاطي الذي اوضحه فرويد في قصة موسى. والى جانب هذه القراءات المختلفة للشخصية وللسياسة العربية والاسرائيلية والاميركية توجد دراسات متعمقة في العلاج النفسي للاسرى وضحايا العدوان. واصدر مركز الدراسات النفسية معاجم عدة للمصطلحات الطبية والنفسية والعصبية. وأسهم الدكتور بشير الرشيدي مدير مكتب الانماء الاجتماعي/ الديوان الاميري (الكويت) في اصدار سلسلة تشخيص للاضطرابات النفسية، بمساهمة من النابلسي وطلعت منصور وآخرين.

وكل ذلك يأتي في لغة عربية رصينة تعزز المنهج العلمي وتعمل على تطويره لمسايرة الايقاع السريع في عالم المعلومات. وعلى الرغم من الضغوط الكثيرة التي يتعرض لها علم النفس العربي في الالفية الجديدة الا انه يمكن القول انه احرز نجاحاً في تطبيع المنهج العلمي وتأسيس تيار تطبيقي عربي يمكن الافادة منه في سلسلة الكتب والابحاث الثقافية النفسية المتخصصة التي يصدرها المركز في طرابلس ـ لبنان وفي اسهامات دور النشر الاخرى في جميع انحاء العالم العربي.

د. جيمي بيشاي

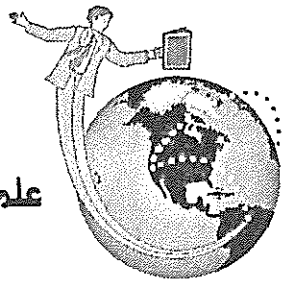
مدير مستشفى المحاربين القدماء

(بنسلفانيا ـ الولايات المتحدة)

(*) الامام الغزالي بين مادحيه وناقديه، الدكتور يوسف القرضاوي، دار الوفاء، الطبعة الثالثة، ١٩٩٢.

(**) د. علي عيسى عثمان، لماذا الاسلام وكيف؟، دار النفائس، ١٩٩٧، بيروت.

(***) زكي نجيب محمود (١٩٧٩)، ثقافتنا في مواجهة العصر، دار الشروق، بيروت، والذهن اصطلاح عربي صميم يحمل معنى العقل والفؤاد معاً ولكن هذا بحاجة الى دراسة مستقلة.



علم النفس حول العالم

اعداد:

رمزية نعمان ـ سناء شطح ـ نشأت صبوح

نصف الشباب البريطاني.. مدمن!

نشرت صحيفة اوبزرفر البريطانية استطلاعاً للرأي يؤكد ان اكثر من نصف الشبان في بريطانيا و٢٨ في المئة من مجمل عدد السكان الذي يبلغ نحو ١٣ مليون نسمة يتعاطون مخدرات مما يزيد الضغوط من اجل اصلاح قانون يتعلق بالمخدرات.

وقال الاستطلاع الذي اجراه معهد أي سي ام لحساب الصحيفة ان ٥١ في المئة من الشبان الذين تتراوح اعمارهم بين ١٦ و٢٤ عاماً في بريطانيا يتعاطون المخدرات في حين يتعاطى خمسة ملايين شخص القنب او الحشيش بشكل منتظم واكثر من مليوني شخص يتعاطون بانتظام مخدرات منها الكوكايين.

وتشير احصاءات مركز المراقبة الاوروبي للمخدرات وادمانها الى تصدر بريطانيا القوائم الاوروبية في مشكلة متعاطي المخدرات.

ووجد مسح اجرته الحكومة العام ٢٠٠١ ان نحو ثلث الشباب استخدموا الحشيش ولكن نتائج يوم الأحد تشير الى ان استخدام المخدرات اكثر اتساعاً مما كان معتقداً من قبل. وقال روجر هاوارد كبير المسؤولين التنفيذيين لمؤسسة دراجسكوب الخيرية لصحيفة اوبزرفر «لم نفاجأ. التهديد بالعقوبات الجنائية لا يوقف ببساطة الاعداد الكبيرة من الشبان الذين يجربون المخدرات».

واصبحت قضية المخدرات موضوعاً سياسياً ساخناً في بريطانيا في الاشهر الاخيرة. وفي يناير كانون الثاني كشف النقاب عن تدخين الأمير هاري البالغ من العمر ١٧ عاماً وهو الابن الاصغر للأمير تشارلز ولي عهد بريطانيا الحشيش مع زملاء في المدرسة.

واعقب هذا تطبيق برنامج تجريبي في جنوب لندن تجاهل فيه الضباط متعاطي الحشيش وركزوا بدلاً من ذلك على المتعاملين في مخدرات اكثر تدميراً مثل الهيروين والكوكايين، وتبشر هذه التجربة التي بدأت في يوليو (تموز ٢٠٠١) بالنجاح.

وفي اكتوبر (تشرين الاول) اعلنت الحكومة انها ستعيد تقييم موقفها المتشدد بشكل تقليدي

بشأن المخدرات. وقال ديفيد بلانكيت وزير الداخلية البريطاني انه ينوي تخفيف القانون بشأن القنب بحيث لا تصبح حيازته جريمة تستوجب اعتقال مرتكبها.

ودعا بعض من كبار الساسة وكبير مفتشي السجون السابق في بريطانيا الى اباحة استخدام بعض المخدرات وان لم يكن كلها.

واعتمد استطلاع أي سي ام على مسح جرى في شهري فبراير ومارس لاراء ١٠٧٥ شخصاً تزيد اعمارهم عن ١٦ عاماً.

هرمون طبيعي يعالج القلق وينظم النوم

اصبح بامكان العاملين في انظمة المناوبات، والصغار والكبار الذين يعانون القلق واضطرابات النوم، تنظيم دورات النوم واليقظة في الليل والنهار من خلال تعاطي مادة هرمونية يفرزها الجسم بصورة طبيعية. وأوضح باحثون ان هرمون «الميلاتونين» الذي يتم انتاجه وافرازه بشكل رئيسي في الضوء الخافت اثناء الليل، قد اثبت فعاليته في تنظيم مواعيد النوم والاستيقاظ للاشخاص الذين يشكون انماط نوم متأخرة.

وتؤكد التقارير الطبية امكانية الافادة من هرمون «الميلاتونين» في تنظيم دورات النوم والاستيقاظ عند الاطفال المصابين بنقص معين او اضطرابات عصبية ومشكلات في النمو. واجريت الدراسة التي استهدفت اختبار قدرة ثلاث جرعات مختلفة من «الميلاتونين» على التمتع بالمدة المعتدلة من النوم خلال اوقات النهار، على ٨ متطوعين من الرجال الاصحاء الذين تراوحت اعمارهم بين ١٨ ـ ٣٠ عاماً، بحيث خضعوا لجرعة واحدة من الهرمون في كل تجربة علاجية مع ترك من ٤ الى ٧ ايام للراحة.

وأظهرت النتائج، ان الاشخاص الذين تناولوا جرعات «الميلاتونين» في وقت مبكر من فترة ما بعد الظهر الى وقت متأخر من المساء، انهم استسلموا للنوم العميق بشكل أسرع من أولئك الذين تعاطوها خلال النهار، فقد سجلوا شعوراً اكبر بالارهاق والاجهاد والنعاس مما اضعف نشاطهم واداءهم.

وبينت الدارسة ان الجرعات الثلاث من هرمون «الميلاتونين» سهلت بدء النوم عند المشاركين واستمراره خلال فترات النهار، وقللت المدة الكلية لليقظة بشكل ملحوظ، كما سببت انخفاضاً طويل الأجل في درجة حرارة الجسم.

واشار المختصون الى ان تعاطي «الميلاتونين» قد يمثل اسلوباً علاجياً فعالاً في تشجيع النوم النهاري لدى العاملين بنظام المناوبة والافراد الذين يسافرون الى مناطق مختلفة التوقيتات.

تحذير جديد من المشاعر السلبية والضغوط النفسية
الغضب يهدّد القلب.. والتبريد ينقذه

الغضب يسبب النوبات القلبية القاتلة.. التبريد يقلل المضاعفات وينقذ الحياة.. هذا ما توصل اليه العلماء المشاركون في احد المؤتمرات الطبية العالمية.. وعلى الرغم من ان تأثير الضغوط النفسية والغضب الشديد على صحة وسلامة القلب اصبح من الحقائق العلمية المؤكدة.. وانه يصنف ضمن عوامل الخطورة المساعدة على الاصابة بالنوبات القلبية.. الا ان الابحاث التي طرحت في هذا المؤتمر اكدت ـ بشكل قاطع ـ العلاقة بين نوبات الغضب الشديد والوفاة المفاجئة بسبب السكتة القلبية.

وحذر علماء الطب الألمان من أن نوبات الغضب الشديدة يمكن ان تشكل خطراً على القلب.. مشيرين الى ان نسبة كبيرة ممن اصيبوا بأمراض في القلب كان الغضب والضغوط النفسية في مقدمة الاسباب الرئيسية للاصابة.

واعلن الاطباء في المؤتمر الطبي حول امراض القلب والشرايين، الذي عقد قبل أيام في العاصمة الالمانية ان اكثر الذين توفوا بجلطة قلبية مفاجئة كان الغضب وخيبة الامل احد اسباب الوفاة الرئيسية.. اذ ان الغضب يعمل اما على زيادة سرعة القلب بحيث تخرج عن السيطرة.. او ابطاء نبضاته ليصبح من الصعب اعادته الى حالته الاولى.

واشار استاذ امراض القلب في المستشفى الجامعي في مدينة بون البروفيسور بيتر فاجلر في محاضرته خلال جلسات المؤتمر الى ان اجراء عملية تبريد القلب يمكن ان تساعد صاحبه على تجاوز مرحلة الخطورة، ومن ثم انقاذ حياته.. اذا توافرت وسائل العناية الاخرى به.. مشيراً الى ان المستشفى الجامعي اجرى بحوثاً حول عملية التبريد شملت حوالي ٢٧٥ مريضاً، وضعوا في غرفة عناية فائقة لمدة ٢٤ ساعة بعد ان تم تزويد كل غرفة بمكيف هواء بارد يناسب جسم المريض.. على ان تكون حرارة جسمه الداخلي ما بين ٣٢ و٣٤ درجة مئوية. وقد اثبتت هذه الطريقة نجاحاً مهماً. واكد ضرورة ان يبعد عن المريض الثقلاء من الزوار حيث ان الزيارات الطويلة والمتعددة تسبب اجهاداً شديداً للمريض لا تتحمله حالته الصحية.. موضحاً ان نسبة التجارب الناجحة على مرضى القلب بعملية التبريد وصلت الى ٤١٪ من الذين يعانون من امراض قلبية مختلفة.. خاصة حالات الذبحة الصدرية والجلطات في الشرايين التاجية.. وهي نسبة كبيرة بالنظر الى معدلات الوفاة العالية جداً بين مرضى النوبات القلبية الحادة.

وقال الاطباء خلال جلسات المؤتمر، ان حوالي ٣٧٥ ألف شخص يعانون من امراض القلب في المانيا وحدها.. منهم حوالي ٣٠ ألف شخص باستطاعتهم البقاء على قيد الحياة اذا خضعوا لعملية التبريد.

تعابير الوجه واختلاف الادمغة

توصل علماء اميركيون الى معرفة الفروق في طريقة عمل ادمغة الاولاد والفتيات في مرحلة ما قبل المراهقة.. ويأمل العلماء ان تساعدهم نتائج الدراسة الجديدة في التوصل الى طريقة افضل في معالجة الكثير من الامراض الدماغية والذهنية.. خاصة التأثيرات الناجمة عن السكتة الدماغية.

ووجد الباحثون ان الاولاد والفتيات دون الحادية عشرة من العمر يستخدمون اجزاء مختلفة من ادمغتهم للتعرف على تعابير الوجه.. ويعمد الاولاد الى استخدام الجزء الايمن من الدماغ اكثر من الجزء الايسر.. عكس الفتيات اللائي يستخدمن الجزء الايسر اكثر.

وتبين نتائج الدراسة ان ادمغة الذكور والاناث مرتبة بطرق متباينة قبل بلوغهم سن النضج.. ومن المحتمل ان يعني ذلك ايضاً انهم عند بلوغهم سن النضج يمكنهم ان يستفيدوا من طرق علاجية مختلفة عند التعرض لاصابات بالغة في الدماغ.

واجرى علماء من جامعة «نيويورك ستيت» في بافالو في الولايات المتحدة تجارب على سبعة عشر ولداً وثماني عشرة بنتاً تتراوح اعمارهم بين الثامنة والحادية عشرة.. واجريت عليهم تجربتان: الاولى للتعرف على تعابير الوجه ودلالات ذلك، ولهذا الغرض عرضت عليهم ضمن شريط لصور متتابعة.

واستخدمت في هذه التجربة معدات كهربائية معقدة لدراسة كيف تتغير الموجات الدماغية في جزئي الدماغ عند القيام بعملية التعرف على التعابير.. بينما اكتفت التجربة الثانية بالتعرف على تعابير الوجه الناتجة عن متابعة مجموعتين متتابعتين من الصور.. دون استخدام أية معدات.. بل بقياس دقة استجابة الاطفال وسرعتها.

ووجد العلماء ان الجنسين ابديا اداءً جيداً في كلتا التجربتين.. لكن كلاً منهما استخدم جزءاً من الدماغ يختلف عن الجزء الذي استخدمه الجنس الآخر في معالجة المعلومات.

ويعتقد العلماء انه من المحتمل ان يكون الاولاد قد تعرفوا على تعابير الوجوه بطريقة عامة.. وهي قدرة مرتبطة بالجزء الايمن من الدماغ.. بينما عالجت الفتيات معلومات التعرف على تعابير الوجه بطريقة خاصة.. وهي قدرة مرتبطة بالجزء الايسر من الدماغ. واضاف العلماء: ان ذلك يعني ان الفتيات يملكن قدرة التعرف على ادق التغيرات التي تطرأ على تعابير الوجه.. اي في قراءة تعابير الوجه.

ومن المعروف ان الجزء الايسر من الدماغ مرتبط بالمهارات اللغوية.. وعندما يتعرض المريض لاصابات بالغة فيه تتأثر قدراته اللغوية.. بينما تكون المشكلات المصاحبة لاصابات الجزء الايمن من الدماغ.. غير واضحة، ومن ثم يجد الاطباء صعوبة في علاجها.

وقال الدكتور دانيال أفرهارت في جامعة «ايست كارولاينا» انه لا يزال من غير الواضح اذا كانت هذه الفروق في طريقة عمل الدماغ تبقى مصاحبة للاطفال عند نضجهم.. واذا بقيت سيؤثر

ذلك في طريقة معالجة مرضى السكتة الدماغية التي تصيب الجزء الايمن.. وسيعني ذلك ان النساء اللاتي يعانين السكتة الدماغية يمكنهن ان يعوضن عن تلف الجزء الايمن باستخدام الجزء الايسر.. بينما لن يتمكن الرجال من عمل ذلك بسبب طريقة عمل دماغهم.

احتجاج اسرائيلي على لعبة كمبيوتر

احتجت السفارة الاسرائيلية في لندن على لعبة الكترونية تظهر على شبكة الانترنت وتصور مشاهد للعمليات التفجيرية الفلسطينية. ويبدو ان ما ازعج السفارة الاسرائيلية هو الرواج الكبير الذي وجدته اللعبة في بريطانيا، اذ بلغ عدد الذين نقلوها من الانترنت ونسخوها على اجهزتهم الخاصة ٧٥٠٠٠٠ شخص.

وتسمى اللعبة «كابوم»، ويقوم خلالها اللاعب بتوجيه فدائي عبر شوارع ضيقة في اسرائيل بهدف الاقتراب من اكبر تجمع من الناس. وعندئذ وبنقرة على الفأرة يفتح الانتحاري معطفه ليكشف عن قنابل تنفجر فيقتل في الحادث اكبر عدد يستطيع قتله. ويقول فيونا ماكولاي، المتحدث باسم مجلس اليهود البريطانيين انه لا يفهم كيف يحول البريطانيون قتل الناس الى لعبة للتسلية. كما نقلت صحيفة «الديلي تلجراف» عن لورد جانر نائب رئيس المؤتمر اليهودي العالمي قوله ان «اللعبة بالنسبة لليهود غير مقبولة لانها تمجد الارهاب، ويجب منعها». غير ان مصمم اللعبة، شاب اميركي يبلغ من العمر ٢٣ سنة ويعيش في مدينة هيوستون الاميركية، يؤكد ان الهدف من اللعبة هو التسلية وليس السياسة. ويشير الى انه ليس يهودياً ولا عربياً. وانه يعتقد ان لعبته قد نجحت في اداء غرضها الاساسي وهو تسلية اللاعبين. بل اكد في رسالة نشرها على موقع اللعبة على الانترنت انه يخطط لانتاج نسخة جديدة اكثر تطوراً من نفس اللعبة بعد ان وجدت النسخة الحالية نجاحاً كبيراً. واوضح ان النسخة الجديدة ستبدأ من اسرائيل ثم يحاول اللاعب تخطي العقبات ليصل الى الدول الاوروبية حيث تكثر العقبات وتشتد صعوبتها ثم اخيراً يصل الى الولايات المتحدة حيث تبلغ اللعبة ذروتها في الاثارة والتحدي للاعبين.

معتقل الخيام ساحة للفن

المكان الذي كان شاهداً على عذاب مئات الأسرى والمعتقلين في سجن الخيام اعاد نحته مجموعة من الفنانين اللبنانيين والعرب محولين ادوات جمعوها من داخل المعتقل الى لوحات ومنحوتات. وبدت ساحة المعتقل ورشة عمل فني سكنتها الريشة والازميل بعد ان اتخذ كل فنان له موقعاً يتلاءم مع موضوع لوحته او منحوتته فيما كان بعض الحضور يتجمعون حول هذا الرسام او ذاك يسألونه عن معنى هذه اللوحة او تلك.

وبعد اسبوع من العمل المتواصل استطاع ٥٥ رساماً لبنانيا وعربيا تحويل باحة هذا المعتقل

السيء الصيت الى ساحة للفن واللون والحركة. وقد اختتم الفنانون اعمالهم ليصبح انتاجهم جزءاً من متحف ومعرض دائمين ينظمهما ملتقى الفن التشكيلي العربي بمناسبة الذكرى الثانية لتحرير الجنوب اللبناني من الاحتلال الاسرائيلي.

واحتفل لبنان بعيد المقاومة والتحرير الذي كانت قد اعلنته الحكومة اللبنانية اثر انسحاب آخر جندي اسرائيلي من جنوب لبنان في الخامس والعشرين من مايو عام ٢٠٠٠ بعد ٢٢ عاماً من الاحتلال تحت ضغط مقاومة مسلحة قادها حزب الله.

ومع الانسحاب الاسرائيلي تقدمت حشود المواطنين اللبنانيين الى ساحة المعتقل وهي تنادي باطلاق سراح اولادها فما كان من عناصر ميليشيا جيش لبنان الجنوبي المتعاملة مع اسرائيل الا ان ركبت آلياتها وفرت مخلفة وراءها السجن والاسرى وادوات التعذيب.

والسجن عبارة عن ثكنة عسكرية صغيرة بناها المستعمر الفرنسي في بداية الاربعينيات على تلة مشرفة على بلدة الخيام من جهة وعلى شمال فلسطين من جهة اخرى فيما تقابلها من الشرق هضبة الجولان السورية التي احتلتها اسرائيل عام ١٩٦٧ ومن الغرب قلعة الشقيف.

واصبحت هذه الثكنة معتقلاً سيء الصيت في عام ١٩٨٥ تديره ميليشيا جيش لبنان الجنوبي العميلة لاسرائيل وباشراف ضباط اسرائيليين بعد ان اضطرت القوات الاسرائيلية الى اغلاق «معتقل انصار» على الساحل الجنوبي للبنان اثر انسحابها من منطقته.

وتفاوتت الاساليب التي استخدمها الفنانون الا انهم اجمعوا على ابراز المعاناة التي تعرض لها المعتقلون. واكتظت لوحة الرسام السوري عبد المنان شما بالرموز والاشارات السياسية الدالة على تشبيه الصهيونية بالنازية وحول نجمة داود الى شكل يجمع فيه الانياب والجماجم.

ورسم السعودي عبد الجبار اليحيى في لوحتين مباشرتين قضية الاسرى والمعتقلين فيما كان مواطنه نبيل هاشم النجدي يدون على حجارة انتقاها من جوار المعتقل واماكن اخرى من الجنوب ما لمسه من ظلم للذين اسروا داخل ذلك المعتقل. وقال النجدي لرويترز: «اعمل على الحجارة المحررة تعبيراً عن ذلك الانتصار الذي حققه اللبنانيون». وتناولت الكويتية ثريا البقصمي في خمس لوحات قضية النساء المعتقلات ومعاناتهن وقالت لرويترز: «اخترت موضوع الاسر بشكل مباشر لانني كنت زوجة اسير في السجون العراقية». وجمعت الرسامة الليبية الهام الفرجان في احدى لوحاتها الست بعض الاسلاك الشائكة والاخشاب من المناطق الجنوبية اضافة الى تراب ارض المعتقل وجمعت كل هذه المواد في لوحة واحدة.

اما حسين عبيد من سلطنة عمان فقال لرويترز وهو يضع فوق مسطح اسود نقاطاً بيضاء تظهر الامة الاسلامية تنظر الى نجمة داود «انها دعوة الى مقاومة الظلم والطغيان والارهاب».

وتخطى السوداني عبد الوهاب الدرديري في لوحاته البعد المأساوي لقضية الأسرى ونظر الى معتقل الخيام من زواياه المضيئة فرسم لحظة تحطم العمود الذي طالما تحدث عنه المعتقلون والذي كان مادة اساسية من مواد تعذيبهم.

اما اللبناني جميل ملاعب فانجز لوحة تعبيرية بمادة الاكليريك جسدت حالة الانتصار والحركة واللون عبر استخدامه اللون الاحمر وفي الباحات الخارجية توزع عدد من النحاتين منهم اللبناني عزت مزهر الذي عرض منحوته رخامية.

واوضح حاتم حرب رئيس لجنة الملتقى الفني التشكيلي «معتقل الخيام» لرويترز اهداف المعرض الاول فقال: «حاولنا احياء ذكرى عيد المقاومة والتحرير بطريقة فنية ابداعية ثقافية هدفها تحويل هذا المعتقل الى صرح ثقافي يضم معرضاً دائماً للفن التشكيلي يجمع هذا الانتاج من رسومات ومنحوتات».

وقال: «ان ٥٥ فناناً من كافة الاقطار العربية شاركوا في هذا الملتقى باستثناء الجزائر بسبب ضيق الوقت اضافة الى دعوة ثلاثة فنانين اجانب من هولندا وايطاليا والنرويج كضيوف على الملتقى تمهيداً لتأسيس ملتقى فني تشكيلي عالمي العام المقبل».

تمارين اليوجا والتأمل تخفف الاحساس بالالم

اكد تقرير امريكي ان ممارسة اليوجا ورياضة التأمل تفيد في تخفيف الالم، فقد اجرى باحثون في كلية الطب بجامعة «بنسلفانيا» الاميركية دراستهم على ٤٢ شخصاً مصاباً بمتلازم النفق الرسغي، وتم تقسيمهم الى ثلاث مجموعات. تعلمت الأولى تمارين التأمل واليوجا. وتلقت الثانية جبيرة رسغية عادية. وتركت الثالثة دون علاج ثم تم قياس درجات الالم عند كل مجموعة بعد ثمانية اسابيع. بعد اجراء عدد من الفحوص العصبية تبين ان تمارين اليوجا والتأمل ساعدت في تخفيف الشعور بالالم والانزعاج بشكل كبير.

ولاحظ الباحثون في نهاية الدراسة ان الاشخاص المشاركين في مجموعة اليوجا سجلوا شعوراً اقل بالالم وحركة اقوى لليد والرسغ مقارنة مع الافراد في المجموعات الاخرى.

الغضب يزيد مستويات الكوليسترول عند السيدات

اياك ان تغضب زوجتك..! فقد حذر الباحثون في جامعة «ميريلاند» الامريكية من ان المزاج العصبي والغضب والعدوانية تسيء الى صحة القلب وتزيد مستويات الكوليسترول عند السيدات خاصة من البدينات او من يعانين وزناً مفرطاً. وقد لاحظ هؤلاء بعد متابعة ١٠٣ سيدات من الاصحاء في منتصف العمر وجود انخفاض كبير في مستويات الكوليسترول عن الحدود الطبيعية عند اللاتي تعرضن لتوتر عاطفي وحالات غضب شديدة مقارنة مع نظرائهن الاهدأ والاكثر تحملاً، مشيرين الى ان السيدات اللاتي تعرضن لنوبات غضب ولكنهن نحيفات ويتمتعن بلياقة ورشاقة بدنية عالية لم يظهرن مثل هذه الآثار.

وقال الباحثون انه يبدو ان ليس كل انواع الغضب ترتبط بانخفاض الكوليسترول فالغضب

وهو الميل لاظهار سلوكيات وتفاعلات عدوانية لا يسبب ارتفاع مستويات الكوليسترول السيء او انخفاض مستويات الكوليسترول الجيد، بينما المزاج والنزاع للغضب الذي لا يستطيع فيه الفرد تمالك اعصابه يؤدي الى مستويات عالية من الكوليسترول الكلي السيء. واكدوا تأثر النساء البدينات اكثر بصرف النظر عن عوامل السن او كتلة الجسم او عادات التدخين.

تجارب على لقاح جديد تبشر بعلاج سرطان المخ

انتج باحثون لقاحاً جديداً لعلاج السرطان يستهدف مساعدة الجسم على اكتشاف اورام المخ وتدميرها. واثبتت تجارب مبدئية للقاح على الفئران انه يقوم بتنشيط جهاز المناعة في الجسم ويساعده على منع حدوث السرطان اصلاً. والفئران التي عولجت باللقاح الجديد لم تشف من السرطان فحسب وانما كانت محصنة ايضاً عندما حاول الباحثون حقنها فيما بعد بخلايا سرطانية. وقال فريق مركز جونسون لابحاث السرطان في جامعة كاليفورنيا بلوس انجلوس ان بدء تجارب هذا الاسلوب على الانسان امامه طريق طويل لكنه يفتح سبلاً جديدة في مجال ادوية السرطان.

وذكرت الدكتورة ليندا لياو استاذة جراحة سرطان المخ التي قادت فريق الابحاث انهم بدأوا بجرثومة قاموا بتوصيلها ببروتين يعمل كمولد مضاد. والمولدات المضادة علامات تتعرف عليها خلايا جهاز المناعة تهاجم الجراثيم والخلايا السرطانية. ويقوم الباحثون بتوصيل البروتين نفسه بخلايا ورم المخ البشري التي حقنوها تحت جلد فئران التجارب. وقالت لياو ان الجراثيم حثت جهاز المناعة على الاستجابة. وتقلصت الاورام، ثم حقنوا خلايا المخ البشري المصابة بورم في مخ الفئران لكن لم يصب اي الفئران بأورام في المخ، ويشير هذا الى ان اللقاح يعمل على منع السرطان.

وقالت الدكتورة لياو انه بمجرد ان يجذب المولد المضاد خلايا المناعة فان خلايا المناعة تتعلم على نحو ما الشكل الذي تكون عليه الخلايا السرطانية وتكون مستعدة للهجوم عند ظهور خلايا الورم. ويعتبر هذا نبأ ساراً في مجال لقاحات السرطان لأن لكل ورم او نوع من الخلايا السرطانية شكلاً مختلفاً. ولكن يخشى من انه قد يكون من الضروري تصميم لقاحات السرطان لكل مريض وهو اسلوب غير ممكن في الوقت الحالي. لكن التجارب على الفئران لا تتطابق بدقة مع انواع السرطان الذي يصاب به البشر. ففئران التجارب تصاب بالسرطان عندما تحقن بخلايا سرطانية بينما البشر يصابون بالسرطان على مدى زمني وبسبب عيوب او اصابات جينية.

اكتشاف مركب كيميائي يعالج الزهايمر

قال باحثون بريطانيون انهم توصلوا الى مركب كيميائي كفيل بالقضاء على البروتينات التي تتجمع في الدماغ وتسبب مرض الزهايمر او السكري من النوع الثاني الذي يصيب الكبار خصوصاً.

وذكر البروفيسور مارك بيبيس وزملاؤه في كلية طب يونيفرسيتي كوليدج في لندن انهم

سيجرون قريباً تجربة هذا المركب على مرضى مصابين بالزهايمر، الذي يسبب اعراضاً تشبه الخرف لدى المسنين.

وقبل بضعة اسابيع اعلن فريق امريكي انه توصل لاول مرة وعبر تحليل الدم لدى الفئران الى الكشف عن التغيرات التي تؤدي الى الزهايمر. ومكن هذا التحليل من الكشف عن بروتينات تتراكم في الدماغ وتترافق مع المرض. ويمكن لهذه التراكمات البروتينية ان تبدأ قبل عشر الى عشرين سنة من ظهور الاعراض الاولى للمرض.

وبينت دراسة للمعهد الوطني الامريكي لعلوم الصحة المرتبطة بالبيئة ان الصفائح التي تكونها بروتينات بيتا أمبيلويد هي فعلاً سبب وليست نتيجة لمرض الزهايمر. وتلصق هذه البروتينات لاسباب غير معروفة على لاقط في الدماغ فتتسبب في عدم توصيل الاشارات العصبية التي تلعب دوراً في التعلم والتذكر.

وكان قد تم التعرف منذ عام ١٩٠٦ على ظاهرة تكون الصفائح البروتينية من قبل طبيب الاعصاب الالماني الويس الزهايمر الذي حمل المرض اسمه. ويظهر المرض بعد سن الستين ويسبب تدهوراً في الجهاز العصبي المركزي.

ويعاني نحو اربعة ملايين شخص في الولايات المتحدة من الزهايمر، ويتوقع ان يرتفع العدد الى ٥,٥ مليون شخص عام ٢٠١٠ و١٤ مليونا بحلول العام ٢٠٥٠.

ويصيب المرض في فرنسا ٥٪ من السكان فوق سن ٦٥ عاماً، أي قرابة ٣٥٠ ألف شخص. وأصيب ٣٥ ألفا بالمرض قبل سن الستين، وسجلت اصغر حالة في فرنسا لدى شابة في سن الثامنة والعشرين.

لا تبتئسوا!!

د. لطفي الشربيني
استشاري الطب النفسي

لاحظت بحكم عملي في مجال الطب النفسي زيادة ملحوظة في اعداد الناس من حولي من الذين صدمت مشاعرهم، وتأثروا بعمق بالمشاهد المأساوية للأحداث الاخيرة، ورغم لحظات الحقيقة مع الغضب والانفعال الهائل التي يعيشها الانسان العربي في كل مكان بعد ان اصبحت كل الامور مكشوفة، ومعالم الازمة واضحة، واثارها النفسية والانسانية السلبية لا تخفى على احد، الا اننا وسط الازمة والمأساة وما اصابنا من اليأس والانكسار نجد امامنا بعض الايجابيات التي تبعث الامل في النفوس، وتبدو معالم هذه المأساة من خلال المشاهد التي تابعها العالم على مدى الايام الماضية ونذكر منها:

المشاهد القاسية للعدوان وما يسببه من خسائر بشرية وقتل وتحطيم للممتلكات من جانب قوة

تتصرف وكأنها فوق القانون ولا تفهم الا لغة واحدة هي فرض القوة، مع شعور بأنه لا يوجد في العالم من يستطيع التصدي لهذا العنف او يوقفه.

تسير وتيرة العنف من الجانب الاسرائيلي بصورة متصاعدة ورد مبالغ فيه على اي محاولة للمقاومة، ويشبه تلك الجرائم المركبة مثل اللص الذي يسرق ثم يقتل ويقاوم الشرطة، حيث تبدأ العمليات باجتياح ثم حصار ثم مزيد من القتل والتدمير لاسكات المقاومة ويطلق على ذلك «الهروب الى الامام» اي الى مزيد من العنف الوحشي، حتى انه تم تشبيه ما يفعله جيش الاحتلال في المدن الفلسطينية بفيل دخل الى محل للزجاج او السيراميك وحطم محتوياته.

○ في المشاهد الحالية من الجانب الفلسطيني مقاومة عنيدة بارادة اسقطت حواجز اليأس والخوف، وخلفية ذلك اقبال بلا تردد على الشهادة من جانب كل الفئات والقيادات الفلسطينية التي وحدتها الازمة بشكل غير مسبوق، ومن وجهة النظر النفسية فان للمستغني عن حياته والمستعد للتضحية بها يمثل قوة غير محدودة يمكن ان تكون عامل توازن مع قوة السلاح الهائلة التي يملكها الاحتلال.

المشهد العربي بين تعبيرات الغضب والانفعال في صورة مظاهرات وخطابات وكتابات واجتماعات وتغطية اعلامية، وبين شعور لا يخفى على احد بالسخط والاحباط العام، وهذا الشعور بانه الاخر ولست انا كسرته صدمة مشاهد الاحداث دون قيود للغة او الجغرافيا فكان التأثير الانساني لها واسع الامتداد.

ورغم هذه المشاهد المأساوية التي تدعو الى اليأس والاحباط والالم سواء على مستوى ما يحدث في الارض المحتلة بين الاحتلال والمقاومة، او في العالم العربي، او على المستوى الانساني، فانني في مواجهة كل هذا اتوجه بدعوة ونداء للجميع بضرورة الاحتفاظ بالاتزان النفسي والتماسك دون انهيار واقول لهم «لا تبتئسوا» فهناك ما يمكن ان نقوم به الآن في مواجهة الآثار النفسية للوضع الراهن حتى لا نفقد عقلنا ونصبح ضحايا لحالة اضطراب الصدمة التي تعرف اختصاراً PTSD وتنشأ بسبب الخبرات الاليمة والمشاهد المأساوية التي لا تحتمل من قتل ودمار وقهر وظلم، واعتقد ان مجرد متابعة نشرات الاخبار اليومية حالياً بما تتضمن من احداث واقعية على ارض فلسطين يكفي لاثارة مشاعر اليأس والاحباط والاكتئاب الجماعي لدى قطاعات كبيرة من الناس، وهنا نذكر بعض الخطوات العملية التي يمكن ان تخفف علينا الآثار النفسية للأزمة ومن امثلتها:

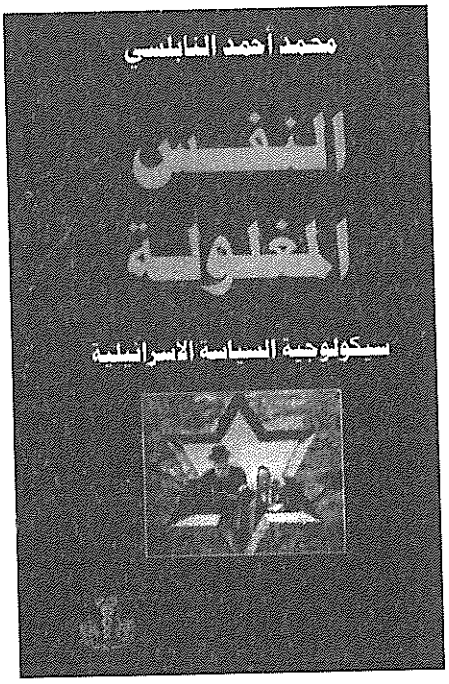
ـ الاستمرار في حالة الوعي والانتباه واليقظة لدى كل قطاعات المجتمعات العربية وخاصة الشباب الذين اعتادوا الغياب عن المواقف الوطنية لفترات طويلة، ويمكن اعتبار الانشغال بهذه الازمة بداية للتخلي عن الاستهتار واللامبالاة والانصراف الى المواقف الايجابية الجادة في الحياة.

ـ لتكن الازمة الحالية بداية لاسلوب عربي جديد للتفكير فيما يدور حولنا من احداث والفهم الجيد لما يصادفنا من ازمات، والتشخيص الواعي لها حتى يمكن معالجتها بصورة ملائمة، وهذا هو اسلوب الذين سبقونا في التقدم العلمي والحضاري، واصبح علينا ان نلحق بهم، ولا نسمح لهم

بالسيادة المطلقة علينا والتحكم في مقدراتنا كما هو الحال الآن.

ـ لا داعي لليأس القاتل والاحباط الجماعي الذي يمنع الناس من القيام بأية خطوات ايجابية، فهناك الكثير من البدائل لا تزال ممكنة اهمها رفض هذا الواقع، والتخلص من الخوف الذي تحاول الحروب النفسية للاعداء ان تبثه في نفوسنا برسالة غير مباشرة مضمونها هو انه «لا طاقة لنا بشارون وجنوده»، او ان هناك قوة عظمى تحكم العالم ويجب التسليم والاستسلام لها لتفعل ما تريد.

ـ لا بد من تبني بعض الافكار على المستوى الفردي والجماعي تسهم في مقاومة مشاعر اليأس والانكسار التي تعتبر ـ من وجهة النظر النفسية، اقوى اثرا من كل جوانب الازمة الاخرى بما فيها الخسائر في الارواح والممتلكات، وارى ان المنظور الاسلامي في هذه المواقف يتفق تماماً مع الصحة النفسية، فالايمان القوي والعودة الى اللّه، وما تتضمنه تعاليم الدين الاسلامي من تعظيم قيمة الصبر، والاشارات الاخرى التي وردت في آيات القرآن الكريم مثل قوله تعالى: ﴿**ولا تهنوا ولا تحزنوا وانتم الاعلون ان كنتم مؤمنين**﴾ من شأنه ان يضمن الاحتفاظ بحالة معنوية عالية مهما تكن تداعيات الازمة ومضاعفاتها.



النفس المغلولة

سيكولوجية السياسة الاسرائيلية

قالوا في الكتاب

- يلفتنا في الكتاب فصل نهاية اسرائيل وفيه عرض لسيناريوهات هذه النهاية...

الاتحاد الظبيانية في 2001/1/25

- النفس الاسرائيلية يستعبدها المال وتكبلها الشائعات وتخنقها الاساطير. انها النفس المغلولة...

الزمان ـ لندن 2001/3/22

- يؤكد المؤلف عبر هذا الكتاب سعيه لتعزيز الوقاية العربية من فيروسات الاحتلال الاسرائيلي...

المشاهد ـ لندن 2001/2/4

- يعتبر النابلسي المؤرخين الاسرائيليين الجدد محاولة يهودية لاخراج الصيهيونية من مأزقها...

المجلة ـ لندن 2001/3/10

تم افتتاح موقع حياتنا النفسية

www.hayatnafs.com

ويسرنا دعوتكم للمشاركة فيه

الأخ الزميل (الزميلة) في ميدان العلوم النفسية.. السلام عليكم ورحمة الله نرحب بمشاركتك في حياتنا النفسية.. ويمكنك مشاركتنا بكتاباتك أو آرائك من خلال المحاور التالية:

١ ـ مقالات ودراسات خاصة بك منشورة او غير منشورة باللغة العربية «او خلاصة عنها بالعربية» (عدة ابواب).

٢ ـ مختصرات وملخصات لرسائل تخرج او دارسات اخرى تحت اشرافك او مشاركتك (باب اخبارنا/ اخبار علمية).

٣ ـ اخبار وتعليقات عن مؤتمرات او محاضرات او ندوات (باب اخبارنا/ اخبار علمية).

٤ ـ ترجمات وتعليقات عن مواضيع حديثة او ذات اهمية خاصة اطلعت عليها (باب كتابات مترجمة).

٥ ـ عرض وتقديم لكتاب موسع او مختصر (باب كتب نفسية).

٦ ـ تعليق نقدي موسع او سريع عن موضوع نفسي منشور (باب قرأت لك).

٧ ـ ملاحظات وآراء ووجهات نظر حول المشكلات الواقعية والعملية في ممارسة الاختصاص (عدة ابواب).

٨ ـ نوادر وحكم وامثال وقصص طريفة او ذات فائدة عامة مرتبطة بالأمور النفسية (باب طرائف نفسية) و(باب ابتسامات نفسية وتحليلات).

٩ ـ حكايا يومية من واقع العمل مؤثرة ترغبون بكتابتها والتعليق عليها (باب حكايا يومية من العيادة النفسية).

١٠ ـ أية كتابات تجدون انها مناسبة للنشر ومرتبطة بقضايا نفسية اجتماعية تربوية عامة او تخصصية (عدة ابواب).

١١ ـ المشاركة في الرأي من خلال طرح موضوع او سؤال او فكرة او الرد على موضوع مطروح في منتدى الحوار بين الاختصاصيين.

١٢ ـ المشاركة في مقابلة شخصية تعريفية بنشاطاتك وآرائك (باب لقاء).

١٣ ـ أية دراسات تصلح للنشر عبر الانترنت، او يمكن اجراؤها من خلال الانترنت (باب دراسات نفسية).

١٤ ـ اية اخبار اجتماعية عن الاختصاصيين.. ترقية، عمل جديد، انتاج، نشاط، وغير ذلك (باب أخبارنا/ أخبار اجتماعية).

١٥ ـ أية مواد تصلح لاغناء باب للاختصاصيين

ويمكنك التسجيل في دليل الاختصاصيين والخدمات العلاجية والمواقع النفسية العربية بعد تزويدنا بالمعلومات المطلوبة.. ونرحب بانضمام الزملاء الكتاب والمتميزين الى الهيئة الاستشارية العامة للموقع.

ومرحباً بكم جميعاً.. في حياتنا النفسية وتسرنا زياراتكم ودعمكم للموقع باستمرار.

د. حسان المالح/ استشاري الطب النفسي/ مدير الموقع

Email: director@hayatnafs.com

http: //www.hayatnafs.com/forspecialists/invitation.htm

لقاء مع مؤلف «الثلاثاء الأسود» الدكتور محمد أحمد النابلسي

لم تمض ثلاثة اشهر على ظهور الطبعة الاولى من كتاب «الثلاثاء الأسود ـ خلفية الهجوم على الولايات المتحدة» حتى ظهرت طبعته الثانية مدققة ومنقحة. الكتاب للدكتور محمد احمد النابلسي وحول الكتاب حاوره الصحافي اللبناني الكبير الأستاذ اسكندر داغر. المتابع لنبض الساحة الثقافية العربية. وهو وجد في الكتاب أهمية تستحق اطلاع القارىء العربي عليه عبر مقابلة أجراها مع المؤلف في مجلة الأسبوع العربي. واليكم نص المقابلة:

يدخل الطب النفسي مع السياسة في علاقة تواطوئية، وهذا التداخل تم تداوله على نطاق واسع في أوائل السبعينات حين تم اغتيال عدد كبير من الأطباء النفسيين التشيليين في سياق الانقلاب الذي قاده بينوشيه آنذاك ضد الليندي. مما طرح بالحاح اشكالية العلاقة بين السياسة والطب والنفسي.

الدكتور محمد أحمد النابلسي الممارس العيادي للطب النفسي قدم للمكتبة العربية عدة كتب في مجال الطب النفسي السياسي. اضافة الى مجموعة مقالات تحليل ـ سياسي.

وبمناسبة ظهور الطبعة الثانية من كتابه «الثلاثاء الأسود/خلفية الهجوم على الولايات المتحدة» كان لنا معه هذا اللقاء.

*** هنالك علاقة تبادلية بين الطب النفسي والسياسة ونريد معرفة رأيك وتجربتك في تفاصيل هذه التبادلية التي تذهب الى حد التواطوء احياناً.**

ـ **النابلسي:** هذه التبادلية تنطلق من العلاقة بين الاختصاص وبين الفكر الاجتماعي والسياسي الذي يحدد معايير السواء والشذوذ. فالسلوك المعارض لهذا الفكر يعتبر اما جنوناً أما شذوذاً. وعلى الطب النفسي أن يراعي هذه المعايير لأنها القواعد التي تعتبر شروطاً أساسية لعملية التكيف.الذي ينعدم اذا لم تحترم هذه الشروط. وهنا يبدأ التواطوء بين الاختصاص والمعايير السائدة.

*** هل يعني ذلك أن لكل مجتمع أو فكر سياسي ـ اجتماعي الطب النفسي الخاص به؟**

ـ **النابلسي:** لو عدنا الى الحرب الباردة لوجدنا أن للشيوعية رؤيتها الخاصة للاختصاص. ومن ضمنها رفض التحليل النفسي جملة وتفصيلاً. بل أن الصراع بين الفرع الشيوعي والفرع الأميركي للاختصاص أدى الى حدود طرد الاتحاد السوفياتي من الجمعية الدولية للطب النفسي. ولم يعد اليها الا في مؤتمر أثينا العام ١٩٨٩ أي بعد سقوط جدار برلين ومعه الشيوعية.

* **هل يمكن اعتبار كتابك «نحو سيكولوجيا عربية» الصادر عام ١٩٩٥ محاولة لتجسيد رؤية عربية للطب النفسي؟**

ـ **النابلسي:** الاتهام الراهن للعرب بكونهم ارهابيين يعود في أساسه الى الرؤية الاختصاصية الأميركية والآراء المعروضة في كتاب «نحو سيكولوجيا عربية» كانت مناقشة لقائمة التهم السابقة لتهمة الارهاب.وهي صالحة لمناقشة مفهوم الارهاب نفسه على ضوء معطيات البيئة الثقافية. لذلك أعتقد أن الكتاب أصبح أكثر فائدة اليوم منه لدى صدوره في العام ١٩٩٥ .

* **كتبك الطب ـ نفس سياسية تنتمي الى فرع المستقبليات. نود لو تذكرنا بعناوينها.**

ـ **النابلسي:** جرعة السياسة تختلف من كتاب لآخر الا ان المستقبليات حاضرة في هذه الكتب، وقائمة مؤلفاتي في مجال المستقبليات تتضمن العناوين التالية:

* دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية /١٩٨٥
* نحو سيكولوجيا عربية /١٩٩٥
* سيكولوجيا السياسة العربية /١٩٩٩
* الثلاثاء الأسود ـ خلفية الهجوم /٢٠٠١

* **كتابك الأخير «الثلاثاء الأسود» لاقى اقبالاً ملفتاً حتى صدرت طبعته الثانية بعد ثلاثة أشهر على صدور الأولى. فهل يمكن رد هذا الاقبال الى أهمية الكتاب أم الى اهتمام القارئ بالأحداث؟**

ـ **النابلسي:** لاشك أن الموضوع راهن وحدثي وهذه الحدثية قد تكون هي المسؤولة عن رواج الكتاب. لكني أعتقد بقدرة الكتاب على تجاوز هذه الحدثية. بحيث يحتفظ بأهميته بعد زوال الاهتمام بالحدث. ذلك أن معظم التوقعات المستقبلية التي يحتويهالم تتحقق بعد.

* **لنبدأ أولاً بما تحقق من توقعاتك في هذا الكتاب.**

ـ **النابلسي:** لفتنا الى الارهاب الداخلي الأميركي. وقررنا مسبقاً عجز القاعدة وبن لادن عن تحقيق اصابات موجعة بأميركا. وهذا القرار كان سابقاً لأحداث الثلاثاء بأكثر من سنتين. لذلك رددت في عدة مقابلات مع فضائيات عربية اعتقادي بعدم قدرة بن لادن على القيام بعمليات نوعية من هذا الحجم.

* **لكن دلائل ووثائق عديدة منشورة تدين بن لادن والقاعدة فكيف تبرئه؟**

ـ **النابلسي:** ليست لدي معلومات عن فترة ما بعد ١١ أيلول. وعلى أية حال فان هذه المعلومات متضاربة وغائمة. وموقفي يستند الى مجموعة متماسكة من المعلومات السابقة للحدث والى تحليل دقيق لهذه المعلومات. مثال ذلك أن جائزة القبض على بن لادن كانت خمسة ملايين دولار. وهو

ميلياردير قادر على دفع هذا المبلغ كبقشيش.وعليه يوجد احتمالان: الأول أن يكون خطر بن لادن معدوماً. والثاني أن تكون المخابرات الأميركية فائقة الغباء والغفلة. ولو هي كانت كذلك لما بقي جورج تينيت وغيره في مناصبهم. وهذا مجرد مثال فالقضية منطقية.

*** ماذا عن توقعات الكتاب التي لم تتحقق بعد؟.**

ـ النابلسي: انطلقت في تحليلي من سلوك بوش خلال ادارته لشركته النفطية. وأسلوبه في التعامل مع أزمات تلك الشركة العام ١٩٨٩ عندما شارفت على الافلاس. في حينه لجأ بوش الى تعاطي الكحول (يفسره الاختصاص بأنه يعكس اكتئاباً شديداً) وبعضهم يقول بتعاطيه للكوكايين. وهو ترك حل الأزمة لوالده وأصدقائه. وعليه فان هذا الرئيس يمتاز بسلبية تجعله عاجزاً عن ملء الفراغ الذي خلفه كلينتون.وعليه فانه سيواصل ارتكاب الحماقات بتأثير الأقوياء الذين أوصلوه الى الحكم. وتبدت هذه الحماقات بصور كثيرة يصعب حصرها.

*** لتعطينا بعض الأمثلة على هذه الحماقات؟.**

ـ النابلسي: تطول قائمة الأمثلة ومنها الكلمات البذيئة التي وجهها الى مراسل نيويورك تايمز أثناء الانتخابات (لم ينتبه الى أن الميكروفون لايزال يعمل!). ثم تكثيف التجسس على الصين وتحديه لها مما خلف أزمة الطائرة الصينية.وبعدها استخدامه لمصطلحات «الحرب الصليبية» و«العدالة المطلقة» وغيرها من المواقف التي تثبت حمقه وغباءه من خلال اضطراره للاعتذار العلني عنها.

*** ما هي التوقعات المترجمة لهذه الحماقة كما تسميها؟**

ـ النابلسي: أهم التوقعات التي أصر عليها وأؤمن بكونها قادمة لامحالة هي التالية:

١ – اضطراب فترة بوش الرئاسية. وهو واضح منذ البداية.

٢ – عجزه عن اتمام ولايته (وليس عن التجديد لولاية أخرى). وذلك لجملة أسباب. أولها أن كل الرؤساء الأميركين الفائزين بفوارق ضئيلة،في الأصوات، لم يكملوا ولايتهم. فهم اما قتلوا واما أقيلوا.

٣ – انعدام حظوظه في تحقيق مشروعه الرئاسي. وهو خفض الضرائب وزيادة التسلح (الدرع الصاروخي). وهذا أصبح مستحيلاً بعد كلفة وزارة الأمن القومي (٣٧ مليار دولار سنوياً).

٤ – الانفاق الهيستيري على الأمن باعتبار أن العالم مجبر على تغطية تكاليفه. واذا رفض فهو يقبل بالقوة.

٥ – الاصرار على سطوة أميركية معادلة للقوة العسكرية هو اصرار يعكس فاشية فريق بوش. وهذه الفاشية ستضرب من الداخل الأميركي.

٦ – استحالة تجاوز الاقتصاد الأميركي لهذه الأزمات مهما بلغت الضغوطات الأميركية على العالم.

٧ – الفضائح التي تنتظر بوش وفريقه.وهي لاتزال تحت السيطرة ولكن لحين. فهذا الفريق متورط في فضيحة (اينرون). كما أنه متورط في التمويل غير المشروع لحملة بوش الانتخابية. دون نسيان تهمة تزوير هذه الانتخابات. عداك عن فضيحة رامسفيلد في أفريقيا... الخ

٨ – تنامي احتمالات تغيير أساسي في سياسة بوش مع احتمال وفاة أبيه (المصاب باضطراب نبض القلب) وديك تشيني (الذي يصاب بذبحات قلبية متكررة).

*** الكتاب لايضم توقعات بمثل هذا الوضوح. وهل يمكن لهذه التوقعات ان تدرج في اطار ادعاء الحكمة بمفعول رجعي؟**

– **النابلسي:** كما تعرف فان الكتاب يضم مجموعة مقالاتي المكتوبة قبل ١١ أيلول وبالتالي فهي حكمة بمفعول تقدمي وليس رجعيا. وغالبية توقعات الكتاب موضحة بصورة مباشرة ودقيقة.

*** أشرت في أكثر من مقالة منذ العام ١٩٩٩ ولغاية فوز بوش الى أن كلنتون هو آخر الرؤساء الأميركين المحترمين. مع أنه لم يكن يبدو محترماً كفاية.فمن انفجار أوكلاهوما (١٩٩٥) الى فضيحة مونيكا ولغاية فشله في تحقيق السلام لم يكن كلينتون كما تقول.**

– **النابلسي:** احترام كلينتون يأتي من أسلوبه الراقي في التعامل مع الأزمات.ومنها الأزمات التي ذكرتها. فهو لم يصر على اتهام العرب والمسلمين بانفجار أوكلاهوما. مع أن الصحافة طرحت مثل هذا الأهتمام. وكان بامكانه التمسك به لتحقيق قائمة من المكاسب الكبرى. أما فضيحة مونيكا فقد كان مرناً ودبلوماسياً بحيث تملص منها. أما فشل السلام فسببه قرار اسرائيلي بعدم ا تخاذ أية خطوة استراتيجية دون أن تتوضح الاستراتيجية الأميركية. التي نجح كلينتون في اخفائها وتوريتها ولذلك بقي محترماً. وهو الاحترام الذي فقده بوش حتى بات من المألوف وصفه بالغبي والمغفل وقليل الذكاء والتابع لصقور ادارته..... الخ من صفات العجز.

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

محمد أحمد النابلسي

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

قالوا في الكتاب:

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

الكفاح العربي في 2000/11/9

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

السياسة الكويتية ـ مقابلة مع المؤلف

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

المشاهد ـ لندن في 2000/12/2

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

أ. د. عبد الفتاح دويدار

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

أ. د. محمد عبد الظاهر الطيب

اختبار العدد

برمجة مقياس التوافق النفسي وأثره على بعض المتغيرات

د. نبيل صالح سفيان
أستاذ علم النفس جامعة تعز ـ اليمن
dnabil@.net.ye

ملخص:

تهدف الدراسة الى:

١ ـ تصميم برنامج لمقياس التوافق النفسي والاجتماعي بواسطة الحاسوب باللغة العربية على أسس علمية نفسية.

٢ ـ التعرف على درجة الفروق بين المستجيبين على المقياس المبرمج بالحاسوب ومقياس الورقة والقلم في السرعة والدقة والكلفة، ومستوى الجاذبية، والحساسية في الاجابة عليه، وكذلك التعرف على درجة الفروق في التصحيح على المقياس المبرمج بالحاسوب ومقياس الورقة والقلم في السرعة والدقة والكلفة.

طبقت الدراسة على مجموعة من طلبة جامعة تعز من قسم علم النفس في المستوى الثاني تم اختيارهم بطريقة عشوائية بلغت أربعين طالبا وطالبة (عشرون طالباً وعشرون طالبة). أما عينة المصححين فقد بلغ عددهم عشرة من الأساتذة في الجامعة والمعيدين.

استخدمت في هذه الدراسة عدد من الأدوات وهي:

ـ مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الجامعي (من اعداد الباحث) نسخة الورقة والقلم

ـ مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الجامعي (من اعداد الباحث) النسخة المبرمجة استبيان مفتوح مغلق.

توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

أولاً: تصميم برنامج لمقياس التوافق النفسي والاجتماعي بواسطة الحاسوب باللغة العربية على أسس علمية نفسية.

ثانياً: وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى < ٠,٠٠١) بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في جميع المتغيرات لصالح المجموعة التجريبية، مما يدل أن استخدام المقياس المبرمج أكفأ من استخدام مقياس الورقة والقلم في سرعة الاستجابة، في درجة الرضا والاندفاع نحو الاستجابة وفي عملية التحسس مما يجعل المقياس المبرمج أكثر مصداقية متميزا بارتفاع مستوى الدقة وتدني الأخطاء اضافة الى السرعة والدقة في تصحيح المقاييس.

نعرض في الأخير بعض التوصيات والمقترحات انطلاقا من هذه الدراسة.

مقدمـــــة:

شغل موضوع التوافق النفسي والاجتماعي حيزاً كبيراً في الدراسات والبحوث لأهميته في حياة الناس. فالتوافق ليس مرادفا للصحة النفسية فحسب بل يرجعه الأكثر بأنه الصحة النفسية بعينها (المغربي: ١٩٩٢، ٦). فهو الهدف الرئيسي لجميع فروع علم النفس بصورةٍ عامة ومن أهم أهداف العملية الارشادية والعلاج النفسي ويرتب في أوائل أهداف الارشاد النفسي (زهران: ١٩٨٠، ٢٦)

يتصف المتوافق نفسياً واجتماعياً بشخصية متكاملة قادرة على التنسيق بين حاجاته وسلوكه الهادف وتفاعله مع بيئته، الذي يتحمل عناء الحاضر من اجل المستقبل متصفا بتناسق سلوكه وعدم تناقضه ومنسجما مع معايير مجتمعه دون التخلي عن استقلاليته مع تمتعه بنمو سليم غير متطرف في انفعالاته ومساهم في مجتمعه (المغربي، ١٩٩٢: ٩). ويرى فرم أن الانسان اجتماعي بطبعة وان مشاكله في اغلبها ناتجة عن انفصاله عن مجتمعه (Smith, henry:١٩٦١)

هناك عدد من المحكات نحدد من خلالها درجة السواء من غير السواء منها:

المحك الاحصائي الذي يعتمد في تحديده لدرجة التوافق على التوزيع الطبيعي (المنحني الاعتدالي) الذي يفترض أن أي خاصية بشرية تتوزع على شكل منحن تتجمع الأغلبية في الوسط والأقلية في الأطراف، وبالتالي فان التوافق سيكون موضعه قريبا من متوسط المنحني أي مع اغلب الناس بينما سوء التوافق يقترب من أطراف المنحني أي مع الأقليات (عيسوي، ١٩٧٠: ٢٦٠) (الديب، ١٩٨٨: ٣).

المحك الثقافي الذي يعتمد في تحديده درجة التوافق من خلال اقتراب الفرد مما هو سائد في مجتمعه (جلال، ١٩٨٥: ٢٨١-٢٨٢) (طه، ١٩٨٠:١٩).

المحك المرضي يعتمد في تحديد التوافق من خلال أعراض عيادية (جلال ١٩٨٥:٢٨٤).

لا يخلو شخص في حياته من سوء التوافق ولكن اختلاف مستوى التوافق يدفع البعض لفقدان التكيف ولهذا يلجأون الى المعالجين النفسانيين (أطباء وأخصائيي علم النفس ومرشدين)، الى المرشد النفسي الذي يتعامل مع حالات سوء التوافق التي لم ترق الى درجة الاضطراب المرضي سواء للوقاية من الاضطرابات أو للرعاية النفسية.

تستخدم لتحديد درجة توافق الفرد أساليب وأدوات تنوعت ما بين الاستبيان الذاتي وذلك عن طريق تقديم التقارير الذاتية وبين الملاحظة التي يقوم بها الأخصائي النفسي (سواء منها المباشر أو غير

المباشر)، الذي أصبح لديه أدوات متطورة تساعده سواء في عملية التشخيص أو في تحليل قدراته، استعداداته، ميوله، اهتماماته، سماته، درجة اضطرابه، ملاحظة سلوكه في المواقف الفردية والجماعية، الوقوف على ماضيه وحاضره سواء من الناحية الصحية أو علاقاته الاجتماعية.

من أدوات وأساليب التشخيص والحكم على الشخصية الملاحظة، المقابلة، التداعي الحر، تفسير الأحلام، زلات اللسان، دراسة الحالة، السيرة الذاتية، الاختبارات، المقاييس النفسية (سفيان، ٢٠٠٠: ١٤٨).

رغم أن قياس اضطراب الشخصية يرجع في جذوره التاريخية الى القرن التاسع عشر الميلادي في أعمال كل من فونت (Wundt) ويونج (Jung) وفي الطرق الاسقاطية لدى فرويد الاّ أن الاهتمام بالمقاييس النفسية وخاصة قياس سمات الشخصية يعود في أصوله الى التحليل العاملي والى منظري تحليل العوامل (عبد الرحمن، ١٩٩٨: ١١) حيث كان لظهور الاحصاء والتحليل العاملي أثر كبير في ظهور عملية القياس النفسي وتحويل الخصائص النفسية والاضطرابات والأمراض النفسية الى أرقام. ومن هنا فان الفحوصات والاختبارات النفسية تعد من العوامل المساعدة في الانتقاء والتصنيف والتشخيص والمعالجة والمتابعة والبحوث وهي تقوم على قياس الظواهر النفسية وتقديرها كمياً (الكبيسي والصالحي، ١٩٩٩).

ظهرت العديد من المقاييس النفسية محدثة نقلة في علم النفس والصحة النفسية، ومن المقاييس الأجنبية والعربية التي حاولت قياس التوافق النفسي والاجتماعي نذكر:

ـ قائمة بيل للتوافق (١٩٣٠) تضمنت أربعة أبعاد: التوافق المنزلي والصحي والانفعالي والاجتماعي. (الحياني،١٩٨٨:-٥٣)

ـ مقياس كاليفورنيا للتوافق الشخصي والاجتماعي (كلارك وزملاؤه Clark) (١٩٤٠) تضمن بعدين: الأول التوافق الشخصي وتهم مجالات: الاعتماد على النفس والاحساس بالقيمة الذاتية والشعور بالحرية والامتناع والتحرر من الميل الى الانفراد والخلو من أعراض الأمراض العصابية. والبعد الثاني التوافق الاجتماعي وتهم مجالات: اتباع المستويات الاجتماعية واكتساب المهارات الاجتماعية والتحرر من الميول القيادية للمجتمع والعلاقات في الأسرة والمدرسة والبيئة المحلية (الخالدي،١٩٧٦: ٧٦-٧٧)

ـ قائمة هستون للتوافق الشخصي: أعد لطلبة الثانوية والجامعة لقياس التوافق في ستة مجالات: التفكير التحليلي، الاندماج الاجتماعي، الاتزان الانفعالي، الثقة، العلاقات الشخصية، الرضا عن البيت (عرّبه في العراق ابراهيم يوسف المنصور ١٩٧٤) (المنصور،١٩٧٥: ٧)

ـ اختبار منيوسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية: MMPI (ترجمة اسماعيل ومرسي ١٩٦١) تضمن سبعة مجالات: العلاقات المنزلية، العلاقات الاجتماعية، الثبات الانفعالي، الشعور بالمسئولية، الواقعية والحالة المزاجية والقيادة (اسماعيل.ومرسي، ١٩٦١، ٣-١٣)

ـ مقياس بيك للاكتئاب (١٩٦١) (عربه الشناوي) يتكون من (٢١) فقرة تقيس الاكتئاب

- مقياس راسل للشعور بالوحدة (١٩٨١) من جامعة كاليفورنيا (عربه الشناوي وخضر) ويتألف من (٢٠) فقرة تقيس الشعور بالوحدة

- مقياس الكبيسي للتكيف الشخصي والاجتماعي (١٩٨٨): وقد تضمن ستة مجالات على أساس ثلاثة مجالات لبعد التكيف الشخصي وهي تقدير الذات، اشباع الحاجات والأمراض العصابية وثلاثة مجالات لبعد التكيف الاجتماعي: العلاقات الأسرية، العلاقات الاجتماعية والقيم والمعايير. (الكبيسي،١٩٨٨: ٧٠-٧٢)

- مقياس جيبريل للتكيف النفسي العام (١٩٩٦): يتضمن أربعة أبعاد: البعد الشخصي والانفعالي والأسري والاجتماعي

- مقياس الخامري للتوافق النفسي (١٩٩٦): يتضمن خمسة مجالات: التوافق الانفعالي، التوافق الجسمي، التوافق مع الذات، التوافق مع القيم الخلقية، القيم الروحية والتوافق مع الآخرين.

تعددت المقاييس النفسية بتعدد الأطر النظرية لواضعيها، ويمكن تصنيف هذه المقاييس بصفة عامة الى فئتين:

١ - المقاييس التي تطبق من قبل المفحوصين أنفسهم: ويطلق عليها مقاييس التقدير الذاتي (Self-reporting).

٢ - المقاييس التي يقوم بتطبيقها شخص متمرس. (عويضة، ١٩٩٥)

تعد مقاييس التقدير الذاتي من أهم الأدوات المستخدمة للقياس النفسي في الطب النفسي وعلم النفس تتميز بتوفير وقت المتخصص والنفقات ولا تحتاج الى شخص مدرب ومن الممكن أن تعطى في ظروف مقننة وأن الدرجات وتفسيرها أكثر موضوعية وبالتالي تصبح المقارنة بين عينات مختلفة من الأشخاص ممكنة (عويضة، ١٩٩٥). كما يتميز بحساسية أكثر من القياس بواسطة المتخصص المبني على المقابلة الاكلينيكية، لكن يعيبها أن عدداً من المرضى لا يرغبون في اكمالها وعرضة تتفاوت مستوى التعليم، المستوى الاجتماعي والخلفية الثقافية، فهي تعتمد على ما ينتقيه الأفراد ليقولوه عن أنفسهم وقد يفسرون الغرض من السؤال وكيف يتصرفون فيه وهي ان كانت تعطي معلومات أقل شمولية من التقويم بواسطة المقابلات، الا أن كليهما عرضة للخطأ والأمثل استخدامهما معاً (عويضة، ١٩٩٥).

المعلوماتية والعلوم النفسية:

بدأ علم النفس بصورة عامة والصحة النفسية والعلاج النفسي ولوج عالم المعلوماتية، ففي مجال العلاج النفسي برمج العديد من المقاييس النفسية وشاع استخدامها في تطبيق الاختبارات النفسية منذ بدايات عام ١٩٥٩م منذ أول برنامج وضع اختبار MMPI على الحاسوب أعد من قبل عيادة مايو (الكبيسي والصالحي، ١٩٩٩).

برنامج (اليزا) النفسي: قام بتصميمه في السبعينيات ((وايتز بناوم) الأستاذ في معهد ساشوستس

للتكنولوجيا) وهو برنامج بدائي مقارنة بالبرامج الحديثة ولكنه يتميز بتقديم الراحة لمستخدميه من طلبة الدراسات العليا

تطورت البرامج الحاسوبية للمقاييس النفسية في السنوات العشر الأخيرة في أوروبا وأمريكا مع تسارع معدلات تطورها في السنوات الخمس الأخيرة، وذلك بظهور نسخ آلية (Automatic) يتم القياس وتفسير الدرجات بواسطة الحاسوب مثل مقياس بك للاكتئاب (Peck & Dean ١٩٨٨) ومقياس هاملتون للاكتئاب (Kobak et al ١٩٩٠) ومقياس بال ـ براون للوسواس القهري (Rosenfeld et ١٩٩٢) (عويضة، ١٩٩٥)

بالنسبة للبرمجة العربية فقد استخدمت تقنية الحاسوب في دراسات علمية حديثة حيث صممت في العراق برامج لاختبارات بك للاكتئاب وكراون كرسب للتوترات العصابية وماركس للمخاوف المرضية ومقياس التوافق الاجتماعي (الكبيسي وعبد الغني، ١٩٩٣، ص ٧٣-٨٦). اضافة الى مقياس بيك للاكتئاب (عويضه ١٩٩٥) ومقياس مينسيوتا ـ المستنصرية (للكبيسي والصالحي ١٩٩١).

تتميز النسخ المصممة بالحاسوب أنها توفر وقت المعالجين وأكثر حساسية من المقاييس المستخدمة للورقة والقلم كما أنها تقدم ظروفاً أكثر معيارية عند التطبيق (عويضة، ١٩٩٥)، وتقلل اذا لم نقل تحد نهائياً من أخطاء تفريغ البينات وتفسيرها كما تقلل تأثير الفاحص وتحيزه عند تفريغ البيانات وتسجيل الدرجات وحتى تفسيرها، كذلك قابلية الأنظمة الخاصة بهذه الاختبارات المبرمجة على الحاسوب للتعامل مع معلومات أكثر مقارنة وهذا أمر صعب يواجهه الباحث والمعالج ولهذا بالبرنامج يمكنه التعامل بيسر مع كم هائل من البيانات (Butcher, 1997, p:19) يؤكد على ذلك الأستاذ (جود مان جامعة ميامي) الذي يرى أن البرامج يمكنها أن تعمل تشخيص مقارن بالاضافة الى التشخيص المعتاد لأن هناك أمراضاً مختلفة لها نفس مجموعة الأعراض وأن الانسان لا يمكنه أن يتذكر دائماً هذا المدى الكامل من الاحتمالات (أبو السعود وأبو السعود، ٢٠٠٠).

أما من حيث التكلفة فتعدّ المقاييس المبرمجة متدنية الكلفة مقارنة بمقاييس الورقة والقلم من ذلك أن الحقيبة الكاملة للاختبار التقليدي (الورقة ـ القلم) باللغة الانجليزية مع كافة أدواته تكلف بحدود ٣٣٥٣٦ دولار لفحص ١٠٠٠ شخص، مع اضافة ٣٠ دولار لكل استمارة اجابة وتقرير تفسيرها؟، في حين أن الحقيبة الكاملة للاختبار المبرمج مع كافة أدواتها وابرازه لمدة سنة باستخدام هذا البرنامج حوالي ١٥٠٠٠ دولار (عدا سعر تكلفة جهاز الحاسوب وملحقاته) (الكبيسي والصالحي، ١٩٩٩).

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في:

أولاً: عدم توفر المقاييس النفسية المبرمجة كمبيوتريا باللغة العربية (أو القليل جدا ولم تسوّق الى الآن حسب علم الباحث).

ثانياً: ان وجدت هذه البرمجيات فهي مصممة بلغات بسيطة ذات نماذج قديمة بسبب التطور السريع في لغات الكمبيوتر.

ثالثاً: ان للكمبيوتر متخصصين في البرمجة ولعلم النفس متخصصين وعادة لا يفهم أحدهم مطالب الآخر وامكانيته مما يعيق التصميم المناسب.

رابعاً: ان بعض المقاييس المبرمجة يقوم بتصميمها غير متخصصين في علم النفس فقد يكون المقياس غير صادق وغير ثابت، كما أن تصميم البرنامج من حيث شكله وألوانه وطريقة تنفيذه يحتاج الى دراسة علمية نفسية، وكذلك مدى فائدته وجدواه.

ان هذه الدراسة تحاول برمجة مقياس للتوافق النفسي والاجتماعي باللغة العربية على أسس علمنفسية متميزا عن مقاييس الورقة والقلم:

١ - يوفر جهد المعالج بسبب استخدام المستجيب للبرنامج بنفسه.

٢ - يوفر وقت التصحيح.

٣ - يوفر وقت المجيب.

٤ - يمنع الأخطاء في عملية التصحيح.

٥ - يقلل التكلفة المادية.

٦ - يرفع درجة الصدق في الاستجابة، نتيجة لاعتماد المستجيب على نفسه في الاجابة على الأسئلة وتجنبه الاحراج.

٧ - خفض الملل في الاجابة على الأسئلة الطويلة في مقاييس الورقة والقلم لجاذبية المقاييس المبرمجة.

٨ - امكانية فحص المستجيب نفسه لنفسه، وكذلك معرفة مستوى توافقه وأساليب العلاج.

نحاول في هذه الدراسة ابراز خصائص المقياس النفسي المبرمج مقارنة بالتقليدي من حيث السرعة والجهد المبذول والدقه وتدني نسبة الأخطاء أثناء الاستجابة والتصحيح، والدافع للاستجابة اضافة الى ميزته في عدم تحسس المستجيب من المطبق وعدم توفر ايحاءات المعالج أو المطبق.

دراسات سابقة:

برنامج عويضة (١٩٩٥) مقياس بك للاكتئاب بالغة العربية باللغة البيسك (Basic) قنن المقياس على البيئة السعودية، وطبق البرنامج على عيّنة من عشرين شخصا أسوياء ليختبر ألوان الشاشة والخط وحجمه، البرنامج يتكون من (٢٤) شاشة زرقاء داكنة ولون الخط أبيض، تعرض كل شاشة السؤال مع خياراته فيضع المستجيب رقما من واحد الى خمسة لكل سؤال، وتحتوي الشاشة الأولى على بيانات المستجيب وتعليماته، وعندما ينتهي المستجيب من الاستجابة تظهر صفحة التقرير النفسي والتي تعرض نتيجة الفحص اكلينيكيا.

برنامج الكبيسي والصالحي (١٩٩٩) اختبار المستنصرية - مينيسوتا متعدد الأوجه، بعد ترجمة الاختبار والتأكد من صدقه باستعمال برنامج فوكس برو الاّ أنه يتميز على برنامج عويضة بأنه مصمم في بيئة وندوز مع قابلية التطوير باستعمال المؤثرات الصوتية اضافة الى استخدامه لأرقام سرية حماية

لبيانات المستجيب، وتفاصيل شرح الحالة للمستجيب مع وجود نتائج مختصرة كما يمكن مقارنة نتائج المستجيب في الاستجابة على الاختبار مرتين، يلحظ وبعد مقارنته باختبار الورقة والقلم تبين أن الاختبار المبرمج أدق وأقل كلفة من اختبار الورقة والقلم وبالنسبة للسرعة فقد أعتمد مستوى دلالة (١٠،٠) للتدليل على متغير السرعة.

تعد الاستفادة في هذه الدراسة من البرنامجين السابقين الا أننا نجد من حيث أن تدني المستوى التقني لهذه البرامج، فلغة بايسك المستخدمة لدى عويضة تحت نظام الدوس (Dos) ويبرز الفرق جليا مقارنة بنظام الويندوز من حيث الامكانيات وراحة المستجيب وزيادة السرعة والدقة والجاذبية، وأما برنامج الكبيسي والصالحي فهو مصمم ببرنامج فوكس برو وهو برنامج وليس لغة وبالتأكيد البرنامج أقل كفاءة من اللغة، اضافة لعدم امكانية فصله عن البرنامج الذي يحتضنه بسهولة

نلاحظ أن المستجيب في برنامج عويضه يكتب أرقاما من واحد الى خمسة لكل سؤال بينما في البرنامج الذي اعتمدناه يقوم بهذه العملية البرنامج وما على المستجيب الا أن يختار أحد الأزرة بالماوس أو السهم مما يؤثر في السرعة والدقة والجاذبية والاستمتاع لدى المستجيب.

ان أهمية برمجة هذا المقياس تكمن في أنه بني للبيئة العربية واليمنية منطلقا من ثقافتها، كما انه ممكن أن يكون المقياس الشامل باعتباره يستقصي الاضطرابات النفسية التحت سريرية والخفية الى جانب الاضطرابات الاجتماعية والانحرافات العصابية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى ما يلي:

١ ـ برمجة مقياس التوافق النفسي والاجتماعي باللغة العربية على أسس علمية نفسية.

٢ ـ التعرف على درجة الفروق بين المستجيبين على المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في السرعة والدقة والكلفة، ومستوى الجاذبية، والحساسية.

٣ – التعرف على درجة الفروق في التصحيح على المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في السرعة والدقة والكلفة، ومستوى الجاذبية.

فروض الدراسة:

يمكن تفصيل الهدفين الثاني والثالث في الفروض التالية:

١– ١– ١– توجد فروق ذات دلالة احصائية في السرعة لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة.

٢– ٢– ٢– توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدقة لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة.

٣– ٣– ٣– توجد فروق ذات دلالة احصائية في صدق الاستجابة لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة.

٤- ٤- ٤- توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدافعية لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة.

٥- ٥- ٥- توجد فروق ذات دلالة احصائية في السرعة لدى المصححين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة.

٦- ٦- ٦- توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدقة لدى المصححين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة.

مصطلحات الدراسة:

١ - التوافق:

- تعريف موسى: هو العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الفرد مستهدفا تغيير سلوكه ليحدث علاقة اكثر توافقا بينه وبين نفسه من جهة، وبينه وبين البيئة من جهة أخرى (١٩٨١ - ص ١٨).

- تعريف برون: الانسجام مع البيئة ويشمل القدرة على اشباع اغلب حاجات الفرد ومواجهة معظم المتطلبات الجسمية والاجتماعية. (١٩٨٣ - ص ١٢٤).

- تعريف داود: مفهوم خاص بالانسان في سعيه لتنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته من اشباع واحباطات وصولا الى ما يسمى بالصحة النفسية أو السواء أو الانسجام والتناغم مع الذات ومع الآخرين في الأسرة وفي العمل وفي التنظيمات التي ينخرط فيها ولذلك كان مفهوما انسانيا.(١٩٨٨- ص ٣٥).

- التعريف الذي نذهب اليه هو أن التوافق اشباع الفرد لحاجاته النفسية وتقبله لذاته واستمتاعه بحياة خالية من التوترات والصراعات والأمراض النفسية، واستمتاعه بعلاقات اجتماعية حميمة ومشاركته في الأنشطة الاجتماعية، وتقبله لعادات وتقاليد وقيم مجتمعه.

٢ - البرمجية الكمبيوترية لمقياس التوافق النفستماعي:

يعرض البرنامج أسئلة مقياس التوافق النفسي الاجتماعي فيجيب المستجيب من خلال شاشة العرض ويتولى برنامج معالجة الاجابات عملية التصحيح وتعرض النتيجة على الشاشة.

عينة الدراسة:

طبقت الدراسة على مجموعة من طلبة الجامعة قسم علم النفس (المستوى الثاني) مختارين بطريقة عشوائية بعد أن تم أخذ رأيهم في المشاركة في الدراسة (تردد خمسة منهم وأستبعد خمسة آخرون) حتى صفت العينة على أربعين طالبا وطالبة (عشرون طالباً وعشرون طالبة) وهي العينة المحددة مسبقا المواظبين.

وأما عيّنة المصححين فقد بلغ عددهم عشرة من أساتذة الجامعة والمعيدين.

أدوات الدراسة:

طبق في هذه الدراسة الأدوات التالية:

١- ١- ١- مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الجامعي من اعداد الباحث - نسخة

الورقة والقلم

٢- ٢- ٢- مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الجامعي من اعداد الباحث ـ النسخة المبرمجة

٣- ٣- ٣- استبيان مفتوح ومغلق يسجل عليه الزمن المستغرق للمستجيب للتطبيقين ثم يجاب عليه بعد التطبيقين ونحصل من خلاله على رأي المستجيب في تفضيله ومشاعره وانفعالاته في الاستجابتين.

أولاً: مقياس التوافق النفسي الاجتماعي ـ الورقة والقلم:

أعد الباحث مقياس التوافق النفسي الاجتماعي مسبقا (سفيان، ١٩٩٧) من خلال الرجوع الى عديد النظريات النفسية، وكذلك من خلال التعرف على وجهات نظر منفردة لا تنتمي لتلك النظريات، كما تم الاطلاع على عديد المقاييس التي تناولت مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي ورأينا من الأنسب اعداد مقياس يتناسب مع مجتمع الشباب اليمني يتضمن بعدين رئيسيين هما التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي، وتضمن كل بعد عددا من المجالات:

١ - **بعد التوافق النفسي:** أنه يتعلق بتقبل الفرد لذاته وفهمها فهماً واقعياً وشعوره بالثقة وتحمله المسئولية، واستمتاعه بحياة تخلو من الصراع والتوترات والأمراض النفسية.

يشتمل هذا البعد على مجالين:

المجال الأول: التوافق الشخصي (مع الذات): يتمثل في اشباع الفرد لحاجاته النفسية، فهمه لذاته فهماً واقعياً، تقبله لذاته واحترامها، ثقته بنفسه، تحمله المسئولية، قدرته على اتخاذ القرار، حل مشكلاته وتحقيق أهدافه.

المجال الثاني: التوافق الانفعالي: يعرف بقدرة السيطرة على الانفعالات واستمتاعه بحياة خالية من التوترات والصراعات والأمراض النفسية مثل (القلق والاكتئاب، الرحام أو الهيستيريا، الأمراض النفس جسمية).

٢ - **بعد التوافق الاجتماعي:** يتمثل في استمتاع الفرد بعلاقات اجتماعية حميمة ومتكافئة، ومشاركته بالأنشطة الاجتماعية، وتقبله لثقافة مجتمعه.

و يشمل المجالات الآتية:

المجال الأول: العلاقات الاجتماعية: يتمثل في استمتاع الفرد بعلاقات اجتماعية حميمة تتصف بالاحترام والتقدير والعطاء المتبادل والتي تشبع حاجاته الاجتماعية.

المجال الثاني: المشاركة الاجتماعية: يتمثل في مشاركة الفرد في الأنشطة الاجتماعية وتواجده في أماكن التجمعات الاجتماعية كالنوادي والحفلات و...

المجال الثالث: الانسجام مع ثقافة المجتمع: يتمثل في تقبل الفرد لعادات وتقاليد وقيم وأفكار وقوانين وأنظمة مجتمعه

صدق المقياس:

المقياس الصادق هو الذي يحقق الوظيفة التي وضع من أجلها بشكل جيد (Stanely, Hopkins, (1972), pp 69 - 70) أي يقيس المقياس ما وضع لقياسه، وأستخدم الباحث أساليب عديدة من أنواع الصدق وهي:

الصدق المنطقي: وقد تحقق منه من خلال تحديد المجالات والفقرات التي تعبر عنها وتمّ ذلك من خلال الرجوع للأطر النظرية ومن خلال أراء الخبراء

الصدق الظاهري: التحقق منه عن طريق عرض المقياس على ١٧ خبيراً وصدق البناء: وتم التحقق منه بأسلوبين هما:

ارتباط الفقرة بالدرجة النهائية للمقياس والارتباط بين مجالات واتضح أن الاختبار صادق في جميع أنواع الصدق

ثبات المقياس

وتمّ استخدام أسلوب اعادة الاختبار عن طريق اختيار عينة من طلبة جامعة تعز من التخصصات العلمية والانسانية من المرحلة الثانية والثالثة من الذكور والاناث بلغ عددهم (٦٠) طالباً وطالبة بالتساوي، ثمّ طبق عليهم المقياس مرتين بفاصل زمني قدره أسبوعان، وحسب معامل الارتباط بين التطبيقين وجدول (١) يبين ذلك (سفيان، ١٩٩٧)

جدول (١) معامل ثبات مجالات مقياس التوافق النفسي والاجتماعي باستخدام اعادة الاختبار

المجالات	معمل الثبات
التوافق الشخصي	٠,٧٨
التوافق الانفعالي	٠,٧٩
التوافق مع الآخرين	٠,٨٣
المشاركة الاجتماعية	٠,٨١
التوافق مع ثقافة المجتمع	٠,٧٩

ويتبين من الجدول (١) أنّ جميع معاملات الثبات عالية وهذا يشير الى أنّ ثبات المقياس مرتفع.

تصحيح المقياس:

تضمن المقياس في صورته النهائية مائة سؤال بعضها يعرض للاتجاه الايجابي والآخر الاتجاه السلبي، وتعبر عن التوافق النفسي الفقرات من (١-٥٠) تمثل المجال الشخصي والفقرات من (١-٣١)، والمجال الانفعالي الفقرات من (٣٢ - ٥٠)، وتعبر عن التوافق الاجتماعي الفقرات من (٥١ -

١٠٠)، وتمثل مجال الانسجام مع أفراد المجتمع الفقرات من (٥١ – ٧٥)، ومجال المشاركة الاجتماعية الفقرات من (٧٦ – ٨٨)، ومجال الانسجام مع ثقافة المجتمع الفقرات من (٨٨ - ١٠٠)، ونظراً لاستخدم أسلوب الاستجابة المتدرجة (طريقة ليكرت) اذ خصصت ثلاثة بدائل للاجابة على كل فقرة (تنطبق علي كثيراً، تنطبق علي قليلاً، لا تنطبق علي)، وبما ان اتجاه الفقرات الايجابية في المقياس يشير الى التوافق السليم، فان الاستجابة نحو الفقرة الايجابية تتوزع كالأتي:

تنطبق عليّ كثيرا (٣) درجات، وتنطبق عليّ قليلاً (درجتان)، ولا تنطبق علي (درجة واحدة) أما درجات الاستجابة للفقرة السلبية فهي: تنطبق عليّ كثيراً (درجة واحدة) وتنطبق عليّ قليلاً (درجتان) ولا تنطبق عليّ (ثلاث درجات). وبما أن عدد فقرات المقياس (١٠٠) فقرة فان الدرجة العليا للمقياس هي (٣٠٠) والدرجة الدنيا للمقياس هي (١٠٠) درجة، وأن المتوسط النظري للمقياس هو (٢٠٠) درجة

ثانياً: مقياس التوافق النفسي الاجتماعي ــ النسخة المبرمجة:

نفس مقياس الورقة والقلم، ولكن وضع في برنامج كمبيوتر وبالتالي يحتوي على نفس المجالات ونوع وعدد الفقرات وبني البرنامج بلغة فيجول بيسك ٦ تحت بيئة وندوز ٩٨ باللغة العربية.

يتكون البرنامج من مائة وخمس شاشات تعرض هذه الشاشات بيانات المستجيب والأسئلة المائة حيث يعرض كل سؤال بشاشة مستقلة، فيجيب المستجيب على الأسئلة من خلال اختيار زر من الأزرة الثلاثة التي تعرض تحت السؤال وهي ينطبق علي كثيرا وينطبق علي أحيانا ولا ينطبق علي ثم ينتقل البرنامج تلقائيا الى السؤال الثاني وهكذا حتى تنتهي الأسئلة فتظهر النتائج فورا كأرقام صماء وتفسر في شاشة أخرى بعد الطلب وادخال الأرقام السرية.

صدق المقياس المبرمج:

- تعد فقرات المقياس ومجالاته صادقة وثابتة فهي نفس فقرات مقياس الورقة والقلم الذي تأكد منها الباحث وبالنسبة لما يخص البرنامج فقد أعتمد الباحث صدق المحتوى في البرنامج بصورة عامة وفي لون شاشاته وخطوطه وحجمهما (عويضة، ١٩٩٥) والصدق الظاهري من خلال عرضه على بعض الخبراء في علم النفس للاطلاع والحكم على البرنامج بصورة عامة وألوانه وخطوطه وتعليماته.

- طبق على عينة استطلاعية مكونة من عشرة أفراد خمسة ذكور وخمسة اناث من طلبة كلية التربية للتأكد من خلوه من أي مشكلات بدائية من حيث فهم فقراته وسهولة استخدامه.

التصميم التجريبي:

التصميم الأول:

قسم الطلبة الى مجموعتين الأولى ضابطة يطبق عليها مقياس الورقة والقلم، والثانية تجريبية يطبق عليها المقياس المبرمج، ثم يحسب الفرق بين التطبيقين من حيث الزمن بالدقيقة والدقة بعدد الأخطاء.

التصميم الثاني:

طبق على المجموعة التي أستخدمت مقياس الورقة والقلم، والمجموعة التي استخدمت المقياس المبرمج، ثم يحسب الفروق بين كل مجموعة في استخدامها للمقياسين المبرمج ومقياس الورقة والقلم في الدافعية والتفضيل والحساسية.

التصميم الثالث:

تم اختيار عشرة مصححين من الأساتذة ذوي خبرة في التصحيح وزعت عليهم اجابات المستجيبين على مقياس الورقة والقلم مع نموذج التصحيح وشرح لهم طريقة التصحيح فقاموا بعملية التصحيح الى أن انتهوا من الورقة الخامسة كانت بداية حساب الزمن في التصحيح من بداية الورقة السادسة وكانت البداية في وقت واحد، ثم صححت الأوراق مرة أخرى من قبل الباحث وحسبت الأخطاء، ثم حسب الفرق بين تصحيح المقياس آليا بواسطة البرنامج ومقياس الورقة والقلم من خلال المصححين والبرنامج وذلك من حيث الفرق في التطبيقين في الزمن بالدقيقة والدقة بعدد الأخطاء.

النتائج:

أولاً: تم تصميم برنامج مقياس التوافق النفسي والاجتماعي على أسس علمية نفسية.

مقياس التوافق النفسي الاجتماعي ــ النسخة المبرمجة:

يحتوي على نفس مجالات مقياس الورقة والقلم ونوع وعدد الفقرات ونصف هذا البرنامج كما يلي:

يتكون البرنامج من مائة وخمس شاشات تعرض هذه الشاشات كلمة السر للدخول وعنوان البرنامج والتعليمات وبيانات المستجيب والأسئلة المائة حيث يعرض كل سؤال بشاشة مستقلة والبر وفيل وتفسير النتائج

وصف البرنامج الظاهر للمستجيب:

١- ١- ١- عند تشغيل البرنامج تظهر الشاشة الأولى بخلفية باللون الأزرق وبها اسم المقياس ومصمم البرنامج والمقياس ومستطيل في وسط الشاشة يطلب من المستخدم ادخال الرقم السري، بعد كتابة الرقم السري تظهر الشاشة الثانية.

٢- ٢- ٢- ويظهر في الشاشة الثانية ذات الخلفية باللون الأزرق مفاتيح على يسار الشاشة باللون الرمادي ووظائفها كالتالي:

أ ــ جديد: وفي حالة الضغط عليه ينتقل البرنامج الى الشاشة الثالثة ليعرض شاشة البيانات الشخصية، يطلب من المستجيب كتابة اسمه وعنوانه ويقوم البرنامج بخزن اسم المستجيب وبيانات عنه وفي نهاية الشاشة زر مكتوب عليه التالي اذا ضغط عليه المستجيب ظهر السؤال الأول من أسئلة المقياس باللون الأبيض مع عرض مستطيل به ثلاثة خيارات وهي (ينطبق علي كثيراً ـ ينطبق علي أحياناً ـ لا ينطبق علي) واذا اختار المستجيب واحداً من هذه الخيارات اجابة على السؤال ينتقل البرنامج الى عرض السؤال الثاني في الشاشة الثانية مع عرض مستطيل الخيارات وهكذا يستمر

البرنامج الى أخر سؤال، ثم تظهر شاشة ثالثة تعرض نتائج الاجابة على الأسئلة وتفسيرها ونتائجه..

ب ــ بحث: ويتم هنا فيما اذا ضغط على هذا الزر اظهار مستطيل فارغ يطلب كتابة اسم الشخص الذي تريد أن تبحث عن نتائجه المخزونة سابقاً، فيعرض اسم الشخص ونتائجه بعد طلب الشفرة.

ج ــ خروج: عن طريق ضغط هذا الزر يتم الخروج من هذا البرنامج.

هناك ازرة أخرى تؤدي خدمات ثانوية كالحذف، والسجل السابق، والسجل اللاحق.

ثانياً: التأكد من أفضلية المقياس المبرمج على مقياس الورقة والقلم من حيث السرعة في التطبيق والتصحيح والدقة والحساسية والتفضيل وفيما يلي عرض نتائج البحث في ضوء الفروض المذكورة:

١ – الفرض الأول: توجد فروق ذات دلالة احصائية في السرعة لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة

استخراج متوسطي المجموعتين وانحرافاتهما المعيارية وحساب درجات الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والجدول (٢) يوضح ذلك.

جدول (٢) يوضح دلالة الفروق في سرعة الاجابة بين مجموعتي المستجيبين

باستخدام الورقة والقلم		باستخدام برنامج الحاسوب		القيمة التائية	الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
32.8	2.8	16.9	5.5	-11.79	.000

يتضح من الجدول (٢) أن هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى < ٠,٠٠١ بين المجموعتين في سرعة الاجابة ومن النظر في متوسطي المجموعتين يتبين أن الفرق لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن المقياس المبرمج أكفأ من استخدام مقياس الورقة والقلم في سرعة استجابة المستجيب على المقياس.

٢ – الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدقة لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة

تم استخراج متوسطي المجموعتين وانحرافاتهما المعيارية وحساب درجات الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣) يوضح دلالة الفروق في دقة الاستجابة بين مجموعتي المستجيبين

باستخدام الورقة والقلم		باستخدام برنامج الحاسوب		القيمة التائية	الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
2.40	2.01	.30	.57	-4.42	.000

- يتضح من الجدول (٣) أن هناك فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى < ٠,٠٠١ بين المجموعتين في الدقة.

ومن النظر في متوسطي المجموعتين يتبين أن الفرق لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن استخدام البرنامج أكفأ من استخدام مقياس الورقة والقلم من حيث الدقة وقلة الأخطاء في استجابة المستجيب.

٣ – الفرض الثالث: م توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدافعية لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة:

تم استخراج متوسطي المجموعتين وانحرافاتهما المعيارية وحساب درجات الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار ت لعينتين مترابطتين والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤) يوضح دلالة الفروق في دافعية الإستجابة بين مجموعتي المستجيبين لعينة مترابطة

باستخدام الورقة والقلم		باستخدام برنامج الحاسوب		القيمة التائية	الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
.46	.68	1.55	.69	3.58	.002

- يتضح من الجدول (٤) أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية عند مستوى٠٠٢,، بين المجموعتين القبلية والبعدية في درجة الرضا والاندفاع نحو الاستجابة لصالح الاستجابة للمقياس المبرمج.

٤ – الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة احصائية في الحساسية (التحسس أو الخجل) لدى المستجيبين وفقاً لمتغير طريقة الاستجابة

تم استخراج متوسطي المجموعتين وانحرافاتهما المعيارية وحساب درجات الفروق بين المجموعتين باستخدام اختبار ت لعينتين مترابطتين والجدول (٥) يوضح ذلك.

جدول (٥) يوضح دلالة الفروق في الحساسية بين مجموعتي المستجيبين (مترابطة)

باستخدام الورقة والقلم		باستخدام برنامج الحاسوب		القيمة التائية	الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
.46	.68	1.55	.69	3.58	.002

- يتضح من الجدول (٥) أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية عند مستوى < (٠,٠٠١) بين المجموعتين في التحسس، ومن النظر في متوسطي المجموعتين يتبين أن الفرق لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن استخدام البرنامج أكفأ من استخدام مقياس الورقة والقلم.

٥ ـ الفرض الخامس: توجد فروق ذات دلالة احصائية في السرعة في التصحيح بين البرنامج والتصحيح بالورقة والقلم

تم استخراج متوسطي الطريقتين وانحرافاتهما المعيارية وحساب درجات الفروق بين الطريقتين باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والجدول (٦) يوضح ذلك.

جدول (٦) يوضح دلالة الفروق في السرعة في التصحيح بين طريقتي التصحيح

باستخدام الورقة والقلم		باستخدام برنامج الحاسوب		القيمة التائية	الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
12.90	3.48	0.01	0.00	11.72	0.000

– يتضح من الجدول (٦) أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية عند مستوى < ٠,٠٠١ بين الطريقتين في التصحيح، ومن النظر في متوسطي الطريقتين يتبين أن الفرق لصالح طريقة المقياس المبرمج، وهذا يعني أن استخدام البرنامج في التصحيح أكفأ من استخدام مقياس الورقة والقلم.

٦ ــ الفرض السادس: توجد فروق ذات دلالة احصائية في الدقة في التصحيح بين الطريقتين الورقة والقلم والمقياس المبرمج

تم استخراج متوسطي الطريقتين وانحرافاتهما المعيارية وحساب درجات الفروق بين الطريقتين باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين والجدول (٧) يوضح ذلك.

جدول (٧) يوضح دلالة الفروق في الدقة في التصحيح بين طريقتي التصحيح

باستخدام الورقة والقلم		باستخدام برنامج الحاسوب		القيمة التائية	الدلالة
المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
1.80	1.75	0.00	0.00	3.25	0.004

– يتضح من الجدول (٧) أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الطريقتين في الدقة وقلة الأخطاء، ومن النظر في متوسطي الطريقتين يتبين أن الفرق لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن استخدام المقياس المبرمج أكفأ من استخدام مقياس الورقة والقلم في الدقة وقلة الأخطاء.

تفسير النتائج:

تشير النتائج الى أفضلية المقياس المبرمج بواسطة الحاسوب مقارنة بمقياس الورقة والقلم بعد أن أثبتت الفرضية المتجهة، ويمكن مناقشة النتائج كلا على حدة فيما يلي:

١ – الفرض الأول: هناك فروق بين المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في سرعة الاستجابة لصالح المقياس المبرمج رغم توحد الفقرات لكن يبدو أن الفرق بين المقياسين هو وضوح الخط ذو اللون الأبيض وخلفية الشاشة الزرقاء ذات اللون الداكن في المقياس المبرمج وكذلك حجم الخط المجسم الكبير، على عكس مقياس الورقة ذي الخط الصغير الذي تؤثر عليه عملية التصوير والاستنساخ، اضافة

الى توفير الوقت في عملية الكتابة والتأشير في ورقة الاجابة المستقلة، كما أن تنقل البصر من سؤال الى آخر ومن ورقة الى أخرى بينما في الحاسوب يأتي السؤال تلقائيا في نفس مكان السؤال الأول وبخط كبير، وتختلف هذه الدراسة مع دراسة الكبيسي والصالحي (١٩٩٩) لاختلاف البرنامجين ويتفق هذا مع دراسة القعود والسيد (١٩٩٧).

٢ – **الفرض الثاني:** هناك فروق بين المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في دقة الاجابة وقلة الأخطاء حيث تم حساب الأخطاء من خلال خدوش المستجيبين والتأكد من المستجيبين أنفسهم وكان أسباب الأخطاء الرئيسية هي أن يضع المستجيب تأشير ته في خانة غير الخانة التي يقصدها لاحتياجه لبذل جهد في التركيز على الخانة المناسبة بين الخانات المتراصة أمامه في ورقة الاجابة وهذا يؤثر أيضا على سرعة الاستجابة، وبالنسبة للأخطاء في المقياس المبرمج فهي قليلة وتعود الى تسرع المستجيب في الاجابة ثم يريد التراجع ولا يسمح البرنامج له بذلك وهذا أمر يمكن اصلاحه بتعديل بسيط في البرنامج.

٣ – **الفرض الثالث:** هناك فروق بين المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في صدق الاستجابة لصالح المقياس المبرمج: ويعود هذا الصدق الى أن بعض الأسئلة تحرج المستجيب أثناء اجابته على مقياس الورقة والقلم والتي تكون اجابة الفقرة معروضة أمام الفاحص، بينما في المقياس المبرمج لا يعرف الفاحص اجابات الفقرات وانما مجموع درجاتها في مجموعات ومجالات ويعلم المستجيب بذلك من خلال التعليمات، وتتفق هذه النتيجة مع الأدب السابق (الكبيسي والصالحي: ١٩٩٩) (عويضة: ١٩٩٥).

٤ – **الفرض الرابع:** هناك فروق بين المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في الدافعية للاستجابة على المقياس المبرمج أكثر من مقياس الورقة والقلم والجاذبية والمتعة، ومن أسباب ذلك استخدام الحاسوب كطريقة جديدة وسهلة لا تتطلب جهدا في الكتابة والتنقل بين الورق والأسطر واستخدام القلم، كما أن سمعة الحاسوب جيدة وكون المستجيب بدأ بالتعامل معه فان ذلك يجعله سعيداً كما صرح معظم المستجيبين، اضافة الى جمال الخط وحجمه وألوان الشاشات الخلفية، وتكفل الحاسوب بالتنقل من صفحة الى أخرى بنفسه وبسرعة غير ملحوظة.

٥ – **الفرض الخامس:** هناك فروقا بين المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في سرعة التصحيح لصالح المقياس المبرمج ولعل هذه النتيجة تكاد تكون واضحة وتكاد تكون مسلمة لا تحتاج لفرضية من خلال معرفتنا لقدرة الحاسوب بل ان الهدف الأول من تصميم البرامج لهذه المقاييس هو سرعة التصحيح، ولكن مناقشتنا لدرجة الفرق وليس للفرق نفسه هو الأهم هنا لنستطيع التعرف بدقة على هذه الدرجة في الفروق، فقد أتضح أن التصحيح لا يستغرق وقتاً يذكر في تصحيح البرنامج بينما يستغرق وقتاً بمتوسط ٩٠،١٢ دقيقة بعد تصحيح عدد من الأوراق (بعد ألفة المقياس والتدريب عليه)، ونلاحظ هنا أن الوقت المستغرق ليس قليلا مقابل لحظات على اعتبار أن أقل من الثانية لا نستطيع قياسه في الأوضاع العادية، فماذا لو كان عدد الأوراق المصححة أكثر من ورقة فسيكون الوقت المستغرق لكل مائة ورقة يساوي ١٢٩٠ دقيقة وتساوي ٥،٢١ ساعة واذا لدى باحث ما بحث عينته

(٦٠٠) فرد كما هو الحال في متوسطات العينات في البحوث فانه يحتاج لأيام لا تقل عن ٢٤ يوماً بمعدل خمس ساعات في اليوم مقابل ثوان بالبرنامج.

٦ – **الفرض السادس:** هناك فروق بين المقياس المبرمج ومقياس الورقة والقلم في الدقة في التصحيح لصالح المقياس المبرمج: هذه النتيجة بدهية أيضا ذلك أن التعامل مع الحاسوب هو تعامل مع آلة تتصف بالثبات ولكن وضحت لنا هذه النتيجة الأخطاء التي وقع فيها المصححون في مقياس الورقة والقلم وأن هذه الفروق ليست بسيطة تعود الى الصدفة بل تتكرر بصورة طبيعية مرتبطة بطبيعة الانسان الذي يفقد التركيز المتواصل في مدة لا تزيد على ١٥ دقيقة اضافة الى المتغيرات الأخرى في تركيبه البيولوجي والسيكولوجي، كما أنه من الأجدر ترك العمليات الروتينية للحاسب ليتفرغ الانسان لعمليات التفكير والابتكار.

التوصيات:

١ – بالنسبة للقائمين بالعملية الارشادية والعلاجية الاستفادة من خدمات المعلوماتية في عملهم الارشادي والعلاجي.

٢ – البحث في مدى الاستفادة في مجال العلاج النفسي.

٣ – بالنسبة لمؤسسات الدولة والمنظمات الانسانية توفير الخدمات والعتاد التقني للنهوض بالبحث وتقديم الخدمات النفسية في الجامعات والمستشفيات والمؤسسات العلمية.

٤ – دعم البحوث التي تعمل على رفع مستوى الصحة النفسية والتي تعاق من عدم توفر الامكانيات وخاصة العينية.

المقترحات:

١ – تطوير البرنامج الحالي بعد التجريب لتحديد ثغرات القصور مثل تمكين المستجيب من التراجع عن الاجابة التي أختارها خطأ.

٢ – تطوير البرنامج الحالي بادخال الوسائط المتعددة (الصوت والصورة).

٣ – تصميم برنامج للتشخيص والارشاد المبدئي، يحتوي على مقاييس عديدة تعرض على المستجيب مقياسين أو ثلاثة على الأغلب ليقوم البرنامج بعملية ترشيح لحالة المستجيب ويوفر علي المعالج الكثير من ذاكراته في عملية العلاج.

٤ – اجراء المزيد من الدراسات التي تتعرض لفوائد البرامج النفسية المصممة بالحاسوب وكذلك عيوبها.

المراجع

١ ـ أبو السعود، عبد اللطيف وأبو السعود، منى (٢٠٠٠) الكمبيوتر والطبيب، حضارة الكمبيوتر والانترنيت، كتاب العربي، الكتاب الأربعون، ١٥أبريل، وزارة الأعلام، الكويت.

٢ ـ اسماعيل، محمد عماد الدين ومرسي، سيد عبد الحميد (١٩٦١) مقياس الارشاد النفسي، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٣ ـ جلال، سعد (١٩٨٥) المرجع في علم النفس، دار الفكر العربي،القاهرة.

٤ ـ الحياني (٨٨) مستوى التحصيل الدراسي وعلاقته بالتوافق لدى الطلبة الصف الخامس الاعدادي،أطروحة ماجستير، كلية التربية، جامعة بغداد.

٥ ـ الخالدي، أديب محمد (١٩٧٢) دراسة العلاقة بين التفوق العقلي وبعض جوانب التوافق الشخصي والاجتماعي لدى تلاميذ المدارس الاعدادية العراقية، أطروحة ماجستير (غير منشورة) كلية التربية، جامعة عين شمس.

٦ ـ الخامري، عبد الحافظ سيف غانم مرشد (١٩٩٦) التوافق النفسي لذوي الادراك فوق الحسي، أطروحة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

٧ ـ الديب، علي (١٩٨٨) التوافق الشخصي والاجتماعي للراشدين دراسة استطلاعية، مجلة دراسات تربوية، المجلد الثالث، الجزء الحادي عشر، رابطة التربية الحديثة،،القاهرة.

٨ ـ داود، عزيز حنا (١٩٨٨) الصحة النفسية والتوافق، وزارة التربية، المديرية العامة للاعداد والتدريب، العراق

٩ ـ زهران، حامد عبد السلام، (١٩٨٨). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط (٤)، عالم الكتب، القاهرة.

١٠ ـ سفيان، نبيل صالح (٢٠٠٠) الشخصية نظرياتها نموها قياسها، الجزء الأول، المركزية للطباعة، تعز.

١١ ـ سفيان، نبيل صالح (١٩٩٧) الذكاء الاجتماعي القيم الاجتماعية وعلاقتهما بالتوافق النفسي لدى طلبة جامعة تعز، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد ـ كلية التربية.

١٢ ـ الشناوي، محمد محروس محمد وخضر، على السيد (١٩٨٨) الاكتئاب وعلاقته بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية، بحوث المؤتمر العلمي الرابع لعلم النفس الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مصر ٢٥،٢٧ يناير، القاهرة.

١٣ ـ الشناوي، محمد محروس محمد وخضر، على السيد (١٩٨٨) الاكتئاب وعلاقته بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية، بحوث المؤتمر العلمي الرابع لعلم النفس الجمعية المصرية للدراسات النفسية، مصر ٢٥،٢٧ يناير.

١٤ ـ طه، فرج عبد القادر (١٩٨٠) سيكولوجية الشخصية المعوقة للانتاج، مكتبة الخانجي، القاهرة.

١٥ ـ عبد الرحمن، محمد السيد وأبو عباه، صالح بن عبد الله (١٩٩٨) مقياس التحليل الاكلينيكي، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

١٦ ـ عويضة، محمد (١٩٩٥) نسخة مبرمجة على حاسوب باللغة العربية من مقياس بك للاكتئاب وتقنينها على عينة سعودية من المنطقة الشرقية، مجلة علم النفس، العدد (٣٦) (أكتوبر ـ نوفمبر ـ ديسمبر) السنة التاسعة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٧ ـ عيسوي، عبد الرحمن محمد (١٩٧٠) دراسات سيكولوجية، منشأة المعارف، الاسكندرية.

١٨ ـ القعود، ابراهيم والسيد علي جوارنه (١٩٩٧) أثر التعلم بواسطة الحاسوب في تنمية الفكر الابداعي لدى طالبات الصف العاشر الأساسي في مبحث الجغرافيا، مجلة دراسات مستقبلية، العدد (٢) يناير، السنة الأولى، مركز دراسات المستقبل، جامعة أسيوط.

١٩ ـ الكبيسي، فحل والصالحي، عادل عبد الرحمن (١٩٩٩) الطب النفسي والحاسوب اختبار المستنصرية ـ مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية نسخة الحاسوب، مجلة الفكر التربوي العربي، العدد (٣)، شباط، اتحاد التربويين العرب، بغداد.

٢٠ ـ الكبيسي، عبد الكريم عبيد جمعة (١٩٨٨) قياس التكيف الشخصي الاجتماعي لدى الأحداث الجانحين وعلاقته بمعاملة الوالدين،أطروحة ماجستير(غير منشورة) كلية الآداب، الجامعة المستنصرية.

٢١ ـ المغربي،سعد (١٩٩٢) حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق، مجلة علم النفس العدد(٢٣)، يوليو أغسطس سبتمبر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٢٢ ـ كيلش، فرانك (٢٠٠٠) ثورة الانفوميديا الوسائط المعلوماتية وكيف تغير عالمنا وحياتك؟ ترجمة: حسام الدين ذكريا، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٥٣، يناير، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

٢٣ ـ المنصور، ابراهيم يوسف، (١٩٧٥). استبيان هستون المعرب للتكيف الشخصي، بغداد، مركز البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد.

24 - Brown, Arthur, (1984) Pluralism - with Intelligence: A Challenge to Educational and Socity. Year: Dec.

25 - Smith, Henry Clay. (1961) (Personality Adjustment). McGraw - Hill book Company, New York.

26 - Stanley, Julian C,. and Knneth D. Hopkins: (1972) Educational and Psychological Measurement and Evaluation, (4th. Ed) Prentice Hall International, Inc,. London.

27 - Butcher, James Neal, (Ed). (1977) In press) Foundations of Clinical personality Assessment Practical Considerations, New york. Oxford University press, USA

الثلاثاء الأسود

خلفية الهجوم على الولايات المتحدة

كتاب جديد للدكتور محمد أحمد النابلسي يوظف فيه العلوم النفسية في الميدان السياسي/ المستقبلي. حيث تشير تواريخ المقالات المنشورة في الكتاب إلى توقع النابلسي انفجار فوضى اميركية داخلية منذ العام ١٩٩٧.

أهمية الكتاب أنه لا يدعي 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 الاصدقاء وابتزازهم.

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

وتتوضح هذه الفكرة في مقالته «سقوط الجبار الاميركي المنشورة في ٩٩/٨/٢٠ وفيها يشير إلى أن سقوط الجبابرة يأتي وهم في أوج قوتهم وبصورة مفاجئة. فيرى ان شمشوم واخيل والاتحاد السوفياتي سقطوا كذلك. كما يرى أن على المسؤولين العرب الاحتياط لمثل هذه النهاية المحتملة للجبار الاميركي.

وبما ان هذه المقالة هي الأكثر تعبيراً عن تنبؤات الكتاب فإننا نقتطع منها المقاطع التالية:

... يمكن تلخيص نقاط ضعف الجبار الاميركي بالمؤشرات التالية: ١. أنه يطالب بسطوة تعادل قدراته العسكرية. و٢. أنه عاجز عن تقديم الضحايا البشرية. ٣. إحتمالات الارهاب الاميركي الداخلي. و٤. إنفجار أوكلاهوما الذي يخفي ثورات أميركية داخلية. و٥. الفراغ القيمي الذي يدفع الاميركيين للانسياق وراء البدع الدينية وغيرها. و٦. تنامي ميل الاجهزة الأمنية الاميركية 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 الاميركي الاهم فهي الاقتصاد وتحديداً البورصة (وول ستريت). فالولايات المتحدة عاجزة عن الصمود أمام أزمة اقتصادية معقدة. وهي لم تختبر التعرض إلى كارثة داخلية حقيقية.

ومن مقالة التحليل النفسي لبوش الابن (٢٠٠١/٣/١) نقتطف:... إن الشكوك تحيط بمستقبل بوش. فهو انتخب بفارق ضئيل مما يجعل الشك يحيط بهدوء فترته الرئاسية وحتى بإكماله لها. كما أن أباه ونائبه تشيني مصابان بآفات قلبية مميتة. أما التهديد الاكبر فهو قيام اضطرابات أميركية داخلية. وبعدها بشهر واحد اندلعت حوادث سينسيناتي العنصرية!!.

قراءة الكتاب توحي بأن الثلاثاء الاسود ليس خاتمة الفوضى الداخلية الاميركية.

الجانب المظلم من الأنوثة
عقدة ليليت[1]
Litith-complex[2]

هانس يوأخيم ماس[3]

ترجمة الدكتور سامر جميل رضوان

ترمز الصورة الاسطورية لليليت الى الجزء المحرم من النفس الانثوية. فليليت تعتز باستقلاليتها وفاعليتها الجنسية، وترفض الامومة. ليليت هي كل امرأة، ولكن ليس كل امرأة تجرؤ، على خبرة هذا الجانب. الامر الذي يقود الى عواقب وخيمة كما يظهر ذلك المحلل النفسي، هانس يوأخيم ماس.

تعني ليليت في اللغة العبرية «العتمة». ومنذ اكثر من ثلاثة آلاف سنة تطلق عليها في الاساطير تسمية جنية الليل المجنحة. واعتبرها السومريون والبابليون والآشوريون والكنعانيون والفرس والعبريون والعرب والتويتونيون[4] آلهة وغاوية وقاتلة للاطفال. ووفق التفسيرات العبرية المتأخرة كانت ليليت وفق سفر التكوين الزوجة الاولى لآدم. فحسب الروايات اليهودية خلق اللّه سبحانه وتعالى ليليت، الزوجة الاولى لآدم بالطريقة نفسها التي خلق بها آدم. غير ان آدم وليليت لم يتفقا مع بعضهما أبداً. فلم تكن ليليت مستعدة للخضوع لآدم. وقد بررت مطالبتها بالمساواة مع آدم بأنها قد خلقت من التراب نفسه الذي خُلق منه آدم. وقد عبرت ليليت عن مساواتها مع آدم من خلال امتناعها عن أن يلقي آدم جسده فوقها أثناء ممارسة الجنس. فقد أرادت أن تكون مشاركة في الفعل الجنسي بصورة فاعلة و«تنام» فوق آدم.

قاد امتناع ليليت عن الخضوع لآدم الى قلقه وغضبه. وأدت حدة الخلافات بينهما الى هروب ليليت من الجنة في النهاية. ومن هنا نشأت الصورة الاولى لليليت باعتبارها «الانثى الشهوانية»، ولاحقاً باعتبارها آلهة الدعارة والجن والاستمناء.

ويصور التلموديون[5] ليليت على شكل انثى متبرجة ومغرية، ذات شعر طويل ونهدين نصف عاريين تغوي الرجال وتهدد الاطفال. وفي قصة فاوست لغوته يسأل الدكتور فاوست في أثناء الطيران السحري على ظهر وعل الجبال: ومن هذه التي هنا؟ أجاب ميفستو: انها ليليت، الزوجة الاولى لآدم، احذر من شعرها الرائع، من عقدها التي تزهو به، فاذا ما طوقت الشاب به، فانها لن

تدعه يذهب أبداً.

وحسب الروايات فقد عاقب اللّه ليليت لرفضها الخضوع، وعلى هروبها من الجنة. وكان العقاب: بأن قضي عليها ابداً ان تظل غاوية شهوانية وقاتلة اطفال مرعبة وان تعيش في الاماكن الموحشة والمقفرة من الارض ـ بين الحيوانات الكاسرة.

اما بالنسبة للحضارة المسيحية فيعد من الاهمية بمكان ان ترجمة لوثر للتوراة لم تتمسك بدقة بالنص التوراتي الاصلي. فالنص التوراتي الاصلي يشير بوضوح الى ان حواء هي الزوجة الثانية لآدم. ويروي النص الاصلي عن آدم قوله: «هذه المرة رجل من رجلي». ووفقاً لذلك فقد كانت حواء «المحاولة الثانية». وعلى عكس حواء فقد استبعدت ليليت من التوراة كلية تقريباً ولا يرد ذكر لها الا عند Jesaja (١٤، ٣٤).

فعندما اشتكى آدم لربه ربه بعد هروب ليليت من الجنة بأنه قد مل البقاء وحيداً، حلت رحمة اللّه عليه، فخلق له حواء. ولكنه لم يخلقها من التراب كما فعل بليليت، وانما من احد اضلاعه هذه المرة. ومن ثم فقد خلق اللّه حواء لتكون خاضعة وليس مساوية لآدم. ونتيجة لهذا فقد كان من الممكن ان يحل الود والوفاق الدائم بين الزوجين في الجنة، من خلال وجود جنس مسيطر وجنس خاضع، لو لم تتدخل الأفعى ـ التي ترمز في هذه الصورة الى ليليت كذلك ـ وتغري حواء نحو دفع آدم لتغريه بأكل التفاح، وتعيد بهذا تأجيج نار المعصية والصراع من جديد.

وعلى هذا النحو قسمت صورة الانثى منذ عشرات الآلاف من السنين الى حواء وليليت، حيث تقدس البطريركية صورة حواء وتلعن صورة ليليت وتحرمها. وعليه فان حواء ترمز لخضوع المرأة والسلبية الجنسية وللزواج الأحادي monogamy وللامومة «المضحية» وللمطبخ والعبادة وتربية الاولاد وخدمتهم. وهو في الواقع مجرد جانب واحد فقط من الانوثة. اما الجانب الآخر فتعبر عنه ليليت التي ترمز للمساواة والفاعلية الجنسية والرغبة ورفض الانجاب والامومة.

وعليه فاننا نتعرف في كل من حواء وليليت على وجهين من الوجود الانثوي، منفصلان عن بعضهما ومتنافرين على الاغلب، ويمتلكان مشاعر عدائية تجاه بعضهما. يمثلان نمطين مختلفين من النساء: القديسة والعاهرة.

حواء، المرأة الحنون والوفية المخلصة والخاضعة للرجل، بالمقابل نجد ليليت تمثل حياة اللذة والرغبة والاغراء والشهوة والاستقلال. اما الرجال فهم دائماً مشتاقون الى كلا الوجهين وخائفون في الوقت نفسه من كلا الوجهين من الانوثة. انهم يصدون خوفهم من الملل وفقدان الرغبة في الزواج بحواء من خلال المعشوقات او الانغماس مع العاهرات. ونتيجة للخوف من القوة الانثوية وجيشان الرغبة والاستقلالية يحاولون قمع ومقاومة أي مظهر من مظاهر ليليت في كل امرأة وتحريمه أخلاقياً.

غير ان تحريم وانكار ليليت بالنسبة للرجال والنساء معاً يعد منبعاً للمعاناة الوخيمة التي لا يمكن وصفها ولصراع الجنسين المرير وللعلاقات غير السعيدة، وهو السبب الكامن خلف ما يسمى «الاضطرابات المبكرة» لدى الاطفال.

تحتوي عقدة ليليت على ثلاثة مظاهر مقموعة او منكرة او منقسمة او مهملة او محرمة من الانوثة:

١ ـ المرأة المساوية للرجل، والتي لا هي ادنى ولا اعلى منه، وانما مساوية له، الناشئة من الاصل نفسه ومجهزة من ثم بالحقوق نفسها.

٢ ـ المرأة الفاعلة جنسياً، المستقلة برغباتها والتي تتمتع بقوة جذب واغراء، الامر الذي يجعلها غير مهتمة بأن يتم اختيارها و«أخذها». انها واعية لحاجاتها الجنسية وتستطيع تأمين اشباع رغباتها ويمكن ان تكون معطاءة فاعلة في ممارسة الجنس.

٣ ـ المرأة الكارهة للاطفال التي ترفض الامومة، كي لا تكون مربوطة ومأسورة وملزمة ومتعلقة.

تنشأ عقدة ليليت في الباثولوجيا المبكرة للعلاقة بين الام وطفلها. فعندما تنجب امرأة تعاني من مشاعر النقص وتتسم بالخوف وعدم الثقة بأمومتها، فان حيوية الطفل العارمة وحاجاته الملحاحة سوف ترعبها، لأنه قد تم تنشيط قدرها الذاتي المبكر بشكل حتمي من خلال الطفل، الامر الذي يجعلها تنقل عدم استقرارها الذاتي الناجم عن ازمتها المتذبذبة الى طفلها. وسوف تنقل الى طفلها الرفض والصد بشكل لا شعوري، طالما ظلت تتهرب من حقيقتها الذاتية المبكرة، ولم تتمثلها انفعالياً، بعكس كل القناعات والرغبات الشعورية المتمثلة في رغبتها في انها ستقوم بالامر بشكل افضل من امها، وهنا يتحول انكار العدوانية تجاه الطفولة الى مأساة. فالطفل، غير المرغوب من امه وغير المرحب به والمرفوض وغير المقبول في حيويته وفردانيته لا شعورياً، يدرك الرفض وانعدام قيمته منذ البداية، وهذا ما يجعل الطفل يشكك في حقه في الحياة وفي قيمته الذاتية. اما المأساة الحقيقية فتتمثل في أن مثل هذا الرفض يمكن ان يتم توصيله للطفل من الام بصورة لا شعورية كلية ـ بالضبط كتعبير عن عقدة ليليت. ونتيجة للجرح النرجسي للطفل ينشأ ضعف في التماهي لديه كاضطراب اساس[٦]. وهكذا ينشأ من الطفل «آدم»، الذي لا يستطيع ان يتحمل سوى «حواء» ضعيفة وخاضعة، كي يكون هو قوياً وصلباً، ومن البنت تنشأ «حواء» التي عليها ان تنكر قيمتها من تلقاء نفسها، كي يتم تحملها في العلاقة الزوجية، وكي لا تضطر للهروب الى الوحدة. وكوالدين سوف يعيق «آدم وحواء» طفلهما في تفتحه الانفعالي ونشاطاته الحيوية، ويعتبرانه موضوعاً للتربية عليه ان يكون مجبراً على النظام والأدب والسيطرة على مشاعره، كي يتم لجم حيويته وتدفقه الجنسي الهدار. ومن خلال هذا الامر يتم تحريف المرأة المستقبلية الى امرأة مطيعة والرجل المستقبلي الى مستفيد بارد لا حياة فيه.

غير ان القصور في الامومة الطيبة والاصيلة بشكل خاص يجعل الطفل يعيش حالة نقص الام (الفقدان النفسي للأم Mother Deficit)، الامر الذي يجعله في المستقبل، كرجل او امرأة، يبحث في شريكه الزوجي عن بديل، وهو ما لا يتم ابداً بصورة مرضية على الاطلاق. والاب المقيد بعقدة ليليت لن يتمكن ـ كثالث ـ من ايجاد الطاقة والشجاعة للتثليث، ولهذا ايضاً لن يشكل بالنسبة للطفل امكانية تعويضية وحامية ضد نقص الام وتسممها. وكأب غير مثالث او ام غير متثالثة تظل العلاقات

كلها مثبته على الام وتتجلى على الاغلب من خلال لوم الاب واتهامه وكرهه. ومن ثم يتم اتهام الاب بأنه مسؤول عن كل اضطرابات النمو، ويظل نقص الام المبكر متخفياً يعيث فساداً، ويبرز هذا بصورة اشد كلما كان الاب اكثر فشلاً بالفعل ويخشى مواجهة الام.

اما العواقب النفسية الاجتماعية لمركب ليليت فهي وخيمة. وتتمحور الاعراض العامة لدى كلا الجنسين حول ضعف التماهي كرجل او كامرأة، بكل المخاوف وعدم الثقة في العلاقة الزوجية. اذ تلقي المرأة بنفسها طواعية نتيجة حاجة لا شعورية او حتى مجبرة نتيجة سيطرة بطريركية في موضع ادنى وتابع، تعذب من خلاله الرجل بأشواقها ورغباتها غير المحققة وتهدد العلاقة بخيباتها وحقدها وتدمرها. وتجعلها ليليت المكبوته في داخلها تعيسة ـ ظمآنة، لوامة ـ متذمرة، تفرغ انفعالاتها بشكل شيطاني. (والمقصود بالشيطاني[٧] هنا سلوك تحاول المرأة من خلاله بشكل مباشر ومتخف الحصول على السلطة من خلال الشكوى والمعاناة والاتهامات).

والرجل في عقدة ليليت يظل غير مخلص وغير واثق من رجولته. ويحاول اخفاء ضعف تماهيه من خلال النقود والسلطة والوجاهة. انه ينفخ نفسه ويسعى للحفاظ على علاقاته مسيطراً وسائداً من خلال التباعد Distance. ويظل الاندماج المشحون بالحب والثقة مهدداً ويتم تلافيه. اما العلاقات بالنساء فيتم تجنيسها Sexualization، وهكذا يتم تحقير التوق نحو شريكة مساوية بالقيمة من خلال الاستعمال الجنسي و«الطيران»[٨]. الجانب الآخر للمشكلة الكامنة نفسها يتم تفريغها من خلال العجز الجنسي. ومن خلال حرمان المرأة من الحصول على استجابة لتهيجها، من خلال قضيب نائم، لا ينتصب، فانها تعاقب لوجودها كحواء، بدلاً من الاعتراف كرجل بالشهوانية الذاتية الاليليتية[٩] وتحدي المرأة.

وعادة يحاول كلا الجنسين التنافس مع بعضهما في علاقتهما نحو السعادة المفقودة. ففي طور العشق يبدو الآخر وكأنه يحقق ويرغب بكل الاشواق، الى ان يرهق كلاهما الآخر في سباقه نحو التوكيد والاهتمام وان يكون مقبولاً. وينقلان غضب خيبتهما الوجودية والمبكرة والموجودة اصلاً منذ امد طويل نحو بعضهما، وهي ما كان يفترض ان يوجهاها بالاصل لوالديهما، ويدمرا بهذا كل تقارب ودي وشفافية متفهمة لأزمتهما الذاتية.

ويتم بالنيابة توليد المعاناة من صراعات العلاقة الزوجية ومن الحروب الصغيرة اليومية والخيبات والاعتلالات المتكررة اللامتناهية، التي تصبغ الحياة الزوجية بطابعها، من اجل التمكن من ابراز صراعات مفهومة وقابلة للتحديد، وكي لا يجدا نفسيهما مجبرين على تذكر قدرهما الباكر والغامض كلية. وبالتالي يتم تحويل المعاناة المبكرة التي لا تطاق الى مأساة راهنة مستقرة ودائمة.

لقد اسهمت عقدة ليليت في نشوء حركة تحرير المرأة. انهن يناضلن بالدرجة الاولى ضد السيطرة غير المحقة للرجال، المستندين في تسلطهم الى السلطة التي منحهم اياها العهد القديم.

ولكن كما رأينا فان هذا الفهم خاطئ، لأن وجود ليليت وبالتالي عدم نضج آدم قد تم حجبه بالاصل. وكذلك فعلت المسيحية، حيث انكرت ليليت الى اكبر حد، ويندر جداً ان نجد أي طفل قد

عرف شيئاً في الكنيسة عن ليليت. غير ان الحركة النسائية قد جعلت من اسطورة ليليت اسطورتها هي وغالباً ما استخدمت اسم ليليت، غير ان عقدة ليليت الكلية عادة لا يتم ادراكها، لأن صراع الجنسين يظل هو النقطة المركزية. فالرجل يعد هدفاً منافساً ووغداً، وغالباً ما يتم تمجيد الجنسية في صورتها الاستمنائية او السحاقية، وغالباً ما تظل اشكالية الامومة محجوبة. وفي صراع المرأة نحو الحصول على العمل والشهرة الاجتماعية الموازية للرجل يتم انكار الامومة وتبخيسها، ويتم النظر لرياض الاطفال مع الانفصال المبكر جداً للطفل عن امه على انه ضرورة لا بد منها. وعلى هذا النحو يتم بشكل حتمي توريث نقص الام الذي تقوم عقدة ليليت عليه، الى الجيل التالي.

اما اهم جزء من عقدة ليليت، الذي اعتبره شخصياً مدمراً للحضارة ومصدراً اساسياً للعنف والحروب ـ الصغيرة منها والكبيرة ـ فهو المظهر المعادي للاطفال. انه الطراز البدئي للام المرعبة والموحشة والمستنزفة والملتهمة، التي تسرق الاطفال المولودين حديثاً وتقتلهم، التي تمتص دماء الطفل وتشفط حتى لب العظم. ولهذا فان اليهود الأرثوذوكسيين ما زالوا حتى اليوم يلبسن النساء اللواتي يلدن حجباً. وفي ثقافات وميثولوجيا كثير من الشعوب تظهر المخلوقات الخاطفة للاطفال والماصة للدماء على هيئة امرأة غاوية، وهذا يدل على نموذج بدئي عام.

يدرك ويشير المرضى الذين يعانون من ضعف في التماهي واضطرابات القيمة الذاتية وحالات من القلق ـ أي من اعراض امراض مبنية بصورة مبكرة للذات ـ في الجلسات التحليلية المعمقة الى خبرات رفض مهددة من الام. وغالباً ما يكونون قد فصلوا بشكل مبكر عن امهاتهم وكانوا ضحايا للاستغلال النرجسي من الام. وتتحول معرفة ان الام كانت متسلطة وعدوانية ومطالبة وماصة، وان الطفل كان موضوعاً لاشباع هذه الحاجات، تتحول الى معرفة مرة ومؤلمة وممزقة للقلب ومعذبة، غالباً ما تثير كذلك حنقاً قاتلاً واشمئزازاً مكثفاً.

والمظهر المعادي للاطفال من الأم ليس هو المشكلة المرهقة والمهددة بحد ذاته، وانما انكاره وكبته في عقدة ليليت، فأسطورة ليليت تظهر لنا جانباً طبيعياً وحتمياً من شخصية الانثى، يتيح لنا فهم رفض الام، لانه من خلال الولادة تتم اعاقة الاستقلالية والمساواة المهنية والاجتماعية، وحتى الاهتمامات الجنسية لفترة زمنية معينة. وغالبية الامهات يرفضن هذه الحقيقة من خلال الامومة نفسها او من خلال الالتزام بحركة تحرير مع صراع ايدويولوجي من اجل حقوق المرأة، لا يحتل فيه الاطفال اي مكان.

وعلينا ونتيجة لكم من الخبرات العلاجية ان نفترض بأن الطفل يشعر باتجاه الام هذا نحوه، قبل فترة طويلة من تمكنه من فهم ذلك بطريقة منطقية وقبل ان يتمكن من مواجهة ذلك لفظياً. وقد تعلمنا من خلال الابحاث الحديثة حول الرضيع، انه ينشأ منذ البداية تواصل متبادل بين الطفل والام. أي ان الطفل ليس مجرد متلق سلبي للرعاية الامومية الطيبة او السيئة، وانما يسهم بفاعلية في بناء العلاقة مع الام. وبالتالي فهو مجهز بمجموعة من المنعكسات الولادية والقدرات التواصلية، تساعده على الاتصال وتنظيم العلاقة. وبهذا فان كل ام ستتذكر لا شعورياً من خلال طفلها بصورة حتمية خبراتها الاولى

المبكرة. فالطفل يتواصل مع «الطفل الداخلي» لامه ان صح التعبير. ويتحدث دانييل شتيرن عن «تشكيلة الامومة» motherhood-constellation. وهي حالة تدخل فيها كل ام بعد الولادة، تختلط فيها لا شعورياً الخبرات مع امها ـ الخبرات كابنة ـ مع بديهية الام الشعورية المترافقة بالاتجاهات المعروفة والمرغوبة تجاه الطفل. ان القدرة المهمة للام على التعاطف المتفهم مع طفلها يتحدد بدرجة كبيرة من خلال خبراتها الباكرة عندما كانت هي نفسها رضيعاً. فالكيفية التي استجابت من خلالها لها أمها، وتفهمتها وفهمتها وتقبلتها فيها، ووضعت حدودها، وعاشت فيها حبها واوصلت علاقتها، تحدد الى مدى بعيد على ما يبدو الامومة الذاتية.

تنتقل حالة الام، أي مخاوفها وشكها، عدم ثقتها وصراعاتها المتناقضة، رفضها وخيباتها، وحبها وتعاطفها بصورة جسدية في بادئ الامر، حيث تحتوي نوعية النظرات والملامسات وطريقة الحمل والحضن والايماءات والاشارات والصوت تأثيرات جوهرية. ومن هنا فليس من المستغرب ان يعزى لبريق عيني الام، وتقبلها للوجود الطفولي والتعرف الحنون على حاجاته اهمية كبيرة في تشكيل خبرة القيمة الذاتية عند الطفل.

في كثير من العلاجات كان علي ان اشهد الضياع الحائر للناس ورعبهم العميق عندما يدركون انهم لم يحصلوا ولا مرة على نظرات الحب من امهاتهم، واحياناً لم تقع نظراتهم على نظرات امهاتهم على الاطلاق. ان الاتجاه اللاشعوري للام نحو طفلها، وحتى الخبرات الباكرة غير المذللة وغير المعروفة للام تؤثر على ما يبدو على الطفل بشكل أشد بكثير من الامومة المرغوبة والشعورية، وحتى اكثر من تلك الامومة المكتسبة من خلال دراسة كتب التربية والارشاد. وهكذا يتحول الطفل المستجيب والطبيعي جداً والناشط حيوياً الى تهديد للدفاع الامومي ويضع تعويض خبراتها الذاتية المبكرة الصادمة موضع الشك. وهذا بالاصل نتيجة لعقدة ليليت عند ام الام، اي عقدة الجدة. وعندما تقوم الام الشابة بانكار ذلك الجزء من عقدة ليليت فيها، ذلك الجزء الرافض للطفل والخائف منه لانه يمكن ان يلحق الاذى بالانوثة المستقلة والتواقة، فانها سوف تنقل الى طفلها نتيجة عدم اصالتها او ارهاقها المتعب للاعصاب وتوترها الاتهامي، وتفرخ فيه «اضطراباً مبكراً» من خلال الجرح النرجسي.

لا يوجد رجل يستطيع ان يكون رجلاً مع «حواء»، ولا توجد امرأة تمتلك فرصة ان تنضج مع «آدم» الى امرأة. فآدم وحواء يعيدان انتاج حياة لا تطاق نتيجة عقدة ليليت، يسممان حياتهما المشتركة من خلال خيباتهما المتنامية ويزيدان بهذا معاناة اطفالهما التي يمكن تجنبها. فقط من خلال دمج «ليليت» في ذاتهما يمكنهما ان يصبحا مثالاً لاولادهما في الحب والحياة السعيدة ولتمثل وتقبل المعاناة التي لا يمكن تجنبها في حياة زوجية مسؤولة. غير ان كلاهما ارادا بكل السبل الهروب من «ليليت». وهنا يتحول «آدم» بالنتيجة الى «محارب» و«حواء» الى «شيطان رجيم».

ولا يستطيع الطفل الانفكاك من امه وكسب زوجته كشريك حياة وشريك جنسي مساو له، الا عندما يكون اشتياقه الامومي مشبعاً، او عندما يتعلم التمكن من الحزن على نقص الام لديه بين

الحين والاخر ـ ليس بهدف تصحيح الواقع او تهدئة النقص لاحقاً، كما هو الامر في ثقافة كاملة متمركزة على المتعة تسعى نحو التسويق بشكل ادماني او حتى كما يوهم كثير من المعالجين النفسيين متعالجيهم.

ترغب كثير من النساء اعطاء الرجل الذي يعاني من عقدة ليليت ما كان يمكن لامه ان تعطيه اياه وما هو مفقود للابد. او انه يريد معاقبة كل امرة بكل وسيلة ممكنة لتعاسة امه.

كان على فرويد ان يخترع «عقدة اوديب» من اجل جنسنة التثبيت المنتشر بكثرة على الام، ومن اجل اعطاء ـ بطريقة خاطئة للاسف ـ المأساة النفسية الاجتماعية الباكرة تفسيراً دافعياً نظرياً. ان اساءة استخدام التحليل النفسي الفرويدي الارثوذكسي لاسطورة اوديب وتحميل الذنب العظيم للوالدين اللذين ارادا قتل ابنهما في علم نفس الجنس الموهوم، جعلت جزءاً كبيراً من العلاج النفسي يتحول الى نظام انكار وتكيف في ذمة عقدة ليليت.

يفيد تشكيل الصراعات العصابية «الاوديبية» بشكل خاص في صد المحتويات النفسية المهددة الناجمة عن الرفض والتقليل من القيمة المبكرين. وكل العلاجات النفسية التي تهتم بشكل مكثف ولفترة طويلة بتفسير التورطات الانسانية اللانهائية والازمات والاعتلالات المتصدرة، تشكل باسلوبها هذا خطراً كبيراً يتمثل «بتهذيب» عواقب الازمات الباكرة، من اجل تمويه عدم الامن الحياتي الاساسي والسببي. ولا بد من الاعتراف انه لن يتمكن المرء في كثير من الحالات فتح الهلع الباكر على الاطلاق او لا يجوز له ذلك على الاطلاق، لأن الاطار العلاجي او الطاقة الموجودة للمعالج لن تكفي، من اجل ان يترك مارد الحياة الباكرة الذي لا يمكن تصوره يصبح مدركاً ويتم تمثله انفعالياً.

والاريكة Couch ليست في كل الاحوال المكان الامثل الذي ينفجر عليه الغضب القاتل والكره العميق والالم الجارح والنفور المسبب للاقياء والحزن الممزق للقلب، والذي يمكن نقله بشكل مقصود من خلال عملية النقل الى المعالج. اذ ان الانفعالات الباكرة والتوق الباكرين يكونان شديدين الى درجة انه لا بد من اتخاذ اجراءات علاجية اخرى، نسعى الى تحقيقها في علاج نفسي تحليلي للجسد في غرفة نكوص وحماية مركزية. وتشير الخبرات العلاجية التي امكن حتى الان جمعها في هذه الاطر العلاجية الى ان الاطفال الذين يعانون من نقص باكر في الام (عجز امومي)، اي يعانون من انجراح نرجسي اساسي يحاولون بطرق ووسائل متنوعة ومتعددة الحصول على حب الام، ذلك ان نقص الحب يهدد بقاءهم.

تمثل جنسنة العلاقة محاولة متكررة للشبان، من اجل «امتلاك» الام، ومحاولة البنت نحو ايجاد نوع من التعويض عند الاب على الاقل. ويبعث الاهتمام الجنسي genital النامي والمعرفة المتنامية حول جنسانية الوالدين مع ما ينتمي لذلك من هوامات اضافية الامل بامكانية التحرر وايجاد سر الحب في الجنسية، ولا يمكننا ان نؤيد ونثبت وجود ما يسمى بالتشكيلة «الاوديبية» باعتبارها مرحلة طبيعية من النمو النفسي، يرغب فيها الولد تبجيل امه ويكبت الاب. ففي كل الاحوال فان مثل هذه الرغبات تقوم على اساس اضطراب طفلي مبكر. ففي «عقدة اوديب» يتم السعي نحو تعويض نقص

الام المبكر، الامر الذي لا يمكن ان ينجح على الاطلاق، غير ان التثبيت غير السعيد على الام والصراعات بالنيابة تضمن ذلك التوازن، ويمكنها ان تقدم دعماً كذلك.

تصف اسطورة اوديب عواقب الذنب الاسري: فعندما لا يريد الوالدان تقبل الطفل، ينزلق الاب وابنه ـ بتحد من الاب ـ في نزاع قاتل كرمز للعنف الدموي بين الرجال، وتدخل الام وابنها في زواج غير مسموح ـ الامر الذي لا يمكن ان يعرفه الا الام ـ كرمز للعلاقات الزوجية غير السعيدة والمدمرة. كلاهما ناجم عن الكره وضعف التماهي من المأساة المبكرة. اما في عقدة ليليت فانه يرمز الى عدم نضج الرجل والمرأة بشكل خاص، الذي نما عن حاجة مبكرة غير مذللة (للام) . و«آدم» و«حواء» يورثان عدم نضجهما الى اولادهما، بحيث انهما يتوقعان بالنسبة لحاجاتهما من الاطفال اكثر مما يكونان قادرين على ادراك حاجات طفلهما واشباعها بقدر ما يستطيعون. وعن عقدة ليليت عند الوالدين تنشأ «الاضطرابات المبكرة» عند الاطفال، والتي يرغبان بشفائها من خلال التورط «الاوديبي».

عقدة ليليت تجعل من الامهات امهات كاذبات، يخدعن اطفالهن بوعود الحب الزائفة، اكثر مما يستطعن منحه لهم في الواقع. ويردن في النهاية وبشكل لا شعوري ان يكافئهن اولادهن على مساعيهن الشديدة، لانهن هن انفسهن غير ممتلئات بحب الام بالاصل، حيث يقمن عندئذ باستغلال حب اطفالهن، الامر الذي يبرر «تسمم الام»[١٠] Mother-Poisoning. اما الرجال فيظلون في عقدة ليليت صبيان طفيليين متعلقين بالام، ويتحولون الى آباء محبطين او هاربين، حيث لا يكونون موجودين كثالث محرر وموازن، لانهم يستجيبون بغيرة مرضية على اهتمام زوجاتهم بأطفالهم، حتى وان كانت هذه الامومة تعاش ناقصة ومتشنجة.

وهكذا يتم اهداء عقدة ليليت غير المتغلب عليها عند الامهات والاباء في كل الاحوال الى الطفل على شكل نقص الام وتسممها وفشل الاب وسوء استخدام الاب وارهاب الاب.

والمرأة التي تنكر «ليليت» وتعيش «حواء» سوف تلحق بشكل حتمي بطفلها الاذى من خلال انكارها اللاشعوري، وانوثتها المخفضة والاحادية الجانب. وهذا يفسر لنا كثرة اضطرابات الشخصية النرجسية لدى كثير من الناس، عدا عن العنف الصريح النادر على سبيل المقارنة ضد الاطفال والخطر المتنامي لمرض مجتمع نرجسي متفش ـ لمجتمع عليه ان يوجد مزيداً من مصادر الاشباع النرجسي الاولي وبالتالي ينمي طبيعة ادمانية هدامة على المستوى الفردي والجماعي.

والرجل الذي ينكر «ليليت» ويعيش «آدم» سوف يعيش بشكل حتمي في الطفل صورة منافس على الام. ولهذا سوف يرعب الطفل او يسيء معاملته، وسوف يوجه غضب خيبته نحو شريكته ويهرب الى المومسات او الى الكحول او الى العمل او الى صراع السلطة.

اما المرأة المدموجة فيها ليليت (المتكاملة فيها كل من حواء وليليت بالتساوي) سوف ترغب بالرجل كشريك لها تعمل ذاتها معه كند لها، لا تكون معه مضطرة للخضوع ولا ترغب بالسيطرة فلا ترهق نفسها معه في صراع تنافسي. وتكون اماً مع ادراك ما يرتبط بذلك من تقييد وارتباط حر،

الامر الذي يمكنها من مواجهة الطفل باخلاص وصراحة ضمن حدودها، وادراك الالم حول القصور الذي لا يمكن تجنبه والتعبير عنه. وسوف تمتلك الشجاعة للاعتراف امام الطفل بشكل خاص انها يمكنها ان تشعر بالرفض والخوف والكره لطفلها، ولكن هذه مشكلتها هي وليست مشكلة الطفل، وان الامور ستسير بخير عندما يستجيب الطفل لهذا بضيق وحزن. غير انه لن يكون للحقيقة التي تشعر بها اية عواقب هدامة على الاطلاق. بالمقابل فإنه من المؤكد ان الحب الكاذب والاتجاه المتخفي يسبب الاضطرابات والمرض والعنف. والام الصادقة والاصيلة سوف تبارك منذ البداية انفصال واستقلالية الطفل من حيث المبدأ.

اما الرجل المدمجة ليليت فيه (التي تتكامل فيه كل من ليليت وحواء) فسوف لن يحول زوجته الى ام له وسوف يعيش زوجته نداً واغناء واكمالا وتنمية له، ويتشارك معها الحياة ويبنيها بشكل فاعل وابداعي. انه رجل منفصل عن الام، يتصرف بالفعل من داخله، من ذاته، دون ان يكون عليه لأن يحقق شيئاً او يبرهنه او يصارعه مدفوعاً بعوزه الداخلي. انه لا يستطيع تحمل وجوده لوحده فحسب بل ويستطيع الاستمتاع بفردانيته النادرة وخصوصيته الوجودية. طفله ليس منافسا له وانما وظيفة طبيعية، يتحول بالنسبة له معلماً ومدرباً ومثالاً اعلى. ويستطيع احترام اختلاف الخلف بوصفه تعبيرا عن عمليات النمو الحيوية.

الهوامش

(١) هي الروح الشريرة في الميثولوجيا السامية، تقيم في الاماكن المظلمة وتهاجم الاطفال.

(٢) زوجة آدم الاولى في الاساطير اليهودية.

(٢) العنوان الاصلي للمقال: Die Nachtseite des Weiblichen Der Lelithkomplex Psychologi Heute عدد آذار ٢٠٠١ ص (٤٤ - ٥٣).

(٣) هانس يوأخيم ماس طبيب متخصص بالطب النفسي والعلاج النفسي والتحليل النفسي. يعمل رئيس الاطباء في مدينة هالة الالمانية. اشتهر من خلال كتابه بعنوان «ازدحام المشاعر» الذي رصد فيه مشاعر الالمان الشرقيين قبل وبعد الوحدة.

(٤) التويتونيون: شعب جيرماني قديم او سلتي قديم.

(٥) التلمود: مجموعة الشرائع والتعاليم اليهودية.

(٦) الاضطراب الاساس هو الاضطراب الاول الذي تنشأ كل الاضطرابات النفسية اللاحقة منذ الطفولة وحتى الرشد على اساس. فكل اشكال الاضطرابات النفسية فيما بعد تقوم على جذور هذا الاضطراب.

(٧) الترجمة الافضل لكلمة الشيطانية هي الساحرة الشريرة.

(٨) تطلق على هذا النوع من العلاقات علاقات «العصفور الطيار» ينتقل من غصن لاخر.

(٩) نسبة الى ليليت.

(١٠) الام السامة.

قالوا في كتاب

«سيكولوجية السياسة العربية»

□ ... ان القيمة القصوى للمعرفة نابعة من استخدامها في التفكير. وحيث كل نظر مستقبلي فان قيمته في جموده وتماسكه وضمانه وفي الخصوبة التي يقومها لتعاملنا مع المستقبل.

الكتب ـ وجهات نظر/سبتمبر ١٩٩٩

□ ... ميزة الكتاب انه لا يكتفي بحد بل يمضي بعيداً في الافق ليطاول المحرم. ذاك الذي يمكث في مناطقه السرية المعمل الرهيب للسلطة. هناك حيث ترسم للناس خطوط سيرها ودرجات تعلقها...

شؤون الاوسط/اوكتوبر ١٩٩٩

□ ... ان من يقرأ هذا الكتاب ويتعرف الى ما تحمل محتوياته من مضامين مستقبلية خطيرة سيجعل منه مرجعاً «اميرياً» لكل من يتطلع للوقوف في وجه الاندفاعية المادية الشرسة التي تشعلها اميركا والصهيونية...

الدفاع العربي/يوليو ١٩٩٩

□ ... من الانصاف ان نقرر بان نهج الدكتور النابلسي يؤسس لتيار تطبيقي ـ عربي للسيكولوجيا والمستقبليات لخدمة الراهن والمستقبل العربيين...

السفير/٢٦/٧/١٩٩٩

□ ... يطرح الراهن السياسي العالمي التساؤلات عن مستقبل المصالح العربية. وكتاب الدكتور النابلسي يتطرق للاسس التي يرتكز العرب اليها في حماية مصالحهم في مواجهة متغيرات الالف الثالث...

المشاهد/٢٥ ابريل ١٩٩٩

□ ... يقدم المؤلف عروضاً نقدية لاهم الكتب والنظريات المستقبلية فيقدم التلخيص ويتبعه بتبيان رأيه في الثغرات النظرية ومن ثم في انعكاسات الطرح المستقبلي على مستقبل المصالح العربية...

دراسات عربية/اوكتوبر ١٩٩٩

فعالية استخدام العملات الرمزية كعلاج سلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفصاميين

وفاء جاسم العرادي
مكتب الانماء الاجتماعي - الكويت

صفوت فرج
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

يعد نقص المهارات الاجتماعية احدى المشكلات الاساسية لدى مرض الفصام، والذي يترتب عليه صعوبات عديدة في التعامل مع الآخرين وتحقيق الاحتياجات الاساسية، وتتضمن اهداف الدراسة الراهنة تصميم اداة لقياس وتقييم المهارات الاجتماعية، تعتمد على تعريف مقبول لها مع مراعاة الشروط السيكرومترية الاساسية، واستخدام برنامج للعلاج السلوكي في تنمية بعض المهارات الاجتماعية عند مرضى الفصام المزمن، واختبار قدرة هذه الاساليب على احداث تغيير فعال في سلوكهم، وعلى بناء اساليب ايجابية تزيد من شعورهم بالامل والتفاؤل وسرعة شفائهم. بالاضافة الى الكشف عن الفروق بين المرضى الذين تلقوا علاجاً سلوكياً وبين غيرهم من المرضى الذين لم يتلقوا العلاج السلوكي. وتكونت عينة الدراسة من اربعة عشر مريضاً بالفصام المزمن من نزلاء مستشفى الطب النفسي الكويتي، واستخدمت الباحثة ادوات مختلفة لضبط متغيرات الدراسة (كالمقابلة الاكلينيكية والملاحظة الاكلينيكية بالاضافة الى مقاييس خاصة بالمهارات الاجتماعية). وقد اظهرت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء التدريب، ووجود فروق دالة بعد البرنامج التدريبي بين المجموعة التجريبية ونفسها على كل متغيرات الدراسة، كما وجدت فروق دالة بعد التجربة للمجموعة الضابطة ونفسها على متغيري توكيد الذات والاتصال فقط.

مقدمة:

الفصام Schizophrenia احد اكثر الامراض الذهانية شيوعاً (APA, 1994, p.274)، فهو يصيب حوالي ٠,٨٦ -٣٪ من المجموع العام للسكان، ويمثل حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى نزيلي مستشفيات العقول (عكاشة، ١٩٩٨، ص ٢٥٠). واول من سمى المرض بالفصام هو بلويلر (Bleuler, 1911-1950)، والمعنى الحرفي للمصطلح مشتق من كلمتين، (Schiz) ومعناها **الانقسام** او **الانقصام**، و(Phrenia) ومعناها **العقل**، اي انقسام او انفصام العقل (Hemsley, 1994, p.295). ومن

الصعوبة بمكان ان نقوم بعرض تعريفات الفصام لانها متعددة وتختلف من باحث لآخر، الا اننا نكتفي بتعريف **الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV** للفصام بوصفه خليطا من الاعراض والعلامات (الايجابية والسلبية)، والتي تظهر لفترة شهر (او لفترة اقصر اذا كانت الحالة تخضع لعلاج ناجح)، بالاضافة الى استمرار ظهور علامات الاضطراب لمدة ستة اشهر، ويصاحب هذه العلامات اضطرابات اجتماعية ومهنية. وتضم الاعراض المميزة للفصام مجموعة من الاضطرابات المعرفية والوجدانية، والتي تتضمن: الادراك، والتفكير الاستدلالي، واللغة، والتعامل مع الآخرين، والاتصال، وضبط التصرفات، والعاطفة والشعور، والطلاقة، والحديث، والاحساس بالسعادة والمتعة؛ كذلك الحال بالنسبة للارادة والنشاط والقدرة على التركيز والانتباه. ويتطلب تشخيص الفصام وجود مجموعة من العلامات والاعراض ذات العلاقة بالاضطراب الاجتماعي والمهني وليس عرضاً واحداً فقط (APA, 1994, p.274).

كما يعرض **الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV اهم المحكات التشخيصية للفصام**، وهي كالتالي:

أ ـ الاعراض المميزة: يجب توافر اثنين او اكثر على الاقل من الاضطرابات التالية، وذلك خلال شهر واحد او اقل في حال نجاح العلاج:

١ ـ **هذاءات Delusions**

٢ ـ **هلاوس Hallucinations**

٣ ـ **حديث غير منتظم Disorganized Speech** (كتكرار نفس الجمل او الحديث غير المترابط).

٤ ـ **السلوك الكتاتوني** او السلوك الحركي المتخشب.

٥ ـ **الاعراض السلبية** (كالتبلد الانفعالي، الكلام، والارادة).

ويكفي وجود عرض واحد من المحك التشخيصي الاول فقط، اذا كان الشخص يعاني من هذاءات غريبة وشاذة، او اذا كانت هناك هلاوس سمعية بحيث يظن المريض ان هناك من يتحدث اليه ويعلق على تصرفاته وافكاره، واذا كانت الهلاوس السمعية عبارة عن سماع المريض لحوار يدور بينه وبين شخص او اكثر.

ب ـ الاضطرابات المهنية والاجتماعية: فمنذ بداية نوبة الاضطرابات تبدأ المجالات المختلفة ذات العلاقة بالوظائف كالعمل والعلاقات الشخصية والعناية بالذات في الانخفاض الى مستوى متدن مقارنة بالمستوى الذي كانت عليه هذه الوظائف قبل النوبة.

ج ـ فترة المرض: يجب ان تستمر علامات الاضطراب لفترة ستة اشهر على الاقل، على ان تشمل فترة الستة اشهر هذه على شهر واحد على الاقل تظهر فيه الاعراض، او اقل من الشهر (في حالة نجاح العلاج) (**للحصول على تفصيلات اوفى انظر الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع ص.ص. ٢٨٥ ـ ٢٨٦**).

ومن اهم اعراض الفصام:

١ ـ اضطراب محتوى التفكير Disturbance Of Thought Content: حيث يصبح المريض اسيراً لاعتقاداته الخاطئة ووساوسه، كما يرجع جميع انواع السلوك التي تحيط به الى الضلالات التي تحتل محتوى تفكيره (Nuechterlein et al., 1986; Feinberge and Garman, 1961; Payne et al., 1959; Singer and Wynne 1965).

٢ ـ اضطراب الارادة Disrupt Volition: المتمثل في فقدان الارادة، وعدم قدرة المريض على اتخاذ اي قرارات، والسلبية المطلقة في تصرفاته (Carson and Butcher, 1991, p.434).

٣ ـ اضطراب الوجدان Disturbance Of Emotion: المتمثل في التبلُّد الانفعالي والتقلب وعدم التجاوب الانفعالي (Andreasen, 1982).

النماذج النفسية المفسرة للفصام:

تتوفر مجموعة من النماذج النظرية التي تفسر الفصام، ومن بين النماذج الاتي:

١ ـ النموذج العائلي Family Model:

في هذا النموذج ينظر الى العائلة وليس المريض نفسه، باعتبارها المريضة والمضطربة بالفصام (Lidz and Lidz, 1949).

٢ ـ النموذج البيولوجي Biological Model:

ينتشر الفصام بين اسرة الفصامي بمعدل اعلى من نظيره في المجموع العام للسكان، كما ان نسب انتشاره بين التوائم الصنوية اعلى منه لدى غير الصنوية، وهذا دليل على اهمية العامل الوراثي، غير ان الباحثين لم يتفقوا حتى الآن حول طبيعة هذا العامل الوراثي: هل هو ناتج عن مورث Gene احادي او متعدد؟ (Baron, 1986; Baron and Rainer, 1988). فلا زلنا نجهل الوسيلة التي ينتقل بها الفصام وراثياً. ومع ذلك فمعظم الباحثين يجمعون على ان طريقة الانتقال الوراثي لا تتم طبقاً لقواعد مندل الوراثية، وانما الامر اكثر تعقيدا من ذلك (Mullan and Murray, 1989; Zubin and Steinhauer, 1981; Kallmann, 1949).

٣ ـ النموذج السلوكي Behavior Model:

يفترض النموذج السلوكي «ان الاضطرابات عبارة عن اساليب غير توافقية متعلمة، ولذلك فان افضل طريقة لتغييرها هي اعادة التعلم وفقاً لطرائق اكثر ملاءمة لتحقيق التكيف المناسب» (عاقل، ١٩٨٨. ص ٥٢؛ Sue et al., 1990, pp.64-68; Bruno, 1986, p.25).

وقد صنف الباحثون الفصام الى انواع عدة، اعتماداً على اكثر الاعراض ظهوراً خلال فترة التقييم (APA, 1994, p.286). وقد صنفه كريبلن (Kraeplin, 1899) في فئات هي: الفصام الكتاتوني، والفصام الهيبفريني (او فصام المراهقة)، والفصام البرانويدي (Young, 1988, p.32) ثم اضاف بلير (Bleuler, 1911) النوع الرابع وهو الفصام البسيط، ومنذ ذلك الوقت اعتبر الفصام اربعة

انواع رئيسة (Bleuler, 1970). ويضاف الى هذه الانواع تصنيفات اخرى تقوم على اسس مختلفة، كالفصام الوجداني، والفصام المزمن، والفصام الحاد.

ونظراً لاضطرابات المهارات الاجتماعية عند بعض الفئات السيكاتيرية وبالاخص مرضى الفصام المزمن (Dawson et al., 1983, p.36)، نتيجة لطول فترة الاقامة في المستشفى، وكذلك الازمان بالاضافة الى المرض (Anderson, 1986 p.195) ونظراً لندرة الدراسات العربية التي اهتمت بهذا الموضوع فقد ارتأينا دراسة مدى فعالية الاساليب السلوكية في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى مرضى **الفصام المزمن**. حيث تهدف الدراسة الحالية الى استخدام اسلوب **العملات الرمزية Token Economy** بوصفه فنية علاجية سلوكية في تنمية بعض المهارات؛ مثل القدرة على توكيد الذات، والقدرة على الاتصال، ومهارات رعاية الذات.

وتشير البحوث التي استخدمت الاساليب السلوكية مع المرضى الفصاميين، الى نجاح هذه البرامج في تعديل وتشكيل عدد من المهارات والسلوكيات لدى هذه الفئة (Li and Wang, 1994)، حيث اظهرت نجاح هذه البرامج في اكساب المرضى عدداً من المهارات الاجتماعية مثل مهارات التواصل اللفظي (الاستقبال، المحادية) (Wong et al., 1993)، والتواصل غير اللفظي (التواصل البصري، الايماءات... الخ) (Brichwood and Preston, 1991, p.187) حيث يتوقف نجاح التفاعل الاجتماعي على مهارات الفرد اللفظية وغير اللفظية في التواصل او التخاطب مع الآخرين، بالاضافة الى مهارات رعاية الذات (Bellack et al., 1997, p.251)؛ يضاف الى ذلك نجاح ما حققه اسلوب العملات الرمزية ـ كأسلوب سلوكي ـ في تعديل سلوكيات مرضى **الفصام المزمن** الذين يصعب استجابتهم لارشادات وتعليمات الفريق المعالج (Glynn, 1990; Belcher, 1988).

الدراسات السابقة:

نعرض فيما يلي لعدد من الدراسات السابقة التي عنيت بتقييم كفاءة بعض الاساليب السلوكية في تعديل وتنمية المهارات محل اهتمامنا في الدراسة الحالية، حيث يمكن تقسيم هذه الدراسات حسب مجالات اهتمامها الى خمس فئات:

١ ـ الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة استخدام اساليب العلاج السلوكي المختلفة.

٢ ـ الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة استخدام اساليب العلاج السلوكي المعرفي.

٣ ـ الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة استخدام اساليب العلاج السلوكي الاسري.

٤ ـ الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة برامج التدريب على المهارات الاجتماعية باكثر من اسلوب.

٥ ـ الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة برامج العملات الرمزية على وجه التحديد.

ونعرض فيما يلي لهذه الفئات الخمس من الدراسات على النحو التالي:

الفئة الاولى: الدراسات التي تناولت استخدام اساليب العلاج السلوكي المختلفة:

للعلاج السلوكي Behabior Therapy نصيب كبير في التدخل في العديد من الاعراض غير السوية لدى الفصاميين؛ فقد استخدم في حالات متنوعة ومختلفة لخفض الهلاوس السمعية عند هذه الفئة المرضية. فدراسة جايمينيز وزملائه (Jimencz et al., 1996) اهتمت بتقييم كفاءة حزمة من العلاجات السلوكية الاساسية في خفض معدل تكرار الهلاوس السمعية وزيادة الانتباه للمثيرات المهمة الخارجية. وطبقت الدراسة على مفحوص واحد ذكر، يبلغ من العمر ٤٩ عاماً، وقد حقق العلاج نتائج ايجابية كبيرة من ناحيتين: الاولى انخفاض الهلاوس السمعية، والثانية زيادة قدرة المفحوص على الانتباه للمثيرات الخارجية من حوله، ورغم قيام هذه الدراسة على مريض واحد فقط الا ان نتائجها تتسق مع ما اشار اليه **جارسلين وياست** (Garcelan and Yest, 1997) في دراسة لهما على مريضة خارجية مصابة بالفصام، حيث ادى التدخل السلوكي الى انخفاض هام في الهلاوس السمعية، وتحسن كبير في الوظائف الشخصية والاجتماعية، كما استمرت هذه النتائج على امتداد ٥، ١٢، ٢١، ٢٤ شهراً من المتابعة بعد نهاية العلاج. كما استخدم **سيلفرشتاين وزملاؤه** (Silverstein et al., 1998) العلاج السلوكي في زيادة الانتباه عند اربعة مرضى فصاميين مقيمين لفترة طويلة، تتراوح اعمارهم بين ٣٦ ـ ٥٢ سنة يعانون من اضطراب وانخفاض في مستوى وظائفهم. واعتمد العلاج على مبادئ برامج العملات الرمزية والتشكيل. وقد كشفت النتائج عن تحسن كبير في مستوى الانتباه عند هؤلاء المرضى. ولم يقتصر دور العلاج السلوكي على خفض الاعراض الايجابية وزيادة الانتباه عند مرضى الفصام، بل استخدم ايضاً مع مرضى **الفصام المزمن** ممن يعانون من مرض **السهاف او العطش الشديد Polydipsia**، وقد جاءت النتائج ايجابية الى حد كبير في خفض كثير من اعراض هذا المرض (kern et al., 1997). بينما استخدم **تورنر وزملاؤه** (Turner et al., 1994) العلاج السلوكي في صورة اخرى، وذلك بوصفه تدريبا علاجياً سلوكياً مع ٢٠ طفلاً ممن تتراوح اعمارهم بين ١٢ شهراً الى ٥ سنوات من المصابين باضطرابات تناول الطعام؛ وقد اسفرت نتائج الدراسة عن تفاعل ايجابي بين الطفل وامه خلال الوجبات، مما قلل من صعوبات تناول الطعام عند هؤلاء الاطفال.

الفئة الثانية: الدراسات التي تناولت كفاءة استخدام اساليب العلاج السلوكي المعرفي:

حقق العلاج السلوكي المعرفي Cognitive Behavior Therapy نجاحاً كبيراً في علاج مرضى الفصام، حيث استخدم في بحوث مختلفة وكانت النتائج ايجابية في انخفاض مستوى الهذاءات والهلاوس السمعية عند هؤلاء المرضى. فقد اهتم **فوث وستيجلتز** (Vauth and Stieglitz, 1994) باستخدام الاسلوب السلوكي المعرفي في علاج اعراض الهلوسة المستمرة والمستعصية والهذيان لدى مرضى الفصام. كما تعرضت الدراسة لما اثير حول نتائج التدخلات السلوكية المعرفية في علاج الهذاءات والهلاوس المستمرة لدى مرضى الفصام. ويناقش **اورلنسكي وهواردز** (Orlinsky and Howard's. 1986) هذه النتائج من خلال النموذج الشامل للعلاج السلوكي الذي يميز العناصر الخمسة للعملية العلاجية وهي: **العقد العلاجي Therapeutic Contract**، والتدخلات العلاجية، والعلاقة العلاجية، واستجابة المريض، وتحقق العلاج. بينما أدى استخدام العلاج السلوكي المعرفي الى

خفض الاكتئاب الناتج عن الهلاوس السمعية في دراسة **بينتال وزملائه** (Bentall et al., 1994). ففي هذه الدراسة تم وصف نموذج الهلاوس وافترض ان خبرة الهلوسة تحدث عندما يكون هناك فشل يرجع الى الاحداث العقلية الداخلية للذات. ومن مضامين هذا النموذج ان المريض المهلوس قد يتعلم اعادة عزو الاصوات الى نفسه، وذلك بالتركيز على خصائصها ومعانيها. كما تم في هذه الدراسة تقييم بيانات تمهيدية لستة من المصابين **بالفصام المزمن** الذين اشتركوا في تجربة هذا النوع من العلاج، تتراوح اعمارهم بين ٢٢ - ٤٦ عاماً.

وقد كشفت النتائج ان ثلاثة من المرضى اظهروا انخفاضاً في الوقت المنفق في الاستماع الى الاصوات الى جانب انخفاض الاكتئاب الناتج عن هذه الاصوات.

الفئة الثالثة: الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة استخدام اساليب العلاج السلوكي الاسري:

من هذه الدراسات دراسة **راندولف وزملائه** (Randolph et al., 1994) والتي تناولت **العلاج السلوكي الاسري** (Behavior Family Therapy) لمرضى الفصام، حيث قورنت نتائج العلاج السلوكي الاسري المنزلي لمرضى الفصام بنتائج **الرعاية المعتادة** Customary Care لـ ٤١ مريضاً فصامياً. واظهرت النتائج عند المقارنة ان المجموعة التي تلقت علاجاً سلوكياً اسرياً اظهرت تحسناً بينما تفاقمت الاعراض لدى المجموعة التي تلقت الرعاية المعتادة وحدها خلال السنة الاولى من العلاج. ومن الدراسات التي تدل ايضاً على فعالية العلاج السلوكي الاسري في علاج مرضى الفصام الدراسة التي قام بها **تاريار وزملائه** (Tarrier et al., 1994) لمشروع سلفورد للتدخل العائلي السلوكي، حيث اهتم هذا المشروع بالآثار البعيدة المدى للتدخل العائلي السلوكي على انتكاس مرضى الفصام. وقد كشفت النتائج ان التدخل العائلي والتدخل السلوكي لهما نتائج ايجابية كبيرة في التقليل من عودة المرض.

الفئة الرابعة: الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة برامج التدريب على المهارات الاجتماعية باكثر من اسلوب:

اشار **بليك وزملاؤه** (Bellak et al., 1997, pp.137-146) الى ان برامج التدريب على المهارات الاجتماعية تعتبر واحدة من اكثر الاساليب النفسية الاجتماعية كفاءة في علاج مرضى **الفصام المزمن**. حيث ان فعالية مثل هذا النوع من البرامج في تعليم السلوك الاجتماعي قد تم توثيقها بشكل جيد، بينما تأثيره على الدور الوظيفي في المجتمع غير واضح. كما اضافوا بأن هذه النوعية من البرامج غير قادرة على معالجة بعض مظاهر الفصام. كما ناقش **بليك وزملاؤه** في دراستهم موضوعات عدة كالفروق الفردية بين المرضى وداخل المريض مع مرور الوقت، وكذلك تأثير القلق والسلوك التجنبي والدور غير المؤكد للعجز في الادراك الاجتماعي. وتعد برامج التدريب على المهارات الاجتماعية منحى اساسياً من مناحي تعديل السلوك، بما تركز عليه من تنمية سلوكيات الاهتمام برعاية الذات عند المرضى، وتنمية مهارات المحادثة وتبادل الادوار. فالسلوكيات غير المرغوبة مثل **خلط الكلام** «Word Salad» تنخفض من خلال استخدام اسلوبي التدعيم، والنمذجة. وقد استخدمت المناحي

السابقة الذكر في دراسة مضبوطة على ٢٨ مريضاً فصامياً مزمناً تعرض بعضهم للعلاج البيئي Milieu Therapy، وتدرب البعض الآخر على بعض المهارات الاجتماعية. وجاءت النتائج على الوجه الاتي: ١١٪ من الذين تعرضوا للتدريب على المهارات الاجتماعية تحسنت لديهم بعض المهارات الشخصية وكذلك مهارات رعاية الذات، بينما تمكن ٧٪ من الذين تعرضوا للعلاج البيئي من ذلك ولكن بدرجة اقل (Sue et al., 1990, pp.415-416).

كما قام هيز وزملاؤه (Hayes et al., 1995) بتجربة اخرى، تم خلالها اختيار ٦٣ مريضاً فصامياً مزمناً تتراوح اعمارهم بين ١٨ ـ ٦٥ عاماً اظهروا نقصاً في المهارات الاجتماعية وفي حلقة النقاش الجماعي Discussion Group Condition. وفي العلاجين، تحققت المهارات الاجتماعية لدى مجموعات صغيرة خلال ٣٦ جلسة علاجية استمرت لمدة شهر كامل ثم تلتها بعد ذلك جلسات تقوية هدفت الى تقليل تكرار ظهور الحالة المرضية خلال الشهور الستة التالية. وقد تم تقييم المهارات الاجتماعية والوظيفية الاجتماعية ونوعية الحياة والاعراض النفسية الايجابية والسلبية قبل العلاج وبعده ولمدة ستة اشهر من المتابعة. وقد اظهر المرضى الذين اكملوا برامج التدريب على المهارات الاجتماعية زيادة اكبر في هذه المهارة الاجتماعية من الذين اكملوا الحلقة النقاشية Discussion Condition، ولم تكن هناك فروق مهمة اخرى بين الحالات. فالمهارات الاجتماعية في المجموعتين اظهرت تحسناً في نوعية الحياة وانخفاضاً في مظاهر المرض النفسي. وقد كان اثر التدريب على المهارات الاجتماعية وحده محدوداً على الوظيفة الاجتماعية.

الفئة الخامسة: الدراسات التي عنيت بتقييم كفاءة برامج العملات الرمزية على وجه التحديد:

كان لطريقة العملات الرمزية مع مرضى الفصام نصيب كبير في علاجهم، فقد اشارت دراسة هيرز وزملائه (Herz et al., 1997) الى ضرورة استخدام برامج التدريب على المهارات الاجتماعية وكذلك اسلوب العملات الرمزية في علاج مرضى الذهان الحاد وبالاخص مرضى الفصام المزمن.

كما توصلت معظم البحوث الى ان طريقة العملات الرمزية تساعد على تغيير سلوك مرضى الفصام، وكذلك السلوكيات ذات العلاقة بسوء التوافق (Emmelkamp, 1994, p.323; Blecher, 1988)؛ وقد كشفت دراسة لايبرمان (Liberman, 1997) عن وجود اللامبالاة والاهمال لدى مرضى الفصام الذين قاموا بمقاومة العلاج لعدم احتوائه على برامج التعلم الاجتماعي واسلوب العملات الرمزية. كما استعرضت دراسة جوتيستمان (Goetestman, 1990) اربع دراسات ذات علاقة بطريقة العملات الرمزية واستخدامها مع مرضى الفصام المزمن، وجاءت النتائج لتوضح ان العملات الرمزية تليها تغيرات سلوكية تحدث فيما بعد في سلوكيات المرضى.

وقد اجرى كاسيدي وزملاؤه (Cassidy et al., 1996) دراسة استخدمت اسلوب العملات الرمزية مع المنحى المعرفي بهدف تشكيل سلوك مرضى الفصام المزمن ورفع دافعيتهم. حيث تم تدريب ١٣ نزيلاً فصامياً تراوحت اعمارهم ما بين ٢٩ ـ ٦٣ عاماً على هذا الاسلوب العلاجي. وبعد ١٠ أسابيع من القياس القبلي والبعدي، وباستخدام برامج التدريب على المهارات الاجتماعية جاءت

النتائج ايجابية الى حد كبير. بينما اهتم فوكس (Foxx, 1998) بتطبيق برنامج علاجي شامل على المرضى المراهقين من نزلاء المستشفى، ممن تراوحت اعمارهم ما بين ١٢ ـ ١٨ عاماً. وقد تضمن البرنامج العلاجي الشامل طريقة العملات الرمزية والعلاج السيكاتيري بالاضافة الى استخدام بعض البرامج التربوية. وقد حققت هذه الدراسة نتائج ايجابية اكلينيكية مهمة مع هؤلاء المرضى في اعقاب استخدام الاساليب العلاجية السابقة الذكر، كما اوضحت ان النتائج التي حققها هذا البرنامج العلاجي الشامل افضل من تأثير اي اجراء علاجي فردي آخر.

فروض الدراسة:

الفرض الاول: يؤدي العلاج السلوكي الى تحسن في:

أ ـ توكيد الذات.

ب ـ الاتصال.

ج ـ رعاية الذات.

الفرض الثاني: يؤدي العلاج السلوكي بالاضافة الى العلاج الدوائي الى تحسن المهارات موضوع الدراسة لدى العينة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تتلقى علاجاً دوائياً فقط.

العينة:

تتكون عينة الدراسة من مرضى الفصام المزمن من نزلاء مستشفى الطب النفسي الكويتي، تكونت من:

أ ـ مجموعة تجريبية من سبعة مرضى داخليين يتلقون علاجاً دوائياً وسلوكياً (برنامج العملات الرمزية).

ب ـ مجموعة ضابطة تتكون من سبعة مرضى يعالجون دوائياً فقط، وقد تمت الدراسة في فترة زمنية بلغت خمسة شهور.

ادوات الدراسة:

استخدمت المصادر والادوات الاتية لضبط متغيرات الدراسة:

- سجلات وملفات المرضى.
- المقابلة الاكلينيكية.
- الاخباريين كمصدر رئيسي في جمع البيانات عن المرضى.
- الملاحظة الاكلينيكية.
- استمارة جمع البيانات الاولية.
- مقاييس خاصة بالمهارات الاجتماعية.

تصميم ووصف المقاييس المستخدمة في قياس المهارات موضوع الدراسة:

قامت الباحثة بوضع مقياس لكل مهارة من المهارات المعنية في الدراسة وهي كالاتي:

* **مقياس مهارة توكيد الذات:**

اعتمدت الباحثة على اكثر من مقياس لوضع بنود المقياس الخاص بتوكيد الذات، وهذه المقاييس هي:

أ ــ **مقياس تأكيد الذات** من وضع ويلوبي، وقد قام بترجمة واعداد عبارات المقياس الى العربية **ابراهيم (١٩٨٠)**. وهذا المقياس يهدف الى تقدير درجة تأكيد الذات لدى الفرد، اي قدرته على التعبير الانفعالي وحرية الفعل. ويتكون الاختبار من ثلاثين عبارة. وقامت الباحثة بانتقاء البنود ذات العلاقة بالمهارة موضوع الدراسة الحالية، بعد وضعها في صورة مقياس تقدير.

* **مقياس مهارة الاتصال:**

اقتبست بعض بنود هذا المقياس من مقياس السلوك التوافقي Adaptive Behavior Scales (A.B.S.)، وهو من تأليف كازونهيرا، فوستر، شلهاس وليلاند، وترجمة **فرج ورمزي (١٩٨٥)**. ويتضمن القياس جزئين، الاول يتعلق ببعض الاساليب التي يستخدمها الناس في مواقف مختلفة، اما الجزء الثاني فيتضمن بنوداً تتعلق باشكال غير سوية او منحرفة من السلوك الشاذ وفقاً للمعايير الاجتماعية السائدة. وقد اخذت معظم بنود مقياسنا من القسم الاول. وبعد اختيار البنود المتعلقة بالمهارة موضوع الدراسة الحالية، قامت الباحثة بوضع كل بند يختص بالمهارة المتعلقة وتغيير صيغة البنود الى صورة مقياس تقدير.

* **مقياس مهارة رعاية الذات:**

اقتبست البنود واختيرت من القسم الاول من **مقياس السلوك التوافقي** Adaptive Behavior Scales (A.B.S.) **(فرح ورمزي، ١٩٨٥)**. هذا وتتسم مقاييس الدراسة بمعاملات ثبات وصدق عالية، ويبين الجدول التالي رقم (١) معاملات ثبات المقاييس.

جدول رقم (١) معاملات الثبات

م	المقياس	ن	م	ع	ثبات التصنيف بعد تصحيح الطول	العينة
١	مقياس مهارة توكيد الذات	٣٠	١٦,٨٦٦	٦,٥٥٣	٠,٨٣٠	مرضى الفصام المزمن من نزلاء الجناح السابع بمستشفى الطب النفسي.
٢	مقياس مهارة الاتصال	٣٠	١٣,٠٣٣	٤,١٧٢	٠,٧٤٩	مرضى الفصام المزمن من نزلاء الجناح السابع بمستشفى الطب النفسي.
٣	مقياس مهارة رعاية الذات	٣٠	٧,١٠٠	٣,٢٣٠	٠,٩١٧	مرضى الفصام المزمن من نزلاء الجناح السابع بمستشفى الطب النفسي.

اجراءات الدراسة:

اتبعت الخطوات الاتية في اجراء الدراسة:

١ ـ تم جمع البيانات الاولية في استمارة خاصة لكل مريض على حدة، في موقف يتيح التعارف ويؤدي لتكوين علاقة تسمح باقصى تعاون ممكن مع المريض.

٢ ـ طبقت المقاييس الاساسية لقياس المتغيرات المختلفة على كلا المجموعتين بصورة فردية، ووضع برنامج تدريب المجموعة التجريبية بصورة فردية.

٣ ـ في الخطوة قبل الاخيرة طبقت الاختبارات الخاصة بالمهارات الاجتماعية على مرحلتين، المرحلة الاولى والتي من خلال قياس قبلي لكلا المجموعتين (التجريبية والضابطة)، وذلك بهدف تحديد جوانب الاضطراب الرئيسة، وبالتالي الوقوف على خط الاساس لهذه المهارات، بعد ذلك تم وضع الاجراءات الرئيسة للقيام بعملية التدخل والتي تضمنت استخدام اساليب التدريب محل الاهتمام في الدراسة الحالية. وبعد الانتهاء من الجلسات المحددة للتدريب، بدأت المرحلة الثانية والتي تمثلت في تطبيق الاختبارات السابق تطبيقها، وذلك لتحديد ما اذا كان ثمة تغير قد لحق بهذه المهارات ام لا.

٤ ـ لرصد هذا التغير، استخدمت الباحثة اختبار «ب» لدلالة الفروق بين المجموعات.

٥ ـ في الخطوة الاخيرة، عقدت مقارنة بين اداء المجموعة التجريبية ونفسها قبل وبعد البرنامج التدريبي، وكذلك بين اداء المجموعة الضابطة ونفسها عند بدء البرنامج التدريبي مع المجموعة التجريبية، وعند نهاية البرنامج التدريبي للمجموعة التجريبية، وذلك للتعرف على ما اذا كانت هناك فروق ام لا في مستوى المهارات موضوع الدراسة للتحقق من مدى نجاح البرنامج العلاجي واختبار الفروض.

النتائج:

اولاً: المتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة على كل المتغيرات قبل وبعد البرنامج التدريبي.

ونعرض لها على النحو التالي:

جدول رقم (٢) المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) للعينتين التجريبية والضابطة على كل المتغيرات قبل وبعد البرنامج التدريبي (ن ـ ١٤)

المجموعات	المجموعة التجريبية				المجموعة الضابطة			
الفترات	قبل		بعد		قبل		بعد	
المتغير	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع
توكيد الذات	٤,٢٨٥	١,١١٢	٢٠,٨٥٧	٥,٨١٤	١١,٥٧١	١,٢٧٢	١٢,٨٥٧	١,٣٤٥
الاتصال	٥,٠٠٠	١,٢٩١	١٥,٥٧١	٢,٧٦٠	٥,٧١٤	١,١١٢	١٢,٢٨٥	٢,٢١٤
رعاية الذات	٤,٤٢٨	٠,٩٧٥	١١,٧١٤	١,١١٢	٤,٧١٤	١,١١٢	٧,٤٢٨	٣,٥٠٥

يشير الجدول السابق الى المتوسطات والانحرافات المعيارية لمجموعتي الدراسة قبل بدء البرنامج (للمجموعة التجريبية) وبعد انتهاءه.

ويلاحظ من الجدول ان الانحرافات المعيارية الخاصة بكل المتغيرات تشير الى تجانس العينة وانه لا توجد قيم متطرفة لافرادها على كل المتغيرات، باستثناء ما لوحظ من ارتفاع في الانحراف المعياري لدى العينة التجريبية بعد العلاج بما يشير الى اتساع التباين بين افراد مجموعة الدراسة في استفادتهم من البرنامج الخاص بتنمية المهارات في مجال توكيد الذات وهو الامر الذي انعكس في النهاية على ان توكيد الذات كان اقل المهارات تحسناً لدى البعض نتيجة للبرنامج.

ثانياً: تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على كل المتغيرات قبل البرنامج التدريبي.

ونعرض له على النحو التالي:

جدول رقم (٣) تحليل التباين بين عينتي الدراسة على كل المتغيرات قبل التدريب.

م	المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
١	توكيد الذات					
	بين المجموعات	٠,٢٨٦	١	٠,٢٨٦	٠,٢٠٠	٠,٦٦٣
	داخل المجموعات	١٧,١٤٣	١٢	١,٤٢٩		
	المجموع	١٧,٤٢٩	١٣			
٢	الانصاف	١,٧٨٦	١	١,٧٨٦	١,٢٣٠	٠,٢٨٩
	بين المجموعات	١٧,٤٢٩	١٢	١,٤٥٢		
	داخل المجموعات	١٩,٢١٤	١٣			
	المجموع					
٣	رعاية الذات					
	بين المجموعات	٠,٢٨٦	١	٠,٢٨٦	٠,٢٦١	٠,٦١٩
	داخل المجموعات	١٣,١٤٣	١٢	١,٠٩٥		
	المجموع	١٣,٤٢٩	١٣			

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البرنامج التدريبي وذلك على كل متغيرات الدراسة.

ثالثاً: تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على كل المتغيرات بعد البرنامج التدريبي.

ونعرض له على النحو التالي:

جدول رقم (٤) تحليل التباين بين عينتي الدراسة على كل المتغيرات بعد التدريب

م	المتغير	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	الدلالة
١	تركيد الذات					
	بين المجموعات	٢٢٤,٠٠٠	١	٢٢٤,٠٠٠	١٢,٥٧٨	٠,٠٠٤**
	داخل المجموعات	٢١٣,٧١٤	١٢	١٧,٨١٠		
	المجموع	٤٣٧,٧١٤	١٣			
٢	الاتصال					
	بين المجموعات	٣٧,٧٨٦	١	٣٧,٧٨٦	٦,٠٣٤٠	٠,٠٣٠*
	داخل المجموعات	٧٥,١٤٣	١٢	٦,٢٦٢		
	المجموع	١١٢,٩٢٩	١٣			
٣	رعاية الذات					
	بين المجموعات	٦٤,٢٨٦	١	٦٤,٢٨٦	٩,٥٠٧	٠,٠٠٩**
	داخل المجموعات	٨١,١٤٣	١٢	٦,٧٦٢		
	المجموع	١٤٥,٤٢٩	١٣			

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

يلاحظ من الجدول السابق وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد البرنامج التدريبي وذلك على كل متغيرات الدراسة.

وبما ان قيم «ف» كانت دالة، فسنقوم في الخطوة التالية بحساب قيمة «ت» للفروق بين المتغيرات للتعرف على مصدر هذه الفروق.

رابعاً: اختبار «ت» بين المجموعتين التجريبية والضابطة على المتغيرات المختلفة نتيجة لدلالة «ف» في الخطوة السابقة.

ونعرض له على النحو التالي:

جدول رقم (٥)

الفروق بين المتوسطات للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء البرنامج التدريبي

م	المتغير	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت
		ن	م	ع	ن	م	ع	
١	تركيد الذات	٧	٢٠,٨٥٧	٥,٨١٤	٧	١٢,٨٥٧	١,٣٤٥	٠,٠٠٤**
٢	الاتصال	٧	١٥,٥٧١	٢,٧٦٠	٧	١٢,٢٨٥	٢,٢١٤	٠,٠٣٠*
٣	رعاية الذات	٧	١١,٧١٤	١,١١٢	٧	٧,٤٢٨	٣,٥٠٥	٠,٠٠٩**

* دال عند مستوى ٠,٠٥

** دال عند مستوى ٠,٠١

يكشف الجدول السابق عن وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء التدريب على متغيرات الدراسة الثلاثة، وهذه الفروق تدل على كفاءة البرنامج العلاجي المستخدم وعلى فعاليته في تحسن المهارات موضوع الدراسة.

خامساً: اختبار «ت» للمجموعات المترابطة قبل وبعد البرنامج التدريبي للمجموعة التجريبية.

ونعرض له على النحو التالي:

جدول رقم (٦) الفروق قبل وبعد التدريب للمجموعة التجريبية

م	المتغير	ن	قبل		بعد		ت
			م	ع	م	ع	
١	توكيد الذات	٧	١١,٢٨٥	١,١١٢	٢٠,٨٥٧	٥,٨١٤	٤,٣٤٦***
٢	الاتصال	٧	٥,٠٠٠	١,٢٩١	١٥,٥٧١	٣,٧٦٠	١١,١٦٢***
٣	رعاية الذات	٧	٤,٤٢٨	٠,٩٧٥	١١,٧١٤	١,١١٢	٩,٧٥٣***

*** دال عند مستوى ٠,٠٠١

تشير النتائج المبينة في الجدول السابق الى وجود فروق دالة قبل وبعد البرنامج التدريبي للمجموعة التجريبية على كل متغيرات الدراسة، مما يدل على فعالية البرنامج المستخدم.

سادساً: اختبار «ت» للمجموعات المترابطة قبل وبعد التجربة للمجموعة الضابطة.

ونعرض له على النحو التالي:

جدول رقم (٧) الفروق قبل وبعد التجربة للمجموعة الضابطة

م	المتغير	ن	قبل		بعد		ت
			م	ع	م	ع	
١	توكيد الذات	٧	١١,٥٧١	١,٢٧٢	١٢,٨٥٧	١,٣٤٥	٣,٥٧٩*
٢	الاتصال	٧	٥,٧١٤	١,١١٢	١٢,٢٨٥	٣,٢١٤	٦,٣٠٠***
٣	رعاية الذات	٧	٤,٧١٤	١,١١٢	٧,٤٢٨	٣,٥٠٥	٢,٢٤٤

* دال عند مستوى ٠,٠٥

*** دال عند مستوى ٠,٠٠١

تشير النتائج المبينة في الجدول السابق الى وجود فروق دالة قبل وبعد التجربة للمجموعة الضابطة على متغيري توكيد الذات والاتصال فقط.

المناقشة:

ينص الفرض الاول على ان العلاج السلوكي يؤدي الى تحسن في:

أ ـ توكيد الذات.

ب ـ الاتصال.

ج ـ رعاية الذات

كشفت النتائج التي توصلنا اليها عن تحقق هذا الفرض؛ حيث اشارت قيم «ف» الى عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البرنامج التدريبي وذلك على كل متغيرات الدراسة، وبعد الانتهاء من البرنامج التدريبي لافراد المجموعة التجريبية، اوضحت نتائج الدراسة وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة على متغيرات الدراسة الثلاثة. وتتسق هذه النتائج مع كثير من الدراسات التي اجريت في هذا المجال، والتي اثبتت نجاح هذه النوعية من البرامج وفعاليتها في علاج مرضى الفصام المزمن ومنها دراسة برادشاو (Bradshaw, 1996) التي اشتملت على مجموعتين، مجموعة ضابطة وعددها ٧ مرضى فصاميين تلقوا علاجاً طبياً في العيادات الخارجية. ومجموعة تجريبية وعددها ٧ مرضى فصاميين تلقوا تدريباً على المهارات الاجتماعية بالاضافة الى التدريب على مهارات التغلب على المشكلات. وجاءت النتائج ايجابية لافراد المجموعة التجريبية.

وتتفق نتائجنا ايضاً مع نتائج دراسة وانج وزملائه (Wong et al., 1993) والتي تم فيها تدريب ٣ من الفصاميين على مهارات المحادثة بواسطة برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية. وقد اظهرت النتائج بعد العلاج مباشرة تحسناً لدى ٢ من المرضى الثلاثة بناء على قياسات الكفاءة الاجتماعية والجاذبية.

هذا من ناحية، ومن ناحية اخرى تختلف نتائجنا مع نتائج دراستين اجريتا في فرنسا على مرضى الفصام المزمن، حيث لم تعط برامج التدريب على المهارات الاجتماعية اية نتائج ايجابية تذكر فيما يتعلق بتقدير الذات وفعالية الذات وكذلك في نوعية الحياة.

كانت الدراسة الاولى لـ شامبون وزملائه (Chambon et al., 1996) والتي اوضحت اثر برنامج شامل للتدريب على المهارات الاجتماعية على نوعية حياة ٨ من مرضى الفصام المزمن، مقارنة بـ ١١ مريضاً عيادياً من مرضى المجموعة الضابطة ممن يعالجون علاجاً مؤسسياً Institutional Therapy فقط. وقد اكمل المرضى في المجموعتين مقياس التقدير السيكاتري المختصر، ومقياس تقدير الذات لـ روزنبرج Rosenberg، وكذلك مقياس التوافق الاجتماعي. وكشفت النتائج عن ان المرضى المشاركين في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية اظهروا تحسناً ملحوظاً في الفهم والادراك والمعرفة والوظيفة الاجتماعية، بالاضافة الى المهارات الاجتماعية، ولكنهم لم يظهروا تحسناً في تقدير وفعالية او كفاءة الذات، وكذلك في نوعية الحياة. كما تم وصف المناحي السلوكية المعرفية للتأهيل الاجتماعي والعلاجي النفسي لمرضى الذهان المزمن في هذه الدراسة. اما الدراسة الثانية وهي الاحدث وقام بها شامبون وماري (Chambon and Marie, 1998). بهدف تقييم برامج التدريب على المهارات الاجتماعية مع المرضى النزلاء من الفصاميين المزمنين. وحيث تلقت مجموعة تجريبية عددها ٨ مرضى تدريباً على المهارات الاجتماعية، بواقع ٤ جلسات تدريبية اسبوعياً خلال فترة زمنية

استغرقت شهراً كاملاً. وفي هذه الدراسة استخدمت مجموعتين للمقارنة، تكونت الاولى من ٦ مرضى ممن تلقوا علاجاً جماعياً تدعيمياً Supportive Group Therapy لمرة واحدة فقط خلال الاسبوع، بينما تلقت المجموعة الثانية وعددها ٥ مرضى علاجاً مؤسسياً خلال الفترة الزمنية نفسها. وقد تم تقييم هؤلاء المرضى في المجموعات الثلاث قبل العلاج، وخلال ٣ أشهر من العلاج، وخلال ٦ و١٢ شهراً بعد العلاج فيما يتعلق بنوعية الحياة وتقدير الذات، وادراكهم لمدى فعالية الذات. وقد اشارت النتائج الى عدم وجود تغيرات فيما يتعلق بنوعية الحياة بالنسبة للمجموعة التجريبية التي تلقت تدريباً على المهارات الاجتماعية، وكذلك الحال بالنسبة لمجموعتي المقارنة، كما لم تكن هناك اية تغيرات تذكر فيما يتعلق بفعالية الذات وتقدير الذات. واقترح الباحثان في نهاية الدراسة ضرورة استخدام برامج التأهيل لتحسين التغيرات البطيئة والطفيفة في نوعية الحياة لمرضى الفصام المزمن.

ومن المحتمل ان يقف خلف هذه النتائج سببان اساسيان؛ الاول قصر فترة التدريب الذي لم يمكن القائمين على الدراسة من التركيز على الجوانب موضوع الدراسة واعطائها قدراً كبيراً من الاهتمام مما اعطى في النهاية نتائج غير مرضية. اما السبب الثاني فمن المحتمل ايضاً ان يكون راجعاً الى العقاقير المضادة للذهان والعقاقير الطبية الاخرى وما تحدثه من آثار جانبية سيئة للفصامي المزمن عند تناوله لها لسنوات طويلة.

الفرض الثاني: يؤدي العلاج السلوكي بالاضافة الى العلاج الدوائي الى تحسن المهارات موضوع الدراسة لدى العينة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تتلقى علاجاً دوائياً فقط.

اشارت النتائج الى تحقق هذا الفرض جزئياً، حيث كشفت قيم «ت» لافراد المجموعة التجريبية والذين تلقوا علاجاً دوائياً وسلوكياً (برنامج العملات الرمزية) عن فروق دالة بعد البرنامج التدريبي على كل متغيرات الدراسة. ففيما يتعلق بمهارة الاتصال كانت قيمة «ت» هي الاعلى وتلتها مباشرة قيمة «ت» في مهارة رعاية الذات، ثم جاء بعدها مهارة توكيد الذات. كما كشفت قيم «ت» عند المقارنة بين اداء المجموعة الضابطة قبل وبعد انتهاء الدراسة عن فروق دالة بعد البرنامج التدريبي وذلك على متغيري توكيد الذات والاتصال فقط. ويلاحظ هنا ان المرضى الذين يعالجون دوائياً لا يستهدف علاجهم تنمية المهارات الاجتماعية وان الزيادة في مهاراتهم عند اعادة اختبارهم بنهاية برنامجنا مع المجموعة التجريبية انما يكشف في الغالب عن تحسن تلقائي او نتيجة لتحسن الاعراض.

وبالرغم من ظهور فروق في اداء العينة الضابطة على المهارات موضوع الدراسة بعد التجربة - مما قد يكشف عن بقايا تدريب سابق او مهارات سابقة ما زالت لدى المرضى او نتيجة لعوامل الصدفة وهو ما قد تكون عينتنا التجريبية قد استفادت منه ايضاً - فان هذه الفروق تصبح صغيرة عند مقارنتها بالفروق التي ظهرت في اداء العينة التجريبية على المهارات المختلفة. وقد ايد كثير من الدراسات هذه النتائج، ومنها دراسة لي ووانج (Li and Wang, 1994) التي تناولت فعالية استخدام برنامج لاعادة تأهيل النزلاء من مرضى الفصام المزمن. وقد تضمن هذا البرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية والتشجيع الفعال بالاضافة الى اسلوب العملات الرمزية. وقد تلقت المجموعة الضابطة علاجاً

سيكايترياً، بينما تلقت المجموعة التجريبية تدريباً يومياً على برامج المهارات الاجتماعية، والعملات الرمزية بالاضافة الى جداول التدعيم. وبعد مضي ٣ أشهر، انخفضت حدة الاعراض السلبية في المجموعتين، بينما كان التحسن في المجموعة التجريبية اكبر من المجموعة الضابطة.

كما قام **دوبسون** (Dobson, 1996) بدراسة على عينة مكونة من ٣٠ مريضاً فصامياً للمجموعة التجريبية ممن تلقوا العلاج بواسطة اسلوب الدعم طويل الاجل مع التدريب على المهارات الاجتماعية، و٣٠ مريضاً للمجموعة الضابطة ممن تلقوا الخدمات السيكايترية العادية. وقد كشفت النتائج عند مقارنة المجموعتين ارتفاعاً في مستوى المهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي لدى افراد المجموعة التجريبية.

من ناحية اخرى، تتعارض هذه النتائج مع دراسات اخرى اجمعت على ان العلاج السلوكي يصبح اكثر فعالية عندما يقدم مع العلاج الدوائي، ومنها دراسة **ليبرمان** (Liberman, 1994)؛ حيث استخدمت برامج التدريب على المهارات الاجتماعية مع الاساليب العلاجية الاسرية الى جانب جرعات معتدلة من الادوية المضادة للذهان في علاج مرضى الفصام وحمايتهم من تأثير الانتكاس وجاءت النتائج مرضية الى حد كبير.

وقد اتفق **ماردير وزملاؤه** (Marder et al., 1996) في دراستهم مع نتائج الدراسة السابقة، حيث اكدوا انه كلما قُدمت برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بشكل متسق مع الاساليب الدوائية والخدمات السيكايترية المختلفة الاخرى، عجل ذلك في تحسن مرضى الفصام.

ويتفق مع هذا الرأي ايضاً **كيندلر** (Kendler, 1999) حيث استخدم اساليب علاجية سلوكية مختلفة منها برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بالاضافة الى الاساليب الدوائية الطبية في علاج مريض **فصامي مزمن**، وقد جاءت النتائج ايجابية الى حد كبير.

المراجع:

١ ـ الطيب، محمد عبد الطاهر. (١٩٨٢). **مقياس تأكيد الذات**. في احمد عبد الخالق، بحوث في السلوك والشخصية (المجلد الثاني). الاسكندرية: دار المعارف.

٢ ـ عاقل، فاخر. (١٩٨٨). **معجم العلوم النفسية**. بيروت: دار الرائد العربي.

٣ ـ عكاشة، احمد. (١٩٩٨). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٤ ـ كازونهيرا، فوستر، راي، شلهاس، ماكس، ليلاند، هنري. (١٩٨٥). **مقياس السلوك التوافقي**. ترجمة صفوت فرج، ناهد رمزي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

5 - Anderson, CM., Reiss, D.J., and Hogarty, G.E. (1986). Schisophrenia and the family: A practitioner's guide to psycho-education and management New York: The Guilford Press.

6 - Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in Schizophrenia: Definition and reliability. Archives of General Psychiatry, 39, 784-788.

7 - Baron, K., and Rainer, J.D. (1988). Molecular genetics and human disease:

Implications for modern psychiatric research and practice. British Journal of psychiatry, 152, 741-753.

8 - Baron, M. (1986). Genetics of Schizophrenia II: Vulnerability traits and gene markers. Biological Psychiatry, 21, 1189-1211.

9 - Belcher, T.L. (1988) Behavioral reduction of overt hallucinatory behavior in a chronic schisophrenic. Jounal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry, 19, 69-71.

10 - Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., and Agresta, J. (1997). Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. New York: The Guilford Press.

11 - Bentall, r.P., Haddock, G., and Slade, P.D. (1994). Cognitive behavior therapy for persistent auditory hallucinations: From theory to the therapy. Behavior Therapy, 25 (1) 51-66.

12 - Bleuler, M. (1970). Some results of research in schizophrenia. Behavior Science, 15, 211-219.

13 - Bradshaw, W.H. (1996). Structured group work for individuals with schizophrenia: A coping skills approach. Research - on - Social - Work - Practice, 6 (2) 139-154.

14 - Brichwood, M., and Preston, M. (1991). Schizophrenia. In W Dryden, and R. Rentoul (Eds), Adult clinical problems: A cognitive - behavioral approach. London: Routledge.

15 - Bruno, F.J. (1986). Dictionary of Keywords in psychology. London Routledge and Kegan Paul.

16 - Carson, R.C., and Butcher, J.N. (1991). Abnormal Psychology and Modern Life. (9th ed). New York: Harper Collins publishers.

17 - Cassidy, J.J., Easton, M., Capelli, C., Singer, A., and Et al. (1996). Cognitive remediation of persons with severe and persistent mental illness. Psychiatric Quarterly, 67 (4) 313-321.

18 - Chambon, O., and Marie,C.M. (1998). An evaluation of social skills training modules with schizophrenia in patients in France. International Review of Psychiatry, 10 (1) 26-29.

19 - Chambon, O., Marie, C.M., and Dazord, A. (1996). Social skills training for chronic psychotic patients: A French study. European - Psychiatry, 11 (2) 77-84.

20 - Dawson, D.F.L., Blum, H,M., and Bartolucci, G. (1983). Schizophrenia in focys: Guidelines for treatment and rehabilitation. New York: Human Sciences Press, Inc.

21 - Dobson, D. (1996). Rehab rounds: Long term support and social skills training for partients with schizophrenia. Psychiatric - Servives, 47 (11) 1195-1196.

22 - Emmelkamp, P.M. (1994). Behavior therapy with adults. In A.E. Bergin, and S.L. Garfield (Eds), Hand book of psychotherapy and behavior change (4th ed). New York: John Wiley and Sons, Inc.

23 - Feinberg, I. and Garman, E.M. (1961). Stutics of thought disorder in schizophrenia. Arch. Gen psychiat, 4, 191-201.

24- Foxx, R.M. (1998). A comprehensive treatment program for inpatient adolescents. Behavioral interventions, 13 (1) 67-77.

25 - Garcelan, S.P., and Yust, C.C. (1997). Behavioral treatment of auditory hallucinations in a schizophrenic out patient: a single case. Psicothema, 9 (1) 33-45.

26 - Glynn, S.M. (1990). Token economy approaches for psychiatric patients: Progress and Pitfalls over 25 years. Behavior Modification, 14 (4) 383-407.

27 - Goetestaman, K.G. (1990). Behavioral rehabilitation in Scandinavia. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13 (3) 15)18.

28 - Hayes, R.L., Halford, W.K., and Varghese, F.T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects or negative symptoms and community fuctioning. Behavior Therapy, 26 (3) 433-449.

29 - Hemsley, D.R. (1994). Schizophrenia: Treatment. In S. Lindsay, and G. Powel (Eds.), The hand book of clinical adult psychology (2nd ed.). New York: Routledge.

30 - Herz, M., Zarin, D.A., and Mcintyre, J.S. (1997). DR. Herz and colleagues reply. American Journal of Psychiatry, 154 (12) 1793-1794.

31 - Jimenez, JM., Todmon, M., Perez, M., Godoy, JF., and London, J.D.V. (1996). The behavioral treatment of auditory hallucinatory responding of schizophrenic patient. Journal Behavior Therapy Express Psychiatry, 27 (3) 299-310.

32 - Kallmann, F.J. (1949). The genetics theory of schizophrenia. J. Psychiat, 103, 309-322.

33 - Kendler, K.S. (199). Long term care of an individual with Schizophrenia: Pharmacologic, psychological, and social factors. American - Journal of Psychiatry, 156 (1) 124-128.

34 - Kern, R.S., Marshall, B.D., Kuchnel, T.G., Mintz, J., Hayclen, J.L., Robertson, M.J., and Green, M.F. (1997). Effects of risperidone on polydipsia in chronic schizophrenia patients. Journal of Clinical Psychopharmacology, 17 (5) 432-435.

35 - Li, F., and Wang, M. (1994). A behavioral training program for chronic schizophrenic patients, at three month randomised controlled trial-in Beijing. British Jounal of Psychiatry, 165 (24) 32-37.

36 - Liberman, R.P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. Psychiatry, 57 (2) 104-114.

37 - Liberman, R.P. (1997). Schizophrenia practice guideline. American Jounal of Psychiatry, 154 (12) 1792-19793.

38 - Lidz, W., and Lidz, t. (1949). The family environment of schizophrenic patients. Amer. J. Psychiat, 106, 332-345.

39 - Marder, S.R., Wirshing, W.X., Mintz, J., and Mchenzie, J. (1996). Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatient with schizophrenia. American Jounal of psychiatry, 153 (12) 1585-1592.

40 - Mullan, M.J., and Murray, R.M. (1989). The impact of molecular genetics on our inderstading of the psychoses. British Jounal of Psychiatry, 154, 591-595.

41 - Nuechterlin, K.H., Edell, W.S., Norris, M., and Dawson, M.E. (1986). Attentional vulnerability indicators, thought disorder, and negative symptoms. Schizophrenia bulletin, 12, 408-446.

42 - Payne, R.W., Mattusek, P., and George, E.I. (1959). An experimantal Study of schizophrenic thought disorder. J. Ment. Sci. 105, 627-652.

43 - Silverstein, S.M., Pierce, D.L., Saytes, M., Hems, L., Schenkel, L., and Streaker, N. (1998). Behavioral treatment of attentional dysfunction in chronic, - rafractory schizophrenia. Psychiatric Quarterly. 69 (2) 95-105.

44 - Singer, M.T., and Wynne, L.C. (1965). Thought disorder and family relations of

schizophrenics: Results and implications. Archive of General Psychiatry, 12, 201-212.

45 - Sue, D., Sue D., and Sue, S. (1990). Understanding abnormal behavior (3rd ed.). Boston: Houguton Miffin Company.

46 - Tarrier, N., Barrowclough, C., Porceddu, K., and Fitzpatric, E. (1994). The Salford family intervention project: Relapse rates of schizophrenia at five and eight years. British Jounal of Psychiatry, 165 (6) 829-832.

47 - turner, J.M.T., Sanders, M.R., and Wall, C.R. (1994). Behavioral parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. Behavior Change,11 (4) 242)258.

48 - Vauth, R., and Stieglitz, R.D. (1994). Cognitive behavioral therapy of persistent hailucination and delusion in schizophrenia. Verhalten Stherpie, 4 (3) 177-185.

49 - Wong, S.E., Martinez, D.J.A., Marssel, H.K.M., and Edilstin, B.A. (1993). conversational skills training with schizophrenic inpatients: A Study of generalization across settings and concersants. Behanior Therapy, 24 (2) 285-304.

50 - Young, P. (1988). The Encyclopedia of health (Psychological Disorders and their treatment): Schizophrenia. U.S.A: Chelsea House Publishers.

51 - Zubin, J., and Steinhaurer, S. (1981). How to break logiam in schizophrenia: A look Beyond genetics. Journal of Nervous and Mental Disease, 169,477 - 492.

The efficacy of behavioral therapeutic
Token Economy thechinque in developing social skills of the schizophrenics

Summary:

One of the essential problems which schizophrenic patients suffer fron is the lack of their social skills, the difficulties which they have in dealing with others, and in achieving essential necessities. The present study aims to:

Developing a tool to measure and evaluate the social skills, based on an accepted definition, taking into consideration the essential psychometric conditions, using a program of behavior therapy to improve some social skills for the chronic schizophrenic patients and testing the capability of these methods in developing and / or changing behavior, and to compraring differences between patients who have received behavior therapy and other patients who haven't received the behavior therapy in achieving developed social skills. The sample of the the study is composed of 14 chronic schizophrenic patients from the Kuwaiti psychological Hospital and the researchers used many different tools to test the variables of the study (Such as a clinical interview, Clinical observation, in addition to scales for social scales).

The results of the study have shown that:

Significant differences between the experimental and the control group after the end of the training, indicating improvement in skills subjected in this study. Further more the Significant differences after the training program between the experimental and the control group on all the variables indicated the efficiency of the employed program.

الرسالة التربوية المعاصرة

مجلة نفسية تربوية فصلية محكمة خاصة بمرحلة الطفولة

السنة الأولى ربيع الأول ١٤٢٢ هـ حزيران ٢٠٠١م العدد الأول

المدير المسؤول

رضوان إبراهيم دعبول

رئيسة التحرير

د. إيمان إبراهيم عز

المدقق اللغوي

خير الدين عيد حبي

أمينة التحرير

دانه أحمد قنديل

الهيئة الاستشارية

د. موفق إبراهيم دعبول، دمشق
د. فاطمة الجيوشي، دمشق
د. محمد الحجار، دمشق
د. محمد أحمد النابلسي، طرابلس
د. فيصل محمد خير الزراد، أبو ظبي
د. عبد الرقيب البحيري، أسيوط
د. محمد خير مامسر، عمان
د. منى دالاتي، دمشق
د. أسعد الزعبي، عمان

الناشر: دار البشير للنشر والتوزيع

عمان – الأردن

ص.ب ١٨٣٩٨٣ هاتف ٤٦٥٩٨٩٢

التحرير: الدار المتحدة للتوزيع

دمشق – سورية

ص.ب ٢٦٢٥ هاتف ٦٧١٣٠٦٦ فاكس ٦٧١١٩٠٨

الآراء التي تنشر بأسماء الباحثين تعبر عن وجهة نظرهم، ولا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة.

نماذج من أساليب معالجة الاطباء العرب والمسلمين للاضطرابات النفسية

الدكتور محمود الحاج قاسم محمد
الموصل/العراق

كتب الاطباء والعلماء العرب والمسلمون مجلدات عديدة في ميدان الطب النفسي، ولكن لسوء الحظ لم يصل الينا الا القليل، فيقال ان اول من عالج موضوع الصحة البدنية ـ النفسية من العلماء العرب والمسلمين هو ابو زيد احمد بن سهل البلخي (ت ٣٢٢هـ = ٩٢٢م) في كتابه «مصالح الابدان والانفس» وكتب اسحاق بن عمران مقالة حسنة عن المالينخوليا سوف نتناول الحديث عنها فيما بعد.

وكتب ابن الهيثم عن تأثير الموسيقى في الانسان والحيوان وكان هبة اللّه ابن جميع اول من استعمل العلاج الروحاني او النفساني والف كتاباً دعاه بالارشاد لمصالح الانفس والاجساد، وقد كتب ابن ميمون رسالتين خصيصاً للسلطان الافضل احداهما هي تدبير الصحة تشمل بحثا عن علاج الحالة النفسية التي كان السلطان مريضاً بها، وقد سماها ابن ميمون الهبوط النفسي[١]. ونجد في الحاوي للرازي وصفاً دقيقاً لبعض الامراض العقلية كالمالينخوليا والمرقية والشراسفية حيث يميز بينها بجلاء وكذلك يفرق بين فساد الحس مع صواب الحكم وصواب الحس مع فساد الحكم.

ونجيب الدين ابو حامد السمرقندي من معاصري الرازي كان من المع الاسماء في تاريخ الطب النفسي العربي الاسلامي، اليه يعود الفضل في وصف الكثير من الاضطرابات العقلية وصفاً دقيقاً مفصلاً ومن ذلك انه وصف حالة هتر حسي مصحوب بسلوك شاذ، وحالات قلق اجترازي مصحوب بشك واضطراب وسواسي قهري ونوعاً من المرض العقلي الاضطهادي، وطائفة من اضطراب الحكم تتضمن سلوكاً سايكوباثياً، وحالات اكتئاب مصحوبة بقلق عميق وغير ذلك. وقد تضمن تصنيف نجيب الدين تسعة اصناف من المرض العقلي تشمل ثلاثين حالة مرضية[٢].

والاطباء والعلماء العرب والمسلمون في معالجتهم للامراض العقلية والنفسية لجأوا الى طرق فيها الكثير من الابتكار والمهارة استندت تلك الطرق على فهم وادراك الطبيب لحالة المريض وكسب ثقته ومحاولة التأثير فيه نفسياً الامر الذي دفعهم للابداع في ميدان العلاج النفسي (Psychotheray) وتحقيق الكثير في وقت كانت الاضطرابات النفسية قد انفصلت عن الطب ودخلت في نطاق الشعوذة والدجل والسحر واذا كان من المتعذر علينا الاحاطة في هذا البحث المحدود بكل ما قدمه

الاطباء العرب والمسلمون في هذا الحقل فحسبي الامثلة القليلة التالية لتدل على انتاجاتهم البارعة:

١ ـ **ان من اساليب الرازي العلاجية:** لجوءه الى الايحاء النفسي كطريقة علاج ويتضح ذلك من قوله: «ينبغي للطبيب ان يوهم المريض ابداً الصحة ويرجيها. وان كان غير واثق بذلك. فمزاج الجسم تابع لاخلاق النفس». كما يقول: «لا توهم العليل ان به ماليخوليا لكن انما تعالجه من سوء الهضم فقط وساعده على كثير من رأيه وألْهِهِ وفرحه واشغله عن الفكر...»[٣].

٢ ـ **وهذا مثال لمعالجة مريض بالوهم:** حيث عالج الطبيب ابو البركات هبة اللّه شاباً كان يعتقد انه يحمل دناً على رأسه فكان يتحاشى السقوف الواطئة والازدحام ويسير برفق ولا يدع احداً يدنو منه لئلا يقع الدن وينكسر. فأمر ابو البركات احد غلمانه من غير علم المريض بان يوهم انه ضرب الدن الذي فوق رأس المريض وامر غلاماً اخر ان يرمي دنا وراء المريض بذات الدقيقة. وقد نجحت الحيلة وشفي المريض[٤].

٣ ـ **ومثال آخر على معالجة مريض بالوهم:** يقول اسحاق بن عمران: «هناك من يتوهم ان لا رأس له كمثل ما رأينا قريبا من القيروان، فاثقلنا رأيه بقلنسوة من الرصاص وجعلناها على رأسه في محل الخوذة حينئذ صح عنده ان له رأسا»[٥].

٤ ـ **معالجة الرازي لحالة وسواس (Obsession):** بطريقة حل فكر المريض وهي لا شك طريقة صحيحة في العلاج النفسي يقول الرازي: «كان رجلاً شكا الي ان اعالجه من مرة زعم سوداوية فسألته ما يجد فقال افكر في اللّه تعالى من اين جاء وكيف ولد الاشياء. فأخبرته ان هذا فكر يعم العقلاء اجمع فبرئ من ساعته وقد كان اتهم عقله حتى انه كاد ان يقصر فيما يسعى من مصالحه وغير واحد من هؤلاء عالجته بحل فكره»[٦].

٥ ـ **المعالجة المادية في معالجة الامراض النفسية:** هذا النوع من العلاج يستهدف زيادة الوزن الجسمي لمقاومة الانفعالات النفسية التي تتغلب على المريض عند نحوله الشديد وان قيام ابن سينا بعلاج احد مرضاه بهذه الطريقة التي تعين اتجاهاً في مفهوم الامراض النفسية يعتبر ضرورة لازمة في كثير من الحالات وهي استعمال المادة في علاج الامراض النفسية، سبق واعترف به علماء النفس[٧]. وخلاصة القصة بأن احد المرضى اعتقد بأنه بقرة ورفض ان يأكل الطعام طالباً القصاب ليذبحه، وقال ابن سينا له بأنه فعلاً بقرة ولكن القصاب لا يذبح بقرة هزيلة فعليه ان يأكل لكي يسمن ثم سوف يذبح، ولما استمر المريض بتناول الغذاء وتحسنت صحته نسي ما كان يتوهم منه بأنه بقرة فشفي من حالته»[٨].

٦ ـ **معالجة حالات هستريا:** ان معالجة الاطباء العرب والمسلمين للعديد من حالات الهستيريا تدل على معرفتهم الدقيقة بطبيعة هذا المرض وادراكهم تأثير الانفعالات النفسية على الجسم. نذكر فيما يلي بعضاً من تلك الحالات وبشكل موجز ولمن يود الاطلاع على تفاصيل تلك الحالات يمكنه مراجعة المصادر التي اعتمدنا عليها:

أ ـ معالجة ابن بختيشوع لجارية كانت تعاني شللا وظيفيا في يدها وكان ذلك بأن امسك

ثوبها كأنه يريد ان يكشف جسمها، فاسترسلت اعضاء الجارية من شدة الحياء، وبسطت يدها لترده فبرئت[٩].

ب ـ حالة اخرى قال الرازي: «رأيت ذلك عرض بغتة لجارية من صداع شديد فساعة نطلت خف ما بها وكان لها ان لم تتكلم البتة»[١٠]. ويقصد انها لحظة ما مسح رأسها بالدواء بدأت بالكلام بعد ان كانت قد امتنعت عن الكلام.

ج ـ وهناك قصة اخرى عالج فيها احد الاطباء العرب زوجة امير من امراء كانت مصابة بحالة فالج وظيفي اقعدها مع احتباس النطق، حيث البس الطبيب ابنته لباس الرجال وكأنها مساعده وطلب من الامير ان يقوم هذا المساعد بتدليك جسم المريضة في غرفة بعيدة ولوحدها رفض الامير في البداية الا انه رضخ في النهاية وقامت ابنة الطبيب بتدليك جسم الزوجة بشكل مريب ومراوغتها مما جعل المريضة تذهل عما يلجم حركات اطرافها ويعقد لسانها من اضطراب نفسي فقامت مستغيثة ولطمت بيدها وجه الشاب وركضت نحو النافذة وهي تصرخ وبذلك شفيت وغضب الامير في البداية من تصرف المساعد الا انه لما علم الحقيقة كافأ الطبيب وابنته وعجب بذكائه.

د ـ هناك قصة مشابهة للقصة السابقة ولا نعلم ان كانت هي نفس القصة وبرواية اخرى ام انها غيرها. حيث يروي ابن سينا في كتاب «المبدأ والمعاد» في معرض حديثه عن امكان وجود امور نادرة عن النفس «حالة جارية في احد قصور السامانيين، كانت عاجزة عن الانتصاب، وكانت حظية عند الملك، فطلب من الطبيب تدبيراً يشفي بلا مهلة فلجأ الى التدبير النفساني فأمر ان يكشف شعرها فما اغنى، فأمر ان تكشف بطنها فما اغنى، فأمر ان تكشف عورتها فنهضت فيها حرارة قوية اتت على الريح الحادثة تحليلاً فارتجفت سليمة مستقيمة».

ومؤدى هذه الحالة والاسلوب الذي استخدم في علاجها ان هناك عوامل نفسية تكمن وراء عجز هذه الجارية عن الانتصاب، وان محاولة كشف عورتها كانت بمثابة الصدمة الكهربائية التي تستخدم الان لتحريك المخ[١١].

٧ ـ استعمال الرجة او الصدمة في الامراض العقلية[١٢]: لمعروف ان من اهم وسائل التقدم العلاجي في هذا القرن هو استعمال الرجة او الصدمة للامراض العقلية... وقد بدأ هذا العلاج في العقد الرابع من هذا القرن... لاحظ احد الاخصائيين في الامراض العقلية ان المرضى المصابين في المستشفى بمرض الشيزوفرينيا لا يصابون بالصرع فتأمل الامر واستنتج بأن المرضين متضادان ـ وعلى ذلك فاذا اعطي المريض دواء صارعاً فان ذلك يؤدي الى شفائه ـ وهكذا بدأت المعالجة الصارعة للامراض العقلية، وبعد خمس سنوات استعملت الكهرباء كبديل عن الدواء الصارع لاحداث عين الغرض.

والآن لنعد الى الطبيب الرازي فقد عثرت في الجزء الاول من كتاب الحاوي وفي معرض التحدث عن علاج المالينخوليا قوله: «... وفي باب الصرع علاج عجيب لمرضى المالينخوليا، وهو مرض اطلقه الاطباء العرب على حالات مرضية مختلفة منها الشيزوفرينيا والكآبة في

مفهومها الحديث».

٨ ـ **النقد للذات (ومعالجة الاعراض النفسانية كالحزن والخوف والغضب والوساوس...)**: يبدأ الاطباء وعلماء الفلسفة والاخلاق مداواتهم النفوس بالكلام في بيان فضل العقل ومدحه والدعوة الى قمع الهوى وردعه ويطلبون من المرء ان يعرف عيوب نفسه. وجد هذا التأسيس عند الرازي في كتاب الطب الروحاني وعند الماوردي في كتابه ادب الدنيا والدين وابن حزم في كتابه الاخلاق والسير في مداواة النفوس وابن مسكويه في كتابه تهذيب الاخلاق.

وهم يرون في بيان ذلك، على حد تعبير الرازي «اعظم الاصول» لما يريدونه، وهذا طبيعي لانه لا سبيل الى مداواة نفس الانسان العاقل بازالة امراضها الا على اساس من التبصر والمعرفة بأمور هامة من القيم التي يعقلها الانسان ويؤمن بها.

وكلام هؤلاء الاطباء والعلماء كثير ومتنوع، وسنذكر نماذج من مداواتهم لبعض آلام النفوس وامراضها.

أ ـ **آراء ابي زيد البلخي في رياضة الانفس واعادة الصحة الى النفس**[١٣]: يتحدث البلخي عن طريقة حفظ الصحة للنفس بأنها تكون بصيانتها عن المؤثرات الخارجية التي يسمعها الانسان او يبصرها فتقلقه وتضجره وتحرك فيه اعراض الخوف او الغضب وعن المؤثرات الداخلة فيه مثل التفكير فيما يؤدي الى تلك الاعراض التي تشغل قلبه وتشتت فكره. ويذكر البلخي للتخلص من ذلك طريقتين:

اولاً: على الانسان «ان يشعر قلبه وقت سلامة نفسه... ما اسست عليه وجبلت عليه احوال الدنيا في ان احداً لا يصل فيها الى تحصيل ارادته ونيل شهواته على سبيل ما يتمناه ويهواه من غير ان يشوب ذلك ليستطيع احتمال ما هو اعظم».

ثانياً: وعلى الانسان «ان يعرف بنية نفسه ومبلغ ما عندها من الاحتمال للامور الملحة الواردة عليه، فان لكل انسان مقدارا من قوة القلب او ضعفه وسعة الصدر او ضيقه».

«والانسان اذا دبر اموره بحسب ما يطيق فانه يصل الى سلامة النفس وراحة القلب، وان فاته الكثير من الآمال والرغائب التي يركب البعض لاجلها المخاطر ويغرر بنفسه وينتهي الى ضيق الصدر وقلق النفوس والضرر في البدن.

اما عن اعادة الصحة الى النفس، فانه يكون بتسكين هياجها،... والانسان لا يستطيع ابداً ان يحفظ على نفسه سكونها بحيث لا يهيجها هائج من الاعراض النفسانية لانها من دنياه في دار هموم واحزان ومحل نوائب ونكبات، ولا يزال يرد عليها من حوادث الامور ونوازل الخطوب ما يقع بخلاف محبته وضد ارادته. ولذلك يجب على المرء في مصالح نفسه ان يتعهدها حتى لا يهيج بها شيء، واذا هاج منها شيء بارد بتسكينه، وكذلك معالجة النفس... انما يكون بشيء روحاني يجانسها...».

«معالجة النفس... اما ان تكون بشيء من داخل، وهو فكرة يثيرها الانسان من نفسه فيقمع بها

ذلك العارض ويسكن الهائج، واما ان تكون بشيء من خارج، وهو كلام يعظه به غيره فينجع فيه ويعمل في تسكين الهائج واصلاح الفاسد من قوى نفسه».

فالدواء من الخارج بالعظمة والتذكير والاقناع قد يكون انجع واعظم تأثيراً «لان الانسان اولاً: يقبل من غيره اكثر مما يقبل من نفسه، وذلك ان رأيه في كل الاحوال مغلوب بهواه، واحدهما ممتزج بالآخر.

ثانياً: ان الانسان في وقت اهتياج عارض من الاعراض النفسانية به مشغول بما يقاسيه من ذلك العارض مقهور على عزمه ورأيه مفتقر الى من يلي عليه تدبير امره».

«ومع ذلك لا يستغني الانسان في مداواة نفسه عن وصايا فكرية يجمعها في نفسه في وقت صحتها وسكون قواها ويستودعها قوة الحفظ في ذات نفسه ليخطرها على باله ويعظ بها نفسه اذا لم يكن عنده واعظ وذلك كما يحتفظ المحتاط في الاعراض البدنية بأدوية يودعها في خزائنه ليتناولها اذا عرض له اذى بدني ولم يكن بقربه طبيب» (ص ٢٨١ - ٢٨٧).

والامراض التي يريد طبيبنا معالجتها في كتابه هي: الغضب، الخوف، الفزع، الحزن، الجزع، وسواس الصدر واحاديث النفس والمقام يضيق عن وصف العلاج لكل منها.

وسوف نختار هنا علاج البلخي لوسواس الصدر واحاديث النفس والتي يقول عنها بأنها من اقوى العوارض تأثيراً على الانسان.

ومما يختص به اصحاب الوساوس الرديئة انهم يصيرون ضحايا سوء الظن في امور انفسهم، فيخافون مما لا خوف منه، واذا عرض لهم امر له وجهان تصوروا ما هو اصعب واخوف دون ما هو اسهل وارجى، وذلك حتى في الامور الخاصة بأبدانهم، فهم لا يميلون الى حسن الرجاء والامل في السلامة.

يوصي طبيبنا من تعرض لمثل هذه الوساوس ان يجد في التخلص منها كما يجد في التخلص من الآفات البدنية «وان يؤمن بأن الله تبارك وتعالى جعل لكل داء يعرض للابدان والانفس دواء» واذا قوبل الداء بدوائه فانه اما ان يزيله بتمامه، جسمياً كان او نفسانياً، وأما ان يقلل من غائلته او زوال بعضها خير من بقاء كلها وتركها تتمادى في الازدياد...

والادواء النفسانية تتداوى «بالاسبقية النفسانية» وهي تتلخص في المواعظ والفكر، وهو يحاول ان يصف العلاج لدفع الوسواس.

هناك علاج من خارج النفس، وهو ان يتجنب المريض الوحدة والانفراد، لكيلا تتسلط عليه وساوسه لأن الوحدة «تهيج على الانسان الفكر واحاديث النفس» «واستحب للانسان ان يكون معاشراً للناس مشتغلاً بمحاورتهم» (ص ٣٣٧).

وعلى المبتلى بالوسواس «ان يتجنب الفراغ، فانه نظير الوحدة في مضاعفته... فمتى لم يكن له شغل في الخارج مالت نفسه الى الاشتغال بشيء من داخل، وهو التفكير... اما الوسائل التي يمكن ان يستعين بها المريض من داخل ذاته فمنها ان يعد فكراً يقاوم بها وساوسه فيصدر كمن يحاج خصماً له...

ويجب ان يكون على بال الانسان دائماً ان الكثير مما يروعه ويخيفه... كالكوارث والاوبئة والحروب، ربما لا يصل اليه شيء منها، وانما هو سوء ظن ناشئ عن حالة بدنية عليه ان يطلب علاجها او من وسواس «الشيطان المتكفل بالاضرار به في اسباب اولاه وأخراه». واذن فليصرف تفكيره عما لا محصول له. وليجاهد الهواجس «بقوة عقله».

ومما يستطيع به الانسان ان يطرد الهواجس وسوء الظن ان يعلم ان الله تبارك وتعالى جعل لكل حال خلقا من الكائنات الحية من صلاح او فساد اسباباً ومقدمات «وان هذا هو الاصل، فاذا تحرز الانسان من الآفات التي تأتي من الخارج ودبر امور حياته في غذائه وسائر اموره فانه يحيا سليماً الى المدة المقدرة له.

والبلخي يريد ان يبعث الثقة في نفس الانسان وان يفتح له ابواب الامل والتفاؤل.

ب ـ آراء ابن مسكويه في علاج الامراض النفسية: لقد طرح ابن مسكويه آراءه في العلاج النفسي عندما استعرض بعضاً من الحالات النفسية الشاذة (كالتهور والجبن والافتخار والمراء واللجاج والتيه والاستهزاء والغدر والحسد وحب الانتقام والغضب مبتدئاً بأسبابها ثم كيفية علاجها، ومن بين تلك الحالات نذكر:

الخوف: وهو على احدى حالتين:

الاولى: هو ما كان سببه سوء اختيارنا وجنايتنا على انفسنا. وهو لهذه الحالة يحدد علاجاً مناسباً بقوله: «ينبغي ان نحترز منه بترك الذنوب والجنايات التي نخاف عواقبها، ولا نقدم على امر لا تؤمن غائلته»[١٤].

إذ تفسر حاليا بأنها حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الانسان في بعض المواقف، ويسلك فيها صاحبها سلوكاً يبعد عادة عن مصادر الضرر[١٥].

الثانية: هو ما يعرض من توقع مكروه وانتظار محظور... والتوقع والانتظار يكونان للحوادث في الزمان المستقبل وهذه الحوادث يمكن ان تكون على الاوجه التالية:

الحوادث الممكنة وهي بالجملة مترددة بين ان تكون وبين ان لا تكون لذا يجب ان يفكر فيها، بأنها ستكون فيشعر الخوف منها ويتعجل مكروه التألم بها وهي لم تقع بعد ولعلها لا تقع اما الاوجه الاخرى فهي الحوادث الضرورية... وتشمل الهرم وما يرتبط فيه من مصاعب، فعلاج الخوف منه ان نعلم ان الانسان اذا احب طول الحياة فقد احب لا محالة الهرم الذي قد ينتج عنه، قلة الحركة وبطلان النشاط[١٦].

واذا ما عدنا الى ما يقدمه علم النفس المرضي حالياً فانه يحاول تفسير الحالة الثانية من الخوف بأنها حالة القلق النفسي الذي يتضمن شعوراً بالتهديد من شيء غير واضح المعالم في العالم الخارجي[١٧]. او بمعنى اخر انفعال مركب من الخوف، وتوقع الشر والخطر او العقاب يختلف عن خوف من خطر محتمل غير مؤكد الوقوع، وخوف من المجهول وكذلك لانه انفعال مؤلم نشعر به حين لا نستطيع القيام بشيء تجاه موقف مخيف يتهددنا بالخطر وعلاجه يقرب من الفكرة التي قدمها

ابن مسكويه اذ يقوم الاخصائي بطمأنة المريض وتفسير علاقة ظروفه وانطباعاته بحالة مرضية حتى تصبح مفهومة لديه[١٨].

الحزن: يعرف ابن مسكويه الحزن بأنه الم نفسي يعرض لفقد محبوب او فوت مطلوب، وسببه الحزن على المقتنيات المادية والاستزادة من الشهوات البدنية والحسرة على ما يفقده منها ولعلاجه يجب ان نعلم بأن جميع ما في عالم الكون غير ثابت ولا باق وان لا نطمع في المحال، ومن كانت حالته هذه فسوف لا يحزن لفقد ما يهواه ولا لفوت ما يتمناه[١٩].

وترتبط حالة الحزن التي فسرها ابن مسكويه بحالة الكآبة النفسية التي تضم شعوراً باليأس لأي فقدان او تهديد بالفقدان مثل حالة وفاة في الاسرة او ضائقة مالية او فشل في الدراسة[٢٠].

ج ـ رأي ابن هبل في علاقة الجن بمرض الماليخوليا: يقول ابن هبل: «وقد ذكر بعضهم ان الماليخوليا يكون عن الجن بأن يخالطوا الارواح فيغيروا مزاجها، الا انا نحن نرى الانسان يتغير مزاجه فنقصد علاجه ونروم صلاحه سواء كان تغير المزاج عن الجن او الخلط، ولما يذكر عن الجن نظائر يتوقف العقل عن تكذيبه وتصديقه لعسر الوقوف على السبب الموجب في الروح الكدودة والظلمة مع سوء المزاج»[٢١].

٩ ـ ابن سينا والتحليل النفسي: لقد اتخذ ابن سينا التحليل النفسي اسلوباً جديداً من اساليب العلاج الطبي وقد مارسه ممارسة ناجحة ويظهر ذلك جلياً في القصة التى رواها العروضي السمرقندي انه عرض على ابن سينا، ابن اخت شمس المعالي قابوس وقد اعيا الاطباء امره، فلما رآه ابن سينا وخاطبه، تبين ان مرضه الحب ـ واعراض هذا المرض شبيهة بأعراض الكآبة ـ وبمقارنه ازدياد سرعة نبضه عند ذكر الزقاق والدار التي تسكن بها محبوبته استنتج اسمها وامر بتزويجها له فشفي[٢٢].

ومن الواضح من هذه الرواية ان ابن سينا استعمل طريقة التحليل النفسي للوصول الى سبب الانفعال الوجداني وما اتصل به من عاطفة كامنة كما انه استعمل الطريقة ذاتها كوسيلة علاجية، وبهذا طريقته قريبة تمام القرب الى الطريقة الحديثة في العلاج والتحليل النفسي كما ان ابن سينا سعى بطريقته الى اثارة انفعالات جسمية، واستدل منها على وجود ارتباط سببي بين التغيرات الجسمية (تسرع النبض) وبين ورود العامل المسبب لها. وبهذا يكون ابن سينا على بعد زمانه عن العصر النفسي المعاصر قد ادرك عدة مبادئ وقواعد اساسية في علم النفس في النواحي الديناميكية التشخيصية والتحليلية والعلاجية[٢٣].

١٠ ـ العقاقير في علاج الامراض العقلية: لقد ذكر الاطباء العرب التفاصيل اللازمة لاعداد العلاجات اللازمة هنا والكمية المناسبة لكل عشب من الاعشاب وطريقة الاستعمال ووقت تناولها فقسموها الى ادوية صالحة للعلاج الكلي وادوية صالحة للعلاج الجزئي. وذكر ابن عمران اجمالاً الدواء الذي يصلح لكل صنف من اصناف الماليخوليا وصنفها حسب نوعيتها. واستعمل الادوية المستخرجة من الافيون وغلف الخشخاش في الحالات الخطرة من الماليخوليا كالسرسام والمعروف ان هذه الادوية كانت تستعمل الى عهد قريب من الماليخوليا[٢٤].

نكتفي بهذا القدر علماً بأن هناك وسائل اخرى مثل الترفيهية والعلاج بالموسيقى افردنا لها مقالاً مستقلاً.

الهوامش

(١) الدكتور رمزي مفتاح: احياء التذكرة ص ٤٧.

(٢) جرجس، د. صبري: من الفراعنة الى عصر الذرة ص ٢٧.

(٣) الرازي: الحاوي ج٢ ص ١٢٩

(٤) ابن ابي اصيبعة: ج٢ ص ٢٩٧.

(٥) عمار، د. سليم: حول مقالة اسحاق بن عمران ـ مصدر سابق.

(٦) الرازي: الحاوي ط٢، ج١، ص ١٢٣.

(٧) مقال الدكتور علي كمال، ص ٣٧.

(٨) للاطلاع على القصة بكاملها يراجع كتاب جهار مقالة، (مصدر سابق) ص ٨٥.

(٩) للاطلاع على القصة بأكملها يراجع كتاب: طبقات الاطباء: ابن ابي اصيبعة ج١ ص ١٢٧.

(١٠) الحاوي: ج١، ص ٢٥٨.

(١١) عيسوي: د. عبد الرحمن ـ الاسلام والعلاج النفسي الحديث ـ دار النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت، ص ١٠٢.

(١٢) مقال الدكتور علي كمال: ص ٤٠ ـ ٤١.

(١٣) ابو ريدة: الدكتور محمد عبد الهادي ـ الصحة البدنية والنفسية في الاسلام ـ بحث قدم للمؤتمر العالمي الرابع للطب الاسلامي ١٩٨٦ ص ٦٤٧ ـ ٦٤٨.

(١٤) ابن مسكويه: تهذيب الاخلاق، دار الكتب العلمية ـ بيروت ط١، ١٩٨٨، ص ١٧١ ـ ١٧٢.

(١٥) د. محمد الزيادي: اسس علم النفس العام ص ٣٤٨ ـ ٤٧٩.

(١٦) المصدر نفسه.

(١٧) المصدر نفسه.

(١٨) د. علي كمال: محاضرات الصحة النفسية للسنة الدراسية ٦٤ ـ ١٩٦٥.

(١٩) ابن مسكويه: تهذيب الاخلاق، (مصدر سابق) ص ١٨٠.

(٢٠) د. محمود الزيادي: اسس علم النفس العام.

(٢١) البغدادي، مهذب الدين ابن هبل: كتاب المختارات في الطب الطبعة الاولى ـ حيدر آباد الدكن، السنة ١٣٦٣هـ، ج٣، ص ٤٠.

(٢٢) تفاصيل القصة في جهار مقالة: للعروضي السمرقندي.

(٢٣) د. علي كمال: كتاب النفس انفعالاتها وامراضها وعلاجها ص ٣٤٩ ـ ٣٥٠.

(٢٤) د. سليم عمار: د. شمس الدين حمودة: حول مقالة ابن عمران في المالينخوليا بحث قدم لمؤتمر اتحاد الاطباء العرب، تونس ٢٢ ـ ١٩٧٩/١٠/٢٤.

مؤتمر الطفولة العربية
الواقع وآفاق المستقبل
الغردقة (٢٩ ـ ٣١ أكتوبر ٢٠٠١)

انطلاقاً من ان رعاية الطفولة في الركيزة الاساسية لمستقبل الامة العربية في مطلع الالفية الثالثة، جاءت مبادرة جامعة جنوب الوادي ـ مركز دراسات الجنوب، بالتعاون مع المركز العربي للتعليم والتنمية بالقاهرة (منظمة حديثة) لعقد مؤتمر الطفولة العربية: الواقع وآفاق المستقبل، خلال الفترة من ٢٩ ـ ٣١ أكتوبر (تشرين الاول) ٢٠٠١م بمدينة الغردقة بجمهورية مصر العربية، تحت رعاية د. مفيد شهاب وزير التعليم العالي والدولة للبحث العلمي والفريق سعد ابو ريدة محافظ البحر الاحمر.

وقد شارك في المؤتمر عدد من الخبراء والباحثين العرب، الى جانب ممثلي عدد من المنظمات المعنية منها: منظمة اليونيسيف، ومكتب التربية العربي لدول الخليج، والمجلس القومي للطفولة والامومة، والصندوق الاجتماعي للتنمية، وجامعة الدول العربية ـ ادارة الطفولة، والمكتب الاقليمي لليونسكو، والمنظمة العربية للعلوم والآداب والثقافة (الالكسو).

كان الهدف من المؤتمر هو توفير منبر علمي حر لمناقشة قضايا الطفل العربي كافة، وتبادل المعلومات والخبرات بخصوصها، وتحديد المشكلات الاساسية التي تواجه وستواجه الطفولة العربية، وتشخصها بشكل علمي موضوعي، وخلق وعي عربي مستنير بقضايا الطفولة وحماية حقوقها وتأكيد قومية معالجة مشكلاتها، وحشد الجهود الجماعية والفكرية والتنظيمية في المجتمع العربي لصياغة برامج واستراتيجية وسياسات متكاملة ومعلنة ليهتدي بها للتخطيط للطفولة في صياغة السبل الفعالة لتنفيذها ومتابعة هذا التنفيذ، الى جانب تحريك حماسة الجهود والمبادرات الاهلية وغير الحكومية للمشاركة في رعاية وتمويل برامج تنمية الطفولة عن طريق الهيئات والمنح والتبرعات.

وقد ناقش المؤتمر اكثر من ٢٠ ورقة عمل تطرقت الى محاور عدة هي: الطفولة وتحديات مطلع الالفية الثالثة، وثقافة الطفل واساليب تنميتها، ومؤسسات ونماذج تنشئة الطفل، وسوء التعامل مع الطفل، وصورة الطفل في الكتب المدرسية والادبية ووسائل الاعلام، واستراتيجيات تنمية الطفل غير العادي، ونحو خطاب جديد للطفولة العربية في ظل مستقبلات بديلة.

وقد حظي موضوعا الطفولة المبكرة، والطفل غير العادي، باهتمام خاص من المؤتمر، فمن بين اوراق العمل التي قدمت في هذا الصدد، والكفاءة الخارجية لمؤسسات اعداد معلمات رياض الاطفال،

دراسة تحليلية للدكتور راشد القصبي ود. آمال العرباوي، وتطور الطفولة المبكرة من منظور دولي للدكتور حجازي ادريس، ولعبة الطفل للدكتورة ليلى كرم الدين.

وعلى جانب آخر تطرق المؤتمر الى موضوعات اخرى مثل عمل الاطفال، والاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، وحقوق الطفل، وغيرها من القضايا المهمة.

شارك في هذا المؤتمر عدد من المفكرين والباحثين في مقدمتهم السادة الاساتذة الدكاترة: السيد يسن، د. حامد المفكر، د. فتح الله الشيخ، د. احمد شوقي (المجلس الاعلى للجامعات)، د. ضياء الدين زاهر (رئيس المركز العربي للتعليم والتنمية)، أ. شوقي جلال، د. حسن حسان، د. زينب شاهين (الصندوق الاجتماعي للتنمية)، أ. سامي خشبة، د. ادريس حجازي (اليونيسكو)، د. ليلى لبابيدي (رابطة المرأة العربية، ود. وليم عبيد.

وخرج المؤتمر بعدة توصيات مهمة كان من ابرزها:

- ترشيد جهود التنمية البشرية العربية وتواصلها مما ينعكس اثره ايجابياً في رعاية الصغار وحسن تربيتهم.

- ضرورة توفير متطلبات تربية مبكرة شاملة ومتكاملة وجامعة لكل الاطفال في مرحلة «ما قبل المدرسة» لتعويض النقص الذي قد يعاني منه الكثيرون وبالذات في البيئات الشعبية، ويحرمهم من التعلم الناجح والانتظام فيه والتفوق في اجتياز مراحله.

- اهمية التعاون والتنسيق بين المؤسسات والهيئات المعنية بالطفولة (حكومياً واهلياً) في مجال تنفيذ الاتفاقيات الدولية التي تكفل حقوق الطفولة وتوفر متطلباتها، وتشبع احتياجاتها، مع تدعيم دور المجالس الوطنية والقومية لرعاية الطفولة في وضع سياسات واستراتيجيات للنهوض بذلك الدور.

- العمل على نشر الوعي بحقوق الطفل وتقديرها وحمايتها، وفنية التعامل معها في البيت والمدرسة ومؤسسات صنع الثقافة في المجتمع.

- تأكيد حق الطفل سواء المسلم او المسيحي، في تربية دينية تتكامل في فعالياتها مع انواع التربية العلمية والادبية والفنية والاجتماعية والبدنية لتكوين شخصية متزنة وسوية ومتكاملة في اطار وحدة المجتمع وتماسكه الوطني في العالم العربي.

- تفعيل الاجراءات القانونية والامنية والرقابية التي تحول دون استغلال الاطفال في العمل الاحترافي، او في ترويج وتعاطي المخدرات، وفي الدعارة او الاستغلال الجنسي، او الضياع في الشارع مهملين دون ايواء اسري او رعاية اجماعية وتربية اساسية.

- ضرورة وضع وتنفيذ استراتيجيات تربوية مناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة في نوعياتهم المتميزة والمعوقة مع توفير متطلباتها مالياً وبشرياً وفنياً حتى تحقق اهدافها المرغوبة.

- نظرا للاهمية البالغة في تحقيق تكافؤ الفرص بين الذكور والاناث (النوع الاجتماعي) من الاطفال في مختلف ظروف تنشئتهم ومراحل تعليمهم يتوجب العمل على تنمية التعلم لدى الفتيات والسيدات وبخاصة في المجتمعات المحرومة في المجتمع، وازاحة التقاليد المعيقة لها في التعليم والتدريب وانعاش هذه المجتمعات، والعمل على دعم برامج تدريب الكوادر العاملة في مجال الطفولة

ومؤسساتها، وبخاصة في مجال دور الحضانة ورياض الاطفال والتعليم الاساسي والتنمية المهنية على مستوى القيادات المحلية والوطنية والعربية.

ـ ايلاء اهمية خاصة لدور ادب الاطفال في التنشئة والتوعية والاستمتاع بالمعرفة خلال مراحل الطفولة المختلفة، وهذا يقتضي تنويع اشكال ونماذج انتاج ادب الاطفال بلغة عربية سهلة، كما يستلزم مراعاة القيم الحضارية والدينية للامة العربية، الى جانب القيم الانسانية العامة للمواطنة على المستويات الوطنية والقومية والعالمية. ومن الضروري كذلك مراجعة ناقدة لما هو منافٍ من ادب الاطفال في ضوء قيمنا الحضارية والانسانية وتنقيتها من رواسب التخلف والجمود والانغلاق.

من خلال مناقشات المؤتمر في مختلف لجانه وموضوعاته، كانت تبرز باستمرار وبالحاح قضية اطفال الشعب الفلسطيني وما يتعرضون له من قتل واعتقال وحرمان من التعليم ومن ابسط حقوق الطفل التي اقرتها شرائع حقوق الانسان والطفل الدولية. والمؤتمرون يضمون اصواتهم الى اصوات كل مواطني امتهم العربية وغيرهم من شعوب العالم ممن يدعون الى الاستقرار والسلام في المنطقة الى ان تتوقف اسرائيل عن هذا الارهاب الذي تمارسه بمختلف الصور والاشكال حتى يتهيأ المناخ اللازم للسلام باقرار حق الشعب الفلسطيني في دولته المستقلة على ارضه وتحرير وطنه، وتمتع اطفاله بحقوق الانسان المشروعة والمكفولة للاخرين.

الملتقى الثاني للجمعية الخليجية للاعاقة

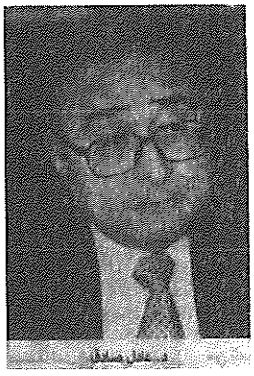
تحت رعاية صاحب السمو الشيخ الدكتور سلطان بن محمد القاسمي عضو المجلس الاعلى حاكم الشارقة، الرئيس الفخري لجمعية اولياء امور المعاقين بالامارات، استضافت الجمعية الملتقى الثاني للجمعية الخليجية للاعاقة في الفترة ٩ ـ ١١ فبراير ٢٠٠٢، في الشارقة، بمشاركة ممثلين عن وزارات التربية والتعليم والشباب والعمل والشؤون الاجتماعية والصحة والجامعات وجمعيات ومراكز رعاية المعاقين في كل من الامارات والبحرين والسعودية وقطر والكويت وسلطنة عمان ومصر والاردن وتونس.

دار الملتقى حول اربعة محاور هي: الاعاقة العقلية واسبابها وطرق الوقاية منها، والعمل التطوعي ورعاية الاشخاص المعاقين، ودور اولياء الامور في دعم خدمات الاعاقة، وموقف الاسلام من رعاية المعاقين.

وهدف الملتقى الى تحقيق التفاعل والتواصل بين جمعية اولياء امور المعاقين والجمعيات والمنظمات الخليجية والعربية، ورفع المستوى التشخيصي والتربوي والاجتماعي للمعاقين عقلياً، وتبادل الخبرات العملية بين العاملين واولياء امور المعاقين عن طريق عرض التجارب والتعرف على اسباب العزوف والمشاركات الفعلية في الجمعيات والعلاقة بين جمعيات رعاية المعاقين والجمعيات الاهلية غير الحكومية.

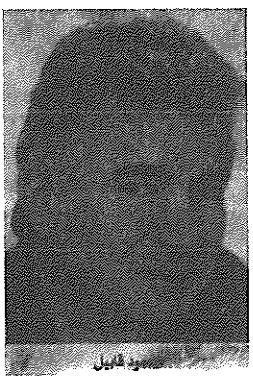
* ندوة بالجامعة الاميركية بالقاهرة

المخدرات.. آفة اليوم والغد



د. عادل صادق

السفيرة مشيرة خطاب



محمود قابيل

في اطار سلسلة ندوات «عبور الفجوة بين الاجيال»، نظمت الجامعة الاميركية بالقاهرة اولى ندواتها حول الشباب والمخدرات لتوعية طلابها وطالباتها بخطورة هذه الافة لكن المفاجأة انه لم يحضر سوى طالبة وطالب فقط وانسحبا خلال الدقائق الاولى للندوة، ورغم غياب الطلاب فان الندوة شهدت تفاعلاً واضحاً بين المتحدثين واولياء الامور الذين اكتظت القاعة بهم، واثيرت نقاط مهمة حول الادمان والمخدرات.

اكد المتحدثون بالندوة ان اكثر المخدرات انتشاراً في مصر البانجو الذي تزايد الاقبال عليه في التسعينيات ولا يزيد عمر المتعاطين للبانجو على ٢٠ عاماً، ويقدر عدد من يتعاطونه بحوالي ٣ ملايين شخص.

وتشير الارقام الى ان ٥ في المئة من عدد السكان يتعاطون انواعاً مختلفة من القنب الهندي ومشتقاته مثل البانجو والحشيش والماريجوانا في حين يقدر عدد من يتعاطون منبهات الامفيتامين بحوالي ٣٠٠ ألف، ويزيد من خطورة الامر ان اكثر من نصف المتعاطين شباب تتراوح اعمارهم ما بين ١٥ و٢٠ عاماً.

واكد المشاركون ان مئات من الشباب عرضة لتعاطي المخدرات بشكل او بآخر، فبعضهم قد يحاول تعاطي الجرعة الاولى، والبعض لا يزال في طور التجريب، وربما تكون هناك جماعة ما زالت تتعاطى بين الحين والآخر جرعات متقطعة، بينما لا يزال الاخرون مستمرين في اشباع ادمانهم للمخدرات.

واكد الدكتور عادل صادق رئيس قسم الطب النفسي بجامعة عين شمس ان المخدرات اخطر مشكلة تواجه مصر وهي مشكلة امن قومي على مستوى العالم كله ولذلك ينبغي ان يتحول كل انسان في مصر الى جندي لمكافحة الادمان.

وقال ان حجم ما ينفق على المخدرات من شباب مصر يمثل ١٧ مليار جنيه سنوياً وهي معلومة مهمة اكدها الدكتور عاطف عبيد رئيس الوزراء، وهذا الرقم الضخم يمكن ان يوفر ١٥٠ ألف وظيفة و١٨٠ ألف وحدة سكنية و٥ آلاف مستشفى و٥ آلاف مدرسة.

واوضح ان المخدرات في مصر لها سوق خاصة جداً وهي بيزنس خارق للعقل، فتكلفة فدان البانجو مثلاً في سيناء حوالي ٧ آلاف جنيه لكنه يدر مليونا و٤٠٠ ألف جنيه حين يصل انتاجه الى ايدي شبابنا.

واكد ان البانجو يؤثر على درجة التركيز والوعي بخلاف التأثيرات الاجتماعية للمدمن نفسه كالفشل في حياته والسرقات التي يرتكبها للحصول على البانجو، ولكن المشكلة الاكبر في الادمان ان الاهل قد لا يكتشفون بسهولة ان ابنهم مدمن وهناك مريض جاء للعلاج لم يعرف اهله انه مدمن طيلة ١٢ عاماً لان المريض قبل ان يصل الى الادمان يمر بمرحلة التعاطي التي لا تظهر فيها اعراض واضحة على المريض، وقد تستمر مرحلة التعاطي سنوات طويلة قبل ان يدمن المريض تماماً، ويتمكن الادمان منه.

وقال انه لا يوجد سبب قوي واساسي للادمان لان المشكلة متعددة الاوجه، وهناك عوامل كثيرة وراءها، تتفاعل مع بعضها، فهناك عوامل وراثية حيث ثبت ان ٤٠ في المئة من ابناء المدمنين يصبحون مدمنين، وهناك عوامل ترتبط بالشخص نفسه كأن يكون انطوائياً وحساساً وخجولاً ومكروهاً مما يهيئه للادمان، وهناك عوامل ترتبط باصدقاء السوء بالاضافة الى الجو الاسري المليء بالخلافات وعدم الاستقرار.

واوضح ان اصعب ما في الادمان هو الاقلاع عنه فالتكلفة الدنيا لعلاج مريض الادمان تصل الى ١٦٠ جنيهاً يومياً كما ان المدن يحتاج الى فريق علاجي كامل يعيد بناءه.

وان نسب نجاح العلاج تجاوزت الان ٥٠ في المئة بينما كانت خمس في المئة في السبعينيات نظراً لتغير المفاهيم وادراك المريض وتعاونه مع الفريق العلاجي.

وقالت السفيرة مشيرة خطاب امين عام المجلس القومي المصري للامومة والطفولة، ان المجلس قرر مواجهة مشكلة تعاطي المخدرات حين وجد ان اعمار المتعاطين انخفضت الى سن المراهقة ١٨ عاماً فأقل ولذلك اطلق المجلس مبادرته للوقاية من التدخين وتعاطي المخدرات من منطلق التوجه الى الاسرة باعتبارها اهم حلقات المواجهة.

واضافت ان الادمان هو نتيجة للتغير الاجتماعي السلبي داخل الاسرة بمعنى عدم قدرة مجتمع الاسرة على استيعاب المهارات الفردية لابنائها وتوظيف هذه المهارات بطريقة ايجابية بالاضافة الى زيادة النمط الاستهلاكي والسلوك المظهري لدى كل افراد الاسرة وعدم الحوار مع الابناء والصمت ازاء قضاياهم كلها عوامل تؤدي الى الادمان بشكل مباشر او غير مباشر ولذلك فان القضاء على هذا الضيف غير المرغوب فيه لن يأتي بالصمت وانما بالحوار الايجابي والتواصل داخل الاسرة ومد الجسور بين الابناء والاباء فقد اثبتت الدراسات المختلفة ان الادمان يحدث داخل الاسر التي بها عنف مثل تسلط الاب وعدم احترامه لافراد اسرته ويحدث ايضاً لوجود حالة تعاطي داخل الاسرة سواء كان الاب او الابن.

واوضحت مشيرة خطاب ان المجلس القومي للطفولة والامومة يركز على الوقاية وتوعية الاسر والشباب بخلق ثقافة مناهضة لثقافة المخدرات وتشجيع الحوار مع الشباب وبث الثقة لديهم بالنزول الى المدارس والجامعات ونشر ثقافة الابتعاد عن المخدرات لأن التعليم بمراحله المختلفة ليس كافياً لمواجهة ادمان الطلاب وتوعيتهم وتثقيفهم، لذلك تقام ندوات التثقيف والتوعية لشباب الجامعة بشرط ان يكون الدور الاكبر في هذه اللقاءات للشباب لكي يعبروا عن انفسهم.

تربية خاطئة:

وقال الفنان محمود قابيل ان الاسرة مسؤولة عن ٩٠ في المئة من حالات الادمان نتيجة التربية الخاطئة وسوء التعامل مع الابناء، ولا بد من بث الثقة في الطفل، منذ صغره ولان ذلك يجعله قوياً وقادراً على مواجهة اي مشكلة بمفرده ولن يأتي ذلك الا بالحوار بين الاهل والابناء بشرط ان يعتمد هذا الحوار على الصدق وعدم التحرج من الحديث في اي موضوع خاصة في فترة مراهقة الابناء.

واقترح انشاء فصول تثقيف وتوعية لاولياء الامور يدرسون فيها كيفية التعامل مع الابناء وادارة تربيتهم. وقال انه مر بتجربة مشابهة حيث كان يتقابل كل اسبوع مع اولياء امور اصدقاء ابنائه ويتحدثون فيما بينهم ويخرجون بنتائج مهمة في تربية ابنائهم، وهو شيء مفيد جداً لتثقيف العائلة المصرية والتغلب على المعلومات الخاطئة التي تصل للاهل عن الابناء.

وقال ولي امر احد الطلاب انه من الضروري عدم مقاطعة الطفل اثناء حديثه حتى يستطيع ان يعبر عما يدور بداخله، ثم تأتي اهمية الحوار معه.

وقال ان هناك اسباباً عديدة تدعوه الى القلق على اولاده على الرغم من تربيته لهم بطريقة سليمة لكنه يخشى من وقوع ابنائه في براثن الادمان في ظل عدم وجود فرص عمل جيدة.

وقالت ولية امر احدى الطالبات ان الاهل بما لديهم من الحب والتفكير في مستقبل ابنائهم يستطيعون ان يجتازوا العقبة الاولى بتزويد اولادهم بموانع داخلية تنبع من المنزل ضد ادمان المخدرات.

واضافت ان مشكلة تعاطي المخدرات ترتبط بالعديد من المشكلات الاجتماعية الاخرى ولذا يجب مناقشة مثل هذه العوامل ذات الخطورة الكبيرة على المستوى القومي، فكثير من القطاعات التي تشمل المدارس والجامعات والمناطق المحيطة بالاسرة والتجمعات الرياضية والدينية تحتاج لمزيد من الادراك لدورها الاجتماعي في مكافحة الادمان، واكثر طرق المكافحة فاعلية هي نشر المعلومات السليمة، وتنمية المهارات الحياتية في المناهج الدراسية، وحملات التوعية المختلفة.

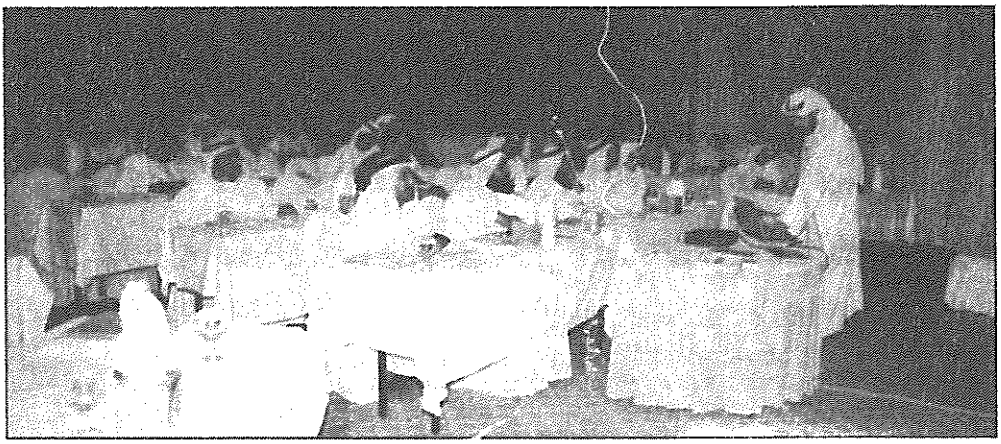
وقال ولي امر احد الطلاب بالجامعة انه شاهد تجربة عملية لابن احد اصدقائه تعرض للادمان، ومن واقع تجربة هذا الشاب اكد ان اكثر المؤثرات قوة في تعاطي المخدرات هي العلاقات الشخصية وجماعة الاصدقاء، وهؤلاء لن يتم القضاء عليهم الا بتكاتف الجميع للوصول لجهود متناغمة ومخطط لها بعناية تهدف الى منع التعاطي، كما ينبغي على الجهود القومية المختلفة ان تركز على كافة مستويات مكافحة الادمان من خلال استهداف مختلف القطاعات.

وارجع السبب الرئيسي وراء انتشار انواع معينة من المخدرات كالبانجو مثلاً هو شيوع انه لا يؤدي الى الادمان في حين ان على المدى الطويل يؤدي الى تليف الكبد، والفشل الكلوي، وتدمير

خلايا المخ بدرجات متفاوتة، ونفس الحال ينطبق على مخدر يطلق عليه «اكستاسي» الذي ينتشر بين الشباب المدمن في الحفلات والمناسبات الاجتماعية حيث يقال عنه انه مخدر آمن في حين انه يؤثر تأثيرات خطيرة على الجهاز العصبي وخلايا المخ.

وقال ولي امر احد الطلاب ان المشكلة بالنسبة للشباب متعددة وتحتاج من الاهل الى جهود كثيرة وهي تتمثل في التناقض الذي يعيشه الطالب فهو في الجامعة يحظى بحرية كبيرة تصل الى انه يستطيع ان ينتقد استاذه في حين انه يجد تضييقاً عليه من الاهل في ممارسة حريته، ولذلك انادي بازالة السور الوهمي بين الآباء والابناء لان هذا السور يمنع التفاهم بين الطرفين مما يخلق مشكلات كثيرة اخطرها المخدرات واذا وقعت المشكلة لاي من ابنائنا فعلينا فتح حوار مشترك حتى يمكن الوصول الى حلول، وهذا الحوار المشترك لن يأتي الا بلغة يفهمها الآباء والابناء معاً وتقوم على الصدق وعدم الخوف.

* مكتب حرم رئيس الدولة ينظم محاضرة حول الامن النفسي للاطفال



خلال المحاضرة

نظم قسم التدريب الاجتماعي بمكتب حرم صاحب السمو رئيس الدولة لشؤون المواطنات والخدمات الاجتماعية محاضرة بعنوان: «كيف تتحدث ليستمع اليك الابناء»، وذلك بحضور عدد كبير من الرجال وذلك في قاعة فندق ابو ظبي جرائد.

وقد القى المحاضرة الدكتور حمود فهد القشعان واكد فيها على ان الوالدية الايجابية لديها اربعة مقومات ـ تخلق البيئة الاسرية الجاذبة هي: لين المعشر والحب السلوكي، تقدير الافعال والاعتراف بالجهد، لغة التشجيع ونظرات القبول، ولديها آذان صاغية، أي «محطة استقبال ارضية» وكذلك قليلة الانفعال عادلة النظام بمعنى انفعالاتك الزائدة عبارة عن رسائل مظلمة للابناء بحيث

تستنسخ اطفالاف يخشون المجازفة وتستنسخ ايضاً اطفالاً انفعالاتهم زائدة، رابعها ثبات الحدود ووضوح النظام اي مصداقيتك الوالدية تستمر بالوضوح والثبات، وتبرز الذكاء الوجداني لدى الابناء.

واخيراً الامن النفسي والاسري، وعن اساليب وطرق تحقيق الامن للابناء اشار د. حمود: اجعله يعلم كم انت فخوراً به ولا تتجسس عليه ولكن الرقابة مهمة وضرورية، وعند الفشل شجعه على المحاولة الثانية والثالثة ايضاً نتيجة لطبيعة معاملة افراد الاسرة، اما بما يخص الامن النفسي للطفل من خلال التفاعل اللفظي وغير اللفظي والاكثار من كلمات الحب واظهار التقدير والتشجيع باستخدام قصص ما قبل النوم، واعطاؤه مسؤوليات تناسب سنة، استخدم معه اسلوب العرض وليس الفرض.

* اختتام دورة علاج الضحايا في النبطية

استكملت في النبطية (جنوب لبنان) المرحلة الثالثة من الدورة التدريبية المخصصة للمتعاملين مع ضحايا الاعتداءات الاسرائيلية على اللبنانيين. هذه الدورة التي أقامها مكتب الانماء الاجتماعي - الديوان الأميري/ الكويت بالتنسيق مع مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية تحت رعاية سعادة محافظ النبطية القاضي محمود المولى.

وخصصت هذه الدورة لتدريب المتعاملين مع المصدومين وضحايا العدوان. حيث شارك فيها أطباء من مختلف الاختصاصات وممرضين ومرشدين نفسيين وأسرى سابقين في السجون الاسرائيلية. وتضمنت هذه الدورة التدريب على تشخيص الاضطراب الصدمي وأساليب التعامل مع الضحايا ومن ثم سبل العلاج النفسي لهذه الحالات.

ونقل الأخصائيون الكويتيون تجربتهم في علاج هذه الحالات. حيث طبقوا طريقة العلاج الواقعي بعد تعديلها بما يتلاءم وشروط البيئة الثقافية. فكانت طريقة التعامل مع الذات. التي تحولت عبر التجربة الى تيار علاجي جديد. وقدم الدكتور بشير الرشيدي واضع هذه النظرية العلاجية من الكويت كي يدرب المشاركين على هذا العلاج. كما شارك بالتدريب الدكتور فهد عبد الرحمن الناصر / مدير عام

مكتب الانماء الاجتماعي والطبيب النفسي الكويتي بدر بورسلي ورئيس مركز الدراسات النفسية الدكتور محمد احمد النابلسي.

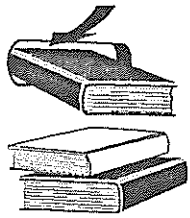
وفي ختام الدورة تم توزيع الشهادات على المشاركين خلال حفل أقيم بهذه المناسبة. حيث تولى توزيع الشهادات المدربان د.فهد الناصر ود. بدر بورسلي. وألقيت كلمة باسم أطباء النبطية والمشاركين في الدورة. وتضمنت الكلمة شكر المدربين على الجهود المبذولة وشكر سعادة المحافظ على رعايته لهذه المناسبة العلمية. كما توجهت الكلمة بالشكر الى مكتب الانماء الاجتماعي ومركز الدراسات النفسية.

* دورة العلاج الواقعي في مرحلتها الثانية

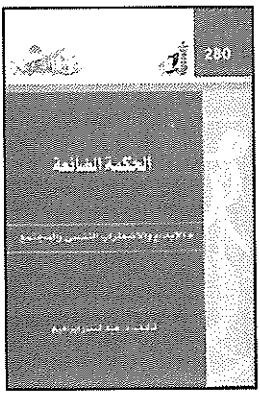
في اطار نشاطات التعليم المستمر وتحت رعاية دولة الرئيس عمر كرامي استضافت جامعة المنار بطرابلس دورة تدريبية في موضوع العلاج الواقعي وتطبيقاتها العربية على يد البروفسور بشير الرشيدي الذي اشتق من العلاج الواقعي طريقة العلاج بتطوير أساليب التعامل مع الذات. حيث تولى البروفسور الرشيدي بنفسه التعريف بالمنطلقات النظرية لطريقته العلاجية. وأشرف على تطبيقها من قبل المشاركين في الدورة.

وفي هذه المرحلة، الثانية، قام الزميلان فهد عبد الرحمن الناصر وبدر بورسلي بمتابعة التدريب فعرضا لأساليب التعامل مع المآزم والمواقف الصدمية. ومن ثم تطبيق التعامل مع الذات في هذه الوضعيات الحرجة. واختتمت هذه المرحلة على أن تجري المرحلة الثالثة والأخيرة من هذه الدورة بداية شهر أيلول/سبتمبر المقبل.

يقيم الدورة مكتب الانماء الاجتماعي / الديوان الأميري ـ الكويت بالتنسيق مع مركز الدراسات النفسية وباستضافة جامعة المنار ـ مؤسسة رشيد كرامي للتعليم العالي. ويشارك في الدورة أساتذة من الجامعة اللبنانية وطلاب الدراسات العليا وأطباء من المهتمين بالطب السيكوسوماتي والعلاج النفسي.



مكتبة الثقافة النفسية



العنوان: الحكمة الضائعة

المؤلف: عبد الستار ابراهيم

الناشر: عالم المعرفة / الكويت

ما بين سوداوية فان غوغ وتشاؤميته وبين سخرية دالي وسورياليته تبقى العلاقة بين الابداع وبين اضطراب الفكر (الحكمة) علاقة جدلية مطروحة للنقاش على الصعيد السيكولوجي كما على صعيد محاولات توصيف الحالة الابداعية. وهو التوصيف الذي اختصره فرويد بوصفه للحالة الابداعية بالقول انها لحظة ـ ومضة خاطفة يعود بعدها كل شيء الى حاله ولكن بصورة مختلفة.

دراسات امراضية التفكير تؤكد معاناة فان غوغ من الاضطراب المزاجي. لكنها تؤكد في المقابل قدرة دالي على التلاعب بالمعايير لغاية الهزء منها. كما تؤكد ريادته لتيار معاداة الطب النفسي Antipsychiatry حيث تمثل لوحاته سخرية ناجزة من السائد والمألوف الذي ينطلق منه الطب النفسي للتفريق بين السواء وبين اضطراب الحكمة أو ضياعها. وتصل السخرية الى أقصاها عندما نحاكم لوحات دالي وأفكارها وفق المعايير النفسية الامراضية. فعندها سوف نتهمه بفقدان الحكمة. لدرجة اتهامه بالتفكك الفصامي. وهي تهمة قهقه لها دالي طويلاً واستمطر تهم المرض النفسي وكأنه يدعو السيكولوجيا للتحول الى السوريالية؟.

أذكر أننا طرحنا موضوع نقص الدراسات العربية للابداع على هامش احد المؤتمرات العربية الجامعة. ومعه موضوع الغياب العربي من الجمعيات الدولية المتخصصة بالابداع. ومنها الجمعية العالمية لامراضية التعبير SIPE. وكان ذلك بحضور شلة عجائز علماء النفس العرب وظرفائهم. فقال الأول:... ولكن هل يوجد لدينا ابداع كي ندرسه اننا ننقل كل شيء! وقال الثاني:... ان الفقر لايترك مكاناً للابداع!. أما الثالث فقال:... اسمع يا ابني في منتصف الخمسينيات أعد شاب عربي رسالة ماجيستير حول الابداع ونشرها. ومن حينه وهو يلعن.... أبو من يدرس الابداع ويتهمه بسرقة أفكار رسالته. وهكذا لم يعد أحد يجرؤ على دراسة الابداع!!.

لا أعلم ما اذا كان الزميل عبد الستار ابراهيم عارفاً بهذه القصة أم لا. لكنه في كل الأحوال أصدر

كتاباً فائق الاهمية في المجال تحت عنوان «الحكمة الضائعة». والكتاب صادر عن سلسلة عالم المعرفة الكويتية. وكان من الطبيعي أن أبدأ مطالعتي للكتاب من زاوية قابليته لتلقي تهم محتكري دراسة الابداع. فوجدت الكتاب يتطرق الى جوانب لا علاقة لها بالمنطلقات التقليدية والتكرارية للدراسات السيكولوجية العربية للابداع. فالكتاب يعرض لمستجدات ويناقش دراسات تتعلق بمعايشة الحالة الابداعية والضغوط الناجمة عنها والمصاحبة لها وأحياناً المفضية اليها. لكنني اخترت التوقف عند الفصل الثاني عشر من الكتاب والمعنون بعنوان شديد الايحاء هو «بروزاك أو أفلاطون».

في هذا الفصل يؤكد المؤلف انسانية المبدع وتوزيع ملكاته الفكرية بصورة غير متوازية شأنه بذلك شأن الناس جميعهم. حيث الظروف والتجارب الذاتية تدفع بالشخص لتنمية مهارة أو ملكة على حساب أخرى. وحيث يستحيل على الأفراد اقامة تنمية متوازية لملكاتهم. وللدلالة على ذلك يورد المؤلف حالة كاتبة شابة متعددة المواهب وناجحة. لكن كل ذلك لم يقها من مشاعر الاكتئاب وصعوبة التكيف مع الجديد. وهنا يطرح السؤال حول دواء البروزاك (مضاد الاكتئاب) الكفيل مبدئياً بتخليص هذه المبدعة من شكاويها. فهل يعني تعاطيها للبروزاك أنها فاقدة للحكمة؟. وهل يمكن لهذا الدواء او لغيره أن يؤثر، سلباً أو ايجاباً، في نوعية ابداعها؟.

هذه الأسئلة تبدو للوهلة الأولى ممكنة التجاوز. بل هي ممكنة الاهمال لدرجة القول بأن عليها أن تجرب ما دامت تعاني. فاذا لم تكن راضية عن التجربة فلتتخلص من الدواء. خاصة وأنه غير مسبب للاعتياد. لكن هذا المنطق التبسيطي يتعارض وجدية دراسة الحالة الابداعية. فالمحللون النفسيون مثلاً يرفضون تعاطي متعالجيهم للأدوية لكونها تخلق لديهم حالة وعي مختلف. فهي تؤثر على نوعية نومهم وكميته فتؤثر بالتالي على أحلامهم وحياتهم الحلمية. وهي أمور تعيق التحليل وتخرج به عن مساره المرسوم. فما بالنا عندما يتعلق الأمر بشخص غير اعتيادي هو المبدع؟.

عداك عن الجدال الدائر منذ سنوات حول امكانية تشجيع البروزاك للميول الانتحارية. وأنا شخصياً أتجنبه في وصفاتي الطبية. فما بالنا لو عولجت هذه المبدعة بالبروزاك وانتحرت؟. فهل نرد عندها الانتحار الى الدواء أم الى تكوينها الابداعي؟. انها أسئلة قد لا نجد أجوبتها قريباً. وهي تطرح ميادين جديدة للأبحاث في موضوع الابداع.

عودة الى مجمل كتاب الدكتور عبد الستار ابراهيم وفصوله الموزعة على النحو الآتي:

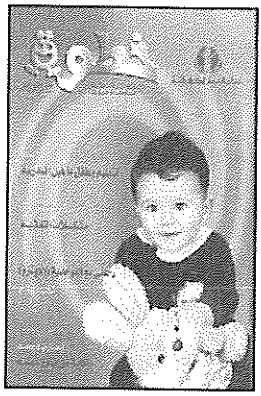
- المقدمة
- موقع بين تيارين من التفكير
- أمثلة ونماذج من الاضطرابات في حياة العباقرة
- مفهوم المرض النفسي والعقلي
- الابداع والاضطراب من منظور علم النفس الابداعي
- هدهد طه حسين

- اضطراب نفسي ام احداث حياة
- ضغوط العمل الابداعي والمشقات المادية
- الصراعات الاجتماعية والمهنية
- الادمان والعزلة واساليب التفاعل الاجتماعي
- معالجة المشكلات البدنية والتعامل مع متطلبات العمل والمهنة
- الضغوط الاجتماعية وزملاء المهنة
- بروزاك او افلاطون
- خاتمة وخلاصة.

وفي الخاتمة يقرر المؤلف أن الموقف الفرويدي من الابداع قد شجع اللبس بين الحالة الابداعية وبين الاضطراب النفسي. وهو موقف لانقر الزميل ابراهيم عليه. ذلك أن حديث فرويد عن التسامي Sublimation لا يعني بحال اعتبار سيرورة التماهي سيرورة مرضية. فالتحليل يعتبر هذه السيرورة من ضمن السيرورات الدفاعية المساعدة على استقرار الاقتصاد النفسي والتوازن بالتالي.

ولا يفوت المؤلف التوقف في مفاصل عديدة عند دور المجتمع في العملية الابداعية. وهو دور ثنائي الاتجاه في معظم الأحيان. فمعايير المجتمع وسننه وأنماط العلاقات فيه تتحكم بالعملية الابداعية وبسيرورتها. بل أنها تحتكر قيم الذوق العام ومعها تذوق الجمهور للنتاج الابداعي. مما يدخل المبدع في علاقة تجاذب ثنائية العاطفة. فهو يحتاج لاعتراف الجمهور وبالتالي لسنن المجتمع وقواعده. كما يحتاج لحرية حميمة معزولة عن المجتمع تتيح له معايشة الحالة الابداعية بالعفوية اللازمة. وهذا يذكرني بكتاب هيجل النحت والرسم. وفيه يرى أن المبدع يحتاج للتواطوء مع القيم الاجتماعية السائدة كي ينال الاعتراف. وهو يعطي مايكل انجلو مثالاً على ذلك فيرى أن هذا المبدع لم يكن ليشتهر وينال الاعتراف لو لم يرسم أسقف الكنائس ويزينها حتى ينال رضى الكنيسة الحاكمة آنذاك. وبالمقارنة فان المبدع المعاصر يحتاج الى استرضاء السلطة أو الحزب أو الجماعة لينال عن طريقها الاعتراف وليتم تبني ابداعه من خلالها. فاذا ما فشل المبدع في هذه السيرورة التواطوئية فانه يتحول الى نوع من فان غوغ الذي عاش فقيراً جائعاً مريضاً لتباع لوحاته بعشرات ملايين الدولارات بعد موته.

مهما يكن فان الكتاب هو اضافة بالغة القيمة الى فرع الدراسات الابداعية في المكتبة النفسية العربية. وربما كان هذا الفرع أفقر فروع هذه المكتبة. وتزداد أهمية الكتاب من خلال أسلوب الدكتور ابراهيم المألوف الذي يجمع بين الرصانة العلمية وتسهيل استيعاب القاريء للنصوص والأفكار اضافة الى الاطلاع على أحدث البحوث في المجال. وليس من قبيل المجاملة القول ان قاريء الكتاب يخرج من قراءته بفهم للمباديء السيكولوجية اضافة الى المعلومات الخاصة بموضوع الابداع بحد ذاته.



العنوان: مجلة خطوة

المؤلف: جماعة من الباحثين

الناشر: المجلس الأعلى للطفولة العربية / القاهرة

عن المجلس العربي للطفولة والتنمية صدر عدد جديد من مجلة «خطوة» الفصلية التي يخصصها المجلس لدراسات مرحلة الطفولة المبكرة. وتخصص المجلة ملف هذا العدد لموضوع «طفل ما قبل المدرسة والتعليم» حيث تحظى التربية المبكرة باهتمام يتنامى مع زيادة القرائن الدالة على أهمية التعليم في هذه المرحلة العمرية. فبالاضافة الى المجلس الدولي للتربية المبكرة (أسس قبل نصف قرن ويضم لجاناً وطنية من ٧٠ دولة مشاركة) والى الاهتمام الشامل بالموضوع (اليونسكو واليونيسيف وقمة الطفولة... الخ) فان الدراسات المهتمة بتربية العباقرة وجدت في هذه المرحلة العمرية قدرة متميزة على التلقي وعلى التوظيف الأكثر فعالية من المراحل العمرية الأخرى لملكة الذاكرة. وتفعيلها كقوة معرفية.

الى أهمية الموضوع تضاف أهمية المشاركين في مناقشته وبالكتابة في العدد. حيث تطالعنا المواضيع التالية:

١ ـ **مشكلات التغذية عند الأطفال** / أ.د. علاء الدين كفافي ـ استاذ الارشاد النفسي والصحة النفسية في معهد البحوث التربوية في جامعة القاهرة.

٢ ـ **التعليم وطفل ما قبل المدرسة** / أ.د. ليلى كرم الدين ـ مستشار ملف العدد.

٣ ـ **التنمية العقلية واللغوية لأطفال ما قبل المدرسة** / أ.د. ليلى كرم الدين ـ مدير مركز دراسات الطفولة ـ جامعة عين شمس.

٤ ـ **فن المسرح وتعليم الأطفال وامكانية توظيفه في مدارس التربية الفكرية** / أ.د. كمال الدين حسين ـ استاذ الادب المسرحي والدراما في كلية رياض الأطفال ـ جامعة القاهرة.

٥ ـ **اصطحاب اغاني والعاب الاطفال** / منى زريق الصايغ ـ لبنان.

٦ ـ **أنا وطفلي والقراءة** / أ.د. صفاء الأعسر ـ أستاذ بكلية البنات ـ جامعة عين شمس.

٧ ـ **في تعليم طفل ما قبل المدرسة** / أ. عبد التواب يوسف ـ كاتب أدب أطفال– مصر.

٨ ـ **أوضاع الطفولة المبكرة في الوطن العربي** / د. حمد عقلا العقلا ـ الأمين العام للمجلس العربي للطفولة والتنمية.

٩ ـ **أطفال خارج التعليم** / رجاء موسى ـ مصر.

١٠ ـ **التعليم من خلال منهج المشاركة** / د. محمد أبو الخير ـ مدير المسرح القومي للطفل ـ مصر.

١١ ـ **التنمية في الطفولة المبكرة: ارساء أسس التعلم** / اليونسكو قطاع التربية. تقرير يعرضه أ.د.

محمد عبد الجواد محمود.

١٢ ـ الحركة العالمية من أجل الأطفال / عرض ايمان بهي الدين.

١٣ ـ موقف الطفل الرافض من النوم المبكر / زهرة عاطفة زكريا ـ سوريا.

١٤ ـ مؤتمر الطفولة العربية (تقرير).

١٥ ـ أم تروي تجربتها مع طفلها التوحدي / عصمت المسلماني.

ان هذا الاستعراض السريع لعناوين محتويات هذا العدد من فصلية خطوة يقدم تعريفاً يؤكد على رقي المستوى الأكاديمي لهذه المطبوعة. ويشير الى توافر طاقم من أهم الطاقات العربية العاملة في ميدان الطفولة.

والمجلس يحتاج الى مثل هذه الطاقات لكونه لايكتفي باصدار هذه المجلة وغيرها من مطبوعاته. بل هو يقود مشاريع لدعم الطفولة العربية والمشاركة الفعالة في تنميتها ووقايتها من الأخطار المحتملة. ومن مشاريع المجلس مشروع لانقاذ أطفال الشوارع في الدول العربية. حيث عقد المجلس مؤتمراً خاصاً لمناقشة هذه المشكلة وتحديد حجمها واستراتيجيات التعامل معها في مختلف الدول العربية. ويرفع المشروع شعاراً يحتل الغلاف الأخير من هذا العدد وهو شعار «حتى لا ينام طفل عربي في الشارع». كما تبنى المجلس مشروع دعم الأطفال العرب في مواجهة الصدمات والكوارث وغيرها من المشروعات المتعلقة بمواضيع تهدد مستقبل الطفل في الدول العربية والدول النامية اجمالاً.

يقع هذا العدد في ٥٢ صفحة من الحجم الكبير وهو صادر عن المجلس الذي تمكن زيارة موقعه على الانترنت على العنوان التالي: www.accd.org.eg وهو موقع هام لكافة الباحثين العرب المهتمين بشؤون الطفولة ودراساتها. ويبقى أخيراً أن نشير الى الرؤية البانورامية لهذا الملف ولمشاريع المجلس عموماً. حيث هنالك خروج من احتكار الاختصاصات الضيقة الى آفاق أوسع. فطفل قبل المدرسة قد يستفيد بتنمية ذكائه من المسرح أو من المشاركة باللعب أضعاف ما قد يستفيده من نصائح المتخصصين لأهله. مما يدفعنا الى تهنئة القائمين على المجلس والمشرفين على مطبوعاته ومشاريعه. ونخص بالذكر الزميلة البروفسورة ليلى كرم الدين المشرفة على ملف هذا العدد لحسن اختيارها لتوليفته ومساعدتها على رؤية موضوعه من زوايا متعددة.

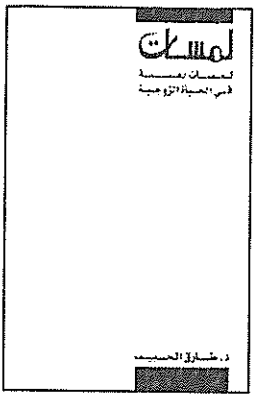
■ **العنوان: لمسات نفسية في الحياة الزوجية**

■ **المؤلف: طارق الحبيب**

■ **الناشر: أحد للانتاج الاعلامي/السعودية**

الارشاد الزواجي بات من الاختصاصات النفسية الاكثر اهمية في العيادات العالمية، ولعل النسبة الاكبر من هذه الاهمية مرتبطة بفعالية هذا الارشاد ونتائجه الملموسة.

الخبراء في المجال يؤكدون ان سوء الاتصال بين الزوجين يولد مشاكل معقدة في الظاهر وبالغة البساطة في جوهرها، بحيث يكفي تدخل المعالج / المرشد لاصلاح خلل الاتصال بين الزوجين حتى تحل المشاكل المعقدة ويعود الدفء الى الحياة الزوجية. على ان هذا الفرع يلامس الارشاد النفسي



العائلي وكلاهما يواجهان بالصد في المجتمعات التقليدية. ومنها مجتمعنا العربي، حيث يعتبر طرح (مشاكل العائلة او الزوجين) للحوار العلمي العقلاني نوعاً من المحرمات. وهو بالتالي معيب لجميع المشاركين المقترحين لهذا الحوار.

هذه ملاحظة قفزت الى ذهني اثناء تدربي على هذا النوع من الارشاد. اذ تكون لديَّ في حينه، الاحساس باستحالة مخاطبة عائلة تقليدية وفق الاسلوب المباشر. وهو المعتمد في العيادة الاجنبية. ولدى ممارستي لهذا الارشاد في مجتمعات عربية تأكدت لي هذه الاستحالة.

فالازواج العرب عاجزون عن مواجهة الشريك بالحقائق. فنلاحظ، في الجلسات المشتركة، نوعاً من التواطؤ بينهما، لكنه سرعان ما يزول في المقابلات المنفردة. وهذا ما يفسر الانفجارات العدائية المتولدة لدى الطرفين اثر الخلافات الحادة التي تلامس الطلاق.

لمن المساعدة؟

لهذه الاسباب مجتمعة نجد انه من النادر رؤية زوجين يتوجهان الى عيادة نفسية طلباً للمساعدة على تنظيم افضل للعلاقة بينهما. ففي اكثر من ٩٠٪ من الحالات يأتي الزوجان بتوجيه، يشبه الاجبار من رجل الدين. وتكون محاولة العلاج هذه شرطاً للاستمرار في سيرورة الطلاق. فاذا ما فشلت هذه المحاولة استمرت السيرورة. وهذا ما يجعل الطرفان يتوجهان للعلاج انطلاقاً من جملة افكار وقرارات مسبقة. من شأنها اعاقة فعالية العلاج وقدراته على اصلاح الخلل واعطال الاتصال بينهما.

ولعله من اللافت ان نلاحظ تكرارية التهم في معظم الحالات. حيث يمكن الحديث عن شكاوى عامة شائعة ومتكررة لدى الازواج في المجتمعات التقليدية.

فعلى سبيل المثال يردد الرجال اتهام المرأة بعدم الاهتمام بالنظافة (نظافتها الجسدية ونظافة المنزل والاولاد... الخ). في المقابل تكرر النساء تهمة العجز الجنسي. وهي تهمة تصل الى حد اتهام الزوج بالشذوذ او بممارسة المحرمات.

انطلاقاً من هذه الشروحات المختصرة يتفهم القارئ قولنا بعدم فعالية الارشاد الزواجي في مجتمعنا. بل هو يجد الاجوبة عن اسباب عدم قدرتنا على الاستفادة من هذا النوع من الخبرة العلاجية.

الزميل طارق الحبيب استاذ الطب النفسي بالرياض / السعودية، عمل جاهدا على تجاوز هذه الصعوبات. وهو يبدو مصراً على تفعيل الارشاد الزوجي ليلعب دوره في العيادة العربية. ونتيجة لهذه الجهود واستناداً الى مجموعة الخبرات، اخرج الزميل طارق الحبيب نصائح الارشاد الزواجي على شريط فيديو. الفكرة بحد ذاتها اميركية اطلقها زوجان معالجان وسميت باسميهما «ماسترز اند جونز» حيث تم اطلاقهما لاشرطة الفيديو لتجنب الاحراج الكنسي. فهذه الاشرطة مخصصة لعلاج الاضطرابات الجنسية وعوائق العلاقة الجنسية. لكن مجتمعنا يحتاج الى اشرطة لتجنب احراج لا

يتعدى نصح الزوجين باستخدام كلمات رقيقة في حواراتهما.

هكذا نجح الزميل الحبيب في تخطي المعوقات المعترضة لنجاح هذا الفرع الارشادي باعتماده شريط الفيديو. ولهذه الطريقة المنافع والحوافز التالية:

١ ـ غياب الطرف الثالث الذي يحرج الزوجين بمجرد حضوره. الذي يحاول حوار الزوجين الى مناقشة تكرس الطرف الثالث في وضعية الحكم. وهي وضعية تحتوي حضور المعالج بتوريطة وكأنه طرف في الحوار، كما انها تزيد من خطورة تحول اي حوار الى شجار وخصام.

٢ ـ تأمين طابع التلصص للزوجين، بحيث تتحول مناقشتهما لمشاكلهما الى نوع من استراق النظر الى مشاكل الاخرين. بما يفتح باب الحوار عن طريق التشبه بالاخرين.

٣ ـ تأمين السرية التي بحث عنها الازواج خوفاً من ايداع علاقتهما الحميمة في مستودع ذاكرة المعالج. ولهذا السبب نجد الميل لاعتماد مبدأ كتابة المشاكل وعرضها في ابواب «مشاكل القراء» في المجلات.

٤ـ تسهيل استيعاب الزوجين لاعطال الاتصال واخطائه التي تثير الاخر دون ان يعيرها الاول اي اهتمام حقيقي. وحتما بدون قصد انعدام القصدية هنا يسهل الحل ويدعم قدرة الطرفين على تغيير السلوك الذي يزعج به الاخر دون قصد او مصلحة.

٥ ـ وثمة وجه آخر لغياب الشاهد الذي يمكنه ادانة الطرفين من خلال اخطائهما الظاهرة في الحوار.

المواربة والنصح

لقد كان هذا الاختصاصي بحاجة الى مثل هذه المواربة كي يتمكن من ايصال نصائحه لمن يحتاجها من الازواج. وهذا يعيدنا الى محاولات اقحام الايديولوجية في المجلات النسائية. مع اتهامها بالسطحية وبعدم الالتزام، في حين ان هذه المجلات تخاطب النساء وفق هذه المعايير الخاصة والمفروضة. حيث تحتاج المرأة (العربية والاجنبية) لاكمال ما ينقصها من مشاعر الامان عن طريق الابراج والتلصص على مشاكل الاخرين.

واكمال ذلك بالاستعراض سواء بابداء الرأي او بمحاولة المشاركة بالنصح او حتى بعرض المشكلة الحميمة الخاصة.

واذا كانت المجلة النسائية موظفة للاستجابة لهذه الحاجات النسوية، الغريزية، فان ذلك يعني عجز هذه المجلة عن الاغراق في الايديولجيا والسياسية. فهل يعقل ان تتحول مجلة نسائية الى محاربة مجاري الارهاب واعطاء آراء بشأن الانتفاضة ومستقبل العرب. وهذا ما يجعل شريط الفيديو، مجال حديثنا، رمزاً لتفسير التواطؤ القائم بين الزوجين. وذلك عن طريق التعليقات ومناقشة النصائح والمواقف المطروحة عبر الشريط. مما يتيح للشريكين مناقشة ازماتهما وكأنها خارجة عن اطار علاقتهما الخاصة.

وهذا العمل يأتي ليضاف الى قائمة اعمال الدكتور طارق الحبيب الهادفة الى نشر الثقافة النفسية وتوعية الجمهور عبر القنوات التي تلائم البيئة واجوائها الثقافية الخاصة.

اقرأ في العدد القادم

الثقافة النفسية المتخصصة

المعلوماتية والعلوم النفسية

اعداد الدكتور جمال التركي

- المعجم المعلوماتي للعلوم النفسية
- حوار مع الدكتور نبيل علي
- برمجة مقياس التوافق النفسي
- الانترنت والطبيب النفسي
- الصفحة العربية للعلوم النفسية
- صفحة مركز الدراسات النفسية على الانترنت
- متفرقات معلوماتية
- عناوين مواقع نفسية هامة

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

الجينات والمرض النفسي

د. الهام خطاب عبد الله

١ ـ الجينوم والأمراض الوراثية
٢ ـ الجينوم والشيزوفرانيا
٣ ـ الجينوم والذكاء
٤ ـ الجينوم والكحولية
٥ ـ الجينوم ومرض القلق
٦ ـ الجينوم والافراط الحركي

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

الجينات والمرض النفسي

تأليف: د. الهام خطاب عبد الله

واقع المرض
جينه وكروموسومات أم بيئة وتكيفات

لو وضعنا خارطة للمقارنة في النظريات التي تتحدث عن الطبيعة الانسانية وعن حالة الصحة والمرض في الجسم الانساني وعودة أسبابها الى البيئة أو الوراثة لكانت هذه الخريطة تحمل قمة التناقض والاختلاف، فأصحاب البيئة يرجعون الأمراض الى البيئة ومتغيراتها والى الفيروسات والعدوى التي تحملها والى طبيعة الغذاء والهواء والماء والى الطبيعة الخارجية عموماً التي يعيش فيها الانسان ومن هنا كان تفسيرهم للوباءات والأمراض المعدية ولماذا توجد في مكان ولا توجد في مكان آخر، وهكذا يفسرون الأمراض بمتغيرات البيئة وفسادها وعدم قدرة الجسم على التكيف المطلوب مع معطياتها مما يحدث فيه المرض. حتى وجد اليوم علم جديد يدعى علم (التبيؤ البشري) قائماً على هذه المعطيات أما أصحاب الوراثة والجينات والهندسة الوراثية...الخ فيردون الأمراض الى كونها أمرضا وراثية مدفونة في جينات الجسم وبمجرد أن تجد لها الوقت والظرف المناسب تظهر على السطح على شكل مرض وجدوا حتى الآن أكثر من ثلاثة آلاف مرض وراثي لدى الانسان وأخذوا يحاولون أن يعالجوا هذه الأمراض عبر الهندسة الوراثية في المراحل الأولى للجنين وهو في بطن أمه على هذا الأساس فأين هي الحقيقة في هذه الخريطة؟ يبدو أن هناك سوء فهم كبير يقع به علماء اليوم كما وقع به علماء الأمس ولو عدنا الى أول من تحدث عن نقل الصفات الوراثية بشكل علمي وهو كريكلور عام ١٨٦٥ عبر ما أسماه بوحدات ناقلة الصفات تنتقل من الأبوين الى الأبناء، لوجدنا سوء الفهم قد بدأ منذ ذلك الحين، فبعد أن اطلع (مونتانيو) على هذه الأراء وأحس أن في مثانته حصاة وكان أبوه قد بدأ يشكو من حصاة في مثانته بعد سنتين من ولادة (مونتانيو) أعتقد مونتانيو أنه ورث حصاة من أبيه وبقي حائراً كيف يفسر وراثة حصاة من أبيه علماً أن أباه بعد لم يكن قد شكا أصلاً من آلامها بل ولم يحس بها الا بعد ولادته بسنتين. وأخذ يعتقد أن هناك معجزة في الأمر، وبعد دراسة نظريات مندل بشكل دقيق فهم حقيقة الأمر وهو أنه لم يرث حصاة من أبيه وأنما ورث جزئيات صفين سماها علماء الحياة المحدثون بعوامل الصفات الوراثية والجينات وأن هذه الجينات هي التي ولدت الاستعداد لتكوين الحصاة في المثانة خلال سن معينة من حياته وعند وجوده في بيئة معينة. ونظرة الى النصف الأول من القرن العشرين وطريقة الفهم النظرية الجينات حاملة الصفات يعطينا الأرضية التي عليها كانت آراء العلماء الوراثيين البيولوجيين، لقد أطلق أحد العلماء لفظة (جينوتايب) على المجموعة المتشابهة في الجينات ولفظة (مينوتايب) وهو مظهر الكائن الحي في ظرف زماني معين أو في مرحلة معينة من نموه وبمعنى آخر فالجينوتايب هو المجموع الكلي للجينات التي ورثها الكائن الحي عن أبويه. أما الفينوتايب

فهي الجسم الذي مارست عليه هذه الجينات آثارها بعد فترة معينة وأصبح ما هو عليه آنذاك.

أن صفاتك كما كان يقول البايلوجيون في النصف الأول من القرن العشرين الخاصة المميزة في أي لحظة معينة أنما هي نتيجة تفاعلات متداخلة بين مجموع صفاتك الوراثية الخاصة مع المحيط والبيئة إذن فعلماء البايلوجية أعادوا في النصف الأول من القرن العشرين للاعتبار عملية التوازن بين الجنين والبيئة وخلاصة رأيهم كما يعبر عنه (ثيودوسيوس دوبرهانسكي) رتب جمعية الحياة الأمريكية آنذاك (من الواضح أن عمليات النمو كلها دون استثناء وحاصل النمو في أي لحظة معينة بما في ذلك تركيب الجسم بأكمله مع الخواص النفسية والطبيعية والثقافية التي يتميز بها الفرد، أنما هي ناجمة جميعاً عن تفاعلات الجينات التي يحملها هذا الفرد تفاعلاً مركباً متداخلاً مع مجموع عوامل المحيط التي تعرض لها أثناء حياته (ص٣٥ آفاق المعرفة). وخير مثل يضرب على ذلك هو مرض الزكام الواسع الانتشار، فأن سبب الزكام هو العدوى ولذا فأصله البيئة ووجب على الأنسان أن لايتعرض لمحيط فيه فيروس الزكام كي لا يصاب به، ولا يغرب عن البال أن من يتعرض لهذا المرض يجب أن تكون له الجينات البشرية الخاصة وذلك لأن من المعروف أن القطط والجرذان والذباب لا تصاب بالزكام عندما نعرضها لهذا الفيروس وعلاوة على ذلك فبعض الناس أكثر تأثراً بهذا الفيروس من غيرهم. ومن جانب الملاحظة المباشرة فليس من الضروري أن يصبح كل من تدرب على الرياضة البدنية رياضياً بارعاً، فالبعض لا تسمح لهم أجسادهم بذلك بينما يسهل على البعض الآخر أن يصبحوا رياضيين، وليس كل واحد قادراً أن يكون مؤلفاً أو موسيقياً فأكثرنا تعوزه الحساسية اللازمة والقابلية المطلوبة، ولا ريب أن من وراثة الاستعداد على ممارسة الرياضة أو الموسيقى لا يدل على أن الفرد قد قدر له أن يكون رياضياً أو موسيقياً أو عالماً بأي حال من الأحوال وبصرف النظر عن الظروف المحيطة به، اذ الجينات لا تعمل على ذلك لأن شخصية الفرد لا تستقر أو تتحد في مرحلة البويضة المخصبة أو في مرحلة الطفولة الحديثة بل ان الشخصية تنمو وتتكون تدريجياً على مراحل خلال النمو في مجال محدد معين من ظروف البيئة الاجتماعية والثقافية، ثم أنها لا تثبت وتتوقف في النهاية بل تستمر على التغير حتى الموت.

لقد توصل علماء البايلوجية في منتصف القرن العشرين الى النتيجة = في أطار التفاعل بين الجين والبيئة (ولا يوجد حد فاصل واضح بين الوراثة والبيئة، فالجينات لا تنقل أي وحدة من وحدات الصفات فيزياوية كانت أو سيكولوجية أو حضارية انما تحدد بالاشتراك مع المحيط، السبيل التي يسلكها الفرد. ص٤٥ ن و١)

ولكن هذه الخريطة المتوازنة تعود من جديد في نصف القرن العشرين الثاني بعد اكتشاف الأمراض السايكوسوماتية المرتبطة أساساً بمتغيرات البيئة التي تخلق ما يسمى بأمراض العصر، وبعد القفزة الكبيرة التي حققتها علوم البايلوجين بأكتشاف ال(د ن أ) السلم الحلزوني الوراثي، وأخيراً باكتشاف خريطة الجينيوم في الجسم البشري عموماً فما الذي حصل؟ يقول علماء البايلوجين اليوم في ما يخص الأمراض (من منجزات الثورة البيلوجية البارزة اليوم حقيقة بقيت غامضة حتى أواخر القرن العشرين مفادها أن المرض لا يحدث بالضرورة كنتيجة لعامل مفرد، كجرثومة ممرضه أو فيروس ولكن كنتيجة

لعوامل متعددة من بينها طبيعة البيئة المحيطة بالجسم أعني أن الطب اليوم شرع يعيد الأهمية اللازمة للعوامل البيئية في أطار نظرية جديدة تسمى علم التبيؤ البشري Ecologie humaine واليوم بعد تزايد الاحساس بأخطاء تلوث الهواء وتلوث الماء وكثافة السكان بالمدن وغير ذلك من مثل العوامل، بدأت أعداد متزايدة من ثقات الأطباء تنجذب الى نظرية التبيؤ البشري القائلة بضرورة النظر الى الفرد بأعتباره جزءاً من نظام كلي وأن صحته تعتمد على كثير من العوامل البرانية ص٤٥ البايلوجيا ومصير الأنسان) أن علاقة التغير بمسألة التكيف الانساني المطلوبة لمجابهته وأنعكاسها مرضياً قد أكد حقيقة أصبحت بديهية في الدراسة العديدة التي جرت في منتصف القرن العشرين الثاني هذه الحقيقة أكدها توفلر في دراساته عن أثر التغير في صحة الفرد عبر ما أسماه (صدفة المستقبل) مستعيناً بأحصاءات شملت مجاميع كبيرة من مختلف الفئات والطبقات يقول توفلر ناقلاً عن الدكتور هولمز الذي أجرى البحوث (لقد كانت النتائج مذهلة لدرجة أننا ترددنا في نشرها في بادىء الأمر ولم نعلن أولى النتائج التي توصلنا اليها الا في سنة ١٩٦٧)، ويضيف توفلر (ومنذ ذلك الحين وقياس وحدات التغيير في الحياة واستفتاءات تغييرات الحياة، تطبق على عديد من مختلف الجماعات من المتعطلين السود في واتس الى ضباط الأسطول في البحر وفي كل حالة كانت تبد بوضوح العلاقة بين التغيير والمرض كي تثبت أن التغيير أسلوب الحياة) الذي يتطلب قدراً كبيراً من التكيف له علاقة سواء كانت هذه التغييرات تحت السيطرة المباشرة للفرد أم لا، وسواء رآها شيئاً مرغوباً فيه من عدمه، وفضلاً عما ذلك، فكلما ارتفعت درجة التغيير زادت المخاطرة بأن يكون المرض الذي سيعقبها حاداً، لقد كانت القرائن من القوة بحيث قربت امكانية التنبؤ بمستويات المرض بين مختلف السكان من خلال دراسة معدلات التغيير في حياتهم (ص ٣٤ صدمة المستقبل)

اما الميكانزمات الفسيولوجية داخل الجسم نتيجة الاستجابات التوجيهة ورد الفعل التكيفي على التغيرات وبالتالي انعكاسه على الصحة والمرض فينصب اساسا على الجهاز العصبي والجهاز الهرموني اضافة الى ظواهر مرضية بدنية تعبر عنها كثير من امراض العصر المستعصية يقول توفلر (ان الاطلاق المتكرر لعمليات الاستجابة التوجيهة ورد الفعل التكيفي بما يسببه من زيادة العبء على الجهاز العصبي ونظام الغدد الصماء مرتبط ايضا بامراض واضطرابات بدنية اخرى فالتغير السريع في البيئة يؤدي الى عمليات سحب متكررة من مواردالطاقة في الجسم وبالتالي الى زيادة في تمثيل الدهن وهذا بدوره يخلق صعوبات خطيرة لبعض مرضى السكر وحتى البرد العادي اثبت انه يتاثر بمعدل التغير في البيئة، وباختصار لو فهمنا سلسلة الاحداث البيولوجية التي يثيرها ما نبذل من جهد في التكيف مع التغيير والجدة فسنبدأ في تفهم سر الارتباط الوثيق بين التغير والصحة،وواضح جدا انه من المستحيل ان نثير تغييرات هامة في كيمياء الجسم لدى السكان،اننا بالتعجيل من خطى التغيير في المجالات العلمية والتكنولوجية والاجتماعية انمانعبث في نفس الوقت بالاستقرار الكيميائي والبيولوجي للجنس البشري (٣٥٨ ن م)

ومتى ظهرت بشكل واضح نظرية السايكوماتك ـ الامراض النفسية ـ الجسمية والتي تقوم على ان الاجهاد التكيفي النفسي يقتضي ثمنا فسيولوجيا بدنيا غاليا واساسها الطبي يقوم على الميكانزمات

التالية (ان الجسم الحي يفرز مقادير معينة من البروتينات السامة التي تهدم خلايا البدن وتضمر بعمل انسجته علما بان هذه الانسجة تدخل في تركيب اغشية المفاصل واوتار العضلات وامام تكاثر البروتينات السامة يفرز البدن مادة مضادة لمقاومتها فاذا كان مزاج الانسان طبيعيا فان المادة المضادة تهزم المادة السامة مولدة الضد وتقوي من مناعة البدن اما اذا كان المزاج متعكرا فان المادة السامة تتغلب على المادة المضادة وتترسب في اغشية المفاصل مسببة بعض الالتهابات، ومن هنا تبدأ اولى اعراض المرض ثم يأخذ بالاستشراء على قدرالمادة السامة المفرزة - ولقد اكدت التجا رب ان امراض الروماتزم تحدث اثر الازمات النفسية القوية حيث يتضاعف افراز مادة (مولد الضد) السامة فيتاثر كل من العمود الفقري والعضلات مباشرة ويخيل عندئذ للمريض ان اصابته جسدية فقط بينما الواقع هو ان العارض الجسدي هو نتيجة طبيعية لتدهور الحالات النفسية الناشئة عن الكابة والارهاق اليومي المتواصل (ص ٥٥ البيولوجيا ومصير الانسان).

على ان هذه التفسيرات للامراض بواقع البيئة والتغير فيها والتكيف النفسي والبدني المطلوب تجاهها قد وقفت عند هذه الحدود وهي تفسر حتى الامراض النفسية كالكآبة والشيزوفرينيا،،،الخ وهنا برزت اكتشافات البيولوجية الجزيئية بشكل واضح وظهرت الهندسة الوراثية،وتقدم اكتشاف وظائف عديدة ذات طابع مرضي لجينات الانسان مما طرح النقيض الجيني الوراثي كاساس اخر لحدوث الامراض خاصة وان الكثير من الامراض لم يستطع الطب بكل قدراتة التكنولوجية والدوائيةعلى معالجتها،يقول احد العلماء في هذا الاطار متحدثا عن علاقة الوراثة والانسان واساسيات الوراثة البشرية الطبية (هل تعلم انك تحمل ما بين اربعة وثمانية عوامل وراثية غير طبيعية أي مرضية هذه حقيقة لامناص منها اننا نحمل عوامل وراثية

وبالرغم من عدم تاثيرها على صحتنا الا انها تنتقل الى اطفالنا،،، ويضيف (هناك حوالي ثلاثة الاف مرض وراثي معروف منتشرة) ويضيف في مكان اخر (الامراض الوراثية هي اكثر الامراض غرابة في مجتمعنا ويحمل العديد منا عوامل خلل وراثية غير طبيعية ولا نعلم بها الا عندما يولد لنا طفل مصاب بمرض من هذه الامراض حتى نرى ما في حياتنا من قصور فنسعى لاصلاحه) ويؤكد ايا ان نسبة الامراض الوراثية تختلف نسبتها حسب المجتمعات فالمرض الوراثي المنتشر بين الاوربيين يقل عنه بين الافارقة بينما نجد مرضا اخر ينتشر بين اليهود ذوي الاصل الاوربي يندر وجوده في الاقوام الاخرى وهناك كثير من الامراض الوراثية لا يعرف لها علاقة عنصرية او بيئية حيث تنتشر بدرجة متساوية بين الاقوام المختلفة ص ٧ - ٨ الوراثة والانسان) ويقول اخر(لقد تم ربط علاقات وراثية اخرى بامراض مختلفة ابتداء من داء السكري والتهاب المفاصل الى مرض القلب والملاريا والانفلونزا ويبدو ان هناك مجموعة مختلفة تماما ترتبط بالامراض العقلية كالاكتئاب الهوسي وانفصام الشخصية فعلم الطب الان على وشك انشاء نظام للتنبؤ والوقاية من الامراض عن طريق تحليل مجموعة بان هناك مئات المراكز في الولايات المتحدة للفحص الوراثي الجيني للامراض ليستنتج (وهكذاتصبح الجينات شيئا فشيئا في موضع البؤرة لفهم ما هو المرض وكيف يعمل وهكذا بدانا بالاعتماد اكثر واكثر على القصص التي ترويها لنا الجينات حتى نقرر كيف نؤسس ونحافظ على الصحة باسن السبل ن م

ص٢٣) وتقوم نظرية العلاقات الوراثية الجينية على القول بان لكل الامراض عوامل وراثية فاذا امكنناامعرفة ماهية هذه العوامل واجراء اختبارات عليها فاننا سوف نتمكن من الكشف عن الشخص الذي يكون مستهدفا لهذاالمرض او ذاك)

وحتى زمان قريب كان مرض القلب – مثلاً – يعد مرضا بيئيا أي ان تفسيره كان يمكن ارجاعه الى حد كبير الى حقيقة ان من يصيبهم المرض عمومامن كانوا يدخنون او ياكلون غذاء غنيا بالكو لسترول او كانوا لايمارسون الرياضة اوممن كانوا يعيشون تحت تاثير مجموعة من العوامل،اما الان فقد بدات العناصر الوراثية لمرض القلب. تظهر على السطح واذ يرهف البحث فهمنا للمشاكل وبدأ الاطباء يتبينون ان التدخين والطعام وقلة الرياضة قد تكون عوامل استهداف الخطر ولكن استهداف من؟ يبدو ان الجينات تجل بعض الناس مستهدفين بوجه خاص ن م ص٣١)

كما ان الامراض النفسية قد بدات تجد لها ارضية من المعلومات الوراثية ومن الجينات بشكل لم يخطر على بال احد فاذا كان التخلف العقلي قد يكون له سبب ما من الوراثة الا ان الامراض النفسية قد بدات تاخذ مساحة اكبر في هذا المجال خاصة وان الطب وعلومه كانت ذات اتجاهات مادية صرفة لا تؤمن بعلاقة الروح بالجسدولا تؤمن بنظريات علماء النفس عن العقل الباطن وافرازاته،لهذا كان البحث عن الامراض النفسية في الجينات يعيد لهذاالطب احترامه المادي ويقضي على التفسيرات الخرافية والوهميةالتي كان يلجأ اليها المعالجون النفسانيون دون ان يعطوا اهمية كبيرة للجانب الفسيلوجي لمثل هذه الامراض.

ان خريطة التفسير المرضي لا يمكن ان تقبل تفسيرا وراثيا لوحده ولا تفسيرا بيئيا لوحده وانما يعود التوازن اليوم الى التكاملية في هذين السببين.

الشيزوفرينيا

لاشك أن الغموض والاختلاطات والاجتهادات تلعب دوراً كبيراً في الأمراض النفسية والعقلية أكثر من أي نوع آخر، ففي الوقت الذي يبحث علماء الطب وبايلوجيون عن القاعدة المادية لهذه الأمراض في الدماغ وفي الجينات وفي مختلف المجالات التي تعبر عنها هذه الأمراض في الجسم الانساني عموماً والجهاز العصبي خصوصاً، نجد أن هناك من لايزال يمارس علاج بعض هذه الأمراض على أساس من الأرواح الشريرة وتسليط الالهة على المصابين لعناتهم عبر هذه الامراض وهو ما كان يتعامل به الانسان القديم عبر الحضارات القديمة لعلاج ظواهر مختلفة من هذه الأمراض عند الانسان والتي قد يكون للايحاء دور كبير في علاجها.

هذا الغموض وعدم وجود حدود ظاهرة بين تشخيصات كل مرض على حدة كما هي الحال في الأمراض العضوية، جعل الثقافة الطبية البسيطة تتعامل مع المعتقدات الشعبية فتعكس مسائل أبعد ما تكون عن الطب والاطباء والعلم والعلماء واذا كانت هذه الحقيقة واضحة أمام كل المختصين في هذا المجال عن الأمراض النفسية والعقلية عموماً الا انها أكثر ما تظهر وبشكل لا يمكن تجاهله عند التعامل

مع مرض الشيزوفرينيا، هذا المصطلح الذي بدأ دخوله الى الاستعمال الطبي في بداية هذا القرن فقط في حين كان القدماء يطلقون عليه أسماء مختلفة مثل الجنون والخبال والعته والمنخوليا والسوداء وأخيراً الخرف المبكر، وقد تداخل هذا المصطلح مع مصطلح ازدواج الشخصية وتعدد الشخصية التي تعني حالات تصدع الوعي أكثر مما تعني شيزوفرينيا علماً أن تعريفات المرض نفسها التي حاولت أن تميز طبيعته وحدوده وظواهره تعددت أيضاً وزادت المرض غموضاً لغوياً مقابل الغموض الأكلينيكي والنفسي الذي يعكسه يقول أحد العلماء من هو في هذا الصدد (لقد حاول الكثيرون تعريف مرض الشيزوفرينيا ومن الطبيعي أن تقصر هذه التعاريف كلها عن التوصل الى تعريف شامل محدد لهذه الحالة المرضية ما دام المرض غير واضح من حيث أسبابه وأعراضه ومسيرته ونتائجه، وفي مثل هذه الحالة من عدم الوضوح فأن معظم التعاريف المعطاة لهذا المرض قد تركزت على الأعراض المرضية الأكثر ظهوراً في المرض وفي بعض الحالات اتسع التعريف ليصف العمليات النفسية التي تكمن وراء المريض (ص٢٣ فصام العقل).على أن الاجماع في هذا التعريف وتحليله يقود الى صفتين أساسيتين هما أولاً: الأنقسام والتجزئة (شيزو) في المقومات المكونة للعقل (فرينيا) والشخصية وهي الفكر والعاطفة والسلوك، ثانياً: فقدان التوازن في العمليات النفسية الداخلية. أما ما يصاحب المريض من هلوسات سمعية ولمسية ونقص في الأنتباه الى العالم الخارجي والنقص في حب الاستطلاع واضطراب الفكر مع وجود ارتباطات فكرية تعصى على الفهم...الخ كل هذه ظواهر المرض التي تعرض نفسها أمام الطبيب.

ان هذا التخبط في تعريف المرض وحدوده والذي بلغ أبعد مدى في أمريكا والاتحاد السوفيتي اللذين أدخلا فيه حتى قواعد السلوك الخارجة عن قواعد المجتمع بل وحتى أمراض مزاجية كالكآبة مثلاً قد قاد العلماء الى توسيع مفهوم هذا المرض ليشمل حالات حدودية من الاضطراب الفكري والسلوكي ثم أخذت تتعدد المصطلحات الفرعية للشيزوفرينيا كالشيزوفرينيا النووية أو الشيزوفرينا الصافية (وهي الشيزوفرينيا التي يتوفر فيها عامل وراثي ويبدأ المرض فيها في سن مبكرة وبصورة تدريجية غير متقطعة، وعلى خلفية من الشخصية الشيزية شديدة الانطواء والحساسية. ص٢٥ ن م).

وأخيراً وجد من العلماء من يدعي أن هناك أمراضا عدة شيزوفرينية وليس مرضاً واحداً بعينه ثم وجد بعض العلماء لكل هذه الاختلاطات أنه ليس هناك شيء اسمه مرض شيزوفريني مطلقاً وكلها أعتبارات أجتماعية وبقدر تعدد الاجتهادات في تعريف الشيزوفرينيا وحدودها وظواهرها فقد تعددت الاجتهادات في تحديد أسباب المرض بين مرض وراثي أو بيئي أو مشاركة بينهما...الخ.

فهل يمكن الحديث عن هذا المرض باعتباره مرضاً وراثياً حقاً أو أنه ابن البيئة فقط؟ لقد بدأ توجه العلماء الى البحث عن الأسباب الوراثية للمرض في الجينات وكان من أوائل العلماء الذين اهتموا بهذا الجانب هو مانفرد بلولر بن بلولر الذي كان قد عرف المرض الى وجود مظاهر عدم الترابط في شخصية المريض أو كما سماه (عدم ترابط أو تفكك الشخصية) الذي يؤدي الى تجزئتها الى مكوناتها التي بتجمعها فيها بشكل غير متوافق هو الذي يجعل الشخصية شيزوفرينية، لقد كان من رأي مانفرد بلولر (أن الجينات المسببة للمرض ليست جينات مريضة في حد ذاتها وانما بتجمعها بشكل معين وغير

متوازن هو الذي يكون الحالة المرضية، وذلك عن طريق احداث حالة غير متوازنة من الشخصية تكون فيها عناصر الشخصية غير متوافقة وفي صراع مع بعضها البعض غير أن مانفرد وجد مكاناً للعوامل النفسية في تكوين المرض فكان من رأيه بأن الضغوط النفسية وخاصة تلك التي تنجم عن العلائق في مجال العائلة والأقارب لها أن تدفع بعدم توازن مقومات الشخصية الى حالة الانهيار الشيزوفريني (ص ٢٧ ن م).

ان فرضية تفسير المرض على أساس وراثي بنيت لدى العلماء على أساس أن هناك جينا واحدا أو أكثر يرثها الاولاد عن الآباء والأقرباء تخلق أستعداداً لوجود المرض وقد يظهر هذا الاستعداد على شكل نقص في الشخصية أو اضطراب فكري أو خطأ في الجهاز العصبي الذاتي أو نقص في تكامل الخلايا وأندماجها أو توقف أو انحراف في دور ما من عمليات الاستغلاب (الميتابولزم) في الدماغ، وهكذا جرى البحث ويجري بعد اكتشاف خريطة الجينيوم البشري لتحديد مثل هذه الجينات الخاصة بمثل هذه الأمراض وليس هذا المرض وحده فقط؟

ان خلاصة البحوث قد قادت العلماء الى الخلاصة التدلية في تحديد سبب المرض

١ – ان مرض الشيزوفرينيا مرض معقد ومتعدد الأنواع ومن غير المحتمل أن يكون هناك سبب واحد يكمن وراء جميع هذه الأنواع.

٢ – أن البيانات المتوفرة تشير الى أن الوراثة تلعب دوراً هاماً في تكوين الأستعداد للأصابة بالمرض وأن من المشكوك فيه أن تكون هناك أي تجربة حياتية كافية لتكوين المرض في فرد لا يحما هذا الأستعداد الوراثي، هذا ولم يعرف حتى الآن نهاية ـ ثمانينات القرن– على وجه التحديد لاطبيعة العامل الوراثي أو كيفية أنتقاله أو الطريقة التي يظهر عليه في الفرد المستلم له

٣ – ينظر الى المحيط كعامل هام يساعد على اظهار الاستعداد الوراثي في المرض غير أنه لايكفي وحده لتكوين المرض بدون الاستعداد الوراثي. كما أنه لا توجد حتى الآن أية عوامل محيطية معينة مخصصة الفعل في تسبيب المرض الشيزوفريني ويبدو أن لكل مريض تجربته المحيطية الخاصة به والتي يتفاعل بها بطريقته الخاصة مع الاستعداد الوراثي الذي يكمن فيه للأصابة بالمرض ـ (ص ١١٣ فصام العقل).

والآن كيف نستطيع أن نفهم حجم التعامل السببي بين الجينات والأمراض النفسية عموماً والشيزوفرينيا خصوصاً؟

وكيف تمت الدراسات الاحصائية والتجريبية عليها؟

لاشك أن خطورة الأمراض النفسية والعقلية لايقل ان لم نقل يزيد على خطورة الأمراض العضوية ولاشك أن الوراثة الجينية تلعب دوراً كبيراً في المجالين معاً. ومن الاحصائيات نعرف حجم هذه الخطورة حيث تقول انه في بريطانيا مثلاً يدخل ما يقرب من ١٧٠،٠٠٠ مريض الى المستشفيات كل سنة لشتى الأمراض العقلية وما يقرب من ١٦،٠٠٠ آخرين للمعوقين عقلياً، أي أن في المملكة المتحدة يوجد رجل واحد من كل اثني عشر رجلاً وامرأة واحدة من

كل ثماني نساء يذهبن الى المستشفى في وقت ما من حياتهن ليعالجن من مرض عقلي نفسي أكثر واقعية (ص ٢٧٥ علم الحياء والأيدلوجيا والطبيعة البشرية) وتقول المعلومات الطبية الأولية أن مرض الشيزوفرينيا مثلاً هو مرض عقلي بذل فيه من البحث الوراثي والبيوكيميائي أكثر مما بذل في أي مرض آخر، وتقول المعلومات انه بحث على أساس وجوده عن جين معين هو الذي يحدثه وراثياً ويكفي أن نقول أن ١٪ من سكان بريطانيا يعانون من الشيزوفرينيا وأن ٢٨،٠٠٠ حالة أي ١٦٪ من حالات الأمراض العقلية التي أدخلت المستشفيات عام ١٩٧٨ شخصت على أنها شيزوفرينيا أو مقارباتها، وكذلك الحال في أمريكا والاتحاد السوفيتي؟ وتقول الاحصائيات أيضاً ان عقار الكلوربرومازين الذي أدخل استخدامه عام ١٩٥٢ بالتحكم في مرض الشيزوفرينيا يقدر أنه أعطي لخمسين مليون فرد في العالم كله خلال الأعوام العشرة الأولى من استخدامه وتقول نظرية وراثة الشيزوفرينيا أنه اذا كانت بيوكيميا المخ تتغير في الشيزوفرينيا فأنه لابد أن يكمن تحت هذا التغير البيوكيميائي نوع من الأستعداد الوراثي للمرض، وعام ١٩٨١ زعم علماء النفس أنه يمكنهم الكشف عمن يحتمل اصابتهم بالشيزوفرينيا وهم في عمر ثلاث سنوات هل أن المرض يظهر في عمر ٥٣ سنة؟ أي قبل أن يظهر المرض بخمسين عاماً، ويقول علماء الهندسة الورثية أنه لو كانت هناك جينات تنتج منها الشيزوفرينيا فأن ثمة وسائل لأستئصال هذه الجينات من المجال الوراثي للأفراد المصابين ولوضع تشكلاتها السرية البديلة مكانها وهكذا يمنع ظهور المرض، وهناك برامج بحث جدية تجري في معامل عديدة للعمل على تكديس جينات مرض الشيزوفرينيا ولعزل الجينات الشيزوفرينية وزراعتها على أن يدرس أمكان أستبدالها وتشير الدراسات التي طبقت على أحتمال وجود مريض آخر بأنفصام الشخصيات الشيزوفرينات بين أقرباء أحد المصابين بالمرض في المجتمعات الغربية كما يلي:

العلاقة بالمصاب	أحتمال أصابة نسبة مئوية
والد أو والدة	١،٥
أخ أو أخت	٧،٨
توأم مشابه	٤٧
ابن أحد الأبوين مصاب	١٢
ابن كلا الأبوين مصاب	٣٩
عم أو خال	٢
ابن عم أو أبن خال	٩،٢
لاعلاقة عائلية	٩٪

(ص ١٣٢ الوراثة والأنسان)

فمن يلاحظ على هذا الجدول الاحتمال العالي لاصابة توأم متشابه عندما يكون أخوه التوأم مصاباً، وبالرقم ٤٧٪ الامعدل ما توصله اليه دراسات مختلفة تراوحت نتائجها ما بين ١٥ الى ٨٥٪ وهو يدل على حجم الدور الذي تلعب الوراثة خصوصاً أذا ما قورن بدرجة التوافق عند التوأم غير المتشابه والتي بلغت من ٢ الى ١٠ ٪ فقط، لقد وجد الباحثون أن نسبة المرض انفصام الشخصية الشيزوفرينيا بين أطفال الأباء أو الأمهات المصابين بهذا المرض أو المتبنى من قبل عوائل أخرى يبلغ ثلاثة أضعاف نسبة المرض بين أطفال الآباء أو الأمهات الطبيعيين.

وتشير بعض الجداول البيانية الى أن الأمراض الوراثية وخاصة بين التوائم المتشابهة وغير المتشابهة، وهي خير دليل على ذلك أن نسبة مرض أنفصام الشخصية الشيزوفرينيا، بين التوائم المتشابهة يصل الى حدود ٨٠٪ بينما التوائم غير المتشابهة لاتتجاوز النسبة ٣٠٪ فقط (١٦٨ الوراثة والأنسان) في حين أن مرض السكر مثلاً تدور النسبة بين ٦٥٪ للتوائم المتشابهة و١٨٪ لغير المتشابهة وكذلك الصرع بين نسبة ٧٢٪ في التوائم المتشابهة الى ١٥٪ لغير المتشابهة أما لون العيون وهو أكبر دليل وراثي نجده يبلغ ٦،٩٩٪ في التوائم المتشابهة و٢٨٪ في غير المتشابهة.

ومن الدراسات الجدية في هذا المجال علاقة الجينات بالامراض النفسية ـ هي الدراسات التي جرت في الدانمرك حيث يقول احد الباحثين عنها (أصبح العلماء الذين يبحثون العلاقة بين الجينات والأمراض النفسية على علاقة حب جنوني بالدانمرك، فالتخطيط الاجتماعي قد أنشأ بمحض الصدفة نظاماً يهيء الفرصة لأجراء أي مسح على مشاكل الأمراض النفسية هي من أكثر الأبحاث كشفاً للمعلومات ص ٢٠٩ التنبؤ الوراثي). وقد تمت الدراسة على أساس علمي دقيق وهو لتحديد أي العاملين يلعب دوراً أكبر في مرض الشيزوفرينيا الجينات أو البيئة فاذا كانت الشيزوفرينيا تنجم عن عوامل وراثية فأن ظهورها يكون أكثر الى حد ذي دلالة بين أفراد العائلات ذات قرابة الدم أما اذا كانت نتائج عوامل بيئية فسوف تتركز الحالات بين أفراد عائلات التبني. ولقد تبين فعلا أن حالات الاختلال الشيزوفريني تتركز في أقارب الدم لمرض الشيزوفرينيا.

لقد تأكدت هذه الحقائق بعد دراسات عدة أكدت على أنه اذا أصبح أحد التوأمين المتطابقين مريضاً بالشيزوفرينيا فأن التوأم الآخر يكون في المتوسط معرضاً بالأصابة بها هو الآخر بما يقرب من ٥٠٪، أما التوائم الأخوية فأن المعدل أكثر كثيراً مما هو عليه بين عامة السكان وعلى كل فهم يتشاركون بالفعل فيما يقرب من نصف عدد جيناتهم أما بالنسبة لدراسات الأكتئاب الهوسي التي التي أجريت على المتبنين المصابين به فقد أظهرت أن من يكون له تاريخ عائلي لهذا المرض تكون فرصة أصابته بالأكتئاب أكثر بثلاثة أضعاف كما بين السكان عامة على أن الدراسات التي ركزت على علاقة المخ بالجينات وأنعكاسها المرضي قد أكدت حقائق جديدة على مستوى الأمراض النفسية والعقلية حيث أشارت بعض هذه البحوث الى أن أنواع المرض العقلي شيوعاً (الأكتئاب الهوسي، والاكتئاب، والشيزوفرينيا) كلها تتأثر الى حد له مغزاه بمدى تركيز واحد أو أكثر من المرسلات العصبية في أجزاء المخ المختلفة وقد أكدت هذه الحقائق أستخدام العقاقير ذات التأثير النفسي، أما كيف تؤثر الجينات في السلوك عبر المخ فيقول العلماء (يبدو أن الجينات تلعب دورين أساسيين بالنسبة لخاصة

المخ ولوظائفه والدور الأول هو أن الجينات تشكل البرنامج المخطط الذي تستقي منه لبنات البرتين التي يبنى بها المخ وبهذا فأن للجينات أهميتها في المساعدة على تحديد طبيعة تنظير المخ، الطريقة التي تنظم بها في كل فرد مراكز الأنواع المختلفة في الأنماط المعقدة للسلوك، ويعتقد الباحثون أن الجينات ربما تهيء فائضاً من الخلايا العصبية أكثر كثيراً مما يحتاجه المخ فعلاً، ثم تختار البيئة بعد ذلك من بين هذه المسالك المتاحة لتشكل المخ العامل محددة أي العصبات تتصل بالأخرى، ومن الأسئلة الخطيرة التي لم تتم الأجابة عنها بعد الأسئلة التالية: ما هي الخطة التي تحدد طريقة ترجمة التعليمات الجينية الوراثية الى شبكة أسلاك المخ؟ وكيف تتمكن البيئة من توجيه مسالك الأتصالات ما بين العصبات؟ وأي كم من قابلية عصبة واحدة للعصبات الأخرى ينتج عن البرنامج المخطط الوراثي وما هو الكم المتبقي القابل للتشكل المرن؟

والدور الثاني هو أن الجينات تساعد أيضاً على تحديد تركيزات المرسلات العصبية والكيمياويات الأخرى المتاحة في مناطق معينة من المخ، وقد عرفت الرابطة الجينية هنا كنتيجة لدراسات عديدة تناولت الكيمياء العصبية للفئران . وقد بينت هذه الدراسات أن تأثير الجينات متنوع فربما يتم توجيه مستوى تركيز بعض المرسلات عن طريق جين واحد مما يدل على أن ألاسهام الجيني هنا هو نسبياً اسهام مباشر أما بالنسبة لبعض المرسلات الاخرى فأن التوجيه بلا شك يتم جزئياً عن طريق مجموعات من الجينات. (ص ٢٢٣ -٢٢٤ التنبؤالوراثي).

أن دراسة جينات المخ يمكنها فعلاً أن تحدثنا عبر بروتيناتها التي تنتج عن كثير من الامراض العقلية والنفسية، وهذا ما قام به أحد العلماء دافيد كمنجز في المركز الطبي القومي لسيتي هوب في دورات بكالفورنيا، فقد كان كمنجز يهتم على وجه خاص بمخ المرضى المصابين بمرض هنتنجتون disease Huntingtons وهو علة تنتقل وراثياً وتتغلل متسللة لتسبب تدهوراً وجدانياً وذهنياً سريعاً يحدث عادة عند حوالي الاربعين من العمر، ويتفجر مرض هنتنجتون نتيجة جين سائل ويكفي وراثة نسخة جين واحدة من أحد الوالدين ليحدث المرض وفي المتوسط فأ ن طفلاً من كل طفلين للوالد المصاب بهذا المرض يصبح مريضاً أيضاً ولما كان جين مرض هنتنجتون ينتج بروتيناً يؤثر على المخ فقد أحس كمنجز أحساساً أكيداً بأن مخ ضحايا هنتنجتون يحتوي على علامة لو أمكن عزلها فأنه سوف يستطيع التنبؤ بمن سيقعون ضحية للمرض في النهاية . وفعلاً قام بعملية كيمياوية دقيقة وعزل بروتينات المخ هذه فأصبح لديه خريطة لبروتينات المخ لمرض هنتنجتون . فعلاً وأستمر كمنجز في تجاربه على جينات المخ وبروتيناته وأخذ يبحث عن ظهور البروتين المحدد في مخ الافراد الذين يعانون من تصلب الانسجة العصبية وهو مرض عصبي وفي مخ المنتحرين الذين يظهرون علامات أمراض الاكتئاب. فقام بفحص مجموعة تتكون كلها من ٢٦٧ مخاً منها ١٥٢ كمجموعة حاكمة و٥٢ من أفراد يعانون أمراضاً مثل التليف التعددي ٧٢ من مرض الأكتئآب الهوسي والاكتئآب الشيزوفريني والكحولية، (الأدمان) وقد أعطت النتائج بعض المفاتيح المغرية عن طبيعة الأمراض العقلية فقد البروتين الذي سماه بروتين (pci duarte) في كل المجموعات ولكن ظهوره كان أكثر كثيراً بين أفراد المجموعات التجريبية، وقد وجد كمنجز أن ٢،٥٪ من أفراد المجموعة الحاكمة كان تركيبهم الوراثي متجانساً (لديه نسختان من الجين

نفسه الذي يتحكم بالبروتين) أما المجموعة المصابة بالأكتئآب والشيزوفرينيا والكحولية فهي من الناحية الأخرى تحوي ١٢٪ من متجانسي التركيب و٦٤٪ من خليطي التركيب (لديهم فقط نسخة واحدة من الجين) أما المصابون بتصلب الأنسجة العصبية المتعددة فقد كان بينهم على الاقل ما يزيد على النصف أو ٥٥٪ من ذوي النسخة الواحدة من الجين، ص ٢١٨ التنبؤ الوراثي).

لقد قدمت أكتشافات كمنجز دليلاً قوياً على أنه يوجد على الأقل عامل وراثي خاص واحد واذا تأكدت نتائجه أو بمعنى آخر اذا وجد أن بروتين (دوارث) هو عامل أستهداف للأكتئآب أو على أرتباط بعامل كهذا فربما العلماء قد توصلوا الى آلية بالمرض. أن الأكتئآب هو أكثر الحالات العقلية أنتشاراً ويقدر المعهد القومي للصحة العقلية أن ما يصل الى ١٥٪ من الأمريكيين البالغين يعانون من أمراض الاكتئآب في سن بعينها. والرابط ما بين بروتين (دوارت) وتصلب الأنسجة المتعددة الأكتئآب ما زالت روابط تجريبية وأحصائية ولكن الأدلة على تلازمها تظهر أيضاً في مجالات أخرى، ولكن حتى لو تبين أن بروتين (دوارت) مرتبط بالاكتئاب فستظهر لدينا مشكلة طريقة أختبار وجوده وأي علاقة وراثية لاتوجد الا في المخ هي بالذات مما يصعب فصله فحتى الآن لاتوجد طريقة لذلك الا بأخذ شرائح من المادة السنجابية للمخ وتحليلها وهي عملية لن يوافق عليها أي حالة عقلية سليمة، وربما أمكن حل هذه المشكلة بعد تقدم التكنلوجيا الحيوية التي تؤكد أمكانية أستكشاف صميم البرنامج الوراثي المخطط للمخ أي الجينات نفسها دون أي أعتداء على حرم المخ نفسه أي على الجمجمة، على أن أعلان خريطة الجينيوم البشري يفتح أمام العلماء الباب واسعاً لدراسة الجينات مباشرة حتى قبل أن تنتج بروتيناتها الخاصة، فالمعلومات أصبحت متاحة أمام العلماء كلهم.

أمراض الذكاء الجينية

حينما تتم مقارنة ذكاء الأطفال مع عوائلهم نجد أن هناك طفلا ذكياً لأبوين بليدين، وهذا مايثير الدهشة حقاً أما حينما نجد طفلاً عادي الذكاء لعائلة قليلة الذكاء أو غير متعلمة أو طفلا خارق الذكاء لعائلة عريقة في المعرفة فلا نندهش، وكأننا نؤمن حقاً بأن الذكاء والوراثة يتبادلان التأثير دون أي غرابة فهل حقاً أن الذكاء وراثي ويمكن أن نبحث عن جينات الذكاء كما نبحث عن جينات أي صفة من صفات الأنسان كلون عينيه أو طوله أو لونه؟...

على الرغم من الأختلافات في تعريف الذكاء وبالتالي الاختلافات في تحديد مقاييسه ومفردات أمتحاناته الا أننا نستطيع وبكل سهولة أ نصف أمماً كاملة بالذكاء كصفة عامة مقابل أمم نصفها بالغباء، وعلى الرغم من أن هذه النظرة قد تتجه الى تقديم عنصر أن جنس بشري معين على آخر الا أننا لا يمكن أن ننكرها كلها، وحتى لو صدقت بعض مقاييس الذكاء فيما يخص السود والبيض مثلاً فأن هذه الحقيقة يسلم بها الأحصاء ونسبة توزيع الذكاء على أفراد هذا الجنس أو اللون... على آخر أن أصحاب نظرية الذكاء الفطري الذين يعيشون السرعة الذهنية يدعون أن ٨٠-٩٠٪ من الذكاء يحدد وراثياً ويعتمدون بذلك على الدراسات الكثيرة التي تمت على التوائم المتشابهة التي ترعرعت في

ظروف بيتية مختلفة ومع هذا أبقيا متماثلين بالذكاء.

على أن الدراسات التي فضحت الأحصائيات التي قامت على هذه الأسس حديثاً قد وجدت أن للبيئة تأثيراً أكبر من تأثير الوراثة أحياناً.

بل أن بعض هذه الدراسات الحديثة التي أجريت في أنكلترا أثبتت أن الأطفال البيض مثلاً يحصلون على درجات أقل من السود في فحوصات الذكاء المختلفة بل أن دراسة أخرى أظهرت عكس المتوقع –للبنات تفوقاً على الأولاد في درجات الفحوص. ومن الغرابة أن بعض الدراسات الأمريكية أظهرت أن ذكاء السود كما تحدده مقاييس الذكاء يقل كلما كان في أجدادهم عرق أبيض.

على أن جميع هذه التناقضات لم تصل الى حد الغاء الذكاء الوراثي. يقول أحد الباحثين (نحن نرى أن القدرات العقلية بما في ذلك الذكاء تتطور أثناء نشاط الأنسان اليومي، وهذا يعني أنها ليست فطرية والذكاء وظيفة الدماغ وهو لا يظهر ألا عن طريق تبادل المعلومات مع البيئة حيث ينشأ أثناء عملية الممارسة الواعية، ولاشك في أن الحدود القصوى للسعة الذهنية تفرضها بنية العقل وهي الدماغ والتي تحدد من قبل جينات، ومن الموضوعي أيضاً أن نفرض تلك الحدود القصوى للسعة الذهنية تختلف من شخص لآخر تعتمد على الكيفية التي تعمل بها الجينات وهذا يعني وجود حدود قصوى للمعلومات المخزونة في ذاكرتنا، ولقد قدر بعض أخصائي الحاسبة الألكترونية أنها تعادل بليون بليون قطعة معلومات.. كما أنه لابد من وجود حدود قصوى للسرعة التي يعمل بها الدماغ) ويصل هذا الباحث الى الأستنتاج التالي (ما أحب أن أؤكد عليه في هذا السياق هو انعدام الأهمية التطبيقية للحدود القصوى المقررة وراثياً لأننا لانتمكن أبداً من الوصول اليها فتجد أكبر عباقرة العالم وعلمائه وفلاسفته لايستغلون الا أقل من نصف قدرتهم الذهنية الشاملة أما الأنسان العادي فلا يستعمل الا جزءاً ضئيلاً جداً من القابلية الذكائية المتاحة له ص١٦١، ١٦٢ الوراثة والأنسان)

أن مما لاشك فيه أن المخ هو العضو المسؤول عن التفكير وبالتالي عن الذكاء وقد بقي المخ فترة طويلة ـ عكس أعضاء الجسم الأخرى التي درست بدقة –لايستطيع العلماء دراسته فهو يبدو وكأنه كتلة بلا شكل كومة من ثلاثة أرطال مادة سنجابية بلا خصائص مميزة وبلا ارتباطات محددة بوضوح بنماذج الأتصال العادية بين الجسم والبيئة ومع أنه كان معرفاً عنه بأنه محور لشبكة هائلة من الأعصاب تمتد في الجسم لكل عضو وعضلة وسطح للأحساس الا أن هذا لم يزده وضوحاً كبيراً أمام الدراسات واليوم وبعد الدراسات الفسلجية والتشريحية فقد ظهرت الدوائر الكهربائية في المخ ليكتشف العلماء بعد ذلك أن المخ مركب من صنوف متنوعة من الخلايا وبذلك بدأ العلماء منذ القرن التاسع عشر يشبهونه بالأتصالات المتشابكة للتلغراف، واليوم وعلى ضوء الدراسات السيبرناطيقية أخذ يدرس المخ كأي جهاز الكتروني أو حاسبة أو عقل الكتروني ووضحت أمام العلماء كثير من وظائفه الدقيقة الا أنه لازال العلماء حائرين عن موقع الذهن مثلاً في المخ وكيف تحتفظ هذه المجموعات الهائلة من الخلايا العصبية والعصبات بكل ذلك تحت تحكمها وكيف يستجيب المخ للبيئة ولها تأثير

كبير عليه أو أنه محصن خارج كل التأثيرات البيئية في أتخاذ اللقرارات لقد كان العلماء يفترضون أن المخ يقوم بوظيفته وهو في حالة عزلة رائعة فقد كانوا يعتقدون أن المخ جد هام لبقائنا وأنه مضبوط على نحو جد رهيف وأنه محروم من آليات تدعمه حتى أن سائر الجسم يقوم بالعمل كحاجز بينه وبين عناصر البيئة البيوكيميائية التي قد تربك أعماله الحساسة بل أن بعض العلماء قد أفترض وجود حاجز كيميائي يمنع عوامل البيئية من الوصول الى المخ على الأطلاق لقد توصل العلماء اليوم الى أن الدور الخاص الذي تقوم به المرسلات العصبية بالنسبة للسلوك يعتمد على عاملين: الأول أن يكون موقعها في المخ أي ما هي مجموعة العصبات المتأثرة بها -الذاكرة الرؤية الحركة العضلية والعامل الثاني: هو ما اذا كانت (مثيرة) للعصبات لتشعلها للعمل وتفجر النبضات الكهربائية أو (كاتبة) للعصبات (تمنعها من أطلاق الزناد)، فالمراسلات العصبية عموماً اما أن تثير أما أن تكبت العصبات ولا تفعل الأمرين معاً على أن تأثيرها في السلوك يعتمد على طبيعة مجموعة العصبات التي تتأثر بها (ص٢٢٢ التنبؤ الوراثي) أن التطور الحديث لدراسة المخ سواء في اطار الفسلجة الكهربائية لنشاطه أو الجانب المدرفولرجي، التشريحي لجغرافيته، قد قاد العلماء الى تحديد (أن أمراض الذكاء أو الصرع أو الأنحلال الخلقي تنتشر بين عائلات الأطفال ذوي النشاط المفرط تمرر من جيل الى جيل وراثية.. وأن الشيزوفرينيا وهي المرض العقلي الذي بذل منه من البحث الوراثي والبيوكيميائي أكثر مما بذل في أي مرض آخر وهي المرض العقلي الذي قامت بشأنه أوسع المزاعم عن أكتشاف وجود سبب في جزيء أو جين معين وينتشر الآن أن الطب النفسي قد أثبت أن هذا المرض مرض بيولوجي وأن هناك ما يبحث عن الجينات الشيزوفرينية وزراعتها على أمل أن يدرس أمكان أستبدالها.) (علم الأحياء والأيولوجيا والطبيعة البشرية).

مع كل هذه الدراسة فأننا نجد أن دراسة المخ وعلاقته بالذكاء الوراثي لم تتقدم كثيراً، فماذا يقول علماء الهندسة الوراثية عن علاقة الجينات بالذكاء؟

تقوم وظيفة الجينات بالمخ عن طريق دورين أساسين منسجمين مع خاصية المخ ووظائفه كما يقول أحد العلماء (يبدو أن الجينات تلعب دورين أساسيين بالنسبة لخاصية المخ ولوظائفه، والدور الأول هو أن الجينات تشكل البرنامج المخطط الذي تستقي منه لبنات البروتين التي يبنى بها المخ، وبهذا فأن للجينات أهميتها في المساعدة على تحديد طبيعة تنظيم المخ، الطريقة التي تنظم بها في كل فرد مركز الأنواع المختلفة من الأنماط المعقدة للسلوك، ويعتقد الباحثون الآن أن الجينات ربما تهيء فائضاً من الخلايا العصبية أكثر كثيراً مما يحتاجه المخ فعلاً، ثم تختار البيئة بعد ذلك من بين هذه المسالك المتاحة لتشكل المخ العامل محددة أي العصبات تتصل بالأخرى، ومن الأسئلة الخطيرة التي لم تتم الأجابة عنها بعد الأسئلة التالية:ما هي الخطة التي تحدد طريقة ترجمة التعليمات الجينية الوراثية الى شبكة أسلاك المخ؟ وكيف تتمكن البيئة من توجيه مسالك الأتصالات بين العصبات؟ وأي كم من قابلية عصبة واحدة للعصبات الأخرى ينتج عن البرنامج المخطط الوراثي وما هو الكم المتبقي للتشكل المرن؟

والدور الثاني هو أن الجينات تساعد أيضاً على تحديد تركيزات المرسلات العصبية والكيمياويات الأخرى المتاحة في مناطق معينة من المخ وقد عرفت الرابطة الجينية هنا كنتيجة لدراسات عديدة

تناولت الكيمياء العصبية للفئران وقد بينت هذه الدراسات أن تأثير الجينات متنوع ربما يتم توجيه مستوى تركيز بعض المرسلات عن طريق جين واحد ـ مما يدل على أن الاسهام الجيني هنا هو نسبياً أسهام مباشر أما بالنسبة لبعض المرسلات الأخرى فأن التوجيه بلاشك يتم جزئياً عن طريق مجموعة من الجينات، وقد ذكرت دراسة حديثة دور الجينات في تحديد عدد ما ينمو في مخ الفئران من العصبات المنتجة للروبامثي وفي هذا ما يدل على الطريقة التي تتحكم بها الجينات في الانتاج الكيمياوي، والجينات قد تتحكم أيضاً في مستوى تركيز الأنزيمات المختلفة التي تلعب دوراً في الوصلة ما بين المرسل والمستقبل ص ٢٢٣، ٢٢٤ التنبؤ الوراثي).

من كل هذا نستطيع الحديث عن العلاقة بين الذكاء والجينات وبالتالي بين التخلف العقلي والجينات أيضاً ونعرف آخر ما توصل اليه العلماء في مجال توريث الذكاء بشكل علمي لايقبل الأجتهاد بعد أن تم كشف كامل الخريطة الجينية للانسان.

يقول علماء الحتمية الحيوية في قابلية توارث معامل الذكاء بأن الفروق في معامل ذكاء الأفراد عن فروق في جيناتهم، وفكرة أن الذكاء متوارث هي بالطبع من صميم نظرية اختبار معامل الذكاء نفسها بسبب التزامها بقياس شي جبلي وغير متغير وقد أفترض منذ البداية الأولى لحركة الأختبار العقلي الأمريكية والبريطانية أن معامل الذكاء قابل للتوارث بيولوجياً (ص ١٣٣ علم الأحياء والأيدولوجيا والطبيعة البشرية).

أما العلماء الذين يعتقدون عكس ذلك فيقولون أن هناك خطأ بين معنى (قابل للتوارث) وما يورث، ويضيفون بأن أول غلط لدى هؤلاء العلماء قولهم (أن الجينات نفسها تحدد الذكاء، فلا مكان للقول أن الجينات تحدد للكائن الحي معامل ذكائه أو أي صفة أخرى، وليس هناك من تطابق كامل بين الجينات الموروثة من والدي شخص وطول هذا الشخص أو وزنه أو سرعة فهمه أو مرضه أو صحته أي خاصية عضوية أخرى غير تافهة... وما يورث هو التركيب الوراثي وليس الصفات الظاهرة والتركيب الوراثي ثابت أما المظهر فيتطور ويتغير بأستمرار (ص ن م). ويضيف هؤلاء العلماء أن الاقارب يشبه أحدهم الآخر ليس فحسب لأنهم يتشاركون في الجينات ولكن لأنهم أيضاً يتشاركون في البيئة. أن الخلاف بين العلماء قاد بعضهم الى أجراء دراسات أحصائية أدخل بها مفردات غير حقيقية كشفت عنها دراسات لاحقة ومن هنا بدأ العلماء يأخذون الدراسات الأحصائية بشكل حذر وبدقة متناهية.

واذا ما كنا نريد الحديث عن العلاقة الواضحة بين الذكاء والجينات كأساس لبحث وراثية الذكاء من عدمه فلابد أن نستعين بأدلة أحصائية وفسيولوجية وتشريحية بنفس الوقت.

يقول العلماء المؤيدون لعلاقة الجينات بالذكاء (أن الدليل الراسخ يظهر وجود رابطة واضحة متنامية بين الجينات والذكاء، فكلما نتفق على أن الطفل المصاب بمثل أزمة داون أي بكروموسوم ثالث يضاف الى الزوج الواحد والعشرين ايظهر عليه تفلطح في مؤخرة جمجمته بصورة مميزة وأتساع في المسافة بين العينين وقصر القامة مع امتلائها وكثيراً ما يظهر عليه تخلف عقلي. (ص ٢٣٧ التنبؤ الوراثي) فالمشكلة في رأي هؤلاء العلماء اذن ليست في التساؤل عما اذا كان للجينات تأثير على

الذكاء، فان لها فعلاً هذا التأثير، وانما هي بالاحرى هل تؤثر الجينات في الذكاء (الطبيعي)؟ واذا كان كذلك الامر فكيف تتفاعل مع العوامل البيئية لتعزز أو تحدد العناصر التي تشكل معاً القدرة الذهنية للفرد؟ هل تستطيع الجينات أن تخلق فروقاً خفية داخل المجاميع أو بين الافراد؟ أو أن دور التدريب والتربية هو من القوة بحيث يطمس دور الجينات في الضبط الدقيق أو في الاستهداف القليل الذي تقترفه؟ وهكذا يجيب هؤلاء العلماء على هذا التساؤل بقوله (أن الاختبارات النفسية ودراسات التوائم الاخوية والمتطابقة والتوائم المتطابقة التي نشأت منفصلة والابحاث التي اجريت على افراد العائلات، كل هذا بدل بطريقة ثابتة الى حد ملحوظ على أن الذكاء ربما يكون الصفة الاكثر توارثاً بين الصفات السوية السلوكية والشخصية وتدل كل هذه الدراسات المرة تلو الاخرى علما أن الجينات توجه على الاقل خمسين في المائة من الذكاء (ن م ص ٢١٩) وحيثما يبحث هؤلاء العلماء على أدلة أخرى يقولون بأن معامل الذكاء وكروموسوم أكس الهش الذي تم أكتشافه عام ١٩٦٩ في بحث عن أسباب التخلف العقلي في أحدى العائلات فيه الدليل على وراثة التخلف والذكاء حيث يعتبر هذا الكروموسوم دليلاً على التخلف العقلي وأن التخلف العقلي نتيجة له وهو كما هو معروف يصيب الذكور أساساً لأنهم يحملون نسخة واحدة فقط من كروموسوم أكس أما الأناث فيحملون أثنين منه مما يسمح أن يحجب أحدهما الآخر لذا فقد أعتبره العلماء مسؤولاً عند القصور العقلي عند ٣٠٪ من النساء اللواتي يحملنه.

كذلك حينما بحث العلماء عن مرض تبول الكيتون الفينولي حيث وجدوا أن الأطفال الذين يلتقطون نسختين من جين pkv واحدة من كل من الوالدين يصابون بهذا المرض واذا لم يعالجوا فأنهم يعانون من تخلف عقلي شديد بل أن الدراسات الأخرى أثبتت علاقة معامل الذكاء بفصائل الدم فمن يملكون فصيلة الدم A٢ لديهم تفوق في الذكاء بدرجة بسيطة ولكنها ذات دلالة، وهذا يدل على أمكانية الربط بين عوامل الدم ومجموعة الجينات التي تؤثر في معامل الذكاء.

على أن الأجتهاد في تقييم مقاييس الذكاء أوصل العلماء الى أن مقاييس الذكاء هي في أحسن الأحوال ما لا يصلح الا داخل حضارات متجانسة فمقارنة معامل الذكاء لأفراد في حضارتين مختلفتين أمر لا يقبله العقل أزاء أختلاف قيمها.

ولأثبات هذا الأمر قامت أحدى الباحثات (ساندرا سكار) وهي تعمل في جامعة مينيسوتا بدراسة نتائج أختبارات معامل الذكاء (IQ) التي أجريت على اطفال سود تم تبنيهم في بيوت بيض، وعادة فأن درجات السود تقل في المتوسط بخمس عشرة نقطة عن درجات البيض في أختبارات معامل الذكاء الأكثر شيوعاً، وهي نتيجة أدت لتوجيه أفكار العديد من العلماء نحو أعتبار أن السود منحطون فطرياً، على أن السيدة سكار قد وجدت أن الأطفال السود الذين نشأوا في بيوت بيض يكتسبون ما متوسطه ست عشر نقطة أكثر من السود الذين يبقون في بيوت سود، وفوق ذلك فكلما كان الطفل أو الطفلة أصغر عند التبني زاد الفارق في معامل الذكاء، فالتغيرات القصوى في البيئة لها تأثير أساسي على درجات الأطفال في الأختبار وهو ما يدل على تأثير التربية في أي مما يقيسه الأختبار أن هذه النتائج لا تعني أن الوراثة تلعب دوراً تافهاً في الذكاء لأن سكار وجدت أيضاً في داخل كل عائلة،

تكون معاملات الذكاء عند الأطفال الأقرباء بالدم أكثر تقارباً فيما بينهم من معاملات الذكاء بين الأطفال غير الأقرباء، فالضبط الدقيق الذي تقدم به بيئة العائلة لا يستطيع أن يحجب الأتجاهات العامة التي تحكمها الوراثة، وهكذا أستنتج العلماء (أن الجينات تلعب دوراً في تحديد معامل الذكاء حتى ولو كنا لانعرف بالضبط ما الذي تقيسه أختبارات معامل الذكاء ص ٢٤٠ التنبؤ الوراثي).

ولم تقف دراسة علاقة الذكاء بالجينات الوراثية عند هذه الحدود فقط بل أمتدت الى دراسة الجينات والشخصية، التي هي أكثر وجه ملحوظ للذكاء وسلوك الوعي كما أن الشخصية هي أكثر الوجوه تعرضاً للقياس وأكثرها تعرضاً لخلاف الرأي ومما وجده العلماء أن هناك تأثيراً وراثياً واضحاً على عنصر كل من عناصر الشخصية حتى في مجال الأنطوائية والأنبساطية التي كانوا يعتقدون أنها الصفات الأقل عرضة للتأثر بالوراثة وأنها صفة موجهة بالتربية والنشأة أكثر من أي شخص آخر، الا أن العلماء وجدوا في أختباراتهم النفسية ودراسة التوائم والتبني أنها كلها تؤيد أن قدرة المرء على الأنسجام مع الآخرين فيها عنصر وراثي أكيد أي أن لها أصلاً بالجينات الأنسانية.

لقد قام العالمان (هورن وبلومن) (من جامعة تكساس وجامعة كلورادو) بفحص سجلات (١٥،٩٠٠) توأم يحتفظ به مجلس البحث القومي فتوصلا الى نتائج تقول أنه فيما يقرب من خمسين عاملاً من عوامل الشخصية (الوراثية، والأنطواء والأنبساط وغيرها) كانت التوائم المتطابقة أكثر تشابهاً من التوائم الأخوية مما يدل على وجود عنصر وراثي وراء هذه العوامل، ويبحث علماء آخرون في أختباراتهم عن الوجدانية ومستوى الطاقة والسلوك المندفع وعكسه (أي السلوك القابل للتنبؤ) والمستويات العامة للنشاط الحافز.

ترى اذا كانت الهندسة الوراثية تستطيع أن تعالج الجينات المسببة للأمراض ألاتستطيع أن تعالج جينات الذكاء فتجعل الأنسان بقياس ذكائي يتجاوز ٢٠٠ قيمة عددية من سلم الذكاء الخارق؟ هذا ما يحلم به العلماء

الكحولية

حيثما نستعمل الدراسات الأحصائية للدلالة على سبب وراثي معين فأنما لكي تشير ألينا هذه الأحصاءات الى نوع المرض الوراثي الذي نلمسه أولاً عبرها ثم نبدأ بالبحث عن الجينات المسؤولة عن أحداثه أي أن الأحصاء يقف عند حدود تأثير الظاهرة المرضية المشتركة عبر الوراثة. أما تحديد الجين المسؤول عنها فهي مهمة الكيمياء العضوية أو البيلوجية الجزئية بشكل خاص، ومن هنا فقد بدأت دراسات أحصائية عن العوامل الوراثية الشاهدة في التأثير على الأدمان أو ظاهرة الكحولية بشكل عام، فقد أشارت الدراسات التي نشرت عام ١٩٨٠ في المجلة الطبية البريطانية الى أن أدمان الكحول ومضاعفته يزيدان في أسر المدمنين بصورة خاصة حيث أتضح أن ما بين ٢٥-٥٠٪ من آباء مدمني الخمر و٢٠٪ من أمهاتهم يدمنون الخمر، وهي بلغة الأحصاء نسب أعلى من نسبة الأدمان في المجموع الكلي للسكان بحوالي ٥-١٠ مرات. (ص ٣٦ الادمان مظاهره وعلاجه) أن هذه الأستنتاجات

الأحصائية بنيت على أستخدام مناهج تعتمد على ما يلي

١ – الدراسات التي أجريت على الحيوانات في المختبر

٢ – نسبة حدوث الأدمان في أسر المدمنين

٣ – دراسة التوائم

٤ – دراسة التبني

٥ – أرتباط أدمان الخمر والعقاقير بأمراض أو صفات ثبت أنها موروثة

ففي التجارب على فئران المختبر تبين أن جزءاً من سلالة الفئران المدمنة تدمن على هذه المواد بدون أن تتدرب على تعاطيها وعلى الرغم من أن الفئران بتكوينها الوراثي لا تميل الى تعاطي الخمر والمخدرات الا أن الدراسات المختبرية أثبتت وجود سلالة معينة تميل الى أستهلاك كميات كبيرة من الكحول بالأضافة الى أن سلوكها أكثر عدوانية وأكثر نشاطاً من سلالة الفئران التي لا تميل الى شرب الكحول.

أما المنهج الاحصائي لنسبة حدوث الأدمان في أسر المدمنين فقد ثبت كما تقول الدراسة المذكورة ـ أن هذه النسبة أعلى من أن تفسر بأنها مجرد صدفة، وقد بلغت هذه النسبة لأعضاء أسرة المدمن كما يلي:

الآباء كانت نسبة أدمان الخمر في أقارب مدمنه	٥٣-١٧٪
الأمهات	١٢-٢٪
الأشقاء	٣٠-٢١٪
الشقيقات	٤-١٪

أما دراسة التوائم فقد أظهرت في التوائم المتطابقة ـ من بويضة واحدة، وغير المتطابقة ـ من بويضتين ـ في السويد مثلاً أن معدل التطابق في الأدمان يساوي ٥٤٪ في التوائم المتطابقة في حين بلغ ٣٥٪ في غير المتطابقة وفي دراسة التبني قام باحثون بمتابعة أطفال لأبويين أحدهما أو كلاهما مدمن على الخمر وتبنتهم أسر لاتشرب الخمر منذ سن ٦ سنوات وقارنوهم بأطفال من أسر لاتشرب الخمر ولكنها تعاني من أضطراب نفسي، وكان الفرق بين المجموعتين أرتفاع نسبة الطلاق ودخول مستشفيات الطب النفسي والعلاج بسبب أدمان الخمر في المجموعة التي كان الأب في الأسرة الأصلية يدمن على الخمر.

أي خلاصة هذه الأحصائيات والدراسات تقول أن أدمان الخمر أكثر أنتشاراً بين أقارب مدمني الخمر سواء نشأوا في نفس البيئة أو في بيئة مختلفة، أن نظرة خارجية وصفية غير أحصائية للعلاقة بين الجينات والكحول كما يحدث عند علماء الوراثة والهندسة الوراثية تقول (يظهر وجود روابط بين الجينات ودرجة الأستجابة للكحول في شتى أنواع المجموعات التي تتميز وراثياً، فحينما يشرب اليابانيون التايوانيون والكوريون مقادير من الكحول ليس لها أي أثر منظور في القوقازيين، تتورد

وجوههم بوضوح وتظهر عليهم علامات سكر خفيفة أو متوسطة وهذا الأختلاف يمكن أختباره في سن مبكرة ص ٢١٥ التنبؤ الوراثي) لقد أثبتت الأحصائيات للتوائم المتطابقة أنه اذا أدمن أحد التوائم الكحول فأن فرصة أن يصبح الآخر كحولياً تصل الى ٥٥٪ بينما يصل معدل التوافق بين التوائم الأخوية الى ٢٨٪ فقط. أن هذه الدراسات لاتعني أن كل طفل من أب كحولي سيصبح أيضاً كحولياً، فهناك ما يدل أيضاً على أهمية دور العوامل البيئية والمرض، فالنسبة ٥٥٪ تجعل أن هناك ٤٥٪ لاتصبح كحولية رغم الوراثة كما أن النساء أقل عرضة كثيراً للأصابة بالكحوليات ربما كان ذلك لأنهن أقل أتصالاً بمن يسرفون في الشراب. وفي الدراسات المختبرية قام طبيبان نفسيان هما (مارك شوكيت وفيدامنتاس رايزس) من جامعة واشنطن بأختبار أفراد مختلفين بحثاً عن الأختلافات الفطرية المحتملة بالنسبة لردود فعلهم للكحول، حيث قاما باختبار مسحي أولاً على ٣٠٤ أفراد من الرجال الأصحاء بالجامعة أختارا عشرين فرداً لهم آباء أو أقارب كحوليين، ثم قارناهم بمجموعة حاكمة ليس لها أي خلفية كحولية، ولكنها تماثلت في العمر والجنس والحالة = وتاريخ تعاطي الشراب، وأعطيت لهاتين المجموعتين جرعات من الكحول الأثيلي بحسب أوزان أجسامهم، ثم أختبرت عينات من دمائهم لظهور (الأسيتالوهيد) وهو مادة تنتج عن محاولات الجسم لتكسير الكحول الأثيلي، والأسيتالدهين نفسه مادة سامة لها دورها في بعض التأثيرات الكحولية الأكثر أصنافاً للجسم وظهر فرق واضح بين المجموعتين، فقد بلغ تركيز الأسيتالدهين في دماء الأفراد ذوي التاريخ العائلي للكحولية ضعفه في أفراد المجموعة الحاكمة وهذا يغير كما أستنتج الباحثان أن تركيز الأسيتالدهين المرتفع قد يغير بالفعل من الطريقة التي يجعل بها الكحول الأفراد المستهدفين يحسون بما يحسونه أثناء شربهم ـ وهذا التركيز المرتفع قد يكون فيه أمكان وجود رابطة فيزيائية بالنواحي السيكولوجية للأدمان، كما أن هذه التركيزات العالية التي تنجم عن عوامل وراثية قد تكون هي أيضاً التي تجعل المستهدفين للكحولية أكثر قابلية للأصابة بالأضرار الداخلية بسبب النواتج الجانبية لأيض الكحول. (ص ٢١٧ التنبؤ الوراثي).

على كل حال فأن الأمراض من نوع الكحولية هي عموماً أقل أذعاناً للتنبؤ الوراثي ذلك أنها قد تكون ناجمة عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية وعن تفاعل الجينات مع البيئة، فعلى الرغم من دليل الأحصائيات المذكورة وبعض التجارب المختبرية الا أنه لم يتم معرفة الجين الخاص بالأدمان ولكن بعض الدراسات وجدت A١ خاص allele للجين الذي يؤثر للدوبامين حيث وجد أنه أكثر أنتشاراً في الأشخاص الذين يدمنون على الخمر من الذين لم يدمنوا وهذا A llele أيضاً موجود عند المدمنين على الكوكايين، كما أن هناك أيضاً بعض العوامل الوراثية التي تؤدي الى قلة الأستعداد للأدمان وليس للزيادة منه.

٥ ـ مرض القلق

حينما تقلق وأنت طالب تدخل الأمتحان فهذا القلق طبيعي وسوي ويحدث لكل انسان. وحينما تقلق وأنت رياضي وقد وقفت في بداية اللعبة متوتراً فهذا أيضاً قلق سوي. وحينما يقلق الموظف وهو

يواجه أحتمال فصله من وظيفة فهو قلق سوي وكل الناس يقلقون عند مؤثرات البيئة وتظهر عليهم بوادر القلق وأعراضه الجسمية والنفسية كسرعة النبض وخفقات في القلب وارتفاع ضغط الدم وشحوب الوجه وبرودة الأطراف ورعشة اليدين... ألخ من أعراض لكن حينما تقلق بدون سبب خارجي او مؤثر بيئي أو حادث موضوعي خارج ذاتك، فذلك قلق آخر لايعرف الطب له سبباً عضوياً حتى اليوم، هذا القلق هو مرض نفسي قد يؤدي الى الهلع والى أنهاء الحياة والى الكآبة والى والى..) ويطلق العلماء على مرض القلق هذا بأنه داخلي المنشأ وأن ضحاياه لهم أستعداد وراثي له وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق تداهم المصابين فجأة أو بغتة دون أنذار أو سبب ظاهر، وهذا القلق يصيب حوالي ٥٪ من السكان في أي وقت بعينه وقد يصيب ١٪ الى درجة العجز الكلي، كما أن ٨٠٪ من المصابين به هم من النساء، ويصيب هذا المرض الأنسان في عمر مابين العقد الثاني وأوائل العقد الثالث من العمر وقلما يخالف هذا العمر فما هي حدود وأحتمالات أن يكون هذا المرض القلقي هو مرض وراثي - جيني بعد أن عجزت التفسيرات الأخرى أن تجيب عنه أجابة واضحة؟

اذا كانت كل مؤثرات البيئة الخارجية التي تحدث القلق طبيعياً وسوياً غير موجودة ومع هذا كان المرض موجودا وأحياناً فجأة بدون مقدمات فمن حق العلماء والأطباء أن يبحثوا عن سبب داخلي في جسم الأنسان لتفسيره علمياً لقد وجد علماء الطب أن هناك امارات تشير الى أحتمال أن هناك سبباً جسيماً للأضطراب (كان هناك أولاً دليل يشير الى أن التعرض للأصابة بالمرض قد يتم توارثه عن طريق الجينات، فكثير من المرضى أخبروا أطباءهم بوجود أفراد آخرين في عائلاتهم يشكون من أمراض مشابهة ثم أجريت دراسات أحصائية عن مدى أنتشار الأضطراب بين أقارب المصابين من الناس ووجد أن أحتمال الأصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بأنسان مريض بالحالة أكبر منه عند غيرهم ممن لاتربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى وبلغت هذه النتيجة من القوة حداً يبعد معه جداً أن يرجع ذلك الى الصدفة وحدها، وبدا أنه كذلك كلما زادت صلة القرابة البيلوجية بالشخص المصاب أزداد الأحتمال في ظهور الأضطراب، وقد أستخدمت أساليب رياضية خاصة لتحليل أشجار النسب في العائلات المصابة، يشير الدليل الى أن الاستعداد لهذا الاضطراب يتمشى الى حد وثيق وأن لم يكن كاملاً مع وجود نمط وراثي لواحد من الجينات السائدة dominant - gene - inneritanee patterr

ومن شأن هذا النمط الوراثي أن يسمح للحالة بالانتقال من أحد الابوين ولايستدعي أن ينتقل بالوراثة من كلا الأبوين في العائلة (ص ١٠٢ القلق).

على أن من الارتباطات البيولوجية التي أكتشفها العلماء أيضاً بين مرض القلق وحالة أكبر هو أرتباطه شديد الارتباط بوجود حالة في القلب تعرف بسقوط الصمام الميترالي pvolupse valve mitral، فقد كان على التقريب واحد من كل ثلاثة مصابين بنوبات الهلع بهذا الاضطراب الذي يتعلق بارتخاء الصمام الميترالي في القلب أيضاً، والمعتقد أن هذا الصمام المترالي المرتخي يتم توارثه عن طريق واحد من الجينات السائدة، على أن الاضطراب لا يعد مشكلة خطيرة في القلب عادة، ولا أحد حتى الآن يفهم العلاقة بين الحالتين تماماً، ومع ذلك فأن الوجود المشترك لمرض القلق مع سقوط الصمام الميترالي الموروث يقدم المزيد من دعم الفكرة القائلة أن هناك بعض الاستعداد الموروث لمرض

القلق، ومما يقوي الاعتقاد الوراثي بالمرض الدراسات الاحصائية التي أشارت الى أن هناك ميلاً أكبر لأصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين، وتقول هذه الدراسات أن هذا المرض لو كان يحدث بسبب التعلم أو ضغط البيئة لوجبت أصابة كل من التوأمين بنسبة متساوية بغض النظر عن كونهما متطابقين أو غير متطابقين لأنهما نشأ معاً في الوقت نفسه وفي العائلة نفسها وتعرضا للبيئة عينها، أما اذا كان المرض في أصله وراثياً من الناحية الأخرى - توقف أصابة التوأمين المتطابقين كليهما بالمرض حيث يكون تكوينهما الوراثي متطابقاً ونتائج الدراسة على التوائم توحي بأن الوراثة تميل الى أن تزيد في تأثيرها على عوامل البيئة من حيث الأسهام العام في نشأة الاضطراب أن النظر الى المخ أثناء نوبة القلق عبر التصوير بالبوزترون قاد الى الحصول على صورة لسريان الدم في الأماكن المختلفة من المخ حيث تبين وجود شذوذ في التماثل في سريان الدم من الجانب الأيسر والأيمن في منطقة صغيرة من المخ تسمى الفص المجاور للهيوكامبس parahip polampal gyrus وهي منطقة يعتقد انها تلعب دوراً هاماً في التعبير عن الانفعال وعند الخوف وكانت هذه أول مرة يتم فيها تمييز شذوذ محدد في المخ في هذا المرض ، وأصبح الذي كان في الماضي شعوراً يحسه المريض وجده شيئاً يمكن رؤيته وتصويره وتحديده بطريقة موضوعية وقد أمكن في دراسات لاحقة من غرس سلك أو لاقطة كهربائية في مركز صغير في المخ الاسفل يسمى منطقة كيروليوس locus coeruleus في القرود مقطوعة الاذناب وعند تنبيه هذه اللاقطة كهربائياً سلكت القرود مسلكاً أشبه بالهلع والقلق والخوف كأن خطراً يوشك أن يقع عليها، ثم أدى اتلاف هذا المركز الصغير في المخ عند القرود الى تأثير مضاد على النقيض. حيث لم تهتم بالتهديدات وأصبحت بغير خوف ظاهر من اقتراب الناس.

متلازمة الطفل في النشاط المفرط Hyperative

في الولايات المتحدة ومنذ الستينات اعتبر السلوك المنحرف عند الصغار مرضاً وعدد ضحاياه من الصبيان يزيد بما يقرب من تسعة امثال ضحاياه من البنات اما في بريطانيا فيعتبر الاطفال صغار السن من المشاكسين على انهم اشقياء او مضطربون اوهم تعليمياً اقل من السويين ويضعونهم في مدارس خاصة وصفات هؤلاء الاطفال انهم يبدون نشاطاً مفرطاً في حجرة الدراسة وكثيراً ما يقاطعون المدرس وهم لا يتحملون الفشل على نحو حسن ولا يركزون جيداً ورغم انهم يبدون على درجة كافية من الذكاء الا انهم لا يتمكنون من مواد دراستهم. هؤلاء الاطفال يعانون من مرض سمي (متلازمة الطفل ذي النشاط المفرط) hyperactivc أي أن لديهم مخاً معيناً بيولوجياً، ولما كان هذا العيب لم يمكن أن يرى بأدق المكروسوبات فقد بدل تسمية المرض من كونه (عطب خفيف بالمخ) (خ وط م) وهو مصطلح شاع أستعماله.

أن مشاكل هذا الطفل شخصت على أنها ذات طبيعة بيولوجية وطبية. أن أنحرافاتهم تظهر نفسها بأمتزاج درجات متباينة من الخلل والأدراك والتصور واللغة والذاكرة والتحكم في الأنتباه أو الواقع أو

الوظيفة الحركية، أما عدد هؤلاء ضمن هذا التشخيص في المدارس الأمريكية فقد بلغ (٦٠٠,٠٠٠ تلميذ)، وحينما درس الأطباء والعلماء عن وجود عطب عصبي فأنهم لم يستطيعوا العثور على أي علامات (متينة) أنما وجدوا علامات (هشة) يمكن وصفها بالخرق والافتقار الى المريض والطفل ذي المظهر المضحك...الخ ويعالج هؤلاء الأطفال بمادة تشبه الامفيتامين وهو دواء الريتالين (الفينيدات المثيلية)، حيث يجعل الأطفال أقل قلقاً في كراسيهم بالمدرسة.

لقد درس هذا المرض في محاولة للبرهنة على وجود أساس وراثي له ومن هنا كان دخول الجينات في الأعتبار الوراثي لهذا المرض وهكذا درست أحصائياً فوجد أن الوالدين أنفسهم يمكن وصفهم بالنشاط المفرط في طفولتهم ورأى الباحثون أن عدداً أكبر من والدي ذوي النشاط المفرط وعماتهم وأعمامهم أو خالاتهم وأخوالهم كانوا هم أنفسهم ذوي نشاط مفرط، وهكذا قرر الباحثون أن النتائج تشير الى أن اصابة الطفل بمتلازمة النشاط المفرط تمرر من حين لآخر وقد التقت هذه النتائج مع التشخيص الذي ذكر أن أمراض الذكاء أو الصرع أو الانحلال الخلقي تنتشر بين عائلات الأطفال ذوي النشاط المفرط، وقد ظهر عام ١٩٧١ مطبوعات في مجلة تحمل أسم (الطب النفسي البيولوجي) أنه لوحظ أن حالات أدمان الكحول بين الوالدين تكاد تكون كلها في الذكور بينما كانت كل حالات كراهية المجتمع من الذكور أيضاً فأن كل حالات الهستيريا كانت بين الاناث، وفي دراسة على خمسين صبياً شخصوا على أنهم حالات نشاط مفرط في عيادة لعائلات قوات مشاة البحرية مع أطفال كمجموعة ضابطة تم قرارهم مقدماً على أن عائلاتهم ليس بها حالات نشاط مفرط فكانت النتائج وتوافقت مع الاحصاءات السابقة حيث كانت نسبة حالات أدمان الكحول وكراهية المجتمع والهستيريا المشخصة عند والدي حالات النشاط المفرط أكثر كثيراً مما عند والدي المجموعة الضابطة، وهكذا تم التوصل الى نتيجة مفادها أن حالات النشاط المفرط تتواجد أكثر بين أقارب ذوي النشاط المفرط وبعد دراسة كل العوامل البيئية لمثل هذا الحالات تبين أنه (لايمكن أقامة نظرية بيئية محض عن انتقال الاصابة بهذه الحالة).

آلية الهندسة الوراثية علاجياً

لقد ظهر في منتصف الستينات اتجاه وخطا جديدة في علوم الحياة والذي تردد كثيراً على أنه وفي حالة تعميق تطبيقاته سيكون بالامكان وبصورة جدية تطوير التقنيات المستعملة في تصنيع عدد كبير من المواد الكيمياوية والصيدلانية. وقد نشأ حقل الهندسة الوراثية نتيجة للأكتشافات المتعددة اللاحقة والمتعلقة بالنقاط التالية

١ - التركيب الكيميائي للحامض النووي والشفرة الوراثية

٢ - الشفرة الوراثية وعملية الترجمة والاستنساخ

٣ - الانزيمات القاطعة

٤ - البلازميدات

٥ - أنتقال الصفات الوراثية (ص ١٨ التقنية الحيوية والهندسة الوراثية)

لقد عرف أحد العلماء عملية هندسة الجينات بأنها العملية التي بأمكانها توليد خلايا أو أفراد جدد تحمل صفات وراثية تختلف عن الأبوين السابقين، كل ذلك يتم عبر عملية تبادل الجينات بين كروموسومين وتسمى هذه العملية الأقتران الوراثي genetil recombination.

وقد أمكن هندسة الجينات خارج الجسم الحي حيث أمكن حدوث تبادل جيني أو ادخال جين الى خلية من نوع آخر خارج الجسم الحي وقد تم تطبيق هذه التقنية في البكتيريا وبصورة خاصة جرثومة الاشريجيا القولونية حيث أدخل الى تركيبها الوراثي جينات من الحيوانات أو الأنسان وتم توالدها، ويتم هذا التبادل خارج الجسم الحي عبر أستخلاص (د ن ا) من الانواع المختلفة وتكوين جزيئة من د ن ا الهجين ومن ثم أدخالها الى الخلية الحية لغرض الحصول على صفة جديدة. لقد استخدمت هذه الآلية التقنية للأنسان في الأمراض الوراثية الحاصلة بسبب جين معين عاطل، وقد بدأ العلماء منذ بداية الثمانينات بتجارب فريدة من نوعها تخص أعادة هندسة الجينات، فبأدخال أبرة الى العظم الحرقفي لمريض مصاب بمرض جيني مهلك يمكن أن يسحب مقدار ملعقة طعام من خلايا النخاع الاسفنجي الذي يملأ تجويف العظم، ويمكن وضع تلك الخلايا مع فيروسات مصنعة (أعيد تركيبها لتستضيف جينات أخرى مريضة) حيث أن الفيروسات في هذه الحالة سيكون تأثيرها مباشراً على خلايا النخاع فعندما تؤخذ هذه الخلايا المصابة وتوضع في الصحن المعد لزرع البكتيريا في المختبر، كما تؤخذ خلايا غير مصابة وتوضع معها ثم يعاد زرع مثل هذه الخلايا في جسم المصاب، فأن الجين السليم سيقوم بالعمل الذي فشل في أدائه الجين المصاب وسيشفى المريض في هذه الحالة، ويصبح بهذه التقنية قابلا أن تعالج مئات الأمراض الجينية.

أن معالجة الأمراض الجينية بادخال جينات طبيعية لجسم المريض تبدو عملية بسيطة الا أنها في الواقع غير ذلك حيث تعتبر من العمليات المعقدة التي لا يجرؤ عليها الا العلماء فمن يمتلكون التجربة والخبرة الواسعة للقيام بذلك، وقد فشلت عدة تجارب في بداية الثمانينات أما بعد ذلك بخمس سنوات فقد بدت فكرة العلاج الجيني فكرة معقولة وكان من العلماء المبادرين الناجحين في أستخدامها (ريجارد موليفان) الذي يعزى أليه تخطي أصعب العوائق في هذه العملية وهي كيفية أتمام نقل الجينات الى الخلايا وقد فاز هذا العالم بجائزة نوبل آنذاك.

أن كثيراً من الأمراض السرطانية التي يكون جزء من سببها أنحراف الجينات كانت تعتبر خارج نطاق المعالجة الجينية لسنوات خلت، أما اليوم فقد قامت المحاولات لمعالجة بعض هذه الأمراض، مرض تليف المثانة وضمور العضلات والهيموفيليا، النزف الدموي، ومرض هنتخيون ومرض ADA وكذلك lesh nyna.. أن الجين المصاب للمرضين الأخيرين قد تم تشخيصه ومعرفته ويمكن تهيئة جينات سليمة مماثلة له في المختبرات لذلك بدأ موليفان وآخرون معه بمعالجة مرض ADA أولاً وأعتبروه المرشح للمعالجة الجينية لأنه ناتج عن نقص الانزيم في نخاع العظم -النسيج الذي يعتبر الطريق الأسلم

لادخال جينات غير مرضية الى الجسم. أن نخاع العظم هو مكان نشوء (خلايا T) العنصر الأساس لجهاز المناعة في جسم الأنسان، ونقص الأنزيم يؤدي الى تكوين سموم تعتبر العامل الأول في عدم نضج (خلايا T) بصورة صحيحة كما أن الأنزيمات مع صلة وثيقة بالجينات حيث تعتبر الأخيرة أجزاء صغيرة مكونة لعامل (د ن أ) الجزيئات الثنائية الدقيقة جداً الحلزونية الشكل التي تحمل الشفرة الوراثية في حياة الأنسان، حيث يحمل كل جين هذه الشفرة أو ينقلها الى بروتينات معينة، وتخدم جزيئات البروتين كمركب بنائي أساسي في الجسم أو كمركبة (حضان شغل) تسير وتدير عمل هذه الجينات فبعضها يقوم ببناء الأنسجة والاعضاء على سبيل المثال بينما يقوم البعض الآخر وهو الأنزيمات بتعطيل السميات (التوكسين) وتنظير جهاز الهضم والمناعة في الجسم، فعندما يفقد الجين قابليته على العمل بصورة صحيحة فأنه يقوم بالتالي بنقل الشفرة بصورة خاطئة منتجاً بروتيناً غير فعال أو ينشل نهائياً في نقل أي بروتين يقوم باصدار الرسالة وكل بروتين كما هو معروف ذو أهمية قصوى فلن يكون الجسم قادراً على العمل بصورة سليمة بدونه. وهدف المعالجة بالجينات هو زراعة الجين الذي يتمكن من تحريك البروتين الأساس بصورة عنيفة، لذلك عمل موليفان على تطوير الطريقة التي يراها سليمة وذات نتيجة أيجابية بهذا الصدد.

لقد عكف موليفان لسنين عديدة على دراسة أستيلاء نوع خاص من الفيروسات يدعى بالفيروس التراجعي أو المرتد (retorrirus) حيث أستخلص فكرة أعادة تركيب مثل هذه الفيروسات لكي تقوم بالعمل الذي يرغب في تنفيذه وبذلك تكون بمثابة الرسول أو القوة الموجهة التي تعمل على نقل الجينات الى داخل الخلايا. أن الفيروسات المرتدة مثلها مثل باقي الفيروسات التي يشار اليها على أنها جسيمات دقيقة ما هي الا مجاميع صغيرة مكونة من مادة جينية مكسوة بطبقة بروتينية أما الشيء المميز فيها والذي يكسبها صفة البذرة هو كون نوياتهم الجينية مكونة من (ر ن أ) ذات الصلة الكيمياوية بعامل (د ن أ) الخام التي تتكون منها العديد من الفيروسات وبعض الأحياء الاخرى، وهدف الفيروسات المرتدة هو أن تلج وتدخل في الخلايا لأنه بدون عامل (د ن أ) لايمكن تكوينها ثانية. والفيروسات المرتدة تعتبر العامل الرئيس المسبب لسرطان بعض الحيوانات كما أن بعضها يعتبر أيضاً سبباً في ظهور أعراض مرض الأيدز. فمن الطبيعي أنه حال تأثير الفيروس التراجعي أو المرتد في الخلية فأنه يعمل على تدميرها ويستخدم ذلك لمنفعته الخاصة فيقوم أولاً بقرصنة الكيمياويات الخلوية الضرورية لتكوين نسخة ال (د ن أ) مستخدماً بذلك ال (ر ن أ) الذي يعود للفيروس نفسه ومن ثم يقوم الفيروس بادخال نسخة (د ن أ) التي تحتوي على كافة الجينات الفيروسية داخل سلسلة من (د ن أ) داخل نواة الخلية المضيفة بعدها تعمل الخلية على ترجمة شفرتها الجينية الى بروتين بواسطة (ر ن أ) وهكذا تعمل على تكوين (ر ن أ) فيروس وبروتينات فيروسية، وبذلك يحتال الفيروس على الخلية المضيفة بأستخدام مؤهلاته الخاصة التي تمكنه من خلق جيل جديد من الفيروسات ومن خلال التجارب أستنسخ موليفان بأنه ما دامت الفيروسات المرتدة تعمل بصورة طبيعية في أدخال جيناتها الى الخلايا فسيكون بأمكانها أن تعمل الشيء مع الجينات الغريبة لذلك عمل مع فريقه على الجمع بين جينات بشرية وبكتيرية وفيروسات مرتدة وزرعها في الخلية وتركها لتفعل فعلها فشاهد أن الفيروسات

قامت بنقل الجينات الغريبة لخلاياها المضيفة وبذلك نجحت تجربته.

أن الفيروسات المرتدة التي أقام العلماء تجاربهم عليها لم تكن معروفة على أنها عامل مسبب لأي مرض يصيب الأنسان، أما تلك التي تستخدم في المعالجة الجينية فيجب أن تكون مسببة للعدوى ولكن في نطاق ضيق، وكان أمل العلماء في أيجاد نوع جديد من الفيروسات المرتدة التي تتمكن من نقل الجين الى الخلية البشرية، ولتحقيق ذلك عمل موليفان وآخرون على اعادة تركيب أثنين من الفيروسات المرتدة لتتمكن من تكوين جزيئات جديدة لأنه ليس في مقدور كل واحد على حدة أن يكون فيروسات جديدة، بعدها نقلوا من أحدها جينات لتكوين الطبقة البروتينية التي تحتاجها للدخول الى الخلية وأحلوا محل تلك الجينات جينات أخرى غريبة كما أزاحوا من الفيروس الثاني الذي يدعى بالفيروس المساعد السلسلة الجينية التي تميز الطبقة التي تلتف حول ال (ر ن أ) الفيروسي وتشكل الفيروس الجديد وعند الجمع بين الفيروسات العاطلة عن العمل وزرعها في الخلايا يعمل الفيروس المساعد على تأمين أو القيام بكافة الأعمال الفيروسية المطلوبة لنقل الفيروسات (المهندسة) ولكنها في هذه الحالة لا تتمكن من نقل نفسها وهكذا تمت بنجاح تجربة موليفان وتمكن بنجاح من نقل الجينات البشرية وزرعها في خلايا بشرية.ومن هنا بدأت الهندسة الوراثية الحيوية تاخذ مجالها في الطب ولم يبق الا التنويعات التي تشكلها الاهداف الخاصة بعملية هذا النقل من وظائف الجينات المختلفة فكان الأنسولين البشري والأنترفيرون وغيره من العقاقير الجينية حتى وصل الأمر الى خلق أو تخليق حيوانات مختلفة عن أبويها بأدخال جينات من حيوانات أخرى نقلت وظائفها الى الحيوان الجديد.

لقد نشرت أحدى المجلات العلمية بحثاً تحت عنوان (هل من الممكن تصحيح الجينات المعطوبة في الخلايا) في السبعينات (Nature New Biology) وقد أجرى هذا البحث مجموعة من العلماء تحت أشراف البروفسور هذي هاريس وفيه يعلنون عن أنتاج خلايا جديدة من أندماج خلية كتكوت مع خلية فأر حيث بدأت الخلية الهجين في الأنقسام والتكاثر، والسبب هو أن الفأر كان يحمل مرضاً وراثياً نتيجة لجينة خاطئة وعمل العلماء على محاولة تصحيح خطأ الجين هذا وكل ذلك كمقدمة لعلاج الأمراض الوراثية عبر نفس الآلية الحيوية لقد كانت النتيجة على سيادة كروموسومات الفأر وأضمحلت كروموسومات الكتكوت وتفتته الى جينات ثم أستقطبت جينات الفأر بعض جينات الكتكوت التي أصبحت فرادى ومنها الجينة الكتكوتية التي حلت في البرنامج الوراثي لخلية الفأر وأشتغلت فيه بدل الجينه المعطوبة وهكذا جرؤ العلماء على الأستمرار بالتجارب لتطبيقها على الأمراض الوراثية نتيجة خلل جيني لدى الأنسان (ص ١٨ التنبؤ العلمي ومستقبل الأنسان)

وهكذا نرى أنه خلال ربع قرن فقط من أكتشاف آلية الهندسة الوراثية داخل الخلايا الحية توصل العلماء الى أن حقن خلايا مأخوذة من فأر الى جين فأرة أخرى مثلاً يجعل خصائص الفأر الوراثية تظهر في الفأر الوليد بل أن الأمر تجاوز هذا الى ظهور الخصائص الوراثية الجديدة في سلالة الفأر الوليد، وبهذا أستنتج العلماء أن هذه التجربة وضعتها على مشارف التحكم في الخصائص الوراثية للجنس البشري وفي أعادة تكوين السلالات البشرية (ص ١٧٦ هذا الغد العجيب) وبالتالي أمكانية القضاء على كافة الأمراض الوراثية ذات الأصل الجيني المعروف، وكما يساعد على هذا أن طريقة

الجينيوم البشري بعد عمل دؤوب لأكثر من عشر سنوات باتت معروفة وحددت وظائف كل جين بشري سوي أو غير سوي ولم يبق الا استخدام الآلية الهندسة الوراثية لأصلاح الاخطاء الجينية والامراض الناتجة عنها فهل ترى سنحلم بعالم بدون أمراض وراثية؟

المصادر والمراجع

١) التقنية الحيوية والهندسة الوراثية ت: د. أزور نعمان خلف
٢) التنبؤ العلمي ومستقبل الانسان ت: عبد المحسن صالح
٣) هذا الغد العجيب ت: راجي عنايات
٤) الادمان مظاهره علاجه ت: د. عادل الدمرداش
٥) التنبؤ الوراثي ت: د. زولت هارسنياي
٦) القلق ت: د. دافيد شيهان
٧) الوراثة والانسان ت: د. محمد الربيعي
٨) علم الأحياء والأيدلوجي والطبيعة البشرية ت: ستيفن روز
٩) فصام العقل ـ الشيزوفرينيا د. علي كمال
١٠) أحلام اليوم حقائق الغد ت: راجي عنايات
١١) آفاق المعرفة ت: لين وايت
١٢) صدمة المستقبل ت: توفلر
١٣) البيولوجيا ومصير الانسان ت: سعيد محمد الحفار

الفهرست

١) مقدمة ومدخل
٢) وقع المرضى جينه وكروموسومات أو بيئة وتكيفات
٣) الجينيوم والأمراض الوراثية
٤) الجينيوم والأمراض النفسية والعقلية
أ ـ الشيزوفرينيا
ب ـ أمراض الذكاء
ت ـ الكحولية
ث ـ مرض القلق
ج ـ متلازمة الطفل ذي النشاط المفرط
٥) آلية الهندسة الوراثية علاجياً
٦) المصادر والمراجع

في العدد القادم

دراسة مقارنة تفصيلية بين المعجم الالكتروني وبين المعاجم العربية المتوافرة.

مع شرح معمق لمحتويات هذا المعجم وسبل الإفادة منه بمساردة الثلاثة:

عربي ـ فرنسي ـ انجليزي

قريباً ترقبوا إطلاق

الصفحة العربية للعلوم النفسية

صفحة مركز الدراسات النفسية

صفحة الثقافة النفسية المتخصصة

Risperdal™
RISPERIDONE

Winner of the first International Prix Galien 1996

- The uniquely balanced serotonin-dopamine antagonist
- Effective in positive and negative symptoms
- Low incidence of EPS
- Vast experience worldwide
- No routine blood monitoring required

Full prescribing information available upon request

JANSSEN-CILAG

Janssen Pharmaceutica
Turnhoutseweg 30
B-2340 Beerse /Belgium
Telephone: 32 14 60 21 11

Risperdal™
RISPERIDONE

A first choice in psychosis