

النّفّاذه النفسيّة المعنّفة

العدد الرابع والخمسون - المجلد الرابع عشر - ابريل/نيسان 2003

سيكوفيزولوجية الألم

د. برويكر - ش. مولغ - ف. بترمان

ترجمة د. سامر رضوان

- صداع الشقيقة
- نشوء الألم المزمنة
- مقابلة مع البروفسور ناصر عاقل
- نظريات العلاج النفسي
- علاجات الألم
- تصنیفات الألم
- منشأ الألم في الطفولة
- تشخيصات الألم

مرکز الدراسات النفسيّة والنفسيّة - الجسديّة
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

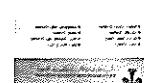
فاكس: 961.6.438925

E.mail: ceps 50 @ hot mail.com





النهاية النفسية المبنية



FRANCAIS

ENGLISH

علم النفس

Interdisciplinary Psychology

الكوارث ندوة نفسية

تحليل نفسى

Psychologie Interdisciplinaire

السيكوسوماتيك العلاج النفسي

الطب النفسي



السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد النابليسي

العدد الثالث والخمسون / يناير السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكل من أشكال إدمان الأكل. عارضاً لمختلف النظريات الطبية المقسّرة للسمنة والطارحة لأنسبيتها. دون إهمال لإقتراحات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية. فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترنة بالسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومهماً إضطرابات الأكل عامّة في إطار الإضطرابات السيكوسوماتيكية. المزدوج



المعلوماتية والعلوم النفسية

د. جمال التركي

العدد الثاني والخمسون / أوكتوبر السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع استخدام المعلوماتية في مجال العلوم النفسية في البلاد العربية. حيث اللغة المشتركة تومن تضافر الجهود المعلوماتية في هذه البلاد. ويشير على الملف الزميل التركي صاحب السبق في هذا المجال. للمزيد انقر في العدد القادم



سيكوفيزولوجية الألم

دراسة نفسية عصبية يشارك فيها ثلاثة من الباحثين الأجانب المعروفة. ترجمتها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فائز عايل وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي....



سيكولوجية أطفال الإنفاسة

جماعة من الباحثين

العدد الخامسون / أبريل السعر: دولارات

يتضمن البحث التالي: خصوصية الضابط الناجمة عن الإنفاسة. قراءة في سيكولوجية طفل الإنفاسة. تصور خطة لعلاج الأطفال الفلسطينيين. ومتباينات الإنفاسة. للمزيد

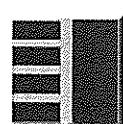
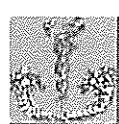
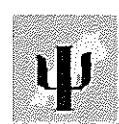


أزمات المراهقة

أ. د. آنور الجراية

العدد الثامن والأربعون / ابريل السعر: دولارات

يحتوي الملف على البحوث والمقالات التالية: المراهق والسلسلة. سلوكيات المراهق. المراهق والصحة النفسية. المراهق والتثبت. الأسري. والمرافق والاختلالات. للمزيد



الصفحة التالية

- شروط النشر
- الهيئة الاستشارية
- مؤتمرات المجلة
- ملفات المجلة
- دليل الموقع

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

الهيئة الاستشارية

احمد عبد الخالق - جامعة الكويت - كلية الاداب
احمد ابو العزائم - رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية
اسامة الراضي - مجمع الراضي للطب النفسي
اليزيبيت موسون - عضو شرف في محافل عالمية
انور الجراية - مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي
بشير الروشيد - رئيس مجلس امناء مكتب الاتماء الاجتماعي
جمال التركي - استشاري الطب النفسي / تونس
جيجمي ييشاي - مشفى المغاربين القداء/ الولايات المتحدة
خليل فاضل - استشاري الطب النفسي / بريطانيا
صفاء الاعسر - مركز دراسات الطفولة/ عن شمس
طلعت منصور - جامعة عين شمس - كلية التربية
عادل الاشول - جامعة الكويت - كلية التربية
قبيبة شلبي - الولايات المتحدة
زياد الحارثي - جامعة ام القرى - السعودية
عبد السatar ابراهيم - جامعة الملك فهد/ الظهران
عبد الفتاح دويدار - جامعة الامارات
عبد العزيز الشخص - جامعة عين شمس - كلية التربية
عبد الرزاق الحمد - جامعة الملك سعود - كلية الطب
عبد الحميد الخليدي - جامعة عدن - كلية الطب
عدنان التكريتي - رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي
علي زعبور - الجامعة اللبنانية - كلية الاداب
فاروق السنديوني - جامعة واغا واغا/ استراليا.
فرح عبد القادر طه - عضو الجمع العلمي المصري
فيصل الزراد - مستشفى الطب النفسي / ابو ظبي
قدري حفني - قسم الدراسات الانسانية/ عن شمس
محمد حمدي الحجار - استاذ الطب النفسي السلوكي / سوريا
محمد الطيب - عميد كلية التربية/ جامعة طنطا
محمد نجيب الصبوة - رئيس تحرير دراسات نفسية

قيمة الاشتراك السنوي

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

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

النفحة النفسية المعاونة

رئيس التحرير
محمد أحمد النابلسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY
Editor in chief: 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 المعاور المحددة مسبقاً.

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

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

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

قواعد نشر البحوث في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

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

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

قواعد عامة

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

قواعد خاصة

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

المحتويات

□ عزيزى القارئ	٦
□ قضية العدد: المدرسة المصرية في علم النفس الحديث - د. عبد الرحمن العيسوى	٧
□ علم النفس حول العالم	١٣
□ مقابلة العدد: لقاء مع البروفسور فاخر عاقل	٢١
□ الطب النفسي: الأصول النظرية لبعض مدارس العلاج النفسي / البروفسور يحيى الرخاوي	٣٤
□ الطب النفسي - العصبي: أثر إصابة النخاع الشوكي في النشاطات الترويحية والاندماج في المجتمع / د. بسام رجائى كمال	٤٤
□ التنويم المغناطيسي بين الأطباء النفسيين والمعالجين بالقرآن / د. طارق علي الحبيب	٦٣
□ الندوات والمؤتمرات:	
- ندوة الإرهاب والعملة	٧٥
- العنف العائلي	٨٢
- دور المرأة في مكافحة المخدرات	٨٤
□ مكتبة الثقافة النفسية	
- القلق... قيود من الوهم	٨٩
- فوائد نفسية... مقالات، رسائل، اختبارات	٩٣
- النفس المغلولة / سيكولوجية السياسة الاسرائيلية	٩٥
- مجلة الطفولة العربية	٩٩
□ ملف العدد:	
- سيكوفيزiology الألم د. برويكر - ش. مولع - ف. بترمان ترجمة د. سامر رضوان	١٠٩



عزيزي القارئ

في ظل ظروف بالغة القساوة على بلادنا ومستقبلها يصدر هذا العدد، كسابقه، وسط إلهامك في مراقبة ورصد تطورات الوضع وانفجار تناقضات العربية بهذه المناسبة. وذلك في مقابل حرب فعلية ونفسية جائحة.

فالسفاح شارون يحصل على تفويض لمتابعة مذابحه وإقتناص تنازلات جديدة ومعها الإستعداد لبني ثمار الحرب العراقية. سواء بمشاركة الإبتزاز أو بتحالف العدوان. ورغبتنا في الحياد الفظ تجاه تناقضاتنا العربية الكارثية يجب ألا تمنعنا من التقرير بأن العقل العربي يترجم أحداث اللحظة الراهنة على أنها إدلال صريح للأمة وللعقل بحد ذاته.

و هنا نحن تتبع حيادنا الفظ راجين من المولى أن يتلطف بكرامة هذه الأمة. لكننا لن نستطيع الحفاظ على هذه الفظاظة اذا ما استمر الإدلال وأذن بالتحول الى استراتيجية معتمدة لتفجير شيزوفرانيا جغرافية وسياسية وانسانية ومستقبلية في بلادنا. حيث تقاد التهديدات، وإيحاءات الحرب النفسية، تتجه في دفع الجماعات الى نكوص موغل يجعل لقاءها مستحيلا في المدى المنظور. وندركم بتحويل العدد القادم الى عدد خاص بعلم النفس السياسي لو للمساهمة في دعم سلوك التعامل مع الضغوط والتهديدات المستقبلية المفاجئة.

حسينا أنها نعرض حيادنا في هذا العدد عبر محنتياته المميزة. اذ نستضيف فيه البروفسور يحيى الرخاوي في مقالة حول نظريات العلاج النفسي. إضافة لمقابلة مع البروفسور فاخر عاقل. وهو رائد الاختصاص في بلاد الشام. ومقالة حول العلاج التقليدي بقلم الزميل الدكتور طارق الحبيب. اضافة للأبواب الثابتة المعروفة.

ملف العدد يحمل عنوان «سيكوفيزiolوجية الألم» وهو ملف باللغ الأهمية ترجمه عن اللغة الألمانية الزميل الدكتور سامر رضوان.

على أمل أن تأتي الأيام القادمة بالعذر لفظاظة تصديرنا تمنى لك، عزيزي القاريء، مزيد العطاء والمساهمة في رصد وتتبع الحاجات العملية لمجتمعنا. كما سبل تجنبه لوضعيات مستقبلية مشابهة لما يعيشه اليوم.

أسرة التحرير

المدرسة المصرية في علم النفس الحديث

بقلم

د. عبد الرحمن محمد العيسوي

أستاذ علم النفس بجامعة الإسكندرية

لعلم النفس الحديث تاريخ قصير نسبياً، في مجتمعنا المصري وفي العالم كله، ولكنه يسير بخطوات سريعة نحو التقدم والنمو والازدهار والتنوع، بحيث أصبح يمد خدماته إلى مختلف مجالات الحياة العصرية، وإلى مختلف طوائف المجتمع السوي منها والشاذ. ومتماز المدرسة المصرية في علم النفس بتعدد ابعادها وتتنوع اتجاهاتها الفكرية والمذهبية والتطبيقية. فلقد تناول علماء النفس المصريون هذا العلم الفتى الناشئ من روئي وزوايا متعددة وبذكاء متفتحة. وعلم النفس وإن كان منقولاً عن العلوم الغربية، إلا أن له جذوراً عربية وأسلامية عميقة يحفل بها التراث الإسلامي العظيم.

فلقد عرف علماء الإسلام كثيراً من المفاهيم والتصورات والمعاني والمناهج النفسية حتى قبل أن يستقل علم النفس الحديث وينسخ عن «أمه» الفلسفة التي كانت تحضن كل العلوم ومحظوظ في العصور اليونانية والرومانية والواسطية. فلقد ادرك علماء الإسلام من أمثال ابن سينا والرازي والكتبي والغزالى والفارابى وابن رشد واسحاق بن حنين وغيرهم، ادركوا كثيراً من الاعراض والأمراض العقلية والنفسية وتمحوها عنها ونجحوا في تشخيصها وفي علاجها، من ذلك الخبل والعبط والمانحوليا والسرسام والحزن والغم والاكتتاب والهستيريا، وادركوا كثيراً من الاعراض. كاللوساوس والهلاوس والهذاوات أو الضلالات.

ولقد شهد علم النفس تقدماً هائلاً على أيدي العلماء المصريين الذين ربّطوه بالقيم الإسلامية والمثل الأخلاقية العربية وحاولوا طبعه بالطابع المصري وبالثقافة العربية ولم يقتصر اهتماماتهم على مدرسة واحدة من مدارسه، أو الاخذ بأتجاه منهجي واحد كالمنهج الاحصائي أو المنهج التحليلي،

وانما اهتموا بكل الاتجاهات الفكرية والمنهجية والمذهبية في علم النفس الحديث، حتى ان الباحث الواحد تناولت ابحاثه واهتماماته الجانب التحليلي المتعدد الينا من اعمال سيموند فرويد ومدرسة التحليل النفسي، تلك المدرسة التي قامت في النمسا والتي سرعان ما انتقلت لتجوب كل انحاء العالم. اهتم علماء مصريون من الرعيل الاول من أمثال يوسف مراد واسماعيل القباني واحمد عزت راجح ومصطفى زبور.

وازدهر علم النفس التكاملی اي الم عدد الاتجاهات على يد علماء افذاذ من امثال کمال دسوقي ولويس كامل مليكة واحمد زكي صالح ورشدي منصور فام وفؤاد البھي السيد وعطيه محمود هينا و محمد خليفة بركات، ومن لحقوا بهم من اصحاب الاتجاهات المتعددة كمحمد عبد الظاهر ورج عبد القادر طه ورج احمد فرج ومحمود ابو النيل ومحمود منسى وعبد الوهاب كامل و محمد سلامة وغيرهم من تلذموا على ايدي الرائدين الاولین لعلم النفس عبد العزيز القوصی ومصطفی فهمی، من امثال فؤاد ابو حطب وحامد زهران وفاروق صادق وآمال صادق. وقد حركة الاهتمام بدراسة الظاهرة الابداعية مصطفی سويف ومصري حنورة عبد الحليم محمود. واهتم صلاح حوطر بدخول علم النفس وتطبيقاته في حل الخدمة الاجتماعية وحل مشكلات المجتمع.

ووحد علم النفس طريقه للتطبيق عن طريق الاعمال المتصلة لعلماء النفس بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية خاصة ظواهر الاجرام والانحراف والعدوان والادمان والبطالة واطفال الشوارع وما الى ذلك.

ووحد علم النفس طريقه للتطبيق في مختلف مجالات الحياة العصرية كالمجال التربوي والاجتماعي والاكلينيكي والعسكري والحضري والاداري والسياحي والاعلامي والسياسي والاقتصادي، وفي مجال رعاية الاحداث والجانحين ومدمني الحموم والمخدرات وفي السجون والاصلاحات. وكان من جهود اقطاب هذا العلم ان صدر قرار وزاري بتعيين اخصائي نفسي في كل مدرسة من مدارس الجمهورية بمختلف مستوياتها ومراحلها التعليمية وهذه خطوة رائدة في طريق التنمية البشرية والاجتماعية.

وما زالت الجمعية المصرية للدراسات النفسية والجمعية المصرية لخريجي علم النفس (رائم) تواصلن السعي الجاد لتعيين اخصائي نفسي في المؤسسات الصناعية والانتاجية والادارية والسياسية وفي كل تجمع بشري، ليتولى تقديم الرعاية النفسية تشخيصاً وعلاجاً ووقاية لبناء هذه المؤسسات والعاملين بها خاصة بعد ان اثبت علم النفس، بكل جدارة، جدواه واهميته في رفع

الكفاءة الانتاجية كماً وكيفاً وحماية العمال والموظفين من التوسيط في حوادث العمل وأصاباته. ومن التعرض للإصابة بالأمراض المهنية، وفي علاج الحالات النفسية والاضطرابات العقلية التي قد تظهر بين العاملين بهذه المؤسسات مما يسهم في دفع عملية الانتاج وزيادة كفاءة المؤسسات. ومدرسة الاسكندرية في علم النفس، تعد امتداداً طبيعياً لمدرسة علم النفس المصرية الكبرى، ولقد شهدت تقدماً بارزاً ونهضة شاملة - كان كاتب هذه السطور، بكل تواضع، من بين تلاميذها - فلقد بدأ علم النفس في بلادنا بداية متواضعة خجولة انحصر جل الاهتمام فيه على دراسة بعض ساعات لطلاب عدد قليل من الكليات والمعاهد العليا في تخصصات محدودة كعلم النفس العام وتاريخ علم النفس وعلم النفس الصناعي والاجتماعي والتربوي، ولكنه سرعان ما ازدهر وغصن ونما أفقياً ورأسيأ.

وتاريخ علم النفس، ان كان قد شهد تقسيماً لاعماله ورجاله الى مدارس كالتحليلية والسلوكية والوظيفية والغرضية والبنائية والترابطية والتجريبية، فإن علماء النفس المصريين لم يحصروا انفسهم في اتجاه واحد بعينه، وإنما اخذوا من كل بستان زهرة فجمعوا هذه الاتجاهات جميعاً وصهروها في بوتقة واحدة متعددة الاتجاهات والابعاد والمناهج والرؤى. خاصة بعد ان سقطت هذه المدارس في الفكر الغربي وحلت محلها اتجاهات فقط ومناح ينظر من خلالها للظواهر النفسية محل الدراسة، كالإدراك والتفكير والتخييل والصتور والتعلم والتذكر والابداع والتجريد والتعميم والتمييز والانفعال والنقد والمقارنة والتحليل والتركيب.

تلك المدرسة التي ركزت الاهتمام نحو مرحلة الطفولة الباكرة في حياة الكائن البشري واعتبرتها المرحلة التي توضع فيها بنور الشخصية الاولى أو جذورها الاولى التي تند طوال رحلة الحياة.

ومدرسة التحليل النفسي ينظر اليها على انها مدرسة انت بنظرية في تفسير الشخصية وفي بنائها، كما ينظر اليها على انها منهج من مناهج العلاج النفسي لعلاج الامراض والاضطرابات النفسية بالكشف عن اسبابها اللاشعورية الحسية. وتمثل هذا الاتجاه فيما يكتب عن مدرسة التحليل النفسي وعن الشعور واللاشعور وعن تكوين الشخصية والطفولة والمراقة وعمليات النمو ومراحله خاصة النمو الجنسي. وتضaffer هذا الاتجاه التحليلي مع الاتجاه الكمي التجاري العلمي الموضوعي القائم على اساس اجراء التجارب وتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية وتحديد كم وكيف ما يمتلك الانسان من تلك القدرات أو ما يعانيه من العلل والامراض والاضطرابات تحديداً كمياً رقمياً عددياً، وما يتبع ذلك من اجراء التحاليل الاحصائية

فيما يعرف باسم الاحصاء الوصفي والاحصاء التفسيري أو التأويلي. وقد تمثل هذا الاتجاه في مؤلفات مثل «الاحصاء السيكولوجي التطبيقي» و«النهج الكمي في الدراسات والبحوث النفسية والاجتماعية والتربوية» لكاتب هذه السطور، ويتمثل هذا الاتجاه في تقنيات مقاييس التزعة المركبة والتشتت والارتباط ومقاييس الدلالة الاحصائية البارامتيرية واللابارامتيرية وبذلك تتحول المدرسة المصرية في علم النفس بهذا العلم الناشئ منحًا علميًّا.

لقد اهتم الرعيل الاول من اقطاب هذه المدرسة بحركة الترجمة ونقل التراث السيكولوجي الغربي والأمريكي الى المكتبة العربية، وذلك قبل ان تنشط حركة التأليف العربي في هذا المجال الخصب، ولذلك وجدنا مؤلفات مترجمة في ميدان علم النفس وفي مناهجه ومدارسه وفروعه المختلفة كالصحة العقلية التي اسهم في نقلها احمد عزت راجح ويوسف مراد واسمعائيل القباني، وكان من نصيب محرر هذه الكلمات ترجمة كتاب «النمو الروحي والخلقي في الاطفال» وكذلك كتاب «طبيعة البحث السيكولوجي». ضمن السلسل التي اشرف على صدورها ورعايتها محمد عثمان نجاتي. واهتم اقطاب هذه المدرسة بمعامل علم النفس ومحتراته، فتم تزويد هذه المختبرات بالأجهزة والمعدات والأدوات والمقاييس والآلات الصالحة للتطبيق على ابناء المجتمع العربي بعد تطويرها وتعديلها.

وتجلت اعمال المدرسة المصرية في علم النفس في حركة صدور المعاجم والقاموسات ودواوين المعرف، فظهر العديد منها ضمن اعمال فرج عبد القادر طه وحسين الدرسيني وحامد عبد السلام زهران، وكاتب هذه السطور، حيث صدرت له عدة معاجم آخرها قاموس مصطلحات علم النفس الحديث والتربوية. ولا تخلو مؤلفاته من قوائم بالمصطلحات الانجليزية ومقابلاتها العربية، بقصد تيسير الفهم والقراءة والاطلاع لدى شبابنا المتعلّم للتخصص في هذا المجال الخصب الذي لا بد لصاحبه من اتقان اللغة الانجليزية.

وخاض علماء النفس المصريون غمار معركة قوية أرسوا خلالها حركة نقل الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية والتربوية والاجتماعية من اصولها الغربية والأمريكية الى البيئة المصرية والعربية، بعد ان نجحوا في تعريب هذه الادوات القياسية وطبعها بالطابع العربي، وبعد ان اعادوا تقنيتها، ووضع معايير جديدة لتفسير معطياتها المستمدّة من البيئة العربية والمصرية الصرف، بحيث لا تقارن درجة الطفل المصري، صاحب الاطار الثقافي الخاص، بزميله الامريكي او الانجليزي، وانما تقارنه بنتائج اقرانه من المصريين وحسب، وبذلك ازدهرت حركة القياس في ظل المدرسة المصرية في علم النفس، ونمّت على أيدي كثيرين من اهتموا بوضع الاختبارات الجديدة كاسمعائيل القباني

ويوسف مراد واحمد زكي صالح وفؤاد البهى السيد والسيد محمد خيري، وكاتب هذه السطور، وفتحت المدرسة المصرية في علم النفس في وضع علم النفس في مصاف العلوم الطبيعية والتجريبية. فتتكاكل الاتجاهات في المدرسة المصرية في علم النفس من ناحية التنظير والنظر وكذلك من الناحية التطبيقية، حيث تجرى البحوث الميدانية ذات الطابع التحليلي والاحصائي والى جانب ذلك ينحو علم النفس في المدرسة المصرية نحو التطبيق في مجالات علم النفس الاكلينيكي وما يتضمنه من التشخيص والعلاج وبرامج الوقاية الى جانب تطبيقه في المجالات العسكرية والبحرية وفي حقل من اخصب حقول علم النفس الا وهو الحقل التربوي والتعليمي.

فالمدرسة النفسية المصرية من ابرز معالمها انها تحليلية وكمية او احصائية وقياسية في آن واحد وكذلك إنها مدرسة في النظر والتنظير وفي التطبيق والوقاية والعلاج. والمأمول أن يزداد الاهتمام بالاتجاه التجريبي وان يتجه البحث الميداني للتصدي لمشاكل المجتمع في التنمية وفي البطالة والادمان والعنف والجريمة والتوعية الوطنية وترسيخ مشاعر الانتماء الوطني والعربي والاسلامي وحل مشكلات الاسرة الحديثة وتحريرها مما ي Kelvin طاقاتها من المشكلات والازمات والتورات والاعباء التي تنوء بها قدراتها المالية خاصة في ضوء امتصاص الدروس الخصوصية جل دخولها وفي ضوء اشتغال الام والاب، والدخول بمصرنا الحبية في عصر العولمة والافتتاح الفكري والفضائي العالمي، وانتشار قيم الجودة والانقان والتحسين والامانة فيما تقدمه من السلع والخدمات والاهتمام بالجوانب الاخلاقية في سلوك افراد المجتمع، وحمايتهم من طغيان التزعات المادية والاخاذية وبعد عن مظلة الایمان وتنمية روح التضحيه والقداء والبذل والعطاء وعدم الانبهار بالثقافة الغربية والسير في ركابها وتقليلها تقليداً عشوائياً. لقد اتى حين من الدهر كانت البحوث النفسية تهتم بالنظر والتنظير وتطبيق تقنيات احصائية جافة وجامدة كالتحليل العاملی بصورة آلية ميكانيكية حرفية وفي خضم هذا الاتجاه الاحصائي الجاف ضاعت البصيرة السيکولوجیة والوعي السيکولوجی والاستبصار السيکولوجی لمشكلات المجتمع وافراده واعراضهم وأمالهم وألامهم. لقد خفت في بلاد الغرب، حركة «التحليل العاملی» والاهتمام فقط بمعروفة ما اذا كانت القدرة أو السمة عبارة عن سمة واحدة أم أنها من الممكن تقسيمها الى عدة سمات أو قدرات فرعية مستقل بعضها عن البعض، كأن ننظر للذكاء على انه مكون من عاملين هما العامل العام والذي يوجد في جميع الانشطة الذهنية والعامل الخاص الذي يظهر في نشاط معين مثل النبوغ في الموسيقى أو الرياضيات أو الآداب. ام انه ينظر اليه على انه قدرة واحدة فقط.

علم النفس اداة فاعلة في معركة الحياة وفي ملاحم التنمية والتطور والتقدم والازدهار

وخصائص التنمية من جانبيها البشري أو الإنساني، وهو أداة من أدوات التطوير والتقدم والرخاء. ويستهدف تحقيق المزيد من سعادة الإنسان وتكيفه وتنعيمه بالصحة النفسية والعقلية الجيدة، وفوق كل شيء ترسیخ وتدعم ايمانه بالله الخالق العظيم. وبالوطن وقادته وفي تنمية روح الإخاء الوطني والتماسك الاجتماعي والوحدة والاتحاد والساند الاجتماعي والانصهار جميعاً في بوتقة واحدة هي مصرتنا وعروبتنا وأسلامنا الخالد إلى الأبد. وما زالت المدرسة المصرية في علم النفس تسير قدماً بفضل جهود العديد من علمائنا الشباب من أمثال عبد الفتاح دويدار وسمير عبد الفتاح وحمدي محمد ياسين وحسين سعد الدين ومايسة النيال ومدحت عبد الحميد ومحمد نجيب الصبوه وغيرهم من الذين يحملون الرأية ومشعل التقدم والنمو في هذا الفرع الحيوي من فروع العلم الحديث الذي أصبح يدرس في كثير من كليات الجامعة ومعاهد العليا ومراكز البحث والكليات العسكرية.

زوروا موقع الثقافة النفسية المتخصصة

www.psyinterdisc.com

الاشتراك عبر الانترنت.

شراء الأعداد والمجلدات السابقة عبر الانترنت.

شراء إصدارات المركز عبر الانترنت.

الاطلاع على الأعداد السابقة للمجلة.

انجليزي

فرنسي

عربي

وصلات هامة للباحثين

وصلات الواقع النفسي العربية

وصلات شبكة مركز الدراسات النفسية ...



علم النفس حول العالم

متابعة حركة العينين لعلاج الاكتئاب

دراسة توضح ان ثلثي ضحايا العنف تحركهم ميل انتحارية، ونسبة ضحايا العنف بين الرجال تفوق نسبة النساء الا ان النساء يتفوقن على الرجال من ناحية القدرة على تنفيذ الافكار الانتحارية.

أشارت دراسة حديثة الى انه تم تطوير اسلوب جديد لعلاج اضطرابات النفسية التي تخلفها التجارب الصعبة من خلال تسريع حركة العينين للسيطرة على الذاكرة. ويعتمد هذا الاسلوب على استعادة المريض لمشاهد التجربة السيئة التي مر بها في الوقت الذي يتبع فيه بعينيه بسرعة حركة يد الطبيب المعالج.

وقال البروفيسور جوتفريد فيشر رئيس مركز الامراض النفسية في جامعة مدينة كولونيا الالمانية ان ١٣٪ من ضحايا العنف الذين شملتهم الدراسة اعترفوا بأنهم حاولوا الانتحار. بينما اشارت الدراسة الى ان ثلثي ضحايا العنف تحركهم ميل انتحارية، وان نسبة ضحايا العنف بين الرجال تفوق نسبة النساء الا ان النساء يتفوقن على الرجال من ناحية القدرة على تنفيذ الافكار الانتحارية.

وأشارت الدراسة الى ان النساء يتعرضن في الغالب لاعتداءات جنسية مختلفة من افراد من المارف مما يسبب رغبة في الانتحار بسبب الشعور بالخوف وعدم الاستقرار والتوتر النفسي والشعور بالذنب.

وأضاف التقرير ان المرور بمثل تلك التجارب القاسية قد يترك آثاراً مضرة بالصحة النفسية بين الضحايا يطلق عليها «اضطرابات ما بعد الصدمة».

وأشارت الدراسة الى انه تم تطوير اسلوب جديد لعلاج تلك الاضطرابات من خلال حركة العينين السريعة للسيطرة على الدماغ. ويعتمد هذا الاسلوب على استعادة المريض لمشاهد التجربة السيئة التي مها بها في الوقت الذي يتابع فيه بعينيه بسرعة حركة يد الطبيب المعالج.

وتقول الدراسة ان هذا الاسلوب يفقد الذاكرة تأثيرها السلبي على مشاعر الانسان وبالتالي نسيان التجربة بشكل اسرع.

ومن ناحية اخرى، وافقت هيئة الاغذية والعقاقير الامريكية على ان توسع شركة «نوفارتس السويسرية» لصناعة الادوية انتاج وبيع عقار كلوزاريل Clozaril الذي يستخدم لعلاج الافراد المعرضين للانتحار وخصوصا بين المصابين بمرض فصام الشخصية.

وذكرت مصادر شركة نوفارتس، ان الدواء استطاع فرض نفسه في السوق بعد ان نجح في معالجة حالات ميؤوس منها في الولايات المتحدة وأوروبا.

أشعة المخ تكشف الاصابة بالذهان

اجراء الاشعة على المخ قد تساعد في التعرف على المرضى المعرضين للإصابة بالذهان العقلي.

ذكر الباحثون اليوم الثلاثاء ان اجراء الاشعة على المخ قد يساعد الاطباء على التعرف على الاشخاص المعرضين للإصابة بالاضطرابات الذهانية مثل فصام الشخصية.

فobia الطيران تصيب الامريكيين

علماء النفس الامريكيون يحذرون من تحول خوف الامريكيين من الطيران الى ظاهرة مرضية بعد احداث سبتمبر / ايلول ويحاولون ان يجدوا الحل.

٨ اكتوبر / تشرين الاول - إم إس إن بي سي - اصاب الفزع الامريكيين من السفر جواً حوادث الحادي عشر من سبتمبر / أيلول الماضي والتي استخدم فيها الجنة اربع طائرات وتحولوها الى اداة قتل جماعي وليس وسيلة للسفر.

اصبح السفر بالطائرة تجربة مخيفة، واظهرت النتائج ان حوالي واحد من بين كل ستة

اشخاص يتباهم حالة من القلق من السفر عن طريق الجو. ويخشى ان يتحول هذا القلق الى فوبيا يعني الكلمة بعد الاحداث الاخيرة وان تصيب ايضا تلك الفئة من الاشخاص. ويقول «ديفيد كاربونيل» عالم النفس ومدير مركز علاج القلق بشيكاغو لقد كانت الاحداث الاخيرة مقلقة بالنسبة للمسافرين الذي يعالجون من حالات الخوف التي تنتابهم. وقد اجرى كاربونيل مناقشات على الانترنت لمجموعة من المرضى من قد تغلبوا في الغالب على فوبيا الطيران، ويضيف كاربونيل ان حالة الخوف التي انتابهم مؤخرا يمكن ان تؤدي الى انتكاسة. ويأتي ذلك في الوقت الذي استأنفت فيه شركات الطيران رحلاتها بعد اعادة افتتاح مطار ريجان ناشونال والذي يعد آخر المطارات المغلقة والتي اعيد افتتاحها عقب الهجمات. ورددجو بولاية نيوجرزي بتأجيل السفر بالنسبة للأشخاص الذي كانوا لا يعانون من خوف طبيعي من السفر جوا ولكنهم يفضلون الانتظار قليلاً قبل معاودة السفر ويقول في الكوف «ان كل شخص لديه ساعته الخاصة التي يحدد من خلالها الوقت المناسب»، وان الامريكيين سيعودون ثانية الى حالتهم الطبيعية وبناء على تقديراتهم الخاصة، فان فقدان الانسان للرغبة في الطيران لمدة شهرين فإن ذلك لا يعني ان لديه فوبيا الطيران. ويضيف «ان من تعرضوا للازمة بشكل مباشر وكذلك من فقدوا زملاءهم أو اصدقاءهم أو اقرباءهم سوف يأخذون فترة اطول للعوده الى الحالة الطبيعية. وبالرغم من انتشار قوات الحرس الوطني في كافة المطارات المنتشرة في الولايات المتحدة الامريكية، فإن غالبية الامريكيين لا يزالون يشعرون بالقلق.

ويقترح بليندر على كل ما تضطهه الظروف للسفر جوا القليل من التغييرات في خط الرحلة مثل السفر عن طريق احد المطارات الاقل شهرة وركوب وسيلة انتقال اخرى لاستكمال الرحلة اذا كانت رحلة الطيران الجديدة لن تصل الى المكان الذي يقصده المسافر واما الى مكان قريب منه. ويعلق بليندر على هذه الطريق قائلاً ان ركوب الطائرة مرة اخرى سيساعد في ازالة المخاوف من الطيران.

بات القلب وحدوث تقلصات في المعدة ثم يبدأ بعدها في تخيل ما يمكن ان يصيبه من اضرار وهو على مقن الطائرة كأن يتوقف الحرك عن الدوران او ان يرتكب الطيار خطأ قاتلا. ويقول كاربونيل: «ان هناك نوعين اساسيين من المخاوف التي تنتاب البعض عند ركوب الطائرة، النوع الاول هو الخوف من الاصدام والموت، اما الثاني فهو الخوف من الاماكن المغلقة بمجرد اغلاق باب الطائرة. ويشير كاربونيل الى ان البعض قد يتعرض لنوع واحد فقط من هذه المخاوف

بينما البعض الآخر قد يشعر بالاثنين معاً، ولكنه يوضح انه من المهم في الحالتين السيطرة على الخوف.

المسافر هو الشخص الذي يقدم نفسه على باب الطائرة يم يتكرر مسؤولية الطيران لمن يفترض فيهم الكفاءة ولمن يحصلون على اجر للقيام بهذا العمل، فالمسافر ليس له دور في عملية التحكم بالطائرة لانه لا يستطيع التحكم فيها. ويدرك تماماً ان وظيفته على متن الطائرة تمثل في الانتظار ويسمح لنفسه فقط بالراحة بقدر الامكان.

ويقول كاربونيل ايضاً ان من يخشون من السفر جواً يحاولون تهدئة مخاوفهم بمحاولة الشعور انهم يسيطرون على مهام معينة في الرحلة مثل ان يتطلب الشخص الذي يخاف الطيران من الشخص الذي يجلس بجواره ان يكف عن الكلام حتى يراقب عملية الاقلاع وهو يتصرف في تلك الحالة كما لو كان احد افراد طاقم الطائرة وهو ما يجعله اكثر توتراً. وخلال الرحلة سوف يتبع المشاعر المرسمة على وجوه الطاقم كما انه سيكون حريصاً على اختيار الارقام التي يعتقد انها ستجلب الحظ عند مراجعة مواعيد وارقام الرحلات قبل الحجز للسفر. «الخائف يكون يقظاً في محاولته الانصات لكل صوت وهو ما يجعل عضلاته مشدودة».

للاسترخاء يتدرّب المسافرون على التعامل مع المناطق التي توجد بها عضلات مثل الرقبة والاكتاف حيث يتم شدها لمدة عشر ثواني ثم ارخائها. ويشرح كاربونيل ان هذه الطريقة فعالة جداً ويعنّ القيام بها في الاماكن المزدحمة.

وينصح كاربونيل مرضىاه ايضاً بـألا استبيان بسيط حول الاسباب التي تجعلهم يشعرون بالخوف بدلاً من الجلوس ومراقبة الخوف أو محاولة اخفائه عن افراد الطاقم والمسافرين. ويقول كاربونيل ان المريض في هذه الحالة يعرض ما يدور في ذهنه والاعراض التي تصيبه، وهي طريقة فعالة لتحليل واعادة توجيه الافكار.

وفي المرحلة الاخيرة من الدورة العلاجية التي تستمر على مدى خمس جلسات، قام المرضى بحلة جوية قصيرة من شيكاغو حتى احد المطارات القرية. وعلى مدى اربع سنوات لم يرفض سوى اثنين فقط القيام بهذه الرحلة.

الاختلاف يقول فليتشر انه اذا كانت هناك حالة طوارئ تمر بها عائلة ما على الجانب الآخر من الشاطئ فإنه سيسقط الطائرة التالية غير مبال بنوعية الطريق الذي ستسلكه الطائرة. يشار الى ان السفر من اجل المتعة قصة اخرى ويقول فليتشر انه يجب رؤية اوروبا وذلك في حالة المقدرة

على انجاز الرحلة. ويضيف «انتي احاول ان احدد المدة التي من الممكن ان تأخذها الرحلة للسفر من يوفاوندلاند الى ايسلندا».

الهجمات الارهابية اصابت الامريكيين بالاكتئاب

اظهرت النتائج ان الهجمات اثرت على عاطفة العديد من الامريكيين وان الكثيرين يؤيدون قرار الرد العسكري الا انهم يخشون من وقوع ضحايا لا ذنب لهم.

وواشنطن، ۱۹ سبتمبر / أيلول - إم إس إن بي سي - وحدت الهجمات الارهابية جميع الامريكيين وجعلتهم يقفون صفا واحدا في مساندة دولتهم للقيام برد عسكري قوي، الا ان هذه الهجمات في نفس الوقت اصابت العديد من الامريكيين بحالة من الاكتئاب والارتباك والارق. جاء ذلك طبقاً لنتائج الاقتراع الذي اجراه «مركز ابحاث بيو للصحافة والناس».

وذكر الاقتراع ان سبعة من كل عشرة اشخاص شعروا بحالة من الاكتئاب منذ وقوع هذه الهجمات الارهابية في ۱۱ سبتمبر / أيلول. وقد انتابت تقريباً نصف الاشخاص الذين اشتركوا في هذا الاقتراع حالة من عدم التركيز، كما عانى ثلث هؤلاء الاشخاص من الارق.

وكان النساء اكثر عرضة لحالة الاكتئاب الناتجة عن هذه الهجمات من الرجال حيث انتابت هذه الحالة اربع سيدات من كل خمس بينما بلغت نسبة الرجال اقل من الثلثين. كما كان الزوجين الذين لديهم اطفال اكثر عرضة للاكتئاب من ليس لديهم ابناء. وكذلك ارتفعت نسبة التعرض للاكتئاب في سكان المدن الرئيسية الكبرى التي تطل على ساحلي المحيط الهادئ والاطلنطي عنها في بقية سكان المدن الامريكية الاخرى. كما ذكر الاقتراع ان نسبة النساء التي يعانين من الارق قد زادت على نسبة الرجال.

وقال اندره كوهات مدير مركز بيو للابحاث «انه بات جليا ان الناس قد اصيروا بحالة احباط شديدة من جراء ما حدث وهذا يساعدنا في فهم سبب هذا التصميم الكبير على منع مثل هذه الهجمات من الحدوث مرة اخرى كما يساعدنا في فهم سبب مساندة الناس لقرار الرد العسكري حتى بعد علمهم بأن مثل هذا الرد العسكري قد يخلف وراءه اعداداً هائلة من الضحايا».

وجاء في الاقتراع ايضاً ان اربعة من كل خمسة اشخاص يؤيدون الرد العسكري كما ابدى القليل منهم تغييراً في موقفه هذا عندما علم انه من المحتمل ان يسفر هذا العمل عن ضحايا

كثيرة. وقد بيّنت مجموعة أخرى من الاقرارات أجريت في الأسبوع الماضي انه قد حدث انخفاض في اعداد المؤيدين للرد العسكري، لكنها اشارت الى ان ثلثي الاشخاص لا يزالون مؤيدين لهذا العمل العسكري حتى وان نتج عنه ضحايا كثيرة.

جدير بالذكر ان الامريكيين ذكرروا انهم مواطنون باستمرار على سماع التقارير الاخبارية حول الموقف الراهن، كما ذكر ثلثا هؤلاء الاشخاص انهم أصبحوا مدمجين لمتابعة هذه التغطية الاخبارية وهذا العدد يفوق عدد الذين كانوا يتبعون التغطية الاخبارية لحرب الخليج.

وقال تسعة من كل عشرة اشخاص ان وسائل الاعلام تقوم بعمل ممتاز أو جيد، كما ذكر أكثر من نصف العدد ان التغطية الاعلامية ممتازة وهذه النسبة تعتبر ايجابية لوسائل الاعلام كما تعد الاولى من نوعها في اقتراع بيرو.

ويذكر ان هذا الاقراع الذي استهل على ١٢٠٠ شخص والذي اجري في الفترة من ١٣ سبتمبر / أيلول وحتى يوم الاثنين الماضي تضمن هامش خطأ به ٣,٥ موجب أو سالب نقطة مئوية.

فيروس يرتبط بمرض انفصام الشخصية

مليونا امريكي مصابون بالمرض والباحثون تشير الى اكتشاف الفيروس في سائل النخاع الشوكي عند ٢٩٪ من الحالات المصابة بالمرض.

كشفت دراسة جديدة النقاب عن دليل قاطع بارتباط فيروس ما يتسبب في بعض حالات الاصابة بمرض انفصام الشخصية. وهو المرض العقلي المدمر الذي اصاب ما يزيد على ٢ مليون امريكي. واوضحت الدراسة ان استخدام عقاقير مضادة للفيروسات يمكن ان تلعب دورا في منع هذا الاضطراب الذهني.

قام فريق ببحث بقيادة احد علماء كلية الطب «جون هوبكينز» بفحص عينة من ٢٥ ألماني من تم تشخيص حالتهم بأنهم يعانون من مرض انفصام في الشخصية. واكتشف الباحثون وجود شفرة جينية - البصمة الجزيئية - لفيروس يوجد بالفعل في سائل النخاع الشوكي لحوالي ٢٩٪ من الحالات التي تم تشخيصها بوجود هذا المرض الخطير. كما عثر على هذه الشفرة في ٧٪ من يعانون من هذا المرض بشكل مزمن.

وعلى النقيض، فلا توجد جينات هذا الفيروس في سائل النخاع الشوكي للاصحاء سواء

من تم اجراء فحوصات لهم أو من يعانون من انواع اخرى من الامراض العصبية. وقال الدكتور روبرت بولكين، قائد فريق البحث، «ان نسبة ملحوظة من يعانون من مرض انفصام الشخصية في هذه الدراسة لديهم بصمة جينية نشطة لهذا الفيروس. بينما لا توجد لدى الاصحاء. وهو ما يؤكّد وجود الفيروسات في هذه العملية». واضاف بولكين انه انطلاقاً من هذه النقطة فإننا لا ندري ما اذا كان هذا الفيروس يسبب بعض حالات انفصام الشخصية او انه ينشط خلال هذه العملية.

طرق معالجة الفيروس:

في بداية الأمر، اكتشف العلماء هذا الفيروس مسرح الجريمة الا انهم حاولوا معرفة ما اذا كان هذا الفيروس هو المسبب للمرض ام انه مجرد حاضن. حيث قال بولكين انه اذا ما كان هذا الفيروس هو المسبب لمرض انفصام الشخصية فإن معالجته قد ثبتت كفاءة في كبح هذا المرض الذهني الذي ساق ما يقرب من ١٪ من الناس الى عالم من الاوهام. واردد «ان مبلغ آمالنا هو ان نستطيع التدخل لمنع هذا الفيروس من ان ينشط. اذا ما استطعنا، فإن ذلك سيمنع الاطباء طريقة جديدة لمعالجة مرض انفصام الشخصية». وقال الباحثون ان التكرار الكبير للجينات الفيروسية المكونة للاررام، التي وجدت في هؤلاء المرضى الذين تم تشخيص مرضهم حديثاً بدلاً من هؤلاء الذي يعانون منه بصورة مزمنة، قد اشار بشكل خفي الى ان نشاط هذه الجينات ربما يساهم في نمو المرض. وقد ظهرت هذه الدراسة في اعمال الاكاديمية الوطنية للعلوم. وساهم علماء جامعة هيدلبرج في البحث.

اما مرض انفصام الشخصية فهو مجموعة من الاضطرابات الذهنية تتميز بالتفكير التوهمي والهلاوس والتصرفات البدنية الغريبة. وقد تم التعرف على تغيرات وظائف المخ والتي تعد من خصائص هذا المرض، الا ان اسبابه الحقيقية ما زالت غامضة. ومرض انفصام الشخصية هو مرض ذهني خطير فهو من اكثر الامراض العقلية المزمنة حدة. وتظهر الاعراض الاولى للمرض في مرحلتي الشباب والراهقة.

الزميل جمال التركي يفوز بـ: جائزة مصطفى زبور للعلوم النفسية العام ٢٠٠٢



تتشرف الجمعية اللبنانيّة للدراسات النفسيّة
النفسيّة ومعها اداره واعضاء مركز
الدراسات النفسيّة والنفسيّة الجسدية
بعنوان جائزة مصطفى زبور للعلم
٢٠٠٢ إلى الدكتور جمال التركي /
تونس.

وذلك بناء على قرار اللجنة
الاستشارية للجائزة الذي استند إلى
الفعالية الفائقة في تطوير الاختصاص
وتطبيقه لخدمة المجتمع والانسان
العربي.

وهي مساهمة على مستوى النشر الإلكتروني والتأليف. وإعترافاً
بخدماته وأفضاله قررت اللجنة منحه هذه الجائزة التكريمية.

طرابلس في ١٥ / ١٢ / ٢٠٠٢

بهذه المناسبة تتقدم أسرة المجلة من الزميل التركي / عضو الهيئة
الاستشارية للمجلة بخالص التهاني والتمنيات بدوام العطاء والنجاح. وهي
تدعى القراء للمساهمة في المشروع التوثيقي الضخم الذي يتولاه التركي
بجهوده الشخصية. وذلك عبر الاتصال به على عنوانه الالكتروني
التالي:

Turky.jamel@gnet.net

مقابلة مع الدكتور فاخر عاقل

قابلة د. محمد جمال طحان

عندما طلب من رئيس التحرير الدكتور محمد احمد النابليسي المشاركة في موسوعة أوكسفورد للعلوم النفسية كان للدكتور فاخر عاقل الأولوية في ذهن النابليسي. فالحديث عن العلوم النفسية في المنطقة لا يكفي تجاهل هذا العالم الجليل ومساهماته التي أقامت صرح الاختصاص في سوريا ليتمتد تأثيره إلى كافة قراء العربية.

يومها سعينا للقاء الدكتور عاقل لاستضافته في باب مقابلة العدد وللاستفادة بتجربته لكننا لم نعثر عليه. فقد كان مسافراً خارج سوريا. ونظراً لأهمية هذا العالم وبمناسبة وفاته وجدنا ضرورة المساهمة بالتعريف بتاريخه الخصب عبر هذه المقابلة التي أجراها معه الدكتور جمال طحان وهذا نصها:

* د. فاخر عاقل، هل تحدثنا عن سيرتك الذاتية؟ *

« ولدت عام ١٩١٨ في بلدة صغيرة في شمال غرب سوريا اسمها كفر تخاريم وهي تابعة لمحافظة ادلب الآن. كان أبي موظفاً، تنقل بين أقضية حلب فتقليت تعليمي الابتدائي في مدينة الباب ثم انتقلت إلى حلب ودخلت مدرسة الروم الكاثوليك وبقيت فيها طالباً داخلياً مدة سنتين ثم تركتها إلى مدرسة التجهيز (المؤمن) وبقيت فيها ست سنوات نلت فيها البكالوريا (الثانوية العامة) ثم ذهبت إلى دمشق لدراسة الطب، لكنني أرفدت حينذاك إلى الجامعة الأميركيّة في بيروت فدرست التربية وعلم النفس ونلت منها شهادتي البكالوريوس والماجستير في التربية وعلم النفس. عُيّنت بعدها أستاذًا في دار المعلمين بدمشق. ثم أوفدت إلى لندن لتحضير شهادة الدكتوراه.. وبقيت هناك ثلاثة سنوات نلت على إثرها شهادة الدكتوراه وعدت أستاذًا مساعدًا في جامعة دمشق ورئيسًا لقسم علم النفس. أثناء عملي بجامعة دمشق عملت مع اليونسكو مدة سبع سنوات متفرقة، في مصر وفي الأردن وفي السعودية.

في الأردن شاركت في إنشاء الجامعة الأردنية وعلمت فيها مدة ثلاث سنوات، عدت بعدها إلى جامعة دمشق وبقيت فيها حتى عام ١٩٨٣ وطلبت إحالتني على التقاعد.
مؤلفاته: أربعة وعشرون مؤلفاً بالإنجليزية والعربية وثلاثة كتب مترجمة.

معظم كتبه مطبوعة أكثر من مرة، من هذه الكتب المؤلفة التي وجدتها في مكتبي والصادرة عن دار العلم للملائين وحدها: علم النفس التربوي أصول علم النفس وتطبيقاته مدارس علم النفس - اعرف نفسك معالم التربية التعلم ونظرياتها التربية قديمها وحديثها الإبداع وتربيته.

* هل تذكر لنا مؤلفاتك؟

** عندي سبعة وعشرون كتاباً، ومن بينها معجمان بالإنجليزية والفرنسية والعربية، أقدم فيهما المصطلح ومقابله ثم أشرحه. طلبت مني جامعة دمشق أن أضع معجماً بالعربية والإنجليزية ثم بالإنجليزية والعربية. فاشتغلت في المعجم سنوات سبع وجاء أقرب إلى موسوعة منه إلى مؤلف. كتبت عشرات المقالات بالمجلات والصحف، من أهمها مجلة العربي.

* هل تحدثنا عن الوضع الأسري؟

** لي ثلاثة أولاد: كبراهم هدى وهي الآن أستاذة في جامعة ميشغن، ترأس مؤسسة للعلوم النفسية، ولها مخبر يحضر إليه حملة الدكتوراه من أنحاء العالم للتخصص، وفي هذه اللحظة يبحث في مرض الاكتئاب.

لي ابن طبيب للأمراض الصدرية ومنها انتقل إلى مرض الإيدز في لوس أنجلوس وقد أصبح خبيراً عالمياً في هذا المرض.

ابنتي الثالثة طبيبة نفسية في واشنطن تعمل في الحكومة الأمريكية واحتراصها هو الشيزفرنيا (الانفصام) أيضاً عندها مخبرها الخاص وهي تحاضر وتكتب، هذا عن أولادي.

التربية مهمة الوالدين

* وزوجتك؟

** زوجتي كانت متعلمة ساعدتني مساعدة كبيرة في شئين: أولاً في تربية أولادنا، ثانياً في عملي العلمي. وهنا أحب أن أقول شيئاً للشباب المتزوجين حديثاً: تربية الأولاد لا تقتصر على المدرسة، تربية الأولاد يجب أن تبدأ و تستمر في البيت من قبل الأبوين. وقد عملت أنا وزوجتي - رحمة الله - على تعليم أولادنا وإكمال كل ما ينقصهم في المدرسة. ولذلك فهم اليوم جميعاً

يحتلّون مراكز جيدة ويحملون شهادات عالیة.

وأعتقد أنّ من أهم الأسباب التي أنا وأهمهم عملنا بجد ونشاط، طوال وجودهم معنا، على تقديم العون لهم، لكنها تركتنا حيث توفيت منذ ستين (١٩٩٩).

* من الذي تذكره من أساتذتك، ومن المميز من طلابك؟

** من أهم أساتذتي قسطنطين زريق في الجامعة الأميركيّة في بيروت. وأهم طلابي هو د. ناظم طحان، درسته في الإجازة والماجستير والدكتوراه. أشرفت على تربيته وأعتقد أنه متميّز. في دمشق أنطلان حمصي أيضًا ساعدت على تكوينه العلمي. التلاميذ ليس عشرات ولا مئات.. ألف التلاميذ.

* د. فاخر عاقل نود أن نسألك عن آخر الابحاث العلمية التي أجزتها، آخر الكتب؟

** آخر كتاب كتبته عن الشيخوخة وهو لم يطبع حتى الآن، ويتطلّب الطبع. وآخر الكتب كان عن الإبداع، وقد نفذ.

* ما أهم الكتب التي أفتّها، وما أقربها إلى نفسك؟

** أهم كتابي في رأيي هو معجم العلوم النفسيّة، قضيت في تأليفه سبع سنوات، وأعتقد أنه لا مثيل له في البلاد العربيّة، والمؤسف أن الناشر بعد أن نشر الطبعة الأولى أغلق محله واستغل بتجارة البناء.

* ألم تجرب إعادة طبعه في اتحاد الكتاب العرب أو وزارة الثقافة؟

** عرضته على وزارة الثقافة أما إذا كان هناك مؤسسة أخرى فأنا مستعد. قدمت نسخة منه للوزيرة السابقة السيدة نجاح، أخذته ثم سكتت ولم تصل بي وأنا لم أتصل بها.

كتبت في علم النفس والتربية، وفي رأيي أنني كتبت كتبًا مطلوبة في الجامعات كعلم النفس العام، وعلم النفس التربوي، والتعلم، وأصول البحث العلمي، وما إلى ذلك. وكتبي يبعث في العالم العربي بأجمعه. ولكن الآن خف الطلب عليها. والآن يوجد أساتذة جدد كتبوا كتبًا جديدة.

أقرأ في علم النفس والتربية ومجلات الجمعيات التي أنا عضو فيها مثل جمعية علم النفس البريطانيّة وجمعية علم النفس الأميركيّة. وقراءتي ضعيفة بسبب آلام عيني.

علم النفس يحتاج إلى مختبرات ونظام الجامعية يحتاج إلى تحديٍ

* بعد الخبرة الطويلة في الجامعة، كيف تقييم لنا جامعة دمشق، وضعها العلمي ومستواها العام، وهل تقدم اقتراحات من أجل التجديد والتطوير؟

** باعتقادِي أن الجامعات في سوريا تحتاج إلى شيء مهم هو البحث العلمي. والبحث العلمي مع الأسف نوادي به وبدأ تطبيقه، لكنه لم يتقدم التقدم المرجو، وبدون البحث العلمي لا يمكن أن يكون هناك تقدم علمي، من جهة أخرى، أعتقد أن واجب الجامعات والأساتذة الجامعيين أن يترجموا إلى العربية المصادر التي تظهر في البلاد المتقدمة.

* برأيك ما سبب هذا التأخير أو عدم مواكبة العصر في البحث العلمي والتطبيقات العملية لنتائج الأبحاث؟

*** هناك أسباب كثيرة، منها مثلاً، سياسة الاستيعاب التي تسمح لكل طالب أن يدخل الجامعة دون أن يداوم.. دون أن يتصل بالأستاذة، دون أن يصل بالمخابر..

هؤلاء الطلاب مع الأسف مستواهم العلمي محصور بالكتاب المقرر. ومعلوم في الجامعات المتقدمة لا يكفي بالكتاب المقرر وإنما الطالب يطالب بأن يقرأ كتاباً إضافية ليستطيع أن يتقدم.

* هذا السبب، هل يعود إلى نظام الجامعة أم إلى الأساتذة؟

** هناك سياسة الاستيعاب في سوريا، وهي سياسة تسمح لكل من أنهى التعليم الثانوي أن يدخل التعليم العالي، في نظري هذا خطأ، في البلاد المتقدمة الذين يدخلون التعليم العالي من خريجي التعليم الثانوي لا يتجاوزون عشرين بالمئة فقط، أما نحن فالباب مفتوح على مصراعيه ومع الأسف المستوى العلمي يهبط.

* ما رأيك إذن في الجامعات العالمية التي تطلب من أجل بعض الاختصاصات في بعض الجامعات؟

** هذه مشكلة أخرى من مشكلات الجامعات السورية، أنا في رأيي أن يطلب إلى الطالب علامات معينة ليدخل اختصاصاً معيناً هذا خطأ، الصحيح أن الجامعة أو الكلية عندها مثلاً مئة مقعد شاغر تفتح باب الامتحان وتنتهي المئة الأوائل وتكتفي بهم، ثم من قال إن الطلب يحتاج إلى ذكاء أكثر من الفلسفة مثلاً. كل الدراسات التي بين أيدينا تقول أن الفلسفة يحتاجون إلى ذكاء أكثر من الأطباء.

* نتيجة خبرتكم الطويلة في تدريس علم النفس وفي الكتابة فيه، هل تجدون أن الدراسة العلمية حول علم النفس في سوريا تطورت أم أنها تتأخر؟

** نحن بعيدون جداً عن علم النفس كما هو في البلاد المتقدمة، علم النفس في البلاد المتقدمة أصبح يتصل بعلم الفيزيولوجية والبيولوجية وعلم الأعصاب والتشريع وسواه. ونحن ما زلنا نكتفي بالتدريس البسيط للنظريات التي مر عليها زمن طويل.

* هذا ينقلنا إلى الحديث عن نظريات علم النفس ومدى تطبيقها العملي؟

** نظريات علم النفس في البلاد المتقدمة اليوم تجاوزت ما كان في القرن العشرين. في هذا القرن نظريات علم النفس - كما قالت تستند إلى التجريب في الخبراء، لذلك فعلم النفس اليوم هو جزء من العلوم الأساسية وليس علمًا نظريًا. من المؤسف أنه في سوريا كلها لا يوجد مخبر واحد لعلم النفس. وقد يخطر في ذهنك أن تسألني: لماذا لم تنشئ أنت هذا الخبر، لقد أنشأته وجلبنا الآلات من أمريكا ومن اليابان معاً وطلبت أن يكون هناك ورشة لتصليح هذه الآلات متى خربت بين أيدي التلاميذ فلم يلب طلبي. وكانت النتيجة أن هذه الآلات وضعت في الخزائن وُقفلت عليها.

* إذا كان علم النفس متطروراً في أوروبا وأمريكا، هل هذا يدعونا إلى أن نأخذ عن أوروبا وعن أمريكا، وإلى أي مدى، بمعنى آخر ما هو موقفكم من الغرب؟

** لو كان لي من الأمر شيء لأوفدت طلاباً سوريين يعودون للتعليم الجامعي إلى بلاد مثل إنكلترا وأمريكا واليابان وألمانيا وفرنسا، هذه تقدمت تقدماً كبيراً في علم النفس الذي يقوم على التجريب وعلى الدراسة المعمقة وكل طالب علم نفس ينال له التجريب على الحيوانات ليصل إلى مستوى يحسن معه فهم الأفعال النفسية.

موت النظريات

* علم النفس المعاصر في أوروبا ألا يستند إلى نظريات فلسفية معينة؟

** هنا موجود، في كتابي مدارس علم النفس وهي في القرن العشرين كثيرة وقد بحثتها زماناً طويلاً، لكن هذا لا يمنع أن علم النفس اليوم يتعد عن النظري إلى العملي، يتقلل من الفلسفة إلى العلوم الطبية وسواها.

* ميادين علم النفس وتطبيقاته ألا تعتمد في أمريكا على نظريات براغماتية نفعية أو عملية؟

** النظريات أصبحت من منسياً القرن العشرين. اليوم طالب علم النفس يجرب، يدخل

إلى مخبر ويجري تجارب ويخرج بنتائج عملية. اليوم الشيء الهام الذي تُعنى به الدوائر العلمية هو الجينات أو المورثات. وعلاقة هذه الجينات بالأمراض النفسية المختلفة.

* دراسة الجينات أو لـ (DNA) بشكل عام، ألا تستند إلى حامل أخلاقي أو نظرة فلسفية تبعاً للمدارس التي تنتهي إليها؟

** في القرن العشرين حين كنت أنا طالباً، كنا ندرس مدارس علم النفس والتحليل النفسي مثل يونغ وفرويد وادلر، كنا نقرأ نظريات عن الغرائز، كنا نقرأ نظريات كثيرة متنوعة. هذه النظريات اليوم غير موجودة، وأكاد أقول إن التحليل النفسي نفسه أصبح نادراً جداً في كثير من البلدان. علم النفس اليوم أصبح علماً بالمعنى الصحيح الدقيق.

* هذا يعني انفصالة عن الفلسفة؟

** نعم.. نعم.. انفصل عن الفلسفة ولم يعد جزءاً منها كما كان الأمر في القرن التاسع عشر، بل صار علماً قائماً بذاته، حتى إنه صار موجوداً في كلية الطب وليس في كلية الآداب. [هنا طلب إلى إيقاف التسجيل وحذثني عن بعض تجاريء المرأة ومعاناته في جامعة دمشق حين أراد تطوير البحث العلمي في علم النفس. ثم خبرني في تسجيل معلوماته عما يحدث في أمريكا] فقال: في جامعة ميشنغان بأمريكا حيث تعمل ابتي، هناك مؤسسة للصحة النفسية فيها مخبر هائلة، يتضمن العاملون وهم أربعون عالماً يتقاضون راتباً سنوياً قدره خمسين ألف دولار (مليونان ونصف ليرة سورية)، ميزانية هذا الخبر ١٥ / مليون دولار (٧٥٠ مليون ل.س) ولذلك هم يجريون على الفتران والقردة، وأحياناً يجررون على الدماغ البشري مستفيدين من علم الجينات.

* في البحث التجاري والخبري ألا توجد حدود قانون أخلاقية لدى التجربة؟

** هناك مشكلة قائمة وهي إلى أي حد يُسمح مثلاً بالاستنساخ، هل نستطيع في يوم من الأيام أن نغير طبيعة الإنسان وندفعها بالاتجاه الذي نريد، وإذا حصل ذلك، ما الضمان من أن يكون الاتجاه إلى الشر لا إلى الخير؟ كل هذه الأمور يتحدث عنها العلماء اليوم في العالم، لكن رغمماً عن كل ذلك.. الاستنساخ أصبح حقيقة واقعة..

* في حديثنا عن علم النفس وتطوره، دائماً نتحدث عن الغرب وعن أمريكا، لماذا؟

** إذا شئت الحديث عن الاتحاد السوفيتي السابق، كان له في القديم نظريات وقد كتبت عن ذلك فيكتي وشرحت نظرياتهم، كما تعلم لا بد من الحديث عن شخص مثل بافلوف وهو عالم عالي في الشرق، وبصورة خاصة في الاتحاد السوفيتي هناك علماء نفس كبار وعظيم وهم لا

يختلفون كثيراً عن علماء الغرب.

* استناد الاتحاد السوفيتي السابق وعلمائه إلى نظرية أيديولوجية، ألا يؤثر ذلك على تطور هذا العلم؟

** بصورة خاصة فيما يخص علم النفس، في الاتحاد السوفيتي تبنا نظرية بافلوف، وهي نظرية معمول بها حتى الآن في أمريكا وفي إنكلترا.. بافلوف عالم عالي. خذ مثلاً مسألة سيكولوجية اللغة (علم نفس اللغة). سيكولوجية اللغة فيها عالمان تشومسكي وديكوفسكي، تشومسكي أمريكي محب للعرب.

* تقصد نعوم تشومسكي؟

** نعم هو محب للعرب وصاحب نظرية معينة في مسألة اللغة، نقشه ديكوفسكي له نظرية أخرى، والنظريتان أدراجهما لطابقياً معاً.

تعليم القدر

* إذا أحذنا بعين الاعتبار تجربة (ستانلي ميلجرام) في جامعة (يلي)، ما الدور الاجتماعي الذي يحدد سلوك الفرد؟

** تقصد أن الخضوع للأقوى خاصة يفرضها الموقف الاجتماعي على الفرد؟

* نعم.. تجربة ميلجرام التي جعل فيها شخصاً ما يوقع عقاباً كهربائياً فظيعاً ومتدرجاً بالقوة على شخص آخر كلما أخطأ بالإجابة على أحد الأسئلة بدعوى محاولة معرفة الجهة الآمرة آثار العقاب على التعليم. كان يطلب إلى المتعاقب رفع شدة التوتر الكهربائي تجاه المعلم حتى وصلت إلى درجة قاتلة، وكان المتعاقب يمثل لأوامر السلطة رغم الخطر (الوهمي بالطبع) حيث أن الممثل للعقاب كان واحداً من ورشة العمل بحيث كان المتعاقب هو الواقع في فخ التجربة.

** يمكننا استخدام التجارب للخير في مقابل دافع شريرة قد يقوم بها آخرون.

* ما أريد قوله هنا: تجربة بافلوف ألم تساعد الاتحاد السوفيتي السابق، على القمع. ثم ألم تستورد كثير من الدول العربية هذه النظرية من أجل إحكام السيطرة على شعوبها؟

** لا أظن.. نظرية بافلوف الحقيقة نظرية علمية معة بالمرة واستفاد منها الأمريكية وسواء أكثر مما استفاده الروس.. وكل شعوب العالم. وهي بداية لخط علمي محترم. والعالم ليس مسؤولاً عن الاستخدامات الخاطئة لتجاربه، إنه يقوم بوضع نظرية حيادية.

* النظرية متجردة ولكن ألم تستعمل للقمع؟

** طبعاً في وقت من الأوقات في الاتحاد السوفياتي العلماء كانوا مقيدين بالنظرية الاشتراكية، وكانوا في التطبيق دائماً يصدرون عن نظرية بافلوف. وكما تعلم نظرية بافلوف استفيد منها في الاتحاد السوفياتي للتshedid على أهمية المحيط والبيئة. الغرب وبصورة خاصة الولايات المتحدة كانت تشدد في أهمية الوراثة. أما اليوم في القرن الواحد والعشرين أصبح الاهتمام بالشيئين معاً في أمريكا وروسيا. أنت ترث وراثة محددة بالجينات لكن المحيط الذي تنشأ فيه هذه الجينات وتتفاعل له أهمية كبيرة.

* هذه النظرية فيما أرى وضعت لها بيئة محددة للمواطن كي يسير كما نشاء نحن في كثير من الأحيان وبالاستناد إلى نظرية بافلوف في التعلم الشرطي.

** سيدني الفاضل فيما يخص الاتحاد السوفياتي، لا شك أنه صدر عن الماركسية الليبية وتطور كل علومه بما يتواافق مع هذا المصدر، في ذلك الحين كانوا في أمريكا، مثلاً، لا يقبلون تلك النظريات ويصدرون عن البراغماتية (التفعية). لكن دارس علم النفس الحيادي غير الروسي وغير الأمريكي، مثلي مثلاً، كنت أقول: هكذا قال الروس وهكذا قال الأميركيان وهذارأيي. لذلك لم أتغىد بأي منهما. بل أخذت من كل منهما ما اعتقدت أنه صحيح.

* وأين موقع اليابان في ذلك كله؟

** اليابان تسير في ركاب أمريكا علمياً، وقسم كبير من العلماء اليابانيين نشؤوا في أمريكا. قلت لك قبل قليل عند ابتي أربعين متعلماً، منهم أناس من مختلف أنحاء العالم.

* هل هذا يعني أن اليابان تستجيب للعولمة الأمريكية؟

** العولمة باعتقادي هي شيء آخر.. العولمة هي تسييس للاقتصادي مهم، فالأمريكان يسيسون كما يشاؤون. هل هذا يوافق الشعوب العربية؟ أنا باعتقادي: كلا.

* ما دامت اليابان تستورد النظريات في علم النفس، ألا تستورد النظريات الاقتصادية أيضاً؟

** طبعاً، الأميركيان حين دخلوا اليابان على إثر الحرب العالمية الثانية أدخلوا معهم كل علومهم، فتونهم، كل حضارتهم.. واليابان تأثرت بذلك إلى حد كبير جداً.

* علماً زنا يقصهم الدعم الإداري ما يطرح في أمريكا الآن، بعد التركيز على المركزية الأوروبيّة، التركيز على المركزية الأمريكية.. اعتقاد الغربيون أن الحضارة قامت على أيدي مفكري الإغريق وانتقلت مباشرة إلى الأحفاد الأوروبيين وهم يغفلون بذلك دور المفكرين العرب المسلمين

ودور الحضارة العربية الإسلامية في الحضارة الإنسانية، وتركزت الحضارة الآن في أمريكا.. فصار هناك عالم واحد يجب أن يخضع له الجميع.

«نعم.. هذا سببه قصورنا نحن العرب.. نحن لم نقدم للعالم إلاّ قليلاً ممّا عندنا أو ما كان عندنا. خذ شخصاً مثل الدكتور كامل عياد.. كان زميلاً في كلية التربية ويكتبني بعشرين عاماً وقد درس في برلين وكان كتب عن ابن خلدون وأثبت أنه قال بالشيء الكثير عن التطور، قال باتصال النبات بالحيوان والحيوان بالإنسان. حتى اليوم المستشرقون يستعينون بكتاب عياد لفهم جزء من الحضارة العربية الإسلامية. أعطني أناساً مثل هؤلاء.. في السياسة مثلاً شخص هو إدوارد سعيد قدّم إلى القضايا العربية والقضية الفلسطينية خدمات مئات المرات أكثر من أي حكومة عربية. لذلك نحن مقصرون، ولعلك تستغرب إذا قلت لك إنّ السوريين خصوصاً والعرب عموماً في أمريكا يبرزون».

منذ سنوات حصل كسوف في الشمس، أحسن جامعة في أمريكا أرسلت بعثة علمية لترصد هذا الحدث في الجزيرة في سوريا. كان على رأس هذه البعثة سيدة سورية اسمها شادية الرفاعي ابنة الأستاذ نعيم الرفاعي. حين ترسل الطلاب السوريين إلى بلد متقدّم يبرزون. العرب الذين يكونون في أوروبا يتقدّمون على الأوروبيين.

* عندما يعودون، وبوصفهم سوريين أو عرب، يجدو أنّهم يخلعون هذا الزي العلمي ويعودون إلى...

«لا.. كنت طالباً في جامعة لندن ونلت شهادة الدكتوراه في جامعة لندن، وعرضتُ على بلدية لندن أن أكون عالم النفس في المدارس اللندنية، زوجتي لم تقبل.. عدت وحاولت أن أتقدم بعلم النفس في سوريا.. وللأسف لم يساعدني أحد من رؤسائي».

الآن أعطيك مثالاً: طلبت مجلات متخصصة في علم النفس تصدر في أوروبا.. وافق العميد.. وافق الرئيس.. جاء المحاسب وطلب مناقصة!!! تصوّر مجلات بالمناقصة؟!.. فأنا لم أخلع.. أنا أجبرت على أن أتأخر.. طبعاً أنا نوعاً ما مختلف عن غيري باعتباري عضواً في جمعيتي علم النفس الأمريكية والبريطانية أسافر إلى الغرب كل سنة تقريباً، لكنّ كثيراً من زملائي لا يُتاح لهم مثل هذه الفرصة. تصوّر أن كلية التربية في دمشق إلى حين تقاعدي منها لم تكن تدخلها مجلة؟!..

* هذا ما أقصد إليه إذا عدت بالزي العلمي.. تُجبر على خلعه.. ما أن تخلعه أو تُخلعه..

*** على عيني ...

* د. فاخر، بما أثرك تقييم في (دار السعادة) بحلب، وأولادك في أمريكا، هل تحدثنا عن مصير مكتبك؟

** كان عندي مكتبة فيها أربعة آلاف وخمسمئة كتاب في كل مناحي المعرفة، فيها كتب ثمينة جداً، مثلاً تصور كان عندي المجموعة الكاملة لمجلة الكاتب المصري لطه حسين، جئت للعميدة وقلت: أنا مستعد أن أحديكم مكتبتي على شرطين: أن تخصصوا لها غرفة خاصة وقيم، فرفضوا، قالوا: لا غرفة خاصة ولا قيم.. فقمت بإهدائهما إلى مكتبة الأسد وأنا سعيد بذلك لأن مكتبة الأسد لا تغير الكتب خارج المكتبة وبالتالي فالكتب لن تُسرق ولن تُفقد.

* رغم كل المعوقات التي تجدها على الصعيد الإداري، ما هو سبب عودتك إلى سوريا ولست مع أبنائك؟

** أنا شخصياً أحب سوريا ولقيت فيها أحسن المعاملة، تكريمت في كثير من المناسبات، وقمت بأشياء مفيدة جداً وأحمد الله على ذلك. لم أفك في الذهاب إلى أمريكا والعيش فيها لكن أولادي في أمريكا. كان بيني وبين زوجتي خلاف كانت تقول لي .. [هنا طلب الدكتور فاخر عاقل أن أوقف التسجيل وحدثي عمما دار بينه وبين مسؤول كبير جداً حول اغتراب أولاده الثلاثة فهم يحتاجون إلى ثلاثة بيوت وثلاث عيادات وثلاث سيارات. وراتبه التقاعدي ثلاثة آلاف ليرة !!]

الحب أو لا

* ثم عدنا إلى الحديث المعلن وسألته عن صلته بعلم النفس وما يقوله بعد تجربته الطويلة فقال:

** كانت صلتي به في عام ١٩٣٦ حين كنت طالباً ودامت صلتي مع علم النفس حتى ساعتي هذه فأنا لم أنقطع عن القراءة والكتابة والانتقاء إلى الجمعيات والمحاضرات. لذلك فأنا أعتقد أنه بإمكانني بعد هذه الأعوام الستين أن أقول شيئاً توصلت إلى قناعة به.

في مطلع القرن العشرين كان هناك عالم نفس اسمه ماكدوغول وكان يؤمن بالغرائز ويقول إن للإنسان أربع عشرة غريزة ومقابل كل غريزة انفعال، وهناك عوائق أمام كل غريزة. لكن الدراسات الحديثة التي أجريت في علم النفس أثبتت أن الغرائز قاصرة على الحيوان. الغريزة التي تعرف بأنها صناعة فكرية كاملة منذ الولادة لا توجد عند الإنسان وإنما توجد عند الحيوان، الإنسان عنده حاجات. عنده حاجة للشراب وجهاز للأكل وجهاز للجنس وسواء. هذه الحاجات تسبب له

اندفاعاً.. حافراً ومحاولات لإرضائه لذلك فالإنسان لا يمتلك الغرائز وإنما يتملك الدوافع والحوافز، وأنا أفرق بين الدوافع والحوافز. لأن الدوافع فيزيولوجية والحوافز نفسية. فالإنسان إذن في رأيي عنده هذه الدوافع وعنده هذه الحوافز وهي تدفعه إلى العمل.. تدفعه إلى السعي.. تدفعه إلى قضاء هذه الحاجات.

وبقناعتي وبعد كل هذا الوقت الطويل الذي أمضيته في خدمة علم النفس أنا أعتقد أن الحاجة الأولى والكبرى للإنسان ليست كما قال فرويد الحاجة الجنسية وإنما الحاجة إلى الحب.. الحاجة إلى الحببة.. حاجة الإنسان إلى أن يحب وأن يُحب. وهذا ينسحب على كل أشكال الحببة وأنواعها: الأب والأم، الأولاد، الوطن..

هذا الحب حين يت忤د الشكل الجنسي التناصلي.. ينقلب إلى شيء مضرك إذا لم ترافقه الأخلاق.. لذلك كان من واجب الأخلاق أن توجه الدافع الجنسي توجيهها أخلاقياً..

الدافع إلى الحب هو الحافر الأول والأهم في الحياة.. أن تكون محبوباً من الآخرين.. لا يكفيك أن تكون غنياً أو صاحب نفوذ ولا يكفيك أن تكون سيداً لك رأي مسموع بل تريد أن تحب وأن تكون محبوباً.. محترماً.. الكل يسعى إلى أن يحب وإلى أن يحبه الناس ويحترموه.

* هل يمكن أن يصل الإنسان إلى مرحلة تendum فيها الحوافز؟

** ما دامت هناك حياة فلا بد أن يكون هناك حاجات.. أنت تجوع وتعطش ولذلك الحاجات والحوافز موجودة ما دمنا نعيش وهي لا تendum ما دمنا نعيش ويجب أن توجه الدافع نحو الخير والعطاء.

عن الموت والسعادة

* في الملفات التي أعدّها في صحيفة الجماهير بحلب، طرحت سؤالاً وشاركت في الإجابة عليه بعض الباحثين، كلَّ من وجهة نظره. اليوم أطرح السؤال عليكم: كيف لا يكون الموت مخيفاً؟

** المؤسف أن هذا السؤال وجّه إلى أنا.. لأنني أعتقد أنني لا أمثل الأكثريَّة من الناس.. أنا لا أخاف الموت.. وأنا أريد الموت. طبعاً ليس هذا طبيعياً، ظروفي الحيّاتي أملت على هذا الموقف. الإنسان العادي لا يريد الموت ولا يقدم عليه وإن كان يعلم أن الموت حق وأنه لا بد له من ملاقاته يوماً. طبعاً العلوم الطبية الحديثة تحاول أن تخفف من آلام الناس، لكنها عاجزة عن منعهم من الموت. كل ما فعلوه أنهم أطّلوا عمر الإنسان لكنهم لم يستطيعوا حتى الآن القضاء على أمراض كالإيدز والسرطان والسكري وهكذا نجد أن قسماً كبيراً من الناس ولا سيما من ذوي الأعمار

المتقدمة يعانون من هذه الأمراض ويتمكنون من الموت.

* لو فرضنا أن العلم تطور واستطاع أن يطيل متوسط عمر الإنسان حتى خمسة سنة، هل يستطيع الإنسان أن يتحمل هذه الخمسة سنة من الناحية النفسية؟

«في رأي أنا: كلاما... في رأي أنا الذي بلغت الرابعة والثمانين من عمرى أى أن حياتي أصبحت خلفي، وليس أمامي، لم يبق لي مطلب في الحياة.. كل ما أريده عانته، وعلى هذا الأساس فأنا شخصياً لا أجد لزوماً لأن أعيش فترة أطول، فكيف إذا صار العيش خمسة عام.. خمسة عام فترة طويلة جداً ولم يحلم بها الإنسان حتى الآن.. إنهم يحلمون بالعمر ومن يزيد عن المئة عام يعتبر شاذًا، ولذلك حين يستطيع الطب أن يقضي على الأمراض قضاء ميرماً حينذاك تصبح الحياة جيدة ومفيدة. أما وفي الدنيا ما فيها من أمراض كثيرة فإن الحياة لا تكون جيدة والتخلص من الأمراض هو الأمل الذي يأمله الإنسان.

* إذاً في سن متقدمة يمكن أن يصل الإنسان إلى درجة انعدام الحافر؟

** القضية ليست قضية انهيار، تغير الحافر أصح.. طبعاً الإنسان يميل إلى الحياة ويميل إلى البقاء، ولكنه يصل في بعض الأحيان إلى موقف يجد أن الحياة لم تعد ذات فائدة وقد قال أبو العلاء المعري:

فِيَا مَوْتُ زُرْ إِنَّ الْحَيَاةَ دَمْيَةً
وَيَا نَفْسَ جَدِّيْ إِنْ دَهْرَكَ هَازِلُ

* إذن هل يتحول الحافر إلى رغبة في معرفة العالم الآخر أو ما بعد الموت؟

** طبعاً محاولة معرفة العالم الآخر قديمة قدم الإنسان، وما من شك في أن العالم الآخر سؤال كبير جداً أمام الإنسان: ما هو العالم الآخر؟ ما هي صفاته.. كيف نصل إليه.. كيف نصل إلى الجنة ولا نصل إلى جهنم.. سؤال كبير لدى الإنسان. من حسن الحظ أن الشخص المؤمن يقبل بما في الكتب المقدسة ويسلم أمره إلى الله والله هو الذي يرحمه.

* أيضاً من ضمن الملفات الفكرية سؤال أرى من المناسب أن يجيب عنه عالم نفس له خبرة طويلة في الحياة: هل السعادة ممكنة؟

** في ظل هذه الظروف، كل ما يأتينا فهو خير:

تعجبين من سقمي حتى هي العجب

* عندما يتمكن الإنسان من تحقيق الانسجام الداخلي ويكون راضياً عن تعامله مع العالمخارجي..

** وكما قلت عندما يستطيع أن يحب وأن يكون محبوباً، حينذاك تكون السعادة ممكنة، ويكون قد عاش حقاً، وهنا أريد أن أؤكد على حقيقة مهمة هي أن الأمر نسي فقد يُسعد شيء ما شخصاً لا يجد فيه آخر سعادة له.. وأنا قدمت جهدي وريثت أولادي.. وأعتقد أن الحياة منحتني ما أصبووا إليه وإن كنت أريد أن أحقق الأكثر لو أن الظروف ساعدتني أكثر.

* الدكتور فاخر عاقل عالم النفس الجليل، سعدنا بلقائك على مدى ساعتين لم تدخل علينا خاللهما بعلمك وتجاربك، وإذا كنا نأسف لأن طعامك قد برد وهو يتضرر منذ ساعة، وأخرنا عليك موعد الغداء، فإننا نأمل أن نلتقي بك مجدداً من أجل حوارات أخرى.

** أهلاً بكم متى شئتم.. ومتي وجدت حاجة للحوار فذلك يسعدني أيضاً.

زوروا موقع حياتنا النفسية

www.hayatnafs.com

موقع للثقافة النفسية العامة هم الاختصاصي والمتصفح العادي. ويتضمن وصلات عامة ومتخصصة هامة. مع عرض لعناوين النفسيين العرب وسيرهم العلمية اضافة للمقالات وتقديم النصائح والارشاد.

بإدارة الدكتور حسان الملاح

كما يعرض الموقع قائمة من الكتب النفسية العربية ولائحة عنوانين الكترونية لعلماء النفس العرب. ونظراً للخدمات النفسية التي يقدمها حصل هذا الموقع على عدة جوائز. وكان في المركز الأول بين قائمة من الواقع العربية المنوعة

الأصول النظرية لبعض مدارس العلاج النفسي العلاقة بالمفاهيم الأساسية

ماهية الإنسان - الصحة النفسية - المرض النفسي - العلاج النفسي

أ.د. يحيى الخاوي

أستاذ الطب النفسي بجامعة القاهرة

E.mail: info@mokattampsych.com

المفاهيم الأساسية :

مفهوم ماهية الإنسان

مفهوم المرض النفسي

مفهوم الصحة النفسية

العلاج النفسي

مجموعات المدارس النفسية :

المجموعة الأولى: التحليل النفسي

المجموعة الثانية: المنظومات التركيبية المتعددة

المجموعة الثالثة: المنظور التعليمي (التربوي)

المجموعة الرابعة: نظريات تحقيق الذات (وما إليها)

المجموعة الخامسة: نظريات امتداد الذات

المجموعة السادسة: الميكنة والانعزالية البنوية

المجموعة السابعة: المنظور الإنكاري السياسي

■ المجموعة الأولى : التحليل النفسي والمدارس المرتبطة بها

١-١- الفرويدية

- ماهية الإنسان : الإنسان نتاج تاريخه محكوم بلا شعوره قد يعاق بثبيبات طفولته مدفوع

بغرائزه لا سيما الجنس (بالمعنى الأشمل)

- الصحة النفسية : أن يتجاوز أي يفك عقدة ثبيتاته، إذ يمكن من أن يضبط غرائزه ليحقق الصحة أي أن يعمل وأن يحب (و يتكيف)
- المرض النفسي : أن يحد ثبيتاته فتغلب عليه حتى ينكص أو يعاو بيكانزاته ويختل التوازن بين تركيباته فتكبله أعراضه
- العلاج النفسي : أن يعيد معايشة ثبيتاته من خلال التداعي والطرح فيتمكن من إزالة الإعاقة بإطلاق الطاقة لإعادة التوازن فيعمل، ويرحب.

٤-١ العلاقة بالموضوع (الآخر)

- ماهية الإنسان : الإنسان جماع مستدخلاته وانشقاقاته الأولى التي نشأت حسب نوع علاقته بأمه وتولى الثبيتات في موقع النمو المتالية
- الصحة النفسية : أن يحقق علاقة ناجحة بالآخر الموضوعي باعتباره كيانا منفصلا محاورا متعاونا لتحقيق التعايش معه
- المرض النفسي : خلل في الجهاز النفسي المحتوي لموضوعات سيئة، والمثار بثبيتات معطلة للعمل علاقة مفيدة بالآخر
- العلاج النفسي : هو تصحيح هذه الثبيتات من خلال إرساء علاقة تصحيحية تحسن الداخلي، وتسمح بالتعامل الموضوعي مع الآخر

٤-٢ إريك إيكسون

- ماهية الإنسان : الإنسان كائن اجتماعي له قدرة أن ينمو في دورات متغيرة طول حياته. وهو ليس مصنوعا وإنما يشارك في صنع نفسه
- الصحة النفسية : هي النجاح في عبور أزمات النمو المتلاحقة في اتجاه الإيجابية، وأن يصلح أحطاء المراحل السابقة إن وجدت
- المرض النفسي : هو تضخم أو استمرار مرحلة أكثر من دورها وكذا الخروج من أزمة النمو في الاتجاه السلبي
- العلاج النفسي : هو بناء الثقة الأساسية وإصلاح ما سبق تضخميه بإعادة الإعاقة مع تصحيح المعلومات وإعادة تشكيل الناتج وإطلاق مسيرة النمو

٤-٤- هاري ستاك سوليفان

- ماهية الإنسان : الإنسان كائن اجتماعي ينمو ويعيش في عالم حقيقي الآن، عالم مصنوع من العلاقات البيينشخصية
- الصحة النفسية : حالة من نجاح العلاقات التي تشمل قبول الذات والآخر وإثراء بعضنا البعض، والتعاون فيما بيننا
- المرض النفسي : هو ناتج إعاقة إرساء هذه العلاقات من خلال «ديناميات الصعوبات» التي هي مبالغات للعادي والناشئة من استعمال ذواتنا جزئياً
- العلاج النفسي : مشاركة متبادلة لتصحيح مسار العلاقات البيينشخصية وإزالة «ديناميات الصعوبات» وسلامة توظيف الشخصية

■ المجموعة الثانية : المنظومات (التركيبية) المتعددة

١-٢- إريك بيرن

- ماهية الإنسان : الإنسان هو مجموعة منظومات نفسية لها ما يقابلها بيولوجيا، وهي منظومات متعاونة تحت قيادة واحدة فقط في لحظة بذاتها
- الصحة النفسية : هو تناسب «حالة الذات القائدة» مع الموقف الحالي، مع القدرة على التبادل مع الذوات الأخرى متى لزم الأمر
- المرض النفسي : هو طغيان وجحود إحدى الذوات، والخلط بينها واحتمالات التلوث وقد المرونة. والعجز عن التبادل
- العلاج النفسي : هو استرجاع مبادئ التناسب الموقعي والتبادل المرن بين الذوات حسب متطلبات التكيف والفاعلية.

٢-٢- ساندور رادو

- ماهية الإنسان : الإنسان جهاز بيولوجي يعمل بتنظيم اتساقي (هيدوني) بتركيب هيراركي يعيد مسيرة تطور النوع
- الصحة النفسية : أن يتقبل الإنسان نفسه كمصدر للتناسق الهيدوني القادر
- المرض النفسي : هو استمرارية نمط الطفولة المعتمد العاجز وهو نقص (ربما وراثي) في القدرة على تكامل القدرات التناسقية

- العلاج النفسي : الإفلال من الانفعالية، وتدعم الاعتمادية الذاتية من خلال إعادة تنظيم وتكامل التناصية. ومن خلال التحليل التدريجي بدلاً من التداعي الحر.

٣-٢- هنري إي

- ماهية الإنسان : الإنسان هو منظومة الوعي (الشعور) التي تحكم في المنظومات التحتية الأقدم (للشخصية والدماغ على حد سواء)

- الصحة النفسية : نجاح هذه المنظومة في الضبط الفوقي الذي يحقق الهدوء والتكييف والأداء

- المرض النفسي : فشل هذا التحكم بما يتبع عن تخلص الضبط الفوقي، ومن ثم إطلاق البنى التحتية بما يتربّط عليه من اضطراب في السلوك التكيفي

- العلاج النفسي : محاولة استعادة التحكم الفوقي لضبط البنى التحتية، ومنع نشاطه البدائي المطلق.

٤-٢- سيلفانو أريتي

- ماهية الإنسان : كيان معرفي إرادي أساسا

- الصحة النفسية : القدرة على تغليب العمليات الثانوية أساسا مع استمرار امتداد الذات إلا ما بعدها من خلال التوليف بين العمليات الأولية والثانوية إلى الثالثية

- المرض النفسي : العجز عن التحكم في العمليات الأولية، والتوقف عن الامتداد إلى التوليف الأعلى

- العلاج النفسي : إعادة تنظيم العمليات الثلاثية وتنمية القدرات المعرفية الناضجة من خلال الإصلاح المعرفي والتقبل وترجمة الأعراض والتنظيم.

٥- نظرية المنظومات العامة

- ماهية الإنسان : الإنسان مجموعة منظومات متعددة تتحتية وفوقية مرتبة هيراركيا في تراكم بين المادة والطاقة والمعوليات

- الصحة النفسية : هي كفاءة الهدوء بين هذه المنظومات، وبينها وبين المنظومات المحيطة أيضا

- المرض النفسي : نقص أو خطأ في هARMONIE التناص بين هذه المنظومات أو أي منها (الطاقة -

المادة - المعلومات)

- العلاج النفسي : استعادة هذه الهمة بكل ما ينظمها معاً من إزالة أسباب النشار والتأهيل والإطلاق.

٢- النظرية التطورية الإيقاعية (الرخاوي)

- ماهية الإنسان : كيان بيولوجي دائم النبض بتركيباته الهيكلية بما يسمح ب فعلنة المعلومات الداخلية والمدخلة باستمرار النبض الإيقاعي الحيوي، ومن ثم النمو بلا نهاية

- الصحة النفسية : كفاءة النبض الحيوي مع نجاح فعلنة المعلومات باضطراد لتحقيق التوازن المرحلي واستمرار النمو الولافي

- المرض النفسي : هو مضاعفات النبض الحيوي بالنبيض الحسي أو بنتائج النشار الذي إذا تماوى واستقر تلتفت الشخصية بما يمنع كفاءة النبض واستمرار النمو

- العلاج النفسي : تصحيح مسار النبض الحيوي بإطلاق النبض المنتظم في النمو والأحلام والإبداع، مع تدريب المستويات التي ضعفت، والتحكم في المستوى البدائي الجامح.

■ المجموعة الثالثة : المنظور التعليمي (التربوي)

٣- الفرد أدلر

- ماهية الإنسان : الإنسان نظام عضوي هادف عضوي هادف يريد أن يحقق ذاته، وبقاءه الاجتماعي في وحدية متکاملة

- الصحة النفسية : هو النجاح في تحقيق هذه الأهداف بما يشمل استمرارية الذات واعتبارها، والتقبل من الآخرين. ويتم كل هذا بالإقرار من المجتمع

- المرض النفسي : العجز عن تحقيق ذلك بما يتربّب عليه من شعور بالدونية، والانعزال عن المجتمع. ويرجع ذلك إلى جذور في الطفولة

- العلاج النفسي : موجه أساساً إلى التأهيل والإصلاح بالتعليم الآن للناضج، وليس بالغوص في الماضي، مع دعم اجتماعي علاجي مناسب.

٤- نظرية التعليم للشخصية

- ماهية الإنسان : كيان يمكن أن تقاس وظائفه التي تتوقف كفاءتها على طرق التدريب المناسب في المراحل المختلفة

- الصحة النفسية : تحقيق المعيار المناسب من كفاءة الوظائف اللازمة للأداء العادي، مع اختفاء الأعراض
- المرض النفسي : سلوك عاجز تصدر عنه الأعراض المرضية نتيجة افتقاره إلى المعيار المناسب للكفاءة الالزمة
- العلاج النفسي . هو إعادة التعليم من منظور متعدد التوجه متكامل الأداء لاستعادة كفاءة الوظائف.

■ المجموعة الرابعة : (نظريات تحقيق الذات وما يرتبط بها)

٤-١- كارين هورنزي

- ماهية الإنسان : للإنسان دفع كامن يسعى إلى تحقيق الذات من خلال بسط القوة التكاملية المركزية المسماة : الذات الحقيقة وبالتالي يتجاوز التقابلات المتناقضة
- الصحة النفسية : هي النجاح في التطور الفردي، ومن ثم تحقيق الذات بإمكاناتها البناءة الحقيقة

- المرض النفسي : هو الحيلولة دون تحقيق الذات نتيجة للعدوانية العائلية الأولى والبرود الوجданى المحيط بما يتربى عليه من مظاهر القلق الأساسي، ومضاعفاته ومكافأته

- العلاج النفسي : يتوجه لاكتشاف هذه الإمكانيات الكامنة وأسباب إعاقتها، ويشمل العمل على إرساء علاقة «مع»، في هنا والآن فصاعدا للتغلب على الصعوبات.

٤-٢- أوتو رانك

- ماهية الإنسان : للإنسان هو خبرة متصلة من رحلات الدخول والخروج لإعادة الولادة، حيث تمثل العلاقات المتضاغدة الرحم النفسي

- الصحة النفسية : هي استمرار هذه الرحلة في الاتجاه الصحيح حتى الحصول على الهدف منها وهو استمرار النمو

- المرض النفسي : هو في حد ذاته خبرة متميزة تشمل إعادة الولادة، لكنها تتم بقفزة شاطحة للأمام بدلاً من التدرج المناسب لاكتساب البصيرة

- العلاج النفسي : هو إعطاء فرصة من خلال المواجهة والمعيه لسلسة الترحال بين الداخل والخارج بما يضمن عدم الشطح مع استمرار التقدم.

٤-٣- أبراهم ماسلو

- ماهية الإنسان : الإنسان كيان نام في اتجاه تحقيق إمكاناته الطبيعية التي تغلب عليها الإيجابية
- الصحة النفسية : هي تدعيم حاجات الكينونة بعد إشباع الحاجات الطبيعية بترتيب هيراركي ضمن في النهاية تحقيق الذات
- المرض النفسي : غلبة الحاجات الطبيعية (الأولية) على حاجات الكينونة، و من ثم : توقف مسار النمو

- العلاج النفسي : هو دعم استمرار النمو بشكل مرتب بطريقة هيراركية بهدف مساعدة المريض على تجاوز حاجاته الطبيعية (الأولية).

٤-٤- التحليل الوجودي (مثل رولو مای)

- ماهية الإنسان : الإنسان مخلوق واع دار بنفسه وبالتالي دار بالزمن والمكان وتحقق ذاتيته نتيجة لهذه الدراية الوجودية والاختيار الحر
- الصحة النفسية : أن تعيش بدراءة كلية في عملية توتر جدلية يدعم حرية الذات فالآخرين، فينضبط موقع الذات في العالم

- المرض النفسي : هو أن تفقد هذه الدراية باغتراب تنويي نتيجة للحتمية الاختالية. وأيضا فرط الدراية الذي يحل محل الإناتجية والتکيف هو نوع من المرض

- العلاج النفسي : يتحقق العلاج من خلال تواصل «أنالائت» لتدعم الدراية بالذات في علاقتها بالعالم الأوسع، وبالتالي يمكن التغلب على الاغتراب ومن ثم استمرار المسيرة.

٤-٥- جاردن مرفى (البيواجتماعية)

- ماهية الإنسان : الإنسان تركيب متداخل كيان - مجال - بيئة وهذا جزء من مجال أكبر يمكن استكشافه بقدرات ما بعد الإدراك مثل التلبثي وغير ذلك
- الصحة النفسية : الصحة هي تحقيق التوازن بين الكيان الفردي والمجال الأقرب ممتدًا إلى المجال الأوسع

- المرض النفسي : هو العجز عن تحقيق هذا التناجم مما يترتب عليه نوع من النشاز والاغتراب

- العلاج النفسي : هو استعادة هارمونية التوافق بين الذات ومكوناتها، وبينها وبين المجال،

الأقرب فالبعد من خلال العلاج النفسي أو أي وسيلة مساعدة.

٦-٤- نظرية الجشتالت

- ماهية الإنسان : الإنسان كيان كلي لا يمكن أن يتحلل إلى الأجزاء المكونة له، وهو شكل له أرضيته وكلها تمثل حضوره معاً

- الصحة النفسية : هي منظور كلي يعكس التركيب الكلي المتوازن الذي يحافظ على تماสكه معاً

- المرض النفسي : هو تفكيرك هذه الكلية إلى أجزائها بما يتربّط عليه تنافسها وتصادمها وإعاقتها عن فاعليتها وتبادل الشكل مع الأرضية

- العلاج النفسي : يعتمد على استعادة الكلية بتمييز الشكل عن الأرضية، والتركيز في الهنا والآن لإعادة بناء الجشتالت المتوازن.

٦-٥- كيرت جولدشتاين

- ماهية الإنسان : الإنسان كيان كلي وليس أبداً مجموع أجزائه وهو يعيش في بيئة كليلة

- الصحة النفسية : هو تحقيق هذه الكلية ومن ثم تحقيق الذات وإطلاق القدرات والانتقال من الجرد إلى العiani وبالعكس

- المرض النفسي : هو التوقف عن إطلاق القدرات والاكتفاء بوقف التخلص من التوتر على حساب التقدم ومن ثم التوقف في المدخل

- العلاج النفسي : يتحقق العلاج من خلال مجتمع مشترك تتحقق فيه ذات كل من المريض والمعالج معاً.

■ المجموعة الخامسة : (امتداد الذات)

٦-٦- كارل يونج

- ماهية الإنسان : الإنسان هو كيان يحتوي على الأضداد، ومتند جذوره إلى اللاشعور الجماعي، وتتمثل الأضداد في نماذج متقابلة

- الصحة النفسية : الصحة هي القدرة على قبول هذا التناقض وتحمل مسيرة المجلد المؤلف بينها لتحقيق التفرد

- المرض النفسي : هو تباعد الأضداد لدرجة الشذوذ وبعد عن الواقع والعجز عن التفرد

- العلاج النفسي : هو استعادة التوازن و المساعدة على استمرار المسيرة لإعادة ولادة الذات
الموضوعية من خلال العلاج النفسي وخاصة في منتصف العمر.

٢-٥- أنتوني سوتيش

- ماهية الإنسان : الإنسان مرحلة متوسطة بين ما لا يعرف من امتداد لاحق وبين ما كانه،
وهو يتجاوز ذاته الفردية خلال نموه

- الصحة النفسية : هو تحسين توقيت النمو حسب كل مرحلة لتأخذ حقها دون إسراع أو
تجاوز

- المرض النفسي : هو التوقف عند مرحلة دونية، وأيضاً تجاوز مرحلة سابقة بالقفز فوقها
فيتحقق نمو كاذب

- العلاج النفسي : هو دعم مسار النمو حتى تتحقق كل مرحلة في وقتها إلى ما يليها دون
تسريع أو توقف.

■ المجموعة السادسة : (الميكنة والانعكاسية البنوية)

١-٦- بافلوف - واتسون

- ماهية الإنسان : الإنسان مجموعة مركبة من المعكسات الشرطية

- الصحة النفسية : الصحة هي كفاءة المعكسات الصالحة للتكييف والأداء المناسب

- المرض النفسي : هو تعلم معكسات ضارة أو معيبة، وأيضاً الافتقار إلى تعلم معكسات
شرطية نافعة

- العلاج النفسي : إعادة تعلم باستبعاد المعكسات المعيبة وإعادة التدريب على معكسات
نافعة تكيفية.

٢-٦- العضوية الميكنة

- ماهية الإنسان : الإنسان تركيب بيوكيميائي معقد، يسمح بأداء وظائف تميزه وتضعه في
حدود المعاير الدالة على السواء

- الصحة النفسية : هو كفاءة هذا الكيان البيوكيميائي باحتواه النسب المعروفة من الموصلات
والتراكيب العادلة للشخص العادي

- المرض النفسي : هو اضطراب تزيد فيه، أو تنقص بعض مكونات التركيب البيوكيميائي المعقّد، أو تختل فيه التراكيب التشريحية

- العلاج النفسي : هو إصلاح هذا النقص، أو إنقاص تلك الزيادة، أو إزالة الخلل التشريحي الإماضي إن أمكن.

■ المجموعة السابعة : المنظور الإنكاري (السياسي)

١-٧ ضد الطب النفسي

- ماهية الإنسان : والإنسان ضحية للمجتمع المحيط به

- الصحة النفسية : أن يكون المجتمع صحيحاً وحامياً لأفراده حتى يصبحوا

- المرض النفسي : سحق للفرد لحساب مجتمع مريض

- العلاج النفسي : حسن فهم احتجاج المريض والعمل على رفع القهر وعلاج (إصلاح) المجتمع.

ملخص الدراسة

أثر اصابة النخاع الشوكي

في النشاطات الترويحية والاندماج في المجتمع

د. بسام رجائي كمال

مركز التأهيل الملكي الاردني - مدينة الحسين الطبية

يهدف البحث الى دراسة النشاطات الترويحية والاندماج في المجتمع لمصابي النخاع الشوكي.

شملت عينة الدراسة ١٥٠ من المصابين الاردنيين بالنخاع الشوكي الذين ادخلوا الى مركز التأهيل الملكي الاردني في مدينة الحسين الطبية خلال الاعوام (١٩٨٣ - ١٩٩٨) ولقد استخدم اسلوب الاستبيان لجمع المعلومات ومنهج المسح الاجتماعي بالعينة والدراسة الميدانية، اسفرت نتائج هذا البحث عن:

- ١ - ان ٩١,٣٪ يشاهدون التلفزيون يوميا واغلبهم من مصابي الشلل الرباعي ABC.
- ٢ - ان ٣٧,٥٪ يقرؤون الصحف والمجلات يوميا، اغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلي ABC ونسبتهم ٢٠,٧٪. وتبين ان ١٦٪ من المصابين يمارسون لعبة الشطرنج اغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلي ABC.
- ٣ - ان ٢٥,٣٪ من المصابين يشاركون يوميا في زيارات مع الاسرة والاصدقاء.
- ٤ - ان ٣,٣٪ من المصابين لديهم مشاركة في نوادي التقاعددين و٤٪ في النوادي الاجتماعية.
- ٥ - كشفت الدراسة ان ٢٠٪ من المصابين يشاركون بالنوادي الرياضية الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة ١١,٣٪ من مصابي شلل الاطراف السفلي ABC.

أثر اصابة النخاع الشوكي في النشاطات الترويحية والاندماج في المجتمع

١ - مقدمة:

تعد اصابات النخاع الشوكي من الاسباب التي تؤدي الى حدوث الاعاقات الحركية، والتي تؤدي الى تحديات في البيئة الاجتماعية والفيزيائية للمصابين وتغييرات جذرية في الأداء الوظيفي والاجتماعي للمصاب، ومن الملاحظ انها تصيب فئة محددة من ابناء المجتمع، اغلبهم من الشباب الذين هم في مقتبل العمر.

اما نسبة حدوث هذه الاصابات في العالم فقد بينت الدراسات العالمية انها تتراوح ما بين (٦ - ٥٦) شخصا في المليون في السنة، وفي الولايات المتحدة الامريكية ٥٢ شخصا في المليون^(١).

وفي الاردن، كما هو في العالم، تعد حوادث الطرق السبب الرئيس لثل هذه الاصابات، ويليها حوادث السقوط من الاماكن المرتفعة، ومن ثم حوادث اطلاق العيارات الناريه، أما نسبة حدوث هذه الاصابات فهي ١٨ شخصا في المليون في السنة^(٢).

وتحاول هذه الدراسة السوسنولوجية التعرف وتفسير البعد الاجتماعي لظاهرة المرض والاعاقة المتمثلة باصابة النخاع الشوكي من حيث النشاطات الترويحية والاندماج في المجتمع كون الانسان المصاب لا يكون الا ضمن نسق اجتماعي^(٣).

٢ - أثر اصابة في التفاعلات الاجتماعية والاندماج في المجتمع:

اصابة النخاع الشوكي لها تأثير سلبي في التفاعل الاجتماعي مع البيئة المحيطة، حيث ان كثيراً من المهنيين والناس بشكل عام يتوقعون ان المصاب بمرض مزمن واعاقة ظاهرة مشغول بوضعه الصحي وانه مكتئب^(٤).

وتتأثر العلاقات الشخصية والاجتماعية للفرد المصاب، فأصدقاء المصاب الذين كان لديهم اهتمامات مشتركة ونشاطات عميقه معاً اصبحوا مختلفين، والشخص المصاب بالنخاع الشوكي يصبح غير مبال لرؤيه الاصدقاء، وربما يشعر بالاحراج بالوضع الجديد بعد ان كان يشاهد في وشع سابق مختلف تماماً عما هو عليه الان، مما يؤدي به الى الانعزال والانطواء.

لذلك من المهم للشخص المصاب الاستمرار بعلاقات خارج نظام الاسرة لتسهيل مشاعر الاستقلالية ولتحقيق تكيف نفس افضل.

ويتعرض المصاب الى محددات بيئية لعدم وجود تسهيلات بيئية معمارية كالممرات الخاصة لاستعمال الكرسي المتحرك، وكذلك المحددات الاجتماعية من خلال التحيز الاجتماعي^(٥). والاتجاهات السلبية نحوهم واستبعادهم من النشاطات الحياتية المختلفة التي يمارسها غير المصابين في المجتمع، ومن ضمنها النشاطات الترويحية، حيث ان الاصابة تحد من قدرة الفرد المصاب على الاستمتاع بالنشاط الترويحي وخصوصاً في حالة وجود المحددات البيئية والاجتماعية. وعدم الاستمتاع بالنشاطات الاجتماعية واستثمار القدرات المتبقية في عمل منتج ربما يؤدي الى زيادة القلق والتوتر، والذي يؤدي الى اتجاهات سلبية نحو الآخرين ونحو المجتمع^(٦). كذلك فإن المشاركة في النشاطات الرياضية والاجتماعية في التوادي والجمعيات المتخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة والتي بلغ عددها ٥ أندية لرياضة المعوقين حركياً تعطي فرصة لاسرة المصاب للراحة وتلبية احتياجاتها الأخرى، خاصة اذا كانت اصابة الفرد شديدة ويستثمر طاقات الاسرة ووقتها لرعاية الفرد المصاب^(٧).

وكذلك فإن الاصابة تؤدي الى انسحاب الاصدقاء لعدم قدرتهم على التعامل مع الاعاقة الناشئة من الاتجاهات السلبية نحو الاصابة، وكذلك نتيجة المعوقات البيئية المعمارية للمصاب، والتي تحد من قدرته على القيام بزيادات للاصدقاء أو البحث عن اصدقاء جدد.

ان الاهداف الرئيسية للنشاطات الرياضية والترويحية للأشخاص المصابين بالحبل الشوكي هو تحسين الصحة الجسدية، وكذلك تطوير مهارات استعمال الكرسي المتحرك. ولقد تبين ان الانشغال بالرياضيات لاستعمال الكرسي المتحرك يؤدي الى تحسين نتائج التأهيل والمساعدة في التكيف مع الاعاقة ويزيد من الاعتماد على اذات، ويعطيهم الكثير من الثقة بالنفس وتحسين نوعية الحياة ويعطيهم طموح تطور ابعد^{(٨)،(٩)}.

٣ - الدراسات السابقة:

من حيث النشاطات الفردية والجماعية في المجتمع:

في دراسة ساتون وأخرين (١٠) (1982) Sutton et al عن الخبرات الاجتماعية تضمنت النشاطات الاجتماعية شملت ٧٥ مصاب، تبين ان ٤١٪ انقطعت اتصالاتهم مع الاصدقاء نتيجة للاعاقة و٧٢٪ انشأوا علاقات جديدة مع اصدقاء جدد بعد الاعاقة، و٧٠٪ لا يشعرون بالتمييز نتيجة اعاقتهم. ومن اهم النشاطات لقضاء وقت الفراغ الاستماع الى الموسيقى ٦٦٪ و٦٢٪ مشاهدة التلفزيون و٣٦٪ القراءة.

وفي دراسة ريتشاردز^(١١) (1982) Richards تمت على ١٦٦ من مصابي النخاع الشوكي تتعلق بالخبرات الاجتماعية، وتضمنت النشاطات الاجتماعية، وبين ان اغلبيتهم يمارسون الرياضة والنشاطات المتوفرة، و٣٣٪ لديهم شعور بالاحباط لعدم القدرة على ممارسة النشاطات المفضلة لديهم.

وفي دراسة براون^(١٢) (1986) Brown et al اجريت على ٢٢ مصابا بالنخاع الشوكي عن التفاعلات الصعبية التي تؤثر في النشاطات والخبرات، وبين من الدراسة ان مصابي النخاع الشوكي يقضون وقت اقل في النشاطات، وان النشاطات التي بحاجة الى تحديات جسمية يكون اختيارها اقل.

وفي دراسة تتبعية للخبرات الاجتماعية شملت ٨١ مصابا من مصابي النخاع الشوكي بعد تخرجهم من مركز التأهيل الشامل قام بها هالين^(١٣) عام (1968) Hallin بين ان هؤلاء المصابين قادرون على التفاعل مع المجتمع والاعتماد على الذات، وان الدافعية قد استمرت بحيث كان وضعهم الصحي جيداً.

وفي دراسة كوكيز ويل^(١٤) (1968) Cogs well شملت ٣٥ من مصابي شلل الاطراف السفلي الذين تخرجوا من مركز التأهيل منذ فترة ليست محددة لمقارنة نشاطاتهم الاجتماعية قبل الاصابة وبعد عودتهم الى المنزل، اظهرت الدراسة انخفاضا في عدد الاتصالات الاجتماعية مع الاخرين في المجتمع والادوار التي كانوا يقومون بها.

وفي دراسة عن الخبرات الاجتماعية يودين وكيث^(١٥) عام (1978) Udin and Keith شملت ٦٠ من مصابي النخاع الشوكي الذين تخرجوا الى منازلهم من اجل متابعة النشاطات اليومية المتنوعة، وبين ان النشاطات اليومية محصورة داخل المنزل وحوله، وان الاتصال الشخصي محصوراً بأعضاء الاسرة، وغالبيتهم عبروا عن شعورهم بالاحباط وشعورهم السلبي لعدم قدرتهم على اشغال يومهم الروتيني.

ولقد اجرى بيرك وفيبل^(١٦) (1978) Berk and Feibel دراسة تتبعية عن الخبرات الاجتماعية شملت ٨٥ مصابا من مصابي النخاع الشوكي بعد تخرجهم من مركز التأهيل، وبين ان ٤٣٪ منهم ذكرروا انخفاض الوقت الذي يقضونه في النشاطات الاجتماعية و٥٦٪ لم يسهموا في التفاعلات الاجتماعية مع اقاربهم واصدقائهم و٥٠٪ ذكرروا انه لم تتوفر لهم المساعدة للتغلب على مشاكلهم الاجتماعية والمالية والعاطفية.

وفي دراسة كورتيس^(١٧) وأخرين (1986) Curtis et al عن النشاطات الرياضية شملت ٦٧ من مصابي النخاع الشوكي تبين ان ٧٢٪ يمارسون الرياضة مثل الباسكيت بول، السباحة، ورفع الانتقال والتنس وسباق الكراسي المتحركة.

وفي دراسة تتبعية قام بها أيبيك^(١٨) وأخرين (1994) Aspeck et al عن القضايا الاجتماعية لمصابي النخاع الشوكي استغرقت ٥ - ١٠ سنوات شملت ١٧ مصاباً تبين ان ٤٨ ونسبةهم ٤١٪، ١٤٪ منهم مصابون بشلل رباعي، و٤٣٪ بشلل اطراف سفلی ما يزالون نشطين في الرياضة، باسكيت بول ١١، طاولة تنس ٩، سباق الكراسي المتحركة ٩، ورياضات أخرى ٩، وتنس ٤.

وفي دراسة سوبرومين^(١٩) Soopromanien عن النشاطات الاجتماعية: شملت ٧٠ من المشاركين تبين ان ٥٤٪ لم يغادرو منزلهم ابداً، و١١٪ يخرجون كل يوم، و٥٪ يخرجون مرة في الاسبوع، و٥٪ يغادرون شهرياً، وان الصعوبات المعمارية والمعوقات النفسية والاجتماعية هي المسؤولة عن ذلك.

٤ - اصابة النخاع الشوكي:

ان حدوث صدمة شديدة أو جرح أو كسر في عظم وأربطة Ligaments العمود الفقري التي تحيط بالنخاع الشوكي، يؤدي الى قطع الاوردة التي تربط الفقرات معاً، فيختل تنظيمها الطبيعي، ويتهتك النخاع الشوكي ويعرض للعدم.

وكلما كان موقع الاصابة اعلى كانت شدة الاصابة اكبر، وحدة الاصابة في النخاع الشوكي تحدد مستوى القدرة الحسية والحركة الجزئية والكلية، اما الاجزاء التي فوق مستوى الاصابة فلا تتعطل. اي ان مستوى الشلل ان كان مكملاً يتحدد من حيث الاصابة وموقعها في النخاع الشوكي.

٥ - اهمية الدراسة:

تأتي اهمية الدراسة في التعرف على تأثير اصابة النخاع الشوكي على النشاطات الترويحية والرياضية والاندماج في المجتمع لدى المصابين والذي يعتبر من الاهداف الرئيسية لعملية التأهيل.

٦ - الطريقة والاجراءات:

تم اعتماد منهج المسح الاجتماعي بالعينة واسلوب الدراسة الميدانية لإنجاز هذه الدراسة،

وتم اعتماد اسلوب الاستبانة للحصول على المعلومات المطلوبة عن طريق المقابلة الشخصية للصابين بالنخاع الشوكي.

- مجتمع الدراسة والعينة:

اشتمل مجتمع الدراسة على جميع حالات اصابات النخاع الشوكي التي ادخلت لأول مرة الى مركز التأهيل الملكي في الفترة الزمنية من عام ١٩٨٣ - لعام ١٩٩٨ حيث بلغ العدد الكلي (٥٤٢) مصاباً يشكلون ما نسبته (١٠٠٪) من مجتمع الدراسة ويشمل هذا العدد الاردنيين وبلغ عددهم (٤٥٦) مصاباً نسبتهم (٨٤,٢٪) والباقي (٨٦) مصاباً يشكلون ما نسبته (١٥,٨٪) من الحسبيات الاخرى.

ولقد بلغت عينة الدراسة (١٥٠) مصاباً يشكلون ما نسبته (٧,٢٪) ضمن محددات العينة التي شملت (الفئة العمرية ١٨ - ٦٠ سنة عند الاصابة) وعدم وجود اعاقات اخرى او امراض نفسية وكذلك تم استخدام مقاييس الجمعية الامريكية لاصابات النخاع الشوكي لتصنيف درجات الاصابة ABCD حسب متوى وحدة الاصابة^(٢)، حيث تم تقسيم عينة الدراسة الى ثلاثة مجموعات هي:

أ - المجموعة الاولى: وبلغ عددهم (٢٥) مصاباً يشكلون ما نسبته (١٦,٧٪) وتشمل المصابين بالشلل الرباعي (الاطراف الاربعة) حيث ان الاصابة في مستوى الفقرات العنقية (الرقبة) بدرجة A، وتكون الاصابة مكتملة نظراً لفقدان الاحساس والحركة دون مستوى الجرح،اما درجة B فتتميز بوجود احساس مع فقدان الحركة، والمصاب يستعمل الكرسي المتحرك في هاتين الدرجتين، اما درجة C فتتميز بوجود وظيفة حرکية بسيطة دون مستوى الاصابة لها قوة ادنى من ٣/٥، والمصاب يستعمل اجهزة وعكاكيز للمساعدة في الحركة.

ب - المجموعة الثانية: وبلغ عدد المصابين (٨٩) مصاباً يشكلون ما نسبته (٣,٩٪) وهي تشمل المصابين بشلل الاطراف السفلية، حيث ان الاصابة تكون في مستوى الفقرات الصدرية والقطنية فإذا كانت بدرجة A تكون الاصابة مكتملة بفقدان الاحساس والحركة دون مستوى الجرح اما درجة B فتتميز بوجود احساس مع فقدان الحركة والمصاب يستعمل الكرسي المتحرك في هاتين الدرجتين، وبدرجة C فتتميز بوجود وظيفة حرکية دون مستوى الاصابة لها قوة ادنى من ٣/٥، والمصاب يستعمل جهازاً وعكاكيز للمساعدة على المشي.

ج - المجموعة الثالثة درجة D: بلغ عدد المصابين (٣٦) مصاباً ونسبتهم (٤,٢٪) وهي تشمل

المصابين بالفقرات العنقية أو الصدرية والقطنية، وهنا تكون الوظيفة الحركية دون مستوى الاصابة ومنطقة العضلات تتحرك بقوة تزيد على ٣/٥. وقدراتهم متشابهة، والمصاب لديه ضعف في الاطراف ولكن لا يستعمل اجهزة وعكاكيز لمساعدة على المشي.

وتم استثناء درجة E حيث ان المصاب يكون قادرًا على القيام بالوظائف الجسمية بشكل طبيعي ولا يعاني من أي اعاقة حيث يبلغ عددهم (٤٤) مصاباً ويشكلون ما نسبته (١,٨٪). وكذلك تم استثناء المتوفين والذين بلغ عددهم (٤٠) مصاباً ويشكلون ما نسبته (٤,٧٪) وكذلك تم استثناء (٨٦) مصاباً ويشكلون ما نسبته (٩,٥٪) هم خارج نطاق الفئة العمرية كذلك تم استثناء (٨٦) مصاب ويشكلون ما نسبته (٨,٥٪) من غير الاردنيين وكذلك (١٠) مصابين ويشكلون ما نسبته (٨,١٪) من متعددي الامراض والاعاقات واعتذر (٦) من المصابين ويشكلون ما نسبته (١,١٪) عن المشاركة في الدراسة لاسباب صحية ونفسية خاصة بهم وبين وجود (٨) مصابين خارج ارض الوطن ومصاب (١) في السجن ويشكلون ما نسبته (٧,١٪) و(١١) مصاباً ويشكلون ما نسبته (٥,٢٪) لم يتبعوا حالتهم الصحية في المركز ولم يتمكن الباحث من الاتصال بهم على عنوانينهم السابقتين عدن دخولهم ولعدم وجود تسجيل كامل للاسم.

- أداة الدراسة:

لتحقيق غرض الدراسة قام الباحث بتطوير واعداد استبيانه البحث بعد اجراء العديد من الجلسات والمناقشات مع عدد من الاختصاصيين في علم الاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس وذوي الخبرة من العاملين مع المصابين بالنخاع الشوكي، وعلى قاعدة هذه الجلسات ومراجعة أدبيات النخاع الشوكي تم اعداد الاستبيان بشكلها النهائي، واشتملت على:

١ - المعلومات الاولية: وتضمنت الجنس والอายุ الحالي والحالة الاجتماعية والอายุ وقت الاصابة ومستوى الاصابة وسبب الاصابة.

٢ - النشاطات الترويحية والاندماج في المجتمع: وتضمنت النشاطات الفردية والجماعية في المجتمع واشتملت على استئجار اوقات الفراغ في المنزل وكذلك النشاطات بالترادي الاجتماعية والرياضية.

- صدق وثبات أداة الدراسة:

تم التتحقق من صدق أداة الدراسة بعرض الاستبيان على ١٥ من الخبراء في مجال اصابات النخاع الشوكي وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية الطبية وعلم النفس الطبي في مركز التأهيل

الملكي والجامعة الاردنية للتأكد من ملاءمة الاسئلة وحسن الصياغة اللغوية، وتم الاتفاق بين غالبية المحكمين على ان اسئلة الاستبانة صادقة بدرجة مرتفعة وبناء على ملاحظاتهم وتوجيهاتهم تم اعتماد الاستبانة بشكلها النهائي.

وللتحقق من ثبات اداة الدراسة تم اختيار عينة عشوائية من المصابين بالنخاع الشوكي لم تشملهم الدراسة وهذه العينة مكونة من ٢٠ مصابا اجابوا عن اسئلة الاستبانة ثم اعيد توزيع الاستبانة بعد فترة زمنية (شهر) على نفس افراد هذه العينة وتبين ان اجاباتهم متطابقة.

- التحليل الاحصائي:

استخدم البرنامج الاحصائي SPSS (البرمجة الاحصائية للعلوم الاجتماعية) لتحليل بيانات الدراسة بعد ادخالها الى الحاسوب وقد تم استخراج التكرارات والنسب المئوية والمتosteات الحسابية والانحرافات المعيارية للاجابة على اسئلة الدراسة.

٧ - نتائج الدراسة:

- العمر وقت الاصابة:

تبين ان اعمار عينة الدراسة عند الاصابة (١٨ - ٦٠) سنة وكان متوسط السن (٢٨) سنة، وجاءت اغلبية افراد عينة الدراسة ضمن الفئة العمرية (٢٠ - ٢٩) سنة حيث بلغ عددهم (٨٥) فردا من عينة الدراسة ويشكلون ما نسبته (٥٦,٧٪) وهي فئة الشباب.

- العمر الحالى:

تبين ان اعمار افراد العينة في اثناء اجراء الدراسة بين (٢١ - ٦٦) سنة وكان متوسط السن (٣٨) وجاءت اغلبية افراد عينة الدراسة ضمن الفئة العمرية (٣٠ - ٣٩) سنة حيث بلغ عددهم (٧٩) فردا ويشكلون ما نسبته (٥٢,٧٪).

- الجنس حسب مستوى الاصابة:

وتبيّن الدراسة ان اغلبية افراد عينة الدراسة كانوا من الذكور، حيث بلغ عددهم (١٣٢) فردا يشكلون ما نسبته ٨٨٪ بينما جاء عدد الاناث اقل بكثير من عدد الذكور، حيث بلغ عددهن (١٨) مصابا، يشكلن ما نسبته ١٢٪ وهذه النسبة منطقية حيث ان الاناث وبعضهن ربات بيوت، مما يقلل من احتمال تعرضهن لنشاطات الحياة اليومية الخطيرة التي يمارسها الرجال كونهم كاسبين للعيش، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات العالمية عن اصابات النخاع الشوكي عند الاناث.

ـ اسباب الاصابة:

اظهرت الدراسة ان السبب الرئيسي في اصابات النخاع الشوكي هو حوادث السير، حيث بلغ عدد المصابين من افراد عينة الدراسة (٧٢) مصاباً يشكلون ما نسبته (٤٨٪) من مجموع حجم عينة الدراسة المصابين، ثم جاءت حوادث السقوط من مكان مرتفع في الترتيب الثاني حيث بلغ عدد المصابين (٢٩) مصاباً يشكلون ما نسبته (١٩,٣٪) من افراد عينة الدراسة، ثم كان المصابون بحوادث اطلاق النار في الترتيب الثالث حيث بلغ عددهم (٢٢) مصاباً ويشكلون ما نسبته (١٤,٧٪). وجاء بعدها المصابون بالأمراض وعدهم (١٠) اشخاص ونسبتهم ٦,٧٪ ثم سقوط وزن على الجسم وعدهم (٨) اشخاص ونسبتهم ٥,٣٪ ثم يلي ذلك الطعن بالآلة حادة وعدهم (٥) اشخاص ونسبتهم ٣,٣٪ ثم حوادث سقوط الطائرات المروحية وبلغ عددهم (٣) اشخاص ونسبتهم ٢٪ حوادث الغطس وعدهم شخص واحد بنسبة ٠,٧٪.

١ - النشاطات الفردية والمجتمعية لقضاء وقت الفراغ:

أـ النشاطات الفردية: (١) مشاهدة التلفاز

جدول رقم (١)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب النشاطات الفردية/ مشاهدة التلفزيون ومستوى الاصابة

المجموع		أداة		أكل		شرب		ل碧وعي		يومن		مستوى الإصابة
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
%٥٩,٣	٨٩	%٧١,٤	٥	%٥٠	١	%٥٠	١	%٤٢,٢	٢	%٥٨,٤	٨٠	شلل
%١٦,٧	٢٥	%٦٤,٣	١	-	-	-	-	-	-	%١٧,٥	٢١	المرات متقلّبة ABC
%٢٤	٣٦	%١٤,٣	١	%٥٠	١	%٥٠	١	-	-	%١٦,٧	٢٥	بسيلية D
%١٠	١٥	%٤,٧	٧	%١,٣	٢	%١,٣	٢	%٦١,٣	٢	%٩١,٣	١٢٧	المجموع

المصدر: الدراسة الميدانية.

يبين الجدول رقم (١) ان غالبية افراد عينة الدراسة يشاهدون التلفزيونه يومياً، حيث بلغ عددهم (١٣٧) ونسبتهم ٩١,٣٪.

وتبيّن الدراسة ان معظم مصابي الشلل الرباعي يشاهدون التلفزيون؛ اذ عددهم (٢٤) مصاباً ونسبتهم ١٧,٥٪ ما عدا حالة واحدة نسبتها ١٤,٣٪.

(٢) قراءة الصحف والمجلات:

جدول رقم (٢)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب النشاطات الفردية/ قراءة الصحف والكتب ومستوى الاصابة

المجموع		ليانا		أقل		شهري		ل أسبوعي		لأمي		مستوى الإصابة
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
٥٦٩,٣	٨٩	٥٥١,٩	٧٧	-	-	٥٧٥	٦	٥٥٤,٨	١٧	٥٦٩,٦	٣٩	شلل
٥٦٦,٧	٧٥	٥٢٠,٨	١١	-	-	-	-	٤٢٢,٦	٧	٥٦٢,٥	٧	طرفان
٥٦٤	٣٦	٥٢٨,٣	١٥	٥٦١,٠	٢	٥٦٥	٢	٥٢٢,٦	٧	٥٦٧,٩	١٠	سلبي
٥٦٠	١٥٠	٥٣٥,٣	٥٣	٥٤١,٢	٢	٥٥٥	٨	٥٤٠,٧	٢١	٥٣٧,٣	٥١	ABC
المجموع		٥٦٩,٣		٥٦٦,٧		٥٦٤		٥٦٠		٥٦٩,٣		

المصدر: الدراسة الميدانية.

يبين الجدول رقم (٢) ان (٥٦) مصاباً ونسبتهم ٣٧,٥٪ يقرأون الصحف والكتب والمجلات بشكل يومي، اغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلية، ويقرأ الصحف والكتب والمجلات اسبوعياً (٣١) مصاباً ونسبتهم ٢٠,٧٪. ويبين الجدول ان (٢) مصاباً لا يقرأون الصحف والكتب والمجلات ونسبتهم ٣٥٪.

(٣) لعب الشطرنج

جدول رقم (٣)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب النشاطات الفردية/ لعبة الشطرنج ومستوى الاصابة

المجموع		ليانا		أقل		شهري		ل أسبوعي		لأمي		مستوى الإصابة
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
٥٦٩,٣	٨٩	٥٥٨,٧	٥٧	٥٨٠	٤	٥٥٠	٢	٥٤٧,١	٨	٥٦٧,٨	١٧	شلل
٥٦٦,٧	٧٥	٥٢٠,٤	٣٠	-	-	٥٥٠	٢	٥٥٩	٣	٥٦٤,٢	١	طرفان
٥٦٤	٣٦	٥٢١,٤	٢٢	٥٦٢,٠	١	-	-	٤٢٧,١	٨	٥٦٥	٦	سلبي
٥٦٠	١٥٠	٥٣٥,٣	٨٩	٥٣٦,٣	٥	٥٤١	٦	٥٣٩,٣	١٧	٥٣٦	٢٢	ABC
المجموع		٥٦٩,٣		٥٦٦,٧		٥٦٤		٥٦٠		٥٣٥,٣		

المصدر: الدراسة الميدانية.

يبين الجدول رقم (٣) ان غالبية المصابين لا يمارسون لعب الشطرنج، حيث بلغ عددهم (٩٨) مصاباً ونسبتهم (٦٥,٣٪)، وبين الجدول ان (٢٤) مصاباً يمارسون هذا النشاط ونسبة (١٦٪) اغلبيتهم من مصابي الاطراف السفلية.

يبين الجدول ان طبيعة الاصابة تؤثر في نوع النشاطات التي يمارسها المصاب، حيث تبين وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين ممارسة لعبة الشطرنج، وفئات مستوى الاصابة، حيث كانت قيمة مربع كاي (١٦,٠٥) ودرجات حرية (٨) وهي قيمة دالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ وان ما نسبته ٨٠,٨٪ من مصابي شلل الاطراف السفلية يمارسون هذا النشاط بشكل يومي، بينما كانت نسبة مصابي درجة D من افراد عينة الدراسة الذين يمارسون هذا النشاط ٢٥٪، وكانت نسبة مصابي الشلل الرباعي ٤,٢٪.

(٤) رياضة فردية

جدول رقم (٤)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب النشاطات الفردية/ رياضات مختلفة ومستوى الاصابة

مستوى الاصابة	اليومي		اسبوعي		شهري		ليدأ		المجموع		النسبة	العدد
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
شكل أطراف ABC سطلي	٦٦	٦١,٥٪	٥	٨٣,٨٪	٣	١٠٠٪	٦٥	٥٧,٥٪	٨٩	٥٩,٣٪		
شكل رباعي ABC	٢	٧,٧٪	-	-	-	-	٢٣	٢٠٪	٢٥	١٦,٧٪		
مصابية D	٨	٢٠,٨٪	١	١٦,٧٪	-	-	٢٧	٢٣,٥٪	٣٦	٢٤٪		
المجموع	٢٦	١٧,٣٪	٦	٤٪	٣	١٠٠٪	١١٥	٧٦,٧٪	١٥٠	١٠٠٪		

المصدر: الدراسة الميدانية.

يبين الجدول رقم (٤) ان غالبية افراد عينة الدراسة لا يمارسون رياضات فردية، ويبلغ عدد المصابين غير المشاركين بالنشاطات الرياضية الفردية (١١٥) مصاباً ونسبة ٧٦,٧٪، بينما يظهر الجدول ان (٢٦) من المصابين من افراد عينة الدراسة ونسبةهم ١٧,٣٪ يمارسون بشكل يومي رياضات مختلفة، اغلبهم مصابون بشكل الاطراف السفلية، وبين الجدول ان (٢) من مصابي الشلل الرباعي يمارسون الرياضة ونسبةهم ٧,٧٪ من المشاركون بالرياضات المختلفة.

(٥) اهتمامات زراعية

جدول رقم (٥)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب النشاطات الفردية/ اهتمامات زراعية ومستوى الاصابة

المجموع		لها		أقل		شهري		لبعض		بروسى		مستوى الاصابة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%٥٩,٣	٨٩	%٥٨,٣	٧٤	-	-	%٧٥	٢	%٥٠	٢	%٦٩,٢	٩	مُنخفض
%١٦,٧	٢٥	%١٨,٩	٥٤	-	-	-	-	%٦٣,٧	١	-	-	مُتوسط
%٢٤	٣٦	%٢٢,٨	٢٩	-	-	%٢٥	١	%٣٣,٣	٢	%٣٠,٨	٤	مُتوسط
%٦٠	٨٥	%٤٤,٧	١٢٧	-	-	%٤٢,٧	٤	%٦١	٦	%٦٨,٧	١٣	مُتوسط
المجموع												

المصدر: الدراسة الميدانية.

يظهر الجدول رقم (٥) ان الغالبية العظمى من مصابي التخاع الشوكى الذين شملتهم الدراسة لا يوجد لديهم اهتمامات زراعية خارج المنزل، ويبلغ عددهم (١٢٧) مصاباً ونسبتهم .٪٨٤,٧

٦ - زيارات الاسرة والاصدقاء

جدول رقم (٦)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب النشاطات الفردية/ زيارات الاسرة والاصدقاء ومستوى الاصابة

المجموع		لها		أقل		شهري		لبعض		بروسى		مستوى الاصابة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%٥٩,٣	٨٩	%٥٨,٣	٧٣	%٦٦,٧	٦	%٧٢,٢	١٣	%٥٣,٧	١٥	%٥٧,٨	٢٢	مُنخفض
%١٦,٧	٢٥	%٢٣,٢	١٣	%٢٢,٥	٣	%٥٥,٦	١	%٦١,٧	٥	%٦١,٥	٤	مُتوسط
%٢٤	٣٦	%٢١,٩	١١	%١١,١	١	%٢٢,٢	٤	%٦٣	١	%٦٣,٦	١٢	مُتوسط
%٦٠	٨٥	%٤٧,٣	٥٦	%٦	١	%٤١	١٨	%١٩,٣	٢٩	%٢٠,٣	٣٨	مُتوسط
المجموع												

المصدر: الدراسة الميدانية.

يبين الجدول رقم (٦) ان غالبية المصابين من افراد عينة الدراسة يشاركون الاسرة والاصدقاء في الزيارات حيث بلغ عددهم ٩٤ مصابا ونسبتهم ٦٢,٦٪ وهذا النشاط يقوم به (٣٨) مصابا بشكل يومي ونسبتهم ٢٥,٣٪ من مجموع المصابين.

٢ - النشاطات الجماعية في المجتمع:

١ - مؤسسات التقاعدin ونواديهم:

يبين الدول رقم (٧) ان مشاركة المصابين من عينة الدراسة في النشاطات الجماعية، مؤسسات، نوادي للمتقاعدين قليلة جداً حيث ان (٥) من المصابين ونسبتهم ٣,٣٪ ويشارك في هذه النشاطات مصابيو شلل الاطراف السفلية ودرجة D من المصابين.

جدول رقم (٧)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب مشاركتهم بمؤسسات التقاعدin ونواديهم ومستوى الاصابة

المجموع	عدد مرات المشاركة						مستوى الاصابة	
	لبدأ		نادرأ		شهري			
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
%٥٩	٨٩	%٦٠	٨٧	-	-	%٤٠	٢	
%٦٦,٧	٢٥	%٦١٧,٢	٢٥	-	-	-	ABC	
%٦٤	٣٦	%٦٢٢,٨	٣٣	-	-	%٦٠	٣	
%٦١٠	١٥٠	%٩٦٧,٧	١٤٥	-	-	%٣,٣	المجموع	

المصدر: الدراسة الميدانية.

٢ - النوادي الاجتماعية:

جدول رقم (٨)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب مشاركتهم في النوادي الاجتماعية ومستوى الاصابة

المجموع	عدد مرات المشاركة						مستوى الاصابة	
	لبدأ		نادرأ		شهري			
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
%٥٩,٣	٨٩	%٥٩,٧	٨٦	-	-	%٥٠	٢	
%٦٦,٧	٢٥	%٦١٧,٤	٢٥	-	-	-	ABC	
%٦٤	٣٦	%٦٢٢,٩	٣٣	-	-	%٦٠	٣	
%٦١٠	١٥٠	%٩٦٦,٦	١٤٤	-	-	%٣,٣	المجموع	

يبين الجدول رقم (٨) ان المشاركة في النادي الاجتماعية قليلة حيث شارك (٦) افراد من عينة الدراسة في هذه النشاطات ونسبتهم ٤٪ وهم من مصابي شلل الاطراف السفلي ودرجة D من الاصابة.

٣ - النادي الرياضية:

جدول رقم (٩)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب مشاركتهم في النادي الرياضية ومستوى الاصابة

المجموع	عدد مرات المشاركة						مستوى الاصابة	
	ابداً		نادرًا		شهري			
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد		
%٥٩,٣	٨٩	%٥٩,٥	٧١	%	١	%٥٨,٦	١٧	
%١٦,٧	٢٥	%٢٠	٢٤	-	-	%٣,٤	١	
%٢٤	٣٦	%٢٠,٨	٢٥	-	-	%٣٨	١١	
%١٠	١٥٠	%٨٠	١٢٠	%٠,٧	١	%١٩,٣	٢٩	
المجموع								

المصدر: الدراسة الميدانية.

ويظهر الجدول (٩) ان مشاركة المصابين من افراد عينة الدراسة هي افضل في المشاركة بالنادي الرياضية، وخصوصا النادي التي تعنى بالرياضات الخاصة، حيث بلغ عدد المشاركون بهذه الرياضات (٣٠) مصابا ونسبتهم ٢٠٪ من المصابون، واغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلي، وبلغ عددهم (١٧) مصابا ونسبتهم ٨,٦٪ من المشاركون، يتبعهم بالنشاط مجموعة D وبنسبة ٣٨٪ أما المصابون بشلل الاطراف الاربعة فإن مشاركتهم تشكل ما نسبته ٠,٧٪.

٨ - مناقشة النتائج:

١ - النشاطات الفردية لقضاء وقت الفراغ:

٢ - النشاطات الفردية:

يبين الجدول رقم (١) ان غالبية المصابين يشاهدون التلفزيون وبخاصة مصابو الشلل الرباعي المكتمل A، حيث انهم يقضون يومهم في السرير وعلى الكرسي المتحرك في المنزل نتيجة اشدة اصابتهم وحاجتهم الى من يقوم برعايتهم، ما عدا حالة واحدة من المصابات بالشلل الرباعي لا تتبع ببرامج التلفاز لاسباب دينية وثقافية من قبل رب الاسرة، وهذه النتيجة تظهر ان نسبة

مشاهدي التلفزيون اكبر من نسبة المصابين في دراسة ساتون (1982) (٢٢) حيث ان ٦٪ يشاهدون التلفزيون.

وتبيّن الدراسة ان ٦٤,٧٪ من المصابين يطالعون الصحف والاغلبية بشكل يومي واسبوعي، بينما كانت نسبتهم في دراسة Sutton (٢٣) ٤٨٪ ولكن كان التركيز على الكتب اكبر من الصحف والمجلات، حيث ان الاهتمامات بالقضايا المحلية والسياسية أخذت اهتماماً اكبر من الاهتمامات بالقرارات العلمية والادبية والاجتماعية.

ويبيّن الجدول رقم (٣) ان طبيعة الاصابة تؤثّر في نوع النشاطات التي يمارسها المصاب، حيث تبيّن وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين ممارسة لعبة الشطرنج وورق وفتحات مستوى الاصابة عند مستوى ٠,٠٥، حيث ان ما نسبته ٧٠,٨٪ من مصابي شلل الاطراف السفلي يمارسون هذا النشاط بشكل يومي، نظراً لجلوسهم فترات طويلة على الكرسي المتحرك وحاجاتهم لقضاء وقت الفراغ. وهذا النشاط يمكن ممارسته من غير الحاجة الى بذل مجهد جسمي حركي، بينما كانت نسبة مصابي درجة D من أفراد عينة الدراسة الذين يمارسون هذا النشاط ٢٥٪ اذ انهم قادرين على ممارسة الكثير من النشاطات الاجتماعية، لأن وضعهم الصحي أفضل، بينما كانت نسبة مصابي الشلل الرباعي ٤,٢٪ نظراً لشدة اصابتهم ووضعهم الصحي خصوصاً في الاصابة المكملة.

وتبيّن الدراسة ان ٧٦,٧٪ من المصابين لا يمارسون في منازلهم رياضات مختلفة نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وضيق بعض المسارك، وضعف الاهتمامات الرياضية بالرغم من اهميتها، ويبيّن الجدول رقم (٤) ان المشاركين في الرياضة هم من مصابي شلل الاطراف السفلي.

٢ - النشاطات الجماعية في المجتمع/ النوادي الرياضية:

يبّين الجدول رقم (٩) ان مشاركة المصابين هي افضل في المشاركة بالنوادي الرياضية وخصوصاً النوادي التي تعنى بالرياضات الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك بعد تأسيس الاتحاد الاردني لرياضة المعوقين في عام ١٩٨١، وهو المظلة الاساسية لرياضة المعوقين في المملكة، حيث تم انشاء المرافق الرياضية الرئيسية لممارسة معظم الانشطة الرياضية للمعوقين في مجتمع رياضي خاص بهم، وكذلك تم انشاء ٥ اندية لرياضة المعوقين حركياً في محافظات المملكة. وقد بلغت نسبة المشاركين في هذه الرياضات ٢٠٪ اغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلي، وكانت اقل مشاركة للمصابين بالشلل الرباعي نظراً لشدة الوضع الصحي. وهذه النتيجة تظهر

أهمية دور مركز التأهيل في تشجيع المصابين في أثناء وجودهم في المركز في المراحل النهائية للتأهيل بالانضمام الى نوادي رعاية المعوقين أو الاتحادات الرياضية الخاصة بهم. بالإضافة الى الاتصالات بين المصابين القدماء والمجدد خلال عملية العلاج الجماعي بالمركز. وكانت المشاركة اقل من نسبة مصابي النخاع الشوكي في دراسة كيروتز وآخرون Curtis et al (٢٤).

حيث ان ٧٢٪ من المصابين شاركوا في نشاطات رياضية مع الاخذ بالحسبان انه توجد تسهيلات متعددة ومراكز رياضية، وتتوفر العاب مختلفة تساعد المصابين على المشاركة، بالإضافة الى التكيف مع الاصابة والتشجيع المجتمعي لذلك.

خلاصة النتائج:

- ٦ - تبين من نتائج الدراسة ان ٩١,٣٪ يشاهدون التلفزيون يومياً واغلبهم من مصابي الشلل الرباعي ABC و٣٧,٥٪ يقرأون الصحف والمجلات يومياً، اغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلي ABC ونسبتهم ٢٠,٧٪. وتبين ان ١٦٪ من المصابين يمارسون لعبة الشطرنج اغلبهم من مصابي شلل الاطراف السفلي ABC.
- ٧ - وتوصلت الدراسة الى ان اغلبية المصابين لا يمارسون نشاطات رياضية فردية ونسبة ٧,٧٦٪ و٨٤,٧٪ لا يوجد لديهم اهتمامات زراعية.
- ٨ - وتبين ان ٢٥,٣٪ من المصابين يشاركون يوميا في زيارات مع الاسرة والاصدقاء.
- ٩ - وتوصلت الدراسة الى ان ٣,٣٪ من المصابين لديهم مشاركة في نوادي المتقاعدين و٤٪ في النوادي الاجتماعية.
- ١٠ - كشفت الدراسة ان ٢٠٪ من المصابين يشاركون بالنادي الرياضي الخاصة لذوي الاحتياجات الخاصة ١١,٣ من مصابي شلل الاطراف السفلي ABC.

الملحق رقم (١)

المعلومات الأولية للدراسة

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الرقم المكتسب ٢، أنثى	الرقم الطبي ١، ذكر	الجنس
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		العمر الحالي	

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية ٣، مطلق ٤، أرمل	الحالات الاجتماعية ١، أعزب (لم يسبق له الزواج) ٢، متزوج	العمر وقت الإصابة
		<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	سبب الإصابة ٥، سقوط وزن على الجسم ٦، طعن بآلة حادة ٧، إطلاق رصاص ٨، حادث طائرة ٩، مرض	مستوى الإصابة ١، شلل أطراف سفلية ٢، شلل الأطراف الأربعية ٣، درجة D من الإصابة	سبب الإصابة ١، حادث سيارة ٢، سقوط من مكان مرتفع ٣، طعن بآلة حادة ٤، حادث طائرة ٥، مرض
		<input type="checkbox"/>	

د : النشاطات الفردية والجماعية لقضاء وقت الفراغ.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	أ. النشاطات الفردية ٥، مشاهدة التلفزيون ٤، قراءة الصحف والمكتب ٣، لعب الشطرنج/ الشدة ٢، رياضة فردية. ١، اهتمامات زراعية. زيارات مع الأسرة والأصدقاء	عدد مرات النشاط ٥، ٤، ٣، ٢، ١	أ. النشاطات الفردية ٥، ٤، ٣، ٢، ١
		<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ب. النشاطات الجماعية ٣، مؤسسات ونوادي التقاعدin. ٢، النوادي الاجتماعية. ١، النوادي الرياضية.	عدد مرات النشاط ٣، ٢، ١	ب. النشاطات الجماعية ٣، ٢، ١
		<input type="checkbox"/>	

الهوامش

- 1- Corbet, J. Dobbs and etal, editors, Spinal Network, (Maliby: CA;, Miramar Communication, Inc, 1998).
- 2- A.S. Otom, A.M Doughan, J.S. Kawar and E.z Hattar «Traumatic spinal Cord injuries in Jordan- and epidemiological study», Spinal Cord, Vol 53, (1997), PP. 253-255.
- ٣ - عبد الفتاح عثمان وعلي الدين السيد محمد، الخدمة الاجتماعية للمرضى والمعوقين بين النظرية والتطبيق، ط١ ، (القاهرة: مؤسسة نبيل، ١٩٩٨)، ص ١٨٥ .
- 4- Nordholm L. Westbrook M1986. Effects of depression, self-blame, and dependency on health professional's evaluation of paraplegia patient's. Australian of Occupational Therapy Journal: 62: 602-608.
- ٥ - السرطاوي، عبد العزيز وجميل الصمادي، ١٩٩٨، الاعاقات الجسمية والصحية، مكتبة الفرج للنشر والتوزيع، الكويت، ص ٤١٨ .
- ٦ - عبده، بدر الدين، ١٩٩٩ الاعاقة في محيط الخدمة الاجتماعية (دراسة في تدعيم النسق التعليمي لجماعات المعوقين) المكتب العلمي للنشر والتوزيع، الاسكندرية، ص ٢٣٤ .
- ٧ - السرطاوي، مرجع سابق، ص، ٤٣١ .
- 8- Guttmann L. 1975, Sport and the spinal cord sufferer: Nursing Mirror Midwives J; 141 64-65.
- 9- Tasiemski: T, et al 2000, Sports recreation and employment following spinal cord injury-apilot study, Spinal Cord 38: 173-187.
- 10- Sutton R, Bentley M, Castree B, Mattinson R, Pattiusion J, And Smith R. Review of the Social Situation Of Paraplegia And Tetraplegic Patients Rehabilitated In The Hexham Regional Spinal Injury Unit in The North Of England Over The Past Four Years. Paraplegia, 20 (1982) PP 71-79.
- 11- Richards B, A Social And Psychological Study Of 166 Spinal Cord Injured Patients From Queens Land. Paraplegia, 20 (1982) PP. 90-96.
- 12- Brown, JS, Giesy, B. 1986 Marital status of persons with spinal cord injury. Social Science and Medicine; 23 (3): 313-322.
- 13- Hallin R. 1968, Follow-up of paraplegics and tetra plegics after comprehensive rehabilitation. Interational Journal of Paraplegia: 6: 128-134.
- 14- Cogswell, B. 1968. Self socialization: Readjustment of paraplegics in the community. Journal of Rehabilitation. 37: 11-26.
- 15- Udin, H. Keith, R. 1978. Patients daily activities after discharge form a rehabilitation hospital. Paper presented at American congress of Rehabilitation Medicine, New Or Leans, November.

- 16- Berk, S. Feible J. 1978, The unmet psychosocial and family needs of stroke survivors. Paper presented at the American Congress of Rehabilitation Medicine New Orleans, November. P. 19.
- 17- Curtis, KA. McClanahan, S. Hall Km. Dillon D, Brown K.F. Health, 1986. Vocational and Functional status in spinal cord injured athletes and non athletes, Archives of physical Medicine and Rehabilitation; 67: 862-865.
- 18- Van Asbeck, F.W.A, Raadsen, H. Van de Loo ML. 1994. Social Implications for Preson 5-10 Years After Spinal Cord Injury. Paraplegia; 32: 330-335.
- 19- Soopramanien A, Soopramanien, K. A Medico-Social Survey Of Romanians with Spinal Cord Injury. Paraplegia, 33 (1995) PP. 49-54.
- ٢٠ - دليلك الى اصابات الحبل الشوكي، تحت الطبع، الصندوق الاردني الهاشمي للتنمية البشرية عمان.
الاردن (٢٠٠١).
- 21- International Standard For Neurological Classification Of Spinal Cord Injury, American Spinal Injury Association. Chicago, (1992).
- 22- Sutton RA et al. Ibid, Pp 71-79.
- 23- Sutton RA et al. Ibid, Pp 71-79.
- 24- Curtis, KA. McClanahan, S. Hall KM. Dillon D, Brown K.F. Health, 1986. Vocational and Functional status in spinal cord injured athletes and non athletes, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation; 67: 862-865.

التنويم المغناطيسي

بين الأطباء النفسيين والمعالجين بالقرآن

رؤوية تاريخية وقراءة نقدية

د. طارق بن علي الحبيب

الاستاذ المشارك واستشاري رئيس قسم الطب النفسي

بكلية الطب جامعة الملك سعود بالرياض

التنويم المغناطيسي هو الحالة التي يكون فيها الفرد في وضع يستجيب فيه للأيحاءات الملائمة من خلال حدوث تغيرات في ادراكه الحسي أو ذاكرته أو مزاجه^(١).

والتنويم حالة تشبه النوم لكنها تختلف عنه في قابلية النوم للأحياء وتأثير النوم (المعالج) على نفسه وجسمه تأثيراً يتعدي الحدود الطبيعية حيث ينحصر انتباه المريض كلياً فيما ي عليه النوم من خلال حديثه معه^(٢).

تعود بدايات العلاج بالتنويم الى ابي الطب المصري القديم (امحوت) وذلك سنة ٢٨٥ قبل الميلاد؛ حيث كان يستخدم في مدرسته الطبية ومستشفاه بمدينة (منف) طريقة تشبه الایحاء للوصول الى المخزن السري - العقل الباطن - بأن يترك مرضاه ينامون سواء كان نوماً طبيعياً أو في اعقاب تناول النيبات المخدرة ثم يجعل الكهان يرددون على اسماع هؤلاء المرضى النائمين عبارات ايحائية لتسلل الى احلامهم وتلعب دوراً ايجائياً في حفظهم على التعافي من امراضهم التي يعانون منها^(٣).

وفي اليونان اشتهرت بعض المؤسسات المرتبطة بمعبد اسكولاب «ESCULAP» آله الطب عندهم بمعالجة المرضى بواسطة الرقاد، وكان يتم ذلك بواسطة وضع المريض اصطناعياً بحالة نعاس كلي فيصبح شديد التأثر بالايحاء مما يساعد على الشفاء^(٤).

وبعد تلك البدايات الناضجة لهذا العلم فقد تسم شأنه وتولى زمام امره - فيما بعد -

الدجلة والمشعوذون، ولذلك فقط خلطوه بالسحر والخرافات. ثم عاد العلاج بالتنويم ليحتل مكانه من جديد عندما نشأت فكرة المغناطيسية البشرية على يد الطبيب السويسري باراسيلسوس (Paracelsus) (١٤٩٣ - ١٥٤١م) الذي كان يؤمن بأن النجوم من خلال طبيعتها المغناطيسية تؤثر في البشر. ولقد استنتج من ذلك - حسب اعتقاده - أن أي مغناطيس يمكن أن يؤثر في الجسم البشري من خلال تلك الانبعاثات الغير مرئية التي تصدر من المغناطيس.

وبعد ذلك بعده عقود من الزمن اضاف فان هملونت (Van Haelment) (١٥٧٧ - ١٦٤٤م) مفهوم المغناطيسية الحيوانية والتي يرى بأنها تتبعث من الجسم البشري ذاته فتؤثر في أجسام وعقول الآخرين. ولقد ادى ذلك الى انتشار المعالجين المغناطيسيين في أوروبا لفترة طويلة والذين قد حقق بعضهم نجاحا ملحوظا في بعض الحالات التي عالجوها مما ادى بالتالي الى انتشار تلك الطريقة العلاجية واقبال المرضى عليهم بشكل كبير.

ورغم ما حققه باراسيلسوس وفان هملونت الا ان التاريخ الحديث للعلاج بالتنويم المغناطيسي ينسب البدايات الحقيقة لهذا العلاج الى الطبيب التمساوي فرانز انطوان ميسمر (١٧٣٤ - ١٨١٥م) الذي كان يعمل في فرنسا، وكان متخصصا في دارسة تأثير الاجرام السماوية على الحياة البشرية الا انه فيما بعد اصبح مهتما بدراسة ظاهرة المغناطيسية. ولقد لاحظ ميسمر ان تعريض المريض للمغناطيس يؤدي الى تخفيف شکواه بدرجة كبيرة، ولكنه اكتشف فيما بعد ان المغناطيس لم يكن ضروريا لحدوث ذلك الامر العلاجي فقد كان يكتفي ان يحدث ذات التأثير من خلال لمس المريض أو لمس الماء الذي يجلس فيه المريض بواسطة قضيب من الحديد. ومن ذلك فقد استنتاج ميسمر بأن القوة لم تكن في المغناطيس وإنما في ذاته، مما ادى الى قناعته بما يسمى (المغناطيسية الحيوانية) والتي يرى بأنها سائل غير مرئي يستطيع ان يخترن في جسده وان ينقله الى الآخرين.

ورغم اكتشاف ميسمر ان القوة لم تكن في المغناطيس وإنما في ذاته الا ان المرضى كانوا مقتنعين ان القوة في المغناطيس ومع ذلك يتحقق الشفاء. وهذا يدل على ان قناعة المريض بتفع شيء ما رغم عدم نفعه حقيقة قد يؤدي الى آثار ايجابية، ولذا فإن استشهاد بعض المعالجين بالقرآن بأن المريض ليس به علة من خلال ايهامه بالعلاج بالقرآن وهم يقرؤن عليه شرعاً أو سواه فيتمثل المريض للشفاء حقيقة هو استشهاد غير صحيح وذلك لأن قناعة المريض بأنه سيتطلع من هذا العلاج الذي يظن انه القرآن هي قوة شفائية بحد ذاتها بإذن الله.

وحينما ذاع صيت ميسمر واشتهر توافدت عليه اعداد كبيرة من الناس طلباً للشفاء،

فاضطر إلى جلسات العلاج الجماعي حيث جعل وعاءً كبيراً وملاهٍ بالماء وبرادة الحديد وعددًا من القصبات الحديدية وجلس مريض حول هذا الوعاء جاعلين تلك القصبات الحديدية على الأجزاء العليلة من أجسامهم ويقوم هو بالمرور من حولهم ويلامسهم بيده ليمدّهم بقوته المغناطيسية التي يعتقد بها.

ولعل لجوء ميسمر إلى العلاج الجماعي يذكرنا بفعل بعض المعالجين بالقرآن حيث ما ان يشتهر بعضهم حتى يلجمًا إلى علاج الناس في مجموعات (الرقية الجماعية) طلبًا للمزيد من حطام الدنيا رغم فتوى عدد من العلماء بحرمة هذا اللون من العلاج بالقرآن^(٤).

ولم تكن جلسات ميسمر العلاجية في الحقيقة سوى مجموعة الإيحاءات الضمنية التي تؤدي إلى استرخاء المريض وقناعته بقدرات المعالج بالمغناطيس وتوقعه حدوث تغيرات مفاجئة. ولقد نسبت هذه الطريقة العلاجية إلى ميسمر وسميت باسمه (الميسورية) Mesmerism حيث ان مصطلح التنويم المغناطيسي لم يكن معروفاً في ذلك الحين.

وقد كان يعتري مرضى ميسمر أثناء تلك الجلسات العلاجية حالات مماثلة لما يسميه العلماء المعاصرون بالأزمة النيمية (Hypnotic Crisis)، والتي كانت تسمى الأزمة الميسورية، وهي تلك الحالات التي يتغير فيهاوعي المرضى وتعترفهم نوبات من البكاء وربما الضحك وقد يغيبون عن الوعي في بعض الأحيان. ولو تمعنا النظر لوجدنا أن هذه الحالات لا تختلف كثيراً عن بعض ما يحدث لبعض المرضى عند بعض المعالجين بالقرآن.

ورغم خطأ نظرية ميسمر في تفسير سبب شفاء المرضى إلا انه قد اوضح بجلاء دور العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض في حدوث الشفاء. ولقد اختلفت وجهات النظر حول الطريقة الميسورية في العلاج، كما لوحظت السلوكيات المنافية للحشمة التي كان يمارسها ميسمر أثناء العلاج حيث كانت طريقة العلاجية تستدعي لمس أجساد المرضى والذين يكونون أحياناً من النساء (مجرد ملامسة للكتف أو الرأس لكن ذلك لم يكن مقبولاً على الاطلاق في أوروبا في تلك الفترة من الزمن)!!

ولذلك فلقد استدعى الامر ان تكلف الحكومة الفرنسية في عام ١٧٨٤ م مجموعة من العلماء للنظر في الطريقة الميسورية في العلاج. ولقد قام أولئك العلماء ومنهم انطوان لافوازيه (عالم الكيمياء المشهور) بالعديد من التجارب التي لم تستطع أي منها إثبات وجود المغناطيسية الحيوانية التي يزعمها ميسمر، وإنما لاحظوا ان قناعة المرضى واعتقاداتهم بقدرات المعالج هي

السبب الاساسي في حدوث الآثار الايجابية للطريقة الميسمرية.

ونلاحظ في هذه الايام ان بعض المعالجين بالقرآن - وإن كانوا قلة - يلمسون بعض الموضع من جسد المريضية - كالرأس والنحر بشكل خاص - دون وجود حاجة لذلك، كما نلاحظ في الوقت نفسه ضجر بعض المصلحين واهل الفضل والعلم من هذا السلوك، بل وتدخل بعض الحكومات في العالم الاسلامي بحزم منع مثل هذه التصرفات المشينة.

وعلى العموم فلقد اعترفت اللجنة العلمية بالاثر الفعال للطريقة الميسمرية في العلاج لكنها رفضت تماماً النظرية التي يفسر بها ميسمر حدود ذلك الشفاء بل واعتبرت ما يمارسه نوع من الدجل والشعوذة وذلك لأن دور الایحاء أو أي اسباب نفسية اخرى في شفاء الامراض لم تكن مقبولة علمياً حيث ان العلم آنذاك لم يكن يقبل سوى الاسباب المادية لتفسير الامراض والعلل على عكس افراد المجتمع الذين يميلون للإيمان بتطرف بالامور الغيبية غير المحسوسة أياً كانت. وكذلك الامر بالنسبة لميسمر فهو من ذلك الجيل من العلماء ولذلك فإنه لم يقدم نظريته بأن اسباباً نفسية تكمن وراء شفاء بعض الامراض، وإنما لجأ للمغناطيس كسبب مادي يفسر به ما يشاهده^(٤).

ولعل التاريخ يعيد نفسه ثانية فنجد ان كثيراً من المثقفين في دول العالم الثالث يقبلون الاسباب المادية فقط لتفسير الظواهر التي يواجهونها وهو امر يحتاج اعادة نظر، في حين ان شعوبهم تفرق في الایمان بالخرافات والاساطير وكذلك بعض الغيبيات مما لم يأمر به الدين وترفضه الفطرة السليمة.

ورغم ايماني بخطأ ميسمر في تفسير مشاهداته الا ان قرار اللجنة العلمية بأن عمل ميسمر يقوم على مجموعة من التخيلات ولذلك فلا داعي لاجراء المزيد من الابحاث حوله هو خطأ ايضاً، وذلك لأن تلك اللجنة العلمية قد تجاهلت ما اعترفت به سلفاً من شفاء الكثيرين من مرضى ميسمر. وما كان قرارهم ذلك ليشير الا لأن نظرية ميسمر التي يفسر بها شفاء مرضاه لم تكن صحيحة. ولعلنا نستنتج من ذلك ان حدوث نتائج ايجابية عند استخدام طريقة علاجية معينة ليست بالضرورة دليلاً على صحة النظرية التي يفسر بها مستخدم تلك الطريقة العلاجية سبب حدوث ذلك الشفاء. وكذلك الامر بالنسبة للمعالجين بالقرآن فعندما يتحسن مريض عند علاجه بالضرب فليس بالضرورة ان يكون تفسير المعالج بالقرآن صحيحاً بأن المريض كان متلبساً بجني خرج بسبب الضرب. وكذلك ايضاً عندما يتحسن مريض عن طريق العلاج بالقرآن فليس بالضرورة ان يكون تفسير المعالج بالقرآن صحيحاً بأن المريض كان مسحوراً أو مصاباً بالعين - وإن كان ذلك امراً ممكناً وإنما قد يكون به أي علة اراد الله ان يكون شفاؤها بالقرآن^(٤).

ولعل الحال التي نمر بها هذه الايام حول استخدام القرآن في العلاج لا تختلف كثيراً عن حال الناس واختلافهم بشأن العلاج بالмагناطيس زمن ميسمر، ولذلك فيجب على المعالجين بالقرآن - في نظري - ان لا يقعوا في مثل ما أخطأ فيه ميسمر في ضرورة تقديم سبب محدد لحدوث الشفاء، وتفسير ما حدث للمريض بأن ما كان به هو سحر أو عين حاسدة أو جن وينافحوا عن ذلك لأن الناس قد يختلط عليهم الامر فيرفضون العلاج بالقرآن (وهو علاج صحيح) بسبب عدم قناعتهم بالتفسير المقدم من لدن المعالجين بالقرآن لتحليل حدوث ذلك الاثر (وهو تفسير قابل للخطأ والصواب). وفي المقابل ايضاً يجب ان لا يقع المصلحون وأولو الامر في البلاد الاسلامية بمثل ما اخطأ به اللجنة العلمية والحكومة الفرنسية زمن ميسمر فيرفضون العلاج بالقرآن لسبب أو لآخر كتجاوزات بعض المعالجين بالقرآن أو أخطاء البعض الآخر منهم مهما بغلت اذ على ولاة الامر ان يعتبروا اصل المنهج العلاجي (وهو علاج صحيح) ويضعوا لجانا متخصصة لا لتکفير أو تجريم المعالجين بالقرآن فحسب كما هو حاصل وإنما لمحاولة تقديم العلاج بالقرآن في خطوات عملية مؤصلة بضوابط الشرع ومدركة لمدى الحاجة الشديدة لدى الناس مثل هذا اللون من العلاج^(٤).

ولقد ادى انتشار تقرير اللجنة العلمية حول الطريقة الميسمرية الى تدني سمعة ميسمر بين الناس مما اضطره الى مغادرة باريس ليموت فقيراً معدماً في سويسرا عام ١٨١٥.

ولقد كانت الخطوة الاكثر تميزاً في تاريخ التنويم المغناطيسي على يد الجراح الاسكتلندي جيمس برئيد الذي لاحظ بأن العامل الفعال في الطريقة الميسمرية يكمن في تركيز انتباه المريض على امر محدد (Monoideism) يؤدي بدوره الى حدوث حالة من النعاس. ولقد اطلق جيمس برئيد على طريقة الجديدة مصطلح التنويم (Hypnosis) اشتقاقة من الكلمة اغريقية تعني النوم، وبذلك يكون جيمس برئيد هو أول من استخدم مصطلح التنويم لهذه الطريقة العلاجية التي يمكنه من خلالها احداث حالة من النعاس يغلق فيها المريض عينيه وتسترخي عضلاتنه ويكون فيها قابلاً للایحاء بدرجة كبيرة. بالإضافة الى ذلك فقد حقق جيمس برئيد نتائج ايجابية تمايل نتائج ميسمر لكنه تميز عنه بعد اصابة مرضاه أثناء الجلسات العلاجية بنوبات الهياج والصرع الھستيري التي كانت منتتاب مرضى ميسمر.

وبعد فترة من الركود - بعد عهد ميسمر - امتدت نحو قرن عاد العلاج بالتنويم ليحتل مكانته من جديد في فرنسا في النصف الثاني من القرن التاسع عشر الميلادي على يد طبيب الاعصاب الفرنسي جين مارتين شاركوت (Jean Martin Charcot) الذي استطاع ان يميز بين

الشلل الهمسي والشلل الناتج من خلل الاعصاب. ولقد كان جان مارتين شاركوت مهتماً بدراسة تأثير المعادن على الامراض وكذلك بالعلاج بالتنويم، كما كان يعتقد ان اضطراب الهمسي يحدث بسبب اختلال مرضي في جسم الانسان وان العلاج بالتنويم يؤدي الى حدوث تغيرات فسيولوجية لدى المريض. ولقد ادى تفسير هذه الظاهرة بأسباب عضوية الى استعادة العلاج بالتنويم لكانه بشيء من الاحترام والتقدير!! لكن ذلك الاعتقاد لم يتم طويلاً حيث قدم استاذ في الطب الباطني كان معاصرًا لجين مارتين شاركوت اسمه هيبولait بيرنهيم (Hippolyte Bernheim) فرضيته بأنه ليست هناك اية عوامل عضوية تكمن في العلاج بالتنويم وإنما هو استجابة نفسية للإيحاء. كما استطاع ايضاً ان يتحقق النتائج التي حققها اسلافه من خلال الإيحاء فقط دون الحاجة الى تنويم المريض الذي لم يكن يراه ضرورياً لحدوث الأثر الفعال للعلاج.

وبذلك يتبيّن لنا ان الازمة الميسمرية (النيمية) وطريقة جميسميريد في العلاج بواسطة التنويم وكذلك اعتقاد شاركوت بالتغيرات الفسيولوجية التي تحدث للمريض تحت العلاج بالتنويم إنما ترتبط بشكل خاص بتوقيعات المعالج والمريض والتي نبعت أساساً من البيئة الاجتماعية التي عاصروها ومن الظواهر التي شاهدوها^(١).

وفي اواخر القرن التاسع عشر الميلادي اضاف الطبيب النمساوي سيموند فرويد (١٨٥٦ - ١٩٣٩م) اسلوباً جديداً للعلاج بالتنويم حيث لم يقتصره على ازالة الاعراض فقط وإنما استخدمه ايضاً لمساعدة المريض على تذكر الاحداث الماضية التي ربما تكون هي الحلقية لما يعانيه من اعراض، وبذلك يمكنه تحديد اصل المشكلة فيقوم باتخاذ العلاج المناسب لها. ولقد نجح سيموند فرويد في ذلك نجاحاً ملحوظاً، وتبعه في ذلك مجموعة من المختصين.

ورغم ذلك فإن العلاج بالتنويم لم يفقد مكانته فلقد عاد الاهتمام به ثانية اثناء الحربين العالميتين لعلاج تلك الاعراض العصبية التي اصابت بعض الناس.

وفي اعقاب الحرب العالمية الثانية قام العلماء بإجراء بعض الدراسات التي تميزت بنهجيتها واعادة تقييم الاعتقادات والظواهر السابقة وتطوير تقنيات افضل لتقدير مستوى الاستجابة لهذا النوع من العلاج^(١).

ومن الجدير ذكره ان كثيراً من المصادر العربية ما زالت تعطلق على هذه الطريقة العلاجية مصطلح التنويم المغناطيسي. في الحقيقة انه من الاصوب - في رأيي - حذف الكلمة المغناطيسي في

المصطلح وتسميه بالتنبیم او التنبیم الایحائی كما هو مستخدم في بعض المراجع.

ولعل من يقرأ كلام الإمام ابن القیم رحمه الله يدرك انه قد سبق من اسلفنا ذكرهم في الحديث عن دور قوة النفس عند المريض والمعالج في شفاء بعض العلل والاسقام، بل وقد تميز عنهم بأنه قد ربطه بصدق التوجة الى الله واقبال الروح الى فاطرها وهو ما يمكن تسميته (قوة الروح) وهي صدق الایمان، وبذلك يكون ابن القیم - رحمه الله - قد جمع للمريض بين قوة النفس وقوة الروح يقول ابن القیم - رحمه الله - وقد علم ان الارواح متى قوتها (قوة الروح) وقوية النفس والطبيعة (قوة النفس) تعاونا على دفع الداء وقهره فكيف ينكر لمن قويتها طبيعته ونفسه وفرحت بقربها من بارئها وأنسها به وحبها له وتنعمها بذلك وانصراف قواها كلها اليه وجعلها عليه واستعانتها به وتكلمتها عليه ان يكون ذلك لها من اكبر الادوية وتوجب لها هذه القوة دفع الالم بالكلية ولا ينكر هذا الا اجهل الناس واعظمهم حجابا واكثفهم نفسا وابعدهم عن الله وعن حقيقة الانسانية^(٥).

والذی يبدو ان ابن القیم - رحمه الله - قد استفاد من فكرته عن دور قوة النفس من سبقه من علماء الاغريق الا انه قد طورها بأن اضاف اليها قوة الروح يقول رحمه الله :- وعقلاء الاطباء معترفون بأن لفعل القوى النفسية وانفعالاتها في شفاء الامراض عجائب، وما على الصناعة الطبية اضر من زنادقة القوم وسفلتهم وجهالهم^(٦).

ولعل ابن القیم - رحمه الله - بفعله ذلك يقدم نموذجاً حياً للباحث المسلم بتميز شخصيته وعرضه وصقله لكل مستجدات العلم حسب توجيهات من علم الانسان ما لم يعلم.

كما بوب - رحمه الله - في كتابه زاد المعاد «فصل في هديه في علاج المرضى بتطبيب نفوسهم وتفویة قلوبهم» ذكر فيه: ما رواه ابن ماجه في سننه من حديث أبي سعيد الخدري - رضي الله عنه - قال: قال رسول الله ف: «اذا دخلتم على المريض ففسوا له في الاجل، فإن ذلك لا يرد شيئاً، وهو يطيب نفس المريض». قال ابن القیم - رحمه الله - في تعلیقه على هذا الحديث: وفي هذا الحديث نوع شریف جداً من اشرف انواع العلاج، وهو الارشاد الى ما يطيب نفس العليل من الكلام الذي تقوی به الطبيعة وتنتعش به القوة وينبعث به الحار الغریزی فیتساعد على دفع العلة او تحفيفها الذي هو غایة تأثير الطبيب. وتفريح نفس المريض وتطبيب قلبه وادخال ما يسره عليه له تأثير عجیب في شفاء علته وخفتها، فإن الارواح والقوى تقوی بذلك فتساعد الطبيعة على دفع المؤذی^(٧).

ولقد روي ان عمر بن الخطاب - رضي الله عنه - كان يقرأ الفاتحة على المريض فيشفى، فجاء رجل فقرأها على مريض واعادها ولم يتحسن المريض قليل له: انها الفاتحة ولكن اين عمر؟!!

قال ابن القتيم - رحمه الله -: ومكثت بمكة مدة يعتريني ادواء، ولا اجد طبيباً ولا دواء فكنت اعالج نفسي بالفاتحة فأرى لها تأثيراً عجيباً، فكنت اصف ذلك لمن يشتكى المأفakan كثير منهم بيراً سرياً. ولكن هنا امر ينبغي التقطن به وهو ان الاذكار والآيات او الادعية التي يستشفي بها ويرقى بها هي في نفسها نافعة شافية، ولكن تستدعي قبول الحال وقوة همة الفاعل وتأثيره. فمتي تخلف الشفاء كان لضعف تأثير الفاعل أو لعدم قبول المفعول أو لمانع قوي يمنع من اقتضائه اثره، فإن الطبيعة اذا اخذت الدواء بقبول تام كان انتفاع البدن به بحسب ذلك القبول، فكذلك القلب اذا اخذ الرقى والتعاوين بقبول تام وكان للرقمي نفس فعالة وهذه مؤثرة اثر في ازالة الداء^(٦).

وقال ابن القتيم - رحمه الله - ايضاً: وان على الطبيب ان يستعمل انواع العلاجات الطبيعية والالهية والعلاج بالتخييل، فإن لخاذق الاطباء في التخييل اموراً عجيبة لا يصل اليها الدواء، فالطبيب الحاذق يستعين على المرض بكل معين^(٥).

التقنية الحديثة للعلاج بالتنمية:

يستخدم المعالج بالتنمية عدة وسائل في علاجه، والتي منها على سبيل المثال سؤال المريض بأن يرکز نظره على شيء ما امامه، وان يسترخي تدريجياً حتى يصل الى مرحلة يكون فيها غير واع لما يدور حوله بدرجة كافية. ويشرط للعلاج بالتنمية ان يكون المريض متفاعلاً مستعداً للتعاون مع المعالج، ورغم ذلك الا ان هناك ٥ - ١٠٪ من الناس لا يمكن تنويهم مهما بلغت مهارة المعالج ودرجة تعاون المريض معه، في حين تختلف درجة القابلية للايجاد عند ٩٠٪ الاخرين. كما انه يمكن ايضاً للمريض نفسه بعد فترة من التدريب ان يقوم بتنمية نفسه^(٧).

وتختلف طرق التنمية بحسب الغاية التي من اجلها ينوم الانسان أو الوسيط فقد يكون النوم مشعوذأً أو طبيباً أو باحثاً أو هاويأ، فيكون الهدف احياناً هو خداع الناس أو تسليتهم، أو يكون طبيباً يستخدم التنمية لعلاج بعض الحالات النفسية، وقد يكون الهدف اجراء بعض التجارب والبحوث، أو يكون مجرد هواية لمحاولة استشكاف الغيب، ومهما يكن الهدف من التنمية فإنه يجب ان يتم في مكان هادئ ونور خافت، بعيداً عن اللون الاحمر والالوان الزاهية البراقة،

كما يجب ان يستلقي الوسيط على مقعد وثير بطريقة مريحة، وان يحل رابطة العنق والاحزمة الضاغطة وينزع الاحدية الضيقة، ثم يجب ان يعرف الوسيط الهدف من النوم، وان لا خطر من التنميم المغناطيسي على النائم، كما يتطلب منه عدم المقاومة وان يكون ايجابياً خلال مراحل النوم، ثم يبدأ النوم بالايحاء النفسي، معتمداً في ذلك على استغلال بعض الاشياء التي تحدث طبيعياً في جسد الانسان ونوضح ذلك على النحو التالي:

في البداية يتطلب النوم من الوسيط ان يجلس ويهاده مفتوحتان على ركبتيه، بحيث يكون باطن الكف الى الاعلى، فيوهمه بأن اصابعه سوف تقبض بتأثير قوة التيار المغناطيسي الذي يوجهه النوم، وبعد لحظات يشعر الوسيط بأن اصابعه فعلاً تبدأ بالانقباض، وهذا الشعور طبيعي لأن اي انسان اذا ما ارخي عضلات يده فإنه سوف يجد ان اصابعه تقبض تلقائياً، فإذا احس الوسيط ان اصابعه قد بدأت تقبض، توهم ان هذا الانقباض نتيج فعلاً بتأثير من الموم، ثم بعد ذلك يوهمه النوم بأن يديه كما انقضت بفعل التأثير المغناطيسي سوف تنقلب تلقائياً بحيث يصبح باطن اليد الى اسفل بعد ان كان الى اعلى، وقعلاً بعد ان تنقض اصابع تدور اليد كما اشار النوم وهذا ايضاً امر طبيعي، ويمكن الاي انسان ان يجري ذلك بنفسه، فإذا شعر هذا الوسيط والذي غالباً ما يكون انساناً بسيطاً او مثقفاً طيب القلب يصدق كل ما يقال له، فإنه ينقاد انقياداً اعمى الى النوم فزداد ثقته به وبكلامه ويطaque المغناطيسية، ويعدها يتحول النوم بالايحاء الى عيون الوسيط بعد ان يضع امامه كرة صغيرة لامعة ويطلب منه ان يتحقق فيها ولا يلتفت لسواه، فيوحى اليه بأن اجهفانه سوف تصبح ثقيلة ثقيلة وتأخذ بالانغلاق رويداً رويداً، وان محاولة فتحها اصبح امراً صعباً، وان الاستسلام واغلاقها كي لا يتعب، والحقيقة الكامنة هنا هو ان النوم يضع الكرة اللمعنة على مسافة قريبة جداً من عيني الوسيط وفوق مستوى النظر، وهذه الوضعية يتواхها النوم لهدفين، الهدف الاول: هو جعل عضلات عدسة العين الشعيرية «Ciliary Bodies» تعمل بكامل طاقتها وقدرتها لتركيز الصورة على شبكة العين «Retina» وهذا يؤدي لشعور العين بالتعب، كما ان وضع الكرة اللمعنة فوق مستوى العين يجر عضلات الجفن الاعلى على الانقباض بصورة اشد من الحالة العادية وهذا ما يجعلها تتعب، اما الهدف الثاني: فيكمن في بريق الكرة اذا ان التحديق في جسم لام يخفف من نشاط وحيوية الانسان ويعزله عما يدور حوله من امور، فإذا تعبت العين، وقل نشاطه وحيويته واخذ يشعر بلحظات انسلاخ من المحيط الموجد فيه، ازدادت ثقته وقناعته بكلام النوم الى حد كبير بحيث لا يعود يشك في اية كلمة يسمعها منه، فإذا وصل النوم وبان شعوراً جارفاً بالنوم بدأ ينتابه، وان لا فائدة من مقاومته وان عليه الاستسلام،

لان النوم فيه راحة له ثم يقول بعدها بأن انفاسه قد أصبحت طويلة، وبأن جسده أصبح خفيفاً جداً وهكذا يستمر النوم بالايحاء عن طريق استغلال اشياء حقيقة تحصل في جسد النائم حتى تحصل الحالة التي نسميتها النوم المخاطبى (٨).

وحيثما يكون المريض تحت تأثير النوم سواء بمساعدة عقار مثل اميتال الصوديوم أو بدون استخدام العقاقير فإن المعالج يتحدث كيف يشاء، ثم يستخدم ذلك في العلاج لاحقاً.

وتتصف الحالة التي تنتاب المريض أثناء العلاج بالتشويم بالتغييرات التالية:

- ١ - انعدام روح المبادرة وانتظار المريض لا وامر معالجه.
- ٢ - انعدام الاستجابة للمؤشرات الخارجية سوى ما يوجهه اليه المعالج.
- ٣ - ازدياد القابلية للایحاء
- ٤ - ضعف ارتباط المريض بالواقع من حوله.
- ٥ - شعور المريض ببعض التخيلات الغيرية كشعوره بأنه موجود في زمان ومكان غير الزمان والمكان الذين يحياهما.
- ٦ - نسيان المريض لما حدث أثناء جلسة العلاج في بعض الاحيان خصوصا عند ذوي الشخصيات القابلة للایحاء بشكل كبير عندما يأمرهم المعالج بذلك؟ (٧).

ولعل بعض طلبة العلم يتبرج فيما يتعلق بحكم مثل هذه الطريقة العلاجية، حيث ان المسلم مأمور بتجنب كل ما يؤثر على وعيه وادراته الا ما دعت اليه الضرورة كالبنج في العمليات الجراحية حتى لا يشعر المريض بالالم. وفي الحقيقة ان الالم النفسي الذي يعني منه المرضى النفسيون لا يقل في بعض الاحيان عن الالم العضوي بل قد يفوقه. ورغم عدم انتشار هذا اللون من العلاج في العصر الحديث بشكل كبير، الا انه ما زال يستخدم في بعض المراكز العلاجية.

وفي نظري انه يمكن الاستفادة من هذا اللون من العلاج في مجتمعنا الاسلامي وتسيير ذلك ايضاً في تقوية الجانب الروحي والنفسي معاً لدى المريض. وما يجدر ذكره ان بعض المراجع الغربية تعتبر بعض العشائر التعبدية عند المسلمين هي نوع من العلاج بالتشويم، وذلك لأن المسلم يتجه بمشاعره أثناء العبادة باتجاه واحد، فيقلل ذلك من تأثير المثيرات الخارجية الأخرى عليه. ورغم الایمان بصحة تفسير اولئك العلماء بأن المسلم يتجه بمشاعره باتجاه واحد - هذا ان كان خاشعاً - الا ان الاستنتاج الذي بنوه على ذلك وهو ان ذلك نوع من العلاج بالتشويم انما جاء بسبب فراغ ارواح كثير من اولئك العلماء من حقيقة الایمان بالله وعدم تذوقهم للذلة الطاغة وارتباط الدين في

حس الكثيرون منهم بالوهم والخيالات، والا فالواقع يشهد بغير ذلك. كما انه ربما يكون قصد بعضهم تجريد الدين من اي اثر علاجي فعال بسبب آثاره الروحية، وربط بالآثار والقوى النفسية، وجعل الدين مجرد وسيلة نفسية يمكن الاستغناء عنه بغيره.

الاستخدامات العلاج بالتنويم:

يسعى المعالج بالتنويم الى اظهار بعض الذكريات من اللاوعي لدى المريض او ان ييسر له البوح ببعض افكاره وانفعالاته المزعجة أو غير المقبولة التي لا يستطيع الحديث عنها صراحة في حالته الطبيعية. ورغم ان العلاج بالتنويم قد اخذ في الانحسار تدريجياً مع تطور وسائل العلاج النفسية الاخرى في العصر الحديث الا انه قد حقق في السابق درجات مختلفة من النجاح في علاج مجموعة من الامراض مثل:

- ١ - السمنة.
- ٢ - ادمان الكحول والمخدرات والنيكوتين.
- ٣ - تم استخدامه في التخدير قبل العمليات الجراحية في القرن الماضي لكنه نظراً لاكتشاف عقاقير التخدير فإنه لم يعد يستخدم في الوقت الحاضر.
- ٤ - الآلام المزمنة.
- ٥ - الربو.
- ٦ - الثاليل.
- ٧ - الحكة.
- ٨ - حبسة الكلام^(٧).

وليس من المناسب استخدام هذه التقنية العلاجية لعلاج ذوي الشخصيات الوسواسية، وكذلك الشخصيات الشكاكة المرتبطة نظراً لأنعدام ثقتهم بنحوهم بن فيهم المعالج نفسه. وبشكل عام فهذا النوع من العلاج نادر الاستخدام، نظراً لاختلاف الآراء حوله ووجود تقنيات علاجية جديدة متميزة، اضافة الى ان ممارسته تستغرق وقتاً طويلاً. وينسب بعض الناس بغير علم بعض انواع السحر الى التنويم المغناطيسي بوصفها ضررآ من ضروريه. ولعل هذا يفسر لنا فتاوى بعض علماء الشريعة الاسلامية في التنويم المغناطيسي، التي تقوم اساساً على الفهم الخاطئ لدى السائل الذي يعتقد بأن المنوم يستعين بالجن للكلام على لسان المنوم، مما يجعل الفقيه يفتى

بحرمة ذلك لانه التجاء الى غير الله واستعانت بالجبن وتخضير لراواجهم. وقد سئلت اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والافتاء في المملكة العربية السعودية السؤال التالي:

ما حكم الاسلام في التنميم المغناطيسي، وبه تقوى قدرة المنوم على الایحاء بالمنوم، وبالتالي السيطرة عليه، وجعله يترك محركاً أو يشفى من مرض عصبي أو يقوم بالعمل الذي يطلب بالمنوم؟

فكان الجواب: التنميم المغناطيسي ضرب من ضروب الكهانة باستخدام جني حتى يسلطه المنوم على المنوم فيتكلم بلسانه ويكتسبه قوة على بعض الاعمال بالسيطرة عليه ان صدق مع المنوم وكان طوعاً له مقابل ما يتقرب به المنوم اليه، ويجعل ذلك الجني المنوم طوع ارادته المنوم بما يطلبه من الاعمال أو الاخبار بمساعدة الجنبي له ان صدق ذلك الجنبي مع المنوم. وعلى ذلك يكون استغلال التنميم المغناطيسي واتخاذه طريقاً أو وسيلة للدلالة على مكان سرقة أو ضالة، أو علاج مريض أو القيام بأي عمل آخر بواسطة المنوم غير جائز، بل هو شرك لما تقدم، ولأنه التجاء الى غير الله فيما هو من وراء الاسباب العادلة التي جعلها سبحانه الى المخلوقات واباحها لهم^(٩).

المراجع:

- (١) Comprehensive text book of psychiatry 6th edition
- (٢) د. محمد المخزنجي، مرحلة استكشافية، مجلة العربي، الكويت، وزارة الاعلام عدد كانون الثاني ١٩٨٨ م ص، ٨٥.
- (٣) يمنى زهار، عالم غير منظور، ص ٣٥.
- (٤) د. طارق علي الحبيب، العلاج النفسي والعلاج بالقرآن، تحت الطبع.
- (٥) ابن قتيم الجوزية، زاد المعاد في هدي خير العباد (٤/١٤٤).
- (٦) ابن قتيم الجوزية، الداء والدواء صفحة ٢١، ٢٢.
- (٧) Introduction to Psychology by Helgard, Page 39.
- (٨) ابراهيم ادهم، السحر والسحرة من منظار القرآن والسنة صفحة ٤٣٤ - ٤٣٦.
- (٩) فتاوى اللجنة الدائمة للبحوث العلمية والافتاء السؤال الثاني من الفتوى رقم ١٧٧٩، ٤٠٠/١.



النحوات والمؤتمرات

ندوة الإرهاب والعلوم في أكاديمية نايف للعلوم الامنية

نظم مركز الدراسات والبحوث بأكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية ندوة علمية موضوعها (الارهاب والعلوم) وذلك في اطار تفاصيلها لخطة المرحلة الثانية لتنفيذ الاستراتيجية العربية لمكافحة الارهاب. وقد شارك في هذه الندوة ممثلو وزارات الداخلية والعدل والاجهزة الامنية في ثلاث عشر دولة عربية هي: المملكة الاردنية الهاشمية، دولة الامارات العربية المتحدة، دولة البحرين، جمهورية القمر الاتحادية الاسلامية، جمهورية جيبوتي، المملكة العربية السعودية، جمهورية السودان، الجمهورية العربية السورية، دولة قطر، الجمهورية اللبنانية، المملكة المغربية، قدمت في هذه الندوة ابحاث من بينها بحث بعنوان «التعريف بالارهاب واشكاله» قدمه اللواء د. عبد الرحمن رشدي الهواري وأشار فيه الى مشاكل عديدة تنشأ بقصد تعريف مفهوم الارهاب وتحديد ابعاده، حيث تختلف نظرة كل مجتمع لعملية الارهاب والارهابيين، وبناء عليه يكون هناك حكم نسبي في النظر لتلك الاعمال العنفية والقائمين عليها، فالارهابي في نظر البعض: «هو مناضل من اجل الحرية»، وفي نظر البعض الآخر « مجرم» في نظر القائمين باعمال العنف والقتل ضد المحتلين والغزاة بأنهم مناضلين، ولكن الامر اختلف في الآونة الاخيرة عندما اتجهت الاعمال العنفية والارهابية نحو السلطة السياسية ورموزها ورجال الامن او المواطنين والابرياء للتبلي من استقرار الوطن والمواطن وزعزعة الطمأنينة والامان واسعاً الرعب في نفوس المواطنين، لاحظ الباحث انه على الرغم من تباين آراء الفقهاء والكتاب حول تعريف الارهاب، الا انها اتفقت على ان الارهاب يقوم على استخدام ادوات عنفية بقصد اثارة الخوف في نفوس الافراد، ومن ثم فإن مجرد التهديد باستخدام هذه الادوات أو وسائل العنف يكفي في حد ذاته الى ارتكاب جريمة الارهاب.

وتطرق الباحث الى اشكال الارهاب ووسائله وصوره فتحدث عن الارهاب المحلي فأوضح ان هو الذي تقوم به الجماعات الارهابية ذات الاهداف المحددة في نطاق الدولة، والذي

لا يتجاوز حدودها، ولا يكون له ارتباط خارجي بأي شكل من الاشكال، فعمليات العنف المنظم التي تقوم بها منظمات محلية داخل الدولة، من اجل تحقيق اهداف سياسية، مثل تغيير نظام الحكم أو فرض سياسة ذات ملامح معينة، أو الحصول على امتيازات خاصة لفئة أو طبقة أو الحصول على استقلال ذاتي لإقليم معين، كل هذه الاهداف، تجعل الارهاب محلياً، اذا لم تتدخل فيه عناصر خارجية، وتحذر الباحث عن الارهاب في ظل الاحاديث المعاصرة فأكيد ان المجتمع الدولي بكل حضاراته وثقافاته مدعو للمشاركة الدولية الجماعية للتصدي ومواجهة ظاهرة الارهاب الدولي مشيراً الى ان الام المتحدة دون غيرها من المحافل الاقليمية والدولية هي المؤهلة والقادرة على التعامل مع الظاهرة الارهابية لاتفاق على مبادئ وسائل مواجهة الظاهرة البغيضة وبشروط توافق عليها كل الدول كبرتها وصغرتها ودون انحياز. وقد كان يحلو لبعض المفكرين والخليلين السياسيين الصاق تهمة الارهاب بحضارة معينة أو ثقافة بعينها، حتى توالبت احداث الارهاب وتجاوزت كل الحدود وضربت يد الارهاب في اكثر من ركن من اركان العالم لبراعته مختلفة ومن منطلقات متباعدة، ولكن الظاهرة واحدة، وهكذا امتدت العمليات الارهابية طوال السنوات الماضية الى اتساع خريطة العالم من طوكيو الى اوكلاهوما ومن بلغاست الى برشلونة ومن الشرق الاوسط الى الشرق الاقصى ومن اوروبا الى امريكا اللاتينية وافريقيا، وحتى وصلت الى نيويورك وواشنطن في الحادي عشر من ايلول ٢٠٠١، ويعني هذا ان ظاهرة الارهاب قد اخترقت حضارات وثقافات متعددة وشكلت تحدياً كبيراً امام شعوبها، ومن ثم فإن التعامل مع الظاهرة الارهابية لا بد وان يكون على مستوى تقليلها الدولي وانتشارها.

ومن هنا فإن الام المتحدة وحدتها هي المرشحة لتكون مقر المشاركة الدولية الجماعية لمواجهة الارهاب. وما يعزز هذا التوجه أن عقد قمة دولية لمواجهة ظاهرة الارهاب تحت رعاية الام المتحدة في اطار موضوعي وزمني، يستهدف تقوين تعامل المجتمع الدولي بصورة جماعية ومنظمة مع الارهاب بجميع صوره واسكالاته ووضع الضوابط الالازمة لمواجهته وردعه، ومن ناحية اخرى فإن قرارات الام المتحدة والاعلانات التي صدرت عنها تعتبر الارهاب احد العناصر التي تشكل تهديداً للسلام والامن الدوليين، كما تضمنت حث الدول على اتخاذ تدابير فعالة وحازمة وفقاً لاحكام القانون الدولي ذات الصلة ومعايير الدولية لحقوق الانسان من اجل القضاء على الارهاب الدولي.

واكيد الباحث ان الدعوة الى مؤتمر دولي لمواجهة الارهاب في المرحلة القادمة يعد مطلباً دولياً، من منطلق ان عمليات الارهاب قد طالت مختلف الشعوب وانتشرت في مختلف القرارات

ولكن يجب ان يسبق هذه الدعوة المضي قدما لاصلاح الامم المتحدة حتى تكون قادرة على استضافة هذا المؤتمر والعمل على تنفيذ رسالة المؤتمر وقراراته وبياناته ووثائقه التي سوف تسفر عنه وترتبط التزامات دولية جديدة من المفترض ان تتبعها كافة الدول.

وأمام خطرها هذا الارهاب الذي طال الجميع وتتنوع اساليبه، أصبح على قادة دول العالم وحكوماتهم - بحكم مسؤولياتهم في حماية شعوبهم وأوطانهم - الاستجابة للدعوة الخاصة بعقد مؤتمر دولي لمواجهة الارهاب واتخاذ القرارات المناسبة للقضاء عليه من جذوره.

ماهية العولمة واشكالاتها:

وقدم د. انور ماجد عشقي بحثاً موضوعه «ماهية العولمة واشكالاتها» لاحظ فيه ان الحديث عن العولمة يسود معظم الاوساط العلمية والثقافية، لأن الحديث عنها غالباً ما يتسم بالطابع التفكيكي فالغموض قد القى بظلال كثيفة عليها فتركت من جراء ذلك اشكالات عديدة.

وقال الباحث: أن آليات العولمة، تعمل اساساً لصالح الشركات المتعددة الجنسيات، وهي التي نشأت من خلال الرأسمالية العالمية، بعد ان تيسرت لها القواعد المادية والمالية والاتصالية، كما استفادت من تمويل الدول للبحث العلمي والتقني مع العمالة المؤهلة ونتيجة لذلك، اخذت الدول الاقتصادية تتفاوت وتنتسع، فتكونت في الدول الصناعية ثغرات من الفقراء الجدد، تهدد الوضع السياسية في المنظور البعيد، مما قد ينجم عنه اضطرابات وشغب يؤدي الى العنف والارهاب، وقد يفتح المجال امام فاشية جديدة، أو نظام اعمى يحتاج العالم بأسره.

وطرق الباحث الى اشكالات العولمة وهي اشكالات قال بأنها تبدو بوضوح في تحدياتها الحضارية.. ولعل أول ما يواجه الباحث في العولمة هو استحالة الالام بموضوعها أو فهم حقيقتها، لأن الباحث في العولمة عادة ما ينظر اليها من جانب واحد من جوانبها المتعددة كالجانب الاقتصادي أو الجانب الاجتماعي أو الجانب الثقافي أو حتى الجانبين السياسي والاعلامي وهناك ما يشبه التخصص في تناول قضية العولمة، ومن النادر وجود المرجع الذي يتناولها من جميع جوانبها دون ان يكون ذلك على حساب المستوى العلمي أو العمق في التحليل، وهذا من اهم الاشكالات التي تواجه الباحث.

وفي ختام بحثه أكد د. انور عشقي ان اشكال التحديات لا تقف عند حد من المحدود لكن اهم هذه التحديات هي الاشكالات الاقتصادية الاستراتيجية.

بين الاسباب والنتائج:

وقدم د. عبد العاطي الصياد بحثاً بعنوان «الارهاب بين الاسباب والنتائج ف عصر العولمة» واورد التعريفات الاقليمية والدولية للارهاب، وذكذلك التعريفات التي اوردتها البحوث والدراسات ثم تحدث عن انواع الارهاب فحددها بثمانية عشر نوعاً انتقل بعدها للحديث عن مفهوم وحجم ظاهرة الارهاب وبعض مدلولاتها الاحصائية. وفي حديثه عن مفهوم الظاهرة قال: هناك خطأ شاع بين الباحثين على ان الظاهرة هي حدث يكرر تكراراً كافياً، وإذا كان الامر كذلك فإن اجمالي عدد القتلى في حوادث الارهاب وربما في الثلاثين سنة الاخيرة في كل اتجاه العالم ربما لا يساوي عدد الذين قتلوا في احد الزلازل المدمرة التي شهدتها البشرية في نفس الفترة، ورغم ذلك فإن موضوع الزلازل لا يحظى به موضوع الارهاب وقدم الباحث قراءة في المدلولات الاحصائية لحجم ظاهرة الارهاب مستنداً في ذلك الى لغة الارقام والبيانات الاحصائية والرسومات البيانية التي تشكل حقائق ثابتة أوردها الباحث، ثم قدم بعد ذلك شرحاً للعولمة والاسلام والارهاب والانتماء والولاء والاغتراب: وقدم شرحاً مفصلاً في هذا الصدد بدأه بشرح مفهوم العولمة التي اوضح بأن مفاهيمها وتعريفاتها قد تعددت بحيث تشكلت غابة من التعريفات فيها الكثير من التباين وربما التضارب والتصارع، وتطرق الباحث الى موضوعات من بينها موضوع الفرد بين المحلي والعالمية والكونية والولاء والاسماء فأشار الى انتماء الفرد المهني يمكن ان يكون مؤسسة او شركة عابرة للقارات وطنها الياس بعيداً جداً عن وطن الفرد، وربما في حالة عداء أو خلاف مع وطن الفرد، وان انتماء الثقافي ربما يعود لثقافة غير تلك التي ينتمي اليها مهنياً. وهكذا والمحصلة العامة لانتماء الفرد أو الانتماء العام له في عصر العولمة من المتوقع ان تحدده قوة الانتماء المعين أو الانتماءات المعينة في معادلة الانتماء العامة.

واكيد الباحث انه ليس امام الاوطان الا ان تركز على تنشئة ابنائها على الولاء حيث يمكن ان يقيم ويعمل ويتفاعل الفرد على ارض وطن آخر ومنتسبا اليه.. وفي حديث عن الارهاب واغتراب الفرد في عصر العولمة، اوضح الباحث انه من المتوقع ان يزداد الاغتراب عند الفرد في مرحلة الانتقال من عصر ما قبل العولمة الى عصر العولمة والذي لا يزال في ارهاصات البداية، فالمجتمعات الان تنتقل من تقليديها وتقاليدها التي عاشتها طويلاً الى حال جديدة عليها، لذلك فهي تستشعر ما يسمى بالاغتراب الثقافي حيث تخسي الغزو الثقافي وتشعر احياناً بالضياع امام احدى حاليين اما حالة اغتراب أو حالة انهيار بوسائل الغزو الثقافي فتتمثله ومن ثم تتقبله. فإذا ما تمثل مجتمع وبالتالي افراده ثقافة الآخر فهو يعيش اغتراب التمثيل، وإذا قاومه ورفضه فهو يعيش

مشكلات الصراع الثقافي. وهنا يشير الباحث الى ان للاغتراب صورا اخرى تتمثل في غياب المعايير أو ضعفها واهتزازها في المجتمع وبالتالي عند افراده، كما ان الاغتراب يمكن ان يظهر في صورة انعدام السلطة او نقص وضعف القوة الاجتماعية بمعنى احساس الشخص بأنه لا حول له ولا قوة.

وفي بحث آخر قدمه د. علي بن فايز الجنبي بعنوان «الجهود العربية في مجال مكافحة الارهاب» اوضح ان الدول العربية مرتبطة بسلسلة من الروابط المتينة مما يحتم تعميق سياسة التكامل الامني في الوطن العربي لما لها من اهمية بالغة في الحفاظ على الامن والاستقرار وحماية المكتسبات. فالتكامل الامني بين الدول العربية مطلب لا غنى عنه لمكافحة الارهاب وشئىء مهددات الامن اذ ان الامن يتاثر سلباً او ايجاباً بالوضع الخارجي والداخلي للدول وعلى وجه التحديد بدرجة الامن في الدول التي ترتبط معها بحدود جغرافية دولية، لذلك فان دعم مسيرة العمل الامني العربي وتعزيزه وتكريس رفاق التعاون والتفاهم فيما يخدم المصالح المشتركة بين الدول العربية مطلباً اساسياً.

وقال ان العالم اليوم في مجتمعه اصبح متداخلاً ومترابطاً واسبه ما يكون بمدينة أو قرية صغيرة لوجود وسائل واساليب الاتصال الحديثة والتقنية المتقدمة والتحولات الاقتصادية والسياسية وتبادل المنافع والخبرات. ففي مضمون تطور الاهتمام العربي بمكافحة الجريمة بشكل عام والارهاب بشكل خاص فقد انجزت في عام ١٩٥٢م اتفاقية الانابة القضائية، واتفاقية تسليم المجرمين، وبعد تأسيس المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي ضد الجريمة، كان من ثمارها عقد مؤتمر سنوي لقيادة الشرطة والامن العرب. وكان اجتماعه الاول في مدينة العين بدولة الامارات العربية المتحدة في الفترة من ١٨ - ٢١/١٢/١٩٧٢م. وفي هذا المؤتمر ناقش قادة الشرطة والامن العرب موضع تسليم المجرمين. وفي سبتمبر ١٩٧٧م اوصي المؤتمر العربي الاول لوزراء الداخلية العرب بوجوب الاخذ بعين الاعتبار الظواهر والاتجاهات الجديدة في الجرائم وكافة الانماط السلوكية غير المألوفة على مجتمعنا العربي. وتحدث الباحث عن العولمة فلاحظ ان هناك عموماً اكتشف هذا المفهوم حيث تداخلت المفاهيم بالمصطلحات الثقافية والسياسية والعسكرية والاقتصادية ولاحظ ايضاً ان المفكرين والكتاب اختلفوا حول مفهوم العولمة، وظهرت وجهات النظر المتباعدة، فمنهم من يقول ان «العولمة تعني تحقيق اندماج البلدان النامية أو دول العالم الثالث بدرجة اكبر في الاسواق العالمية عن طريق الزيادة الكبيرة في حجم صادرتها ووارداتها بحيث لا تقف الحدود السياسية أو الجغرافية امام تدفق السلع والخدمات، كما تعرف بأنها «حركة تستهدف تحطيم الحدود الجغرافية والجمركية

وتسهيل نقل رأس المال عبر العالم كسوق كونية»، وقيل انها «نظام عالمي جديد يقوم على العقل الالكتروني والثورة المعلوماتية القائمة على المعلومات والابداع التقني غير المحدود دون اعتبار للأنظمة والحضارات والثقافات والقيم والحدود الجغرافية والسياسية القائمة في العالم. وفي الأدبيات الغربية تعرف العولمة بأنها: «زيادة درجة الارتباط المتبادل بين المجتمعات الإنسانية من خلال عمليات انتقال السلع، ورؤوس الأموال، وتقنيات الانتاج والأشخاص والمعلومات» وقيل ان العولمة «ديناميكية جديدة تبرز داخل العلاقات الدولية من خلال تحقيق درجة عالية من الكثافة والسرعة في عملية الانتشار المعلوماتي والمكتسبات التقنية والعملية للحضارة، يتزايد فيها دور العامل الخارجي في تحديد مصير الاطراف المكونة لهذه الدائرة المتدرجة، وبالتالي لهوامشها ايضاً. وقيل انها «حركة جديدة تبرز داخل العلاقات والمكتسبات التقنية».

وقدم الباحث تفصيلاً لذلك، ثم تطرق الباحث الى أهمية ان يتجسد التعاون الامني العربي في مجال مكافحة الارهاب من خلال مجلس وزراء الداخلية العرب الذي يهدف المجلس الى تنميته وتوسيق التعاون، وتنسيق الجهود بين الدول العربية في مجال الامن الداخلي ومكافحة الارهاب.

وفي بحث آخر قدمه د. علي بن فايز الجحني بعنوان «الجهود العربية في مجال مكافحة الارهاب» اوضح ان الدول العربية مرتبطة بسلسلة من الروابط المتينة مما يحتم تعميق سياسة التكامل الامني في الوطن العربي لما لها من اهمية بالغة في الحفاظ على الامن والاستقرار وحماية المكتسبات. فالتكامل الامني بين الدول العربية مطلب لا غنى عنه لمكافحة الارهاب وشئى مهددات الامن اذ ان الامن يتاثر سلباً او ايجاباً بالوضع الخارجي والداخلي للدول وعلى وجه التحديد بدرجة الامن من الدول التي ترتبط معها بحدود جغرافية دولية. لذلك فإن دعم مسيرة العمل الامني العربي وتعزيزه وتكريس آفاق التعاون والتفاهم فيما يخدم المصالح المشتركة بين الدول العربية مطلباً أساسياً. وان العالم اليوم في مجموعة اصبح متداخلاً ومترايناً واشباه ما يكون بمدينة أو قرية صغيرة لوجود وسائل واساليب الاتصال الحديثة والتقنية المتطرفة والتكتلات الاقتصادية والسياسية وتبادل المنافع والخبرات.

ثم تحدث عن الارهاب والعولمة وعن التأثيرات المتبادلة بينهما، وبعد ذلك تناول مستويات العمل العربي المشترك لمواجهة الارهاب.

فأوضح ان التعاون العربي في مجال مكافحة الارهاب يجيء في اطار ادراك الدول العربية لأهمية مواجهة هذه الظاهرة بشكل جماعي من خلال مستويات عديدة تختلف من بلد

الى آخر، ويظل العمل الجماعي المؤسسي المنظم هو المطلوب بالإضافة الى الاعمال المحلية في سبيل مكافحة هذه الظاهرة، ماذ فعل العرب لتوضيح مواقفهم وصورتهم امام الاخرين؟

وقدم د. سلطان احمد الثقفي بحثاً تناول فيه آثار الارهاب على العولمة السياحية اوضح فيه ان العولمة اصبحت ظاهرة محسومة وملمومة في عالمنا المعاصر نتيجة التطور المذهل في وسائل الاتصال وحركة السفر والتنقلات لعدة اغراض ابرزها العمل والسياحة والتجارة والدراسة والنقاهة والتطبیق وخلاف ذلك.

واشار الى ان العولمة امر واقع ينبغي علينا التعامل معه من داخله بقدر ما لنا من تأثير في هذا الكون الفسيح ومن خلال تكتلاتنا القومية والاقليمية ولا ينبغي لنا لانظر الى هذا الواقع باشكالية مستحدثة قابلة للزوال أو الالغاء من خلال عمليات الرفض السياسي والاقتصادي والاجتماعي والمعلوماتي والسلكي التي يرى الراضيون للعولمة انها حق مشروع لمقاومة العولمة، ولاصحاب هذا الرأي يقول الباحث ان العولمة ليست كلها خير مطلق أو شر مطلق، ففيها من هذا وذلك تبعاً لقوى التأثير والتأثر وموازين القوى والقدرة على اللعب والحركة في المساحات المتاحة للجميع.

وتطرق الباحث الى تعريف الارهاب فأشار الى وجود اكتر من مائتي تعريف للارهاب من كل اصقاع الكون ولكون الارهاب مصطلحاً معقداً ومركباً ومختلفاً عليه فإن جل تلك التعريف رکز على بعض صور واسکال الارهاب. وأورد الباحث تعريفات تضمنتها الاتفاقية العربية لمكافحة الارهاب وكذلك تعريف المجتمع الفهي الاسلامي.

فقد عرفت الاتفاقية العربية الارهاب بأنه كل فعل من افعال العنف أو التهديد به أياً كانت بواعته أو غرضه يقع تنفيذاً لمشروع اجرامي فردي أو جماعي ويهدف الى القاء الرعب بين الناس أو ترويعهم بإيذائهم أو تعريض حياتهم أو حريتهم أو امنهم للخطر، أو الحق الضرر بالبيئة أو احد المرافق أو الاملاك الامة أو الخاصة أو احتلالها أو الاستيلاء عليها أو تعريض احد الموارد الوطنية للخطر.

وأوضح الباحث ان العولمة تفتح آفاقاً واسعة امام الافراد والقوى الخلاقة لجسر الهوة بين ما هو نام وما هو متقدم ولکي يكون لنا مكان في العولمة ينبغي اعادة النظر في توجهاتنا التعليمية والثقافية والانتاجية والاعلامية وتأهيل الكوادر البشرية ليتسنى لها القدرة على مجاورة تيار العولمة والتفاعل معه بإيجابية وفاعلية.

وخلص الباحث الى اقول بأن العولمة ليست خيراً مطلقاً أو شراً مطلقاً، وقد يكون من إيجابياتها العمل بكل السبيل لتطوير السياحة الداخلية وكل انشطتها ومنتاناتها على الصعيد الوطني، والترويج لزيادة حركة السياحة بين مختلف اقطار وبلدان العالمين العربي والاسلامي على الصعيد الاقليمي ومن ثم استقطاب السياحة العالمية لزيادة العائد المادي وخلق فرص عمل جديدة والاسهام في نقل ثقافتنا وعاداتنا للاخر.

العنف العائلي

في محاضرة علمية نظمها مركز الدراسات والبحوث بالاكاديمية

ضمن برنامج العمل السنوي لاكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية نظم مركز الدراسات والبحوث محاضرة علمية موضوعها (العنف العائلي) القاها د. فهد بن سعود اليحيى استشاري الطب النفسي الذي اوضح ان العنف العائلي يعد من الامور المن sisive أو المهملة في العالم، فالبعض ينظرون اليه على انه امر مقبول بل ومطلوب، وآخرون يرون ان هناك مشاكل أولى منه بالتصدي والعلاج وفي احياناً كثيرة لا يصل الى علم السلطات المعنية الا التزير اليسيير مما يحدث ويقدر الباحثون ان الاحصاءات الرسمية في الولايات المتحدة لا تتجاوز ١٠٪ مما يحدث بالفعل، بل ان التشريعات المتزايدة ضده في الغرب لم تبدأ في الظهور السبعينيات من القرن الماضي، ويزال الدعاة لمحاربة العنف العائلي في الغرب يعتقدون ان التشريعات المتوفرة قاصرة ومقصرة عن مواجهة حجم المشكلة.

واشار الى ان الحديث عن العنف العائلي في الدول العربية امر جدي، لم يظهر الا في السنوات الاخيرة ولم توضح المراجع متى بدأ فعلاً لكنه لم يتجاوز العقد على احسن الاحوال، وفي تعريفه للعنف العائلي أكد الحاضر على انه لا يوجد اتفاق عام على تعريف العنف العائلي بل يختلف من مجتمع لآخر ولكنها جميعاً تهدف الى الحفاظ على صحة المرأة والاطفال واحترام انسانيتهم وكرامتهم.

ويشير الباحث الى ان العنف العائلي / المنزل يمارس على نطاق واسع في الدول العربية ودول العالم الثالث بل والدول التي سبقتنا في ركب العلم والحضارة، ويعتبر الضرب والاعتداء الجنسي اوضح صور العنف العائلي كما ان آثاره تظهر على جسد الضحية و يؤدي الى نتائج مباشرة واضحة للعيان كالجرح والكسور وحتى الموت، وعلى الرغم من ان العنف المعنوي من تهديد وتخويف وازدراء وتحقير واستغلال القوة الاقتصادية وفرض العزلة الاجتماعية لا تقل ضرراً

نفسياً وتدميراً للشخصية والكرامة الا انها كثيرةً ما تتلون بدرجة الوعي الحضاري والثقافة الشعبية السائدة، ولذا فالتركيز دائماً يكون على العنف الجسmani.

ومع ان بعض الرجال المتزوجين يقعن ضحايا للعنف العائلي من قبل الزوجة الا ان ذلك لا يتعدى ٢ - ٨٪ ومن ناحية اخرى فإن كبار السن من رجال ونساء عندما يعرضون للعنف العائلي فإن الاغلبية العظمى من المعتدين عادة ما تكون من الرجال، ويندرج ايذاء الاطفال تحت العنف العائلي اذا ما كانوا مقصودين بالعنف من قبل احد الوالدين، ويشير المخاضر الى ان الضرب اسلوب متبع في التأديب للزوجات والاطفال والعصابة لدى كل الشعوب في مرحلة ما في حياتها. وكان مؤديبو (أي معلم) ابناء الخلفاء يعمدون الى ضربهم ويتشجع من الآباء وكتب التراث تحوى قصصاً في هذا الشأن.

وأضاف بأن الاسلام قد اباح للزوج ان يضرب زوجته ضرباً غير مبرح ان خاف منها نشوزاً وفضلت كل الوسائل الاخرى، كما انه في الاسلام على المرأة المسلم ان يعلم اولاده الصلاة في السابعة، وان يضربهم عليها اذا تهاونوا في العاشرة، ومن البديهي انه في كل من حالة الزوجة والاطفال فإن الضرب المقصود لم يكن ابداً بقصد ممارسة العنف والقسوة.

احصاءات:

وتطرق المخاضر الى احصاءات تخص الموضوع مشيراً الى ان معظم الكتب والدراسات لا تشير بوضوح الى العنف العائلي بيد ان الدعوات الى الاهتمام بالعنف العائلي ومواجهته بدأت تظهر في السنوات الاخيرة، وارد المخاضر بعض الاحصاءات عن الدول التي قال بأنها سبقت في هذا المجال، ففي بريطانيا تتراوح التقديرات بشأن انتشار العنف العائلي من ١ - ١٠٪، وفي دراسة اجريت عام ١٩٩٥ تم تقرير حدوث ٦,٦ ملايين حادثة عنف عائلي اما الاصابات البليغة فقد كانت اكثراً من ٥,٢ حالات. ويقدر ان اقل من النصف من الضحايا يخبرون الاقارب أو الاصدقاء بما جرى لهم مما يزيد الرقم السابق بـ ٣,٦ ملايين، وفي دراسة اخرى اقر ١ من الرجال بأنهم استخدمو العنف مع النساء على الاقل مرة واحدة في حياتهم. وبين تحليل لتقارير ودراسات مختلفة ان امرأة من كل عشر نساء متزوجات تتعرض للعنف العائلي في العام، وان واحدة من كل اربع نساء عانت من العنف العائلي في حياتها، وان رجلاً من بين كل خمسة رجال استخدام العنف مع زوجته الحالية أو السابقة مرة واحدة على الاقل.

وفي انجلترا وويلز يعاني شخص واحد (امرأة أو طفل أو عجوز أو رجل) من اصابات

جسدية أو جراح كل عشرة ثوان بسبب العنف العائلي.

وتشير الدراسات الى ان الاذى النفسي اعمل اثرا واطول من الاصابات الجسدية مهما كانت شديدة. وفي امريكا يبين مكتب احصاءات الجريمة ان الفا وثلاثمائة حالة وفاة نتيجة العنف العائلي حدثت في عام ١٩٩٩ مما يعني حالة وفاة واحدة كل ست ساعات وخمس واربعين دقيقة، وبين دراسات اخرى (ما بين عام ١٩٩٤ و ١٩٩٩م) ان ثلث الامريكيات تعرضن للعنف العائلي من قبل الزوج كما يحدث ايذاء للاطفال في ٣٠ - ٦٠٪ من الاسر التي يقع فيها العنف العائلي، والنساء معرضات لاذى العنف العائلي اكثر من الرجال لقدر خمسة الى ثمانية اضعاف تبلغ جرائم العنف من قبل الزوج ٢١٪ من مجموع جرائم العنف تجاه النساء بينما تبلغ نسبة جرائم العنف التي تقوم بها الزوجة عنف عائلي، ٢٪ من جرائم العنف الموجهة للرجال.

ويقوم الرجال بـ ٩٢٪ من جرائم العنف العائلي، وفي جرائم القتل فإن ٣٠٪ من النساء القتيلات قتلن بفعل الزوج أو الخليل، وفي خلال الاعوام الثلاثين من ١٩٧٦ - ١٩٩٦م قتلت ٣١٢٦ امرأة بواسطة الزوج أو الخليل. و٣٩٪ من النساء اللاتي حضرن للالسعاف كن ضحايا عنف عائلي، وتزيد النسبة الى ٨٤٪ من عوائلهن من جرائم احدثت بفعل الزوج أو الصديق. ودراسة اخرى بينت ان النساء يتعرضن ايضاً (معديات أو دفاعاً عن النفس) ولكن هناك ٩٠٪ جريحة مقابل ١٠٪ من الحالات التي جرح فيها الطرفان. وفي دراسة سابقة وموسعة لعينة عشوائية عام ١٩٨٠م تبين ان العنف العائلي الشديد الحدة يمارس في ٤٪ من الاسر وهو من الشدة بحيث يؤدي الى اصابات بالغة أو وفاة. وفي دراسة اخرى اجريت ١٩٧٤م بينت ان ٢٦٪ من ربات البيوت يتعرضن الى اشكال اقل حدة مثل الصفع والركل واللطم، وان ٥٠٪ من المكالمات الوارضة لقسم الشرطة ليلاً هي بخصوص العنف المنزلي.

تخلص دراسة تحليلية الى ان العنف العائلي يكلف خزينة الدولة ما بين خمسة الى عشرة بلايين دولار في السنة لقاء علاج اصابات واجازات عمل مرضية واعاشة واقامة واجراءات قانونية وتوکد على ان مشاهدة الورد لعنف الاب على الام يشكل اهم العوامل خطورة لانتقال نمط ممارسة العنف اليهم.

دور المرأة في مكافحة المخدرات

نظم مركز الدراسات والبحوث بأكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية محاضرة علمية في

بيروت وذلك ضمن الخطة المرحلية الثالثة لتنفيذ الاستراتيجية العربية لمكافحة المخدرات.. وتم تنظيم هذه الحاضرة بالتعاون مع المديرية العامة لقوى الامن الداخلي في لبنان وموضوعها (دور المرأة في مكافحة المخدرات) وقد القت الحاضرة د. سامية غزاوي طرباً بحضور كبار المسؤولين في قوى الامن الداخلي والجيش والقيادات الامنية والمنظمات الصحية والاهلية.

وتضمنت الحاضرة دراسات واحصاءات لمشكلة المخدرات في لبنان وتحدثت الحاضرة عن الاضطرابات الصحية والعقلية والسلوكية الناتجة عن سوء استعمال المخدرات الى جانب شرح مفصل عن دور المرأة في مكافحة المخدرات من خلال المسؤوليات الملقاة على عاتقها، وأشارت الى ان لبنان يعني معاناة شديدة من ظاهرة انتشار المخدرات والمؤثرات العقلية خصوصاً في صفوف الشباب منهم، لذلك فإنه يزداد تأثراً بالمشاكل الصحية والاجتماعية والاقتصادية ذات الصلة بالمخدرات.

ازاء هذا الخطر المحدق بشبابنا ومجتمعنا، وازاء هذا التحدي الذي يستخدم امكانيات هائلة وحدث التقنية مستغلآً بعض الثغرات في النظام والمجتمعات يجب تجنييد جميع القوى والجهود الكفيلة بالتصدي ومحاربة خطر المخدرات، واكدت الحاضرة ان المرأة هي نصف المجتمع، وهي تشارك في جميع الميادين التي يعمل فيها الرجل بالإضافة الى كونها الركن الاساسي في المجتمع، وعليها تقع مسؤولية تربية الاجيال وزرع بذور القيم والایمان فيهم، وهي الرمز الذي ينشأ عليه الطفل منذ نعومة اظفاره، ومن خلال تواجهها في اسرتها بإمكانها تخفيض فرص الورقة فش رك الادمان.

في المدرسة والجامعة

وتناولت الحاضرة دور المرأة في المدرسة والجامعة فأكملت ان المرأة ركن اساسي في تحقيق اهداف الوقاية من المخدرات، موضحة ان لها الدور الاساس كمربيه وملمة في حماية المجتمع الاطلاقي من خطر المخدرات، انها المتصلة بشكل يومي بالتلميذ، وهي التي تعيش مشاكلهم وتتفهم مشاعرهم، واتجاهاتهم وهي من خلال المشاركة المفتوحة بين الطلاب وادارة المدرسة تعمل على اشراك التلاميذ في تنفيذ برامج الوقاية وتعمل وبالتالي على ازالة كل السلبيات داخل محلها البهجة والانتماء للمدرسة، كما ان النظام التربوي العام والنظام الجامعي يستطيعان ان يلعبا دوراً فاعلاً حينما يوجهان نشاطهما بشكل هادف ومنهجي نحو توضيح مخاطر تعاطي المخدرات ومخاطرها المختلفة لجمهور الطلبة والتلاميذ.

سبل التدخل:

وتناولت المحاضرة سبل التدخل للحد من ظاهرة الطلب على المخدرات فأوردتها على النحو التالي:

- أ - اعداد الهيئة التدريسية وتدريبهم لتنفيذ برامج الوقاية من المخدرات.
 - يجب فهم وادراك العوامل المؤدية الى التعاطي وخصوصاً التنشئة الاجتماعية والتفاعل مع المحيط الاجتماعي خارج المدرسة.
 - يجب الالام بانواع المخدرات ومعرفة تأثيرها على الجوانب العقلية والجسمية.
 - معرفة اساليب وطرق ترويج المخدرات وكيفية مواجهتها والقضاء على تأثيرها.
- ب - ادخال برامج الوقاية ضمن مقررات المنهج الدراسي.
- ج - عقد الندوات الموجهة للآباء والامهات وفي هذا الصدد أكدت المحاضرة ان هذه الندوات ضرورية لتوجيه الاسرة نحو التربية والتنشئة السليمة والفائدة من مثل هذه النشاط لا يقدر بشمن ولها مردود ايجابي للتفاعل بين المدرسة والبيت، وهذا ما يمكن تعديمه بحيث تشمل طلبة الجامعات وهذه الندوات والحلقات النقاشية لا شك انها تثري هذا النشاط وتضفي عليه صفة المشاركة العامة وافتتاح الجامعة على المجتمع وله الاثر الايجابي.

ثم تطرقت المحاضرة الى دور المرأة في الاسرة فاوضحت ان الاسرة هي حجر الزاوية في الحياة الاجتماعية ولها اهمية عاطفية واقتصادية ودينية وقانونية قوية، وهي اقدم المؤسسات البشرية واكثراها ثباتاً واكتد ان دور الام هو النموذج الذي يسهم في تربية وتنشئة ابنائها على اسس ومبادئ وقيم سليمة. وامام التحديات المفروضة على الاسرة وال تعرض لظاهرة المخدرات يتضح انه من الاولويات اعتماد اليقظة والتثقيف الصحي للأهل وتنبيههم الى مخاطر انتشار المخدرات وكيفية اسهام الاسرة في اطار البرامج الوقائية التي تعين الفرد والاسرة المجتمع على العلم بالاضرار الجسمية والعقلية والنفسية والاخلاقية والاقتصادية المترتبة على تعاطي المخدرات وفي هذا الجو من المعرفة والترابط الاسري والخوف من خطر المخدرات بعد التكتم السائد تجاه مشكلة المخدرات تغيرت النظرة الى المدمن واعتبرته ضحية لعوامل ودوافع عديدة لا دخل له بها في اغلب الاحيان لذلك فهو بحاجة للرعاية واعادة التأهيل. واضافت المحاضرة ان الاسرة التي يتعرض احد ابنائها للادمان على المخدرات هي اسرة منكوبة لما تعانيه من شقاء وفشل في احلامها وأمالها التي كانت تعلقها على هذا الابن، ومن هنا يتعاظم دور الام في إنقاذ ابنها ومساعدته على تخطي ازمته ودفعه

إلى طلب العلاج والتوجه إلى أحد المراكز العلاجية. وأوضحت أن العمل على تفعيل الروابط العائلية والتمسك بالمبادئ الأخلاقية والقيم الروحية هو السلاح الذي تجرب به آفة الادمان على المخدرات وتبعد به شبهه عن الأسرة وبالتالي عن المجتمع بأسره. وتطرقت المحاضرة إلى دور المرأة في العلاج وإعادة التأهيل فأشارت إلى أنه من خلال اختصاصاتها في جميع المجالات الطبية فإن لها دوراً فاعلاً في علاج مرحلة إزالة القسم الادمانى والارتهان الجسماني لمدة التعاطي وتم في مصحات متخصصة معتمدة من وزارة الصحة العامة ويكون المرضى تحت حراسة القوى العامة كما ان لها دوراً في مرحلة العلاج أو التلخص من الارتهان النفسي لمدة التعاطي وتم في عيادات نفسية معتمدة من وزارة الصحة إلى جانب دورها في مرحلة تكميلية تساعد المدمن على اعادته للحياة الطبيعية وإعادة تأهيله وتم في مؤسسات رعاية معتمدة من وزارة الشئون الاجتماعية. وقد أشارت المحاضرة إلى ان معالجة المدمن تمر بثلاث مراحل على النحو التالي:

العلاج التلقائي قبل الملاحقة:

وفي هذا الصدد فإن المدمن يعفى من الملاحقة اذا تقدم تلقائياً امام لجنة مكافحة الادمان على المخدرات طالباً المعالجة مع الحفاظة على سرية هوية المدمن.

وعند شفائه من التسمم الادمانى والارتهان النفسي يعفى من الملاحقة وتكون نفقات العلاج على الدولة.

العلاج الإجباري:

للوالدين والوصي واحد الزوجين ان يطلب من لجنة مكافحة الادمان على المخدرات ايداع ابن او القاصر او الزوج احدى المصحات للمعالجة ويمكن لأى كان ان يبلغ عن مدمى خطير على الغير الى النيابة العامة ولها ان تحيله على لجنة الادمان لارغامه على العلاج قبل البت في موضوع الملاحقة.

العلاج أثناء التحقيق والمحاكمة والحكم:

وفي هذا الصدد اوضحت المحاضرة للنيابة العامة في حال توقيف شخص ان تحيله إلى لجنة لمكافحة الادمان بموافقتها كي يخضع للعلاج وان للمدمن اثناء التحقيق والمحاكمة ان يطلب اخضاعه للعلاج فيعفى اذا ثابر على العلاج وتم شفاؤه بناء على تقارير المصح والطبيب النفسي كما انه يمكن للمحكمة قبل اصدار الحكم ان تصدر قراراً مؤقتاً بالزام المدمن وضع نفسه بتصرف لجنة

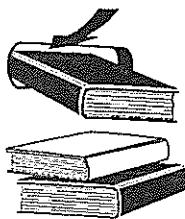
الادمان قبل العلاج من الارتهان الجسدي والنفسى فاذا ثبت شفاؤه قبضت المحكمة بإيقاف التعقبات عنه نهائيا.

اهداف المعالجة:

وتطرقت المعاصرة الى اهداف المعالجة فحددتتها على النحو التالي:

- تقليل الارتهان للمواد المنشطة نفسيا.
- تقليل الاصابة بالامراض ومعدل الوفيات الناتجة عن تعاطي المخدرات.
- كفالة تمكن المتعاطين من زيادة قراراتهم الجسدية والعقلية والاجتماعية وحصولهم على الخدمات والفرص وتحقيق الاندماج الاجتماعي الكامل.

وخلصت المعاصرة الى مجموعة من النقاط من بينها ضرورة التركيز على المعتقد والولاء الدينى باعتباره من اكثربالعوامل تأثيراً في السلوك البشري على ان الواقع وحده لا يغير سلوك مدمى او منحرف والافضل هو ادماج الناحية الايجابية للتعليم الدينية في برنامج شامل علما انه بالامكان التركيز على المفهوم المتعارف عليه في كل الاديان وهو حظر كل ما هو ضار بالصحة في الحالات الوقائية. كما اكدت على اهمية التنسيق بين جميع القطاعات التي تتصدى لمشاكل تعاطي المخدرات: الصحة، التربية، الشرطة، القانون، العدل، المنظمات غير الحكومية، الى جانب ادخال برامج الوقاية من المخدرات والتثقيف الصحي لمشاكل الادمان في البرامج التربوية على مستوى المدرسة والجامعة والاسرة. وكذلك تعزيز دور التفتيش الصيدلى والجهات الرقابية في مهماتها الرقابية على المؤسسات الصيدلانية منعاً لسوء استعمال الادوية المعدة للاستعمال الطبى والعلمي، واكدت المعاصرة ان مشكلة الادمان بحاجة الى الجهود الشعبية من هنا يجب دعم الجمعيات غير الحكومية في مجال مكافحة الادمان والى مزيد من التعاون بينها وتبادل الخبرات على الصعيد الوطنى والدولى، وهنا لا بد للجمعيات النسائية والهيئات الصحية التي تهتم بالمستوى المعيشى والصحى للفرد ان تولي اهتماماً لآفة الادمان وادراجها في مخطط عملها، ولم تغفل المعاصرة اهمية التعاون الدولى مع المنظمات الدولية لوضع منهجيات ملائمة لتقدير الحالة ومعرفة حجم المشكلة وانجاز احصاءات سنوية عن مشكلة الادمان.



مكتبة العدد

العنوان: القلق، قيود من الوهم

المؤلف: إبراهيم، د. عبد الستار

الناشر: كتاب الهلال، ١٩٩١، القاهرة.

الانفعال بالناس والأشياء شيء مرغوب وجزء رئيسي من متطلبات الصحة والنضوج. فنحن نفرح ونسر عندما نتوقع تحقيق هدف أو رغبة، ونخاف عندما نتعرض لخطر ما، وندهش للأشياء الغريبة والمفاجئة، ونحس بالندم للأخطاء التي كان بإمكاننا تصحيحها، ونغضب عندما نجد اعتقد على حقوقنا أو مكاسبنا، ونحب البعض، ونكره البعض الآخر. فهذه كلها انفعالات محمودة وسوية طالما أنها تحدث في وقتها الملائم وفي الظروف الملائمة.

لكتنا جميعاً - دون استثناء - تعرضنا للحظات شعرنا خلالها بالاضطراب النفسي بكل ما يتسم به من توتر شديد والواقع تحت رحمة انفعالات قوية تعجزنا عن التفكير الملائم والتصريف الفعال، وتوقعنا في ضروب أخرى من المعاناة والاستشارة الرائدة. ومن مأسى الاضطراب النفسي هو تلك الاستجابات الانفعالية الحادة التي نسميها القلق.

وصف لي أحد المرضى نفسه بأنه كالساعة المعطوبة التي «أنظر إليها فأراها تشير إلى منتصف الليل، وأنظر حولي فأجد النهار والشمس والناس». وكان يعني من ذلك أن هناك شيئاً ما في طبيعته يدفعه للرؤيا المعتمدة للمستقبل بينما لا يوجد من حوله أو من ظروفه ما يدفع حقاً إلى ذلك. فلهم هنا نموذج جيد للانفعال غير الملائم، الذي يعطل إمكانيات الإنسان على النمو، ويصيبه بالتوتر وعدم الاستقرار بشكل لا يترك له طاقة لمواجهة المواقف الصعبة أو التفكير في حلها بصورة ملائمة.

لعلي إذن لا أحتج شخصياً إلى أن أعرف القراء بأهمية موضوع القلق. فخبرة كل قارئ بهذا الموضوع أكيدة، وتوضح له مدى الألم والتعاسة التي ترتبط بذلك اللحظات التي يتملكه فيها القلق.

ولكنى أحتاج بالطبع إلى أن أصف للقارئ هذا الانفعال الشديد الذى يسم حياته بالخوف والتوجس والقيود. وأحتاج لأن أوضح له طبيعة هذا الانفعال ومصادره، وأحتاج أيضاً لأن أرسم أمامه خطوطاً عريضة تساعدة على السيطرة عليه والعلاج منه، ويحتاج لأن نوضح للقارئ العربي أهم ما يقدمه العلم الحديث من نظريات ومناهج علاجية لهذا الاضطراب.

وتتفق الفصول الستة التي يتضمنها هذا الكتب فيما بينها لتحقيق هذا الغرض. فتقدم في الفصل الأول مدخلأ طيباً لموضوع القلق والتعرف على حالات القلق، وأنواعه وأعراضه المتباينة. ويكشف لنا الفصل الثاني عن حجم هذه المشكلة وأثارها على المجتمعات البشرية.. ولتركيز خاص على العالم العربي. أما الفصل الثالث فيوضح لنا الشروط التي تحكم ظهور القلق وسيطرته على البعض دون البعض الآخر وذلك تمهيداً لرسم خطوط العلاج النفسي، الذي خصصنا له الفصل الرابع. وقد ركزنا في عرضنا لموضوع العلاج على ما يسمى بالمناهج السلوكية التي اعتبرناها بمثابة الثورة المعاصرة في العلاج النفسي. أما الفصل الخامس.. فقد أفردناه للقلق في حياة الطفل بسبب الاختلافات الواضحة بين الأطفال والبالغين بهذا الشأن. ويرسم الفصل السادس الملامح الرئيسية للصحة النفسية، وما يتسم به الأصحاء من خصائص نفسية ومزاجية.

وبالرغم من أنني لا أزعم أن هذه الفصول تمثل حصيلة وافية للبحث في هذا الموضوع ذي الشعب المتعدد، فإني أثق بفائدة العملية فنات مختلفة ومتعددة من ضحايا الاضطرابات النفسية وعلى رأسها القلق.. كما أثق في فائدته لبعض الممارسين والمتخصصين في العلاج النفسي وعلم النفس الطبي بسبب اعتماده على أحدث ما تقدمه البحوث النفسية المعاصرة في هذا المجال: تشخيصاً وعلاجاً.

(في الكتاب) قائمة بالأخطاء السلوكية التي تمارسها الأسر الصانعة للقلق / والسلوكيات البديلة :

- ١- مقارنة الطفل دائماً بالآخرين، خاصة أخواته وزملائه. البديل : ركر على ما يملك الطفل من إمكانيات وبقدراته الشخصية على تنمية نفسه ومواهبه.
- ٢- تذكير الطفل الدائم بأخطائه و نقاط ضعفه، وجوانب النقص منه. البديل : ركر على ما أنجز الطفل، وعلى ما أحرز من تغير، وشجعه على الاستمرار في حياته.
- ٣- استخدام مشاعر الذنب عند عقابه.. «إنك تجرح مشاعرنا». «إنك أثاني»، «إن الله سيعاقبك على أفعالك». البديل : اعرف ما الذي أدى إلى المشكلة وركز على إيجاد الحل الملائم

إنك لم تفعل ذلك لتجرح مشاعرنا ولكنك ت يريد أن تحصل على اهتماماً، «ليس من عادتك الأنانية».

٤- التحقيق منه ومن إمكانياته ومن قدرته على حل مشكلاته: «هذا رأي طفل»، لا تتدخل في مناقشة الكبار..الخ. البديل: أعطه بعض الوقت لسماع رأيه، وناقشه دائماً ب موضوعية واحترام.

٥- لا ترتكز على التبعة بل شجع على الاستقلال واتخاذ بعض المجازفات. احترم علاقاتهم الاجتماعية بأصدقائهم ولا تشعرهم بالذنب منك. البديل : تضيق فرص الطفل في النمو المستقل «حياتك من غيرنا صعبة»، «لولا نا لما وصلتمن»، «سرقكم الحياة ونسيتمونا».. لا تلاكل على التبعة بل شجع على الاستقلال واتخاذ بعض المجازفات. احترم علاقاتهم الاجتماعية بأصدقائهم ولا تشعرهم بالذنب منك.

٦- أن ترسم أمامهم بتصرفاتك وسلوكك عند مواجهة الأزمات نموذجاً لشخصية عصامية قلقة مثلاً : استخدام الحبوب المهدئة، الشكاوى العضوية الدائمة، التعبير بحزن لما لم تتحققه في حياتك. البديل : عند مواجهة الأزمات استخدم أسلوباً سليماً قائماً على مواجهة المشكلة والتفكير في حلولها والعمل بنشاط لمواجهة أسباب القلق للتخلص منها.. بذلك ترسم أمامهم نموذجاً صحياً مختلفاً.

٧- التدخل المستمر وعدم احترام خصوصية الطفل من خلال مراقبة كل كبيرة أو صغيرة يقوم بها. البديل : راقب عن بعد ما يحدث للطفل.. تدخل عند الضرورة.. لا تجعل الطفل خائفاً حتى وهو بمفرده من أنك ستقتصر عليه خلوته.

٨- التركيز على الكمال المطلق، على أنه « يجب أن يكون أذكي من الجميع، «وأشطر» و«أقوى» أو «أنبه» من الكل. البديل : ركز على ضرورة أن يكون مقتضاً في داخله بإمكانياته وعلى مقدار ما يحصل عليه الطفل من رضا أو إشباع بالنشاطات اليومية التي يقوم بها.

٩- التركيز القصدي المعتمد على القلق وإثارة الانشغال «هل تعرف كم تبقى على الامتحان». البديل : لا ترتكز على إثارة القلق، ركز على إثارة الدافع للعمل وعلى الإنجاز وعلى النشاط.

١٠- الشكوى الدائمة من الحياة أمام الطفل والتذمر. البديل : تعويد النفس على البحث النشط عن الحلول الإيجابية للمعوقبات.

١١- القبول بالأعذار، خاصة ونحن نعلم أنها مجرد حجج يختلقها الطفل ليهرب من المسئولية. البديل : شجع على المواجهة، وساعد الطفل على أن يحل المشكلة بدلاً من أن يهرب منها.

١٢- الإكثار من الحديث عن المستقبل «ذاكر علشان تبقى دكتور كبير، أو مهندس، أو غني»...الخ. البديل: ركز على المتعة التي يجنيها الطفل من الشيء ذاته وعلى الأهداف القريبة مثل الشعور بالراحة، والاستمتاع، والاحترام الذي يخلق النجاح.

١٣- الدفع المستمر للمنافسة، والتعامل مع الآخرين على أنهم مجرد نماذج يمكن اتباعها أو هزيمتها. البديل: ركز على العلاقات الإيجابية الدافعة على أنها الهدف، ركز على المشاركة وشجع الطفل على العمل مع الآخرين.

١٤- الحث الدائم على العجلة، والسرعة والدقة والضغط المستمر في هذا الاتجاه. البديل : أعط الطفل فرصة لإنها العمل، و ساعده على أن يخطط جدوله ووقته جيداً.. الاستعجال الدائم يربك ويشعر القلق.

١٥- إثارة أهداف غير واقعية : ستكون دائماً الأول، «ستكون أشهر وأحسن طبيب ». البديل : إثارة أهداف واقعية قصيرة المدى» أعتقد أنك لو خصصت ١٥ دقيقة يومياً لذاكرة الحساب، سيرتفع تقديرك بما هو عليه«، غير الهدف عند الضرورة.

١٦- التخويف المستمر من العالم ومن الخارج : «لا تتحدث مع الكبار» «لا تلعب لأنك ستعدي بالمرض»، «لا تنزل المياه لأنك لا تعرف السباحة». البديل: التشجيع على المجازفات المحسوبة.. علمه السباحة بدلاً من تخويفه من الماء، اجعله يحيط نفسه بالملابس الملائمة في الأوقات الباردة...الخ

١٧- إظهار الضجر عندما يتصرف الطفل بما يناسب عمره والإصرار على أن يكون أفضح أو أكبر من سنـه. البديل : زود نفسك ببعض الثقافة الملائمة بما يناسب العمر، واجعل الطفل يسعد بالتصورات الملائمة لسنـه، أو حجمه مع أطفال من نفس العمر.

١٨- العقاب المستمر عند الخطأ. البديل : إذا كان لا بد من العقاب، وضع السبب فيه، وبين أيضاً الطريقة الصحيحة للتصرف أو الفعل المستقبل.

١٩- العزوف عـنـ الحوارـ والـمناقـشـةـ فـيـ أمـورـ حـيـاتـهـمـ،ـ وـاـهـتمـامـاتـهـمـ،ـ وـمـخـاـوـفـهـمـ،ـ وـالتـركـيزـ عـلـىـ

الـنـقـدـ،ـ وـالـقـفـزـ لـإـعـطـاءـ النـصـائـحـ الشـكـلـيـةـ.ـ البـدـيلـ :ـ خـصـصـ دـائـماـ بـعـضـ الـوقـتـ لـمـنـاقـشـتـهـمـ فـيـ

مخاوفهم دون سخرية منها، يجعلهم يصلوا للحلول بأنفسهم حتى ولو كنت تعرفها، شجعهم على التعبير عن الرأي والمشاعر أمامك.

٢٠- التردد في اتخاذ القرار أو التأجيل الدائم وإلحاحهم. البديل : لا تخشى من اتخاذ القرارات وتجنب التأجيل الدائم، أرفض بوضوح وهدوء المتطلبات غير الواقعية، ونفذ ما تعدد به إذا كان ممكناً.

العنوان: فوائد نفسية : مقالات، رسائل، اختبارات

المؤلف : د. حسان الملاع

الناشر : الدار الشامية، بيروت ٢٠٠١.

تحت عنوان فوائد نفسية صدر للزميل حسان الملاع كتاب عن الدار الشامية في بيروت. والدكتور الملاع معروف بمشاركته هموم المجتمع ولامسته حاجات الجمهور النفسي. حيث يمارس هذه المشاركة عبر صعد متعددة، بدءاً بالعيادة ومروراً بالاستشارات التي يقدمها في وسائل الإعلام حول قضايا ومشكلات مطروحة، وصولاً إلى عمله الدائب لتبسيط الاختصاص ووضعه في خدمة الجمهور. وماهذا الكتاب إلا خطوة على تلك الطريق.

ولعل أول ما يلفتنا في الكتاب لحة إنسانية شاعرية تمثل بالإهداء وفيه يقول : إلى أغلى المصادرات وأوجعها.. إلى لحظات التنوير تقاوم الحماقة البشرية.. إلى الوردة الأخيرة بعد أن سقطت منها إبتسامة كي ترفعها وتحملها.. إلى أوراقي القديمة : حياتنا والناس كالكتاب، لابد أن تفتح صفحة كل حين.. وهكذا سيرة المطر.

تتوزع محتويات الكتاب على ثلاثة فصول هي : ١- مقالات نفسية ٢- من رسائل القراء ٣- اختبارات نفسية. وكان المؤلف قد جمع هذه المواد من خبرته في التعامل مع الجمهور عبر الإعلام. فالإعلام يقدم للاختصاصي فرصة التعرف إلى حاجات الجمهور والموضوعات التي تهمه والأسئلة التي يطرحها والتي يهتم بإيجاد الأجبوبة عنها.

من هنا كانت ملامسة الكتاب للحاجات الفعلية للجمهور، حيث يمكن القول أن القارئ العادي يجد فيه ما يحتاجه من معلومات نفسية حول موضوع مطروحة عليه ومثيرة لمسؤولاته. من هنا فإننا نقدم الدور الشيفي للكتاب على دوره الاختصاصي. علماً أن الكتاب يعرض لموضوع نفسية نظرية يمكنها أن تكون في غاية الأهمية للأطباء الساعين إلى تكوين خلائق نفسية نظرية

تعينهم في ممارستهم البيولوجية. إنه سعي الدكتور المالح لوضع الثقافة النفسية في خدمة الجميع ومتناول لهم.

١- مقالات نفسية: عنوان الفصل الأول وقوامه جملة مقالات قصيرة وبسيطة طلبتها بعض المجالات استجابة لطلبات وحاجات قرائها لفهم بعض الظواهر الاجتماعية. من هذه المقالات ذكر: الخلافات الزوجية، الأسرة الكبيرة ومشكلاتها، عزوف الرجل عن الزواج، إدمان المشاعر، الأم هل تنافس ابنتها؟، أحلام اليقظة في سن المراهقة، قلق الامتحانات، السرقة بداعف نفسية، عمليات التجميل من ناحية نفسية والمشي أثناء النوم.. الخ

٢- من رسائل القراء : عنوان الفصل الثاني المتضمن جملة مشاكل معروضة إلى المؤلف بالمراسلة عبر المجالات الاجتماعية. وتراوح المشاكل ما بين العاطفية والزوجية والأسرية وعددتها عشر مشاكل.

٣- اختبارات نفسية : وفي هذا الفصل عرض للاختبارات التالية : الأفكار الشائعة حول الطب النفسي / اختبار قابلية الإيحاء / قائمة الأحداث الحياتية وشدتها / اختبار الشخصية من خلال الرسم : حيث يقدم عشرين نموذجاً للرسومات وتحليلها لاستخراج سمات شخصية صاحب الرسم من خلال رسمه.

ويبين لنا هذا الاستعراض لمحفوظات الكتاب مدى إحياطه بالمواقيع المطروحة من قبل الجمهور. حيث يلاحظ محظوظ بعض المجالات ذلك الاهتمام الملفت الذي يديه القراء بالمواقيع النفسية التي تساعدهم على تكوين فكرة أعمق عن تجاربهم المعاشرة أو عن تجارب الآخرين الحيطين بهم. وما من شك أن هؤلاء القراء سيجدون في الكتاب موضوع حديثاً، عوناً لهم على فهم واستيعاب جوانب خفية لهذه المواقيع.

إن الزميل المالح ينحو في هذا الكتاب، وفي معظم مؤلفاته، نحو المثلة النفسية الشهير «كارلين هورني» التي أصرت على تبسيط التحليل النفسي لتجعله في متناول أوسع قطاع ممكن من الجمهور. متحدية أصولية التحليل النفسي وأصول المخلين التقليديين على نخبوية التحليل وعدم قابليته للجمهرة.

ومن الطبيعي أن تتعرض تبسيطات الطب النفسي لاعتراضات شبيهة، خصوصاً لجهة تنامي احتمالات الفهم الخاطئ بسبب التبسيط والاختصار. لكن تمكّن المؤلف في اختصاصه وعمقه في خلفيات المواقيع التي يطرحها يجنبانه مثل هذه الانتقادات.

وتجدر بالذكر أن الدكتور المالح بأعماله هذه إنما يكمل المسيرة التي بدأها المرحوم مصطفى زبور، الذي كرس وقته وجهه لنشر الثقافة النفسية (تحليلية وطبية وعيادية) بين الجمهور، مستخدماً وسائل الاتصال المتاحة من محاضرات ولقاءات ومقابلات إذاعية وغيرها. وعلى هذا الطريق يعد المؤلف بإنشاء موقع على الانترنت للمساهمة في نشر الوعي الصحي النفسي، قريباً.

يقع الكتاب في ٢٦٥ صفحة من القطع الوسط ويتضمن إرجاعات ببليوغرافية وقراءته مساعدة على تبصر أفضل بالمشاكل التي ت تعرض الفرد في سياق حياته اليومية.

العنوان: **النفس المغلولة - سيكلولوجية السياسة الاسرائيلي**

المؤلف: د. محمد احمد النابلي

الناشر: مركز الدراسات النفسية

تعليق: د. سمر روحى الفيصل

ليس الكتاب الذي اخترثه عنواناً لهذه المقالة بالكتاب الهين في حقل التحليل النفسي، ولا صاحبه الدكتور محمد احمد النابلي بالرجل الهين في حقل الدراسات النفسية. فهو مؤلف عدد من الكتب المهمة في التحليل النفسي، آخرها كتابان، أولهما (سيكلولوجية السياسة العربية، العرب والمستقبلات)، وثانيهما الكتاب الذي جعلته عنواناً للمقالة (النفس المغلولة، سيكلولوجية السياسة الاسرائيلية)، فضلاً عن انه رئيس تحرير مجلة (الثقافة النفسية) التي صدرت قبل نحو من اثنى عشر عاماً، ورئيس مركز الدراسات النفسية والنفسية الحسدية في طرابلس لبنان. ولا اعدد ههنا ميزات الدكتور محمد احمد النابلي الكثيرة، فشهادتي فيه مجزوحة؛ لانه صديق عزيز وأخ كريم. بيد اثنى رغبت في كتابة التمهيد السابق لاصل الى القول ان اطروحة الكتاب تنبع من رجل صاحب معرفة وتجربة وافق علمي وسياسي. ولهذا السبب يمكن لها ان تكتسب اهمية ومصداقية مقبولةين. وهذه الاطروحة، باختصار شديد، هي التفسير العربي في دراسة (الشخصية الاسرائيلية، والاضطرار مؤخراً الى محاولة معرفتها بعد الاتصال بها في المفاوضات المباشرة وغير المباشرة، وفي وسائل الاعلام، وخصوصاً الفضائيات. ولا يخفى الدكتور النابلي قبل ادراجته التفصيلات شيئاً مهماً:

اولهما: اعترافه بفضل من سبقه الى الحديث عن هذا الموضوع والتبيه عليه، وخصوصاً الدكتور رشاد عبد الله الشامي في كتابه (اشكالية الهوية في اسرائيل)، والدكتور قدرى حنفى

الذى كان مؤسساً ورائداً للدراسة الشخصية الاسرائيلية.

واثنيهما: حرصه على القول ان الكتاب - وهو في اصل وضعه مجموعة متكاملة من المقالات - يحلل بعض المواقف الاسرائيلية التي تحتاج الى معرفة اللاشعور اليهودي المنتج لها، المحدد لاتجاهاتها. ومسوغ الاهتمام بهذه المواقف وال الحاجة اليها ليس علمياً صرفاً كما هي حال ادراست المماطلة شكلاً ومضموناً، بل هو سياسي قبل اي شيء آخر، ولكنه امر سياسي مبني على قاعدة علمية دقيقة بدلأ من (الغوغائية) و(المجهل) اللذين وسمما سلوكياتنا العربية في اثناء مواجهتنا عدونا الاسرائيلي، وفي اثناء اعدادنا لهذه المواجهة.

ان ما يدعو اليه الدكتور محمد احمد النابسي هو المعرفة العلمية للشخصية الاسرائيلية.

وقد جسد هذه الدعوة في المقالات التي يضمها الكتاب، وهي:

- ١ - التحليل النفسي للشخصية اليهودية.
- ٢ - سيكولوجية الخداع الاسرائيلية (التطبيع نموذجاً).
- ٣ - سيكولوجية الاحتياط (المفاسد الاسرائيلي نموذجاً).
- ٤ - سيكولوجية السفاح (شارون نموذجاً).
- ٥ - الصهيونية وال الحرب النفسية.
- ٦ - عقد فيتنام الاسرائيلية.
- ٧ - القدس والنفط والمستقبل.
- ٨ - خدعة التدوين المتشابك للتاريخ.
- ٩ - ملفات الارهاب الاسرائيلية.
- ١٠ - معاداة السامية والدلائل المستعارة.
- ١١ - نهاية اسرائيل.

تدل العناوين السابقة على ان هناك محاولة جادة لرؤية الموضوع الاسرائيلي من زوايا مختلفة، ولكنها محكومة بالتحليل النفسي. فالصل الاول خاص بالتحليل النفسي للشخصية اليهودية، تلك الشخصية التي حللها (فرويد) في كتابه (موسى والتوحيد)، واكده من خلالها (مصرية) موسى لا (عبرانيته)، وقتل اليهود له لعدم تمكنهم من الارتقاء الى الروحانية التي دعا اليها، فضلاً عن تشكيكه في التوراة نفسها. ولكن عرض ما قدمه (فرويد)، ثم ما قدمه (مصطففي

زيور) رحمة الله، لم يكن غير مقدمة لرأي النابليسي نفسه. وهذا الرأي يتلخص في ان اليهود لم يكونوا في حاجة الى (النازية) ليتحولوا الى جنون العظمة (البارانويا)؛ لأن ما فعله النازيون بهم لم ي تعد ايقاظ هذا الجنون الكامن فيهم. وبالتالي يرى النابليسي ان المذابح اليهودية عبر التاريخ لم تكن مصادفة، بل كانت عملية خداع للذات والآخر؛ لأن جنون العظمة منع اليهودي من ان يراجع اساليبه الخاطئة على نحو موضوعي، وجعله يتصرف بالتصليب، حتى انه لا يرى وسيلة للاتصال بالآخر غير القضاء عليه. انه نمط سلوكي رسخته التربية في الطفل اليهودي، وحفزت اصحابه الى خوض المنافسات العنيفة والخروب المتكررة اثباتا للذات.

ويمكن تفسير عدد من الامور في ضوء هذا النمط السلوكي. فالتطبيع مثلاً مجرد شائعة صنعتها اسرائيل وروجتها الولايات المتحدة. وهي تعني اقامة شراكة مصالح بين الاسرائيليين والعرب. ولكن هذه الشراكة محكومة بالنمط السلوكي الاسرائيلي الذي يأتي الاعتراف بالآخر، ويحرص على خداعه، وعلى اثبات ذاته وتفوقه. وقبل ذلك كله تدعى اسرائيل ان التطبيع سيكون في صالح العرب انفسهم لأنهم اكثر عدداً وثروة، وانها ستصبح مجرد (سوبرماركت) لهم. ولهذا السبب راحت تطلب ضمانات كافية لعدم سيطرة العرب عليها بعد التطبيع. وهي في الحقيقة تطلب الحفاظ على التفوق العسكري الاسرائيلي، والاستمرار في رفض التوقيع على معاهدة الاسلحة النووية، والاحتفاظ بأسلحة الدمار الشامل، دون معارضة من الدول العربية المحطة بها. وفي مقابل ذلك دفعها النمط السلوكي نفسه الى ادعاء المرونة في المفاوضات، والرغبة فيها، وتحويلها الى وعد خلبي غير ملزم لها في شيء. وقد تابعت اسرائيل المجرى وراء هذا النمط السلوكي، فطالبت بالامور الآتية:

- ١ - حقوق اليهود في الدولة العربية.
- ٢ - احياء احياء اليهود في الدول العربية لتكون موقع نفوذ لها.
- ٣ - دخول جامعة الدول العربية.
- ٤ - اغراء الاغنياء العرب بإدخالهم نادي الدول الرأسمالية، واغراء الفقراء بإعادة توزيع الثروة العربية.
- ٥ - اقامة علاقات منفردة مع كل دولة عربية على حدة.
- ٦ - تفجير المشكلات الاقليمية والطائفية.
- ٧ - المزاوجة بين القدرات العربية والتكنولوجيا الاسرائيلية.

ان ترجمات النمط السلوكي الاسرائيلي كثيرة، حرص محمد احمد النابسي على توضيحها وشرح ابعادها النفسية. ففي المفاوضات العربية الاسرائيلية، على اختلافها وتتنوعها، كان المفاوض الاسرائيلي واحداً من حيث الاهداف الاستراتيجية ذات المضمون العدائي للعرب، ومن حيث تذكر كل مفاوض من المفاوضين لمن سبقه كي يعود بالمفاضلات الى (نقطة الصفر)، في نوع من تجسيد الخداع. ومن ثم كانت سيكولوجية المحتال عند الاسرائيليين، وهي جزء من سيكولوجية أبناء، تهدف الى السيطرة على ممتلكات الآخرين بإيهامهم بأمور يرغبون فيها. فالشروط التي يعلنها المفاوض الاسرائيلي، ايها كانت صورته، غير حقيقة؛ لأنها فخ منصوب لاستدراج المفاوضين العرب. فإذا قبل هذا المفاوض الشروط وجد امامه مشروع مفاوضات اخر بدلاً من ان يعثر على تنفيذ للشروط التي قبل بها، أو انتهي اليها في مرة سابقة مع مفاوض آخر، سواء اكانت هذه الشروط قاسية ام لم تكن. وتستخدم اسرائيل دائماً آلية دفاع، مفادها استدعاء الآخرين الغربيين على العرب، والا فإنهم سيتهمون بمعاداة السامية. وهذا الاستدعاء الجسد في صفات محددة يمنحها الاسرائيليون للعربي، كالارهابي والعدواني والديكتاتوري والمتخلف والم Bender للأموال والمعتدلي على الاسرائيلي الراغب في السلام، وما الى ذلك من صفات سلبية جعلتها اسرائيل اس حربها النفسية. والمعروف ان هذه الحرب النفسية لم توجه الى العربي اساساً وان كان العربي موضوعها، بل وجهت الى الغربي الذي كانت نفسه مهيبة لقبولها والتعاطف مع اسرائيل نتيجة لها. فضلاً عن جودة الاعلام الذي يروج لها، واستغلال علم النفس الدعاوي في حفز الغربي الى الایمان بصوابها، ومعاداة اصحابها العرب.

ومن المفيد ان نلاحظ تلك اللغة الموضوعية الهادئة التي استعملها الدكتور النابسي في معالجة موضوعات كتابه، وهي موضوعات يعدها الانسان العربي زائفة؛ تبعاً لآيمانه باستناد الحقيقة فيها الى اشياء بدائية وتاريخية محددة معروفة لكل ذي عقل، ولكن الاسرائيليين لم يتواتروا عن تزييفها وادعاء ملكيتها لها، ونسبتها اليهم، وخوفهم من ان يسيطر العرب عليها. وكأن بنية الشخصية الاسرائيلية قائمة على الريف والخداع والظهور بالغضب والديموقراطية، والادعاء بأن دولتها تعيش في وسط ارهابي متختلف ديكاتوري غير مؤهل للتصرف بالأموال التي يملكونها ويضع يده عليها. وقد حرص الدكتور النابسي على معالجة بنية هذه الشخصية بهذه اللغة الهادئة الموضوعية، انطلاقاً من موقفه العلمي الذي يهدف الى المعرفة، و يجعلها سبيلاً الى الحكم القيمي الايجابي او السلبي على الآخر المعادي.

- العنوان: مجلة الطفولة العربية
- المؤلف : جماعة من الباحثين
- الناشر: الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية
- العدد ١٣ - ديسمبر ٢٠٠٢
- فهرس الموضوعات
- افتتاحية العدد
- الأبحاث والدراسات
- ثقافة الأئمة في مناهج التعليم الثانوي للبنات في المملكة العربية السعودية (دراسة تقويمية). / أ.د. السيد علي شهادة/ د. ضياء الدين محمد مطابع
- دمج الأطفال ذوي التخلف العقلي وأثره في أدائهم الحركي / د. عبد الحكيم بن جواد المطر
- كتاب العدد
- الطفل التوحدي: اتجاهات حديثة / أعد المراجعة: د. محمد حسن أبو راسين
- المقالات
- الإنترن트 التربوي / د. بدر عمر العمر
- من ذكاء الطفل إلى ذكاءات الطفل.. مقاربة سيكولوجية جديدة لتفعيل العملية التعليمية / أ.د. أحمد أوزي
- واقع الطفل المغربي وعلاقته بالمناهج والوسائل التربوية ما قبل المدرسية / د. عبد السلام فرازي
- الموهبة الموسيقية عند الأطفال / أ. د. عمر هارون الخليفة
- مادة الأطفال والناشئة فيما بعد أحداث سبتمبر ٢٠٠١ / د. تغريد القدسـي
- أنشطة وأخبار الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية
- أحدث إصدارات الكتب المتعلقة بالطفل
- بيوجرافيا الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية
- ملخصات الأبحاث العربية باللغة الإنجليزية

■ افتتاحية العدد

بصدور هذا العدد الثالث عشر من مجلة الطفولة العربية، تستقبل المجلة عامها الرابع بخطى حثيثة نحو تحقيق أهدافها في نشر الثقافة والمعرفة فيما يخص الطفولة، وتزويد الآباء والمهتمين بخلاصة أفكار الباحثين ونتائج بحوثهم الميدانية والتي تساعدهم في تنشئة الأطفال تنشئة سوية. ولقد أثبتت الأحداث والتجارب أن الأساليب التربوية المتبعة في تربية النشاء وبث روح التسامح في نفوسهم بعيداً عن العنف والتعصب والكبت، هي صمام الأمان لتشكيل عقول وأفكار الناشئة للتعايش والتواصل مع الآخرين بصورة طبيعية، وحتى يশبوا على احترام الرأي الآخر وهذا هو المدخل الحقيقي لتعليمهم مبادئ الديمقراطية. ويسعد مجلة الطفولة العربية أن تطوف بقارئها العزيز في شتى القضايا التي تتعلق بشئون الطفل منذ ولادته ورعايته في مرحلة الطفولة المبكرة، وقياس ذكائه وطريقة تفكيره وتعليمه، كما تحرص المجلة على نشر العديد من البحوث الميدانية الخاصة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أيانا بأهمية هذه الشريحة وضرورة دمجها في المجتمع، وذلك تماشياً مع الفلسفة الحديثة في التربية الخاصة.

وقد جاءت بعض الدراسات في هذا العدد لتلقي الضوء على جوانب هامة بخصوص الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى البحوث والمقالات الأخرى، فضلاً عن أنشطة الجمعية وأحدث الإصدارات المتعلقة بالطفل وملخصات الأبحاث باللغة الإنجليزية.

وتأمل المجلة في تحقيق المزيد من النجاح، وتنطلع إلى مشاركة أكثر فاعلية من الباحثين والمهتمين بقضايا الطفولة العربية للانطلاق نحو أفق أوسع، فإذا كانت الطفولة نصف الحاضر فهي كل المستقبل.

ويسرنا أن نزف إلى الأساتذة الكرام في جامعة الكويت وخارجها خبر ضم اسم مجلة الطفولة العربية ضمن قائمة مجلاتها العلمية المعتمدة لترقية أعضاء هيئة التدريس في الجامعة، وهذه إضافة جديدة لمكانة هذه المجلة في الأوساط العلمية المتخصصة. وفقنا الله لما فيه الخير لرعاية غراسنا لتحقيق غد أفضل لهذه الأمة.

■ ثقافة الأمة في مناهج التعليم الثانوي للبنات في المملكة العربية السعودية (دراسة تقويمية) / إعداد أ. د. السيد علي شهادة ود. ضياء الدين محمد مطاوع - كلية التربية - جامعة الملك خالد ملخص: يقع على عاتق الأم دور كبير في تكوين شخصية الأبناء ورعايتهم وتوجيههم التوجيه الصحيح، ولذلك فإن الأم الوعية بمقومات ثقافة الأمة تسهم بدور كبير في استقرار أسرتها، وتحسين تنشئة أبنائها.

وهدف الدراسة إلى تعرف مدى وفاء مناهج التعليم للبنات في المرحلة الثانوية بمتطلبات ثقافة الأمة، وذلك من خلال الإجابة عن مجموعة الأسئلة التالية:-

- ١- ما المجالات والموضوعات الالزمة لثقافة الأمة التي ينبغي أن تتضمنها مناهج التعليم الثانوي للبنات؟
- ٢- ما مدى أهمية كل مجال وموضوع من المجالات والموضوعات المقترحة لثقافة الأمة؟
- ٣- ما المجالات والموضوعات ذات الصلة بالعلوم التطبيقية (أحياء، فيزياء، كيمياء) الالزمة لثقافة الأمة والتي ينبغي أن تتضمنها مناهج العلوم التطبيقية في مرحلة التعليم الثانوي للبنات؟
- ٤- ما مجالات وموضوعات ثقافة الأمة التي تناولتها كتب العلوم التطبيقية بالمرحلة الثانوية للبنات؟
- ٥- ما التصور المقترح لتضمين متطلبات ثقافة الأمة ذات الصلة بالعلوم بمناهج البنات في المرحلة الثانوية؟

ومرت الدراسة بالمراحل التالية:

- ١- تحديد أهم الموضوعات التي ينبغي أن تعلم بها الفتاة والتي تلزمها للقيام بوظيفتها كزوجة وراعية للأسرة وكذلك التي تساعدها في رعاية أطفالها والعناية بهم والعمل على تنشئتهم التنشئة الإسلامية السليمة.
- ٢- إعداد قائمة بالمجالات والموضوعات الرئيسية الالزمة لثقافة الأمة، وعرضها في صورة استبانة على عدد من العلماء والمهتمين بثقافة الأمة لعرف آرائهم في تلك الموضوعات، ومدى شمولها واتساقها مع ثقافة المجتمع المسلم، وتعديل القائمة في ضوء آرائهم واقتراحاتهم للتوصل إلى صورتها النهائية.
- ٣- إعداد قائمة تفصيلية بالمجالات والموضوعات الرئيسية والفرعية ذات الصلة بالعلوم الالزمة لثقافة الأمة، وعرضها على عدد من العلماء والمهتمين بثقافة الأمة لعرف آرائهم حولها، وتعديلها في ضوء آرائهم ومقترناتهم للتوصل إلى صورتها النهائية.
- ٤- فحص مناهج العلوم بالمرحلة الثانوية للبنات ومراجعةها في ضوء متطلبات ثقافة الأمة ذات الصلة بالعلوم، وذلك لتحديد مدى مراعاتها لموضوعات ثقافة الأمة ومستوى معالجة كل موضوع.

٥- وضع تصور لتوزيع الموضوعات التي لا تتناولها المناهج الحالية على مستوى الصفوف الثلاثة. وتوصلت الدراسة إلى إعداد قائمة بالمجالات والموضوعات الخاصة بمقومات ثقافة الأمة، وتبين من خلال فحص كتب العلوم التطبيقية قصور المناهج الحالية عن تزويد الطالبات ولا سيما

طالبات القسم الأدبي بمقومات ثقافة الأمومة في مجالات التغذية، والعلوم والتكنولوجيا، إلا أنه من السهل تضمين كثير من الموضوعات المقترنة في الكتب الحالية من خلال دمج بعضها مع الموضوعات الموجودة بالكتب، أو بإضافة عناصر جديدة، مع ضرورة اختيار بعض الموضوعات قليلة الأهمية بالنسبة للطالبات في حياتهن العملية. كما يمكن أن تسهم كتب بعض المناهج الأخرى في تعميق الموضوعات في بعض المجالات العلمية لثقافة الأمومة خاصة العلوم الدينية والتربية المنزلية.

■ دمج الأطفال ذوي التخلف العقلي وأثره في أدائهم الحركي / د. عبد الحكيم بن جواد المطر
- كلية التربية، جامعة الملك سعود - الرياض

ملخص : هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أثر الدمج في دروس التربية البدنية على الأداء الكيفي والكمي للمهارات الحركية الأساسية لدى ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم وأقرانهم العاديين بالمملكة العربية السعودية.

تكونت عينة الدراسة من ١٧ طفلاً من ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم (١٢-٨ سنة) و ٤٥ طفلاً عادياً (٩-٦ سنة)، تم توزيعهم إلى ثلاث مجموعات: (١) مجموعة ضابطة قوامها ٨ أطفال من ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم للمشاركة في دروس تربية بدنية غير مدمجة. (٢) مجموعة ضابطة قوامها ٢٠ طفلاً عادياً للمشاركة في دروس تربية بدنية غير مدمجة. (٣) تجريبية قوامها ٩ أطفال من ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم و ٢٥ طفلاً عادياً للمشاركة في دروس تربية بدنية مدمجة. شاركت عينة الدراسة في برنامج مدته ٨ أسابيع يواقع ٤ دروس أسبوعياً مدة كل منها ٣٠ دقيقة، وبهدف البرنامج إلى تطوير المهارات الحركية الأساسية من خلال أنشطة كرة القدم وكرة اليد. وتم قياس الأداء الحركي في الأسبوع الذي سبق تطبيق البرنامج وفي الأسبوع الذي تلي تطبيق البرنامج باستخدام اختبار تطور حركات العضلات الكبيرة Test of Gross Motor Development لقياس الأداء الكيفي واختبار رمي الكرة الحقيقة والوثب الطويل من الثبات وعدو ٢٠ ياردة لقياس الأداء الكمي. وأشارت النتائج إلى عدم تفوق أي من البيئتين التعليميتين (المدمجة وغير المدمجة) في تطور الأداء الحركي الكيفي للأطفال ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم أو أقرانهم العاديين. وبالتالي مناسبة البيئتين لتطوير الأداء الحركي الكيفي للأطفال. بالإضافة إلى عدم التأثير السلبي لوجود ذوي التخلف العقلي القابلين للتعلم على أقرانهم العاديين في تطوير أدائهم الحركي كما وكيفاً.

■ الطفل التوحدي : اتجاهات حديثة / المؤلف، د. محمد قاسم عبد الله - عرض د. محمد حسن أبو راسين - رئيس قسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الملك خالد

ملخص : يشغل موضوع التوحد (أو كما يسمى أحياناً بالذاتية) حيزاً كبيراً من الجهد العلمية للمتخصصين في الطب وعلم النفس والتربية الخاصة، في عالمنا المعاصر. وقد زادت البحوث والدراسات الأجنبية حول هذا النوع من الاضطرابات، إلا أن ما صدر منها بالعربية ما يزال قليلاً جداً ولا يرقى إلى المستوى المنشود. ويعد الكتاب الذي بين أيدينا أحد المؤلفات الهمة والمتميزة، ويسعد نصباً واضحاً في المكتبة العربية، ويمثل مرجعاً للمتخصصين، وتأتي أهميته من الأسباب التالية:

- ١- اعتمد فيه المؤلف منهجه علمياً في تأليفه.
- ٢- استند إلى أحدث المصادر والنتائج العلمية الأجنبية في هذا الميدان.
- ٣- بحث التوحد من الوجهات المختلفة: الفسيولوجية، والبيوكيماوية، والنفسية، والاجتماعية، والتربوية والعلاجية، والفارماكولوجية.
- ٤- أنه جمع بين الدقة العلمية والتركيز مع سلامة الأسلوب والتيسير الذي يتيح لكل شخص أن يستفيد منه في مواجهة الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة.
- ٥- المؤلف باحث متخصص مشهود له في بحوثه النفسية ومؤلفاته المتميزة في الأمراض النفسية والتربية الخاصة.

يتضمن الكتاب الفصول التالية:

- ١- وصف التوحد وتعريفه.
- ٢- فحص التوحد وتشخيصه (التقييم والتشخيص).
- ٣- قضايا فيزيولوجية وبيوكيماوية في التوحد.
- ٤- المظاهر العصبية للتوحد.
- ٥- العوامل الجينية في التوحد.
- ٦- النمو الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين.
- ٧- اللغة والتواصل لدى الأطفال التوحديين.
- ٨- العمليات المعرفية والانفعالات لدى التوحديين.
- ٩- التوحد في مراحل النمو المختلفة (المهد، الطفولة، سن المدرسة، المراهقة والرشد).
- ١٠- التدخل العلاجي وتقنياته.
- ١١- تحسين النمو اللغوي والتواصل لدى الأطفال التوحديين.
- ١٢- التدخل العلاجي السلوكي.

١٣- العلاج الأسري وبرامج تدريب الوالدين.

٤- العلاج النفسي الدوائي.

«يبدو الطفل التوحدي قانعاً وراض عن ذاته، لا يبدي انفعالاً واضحاً أو تودداً حين ملاحظته، ولا يتباهى إلى أي شخص قادم أو خارج أمامه، ولا تبدو عليه علامات السعادة حين رؤيته أحد والديه أو أقرانه في اللعب»...

■ مقالات : الإنترنت التربوي : مدارس مريضة / ترجمة د. بدرو عمر العمر

ملخص : لقد ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية مجموعة من المقالات تتناول أثر الاختلالات البيئية على التلاميذ ومن ضمنها مقالات تناولت الوضع الصحي للمدرسة وأثره على التلاميذ. ونحن إذ نستعرض بعض من هذه المقالات فإننا ننشد التنبية إلى هذه المسألة.

ينتظم أكثر من عشرين مليون طفل في مدارس تعاني من مشكلة بيئية واحدة على الأقل. وقد نشرت إحدى التقارير نقاً عن مدراء ١١٥٠٠ مدرسة بأن مدارسهم تعاني من مشكلات بيئية، وأشارت وكالة حماية البيئة بأن تلاميذ هذه المدارس يواجهون خطراً من التعرض لأمراض خطيرة مع مرور الوقت، وقدرت الوكالة بأن ألف شخص يموتون بوقت مبكر نتيجة لعراضهم مادة الأسبست في المدرسة. كما تقدر بأن أربعة ملايين طفل يتعرضون إلى خطراً جسيماً نتيجة لقربهم من مناطق إلقاء النفايات. في دراسة أجترتها وكالة حماية البيئة على ٢٩ مدرسة تبين أن مدرسة واحدة من كل خمس مدارس ترتفع فيها مادة الراديون Radon بمستوى أعلى من المطلوب وكما هو معروف فإن مادة الراديون سبب رئيسي لسرطان الرئة بين غير المدخنين.

توجه وكالة حماية البيئة الانتباه إلى أهمية دراسات حول تأثير المواد السامة على الأطفال. ويحسب رأى الوكالة بأن هناك زيادة ملحوظة في نسبة الإصابة بأمراض السرطان وأمراض الرئة بين الأطفال، الأمر الذي يستدعي نظرة فاحصة ودراسات حول أسباب هذه الأمراض. إن أكثر هذه الزيادة كانت بالنسبة لمرض الريبو، فتشير الوكالة أن نسبة الزيادة وصلت إلى ٧٥٪ بين عامي ١٩٨٠ / ١٩٩٤، وقد كانت هذه الزيادة بين كل الشرائح الاجتماعية والعرقية. تشير «ماري سميث Mary Smith» مدير قسم بيئه الأماكن المغلقة في وكالة حماية البيئة بأن نسبة الإصابة بمرض الريبو قد ارتفعت بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة إلى ٦٠٪ في الحمسة عشر سنة الماضية، وإلى الآن لم يحدد السبب، لكن الهواء الداخلي يشير ويسبب الإصابة بالريبو.

يقرر الكتاب السنوي لوكالة حماية البيئة بأن أطفال اليوم يتربون في بيئه تختلف عن التي تربى فيها آباؤهم. في العقود الماضية تم تصنيع ٥٠٠٠٠ نوعاً من المركبات الكيميائية، وقد تم إلقاء الكثير منها في البيئة مما أدى إلى زيادة نسبة الإصابة بمرض السرطان بواسطة بعض المواد المسبيبة

مثل الرادون والأسبست والنفايات الخطرة وبعض أنواع المبيدات، وقد ثبت وجود علاقة بين أمراض مثل سرطان الدم وأورام المخ وأنواع أخرى من السرطان وهذه المبيدات.

وبناء على هذه المشكلة تقدم السناتور «روبرت تورسييلي R. Torricelli» «وباتي ومربي P. Murry» بمشروع قانون لحماية بيئة المدرسة الذي ينص على إحكام استخدام المبيدات في المدارس وضرورة إطلاع أولياء الأمور مسبقاً بذلك. وبالرغم من وجود قوانين منتظمة في ثلاثة ولاية إلا أن تلك القوانين قابلة للاختراق لذلك وجب الحصول على قانون فيدرالي...

■ من ذكاء الطفل إلى ذكاءات للطفل : مقاربة سيكولوجية جديدة لتفعيل العملية التعليمية / أ.د. أحمد اوزي - قسم علم النفس / كلية التربية - جامعة البحرين

تمهيد : لقد تميزت المنظومة التربوية في العقود الأخيرة من القرن العشرين، في العديد من دول العالم، بالرهان على التربية المتسنة بالجودة : حيث ركز الاهتمام على تنمية إمكانات المتعلمين وقدراتهم الذهنية على أفضل وجه ممكن، بعد أن تأكّد ما للثروة البشرية من أهمية في تطوير المجتمع وتقدمه؟ على اعتبار أنها أهم مورد تنموي على الإطلاق.

إن هذا الاهتمام الكبير بالعقل البشري وإمكاناته وأساليب نموه وتطويره، يبرز لنا بدون شك، ملامح المنظومة التربوية المميزة لمستهل الألفية الثالثة : فهي منظومة تراهن على تفتح عقول المتعلمين ورعايتها، لتكون في مستوى تطلعات مجتمعاتها، وتلعب دوراً فعالاً في مجتمع ما بعد الصناعة، ذلك يتطلب من الفرد أسلوباً عالياً من الكيف المعرفي.

وسعاً لتحقيق ذلك، اتجهت الجهود نحو التخطيط، لتطوير المناهج الدراسية وبنائها على أساس نتائج المعطيات العلمية للدراسات السيكولوجية المعاصرة، وبخاصة في ميدان علم النفس المعرفي. وقد واكب البحث في تطوير المناهج الدراسية، تحليل ودراسة آليات التعلم، حيث اشتهرت نظرية سيكولوجيان اهتمت بتفسير أسباب الاختلاف بين الطلاب في طرق التعلم وهما: نظرية أسلوب التعلم Learning-style theory ونظرية الذكاءات المتعددة Multiple intelligences theory، فإن النظرية الثانية تعد نتاج البحث في علوم الذهن Cognitive science وقد بذلك نظرية الذكاءات المتعددة جهداً كبيراً لإعادة النظر في قياس الذكاء الذي تجسده نظرية المعامل العقلي IQ كما اهتمت بمحاولة فهم الكيفية التي تتشكل بها الإمكانيات الذهنية للإنسان والطرق التي تهتم بها سيرورات التعلم. في حين ركزت نظرية «أسلوب التعلم» على دراسة مضمون التعلم ذاته (Harvey Silver, Richard Strong and Matthew Perini ١٩٧٧).

والواقع أن نظرية الذكاءات المتعددة أحدثت منذ ظهورها ثورة في مجال الممارسة التربوية

والتعليمية، فهي غيرت نظرة المدرسين عن طلابهم وأضحت الأساليب الملائمة للتعامل معهم وفق قدراتهم الذهنية. كما شكلت هذه النظرية تحدياً مكشوفاً للمفهوم التقليدي للذكاء، ذلك المفهوم الذي لم يكن يُعرف سوى بشكل واحد من أشكال الذكاء الذي يطل ثابتنا لدى الفرد في مختلف مراحل حياته. فقد رحبت نظرية الذكاءات بالاختلاف بين الناس في أنواع الذكاءات التي لديهم وفي أسلوب استخدامها مما من شأنه إغناء المجتمع وتوعي ثقافته وحضارته، Kathy checkley (١٩٩٧) عن طريق إنساج المجال لكل صنف منها بالظهور والتبلور في إنتاج يفيد تطور المجتمع وتقدمه.

لقد كانت الممارسة التربوية والتعليمية قبل ظهور هذه النظرية تستخدم أسلوباً واحداً في التعليم، لاعتقادها بوجود صنف واحد من الذكاء لدى كل المتعلمين، الشيء الذي يفوت على أغلبهم فرص التعلم الفعال، وفق طريقتهم وأسلوبهم الخاص في التعلم إن تعدد الذكاءات واختلافها لدى المتعلمين يتضمن اتباع مدخل تعليميــ تعلمية متعددة، لتحقيق التواصل مع كل المتعلمين المتواجدين في الفصل الدراسي. كما أن النظام التربوي والتعليمي إلى وقت قريب كان يحمل العديد من القدرات والإمكانات للمتعلمين.

إن مقاييس المعامل العقلي لا يأخذ بعين الاعتبار سوى بعض قدرات المتعلم كالقدرة اللغوية والمنطقية والرياضية في حين يحمل قدرات أخرى عديدة، على الرغم من قيمتها في المجتمع. إن النظام التربوي سيتحقق الكثير لو اهتم بالقدرات الذهنية التي لا تأخذها مقاييس المعامل العقلي في الاعتبار، وهذا ما اهتمت به نظرية الذكاءات المتعددة التي تناول من خلال هذا العرض التطرق لأهم جوانبها، مركزتين بوجه خاص على عوامل الجدة والأصالة في تعاملها مع المتعلمين، وفهم طبيعتهم وأساليب تعلمهم المختلفة وكذلك دورها في تحسين المردودية التعليمية/ التعليمية.

■ واقع الطفل المغربي وعلاقته بالمناهج والوسائل التربوية ما قبل المدرسية / د. عبد السلام فواري – كلية الآداب والعلوم الإنسانية – أكادير – المغرب

مدخل : تكتسي المناهج التربوية أهمية كبيرة، باعتبارها المادة الخام التي يتزود منها الطفل برصيده المعرفي، لما لها من تأثير كبير في بنية الطفل السيكولوجية والمعرفية، فيما تحمله من مواضيع وأهداف عامة، تتعلق بأبعاد اجتماعية، وأخلاقية ودينية وترفيهية ومعرفية.. إن أهمية تحديد المنهج ودراسة مدى ملاءمتها لأوضاع الطفل المغربي وعلاقتها مع البيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها، تكتسي أهمية قصوى في إنتاج مناهج تلبي رغبة الطفل من جهة، وطبيعة المؤسسة الابتدائية التي ينتقل إليها من جهة أخرى. إن اختلاف المناهج التعليمية ليس مرتبطاً باختلاف الأقضية المؤسساتية والتسميات، وإنما راجع إلى اختلاف المنطلقات والأسس التي ترتكز عليها المناهج، وذلك من

حيث فهم وتصور طبيعة الطفل، وإدراك العلاقة التي يجب أن تكون بين الطفل وبين الوسط الاجتماعي الأسري، كبنية كبرى تحتوي مجموعة من القيم التربوية التي يحتاجها لخلق ذاته وانخراطه داخل هذه البنية.

إن اختلاف المناهج والآليات التربوية من مؤسسة إلى أخرى، واعتمادها على أساليب تربوية عقيمة وتقلدية وعدم الانسجام في مرافقها وبنياتها وتأثيرها يخلق نوعاً من عدم التكافؤ بين رواد هذه المؤسسات، وبالتالي اتساع الهوة بين الطفل وطبيعة المرحلة الابتدائية التي يتأهلون بشكل جماعي لارتيادها.

إن التفكير في وضع إطار نظري، لصياغة مناهج مشتركة تأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الاجتماعية واللغوية لكل جهة، مع مراعاة طبيعة الطفل وقوانين نموه النفسي، و اختيار طرائف تقوم على الإرشاد، والمساعدة والتوجيه، لمن شأنه أن يساهم في تطوير بنية التعليم الأولى، في آلياته وأهدافه التي يجب أن تتفق مع حاجيات الطفل وميولاته السيكولوجية والمعرفية.

■ الموهبة الموسيقية عند الأطفال / أ. د. عمر هارون الخليفة - باحث من السودان

مقدمة : هناك حساسية للأطفال نحو الموسيقى بصورة عامة فضلاً عن ذلك هناك فروق كبيرة بين الأكراد في عملية التذوق الموسيقي. ربما يستطيع طفل الغناء بصورة صحيحة في عمر ستين ولا يستطيع الرشد أن يكتسب هذه المقدرة. هناك ثلاثة مصادر للتعرف على الموهبة الموسيقية بالنسبة للأطفال. أولاً: الأطفال الذين تم التعرف عليهم كموهبين موسيقياً بواسطة الآباء أو المعلمين. ثانياً: المعلومات البيوغرافية المتعلقة بظهور الموهبة الموسيقية بالنسبة للمؤلفين الموسيقيين. ثالثاً: الأطفال الذين تم تصنيفهم كحكماء بلهاء في الموسيقى، كما في حالات التوحد، والذين أظهروا قدرة موسيقية عالية. ويلاحظ بأن كل عينة الأطفال الموهوبين موسيقياً التي تمت دراستها كانت من الغرب وارتبطت موهبتهم بالموسيقى الكلاسيكية. إن المسألة الجوهرية في القدرة الموسيقية للأطفال هي الحساسية لبنيات الموسيقى، والنغمية، والسلم، والانسجام، والإيقاع. وتسمح هذه الحساسية الموسيقية عند الأطفال على تذكر الموسيقى وأدائها بسهولة من خلال أنسودة أو آلة أو اختراع الألحان. تظهر علامات القدرة الموسيقية لكل الأطفال في مرحلة مبكرة عادة خلال مرحلة الروضة وربما تظهر الموهبة الموسيقية في عمر مبكر حوالي ستين وغالباً قبل ست سنوات. وربما تظهر هذه الموهبة قبل ظهور بقية المواهب الأخرى. تم اكتشاف قدرات ٤٧ موسيقاراً في عمر أربع ونصف سنوات. وأظهرت بعض البحوث بأن ٧٠٪ من عازفي الكمان العظام، كما بالنسبة لمتوسارات، ظهرت قدراتهم في عمر أربع سنوات. ولكن ظهور الموهبة في عمر مبكر ليس بالضرورة أن يكون مؤشراً للموهبة الموسيقية. فمثلاً، لم يتم اكتشاف عازف البيانو

كما هو مبين موسيقياً عندما كانوا أطفالاً صغاراً.

يعتبر الاهتمام المبكر بالأصوات الموسيقية مؤشراً على موهبة الطفل الموسيقية. مثلاً، كانت أذن موتسارت حساسة جداً للدرجة المرض وذلك عندما يسمع صوتها عالياً. غالباً ما يستجيب الأطفال الموهوبين بصورة أقوى للموسيقى مقارنة مع سائر الأطفال العاديين فضلاً عن ذلك يظهرون اهتماماً كبيراً بالمعلومات السمعية. كما لهؤلاء الأطفال الموهوبين حس غير عادي خاصٌّ للنغمات الموسيقية، فمثلاً يقال بأنّ الطفلين روبنسون ومنيوب هُنَّ كَانَا يَكْسِرَا أَعْابَ الْكَمَانَ لَأَنَّ نُغْمَاتَهَا فَقِيرَةٌ.

■ **مادة الأطفال والناشئة فيما بعد أحداث سبتمبر ٢٠٠١ / د. تغريد القدسي - رئيسة قسم علوم المكتبات والمعلومات كلية العلوم الاجتماعية/ جامعة الكويت**

ملخص : إن إيماني بأن مادة الطفل لا يمكن عزلها عن الواقع الاجتماعي، والاقتصادي والسياسي الحبيط يحتم علينا ومنذ أحداث سبتمبر ٢٠٠١ أن نعيد النظر في أولويات طرحنا ومكوناته مع أطفال وناشئة هذا الوطن. لقد تفاقمت في نفوسنا كبار مشاعر عديدة متباينة لها علاقة بنظرتنا للعالم من حولنا، لهويتنا ولقدرتنا على رسم دورنا في ظل العولمة. ومن هنا ارتتأيت أن أنحي منحني آخر في هذا العرض، أبغى منه أن نحاول تلمس روياً أوضح للمستقبل وتزويد أطفالنا بها، ومن هنا فإنني أرى أن العباء علينا مضاعف كما لم يكن من قبل.

وهكذا فإنه في عرضي للطفل وتجربة الكتاب والرسم، سأعرض مادة الطفل بشكل عام دون أن تكون محددة بتجربة الكتاب، في بينما نعاني من عزوف أطفال اليوم عن القراءة، نراهم مولعين بوسائل عديدة متنوعة الكتاب واحد منها، ومن هنا فإن تحدي التعامل مع هذه المادة يتطلب تقييمها شكلًا ومضمونًا كما في الكتب ولكنه يضيف إليها أهمية التعامل مع الجانب الفني والتكنولوجي عند الحديث عن الفيديو، برمجيات الكمبيوتر والمواقع العديدة التي تظهر يوماً بعد يوم على الإنترنت، ناهيك عن عرض وإخراج المادة ومصداقيتها وخاصة عند الحديث عن عالم الإنترنت وبرمجيات الكمبيوتر المختلفة.

ومن هنا، أركز في هذا العرض على بعض الاحتياجات التي أرى أن لا مفر من التركيز عليها بشكل خاص في أي مادة تتوجه للأطفال وناشئة اليوم وأربطها بما يدور حولنا في هذا الظرف التاريخي الحرج، أي أنني لا أقصّر احتياجات الأطفال بها وإنما اخترت أن أركز عليها نتيجة ما أعتبره وضعاً استثنائياً يكاد يكون حالة طوارئ قصوى تفرض علينا أن نتعامل معها قبل أن نضع في طاحونة هذا الزمان وصراعاته.

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

سيكوفيزيوЛОجية الألم

د. برويكر - ش. مولغ - ف. بيترمان

ترجمة د. سامر رضوان

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجبيه
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S.
طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا - ص.ب. ٣٥٦٢ - التل
تلفون: ٩٦١.٦.٤٤١٨٠٥
فاكس: ٩٦١.٦.٤٣٨٩٢٥
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com.



سيكوفيزولوجية الألم

داغمار برويكر وشتي凡 مولغ وفرانس بيترمان

Dagmar Breuker, Stepphan Muehlig und Franz Petermann

ترجمة د. سامر رضوان

متخصص في علم النفس الإكلينيكي

قسم الصحة النفسية كلية التربية - جامعة دمشق

١ - مدخل

لابد لكل محاولة لوصف الألم بصورة شاملة وموضوعية من أن تواجه صعوبات من خلال العلاقة المتبادلة بين الشعور الحسي والتفسير والتقييم المعرفيين والمعاني المختلفة لمشاعر الألم. وتتأثر هذه التأثيرات المتبادلة ضمن أشياء أخرى بسيرورات التعلم والخبرات السابقة ومستوى النمو المعرفي.

وتتعلق أهمية الألم المحسوس بالبيئة والزمن. فالألم الحاد يمتلك وظيفة إنذار وحماية بيلوجية : إذ يتم تبليغ الجسد بالإحساس بمثير ضار ؛ وكارتراكس حماية لابد من التغلب على مصدر الألم أو العناية بالأجزاء المصابة من الجسم. ويمكن إيضاح وظيفة الحماية هذه من خلال مثال بسيط: فعندما يلمس الطفل المدفأة المشتعلة يشعر بالألم فيسحب يده بطريقة انعكاسية.

غير أن هذه الوظيفة غير موجودة في الألم المزمن أو المتكرر الظهور ذلك أن أسباب الألم، كالمرض المزمن مثلاً غير قابلة للإزالة ويتحول الألم المزمن إلى معاناة تمتلك قيمة مرضية، وحيث أنه تتحدث عن مرض الألم، وعلى الرغم من تعقد الموضوع فقد أمكن حتى اليوم وضع تعريف مستخدم حتى الآن ومحبوب عموماً: ((ال الألم عبارة عن خبرة غير مقبولة من المشاعر والأحاسيس، مرتبطة بتضرر حاد أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر)) (ISAP, ١٩٧٩). ويشير هذا التعريف من جهة إلى أن الألم عبارة عن خبرة إحساس جسدية بدون وجود تضررات قابلة للبرهان في النسيج الحي أيضاً، ويستند هذا إلى متلازمات الألم التي

يعاني منها الأطفال والتي لا يمكن إيجاد أسباب جسدية لها، ويتضمن هذا التعريف من جهة أخرى ارتباط الألم بصورة وثيقة مع الانفعالات. فالألم لا يدرك كمثير ضار فحسب وإنما غالباً ما يعيش مع انفعالات سلبية.

ويحمل التعريف مظهرين مهمين بالنسبة لدراسة الألم: فهو لا يفرق بين الألم الحاد والمزمن ويشير إلى خبرة الألم الانفعالية فقط. ولا تؤخذ التأثيرات على السلوك بعين الاعتبار. ويوضح الشرح حتى الآن أنه من المهم من أجل الفهم الشامل للظاهرة ينبغي الأخذ بعين الاعتبار المجموعة التالية من المظاهر وأن ينظر إليها ككل متكامل:

** الإدراك الجسدي الحسي

** التفسير المعرفي والتقييم

** الخبرة الانفعالية

** السلوك الناجم عن ذلك

وقد عولج الألم لفترة طويلة من وجهات النظر الطبية فقط، حيث ساد الاهتمام بتحليل تضررات النسج الحية ومعالجتها. غير أن هذا العلاج السببي غير فعال إلا بالنسبة للآلام الحادة والمرتبطة بالإصابات فقط، أما بالنسبة للآلام المزمنة والتي لا يمكن إثبات وجود تضررات عضوية مسببة لها إلى حد ما فإن المعالجات الطبية الخالصة لا تلقى إلا القليل من النجاح (Flor, 1991).

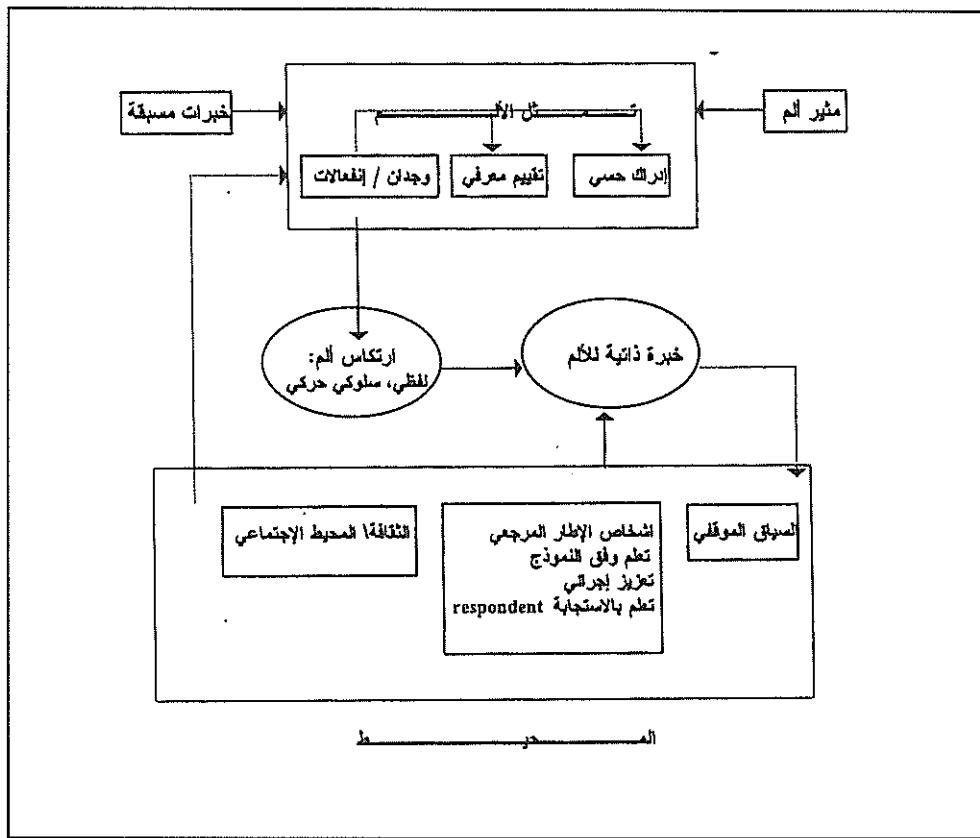
وتحظى نماذج التفسير والمعالجة التي تراعي عوامل مختلفة بالاهتمام المتزايد. وتذهب النماذج الاجتماعية - البيولوجية إلى أن الألم عبارة عن ارتкаس على مستويات عدة تلعب فيها العوامل النفسية والجسدية التالية دوراً:

- الارتکاس الذاتي - اللغظي للألم: ما يميز هذا المستوى هو خبرة الألم ، إذ يتم إدراك مشاعر الألم وتقييمها وتفسيرها والتعبير عنها على سبيل المثال من خلال مقولات حول الشدة والألم والأوجاع والبكاء.

- الارتکاس السلوكي الحركي للألم: ويتم هنا تقييم الارتکاسات مثل الحركات الإنعكاسية والعضلية والتوتر والتشنج والإيماءات والعرج ورعاية الجسد كتعبير حركي سلوكي عن الألم.

- الارتكاسات العضوية الفيزيولوجية للألم: ولا تكون الارتكاسات على هذا المستوى قابلة للملاحظة، غير أنه يمكن قياسها بوساطة الأدوات. ويدخل في عداد ذلك الإثارات المؤللة لمسارات الأعصاب والمستقبلات وتحرير مواد مسكنة ومثيرة للألم من قبل الجسد.

الشكل (١): الخبرة الذاتية للألم وارتكاساته



ويفترض ألا تشتراك بالضرورة كل المستويات في ارتكاس المرض خاص؛ إذ يمكن وجود ارتكاس المرض فيزيولوجي - عضوي بدون أن يستجيب الطفل بصورة غير قابلة للملاحظة بالنسبة للملاحظ الخارجي.

وتم مراعاة المظاهر الموصوفة حتى الان لظاهرة المرض في التصنيف المرضي ولتصنيف متلازمات المرض المختلفة.

٢- التصنيف والتصنيف المرضي

يعتبر الوصف الدقيق والتصنيف المنهجي لظواهر الألم ضرورياً لإجراء الدراسات المضبوطة القابلة للإعادة من جهة ولطرح الاستطباب وتحطيم المعالجة المبررين (Goebel et al ١٩٩٣). ويلاحظ وجود فروق تشخيصية كبيرة وخصوصاً عند الأطفال الصغار الذين لا يستطيعون التعبير عن خبرات ألمهم بصورة لفظية، لا يمكن إزالتها إلا من خلال منظومات وصف ناجحة. ويمكن لتصنيف الألم أن يتم وفق معايير مختلفة جداً، كما ويمكن تصنيف الألم وفق ثلاثة أنواع أساسية منه.

- **الآلام الحادة:** وغالباً ما تكون قابلة للتحديد، الموضوعي ومثارة من خلال سبب قابل للتحديد (مرتبط بتضرر في النسج كالأصابة في التدخلات الطبية المؤلمة) وذات مدة زمنية محدودة (نادراً ما تطول أكثر من شهر واحد) وقابلة للمعالجة سبيلاً في العادة. و غالباً ما تقتصر العاقد النفسية للألم الحادة على الخبرة العابرة للقلق والاجهاد.

- **الآلام الانتكاسية المتراثة:** وهي الآلام المتكررة بصورة منتظمة (كالشقيقة وألم الظهر والبطن) وتتمثل منشأ غير واضح وتظهر بدون وجود تضرر عضوي قابل للتحديد على شكل أطوار وباختلاف في التواتر والمدة والشدة. ولا يعني المعنيون في الفترات الزمنية الواقعة بين هذه الأطوار من أية آلام ويكونون أصحاء كلية. و غالباً ما تكون الآلام الانتكاسية صعبة المرضعة وظهورها غير قابل للتنبؤ ويغلب أن تعالج بصورة عرضية ولا يمكن تحديد مثيرات طور الألم فيها بوضوح، إذ يمكن أن تدخل في الحسبان عوامل إجتماعية (أحداث حياتية حرج، مواقف إرهاق في الأسرة والمدرسة) وعوامل خارجية كتأثيرات الطقس والأغذية والمسليات) وعوامل شخصية (الانفعالات، المراج، المعرفيات).

- **الآلام المزمنة:** وتظهر كنتيجة لإصابات عضوية دائمة (حوادث، احتراق) أو لتضررات في الأنسجة الحية نتيجة لمرض اساسي مزمن (التهاب المفاصل المزمن، التاعور، التهاب الألم العصبي، سرطان). و غالباً ما تكون قابلة للتحديد من الناحية النشوئية بوضوح ويستطيع المرضى موضعتها (تحديد مكانها بدقة) بوضوح وتقدير التأرجح في شدتها. أما المنشأ الفيزيولوجي لحالات الألم المزمن فهو غير معروف إلى حد كبير ويتحدث المرء عن آلام مزمنة، إذا ما امتدت إلى أبعد من وقت الشفاء المتوقع أو أكثر من ستة أشهر. وفي البلدان الغربية يعاني أكثر من ٥٢٥ % من السكان من آلام مزمنة. و غالباً ما تكون العاقد الاجتماعية بالنسبة للأطفال المعنيين (كالغياب عن المدرسة والحد من حرية النشاطات والمشكلات الأسرية والعزلة واستبعاد

الاجتماعي) عاًقب جذرية. ويغلب أن يكون ضغط المعاناة متطرفاً وليس من المستبعد أن يستقر العجز واليأس والاكتئاب في ظواهر نفسية مرضية (اكتئابات، قلق معمم، أرق، فقدان الشهية، سوء استخدام الأدوية)، وكل مريض من خمسة يقوم على الأقل بمحاولة انتشار واحدة. وتعلق إمكانية المعالجة بالاضطراب الأساسي المعنى؛ ففي حالة الأمراض المزمنة لا يمكن إزالة هذا الألم سببياً الأمر الذي يستدعي معالجتها عرضياً (Tryba & Zenz, 1993).

في علم التصنيف وفق الأجناس Taxonomy غالباً ما يتم تقسيم الآلام وفق مصادر الألم العضوية أو وفق المظاهر النشوية المرضية. ويفرق تصنيف عام شائع بين:

- الألم المؤذ Nozizeptive: وهو الألم الحاصل نتيجة لتضررات (خارجية) في النسيج الحي (كالمجراح والرضوض مثل).

- الألم العميق Viszeraliszeral: وهو عبارة عن ألم في الأعضاء الداخلية (كآلام البطن ونوبات المغص).

- الألم الناجم عن تضررات في الأعصاب كالألم العصبي Neuralgia وانضغاط الأعصاب والآلام الوهمية).

أما الجمعية العالمية لدراسة الألم International Association for the Study of Pain والتي يرمز لها اختصاراً IASP فقد وضعت في تصنيفها حالات الألم المزمنة منهجية

آلام تفرعية تشتمل وصفياً على ٣٠٠ متلازمة من الألم وشفرت المحاور بصورة متعددة المحاور وفق التموضع ومجال الوظائف المصاب وسمات الوقت والشدة والمدة والمشأ المرضي. إلا أن بؤرة هذا التصنيف Taxonomia تمركز على المظاهر الحسدية لسيطرة الألم وتراعي السمات النفسية والاجتماعية بصورة عارضة وثانوية فقط في سياق صور الاضطرابات النفسية. وما يشبه ذلك ينطبق على تصنيف الدسم - ٣ - م والأيسد - ١٠٠ وبهذا تبقى هذه التصنيفات أُسيرة تصور المرض الآلي التقليدي وتخفض حدث الألم إلى وجيه الحسدي. وبالتالي لا تلقي تعددية الأبعاد لظاهرة الألم (المركبات الفيزيولوجية والمعرفية والوجودانية والحركة والحركة والاجتماعية إلا القليل من المراقبة. وبما أنها لم تعد اليوم تتلاعِم مع التصورات المنهجية الراهنة للألم فإنها ذات فائدة محدودة بالنسبة لمعالجة الألم ذو الاتجاه متعدد العوامل الذي يراعي الأبعاد المختلفة لحدث الألم؛ ويعيرها بصورة هادفة (Geissner & Jungnitsch, 1987 Flor, Birbarmer & Turk, 1990 Walschburger, 1992).

وقد قام كلينيغر وآخرون (Klinger et al, ١٩٩٢) وللمرة الأولى بوضع تصويرة تصنيف للوصف المعياري لمتلازمات الألم، تقوم على فهم اجتماعي بيولوجي للألم تتألف من :

** تصويرة التصنيف متعدد المعاور للألم Multiaxionale Schmerzklassifikation التي يرمز لها اختصاراً (ماسك MASK) وتتألف من جزء جسدي ويرمز لها ماسك - ج وجزء نفسي اجتماعي جديد (ماسك - ن). ويشفر الماسك الجسدي المظاهر الحسدية لإشكالية الألم بصورة شبيهة بمنظومة الإيسما ISPA وفق تمويع ومدة ونكرار وشدة الألم وال المجال الوظيفي المصاب والعوامل النشوئية... الخ. ويعكس الجزء الاجتماعي النفسي الجديد المظاهر النفسية والاجتماعية استناداً إلى النشوء واستمرار وعواقب الآلام المزمنة بصورة ضمنية، مثل : التضررات النفسية المتمرکزة على الألم، والسمات الخاصة بالشخص والتي تکبح أو تبني التغلب على الألم والجهدات والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على الألم (اللوحة ١). وبهذا توفر منظومة تصنيف عملية تسمح باستطباب وتخفيط تفريقيين للمعالجة من أجل مبدأ معالجة تكاملي، أي من أجل تنظيم مؤسس بصورة منطقية للتأثيرات الطبية منفردة والطبية السلوكية في متلازمات ألم خاصة.

اللوحة (١): التصنيف متعدد المعاور للألم معدل عن كلينيغر وآخرين ١٩

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ١- مستويات سلوكية حركية <ul style="list-style-type: none"> * شذوذات سلوكية * سلوك ألم لفظي\ غير لفظي * تجنب الشاطئات الجسدية * تجنب الشاطئات الاجتماعية * سلوك تحمل | <ul style="list-style-type: none"> ٢- مستويات انفعالية <ul style="list-style-type: none"> * مزاج حزين مكتسب * غضب، توتر، قلق * عدم استقرار داخلي * عدم استقرار مزاجي * نقص في التعبير الانفعالي | <ul style="list-style-type: none"> ٣- المستوى المعرفي <ul style="list-style-type: none"> * اليأس والعجز الاستسلام * تضخيم كارثي (تهويل) معمم * نقص في إدراك الحوادث الجسدية |
|---|--|--|

<ul style="list-style-type: none"> * تهويين الأعراض الجسدية * انتباه ذاتي واضح متترك على الجسد * نموذج المرض الجسدي * توقعات غير واقعية من هدف المعالجة * مشكلات اجتماعية (الأهل، الأخوة، الأصدقاء) * ارهاقات من خلال المشكلات الصحية والاجتماعية * ارهاقات في مجال وقت الفراغ * تحمل الذات فوق طاقتها * نقص في الكفاءات الاجتماعية * عجز في قيمة الذات * تضررات قيمية ومعايير جامدة نقص في التعبير عن الذات 	٤ - مرهقات Stressors
<ul style="list-style-type: none"> * يمكن طرح تشخيص إضافي 	٥ - سمات شخصية اعتيادية
<ul style="list-style-type: none"> * م أو للآيسد - ١٠ - 	٦ - التشخيص وفق الدسم

ولاتوجد حتى الآن منظومات تصنيف خاصة بالنسبة للألم في صيغة مفصلة في طب الأطفال. وقد اقترح لا بوفي وأخرين (Labouvie et al, ١٩٩٤) تعديل تصويرة الماسك وفق سن الطفولة واليافوع، ويرى كل من فارني (١٩٩٠) وروس (١٩٨٨) أنه ينبغي للجزء الجسدي أن يضم فئات متلازمات الألم الخاصة وأمراض سن الطفولة واليافوع وفق سبب الألم (قارن اللوحة ٢)، وينبغي للبعد النفسي الاجتماعي أن يوسع ليشمل العوامل التالية :

- المظاهر النفسية النمائية والمرتبطة بالتضييع لحدث الألم: السن، مستوى النمو المعرفي، مفهوم الألم ، عزو الأسباب والخبرات المسيبة للألم؛
- مواقف الإرهاق المتعلقة بالطفل : الأسرة، المدرسة | رياض الأطفال مجموعات الأتراب؛
- كفاءات التغلب المناسبة مع السن: تنظيم انفعالي، كفاءة ذاتية، السيطرة على الألم، الاستعلام، تقييم الألم
- عوامل السياق الأسرية والاجتماعية الخاصة: التعلم وفق النموذج، مؤثرات تعزيز، سلوك

الدعم الأسري، تاريخ المرض الأسري، متطلبات وتوقعات اجتماعية.

اللوحة (٢): فئات الألم الطفولي (قارن لابوفي وآخرين ١٩٩٤)

* التهاب المفاصل	* الأمراض المزمنة
* الربو	
* السرطان	
* السرطان	
* السكري	
* اضطرابات الوقوف	
* حروق	* اصابات جسدية عضوية
* جرح في اللحم	
*كسور	
* تجمد	
* عمليات جراحية	* إجراءات تدخلية
* حقن خزع	
* قسطرة	
* قلع الأسنان	
* شقيقة	* منشأ جسدي غير واضح
* ألم رأس توترى	
* آلام بطن ذاتية انتكاسية	
* أسنان	* أوجاع متعلقة بالنمو
* آلام نموا آلام أعضاء	
* أمراض أطفال	

٣ - الأسس

١-٣ الفيزيولوجيا النمائية

تشتمل المنظومة العصبية لتمثل الألم عند الإنسان على تأثير معقد للبني العصبية

والفيزيوعصبية والبيوكيميائية. ففي كل أعضاء العضوية الإنسانية توجد ما تسمى ((مستقبلات الألم)) Nociceptors بصورة مختلفة الكثافة والتي هي عبارة عن نهايات عصبية (مستقبلات محيطية)، تستجيب إلى المؤثرات الآلية أو الحرارية أو الكيماوية التي تلغى شدة عالية (ضارة). وتعتدى قابلية هذه المستقبلات للإثارة (القابلية للإستجابة Reagibility) من قبل مواد بيكيماوية (وسائل داخلية المنشأ كالسيروتونين، المادة P⁽¹⁾) التي تتحرر عند إصابات بني الخلايا. ويمكن لهذه المواد الآلية elegational Substance Nociception بصورة مباشرة أو تخفض من موجة الشير لمستقبلات الألم. ويتم تحويل الدفقات الحسية للألم في الجهاز العصبي المحيطي من خلال الياف عصبية خاصة (ألياف دلتا A وألياف C اللانخاعية نسبياً)، في حين أن ألياف C تشير الألم الثاني المهم بالنسبة لحالات الألم المزمنة (عميق وصعب الموضعية، يهدأ بصورة بطيئة. وتنتقل دفعه الألم على المستوى الشوكي (النخاع الشوكي) بمساعدة التوافق العصبية من الجهاز العصبي المحيطي إلى الجهاز العصبي المركزي وفي أثناء ذلك تثار ارتكاسات انعكاسية حركية في الوقت نفسه (منحنى الألم). ومن خلال مسارات ألم خاصة يتم التحويل إلى الدماغ حيث تصل دفعه الألم خلال بضع من جزء من مئة من الثانية بعد التأثير الخارجي إلى المهد (التalamus). وهناك يتم تجميع كل مثيرات المحيط وتحويلها إلى باقي الدماغ («محطة التوزيع») وفي حالة الضرورة إثارة ارتكاس هجوم أو هروب. وهناك القليل من المعرفة حول التمثيل العصبي المركزي للألم. فعلى العكس من منظومات الحس الأخرى لا يوجد «مركز الألم» قشرى وإنما هناك بني وظيفية عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كلها تسهم في هذه السيرونة المعقّدة منها:

- جذع الدماغ (تنظيم العمليات الإعاشية كالتنفس والدورة الدموية)
- منظومة الغدة النخامية - الهيبوتalamوس (تنظيم المنظومة الغذائية، طرح الهرمونات والإندروفين)
- التشكّل الشبكي (توجيه الانتباه، ارتكاسات التوجّه)
- الجهاز اللعبي («مركز المشاعر»، المركبات الانفعالية لخبرة الألم، نوعية الألم)
- اللحاء الجديد Noecortex (وعي الألم، الموضعية، التفسير والتقييم، توجيه التصرفات).

وعند إثارة الألم تبدأ في الدماغ سيرورة تنظيم معاكس تعدل تمثل مثيرات الألم من خلال آليات مسكنة داخلية المنشأ، وذلك من خلال تخفيض تحرير المواد المثيرة في الجهاز العصبي المحيطي أو رفع المواد الكابحة على سبيل المثال. وعند باحاث دماغية محددة (في الدماغ الأوسط) تتحرر مواد بيو كيماوية (كالإندروفين Endrophine)، وهذه تنشط مسارات عصبية هابطة تصل اشاراتها الكهربائية إلى النخاع الشوكي (كاف هابط في النخاع الشوكي). وهناك يتم تحرير مواد أخرى في المشابك العصبية كالسيروتونين، التي تكشف من جهتها تحرير مواد ناقلة للألم (المادة P مثلاً). ومن خلال ذلك يتم كبح نشاط عصبونات القرنيات الخلفية المسؤولة عن توصيل الألم في النخاع الشوكي. وفي الوقت نفسه تم مواصلة تحرير الإندروفينات في الدماغ التي تخفف ب بصورة إضافية من نقل الألم.

وحتى المواليد الجدد بل وحتى الأجنة يتلذّلون الشروط الفيزيوعصبية لخبرة الألم (Graig, Whitfield, Grunau, Linton & Hadjistavropoulos, 1993

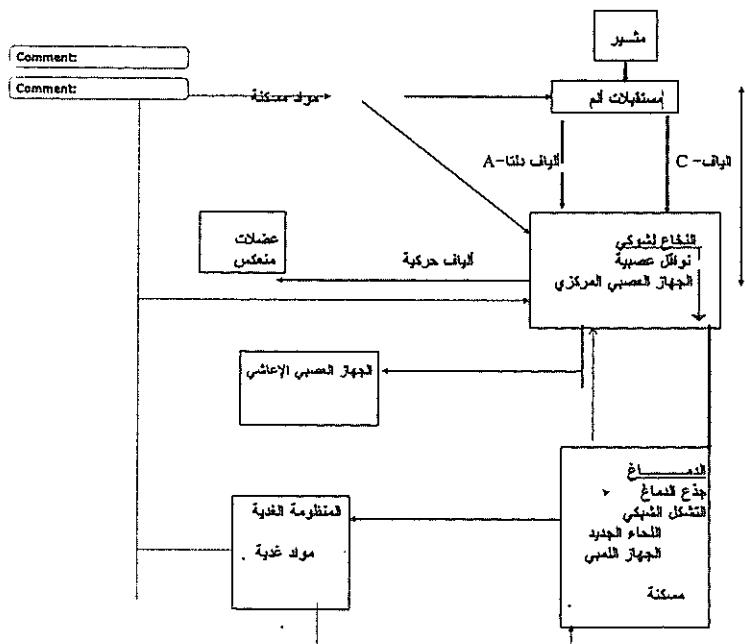
(Grunau & Grig, 1993; Johnston, Stevens, Graig & Grunau, 1993)

وتنضج المركبات التشريحية والوظيفية والكيماوية العصبية المختلفة لمنظومة الألم في أثناء التنشئ الإنساني وسرعات مختلفة وتكون عند الولادة مكتملة بصورة كافية من أجل الإدراك التفريقي للألم (Droste, 1994 ; Zimmermann, 1993)

كما وتطور القدرة على تذكر مثيرات الألم قبل الولادة على ما يبدو، إذ أثبتت دراسات حديثة وجود ذاكرة الألم ووعي بدائي له عند المواليد الجدد والأجنة (Droste & Buettner, 1989 ; Mc Grath & Craig, 1992)

أما لدى الأطفال الأكبر سنا والراشدين فترتبط ارتکاسات الإجهاد السلوكية والفيزيولوجية، القابلة للقياس، على مثيرات الألم بوضوح مع خبرة الألم الذاتية الذاتية لخبرة الألم عند الأطفال في مرحلة ما قبل التعبير اللغوي تبقى في النهاية بدون إجابة، فليس هناك من شك قائم منطقياً من أن الأشكال المتطابقة من التعبير في الفيزيولوجيا والسلوك تمثل خبرة الألم داخلية قابلة للمقارنة.

الشكل (٢) آليات ألم عصبية



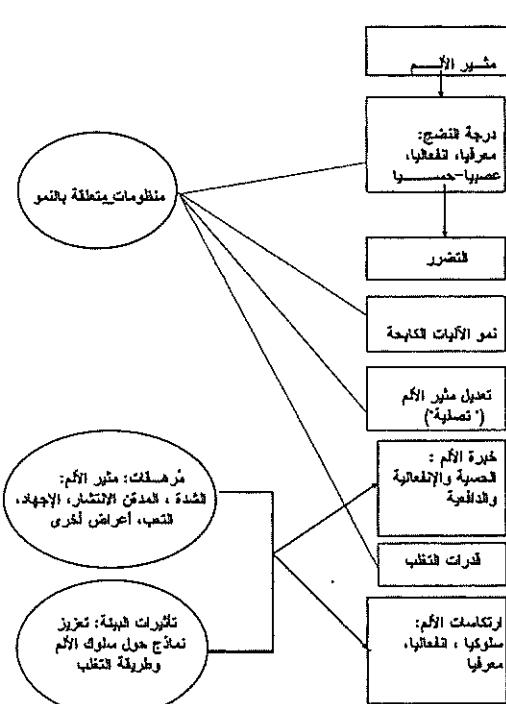
٤-٣ - علم النفس النمائي

يكتسب الأطفال مع النمو المتقدم باضطراد القدرة على تحديد وتقدير ظواهر الألم بصورة استعرافية cognitive والتواصل حول ذلك بصورة واضحة (Gaffney & Dunne, 1992 ; Harbeck & Peterson, 1986). غالباً ما يستخدمون في سن العشرين شهر مصطلحات لفظية للألم (Mc Grath & Mc Alpine, 1993).

سن ما قبل المدرسة التمييز بين شدات مختلفة من الألم بمساعدة سالم متناسبة مع السن Belter, Mc Intosch, Fich & Saylor,) (1988). وبواسطة وسائل القياس هذه يمكن إثبات أن انتشار وشدة الآلام في أمراض مختلفة قلما تختلف بين الأطفال والراشدين(قارن Zimmermann, 1994) . وبخضوع إدراك وتقدير خبرات الألم في مجرى النمو المعرفي إلى تغيرات شديدة وحتى أن مثير الألم نفسه (كالبزل الوريدي مثلًا) يفسر من الأطفال الصغار جداً بأنه أشد تهديداً وكثافة على سبيل المقارنة (Keruy, Lander & Fowler 1991 , 1993) وبالمقابل فإن الأطفال الأكبر سنًا لا يدون ميلاً للتقدير المرتفع للألم مقارنة بالراشدين (Manne, Jacobson & Redd, 1992) ويعرف الأطفال في مجرى نموهم إلى طيف واسع من الآلام المختلفة التي تتغير وفق الشدة والتوضع والانتشار والمدة والنوع ودرجة الإحساس بالتنوع والتجدد الحسي والمركبات الإنفعالية وإمكانات التخفيف . وهنا يفسرون ويقيّمون شدة ودرجة إرهاق كل خبرة ألم على أساس خبراتهم الراهنة مع الألم وبهذه الطريقة ينتمون منظومة استناد استعرافية لإدراكات الألم (تصويرة الألم) يصنفون ويقيّمون بمساعدتها الألم الجديد والتي تتعدل وتوسيع هي ذاتها(تصويرة الألم) مع كل خبرة جديدة من الألم . وعلى أساس خبراتهم مع الألم يطور الأطفال تصورات خاصة حول أسبابه ، وتحرف هذه التصورات الذاتية عند الأطفال الأصغر سنًا بالتحديد عن نماذج التفسير الطبية . ومع تطور قدرات التفكير والتصور المجردين تصبح نماذج التفكير أكثر تمايزاً . وتبرهن دراسات تجريبية على أنه مع التقدم في العمر يحل الفهم المجرد للألم محل الوصف الملموس (Peterson, & Haberbeck 1992) . وبناء على النموذج النمائي المتعدد الطبقات لبياجية تم سؤال أطفال ويفاعن أصحابه عن تصوراتهم حول الألم وأسبابه وتأثيراته واسعٌ من إجاباتهم النمو ((الطبيعي)) لتصور الألم . وبناء على ذلك يمكن القول أن الأطفال بين سن الثانية والرابعة يتلاؤ تصورات أقرب للسحرية ، فهم يصنفون الألم وكأنه ((شيئاً ما يؤلمهم)) والأسباب - إذا ذكرت - فإنها تكون موجودة خارج الجسد (Hurley & Whelan, 1988) . فالألم عبارة عن خبرة جسدية يعيشها الأطفال عند الإصابة مثلاً . وبين السنة الرابعة والسابعة من الحياة يبدأ الأطفال التمييز بين شدات مختلفة من الألم ، ففي هذه السن ينتمون تصوراتهم الأخلاقية حيث يعتبر الألم على الغالب وكأنه عقوبة (Gaffney & Dunne, 1987) . ومع التقدم في النمو باتجاه عمليات التفكير المنطقية الملمسة ينمو التفهم للعلاقات الكائنة بين الإصابة والمرض وال الألم ، فيبدأ الأطفال بين سن السابعة والحادية عشرة في التمييز بين الأسباب الخارجية والتأثيرات الداخلية . فال الألم يمكن أن يحدث بسبب الإصابات

والأمراض ويعبر من العمليات الجسدية الداخلية (الطبيعية). ولأن الأطفال في هذه السن مايزالون يفقدون إلى تصورات ملموسة حول السيرورات الفيزيولوجية، فإنهم يستخدمون استعارات مجازية لوصف الأسباب والتأثيرات الداخلية لآلامهم Wiedebuch, (١٩٩٤)) وبداء من سن الحادية عشرة تتشكل المقدرة على التفكير المنطقي الشكلي وهنا يتم ذكر أسباب نفسية وجسدية للألم. ويملك الأطفال واليافعون فهما واضحًا للعمليات الجسدية ويمكن تفسير أسباب الألم بطريقة عصبية فизيولوجية. وقد أمكن إثبات هذا الإرتباط بين السن والتعقيد في وصف الألم بصورة تجريبية Harbeck & Peterson, (١٩٩٢) (قارن الشكل ٣). إلا أنه من غير المعروف فيما إذا كانت المواجهة مع الألم المتكرر أو المستمر تؤثر على هذه السيرورة والكيفية التي تؤثر فيها. فحتى الآن تجري دراسات طولية على أطفال يعانون من أمراض ألم مزمنة.

الشكل (٣): منظومات متعلقة بالنمو لخبرة الألم
 (معدل عن تسيلتس وبار وماك غرات وشيتسر ١٩٩٢)



٤- نماذج نفسية لتفسير نشوء واستمرار الآلام المزمنة

تعتبر خبرة الألم من خبرات الحياة اليومية العادبة للطفل. فقد أسفرت ملاحظات السلوك المنهجية للعب الحر عند أطفال ما قبل السن المدرسية عن أنهم يعانون من الألم وذلك كل ثلاث ساعات على الأقل من خلال السقوط أو الصدم أو المشاجرات مع الأطفال الآخرين (Mc Alpine, & Grath ١٩٩٣). ولابد لكل طفل تقريباً من أن يتعرض لحقن اللقاح على الأقل أو لإجراءات طبية أخرى مؤلمة، وبعضهم يصاب بأمراض وإصايات جديدة أو غير بعمليات جراحية. ويدرك أن ٨٧٪ من الأطفال الذين عولجوا في المستشفى بسبب أمراض مختلفة قد عانوا في الساعات الأربع والعشرين الماضية من الآلام (Johnston, Abbott,) (Donald & Jeans,-Gray ١٩٩٢)

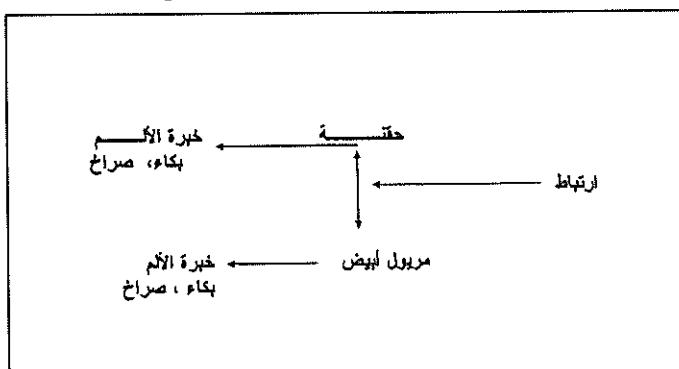
ويعتبر المرضي بأمراض مزمنة مرضى بالألم كذلك عندما تختل الآلام المستمرة أو الإننكاسية مركز الصدارة لديهم. ويسبب عدم إمكانية الشفاء على الأغلب يحتل التخفيف من الأعراض والتعامل مع المرض مركز صدارة المعالجة.

تؤثر الآلام المستمرة أو الإننكاسية خلال أشهر أو سنوات على حياة الطفل، وتصبح الحياة اليومية محددة من خلال الألم أي أن القيام بالأدوار الاجتماعية المختلفة (المدرسة، الأسرة، وقت الفراغ) وتشكل الحياة اليومية يتحددان من خلال الألم. وتطلق على مراجعة الطبيب وتناول الأدوية والإقامة في المستشفيات والمعالجات الفيزيائية الخارجية تسمية إدارة الألم ذلك أنها تهدف إلى تحقيق التخفيف من الألم (Kroener - Herwig, ١٩٩٠ b)، ويستثنى من ذلك سلوك الألم الذي يعتبر التعبير القابل للملاحظة للألم المعاش (Fordyee, ١٩٧٦)، ويدخل في عداد ذلك الإبلاغ اللغظي ووضعية الجسد والإيماءات وتقييدات الوظائف والإعاقات (Nilges, ١٩٩٣) بالإضافة إلى ذلك يجمع الأطفال الكثير من الخبرات الاجتماعية التي تميز خبرة الألم وتعاملهم مع ذلك بصورة جوهرية: إنهم يتعلمون من خلال الملاحظة الموجهة لأشخاص الإطار المرجعي المهمين كيف يتصرف «المرء» في مواقف الألم (التعلم وفق التمودج) ويعززون أو يعاقبون من خلال هذه المواقف على سلوك معين من الألم والتغلب (إشراط إجرائي) أو يوجهون بصورة مباشرة (توصيل معرفي متسلسل للكيفية التي يمكنهم بها أن يتغلبوا على الألم. وفيما يلي سوف تقوم بعرض أهم النظريات حول نشوء واستمرار أمراض الألم المزمنة.

٤-١ نموذج التعلم بالاستجابة Respondent

إذا ما تكررت خبرة الألم أكثر من مرة وكان مرتبطاً مع مثير حيادي أي مع مثير غير مسبب للألم، فإن هذا المثير الحيادي يمكن أن يتحول إلى مثير لخبرة الألم. والمثال التالي يوضح ذلك: عندما يتم حقن الطفل أكثر من مرة، فإنه يمكن أن يستجيب عند رؤية المربي أو الحقيقة بتعابير الألم والبكاء. وهذا الإشراط التقليدي لا يتم إلا إذا أثيرت أحاسيس الألم فعلاً. ووفق نموذج التفسير هذا يمكن للألم المزمنة أن تنشأ على أساس من مشكلة الألم حاد فقط. غير أن هذا النموذج لا يستطيع تفسير التطور الطبيعي لحالات الألم المزمنة بدون حدوث الألم حاد، كالم الظهر أو آلام

الشكل(٤) : مبدأ الاشتراط الاجرائي



٤- نموذج التعليم الاجرائي

تمثل المقوله الرئيسية لهذا النموذج في أن احتمال ظهور سلوك معين يتحدد من خلال عوائقه. فإذا ما كانت عاقبة سلوك ما نتيجة إيجابية أو لم تظهر نتيجة سلبية (تعزيز إيجابي أو سلبي)، يرتفع احتمال ظهور هذا السلوك ثانية. ويقول نموذج الألم الإجرائي: إن التعبير القابل لللاحظة عن الألم المعاش بدون وجود سبب عضوي ينشأ من خلال آليات تعزيز (Fordyee, ١٩٧٦). وقد أثبتت دراسات تجريبية بأنه يمكن للأهل أن يعدلو من تحمل الألم عند أطفالهم بصورة واضحة من خلال التعزيزات اللفظية المجردة (Linton, Melin & Goetestam, ١٩٨٥). ويتعلم الطفل وفق فرضيات نموذج التعلم الإجرائي بأن شيء ما ((مرغوب)) سوف يحدث إذا ما عبر عن أنه أو أنه يستطيع أن يحمي نفسه من موقف جديدة أو مزعجة. ومن الممكن أن يبدأ الطفل باستخدام أنه بصورة وسيلة، أي أنه يحاول من خلال التعبير

عن الألم تحقيق أهداف مقيمة إيجابيا، فالأهل غالباً ما يستجيبون لسلوك الألم عند أطفالهم بعدم الإرتياح أو بانشغال خاص ويبيلون إلى تحريهم من وظائف أو مهام غير مرغوبة (كالمدرسة أو الوظائف المنزلية) و ويقائهم في المنزل. ومن أجل التغلب على الألم عند أطفالهم يستخدم مرضى الألم الراشدون الآليات نفسها التي يستخدمونها هم (Chturverd & Kanaklatha, ١٩٨٩)، ويحصل الأطفال من خلال ذلك على دور خاص يعززهم على المدى البعيد عن أخوتهم وأترابهم، فإذا ما شعرت الأسرة في النهاية بأنها مرهقة وعاجزة فإنه غالباً ما تخفف التقنيات الإجرائية لتخفيف سلوك الألم من العباء. فهي تمكن من تجاهل التعبير عن الألم بهدف إطفاء سلوك الألم عند الطفل. وبالنسبة للطفل يتحول عدم الاهتمام إلى عقاب في الغالب، إذ أنه يحرم من الحب والاهتمام هنا. ولا يعزز هذا التعامل الأسري مع الآلام الأطفال في أثناء التغلب على الألم وبناء الاتصالات الاجتماعية ونشاطات وقت الفراغ وخبرة الكفاءة الذاتية. وهذا لا يمكن تحقيقه إلا من خلال دعم الأطفال في مساعدتهم للتغلب على الألم وعندما يخبر الأطفال الاهتمام بعض النظر عن ألمهم. أمّا نقاط انتقاد هذا النموذج فهي أنه يفترض وجود إشارات باعتبارها مُطفئات لسلوك الألم؛ ولا يراعي الأسباب الفيزيولوجية. فالمهم هنا هو السلوك القابل للملاحظة فقط، أما الأفكار والآراء والانفعالات فإنها تهمّل (Flor, ١٩٩١) ..

٤-٣- التعليم وفق النموذج

يتعلم الأطفال سلوك الألم ضمن أشياء أخرى من خلال ملاحظة الأشخاص في محيطهم، فهم يتبعون بانتباه حبرات الألم وسلوكه واستراتيجيات التغلب عند والديهم وأخوتهم. وهم يتبنون تلك المظاهر في ذخيرة سلوكهم التي يتعرفون عليها على أنها ناجحة أو التي تعزز من قبل محيطهم (Muhlig, Petemann & Breuker, ١٩٩٤) فقد وجد كل من هاريل وبيترسون (١٩٩٢) وجود تطابقات بين سمات الألم التي يذكرها الأطفال (النوع والتكرار) وسلوك الألم القابل للملاحظة الذي يديه أهلهم. يصل هذا التأثير الأسري في نشوء واستمرار متلازمات الألم الطفلي إلى حد أن مشكلات الألم عند أفراد الأسرة الأكبر سناً يمكن أن تنتقل إلى الأطفال. وهنا يتطور الأطفال من خلال التعلم وفق النموذج أعراض الألم شبيهة (وفق النوعية والتكرار والتوضّع) مثل أهلهم وأخوتهم. وقد برهن حدوث الألم الأسري أكثر من مرة بالنسبة لمجموعات مزمنة من الألم أو انتكاسية (Turkat & Rock, ١٩٨٤ ; Violin & ١٩٨٤ Giurgea, ١٩٨٤) . ففي ((أسرة الألم)) هذه غالباً ما تتطور مشكلة الألم إلى نقطة حياة مركبة: إذ يتحدد تنظيم الحياة اليومية ونشاطات الأسرة من خلال إشكالية الألم بصورة أساسية؛

ويتم وصف الخبرات الانفعالية بمفاهيم محسنة (Violin, ١٩٨٥). وعلى الرغم من البراهين التجريبية لم يحظ مبدأ التعلو وفق النموذج إلاّ بالقليل من التأثير على الممارسة العيادية. وتستخدم أفلام النموذج لتحضير الأطفال على الألم الحادة بصورة خاصة من خلال الإجراءات الطبية. ولا يمكن التوصل إلى مقولات حول التأثيرات الممكنة للتعلم وفق النموذج بسبب النقص في الدراسات التجريبية.

٤-٤- نموذج سلوكي معرفي في الألم

يراعي هذا المبدأ العوامل المعرفية كالترقيعات والمواقف عند نشوء واستمرار حالات الألم المزمنة. ويفترض بأن مرضى الألم يتلkenون توقعات سلبية فيما يتعلق بقدرتهم على التعامل مع الألم ومنطلق محاولات المعالجة والشدة المستقبلية لأنهم وتحقيق رغبات الحياة. فالأفكار والإنفعالات تدور حول التأثيرات السلبية للمرض والألم، وبالتالي لا يتم تطوير استراتيجيات إيجابية في التغلب، ويشعر المعنيون بأنه مسيطر عليهم من خلال ألمهم ومقيدون في حياتهم. ويمكن لمشاعر اليأس الناجمة عن ذلك أن تقود ضمن أشياء أخرى إلى السلبية وتعمّرات المزاج الإكتئافية وارتفاع الحساسية للألم وإلى صورة سلبية عن الذات (Turk & Rudy, ١٩٩٢). وقد أمكن برهان السيرورات المعرفية تجريبياً من خلال الدراسات على الراشدين (Flor, ١٩٩١). وتستخدم في الممارسة العيادية تقنيات معرفية للتغلب على الألم حتى مع الأطفال واليافعين بصورة ناجحة (Petermann, Muehlig & Breukes, ١٩٩٤) وتقود هذه التقنيات إلى تعديل في تفسير وتقييم الألم وترفع من تحمله. أما انتقادات هذا النموذج فهي غياب الاستناد إلى نتائج ونظريات علم النفس المعرفي والرعاة القليلة للآرتکاسات الفيزيولوجية ومظاهر السلوك (قارن Flor, ١٩٩١)

٤-٥- نموذج الإجهاد - النحزة (الاستعداد)

يحاول هذا المبدأ متكاملة كل معارف الطب وعلم النفس. ويقوم على احتمال ارتباط نشوء واستمرار حالات الألم المزمنة بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومن خلال تفاعلاتها المتبدلة. وفرضية هذا النموذج النفسي الاجتماعي البيولوجي، هي أن كل إنسان يملك استعداداً لتنمية مرض ألم محدد. هذا الاستعداد لا يثبت على شكل مرض فقط إلاّ عندما تتوفر العوامل التالية (الشكل ٥):

- استعداد فيزيولوجي للاستجابة مع التغيرات في منظومة جسدية معينة: ويتألف هذا

الاستعداد بوجة منخفضة من التنشيط لجهاز الألم. وهذا يعني أن مشاعر الألم الحسية يمكن أن تثار حتى من خلال مثيرات ذات شدة منخفضة مثلاً. ويقوم هذا الاستعداد على استعداد وراثي أو حدث صادم سابق أو على سيرورات تعلم اجتماعية.

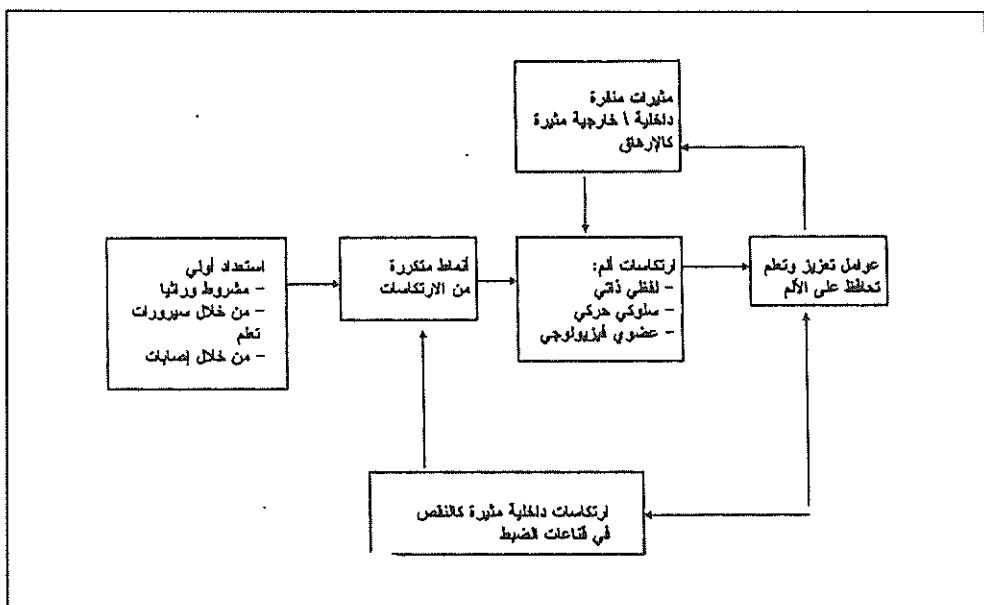
- تغيرات فيزيولوجية تعاش كالم: وتعتبر هذه الأنماط وتفسيرها أحياناً متكررة ارتكاسية ويمكن قياسها موضوعياً (كتوتر العضلات من خلال التخطيط العضلي الكهربائي).

- أنماط متكررة من الارتکاس: وتثار من خلال مثيرات داخلية خارجية مقيدة (كالمحادلات العالية التوتّر) أو من خلال ارتکاسات (التوقع - الألم، النقص في قناعات الضغط) وتؤود لسلوك الألم على المستويات الثلاثة المعروضة سابقاً.

- سيرورات تعلم وتعزيز (كالخوف من الألم من خلال الحركة؛ الاهتمام والانتباه عند التعبير عن الألم) : وهذه السيرورات تجعل الألم يستمر (Flor, 1991).

وقد طورت نماذج الإجهاد - التحیزة (الاستعداد) لصور أمراض واضطرابات مختلفة. ومن خلال تأثير عوامل مختلفة تتشتّق مجموعات تأثير تهدف على مستويات متعددة إلى تخفيف شدة الألم ورفع كفاءات التغلب (Mc Grath, 1990; Seeger, 1994).

الشكل (٥): نموذج الإجهاد التحیزة للألم المزمن (معدل عن فلور، 1991)



٥ - حول منشأً أمراض الألم في سن الطفولة

لاتوجد أرقام راهنة حول تكرار أمراض الألم عند الأطفال في ألمانيا ((بلاغ خطى لوزارة الصحة الإتحادية ١٩٩٤)). وهناك فقط معطيات حول أمراض الألم الخاصة القليلة في مجال طب الأطفال، علما أنه يمكن تعليم معطيات أرقام الدراسات العالمية على الظروف الألمانية مثل دراسة ميرش ١٩٩٢ وبولمان ١٩٩٠ وبناء على ذلك توجد معطيات مختلفة عن بعضها بصورة كبيرة يمكنها أن تقود القارئ إلى التشتت. والأعداد المذكورة فيما يلي تساعد كقيم تقدير وتهدف إلى إيضاح أن الأطفال المرضى بالألم ليسوا مجرد حالات فردية فحسب.

وتعتبر آلام البطن الانتكاسية من أغلب الآلام في مجال البطن والمعدة التي يراجع الأطفال الصغار جدا الطبيب بسببيها، غالباً ما لا يمكن عزو هذه الأسباب إلى أية أسباب جسدية واضحة. ومن هنا تطلق عليها أيضاً تسمية آلام البطن ذاتية المنشأ الانتكاسية. وتصل نتائج أمريكية إلى نتيجة أن ١٥-١٠ % من الأطفال في سن المدرسة يرون بمثل هذه الآلام، وهنا يتوقع للأطفال بين سن ٩-١٢ أكثر الفئات معاناة من آلام البطن الانتكاسية (قارن & Hedges, ١٩٩١ Burbach, ١٩٩١). وتشكل آلام الصدر الانتكاسية متلازمة ألم قليلة الانتشار غير أنها تعتبر متلازمة ألم مألوفة في طب الأطفال، وتعلق مدة الآلام وظهورها الزمني وظروفها النفسية والاجتماعية المرافقة بالنسبة الكامنة بين الأسباب

النفسية والعضوية المنشأ، ولا يمكن ذكر أرقام حول الانتشار بسبب القصص في الدراسات (Mc Grath & Petermann, ١٩٩١) كما وأن ما يشير إليه ليرش ١٩٩٢ وبولمان ١٩٩٠ حول أرقام دراسة أمريكية، غير مرض من وجهة نظرنا لأنه في هذه الدراسة قد أخذ عدد مرضى مراكز إسعاف متخصصة بالأطفال منفردة كأساس لحسابات تكرار الانتشار النسبي.

وتنشأ آلام جهاز الحركة من خلال أمراض وتشوهات المفاصل مثل الروماتيزم في مرحلة الطفولة واليفوع والخلع الفصيلي الولادي أو الآلام الناجمة عن أمراض وإصابات الحوادث، كالضمور العضلي العصبي والقدم القudeau الرضية. ولا توجد معطيات حول انتشار أمراض الألم هذه لأنه من النادر أن تكون مرتبطة بأمراض عصبية أو عظمية أو لغياب الدراسات الجائحة. ويعتبر التهاب المفاصل المزمن في الطفولة واليفوع من أكثر صور الأمراض الموصوفة تكراراً والمرتبط بألم مزمن في المفاصل. وتقع تحت هذا المصطلح أمراض روماتيزمية - التهابية مختلفة، تختلف بصورة خاصة عن بعضها من خلال عدد المفاصل المصابة. ويحتمل أن يعني في ألمانيا بين ٣٠٠-٥٠٠ طفل من التهاب المفاصل (Wiedebusch, ١٩٩٢).

لكل ظواهر الألم الحادة والانتكاسية والمزمنة في سن الطفولة أن يتجاوز إطار هذا الفصل.

وتحتختلف ظواهر الألم من الناحية النشوئية ومن ناحية مداخلها العلاجية، الأمر الذي يقود إلى أن يكون العرض المفصل لهذه الظواهر على حساب النوعية. وتتوفر في مراجع أخرى عروض مفصلة للمبادئ النفسية لتخفيض الألم والقلق في الألم الحاد (الإجراءات الطبية العدوانية avasive ومعالجة الأسنان) (Muehlig & Petermann, 1994 ; Breuker & Petermann, 1994) في حين أن الأساس العلمي لبعض متلازمات الألم المزمنة عند الأطفال (كالتهاب المفاصل المزمن والتاعون) وإمكانات معالجتها النفسية أقرب لأن تكون قليلة. ومن هنا قررنا اختيار متلازمة من متلازمات الألم المميزة لسن الطفولة واليففع وعرضها بصورة مثالية.

يعتبر الصداع المتكرر من أكثر أمراض الألم الشخصية والملحوظة بصورة جوهرية في سن الطفولة. ولهذا السبب سوف نقوم فيما يلي بعرض مفصل للصداع عند الأطفال من منظور بيولوجي اجتماعي نفسي، أي من ناحية التصنيف المرضي والفيزيولوجيا المرضية والتشخيص ومبادئ المعالجة الطبية والسلوكية.

٦- الصداع عند الأطفال: (الشقيقة والصداع التوتري)

٦-١- التصنيف والتصنيف المرضي

يمكن للصداع أن يتسبب من خلال عوامل خارجية وداخلية متنوعة كالأصابات والاصدمات (الحوادث المترافقه بارتفاع دماغي أو نزف داخل الجمجمة) أو التسممات (الأدوية والكحول والمنشطات والعقاقير) أو الأمراض العضوية المتنوعة (عدوى، سرطانات دماغية، فرط التوتر، أمراض العمود الفقري وأمراض الأنف والأذن والرقبة). ولابد من التفريق هنا بين الصداع «الثانوي» هذه من الناحية التصنيفية المرضية عن الصداع «الأساسي» «أو» ذاتي المنشأ غير الناجم عن اضطرابات عضوية أخرى، والذي يشكل بحد ذاته المرض. ووفق تصويره تصنف «الجمعية العالمية للصداع» International Headache Society HIS يتم اليوم التفريق بين نمطين رئيين من الصداع الأساسي في سن الطفولة وهما: الشقيقة (الصداع الحركي الوعائي) والصداع التوتري. ولن ن تعرض هنا إلى ما يسمى بالصداع العنقودي Headache cluster الذي يعد كالشقيقة من متلازمات الصداع الوعائي المرتبطة بالأوعية لأنه يندر أن يظهر عند الأطفال.

الأعراض الجوهرية للشقيقة (العيادية)

- مجرى على شكل نوبات مع فترات خالية من الألم
- المدة بين ٥ - ٣ ساعات (عند الأطفال)
- شكل نابض من الألم
- غثيان وإقياء
- مشاعر دوار
- فقدان شهية
- صداع أحادي الجانب على الأغلب، يمكن أن يمتد خلال النوبة إلى الجانب الآخر أو يغير الجهة
- شدة متوسطة من الألم حتى العالية
- تموضع الألم في مجال الجبهة أو الصدغين أو العيون أو في قفا الرأس
- فرط الحساسية للضوء أو الضجيج
- ارتفاع شدة الألم في عند حدوث إرهاق جسدي
- تحسن بعد النوم
- تكرار أسري

ويتم تقسيم الشقيقة إلى أشكال فرعية أخرى:

أـ. ما تسمى بالشقيقة البسيطة (بدون نسمة (Aura)), وتشكل أكثر أشكال الشقيقة ملاحظة في سن الطفولة، وتتصف بصداع أحادي أو ثنائي الجانب يستمر ساعات عدة غالباً ما يترافق مع غثيان وإقياء دوار وتبذلات في المزاج وحساسية للضوء والضجيج.

بـ. الشقيقة التقليدية المترافقه بنسمة وتقود بالإضافة إلى ما هو مذكور في النقطة السابقة إلى أعراض انعكاسية عصبية مرافقه تستمر بين ٤٠ - ٢٠ دقيقة (اضطرابات في اللغة والرؤية أو اضطراب في الأحاسيس أو التوازن) تسبق نوبة الألم الفعلية بساعة على الأكثر (طور الإنذار) وتختفي مع بدء الصداع. ويمكن لما يسمى بالنسمة البصرية أن تظاهر على شكل ظواهر بصرية كاللوميض أو البقع أو البرق أو الظلال أو الغشاوة أو تقييد في محيط الرؤية أو العمى النصفي).

طـ. الشقيقة المركبة وتتميز بمجموعة من أعراض التعطل العصبية الشديدة وهي نادرة الظهور. وتتميز بمجموعة من الأعراض تمتد من ازدواج الصور والدوار واضطرابات اللغة وتشوشات الحس مروراً باضطرابات التذكر وفقدان الوعي المؤقت حتى الشلل النصفي وتمتد لفترة ٢٤ ساعة على

الأقل أحياناً لأسابيع.

٥ - كما يمكن أن تظهر عند الأطفال نوبات شقيقة يغلب فيها الدوار وألام البطن والغثيان والإقياء بدون وجود صداع مرافق (شقيقة بطنية Abdominal Migraine). وهناك خطر التشخيص الخاطئ عند الأطفال الأصغر سنا بالتحديد وذلك عندما تصدر الأعراض النباتية الانتكاسية مقدمة الأعراض ولا يتم التوصل إلى أن هذه الأعراض عبارة عن أعراض الشقيقة إلا في المجرى اللاحق للمرض. ومقارنة بالراشدين تظهر نوبات الشقيقة لدى الأطفال بصورة أكثر غير آن المدة الزمنية تكون أقصر بشكل واضح. ويختفي تكرار وشدة نوبات الشقيقة في العادة إلى تأرجحات دورية متعددة الأشهر غالباً ما تبلغ النوبات عن نفسها من خلال تباهير غير نوعية كالتعب وضعف الدافع والإحساس بالنقل في الرأس

وفرط الشهية للحلويات. وتظهر في ساعات النهار والمساء ونادراً ما تظهر ليلاً أو بعد الاستيقاظ.

وفي الصداع التوتري قلما توجد فروق عرضية بين الراشدين والأطفال وهو عن ألم يتصف بألم مستمر ضاغط في الجبهة وفقاً للرأس أو ألم ضاغط على شكل شريط في كل الرأس. ومقارنة بالشقيقة لا تبدأ النوبات في الليل على الإطلاق وشدة الألم أقل عموماً ونوعيته ليست نابضة وإنما منقبضة ومنتشرة. ويظهر الألم في كلا الجانبين بصورة متساوية كما ولا تظهر أعراض إعاشة (غثيان، إقياء) أو عصبية (النسمة) مرافقة. وترتفع شدة الألم ومدته عند وجود تأثيرات إرهاق نفسية بيولوجية. وحسب تصنيف الجمعية العالمية للصداع يعرف الصداع التوتري بصورة ظواهرية ويصنف وفق المعايير التالية : آلام طورية مقابل مزمنة ومع أو بدون اضطراب عضلات في عضلات الرأس. ويظهر الصداع التوتري على شكل حوادث متفرقة متعددة الساعات غالباً ما يمتلك مجرى مميزاً. إذ يبدأ حدث الصداع متزامناً بشدة متخفضة من الألم نسبياً ويرتفع تدريجياً إلى أعلى مستوى وينخفض في النهاية ببطء. ويعرف الصداع التوتري المزمن من خلال الوجود الدائم المتأرجح في الشدة. وعلى عكس الفرضيات الباكرة فإن الصداع التوتري لا يقوم على أساس خلل وظيفي لنشاط العضلات، ومن هنا فإن الصداع العضلي myogen القابل للتشخيص من خلال قياسات المخططة العضلية الكهربائية أدخل كمجموع فرعية مستقلة في فئة التصنيف «الصداع التوتري». بالإضافة إلى ذلك فقد تم القيام في الصداع التوتري بتشخيص وفق العوامل السببية القابلة للتحديد كالإرهاق النفسي الاجتماعي والقلق والاكتئاب والهذيان أو المتلازمات ذات الشكل الجسدي (Ahrens, Egle & Markle, ١٩٩٣). وليس من الضروري القيام

بتشخيص تفريقي للصداع التوتري عن متلازمات الصداع الوعائية بسبب الاستطبابات العلاجية المختلفة على الرغم من انه يمكن في الحالة الفردية أن تظهر أنواع متعددة من الصداع عند الشخص نفسه (Korinthenberg, ١٩٩٤). غير أنه قد تم التشكيك بالتقسيم الفرعي الراهن القائم وفق تصنيف الجمعية العالمية للصداع المتمثل في الشقيقة والصداع التوتري. ذلك أن الدراسات حول الأعراض ومنشأ العرض لدى مرضى بالصداع لم تستطع التمكن من إثبات التقسيم الدقيق الموضوع على أساس التعريفات إلا بشكل محدود.

وتبدى صور الأعراض المحددة نظريا بشكل دقيق الميل إلى الظهور المختلط في التجربة، وعليه تظهر الظواهر الوعائية والضلالية في كلا الشكلين من الصداع عرضا واحدا على الأقل مميزا للشقيقة، غير أن جزءا منها فقط يحقق معايير التشخيص بصورة كاملة (Bischoff et al., ١٩٩٠). ومن هنا يشكل بعض الباحثون في أن يتعلق الأمر هنا بالفعل بفئات تصنيفية مرضية مستقلة مع حوادث فيزيومرضية مختلفة نوعا ويرون أنها تتميز من حيث الدرجة (Marcus, ١٩٩٢). وفق نموذج المتصل Continuummodel لباكا (Bakal, ١٩٩٢)، حيث يشكل كل من الصداع التوتري والشقيقة قطبين على متصل الصداع الزمن الذي يتضمن عددا كبيرا من الأشكال المختلطة والانتقالية (الصداع المركب). ومن الناحية النشوئية المرضية يشكل الصداع التوتري هنا اضطراب طفيف يظهر بشكل مبكر يمكن أن تتطور عنه أشكال أشد من الشقيقة عند محاولات التغلب الفاشلة (Wolf, Traue & Beschoff, ١٩٨٢).

٤-٢-٦ - الحاجحة والمحرى

يعتبر الصداع من أكثر متلازمات الألم داخلية المنشأ المنتشرة في سن الطفولة (Mohn et al., ١٩٩٣) ويشكل الصداع الأساسي القسم الأكبر حيث يبلغ أكثر من ٩٠٪، كما وأن ٥٠-٥١٪ من الصداع المتكرر يملك طبيعة عرضية Symptomatic ، أي يمكن إرجاعه إلى مرض عضوي أساسي (Koerner - Herwig & Ehlert, ١٩٩٢ ; Korinthenberg, ١٩٩٤) ووفق نتائج الدراسات الحاجحة حول انتشار الصداع المتكرر يعني بين ٥-١٧٪ من الأطفال الصغار وأطفال سن المدرسة من الصداع مرة واحدة في الأسبوع، و ٦٪ يعانون يوميا من الصداع مع العلم أنه يمكن استنتاج وجود ميل متزايد في العقود الأخيرة.

أما الصداع الدائم فهو نادر الوجود في سن الطفولة. وغالبا ما يتم التقليل من قيمة ضغط المعاناة التي يعني منه الأطفال بنتيجة الصداع المتكرر. فالأطفال المعنيون يتغيرون عن المدرسة

بصورة متكررة ودالة، و٨٠٪ منهم يتوجب عليه التوقف عن ممارسة حياته اليومية العادلة بسبب الصداع و٣٥٪ منهم عليهم الاستلقاء بانتظام، و١٤٪ من الصبيان و١٢ من البنات يذكرون وجود شدات عالية من الألم، كما وجد فرانكنبيرغ وآخرون (Frankenberg et al., ١٩٩١) عند كل عشرين من الأطفال المدرسين اثنان على الأقل يحققون المعابر التالية: شدة غير محتملة من الألم (٦٪)، ظهور يومي للألم (٦٪)، استمرار لمدة لاقل عن ١٢ ساعة (٢٠٪)، تناول الأدوية الكابحة للألم (٢٢٪). ويعاني الأطفال الأصغر سناً من التضرر الذاتي بسبب الألم بصورة أشد ، أي أنهم يشارون إلى وجود آلام تتراوح بين الشديدة حتى غير القابلة للتحمل ويظهرن أعراض إعائية مرافقة (آلام بطن وإقياء وغثيان) أكثر من الأطفال الأكبر سنا. يعد ١٥٪ من الأطفال الذين يعانون من الصداع المتظم بحاجة ماسة للمعالجة.

وغالباً ما يقدر انتشار الشقيقة المزمنة بين ٧٥٪ و٧٪ وتصل النسبة حسب التعريف إلى ٢٠٪ وتتراوح سن بدء المرض بين السادسة والعشرة من الحياة، وقد يظهر في الحالات الاستثنائية في وقت أبكر. وحتى سن السابعة يصاب حوالي ٢١٪ من الأطفال بالشقيقة المزمنة وفي سن ١٥٪ تبلغ النسبة بين ٥ - ١١٪ على الأقل وفي حوالي السنة العاشرة من الحياة فإن البنات يصبن أكثر من الصبيان (Godman & Mc Grath, ١٩٩١) وحوالي الثلث فقط من الأطفال الذين يعانون من الشقيقة يعالجون طبيا (Herweg, Kroner, ١٩٩٢a) ويمكن لهذا أن يكون سبباً للتتبؤ غير الملائم للصداع الظيفي. فلدى أكثر من نصف الأطفال الذين يعانون من الشقيقة يستمر الإضطراب بشكل مزمن حتى سن الرشد. وقد درست مجموعة البحث السويدية التابعة لبو بيل Bo Bille مجرى الصداع المزمن في دراسة طويلة لفترة زمنية تبلغ حوالي ٣٠ سنة (Bille, ١٩٦٢, ١٩٨٢, ١٩٨٩, ١٩٨٩) ووجدت هذه الدراسة أن الأشخاص الذين عانوا في طفولتهم من الشقيقة قد عانوا في المراهقة بنسبة ٣٨٪ منها وفي سن السابعة والثلاثين كان ٥٣٪ ما زال يعاني بصورة متكررة من نوبات متكررة من الشقيقة. وبين سن التاسعة والستة عشرة غالباً ما ظهر الشفاء العفوياً الذي أعقبه انكماش في سن الرشد. وفي دراسة تتبعية أحدث على ٣٤٠ طفل ألماني بين سن ١٨-٨ سنة (Schmidt, Blanz & Esser, ١٩٩٢) ذكر ٢٣٪ من الأطفال في سن الثامنة و٤٩٪ من الأطفال في سن الثالثة عشرة و٤٤٪ من الأطفال في سن الثامنة عشرة معاناتهم من الصداع المتكرر بانتظام (انتشار) وقد بلغت نسبة استمرار الصداع خمس سنوات (ثبات خماسي السنوات) ٣٧٪ (١٣-٩ سنة) أو ٥٦٪ (١٤-١٩ سنة) والثبات السنوي (١٩-٩ سنة) لدى ٤٧٪. حتى أن الثبات سباعي

السنوات قد بلغ ٧٨٪ في دراسة سويدية واسعة على حوالي ٣٠٠٠ طفل يعاني من الصداع وكان النصف منهم ينادي ميلا تصاعديا (Sillanpaepae, ١٩٨٣).

وعلى الرغم من أن الصداع التوتري يظهر في سن الطفولة بشكل أقل مما هو الأمر عليه لدى اليافعين والراشدين، حيث تبلغ نسبته حوالي ٤٨-٧٪ (Smith et al., ١٩٩٠)، إلا أنه منتشر بشكل أكثر من الشقيقة. المساحة الواسعة للمعطيات الجائحة ناجمة عن عدم الوضوح في تصنيفات متلازمات الصداع. وقدر نصيب الصداع التوتري ضمن الحدوث الكلية لمتلازمات الصداع بحوالي ٨٠٪ وقتاً للتعرف المعتمد في التقديرات المختلفة (Bischoff et al. ١٩٩٠).

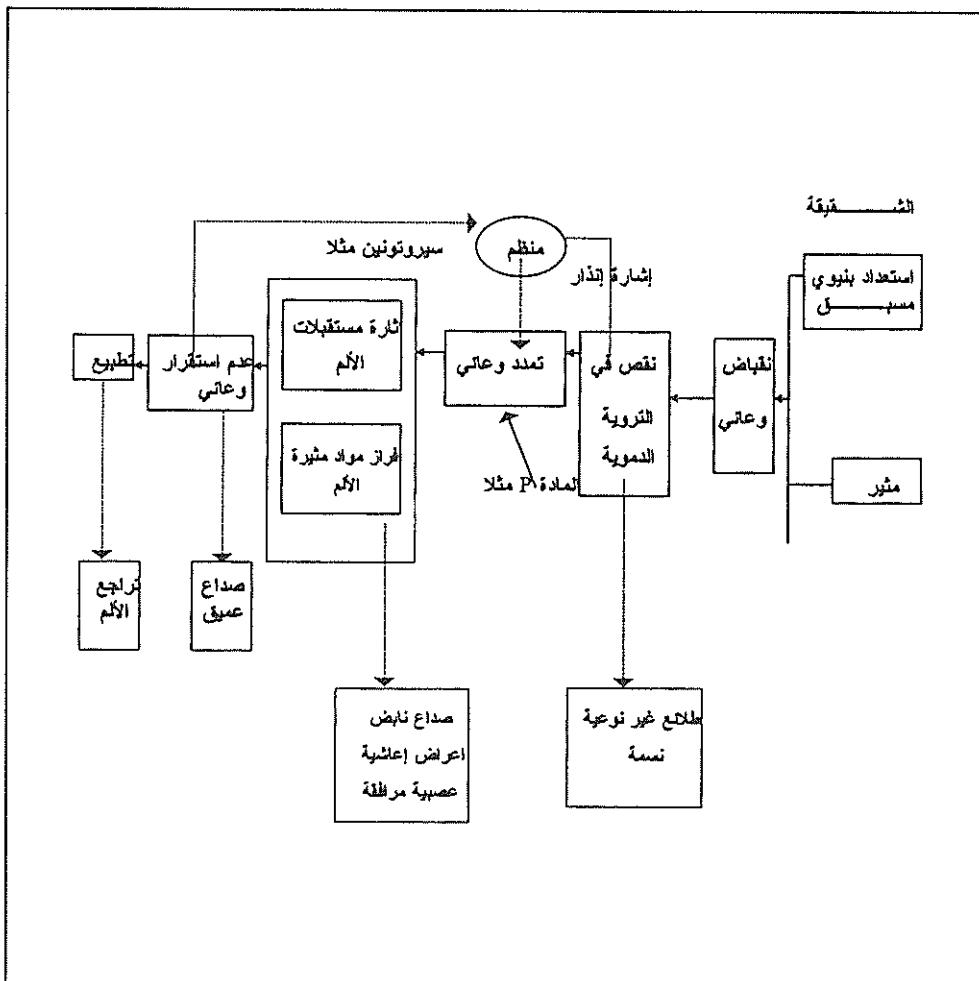
وفي استبيان مثل لحوالي ٥٠٠٠ تلميذ في سن بين ٦-٨ سنة من منطقة فوبريرتال Wuppertal ذكر حوالي ٥٠٪ من الأطفال أنهم يعانون من الصداع التوتري (وفق تصنيف الجمعية العالمية للصداع) علماً أن الصبيان - وعلى عكس التوزع الكلي للصداع - كانوا أكثر إصابة من البنات (Frankenberg et al. ١٩٩١) ويبلغ سن الظهور الأول للصداع التوتري حوالي ٩ سنوات في المتوسط وهو سن أعلى من سن الظهور الأول في الشقيقة (Mohn et al. ١٩٩٣). الأمر الذي يمكن أن يشير إلى أهمية نشوئية مرضية كبيرة لعوامل الإرهاق النفسية الاجتماعية (المدرسة). وعلى الرغم من الانتشار الأكبر للصداع التوتري فإنه لم يدرس إلا بصورة أقل كثافة من الشقيقة، الأمر الذي يقود لأن يكون أساس المعطيات النشوئية المرضية والجائحة غير مسر بالمقارنة (Mc Grath & Humppheres, ١٩٩١ Blanchard & Andarask, ١٩٨٩).

٣-٦- الفيزيولوجيا المرضية

على الرغم من المساعي المكثفة للبحث ما زالت الفيزيولوجيا المرضية Pathophysiology لنبات الشقيقة غير معروفة حتى اليوم بصورة كاملة. وتبدأ نوبة الشقيقة مع بداية طور أولي يحدث فيه على أساس من تفاعل مركب لسيرورات وعائية وكيمائية انقباض وعائي أحادي أو ثنائي الجانب (تضيق أو تشنج في الأوعية الدموية) لأوعية الدماغ وانخفاض في التروية الدموية لمناطق محددة من محيط الدماغ. وهنا يعزى لليسيروتونين دوراً مركزياً. وفي الطور التالي يعقب ذلك تنظيم فيزيولوجي معاكس يتم فيها توسيع شرايين الدماغ الكبيرة بصورة خاصة بشكل مفرط (تعدد وعائي Vasodilation) يحدث من خلاله تحرير المادة

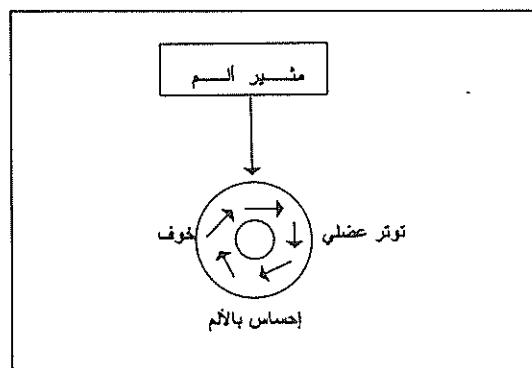
P-Substance). ومن خلال هذا التمدد لجدار الأوعية تهيج مستقبلات الألم المحيطة وتحرر مواد تحسسية تؤدي إلى إثارة ألم الرأس النابض المميز. ومن خلال نفاذية الأوعية المتبدلة وقدان التوتر السوي لها تضطرب عمليات التنظيم المعقّدة في جدار الأوعية بصورة كبيرة (عدم استقرار وعائي) ويترجح ألم الرأس العميق اللاحق (طور التربيل Oedemphase). وتقوم المواد البيوكيميائية كالسيروتونين هنا بصورة إضافية بدور الوسيط في إثارة الألم العصبي التحسسي الالمي Sinsitivation (قارن الشكل ٦).

الشكل (٦) نموذج فرضي مبسط للفيزيولوجيا المرضية لنوبات الشقيقة



ويناقش في الوقت الراهن التأثير المعدل للألم في بني عصبية مركبة عليا (فوق شوكية Supraspinal) التي يحتمل أن تلعب دوراً مركزاً في نشوء الشقيقة والصداع التوتري Ahrens et al., 1993 ; Olen & Jensen, 1991). وما تزال تصورات النماذج الفيزيولوجية الصداع بدائية جداً، ففي الصداع التوتري (عضلي المشاً) يفترض وجود آلية خلل وظيفي حركي. وحتى التوتر البسيط للعضلات يمكن أن يقود إلى انخفاض في التروية الدموية (Ischemia) في الخلية المعنية وبهذا إلى حداثة الألم. وهذه يمكن لها أن تنتشر من مكان الشفاء (كفاف الرأس أو عضلات الصدر) إلى عضلات الرأس الأخرى و ((تتبع)) إلى البني الحساسة للألم داخل تجويف الجمجمة (أغلفة الدماغ، الأوعية الدماغية) وتسبب الصداع التوتري. وتقود اضطرابات نقص التروية الموضعية في الوقت نفسه إلى تحرير مواد ألمية analgitic وانتاج استقلابات ضارة تقوي حدث الألم، ويمكن للصداع المستمر الظاهر أن يستقر في حلقة مفرغة من تشنج العضلات والصداع سواء في الشقيقة أم في الصداع التوتري. فالألم نفسه يثير توتراً انعكاسياً لعضلات الهيكل العظمي ويعزز خبرة الألم ثانية. وأخيراً يمكن للتوقع أو الخوف من الصداع أن يقود إلى نوبات صداع على شكل منعكس مشروط من حالات التشنج Bischoff et al., 1990)

الشكل (٧): حلقة التوتر – الخوف – الألم



وليمكن فصل الشقيقة والصداع التوتري عن بعضهما من الناحية الفيزيونفسية بصورة واضحة. وعلى ما ييدو تشتراك كل أشكال الصداع الأولية بسيرورات وعائية وعضلية. وقد صاغ كل من أوليسين وجينسين (Olesen & Jenzen, 1991) نموذج ارتکاس تکاملي قائماً على أساس النتائج الراهنة، يفترض بشكل عام وجود سيرورات وعائية وعضلية وفوق شوكية في كل حدث صداع. وطبقاً لذلك تختلف الشقيقة والصداع التوتري عن بعضهما بالنسبة لظاهرة

الصداع المعنية من خلال قيمة السيرورات الفيزيوننفسية منفردة : فالشقيقة تتصف بسيطرة السيرورات الوعائية، في حين يلعب الخلل الوظيفي العضلي في الصداع التوتري دوراً كبيراً.

٤-٦ المنشأ والتطور المرضي

مايزال المنشأ المرضي للصداع الانتكاسي غير واضح لدى كثيرون، وطبقاً لنموذج المرض البيولوجي النفسي الاجتماعي ينظر للشقيقة وللصداع التوتري اليوم على أنهما حدث ناجم عن تسبب متعدد العوامل يشتما على وجوه وراثية وفيزيونعصبية وبيوكيماوية ووعائية وعضلية ونفسية واجتماعية. وعلى ما يبدو فإنه يوجد في الشقيقة استعداد بنوي لاضطرابات الوظائف العضلية العصبية. وعلى هذا الأساس يمكن بالفعل مع عوامل خارجية أو داخلية محددة أن تثار ارتكاسات وعائية مرضية (نوبات شقيقة) (قارن Korinthenberg, ١٩٩٤)

عوامل مشيرة لنوبات الشقيقة

- تأثيرات بيوكيماوية فيزيولوجية: مواد غذائية خاصة (حلويات، شوكولاتة، أنواع محددة من الجبنة، دهون، حمضيات)، جوع (صيام)، عدوى.
- عوامل موقفية: مرهقات خارجية، توتر، عدم انتظام في إيقاع النوم واليقظة، القليل أو الكثير من النوم، الطقس أو تبدلات الطقس، مثيرات ضوء مبهرة أو متقطعة (تلفزيون، إضاءة جديدة) إرهاق فيزيولوجي نفسي أو تحمل فوق طاقة، صحيح، رواح شديدة.
- عوامل نفسية: إجهاد نفسي، صراعات بيننفسية أو بين الأشخاص في الأسرة والمدرسة، إرهاقات نفسية اجتماعية، غضب، طموح مبالغ فيه، مخاوف، فشل، سعادة مستبقة لأحداث محبوبة، مطالب لاعقلانية من الذات والآخرين.

وعلى الرغم من أنه لدى %٧٠ من الأطفال المصاين بالشقيقة تكرار أسري أي ان أفرادا آخرين من الأسرة يعانون من نوبات شقيقة فلم يتم التمكن في دراسات التوائم من البرهان الواضح لوجود قيمة وراثية (Geler, ١٩٩٠). وبما أن الشقيقة تظهر بصورة فوق عادية عند الأطفال الذين تعاني أسرهم من أمراض ألم مزمن إلى حد كبير (Graig, ١٩٨٧ ; Violon ١٩٨٧ & Giurgea, ١٩٨٤) ، تعتبر تأثيرات التعلم وفق النموذج الأسري مؤثرات مرضية ذات أهمية (Mc Grath, ١٩٩٢ ; Harbeck & Petermann, ١٩٩٠ ; Flor & Frydrich,) (Mc Grath, ١٩٩٠ ; Harbeck & Petermann, ١٩٩٠ ; Flor & Frydrich,)

بالإضافة إلى ذلك تبرهن أولى النتائج على دور سيرورات التعلم الإجرائي كعوامل محافظة على الصداع الظفوري، ومن الممكن أن تكتسب بعض العوامل المثيرة وظيفتها البدئية من خلال الإشراط الإستجابي : فالأطفال يميلون إلى تفسير الظواهر غير المفهومة كالألم الذي يظهر بصورة عفوية بطريقة طفلية وإلى البحث عن أسباب خارجية للصداع (Wiedebusch, ١٩٩٤) وهنا يمكن لظهور حيادي من الموقف أن يحدد بأنه السبب الخمن للألم ويأخذ بهذه الطريقة شكل المثير الحال لنوبة الشقيقة. ويمكن لنوبات الشقيقة أن تثار من خلال عوامل داخلية وخارجية متنوعة. وكذلك هي أسباب الصداع التتربي ماتزال غير مفسرة كثيراً، ويعتقد أنه يوجد لدى الأطفال المعينين استعداد أولي بنوي للخلل الوظيفي العضلي، ويمكن لاضطرابات نشاط العضلات (حالات التشنج) التي تقود إلى حدوث الألم المميز في مجال الرأس أن تسبب من خلال عوامل مختلفة.

وفي دراسة على عينة تلاميد بلغت ٢٠٠٠ وجد أن العامل المثير للصداع الذي كثُر ذكره كان ((الإجهاد)) (Passchier & Orlebeke, ١٩٨٥) وفي دراسة فويرتال ذكرت إلى جانب العدوى البسيطة (%) الغضب في الأسرة (%) الواجبات الصحفية (%) مواقف مدرسية (%) مشاعر حزن (%) تبدل الطقس (%) غضب (%) نقص في النوم (%) كعوامل مثيرة للصداع (Frankenberg et al ١٩٩١).

مثيرات حالات التشنج المثيرة للصداع

- إرهاق عضلي مفرط أو مستمر أو أحادي الجانب ؛ في اللعب، في وضعيات الجلوس غير الملائمة (التلفزيون، ألعاب الكمبيوتر، القراءة) أو وضعية النوم (الوسادة)
- مواقف إرهاق اجتماعية نفسية تعتبر المجهودات الاجتماعية (كالصراعات الأسرية والشجار مع الأتراب) أو الإرهاقات النفسية المستمرة (المدرسة) والمخاوف (بما في ذلك الخوف من نوبات الألم التالية من مثيرات الصداع العضلي المنشأ)
- النقص الواضح في القدرة على الاسترخاء: لا يتم في مواقف الراحة ارخاء العضلات بصورة فاعلة (توتر عضلي مرتفع مستمر)
- كف في سلوك التعبير الانفعالي : عندما يتم تجاهل أو معاقبة تعابير الغضب والحنق من قبل المحيط وكبتهما، عندئذ لا يتم « تصريف » التنشيط الفيزيولوجي القائم وإنما تكافف من خلال الاستهلاك العضلي
- قصور في إدراك المثيرات التقبلذاتية Proprioceptive (: يمكن لسيرورات التنظيم الذاتي الطبيعية لنشاطات العضلات أن تضطرب، إذا ما تم تفسير إشارات الجسد (التعب، فرط الإرهاق) على أنها مزعجة وتم ((إطفاؤها))

٦-٥- طرائق تشخيصية

لابد في معالجة الصداع من إجراء فحص عام وطبي عصبي مفصل في كل الأحوال لاستبعاد وجود أمراض عضوية. ويعتبر التوسيع إلى التشخيص الأدواتي ضروري عند وجود أمراض عصبية مرافقة مستمرة ونوبات تشنجم إضافية أو الظهور الليلي للنوبات بصورة غالبة أو ألم أحدى الجانب بدون تبديل للجانب (Korinthenberg, ١٩٩٤) وتشكل الدراسة المذكورة للحالة (تاريخ الألم ونوعيته ومدته وتكراره وشدة ومتوجهه والثيرات) جزءاً أساسياً من التشخيص الطبي والنفسـي. وهنا لابد من الأخذ بعين الإعتبار المعالجات السابقة وبصورة خاصة محاولات المعالجة الذاتية من قبل الم تعالج أو أهله من أجل التعرف إلى المداواة الخاطئة الممكنة التي يمكن أن تكون سببـت الصداع المثار من خلال الأدوية (الصداع الدوائي المنشـأ المترجم). ولا يمكن للمعالجة السلوـكـية الطـبـية للألم أن تكون مفيدة وقابلـة لـالاستـخدـام إلا بعد التوقف عن تناول الأدوـية غير الملائـمة وربما أيضاً اتـلـقـيـاـم بـمعـالـجـة تـجـفـافـ مـلـائـمـةـ فيـ مـقـتضـىـ الـحـالـ (Diener, ١٩٩٢ Pfaffenroth, Soyka, Gerber,

ومن أجل التخطيط الـهـادـفـ والـفعـالـ لـالـمـعـالـجـةـ لـابـدـ مـنـ إـجـراءـ تـشـخـيـصـ تـفـرـيقـيـ وـفقـ الـجـمـعـيـةـ الـعـالـمـيـةـ لـالـصـدـاعـ (ـ لـجـنةـ تـصـنـيـفـ الصـدـاعـ التـابـعـةـ لـلـجـمـعـيـةـ الـعـالـمـيـةـ لـالـصـدـاعـ Classification Committee of the International Headache Society, ١٩٨٨)،

أو وفقـ تـصـنـيـفـ الـأـلـمـ الـمـتـعـدـ الـمـخـاوـرـ (ـأـنـظـرـ الـلـوـحةـ ١ـ)ـ الـتـيـ تـمـكـنـ مـنـ إـلـحـاقـ فـيـ إـحـدىـ الـفـئـاتـ التـشـخـصـيـةـ التـالـيـةـ:ـ شـقـيقـةـ مـعـ أوـ بـدـونـ نـسـمـةـ،ـ صـدـاعـ عـنـقـوـدـيـ،ـ صـدـاعـ توـتـريـ،ـ مـزـمـنـ أوـ طـوـرـيـ،ـ مـعـ أوـ بـدـونـ خـلـلـ وـظـيفـيـ عـضـلـيـ،ـ صـدـاعـ عـرـضـيـ.

وتعتـبرـ درـاسـةـ التـارـيخـ الـأـسـرـيـ وـالـجـمـعـيـيـ لـدـىـ الـأـطـفـالـ الـذـينـ يـعـانـونـ مـنـ الصـدـاعـ مهمـةـ منـ أـجـلـ تحـدـيدـ النـمـاذـجـ الـأـسـرـيـ وـسـلـوكـ التـعـزـيزـ مـنـ قـبـلـ الـأـشـخـاصـ الـمـرـجـعـيـنـ وـكـذـلـكـ الـمـرـهـقـاتـ الـفـرـديـةـ.ـ وـتـشـكـلـ تصـوـيـرـةـ التـصـنـيـفـ مـتـعـدـ الـمـخـاوـرـ الـمـعـروـضـةـ فـيـ الـلـوـحةـ ٢ـ إـطـارـاـ مـوجـهاـ عـامـاـ لـتـحدـيدـ عـوـافـلـ التـاثـيرـ الـاجـتمـاعـيـ الـنـفـسـيـةـ (ـ قـارـنـ فـيـماـ يـعـلـقـ بـالـمـعـالـجـةـ السـلـوكـيـةـ الطـبـيةـ لـالـأـلـمـ اـسـتـخدـامـ الأـدـوـاتـ التـشـخـصـيـةـ الـنـفـسـيـةـ الـقـادـمـةـ (Krall, ١٩٩٤)

٦-٦- مـبـادـئـ تـأـثـيرـ

منـ الـطـبـيـعـيـ أـنـ تـمـرـكـ الـمـعـالـجـةـ عـلـىـ الـأـسـبـابـ الـعـضـوـيـةـ فـيـ الصـدـاعـ عـرـضـيـ مـهـمـاـ كـانـ نـوـعـهـ (

على أساس السرطانات الدماغية أو الإصابات ضمن الجمجمة أو التبدلات الوعائية... الخ)، أي على المعالجة بالطراائق الطبية بالدرجة الأولى (مداواة، عمليات جراحية، أشعة). أما إجراءات التأثير النفسية فتستخدم هنا كإجراءات داعمة.

وبالمقابل فإن معالجة الصداع الأساسي أو الوظيفي تتم بطرائق طبية سلوكية. ولن ن تعرض في هذا الفصل للمعالجة الدوائية والطبية (أنظر حول ذلك Zenz & Jarna, 1993).

وتند أهمية معالجة الصداع لبعد من مجرد المعالجة الراهنة ذلك أن الصداع المتكرر في سن الطفولة يعتبر كاشفاً مهماً للصداع المزمن في سن الرشد (Kroener-Herwig, 1992). فالتأثيرات الوقائية لدى الأطفال تشكل إجراءات وقائية للحياة اللاحقة في الوقت نفسه. وعلى الرغم من أن أساليب العلاج الطبية السلوكية في الممارسة العملية لاتأتي غالباً إلا بعد محاولات علاج دوائية فاشلة (Greber, 1990) فإنه لابد عند الأطفال بالتحديد من تحديد من إعطاء هذه الأساليب الأولوية لأسباب عدة:

- * فهي لا تمتلك تأثيرات جانبية - أو تمتلك بدرجة خفيفة - وتأثيرات طويلة الأمد غير قابلة للضبط
- * يتم تجنب أنماط السلوك غير المرغوبة (« اللجوء إلى الحبوب المسكنتة») مع إمكانية ارتفاع خطر سوء الاستخدام على المدى البعيد في سن اليقوع والرشد.
- * تظل آثار تعلم التغلب على الألم مستمرة مدى الحياة ويمكن استخدام استراتيجيات التغلب في كل وقت من قبل الفرد نفسه.
- * تتيح الأهمية الخاصة للتأثيرات النفسية الاجتماعية في الصداع الطفولي إمكانية التأثير النفسي «السيبي»
- * على الرغم من فاعلية الأدوية في الشقيقة الطفولية، غير أنها غير فاعلة في الصداع التوترى.

وتتجه الإجراءات العلاجية نحو التغلب على نوبات الصداع منفردة (معالجة حادة ومعالجة نوبات) من جهة وتتجه من جهة أخرى إلى تخفيض تكرار ظهورها (معالجة وقائية ودائمة).

وتهدف المعالجة الطبية السلوكية الحادة إلى التأثير على حدث النوبة الفيزيونفسي وعلى تخفيف خبرة الألم ودرجة التضرر الذاتي في حين تهدف المعالجة الوقائية إلى تخفيف احتمال ظهور التوبات من خلال تعديل العوامل المثيرة والمحافظة (العوامل القادحة Trigger-Factors)، وأنماط السلوك والإدارة غير الملائمة للحياة والجهدات). وقد تم اختبار مجموعة من الأساليب الطبية السلوكية في معالجة متلازمات الصداع في سن الطفولة بصورة تجريبية.

مركبات أساسيات المعالجة الطبية السلوكية لمعالجة الصداع عند الأطفال:

- معلومات إيضاحية، تقديم تصور متناسب مع السن حول الألم:

لابد للمعلومات أن تصاغ بصورة واضحة وببساطة بشكل يتناسب مع سن النمو الطفولي؛ استعارات، مطابقات، أمثلة من الحياة اليومية للطفل، لعب الدوار ومواد متناسبة مع الأطفال (صور، دمى) لتوضيح المحتويات التي ينبغي إيصالها؛ وهنا لابد من الاختبار الدائم لما فهمه الطفل فعلاً، وذلك من خلال سؤاله أو الطلب منه إعادة ما قيل بكلماته الخاصة؛

□ التحري عن استهلاك الأدوية المضادة للألم وفي مقتضى الحال إيقاف سوء استخدام الدواء أو المعالجات الخاطئة والجرعات غير المناسبة: والقيام بمعالجة تجفاف ضمن ظروف معينة، تغيير الأدوية من قبل الطبيب إذا ما كانت ضرورية .

□ تحديد المثيرات الخارجية والتغلب عليها: مثل ايقاع النوم - اليقظة غير المناسب، فرط الإرهاق الجسدي، قلق المدرسة، مجهدات متفرقة ، أغذية.

□ تعليم استراتيجيات تغلب متناسبة مع السن لإيقاف النوبة : تقنيات استرخاء، تعلم ذاتي....الخ).

□ تغلب وقائي على الإجهاد: إعادة البناء المعرفي وأساليب ضبط الذات، تهدم القلق...الخ).

□ الدعم في إدارة الحياة المنمية للصحة: تغيير التغذية، انتظام أوقات الطعام والنوم والنشاط، تعريض التضيرات المرتبطة بالألم؛

□ تدريب الأهل : تفكير مشاعر اليأس والعجز من جانب الأهل؛ تهدم معززات سلوك الألم غير المقصودة للطفل (موقف الرعاية) والتعزيز الملائم للتغلب على الألم؛ بناء النماذج السلوكية المنمية للأهل؛ تدريب الأهل حول كيفية مساعدتهم طفليهم من خلال إرشادات عملية؛

□ معالجة المشكلات الأسرية : مطالب الإنماز التعجيزية ؛ صعوبات التفاعل؛ مشكلات العلاقة...الخ.

□ معالجة اضطرابات السلوك الأخرى أو الأجزاء النفسية المرضية المهمة بالنسبة لحدث الألم إذا اقتضى الأمر.

أساليب الاسترخاء

تعتبر أساليب الاسترخاء وبصورة خاصة الاسترخاء التصاعدي للعضلات Progressive Musclerelaxion والاسترخاء الذاتي Autogenes Training إجراءات طيبة سلوكية واسعة الانتشار لمعالجة الصداع عند الأطفال. ويمكن استخدامها مبدئياً على ثلاثة مستويات:

* لإيقاف النوبة: فمن خلال استخدام عامل التأثير الفيزيونفسي لتقنية الاسترخاء يمكن التأثير بصورة هادفة على سوء التنظيم الفيزيولوجي الذي يقوم على حدوث النوبة الحاد وتطبيقه (خفض المستوى الفيزيولوجي العام، والتغيرات الوعائية الحركية والعضلية العصبية للنشاطات الكهربائية للدماغ وخفض العراض النباتية المرافقة). وتعتبر الارتكاسات الاسترخائية ذات الاتجاه المعاكس للتوتر (خفض التوتر العضلي للجهاز العضلي) ملائمة بصورة خاصة في الصداع المرتبط بالتوتر لأنها تتيح التدخل السببي إلى حد ما. وفي الصداع المشروط وعائياً كالشقيقة يحاول تعويض الانقباض الوعائي (تضيق الأوعية) الذي يحدث في الطور البديهي من خلال استطبابات الاسترخاء وإيقاف النوبة من خلال ذلك في بدايتها.

* كاستراتيجية تغلب لتخفيض الألم في أثناء النوبة: من خلال رفع عتبة إدراك مثيرات الألم، وصرف الانتباه من خلال التركيز على الحالات الداخلية المرغوية ومن خلال انتاج حالة وهي مناسبة للألم ومعاشة ذاتياً للهدوء والإحساس بالعافية.

* للمعالجة الوقائية بين النوبات لتخفيض تكرار ظهورها: وذلك من خلال رفع الحساسية والانتباه لمؤشرات الجسد (كتور العضلات، الطلاقع غير النوعية) الإرهاقات النفسية والجهدات والمشيرات الخارجية وتجهيز الاستراتيجيات الملموسة للتغلب على الموقف المرهقة وتقوية قناعات الضبط (الكفاءة الذاتية) فيما يتعلق بالحوادث الجسدية المستقلة.

وتعتبر النتائج التجريبية حول فاعلية معالجة الصداع الطفولي (الشقيقة بشكل خاص) واعدة بشكل عام. وقد نشر كل من كرونز- هيرفيغ وإيلرت (1992) دراسة حديثة مضبوطة تقوم بالدرجة الأولى على الاسترخاء العضلي التصاعدي. وقد أدت غالبية الدراسات إلى فاعليات مخفضة للألم دالة إحصائياً، أو من حيث الاتجاه هي كذلك، والتي ثبتت ثباتها حتى بعد سنة من المعالجة.

وكمعاير للنجاح يعتبر في العادة انخفاض تكرار الصداع وطول الفواصل الزمنية الحالية من الألم. غير أن مدة وشدة النوبة تبقى على الغالب بدون تأثير من خلال التدريب النفسي، إذ أن النوبة عندما تبدأ فإنها لا تعود قابلة للضبط. وفي دراسة مقارنة مباشرة أظهر كل من الاسترخاء

العضلي التصاعدي والايحاء الذاتي غاعلية مشابهة (Engel & Kappof, ١٩٩٠).
أما مسألة الاستطباب التفريقي لإشكال مختلفة من الصداع فما تزال غير واضحة.

أساليب الإرجاع الحيوى

تهدف أكثر طرق الاسترخاء انتشارا بعد الاسترخاء العضلي التصاعدي المعروفة باسم أساليب الإرجاع الحيوى Biofeedback إلى التأثير على الخلل الوظيفي الفيزيونفسي بدرجة عالية وبكفاءة وبصورة مباشرة. وهنا يتم تسجيل متغيرات فيزيولوجية محددة وتغييرها (كتوتير العضلات ودرجة حرارة الجسد وقابلية الجلد للتوصيل الكهربائي) بوساطة تقنيات أدواتية وإرجاعها للمريض من خلال إشارات بصرية أو سمعية. ويجب على المريض أن يحاول التأثير على حالته الفيزيولوجية بين فوائل الإرجاع في طور من ضبط الذات. ومن خلال ذلك ينبغي أن تناح له فرصة السيطرة الشعورية على مجريات الوظائف المستقلة (Vaitl & Petermann, ١٩٩٣). ويهدف من خلال هذه الطريقة إلى تطبيع السيرورات الفيزيومرضية بصورة هادفة من خلال التأثير التنظيمي المعاكس. وحتى الآن هناك شيء من عدم الاتفاق الكبير حول آليات التأثير الفعلية للإرجاع الحيوى (Kroener-Herwig, ١٩٩٢ a, ١٩٩٢ b).

طرق الإرجاع الحيوى الأكثر استعمالا في معالجة الصداع عند الأطفال.

* إرجاع توتر العضلات السوي Electromyographia : قياس توتر العضلات الموضعى؛ تستخدم طريقة الإرجاع حول نشاط عضلات الجبهة (إرجاع حيوى - توتر عضلي جبهى) في الصداع التوتري بصورة خاصة.

* الإرجاع الحيوى لحرارة الجلد: يتم تسجيل تغيرات التروية الدموية (جريان الدم الموضعى) من خلال كاشف حرارة الجلد. وتستخدم هذه الطريقة في الصداع المشروط وعائيا كالشقيقة.

وتبدو طرق الإرجاع الحيوى أكثر فاعلية عند الأطفال منها عند الراشدين (Plump, Lyvaits, Pothmann & Kroener-Herwig, ١٩٩٠).

وقد اختبر الإرجاع الحيوى التخطيطي العضلي في عدد محدود من الدراسات المنشورة وأثبتت فاعليته المخفضة للصداع (وفق شدة ألم الرأس ومدته وتكراره). كما وأن الإرجاع الحيوى لحرارة الجسد (غالبا بالتوليف مع الاسترخاء الذاتي) قاد إلى نتائج إيجابية في معالجة الشقيقة الطفولية. غير أن كل الدراسات التي أجريت حول الإرجاع الحيوى لحرارة الجسد تقريرا صنمت وفق تصميم قبلي وبعدى بدون عينة ضابطة وبالتالي مع تأثيرات أخرى (الاسترخاء الذاتي،

عناصر معرفية)، مما يستدعي ضرورة التقييم الخذر للنتائج. إذ أنه لم تقد دراسات مقارنة حول الفاعلية الخاصة لأساليب الإرجاع الحيوى المختلفة بالنسبة للصداع التوتري والشققية (استطباب تفريقي differential Indication) إلى اثبات وجود فرق في فاعلية الإرجاع الحيوى العضلى بالنسبة لأعراض مختلفة من الصداع كالشققية والصداع التوتري والصداع المركب (Herwig, Koerner 1990). أما فاعلية أساليب الإرجاع مقارنة بأساليب الاسترخاء الأخرى (كالاسترخاء العضلى التصاعدى، « الإرجاع الحيوى الذاتي ») فقد تم اختبارها في دراسات عديدة مضبوطة (,, Mohn, et al 1991 Blanchard & Andrsik, 1993). ولم تظهر أية فروق دالة في الفاعلية بين الإرجاع الحيوى وتمارين الاسترخاء. ونظراً للتناسب الملائم بين التكاليف والفوائد عند وجود فاعلية قابلة للمقارنة فإنه يعتقد وفق مستوى المعرفة الراهنة أن أساليب الاسترخاء البسيطة أفضل من أساليب الإرجاع الحيوى.

برامج المعالجة السلوكية

تقوم مبادئ المعالجة السلوكية المعرفية على مقدمة Primise وهي أن نوبات الشقيقة تتسبب ضمن أشياء أخرى من خلال القصور في كفاءات التغلب السلوكية والمعرفية على إرهاقات الحياة اليومية. وطبقاً لذلك تعتبر التقنيات اللاآنطقية ومتطلبات الإنماز العالية (مخاوف الفشل والمتطلبات العالية تجاه الآخرين) والأفكار المسيطرة وظيفياً (الأفكار الكارثية، المفرطة التعميم، المقللة من قيمة الذات مثلاً) وذخيرة السلوك غير الكافية من العوامل النوعية في نشوء نوبات الصداع. بالإضافة إلى ذلك يفترض أن مرضى الصداع يظهرون نقص واضح في القدرة على مهارة التعبير الانفعالية.

وقد طور كل من ماك كرات وكونينغهام ولاسكيلز وهوكرفريز (Mc Grath, Cunningham, Lascelles & Humphreys, 1990)

برنامج معالجة معيّر بصورة خاصة على أطفال في سن المدرسة بدءاً من سن الثانية عشرة بعنوان (ساعد نفسك Help-Yourself). ويشمل التدريب الذي يمكن تفيذه بصورة مستقلة أيضاً على جلسات مدة كل منها ٤٥ دقيقة وينجز خلال ثمانية أسابيع. ويمكن أن يستخدم في الشقيقة وفي الصداع التوتري. وفي البداية يتم تحليل إشكالية الصداع بمساعدة مذكريات يومية خاصة بالصداع (تشخيص) وتعليم الأطفال تصور متناسب مع السن للألم (شرح). وبعد أن يتم توضيح أهداف التدريب للأطفال يدرّبون على تقنيات الاسترخاء (تعليم مهارات التغلب) وهنا يتم تنمية التركيز المبكر على إشارات الجسد (اللاؤم، التشنج، الوضعية غير

المناسبة للجسد) وبهذا يتم التدرب على إدراك الجسد وفي الوقت نفسه يتم التمرن على إدراك عوامل الإجهاد المهمة شخصياً. ويهدف من وراء ذلك إلى جعل الأطفال قادرين على تسجيل المجهدات وارتكاساتهم الفيزيولوجية الذاتية بصورة مبكرة والتغلب بفاعلية من خلال إجراءات الاسترخاء ذات التأثير المعاكس. وفي الخطوة التالية يتعلمون التعرف على الأفكار والقناعات السلبية وتعديلها من خلال إعادة البناء المعرفي أو إيقاف الأفكار ويتم دعم التغلب على خبرة الألم من خلال تقنيات توجيه الانتباه والتخيلات والتعلم الذاتي الإيجابي. عدا عن ذلك يتم تعليم الأطفال استراتيجيات تغلب ملموسة على الألم واستراتيجيات حل المشكلات والتعامل المناسب مع المشاعر. وبشكل مرتافق لتدريب الطفل الذي تتم مواصلته في المنزل

بوساطة شرائط تسجيل سمعية يتم وضع قواعد سلوك للأهل تتوجه نحو الحفاظ على نشاطات الحياة اليومية للطفل (عدم المبالغة بالرعاية) والتخلص من التعزيز الإيجابي لنبوات الألم (الغياب عن المدرسة، دور مميز) وتجاهل سلوك الألم المتطرف وتعزيز سلوك التغلب المنمي ودعم ميول المساعدة الملموسة وتقديم نموذج إيجابي للطفل حول التعامل المقبول مع الألم (Plump et al., 1990). وقد أكد كل من يامس وزاندرز وبور (1992) أهمية الإشراك الفاعل للأهل في برنامج المعالجة السلوكي المعرفي من أجل تحفيض العرض عند الأطفال الذين يعانون من الصداع المزمن.

وماتزال البرامج السلوكية المعرفية لمعالجة الألم عند الأطفال غير مختبرة تجريبياً بصورة كافية. وقد درس كل من ووماك وسميث وشين (Womak, Smith & Chen, 1988) إجراءاً سلوكياً معرفياً مركباً بالتوسيع مع الإرجاع الحسيي العضلي الكهربائي و / أو الإرجاع الحسيي لحرارة الجلد عند 119 طفل في السن الواقعة بين 4-20 سنة مشخصين بالشقيقة والصداع التوتري والمركب. وقد تمكنا من إيجاد تحسينات دالة لدى كل المجموعات فيما يتعلق بتكرار الصداع وبشكل خاص 3 فيما يتعلق بشدته، كما وأمكن في النهاية من تصنيف جزء كبير من الأطفال تحت تسمية «بدون ألم» : الشقيقة (48%) والصداع المركب (30%) والصداع التوتري (22%).

وفي دراسات مقارنة مباشرة اثبتت التدريب المعرفي امتلاكه لفاعليّة مشابهة للاسترخاء العضلي التصاعدي (Richter, Mc Grath, Goodman, Humpherys, Fireston et al, 1986).

خلاصة

تحظى إشكالية الصداع في السنوات الأخيرة بأهمية سياسية صحية، غير أن الأساس المعياري الفيزيومرضي والتشوئي المرضي والجائي بالسبة لغالبية متلازمات الألم في سن الطفولة (كالآلام البطن والظهر المبكرة) مازال ضعيفاً جداً للأسف ويحتاج إلى مساعي بحث أخرى مكثفة للتوصل إلى نماذج مناسبة لتفسير الآلام الطفولية. وبالنسبة للأطفال بالتحديد ما يزال هناك نقش واضح في معالجة الألم. ومايزال مطلب التسكين والتخفير المطروح بصورة ملحة ومستمرة في طب الأطفال لا يشكل وحده حلّاً. فمعالجات الألم الدوائية غالباً ما تكون ذات فائدة محدودة عند الأطفال لأنها لا تزيل الإحساس بالألم بصورة كافية ولا تؤثر على مرکبات الإجهاد والقلق وعلى عوامل التأثير الاجتماعية النفسية. ومن هنا طورت في السنوات الأخيرة في المحيط الأنجلو أمريكي بدائل نفسية متعددة في تخفيض الألم والقلق عند الأطفال. وتقوم أساليب التأثير الطبية السلوكية على التأثير على متلازمات الألم الحادة (كالإجراءات الطبية مثلاً medical Procedure) ومتلازمات الألم المتكررة (كالشققية) والمزمنة (كالناعور) وتكتسب في الممارسة العيادية قيمة متزايدة، وقد قادت الاختبارات التجريبية لفاعلية عدد كبير من تقنيات التأثير إلى نتائج إيجابية مؤثرة بصورة عامة، غير أن كل نتائج هذه الدراسات غير متطابقة من حيث المستوى الطرائقى (كغياب المجموعات الضابطة وأخطاء العينات والتاثيرات المختلفة والتعديل الناقص والتصنيف غير الدقيق لإشكالية الألم والمعايير غير الموحدة للنجاح)، بحيث تحتاج بعض النتائج إلى إعادة اختبار. عدا عن ذلك ما زال هناك حاجة واضحة للبحث من أجل الإجابة عن المسائل غير المخلولة حتى الآن، كالاستطباب التفرقي أو مضادات الإستطباب للأساليب منفردة وآليات التأثير الكامنة خلفها والفاعلية المقارنة للتاثيرات السلوكية الطبية والطبية أو توليفها واستقرار نتائج المعالجة وتأثيراتها طويلة الأمد. وتقوم المعالجة الطبية السلوكية لمرکبة اليوم على فهم اجتماعي بيولوجي للمرض وتدخل تنوع عوامل التأثير الاجتماعية النفسية على حدوث الألم ضمن هذا الفهم. وهنا يزداد وضوح ضرورة التصنيف الدقيق والتشخيص المؤسس من أجل استطباب تفرقي وتخفيض فردي للمعالجة. ومن هنا فإن التطوير التشخيصي المرتبط بالنمو للإختبارات التشخيصية للألم ضروري جداً للمحيط الناطق بالألمانية.ويتطلب المبدأ التكاملي في المعالجة التعاون بينخصسي أقوى بين المهن المختلفة للجهاز الصحي. وهنا يحتل الإشراك الفاعل للأهل أو لإشخاص الإطار المرجعي الآخرين دوراً خاصاً أيضاً وينبغي للتاثيرات النفسية (كالاسترخاء العضلي التصاعدي أو الإرجال الحيوى العضلي) أن تعدل بصورة هادفة وأن تستخدم بشكل يتناسب مع العمر.

المركز العربي للدراسات المستقبلية

السياسة الأمريكية
السياسة العربية
علم النفس السياسي
الآراء الساخنة
صراع مع إسرائيل
حوادث ١١ سبتمبر
المخابرات
إسرائييل
فلسطينيات
مذكرات وسير
الذوات والمؤتمرات
تقارير ووثائق
العرب الأميركيون
المصالح السياسية
مكتبة المستقبلات
المكتبة السياسية
استراتيجيا
محطات تحليلية
العالم في أسبوع
مقالات جديدة
قضايا سياسية
روب أمريكا القادمة
مثل ووكر بوش



الصفحة التالية

الدرب النفسي في العراق

متابعة للجوانب النفسية في الحرب الأمريكية على العراق

المؤلف : د. محمد احمد النابسي

الناشر: مركز الدراسات النفسية السعر: \$ ٥

يعرض الكتاب لتطبيقات مبادئ الحرب النفسية على العراق. فيطرق للشائعات والنكات المطلقة في هذه الحرب إضافة إلى الأسلحة النفسية المستخدمة فيها. مع تحليلاً للجوانب الإعلامية.

ويخصص المؤلف الفصل الثاني للتحليل النفسي للرئيس بوش ويقارنه بسابقه من الرؤساء الأميركيين. ليقدم في الفصل الثالث التحليل النفسي لشخصية صدام حسين. أما الفصل الرابع فهو مخصص لعرض حالة الاقتصاد الأميركي المتدهورة منذ بداية دخول بوش الى البيت الأبيض . حيث كان المؤلف قد نشر هذه المقالة في ٢٦ / ٢ / ٢٠٠١ أي بعد شهر واحد من رئاسة بوش. وفي حين أكّد المؤلف على أن سياسة بوش الاقتصادية تتبع العالى على حافة الهاوية . والمؤلف يعود الى هذه المقالة القديمة تجنبًا لإدعاء الحكمة بمفعول رجعي . وفي الفصل الخامس يقدم النابسي قراءة نفسية للحرب العراقية . حيث يجدها حرلياً لامعقولة وفاقدة للقواعد البديهية للمنطق. فقد خالفت هذه الحرب إتجاهات الرأى العام العالمي الذي أصبح توافقاً للهرب من مظاهرات العوائية والطبع بعلمة إنسانية تساعد الفقراء وتطور الدول النامية وتدعم الرفاه العالمي. فإذا ما أضفنا لهذه المعارضة جملة المعارضات الأطلسية والروسية والعربية ومعها المخالفات العديدة للثوابت الاستراتيجية الأميركيه فإننا نخلص الى موافقة المؤلف على لامعقولة هذه الحرب . وينسب المؤلف هذه اللامعقولة الى مبدأ بوش المتختص بالحرب الإستباقية . ويخصص الكتاب فصله السادس والأخير لمناقشة هذا المبدأ فيجد حماقة مناسبة لإسرائيل (مبتدعة المبدأ) لكنها سامة لأميركا. التي تحتاج لجمع المواقف على حروبها . والعاجزة عن التحول الى مجتمع عسكري والقادرة لآلية عقيدة قتالية تجمع الأميركيين حولها . ويؤكد المؤلف على اعتبار استغلال الإدارة لخوف الجمهور الأميركي من الإرهاب ، وتخويفه من ارهاب قادم ، ارهاباً تمارسه الإدارة على المواطن الأميركي . حيث يتباهي النابسي الى استحالة إجتياز بوش للمسافة الفاصلة بين خوف المواطن وبين ارساله للموت بعيداً...المزيد

الصفحة التالية

حول الكتاب

هوية الموقع

دليل الموقع

مستقبلات

محاور سياسية

يكولوجية السياسة

إصدارات عربية

جديد الموقع

منتدى الحوار

موقع هامة

فهرست الكتب

اتصل بنا

011685

BRAVNET.COM

SITE STATISTICS

التعليق الأسبوعي

النشرة الأسبوعية

كتب جديدة

يكولوجية الإنفاضة

ل العراق ما بعد الحرب

الشخصية العربية

الشخصية الأمريكية

الشخصية اليهودية

مترقبات

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

www.filnafs.com

النفسية المركز العربي للدراسات المتخصصة الثقافة النفسية المستقبلية المركز العربي للدراسات

مؤتمر "حو علم نفس عربي"

بمشاركة عربية واسعة عقد المركز أول مؤتمراته في الفترة ما بين ١٠ و ١٢ كانون الثاني / يناير من العام ١٩٩٢ وخرج المؤتمر بجملة توصيات من أهمها الدعوة لإنشاء الاتحاد العربي للعلوم الفسيولوجية.

هنا للإطلاع على تقرير المؤتمر اضغط

رئيس المركز يفتتح المؤتمر

مؤتمر "مدخل الى علم نفس عربي" مؤتمر الشباب والصحة النفسية

- التعريف بالمركز
- إصدارات المركز
- مجلة المركز
- المعجم النفسي
- لجان المركز
- الدورات التدريبية
- الاختصاص وفروعه
- مشاكل وحلول
- قضايا الاختصاص
- حوار الاختصاصيين
- جائزة المركز
- كتب مجانية
- بحوث المركز
- عضوية المركز
- أعضاء المركز
- دلائل الموضع
- المواقع الهمامة
- اتصل بنا

عقد المركز مؤتمره الثاني تحت هذا الشعار
ال العالمي للصحة النفسية والجمعية الإسلامية العالمية
وشهد المؤتمر كنافة لافتة في الحضور والبحوث
المعروضة. حيث امتدت البحوث على العددين
٢١ و ٢٢ من مجلة المركز. وتمثلت فيه غالبية
الجمعيات النفسية العربية.
بالاضافة الى الأستاذة العرب، أستاذة من باكستان
وجنوب افريقيا.

[هنا لاطلاع على تقرير المؤتمر اضغط](#)

هنا للإطلاع على تقرير المؤتمر اضغط

وزارة الثقافة اللبنانية تكرم المركز

تزامن العيد العاشر لإطلاق مجلة المركز مع احتفالية "بيروت عاصمة ثقافية" وكانت لفتة كريمة من قبل وزارة الثقافة والتعليم العالي تكريماً للمركز ومجلته في شخص رئيسه ومؤسسه الدكتور محمد احمد لنابولسي. وذلك في احتفال أقيم في قاعة جمال عبد الناصر في جامعة بيروت العربية. وبالمناسبة قدم مدير عام الوزارة الاستاذ محمد ماضي رعايا "تذكارياً" لرئيس المركز ثم القى الاستاذ ماضي كلمة تقديرية عرض فيها لجهود المركز ومساهماته. **للمزيد**

