

النقاقة النفعية المختصة

العدد السادس والخمسون - المجلد الرابع عشر - تشرين الأول / أكتوبر 2003

الجديد حول الاكتئاب

مجموعة من الباحثين

- محمد أحمد النابلي / الاكتئاب: أسبابه وعلاجه.
- جمال التركي / مقاييس هاميلتون للاكتئاب.
- مصطفى زبور / الاكتئاب... صراع الحب والكراهية.
- قاسم حسين صالح / برنامج علاجي لحالات الاكتئاب.

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجبيهة

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

طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا ص.ب 3026 - انتل

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E.mail: ceps 50@hotmail.com



النماذج النفسية المختصرة

WWW.psyinterdisc.com

FRANCAIS

علم النفس

Interdisciplinary Psychology

الكتارث

أدوية نفسية

تحليل نفسي

Psychologie Interdisciplinaire

الميكوسوماتيك

العلاج النفسي

الطب النفسي

السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد النابسي

العدد الثالث والخمسون / ينابر السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكلاً من أشكال إدمان الأكل. عارضاً مختلف النظريات الطبية المفسرة للسمنة والطارحة لأسبابها. دون إهمال لاقتراحات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترنة بالسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومعها إضطرابات الأكل عامة في إطار الإضطرابات الميكوسوماتيكية. للمزيد

المعلوماتية والعلوم النفسية

د. جمال التركي

العدد الثاني والخمسون / اوكتوبر السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع استخدام المعلوماتية في مجال العلوم النفسية في البلاد العربية. حيث اللغة المشتركة تؤمن تضافر الجهد المعلوماتي في هذه البلاد. ويشرف على الملف الزميل التركي صاحب السبق في هذا المجال. للمزيد

اقرأ في العدد القائم

سيكوفيزiologyية الألم

دراسة نفسية عصبية يشارك فيها ثلاثة من الباحثين الألمان المعروفيين. ترجمها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فائز عاكل وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي....

سيكولوجية أطفال الانتفاضة

جامعة من الباحثين

العدد الخامسون / ابريل السعر: دولارات

يتضمن البحث التالي: خصوصية الضغوط الناجمة عن الانتفاضة. قراءة في سيكولوجية طفل الانتفاضة. تصور خطة لعلاج الأطفال الفلسطينيين. ومتابعات الانتفاضة. للمزيد

آزمات المراهقة

أ. نور الجراية

العدد الثامن والأربعين / اوكتوبر السعر: دولارات

يحتوي الملف عالي البحوث والمقالات التالية: المراهق والسلطة. سلوكيات المراهق. المراهق والصحة النفسية. المراهق والتبني الأسري. والمراهق والامتحانات. للمزيد

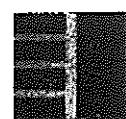
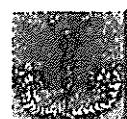
شروط النشر

المدونة الاستشارية

مؤتمرات المجلة

ملفات المجلة

دليل الموقع



الصفحة التالية

جامعة

سكرتاريا التحرير

حسن الصديق عبد القادر الأسمري

هيئة التحرير

روز ماري شاهين سلمى المصري دملج

سامر رضوان خليل شكور

الهيئة الاستشارية

أحمد عبد الخالق - جامعة الكويت، كلية الآداب.

أحمد أبو العزائم - رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية.

اسامة الراضي - مجتمع الراضي للطب النفسي.

اليزيبيت موسون - عضو شرف في محافل عالمية.

أنور الجرایة - مستشفى الهدادي شاكر للطب النفسي.

بشير الرشيدی - رئيس مجلس أمناء مكتب الإنماء الاجتماعي.

جمال التركي - استشاري الطب النفسي / بريطانيا.

جيمی بیشای - مشفى المحاربين القدماء / الولايات المتحدة.

خليل فاضل - استشاري الطب النفسي / بريطانيا.

صفاء الأعسر - مركز دراسات الطفولة / عین الشمس.

طلعت منصور - جامعة عین شمس، كلية التربية.

عادل الأشول - جامعة الكويت، كلية التربية.

قتيبة شلبي - الولايات المتحدة.

زياد الحارشي - جامعة أم القرى، السعودية.

عبدالستار إبراهيم - جامعة الملك فهد / الظهران.

عبد الفتاح دويدار - جامعة الإمارات.

عبد العزيز الشخص - جامعة عین شمس، كلية التربية.

عبد الرزاق الحمد - جامعة الملك سعود، كلية الطب.

عبد المجيد الخليدي - جامعة عدن، كلية الطب.

عدنان التكريتي - رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي.

علي زعور - الجامعة اللبنانيّة، كلية الآداب.

فاروق السنديوني - جامعة واغا واغا / استراليا.

فوج عبد القادر طه - عضو المجمع العلمي المصري.

فيصل الزراد - مستشفى الطب النفسي / أبو ظبي.

قدري حفني - قسم الدراسات الإنسانية / عین شمس.

محمد حمدي الحجار - أستاذ الطب النفسي السلوكي / سوريا.

محمد الطيب - عميد كلية التربية / جامعة طنطا.

محمد نجيب الصبوة - رئيس تحرير دراسات نفسية.

قيمة الاشتراك السنوي

- الأفراد 40 دولاراً أميركياً.

- المؤسسات 100 دولار أميركي.

- ثمن النسخة عشرة دولارات أميركية، أو ما يعادلها.

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية

Centre d'études psychiques et psycho somatique C.E.P.S

النقاقة النسبية المذكورة

رئيس التحرير

محمد أحمد النابليسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY

Editor in chief: Naboulsi.M (M.D.PH.D)

PSYCHOLGIE INTREDISCIPLINAIRE

Chef Editeur: Naboulsi.M (M.D.PH.D)

إن الآراء الواردة في المجلة تعبر عن وجهة نظر كاتبها ، وهي لا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة .

يرجى مراجعة شروط النشر المنشورة في صفحة مستقلة .

تعطى أفضلية النشر وفق خطة التحرير
ويحسب المخابر المحددة مسبقاً .

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

طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا

P.O.BOX: 3026-Tal

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E-mail: ceps 50@hotmail.com

قواعد نشر البحوث

في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم أفضل مستوى ممكناً من الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لاحتياجات المتخصصين والمهتمين، خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع القارئ على اتجاهات البحث العالمية، وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحث عبر بعض الترجمات المفيدة. أما بالنسبة للبحوث العربية، فإن المجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسايرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

وصفحات هذه المجلة مفتوحة أمام 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. أن يكون البحث مطبوعاً ومراجعاً من قبل كتابه.
3. أن لا يكون البحث قد سبق نشره أو عرضه.
4. أن يقدم الباحث إقراراً بعدم إرساله إلى جهة أخرى.
5. أن لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
6. كتابة العناوين وسط السطر والعناوين الفرعية على الجانب الأيمن.
7. إرسال نسخة واحدة من البحث مع المديسك.
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 تعمل لديها على صفحة الغلاف.
2. يراعى في إعداد قائمة المراجع ما يلي:
تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين، متبوعة بسنة النشر بين قوسين، ثم بعنوان المصدر، ثم مكان النشر، ثم اسم الناشر.
3. تخضع الأعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السري وفقاً لنظام المعتمد في المجلة، وبلغ الباحث في حال وجود اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
4. توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس التحرير.
5. الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كتابها ووجهات نظرهم.
6. تلتزم المجلة بإبلاغ الباحث عن قرار النشر، وهي لا تعيد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.
7. لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحوث التي تنشرها.

المحتويات

■ عزيزي القارئ 7
■ قضية العدد / الملامح المميزة للمدرسة النفسية العربية / علي زيعور 8
■ علم النفس حول العالم 14
■ مقابلة العدد / فيصل الزراد وعبد أبو مغيبصي ووجهه 20
■ علم النفس الاجتماعي / أطفال الانتفاضة 24
■ أخبار الجمعيات النفسية العربية 31
■ رسائل جامعية / العلاج بالموسيقا وتنظيم ضغط الدم / السعيد عبد الصالحين 38
■ الندوات مصطفى زبور.. عقل عالم وقلب إنسان 47
■ مكتبة العدد
■ المجلة العربية للطب النفسي 58
■ سيكولوجية السياسة الأمريكية 60
■ التحليل النفسي للأمثال العراقية 63

ملف العدد

الجديد حول الاكتئاب

■ الاكتئاب ،أسبابه وعلاجه محمد أحمد النابليسي 71
■ مقاييس هاميلتون للأكتئاب جمال التركي 122
■ الاكتئاب... صراع الحب والكراهية / مصطفى زبور 133
■ برنامج علاجي لحالات الاكتئاب / قاسم حسين صالح 145

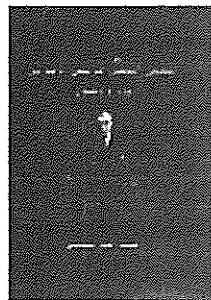


التحليل النفسي للرئيس الأميركي وودرو ولسون

المؤلف: سigmوند فرويد

الناشر: مركز الدراسات النفسية/ ٢٠٠٣

متوافر للبيع على الانترنت/ الفرات/ النيل والفرات/ ادب وفن.



يبدو الفرق شاسعاً بين سلوك الرئيس ولسون والرئيس وودرو بوش، لكن التحليل النفسي يربط السلوك بثنائية العواطف. بحيث يمكن للشخصية اعتماد السلوك أو عكسه بسبب هذه الثنائية.

ان قراءة تحليل فرويد للشخصية ولسون تبين تقاريرها مع شخصية وودرو بوش. وهذه المقاربة أهميتها في زمن الفرضي الأميركي الراهن.

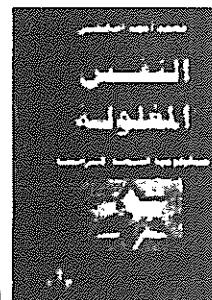
لقد دخل ولسون بأميركا وحيداً إلى المسرح الدولي. وكان دخوله ضعيفاً. وما هو بوش يخرجها من هذا المسرح مدفوعاً بسيطرة من صقره. ويبدو الخروج عنيناً وديموياً.

قراءة تحليل ولسون مفيدة لفهم زمن وودرو بوش الغامض. فالاثنان استخدما تعبير الحرب الصليبية والعدالة المطلقة وانقاد البشرية... الخ. كما اشتركا في تقمصهما لشخصية الماشي المخلص المنتظر. مما جعلهما يصطدمان مع اليهود بسبب اختلاف مفهوم المسيحية الانجليالية للماشي عن مفهوم اليهودية له... وما هو الكتاب...

النفس المغلولة سيكولوجية السياسة الاسرائيلية

المؤلف: محمد احمد النابلسي

الناشر: مركز الدراسات النفسية ط ٢٠٠٢



يقدم الكتاب تحليلاً نفسياً لبعض المواقف الإسرائيلية. عبر استبياناته للاشعور اليهودي المنتج لهذه المواقف والمحدد لاتجاهاتها في سبيل ذلك يقوم المؤلف بتوظيف الانثربولوجيا النفسية والسيكولوجيا لتوسيع مواقف اسرائيلية، مثل المراوغة والاحتيال في المفاوضات ومحاولات الاختراق الإسرائيلي تحت مسمى «التقطيع»، وأيضاً زيارة شارون المشوّرة للأقصى.. الخ من مواقف الخداع الإسرائيلي. وكان لا بد للمؤلف من البداية بتقديم تحليل نفسي للشخصية اليهودية ويفصل من خلالها إلى التقرير بعجز إسرائيل عن إقامة علاقة طبيعية مع الآخر. لذلك فإن السلام يثير الرهاب والهلع لدى الإسرائيليين. من هنا فهي تسخر قوتها وقدرتها على الاحتيال والخداع لتجنب كأس السلام. فالنفس الإسرائيلية يستعبدها المال وتكتبه الشائمات وتخنقها الاساطير... إنها النفس المغلولة.

عزيزي القاريء

ها نحن نودع معك عاماً متخناً بالتجاهل، والمكرس لعجزنا العربي عن نيل الاعتراف، حتى بتنا نميل لاعتماد فرضية صدام الحضارات لهننتفتون. ليس لأننا نتوهم قوة المواجهة، بل لكون الصدام اعترافاً لم نعد نحظى به.^{٦١}

وها نحن بعد سيكولوجية الحروب العربية (العدد السابق) نقدم لك «الجديد حول الاكتئاب». وفي إعتقدانا أن عيادتنا ستواجه موجات جديدة من الاكتئاب. حسبنا التذكرة بموجة الاكتئاب التي اجتاحت مقاطعة بريطانيا الفرنسية عندما استشعر أهلها بداية انحلال لفتهم وتحللها لتذوب في الفرنسية. ويومها نقل الزملاء الفرنسيون زيادة نسبة الانتحار المترافق مع هذه الموجة الاكتئابية ذات الأصل المعنوي المتعلقة بالاعتراف.

في هذا العام الذي يمضي لم يكفنا زلزال العراق، بل هو أتى ليكمل زلزال الفلسطيني، مع وعود بارتدادات زلزالية قادمة. وعليه يعرض العدد ظروف الأسر «الإسرائيли» للأطفال الانتقاضة. وهو يذكر بحضوره الرافدين عبر عرض التحليل النفسي للحمة جلجامش، وللأمثال العراقية. وبما أن الصدمة تستتبع النكوص، فإن عدتنا ينكص إلى المرحوم مصطفى زبور، الذي يذكره تلميذه فرج عبد القادر طه في ندوة احتفالية أقيمت لذكراه. أيضاً تضمن ملف العدد مقالة زبور حول الاكتئاب ومصراع الحب والكراهية.

في ملف العدد، بالإضافة إلى مقالة زبور، يقدم محمد أحمد النابلسي عرضاً لأسباب الاكتئاب وسبل علاجه. ويقدم الزميل التونسي جمال التركي ترجمته لمقياس هاميلتون للاكتئاب. ويعرض الزميل العراقي قاسم حسين صالح برنامجاً علاجياً لحالات الاكتئاب. أما زميلنا السوري محمد حمدي الحجار، فيعرض لعلاقة الاكتئاب بالجهاز المناعي.

حسبنا أننا نحاول الاقتراب من الحاجات الحيوية للعيادة النفسية العربية ولطلابي العلاج فيها. وهي محاولة شديدة التواضع بالمقارنة مع الحاجات الفعلية لمجتمعنا، حيث الاكتئاب والصدمة والتروع ظواهر جماعية ومهدهة بالتكرار الكارثي. ومعه النكران الكلي لحقوق إنساناً، وسيرورات مخيفة من محاولات التوحد بالمعتدي واzdراء الذات، حتى بتنا محاطين بالعرب كارهي أنفسهم وأمتهن وذواتهم، لغاية التحثير، وربما الموت. وبات هؤلاء المتوحدون بالمعتدي مساعدين للمعتدي في ترويضنا، تحت شعارات الواقعية والحقوق والحروب والتهديدات. وذلك عبر وفوق المعاناة العراقية الدامية.

أسرة التحرير



الملامح المميزة للمدرسة النفسية العربية

الدكتور علي زيعور

أما وقد تعممت تهمة الإرهاب لتطال كل العرب، ومعهم كل المسلمين، فإن الحاجة إلى تبيان الخصوصية العربية باتت ملحة وحيوية. إذ لا تجوز محاكمة الحضارات وتذنيبها استناداً إلى معايير حضارة أخرى. حتى ولو رغبت تلك الحضارة في الفرض القسري لمعاييرها على العالم، وتحديد الخصوصية هو الخطوة الأولى لتبين ما هو إنساني - شمولي يمكن الالقاء عليه بين الحضارات المختلفة. وهذا الالقاء هو الخطوة الأولى التي تحدها سيكولوجية التفاوض وحل الصراعات. فهي تفتح باب الحوار، وتوسّس لإمكانيات التلاقي عند الحدود الدينية. وهذا ضروري لقبول فكرة اختلاف الآخر، لكونه مختلفاً فعلاً، وليس لدّوافع معادية.

في هذا الباب يطرح البروفسور علي زيعور المشروع الذي طرحته مركز الدراسات النفسية عبر مؤتمراته، كما عبر مجلته هذه، تحت عنوان : « نحو سيكولوجيا عربية ».

١ . عموميات في التقديم والتقويم :

تظهر بين الحين والآخر أحكام سلبية أو فاترة (أفرفار علي، 95) متينة أو عابرة (الفقيهي، 89) على المدرسة العربية في علم النفس. ومن ثم في الفلسفه، بل وفي العلوم الإنسانية كافة (زيعور، 95). على الرغم من تضمن هذا الخطاب لمبادئ يمكنها التأسيس لمدرسة راسخة، لا سيما وأنها قد أنتجت النافع والشديد، بحيث يأتي هذا الخطاب كدليل على الصحة النفسية والنضج الانفعالي للذات العربية. وهذا ما يدرجه البعض تحت خانة « اللياقة النفسية للإنسان العربي» (التابليسي 95)

إن محاكمة مثل هذه الظاهرة الفكرية تتم من خلال نظرية نقدية للقيمة العلمية لنتائجنا النفسي والفلسفي، فذلك المنتوج وحده هو المعيار والمحك. هذا بغض النظر عما هو إشباع، داخل الفكر العربي الراهن، لحاجات ثانوية من نحو: الحاجة للشعور بالاحتماء والاستقلال، وال الحاجة للثقة بالنحن، وال الحاجة للاحساس بالقدرة على العطاء والشعور باحترام الغير، وبتقديرهم لنا ولاستقلالنا.

2. جدلية التسميات والمصطلحات:

يسهل القول والمحاكمة عن مدرسة عربية في علم النفس، كما في الفلسفة، فهذه التسمية مقبولة وتعتبر صائبة وسديدة. فهنا خطاب في توجهات متميزة، وكلام عن تيار فكري، وعن مؤسسين وأعلام، ومناقشة لموضوعات محددة داخل مجال له همومه ومرجعيته، ولا سيما طموحاته ومشكلاته. في حين روى العديدون بأن الكلام عن علم نفس عربي هو غير منطقي وناقض ومنقوض. فأي تناقض هو رد الحلم، أي ما هو عام، إلى محلي وقومي وخصوصي وخاص. من هنا الرأي القائل بأن يوضع أمام الوعي أن الحلم دراسة منهجية بطرائق، فالمراد هو أن العلم معرفة نظامية ممنهجة محددة الغرض (الميدان) وليس معرفة حدسية مستفينة عن التجريب والنظر في قوانين عامة ثابتة (البكارى، 95). في المقابل يختصر رائد الدعوة إلى علم نفس عربي (النابسى، 96) الرد بالقول وبالذكر بوجود اختصاص الطلب الاستوائي الذي فرضته خاصية البيئة الاستوائية. مما أحرانا بدراسة آثار البيئة وانعكاساتها على صعيد اللياقة النفسية، وعلى صعيد العلوم الإنسانية وتطبيقاتها كافة. حتى نجد أن الخلاف يتمحور حول التسميات، وليس حول الخطاب بحد ذاته. فإذا ما تجاوزنا التسميات وجدنا أن الظروبات متکاملة في ما بينها، ومتقدمة تمام الاتقاء في جوهرها.

3. الشخصية العربية ودراساتها:

إن دراسة الشخصية العربية هي موضوع فرعي في نطاق المدرسة العربية. فهذا التحليل هو ميدان فرعي، أو فرع تخصصي داخل هذه المدرسة. لكن هذا الفرع كغيره يثير النقاش فتتعدد الآراء حوله. فيرى البعض (النابسى، 95) أن هذه الدراسة تتقتضي تضاد جهود فريق متكملاً من المتخصصين. وهو قد طرح رأيه هذا في مقابلة جمعت بينه (النابسى) وبين الدكتور فرج عبد القادر طه (الثقافة النفسية - وجهاً لوجه - 1994). الذي نشر عدة دراسات حول الشخصية العربية. فكان موقف الدكتور طه، في المقابلة، هو التالي: أنا أقر ضرورة الشورى في دراسة الشخصية العربية، وتحري ملامحها من قبل فريق من المتخصصين. لكن انعدام وجود مثل هذا الفريق لا يعني من تقديم مساهماتي وأرائي الشخصية، ووضعها في خدمة هذا الموضوع.

هذه المقابلة تبين لنا أن الاختلاف، في هذه المواضيع، لا يفسد في الود قضية، وأن النقد العلمي يقابل بالعرفان وبال موضوعية. وهذه المواقف المتوازنة تختلف كل الاختلاف عن موقف التقليل من أهمية جهد أو دراسة. إذ إنه من الخطأ والخطأ تبخيس ميدان معرفي وتضليل الغارسين فيه، ظناً بأننا بذلك نعزز ونترجس منتوجنا الشخصي. فمن المعروف الشائع في



4. التحريريضي ليس فكراً مؤسساً ولا هو خطاب منتج منظر:

إن التحريري، أو ما مر أعلاه أنه جاهز، أو متحرك بالرغبة وبالتمنيات وبالحيل الدفاعية وردود الفعل، كلها سيرورات نكوصية تعادل العودة إلى الوراء، وهي عودة غير صائبة، وغير إيجابية. وقد نستمد منها التوصيات حول إقصاء أشياء، أو غرس أخرى مناقضة. ذلك أن منطق الإنتاج، وإعادة النظر في المنتوج، هو منطق مراد ومنتهج، وليس حراً. هو منطق الأهواء الذي ليس همه معرفياً وتحليلياً أو تدريباً أو محاكمة. فالتوصيات والتحذيرات نافحة، لكنها ليست الحلم. فهي قد تأتي من أجل ضرورات التحسين والتطور، وبذلك فهي خطوة وجزء فرعى وتطبيق وتفاصيل تعود إلى الممارسة، ولكنها ليست بالموضوع الرئيسي.

لهذا نرى أن الدعوات إلى مدرسة عربية عليها أن تتجاوز هذا التحريري، وألا تلتفت في انطلاقتها، كتياً فكري أو كنظيرية معرفية، إلى محاولات التجريح والإساءة مع التزامها التام بالنقد العلمي - الموضوعي.

5- نحو سيكولوجية عربية:

يبقى، بعد أيضاً، نفيويّ لا بدّيّ، مفاده أن الفصل بين الممارس والنظري، أو بين التطبيقي والإنتاج المعرفي هو فصل لا يصل إلى القطعية، بل هو يهدف إلى توضيح المنطقات والأسس للوصول لاحقاً إلى التكامل.

لذلك نجد العودة إلى كتاب «سيكولوجيا عربية» عودة نافحة ومجازية، فقد نظم مؤلف الكتاب، الدكتور محمد أحمد النابليسي، وبوبورتب وأبرز الإشكاليات داخل قطاع علم النفس في الفكر العربي المعاصر. بحيث يبدو أستاذنا الدكتور النابليسي عملاً يكشف الحاجز ويوضح المبررات والتفاصيل التطبيقية، بما يجعل من دعوته إلى السيكولوجيا العربية جاهزة للتكامل مع النظري والاختلاف معه. فالمؤلف يوضح، في كتابه، العديد من المطلقات التي يستند إليها في دعوته فقوله:

... إن أجواء الواقع الثقافي العالمي الراهن لم تعد تقبل الانغلاق الفكري والثقافي واللغوي، وهي تمثل إلى فرض واقع عالمي عبر حضاري يترك لكل ثقافة مسؤولية الحفاظ على هويتها وخصوصيتها... (ص 35).

إذا، فالدعوة ليست دعوة انغلاق، بل هي دعوة عبر حضارية، وهدفها بعيد عن التمييز، ويقتصر على هدف الحفاظ على الهوية والخصوصية. وبهذا نلتقي مع المؤلف في طروحتنا حول التحليل النفسي والإنساني للذات العربية.

... «يهم الطب النفسي عبر الحضاري بملاحظة وتسجيل القواسم المشتركة بين الحضارات، دون أن يقبل بالباء أو يأبهما الفوارق بين هذه الحضارات. فإذا كانت التصنيفات المطروحة عالمياً هي لغة القواسم المشتركة بين الحضارات، فإن ذلك لا يلغي أهمية إرساء التصنيفات المحلية المعتمدة على الفوارق الحضارية، أي المدرسة النفسية العربية»... (ص 109).

كما يركز النابليسي على تبيان الهنات والزلات التي يمكنها أن تجم عن التبعية المطلقة والعمياء للمدارس الغربية. كما يتضمن الكتاب توصيات للصعوبات، وطرح حلول، وتعبرأ عن معاناة ومعايشة مشكلات المصطلح الاختصاصي، ومجموعة العمل المعمجي وضحايا الترجمة والتارخة، وغياب السلطة والنصول المنظمة (اتحاد عام، نقابة، جمعية، مؤتمرات... إلخ) نقص الأجهزة والخبرات والدوريات المتخصصة، وهزال العمل الإنتاجي الفريقي وغلبة الروح القطرية، وضعف الحس القومي والشعور بالمسؤولية والرغبة بالتعاون... وعلى صعيد آخر يعزز الكلام بحق، ودليلأ على الحيوية، وعلى الصعوبات والتجربة، وعن ضحالة المبالغ التي تخصيصها الحكومات للبحث العلمي، أو لمراكز البحوث، وعن جدوى التربية ووضع الاستراتيجية الكبرى والخطط والمشاريع ومن... وعن... حتى يبدو الدكتور محمد النابليسي قمة، فقد بذل من المجهودات والنفقات كثيراً، مع إخلاصه ومحبته لذلك العمل الجامع (للمجهود) - المشاريعي.

إن محاجمتنا لهذا العمل إيجابية أمام هذا التكرس الذي يفرض الاحترام، وينعش الأمل والثقة بالتلغلب على المفرق والمعوق والجارح. حيث أنتي أرى في دعوة السيكولوجيا العربية مدرسة تتوضّح من حيث البنية والوظيفة، أو من حيث الطبيعة والخصائص المميزة، بالمقارنة مع المدرسة العربية في الفلسفة، ومن ثم في العلوم الإنسانية كافة. حيث تفرق بين الدراسة المنهجية لمشكلات مدرسة فكرية، أو لأيديولوجيا [ليست هي تلك المدرسة أو تلك الأيديولوجيا] وبين الطرح النظري والتطبيقي لهذه المدرسة وأسسها على بساط المناقشة، والبحث عن التكامل، إذ يشير مؤلف نحو سيكولوجيا عربية ، إلى ذلك بقوله: (إن مجمل محتويات هذا الكتاب هي أفكار أولية، لا يمكنها أن تتشكل في قالب فكري - علمي، إلا من خلال توسيع حلقة النقاش حتى تشمل وجهات النظر المختلفة، بعيداً عن الأسر العقلي، وعن التمرد الترجسي (الاحتجاجي).

6. الدراسات السابقة . لحة عن رواد علم النفس في الفكر العربي:

كان للباحثين العرب، في الجامعات المصرية، من مثل زبور وصفوان وعلى ومراد والقصوصي فضل الريادة المؤسس والحارث الشجاع والصبور. ولقد ذكرت مراراً أن زبور (وصفوان من

بعده) قد لعب دور البطل في جذب كثيرين (وأنا منهم) إلى التحليل النفسي. ثم إن القوسي، على سبيل الشاهد الآخر، قد حظي بمركز واحترام عالٍ.

ولقد نبهنا سابقاً إلى أن أولئك المنتجين القديرين قد التفتوا إلى المحلي والخصوصي، وهم قد دجعوا وعربوا ونشروا وعلموا، ثم نظموا المؤسسات وتولوا توجيهها. حتى بات هؤلاء الفوارس هم المرجعية في تراثنا النفسي الحديث. لكنهم لم ينادوا بمدرسة عربية لها خصائصها واهتماماتها في علم النفس العام، بالرغم من تمكّنهم من تنظيم تيارات اختصاصية وجماعات منظمة مثل جماعة علم النفس التكاملي (التي أسسها يوسف مراد) وجماعة التحليل النفسي (التي أسسها مصطفى زبور). لكن هذه التيارات لم تتبع في التحول إلى حركات فكرية بمعنى الكلمة. فاما المقصود بالتيار الراهن، فهو المنطلق المحلي، والبنية العامة، والمشكلات والطموحات الخصوصية، وأدوات الإنتاج المصنعة في هذا المجتمع، وهذه المصطلحات، والحقول... لكاننا هنا في مجال ينتمي إلى الفكر الاستراتيجي والوعي العقلاني بالقدرة على الضبط الذاتي والتحكم والاكتفاء.

في هذا الاتجاه خطأ الرواد خطوات تأسيسية حاسمة. إذ درس زبور الشخصية «الإسرائيلية» (مصطفى زبور، 1990) وعقد المقارنة بينها وبين الشخصية العربية، كما تطرق إلى الخصوصيات الحضارية في عيادة التحليل النفسي. حيث بين خصوصية المريض اليهودي الذي عالجه في فرنسا، كما بين خصوصيات مرضاه أثناء الحرب (مصطفى زبور، 1990).

وفي هذا الاتجاه الحضاري المقارن عمل العديد من الزملاء المصريين. ثم جاءت بعد هذه التأسيسات «موسوعة التحليل النفسي الإنساني...» (من تأليفه) التي قدمت للمحلل النفسي، في الفكر العربي، نظرية في الشخصية، وفي مقامات الجهاز النفسي. وهي تبدو أوسع مدى وأقرب إلى الواقعي والإفهام من النظرية الفرويدية الكلاسيكية، دون ابتعاد ساحق أو تقاض مبدئي مع هذه الأخيرة. ذلك أن التعديل يطال الناحية الخصوصية (غير الحضارية) والمميزات الإنسانية للشخصية العربية .

كما قدمت «الموسعة»، للمثال أيضاً، نظرية في الاختبارات الإسقاطية (الإخفائية) وأفكاراً حول العلاج النفسي متأسسة على المعهود والمألوف، بل وأفكاراً حول الطب النفسي، هي عبارة عن تقميشات للمعتقدات والأجواء الثقافية العربية في ذلك الشأن.

قد يكون ما قدمناه في الموسعة طموحاً ورغبة أكثر مما كان عملاً واقعياً، ربما، لكن ذلك موضوع آخر. أنا أتساءل هل يستطيع محلل نفسي أو معالج أو طبيب نفسي عربي الاستغناء عن تحليل الأحلام، ولا سيما عن تفسير الرموز الذي قام به الجزء الـ 15 من «موسوعة التحليل النفسي»؟

في ما يلي، وعلى سبيل العينة، قطاعان من المدرسة العربية يمثلان ما هو فيها، عادات ونظر ومحاكمة وطرائق إنتاج ومنطق ضمني، وتوجهات عامة، وفلسفة، وعلم :

أ. القطاع الأول: تقديم اختبار إسقاطي قادر على استكشاف شخصية المفحوص، أي على قراءة المكتوب والممقوّع والكذب والمستور والمعتم والثانيوي. وقد أسميت هذا. الاختبار بـ (الرورشاخ العربي) واقتراح له صديقي الدكتور النابلسي تسمية «اختبار تقييط الكلمات». حيث يقوم الاختبار على تقديم كلمات غير منقطة للمفحوص، والطلب إليه أن ينقطها ليعطيها المعاني. مثال ذلك أن نعطيه كلمة (قبل) فتجد أن بعضهم يخرجها قبل وأخر قتل... إلخ.

بـ. القطاع الثاني: التقويم والمقاضاة. في ضوء النقدية الاستيعابية للحركة، التي تزعم في ميدان معاذ للعلم الباحث عن المعرفة والقوانين من أجل الفهم الواقعي العقلاني للنفسية، أو للظواهر النفسية الاجتماعية عند الإنسان.

إن القراءة العمقة لكتاب (نحو سيكولوجيا عربية) تتيح للقارئ ملاحظة اتفاق المطلقات الفكرية مع «الموسيعة»، والتقائهما مع الدعوات السابقة في الميادين الفرعية من دراسات الشخصية والحقول العربين. فاختلاف مشروع النابلسي عن هذه المشاريع إن هو إلا ظاهري شكلاً، يعود في أساسه إلى الإشكاليات المألوفة بين النظري والتطبيقي. حتى نرى أن هذه التيارات الفكرية إنما تأتي لتكامل بعضها البعض على طريق إرساء مدرسة علمية عربية تقدم الخدمات، وتثبت فعاليتها في تلبية حاجات الإنسان العربي. فالرورشاخ العربي أو «اختبار تقييط الكلمات»، على سبيل العينة، لن يجد طريقة للاستعمال العيادي إذا لم يتم تقنيته على يد التطبيقيين. ولعل مركز الدراسات النفسية هو الجهة الأصلح للقيام بمثل هذه المشاركة التكمالية. ليس فقط بسبب الإمكانيات العلمية لمركز، بل بسبب رئيسي آخر يتمثل بالحضور العربي الواسع لمركز، ولجلته الثقافة النفسية، بالإضافة إلى الاحترام الذي يتمتع به شخص الدكتور النابلسي في أجواء الاختصاص في العالم العربي. هذا الاحترام الذي رسخته محاولات العصابيين للانتقاد من رياضته. فالعصابي يسفه الآخر لتعويض احترافه لذاته. الاختصاصيون العرب يعرفون جيداً مثل هذه الحيل الدفاعية. فلا تزيدهم محاولات النيل من النابلسي إلا احتراماً له.

المراجع

- اففار علي: كلية الآداب - فاس (المغرب) مجلة دراسات عربية 1995 .
- . عبد الواحد الفقيهي: دراسات عربية، العدد 7 - 8، ص 17 - 30 - 1989 .
- . علي زيمور: قطاع الفلسفة الراهن في الذات العربية، بيروت، مؤسسة عز الدين، 1995 .
- . محمد احمد النابلسي: نحو سيكولوجيا عربية ، بيروت، دار الطليعة، 1995 .
- . يوسف مراد: نشاط العرب في العلوم الاجتماعية - عن تاريخ علم النفس في الفكر العربي - إشراف هيئة الدراسات العربية في الجامعة الأمريكية، بيروت 1965 .
- . سعد جلال: المرجع في علم النفس ، القاهرة، دار المعارف، 1966 .
- . مصطفى زبور: في النفس، بيروت، دار النهضة العربية.



علم النفس حول العالم

إعداد: نشأت صبور. رمزية نعمان. سناء شطح

قنبلة فيروسية ذكية لاستئصال أورام الدماغ

الولايات المتحدة الأمريكية - يعكف العلماء في معهد السرطان الوطني الأميركي على اختبار فعالية العلاج بـ «قنبلة فيروسية ذكية»، أظهرت بعض النجاح في استئصال أورام الدماغ بصورة كاملة، دون إيذاء أنسجته السليمة، كأول علاج مضاد للجليموما الخبيثة، التي تعتبر أشد أنواع السرطانات الدماغية فتكاً. وقد شجعت نتائج هذه الدراسة الواudedة الباحثين على المضي قدماً في تطوير نوع من العلاج الفيروسي، يمكن اختباره على البشر، مع مطلع السنة القادمة.

التحول يزيد من فرص الإصابة بسرطان الأمعاء

بريطانيا - قالت دراسة طبية وزعت نتائجها مؤخراً أن التناول المفرط للمشروبات الكحولية يزيد من فرص الإصابة بمرض سرطان الأمعاء الدقيقة، فيما أكدت دراسة أخرى أن الأغذية ذات السعرات الحرارية العالية، مثل اللحوم الحمراء، والدهون، تزيد أيضاً من فرص الإصابة بسرطان الأمعاء الغليظة. وقالت الدراسة الأولى التي نشرتها مجلة بريتش ميدكال جورنال أن المواطنين على تناول المشروبات الكحولية باستمرار لديهم قابلية أكبر لنمو السرطان.

الأمم المتحدة تطالب بمواجهة الإيدز في المنطقة العربية

العالم العربي - دعا برنامج الأمم المتحدة للتربية إلى «تجاوز حالة الصمت» بمواجهة انتشار مرض نقص المناعة المكتسبة «الإيدز» في المنطقة العربية عبر إيجاد الفعاليات الاجتماعية المناسبة للتوصيل إلى رد فعل مؤثر في هذا الخصوص. وأفاد البرنامج في بيان أنه سينظم، كجزء من برنامج جديد للإيدز في العالم العربي، مجموعة أنشطة فعالة تهدف إلى تجاوز حالة الصمت المحبط بهذا المرض في منطقتنا التي تعتبر من المناطق التي تأثرت به بشكل ضعيف نسبياً.

واعتبر البرنامج أنه بسبب هذا الوضع المتميز لمنطقتنا العربية، يجب أن نتحرك منذ الآن حتى نتجنب التأثير المخيف للمرض على عملية التنمية بإعاقته لها، كما يحدث في بلدان عديدة حول العالم.

خلايا للخيانة في مخ الرجل

الولايات المتحدة الأمريكية- أكدت دراسة أميركية حديثة أن الخائنين مغلوبون على أمرهم! وأن هناك خلايا في مخ كل رجل تجذبه نحو المرأة، مما يجعله أكثر إقبالاً على الخيانة.

الدراسة التي شملت أكثر من 16 ألف حالة في أماكن متفرقة من العالم أثارت استياء العلماء الذين رأوا أن الثقافة والتربيـة هما اللتين تشكلان السلوك الإنساني، واتهموا القائمين على الدراسة بالتخلي عن الحياد والنزاهة العلمية، مؤكدين أن دراستهم تتخطى على رغباتهم. كما أعتبرت عالمة نفسية عن مخاوفها من أن يتخذ الرجال الدراسة مبرراً للخيانة.

محاذير استخدام العلاج بالأعشاب

الولايات المتحدة الأمريكية- كشف تقرير نشرته هذا الأسبوع الجمعية الأمريكية الطبية نتائج دراسة أجريت على مركب من عشبة قديمة تستخدم منذ القدم لعلاج الكوليسترونول تسمى Guggulipid . يستخرج العلاج من نبات يسمى guggul ويرجع تاريخ استخدامه الطبي إلى عام 600 قبل الميلاد، حيث استخدمه الآسيويون لعلاج البدانة، وتصليب الشرايين، ومختلف الالتهابات بحسب الباحث فيليب زاباري عالم الأوبئة في كلية الطب في جامعة بنسلفانيا. وأظهرت دراسة حديثة، أن المركبات النشطة من الناحية البيولوجية، والموجودة في نبات guggul يمكن أن تعزز عملية التمثيل الخاصة بالكوليسترونول، أي تخفيضه من الناحية النظرية، لكن لا توجد دراسات تم نشرها من قبل في الولايات المتحدة وقد بحثت في سلامة وفعالية المادة المستخلصة من النبات. وفي هذه الدراسة تم فصل 103 رجال وامرأة مصابين بمستويات عالية من الكوليسترونول إلى ثلاثة مجموعات، تناولت المجموعة الأولى ثلاثة جرعات تحتوي كل منها على 1000 ملغم من guggulipid يومياً، وتناول أفراد المجموعة الثانية جرعة واحدة تحتوي على 2000 ملغم من المركب، بينما تلقت المجموعة الثالثة دواء مموهاً . وبعد مرور ثمانى أسابيع قام الباحثون بفحص دم المتطوعين في الدراسة لقياس الكوليسترونول الضار لديهم LDL وذلك الكوليسترونول النافع HDL والكوليسترونول الكلي. وكشفت الدراسة أن أولئك الذين تناولوا الدواء المسمى خسروا 5٪ من الكوليسترونول الضار لديهم، بينما ارتفع مستوى الكوليسترونول لدى الأشخاص الذين تناولوا guggulipid بجرعة واحدة مركزة بنسبة 5٪ أما بالنسبة للأشخاص الذين تناولوا الجرعة التقليدية من المستحضر النباتي، فقد شهدوا ارتفاعاً في مستوى الكوليسترونول في الدم لديهم بنسبة 4٪. وأفاد زاباري أن الكوليسترونول الكلي والكوليسترونول النافع والدهون الثلاثية لم تتغير، وأضاف أن مركب guggulipid لا يفيد في حالة الكوليسترونول المرتفع على المدى القريب. من جانب آخر قال باحثون أمريكيون وكنديون، كما أشار إلى ذلك موقع «البوابة» أن العشبة الشعبية التي تسمى بلاك كوهوش المعروفة بتخفيف التدفقات الساخنة، وبعض

الأعراض المزعجة لسن اليأس، قد تعمل على نشر الخلايا السرطانية في الجسم. ويعتبر ذلك ضريرة للسيدات اللواتي يبحثن عن شيء يزيل أعراض سن اليأس لديهن بطريقة مأمونة. وتتراوح هذه الأعراض، من التدفقات الساخنة إلى خطر الإصابة بأمراض القلب والسرطان. الجدير بالذكر أن العلاج الهرموني يفاقم من خطر الإصابة بأمراض القلب، (الجلطة الدماغية) وبعض أنواع السرطان، والزهايمير، بينما بعض المكمملات العشبية، مثل كبس القرنفل، لا تقيد شيئاً. وقد دأبت كثیر من النساء في العالم على تناول العشبة بلاك كوهوش، لأنها تزيل التدفقات الساخنة، وبسبب أنها نباتية افترض الكثيرون أنها مأمونة. لكن الباحثة فيكي ديفيس من كلية الصيدلة في جامعة دوكوسن في بيتسبرغ في الولايات المتحدة، قالت إن تناول هذه العشبة على شكل مكمل غذائي يمكن أن يعرض حياة المرأة التي لا تعلم أنها مصابة بالسرطان، وأضافت: يؤكد هذا أتنا بحاجة لمزيد من الأبحاث في العلاجات العشبية والطبيعية. وفي الدراسة قامت ديفيس وزملاؤها في كندا بإطعام إناث الفئران العشبة لتعريضها لخطر الإصابة بسرطان الثدي، وقد قدم الباحثون ما مقداره 40 ملغم من المكمل الغذائي، وهي القيمة التي ينصح بها في حالة معالجة أعراض سن اليأس. واكتشف الباحثون أن الفئران التي أصيبت بالسرطان كانت أكثر احتمالاً من غيرها لانتشار قاتل للمرض، ووجود هؤلاء أيضاً أن 27% من الفئران التي تناولت العشبة شهدت انتشاراً للسرطان في الرئة مقارنة مع 11% من الفئران التي لم تتناول العشبة.

فضول الأطفال يدل على الذكاء

الولايات المتحدة الأمريكية - وواشنطن : كثيراً ما ينزعج الآباء ويتضايقون من فضول الأطفال وأسئلتهم المحيرة والغبية والمحرجة أحياناً، ولكن دراسة جديدة نشرت مؤخراً تؤكد أن هذا الفضول قد ينم عن ذكاء خارق. فقد وجد باحثون في جامعة كاليفورنيا الجنوبية، أن الأطفال الذين كانوا فضوليين في سن الثالثة من العمر، واندفعوا للسؤال باستمرار، سجلوا درجات أعلى في اختبارات الذكاء بحوالي 12 نقطة، وأداء أفضل في مهارات القراءة عند وصولهم إلى سن الحادية عشرة، بصرف النظر عن مهنة آبائهم أو مستوى تعليمهم. وقال الباحثون في الدراسة التي نشرتها مجلة (الشخصية وعلم النفس الاجتماعي)، إن تشجيع الأطفال على التساؤل بصورة مناسبة من خلال تعريفهم على البيئة من حولهم، وإشراكهم في الأحاديث وتشتيتهم في جو يحفز الفضول الذكائي، قد يساعد في تشكيل قدرات إدراكية وذهنية عالية لديهم. ولم يتضح للباحثين بعد السبب في تتمتع الأطفال النشيطين والفضوليين بقدرات علمية عالية ومتقدمة خلال سنوات الدراسة، ولكنهم يعتقدون أن هؤلاء الأطفال يتوقفون إلى البيئات الغنية بالمعرفة التي تنشط التطور الإدراكي في الدماغ بشكل أقوى من برامج التعليم التقليدية، حيث تسبب هذه البيئة تغيرات طويلة الأمد في مستوى الذكاء تبقى طوال مرحلة الطفولة.

ويرى الخبراء أن النشاط الجسدي الذي يميز الأطفال الراغبين في التعرف على الإحساس، قد يساعد في الوصول لدرجات ذكاء عالية من خلال تنشيط نمو الأعصاب في الدماغ، كما أن الميل للبحث والاستكشاف قد يعكس فضولاً كاملاً يدفع للقراءة والمطالعة. واستند الباحثون في دراستهم على متابعة 1800 طفل خضعوا لعدد من اختبارات الذكاء التي تقيس قدراتهم اللغوية والإدراكية في سن الثالثة، مثل تجميع الألعاب بطريقة معينة والتعرف على الأشكال وأجزاء الجسم وتصنيف الأجسام المختلفة، وتقييم مستوى الفضول والاجتماعية عندهم من خلال مراقبتهم أثناء استكشافهم لغرفة واستخدامهم للألعاب الجديدة، وقدرتهم على الحديث ومشاركة غيرهم من الأطفال في اللعب.

فيروسات الهيريس تسبب الخرف

الولايات المتحدة الأمريكية - واشنطن : أظهر بحث طبي جديد أن الأشخاص المصابين بفيروسات الهيريس قد يتعرضون لخطر أعلى للإصابة بالخرف والعته في حياتهم اللاحقة. ووجد الباحثون أن الإصابة بثلاث سلالات من فيروس الهيريس قد تضاعف فرص تعرض الشخص للشيخوخة المبكرة وما يرافقها من خرف وعته، مشيرين إلى أن هذا الخطر يشمل «هيريس سيمبلكس» من النوع الأول الذي يسبب قروح الفم، والثاني الذي ينتقل بالعلاقة الجنسية، والفيروس الخلوي الضخم الشائع الذي لا يسبب مشكلات عند الأصحاء، ويؤثر على 50 . 85 في المائة من الأشخاص في سن الأربعين، فيسبب نشاطه حمى طويلة والالتهاب الكبدي البسيط وليس له مضاعفات صحية على المدى الطويل. وقام الباحثون في جامعة هيلسنكي، بمتابعة 383 شخصاً، كان متوسط أعمارهم 80 عاماً، وكان ثمانية من كل عشرة منهم مصابين بأمراض القلب، واحد من كل ثلاثة أصيبوا بسكتة واحدة على الأقل، تم فحصهم لوجود سلالات الهيريس الثلاث، لا سيما بعد أن أظهرت الأبحاث السابقة وجود علاقة بين هذه الفيروسات والخرف. ووجد هؤلاء أن 106 أشخاص يحملون أجساماً مضادة للسلالات الفيروسية الثلاثة، مما يعني أنهم أصيبوا بها سابقاً في مرحلة ما من حياتهم، فيما أصيب 229 منهم بسلالتين منها، ولم يصب الـ 48 الآخرون بها أو أصيبوا بنوع واحد فقط.

واكتشف الباحثون في مجلة السكتة الصادرة عن جمعية القلب الأمريكية أن الأشخاص الذين أصيبوا بالسلالات الثلاث تعرضوا للخرف بحوالي 3.2 مرة، مشيرين إلى أن هذه الفيروسات تسبب الالتهاب في الدماغ وهو ما يرتبط بظهور الخرف. ودعا الخبراء إلى إجراء المزيد من الدراسات والاختبارات للتأكد من تورط هذه الفيروسات في إصابات الخرف، وإذا ما ثبتت بالفعل مسؤوليتها فإن العلاجات المتوافرة ضدها كالتطعيم والعقاقير المضادة للفيروسات ستتساعد في الوقاية من الخرف أو معالجته.



وعلى الصعيد ذاته، أظهرت دراسات أخرى أن بكتيريا «كلاميديا نومونيا» المسببة للأمراض الرئوية، و«مايكوبلازما نومونيا» التي تسبب الالتهاب الرئوي البسيط، تزيد احتمالات الإصابة بالخرف أيضاً.

ساعة يد تراقب الأحلام وتكشف عن النوبات القلبية

الولايات المتحدة الأمريكية - واشنطن : ابتكر علماء في الجمعية الأمريكية للتكنولوجيا، جهازاً جديداً يشبه ساعة اليد، لتسجيل حركات العين السريعة أثناء النوم، مما يساعد في الكشف عن الأزمات القلبية.

وقال الباحثون إن هناك ارتباطاً بين نوم الحلم، أي حركات العين السريعة، التي تظهر فيها الأحلام، والنوبات القلبية، لأن كليهما يحدث خلال الساعات المبكرة الأولى من اليوم، لذا يقوم الجهاز الجديد، الذي صادقت عليه إدارة الأغذية والعقاقير الأمريكية، بتحديد بداية تلك المرحلة من النوم ومدتها، وذلك برصد التغيرات في تدفق الدم عبر الإصبع، حيث يساعد تحديد التغيرات الفيزيولوجية المميزة لهذه المرحلة من النوم، في الكشف عن التوترات القلبية وغيرها من الاعتلالات، التي تصيب عضلة القلب.

وأوضح الخبراء أن الإشارات تخزن في بطاقة ذاكرة يمكن نزعها من الجهاز، ليتم تنزيلها على جهاز الحاسوب، بفرض تحليلها، وبالتالي يمكن الاستغناء عن عيادات النوم، المخصصة لمراقبة الشخص، أثناء نومه، وتسجيل حركات عينيه وعضلاته وموجات دماغه.

وأشار هؤلاء الباحثون إلى أن أهم ميزتين لجهاز «ووتش بات 100» الجديد، تتمثلان في البنية متعددة الخلايا الفريدة، التي تمنع تراكم الدم الوريدي في طرف الإصبع، ولوغاريثمات معالجة الإشارات الرقمي المتقدم، الذي يفسّر الإشارات، موضعين أن جهاز المراقبة الجديد يفيد في حالات أمراض القلب، ويفنى عن الأساليب التقليدية، كتسجيل حركات العين السريعة، والتخطيط الكهربائي للدماغ، والتخطيط الكهربائي للعضلات.

وفسر الأطباء الأمر بأن التعرف على مرحلة النوم العميقه التي تميز بحركات العين السريعة، ووقتها أثناء الليل، يساعد في تقويم نوعية النوم وجودته، وتشخيص اضطراباته، كما سيتمكن الأشخاص باستخدام الساعة الجديدة، من رصد الأحلام، والاستيقاظ في اللحظة المناسبة لذكرها.

التعلم أثناء النوم:

النمسا: أعلن فريق من علماء النفس النمساويين أنهم شرعوا في تنفيذ مشروع عالي التقنية يهدف إلى معرفة كيفية تعلم الإنسان أثناء النوم. وقال هؤلاء الباحثون إن التجارب التي

أجريت على الفئران أظهرت بالفعل أن الخلايا العصبية لديها تؤدي أنماطًا من النشاط أثناء النوم مماثلة لما كانت تؤديه خلال اليوم السابق عندما كانت هذه الحيوانات تسلك طريقها عبر متاهة. ويداً أن الفئران كانت تقوم بعملية استرجاع في نومها لما فعلته قبل النوم. وقال العلماء إن الشيء ذاته ينطبق على البشر، كما ثبت أن ما يتعلم المرء، غالباً ما يتذكره على نحو أفضل في اليوم التالي بعد نومه أثناء الليل.

وقال الباحث مانويل شابوس في بيان صحفي إنه في إطار هذا المشروع الجديد تعاون معهد علم النفس التابع لجامعة سالزيورخ مع أطباء الأمراض النفسية والأعصاب. ومن خلال استخدام أجهزة فائقة التطور وذات تقنية عالية لفحص الأعصاب عكف الفريق على تتبع كيفية اختزال وتخزين المعلومات في مخ شخص نائم كان يخضع للتجربة. وفضلاً عن الصور الشعاعية الكهربائية للدماغ قام فريق البحث برصد حركات العين، وعضلات الساق، والذقن، وحساب عدد مرات التنفس، وتدفق الدم والأوكسجين.

وقال شابوس نسجل خلال هذه التجربة أيضاً عادات النوم والإيقاعات أشاء النهار، وحالة الشخص محل الاختبار. ومن خلال تقييم النتائج يمكن تحديد الدور الذي لعبته المراحل المختلفة للنوم في وظائف الذاكرة.

يهود يكرهون أنفسهم: محاكم التفتيش الصهيونية بين معاداة السامية ولاسامية الآنا

المؤلف: محمد احمد النابلي
الناشر: دار الفكر/بيروت - دمشق/٢٠٠٢
متوازف للبيع على الانترنت/الفرات/النيل والفرات/ أدب وفن



هل قبل بتهمة يهود يكرهون أنفسهم المرجحة إلى حركة ((المؤرخين الجدد)) الذين يعيدون النظر بالتاريخ اليهودي كله؟! أم أنها خدعة تروج لتسويقهم.. وهل يتسمى هؤلاء مع تشومسكي، وارانت وفرويد وشاحاك وغيرهم من المعادين للصهيونية فعلاً؟ وكيف تفرق بين هؤلاء، وبين المؤرخين الجدد؟ إن استيعاب المنطلقات النظرية لهذه الحركة يمر بمناقشة موضوعات مفصلية وهمة وزعها المؤلف على فصول كتابه، ليساعد القارئ على فهم بحثه بين هؤلاء وبين يهود خسروا ذرعاً بعهده تارихهم، ويشكرون من وطأة ٣٠٠٠ عام منه؟! لقد تحول فرويد من يهودي يتباكي به وبعيقرمه إلى يهودي يكره نفسه. فقد كان فرويد ينظر بازدراء إلى الصهيونية ويعتبرها نكوصاً إلى التعالي والتعمّص اليهوديين المسؤولون عن المذابح اليهودية. بل إن فرويد كان مشككاً بالتراث اليهودي ساخراً من التلمود ومقدراً حقيقة التأثر في تدوين التوراة... فإذا ما تنسى للصهيونية قهر المنطق بصناعة دولة معاكسة لمجرى الزمن أصبحت آراء فرويد ادانة لهذه الدولة. فتحول إلى يهودي يكره نفسه ولكن بعد وفاته بعقود؟!...

وَجْهَ الْوَجْهِ

الدكتور فيصل محمد خير الزراد والدكتور عابد أبو مفيضي

تعتبر مهنة الطب النفسي من أهم المهن الطبية بالنسبة لصحة الفرد والمجتمع. وقد ازدادت أهمية هذه المهنة في الآونة الأخيرة بسبب ازدياد الضغوط النفسية، وحالات التوتر والقلق والاكتئاب، كما بسبب الظروف المعنوية القاسية التي تحيط بالفرد العربي راهناً. مما يؤثر سلباً على وظائف الفرد الحياتية، وعلى توازنه النفسي والفكري والاجتماعي.

ومهنة الطب النفسي تتطلب خبرة، وتدريباً، وأخلاقاً مهنية بما يفوق ما هو مطلوب من المهن الطبية، وغير الطبية، الأخرى. فالطبيب النفسي، علاوة على تدريبيه وخبرته واطلاعه الواسع، يحتاج لأن يكون مخلصاً لهنته، صادقاً مع مريضه، واثقاً من قدراته، يتعامل مع مريضه بكل احترام وتقبل وصدق، مع الحفاظ على أسرار المريض وخصوصيته، والأهم من كل ذلك أن الطبيب النفسي يجب أن يكون معافى صحياً ونفسياً وعقلياً وسلوكياً حتى يستطيع القيام بواجبه المهني (التشخيص والعلاج) بشكل صحيح، بعيداً عن الأخطاء التي قد يكون المريض ضحية لها.

هذا وتشير الدراسات إلى أن هذه الخبرة والمهارة المنهية قد لا تتوافر لدى جميع الأطباء النفسيين . فأصحاب الخبرة في هذا المجال هم قلة في عالمنا العربي. ومن هذه القلة من الأطباء النفسيين الذين تميزوا بخبرتهم الطويلة ، وأعمالهم العلمية الفريدة ، وأخلاقهم المهنية العالية، بحيث يصعب تجاهلهم على المستوى العربي، ذكرنا الدكتور عايد محمد عبد الله أبو مغصصي، الاستشاري الأول في مستشفى الطب النفسي في مدينة أبو ظبي ، دولة الإمارات العربية المتحدة ، وكان لنا معه اللقاء التالي:

الأخ الدكتور عابد أبو مغيبصيб: باسمي وباسم الأستاذ الدكتور محمد أحمد النابلسي، رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، نرحب بكم في هذه المقابلة العلمية للاستفادة من خبرتكم الطويلة في مجال الطب النفسي في الوطن العربي، وتقديركم لما وصلنا إليه في هذا المجال، ومقدراتكم حول هذه المهنة. وبداية نرجو أن تعرفنا على هويتك الشخصية، وللختام، سيرتك الذاتية.

أولاً أتقدم بشكري الجزيل إلى أسرة مجلة الثقافة النفسية المتخصصة التي أتاحت لي مثل هذا اللقاء. وأبدأ بعرض موجز سيرتي الذاتية:

- عابد محمد عبد الله أبو مغصص.
 - من مواليد مدينة بئر السبع في فلسطين العام 1942 م.
 - نشأ في أسرة مكونة من سبعة أفراد، وعنه أربعة أولاد (ثلاثة ذكور وأنثى) ويوجد من بين أفراد أسرته خمسة أطباء.
 - خريج كلية الطب - جامعة الموصل في العراق .
 - ماجستير في وراثة الأعصاب - أدنبرة في بريطانيا.
 - شهادة الدكتوراه في الطب النفسي من جامعة لندن - بريطانيا.
 - طبيب استشاري سابق في وزارة الصحة في الكويت.
 - استشاري للمعاقين، وخبير في التخلف العقلي/ الكويت.
 - مدرس في كلية الطب - جامعة الكويت.
 - استشاري أول في مستشفى الطب النفسي في أبو ظبي.
 - مدرب سريري لطلبة الطب في أبو ظبي.
 - مدرس ومدرب لأطباء الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة في أبو ظبي.
 - درس وأشرف على الأطباء المتقدمين لإعداد شهادة البورد العربي في الطب النفسي.
 - عضو في لجنة البحوث العلمية في أبو ظبي.
 - عضو في الجمعية الطبية الإمارتية.
 - عضو في الجمعية البريطانية لأمراض الوراثة.
 - عضو الجمعية العالمية للطب النفسي.
 - عضو الجمعية الأمريكية للطب النفسي.
 - قام بإنجاز العديد من البحوث العلمية.
 - صدر له كتاب مرجعي عن المخدرات بالاشتراك مع الأستاذ الدكتور فيصل الزراد.
 - كما نشر له كتاب عن أمراض العضلات لدى الأطفال المعاقين (باللغة الانكليزية).
 - قام بتأليف قاموس طبي نفسي بالاشتراك مع الزميل الدكتور فيصل الزراد/تحت الطبع.
 - أعمال علمية أخرى.
- ما هو تقييمكم للطب النفسي في الوطن العربي بشكل عام ؟

مما لا شك فيه بأن مهنة الطب النفسي قد تطورت كثيراً في الآونة الأخيرة، وذلك بسبب تقدم العلوم الطبية ، والعلوم العصبية ، وعلوم العقاقير. وكذلك تقدم الدراسات النفسية ووسائل القياس النفسي... إلخ. وهذه التطورات أدت إلى تغيير جذري نحو الأفضل في العديد



من مجالات الطب النفسي. فقد أصبحنا في الوقت الراهن قادرين على معرفة بعض الوظائف الدقيقة في الدماغ لم تكن معروفة قبل سنوات. وظهرت أساليب حديثة في التشخيص والعلاج النفسيين. كما ازداد الاهتمام بالطب النفسي للمسنين، وبالطب النفسي للأطفال والراهقين، ونشأت فروع جديدة للاختصاص، مثل التصوير العصبي السيكلاتري والنفسي الجسدي، وغيرها. كما ترسخ التعاون والتكامل بين الطبيب النفسي، والاختصاصي النفسي والاجتماعي. بالإضافة إلى زيادة الاهتمام بالمشافي النهارية، وإلى زيادة البحوث والدراسات العلمية في هذا المجال. كما كان لزيادة الوعي الصحي النفسي لدى أفراد المجتمع أثره في تشجيع التطوير المحلي للاختصاص، حيث قلل التفكير الخرافي في تفسير المرض النفسي ولم يعد الإحساس بالعار أو بالوصمة الاجتماعية موجوداً بسبب المرض النفسي كما كان في السابق. إلا أن ذلك لا يمنع من وجود بعض أفراد المجتمع، أو بعض المرضى، الذين ما زالوا يعتقدون بأن المرض النفسي هو بسبب الحسد، أو من الجن، وهؤلاء يلجأون إلى الدراويش أو المطوعين طلباً للعلاج، ويقعون بسهولة ضحية للدجالين والمشعوذين.

■ يقال إن الشعوذة تزدهر مع نقص قدرات العلاج الطبي. وللاحظ أنها كثيرة الازدهار في مجال الأمراض النفسية. فهل لذلك علاقة بنقص قدرات الطب النفسي وخدماته العلاجية؟

على الرغم من التطورات التي أشرنا إليها أعلاه، فإن الطب النفسي شأنه شأن بقية الاختصاصات الطبية، لا يزال مقصراً في مجالات عديدة. ونحن لا ننكر ذلك، حيث تظهر أدوية جديدة ونظريات نفسية حديثة باستمرار. لكن أزمة الطب النفسي تأتي من غموض التعريف الدقيق للاختصاص ومجالاته. وربما كان الخلط بين مفهوم الروح ومفهوم النشاط النفسي الدماغي هو المسؤول عن هذا الخلط. عداك عن طول فترة علاج بعض أنواع الاضطراب النفسي، بما يفسر خطأ بأنه عجز عن تقديم العلاج.

■ أنت كطبيب نفسى لديك هذه الخبرة الطويلة في مجال الطب النفسي. ما هو رأيك بدور الاختصاصي النفسي السريري في مجال الطب النفسي؟

إن كثيراً من الأطباء ما زالوا ينظرون إلى علم النفس وفق الصورة التاريخية للتحليل النفسي، الذي أرسى قواعده العالم فرويد. وهذه صورة مغلوطة جداً، فعلم النفس الحديث تطور كثيراً، وخاصة من الناحية العملية والتجريبية. حتى بات علم النفس منفصلاً تقريباً عن التحليل النفسي التقليدي. وضاقت المسافة جداً بين عمل الطبيب النفسي، والاختصاصي النفسي، وأصبح هذا الأخير، إذا واكب التقدم العلمي، ضرورة لا يستغنى عنها في ممارسة الطب النفسي، سواء في العيادات الخارجية، أو لدى مرضى العناصر الداخلية ، وفي حالات الإدمان ، والمشافي النهارية، وطب الأطفال، وحالات الطب النفسي الشرعي ، وداخل اللجان

الطبية ، بالإضافة إلى الحالات التي تتطلب الإرشاد الأسري، وغير ذلك. ولا ننسى بأن القياس النفسي هام جداً في مجال التشخيص والتقييم والبحث العلمي. لذلك فإن الاتجاه السليم هو التكامل في التشخيص والعلاج بين عمل الطبيب النفسي والاختصاصي النفسي. وهذا التكامل مطلوب لمصلحة المريض ولتقدير الاختصاص، حيث تتيح هذه المشاركة مقاربة الحالة من زوايا متعددة.

■ ما هي آخر مطالعاتكم العلمية في مجال الطب النفسي؟

كما تعلمون، فإني أتابع باستمرار الموضوعات العلمية الواردة في المجلة البريطانية في الطب النفسي، وكذلك المجلة الأمريكية للطب النفسي ، كما أتني أقرأ باستمرار مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، وأآخر ما قرأت كتاب «الحرب النفسية في العراق» من تأليف الدكتور محمد النابلي، وأحب أن أشير هنا إلى مجلة الطب النفسي في أبو ظبي التي أسسها وأدار تحريرها الزميل الدكتور فيصل الزراد .

■ ما هي مقتراحاتكم بشأن تطوير مهنة الطب النفسي في العالم العربي؟

هناك عدة مقتراحات أبرزها الاهتمام بالأخلاق المهنية، والخلفية القانونية والشرعية للطب النفسي. والاهتمام بالتعليم الطبي المستمر للأطباء الجدد. مع الاهتمام بالترجمة وبالصطلاحات العربية، وبالترجمات في مجال الطب النفسي. وكذلك توجد ضرورة إعداد عيادات نفسية سلوكية مزودة بالأدوات اللازمة. والاهتمام بالبرامج الطبية النفسية الحديثة، وبالبحث العلمي في المجال. على أن يكون هناك تعاون وتنسيق على مستوى جميع مؤسسات الطب النفسي في العالم العربي. ولا ننسى هنا أهمية إعداد وتدريب الاختصاصي الاجتماعي لتحقيق التكامل في الخدمات الطبية. ولا بد لمؤسسات الدولة، وأهل الخير، من توفير الدعم المادي لهذه المشاريع التطويرية.

في النهاية نشكر الدكتور عابد أبو مغبيصي على تفضله بهذا اللقاء العلمي. على أمل اللقاء في مرات قادمة بإذن الله.



أطفال الإنفاضة

الأطفال الأسرى في المعتقلات «الإسرائيلية»... اعتقال عشوائي ومعاملة غير إنسانية!

٨٠٪ منهم تعرضوا للتعذيب و ١١٪ يعانون من مشاكل نفسية..

رام الله . وزارة شؤون الأسرى والمحررين

دأبت سلطات الاحتلال «الإسرائيلي» منذ احتلال الضفة الغربية وقطاع غزة عام ١٩٦٧، على توظيف أدوات القانون والقضاء «الإسرائيلي» توظيفاً مخالفًا للمعايير والقواعد الدولية. وللجانب السلطات «العسكرية الإسرائيلية» إلى تبرير ممارساتها غير القانونية بحق الفلسطينيين من خلال إصدار أوامر عسكرية تتضم عمليات اعتقال وتوفيق الفلسطينيين، وتحرم الأسرى الفلسطينيين عموماً، والأسرى الأطفال على وجه الخصوص، من أبسط حقوقهم.

وتم عمليات الاعتقال والتوفيق ضد الفلسطينيين من قبل سلطات الاحتلال «الإسرائيلي» استناداً إلى مجموعة من الأوامر العسكرية العنصرية. وهذه الأوامر تضع المواطن الفلسطيني في الأراضي الفلسطينية المحتلة في مرتبة قانونية أدنى من المواطن «الإسرائيلي». وتعتبر مثل هذه الأوامر، وهذه المعاملة بحق الفلسطينيين، خرقاً فاضحاً للمعايير الدولية بخصوص الاعتقال والتوفيق والاحتجاز.

وعلى الرغم من الضمانات والحقوق التي توفرها المعايير الدولية للمعتقلين والموقوفين، دون تمييز على أساس الدين أو الجنس أو اللون أو اللغة أو الانتماء السياسي أو غيرها، إلا أن المعتقلين والموقوفين الفلسطينيين في معتقلات الاحتلال «الإسرائيلي» محرومون تماماً من مثل هذه الضمانات والحقوق.

وتشمل هذه الضمانات والحقوق القضايا التالية: الحق في عدم التعرض للاعتقال العشوائي. الحق في معرفة سبب الاعتقال. الحق في الاتصال بالمحامين. الحق في إبلاغ العائلة بالاعتقال وبمكان الاعتقال. الحق في المثول الفوري أمام القاضي. الحق في الاعتراض على عدم قانونية التوفيق. الحق في الاتصال بالعالم الخارجي. الحق في معاملة إنسانية واحترام لكرامة الإنسانية.

ومنذ العام 1970، خضعت عملية اعتقال وتوفيق الفلسطينيين في الأراضي الفلسطينية المحتلة إلى أحكام الأمر العسكري رقم 378. وقد تم تعديل هذا الأمر عدة مرات بما يسمح بمزيد من الانتهاك لحقوق المعتقلين والمحوقين. ويسمح هذا الأمر باعتقال وتوفيق فلسطينيين دون سابق إنذار، دون مسوغات اعتقال مقنعة. ويسمح هذا الأمر كذلك بتوفيق المعتقلين الفلسطينيين مدة 18 يوماً بدون أمر قضائي.

وفي نيسان 2002، أصدرت سلطات الاحتلال «الإسرائيلي» الأمر العسكري رقم 1500. وقد دخل هذا الأمر حيز التنفيذ بأثر رجعي ابتداء من 29 آذار 2002. ويعود الأمر 1500 أي مسؤول برتبة رائد في جيش الاحتلال، أو في الشرطة، صلاحية إصدار أمر اعتقال وتوفيق بحق الفلسطينيين لمدة لا تتجاوز 18 يوماً. لا يسمح للموقوف خلال هذه المدةبقاء محام. وفي أيار 2002، أصدرت السلطات العسكرية «الإسرائيلية» ثلاثة أوامر عسكرية إضافية (1501 ، 1502 ، 1503) سمحت بموجبها بتمديد المدة التي يحظر فيها على الموقوف الالقاء بالمحامين.

اعتقال الأطفال دون سن 18:

ارتفعت وتيرة اعتقال الأطفال الفلسطينيين من قبل سلطات الاحتلال «الإسرائيلي» منذ أيلول 2000. ووفق إحصائيات وزارة شؤون الأسرى والمحربين، بلغ مجموع الأطفال المعتقلين منذ ذلك الحين أكثر من 2000 طفل فلسطيني،.. نقل أعمارهم عن 18 عاماً. ولا يزال 346 طفلاً فلسطينياً رهن الاعتقال لحد الآن، وهم يشكلون ما نسبته 5% من مجمل عدد الأسرى الفلسطينيين.

يُاحتجز الأطفال الفلسطينيون في ظروف لا يتوافر فيها الحد الأدنى من المعايير التي نصت عليها اتفاقية حقوق الطفل، واتفاقية جنيف الرابعة لحماية المدنيين وقت الحرب، ومعايير بكين. كذلك، فإن ظروف احتجاز الأطفال الفلسطينيين في معتقلات ومرافق توقيف وتحقيق «إسرائيلية» داخل «إسرائيل»، وفي المناطق الفلسطينية المحتلة، آخذة في التدهور، مما يهدد حياة الأطفال وسلامتهم.

يتم تقديم الأطفال المعتقلين إلى محاكم عسكرية «إسرائيلية» بموجب الأمر العسكري 225، وهذه المحاكم تعمل وفق مجموعة من الأوامر العسكرية، ولا تعمل بموجب قوانين. علمًا بأن لدى السلطة الوطنية الفلسطينية نظاماً قضائياً للأحداث. بإمكانه التعامل مع هؤلاء الأطفال. ويبعد التمييز جلياً إذا ما أخذنا بعين الاعتبار معاملة السلطات «الإسرائيلية» للأحداث «الإسرائيليين»، خصوصاً وأنه يتم التعامل معهم من خلال نظام قضائي خاص بالأحداث.



ومن الجدير التقويه هنا، أن «إسرائيل» هي طرف في اتفاقية حقوق الطفل، وفي اتفاقية مناهضة التعذيب، وغيره من ضروب المعاملة، أو العقوبة القاسية، أو اللإنسانية، أو المهينة.

أوامر عسكرية عنصرية:

لجأت هذه السلطات إلى تشريع وتقنين وبرير سياسة اعتقال الأطفال من خلال إصدار أوامر عسكرية تجيز اعتقالهم وإطالة مدة احتجازهم بدون محاكمة. فالأمر العسكري رقم 132 ، الصادر عام 1999 ، سمح باعتقال أطفال فلسطينيين في سن 12 - 14 عاماً. وهذا يفسر ازدياد حالات اعتقال الأطفال الفلسطينيين بعد عام 1998 . ففي عام 1998 ، تم توثيق 89 حالة اعتقال لأطفال فلسطينيين، بينما اعتقل 202 طفلًا فلسطينيًّا عام 1999 ، وحوالي 330 طفلًا عام 2000 .

والجدير بالذكر، أن سلطات الاحتلال العسكري «الإسرائيلي» ومن خلال الأوامر العسكرية التي أصدرتها، تعامل مع الفلسطينيين الذين بلغوا سن 16 عاماً، على أنهم ليسوا أطفالاً، وهذه مخالفة صريحة لبند اتفاقية حقوق الطفل التي تحدد سقف مرحلة الطفولة بسن 18 عاماً. وسلطات الاحتلال بذلك تميز بين طفل وآخر على خلفية قومية أو دينية.

واعتادت حكومة الاحتلال «الإسرائيلي» على إضفاء صبغة قانونية على انتهاكات حقوق الإنسان الفلسطيني التي ترتكبها. فهي على سبيل المثال، تشريع استخدام التعذيب تحت حجج وذرائع متعددة «كضرورات الدفاع». حيث أن «إسرائيل» الدولة الوحيدة في العالم التي تلتزم بالاتفاقيات الدولية والقانون الدولي من خلال تشريعها للتعذيب، بالرغم من أنها قد وقعت على اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة، أو العقوبة القاسية، أو اللإنسانية، أو المهينة التي بدأ تاريخ نفاذها في حزيران 1987 .

الوضع الراهن للأطفال الأسرى:

منذ بداية انتفاضة الأقصى في أيلول 2000 ، تجاوز عدد الأطفال الفلسطينيين (دون سن 18 عاماً) الذين اعتقلتهم سلطات الاحتلال «الإسرائيلي»، 2000 طفل فلسطيني.

لا يزال 346 طفلًا فلسطينيًّا رهن الاحتجاز حتى هذا التاريخ. وتتراوح أعمار الأطفال المعتقلين ما بين 14 - 18 عاماً، وهم محتجزون في مراكز اعتقال داخل أراضي سلطة الاحتلال. ويوجد من بين الأطفال المعتقلين 31 معتقلًا إداريًّا دون تهم محددة ودون محاكمة.

ومن ضمن الأطفال المعتقلين، يوجد 215 طفلًا موقوفاً بانتظار المحاكمة، بعضهم ينتظر منذ آذار 2003 ، وهذا مخالف لأحكام المادة 14 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، والمادة 40 من اتفاقية حقوق الطفل. وبافي الأطفال المعتقلين ، وهم حوالي 96

طفلًا محكمين من قبل محاكم عسكرية بموجب أوامر عسكرية، وليس بموجب تشريعات خاصة بالأحداث.

تعذيب الأطفال في السجون والمعتقلات «الإسرائيلية»:

يتعرض المعتقلون الفلسطينيون إلى صنوف مختلفة من التعذيب، وتشير إحصائيات مركز المعلومات «الإسرائيلي» لحقوق الإنسان «بيتسيلم» لعام 1998 ، أن الشاباك «الإسرائيلي» يحقق مع 1500 مواطن فلسطيني في السنة، وأن 85٪ منهم يتعرضون للتعذيب. وتشير إحصائيات الحركة العالمية للدفاع عن الأطفال/فرع فلسطين، أن 80٪ من الأطفال الفلسطينيين الذين تم اعتقالهم تعرضوا للتعذيب.

يتعرض الأطفال الأسرى لصنوف مختلفة من التعذيب والمعاملة القاسية واللامانية والمهينة، فهم يتعرضون للضرب، والحرمان من الطعام، ومن النوم، والشبح، والرش بالماء، والشتائم، والتهديد اللفظي، العزل في زنازين أثناء التحقيق معهم من قبل جهاز المخابرات والاستخبارات العسكرية والشرطة «الإسرائيلية».

إن استمرار سلطات الاحتلال «الإسرائيلي» في استخدام التعذيب، وغيره من ضروب المعاملة القاسية وغير الإنسانية والمهينة، يعتبر انتهاكًا فاضحًا لاتفاقية حقوق الطفل، وتحديداً المادة 37، واتفاقية مناهضة التعذيب، وتحديداً المادة 2 و 16، وانتهاكًا لبند العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، وتحديداً المواد 7، 10. كذلك المادتين 31 و 32 و 37 من اتفاقية جنيف الرابعة بشأن حماية الأشخاص المدنيين في وقت الحرب، وكذلك انتهاكًا لأحكام المادة 5 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وحتى انتهاكًا للقانون الجرائي «الإسرائيلي»، وتحديداً المادة 277.

يمعن الأطفال أثناء فترة التحقيق من الاتصال بذويهم أو من الاتصال بمحامٍ. كما ويُمنع المحامون من زيارة الأطفال أثناء هذه الفترة، وأحياناً كثيرة يصعب تحديد أماكن احتجاز عدد من الأطفال. كما أن زيارة الأهالي لأبنائهم تتطلب تصاريح خاصة، غالباً لا يتم منحها للأهالي. تشير إحصائيات وزارة شؤون الأسرى والمحررين أن 11٪ من الأطفال الذين اعتقلوا يعانون من مشاكل جسدية ونفسية، وهم بحاجة إلى علاج طبي وتدخل نفسي.

وبالنظر إلى أعمار الأطفال الفلسطينيين، يتضح أن نسبة الأطفال المعتقلين في الفئة العمرية من 16 - 17 عاماً، تبلغ 44٪ من مجموع الأطفال المعتقلين. وهذا يعني، بالإضافة إلى حرمان هؤلاء من حريةِهم، أن فرص عودتهم إلى الدراسة تتضاءل.

كذلك، يلاحظ أن كثيراً من الأطفال أمضوا فترات اعتقال طويلة تتراوح من 2 - 12 شهراً. ويتراوح معدل فترات الاعتقال حسب نوع التهمة. مثلاً، 2 - 6 أشهر لتهمة إلقاء حجارة، 12 شهراً لتهمة إلقاء زجاجات حارقة. وقد تم توثيق 10 حالات على الأقل، مكث فيها بعض الأطفال أكثر من 24 شهراً بانتظار المحاكمة.

وترى الوزارة، بناء على دراسة وتحليل حالات اعتقال الأطفال، أن معظم حالات الاعتقال بحق الأطفال هي اعتقالات عشوائية، وتم هذه الاعتقالات ليلاً، وفي ظروف تثير الرعب لدى الأطفال، وأنها تتم بدون اتخاذ الإجراءات القانونية والقضائية الكافية، وأن الأطفال تم محاكمتهم أمام محاكم عسكرية غير مؤهلة وغير متخصصة، وأن الأطفال يحتجزون في أماكن اعتقال لا يتوافر فيها الحد الأدنى من المعايير الدولية ذات الصلة.

مراكز اعتقال وتوفيق الأطفال:

يتوزع الأطفال المعتقلون على مراكز توقيف واعتقال وتحقيق وسجون «إسرائيلية» موجودة داخل «إسرائيل» وفي الأراضي الفلسطينية المحتلة، وهي تابعة لجيش الاحتلال «الإسرائيلي» أو لصلحة السجون والشرطة «الإسرائيلية». وهذا يعني أن الأطفال محتجزون في مناطق بعيدة عن أماكن سكناهم.

وبخصوص توزيع الأطفال المعتقلين على مراكز التوقيف والاعتقال، وحسب إحصائيات وزارة الأسري حتى شهر آب 2003، فهي على النحو التالي:

السجن/المعتقل/مركز التوقيف أو التحقيق	عدد الأطفال	السجن/المعتقل/مركز التوقيف أو التحقيق	عدد الأطفال	عدد الأطفال
الجلمة (داخل إسرائيل)	2	الرملة (داخل إسرائيل)	12	
المسكونية	2	النقب (داخل إسرائيل)	55	
بناح تكفا(داخل إسرائيل)	3	بيت إيل	15	
تلموند(داخل إسرائيل)	78	حواره	11	
سالم	6	عسقلان(داخل إسرائيل)	6	
عصبيون	10	عوفر	57	
قدوميم	7	مجدو(داخل إسرائيل)	31	
غير محدد	52			

الأطفال المعتقلون حسب مناطق سكناهم:

يلاحظ كذلك، أن 50% من الأطفال المعتقلين هم من سكان المناطق ذات التواجد العسكري «الإسرائيли» المكثف والبارز، وتحديداً من مناطق الخليل ونابلس وجنين وبيت لحم. في حين أن 18% من الأطفال المعتقلين هم من مناطق رام الله والقدس. كذلك يلاحظ أن 38% من الأطفال المعتقلين هم من مناطق شمال الضفة الغربية، في حين أن 18% من مناطق الوسط، و 23% من جنوب الضفة.

وبخصوص توزيع الأطفال المعتقلين حسب مناطق سكناهم، فهي على النحو التالي:

المنطقة	عدد الأطفال المعتقلين
القدس	25
الخليل	53
نابلس	63
رام الله	39
طولكرم	22
قلقيلية	11
جنين	30
بيت لحم	30
طوباس	6
غزة	1

الأطفال المعتقلون حسب سنوات اعتقالهم:

تتوزع أعداد الأطفال المعتقلين حسب سنوات اعتقالهم على النحو التالي:

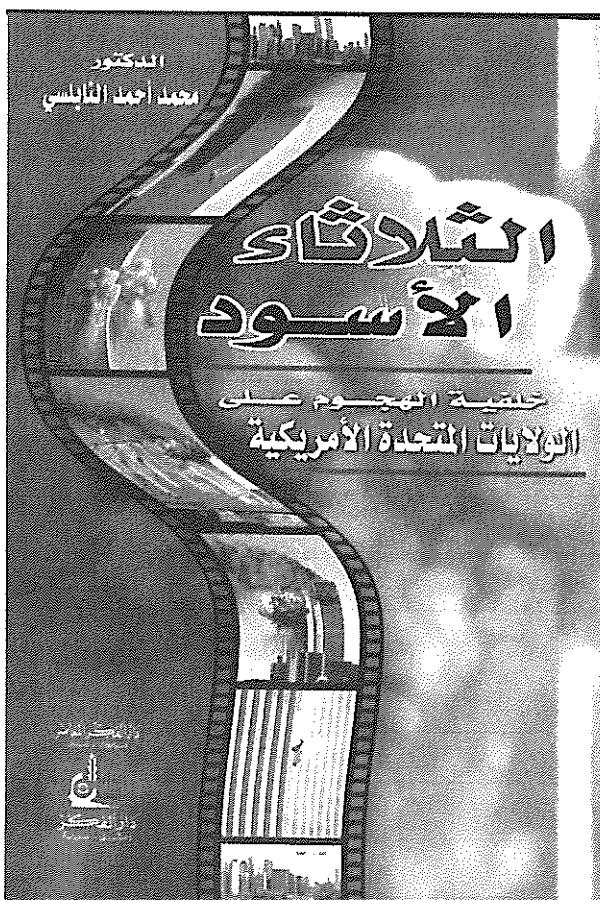
سنة الاعتقال	عدد الأطفال
منذ قبل عام 2000	14
منذ عام 2001	15
منذ عام 2002	110
منذ عام 2003	200



الأطفال المعتقلون حسب أعمارهم الآن:

يتوزع الأطفال المعتقلون في الفئة العمرية من (15 - 18 عاماً) على النحو التالي:

سنة الميلاد / العمر	عدد الأطفال
مواليد عام 1985 (18 عاما)	133
مواليد عام 1986 (17 عاما)	113
مواليد عام 1987 (16 عاما)	16
مواليد عام 1988 (15 عاما)	15



الثلاثاء الأسود خلية الهجوم على الولايات المتحدة الأمريكية

الدكتور محمد أحمد النابسي

دار الفكر المعاصر - بيروت - دار الفكر - دمشق 2001

أخبار الجمعيات النفسية العربية

1 - جمعية الطب النفسي التطوري

أصدرت الجمعية العدد الجديد من مجلتها الإنسان والتطور وضم العدد المواضيع التالية:

- الافتتاحية ١ : أ.د. يحيى الرخاوي.
- ملف العدد: أزمة القيم وإشكالة الأخلاق.
- الافتتاحية ٢ : الأخلق بين الضرورة الاجتماعية و النزعة الإنسانية / فردي زهران.
- الأساس الأخلاقي للمجتمع / عرض و تلخيص د. أحمد الفار.
- الأخلاق (الجامعية) : ميثاق مكتوب، أم ثقافة معاشرة؟.
- الأخلاق الجامعية : بين التظير التجريدي و الممارسة اليومية.
- التكنولوجيا تعيد صياغة الأخلاق.
- دعوة ضمنية « ضد - أخلاقيات «من المثل الشعبية» .
- حين يصبح العلم ضميراً و خلقاً.
- أخلاق الإبداع، و إبداع الأخلاق.
- عن العولمة و الأخلاق : و حضور الله في الوعي الفردي و الفعل اليومي.
- لمحات من خلق مسيحي: المحبة أن تفعل الأفضل / د. حسام حشمت.
- دعوة للقراء للمشاركة : منظومة الأخلاق تتغير.
- حصار / د. هاني يحيى.
- الإسلام يناقض الاحتراق الديني / د. أحمد منصور.
- رجل يملك كل شيء / ياسر نصار.
- قصص قصيرة.. خذ حذرك.
- علاج ذاتي بالفلسفة / د. يسرية أمين.
- شطحات / د. عادل مصطفى.
- حالات وأحوال.
- نقد: حديث الصباح والمساء.
- نصوص علمية مزدوجة اللغة.
- مفهوم الصحة النفسية من وجهة نظر إكلينيكية.

- ملحق الصحة العقلية وعصر المعلومات.
- ندوات الجمعية.
- ندوة فيلم «مدينة الملائكة».
- ندوة كتاب المسيح اليهودي / تأليف: رضا هلال.
- ندوة مقتطفات من شعر أحمد تيمور.
- تعدد الندوات : حوار، أم صراع، أم تبادل أدوار: نحو للاف محتمل؟ / الشاعر د.أحمد تيمور.
- مونودrama الممثل ... قصيدة درامي.
- ملحق الإدمان.
- تذكرة عاجلة عن الإدمان و الشباب... سؤال و جواب.
- تعطى: مركز دراسات التعامل مع الإدمان و التعاطي في دورته الأولى / د. إيهاب الخراط.

نشاطات الجمعية ونديوانها: أقامت جمعية الطب النفسي التطوري والعمل الجماعي مجموعة ندوات، مثل ندوة «حدس اللحظة، لباشلار» أو إسلامية المعرفة أ. د. عبد الوهاب المسيري أساساً، كما أن كثيراً مما ينشر في ما يخص النقد الأدبي يكون قد نوقش - في الأغلب - في ندوة من هذه الندوات (ظل هذا التقليد حتى هذا العدد، فنقد يوسف عزب لرواية حديث الصباح والمساء المنشور ص 180، هو موضوع ندوة من هذه الندوات).

الجديد في الموضوع، أتنا قررنا أن تمثل موضوعات الندوات باباً ثابتاً في هذه المجلة، حتى لو لم يزد تلخيص ما دار في الندوة عن صفحة أو بضع صفحات. وسوف نكتفي في هذا العدد بتقديم ندوات (1) ندوة نيسان /أبريل 2001، فيلم : مدينة الملائكة (تقديم ونقد: د.أحمد عبد الله ود. حسام حشمت) (2) وندوة أيار /مايو 2001: المسيح اليهودي ونهاية العالم (تأليف: رضا هلال) (نقد وتقديم: د. إيهاب الخراط/ والباحث أ. جلال الدين عز الدين)

(3) ثم ندوة حزيران /يونيو 2001 : مقتطفات من شعر د.أحمد تيمور (من ديوانى البراكين الطيبة. شجن شجر الشوارع. تقديم د.أحمد عبد الله، ود. هاني يحيى).

- (1) ندوة نيسان /أبريل 2001: فيلم: مدينة الملائكة
- (2) اقترح الفيلم : د.أحمد عبد الله.
- (3) المقدمان: د. حسام حشمت، و د.أحمد عبد الله.
- (2) ندوة أيار /مايو 2001 .. كتاب المسيح اليهودي / تأليف : رضا هلال

ملخص : اقترح الكتاب د. أحمد الفار، واستجابة لاقتراح معظم الحضور، باعتبار أنه إسهام في تفسير مأزق العالم، وهو يمر بما يمر به، ويحاول ضمن خبطاته أن يخرج منه بما يسمى اليقظة الدينية (أو شبه الدينية المستعملة للدين)، وارتباط ذلك بدعم «إسرائيل» وتأييداحتلالها للقدس، بزعم أن هذا التزاماً دينياً بشكل أو بآخر. إن قيام «إسرائيل» اعتبر الخطوة قبل الأخيرة للمجيء الثاني للمسيح، أما الخطوة الأخيرة، فهي بناء الهيكل فوق قبة الصخرة عند المسجد الأقصى. يتناول الكتاب محاولة شرح ما يمكن أن يسمى «تدين أميركا» المعاصر، كمدخل لفهم ما يجري فيها، ومنها، وخاصة في مجال ادعاء الحرية، والتدخل في موقف الأقليات الدينية عبر العالم، ثم موقفها من «إسرائيل».

مقدما الندوة. د. إيهاب الخراط (بمثابة قس بروتستانتي، وطبيب نفسي) أ. جلال الدين عز الدين (خبير الشؤون الإسلامية في الشرق الأوسط، والمُسؤول في موقع إسلام أون لاين على شبكة الإنترنت).

• ندوة حزيران / يونيو 2001 .. مقتطفات من شعر د. أحمد تيمور من ديواني «البراكيين الطيبة». «شجن شجر الشوارع»/ تقديم د. أحمد عبد الله، ود هاني يحيى.
التقديم العام : بدأت الندوة بالذكرة أن هذه الندوة تتجنب تقديم ما نتصور أنه نقد الشعر. الشعر لا ينقد بعبارات. قد لا ينقد الشعر إلا شرعاً، مثلما كتب محمود محمد شاكر قصيده على قصيدة الشمام المسماة «القوس العذراء».

ثم تساءل مقدم الندوة عن ماهية الشعر، واسترجع المقدم تساؤل صلاح عبد الصبور عمّا إذا كان الشعر حالة، أم حلية، أم أسلوبًا، وانتهي صلاح إلى أنه حالة. وأشار إلى أن الشعر هو جرارات من الكشف المكشف، تتجلى فيها إعادة تشكيل اللغة، جنباً إلى جنب مع تشكيل الزمن (الإيقاع). فكيف بالله يتجرأ أحد أن يزعم أنه ينقد شعراً.

لكن يبدو أنه في نهاية النهاية، مadam ثمة شاعر، وثمة مثقف، فما بينهما هو الناقد. ولكن - مرة أخرى - نحن لا ندعى الوصول إلى مرتبة النقاد، فهو التلقى المشارك، إن صح التعبير.

وقد عرجت المقدمة على المعركة الدائرة حول قصيدة النثر، وخاصة بعد ما عاد لإثارتها أحمد عبد المعطي حجازي، حتى وصل الحوار إلى ما يشبه السباب بينه وبين الدكتور جابر عصفور وأخرين. وتساءل المقدم عن رفض شعر جويدة بوجه خاص رغم شعبيته وجاذبيته وسلامته، وقد وصل السب النافي إلى نص يصفه ساخراً «شعر دا يا مرسى» (اقتباساً من مدرسة المشاغبين: «سنتنتضم» إنجليزي دا يا مرسى؟). ولم يتردد المقدم في إعجابه المتحفظ بكل من شعر جويدة وتيمور، وأن السهولة لا تعيب الشعر، والموسوعية وحضور المعنى المباشر من حيث المبدأ لا ينقصان من قدر الشعر شعراً، ما دام قد تكشف وتتفهم وجدد واخترق.

بدأت الندوة بكلمة د. أحمد عبد الله، الطبيب النفسي، الذي كان وما زال أحد أعمدة هذه الندوة، وهذه الدار التي تعقد فيها الندوة. ثم إنه من رواد ومربي صالون الشاعر صاحب الديوانين المقدمين د. أحمد تيمور، وقد أوجز ما قدمه كتابة في ما يلي ...

● قراءة في تعدد الذوات.. حوار أم صراع.. أم تبادل أدوار: نحو للاف محتمل؟
(من وحي/ «قصيد درامي»: للشاعر د. أحمد تيمور)

ملخص : تعدد حالات الذات Ego states (النواة، المنظومات الدماغية) هو مفتاح فهم النفس البشرية، والتركيب الحيوي الهيرواريكي للدماغ.

هذه الحقيقة ليست جديدة، وليست ثانية. هي حقيقة تمارس أكثر منها تنظر، وقد تناولتها هذه المجلة منذ أكثر من خمس عشرة سنة في مداخلة بعنوان «الوحدة والتعدد في الكيان البشري» (الإنسان والتطور، السنة الثانية، العدد الرابع، تشرين الأول / أكتوبر - كانون الأول / ديسمبر 1981).

لم يعد الأمر فرضاً يحتاج إلى إثبات. تأثير هذا المدخل قد يمتد إلى كل مظاهر الحياة المعاصرة، من أول هر صنم الديموقراطية حتى فهم عالم الجن والأرواح، وقد يمتد الطموح المعرفي في هذا المجال، ليفتح آفاقاً رحبة أمام استيعاب الخبرات الصوفية والإيمانية في مسارها نحو تكامل الكل في واحد هو وجه الله تعالى.

المداخلة الحالية ليست تنظيراً مثل سابقتها المشار إليها حالاً، إنها تطبيق نقدي. على «قصيد درامي» للشاعر د. أحمد تيمور، الذي قدمنا في هذا العدد لمحات لما دار في ندوة حزيران / يونيو الشهرية للجمعية، تناولت مقتطفات من ديواني «شجن شجر الشوارع». و «البراكيين الطيبة» ^{أنظر ص 284} من هذا العدد.

ينتمي هذا المدخل إلى ما يسمى الآن «التحليل التركيبية» STRUCTURAL ANALYSIS وهو ما أوليهما أكبر جانب من العناية والتطبيق في كثير من الدراسات النقدية التي قام بها الكاتب، ونشرت في هذه المجلة وغيرها. كما أنه يعتبر المحور النظري الذي تدور حولها التطبيقات الإكلينيكية التي تمارس في ظل الفكر الإيقاعي التطورى، خاصة في العلاج الجماعي ...

المزيد على شبكة العلوم النفسية العربية:

<http://www.arabpsynet.com/Journals/me/me69-74.htm>

2. الجمعية المصرية للطب النفسي

أصدرت المجلة العدد الجديد من مجلتها الصادرة بالإنجليزية وتضمن العدد:

- Leadership / by M.S. AbdelGawad
- “Time Dimension” Revisited in Clinical Practice and Research in Psychiatry / by Y.T. Rakhawy
- Assessment of the Negative Symptoms in a Sample of Egyptian Schizophrenic Patients: Association with Poor Premorbid Social Functioning and Cognitive Impairment / by M.R.A. Raslan
- A Study of Depressive Symptomatology in Cancer Patients / by M. El Batrawi and M. Moussa
- Depression in the Elderly “Clinical and Psychosocial Study“ / by A. El-Dod, G. Shama and A. Mubarak
- Screening for Depression in Cancer Using the Zung Self Rating Scale / by M. El Batrawi, M. Moussa and H. Abdaal
- Fertility in Schizophrenia in Comparison with other Psychiatric Disorders / by R. Reda Abdel-latif
- Benefits and Limitations of Conventional, EEG in a Psychiatric Clinic / by M. Al-Mahdi, R. Al-Gamal and M. Abdel-Fattah
- Linguistic Disabilities in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder / by M.R. A. Raslan and Nahla Abdelaziz
- Psychological Changes During Pregnancy: Relation to outcome & Postpartum Period / by M. Shaheen, A.Nasr and S.Abo El-Magd
- Perceived Parental Styles in Depressed and Anxious Patients / by M. El-Batrawi
- Childhood Sexual Abuse in Depressed Female Inpatients: A 2-year Follow-up Study and an Explanatory Cognitive Model / by Alaaeldin Soliman and Safeya M. Effat
- The Attitudes of Palestinian Primary Health Care Professionals in the Gaza Strip. Towards Mental Illness / by A.Afana, O. Steffen, E.Dalgard, B. Grunfeld and E. El-Sarraj
- Psychiatric and Emotional Disorders in a Sample of Egyptian Orphanage Resident Children / by S. Abdelmagd

المزيد على شبكة العلوم النفسية العربية:

<http://www.arabpsynet.com/Journals/ejp/ejp23.1.htm>

3. الجمعية الإسلامية العالمية للصحة النفسية:

أصدرت الجمعية العدد الجديد من مجلتها «النفس المطمئنة» وتضمن العدد المحتويات التالية:

- ليس دفاعاً عن الإسلام.
- النفس الإنسانية وأمراضها بين الطب والدين.

- كيف تتعامل مع الإجهاد.
- هل طفلك مضطرب نفسياً.
- الاضطرابات النفسية بعد الولادة.
- أين يقطن الحب؟.
- التوبة طريق الرجوع إلى الله.
- الذكاء الوجداني والقرن 21 توحيد الألوهية، وأثره الإيجابي في الصحة النفسية.
- توحيد الألوهية وأثره الإيجابي في الصحة النفسية / د. الجميل محمد عبد السميع - أستاذ علم النفس المساعد.

المزيد على شبكة العلوم النفسية العربية:

<http://www.arabpsynet.com/Journals/mpj/mpj72.htm>

4. الجمعية التونسية للطب النفسي

أصدرت الجمعية العدد الجديد من حوليتها الصادرة بالفرنسية. وتضمن العدد المواضيع التالية:

- Anorexie et Boulimie en Tunisie: a la Recherche d'un Paradigme. / Adel Omrani
- Troubles Cognitifs et Troubles des Conduites Alimentaires. / M. Cheour, Kh. Kallalou, S. Ghaoui, A. Charrad, F. Haffani
- L'Appétit de 450 Etudiants de la Faculté des Lettres. / M. Khaloui, S. Khamouma, A. Houidi, W. Melki, Gh. Saba, G. Khiari, Z. Hachmi
- Psychotropes et Troubles des Conduites Alimentaires / H. Louiz, S. Hammouda, A. Zghal, L. Trabelsi, R. Labbane
- Anxiété, Dépression et Troubles des Conduites Alimentaires / R. Besrour, R. Ghachem, R. Fakhfakh, J. Salhi, A. Boukhari, A. Omrani, A. Boussetta
- La Sertraline dans le Traitement des Troubles Dépressifs Majeurs / R. Bouzid, R. Chairat, B. Ben Hadj Ali, S. Douki
- L'obésité : Aspects Psychiatriques et Profil Psychologique / F. Hamrouni, R. Bouzid, S. Ben Nasr, H. Jerray, A. Maaroufi, B. Ben Hadj Ali
- Corps Obese-Corps Douloureux a L'Adolescence / O. Binous, D. Belkaaloul, S. Amri, H. Ben Yahia, A. Bouden, M.B. Halayem
- Aspect Culturel du Sevrage en Tunisie / D. Belkaaloul, O. Binous, K. Kalalou, M. Talhaoui, L. Ben Amor, M.B. Halayem
- Sevrage de l'enfant. Sevrage de la Mère. / H. Ouennich, O. Binous, K. Kalalou, L. Ben Amor, M.B. Halayem

- Appétit, Corpulence de l'enfant au Regard de la Mère. / N. Dakhlia, M. Jabloun, H. Ouennich, C. Koubaa, L. Ben Amor, M.B. Halayem
- Epidémiologie des Troubles Alimentaires dans la population Générale (a propos de la cohorte de l'Ariana). / M. Khaloui, S. Khammouma, W. Melki, A. Houidi, GH. Saba, G. Khiari, Z. Hachmi
- Troubles Alimentaires : Entre le Fantasme et la Réalité. / N. Zouari, L. Ben Hamida, A. Ben Chehida, H. Ben Amar, R. Halouani, M. Feki, M. Maalej
- Les Troubles du Comportement Alimentaire en Consultation de Psychiatrie Infanto-Juvenile (a propos de 178 cas) / H. Ayadi, Y. Moalla, I. Aloulou, I. Miladi, F. Ghribi
- Caractéristiques Psychopathologiques à l'E.D.I. d'une population Estudiantine / J. Salhi, R. Ghachem, A. Boukhari, R. Fakhfakh, R. Besrour, A. Omrani, A. Boussesta
- Troubles Thymiques et Troubles des Conduites Alimentaires / H. Louiz, I. Trabelsi, S. Hammouda, A. Zghal, L. Trabelsi, R. Labbane
- La Boulimie : Le Poids des Troubles de l'Identité : A Propos d'un Cas. / W. Sellami, Y. Harrabi, An. Jarraya
- Conduites Boulimiques Chez les Etudiants en Médecine / S. Ben Abla-Houissa, M. Khaloui, B. Saada, K. Tabbane, S. Douki

المزيد على شبكة العلوم النفسية العربية:

<http://www.arabpsynet.com/Journals/ATP/atp2-97.HTM>

الحرب النفسية في العراق

متابعة للجانب النفسي

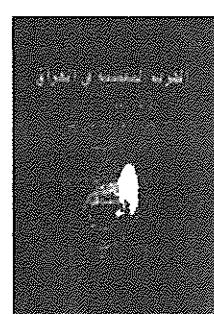
في الحرب الأمريكية على العراق

المؤلف: محمد احمد النابلي

الناشر: مركز الدراسات النفسية - ٢٠٠٣

متوافر للبيع على الانترنت

/ الفرات/ النيل والفرات/ أدب وفن.



بعد تحليله لشخصيات بوش وصدام حسين وعرضه للجانب الإعلامية والشائعات والتكتبات الموظفة في الحرب الأمريكية على العراق يطرح النابلي السؤال اللغز والأكثر غموضا وهو المتعلق بكيفية تحقيق الانتصار الأميركي بهذه الصورة المذهلة؟.

وهو سؤال يستتبع قائمة من الأسئلة الملغزة مثل. كيف انهارت الدناءات العراقية بهذه الصورة المأساوية؟. ما هو مصير القيادة العراقية؟ هل استقرت أميركا في العراق أم أنها تورطت فيه؟ هل يمكن لمقاومة عراقية أن تنتظم في مواجهة الأميركيين؟ وأخيراً سؤال حول ما إذا كان تموج حرب العراق كأيقونة لنصرة نظرية الحرب الاستباقية أم أنه يدحضها بالرغم من الانتصار الذي حققه أميركا في هذه الحرب؟. وعليه فهل تستمر أميركا في حروبها الاستباقية أم تتغمس في ورطة عراقية غير متوقعة؟. إن القراءة النفسية للحرب على العراق هي مهمة ملقة على عاتق فروع اختصاصية متداخلة. وهي ستشغل العاملين في هذه الفروع على مدى سنوات قادمة. عليه فإن ما تقدمه هذه الدراسة ليس سوى مقدمة لقراءات نفسية لاحقة تتضمن ظهور معلومات جديدة عن خلفيات هذه الحرب وأسرارها وصفقاتها الخفية.



عنوان الرسالة: الفاعلية العلاجية للموسيقى، في مقابل أسلوب التدريب على مهارات حل المشكلات في تشكيل الأنماط المرغوبة (إعادة تنظيم ضغط الدم وخفض التوتر وكفاءة السرعة الإدراكية والاستدلال الحسابي).

إعداد: د. السعيد عبد الصالحين محمد.

مدرس علم النفس.

كلية الآداب ، جامعة المنيا.

مقدمة

تركزت معظم بحوث سكينر (Skinner) منذ الخمسينات في التعلم على دور التدعيم أو التعزيز، كمحددات أساسية للتغيير السلوكى، بإعطاء أوامر للعميل وحده لا يكفي، إذ إنه من المهم تدعيم السلوك المرغوب، كما أنه من المهم أيضاً سحب التدعيم من السلوك غير المرغوب. ولما كان من الأهمية بمكان أن يكون التدعيم المقدم للكائن، أو للفرد، محبياً ومفضلاً، لكي يكون مؤثراً، فقد وقع اختيار الباحث على الموسيقى تلك الظاهرة الأكثر ارتباطاً بعواطفنا وأفعالنا وإيقاعنا الشخصي، لما لها من طاقة تؤثر في مشاعرنا ووجودنا.

استُخدم أسلوب حل المشكلات - إجراء تدعيمياً لما يتميز به هذا الأسلوب من توليد بدائل وحلولاً جديدة لمواجهة المشكلات. وذلك بهدف المقارنة بين فاعلية التدعيم بهذا الأسلوب والتدعيم بالموسيقى، في خفض التوتر، وضغط الدم المرتفع، ورفع كفاءة الإدراكية والاستدلال الحسابي، إذ يعد التوتر وارتفاع ضغط الدم من أهم الأضطرابات السلوكية التي تواجه الفرد في عصر متغير ذي إيقاع سريع، أو كما أطلق عليه - عصر القلق - فالجدة وسرعة الزوال والتنوع والتزايد، أصبحت سمات معترفاً بها كمواصفات أساسية للحياة العصرية المتحضرة. كما أن التدفق الغامر للمعلومات والاختيارات أصبح ممكناً والضغوط النفسية.

تلك التغيرات التي جعلت من التوتر وارتفاع ضغط الدم إفراطاً طبيعياً للأفراد في المجتمع، نتيجة لفقدانهم التحكم والسيطرة والضبط الذاتي، مما يجعل البحث عن حلول وأساليب تعامل فعالة لمواجهة مثل هذه الاضطرابات ضرورة ملحة، ومطلباً أمام المتخصصين في العلوم السلوكية.

بدت مشكلة هذه الدراسة، في ضوء انتشار العديد من المدارس العلاجية المختلفة نتيجة لتنوع مكونات السلوك الإنساني، أو لصعوبة الاتفاق على تعريف الصحة النفسية والمرض (إم كولز ، 1992) ففي عام 1986 أقر كارسو (Karsao, 1986) وجود 400 نوع من أنواع العلاجات النفسية تجتمع في أربع فئات هي العلاجات المعرفية، والسلوكية، والوجودانية، والتكمالية (Thomson & Campbell, 1992) الأمر الذي أدى إلى إثارة الشكوك في جدوى الكثير من هذه المدارس العلاجية. أضف إلى ذلك ظهور اتجاه علمي يتزايد في النمو، ويركز على تقييم الإجراءات العلاجية المختلفة من خلال المقارنة بين نقاط الضعف أو القوة في منهجين علاجين أو أكثر.

من أجل ذلك تحاول الدراسة بحث المقارنة بين التدعيم بالموسيقى، إذ يسيطر نصف المخ الأيمن من خلال الاستمتاع بنغمات الموسيقى وتذوقها جمالياً، والتدعيم بالتدريب على مهارات حل المشكلات، إذ يسيطر نصف المخ الأيسر عن العمليات التحليلية العليا، وذلك بهدف معرفة فاعلية أحد الأسلوبين، أو كليهما، في تشكيل أنماط من السلوك المرغوب (خفض التوتر وضغط الدم المرتفع، وتحسين كفاءة السرعة الإدراكية والاستدلال الحسابي).

الجدير بالذكر أن هناك دراسات أشارت إلى أن الموسيقى لها تأثير إيجابي في تحفيض ضغط الدم المرتفع، والقلق، والتوتر، والشعور بالألم، والاكتئاب وزيادة الاسترخاء، وانتظام معدل التنفس (نبيلة يوسف 1979 - 1985 - 1989 - 1999) (Bunt, 1997 Bradford 1991 Eidson, 1997 Kourt, 1987) كما أظهرت دراسات أخرى فعالية الموسيقى في زيادة معدل الاستدعاء والحفظ، وخفض القابلية لشروع الذهن وزيادة الاستدلال البصري المجرد (Cynthia 1995 Morton et al 1999 Mailyn, 2001 Newman, et al 2001).

فضلاً عما انتهت إليه دراسات أخرى إلى فاعلية استخدام أسلوب حل المشكلات في علاج الاكتئاب والعدوان، ومحاولات الانتحار والإدمان والشعور بالضفوط والشعور باليأس

.(1991 Nezu 1985 Marry 1993 Arean, 1992 Sussman)

ثانياً أهمية الدراسة

الأهمية النظرية :

1 . لما كانت التدعيمات (المعززات) لها تأثير فعال في مواقف التعلم وتعديل السلوك وفق نظريات سكتر وبالفوف وثورنديك وولبي (فقد كان البحث عن أكثر أنواع التدعيم فاعلية في تقدم العملية العلاجية ، وبعد من أهم المشكلات التي تواجه المختصين في مجالات الإرشاد النفسي وتعديل السلوك .)

2 . تزايد الجدل والاهتمام بالموسيقى ، ودورها الكبير في التأثير على السلوك . لذا تجاوزت الدراسة الوقوف على طبيعة الموسيقى ومدى إمكانية استخدامها كتدعم إيجابي في تعديل السلوك .

الأهمية التطبيقية:

1 . تأتي الدراسة الحالية استجابة للاهتمام المتزايد ، والذي انصب على نوعية الأساليب المستخدمة من قبل اختصاصي الإرشاد والعلاج النفسي عند تعاملهم مع المسترشدين في ميدان الصحة النفسية ، إذ تعمل الدراسة الحالية على الإسهام في تزويد المرشدين والمعالجين النفسيين بأساليب إرشادية وعلاجية جديدة مستمدة من علم النفس المعرفي وسيكولوجية الموسيقى بمواجهة المشكلات السلوكية ، وتحقيق التوافق النفسي إذا ما ثبتت فاعلية أحد الأسلوبين أو كليهما .

2 . كما تتضح الأهمية التطبيقية للدراسة من خلال تدريب الطلاب ، عينة البحث .. تلك المرحلة السنية الحرجة ، على استخدام المهارات المعرفية ومهارات التذوق الموسيقى ، حيث يمكن استخدامها كأساليب تعامل فعالة مع أحداث الحياة الضاغطة ، بغية توظيف تلك المهارات واستخدامها مع مشكلات سلوكية أخرى مستقبلاً .

ثالثاً: أهداف الدراسة

تسعي الدراسة إلى تحقيق الهدفين الآتيين:

- 1 . تحديد بعض الإجراءات التجريبية التي يمكن بواسطتها تخفيض التوتر وضغط الدم المرتفع ، أو رفع كفاءة بعض العمليات العقلية .
- 2 . المقارنة بين مدى فاعلية أسلوب التدريم بالموسيقى ، وأسلوب حل المشكلات ، في إمكانية تشكيل بعض أنماط السلوك المرغوب محل الدراسة .



رابعاً: التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة

1. الموسيقى: الصوت الذي تحدثه الآلات الموسيقية، والذي تعبّر عنه المقطوعات الموسيقية المفضلة للمفحوصين، والتي يتم الاستماع لها من خلال جهاز الكاسيت.
2. التدريب على مهارات حل المشكلات: توظيف عدد من المهارات المعرفية، بهدف الوصول إلى حلول ممكنة من خلال اختيار أحد البدائل المناسبة وفق الخطوات الآتية:
 1. تعريف المشكلة وتحديدها.
 2. جمع معلومات عن المشكلة .
 3. توليد البدائل والحلول الممكنة.
 4. اختيار وتطبيق طريقة العمل.
 5. تقييم النتائج لعرفة مدى تحقيق الأهداف.
3. السرعة الإدراكيّة: السرعة في تحديد العناصر الصغيرة والدقيقة في مجال إدراكي معين. وتقاس من خلال اختبار شطب الكلمات.
4. الاستدلال الكمي: القدرة على التركيز لإجراء عمليات فكرية وحسابية، وتقاس من خلال اختبار بناء المعادلات.
5. التوتر النفسي: استجابة المفحوص النفسي والبيولوجي للتهديدات الناتجة عن التغيرات التي تحدث في الموقف التجريبي بالدراسة .
 6. ضغط الدم:
 - ضغط الدم الانقباضي: وهو المستوى الأعلى من الضغط في الشرايين.
 - ضغط الدم الانبساطي: وهو المستوى الأقل من الضغط في الشرايين.
- ويقاس ضغط الدم في الدراسة الحالية من خلال جهاز إلكتروني يوضع على معصم اليد.
7. معدل ضربات القلب: نبض القلب المستمر لضخ الدم في كل أجزاء الجسم، ويقاس معدل النبض بجهاز قياس الضغط نفسه.



خامسًا: حدود الدراسة

تقع حدود الدراسة الحالية في ضوء خصائص العينة المستخدمة التي تكونت من 120 طالبًا جامعيًّا من الذكور في الفرقة الأولى، قسم علم النفس في كلية الآداب - جامعة المنيا في صعيد مصر.

المنهج والإجراءات :

أولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة المبدئية من 150 طالبًا، وبعد استبعاد بعض الحالات وصل عدد العينة إلى 120 طالبًا من الذكور في الفرقة الأولى في قسم علم النفس في كلية الآداب - جامعة المنيا، بمتوسط عمر قدره 18.7 سنة، وانحراف معياري قدره 1.2 قسموا إلى ثلاثة مجموعات هي:

1. المجموعة التجريبية الأولى... تتلقى تدعيمًا بالموسيقى.
2. المجموعة التجريبية الثانية، وتتلقي تدعيمًا بالتدريب على مهارات حل المشكلات .
3. المجموعة الثالثة: ضابطة. ولا تتلقى معالجات تجريبية.

ثانيًا: أدوات الدراسة:

أ. أدوات سيكومترية. وهي:

1. اختبار الإحساس بالجمال للمثيرات السمعية... تأليف عبد السلام الشيخ - 1982 .
2. اختبار أسلوب حل المشكلات تأليف توني وإليزابيث (Tony & Elihtabbth 1993) ترجمة وإعداد السعيد عبد الصالحين.
3. اختبار التوتر تأليف السعيد عبد الصالحين.
4. اختبار شطب الكلمات تأليف أكستروم وآخرون (Ekstrom et al 1967) ترجمة وإعداد أنور الشرقاوي وآخرون 1993 .
5. اختبار بناء المعادلات من اختبار ستانفورد بينيه- الصورة الرابعة. إعداد ثورنديك وهاجن وسانثلر 1986 Thornmdkike hagen sattler إعداد لويس ملكية - 1994 .

بـ- أدوات فيزيولوجية وهي:

جهاز قياس ضغط الدم، ويعطي ثلاثة قياسات وهي:

- 1 . ضغط الدم الانقباضي
- 2 . ضغط الدم الانبساطي .
- 3 . معدل ضربات القلب.

جـ- أدوات أخرى وهي:

- 1 . ساعة إيقاف.
- 2 . جهاز كاسيت.

3 . عدد من شرائط الكاسيت المسجل عليها المقطوعات الموسيقية المفضلة.

4 . بعض المسائل الحسابية التي تتضمن قدرًا من الاستنتاج والتفكير.

ثالثاً: فروض الدراسة:

تتضمن الدراسة الفروض الآتية:

1 . توجد فروق جوهرية في ما يتعلق بتحسين مستوى الأداء الزمن - الدقة . كما يظهر على اختبارات شطب الكلمات، وبناء المعادلات، بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة الأولى.

2 . توج د فروق جوهرية في ما يتعلق بانخفاض مستوى التوتر، كما يظهر على اختبار التوتر، وقياسات ضغط الدم، ومعدل ضربات القلب، بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

3 . توج د فروق جوهرية في ما يتعلق بارتفاع المشاعر الجمالية للمثيرات السمعية بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

4 . توجد فروق جوهرية في ما يتعلق بتحسين مستوى الأداء... الدقة، الزمن. كما يظهر على اختبارات شطب الكلمات، وبناء المعادلات بين المجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

5 . توجد فروق جوهرية في ما يتعلق بانخفاض مستوى التوتر، كما يظهر على اختبار التوتر وقياسات ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، بين المجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الثانية .

6. توجد فروق جوهرية في ما يتعلق بتحسين حل المشكلات بين المجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

7. توجد فروق جوهرية في ما يتعلق بتحسين مستوى الأداء... الدقة الزمن كما يظهر على اختبارات شطب الكلمات، وبناء المعادلات بين المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية، لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

8. توجد فروق جوهرية في ما يتعلق بانخفاض مستوى التوتر، كما يظهر على اختبار التوتر، وقياسات ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، بين المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية، لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

رابعاً . المعالجات الإحصائية:

استخدام الباحث المعالجات الإحصائية الآتية:

1. المتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة الدراسة الكلية لمعرفة اعتدالية التوزيع .

2 . تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق بين المجموعات في بعض المتغيرات التي روعي ضبطها لدى مجموعات الدراسة الفرعية .

3 . اختبار (ك) دلالة الفروق بين الفئات التعليمية بالنسبة لمتغير تعليم الوالدين لمجموعات الدراسة الفرعية .

4 . اختبار (ت) لبحث دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعات على متغيرات الدراسة والتحقق من الفروض.

5 . أسلوب (د) لقياس حجم التأثير ل Cohen (1966) ويستخدم ليكمل الدلالة الإحصائية لاختبار (ت) لا ليحل محلها.

6 . أسلوب (هـ) لقياس حجم التأثير ل Cohen، ويستخدم ليكمل الدلالة الإحصائية قيمة (ف).

خامساً . نتائج الدراسة :

1 . وجدت فروق دالة إحصائيًا بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة، في تحسن السرعة الإدراكية والاستدلال الحسابي لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

2 . وجدت فروق دالة إحصائيًا بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة، في انخفاض مستوى التوتر لصالح المجموعة الأولى.

3 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة، في انخفاض مستوى ضغط الدم المرتفع، وانتظام معدل ضربات القلب، لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

4 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا بين المجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة الضابطة، في ارتفاع مستوى المشاعر الجمالية للمثيرات السمعية لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

5 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا مابين المجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة في تحسن السرعة الإدراكية، والاستدلال الحسابي لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

6 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا مابين المجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة في انخفاض مستوى التوتر لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

7 . وجدت فروق دالة بين المجموعة التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة في انخفاض مستوى ضغط الدم المرتفع، وانتظام معدل ضربات القلب لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

8 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا مابين التجريبية الثانية، والمجموعة الضابطة في تحسن أسلوب حل المشكلات لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

9 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا بين المجموعتين الأولى والثانية في تحسن السرعة الإدراكية والاستدلال لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

10 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا بين المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية في انخفاض مستوى التوتر لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

11 . وجدت فروق دالة إحصائيًّا بين المجموعتين التجريبيتين الأولى والثانية، في أن مستوى ضغط الدم ومعدل ضربات القلب لصالح المجموعة التجريبية الثانية .

توصيات الدراسة:

يمكن إيجاز توصيات الدراسة في النقاط الآتية:

1 . بما أن مجالات دراسة سيميولوجية الموسيقى والعلاج النفسي باستخدام الموسيقى لم تزل مجالات جديدة، فالتجارب فيه ما زالت محدودة، لذا يجب أن يتاح للباحثين الاستفادة مما تم اكتشافه في هذا المجال، والعمل الجاد من أجل المزيد من الأبحاث للوصول إلى نتائج جديدة تفيد البحث العلمي والمجتمع.

2 . ألقت ال دراسة الضوء على العديد من الدراسات والتماذج النظرية التي تؤكد على خطورة الإثارة الضارة للموسيقى الصالحة التي تسبق سرعتها معدل إيقاعاتنا الشخصية، تلك



الموسيقى التي يمكن أن ترفع ضغط الدم، وتثير العديد من السلوكيات المرفوضة دينياً واجتماعياً، لذا توصي الدراسة بحماية الأجيال الحالية من خطورة الاستماع إلى الموسيقى الصاخبة، وذلك من خلال عمل أجهزة الإعلام في التحذير من خطورة تلك الموسيقى، خاصة لذوي ضغط الدم المرتفع، أو من يعانون من ارتفاع نسبة الكورتيزول في الدم.

3 . إن ميدان العلاج النفسي بالموسيقى قد وصل إلى مرحلة متقدمة في أنحاء العالم، فلم يقتصر على التجارب والدراسة النظرية، بل امتد إلى المستشفيات المتخصصة في العلاج بالموسيقى، وذلك يتطلب منها موافقة هذا التطور بإجراء مزيد من البحث الجماعي في هذا المجال، لإنشاء مركز بحوث متخصص يتكون من فريق عمل يضم اختصاصيين في مجال الطب البشري، والطب النفسي، والعلاج النفسي، والتربية الموسيقية.

4. التفكير في إنشاء مجلة أو جمعية مصرية متخصصة في العلاج بالموسيقى، تعنى بالدراسات والمؤتمرات والندوات في هذا الشأن، وتكون على اتصال بالعالم الخارجي.

5. التفكير في إنشاء مكتبة خاصة لطرق حل المشكلات، تكون قادرة على تقديم نماذج تشخيصية لأحداث الحياة الضاغطة، وأن تتخذ منحى وفق قواعد بيانات شاملة في المراكز العلاجية والإرشادية في الجامعات والمدارس، ومؤسسات المجتمع الأخرى.

6 . قابلية أسلوب حل المشكلات للتنمية والتطور باستخدام البرامج التدريبية والإرشادية، ومن ثم فلتعمل مراكز الإرشاد النفسي في الجامعات والمدارس ومؤسسات المهنية الأخرى على التخطيط لعمل دورات تدريبية على استخدام الأساليب العلمية والفعالة في حل المشكلات داخل محل الدراسة أو العمل.

مصطفى زبور عقل عالم وقلب إنسان

فرج عبد القادر طه

أستاذ في كلية الآداب، جامعة عين شمس.

عضو المجمع العلمي المصري.

أبدأ أولاً بتقديم الشكر لكل من فكر في إقامة هذه الاحتفالية وأعد لها، فهي بحق دليل وفاء لأستاذ عظيم وعالم جليل.. هو أستاذنا المرحوم مصطفى زبور، أستاذ جيل علماء النفس ومتخصصيه في وطننا العربي. و لا أعدو الحقيقة إنْ قلت، أيضاً، والأطباء النفسيين. والوفاء كما تعلمون حضرتكم من شيم الكرام، فالاعتراف بالفضل وتذاكره على كل من ناله خير، أو أسدى إليه معروف.

كما أضيف إلى هذا الشكر شكرآ آخر على اختياري ضمن أساتذتي الأفاضل الذين يتحدثون في هذه الاحتفالية، ويذاكرون.

تذكروني هذه الاحتفالية بحيرتي في اختيار عنوان مقال كتبته عن زبور تحية وتهنئة له بمناسبة حصوله على جائزة الدولة التقديرية عام 1988، نشرته في مجلة «علم النفس» في أول عدد لها يصدر بعد منحه الجائزة (عدد تشرين الأول / أكتوبر، وكانون الأول / ديسمبر 1988) وبعد هذه الحيرة لم أجد أفضل من اختيار هذا العنوان الذي أعود إليه الآن. لأنه يصفه أدق وصف، وينطبق عليه أيّما انتباط، ويميزه غاية التميز. لقناعتي بذلك فإني عندما دعתי مجلـة «أدب ونقد» للمشاركة في الكتابة عن زبور في الملف الذي قدمته عنه (على عددين متتالين أيلول / سبتمبر 1994 وتشرين الأول / أكتوبر 1994) كان مقالـي في العدد الأول من هذا الملف تحت العنوان ذاته كمود على بدء.

وعندما دعـتـي الهيئة المصرية العامة للكتاب للحديث عن زبور في 22/1/1995 في معرض القاهرة الدولي للكتاب :

مضمنـون الكلـمة التي أـقيـمتـيـ فيـ الحـفلـ التـكـريـميـ الـذـيـ أـقـامـتـهـ كـلـيـةـ الآـدـابـ فيـ جـامـعـةـ عـيـنـ شـمـسـ يـوـمـ الـثـلـاثـاءـ 29ـ نـيـسـانـ /ـ أـبـرـيلـ 2003ـ ، ذـكـرـىـ وـوـفـاءـ لـأـسـاتـذـهـ الرـوـادـ، وـخـصـتـ بـهـ الـمـرـحـومـ الأـسـتـاذـ الـدـكـوـرـ مـصـطـفـىـ زـبـورـ، مـؤـسـسـ قـسـمـ عـلـمـ النـفـسـ فـيـ الـكـلـيـةـ.



وقد شارك أيضاً في هذا الحفل بكلماتهم القيمة الأساتذة الدكتورة، عز الدين إسماعيل، ومراد وهبة، وفرج أحمد، وسمير نعيم، وحسين عبد القادر، وعادل صادق، ونيفين زيور. وأدار الجلسة عفت الشرقاوي، وقدري حفني.

اخترت العنوان نفسه لحديثي، وحينما تفضلت الهيئة المنظمة لاحتفاليتا الحالية بدعوتي للحديث، وطلبت عنواناً له، ها آنذا أفضل العودة مرة أخرى إليه.

ولد أستاذنا زيور في شهر أيلول / سبتمبر من عام 1907 وتدرج في مراحل التعليم، وجاب كثيراً من دروبه المتنوعة، حتى أصبح على تكوين علمي متميز ومفرد. فقد حصل على درجة الليسانس في الفلسفة في كلية الآداب، مع أول دفعة تخرج من الجامعة المصرية عام 1929، (جامعة القاهرة الآن)، ثم سافر إلى فرنسا، حيث حصل على شهادة الفلسفة العامة والمنطق من جامعة السوريون في العام التالي 1930.

وفي عام 1938 حصل على شهادة العلوم الطبية الكيميائية والبيولوجية، ثم على دبلوم الدراسات العليا في علم النفس التجريبي عام 1939. وفي عام 1941 حصل على درجة الدكتوراه في الطب من جامعة ليون. حيث اضطررته ظروف الحرب العالمية الثانية آنذاك إلى ترك باريس إلى ليون، ولقد كان تحوله إلى الدراسة العلمية في الطب من أجل أن يتتيح له ذلك دراسة التحليل النفسي، والتخصص فيه، حيث كان هذا شرطاً لكثير من معاهد التحليل النفسي آنذاك.

وهكذاتحق مصطفى زيور بمعهد التحليل النفسي في باريس، وقضى فيه نحو أربع سنوات، درس فيه التحليل النفسي وتدرّب عليه ، حيث حصل على دبلوم التحليل النفسي، وعلى زمالة جمعية باريس للتحليل النفسي، ثم زمالة الاتحاد الدولي للتحليل النفسي .

بعد ذلك، وبهذا، أصبح أول محلل نفسي مصرى، بل وعربي أيضاً يحصل على هذه الزمالة. وأنشاء إقامته في فرنسا لاستكمال دراساته العلمية، التي امتدت بضع عشر سنة، تقدم إلى عدة مسابقات في أمراض الجهاز العصبي والطب العقلي، وظفر بوظيفة طبيب مقيم في مستشفى تعليمي تابع لكلية الطب في جامعة باريس، مما أتاح له فرصة القيام بمهام تعلمية لطلاب الطب، وبمهام علاجية للمرضى.

هذا علاوة على البحوث العلمية التي نشرها آنذاك في الدوريات المتخصصة، فألبسته شهرة كبيرة وريادة علمية معترفاً بها.

وفي هذه الأثناء وصل إلى منصب رئيس عيادة الأمراض النفسية في كلية الطب في جامعة باريس، قبل عودته إلى القاهرة في أواسط الأربعينات من القرن الماضي للعمل عضواً في هيئة التدريس في الجامعات المصرية.

ومن الاستعراض الموجز السابق لإعداد زبور العلمي، يتبين لنا كيف وصل إلى الدرجات العليا في التخصص والطب النفسي، علاوة على تخصصه الأساسي في الفلسفة، مما كون لديه عقلية عالم مفكر، موسوعي التخصص والثقافة والاهتمام. وهكذا اشتهرت الجامعة الفرنسية مع الجامعة المصرية، في مرج الثقافة الغربية مع العربية، مكونة عقادة علمية مستيرة.

وذالك في مرحلة اجتماعية كانت الثقافة المصرية فيها تموج بتيارات الاستنارة الجادة في مختلف جوانبها، فكان هناك طه حسين وتوفيق الحكيم، وعباس العقاد ، ومحمد حسين هيكل، ولطفى السيد، ومحمد كامل، وجمال حمدان، ونجيب محفوظ، ومصطفى عبد الرزاق، وذكرى نجيب محمود، ويوسف مراد، وأستاذنا مصطفى زبور، وغيرهم كثير من تفخر بهم الثقافة المصرية والعربية وتعتبر كثيراً كثيراً.

فإذا أضفنا إلى هذا التكوين العلمي، الفريد في تميزه، رغبة متوقدة في الاطلاع على ما تنشره الدوريات العلمية والمؤلفات الموسوعية والمراجع الشاملة في التخصصات الأربع التي ألم بها زبور (الطب، وعلم النفس، والتحليل النفسي والفلسفة) مع اهتمام شديد بالقراءة في مجال الفكر والثقافة والأدب والسياسة ، تبين لنا صدق رؤيتنا في ما قدمناه من أن مصطفى زبور امتاز بين علمائنا الأجلاء بتكوين متفرد مم عن في الموسوعية والشمول، متعدد في التخصص العلمي، ضارب بجذور بعيدة الغور في جوانب العلم الأكاديمي والفكر الإنساني، وفروعهما المختلفة، ومن المتوقع، ومن المنطقي أيضاً، أن يقابل هذا التكوين العقلي والإعداد الأكاديمي المتفرد المتميز، والذي تسند له ثقافة موسوعية، ونشاط علمي يعادله في المستوى، وهذا ما تحقق بالفعل. فلقد مارس زبور مهمة التدريس منذ الأربعينات من القرن الماضي، وإلى ما قبل وفاته عام 1990 ببعض سنين قليلة في جامعات مصر الكبرى الثلاث، جامعة فاروق الأول، وجامعة إبراهيم، وجامعة فؤاد الأول ، والتي تحولت على التوالي إلى أسمائها الحالية المعروفة، جامعة الإسكندرية، وجامعة عين شمس، وجامعة القاهرة. فدرس فيها مواد علم النفس العام، والتحليل النفسي، وعلم النفس المرضي ، والطب النفسي، وعلم نفس الطفل، في كليات الآداب، وكليات الطب.

فكان في كل ذلك مثالاً للأستاذ الجامعي الحق، المتمكن من مادته، وال قادر على شرحها لطلابه، ونقلها للاميذه، والموضوعي في تقديره، والإنساني في علاقاته، والذي يترك للاميذه حرية اختيار وجهات النظر المختلفة، حتى لو خالفته، ويتبني ومناقشة الرؤى العلمية المختلفة، فاتحاً لهم صدره دون تبرم، وعقله دون انغلاق، فلم يكن يفرض عليهم وجهة نظر معينة تنتهي بهم جميعاً إلى أن يصبحوا نسخاً كربونية متشابهة من أستاذهم وفكرة ورؤاه. فالنسخ الكربونية، كما نعلم، لا تعادل أصالحة الأصل وتميزه، عادة، ولا تساويه قيمة. بل إن زبور كان يشجع تلاميذه على أن يختار كل منهم اتجاهه العلمي الخاص، ورؤاه واهتماماته المميزة، بما هو إنساني متفرد



الاستعدادات والظروف والتقويم الشخصي، وذلك حتى تتفتح كل إمكانياته دون ضغط عليه، أو قوله له. وهكذا يمثل كل تلميذ من تلامذة زبور المميزين شخصية مختلفة متفردة من اهتماماتها ورؤاها، ونوعية إسهاماتها تتصف بطابع مميز في إنتاجها العلمي ورؤاها الفكرية. وتجمع غالبيتهم بين خاصية العالم وخاصية الفكر، وهاتان صفتان يندر عادة أن يجتمعان في شخص. ولو أردنا في عجالة أن نشير إلى بعض نشاط زبور العلمي لوجب علينا أن نذكر طه حسين. فمن حسن حظ جامعة عين شمس أن وقع اختياره في أوائل الخمسينات من القرن الماضي على مصطفى زبور لينشيء ويرأس قسم علم النفس في كلية الآداب في جامعة عين شمس، والتي كانت تسمى وقتها بجامعة إبراهيم. فقام زبور بإنشاء هذا القسم مشتركاً مع قسم الاجتماع في السنتين الأوليين من الدراسة الجامعية، ليستقل كل منهما في السنتين الأخيرتين. وبعقلية العالم التي تكرس الموضوعية، وتحارب التصبّب، وتنمّت ضيق الأفق، قام بوضع برامج القسم واختيار مواده العلمية، وأساتذته الذين يعتمد عليهم في تحقيق أهدافه، بحيث حقق في كل هذا افتتاح قسم علم النفس على كافة التيارات العلمية المشروعة ، والخصصات الأخرى المختلفة التي تخدم علم النفس، مثل علم الاجتماع والأنثربولوجيا، وتاريخ الحضارة والفلسفة والنقد الأدبي والإحصاء. وهكذا لم يكن هذا القسم، كما كان متوقعاً من محل نفسي ينشئه ويرأسه عالم بمواد التحليل النفسي، ومدارسه، وتدريباته، بحيث يصبح أشبه بمعهد التحليل النفسي، الذي يعتبر زبور بحق رائده في العالم العربي. بل إن زبور جعله، فكان وما زال، قسماً لعلم النفس في مختلف تياراته ورؤاذه. يتكامل في تيار التحليل النفسي، مع تيار التجريب، مع التيار الإكلينيكي، مع تيار علم النفس الاجتماعي، مع تيار علم النفس الصناعي والتنظيمي، لينتهي كل ذلك إلى إعداد اختصاصي نفسي شامل النظرة، وعميقها إلى الظاهرة النفسية، دونها تعصب لزاوية نظر معينة تعفيه عن إدراك الجوانب المختلفة للظاهرة، وتعده عن الإحاطة بعواملها، وتضيق عليه الخناق في نمّها وتفسيرها.

وهكذا استعان في التدريس لهذا القسم بزملاء له وتلاميذ من تيارات علمية مختلفة كان منهم المرحوم يوسف مراد، والمرحوم عبد القادر القط، والمرحوم السيد محمد خيري، والمرحوم لويس كامل مليكة، والمرحوم سيد عبد الحميد، والمرحوم أحمد ودي. كما كان من بينهم أيضاً مصطفى صفوان، وسامي محمود علي، وعز الدين إسماعيل، وفؤاد ذكريا، وأحمد فائق، وعبد المنعم المليجي، وأحمد عكاشه، وكان هذا انعكاس واضح لعقلية العالم في مصطفى زبور، وموضوعيته واستشارته، إضافة إلى تعدد تخصصاته الأكاديمية وموسوعيته.

وفي مجال إعداد طلاب الدراسات العليا، وأساتذة علم النفس، نذكر أنه قد تخرج على يد زبور عشرات التلاميذ، ويحملون درجات الماجستير والدكتوراه في علم النفس، إضافة إلى

عشرات المریدین الذین تشبھوا بعقلانیة علمه واستنارة عقله وشمولیة فکره، وإنسانیة نزعاته واتجاهاته. وكل هؤلاء وأولئک ينتشرون الآن في الجامعات والمراکز العلمیة المصرية والعربية والعالمیة. ويکفى أن نذكر من بينهم مصطفی صفوان، أستاذ التحلیل النفسي وعالیم اللاکانیة في باریس، وسامی محمد علی، مدیر معهد الطب السیکوسوماتی في باریس، وأحمد فائق، المحلل النفسي وأستاذ التحلیل النفسي في کندا.

أما في مجال الإسهامات العلمیة، فقد كان لزیور فضل الريادة في دراسات وبحوث الأمراض السیکوسوماتیة PSYCHOSOMATICS وهي الأمراض جسمیة المظہر، والتي تعود في أسبابها الجوهریة إلى عوامل ومسببات نفسیة، وتکفى قراءة مقالاته وبحوثه المنشورة عنها في مجلة علم النفس، التي كانت تصدر عن دار المعارف في مصر بين عام 1945 و 1953 للتذلیل على ذلك. فقد اكتشف مصطفی زیور، ومنذ وقت مبكر، هذه النوعیة من الأمراض ونشر بحوثاً عنها. وشارك على المستوى العالمي ببحوث ودراسات نشرت في الخارج، وكان بعضها في الدوریات الطبیة الفرنیسیة، ولهذا لم يكن مستغرباً أن يكون أول مدير لمعهد الطب السیکوسوماتی الذي أنشئ في باریس وهو سامی محمد علی أحد تلامیذ زیور. واعترافاً بهذه الريادة والأصالحة في بحوث ودراسات زیور في مجال الطب السیکوسوماتی نشرت الإنسیکلوبیدیا الطبیة الفرنیسیة له كتابات عدّة. كما يشير إلى ذلك محمد أحمد النابلسی (رئيس الجمعیة اللبنانيّة للدراسات النفسيّة ورئيس تحریر مجلة الثقافة النفسيّة المتخصصة التي تصدر في لبنان) في مقالته «جولة في آفاق السیکوسوماتیک». حيث يقول: ... وهنا لا يسعنا إهمال الأدوار الرائدة التي لعبتها مقالات ومؤلفات أستاذة عرب من أمثال مصطفی زیور، وسامی علی، وأعمالهما في تشكیل إرهاصات أساسیة على الصعید العالی في میدان الطب النفسي الجسدي والسیکوسوماتیک (محمد أحمد النابلسی 2001).

وفي مجال نشر الثقافة العلمیة الجادة نجد أن لزیور باعاً طویلاً في ذلك، فلقد اشتراك مع زمیله، وأستاذنا المرحوم یوسف مراد، أستاذ علم النفس آنذاك في كلیة الآداب، جامعة فؤاد الأول (القاهرة حالیاً)، في إصدار مجلة علم النفس، والتي كانت تصدر ثلاث مرات في السنة، وظلت هكذا لمدة ثمانی سنوات من عام 1945 حتى عام 1953 الذي أعلن فيه عن توقف المجلة عن الصدور تحت عنوان حزین تصدر العدد يقول: «صوت آخر يسكت». وكانت دار المعارف تقوم بنشر هذه المجلة ولقد كانت مجلة، علم النفس هذه مثلاً طبیأً للمجلات العلمیة الثقافية والجاده والمتزمّنة، حتى ذاع صيتها، وأقبل على النشر فيها كبار العلماء من أنحاء العالم، مثل سیرلبریت، وبول فریس، وجون یزدم، وشارلس فالنتین، وھوراس انجلیش وأیف هزیفالون، عالم النفس الفرنیسی المعروف ، والذي نشر مقاله الشهیر أثر الآخر في تکوین الشعور بالذات LE ROLE DE L'AUTRE DANS LA CONSCIENCE DU MOI - في المجلة في عددها الأول في -

مجلدها الثاني حزيران / يونيو 1946 وترجمه يوسف مراد في العدد التالي تشرين الأول / أكتوبر 1946. وكانت المجلة تنشر هذه المقالات بلغتها الأجنبية، ثم ترجمها، أو تلخصها بالعربية في الأعداد التالية. كما كانت مجلة المخصصات السينكولوجية PSYCHOLOGICAL جمعية علم النفس الأمريكية، تتولى نشر ملخصات عما يصدر في مجلة علم النفس المصرية، وما كان هذا متاحاً لولا جدية رئيس تحرير المجلة يوسف مراد، ومصطفى زبور، وسمعتهما الطيبة في الأوساط العلمية العالمية .

ولا شك في أن مجلة علم النفس تعتبر خير شاهد على جدية الثقافة المصرية، والتزامها النزعة العلمية والعلقانية والتثويرية؛ ولأنها القومي في ذلك العصر، وقد كان من الملفت للنظر احترام كبار المسؤولين الرسميين في الحكومة والمجتمع وفتها للثقافة العلمية الجادة والشخصيات العلمية البارزة، حتى في رتبهم الوظيفية الأولى. حيث كان كل من يوسف مراد، ومصطفى زبور، وقتها في وظيفة مدرس في الجامعة، وهي كما نعلم بداية سلم أعضاء هيئة التدريس في الجامعة، لدرجة أن يشتراك في تقديم العدد الأول من مجلة علم النفس كل من أحمد لطفي السيد، رئيس مجمع اللغة العربية، وعلى إبراهيم، مدير ورئيس جامعة فاروق الأول التي يعمل فيها المدرس يوسف مراد، ومنصور فهمي، مدير ورئيس جامعة فاروق الأول التي يعمل فيها المدرس مصطفى زبور، وسليمان عزمي، عميد كلية الطب في جامعة فؤاد الأول، وعبد الوهاب عزام عميد كلية الآداب في جامعة فؤاد الأول. وينبغي علينا هنا أن نوجه الشكر إلى الزميل اللبناني محمد أحمد النابلي لإعادة نشر العدد الأول من مجلة علم النفس بصورة قوية رائعة، روعي فيها التطابق الكبير بين ألوان الغلاف والورق والشكل للعدد، وذلك على نفقة مركز الدراسات النفسية الذي يديره النابلي .

ولقد واصل زبور خدمته أيضاً للثقافة العلمية الجادة برئاسته تحرير مجلة الصحة النفسية في أول صدورها عام 1958 عن الجمعية المصرية للصحة العقلية. كما أنه أشرف على إصدار مجموعة المؤلفات السياسية في التحليل النفسي، والتي كانت تنشر ترجمات لكتب وبرامج أساسية في التحليل النفسي عن دار المعارف في مصر، تباعاً مع دراسة لكل منها بقلم زبور.. تعد بحد ذاتها إسهاماً أصيلاً وجاداً في موضوع الكتاب. وذلك مثل كتب فرويد: 1- تفسير الأحلام الذي ترجمه مصطفى صفوان. 2- الموجز في التحليل النفسي الذي ترجمه سامي محمود علي وعبد السلام القفаш. 3- مقدمة في التحليل النفسي الذي ترجمه إسحاق رمزي. 4- حياتي والتحليل النفسي ، الذي ترجمه مصطفى زبور وعبد المنعم الملايجي. هذا إضافة لإشرافه على مجموعة كتب علمية وثقافية أخرى، مؤلفة أو مترجمة باسم مكتبة الدراسات النفسية والاجتماعية، التي قدم فيها كتاباً تناولت موضوعات هامة في مجالات الدراسات الإنسانية المختلفة، مثل كتاب «الإنسان والحضارة في العصر الصناعي» من تأليف فؤاد زكريا،

وكتاب «أصول في علم النفس العسكري» تأليف محمد عاطف السعيد، وكتاب «سيكولوجية الكاهة والضحك» تأليف زكريا إبراهيم، وكتاب «المجمل في التحليل النفسي»، من تأليف دانييل لاجاش، وترجمة مصطفى زيور، وعبد السلام القفاش ، وكتاب «قصة علاجي بالتحليل النفسي» تأليف جون نايت، وترجمة عبد السلام القفاش، ومحمد عاطف السعيد.

وفي الخمسينات من القرن الماضي، عندما كانت الإذاعة المصرية تخصص فقرات تعرض فيها للمحاضرات، ولكلمات يلقاها كبار المفكرين والعلماء والأدباء، أمثال طه حسين، وعباس العقاد،.. أفردت الإذاعة المصرية لمصطفى زيور سلسلة من الأحاديث في التحليل النفسي، فكان كل منها بمثابة محاضرة قيمة ودرساً شافياً عن موضوع أو مشكلة عامة: كالقمار والنسيان والضمير والقلق النفسي، والحب والأحلام والتناقض العاطفي ، وقد نشرتها وزارة الإرشاد القومي آنذاك بعد إذاعتها ضمن كتابعنوان «في التحليل النفسي» وصدر في سلسلة مختارات الإذاعة. كما استدعته بعض الهيئات العلمية والاجتماعية لإنقاء محاضرات يبرز فيها وجهة نظر علم النفس في بعض المشكلات والقضايا المثارة.

وهنا تبرز النزعة الإنسانية والفلسفية الزيورية، والولاء الوطني، الذي كان يميز زيور دائماً، والهم العام الذي كان يملأه على مصيره ومواطنه، وعلى عروبه ومستقبلها، إضافة إلى استثارته العقلية، وعمق تحليلاته العلمية، عالمة توقعاته المستقبلية. ولا يسعني المجال إلا إيراد مثال على ما ذكرت من محاضرة له ألقاها في العاشر من شباط / فبراير عام 1952 في دار الحكمة تحت إشراف الجمعية المصرية للصحة العقلية.

ونشرها بعد ذلك في عدد شباط / فبراير 1952 في مجلة علم النفس تحت عنوان «سيكولوجية التعصب». ففي صدرها يقول: أطرح أمامكم اليوم إذن موضوع سيكولوجية التعصب، بوصفه مشكلة من مشاكل الصحة العقلية في مصر. وبعبارة أخرى إننا نسلم في بداية هذا الحديث بأن التعصب إذا ما وصل إلى درجة معينة من الحدة، فإنه يصبح عاملأً من عوامل تقويض وحدة المجتمع. وينم عن اضطراب في ميزان الصحة العقلية الاجتماعية. بما يفسد تماسك المجتمع، ويهدد كيانه. فالأمر لا يختلف في نظرنا عما يحدث للفرد عندما تستبد به عوامل الصراع الداخلي، هفتعل شخصيته، ويختل توازنه، ويصبح في عداد المرضى ص 285. إن طرحنا لهذه المشكلة للبحث يفترض أمرين، الأول أننا نؤمن بأننا إزاء ظاهرة من الظواهرات التي تقبل البحث، وأنه لا بد لنا من فهم أسباب العلة وأصولها إذا أردنا لها علاجاً ناجحاً. والأمر الثاني أننا على استعداد لتجنيد قوانا لهذا البحث وأمثاله. لأنه من غير المقبول، ولا المقبول، أن يقتصر عمل المشتغلين بعلم النفس في مصر على تلقين الطلاب سلوك الفئران في المتابهة، أو تقديم العلاج النفسي لفرد مريض، ثم يقفون مكتوفي الأيدي إذا حلت غمة بمجتمعنا. إن الوقت وقت تجنيد القوى، فالعمل الذي لا يستطيع أن يسخر نفسه لخير الأمة لا خير فيه

. ص 286

على أنه منذ البداية ينبعنا إلى الصعوبة التي تواجهنا في بحث مثل هذه المشكلة، فيقول بقى أن مشكلة اليوم مشكلة شائكة، من حيث أنها مصدر لانفعالات شديدة، وبكفي أن نذكر أن كلمة التعصب لم يرد ذكرها في الصحف التي أشارت إلى مشكلتنا، حتى يتضح لنا أنها إزاء مادة قابلة للاستعمال، وينبغي أن نتناولها في كثير من الرفقة والحضر، على أنها نحن عشر المشغلين بعلوم النفس، نعلم أن النفس الإنسانية تفر من الكشف عما يدور في حنابتها من ميول، وتكره أن تواجه بخلاص بما تطوي عليه من نزعات، ونؤمن بقول الفيلسوف نيتشه: «إن الأخطاء تجم أكثر ما تجم من الجبن عن مواجهة الحقائق». لا بد لنا إذن من أن نستبدل سياسة النعامة بسياسة التعبير، إذا كنا نؤمن بأن خير وسيلة لضبط الانفعال إنما هي تحليل الانفعال

ص 286.

وزيور هنا يحتضن الشجاعة في مواجهة النفس، وحشد الهم المخلصة لبحث الظواهر الحقيقية الاجتماعية الخطيرة، التي تواجه مجتمعنا، بحثاً علمياً. حالصاً نصل به إلى عواملها ومسبياتها، حتى نستطيع أن نعالجها أو نقاومها، وليستعيد مجتمعنا عافيته، فينطلق نحو النمو والإزدهار.

ثم إن زiyor يعلن موقفه الصريح من مشكلة التعصب باعتباره، موضوعياً، ملتزماً بقضايا بلده، مهموماً بإشكالياتها فيقول: ... وبعد، فإن القضية الأولى في هذا البحث هي أن التعصب ظاهرة اجتماعية لها بواعتها النفسية، ولا يغير في الأمر شيئاً أن يكون التعصب دينياً، فقليل من التفكير يدلنا على أن التعصب الديني لا يختلف، لا في مبناه ولا في معناه، عن أي نوع من أنواع التعصب التي تنشأ بين الأجناس، أو بين الأحزاب السياسية، أو بين المذاهب الاجتماعية، وما إلى ذلك ص 287. ثم يمضي زiyor في مقالته فيعرض لحالات من العيادة النفسية كاشفاء البواعث النفسية لظاهرة التعصب، ومحللاً لها بإفاضة .

ومن حسن الحظ أن حسين عبد القادر، تلميذ زiyor المخلص، قام بجمع ما كتبه زiyor في كتاب عنوانه: «في النفس» ونشرته مكتبة دار النهضة العربية في بيروت عام 1986 قبل وفاة أستاذنا بحوالي أربعة أعوام. هذا، وعندما شرع المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية في القيام ببحث ميداني شامل عن تعاطي المخدرات في مصر، أسند إلى مصطفى زiyor رئاسة هيئة البحث. حيث قام بتكوينها في عام 1957 بشكل نموذجي، إذ ضمت خبراء واستشاريين وأساتذة في علم النفس والطب والاجتماع، والإحصاء. واستمر رئيساً لها ومشرفًا عليها حتى عام 1965، حيث صدر خلال هذه المدة برئاسته وإشرافه تقريران في مجلدين كبيرين عن هذا البحث، وما عقد حوله من ندوات قام بنشرها المركز القومي الأول (عام 1960 والثاني عام 1964).

وكان زبور أيضاً رئيساً للجنة علم النفس، التي اهتمت بكتابه المصطلحات النفسية التي ضمها معجم العلوم الاجتماعية، الذي أصدرته اليونسكو بالإشتراك مع مجمع اللغة العربية في القاهرة، بمراجعة إبراهيم مذكور، ونشرته الهيئة المصرية العامة للكتاب في القاهرة عام 1975. كما أنه ترجم لأعلام علم النفس في معجم أعلام الفكر الإنساني، والذي قام بتصديقه إبراهيم مذكور، ونشرته الهيئة المصرية العامة للكتاب في القاهرة في جزئه الأول عام 1984 على أمل نشر الأجزاء التالية تباعاً.

كما كان زبور أول رئيس للجنة العلمية لجمعية الطب النفسي (وهي إحدى فروع الجمعية الطبية المصرية). وكان أيضاً مقرر لجنة علم النفس في المجلس الأعلى للفنون والآداب والعلوم الاجتماعية. كما أنه قام بتمثيل مصر في كثير من المؤتمرات العلمية العربية والعالمية، وألقى فيها بحوثاً علمية أصيلة وجادة نالت تقدير الأوساط العلمية واهتماماتها. من ذلك على سبيل المثال تمثيله لمصر في أول مؤتمر دولي للطب النفسي، والذي عقد في باريس عام 1950، وتمثيله لمصر في المؤتمر الدولي السابع عشر لعلم النفس عام 1960.

وفي عام 1973 يختار المجمع العلمي المصري مصطفى زبور عضواً فيه، وهو توأم الأكاديمية الفرنسية اللذين أنشأهما نابليون منذ أكثر من مئتي عام. والذي يضم حوالي المئة وخمسين عالماً مصرياً وأجنبياً من تخصصات علمية مختلفة تمثل كافة فروع العلوم. فكان هذا تكريماً كبيراً له يستحقه عن جدارة، باعتباره أحد علماء النفس البارزين. وحسبنا أن نشير إلى أن مهدي علام قد اختير عضواً معه في العام نفسه. وفي عام 1988 منح زبور الجائزة التقديرية في العلوم الاجتماعية. ونعتقد أنها تأخرت عليه كثيراً، وأنها كثيرةً ما تخطي الجديرين حقاً بها، فينالها كثير من ذوي الشهرة الزائفة، والمتزلفين لكتاب المسؤولين عنها، ومعاذ الله أن يرضي زبور لنفسه مكانة هؤلاء.

وعلاوة على هذا وذاك، فقد أخلص زبور لعيادته النفسية الخاصة. حيث يقابل مرضاه ويعالجهم فيشفيفهم مما عانوا منه. ويعيد إليهم صحتهم النفسية، ويخفف عنهم آلامهم ويعيدهم أصحاء قادرين على العطاء لأسرهم، وعلى بناء بلدتهم، والاستمتاع بالراحة النفسية والحياة السوية. ولقد ظل زبور يؤدي دوره هذا دون انقطاع منذ عودته من فرنسا في أربعينيات القرن الماضي، حتى أقعده المرض قبل وفاته بحوالي سنتين أو ثلاثة على الأكثر.

وفي عام 1981 تشاء مجلة الفكر العربي المعاصر (التي يصدرها مركز الإنماء القومي في بيروت) أن تخصص عدداً يدور محوره حول التحليل النفسي وإنسان العصر. فاتصلت بزبور ليصدره بمقال شديد الأهمية بعنوان «عقربية فرويد» وقد أسمهم تلاميذه ومربيده في كتابة الجانب الأكبر من هذا العدد (عدد 11 نيسان / أبريل 1981 من مجلة الفكر العربي المعاصر).

وعندما ارتأى لبنان، ممثلاً بجمعية الدراسات النفسية، ومركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، ومجلة الثقافة النفسية المتخصصة أن تتشئ جائزة عربية سنوية لواحد من علماء النفس، أو الطب النفسي في العالم العربي، اختارت اسم مصطفى زبور لتطلقه على هذه الجائزة ، وذلك اعترافاً بفضل زبور، وتقديراً لريادته في العالم العربي لهذين المجالين.

وفي باريس أصدر معهد اللغة والحضارة العربية عام 1997 كتاباً تذكارياً بعنوان: «مصطفى زبور في ذكرى العالم والفنان والإنسان». وتضمن الكتاب وقائع ندوة تذكارية أقيمت في باريس تكريماً لزبور مع كتابات أخرى له وعنده. أسهם فيها مصطفى صفوان، وسامي علي، وأحمد فائق، وحسين عبد القادر، وأدارها وحررها أسامة خليل، وهي توأم لاحتفاليتنا هذه، أقيمت في فرنسا قبلنا بحوالي ست سنوات.

هذا، ومما آسف عليه حقاً، وأعتقد أن كثيرين من تلاميذه ومربييه يشاركوني الرأي نفسه، أن يرحل عنا مصطفى زبور دون أن يخلف لنا ضمن آثاره كتاباً ثلاثة شاملة ومتكلمة، أحدها: أصول علم النفس، وأخر عن الأمراض النفسية، وثالثها موسوعة في علم النفس والتحليل النفسي. ولئن قام بالفعل اثنان من تلاميذه بتحقيق هذه الأممية، إلا أن قامة التلميذ يصعب أن تصل إلى قامة الأستاذ . ولنا أن نتصور عالماً في مستوى التكوين العقلي والعلمي والثقافي الذي حظي به زبور (حيث حظي بأساس أكاديمي في الفلسفة، وإعداد في الطب حتى أعلى مستوياته، وتخصص في التحليل النفسي على أعلى مستوى عالمي) لو قام بتأليف كتاب متكملاً في كل مجال من المجالات الثلاثة التي ذكرتها. كم تكون هذه الكتب أصيلة، وكم تكون طروحتها شديدة القيمة، وكم تكون استفادة طلاب وهواة الثقافة منها كبيرة، وكم تكون إضافة هامة للتراث العلمي العربي.

كما آني آسف أيضاً، وحقاً، أن زبور لم يخلف لمصر والعالم العربي أثراً نحن أحوج ما نكون إليه، وهو إقامة معهد علمي للتحليل النفسي، على نحو ما هو منتشر في بلاد العالم المتقدمة، ويتخرج فيه المحالون النفسيون. وقد كان الأمر مواتياً تماماً لذلك في الخمسينات والستينات من القرن الماضي. حين كان يتواجد ويعمل في مصر، وقتها، محللون نفسيون معدون إعداداً أكاديمياً ومهنياً، مما يجعلهم يصلحون للقيام بدور أستاذة في هذا المعهد. كمثل مصطفى صفوان، وسامي محمود علي، وإسحاق رمزي، وفائزه كامل، كما كان زبور في قمة عطائه العلمي، وقتها، ونشاطه المهني.

لقد فوتت مصر هذه الفرصة الأكاديمية، كما فاتتها فرص أخرى كثيرة نندم أشد الندم عليها حين لا يفيد الندم. فنحن الآن في مصر، وللأسف الشديد، لا نكاد نجد أستاذاداً واحداً مؤهلاً أكاديمياً ومهنياً يصل لمستوى أستاذ للتحليل النفسي في معهد كهذا . وكل ما هنالك أن بعض المعالجين النفسيين الموجودين في مصر حالياً ليسوا بمحللين نفسيين بالمعنى المتعارف

عليه عند أهل الاختصاص. بل إنهم معالجون نفسيون يستعينون ببعض من منهج التحليل النفسي ورؤاه، ويستفيدون منها أثناء مزاولتهم العلاج لمرضاهם.

وإذا كانت روح أستاذنا زبور قد فاضت إلى بارتها في شهر أيلول / سبتمبر من عام 1990 وفي الشهر نفسه الذي ولد فيه، فإنه حي في فكره، وحي في كتاباته، حي في روحه الإنسانية التي تشربها كثيرون من مرديه وطلابه. وهو حي في تلاميذه الذين يعترفون دائمًا بفضلها، وحي في مجتمعه الذي كرس له جهده حياته. حي في جامعته التي تقيم احتفالية اليوم تأكيداً لما نقول. رحمة الله رحمة واسعة.

مراجع ومصادر للاستزادة:

- 1 - إبراهيم مذكور (إشراف): مجمـعـ العـلـومـ الـاجـتمـاعـيـةـ الـهـيـئـةـ الـمـصـرـيـةـ الـعـامـةـ لـلـكـتابـ الـقـاهـرـةـ ، 1975 أو أي من طبعاته.
- 2 - أسامة خليل ومصطفى صفوان وسامي علي وأحمد فائق، وحسين عبد القادر: مصطفى زبور في ذكرى العالم والفنان والإنسان . معهد اللغة والحضارة العربية في باريس 1997.
- 3 - فرج عبد القادر طه (إشراف) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. مدخل زبور ط 1، دار سعاد الصباح، القاهرة الكويت، 1993 أو ط 2، دار غريب القاهرة، 2003.
- 4 - فرج عبد القادر طه: مصطفى زبور، عقل عالم وقلب إنسان ، مجلة علم النفس. الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة عدد 8، تشرين الأول / أكتوبر - كانون الأول / ديسمبر 1988.
- 5 - فرج عبد القادر طه: مصطفى زبور، عقل عالم وقلب إنسان عود على بدء . مجلة أدب ونقد، القاهرة عدد : 109 أيلول / سبتمبر 1994 .
- 6 - محمد أحمد النابليسي: جولة في آفاق السيكوسوماتيك، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، بيروت عدد : 46، نيسان / أبريل 2001.
- 7 - مصطفى زبور: في النفس . بحوث مجمعـةـ دارـ النـهـضةـ الـعـربـيـةـ ، بيـرـوـتـ ، 1986 .
- 8 - مصطفى زبور: سـيـكـوـلـوـجـيـةـ التـعـصـبـ، مجلـةـ عـلـمـ النـفـسـ ، دـارـ الـعـارـفـ ، الـقـاهـرـةـ عـدـ 3ـ، مجلـدـ 7ـ، شـبـاطـ / فـبراـيرـ - آـيـارـ / ماـيوـ 1952ـ .
- 9 - يوسف مراد، ومصطفى زبور رئيسـاـ التـحرـيرـ : مجلـةـ عـلـمـ النـفـسـ، دـارـ الـعـارـفـ الـقـاهـرـةـ ، عـدـ 1ـ، مجلـدـ 1ـ، حـزـيرـانـ / يـونـيوـ 1945ـ .

العنوان: المجلة العربية للطب النفسي 2 / 13.

المؤلف: جماعة من الباحثين.

الناشر: اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

عن اتحاد الأطباء النفسيين العرب صدر العدد الثاني من المجلد الثالث عشر لمجلة الاتحاد

: «المجلة العربية للطب النفسي». وتتضمن العدد البحوث التالية:

المعرفة والمعتقدات السائدة لدى المعالجين الدينيين / طارق الحبيب.

جرت هذه الدراسة في منطقة القصيم في السعودية، وهدفت إلى تبيان مستوى اطلاع المعالجين الدينيين، وفهمهم للأمراض النفسية وأنواعها. وخلصت الدراسة إلى أن هؤلاء المعالجين يملكون دراية كافية بالأمراض النفسية. بما يكفيهم للتفريق بين الحالات القابلة للشفاء بالعلاج الروحي، وبين تلك الحالات التي تستوجب تدخل الطب النفسي، وصولاً إلى توجيه المريض نحو العلاج الطبي. ولاحظ الباحث أن هؤلاء المعالجين لا يضمون المريض النفسي لإعتبارهم أن أسباباً روحية تساهم في المرض.

الخوف من المعالجة السنية لدى طلبة الجامعة الأردنية / إلياس ورجب.

حاولت الدراسة تقصي مدى انتشار القلق والمخاوف من المعالجة السنية بين طلبة الجامعة الأردنية. وكيفية إدراك الطلبة لهذه المخاوف، ودرجة وعيهم لها. وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع نسبة هذه المخاوف بما يستدعي الاهتمام بها والتعمق في دراستها.

الاكتئاب لدى مرضى الشلل الرعاشي / علي وطه.

تلاحظ الدراسة نسبة مرتفعة من المكتتبين بين مرضى الشلل الرعاشي في مستشفى بنغداد التعليمي. حيث بلغت هذه النسبة حدود 55% في مقابل 8% بين العينة الضابطة. وبالنظر لارتباط المرض باضطرابات الناقل العصبية، فإن هذه الزيادة قد تكون على علاقة بهذه الاضطرابات. وذلك دون إهمال الدور الذي يلعبه إزمان هذا المرض في تشجيع الميل الاكتئابية لدى المريض.

التأخر النفسي والاضطرابات النفسية المصاحبة / فاطمة الحيدر.

حاولت الدراسة متابعة المظاهر النفسية الملاحظة عيادياً (زيادة الحركة ونقص الانتباه والتركيز وتأخر اللغة ... إلخ) لدى الأطفال المعانين من التأخر العقلي بدرجاته المختلفة. وهذه المظاهر واجبة المتابعة، إذ لا يمكن التوقف عند حدود اختبارات الذكاء لتحديد درجة التأخر العقلي، وإهمال هذه المظاهر، التي يساعد تحديدها في تدعيم خطط تأهيل المتأخرین عقلياً.

متلازمة الأفول أو الاحتراق / توتر المعالجين / أبو مغىصيب ومشاركته.

شارك في هذه الدراسة الزملاء أبو مغىصيب والزداد علي، وتتناولوا فيها موضوع الضغوط التي يتعرض لها العاملون في مجال الصحة، وبخاصة النفسية. وتوصلت الدراسة إلى أن العاملين في هذه المجالات يتعرضون للكرب الذي يعيق كفاءتهم المهنية مع الوقت (فيأجل نجمهم لعدم استمرارهم بتقديم ذات مستويات المهارة المهنية). وهذا الكرب مع الأفول المصاحب له يقتضي التتبه له، وتحري أعراضه ومظاهره، وتحديد سبل الوقاية منه.

الفرق بين مرض الفشل الكلوي، وزارعي الكلى في درجة الاكتئاب، والتوهם المرضي، والانطواء الاجتماعي / حسين الطراونة.

تجربة الفشل الكلوي واحدة من أقسى التجارب المرضية العضوية. حيث تعلق عضوية المريض في المجتمع بصورة تدريجية، لكنها مهددة باستمرار لحياته. حيث يفقد المريض الأمل بالتحسن، ويتحول إلى توقع الأسوأ. وتزداد معاناته النفسية مع المضائقات النفسية والجسدية والتغيرات الحياتية المصاحبة لفصيل الكلى. وينصح الباحثون بضرورة إعطاء أهمية أكبر للحالة النفسية لهذا المريض. وضرورة مساعدته بالدعم النفسي، وتشجيع التعاون بين الأطباء المتخصصين بالكلى وبين المعالجين النفسيين. مع طرحهم لضرورة إجراء الدراسات والبحوث في هذا المجال.

الطب النفسي المستند إلى الدليل: ربط البحث العلمي بالممارسة الطبية / عبد الحميد ووليد شنيقات.

يعتبر الباحثان أن الطب النفسي المسند هو مرحلة جديدة من مراحل تطور الطب النفسي. وهي مرحلة تقضي التعرف الواسع على المستجدات في مجال الصحة النفسية، بغية امتلاك القدرة على التفريق بين الفث والثمين من البحوث. فالطب المسند يحاول تحطيم ذاتية المعايشة المرضية النفسية عن طريق تحرٍّ أدق للعوامل المحددة لهذه المعاناة، والمقولبة لها. بما يعادل العودة إلى مقوله: لا يوجد مرض، وإنما هنالك مريض. وبمعنى آخر فإن الطب النفسي المسند يعادل التحليل النفسي الوجودي (Dasseinanalysis).

كما يعرض العدد لرسالة تلقاها رئيس التحرير أ. د. عدنان التكريتي من رئاسة الاتحاد العالمي للطب النفسي يبلغه فيها بقبول المجلة العربية للطب النفسي في عداد الدوريات العالمية للطب النفسي، بحيث يقبل الاتحاد العالمي الأبحاث المنشورة فيها. وهنا لابد من الإشارة إلى الجهود التي يبذلها البروفسور التكريتي للحفاظ على مستوى هذه المجلة واستمراريتها. وهي جهود مستمرة منذ إطلاق المجلة، وحتى اليوم، تحت وطأة ظروف عربية ضاغطة. ومنه أن

المؤتمر القادم للاتحاد يؤمل عقده في بغداد بناء على قرار مؤتمر تونس. حيث لا تبدو الظروف مشجعة لانعقاد هذا المؤتمر. وكنا قد حاولنا تأجيل استضافة العراق لهذا المؤتمر تجنباً لهذه الوضعية. لكن الزملاء في مؤتمر تونس تعاطفوا مع رغبة الزملاء العراقيين وتعجلهم بلقاء زملائهم في بغداد، فكان اختيار العراق مكاناً لانعقاد المؤتمر الثامن، الذي لا يضررنا في حال تأجيله، بقدر ما يعز علينا، أن يتحمل الزملاء العراقيون المسؤولية الجسيمة في علاج مئات الآلاف من العراقيين المصابين في تلك الحرب، التي حملت شعار الصدمة والتروع. وكنا قد نشرنا في مجلة مركز الدراسات النفسية دعوات الزملاء العرب لمساندة الشعب العراقي، وتؤمن المعالجة النفسية له، وإن اصطدمت هذه الدعوات بالواقع الأمني العراقي الغامض.



العنوان: النفس المفككة، سيكولوجية السياسة الأمريكية.

المؤلف: محمد أحمد النابلي.

الناشر: مركز الدراسات النفسية - 2003.

عرض: عبد الفتاح دويدار.

توقفت الدراسات التحليلية للشخصية الأمريكية عند دراسة غروبر، لتعلّم مكانها الدراسات الإحصائية التي تبحث في توجهات الرأي العام الأميركي وميوله وعواطفه. ويأتي هذا التحول مراهقاً لتحول علم النفس الأميركي إلى التصنيف الرقمي للأضطرابات النفسية والعقلية. ولقد تمرس الأميركيون في هذا النوع من الإحصائيات، واكتسبوا المصداقية فيه عبر النتائج المقاربة التي يعطيها. وبذلك تم تجاوز التورط في تحليل العناصر المعقّدة المكونة للنسيج الأميركي.

التحليل النفسي للشخصية الأمريكية

يجد الدكتور محمد أحمد النابلي، من جهته، أن تجاهل تقييد المذاهب الأميركي لا يلغى صراعاته المكتوبة، ولا يجعلها تحت السيطرة. خاصة وأن هذا المجتمع هو مجتمع مستولد، ولا يملك مرجعيته التراثية الخاصة التي تميزه. ففي كتابه المعنون: «النفس المفككة / سيكولوجية السياسة الأمريكية» يطرق النابلي باب التحليل النفسي للشخصية الأمريكية. على الرغم من الصعوبات التي تعرّض مثل هذا التحليل. وهو يقارب الشخصية الأمريكية عبر فكرها البراغماتي المحكم بنمطها الحيادي والسياسي، حيث المصالح بديل اللاوعي، لدرجة إقصائه ومحاربته. وهو يقصر نقاشه للدّوافع الأمريكية على نقد البراغماتية الإنسانية، مؤكداً على عدم اكتمال نضجها الفكري والنظري. إذ يرى أن البراغماتية لا ترقى إلى مرتبة الفكر، وإنما هي مجرد

نظريّة في المعرفة. فيبين نسبية المبادئ البراغماتيّة وثغراتها، ليوحّي لنا أن سيطرة الآرين (الجنس الأبيض) على الحياة الأميركيّة، إنما يستند لإتقان البيض استغلال ثغرات البراغماتيّة. وهو استغلال يولد الظلم اللاحق بالمجموعات العرقية الأميركيّة الأخرى. ومنها أن البيض لا يحتاجون إلى قانون يكرس رئاستهم للبلاد وسيطّرُتهم على مقدراتها، فالرئيس الأميركي هو دائمًا آري، وهو أيضًا إنجيلي / بروتستانتي (باستثناء الرئيس الكاثوليكي القتيل جون كينيدي). وهذه السيطرة تشكّل المولد الحقيقى لما يسميه المؤلف بـ«تفكك النفس الأميركيّة». حيث الميليشيات الارهبة تعادي الحكومة الفيدرالية لتساهموا مع غير البيض. وهي معارضة بلغت حدود القيام بـ«تجييرات من نوع أوكلاهوما» (1995). في المقابل يقوم الملونون بـ«تحرّكات تتراوح بين الشغب العنصري (ليتل روك ولوس أنجلوس وسينسيناتي وغيرها) وبين الاحتجاج السلمي، كحركة مارتتن لوثر كينغ وغيرها».

هكذا يرى المؤلف النفس الأميركيّة مفككة، بين بيض وملونين، ومن ثم مفككة عنقوديًّا بعدد الجماعات المكونة للموزاييك الأميركيّ. كما يرى أن الرخاء المادي كان المادة اللاصقة الرئيسيّة لهذا الموزاييك، ويضيف إليه نمط الحياة الأميركيّ المرتكز على اللامبالاة بالآخر، والتحرر من قيود الجماعة وضغوطها. وهو تحرر بالغ الإغراء بالنسبة للمهاجرين (الهاربين من الفقر، ومن جملة عوامل تنتهي إلى قانون الجماعة). وهو بالتالي يشجع صهرهم وذوبياتهم في نمط الحياة الأميركيّة. لكن تصاعد الصدامات الأميركيّة مع الأصول الوطنية والعرقية للجماعات الذائبة يدفع بهذه الجماعات للحنين إلى أصولها العرقية ونصرتها، خاصة مع بداية ممارسة التمييز المكشوف ضد هذه الجماعات بمناسبة حوادث أيلول / سبتمبر، بما يحول الرخاء المادي إلى المادة اللاصقة الوحيدة للتفكك الأميركي، وبما يعادل بداية التفكك الفعلي للنفس الأميركيّة.

الاستراتيجيات الأميركيّة

بعد هذا التحليل للأميركانا (نمط الحياة الأميركيّة) يكمل المؤلف تعريفنا على تبدّيات الشخصية على السلوك السياسي الأميركي عبر عروضه النقدية لقائمة من أهم الكتب الشارحة للأميركانا. وهذه الكتب موزعة على الفروع التالية:

أ. الاستراتيجيا، حيث يعرض للكتب التالية:

- 1- «رقة الشطرنج الكبّرى» للاستراتيجي الأميركي زيفينيو بريجنسكي.
- 2- «أزمة الرأسمالية العالمية» للمضارب العالمي جورج شوروش.
- 3- «انبعاث سياسة المعرفة» للباحثين أركيلا وروزنفلت.



ب. المخابرات الأميركيّة: حيث يعرض للكتب التالية:

1 - «من يدفع للمزمررين» لفرانسيس ساوندرز.

2 - «الحروب غير المقدسة» لجون كولي.

3 - «بن لادن - الرجل الذي اعلن الحرب على أميركا» ليوسف بودانسكي.

4 - «المافيات الجديدة ضد الديموقراطية» لجان زيفلر.

ج. المستقبلات: وفي هذا الباب يعرض لمناقشة تعديلات فوكوياما على طرحة لنهاية التاريخ، وفيه بعض التعديلات على الطرح السابق.

د. الفكر السياسي: ويعرض لكتب تمثل في رأينا محركات لاستراتيجيات الأميركيّة الراهنة، بدءاً ب النقد الليبراليّة، وانتهاء بكتاب يعود إلى العام 1929 يعتبره المؤلف الأساس النظري للعولمة. ويعرض في هذا المجال للكتب التالية:

1 - «تاريخ الانشقاقات» لنعوم تشومسكي متسائلاً عن الراعي الحقيقي للارهاب.

2 - «الدول الخارجة على القانون» لنعوم تشومسكي أيضاً.

3 - «منطق للاستخدام» للفيلسوف فرديناند شيلر.

4 - «الدليل الأميركي للاضطرابات العقلية».

هـ. المذكرات السياسيّة: حيث يعرض لكتب تتناول تجارب وسير حياتية لبعض الشخصيات ذات الدلالة في السياسة الأميركيّة. ويقتصر عرضه على الكتب التالية:

2. «مادلين أولبرايت. سيرة حياة» بقلم الصحفي الأميركي مايكيل دوبز.

2. «خمس سنوات في البيت الزجاجي» تجربة بطرس غالى في الأمم المتحدة.

3. «الواجب . أب وابنه والرجل الذي كسب الحرب» مؤلفه بوب غرين.

العلاقات الأميركيّة . الصينية

ونأتي إلى العلاقات الأميركيّة . الصينية، حيث تمثل الصين مصدر الخطر المستقبلي على الولايات المتحدة، مما يجعل علاقات البلدين على درجة كبيرة من الأهمية والحساسية. لكن هذا التركيز لا يمكنه أن يكون بمعزل عن الاستراتيجية الأميركيّة في المنطقة المتاخمة للحدود الصينية، والتي يطيب لبريجنسكي تسميتها بالحزام الأوروبي (يعرض المؤلف عرضاً نقدياً في باب قراءات سياسية). ويحمل هذا الفصل عنوان «الولايات المتحدة والحزام الأوروبي». حيث يعرض أيضاً للمواقف الأميركيّة من اليابان وأستراليا وأندونيسيا وروسيا.

فوضى النظام العالمي ونهاية العولمة

يخصص الكتاب فصلاً خاصاً بعنوان: «فوضى النظام العالمي ونهاية العولمة» وفيه عرض للفوضى العالمية المنعكسة على سياسة الولايات المتحدة بفقدانها للتوجّه، ولعجزها عن اعتماد استراتيجية واضحة. وصولاً إلى مخالفتها الصريحة لشروط العولمة وقوانينها، فهي بدأت تعادي العولمة عندما تتعارض مع مصالحها، وخلاصت إلى محاولة فرض الأمبركة الصريحة، وهي الجزء المناسب للمصالح الأميركيّة من العولمة.

يستوقفنا في هذا الفصل موقف المؤلف من العولمة، حيث يعلن وفاتها، ويعتبر أن تعديلات استراتيجية الحلف الأطلسي (نيسان /أبريل 1999) كانت إيذاناً بإعلان أميركا عن استبدالها للعولمة بمبدأ الأخلاق. وهو ما يعتبره النابليسي نكوصاً إلى عهد سياسة الأحلاف الأميركيّة في الخمسينات من القرن الماضي.

هذا ويتجنب الكتاب إيراد متغيرات ما بعد 11 أيلول /سبتمبر. ولعله بذلك يتتجنب الخوض في فوضى ما بعد تلك الحوادث، وهو يخلص إلى أن المواطن الأميركي اليوم فاقد للتوجّه، إذ يتزاوجه الحنين للأصول (الأريون الأميركيون واللوبّي اليهودي والتجمعات العرقية والدينية المختلفة) ومتعة اللامبالاة والذوبان، مما أفقد الموزاييك الأميركي دعم الوف المادية بنشوة الحرية الشخصية التي تبدّلت مثالياً ولا واقعيتها في الزمن الصعب، حيث اشتكتي الآريون من سيطرة اليهود على الحكومة الفيدرالية. وحيث اشتكتي الزنوج من تدني دخّلهم واستمرارياً التمييز العنصري ضدهم. وحين اتهم ذوي الأصول العربية بانفجار أوكلاهوما، وغيرها من المواقف التي غدت الحنين إلى الأصول، وهي في طريقها لإلغاء متعة اللامبالاة بالآخر. هذا الإلغاء الذي يترك الموزاييك الأميركي قائماً على الوفرة المادية وحدها. وهكذا يتوضح تدريجياً عجز الذات الأميركيّة عن مكاملة وتركيب مجموعاتها الدينامية، إذ يزداد بروز عوامل الاختلاف بين هذه المجموعات، حتى ينفجر مع أول أزمة اقتصادية أميركية قادمة. وعندها ستتبدي الفوارق بين هذه المجموعات على الأصعدة المختلفة (العرقية واللغوية والدينية والمذهبية والقومية ... إلخ). حتى أمكن القول إن انفجار أوكلاهوما، وقبله حادث ليتل روك، ولوس أنجلوس، وبعدها حوادث سينسيناتي، لم تكن سوى مظاهر لبداية تفكك الذات الأميركيّة، على طريق تحويلها إلى فتات من الأقلّيات المتّافرة. إنّها النفس الأميركيّة المفككة ...

العنوان: التحليل النفسي للأمثال الشعبية العراقية.

المؤلف: د. حسين سرمك حسن.

الناشر: المؤلف / ط ١ ٢٠٠٠.



حضارة بلاد الراشدين من أقدم الحضارات الإنسانية وأعرقها لجهة تاريخها المتصل بدون قطيعة تاريخية. لذلك تفرض المعطيات الأنثروبولوجية لهذه الحضارة نفسها، وهي تنفجر بمناسبة الصدمة الحضارية التي أحدثتها احتلال العراق. والتي ترافقت مع محاولات منظمة لتوظيف الآركيولوجيا (علم الآثاريات) لتوليد قطيعة تاريخية اصطناعية عبر سرقة وتشويه آثار حقبات محددة من التاريخ الحضاري لهذا البلد.

هذه القطيعة هي السبيل الجرمي المنظم لتخريب النسيج الحضاري المتد. هذا النسيج الذي يمنع ويردع أية محاولة لتصنيف الإثنيات تصنيفاً عددياً. فوجودها في بلاد الراشدين هو وجود تاريخي، وهي مساهمة في نسج تاريخ وحضارة هذه البلاد، وذلك بحيث يصبح وصف بعض الإثنيات بالأقليات إهانة تاريخية. فالحضارات العربية لا ترتكب خطيئة التصنيف العددي لمكوناتها، فالمكون الحضاري يحتفظ بقيمته وتراثه، بعيداً عن عدد ورثته وحملة إرثه. فالأنتروبولوجيا الثقافية تقوم على الصهر والتذوب المتبادل للجماعات في ما بينها، بحيث تنشأ مجموعة وظيفية جديدة تضم كل الجماعات الأولية. وتتحدد هذه المجموعة عبر جملة تنازلات متبادلة، تتخلّى فيها كل جماعة عن بعض خصائصها لتسهيل تكاملها في الجماعة. وهذا لا يعني بحال إلغاء خصوصيات الجماعة، لكنها تسامي بالنقاط المصادمة للجماعات الأخرى. وهكذا تتعايش الجماعات في إطار مجموعة تشتراك بنمط حياتي مشترك.

لكن ماذا يحدث عندما تتدخل الجريمة المنظمة في شطب وتشويه المساهمة الحضارية لإحدى الجماعات المساهمة في النسيج الحضاري؟. في هذه الحالة، فإن هذه الجماعة تفقد الأدلة التاريخية التي ثبتت حصتها في الإرث الحضاري. مما يجعل هذا الإرث مهدداً. ولعل القرصنة الآثرية الحاصلة في العراق واحدة من أقدر الجرائم الآركيولوجية. فـ «إسرائيل» كامنة وراء هذه الجرائم، الهدافـة إلى تعويض نقائص المرويات التوراتية على حساب الحضارة الآشورية تحديداً. وهذا التركيز الانقائي على الآشورية لا يعود إلى مجرد التزامن بينها وبين التاريخ اليهودي المتقطع، لكنه ينطوي على رغبة ثأر تاريخية من بابل، ومن ملوك الآشوريين.

هذه المحاولة التأرية المرافقة للحرب العراقية تدفعنا للعودة إلى كتاب صادر في العام 2000 للزميل العراقي الدكتور حسين سرمين حسن تحت عنوان: «التحليل النفسي للأمثال العراقية». وأهمية التحليل النفسي للأمثال تكمن في أنه لا يكتفي بتناول الوظائف الاجتماعية للأمثال، بل هو يتعداها إلى البحث في الدوافع والصراعات اللاشعورية والمحركات المرتبطة بالأصول الحضارية، أي باللاشعور الجماعي التاريخي. فالأمثال تجسد مرحلة المشافهة البدائية ما قبل الكتابية، إذ يعتمد المثل في انتشاره على الرواية الشفاهية. وهو شكل الرمز البدائي الذي يعكس اللاشعور وكوامنه. وبذلك يمكن للتحليل النفسي للأمثال أن يكون وعاءً يجمع مقتطفات من النسيج الحضاري للثقافة المنتجة للمثل.

وهنا يطرح السؤال: لماذا تتجنب هذه المجتمعات ، المنتجة للأمثال، أية تقنية متقدمة، وتتجاهل كل أشكال «المحرك». لتفلت بذلك مما يسمى بالتقديم؟. ثم كيف يستطيع مثل هذا العالم من الرموز أن يكون، علمياً وتقنياً واجتماعياً، عالماً متحجراً بينما تعتبر هذه الرموز - في ما يبدو - غزيرة المعنى، غنية ومفتوحة على عالم من شأن الإنسان أن يستمد منه ما يتاح له التجدد رأساً على عقب، إذا ما أنصت للغتها؟. وهذه الأسئلة تقودنا إلى اكتشاف تعددية دلالة الرمز، وعصيانيه على الحصر في دلالات بعينها. وبذلك يتضح لنا أن محاولة تدجين الرموز عن طريق الملجمة لم تكن إلا إثلافاً للرمز، وتنقيداً لدلاليته. وبذلك يبقى المثل وعاء بدائياً، لكنه أقدر على حفظ الذاكرة الجماعية، التي حاول لصوص الآثار، سلبها وقرصنتها.

١. باقة الأمثال الشعبية العراقية:

في عودة إلى كتاب الزميل سرمهك، نجده يتناول الأمثلة التالية بالتحليل:

- مثل بلاع الموس (يبلغ الموس على الحدين).

- الوجه رمانة والقلوب مليانة.

- ابنها على كتفها وتدور عليه.

- كلمة الصدق تسبك.

- من حبك لاشاك.

- الرجل في بيته صبي.

- ضمير الحقير ميت.

- أصلع ولحيته طولية (الجيب خالي والخشم عالي).

- ما يعرف يرقص ويقول القاع عوجه.

- الحب أعمى.

- إن اللوم إغراء.

- حشر مع القوم عيد.

- أبو طبع ما يغير طبعه.

- قلل علبه وكد عليه.

- ملكي أكثر من الملك.

خوفك من الساكت.

- من شاف الدم ماعت روحة.
- شفت شواريه وتعجبت بيه.
- أبويه ما يقدر بس على أمري.
- حلم الجουان خبز.
- ما جوز من شرب الخمر ... ما طول بالنخلة تمر (جنت على نفسها براوش).
- ثلين الولد على الحال.
- كل ممنوع متبع.
- غيروني بعارهم ولبسوني إيزارهم.
- إذا جاء القدر يعمي البصر.
- الزائد أخو النافق.
- اللي تقرصه الحية يخاف من جرة الحبل.
- لو كانت الجنة تحب الحما كان كل النسوان راحوا السما.
- القرد بعين أمه غزال.

وكما يتضح فإن بعض هذه الأمثلة مشتركة مع المجتمعات العربية الأخرى، وهذا طبيعي بسبب الشراكة الثقافية. لكن خصوصية الجماعة العراقية تبقى حاضرة في عدد ولو قليل من هذه الأمثال. وهي خصوصية تندعم من خلال تحليل المؤلف لهذه الأمثال.

2. الأمثال والحنين للأصول:

على الرغم مما يشوب الكتاب من هم التبسيط، وتقريب التحليل للفهم عبر أمثلة معاصرة، بعضها مستمد من الأدب العالمي، ومن التراث الشعري العربي، فإن الحنين للأصول يبقى واضحاً في تحليلات المؤلف.

ففي شرحه لمثال: «من حبك لاشاك» يتحدث سرمك عن ثنائية الحب والكراهية، فيعود إلى ملحمة جلجامش ليتخذ مثلاً العلاقة بين جلجامش وبين أنكيدو. حيث تقول الملحمة إن علاقتهما بدأت بصراع جسدي رهيب، ثم تحولت إلى أكثر العلاقات غرابة من حيث التعلق والقوة.

وفي شرحه لمثال «كلمة الصدق تسبك» يعود إلى قول الإمام علي: «والله ما أضمر امرؤ شيئاً إلا وقد ظهر في فلتات لسانه ونبرات صوته وصفحات وجهه».

كما يستخدم المؤلف قائمة من أبيات الشعر (لا مجال لذكرها في هذا السياق) لشرح الأمثال وتحليلها. لكننا نخرج بانطباع تركيز المؤلف على الجانب التحليلي الفرويدي، مع ملامسة طفيفة للتحليل الأنثربولوجي الثقافي. لكن هذه الملامة كافية لإعطاء فكرة عن الشخصية العراقية. بل إن القارئ المدقق يمكنه أن يدلل إلى فهم متعمق للشخصية العراقية عبر تحليلات المؤلف التي تجاهلت هذه القراءة.

بناء على ما تقدم نجد في هذا الكتاب جهداً علمياً قيماً، يجعله صالحاً لأن يكون مدخلاً للراغبين في فهم مبادئ التحليل النفسي الفرويدي، وكذلك للباحث الاجتماعي. إلا أنها نرى إمكانية، بل وضرورة، تعميقه بقراءة أنثربولوجية تحلل الشخصية العراقية وأصولها الحضارية.

سلسلة كنت الثقافة النفسية المتخصصة

المحرر: محمد أحمد النابلي

الجديد حول الاكتئاب

- الاكتئاب: أسبابه وعلاجه / محمد أحمد النابلي.
- مقياس هاميلتون للأكتئاب / جمال التركي.
- الاكتئاب... صراع الحب والكراهية / مصطفى زبور .
- برنامج علاجي لحالات الاكتئاب / قاسم حسين صالح.

توصية

يعتبر الاكتئاب أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم. وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية إلى وجود أكثر من مئة وأربعين مليون مكتئب في العالم. وتتفق الدراسات على ترشيح إصابات الاكتئاب للزيادة، وإن اختلفت في تحديدها للأسباب المحتملة لهذه الزيادة. لهذه الأسباب كان الاكتئاب موضوع متابعة ودراسة مستمرة، وكتب عنه الكثير في مختلف الثقافات و مختلف اللغات.. وتركز هذه الدراسات حول المحاور التالية:

١. الدراسات الدوائية: حيث تمكنت الأدوية مضادة الاكتئاب من تقديم الحلول العلاجية لحالات الاكتئاب وكان أولها دواء الـ ايـمـيـپـرـامـین (imipramine) قد عرض في مؤتمر زوريخ العام 1958. ثم توالى ظهور هذه الأدوية ولايزال.

٢. الدراسات الوصفية: وهي تحاول إرساء تصنیف موضوعي لحالات الاكتئاب. ذلك أن توزع هذه الحالات على الحضارات المختلفة يضمها بطوابع حضارية واجبة المرااعة. كما أن هذا العدد من المرضى يقدم عناصر متنوعة لجهة وصف الأعراض، كما لجهة سببية المرض، وسبل التعامل معه.

٣. الدراسات الإحصائية: وهي تلعب دوراً توجيهياً رئيسياً في ظل غياب التصنيفات الدقيقة لأشكال الاكتئاب.

٤. العلاجات النفسية: حيث يشكل الاكتئاب ميدان التناقض العيادي الرئيسي بسبب طغيان نسبة المصابين به. وغالباً ما تركز هذه العلاجات على تنافر القلق المصاحب عادة للاكتئاب.

٥. الاكتئاب المقاوم للعلاج: حيث تشير الدراسات العيادية إلى فشل العلاجات المتوافرة في علاج 20 % إلى 30 % من حالات الاكتئاب.

وتتركز الجهود على إيجاد الحلول لهذه الحالات. إذ يقدر عددها بحوالي 40 مليون مكتئب، ومن لا يجدون علاجاً فعالاً لحالاتهم.

أمام هذه الواقع وجدنا ضرورة تخصيص هذا الملف موضوع الاكتئاب. ونحن ندرك ضآلة الجديد الذي يقدمه. وحسبنا أننا نعرض فيه لبعض المستجدات، كما نعرض الخبرات الشخصية للمشاركين في الملف. آملين أن يقدم رؤية مساعدة للقارئ وللمتخصصين، وداعمة في مواجهة ضد الاضطراب الشائع، وهي خلاصة يمكنها مساعدة المعالجين النفسيين والأطباء العامين، وغيرهم من المتخصصين من تضعهم ممارستهم المهنية أمام عدد لا بأس به من حالات ٤.

الاكتئاب.

ويتضمن هذا الملف الفصول التالية:

1. الاكتئاب، أسبابه وعلاجه / محمد أحمد النابسي.

يعرض المؤلف لتعريف الاكتئاب والقلق مبيناً العوارض المشتركة بينهما، و التي تصاحبهما في غالبية الحالات، بحيث يصعب على العيادي الفصل بينهما. ثم يعرض لتصنيفات الاكتئاب المطروحة، ولأسبابه المعروفة. لينتقل بعدها لاستعراض أساليب العلاج المعتمدة للاكتئاب، ومن ثم لبعض الاقتراحات العلاجية للحالات المقاومة للعلاج. وينهي المؤلف بحثه بعرض مضادات الاكتئاب الحديثة التي سوقت خلال العقد الماضي.

2. مقياس هاميلتون للأكتئاب / جمال التركي.

3. الاكتئاب النفسي، صراع الحب والكراهية / مصطفى زبور.

4. برنامج علاجي لحالات الاكتئاب / قاسم حسين صالح.

وبذلك نعتقد بفائدة هذا الملف للعيادي العربي المتعامل مع حالات الاكتئاب، وذلك سواء لجهة اكتشاف المرض وتشخيصه التقريري، كما لجهة علاجه والتعامل معه.

الاكتئاب وأسبابه وعلاجه

محمد أحمد النابسي

الاكتئاب والقلق النفسي

1. تعريف الاكتئاب.
2. تعريف القلق.
3. خصائص الاكتئاب.
4. خصائص القلق.
5. خصائص القلق الاكتئابي.
6. مراحل الاكتئاب

بالرغم من التقدم الهائل في تحديد طبيعة الاكتئاب، والأسباب المؤدية له. وبالرغم من ظهور الطرق العلاجية الحديثة، التي لا تزال تتطور، فإن مجتمعنا، وللأسف، لا يزال ينظر للمكتسب على أنه معتوه.

يشكل مرضي الاكتئاب في العالم غالبية زوار العيادات النفسية، كما تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية (W.H.O.)⁽¹⁾ إلى أن 3% من سكان العالم يصابون بالاكتئاب، وهذا يعني أن هناك مئة وأربعين مليوناً من المنهارين في العالم.

هذا ويؤكد البروفسور Gorgos⁽²⁾ بأن 10% من زوار عيادات الطب العام هم في الواقع اكتئابيون. أما البروفسور W Siegenthaler⁽³⁾ فيؤكد بأن 25% من زوار عيادات القلب هم في الواقع مرضى اكتئاب، أو هم من يعانون ميلاً اكتئابية.

فهل نستطيع أن نصف هذه الأعداد الضخمة من الناس على أنهم معتوهون؟ وهم ليسوا كذلك.⁽⁴⁾

والاكتئاب هو من الأمراض التي لا يزال انتشارها يتسع يوماً بعد يوم. الأمر الذي يجعل من الضروري فهم هذا المرض على حقيقته، منعاً للالتباس، وتسهيلًا لاكتشافه منذ بدايته، وقبل أن يصل إلى مراحله القصوى.

ولقد تنبأ البروفسور Sartorius⁽⁵⁾ قبل حوالي عقدين، بازدياد عدد المصابين بالاكتئاب خلال العقود القادمة. وقد اعتمد سارتوريوس، في اعتقاده هذا، على الأسباب التالية:



1. ارتفاع معدل الأعمار (بسبب التقدم الطبي).
 2. التغيرات النفسية. الاجتماعية. التي تحصل بسرعة كبيرة من شأنها أن تسبب بالإرهاق والاستفاذة النفسيين.
 3. استهلاك العقاقير التي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور الاكتئاب.
 4. ازدياد نسب الإصابة بالأمراض المزمنة التي يرافقتها الاكتئاب كأمراض مرضي.
- والآن، وبعد مضي أكثر من عشرين سنة على كلام سارتوريوس، نلاحظ بأنه كان محقاً في استنتاجاته. بل نلاحظ بأن الاكتئاب لا يزال يهدد بانتشار أوسع مما هو عليه الآن. أمام هذه الأرقام والواقع وجب علينا أن نكون فكراً علمية وموضوعية حول هذا المرض. ونحن قبل أن نتصدى لشرح مظاهر الاكتئاب وأنواعه وطرق علاجه نجد لزاماً علينا أن نعرف الاكتئاب تعريفاً. وذلك يهدف التفريق بين الاكتئاب، وبين بقية أشكال انحرافات المزاج.

1. تعريف الاكتئاب:

في الواقع، إن كلمة الاكتئاب هي تعبير يمكن أن تتضمن تحته مجموعة من الأعراض. هذه الأعراض التي يمكن أن تنشأ نتيجة لأمراض مختلفة، أو لاضطرابات فيزيولوجية كثيرة التعقيد. ولعل أبسط وأوجز تعريف للاكتئاب هو التالي:

الاكتئاب هو اختلال التوازن النفسي الذي يصيب بالدرجة الأولى مزاج الشخص ومثاليلاته، معرضًا إياه للألم والشقاء المعنويين.

هذا الألم والشقاء يعكسان تعاسة المكتئب، وهذه التعاسة تختلف كليةً عن التعاسة العادية، التي تأتي كرد فعل على خسارة معينة، والتي تزداد بازدياد آثار الخسارة التي سببتها، فالتعس العادي يحتفظ بقدرته على التفكير المنطقي. فإذا ما وجد سبيلاً لتعويض خسارته عمد فوراً إلى تعويضها، وذلك على عكس المكتئب الذي يفقد القدرة على التفكير المنطقي، لأن تعاسته تتركز حول خسارته التي يعتبرها مستحيلة التعويض، بحيث يتحول إلى الكآبة.

والشاعر بالتعاسة العادية يستجيب عادة لجهود محیطه والمقربين منه، ولمحاولاتهم للترويح عنه وإلاضحاكه. في حين يميل المكتئب إلى تجنب الآخرين والهرب منهم. وإذا كانت التعاسة العادية تغنى تجربة الشخص، وتساهم في نضجه، وتدريه على مواجهة الخسارات المشابهة في المستقبل، فهي إذن تعasse إيجابية وطبيعية، ولا تحتاج لأي علاج. بل على عكس ذلك فإن هنالك عدداً من الطرق العلاجية التي تستدعي مشاعر التعasse هذه، لاستخدامها في العلاج. فمعالج السوفرولوجي⁽⁵⁾ مثلاً يطلب من مريضه أن يسترجع مشاكله في ذاكرته، وأن يركز تفكيره عليها. ومثل ذلك يحدث في مخيمات العلاج التي تقيمها الجيشتالت⁽⁶⁾ في الولايات هـ

المتحدة، حيث يطلب المعالجون من المرضى التفرق في غابة قريبة، والصرخ بأعلى أصواتهم. (بقصد تغيير أفكار تعاستهم).

مما تقدم نلاحظ أن مشاعر التعasse العادبة تختلف اختلافاً جذرياً عن مشاعر الألم والشقاء الملزمة للأكتئاب. وهذه الأخيرة تقتضي التدخل العلاجي السريع، وذلك للأسباب التالية:

1. احتمال تطور وتعقيد الحالة الاكتئابية، بحيث تصل إلى حد الكآبة والانتحار.

2. لأن هذه المشاعر تكون عادة عميقة بشكل يؤثر على التوازن النفسي.

3. لأن هذه المشاعر لا تزول سريعاً، كما في حالة التعasse العادبة.

4. لأن هذه المشاعر غير مبررة وغير منطقية.

5. كلما تطور شلل القدرة على التفكير المنطقي، كلما كان الاكتئاب أكثر حدة ووضوحاً.

2.تعريف القلق النفسي:

غالباً ما يلازم القلق النفسي الاكتئاب ويصاحبه. فالقلق والاكتئاب هما مفهومان متلازمان (بالرغم من اختلافهما كما سنرى ذلك لاحقاً) في عيادات الطب النفسي. وهذا التلازم بين القلق والاكتئاب ناتج عن اشتراكهما في الصفات العيادية التالية:

1. كلاهما حالة مزاجية. عقلية خاصة بكل مريضٍ على حدة. أي أن كل مريض يعبر عنها بطريقته الخاصة.

2. كلاهما يؤلف عارضاً عياديًّا ممكناً أن يظهر منعزلاً، ولكنه غالباً ما يرافق عدداً من الأمراض. سواءً النفسية منها أو الجسدية.

3. كلاهما دلالة مرضية يقيمها الطب النفسي على أنها مرض نفسي، ونادراً عقلي.

وهذا التلازم العيادي بين القلق والاكتئاب يفرض علينا تعريف القلق بغية التفريق بين ما هو قلق وما هو اكتئاب.

في الواقع، إن مفهوم القلق ملازم لمفهوم الخوف، ولكن المفهومين يختلفان اختلافاً يشبه الاختلاف ما بين الاكتئاب والتعasse. وخلاصة ذلك أن القلق هو خوف غير مبرر وغير منطقي، وبمعنى آخر فإن اضطرابات المزاج على أنواعها تعتبر مرضية إذا ما ظهرت دون مبرر منطقي. وتعتبر طبيعية إذا ما توافرت لها الأسباب المنطقية. وفي سبيل تفريقٍ أوضح بين القلق النفسي والخوف العادي، فإننا نورد المثال التالي: الطالب الذي يخاف من الرسوب في الامتحان. إننا نعتبر هذا الخوف طبيعياً إذا كان نابعاً من عدم استعداد الطالب لهذا الامتحان. في مثل هذه



الحالة فإن الخوف يكون طبيعياً وصحيحاً، ودافعاً للطالب نحو التحصيل الأفضل. أما ذلك الطالب الذي يخاف الرسوب بالرغم من كونه قد أتم استعداده للامتحان، فإنه من الطبيعي القول بأنه ليس لهذا الخوف ما يبرره، وهو بالتالي خوف مرضي، وهذا هو القلق.

3. خصائص الاكتئاب:

يجمع الاكتئاب تحت لوائه مجموعة متنوعة من الاضطرابات المرضية. وهذه الاضطرابات تتال المزاج، التفكير، السلوك، الإدراك وأخيراً النواحي النفسية . الجسدية. وبالطبع فإنه تبعاً لنوع الاكتئاب يمكن أن تطغى إحدى هذه الاضطرابات على غيرها (سنفصل ذلك عند تصنيفنا لأنواع الاكتئاب). ونحن في سبيل تعريف خصائص الاكتئاب، فإننا سوف نقوم باستعراض هذه الاضطرابات واحدة فواحدة.

1. اضطرابات المزاج: يؤدي الإرهاق النفسي إلى اضطراب المزاج. هذا الاضطراب يتوجه في حالة الاكتئاب نحو التعاسة والألم الأخلاقي والمعنوي. وهذه المشاعر من شأنها أن تدفع المريض نحو التشاؤم المرضي، ونحو الشعور بالاضطراب والفراغ الداخليين.

2. اضطرابات الإدراك والتفكير: إذ تسيطر على إدراك المكتئب مجموعة من الأفكار السوداء والضبابية. وهذه الأفكار هي التي تعيق المكتئب عن التفكير المنطقي المنظم، الأمر الذي يوجه أفكار المكتئب جميعها، ويمحورها حول فكرة انهيارية معينة تسيطر على وعيه. وهكذا فإن أفكار المريض كلها تكون ذات منحى ومحظى اكتئابيين. وتكون هذه الأفكار متركزة حول ذات المريض.

إلا أن اضطرابات التفكير لا تقف عند هذه الحدود، إذ أن هنالك بعض التطورات الاكتئابية التي تؤدي إلى ظهور الأفكار الهذانية والمهلوسات.. إلخ.

3. اضطرابات السلوك: يبدو لنا مريض الاكتئاب عادة على النحو التالي: متربداً، وهذا التردد يعيق المريض عن اتخاذ القرار. ويزيده اعتقاداً بعدم فائدته وبضائلته، الأمر الذي يدفع بالمكتئب إلى لوم ذاته وتقريرها، بل وكرهها. وعند تطور الحالة الاكتئابية، فإننا نرى المريض راغباً في عقاب ذاته. ولهذا السبب فإن رغبة المكتئب في الانتحار تزداد حدة مع تطور حالته الاكتئابية.

4. الهبوط النفسي. الحركي: إن مجموعة العوامل المذكورة أعلاه تؤدي إلى الهبوط النفسي . الحركي. فنرى المكتئب منهك القوى، بطيء الحركة، ذو قدرة منخفضة على الإيماء والتعبير. وعلى وجه العموم فإن هذا المريض يكون سلبياً، قليل النشاط، يجد صعوبة في التعبير عن آرائه. كما نلاحظ بأن هذا المريض يتورط في نشاطات عديمة الفائدة، وهو يبدأ أعماله دون أن ينهيها.

٥. الاضطرابات النفسية. **الجسدية**: تؤدي مجموعة العوامل المذكورة أعلاه إلى إحداث اضطرابات على الصعيد النفسي - الجسدي. وهذه الاضطرابات ناجمة عن تهبيط الجهاز العصبي النباتي^(٧) أو اللاإرادي، وهذا التهبيط يمكن أن يؤدي إلى مظاهر عضوية متعددة نذكر منها:

- أ. **جفاف الفم أو / والغثيان.**
- ب. اضطرابات الشهية. عادة تختفي الشهية، إلا أنها نادراً ما تزداد.
- ج. **الأرق الصباحي**، الذي يتجلّى في استيقاظ المريض في آخر الليل، ومع بداية الصباح.
- د. **الاضطرابات الجنسية**، وتبدأ عادة بسرعة القذف، ولكنها لا تثبت أن تتطور إلى صعوبة انتصاب، ومن ثم إلى عجز جنسي.
- ه. **الصداع المترافق بالتعب الجسدي العام**، وهو صفة مميزة لمرضى الاكتئاب.
- و. **التعب العضلي**، وهو الذي يؤدي للجمود الذي نلاحظه لدى المكتئبين. كما أن هذا التعب العضلي يمكن أن يتجلّى بإحساس بعدم الراحة في منطقة القلب، أو الإحساس بالألم في منطقة المعدة والبطن، أو الأوجاع المفصليّة، وكل هذه الأوجاع من شأنها أن تخلق وتغذي الوساوس المرضية. ومن الجدير بالذكر أن الإحساس بهذه الأوجاع يكون في البداية صباحياً ودوريًا، إلا إنه يمكن أن يتحول إلى دائم مع الوقت.

٤. خصائص القلق:

يُحدث القلق، على غرار الاكتئاب، اضطراباً في توازن المريض النفسي. هذا الاضطراب يترك آثاراً كثيرة بعضها يتشابه مع آثار الاكتئاب. ولنستعرض معاً خصائص القلق:

١. **اضطراب السلوك**: غالباً ما يؤدي القلق إلى إعاقة ترتيب الأفكار وعرضها بشكل يحترم التسلسل المنطقي، الأمر الذي يدفع بالمريض القلق لطلب النصح حتى في الأمور التافهة. ولهذا السبب أيضاً نلاحظ بأن القلق يتراجع أمام العقبات التي تعرّض له، دون أن يفكّر في مواجهتها. ولدى مراقبتنا لهؤلاء المرضى نلاحظ بأنهم يبدأون عدة أعمال في آن واحد، ثم يتركونها دون أي مبرر ليبدأوا مجموعة جديدة من الأعمال. ومن الملاحظ أيضاً بأن القلقين يكررون من الاستطراد أثناء أحاديثهم.
٢. **اضطراب التفكير**: قد يتركز الخوف اللامنطقي، الباعث على القلق، على فكرة معينة، (طبعاً غير منطقية)، وفي هذه الحالة يتحول القلق إلى نوعٍ من الرهاب^(٨). وفي أية حال فإن اضطراب التفكير لدى القلق يتلخص على النحو التالي: يستطيع القلق تركيز أفكاره (على

عكس المكتسب) كما يستطيع عرض هذه الأفكار بسلسل، إلا أنه يرتكز في هذا العرض والتسلسل على أفكار قلقه الغير منطقية، الأمر الذي يجعل من أفكاره وتسلسلها أموراً غير منطقية.

3. اضطراب السلوك: عندما يشتد القلق فإنه يدفع المريض للتفكير بأن الموت ربما كان حلاً للهرب من هذه الحالة النفسية المتردية، إلا أن القلق لا يتحمل فكرة الموت بسهولة، فهو عادة يهرب منها، على عكس المكتسب الذي قد يحاول الانتحار.

4. الحالة النفسية. الحركية: من الممكن أن يؤدي القلق إلى الهبوط النفسي - الحركي، كما يحصل في حالة الاكتئاب، إلا أن الحالة النفسية. الحركية لدى القلق تتميز بمظاهرتين أساسين هما: أ) ارتجاف الأطراف (الأصابع على الأقل). ب) الهياج العصبي، الذي يمكن أن يكون دائمًا، وأن يظهر لأنفه الأسباب، أو الذي يمكن أن يحدث بشكل نوبات، تلي فترات متقطعة من الهبوط والجمود. وفي هذه الحالة فإن الهياج العصبي يظهر بشكل انفجارات نفسية عنيفة وعدائية، بحيث يحطم المريض كل ما يقع تحت يده، وقد يضرب أو يشتم أو يثور.

5. الاضطرابات النفسية. الجسدية: وتشابه هذه الاضطرابات في كل من حالات الاكتئاب والقلق، إلا أنها في حالة القلق تجد مناخاً أفضل، فالخوف المرضي المميز للقلق من شأنه أن يتجه نحو هذه الاضطرابات الجسدية، فيكون منها عصابةً عضوية⁽⁹⁾.

ولعله من المفيد في هذا المجال أن نذكر ما قاله البروفسوران⁽¹⁰⁾: Guazzi Fiorentini: يؤدي القلق النفسي إلى ظهور خفقان القلب وتتسارع عدد دقاته، الأمر الذي من شأنه أن يزيد من حدة القلق، مما يزيد من خفقان القلب، وهكذا دواليك، فإن كل واحد من هذه العوامل يغذي الآخر ويساهم في تطوره، وهذا ما يؤدي إلى الاضطراب الفيزيولوجي المسمى بتناذر القلب الزائد الحيوية⁽¹¹⁾.

وعلى هذا النحو، فإن القلق يحول هذه الاضطرابات النفسية - الجسدية إلى تناذرات⁽¹²⁾. وبعض هذه التناذرات تبقى في نطاق الاضطرابات الوظيفية، بينما يتحول بعضها الآخر إلى أمراض عضوية حقيقة ناشئة عن القلق النفسي. وإذا كان المجال هنا يضيق في شرح هذه الأمراض⁽¹³⁾، فإننا سنكتفي بعرضٍ سريعٍ للاضطرابات الوظيفية المرافقة للقلق وهي:

أ . أرق أول الليل: حيث يجد المريض صعوبة كبرى ريثما يستطيع النوم.

ب . جفاف الفم أو / والغثيان.

ج . زيادة عدد مرات التنفس بما لا يتبع الوقت للرئتين كي تتخلص من ثاني أوكسيد الكربون، مما يؤدي إلى زيادة دقات القلب.. إلخ.

د . آلام البطن والمعدة بشكل خاص.

ـ آلام في المناطق البولية - التناسالية.

ـ الاضطرابات الجنسية، صعوبة انتصاب، أو اضطراب العادة الشهرية.

ـ اضطرابات القلب الوظيفية⁽¹⁴⁾.

وكما لاحظنا فإن مريض القلق ميال لتحويل هذه المظاهر العضوية إلى عصابة عضوي. أي بمعنى آخر، فإن القلق يؤدي إلى خلق وتطوير الوساوس المرضية.

وفي النهاية بعد شرحنا لخصائص كل من الاكتئاب والقلق فإننا نورد ما قاله K.ABRAHAM S.FREUD⁽¹⁵⁾ للتفرق بين القلق والاكتئاب، إذ يقولان: يعتبر المكتئب أن المصيبة قد حلّت به، وأنه عاجز عن إصلاحها وإصلاح أضرارها . والمكتئب ينظر إلى الماضي فيجده تعيساً، وينظر إلى مستقبله بتشاؤم فيجده مظلماً .

أما مريض القلق فهو يخاف ويتوقع أن تحلّ به مصيبة ما . وهو يعتقد بأن هذه المصيبة قادمة لا محالة، وعليه أن ينتظر قدومها .

وإذا كان القلق يشك في كل ما حوله، فإن المكتئب متأكد من أن كل شيء حوله هو سيء وعاطل .

5. خصائص القلق الاكتئابي:

من وجهة نظر عيادية، فإنه من النادر أن نجد أنفسنا أمام حالات قلق أو اكتئاب منفردة. بل غالباً ما تتلازم هاتان الحالتان بشكلٍ يصعب معه التفريق بينهما . وفي هذه الحالة نتكلم عن القلق الاكتئابي .

هذا التمازج في ما بين القلق والاكتئاب يحدث في مجموعة من الحالات:

1. الاضطرابات المزاجية. الارتکاسية، التي تحدث كرد فعل أمام أحداث مرهقة، مثل خسارة، موت عزيز، تهديد .. إلخ.

2. أثناء التطورات العصبية⁽¹⁶⁾.

3. لدى أصحاب السوابق العصبية، وخاصة المدمنين والمصابين بالهيستريا . والحقيقة أن تبادل أسباب وأشكال التمازج بين القلق والاكتئاب يضعنا أمام أنواع متعددة من حالات القلق الاكتئابي ذكر منها:

1. حالة القلق الاكتئابي . ÉTAT ANXIO - DÉPRESSIVE

2. الاكتئاب العصبي الارتکاسي DÉPRESSION NEVROTICO - RÉACTIONEL



3. اكتئاب محدود *Dépression mineure*
4. لا معاوضة القلق الاكتئابي *Décompensation anxioc - dépressive*
- وهكذا نرى بأن التشخيص العيادي لهذه الحالات، هو تشخيص حساس، وعلى درجة من التعقيد. وهذا التشخيص يرتكز على:
1. أي المظاهر هي الأكثر وضوحاً؟ مظاهر القلق، أم مظاهر الاكتئاب.⁶
 2. التاريخ المرضي. النفسي للمريض.
 3. تحديد وجود، أو عدم وجود، القلق المزمن السابق للانهيار.
- والحقيقة أن هنالك آراء عديدة حول تحديد وتشخيص القلق الاكتئابي. ومن أهم هذه الآراء، رأي العالم Bowlby الذي درس اضطرابات المزاج لدى الحيوانات، فقام بإبعاد صغير الحيوان عن أمه، للاحظ بأن اضطراب مزاج الحيوان الصغير يمر بثلاث مراحل هي:
1. مرحلة الاحتجاج: (*Protestation*) وتتميز هذه المرحلة بالهياج العصبي. الصراخ والانفعال العنيفين.
 2. مرحلة اليأس: (*Désespoir*) وتتميز هذه المرحلة بالهدوء، الجمود، التعب، الخمول واللامبالاة.
 3. مرحلة الانعتاق: ويبدو الحيوان في هذه المرحلة وكأنه قد تخلص من معاناته، ولكنه في الواقع يكون عرضة لجملة من الاضطرابات النفسية. العاطفية التي لا يمكن إصلاحها حتى ولو أعدناه إلى أمه. لاحظ Bowlby أن هذه الاضطرابات تؤثر على نمو الحيوان العضوي، والنفسي والعاطفي.
- ويجد spitZ Bibring⁽¹⁷⁾ تشابهاً بين مراحل اضطراب المزاج لدى كل من الإنسان والحيوان، فالمراحل الأولى، وهي مرحلة الاحتجاج لدى الحيوان، هي مرحلة القلق لدى الإنسان. أما المراحل الثالثة، وهي مرحلة الانعتاق لدى الحيوان، فهي مرحلة الاكتئاب لدى الإنسان.
- وعلى هذا الأساس يستنتج هؤلاء العلماء بأن القلق لدى الإنسان يصاحب الاكتئاب، بل ويسبقه. ويعبرون عن هذا الرأي بالقول:
- إن رد فعل الإنسان الأولى أمام خطر فقدان شيء ما هو القلق. هذا القلق الذي يحسّه المكتئب بشكل مستمر.
- ### 6. مراحل الاكتئاب:
- بعد أن عرفنا الاكتئاب والقلق، وعرضنا لخصائصهما، وجب علينا الآن أن نقوم بتحديد مراحل الاكتئاب. وكنا قد أشرنا إلى مراحل الاكتئاب في نهاية حديثنا عن القلق الاكتئابي. إلا أن التقسيم الطبي الحديث لمراحل الاكتئاب هو التقسيم النفسي. الجسدي، الذي أضاف للمراحل الثلاث التقليدية مرحلة رابعة، هي مرحلة الإصابة بالأمراض العضوية. النفسية (سكري - قرحة.. إلخ). ولنستعرض معاً هذه المراحل:
1. المرحلة الأولى: وتعقب الإرهاق النفسي أو تزامنه. وتتميز هذه المرحلة بالوهن والضعف، بالإضافة للحساسية البالغة. وفي هذه المرحلة يكون الاكتئاب مقنعاً، أي مستتراً، (*Dépression*)

(masquée). ويتجلّى على الصعيدي النفسي بسهولة استشارة المريض، وحساسيته المفرطة أمام المواقف التي تخالف أهواه. أما على الصعيدي الجنسي، فإن هذه المرحلة تميّز باضطرابات جنسية، وخاصة سرعة القذف. ويمكننا تحديد إصابة شخص ما بالاكتئاب المقْنَع عن طريق الاختبار التالي، بحيث يكون الجواب بـ «نعم أو لا».

أ - هل لديك انتطباع بأنك لم تعد قادرًا على التمتع بأشياء صغيرة كانت، لفترة بسيطة، مصدر سعادة لك؟.

ب - هل تشعر أنك بحاجة للحظ، وللمساعدة الإلهية، لكي تعود لك سعادتك السابقة؟.

ج - هل تشعر بأن الموامل المحيطة بك تعيقك عن اتخاذ القرار؟.

د - هل تعتقد أن مردود عملك هو أقل من الجهود التي تبذلها، ومن الآمال التي تعلقها عليه؟.

ه - هل تعاني من الأرق؟.

و - هل تعاني من القلق؟.

ز - هل أنت (غير) راض عن حياتك الجنسية؟.

والإجابة بنعم على غالبية هذه الأسئلة تعني إصابة الشخص بالاكتئاب المقْنَع. وهذه الإصابة قد تشفى تلقائيًا مع مرور الوقت. نتيجة لتكيف المرأة مع أوضاعه الجديدة. ولكن هذه الإصابة ممكنة التطور، بحيث يدخل الاكتئاب في مرحلته الثانية، وهي هذه الحالة فإن الاكتئاب المقْنَع يصبح مصاحباً للألام الجسدية ذات المنشأ النفسي (سبقت الإشارة إليها).

2. المرحلة الثانية: وتتميز هذه المرحلة بالاضطرابات النفسية. الجسدية. هذه الاضطرابات تقال الغدد الصماء، والجهاز العصبي اللارادي.

وفي هذه المرحلة يتجلّى الاكتئاب عن طريق ظهور نوبات عدائية، وما نسميه بحق انفجارات نفسية. وكل هذه دلائل القلق، إذ إن المكتئب في هذه المرحلة يظهر قلقه أكثر مما يظهر أنهياره، ولهذا نجده ينفجر ويثور لأتفه الأسباب، ومن ثم يعود ويندم على ذلك.

وفي هذه المرحلة تبدأ الوساوس المرضية بالظهور نتيجة لتهيج الجهاز العصبي اللارادي، ولكنها لا تتحول إلى عصاب عضوي في هذه المرحلة.

3. المرحلة الثالثة: وتسمى هذه المرحلة بالنفسية. الجسدية. ففي هذه المرحلة تبدأ بالظهور علامات الإرهاق الجسدي، التي تأتي لتضاف إلى علامات الإرهاق النفسي، وهذا الأمر يؤدي إلى تغيرات بيولوجية عميقية في داخل الجسم. هذه التغيرات التي لم يستطع العلماء تحديدها لغاية الآن، وموجز القول فإن هذه المرحلة تميّز بحدوث تغيرات نفسية عميقية يمكن تلخيصها على النحو التالي:

يصبح القلق واضحًا وملازماً للاكتئاب، وهذا التلازم يمكن أن يؤدي لظهور العصاب العضوي. كما تشهد هذه المرحلة أيضًا إكثار المريض من المسممات دخان، كحول، مخدرات.. إلخ. وذلك نتيجة لتوافر شروط الإدمان النفسية⁽¹⁸⁾ في هذه المرحلة.

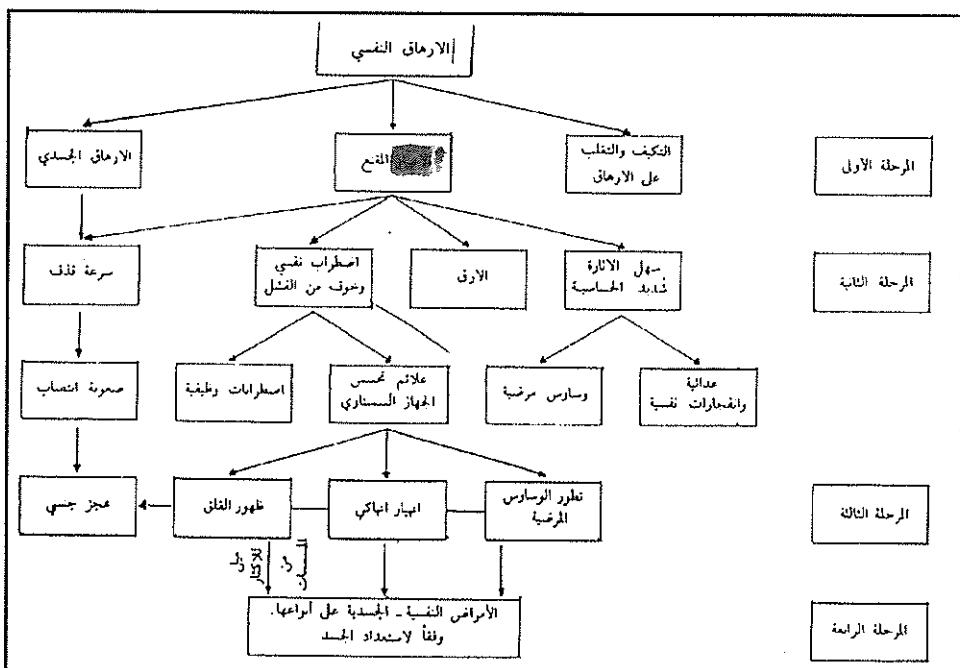


المرحلة الرابعة: وهي آخر مراحل تطور الاكتئاب، وتظهر خلالها الأمراض النفسية . الجسدية (قرحة، ربو، ذبحة .. إلخ).

وعندما يصل المكتب إلى هذه المرحلة يصبح علاجه معقداً . وبالطبع فإن هذا العلاج يتقتضي مشاركة كل من الطبيب المختص بالمرض العضوي والطبيب النفسي.

جدول يلخص مراحل الاكتئاب الأربع

وهذه المراحل التي تم عرضها، هي مراحل نستطيع أن نتبينها عادة لدى مرضى الاكتئاب. وذلك من خلال وصف المريض لمعاناته (عندما يستطيع أو يررض بذلك) أو من محبيه. ويحدث، ولو نادراً، أن تختلط هذه المراحل، وخاصة في الحالات التي يبدأ فيها الاكتئاب بشكل حاد.



والواقع أن هناك أعداداً هائلة من الناس المصابةين بالاكتئاب المقطّع، دون أن يعلموا بذلك، ويقدرهم البروفسور kielholz بـ 10%⁽¹⁹⁾.

وأخيراً نذكر بأن تقدم علاج الاكتئاب، إضافة لاتساع أفق الجمهور، جعل أعداداً لا يأس بها تتجه للعلاج عندما تكون في المراحل البدائية للأكتئاب . وفي مثل هذه الحالات نلاحظ بأن العلاج يكون أسهل وأسرع. كما نلاحظ بأن المعالج النفسي يستطيع التعرف على المراحل الأولى للأكتئاب عن كثب، الأمر الذي يساعد في حل أي تطورٍ اكتئابي قد يتعرض له هذا المريض في المستقبل.

الحواشي

- (1) Les services de sante en europe. Coopenhagen O. M. S. 1974
- (2) C. Gorgas. Vademecum in psihatrie. Ed. Med. Buc. 1985
- (3) W . Siegenthaler. Congres international de cardiolgie. 1980
- (4) The world Congress of Psychiatry. Sartorius. Mexique 1971
- (5) السوفرولوجي (Sophrologie) وتعني علم تناسق الذهن. وهي مدرسة تعتمد العلاج النفسي الاسترخائي. انظر كتابنا للأمراض النفسية وعلاجها ص 163. أو كتاب Relaxation et Sophrologie, Marabout 1980
- (6) الجيشتال أو علم نفس الشكل. وهي أحد المدارس النفسية في أميركا. ولكنها تلاقي نجاحاً محدوداً في أوروبا. وقد تم نقل الجيشتال من ميدان النظرية إلى ميدان العلاج على يد العالم F PERIS واضع أساس العلاج الجيشتالي. راجع كتابنا للأمراض النفسية وعلاجها (1985) حيث أوردنا مثالاً تطبيقياً عن هذا العلاج. ص 52.
- (7) الجهاز العصبي اللارادي ويسمى كذلك لأن إرادتنا لا تستطيع التحكم به، وهو مسؤول عن تنفس الأحشاء (القلب، المعدة... الخ). ويفصل هذا الجهاز إلى قسمين: 1- السمباتوبي و يؤدي إلى زيادة دقات القلب وتضيق الشرايين وإعاقة إفرازات الجسم. و 2- الجهاز الباراسمباتوبي على معكس الأول.
- (8) الرهاب أو المخاوف اللاعقلانية أو عصاب الوساوس أو الفوبيا PHOBIE راجع الأمراض النفسية وعلاجها ص. 49.
- (9) العصب العضوي: وتحت هذا الاسم تتضمن مجموعة من الأعصاب. كعصاب القلب، عصاب المعدة، عصاب الأمعاء الغليظة، عصاب التنفس... الخ. وتتألف هذه الأعصاب باضطرابات وظيفية في هذه الأعضاء.
- (10) إلا أنها يجب الا تنسى قول (Benninghof) بأن هذه الاضطرابات المصايبة الوظيفية قبلة للتحول إلى أمراض عضوية حقيقة.
- (11) تاذر القلب الزائد الحيوية أو (Synd coeur hyperkinétique) راجع الأمراض النفسية وعلاجها ص 88 أو المرجع السابق.
- (10)
- (12) التاذر هو كتابة عن مجموعة أعراض وهو ليس مرضاً.
- (13) راجع فصل الأمراض العضوية . النفسية في كتاب الأمراض النفسية علاجها ص 62.
- (14) اضطرابات القلب الوظيفية. وهي كتابة عن مجموعة من الأعراض المكونة للتاذرات وهي وبالتالي ليست أمراضاً. بل أن بعض العلماء أمثال Rosenman يرون أن العصابين بهذه الاضطرابات لا يتعلون، إلا بصعوبة، لمرضى قلب. أي أنهم شبه محصنين ضد أمراض القلب. فهم ينتمون لنمط سلوكي لا يصاب عادة بأمراض القلب.
- (15) La maladie dépressive éd CIBA. 1983
- (16) الأمراض النفسية وعلاجها ص 39 (العصاب).
- (17) Bibring Engel. Affective disorders New york univ. press. 1953.
- (18) الإدمان مظاهره وعلاجه د. عادل الدمرداش عالم المعرفة.
- (19) Masked depression p. Kielholz ed. D. verlag 1982.



الأسباب المؤدية للأكتئاب

1. تقسيم الاكتئاب.
2. العوامل النفسية.
3. الأمراض النفسية.
4. الأسباب الجسدية.
5. العقاقير.
6. الوراثة.
7. الجنس.

يعتقد العلماء بأن الدماغ البشري يعيش في حالة اختمار كيميائي دائم. وقد أيدت جميع البراهين صحة هذه الفرضية. ولكننا لا نزال نجهل لغاية اليوم غالبية المواد المساهمة في هذا الاختمار. كما أننا لا نعرف على وجه الدقة الطريقة التي تعمل بها الناقلات العصبية^(١) التي تم اكتشافها.

لهذه الأسباب فإن تقسيم الاكتئاب وأسبابه يعتمد على علامات الاكتئاب، وعلى مبدأ الملاحظة، وليس على آلية حدوثه وحقيقة التغيرات التي تجري داخل الجسم، والتي تؤدي إلى الاكتئاب. وهكذا فنحن في هذا الفصل سنعرض لتقسيم الاكتئاب وأسبابه، دون أن نستطيع أن نقدم التفسيرات الفيزيولوجية لها. ونببدأ بـ:

١. تقسيم الاكتئاب:

إن تعدد مظاهر الاكتئاب، وتعدد الميول العصبية أو الذهانية، التي يمكن أن ترافقه، تجعل تصنيف الاكتئاب وتقسيمه إلى أنواع من الأمور العسيرة. ولقد اختلف العلماء في تقسيم الاكتئاب، وهذا نورد التقسيمات الأساسية المعمول بها، وهي التالية:

أ. تقسيم كيالهولز (Kielholz)^(٢) يقسم هذا العالم الاكتئاب إلى ثلاثة أقسام هي:
١. الاكتئاب الجسدي، ومن الممكن أن يكون هذا الاكتئاب عضوياً، وذلك حين ينشأ بسبب التخلف العقلي، أو تصلب الشرايين، أو الصرع، أو... إلخ. كما يمكن أن يكون الانهيار الجسدي تدريجياً، وذلك حين يأتي هذا الاكتئاب كنتيجة للالتهابات أو التسمم، أو اضطرابات الغدد

الصماء أو... إلخ. وأخيراً فإن هذا الاكتئاب ممكن أن يكون انفصامياً.

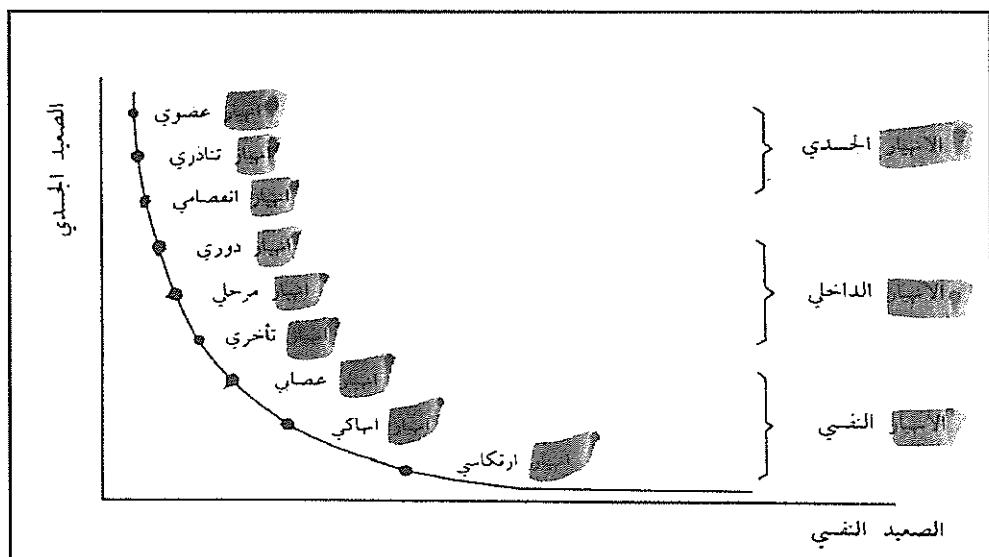
2. الاكتئاب الداخلي (Endogène) وهذا الاكتئاب ممكن أن يكون دورياً أو مرحلياً أو تأخرياً.

3. الاكتئاب النفسي: وهذا الاكتئاب ممكن أن يكون عصابياً أو ارتكاسياً (أي أن يأتي الاكتئاب النفسي كردة فعل على خسارة ما) وأخيراً فإن الاكتئاب النفسي ممكن أن يكون إنهاكياً. وهذا النوع يمكن أن يكون بدوره:

أ. اكتئاباً نفسياً إنهاكياً ذو طبيعة عصابية.

ب. اكتئاباً نفسياً إنهاكياً ذو طبيعة ذهانية.

ونلخص تقسيم كيهولز بالجدول التالي:



ب. التقسيم العيادي: ويقسم الاكتئاب إلى ثلاثة أنواع هي:

1. الاكتئاب الذي يستجيب للعلاج بمضادات الاكتئاب.

2. الاكتئاب المزمن: وهذا النوع من الاكتئاب معروف منذ أمد طويل، فهو نفسه النوراستانيا التي تكلم عنها Beard⁽³⁾ عام 1868 ووصفها بأنها ضعف تحسسي في الجهاز العصبي ناجم عن الصراع الموحش مع الحياة.

3. الاكتئاب المقاوم للعلاج: وهو ذلك الاكتئاب الذي لا تنفع معه مضادات الاكتئاب القوية. ويشكل هذا النوع 30% من حالات الاكتئاب. والحقيقة أن هذا النوع من الاكتئاب يطرح مشاكل عيادية معقدة سنتناقشها لاحقاً.

ج. تقسيم الجمعية الأمريكية للطب النفسي⁽⁴⁾: تعتمد هذه الجمعية تقسيماً ملائماً، يكاد يعم العيادات النفسية في العالم، ويعتمد هذا التقسيم على عاملين مهمين هما:

١. عامل التزامن.

٢. عامل التطور.

١. عامل التزامن: ويعني هذا العامل بتكرار وحدة النوبات الاكتئابية خلال فترة معينة، مما يتيح لنا التفريق بين الاكتئابات البسيطة والاكتئابات العظمى (Dépression majeure) التي تقسم بدورها إلى إع. متراقة مع الكتابة⁽⁵⁾ وإع. ذهانية⁽⁵⁾، وأخيراً اكتئابات عظمى عصبية⁽⁶⁾.

وعامل التزامن يتتيح لنا أيضاً تحديد ما إذا كان الاكتئاب ارتكاسياً (أي متأثراً كردة فعل على المحيط) أو مستقلاً (أي غير متأثر بالبيئة).

٢. عامل التطور: ويستطيع هذا العامل مساعدتنا على توضيح النقاط التالية:

أ) قدم الحالة الاكتئابية، مما يساعدنا على تحديد الاضطرابات الغير مزاجية، والتي تتحول ببطء وبشكل تدريجي (عوامين على الأقل) إلى الاكتئاب، ومنشأ هذه الحالات يكون عادة إما بعد حوادث ورضوض، أو بعد التهاب أو تسمم.

ب) تحديد الأسباب المباشرة وغير المباشرة التي أدت إلى ظهور الاكتئاب. ومن خلال هذا التحديد يقسم العامل التطوري الاكتئاب على طريقة كيالهولز. أي إلى:

- اكتئابات نفسية (عصبية، إنهاكلية أو ارتكاسية).

- اكتئابات داخلية (مرحلية، تأخرية أو دورية).

- اكتئابات جسدية (عضوية، تنذرية أو فصامية).

ج) تحديد السوابق النفسية والجسدية للمريض، وهذا التحديد يتتيح لنا تقسيم الاكتئاب إلى:

اكتئاب أولي (دون وجود أي مرض نفسي أو عضوي أدى للاكتئاب).

اكتئاب ثانوي (حيث يظهر الاكتئاب كنتيجة للإصابة بمرض عضوي أو نفسي).

د) دراسة العوامل الوراثية: فوجود سوابق اكتئابية، أو هوس في العائلة، من شأنه أن يجعلنا نميل للتفكير بالإصابة بذهان الهوس الاكتئابي.

٢. الأسباب النفسية المؤدية للاكتئاب:

تتعدد الأسباب النفسية التي يمكن أن تفضي إلى الاكتئاب، إلا أننا سوف نحاول تلخيصها في أربع مجموعات هي:

- أ . انخفاض تقدير الذات.
- ب . الركود واليأس.
- ج . الخسائر.
- د . غياب المحيط المتقهم.

أ . انخفاض تقدير الذات: يلاحظ العالم B. R. White⁽⁷⁾ أن الطفل البشري لا يخوض فقط صراعاً للتكيف مع الحياة، ولكنه يخوض أيضاً صراعاً من أجل التغيير، بل ومن أجل التحكم بالأشياء. ويعتمد وایت في ملاحظته هذه على الحماس الذي يبديه الأطفال عادة في التدقيق في ما حولهم، وكذلك كثرة أسئلتهم.

وبالاحظ وایت بأن الأطفال يجرون تجارياً ليعرفوا تأثير أعمالهم على الأشخاص المحيطين بهم. إذ إنه كثيراً ما نرى الطفل يقوم بحركات أو بأعمال لا تعني له شيئاً، ولكنه ينظر إلى أمه بتساؤل، فهو يريد معرفة رد فعلها على هذا العمل أو تلك الحركة. ولكن هذا الإنسان لكي يفعل، ولكي يكون فاعلاً، عليه أن يكون واثقاً من تأثير فعله على مجريات الأمور. فإذا فقد الإنسان هذه الثقة، أو لقل هذا الأمل، فإننا نراه يعتقد بأنه ضئيل وضعيف وغير جدير بمواجهة الحياة، مما يجعله متسمًا بالسلبية وباللامبالاة لما يمكن أن يصيبه. ومثل هذه المشاعر تتتبّع الشخص عندما يستشعر خسارة كبيرة. فإذا ما فقد الشخص واقعيته ومنطقه أمام هذه الخسارة، بحيث بات مكبلًا بفكرة الخسارة هذه، فإن مثل هذا الشخص يكون قد مشى خطوته الأولى نحو الاكتئاب.

ب . الركود واليأس: إن الشعور بالضالة، الذي شرحناه أعلاه، يدفع بالشخص إلى اليأس. ولكي نوضح التأثير السيء الذي يلعبه اليأس في هذا المجال، فإننا نورد تجربة العالم Seligman⁽⁸⁾ ومعاونوه، إذ قام بتعریض كلب للصدمات الكهربائية المتعاقبة، وبعد ذلك وضع هذا الكلب في صندوق ذي قسمين، واحد مكهرب، والثاني غير مكهرب. وهذا الكلب وجد صعوبة في تجنب الصدمة الكهربائية. في حين تجنب كلب آخر (لم يتعرض سابقاً للكهرباء) هذه الصدمات بسهولة. وهكذا فإن المحاولة الأخيرة ربما كانت الصائبة.

على أن هذا الشعور باليأس لا يدفع بالشخص نحو الاكتئاب مالم يجد هذا اليأس ما يدعمه في الماضي. أما إذا اقتربن هذا اليأس بحالة من الركود المادي أو المعنو (أي أن الوقت يمضي دون تحقيق أي تقدم أو نجاح في الحياة). فإن هذا الشخص يقسو على نفسه ويحاسبها، ويدفعها نحو الاكتئاب.

ج . الخسائر: يعتبر فرويد القلق النفسي بمثابة خوف من الخسارة، في حين يعتبر أن الاكتئاب هو نتيجة وقوع هذه الخسارة. هكذا يفسر لنا فرويد أهمية الدور الذي تلعبه الخسائر في إحداث الاكتئاب.

ولكي نتوصل إلى فهم أوضح للأثار النفسية التي تخلفها الخسائر، علينا أولاً أن نفهم مراحل تأثير الخسارة. هذه المراحل التي تشرحها لنا الباحثة Magda Arnold⁽⁹⁾ على النحو التالي:

المرحلة الأولى: الاستقبال الحيادي للمثيرات الخارجية.

المرحلة الثانية: تقدير هذه المثيرات، وتقدير حجم خسارة الأنماط.

المرحلة الثالثة: الانفعال الحسي.

المرحلة الرابعة: إظهار الانفعال.

المرحلة الخامسة: تفاعل الشخص بأن يقترب أو يبتعد عن المثيرات.

وهكذا فإن الشخص لدى تعرضه لخسارة ما فهو في البداية يمر بفترة من الذهول، قد تطول أو تقصر وفقاً لحجم الخسارة. وذلك ريثما يستطيع هذا الشخص أن يفهم ما يجري، وأن يستوعب نبأ الخسارة.

أما في المرحلة الثانية، فإن الشخص يُقيّم حجم خسارته. وهذه المرحلة أساسية في تحديد الإصابة بالاكتئاب. فإذا ما قدر الشخص بأن ضرر الخسارة هو من الكبر بحيث يؤدي لإفلاسه المعنوي أو المادي. (قد يكون هذا الإفلاس مجرد إحساس وهمي) مثل هذا التقدير كفيل بأن يدفع بالشخص نحو الاكتئاب.

د. غياب (أو فقدان) المحيط المتفهم: إن إحساس المرء بأنه غير مفهوم وغير محظوظ هو أحد أخطر الأحساس السلبية التي يمكن أن يعني منها شخص ما.

وهذا الشعور بعدم محبة الآخرين لنا، بل وربما الشعور بأنهم يكرهوننا، ممكن أن ينشأ عن عدة مواقف نذكر منها:

1- فقدان عزيز: في مثل هذه الحالة يعتبر المريض بأن المفقود كان الرابط الوحيد بينه وبين الحياة وبين الآخرين. وقدان هذه الرابطة يعني فقدان المحبة.

2- الترمل: وهو يدخل في مجال الأول، إلا أنه يمتاز عنه من حيث أن الزوجين هما شريكان في الحياة. وموت أحد الشركاء يعني قرب موت الآخر. وهكذا فإن الترمل يضيف على معاناة فقدان العزيز معاناة أخرى، هي الخوف من الموت.

3- العزوبيّة: إن العازب يعني غياباً عاطفياً مهماً. وفي رأي المحللين النفسيين أن العازب يلجأ للاستثمارات الجنسية⁽¹⁰⁾. (العمل، الفن، الدين، التأمل... إلخ).

وبهذه الطريقة يعوض العازب عن حرمانه من ممارسة عواطفه. ولكن هذا الحرمان لا يليث أن يتفجر من آنٍ لآخر. وذلك في الأوقات أو الفترات التي يشعر فيها العازب بأن استثماراته الجنسية لا تعطيه المردود الذي يرجوه منها، أي أنها تخيبه. فإذا ما تجاوزت هذه الخيبة حدودها، لاحظنا انفجار العواطف المكتوبة، بحيث تدفع بالعازب (وخاصة العازبة أو المطلقة) نحو الاكتئاب.

4. الاغتراب: إن الاغتراب لا يعني فحسب صعوبة التخاطب بلغة أجنبية، ولكنه يعني أيضاً صعوبات التكيف مع مجتمع جديد يختلف كلية عن الوطن الأم، بما في هذه الصعوبات من ابعاد عن الأهل، والأحباء والمقربين، إلى ما هنالك من المشاكل التي تدفع المفترب نحو الإحساس بأنه ضئيل، تائه، ويأن لا أحد يبالي به، وكلها دوافع نحو الاكتئاب كما رأينا.

5. الوحدة: هنالك العديد من أنماط الحياة التي تفرض الوحدة فرضاً، سواء بسبب طبيعة المهنة، أو بسبب المرض، أو بكل بساطة بسبب اشغال الآخرين.

ولعل أكثر الأمثلة جدارة بالعرض في هذه الفئة، هي حالة المرأة التي تبقى وحيدة في بيتها⁽¹¹⁾. وهذه الوحدة تختلف كثيراً عن الوحدة الخلافة التي يمارسها الفنانون، أو عن تلك الوحدة التي يملؤها العمل. إذ إن وحدة المرأة في بيتها هي وحدة خاوية وسلبية، بحيث ترك المجال لهذه المرأة لأن تقوم بمراجعةات وجданية لا تخلو من اللوم الذاتي، ومن مراجعة تصرفات الآخرين واتهامهم... إلخ. وهذا الوضع يدفع بالمرأة للإحساس بأنها ضئيلة ومهملة. وبأن أحداً لا يكترث بها، أو يحبها. مما يدفعها نحو الاكتئاب. واكتئاب هذه المرأة يبقى مقنعاً عادة. ولكنه يحتاج للعلاج (السلوكي على الأقل). أما في حالة اقتران وحدة المرأة ببلوغها سن اليأس، فإن هذا الاقتران من شأنه أن يزيد حدة الاكتئاب، الذي غالباً ما يصل إلى درجة متقدمة، فيتبدى من خلال ظهور أوجاع وأمراض عضوية، مثل ارتفاع الضغط الذي يظهر لدى 50% من النساء اللواتي يبلغن سن اليأس حسب إحصاءات الباحث Maranon.

3 - الأمراض النفسية التي يرافقتها الاكتئاب:

إن الأشخاص ذوي البنية الهيستيرية، أو المنهوكين نفسياً، أو الذين يعانون من اختلال توازنهم النفسي نتيجة للقلق أو للتهديدات الخارجية، أو أولئك الأشخاص الذين يملكون خصائص عظامية (بارانويا)⁽¹²⁾ أو انفصامية⁽¹³⁾ أو مازوشية⁽¹⁴⁾. إن هؤلاء المرضى النفسيين يكونون عرضة للاكتئاب في أية مرحلة من مراحل تطور مرضهم.

وسنقوم الآن بتقديم عرض سريع للأمراض النفسية التي تؤدي، أو تشجع على ظهور الاكتئاب، وهذه الأمراض هي التالية:



أ - العصاب: ونقصد ذلك النوع من العصاب الذي يتجلّى بـأنا علّياً^(١٥) Surmoi سادية أو متعاظمة (بارانوئية). ففي هذه العصابات نلاحظ بأنّ الأنّا العليا تقوم بالانتقام من الأنّا، بحيث تسبّب في انهيار هذه الأنّا. وهذا الانهيار يقوم بدوره بتفذية المشاعر العصبية، بحيث تدخل في حلقة مفرغة، إذ يقوم كل من الاكتئاب والعصاب بدفع الآخر والمساهمة في تطوره.

ب - النوراستانيا: وهي كما يعرّفها Beard^(١٦) بأنّها ضعف تحسسي للجهاز العصبي نتيجة للصراع الموحش مع الحياة. والتّقسيم العيادي يعتبر النوراستانيا بمثابة اكتئاب مزمن. وهذه النوراستانيا تتجلى بفقدان شبه تام للحيوية. وهي تصاحب بالعلامات الدالة على الإرهاق النفسي والجسدي، هذا الإرهاق الذي ينعكس بظاهر الخمول والبلادة والأرق وأوجاع الرأس أو الظهر.

وفي النهاية نقول بأن النوراستانيا هي حالة الاكتئاب المزمن التي تتوطّد بشكل تدريجي، وهي تصنّف ضمن حالات الاكتئاب الصعبة العلاج.

ج - الانفصام: يعتبر الاكتئاب مظهراً من مظاهر الانفصام. وفي هذه الحالة نتكلّم عن الاكتئاب الانفصامي، وقد يحدث أحياناً أن يبدأ الانفصام بشكل بطيء وتدرّيجي، بحيث يصعب علينا التّفريق بينه وبين الاكتئاب. وخاصة ذلك الاكتئاب المترافق بميلول الانفصامية. ولعله من المفيد هنا أن نذكر خصائص الاكتئاب الانفصامي. فهو يتميّز بالشكوك والمخاوف إلى جانب الجمود والركود ومشاعر الكآبة الذهولية والقلق النفسي.

د . المشاعر المازوشية: وكنا قد عرضنا لها لدى كلامنا عن العصابات. إلا أنّنا نخصص لها هذه الفقرة لنناقشها من وجهة نظر تحليلية. إذ إنّ المحللين النفسيين يرون بأنّ المشاعر المازوشية تؤدي إلى تضخيم أثر الخسارة ووقعها في نفس المريض. وعلى سبيل المثال في حالة وفاة شخص عزيز، فإنّنا نلاحظ بأنّ المازوشي يحاول تقليد الشخص الميت. وهو يجد في هذا التقليد كفاية مازوشية. هذه الكفاية تتجلى بالجمود، وانعدام الحيوية والاكتئاب. وتصل هذه الكفاية إلى غايتها عندما يمثل المازوشي دور الميت، ويذوب في هذا الدور.

ه . الصرع: وخاصة النفسي - الحركي.

وفي نهاية حديثنا عن الأسباب والأمراض النفسية المؤدية للاكتئاب، فنحن لا نستطيع أن نغفل دور العوامل النفسية - الاجتماعية في إحداث الانهيار. ومن هذه العوامل ذكر: الحروب^(١٧)، ضعف القدرة الشرائية، تعدد المسؤوليات (المهن، الزواج بأكثر من امرأة...)، الإرهاق الفكري والجسدي... إلخ.

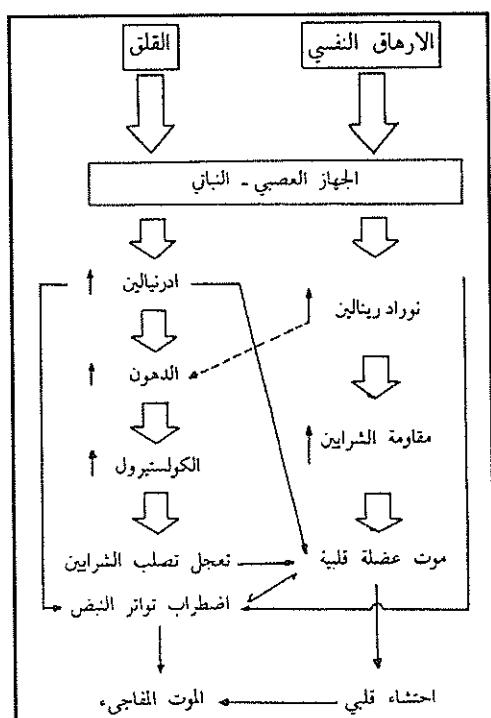
4 - الأسباب الجسدية المؤدية للأكتئاب:

تقوم الأضطرابات الجسدية، المؤدية للأكتئاب، بفعلها من خلال آليات معقدة. تتمثل بسلسلة تفاعلات داخلية لا يزال العلماء يجهلون معظم مراحلها. وها نحن نقدم عرضاً لأهم الأسباب الجسدية المؤدية للأكتئاب، وهي:

أ - اضطرابات الغدد الصماء: وهذه الأضطرابات تؤثر في التوازن العصبي - الهرموني للجسم فتحدث الأكتئاب، وهذه الأضطرابات هي:

1 - قصور الغدة الدرقية: وينتج عن هذا القصور بنقص إفراز الهرمونات الدرقية، ومن مظاهره انتفاخ الجلد والأغشية المخاطية وتغيرات في الأظافر. أما على الصعيد النفسي فإن هذا القصور يتجلّى بالجمود الحركي والنفسي والجنسى. وأمام هذه الحالات الاكتئابية يجب أن نقرن العلاج الطبى - النفسي بالعلاج الهرموني.

2 - زيادة إفراز الغدة الجنب درقية (باراتيروبييد): وتعكس هذه الزيادة بالام العظام، وتكونُ



حصى الكلى وأضطرابات هضمية (قلة الشهية، الغثيان، الإمساك، أوجاع المعدة... إلخ) وكذلك اضطرابات القلب والشرايين (الخفقان، تسارع دقات القلب... إلخ). ومثل هذه المظاهر تؤدي إلى زيادة القلق، وبالتالي إلى تعقيد الحالة الاكتئابية. والعلاج الوحيد لمثل هذه الحالة هو جراحي.

3 - زيادة إفراز الغدة الكظرية: وتؤدي إلى زيادة الأدرينالين والنورادرينالين. ومن الممكن أن يتسبب بالإرهاق النفسي، أو القلق في هذه الزيادة. أما عن آثار زيادة إفراز هاتين المادتين فإننا نلخصها بالشكل التالي:

٤- نقص في إفراز هورمون النمو H.G..

بـ. التقهقر الجسدي بسبب العمر؛ وهذا التقهقر يحدث بسبب أمراض الشيخوخة، وستتوقف عند أهمها وأكثرها انتشاراً.

١. الشلل الرعاشي أو مرض باركنسون، ويببدأ هذا المرض بالظهور بعد سن الأربعين. ويعد سبب حدوث هذا المرض إلى انخفاض نسبة مادة الدوبامين. أما عن علائم المرض العيادية فهي: ارتجاف الرأس والأطراف، تقلصات عضلية، فقدان القدرة على الإيماء، وأخيراً اضطرابات المشي والكلام والكتابة... إلخ. وهذه الاضطرابات تعكس إصابة خيوط عصبية تسمى بالـ^(١٨) (Extrapyramidal).

٢. مرض الخرف أو مرض Alzeimer's: ويببدأ هذا المرض باضطراب بعض الملاكت العقلية كالذاكرة والقدرة على التحليل المنطقي، والقدرة على التقرير، وكذلك اللامبالاة، وما إلى ذلك. وقد دلت الأبحاث، الجارية في الولايات المتحدة ابتداءً من العام ١٩٧٥ على عدم صحة النظرية القديمة حول هذا المرض. إذ لاحظ الباحثون، لدى تشریحهم لأدمغة مصابين بالخرف، بأن الخلايا الدماغية الموجودة في هذه الأدمغة ناقصة عن معدلها الطبيعي. وبهذا ألغى هؤلاء الباحثون النظرية القديمة القائلة بأن الخرف ينبع عن تصلب الشرايين الدماغية. وعلى أيّة حال فإن هذا المرض يتتطور تدريجياً ليمتد النسيان إلى مختلف ذكريات المريض، وليصل هذا المرض إلى حد فقدان حس الزمان والمكان، وغالباً ما يصاحب هذا التطور ميول عظامية. وتبعاً يمتد النسيان حتى يبلغ الكلمات فالحروف. وهكذا يفقد هذا المريض القدرة على الكلام، وتسيطر عليه مشاعر الكآبة الحادة، وهكذا نرى بأن الخرف يحدث اكتئاباً من نوع خاص.

جـ. أمراض الجهاز العصبي المركزي: إن العلائم العيادية لهذه الأمراض تتشابه مع العلائم التي شرحناها أعلاه أثناء شرح الشلل الرعاشي الذي يعتبر هو نفسه أحد أمراض الجهاز العصبي المركزي. وبالإضافة إلى الشلل الرعاشي نذكر من هذه الأمراض الأورام الدماغية، وتصلب الشرايين، والجلطات الدماغية، والصرع... إلخ.

دـ. السرطانات العميقـة: والهضمية منها خاصة. والسرطانات تؤدي إلى الاكتئاب عن طريق تأثيرها على عوامل عديدة مجهرولة في معظمها (لجهل السرطان نفسه) ولكن الخطوط العريضة لعوامل الاكتئاب الناشئ عن السرطان هي التالية:

. العوامل النفسية: الأيس من الحياة والتشراؤم من الفد والخوف من الموت... إلخ.

. العوامل الجسدية: الإنهاك الجسدي المتراافق بانخفاض الوزن والآلام.

. العوامل الدوائية: المهدرات المستخدمة في تخفيف الآلام.

. العوامل الكيميائية الداخلية: لا تزال مجهرولة في معظمها، إلا أن العالم KosterlitZ اكتشف في العام ١٩٧٣! ناقلات عصبية جديدة سماها بالأندورفين (لها تأثير مخدر) وتساهم في إفرازها الـ (Plexus mesentéric) الموجودة في الأمعاء.

٥- الالتهابات: تسبب الالتهابات بالإنهاك الجسدي نتيجة لتحرיקها لكل قدرات الجسم بهدف مقاومة الالتهاب. على أن أهم أنواع الالتهابات المحدثة للأكتئاب هي تلك التي تصيب السحايا الدماغية (تؤدي لاضطراب الجهاز العصبي المركزي) والمتجلية عياديًّا بالصداع (المتركم في منطقة النقرة)، تغيرات في الوعي، هيجان عصبي، هلوسات نظرية، وإلى ما هنالك من المظاهر المؤدية للأكتئاب.

وهناك بعض أنواع الاكتئاب (الناشئ عن الالتهاب) التي لا تظهر مباشرة، ولكنها تستقر ببطء لظهور بعد عدة سنوات على حدوث الالتهاب.

٥- العقاقير المؤدية للاكتئاب:

هناك سلسلة طويلة من العقاقير التي يمكن أن تسبب بالاكتئاب، أو أن تشجع حدوثه، أو أن تؤدي لحدوث انتكاسات اكتئابية لدى مرضى كانوا قد عانوا سابقاً من الانهيار. وبطبيعة الحال فإن حظر استعمال هذه العقاقير هو حظر نسبي غير كاف لنبذ استعمالها. إلا أنه يفرض الحذر لدى استعمالها من قبل المرضى الذين يعانون ميولاً، أو سوابق اكتئابية. ومن هذه العقاقير:

أ- مضادات ارتفاع الضغط: وتمارس هذه العقاقير تأثيراً على الجهاز العصبي، ونخص منها بالذكر القلوي드 المعروف باسم الرسربين (Réserpine). الذي يؤدي إلى التباطؤ النفسي - الحركي والوجود. وهذه المادة في حدود الجرعات العلاجية لا تؤثر على الوعي، إلا أن تجاوز هذه الجرعات يؤثر على الوعي، كما أن هذه المادة تؤدي إلى إعاقة إفراز الدرقية (مما يؤدي للاكتئاب - راحم اضطرابات الغدد).

وفي 2% من الحالات⁽¹⁹⁾ يؤدي العلاج الطويل الأمد بهذه المادة إلى تشجيع ظهور النوبات الصرعية، وتنادر الشلل الرعاشي.

بـ. مانعات الحمل: وتؤدي هذه العقاقير إلى اضطرابات هورمونية، الأمر الذي يحدث اضطرابات عديدة على الصعيد النفسي والجسدي⁽²⁰⁾.

ج- الكورتيزون ومشتقاته: يؤدي استعمال هذه العقاقير إلى تهيج الجهاز العصبي المركزي، مؤدياً بذلك إلى ظهور المظاهر النفسية - الاكتئابية. ومن المعلوم أن هذه العقاقير لا تستعمل إلا في الحالات الضرورية وتحت إشراف طبقي.

د - أملاح الليتيوم: تؤدي هذه الأملاح إلى إضعاف إفراز الدرقية. الأمر الذي يؤدي إلى اكتئاب (راجع اضطرابات الغدد الصماء) وسنبحث تأثير هذه الأملاح إذا ما أسيء استعمالها لدى الحديث عن علاج الاكتئاب.

هـ - مضادات الدرقية: يؤدي الاستعمال الطويل الأمد لهذه العقاقير إلى قصور الغدة الدرقية. وهي تؤثر على الجنين الذي قد يولد معتوهاً. وخلاصة القول، فإن هذه العقاقير ممكن أن تسبب الإكتئاب أو أن تشجع النكسات الاكتئابية.

٦- الوراثة والاكتئاب:

هناك العديد من الأمراض النفسية التي يمكن أن تنتقل وراثياً. مثل: الهيستيريا: النوراستانيا، البسيكاستانيا⁽²¹⁾، البارانويا... إلخ. ونذكر من الأمراض النفسية. العقلية المتنقلة وراثياً ذهان الهوس الاكتئابي. وهو حالة اكتئاب ذهانية متقدمة صعبة العلاج.

٧- الجنس:

ظهرت في أواخر السبعينيات نظرية مفادها بأن الاكتئاب يصيب الرجال والنساء بالتساوي. ووصفت هذه النظرية القول بأن النساء أكثر عرضة للأكتئاب بأنه لا يتسم بالموضوعية، واعتبرت هذه النظريات أن سبب اتهام النساء بالاكتئاب يعود إلى:

أولاً: أن الرجال يخفون اكتئابهم.

ثانياً: أن النساء هن موضوع مراقبة أكثر من الرجال.

ثالثاً: أن أغلب العاملين في الطب النفسي هم من الرجال، ويتسربون بوصف امرأة ما بأنها غير سوية أو مكتوبة.

إلا أن هذه النظرية لم تستطع الصمود في وجه الواقع والأرقام. إذ تتفق الإحصاءات العالمية بأن نسبة الإصابة بالأكتئاب تكون بمعدل 3 نساء إلى رجل واحد. حتى أن إحدى الباحثات Weissman⁽²²⁾ تعطينا نسبة مرتفعة هي 87% نساء إلى 13% من الرجال. وإحدى أبرز الدراسات في هذا المجال هي دراسة الباحث (Judikh Bradwik)⁽²³⁾ الذي يؤكد بأن الأطفال الذكور عندما يكبرون فهم يقومون تدريجياً بالتخلي عن بعض علامات الضعف مثل التبعية، السلبية، الدموع وال الحاجة للعاطف والحنان. هذا في حين تحافظ النساء بهذه الصفات، مما يجعلهن بحاجة دائمة للتشجيع. وفي رأي هذا الباحث فإن المرأة تقدر الأشياء وفقاً لتقدير الآخرين لها. وهم المرأة يتراكم في أن تكون موضوع إعجاب الآخرين، وأن تكون جذابة. وهكذا فإن المرأة تهتم بالآخرين رغبة منها في أن يهتم بها الآخرون. وبخلاص Bradwik إلى الاستنتاج بأن تفكير المرأة يدور حول فكرة مفادها «ما هو المنتظر مني» وليس فكرة «ماذا أريد من الحياة». كما يفكر الرجل. وهكذا فإن مفهوم المرأة للنجاح هو أن تستطيع تلبية الرغبات المنتظرة منها، وفي هذا منتهى التبعية.

ويرد العلماء سبب تعرض النساء للإصابة بالأكتئاب إلى السبب التربوي الذي شرحناه أعلاه. وإلى سبب هرموني يتمثل في قلة هورمون التستوستيرون (Testosterone)⁽²⁴⁾ لدى النساء. وفي النهاية نشير إلى أن المرأة تكون أكثر عرضة للتأثير بالعوامل النفسية المؤدية للأكتئاب (راجع هذه العوامل) وخاصة في مجتمعاتنا الشرقية.

الحواشى

- (1) الناقلة العصبية (médiaiteur chimique) هي مواد تقوم بإيصال ونقل الميراث من عصب آخر ومنها: الأدرينالين. التورادرينالين والاسيتيل كولين.

(2) masked depression p. Kielholz. Ed. D. Verlag 1982.

(3) Manuel de diagnostic et statisque des troubles mentaux Paris - Masson 1983.

(4) اكتبات عظمى مترافق مع الكابة، وهي الاكتبات العنيفة المترافق بمشاعر الذنب والرغبة بالانتحار.

(5) اكتبات عظمى ذهانية: وهي اكتبات عنيفة تترافق بظواهر ذهانية (جنون) مثل المهديان والهلوسات... إلخ.

(6) اكتبات عظمى عصبية: وهي اكتبات عنيفة ترافقها ميول عصبية تظهر وتختفي حسب حدة الاكتتاب.

(7) R. B . White the concept of competence psycho - review 1959

(8) M. Seligman Failure to espace traumatic shok. 1967

(9) Edward. J. Murray Motivation and Emotion London 1964.

(10) الاستثمارات الجنسية (investissement) أي توظيف النزوة الجنسية في نزوات أخرى مثل الفنون، العمل... إلخ.

(11) غالبية هؤلاء النساء يعاني من الانهيار المعنق ومن الممكن أن يتوجول إلى الخوف من الأماكن المغلقة Claustrophobic .

(12) العظام (البارانويا): هو ذهان مزمن يمتاز بضعف القوى العقلية، ويغلبه التأويل، ويرافقه هذيان متواتر الظهور ومتركز حول فكرة أنا مظلوم.

(13) انفصام (شيزوفرينيا): ذهان يتميز بتفكك الفكر والفعل والعاطفة، مما يؤدي مع الوقت إلى حالة من التدهور العقلي المتميزة بالعنة الظاهر.

(14) مازوشية: شذوذ جنسى ترتيبط فيه الكفایة (الاشباع) بالألم، العذاب، والإذلال الذى يلحق بالشخص.

(15) الأنماط العليا (Surmoi) يوهن فرويد الشخصية بثلاثة وجوه هي: الأنماط العليا، وهذا تلخص غرائز الشخص وزرواته. أما الأنماط العليا فهي ترمز إلى الضمير الرادع والوازع الأخلاقي وفي النهاية فالأنماط هي عامل التوفيق بين هذا والأنماط العليا وهي تحدد سلوك المرأة وشخصيتها.

(16) Psihiatrie A. Sirbu ed. Ped et didac. Buc. 1981

(17) عن تأثير الحروب في إحداث الاكتتاب راجع كتابنا دراسة في مجتمع الحرب اللبناني 1985 .

(18) هي مجموعة خيوط عصبية . حرkinie موجودة في الدماغ والنخاع الشوكي . وهذه الحزم العصبية تتحكم بالحركات النصف ميكانيكية واللارادية.

(19) Phamacothérapie D. Dobrescu. Ed. Méd. Buc. 1981

(20) آثار الدواء مانع الحمل.

(21) البسيكاستانيا (psychasténie) وتسمى أيضاً بالتعب النفسي وهي حالة نفسية تتعكس بالشكوك والمخاوف والهلوسات إلى جانب الكابة الذهنية. التي تدفع إلى الانتحار.

(22) Weissman. Etude epidemiologique a New Haven rev psych.

(23) J. Braswik. Psychology of Women. A study of biocultural conflict.

(24) Testosterone هو أحد الهرمونات الذكورية . ويوجد عند النساء بكميات ضئيلة

علاج الاكتئاب

1. العلاج الدوائي.
2. العلاج النفسي.
3. الصدمة الكهربائية.
4. العلاج التجانسي (Homeopathique).
5. الجراحة النفسية.

يحدث الاكتئاب اضطرابات فيزيولوجية معقدة داخل الجسم. وأحد أهم هذه الاضطرابات، التي استطاع العلماء تحديدها، هي زيادة تأثير خمائر تأكسد الأمينات الأحادي (M.A.O) في جسد المكتب.

والطب الحديث في علاجه للأكتئاب يرتكز على خطوط عريضة ثابتة تتلخص في علاج العلائم المرضية المميزة للأكتئاب، والتي تلخصها على النحو التالي:

- مظاهر جسدية: اضطراب النوم والشهبة.
- مظاهر افعالية: فقدان الاهتمام والسرور.
- مظاهر إرادية: فقدان القدرة على المبادرة.
- مظاهر فكرية: اضطراب التفكير وانخفاض مستوى قدرته.
- مظاهر اجتماعية: صعوبة إقامة العلاقات والمحافظة عليها.
- مظاهر سلوكية: اللامبالاة وانعدام الأمل والطموح.

والحقيقة أن مضادات الاكتئاب تتوجه لاضطرابات المزاج ككل، وتصالحها في معظم الأحيان. إلا أن الاكتئاب قد يتطلب علاجاً نفسياً خاصاً، أو قد لا تتفع معه العقاقير، ففضلmente لاستخدام الصدمة الكهربائية. وعلى أية حال فإن علاج الاكتئاب يصنف على النحو التالي:

١. العلاج الدوائي.

٢. العلاج النفسي.

٣. العلاج بالصدمة الكهربائية.

٤. العلاج التجانسي.

٥. الجراحة النفسية.

٦. العلاج الدوائي.

لغاية العام 1957 كان علاج الاكتئاب يقتصر على المهدئات. ومع إطلاة ذلك العام، وخلال انعقاد المؤتمر العالمي للطب النفسي في مدينة زوريخ أعلن العالم Kline عن اكتشافه لعقار Imipramine^(١)، الذي لا يزال لغاية اليوم أحد أقوى مضادات الاكتئاب المستعملة. وفي المؤتمر نفسه أعلن العالم KHUN عن اكتشافه لعقار ال iproniaside^(٢) وهو من فصيلة (IMAO).

ومنذ ذلك الحين توالى ظهور مضادات الاكتئاب فظهر Amityptiline^(٣) في العام 1961 وظهر ال Trimeprimine^(٤) في العام 1963. ولا نزال لغاية اليوم نشهد ظهور مضادات الاكتئاب حديثة، بحيث بات من الصعب حصر وتصنيف هذه العقاقير. وفي ما يلي سنقوم بهذا التصنيف وفق التركيب الكيميائي لهذه العقاقير ونببدأ بـ :

أ. معicات خمائر التأكسد الأحادية الأمينات: (IMAO) إن استعمال هذه العقاقير يتاپض مع استعمال قائمة طويلة من العقاقير، ويفرض نظاماً غذائياً صارماً. وهذه الصعوبات دفعت بالأطباء إلى التخلّي عن هذه العقاقير، واستبدالها بمضادات الاكتئاب الأخرى.

ب. المركبات الثنائية: لم تستطع هذه المركبات أن تصمد في وجه مضادات الاكتئاب الأخرى، إلا أن الأبحاث لا تزال جارية حول إمكانية جمع هذه المركبات مع مضادات الاكتئاب الأخرى، بغية تدعيم مفعولها المضاد للأكتئاب. وأخيراً فإن أبحاث العالمان (V. Praag Haan^(٥)) تشير بأن لهذه المركبات، وبخاصة عقار Tryptophane من بينها أثر في منع حدوث الانكسارات الاكتئابية.

ج. المركبات الثلاثية: لا تزال هذه المركبات لغاية اليوم أقوى مضادات الاكتئاب المعروفة. وقد صنفها العالم Lambert^(٦) عام 1980 كمضادات الاكتئاب العظمى. وهذه العقاقير صالحة للاستعمال في مختلف حالات الاكتئاب. إلا أن لها تأثيرات جانبية ومحاذير استعمال تفرض استشارة الطبيب قبل استعمالها. ومن ضمن التأثيرات الجانبية لهذه العقاقير نذكر انخفاض الضغط، تسارع نبض القلب... إلخ. ومن محاذير استعمالها عدم كفاية القلب... إلخ.

ومن أكثر هذه المركبات استعمالاً ذكر: Desiramine^(٧), Clomipramine^(٨), Imipramine^(٩). Amitryptiline

د. المركبات الرباعية: وأهمها عقاري Miansérine⁽⁹⁾، والـMaprolitine⁽¹⁰⁾ ونفضل تأجيل البحث فيهما إلى فقرة الحديد حول الاكتشاف.

هـ. العاقير المساعدة لمضادات الاكتئاب: نظراً للأبحاث الجديدة في هذا المجال، فإننا نوجل مناقشتها أيضاً إلى فقرة الجديد حول الاكتئاب.

وـ **العلاج بأملاح الليتيوم**^(١): يشكل علاج ذهان الهوس الاكتئابي الدافع الوحيد لاستخدام أملاح الليتيوم. إذ أن هذه الأملاح فاعلة جداً في القضاء على نوبات الهوس الاكتئابي، وكذلك فهي فاعلة في الحؤول دون حصول انتكاسات.

إلا أن استعمال أملالح الليتيوم يقتضي أولاً التأكد من الحالة الجسدية للمرضى، وإجراء بعض الفحوصات المخبرية له. هذا بالإضافة إلى أن مفعول هذه الأملالح لا يظهر قبل مرور أسبوع على استعمالها. وبناءً على هذه المعطيات نلاحظ بأن غالبية الأطباء يفضلون عادة استعمال المهدئات العظمى التي تعطي نتائج علاجية سريعة وفاعلة. ذلك إلى جانب كونها قليلة المحاذير، الأمر الذي يجعل من استعمال هذه الأملالح مقتصرًا على العلاج الوقائي الهدف للحوّل دون ظهور نكسات الهوس الاكتئابي.

وإذا كنا في مجال الحديث عن أملاح الليتيوم، فلا بد لنا من لفت الانتباه إلى أن لهذه الأملاح فعالية في علاج الأمراض العقلية المتمسكة بالعدائية الزائدة.

٢- العلاج النفسي.

الخطوة الأولى للعلاج النفسي ترتكز على التعرف إلى شخصية المريض. هذا التعرف يلاقي صعوبات قصوى في حالة النوبة الاكتئابية، إذ أن المكتئب، كما رأينا، يتسم بالسلبية والخمول والتباين الحسي والحركي. هذا إضافة إلى أن المكتئب هو إنسان يائس يشك في كل ما حوله. خاصة في حالة ترافق الاكتئاب بالقلق. وهذا الشك يمتد بالطبع إلى المعالج النفسي، الذي يجد عادة صعوبات جمة في التقرب من هذا المريض، وفي كسب ثقته.

وقد يحدث في حالات قليلة أن يتهاfت المريض على العلاج النفسي ويطلبه بالحاج، ولكن هذه اللهفة تزول سريعاً، إذ يعتبر المريض أنه لم يعد بحاجة للمساعدة. أو أن المعالجة النفسية عاجزة عن أن تقدم له ما يصبو إليه.

إذا كانا نود أن نفهم بشكل أوضح موقف المكتب من المعالج النفسي، فإننا نورد ما قاله أحد المكتبين لمعالجه النفس: [1]

أود أن أشفى لوحدي. وإذا كنت تعتقد بأنك قادر على شفائي فإني أمنحك فرصة». وهذا الموقف يلخص موقف غالبية المكتتبين من المعالج النفسي.

وهكذا نلاحظ بأن لدى المكتب ميلاً للحصول على الكفاية الذاتية، بعد أن دفعه اكتئابه لل Yas من كل العوامل الخارجية. ومما يزيد في هذه السلبية هو سيطرة الآنا العليا على أنا المريض.

من كل ما تقدم تتضح لنا صعوبة العلاج النفسي لمريض الاكتئاب. وعلى أية حال فإن هناك ثلاثة مناهج علاجية يمكننا اتباعها من أجل هذا العلاج. وهذه الطرق هي:

1. تحديد التاريخ الصحي. النفسي للمريض: وتهدف هذه الطريقة إلى تحديد الأمراض الجسدية والنفسية، وكذلك الأسباب الوراثية، ومن ثم تحديد العوامل النفسية، وكذلك الأسباب الوراثية، ومن ثم تحديد العوامل النفسية والضغوط، التي كان المريض قد تعرض لها قبل إصابته بالاكتئاب. وعلى هذه الطريقة يرتكز الطب النفسي. أما عن طريقة الحصول على كل هذه المعلومات، فإن هذا ممكناً من خلال الأحاديث المقتضبة للمريض، ومن خلال مظهره الخارجي، ومن خلال محبيه (معارفه، أقربائه وأصدقائه).

2. طريقة تحديد انتشار الاكتئاب: إلى هذه الطريقة يلجأ الباحثون النفسيون. وهذه الطريقة تهدف إلى تحديد نسبة الإصابة بالاكتئاب في مجتمع ما. وذلك عن طريق إجراء الإحصاءات التي تحدد نسبة الاكتئاب في هذا المجتمع. ومن ثم عن طريق دراسة عوامل الضغط النفسية . الاجتماعية . الاقتصادية في هذا المجتمع.

والمعالج النفسي الذي يملك مثل هذه المعلومات يستطيع أن يكون فكرة موسعة عن وضع مريضه. وهذا المعالج أقدر من غيره على تطبيق مبادئ العلاج السلوكي⁽¹²⁾ وكذلك الإدراكي. ولقد قمنا باتباع هذه الطريقة في دراستنا للاكتئاب في مجتمع الحرب اللبناني⁽¹³⁾ حيث كانت نسبة الاكتئاب 24٪، في حين وصلت نسبة الإصابة بالاكتئاب المقنع إلى 56٪. أما من عوامل الضغط النفسي . الاجتماعي في المجتمع اللبناني فكانت التالية: الشعور بالضالة - العدائية . الركود واليأس . الخوف من الموت . الخسائر . الجنس.

3. طريقة البحث التقيبي: وتعتمد هذه الطريقة قياس على نسبة الإصابة بالاكتئاب لدى فئات معينة من الناس. ومن الفئات التي تمت عليها هذه الدراسة ذكر:

أ . النساء في بداية سن اليأس: ونسبة إصابتهم بالاكتئاب تتراوح من 40٪ إلى 70٪.

ب . النساء بعد استئصال الرحم ونسبة المكتئبات بينهن 40٪.

ج . الرجال بعد الترميم: ونسبة اكتئابهم 50٪.

د . النساء بعد الترميم: ونسبة اكتئابهن 30٪.

وبالطبع، فإننا عندما نكون أمام مريض ما، فإن أفضل الطرق هو الجمع بين هذه المناهج الثلاثة. ولكن هنالك عقبات كثيرة تحول دون ذلك. ومن هذه العقبات نذكر غياب الإحصاءات،

وكذلك صعوبة تحديد النسب (هناك عدد كبير من المرضى ممن لا يلتجأون للعلاج) واختلافها من باحث لآخر.

على أية حال، فإننا أمام مريض مكتتب، علينا أن نتذكر أولاً بأن الاكتتاب هو مرض نفسي جسدي، ينفع معه العلاج الدوائي أكثر من العلاج النفسي، وبالتالي فإن إعطاء العقار المناسب لهذا المريض يشكل أولى الخطوات العلاجية. أما على الصعيد النفسي فإننا أمام مثال هذا المريض نستطيع أن نتبع إحدى الطريقتين التاليتين:

1. طريقة العلاج النفسي الإدراكي:

تعتمد هذه الطريقة على توجيهه تفكير المريض نحو الأحساس والمشاعر التي لم تطالها مظاهر الاكتتاب. وعلى سبيل المثال، إذا كان الاكتتاب ناجماً عن خسارة مادية، فبإمكاننا في مثل هذه الحالة أن نلفت انتباه المريض إلى العوامل الأخرى الإيجابية في حياته، كعائلته، مثلًا، الداعمة له، المحبة، القلقة عليه.. إلخ. ونتابع العلاج باحثين عن أمثلة أخرى إيجابية، مشجعين المكتتب على التفكير باتجاهها.

كما يجب علينا مساعدة المكتتب على التقليل من أثر خسارته النفسية. إلا أن هذه الطريقة لا تصلح للتطبيق إلا في حالات الاكتتاب المحدودة، حيث يكون المريض قادرًا على تقبل النصائح والإيحاءات والتجاوب معها. أما في حالات الاكتتاب المتغيرة، فإن هذه الطريقة تعجز عن تقديم أية مساعدة للمريض.

2. طريقة العلاج النفسي التحليلي:

يلجأ التحليل النفسي إلى الإنقاذه من دور الأفكار الاكتئابية، وذلك عن طريق مساعدة المريض على وعي العوامل الكامنة في لا وعيه. هذه العوامل التي تقوم بدور حماية المكتتب ومساعدته على الاستمرار. وتدعيم هذه الطريقة المريض بأن تساعده على وعي حقيقة توجيهه لعدائه نحو ذاته بطريقة لا واعية. أي أن يعي المريض بأنه قد لجا بطريقة لا واعية لescapement (Projection)⁽¹⁴⁾ مميزاته الحسنة على الآخرين، بحيث اتجهت عدائته نحو ذاته، عوضاً عن أن تتجه نحو الخارج، فخسر بذلك احترامه لنفسه وتقديره لها. أما في حالة الاكتتاب الارتکاسي الناجم عن موت عزيز، فإن التحليل النفسي يوضح بأن السبب في حدوث هذا الاكتتاب هو لجوء المريض إلى استدلال (Interiorisation)⁽¹⁵⁾ صورة الفقيد المحبوب والمكرور في آن معاً (في اللاوعي).

وفي نهاية حديثنا عن الاكتتاب لا بد لنا من أن نذكر بأن طرق العلاج النفسي الاسترخائي، على أنواعها (- Training autgene Sophrologie Méditation)، غير منصوصة في حالات الاكتتاب والقلق، لأنها لا تعطي نتائج فعالة في مثل هذه الحالات.

3. العلاج بالصدمة الكهربائية:

ظهر هذا العلاج قبل حوالي 45 سنة، وقد طرأت عليه تحسينات كثيرة منذ ذلك الحين. وآخر هذه التحسينات كان تركيز الصدمة على النصف الأيمن من الدماغ لوحده. وذلك للحؤول دون حصول اضطرابات الذاكرة.

وتفيد إحصاءات العالم⁽¹⁶⁾ إلى أن مضادات الاكتئاب لا تشفى سوى 70% من المكتئبين، في حين تعالج الصدمة الكهربائية بنجاح 90% من حالات الاكتئاب.

أما عن مبدأ العلاج بالصدمة الكهربائية، فهو يرتكز على إحداث نوبة اختلاجية عن طريق تيار كهربائي تراوح قدراته بين 100 و 150 فولت، وذلك لوقت قصير جداً يتراوح بين عشر الثانية والثانية الواحدة. والحقيقة أن استعمال الصدمة الكهربائية في علاج الاكتئاب هو استعمال محدود. يحتفظ به للحالات المستعصية التي لا تنجح معها مضادات الاكتئاب التقليدية. أي حالات الاكتئاب المقاوم (أنظر فصل الاكتئاب المقاوم).

وفي النهاية لا بأس من سرد الحالات الاكتئابية التي تستوجب العلاج بالصدمة الكهربائية وهي:

1. حالات الكآبة الاكتئابية، وخاصة لدى دخولها مرحلة الهياج العصبي، حيث يكون المريض قاب قوسين من الانتحار.
2. حالات الفوران الهذلياني المصاحب بحالة من الخبل.
3. حالات الهذليان القابلة للتطور.

وي-dom العلاج بالصدمة الكهربائية عادة من 10 أيام إلى شهرين. ويتراوح عدد الصدمات خلال هذه الفترة من 6 إلى 12 صدمة. وفي معظم الحالات تبدأ علائم التحسن بعد الجلسة الخامسة.

4. العلاج التجانسي:

ويعتمد هذا العلاج على مبدأ علاج الداء بالداء. وينصح المعالجون التجانسيون في حالات الاكتئاب باستعمال المواد التالية:

1. Ambre gris.
2. Bob Idnatia.
3. La chesis.
4. Aur.
5. Encer de scépe.
6. Nuk Vomica.
7. Helonias

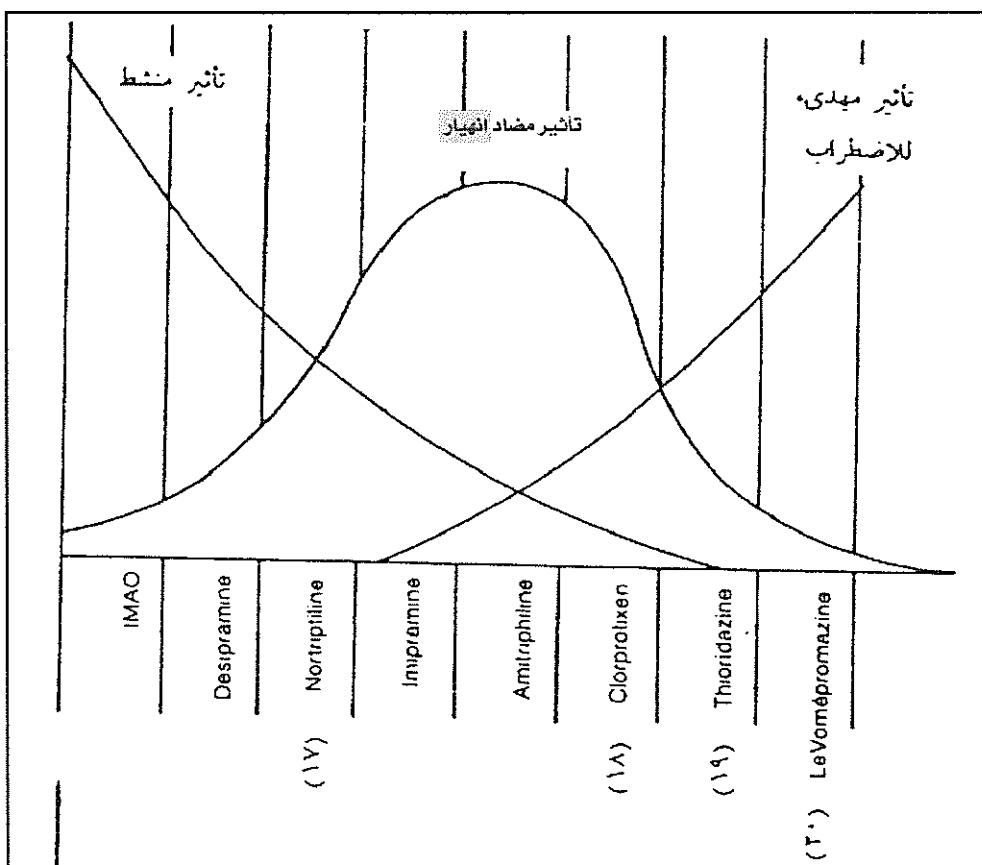
على أن التجارب العملية لهذا العلاج لم تتوصل لغاية الآن لإعطاء النتائج المتواحة.

5. الجراحة النفسية⁽¹⁷⁾:

بدأت بوادر الجراحة النفسية في العام 1936 على يد Moniz و Lima اللذين قاما باستئصال القطب الأمامي للقصص الجبهوي.

واعتبر أن هذه العملية تعطي نتائج جيدة!، والحقيقة أن مثل هذه العمليات تنتقص من قدرات الدماغ الإنساني. وكذلك فهي تعيقه عن ممارسة إنسانيته، كما أشارت إلى ذلك العديد من الأبحاث. وحقيقة مؤسفة أخرى هي أن الجراحين النفسيين يجررون عملياتهم على الإنسان دون أن يكونوا قد جربوها على الحيوان، أو دون أن يكونوا متأكدين من نتائجها على الإنسان، وهم بذلك يحولون الإنسان إلى فأر مختبر. ولهذه الأسباب فإن أعداداً كبيرة من الأطباء الإنسانيين تحارب هذا النوع من الجراحات.

وفي النهاية لا بد لنا من الإشارة إلى كيفية انتقاء مضاد الاكتئاب المناسب. وفي سبيل ذلك نعرض جدول كيالهولز لتقسيم الاكتئاب.



الحواشى

- (1) Imipramine Tofranil . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(2) iproniaside Marslid . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(3) Amitriptyline Trupizol و Laroxyl . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(4)) Trimepramine Surmontil . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(5) Praag Haan Depression Vulnerability and - hydroxy- tryptophan erophloxis. Psychiatry research 1980
(6) Lambert Psychoparmacologie clinique toulouse 1980
(7) Clomipramine Anafranil . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(8) Desipramine pertotran . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(9) Miansérine Athymil . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم .
(10) Maprolitine Ludiomil . هو الاسم العلمي للعقار المسوق تجاريًّا باسم ..
(11) أملأ الليتيوم وهي مسومة تجاريًّا تحت أسماء مثل etc - Neurolith - théralith..
(12) العلاج السلوكي: يعتمد على إحداث ارتكاسات شرطية قاعدة أمام المهيقات المسيبة للأضطراب.
(13) راجع كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها، وأصنفتها، أي إسقاطها على شخص أو موضوع آخر.
(14) الإسقاط (Projection): ويقصد به نبذ الشخص لبعض مشاعره ورغباته، وإصنافها، أي إسقاطها على شخص أو موضوع آخر.
(15) استدخال (Interiorisation): وهو تعبير مرادف للإيجاب (Introjection) ويقصد به العبور الهوامي، الكلبي أو الجرثمي، لموضوع ما إلى داخل الشخص، أي أنه على عكس الإسقاط.
(16) Mandel. M. Clinical use of anti depressants stimulants ed. Clak. Academic press 1978
(17) أثارت الجراحة النفسية لنطأً كبيراً في الأوساط العلمية ولا تزال. وكانت إحدى ضحايا هذه الجراحة روزالين كينيدي، اخت الرئيس جون كينيدي، التي قضت بقية حياتها في أحد المصحات العقلية.
وقد ظهرت الكثير من الكتب والدراسات التي تتقدّم هذه الجراحة الغير إنسانية، ومن هذه الكتب نذكر:
E. koch - L'homme modifié - ed. Denoel Paris.
A. Scheffin et E. opton - L'homme programé - ed. Stanké - Paris.
V. packard- L'homme remodélé - ed caimann - Lévy - paris.
(1) Mandel. M. - Klerman clinical use antidepressants stimulants. ed. Clark. Academic press 1978.

الاكتئاب المقاوم للعلاج

1. التأكد من تشخيص الاكتئاب.
2. وسائل علاج الاكتئاب المقاوم.
3. اختبار الميول النفسية . المرضية.

تشير دراسات كل من Mandel⁽¹⁾ و Klerman⁽¹⁾ بأن مضادات الاكتئاب لا تستطيع أن تعالج أكثر من 70٪ من حالات الاكتئاب. أي أن 30٪ من حالات الاكتئاب تبقى مقاومة للعلاج. ونحن لغاية الآن لا نملك ذلك العقار الذي يحل لنا معضلة الاكتئاب المقاوم للعلاج.

ولكن علماء الطب النفسي ينصحوننا إذا ما وجدنا أنفسنا أمام اكتئاب مقاوم باتباع الخطوات التالية:

1. التأكد من تشخيص الاكتئاب.
2. الجمع بين العقاقير.
3. إتباع وسائل علاجية خاصة.

١. التأكد من التشخيص:

أ. النرجسية: من الممكن أن تنشأ أخطاء التشخيص نتيجة لعدم تعاون المريض (وأحياناً محبيه) سواء عن طريق إخفاء بعض المظاهر، أو عن طريق اختراع مواقف وتفاصيل لم تحصل.

هذا علماً بأن معظم أخطاء التشخيص تجم عن الخلط بين مشاعر التعasse العادبة، ومشاعر الكآبة المميزة للاكتئاب. ولا بد هنا من التذكير بأن التعasse العادبة لا تؤدي في العادة إلى ظهور الاضطرابات الجسدية . الاكتئابية (أرق صباحي . أوجاع صباحية . هبوط نفسي . حركي ... إلخ). والنرجسية⁽²⁾ المولدة لمشاعر التعasse العادبة، والمقدمة لها هي أحد أهم الأسباب المؤدية للخلط بين التعasse والكآبة. ومن المعروف بأن النرجسية تعكس نقصاً في نمو

الشخصية وتكاملها، وهي من الأمور التي لا يمكن علاجها بمضادات الاكتئاب. وهكذا فإن خطواتنا الأولى للتأكد من الاكتئاب هو تأكيدنا من عدم وجود شخصية نرجسية.

بـ. هل الافتتاح أولي أم ثانوي: ونعني بالافتتاح الأولى ذلك الافتتاح البحث، أما بالافتتاح الثانية فمعنى به ذلك الافتتاح الناشئ كنتيجة لاضطرابات جسدية، أو نفسية، أو نتيجة لتعاطي بعض العقاقير التي من شأنها أن تحدث مثل هذه الاضطرابات.

ونحن أمام حالة اكتئاب مقاوم، علينا أن نقوم بتحري مجمل الأسباب الجسدية (راجع الأسباب الجسدية المؤدية للاكتئاب) التي يمكن أن تحدث الاكتئاب. ومن الممكن أن تكون هذه الأسباب مستترة في بداية الاكتئاب، وتظهر بعد فترة من علاجنا له، وكذلك هي الحال بالنسبة للأمراض النفسية.

جـ. حيـثـيات العـلاـج: كـما شـرـحـنا فـي فـصـلـ العـلاـجـ النـفـسيـ، فـإـنـ بـعـضـ مـرـضـيـ الـاـكتـئـابـ يـرـفضـونـ العـلاـجـ. سـوـاءـ أـكـانـ نـفـسـيـاـ أمـ طـبـيـاـ دـوـائـيـاـ، وـلـهـذـاـ السـبـبـ عـلـىـنـاـ، وـنـحـنـ أـمـامـ اـكـتـئـابـ مـقـاـوـمـ، أـنـ تـأـكـدـ بـأـنـ الـمـرـيـضـ قـدـ تـنـاـولـ فـعـلـاـ الـعـلاـجـ فـيـ أـوـقـاتـهـ وـبـالـجـرـعـاتـ المـحـدـدـةـ لـهـ مـنـ قـبـلـ الطـبـيـبـ. وـبـعـدـ هـذـاـ التـأـكـدـ، لـأـبـاسـ مـنـ مـرـاجـعـةـ الـجـرـعـةـ الـمـعـطـةـ لـلـمـرـيـضـ، إـذـ أـنـهـ وـفـيـ كـثـيرـ مـنـ الـأـحـيـانـ تـكـفـيـ زـيـادـةـ الـجـرـعـةـ لـلـحـصـولـ عـلـىـ نـتـيـجـةـ مـرـضـيـةـ.

د. الأسباب النفسية: كثيراً ما يحصل أن تخلق حالة الاكتئاب أوضاعاً نفسية معينة تدفع بالمكتئب إلى المحافظة على وضعه كمريض، حتى ولو اضطر لأن يمثل دور المكتئب، والحقيقة أن هذه الأسباب كثيرة، نورد منها: الخوف من فقدان الاهتمام. الخوف من فقدان الطبيب. الاستثمار الجنسي اللاواعي للمرض. الشعور بالأهمية والعظمة عندما يرى الناس حوله يترافقون وبهتمون به، في حين يبقى هو جامداً قليلاً الحركة!.

2. الجمع بين العقاقير والوسائل العلاجية الأخرى:

بعد تأكيدنا من تشخيص الاكتئاب المقاوم، بناءً على ما شرحناه في الفقرة الأولى، فإن العلماء يقترحون علينا ثلاثة طرائق علاجية للتصدي لهذا الاكتئاب، وهذه الطرائق هي التالية:

أ. الجمع بين مضادين للاكتئاب: ووسائل هذا الجمع هي التالية:

مركب ثلاثي + معيقات خمائر التأكسد: وينصح بها (Sethna)⁽³⁾ في حين يرفضها

.⁽⁴⁾ (Mandel)

.⁽⁵⁾ (Constantinescu) وينصح بها Imipramine + Amitriptyline : .

.⁽⁶⁾ (Laux 1980) وينصح بها Clomipramine + Maprolitine : .

.⁽⁷⁾ (Gastpar 1980 وينصح بها Bb) Clomipramine + Oxprenolol :).

ب. إضافة الهرمون الدرقي T إلى مضاد الاكتئاب؛ وذلك بمعدل خمسين ميكروغراماً يومياً. وذلك مع مراقبة دقيقة للدرقة (خطر الإصابة بزيادة إفرازها).

ج. استخدام الصدمة الكهربائية: ونبقي هذا الاستخدام بمثابة المحاولة الأخيرة، إذ أن العلاج بالصدمة الكهربائية هو علاج صعب، يتطلب معدات خاصة، ومشاركة أكثر من اختصاصي، وكذلك فإن لهذا العلاج محاذير التي سبق وأن ذكرناها.

وعلى أية حال فإن البروفسورين Mandel Klerman يريان بأن الصدمة الكهربائية تنجح في علاج 50% من حالات الاكتئاب المقاوم للعلاج.

وفي حال تخطينا للجلسة العلاجية الخامسة دون الحصول على نتيجة، فإن هذا يعني تعقد الأمور. إذ إن للعلماء آراء متضاربة في هذه الحالة، ويرى فريق منهم ضرورة الجمع بين العلاج بمضادات الاكتئاب والصدمة الكهربائية. ومن العلماء الذين يؤيدون هذا الرأي نذكر: Hoenig (et Chaulk)⁽⁸⁾ وهذا العالم يحذر من استخدام أملاح الليتيوم مع الصدمة الكهربائية.

أما الفريق الآخر، الذي لا يجد أية فائدة في الجمع بين الصدمة الكهربائية ومضادات الاكتئاب، فيمثله: Greenbalt⁽⁹⁾ و Weiner⁽¹⁰⁾ اللذين لا يريان فائدة من هذا الجمع، ويفضلان تجنبه.

د. العلاج النفسي: وهذا العلاج يتراافق مع استعمال مضادات الاكتئاب. والعلاج النفسي في حالة الاكتئاب المقاوم يطرح نفسه كأحد الآمال الأخيرة في شفاء المريض. ولهذا السبب فإن هذا العلاج يجب أن يتبع خطوتاً واضحة، فمنذ بداية العلاج علينا أن نحدد ما إذا كانت المعاناة نابعة من ردة فعل ارتكاسية أمام خسارة ما، أو إذا كانت هذه المعاناة عائدة للقصور الترجسي⁽¹¹⁾ حيث تمتزج مشاعر الفراغ الداخلي والدونية. وفي أية حال فإن العلاج النفسي المثالي في مثل هذه الحالة، هو العلاج النفسي التحليلي القصير الأمد (Neo - Psychanalyse)⁽¹²⁾ الذي يمتد بسبعين أسابيع فقط، والذي يتوجه إلى العناصر المكبوتة التي يعتبرها محلل مسؤولة مباشرة عن الاكتئاب.

ويعد المحلل إلى مواجهة المريض مع مكبوته، وبعد ذلك يعمد المحلل إلى مساعدة المريض على إطلاق آليات دفاعه جماعها في مواجهة المكبوته التي أدت إلى الاكتئاب.

وفي نهاية حديثنا عن الاكتئاب المقاوم للعلاج نورد هنا الجدول⁽¹³⁾ الذي يوضح لنا التأثيرات المتضاربة التي تمارسها العقاقير في حالة استعمالها المتزامن مع مضادات الاكتئاب، وهذه التأثيرات ممكن أن تشرح لنا بعض حالات مقاومة الاكتئاب للعلاج.

تأثيرات ترافق استعمال العقار مع مضاد الاكتئاب	العقار
نوبات ارتفاع الضغط	عقاقير التخدير الموضعية المرافقة بالنورادرينالين
انخفاض الضغط . تقوية آثار التخدير	عقاقير التخدير العام
الإنقاذه من مفعول مضاد الاكتئاب	مضادات حموضة المعدة
ممكن أنت تتسبب باليه الزرقاء وفي ظهور أو تشجيع الهذيان	معيقات مادة الكوليدين
زيادة تأثير مضاد تخثر الدم (سيلان الدم)	مضادات تخثر الدم عن طريق الفم
تضاعف من الآثار المهدئه وتزيد الآثار الجانبية لمضاد الاكتئاب	مضادات الهيستامين
تزيد الآثر المهدئ لمضاد الاكتئاب، وتؤدي لاضطراب آليات تكيف الدورة الدموية	مضادات ارتفاع الضغط
تزيد الآثر المهدئ وتضعف آثر مضاد الاكتئاب	البربيتورات
تزيد من انخفاض الضغط الذي يحدثه مضاد الاكتئاب	مدرات البول
دور مضاد للسكري يلعبه مضاد الاكتئاب؟ نقص السكر في الدم بسبب	الأنسولين ومضادات السكري
يؤدي مضاد الاكتئاب إلى انخفاض قدرة المعدة على امتصاص مضاد الروماتيزم	مضادات الروماتيزم
نوبات ارتفاع الضغط - نزيف دماغي	مضادات خمائر التأكسد IMAO

اختبار Woodworth-Matwes

يعتبر اختبار W. M. Woodworth أحد أوسع الاختبارات استعمالاً، ويسمى باختبار الميول النفسية المرضية. وهذا الاختبار لا يساعدنا فقط في تحديد وجود الميول الاكتئابية، ولكنه يساعدنا في تحديد وجود ميول عصبية أخرى هي:

1. الميول الانفعالية.
2. الرهاب.
3. العظام أو البارانويا.
4. الميول الفصامية.
5. الميول العادمة للمجتمع.
6. ميول نحو فقدان المنطق.
7. ميول نحو عدم الاستقرار.
8. الميول الاكتئابية.



ويتألف هذا الاختبار من 76 سؤالاً يكون الجواب عليها بنعم أو بلا. وهذه الأسئلة هي التالية:

- 1 . هل لديك رغبة بأن تبدأ الشجار؟.
- 2 . هل تخاف الظلام؟.
- 3 . هل تخاف من الرعد والعواصف؟.
- 4 . هل تخاف المرور في نفق؟.
- 5 . هل تخاف من الماء؟.
- 6 . هل تخاف اجتياز جسر فوق الماء؟.
- 7 . هل تراودك فكرة القفز إلى الماء لدى مرورك فوق الجسر؟.
- 8 . هل تخاف أكثر من الآخرين؟.
- 9 . هل تخاف في الليل؟.
- 10 . هل تسمع في الليل أصواتاً توحى لك بالخوف؟.
- 11 . هل تحلم أحياناً بأشخاص ماتوا؟.
- 12 . هل تقضم أظافرك أحياناً؟.
- 13 . لدى انفعالك هل تعاني من التأتآدة؟.
- 14 . هل تستطيع المكوث طويلاً دون أن تتبع بكلمة؟.
- 15 . هل لديك عادة تحرير الرقبة أو العنق؟.
- 16 . هل يعجبك دائماً أن تغير نشاطك وعملك؟.
- 17 . هل يحصل أن ينبهك الآخرون إلى شرودك؟.
- 18 . هل يعجبك أن تزاول لفترة طويلة النشاط نفسه؟.
- 19 . هل تبكي أحياناً بسبب الخسائر التي تلحق بك؟.
- 20 . هل تستطيع احتمال الألم كما يتحمله الآخرون؟.
- 21 . هل تتضايق من رؤية الدم؟.
- 22 . هل تعاني غالباً من الآلام؟.
- 23 . هل يحصل لك غالباً صعوبات في التنفس؟.
- 24 . هل تشعر عادة بأنك معافي وقوى؟.
- 25 . هل تشعر بالتعب عند نهوضك من النوم؟.
- 26 . هل تشعر غالباً بالتعب؟.
- 27 . هل أنت ضجر في معظم الأحيان؟.
- 28 . هل تعاني غالباً من الصداع؟.
- 29 . هل توجد أطعمة لا تحتمل مجرد رؤيتها؟.

30. هل توجد أطعمة يصعب عليك هضمها؟.
31. هل تتم عادة كما يجب؟.
32. هل تعلم دائمًا ما تريده عمله؟.
33. هل يصعب عليك اتخاذ القرار عندما يجب ذلك؟.
34. هل تؤمن بالحدس (التجيم، الأبراج... إلخ)؟.
35. هل راودتك لغایة الآن فكرة الهرب من البيت؟.
36. هل شعرت لغاية الآن بالدافع أو الميل للهرب من بيتك؟.
37. هل سبق لك وهربت من المنزل؟.
38. هل تخاف أحياناً من اجتياز شارع عريض أو ساحة؟.
39. هل تخاف أحياناً من الأماكن المغلقة؟.
40. هل تخاف كثيراً من النار؟.
41. هل راودتك لغاية الآن فكرة الإحراء؟.
42. هل لديك عادة النظر تحت السرير قبل النوم؟.
43. هل تعجبك صحبة الآخرين؟.
44. هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً؟.
45. هل يتقبلك الآخرون؟.
46. هل تفصب كثيراً؟.
47. عادة هل يعجبك أن تكون الأمر الناهي؟.
48. عامة هل أنت مسرور ومكتف؟.
49. هل يراودك أحياناً الشعور بأنك دون الآخرين؟.
50. هل يراودك أحياناً الشعور بأن لا أحد يفهمك؟.
51. هل تفكّر بأن لك حياة أخرى غير حياتك العاديه؟.
52. هل يراودك الشعور بأنك ولد متبنى ويصعب عليك التخلص من هذا الشعور؟.
53. هل تراودك أفكار أخرى مشابهة؟.
54. هل أنت غالباً متألف، ضجر، وتعيش فكرة مفادها أن الأشياء حولك خادعة؟.
55. هل تصادق بسرعة؟.
56. هل يراودك أحياناً الشعور بأنك مذنب؟.
57. هل تعتقد أن الناس يحبونك كما يحبون الآخرين؟.
58. هل تفكّر أحياناً بأن لا أحد يحبك؟.
59. هل يصعب عليك التعود والتكييف مع محیط عملك؟.
60. هل يصعب عليك العيش الهدئ في بيتك؟.



61. عائلتك هل تعاملك جيداً، وهل هي عادلة معك؟
 62. رؤساؤك هل يعاملونك جيداً؟
 63. هل تزعجك فكرة مفادها بأن أحدهم يتابعك؟
 64. هل تحس أحياناً بأن أحدهم يريد إيقاعك؟
 65. هل تغضب عندما يعارضك الآخرون؟
 66. هل يحصل أن تكسر الأشياء عندما تغضب؟
 67. هل تغضب أحياناً من أجل توافقه؟
 68. هل أغضي عليك ولو مرة واحدة؟
 69. هل يغمى عليك في مناسبات معينة؟
 70. هل تشعر أحياناً باضطرابات النظر؟
 71. هل تعجبك مهنة تتعلق بقتل الحيوانات وذبحها؟
 72. هل تمنيت الشر لأحد؟
 73. هل تتقدّر على الآخرين لدرجة تشير بكلائهم أحياناً؟
 74. هل تشعر بالسعادة إذا ما ألحقت الآذى بشخص ما؟
 75. هل تشعر بالسعادة لدى تعذيبك لحيوان ما؟
 76. هل راودتك فكرة السرقة لغاية الآن؟

وهذا الاختبار يقيس الميل النفسي المرضية التالية:

- الرهاب والمخاوف:** المتمثلة بالخوف الغير مبرر. وهذه الميل ممكنة الاستنتاج من خلال الأسئلة: (2، 3، 4، 5، 6، 7، 25، 26، 32، 33، 36، 38، 39، 40، 41، 42) ومعاملتها القياسي يساوي 24.
- الميل الانفعالية:** المتمثلة بعدم التوازن الانفعالي. وهذه الميل ممكنة الاستنتاج من خلال الأسئلة: (1، 2، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 19، 20، 21، 34 و 40). ومعاملتها القياسي يساوي 28.
- الميل الفصامية:** أو الميل نحو الوحدة والعزلة، وعدم الثقة بالنفس والتعاسة، وممكن أن تستشف هذه الميل من خلال الأسئلة: (27، 35، 43، 44، 46، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54) ومعاملتها القياسي يساوي 30.
- البارانويا:** أو العظام، أو الشعور بالاضطهاد، وبعدم الأمان، وممكن أن تستشف هذه الميل من خلال الأسئلة: (1، 43، 44، 45، 47، 53، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65) ومعاملتها القياسي يساوي 20.
- الميل نحو فقدان المنطق:** المتجلية من خلال الأسئلة: (9، 10، 31، 37، 65، 66، 67، 68، 69، 70). ومعاملتها القياسي هو 36.

6. ميول نحو عدم الاستقرار: المتجلية بالرغبة الدائمة بالتغيير والتعدد، وهذه الميول ممكن أن تستشفها من خلال الأسئلة: (14، 15، 16، 17، 18، 35، 36) ومعاملتها القياسي هو 52.

7. ميول معادية للمجتمع: وهذه الميول تتجلى من خلال الأسئلة: (20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36) ومعاملتها القياسي هو 52.

8. الميول الاكتئابية: وتتجلى هذه الميول في الأسئلة: (22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36) ومعاملتها القياسي هو 26.

الحواشى

- (1) مجاز في البوردو الأميركي للمعالجين النفسيين والتشخيصيين النفسي - أستاذ محاضر سابق في جامعة دمشق.

(2) الترجسية هي الحب الموجه إلى صورة الذات. استناداً إلى أسطورة نرسيس.

(3) Sethna. E.R A study of refractory cases of depressive illness Br. J psychiatry 124, 1974, 265..

(4) MandelM. - R. SEVERE. Development and prediction of postpsychotic depression Arch. Gen . psychiatry. 1982.

(5) - Constantinescu G.N. 1979

(6) - Laux G Kombinierte Depression Therapie mit Clomipramine und Mapro litin. Therapie Woche 1980. 4310.

(7) - Gastar etal. Study of the combined effects of oxprenolol Clomipramine. Int. pharmakopsychiat 1980.

(8) - Hoenig: chaulk. Delirium ssociated with lithium therapy and E.C.T. can Assoc, j, 1997.

(9) - Greenbalt efficacy of ECT in affectiv and Schizophrenie illness. Am. J. psychiatry 1977.

(10) - weniner. R.D The psychiatric use of electrically induced seizures. Am. J. psychiatry 1979.

(11) القصور الترجسي: هي حالة الترجسية تنسحب لهذا (ممثلاً الشهوات الفريزية) لتندمج بالآتا. وكثيراً ما يجد الترجسي نفسه في وضع لا يستجيب فيه جسده لخصائصه الترجسية (كأن تعاني الفتاة من غياب القصيب .. إلخ) وهذا هو القصور الترجسي.

هي مدرسة جديدة في التحليل النفسي يشرف على إدارتها المجلس الأعلى للمحللين النفسيين بفرنسا . (12) Neo - psychanalyse . الذي يدير في الوقت ذاته معهد الدراسات العليا والأبحاث التطبيقية في باريس

(13) هذا الجدول منقول عن كتاب 1982 Masked depression Kielholz

الجديد حول الاكتئاب

1. العقاقير المسوقة حديثاً.

2. صادات بيّتا في علاج الاكتئاب.

3. العقاقير المساعدة لمضادات الاكتئاب.

4. نصائح نفسية لتجنب الاكتئاب.

1. العقاقير المسوقة حديثاً:

كنا قد ذكرنا سابقاً أن مضادات الاكتئاب المتوافرة لا تستطيع أن تحل أكثر من 70% من مشاكل حالات الاكتئاب. كما عرضنا أيضاً للخطوات المعقّدة التي يقتضيّها علاج الاكتئاب المقاوم الذي يؤلّف 30% من حالات الاكتئاب. انطلاقاً من هذه المعطيات يجدُّ العلماء في البحث عن مضاد للأكتئاب من شأنه أن يحلّ معضلة الاكتئاب المقاوم.

وإذا كانت الأبحاث، ولغاية اليوم، لم تأت لنا بالعقار المطلوب، إلا أن ذلك لم يمنع هؤلاء العلماء من تطوير العقاقير الموجودة سابقاً، وكذلك إيجاد أخرى جديدة لا تقل عنها فاعلية. وقد وجدنا من المناسب أن نعرض لهذه العقاقير بالشرح والمقارنة مع العقاقير القديمة.

أ. عقار أكسافلوزان (Oxaflozane): وهذا عقار جديد في عائلة Isopropyl - Morpholine وتم تسويقه هذا العقار في العام 1983 بعد أن أثبتت التجارب المخبرية فعاليته كمضاد للعدائية وللاكتئاب معاً.

أما عن الآثار الجانبية لهذا العقار فهي انخفاض الضغط الوظيفي، الصداع والإحساس بالتعب. والحقيقة أن التجارب العيادية لهذا العقار لا تبشر بالخير في ما يتعلق بعلاج الاكتئاب العظمى، إلا أن نتائجه كانت جيدة في ما يتعلق بعلاج الاكتئاب المقنع.

ب. عقار الـ Metapramine: وينتمي هذا العقار إلى عائلة المركبات الثلاثية المضادة للأكتئاب. ولهذا العقار مفعول نفسي منشّط. وقد أثبتت تجاربه المخبرية، والقليل من التجارب العيادية (بسبب حداثة تسويقه) أن هذا العقار فعال في حالات الاكتئاب العظمى، شأنه في ذلك شأن بقية المركبات الثلاثية. إلا أن هذا العقار يتمتّز عنها جميعها بـ :

1. لا يمارس تأثيراً معيقاً للجهاز الباراسمباتاوي، وهو وبالتالي لا يؤدي إلى تسارع دقات القلب، والدوار والشعور بالتعب ... إلخ.

2. له تأثير خاص على مادة النورادرينالين التي تؤدي لتطور الاكتئاب.

3. إنه يعطي مفعولاً سريعاً (48 ساعة من استعماله) في حين تحتاج بقية المركبات الثلاثية إلى أسبوع أو أكثر ليظهر مفعولها.

لهذه الأسباب فإن هذا العقار يعتبر أفضل مضاد للأكتئاب موجود حالياً. إلا أنه ينبغي الانتظار قليلاً ربما تظهر التجارب العيادية تفاصيل تأثيراته الجانبية، وكذلك نسبة نجاحه في علاج الاكتئابات العظمى.

ج. عقار الـ Indalpine: (3) وينتمي هذا العقار إلى عائلة جديدة لمضادات الاكتئاب يتلخص عملها بالإعاقة النوعية لتبثيت Sérotonine⁽⁴⁾. وبمعنى آخر فإن هذا العقار يمارس تأثيراً مشابهاً لتأثير IMAO⁽⁵⁾ ولكن دون أن تكون له آثارها الجانبية.

ولقد أثبتت التجارب العيادية أن هذا العقار لا يقل فعالية عن مضادات الاكتئاب العظمى المستعملة. كما أثبتت هذه التجارب أنه، أي Indalpine، لا يؤدي لتوليد إيسبيات فاعلة (metabolites actifs) وبالتالي فإن آثاره الجانبية محدودة ومعروفة، إلا أن التجارب العيادية لم تستطع لغاية الآن تحديد الجرعة الفاعلة لهذا العقار. وقد حددت هذه التجارب مدة ثلاثة أيام لكي تبدأ آثاره العلاجية بالظهور.

ولا يزال الإقبال على هذا العقار يزداد يوماً بعد يوم، وذلك بسبب ندرة آثاره الجانبية، وخاصة على صعيد القلب والشرايين. إلا أن هذا العقار، شأنه شأن الكثير من مضادات الاكتئاب، ممكن أن يحدث غيبة الكريات البيضاء (Agranulocytose) وخاصة لدى المسنين.

د. عقار الـ Maprolitine⁽⁶⁾: إن هذا العقار لم يعد حديثاً، إلا أن الأبحاث لا تزال تكتشف فيه مزايا جديدة. ففي العام 1981 يورد العالم Gastpar⁽⁷⁾ المفعول العلاجي الجيد الذي يعطيه الجمع بين هذا العقار وبين الـ Oxprenolol⁽⁸⁾ في حالات الاكتئاب المترافق مع القلق.

وفي أية حال فإن لهذا العقار آثاراً مهدأة أقل من الـ Amitriptyline⁽⁹⁾ وأثاراً مهيجة أقل من الـ Imipramine⁽¹⁰⁾.

ه. عقار Miansérine: (11) وينتمي هذا العقار إلى عائلة المركبات الري唆ية المضادة للأكتئاب. ولهذا العقار خصائص المركبات الثلاثية نفسها، من حيث قوة تأثيره العلاجي، ويتميز هذا العقار عن المركبات الثلاثية بـ :

1. يعيق مفعول عقار الإمفيتامين⁽¹²⁾ في حين تزيد المركبات الثلاثية هذا المفعول.



2 . لا يحدث تغيرات وظيفية على صعيد القلب والشرايين.

مما تقدم نلاحظ بأن لهذا العقار من المزايا ما يجعله يتفوق على غالبية مضادات الاكتئاب المعروفة. إلا أن حداثة تسويقه، وبالتالي قلة الدراسات العيادية حوله يجعلنا غير واثقين من التأثيرات الجانبية التي يمكن أن يحدثها.

وـ. معيقات تثبيت السيروتونين

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRSS)

هي عقاقير داعمة للسيروتونين وتتمتع بمحض علاجي شبيه بمضادات الاكتئاب ثلاثة الحلقات، مع آثار مضادة للكولين محدودة (شبه غائبة) ومع عدم سميتها على الصعيد القلبي. ومجال استخدامها يمتد إلى كل أنواع الاكتئاب. وتبقى مشكلة هذه العقاقير في حسن الاختيار في ما بينها، وفي تحديد خاصية كل منها. حيث الظهور الحديث لهذه الأدوية (1988) يقتضي التباهي للفوارق بينها وخاصة على صعيد الآثار طويلة الأمد لاستخدامها.

دوعي الاستعمال: يغطي استعمال عقاقير هذه الفئة كافة أشكال الاكتئاب. ويرى بعضهم أنها أصبحت الأكثر استخداماً بين فئات مضادات الاكتئاب جميعها. ويتم تفضيلها خاصة في حالات اكتئاب الشيوخ، ولدى المرضى الذين يتناولون علاجات متعددة، أو المصابين بأمراض قلبية وعائية. وكذلك لدى المكتفين الذين يظهرون ميلاً انتحارياً. ففي الحالة الأخيرة نحتاج إلى هذه العقاقير الأقل سمية في حال تناولها بكميات كبيرة بهدف الانتحار.

موانع الاستعمال: تتعلق عامة بالجهاز الهضمي، وتمثل غالباً بالغثيان والاستفراغ (التقيؤ) وبدرجة أقل الإمساك فقدان الشهية. كما تذكر عوارض جانبية أخرى من نوع الأرق والصداع وموجات تعرق زائد وبرودة جنسية (نقص الرغبة). وتوصف لهذه الأدوية بعض متلازمات الانسحاب. لذلك يفضل إيقافها بصورة تدريجية. كما يجب التنبه إلى متلازمة فرط دعم السيروتونين التي تبرر الإيقاف الفوري لهذه الأدوية. وتتمثل هذه المتلازمة بعواض هضمية (إسهال) ونباتية (تعرق، تقلبات حرارة الجسم وتغيرات ضغط الدم / ارتفاع أو انخفاض) وحركية (ارتفاع ورم عضلي) وعصبية - نفسية (الخلب والهياج وربما السبات). ويمكن لهذه المتلازمة أن تنشأ عن جرعات دوائية زائدة أو عن تداخل تأثيرات الأدوية المختلفة. وهي تستدعي المراقبة في المستشفى.

التأثيرات المترادفة مع العقاقير الأخرى: يمكن لمعيقات تثبيت السيروتونين أن تتدخل في نشاطها مع أدوية عديدة، وذلك عبر الآليات التالية:

. إعاقتها لخسائر الكبد: وهذه الخاصية تفسر محظوظ تفاعل هذه الأدوية مع مضادات الاكتئاب ثلاثة الحلقات. ومع مضادات الصرع ومضادات الذهان ومهدئات البنزوديازيبين.

- خطورة الجمع بينها وبين أدوية أخرى داعمة للسيروتونين. ومن هنا تحظير الجمع بينها وبين مضادات الاكتئاب من نوع معيقات خمائر التأكسد الأحادية الأمينية (MAO). وأيضاً عقاقيروں ال (Clomipramine/Arafanil) وال (Buspirone).

- اضطرابات أيونية: هذه العقاقير يمكنها التسبب في نقص أيونات الصوديوم. وهو نقص يزداد مع استخدام متزامن لمدرات البول.

العقاقير المسوقة من هذه الفئة: توجد قائمة من هذه العقاقير، ومنها التالية:

1. **الفليوكسيتين (Prozac^(R))**: امتصاصه جيد عن طريق الفم وتتراوح نسبة امتصاصه (Biodisponibility) ما بين 70٪ و 85٪ (لاتغير بحسب الأطعمة). منتصف حياته يتراوح بين يوم و 4 أيام. في حين يصل إلى 7 أيام بالنسبة لمنتجه الأيضي (Metabolite). وهو يستخدم بجرعة 20 مغ يومياً. لكن الإشارة واجبة إلى التقارير التي أفادت عن تشجيعه للميل الانتحارية، وعن زيادة بعض مظاهر القلق. وخبرتنا الشخصية تجعلنا نتحفظ على استخدامه في إنتظار جلاء أدق لمجالات وموانع استعماله.

2. **السيرتالين (Zoloft^(R))**: منتصف حياته يبلغ 26 ساعة. مما يسمح بتناوله بجرعة وحيدة يومياً. ويبلغ امتصاصه (Biodisponibility) حدود 88٪. وهو يثبت جيداً على البروتينات البلاسماتية (99٪). وهو يعطي منتجاً أيضاً محدود الفعالية (déméthylsertraline). وهو يستخدم بجرعة 50 مغ يومياً.

3 - **الباروكسيتين (Paroxetine "Seroxat")**: منتصف حياته يبلغ 24 ساعة في المتوسط. مما يسمح بتناوله بجرعة وحيدة يومياً. ويبلغ امتصاصه (Biodisponibility) حدود 88٪. وهو يثبت جيداً على البروتينات البلاسماتية (95٪). وهو يعطي خمسة منتجات أيضية غير فاعلة. وهو يستخدم بجرعة تتراوح بين 20 و 40 مغ يومياً.

4. **الفليوكسامين (Fluvoxamine Floxyfral^(R))**: منتصف حياته قصير بالمقارنة مع بقية عقاقير إعاقة تثبيت السيروتونين (من 15 إلى 22 ساعة). وهو يثبت على البروتينات البلاسماتية بنسبة (77٪). ويبلغ امتصاصه (Biodisponibility) حدوداً جيدة. ولا توجد له مشتقات أرضية. وهو يستعمل بجرعة تتراوح بين 100 و 300 مغ يومياً.

5. **السيتالوبرام (Citalopram Cipram^(R))**: يبلغ امتصاصه (Biodisponibility) حدود 100٪. ومننصف حياته يبلغ 33 ساعة. أما تثبيته على البروتينات البلاسمية فيصل إلى 50٪. ومشتقه الأرضي الرئيسي هو النورسيتالوبرام.

مضادات الاكتئاب الجديدة المزججة وتسمى أيضاً بمضادات الاكتئاب مزدوجة الفعل. وذلك بسبب تأثيرها المتزامن على عدة شبكات عصبية. ومن هذه الأدوية نذكر:

الميترازيبين (mirtazapine): وهو يؤثر على مستقبلات النورادرينالين والسيروتونين في أن معاً. فيدعم بصورة مباشرة انتقال النورادرينالين عن طريق صده لمستقبلات النورادرينالين المركبة من نوع الفا 2 . كما يدعم تأثير السيروتونين من خلال مستقبلات 5HT1 عن طريق صده لمستقبلات 5HT2 و 5HT3 . ويتميز هذا الدواء بامتصاصه الجيد عن طريق الفم (يصل إلى البلاسما خلال ساعتين). ويتراوح منتصف حياته بين 20 و 40 ساعة (مما يسمح بإعطائه بجرعة واحدة يومياً) . ولقد أجريت عليه دراسات مقارنة عديدة استخدمت مقاييس هاميلتون للأكتئاب . وقارنت بينه وبين مضادات الاكتئاب ثلاثة الحلقات . حيث أثبتت هذا الدواء فعاليته في علاج الحالات المتوسطة والقاسية للأكتئاب . واعتبر مفعوله مساوياً لمفعول Al Clomipramine في حالات الانهيار العظمى / القاسية المعالجة في المستشفى . ويتميز هذا العقار بانخفاض آثاره الجانبية ومحدوديتها، وكذلك بانخفاض سميته، وخاصة على صعيد القلب . وهذا ما يبرر وصفه لعلاج الشيوخ، كما أن جرعه الزائدة لا تهدد الحياة.

الميلناسيبران (milnacipran (Ixel): هو معيق لثبيت السيروتونين والنورادرينالين . ويبلغ امتصاصه (Biodisponibility) نسبة 85%. وهي لا تتأثر بنوعية الأطعمة المتناولة معه. أما منتصف حياته فهو قصير (8 ساعات) . وثبيته ضئيل على بروتينات البلاسما . ويتم أيضاً عن طريق الكبد دون أن يعطي مشتقات أيضية فاعلة . وهو منصوح في حالات الاكتئاب القاسية لدى البالغين . وهو يستخدم بجرعتين يوميتين كل منها 50 مغ. أما عن آثاره الجانبية فهي لا تستدعي وقف العلاج بسبب محدوديتها . ونذكر منها: الدوار وموجات الشعور بالحرارة وزيادة التعرق والغثيان والتقيؤ . ونادرًاً جفاف الفم والإمساك . وهو يؤدي إلى متلازمة فرط دعم السيروتونين إذا ما استخدم مع مضادات الاكتئاب من نوع IMAO . وتبين التجارب عدم خطورة جرعه الزائدة على الحياة . مما يسمح ب استخدامه لدى الشيوخ .

النيفارزودون (efazodone/ Serzone): وهو يعيق ثبيت السيروتونين ويصد مستقبلات 5HT2 ولقد بين هذا الدواء فعالية أكبر من فعالية Imipramine مع آثار جانبية أقل، وتحمل أكبر من المرضي .

الفينلافاكسين (Venlafaxine/Efexor): هو معيق لثبيت السيروتونين والنورادرينالين . لكن إعاقته للسيروتونين أقل من إعاقته للأدوية معيبة ثبيت السيروتونين . وأيضاً يعطي مشتقاً أضيفياً فاعلاً (O-demethyl-venlafaxine) ومشتقين غير فاعلين . وهذا الدواء فاعل في علاج حالات الاكتئاب القاسية كما في علاج حالة القلق العام والرهاب .

2 صادات بيتا في علاج الاكتئاب:

إن العقاقير المسماة بصادات بيتا المعيبة للأدرينالين، والتي يرمز لها اختصاراً بصادات بيتا (B.bloquantes)، تؤدي إلى لجم (صد) مؤقت لمستقبلات الأدرينالين . وبهذه الطريقة فإن صادات بيتا تعيق مادة الأدرينالين عن ممارسة تأثيراتها السلبية على الجسم، وبخاصة على

صعيد القلب والشرايين. فهذه العقاقير تحول دون اضطراب توادر نبض القلب. كما إنها تساعد على انخفاض الضغط.

هذا ويرى البروفسور kielholz أن لهذه العقاقير تأثيراً كبيراً في علاج الميول الانفعالية مثل الخوف من الامتحان، من مواجهة الجمهور، وغيرها من الانفعالات.

أما البروفسور (Gastpar)⁽⁷⁾ فيرى أن لصادات بيتا دوراً فاعلاً في علاج حالات الاكتئاب، خاصة تلك المرافقة بالقلق.

ويتفق غالبية الباحثين (7، 13، 14) بأن لصادات بيتا تأثيراً علاجياً فاعلاً في بداية ظهور العوامل النفسية المؤدية للأكتئاب. إذ أن شأن هذه العقاقير أن تحول دون إصابة الشخص باللوساوس المرضية.

أو بالأكتئاب الانهaki، أو حتى بالأمراض النفسية. الجسدية، مثل تضخم القلب⁽¹³⁾ وارتفاع الضغط⁽¹⁴⁾ وحتى الذبحة القلبية.

3. العقاقير المساعدة لصادات الاكتئاب:

لاحظنا بأن الاكتئاب يمكن أن يترافق بالميول العصبية أو الذهانية، أو بالقلق، أو بأمراض جسدية متعددة. ولهذا نجد أنه من النادر أن يقتصر علاج الاكتئاب على العقاقير المضادة له. إذ إننا غالباً ما نضطر لاستعمال عقار أو أكثر لمساعدة مضاد الاكتئاب. كما إننا نضطر في بعض الأحيان لاستعمال عقار من شأنه أن يخفف من حدة الآثار الجانبية لمضاد الاكتئاب المستعمل. وبعد هذا العرض السريع لدواعي استعمال هذه العقاقير. فإننا سنقوم باستعراض سريع لها:

أ. مشتقات الديازيبام: ينصح البروفسور Akiskal⁽¹⁵⁾ بالجمع بين مشتقات الديازيبام ومضادات الاكتئاب، وخاصة في حالة معاناة المريض من الأرق.

إلا أن هذا الجمع بين العقارين قد لا يعطي النتائج المتواخدة لدى المسنين ولدى القلقين المبالغين في قلقهم.

ب. المهدآت العظمى: في العام 1976 برهن العالمان Cole et Davis⁽¹⁶⁾ على أن لهذه المهدآت من فصيلة الفينوتيازين مثل (Clorpromazine- Thioridazine..) تأثيراً مضاداً للأكتئاب، وخاصة في حالات القلق الاكتئابي.

كما يؤكّد العالم Mann⁽¹⁷⁾ على مفعول عقار Flupentixol⁽¹⁸⁾ كمضاد للأكتئاب. على أن الأبحاث الحديثة تركز على استعمال عقارين من فصيلة المهدآت العظمى في علاج الاكتئاب، thioridazine و Sulpiride⁽¹⁹⁾.



ج . صادات بيتا: وقد سبقت الإشارة لها .

ه . الهرمون الدرقي: وقد شرحنا تأثيره في فصل الاكتئاب المقاوم .

4. نصائح نفسية لتجنب الاكتئاب:

إن العقبة الرئيسية، التي تحول دون تمكن العلاج النفسي من القضاء على الاكتئاب، تتجلى في صعوبة مخاطبة المكتئب. لأن المريض يكون في حالة نفسية متركزة حول ذاته، وهو كما رأينا يشك في كل ما حوله، ويعمل جاهداً لتجنب الآخرين.

أما إذا توجهنا للشخص أشياء فترة الاكتئاب المقنع، أو في بداية مراحل اكتئابه، فإننا وبهذه الطريقة تكون قد تجنبنا أهم وأكبر العقبات التي تعرّض للعلاج النفسي، وهي صعوبة مخاطبة لاوعي المريض.

وانطلاقاً من هذا المبدأ فإننا نرى بأن للنصائح التي سنعرضها أدناه قائد أساسية في الح Howell دون تطور الاكتئاب، وهذه النصائح نوجزها على الشكل التالي:

١. تخلص من الإرهاق النفسي:

يؤدي الإرهاق النفسي إلى تغيرات بيوكيميائية داخل الجسم. (راجع مراحل الاكتئاب). هذه التغيرات التي يمكننا تلخيصها بازدياد إفراز الجسم لعدد من المواد، نذكر منها الأدرينالين، النورادرينالين وخمائر تأكسد الأمينات الأحادية ... إلخ. ونحن لكي نمنع الإرهاق من التطور، بحيث يؤدي إلى القلق، ومن ثم إلى الاكتئاب، علينا أن نتخلص من هذا الاضطراب البيوكيميائي. فكيف يتسمى لنا ذلك؟.

تفق مجمل المدارس النفسية على ضرورة تنفيذ هذه الطاقة. ولكن هذه المدارس تختلف حول الطرق التي تراها مناسبة لهذا التنفيذ.

فالجيشتاليون يرون أن أفضل وسيلة لهذا التنفيذ هي الصراخ، وهم يمارسون ذلك في مخيّماتهم العلاجية. إذ يطلبون من المرضى التفرق في غابة قريبة (بحيث لا يرى أحدهم الآخر) والصراخ بأعلى أصواتهم. والحقيقة أن هذا الصراخ يتّبع للمريض تذكرة مجموعة الأسباب التي أدى بهم إلى الإرهاق، التي سببت تعاستهم، والتي حاولوا نسيانها، واعتقدوا أنهم نجحوا في ذلك. ولكنهم أشياء صراخهم يدركون بأنهم لم ينسوها قط. وكلما تذكّر المريض سبباً إضافياً من أسباب إرهاقه، كلما صرخ بصوت أعلى. ولقد صرخ غالبية هؤلاء المرضى بأن الصراخ أدى بهم إلى الهدوء والطمأنينة التي لم يكونوا قد شعروا بها منذ فترات طويلة.

أما المعالجون النفسيون الكلاسيكيون .. فيرون في الرياضة الوسيلة المثلثة للتنفيذ. وهم ينصحون بممارسة الرياضات الخفيفة كالمشي، والسباحة ... إلخ. وبالطبع فإن لهذه الطريقة آثارها الإيجابية التي يعرفها الأطباء النفسيون.

وأخيراً، فإن للتحليل النفسي أيضاً رأيه في هذا الموضوع. إذ إن الاكتئاب من وجهة نظر تحليلية هو: الاكتشاف المفاجئ والمروع للظلم والقسوة الخارجيين (مجتمع، قدر... إلخ) ولكن الداخليين أيضاً (صراع هذا والأنا الترجسية اللاواعية... إلخ).

والتحليل النفسي لا يعتمد الكتابة كعلاج للاكتئاب. ولكنه يجد فيها (أي في الكتابة) صرخة اتهام، ووسيلة لطلب النجدة أيضاً، ووسيلة تقرب من الشخص، والتعرف عليه بصورة أفضل. وإذا كان التحليل النفسي يرى في الكتابة وسيلة تحليلية، فإن هنالك عدداً من المعالجين الذين يرون في الكتابة علاجاً متكاملاً. وينصحون مرضاهما بالكتابة لتفكيك مكبوتاتهم. وكلنا يعلم الراحة التي توفرها لنا رسالة نضمنها أحاسيسنا، حتى ولو لم نرسلها ومزقتها بعد ذلك.

2. تعلم كيف تتنفس:

إن أكثر الناس لا يجيدون التنفس. وهذه النصيحة صالحة لكل الناس، وإنْ كانت تعطى مردوداً خاصاً بالنسبة للمرهقين، القلقين والمكتئبين.

ماذا يحصل عندما يتعرض شخص ما للإرهاق؟ أمام الإرهاق يقوم الجسم بتحويل كميات إضافية من الدم إلى الدماغ والعضلات، فيصبح التنفس ضحلاً، وتتوتر عضلات الظهر والكتفين والعنق. وضحلة التنفس هذه تترافق عادة مع خفقان القلب، الأمر الذي يدعو المريض لأن يزيد، دون وعي منه، عدد مرات تنفسه. وزيادة عدد مرات التنفس هذه تؤمن للجسم كميات إضافية من الأوكسجين. ولكنها في الوقت نفسه تمنع الجسم من التخلص من كامل كمية ثاني أوكسيد الكربون. الأمر الذي يؤدي إلى نوع من التقسيم الداخلي بثاني أوكسيد الكربون. وهذا ينعكس قليلاً على الصعيد النفسي. وبعد هذا العرض العلمي المقتضب لسلبيات التنفس الرديء. هانحن نعرض الطريقة الصحيحة التي يجب على الشخص التنفس وفقها:

عندما تكون ممدداً على ظهرك تتنفس على النحو التالي: تنفس (شهيق) عن طريق الأنف (الفم مغلق) ببطء وعمق، من القدمين صعوداً حتى الوسط فالبطن فالرئتين وأخيراً الرأس. وبعد ذلك يأتي دور الزفير، عن طريق الفم، وإخراج الهواء من الرأس، ومن ثم من الرئتين.

أما عندما تكون واقفاً فتنفس (شهيق) عن طريق الأنف ببطء وعمق، من البطن صعوداً إلى الرئتين فالرأس، ومن ثم الزفير عن طريق الفم. وإخراج الهواء من الرأس والرئتين.

والحقيقة أن هذه التمارين في بدايتها تكون صعبة التطبيق ومملة. ولكن تطبيقها لفترة معينة يجعل الشخص يعتاد عليها، بحيث يقوم بها تلقائياً.

وهذا التنفس الإيقاعي لا يساعد فقط في التخلص من علامات الإرهاق، إلا أنه أيضاً يساعد الرئتين والقلب على القيام بدورهما بشكل أفضل.



3. طبق طريقة Couée.

وهذه الطريقة تجمع بين عناصر الاسترخاء⁽²⁰⁾ والتقويم المغناطيسي الذاتي. ويقتضي تطبيق هذه الطريقة بأن يتمتم الشخص، بصمت، الكلمات التي تخطر بباله. وذلك دون أن يبذل أي جهد في التفكير. وذلك لمدة 20 دقيقة قبل النوم و 20 دقيقة صباحاً.

ومن شأن هذه الكلمات التي تتسبق⁽²¹⁾ عفوياً أن تساعد الشخص على فهم ذاته، وهي بذلك تشبه إلى حد ما التحليل النفسي الذاتي، إذ أن هذه الطريقة جديرة بأن تذكر الشخص بعوامل صراعه. وكذلك فهي تساعد على الربط بين هذه العوامل، بحيث يسهل عليه فهمها واتخاذ المواقف حيالها، الأمر الذي من شأنه أن يقضي على عوامل الإرهاق، القلق والاكتئاب المتراكمة في لاوعي الشخص.

4. إيجاد المحيط المفهوم.

إن مجرد الاختلاط مع الآخرين، بغض النظر عن رأينا فيهم، من شأنه أن يبرهن لنا بأننا لسنا وحيدين في معاناتنا. إذ إن هذا الاختلاط قد يضعنا على علاقة مع آناس يعانون معاناتنا نفسها، أو على الأقل آناس قادرين على فهم هذه المعاناة، ونحن بالطبع لا ندع الشخص للبوج بما يشعر به في أعماقه أمام الناس. لكن الخطوة الأولى نحو كسر العزلة وبرودة الوحدة تتمثل بالاختلاط مع الآخرين. ولذلك على العازب، الأرمل، أو القابع في عزلته، أن يخطو الخطوة الأولى ويخالط مع الآخرين. ودون هذه الخطوة لن يغير قط على محيط مفهوم.

والحقيقة أن غالبية الناس لا يعون هذه الحقيقة البديهية، فمثلاً تلك السيدة القابعة وحيدة في بيتها، ولفتره تتجاوز العشر ساعات، تفاجأ عندما تعلم بأن تحسن حالتها النفسية رهن بخروجها إلى المجتمع، وباحتكاكها مع الآخرين، ومخالطتها لهم. وكذلك العازب الذي لا يرى رابطاً بين زواجه وبين حالته النفسية... إلخ.

5. لا تكتم حزنك وغضبك.

إن كتمان مشاعر الحزن والغضب يؤدي إلى ظهور الإرهاق النفسي. وفي حال استمرار هذا الكتمان فإنه يؤدي إلى القلق، أو إلى الاكتئاب المقنع أو الاثنين معًا.

ونحن لكي نستطيع أن نشرح كيفية حدوث ذلك، نجد لزاماً علينا أن نعرض التجربة التالية، التي أجرتها الباحثون (R. Lazerus - W. vogel - S. Raymond) إذ قاموا بعرض فيلم يمثل احتفال الختان لدى إحدى القبائل الإفريقية، وتم هذا العرض على مجموعة أولى، وأوحي الباحثون لأعضائها بأن الطفل ينتظر هذه اللحظة بفارغ الصبر، وبأن هذه المناسبة هي بمثابة مهرجان تقيمه القبيلة. وقد خرج مشاهدو الفيلم وهم يعبرون عن سرورهم بطراقة هذه التقاليد.

ومن ثم قام الباحثون بعرض هذا الفيلم على مجموعة ثانية من المشاهدين. أوحى لهم بأن الختان، الذي يصوره الفيلم، هو عادة همجية يلاقي خلالها الطفل الأمرين. وخرج هؤلاء المشاهدون وهو يشعرون برغبة في التقبّل وهم ثائرون على التخلف.

ولنناقش سوية ماذا حصل؟

كما قد أشرنا إلى تقسيم الباحثة أرنولد مراحل ردة الفعل الإنسانية إلى:

1. استقبال المثيرات
2. تقييم مقدار ضررها بالذات
3. الانفعال في الحس
4. إظهار الانفعال
5. تفاعل الشخص بالاقتراب أو بالابتعاد عن المثيرات.

ولنعد إلى مشاهدي الفيلم، ولنتابع معًا تسلسل هذه المراحل لديهم فنلاحظ:

- إن المثير نفسه (الفيلم) استطاع أن يؤثر بطريقة مختلفة لدى كل شخص.
- إن الجهاز العصبي يستقبل المثير الأقوى، ويهمل المثير الأخف. فهؤلاء المشاهدون تفاعلوا مع مشاهد الختان، ولكنهم أهملوا مراقبة الطبيعة الأفريقية، ولا تخفي رغبة الأميركيين الجامحة في مشاهدة هذه الطبيعة.
- إن قوة المثير (الفيلم) لم تكن موضوعية، بل كانت خاضعة للإيحاء. وهذا فمن الممكن أن يقوم أحدهنا بإعطاء مثيرٍ ما أهمية لا يستحقها. وبهذا يكون هذا الشخص قد أجبر نفسه على تخيل ضرر كبير يلحق به. في حين يكون الواقع أقل وطأة أو حتى العكس. وفي ذلك تقول الآية الكريمة: «عسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم. وعسى أن تحبوا شيئاً وهو شر لكم، والله يعلم وأنتم لا تعلمون». صدق الله العظيم.

ولنتابع المراحل الثالثة والرابعة لدى هؤلاء المشاهدين فنجد:

- أن تزاحم المثيرات (أجواء البحث النفسي - أجواء الطبيعة - أزياء القبيلة - موسيقاها - والختان) خلف ارتباكاً لدى هؤلاء المشاهدين، مثل قدرتهم على التقييم الموضوعي لهذه المثيرات.
- نلاحظ بأن مجموع المشاهدين عمدوا إلى كبت انفعالاتهم، وخاصة مشاهدي المجموعة الثانية الذين أدى بهم هذا الكبت إلى مظاهر جسدية مثل الغثيان أو التقيؤ.

ولنتخيل الآن أن أحد هؤلاء المشاهدين لم يلتجأ لكتبة عواطفه، بل عمد إلى تفجيرها. فماذا كان سيحصل؟ في مثل هذه الحالة فإن هذا الشخص سيتعرض لثانية العواطف. بمعنى أنه بالرغم من عطفه على الطفل المختون، إلا أن هذا العطف سيتطابق مع شعور بالنفور (الناجم



عن العنصرية) وهكذا فإن إطلاق العنان لشاعر الحزن والغضب يؤدي إلى القضاء على هذه المشاعر، أو على الأقل تخفيف آثارها. والأمر نفسه يحدث في حالات فقدان عزيز، إذ إن المرء سيدرك، إذا ما أطلق العنان لغضبه، وأظهر حزنه وبقية انفعالاته، بأنه في لا وعيه يحب ويكره الفقيد في آن واحد، وهذا من شأنه أن يعدل خطأه في المرحلتين الأوليين.

وعلى سبيل المثال أورد الحالة التالية:

شاب يعاني من حالة اكتئاب مقنع، مراقبة بالقلق، سببها فشله في عمله كمدرس. واستطاع هذا المدرس بعد بضعة جلسات علاجية أن يدرك بأن مرد قلقه يعود إلى رغبته اللاواعية في أن يبدو كاملاً أمام تلامذته، بحيث ينظرون له كأفضل أستاذ عرفوه. وكان أيضاً يرغب في أن يعطي هؤلاء التلاميذ كل ما عنده بطريقة مثالية. وأمام نياته هذه كان ينتظر من تلامذته أن يقابلوه بالإعجاب، الإطراء والتعاطف. ولهذه الأسباب كان هذا المدرس يرتعد خوفاً أمام تلامذته!!!.

وهكذا نلاحظ بأن قلق هذا الأستاذ ينبع من مشاعر غضبه وحزنه، لأن طلابه لم يتعاطفوا معه كما كان يتمنى. ومن المؤكد بأن هذا المدرس لو لم يكتم غضبه، ولو أحسن استخدام هذا الغضب لما توصل إلى هذه الحالة. فشائبة العواطف في هذه الحالة كانت كفيلة بأن تجعله يعي أن المشير المتمثل بعدم تعاطف الطلاب هو أقل ضرراً عليه من مثير آخر لهم، وهو احتمال فشله في عمله.

وفي نهاية المطاف فإن نصيحتنا هي: لا تكتم غضبك ولا حزنك. بل دع نفسك على سجيتها في إظهارهما. حتى تقتتن أنك بالغت بإظهار مشاعرك. فعندما تصل إلى هذه القناعة فإن هذا يعني أنك قومت طريقة تفكيرك، وفهمتحقيقة مشاعرك، بعد أن تدخلت شائبة العواطف في تقويمك للوضع، وذلك دون وعي منك.

6. حافظ على مرونتك.

يجب ألا يغيب عن بال أحد منا بأنه، وفي الدرجة الأولى، إنسان. وبأنه كإنسان يتعرض في خضم حياته لحوادث وأزمات عديدة. ولكن أي من هذه الأزمات يجب ألا تدمره وتجعله يتlassى صفاته وقدراته الإنسانية (الكمال الجسدي والعقلي، وبالتالي القدرة على التعويض والتكيف مع الأزمة والخسارة).

والحقيقة إن الطريقة الأفضل للحفاظ على هذه المرونة هي نصيحتنا السابقة، وهي إطلاق العنان للحزن والغضب. (ضمن الحدود الاجتماعية طبعاً).

7. امتنع عن تناول المسممات والمنشطات.

لاحظنا أشاء استعراضنا لمراتب الاكتئاب أن ظهور القلق في بداية المرحلة الثالثة يؤدي إلى ميل المريض للإكتئاب من المسممات (دخان، كحول، وربما مخدرات) وبالطبع فإن لهذه المسممات مفعولاً ضاراً على صعيد جسد المكتب، ولكن كذلك على الصعيد النفسي، إذ أن الحالة الاكتئابية هي أحد أكبر مسببات الإدمان على أنواعه.

وكذلك فإن على الشخص المعرض للاكتئاب أن يمتنع عن تناول المنشطات على أنواعها من الإفيتامين إلى القهوة أو الشاي. لأن المنشطات تؤدي إلى زيادة التوتر العصبي. هذا علماً بأن الطبيب قد يلجأ لإعطاء هذه المواد في الحالات التي يؤدي فيها مضاد الاكتئاب إلى الخمول. ولكنها حالات نادرة على وجه العموم.

الحواشي

- (1) Oxaflozane هو الاسم العلمي للعقار المعروف تجاريًا باسم Confictan.
- (2) Metapramine أو Rodosténe هو الاسم العلمي للعقار المعروف تجاريًا باسم Timaxel.
- (3) Indalpine Upsténe هو الاسم العلمي للعقار المعروف تجاريًا باسم Indalpine.
- (4) Serotonine هي ناقلة عصبية، يعتقد أن لها دوراً في إحداث الاكتئاب.
- (5) IMAO هي معيقات خماizer تاكسد الأمينات الأحادية.
- (6) Maprotiline أو Ludiomil Ladiomil.
- (7) GastparM. Therapie der depression mit psychopharmaka schweiz parxis 1981.
- (8) Oxprenolol Trasicor.
- (9) Amitriptyline أو Tryptizol Elival.
- (10) Imipramine هو الاسم العلمي للعقار المعروف تجاريًا باسم Tofranil.
- (11) Miansérine أو Athymil Lerivon.
- (12) إيفيتامين هو الاسم العلمي للعقار المعروف تجاريًا باسم Benzedrine أو Ortédrine.
- (13) Influence des B. bloquantes sur H. T. A. emotionelle. M. Nabelsi
- (14) H. Simon traitement des troubles psychosomatiques Cardio - Vasculaires. Symp. Montsoult 1980.
- (15) Akiskal H. S. Overview of depressive disorders. Academic press inc. 1981.
- (16) Cole et Davis. Organic therapy antipsychotic drugs Ed kaplan- Freed- man Baltimores 1976.
- (17) Mann N. P. Flupentixol Br. Med. Jr. 1976 - 1535.
- (18) Melleril أو Thioridazine هو الاسم العلمي أما التجاري فهو : Orsanil.
- (19) Pentoval أو Sulpiride هو الاسم العلمي أما التجاري فهو : Dogmatil.
- (20) إن طرق الاسترخاء التقليدية كـ (Sophrologic, Training autogéne) لا تعطي مفعولاً في علاج الاكتئاب أو القلق.
- (21) إذا رأيت أنك تتوقف عند بعض الكلمات، بحيث يصعب عليك تجاوزها دون التفكير بها فإن هذا يعني إصابتك بالقلق الناجم عن الفكرة التي توقفك بالذات.

* كلية الآداب . جامعة بغداد



اختبار العدد

HAMILTON DEPRESSION SCALE

سلم الاكتئاب لهاميلتون

الدكتور جمال التركي

WWW.ARABPSYNET.COM

إجراء الاختبار

يعتمد الفحص هذا كاملاً الأسبوع المنقضي أي سبعة أيام قبل يوم الفحص.

المقدمة

إن سلم هاميلتون منذ وضعه سنة 1960 معتمد لدى غالبية الباحثين في العالم بأسره لتدارس وتقييم حالات الاكتئاب وهو يمثل طريقة بسيطة لتقييم عمق وخطورة حالة اكتئابية ما بلغة الأرقام، أو لإبراز تطوراتها أثناء العلاج. إلا أنه لا يشكل أداة تشخيصية في أهدافه.

تاريХه وتقديمه

كان وضع هذا السلم في بداياته بهدف قياس تغيرات عمق ظواهر الاكتئاب عند التجارب العلاجية بالأدوية المضادة للأكتئاب، إلا أنه يتكون من ظواهر واردة بكثافة باللغة أثناء حالات الاكتئاب من جهة، ومن عوارض قد تقل كثافتها، لكنها تدل عند تواجدها على حالة سريرية خاصة من الاكتئاب.

يتواجد سلم هاميلتون في صيغ عديدة، إلا أن الصيغة الأصلية تعود لسنة 1960 وهي تشمل 21 سؤالاً. والصيغة التي اعتبرها الواضع نهائية سنة 1967 تحوي 17 سؤالاً.

وهناك صيغة تشمل 23 سؤالاً، حيث قسم فيها الأسئلة إلى نصفين. انطلاقاً من الصيغة الأصلية بـ 21 سؤالاً. وتتواجد أيضاً صيغة تجريبية تشمل 26 سؤالاً ووضعت في أميركا NIMA.

حيث تتواجد فيها ثلاثة أسئلة إضافية: الشعور بعدم الاقتدار والجدرة، الشعور بفقدان التقدير، والشعور بفقدان الأمل.

كيفية تركيب السلم

اختار الأستاذ هاميلتون (الواضع) 17 سؤالاً اعتبرها حرية بتمثيل العلامات الاكتئابية على أحسن وجه. فالحاصل الجملي للعدد يبين في منظور الواضع عمق متلازمة اكتئابية على وجه أعم. وكانت دراسته الأولية سنة 1967 تقوم على شريحة تتكون من 272 مريضاً. كما تجدر الإشارة هنا إلى أن بعض الأسئلة التي لا تميز الاكتئاب كالظواهر الجسدية، والقلق، تم اعتمادها بحكم كثافة تواجدها أثناء المتلازمة الاكتئابية.

أما الأسئلة الأربع الإضافية مثل: التقليبات أثناء اليوم، وتبدد الشخصية، والعلامات المهدئية، والظواهر الوسواسية، فهي علامات تقل كثافة من جهة، كما لا ترتبط حتماً بقوة وعمق المتلازمة الاكتئابية عموماً، بل هي تتواجد بالخصوص في بعض أوجه الاكتئاب أما الأسئلة الثلاثة الإضافية، والتي تخص الصيغة التجريبية الأمريكية، وهي الشعور بعدم الاقتدار والجدرة، والشعور بفقدان القيمة والتقدير، وكذلك الشعور بفقدان الأمل، فهي تدل على حرص الواضع على تكثيف عدد الأسئلة «المميزة» للاكتئاب.

دراسة التقييم التأهيلي:

يرى العديد من الباحثين أن العدد الجملي لسلم هاميلتون يشكل تقييماً مؤهلاً كافياً مبدئياً، وذلك باعتماد قيمته المساهمة وقيمته المميزة، وحساسيته لرصد التغيرات، وأمانة نتائجه عند تكرار الفحص من الفاحص نفسه، أو بفاحص آخر كانت رفيعة.

لكن رغم هذه المعطيات لم يحصل بعد وفاق كامل حول أمانته بين الباحثين، وخصوصاً حول مياثافية كل سؤال على حدة، وهو أمر مفيد عندما نعتزم مقاربة التأثير التفريقي لعلاجات مختلفة تستهدف العلامات الاكتئابية، لأنه أمر لم يدرس بعد بصفة معمقة. أما دراسات توافق النتائج بين مختلف الفاحصين، فإن جلها جاءت عن تقييمات أجريت بواسطة تسجيل الحالة على شريط فيديو.

أما دراسة أمانة النتائج بين فحص وإعادته، فإن مؤشرات التوافق لم تكن كافية إلا لبعض الأسئلة التي تخص تغيرات الوزن واضطرابات النوم، والأفكار الانتهارية والتغيرات اليومية، ويظهر ذلك على وجه الخصوص عند الفحوص قبيل وصف العلاج.

علماً بأن الدراسات التقييمية للتأهيل لا تحصر في احتساب التقارب بين عدد جملي ومؤشر خارجي، كتقييم شامل لحالة الاكتئاب، وأجريت دراسات عديدة بهدف تقييم داخلي

لسلم الاكتئاب لهاميلتون. واعتمدت تحليل العوامل المؤثرة بحثاً إما عن عامل مؤثر عام للاكتئاب، أو عن عوامل متباين، لكنها قد تمتاز باستقرارية كافية، أي أنها لا ترتبط بالشرائط المدروسة. فالدراسة التحليلية الأولى سنة 1967 كانت لسلمي هاميلتون في صيغة 17 سؤالاً. وأجريت على شريحة تشمل 272 مريضاً. وأفرزت 6 ستة عوامل متباينة تختلف بنيتها جزئياً حسب جنس المريض.

أما دراسة كليري CLEARY وهي GUY التي أجريت سنة 1976 وشملت 480 حالة اكتئابية من الصنف العصبي (التفاعل) وكانت حالات نسائية بنسبة 70% فهي لم تبين أي مؤثر عام. فالعوامل التي شدت اهتمام الباحثين كانت: القلق وتجمسيده؛ تغير الوزن، اضطرابات وظائف الإدراك، تقلبات أشاء اليوم. البطء واضطراب النوم. والمزاج الاكتئابي يتواجد ضمن المؤثر رقم 5 أي البطء. كما أُجريت دراستان في فرنسا سنة 1981 بواسطة مجموعة غالفي GUELFI ET AL ودرايفوس DREYFUS ET AL وباعتماد الصيغة ذات 26 سؤالاً. وكلاهما أكدت عدم استقرار بنية ذاك السلم من حيث تركيبة العوامل المؤثرة. ذلك أن شريحة من مرضى الاكتئاب يتجانسون نسبياً من حيث التشخيص ومن حيث درجة خطورة الاكتئاب، وباعتماد الطريقة نفسها التقنية في التحليل الإحصائي (المحاكاة بالحاسوب) فإن التحليل الأول شخص بوضوح لدى 125 مريضاً عنصرين مؤثرين هما الاكتئاب والقلق وتجمسيده، بينما بين التحليل الثاني لشريحة من 85 مريضاً 4 عناصر هي الاكتئاب، والعناصر الجسدية، والقلق والتغيرات أشاء اليوم.

كما أكدت كل من دراسات أوبيrian وغودين O BRIEN ET GAUDIN سنة 1981 ثم ماركوس وسالامارو MARCOS ET SALAMERO سنة 1990 أن عدد العوامل المؤثرة يختلف بين دراسة وأخرى بدون توافق عنصر مؤثر عام حقيقي.

وجاءت مقاريبات بتقنيات أخرى غير التحليل العوامي بهدف تدارس مشكلة أحادية الأبعاد (للاكتئاب) ومنها نموذج راش RASH الذي اعتمد طريقة احتساب نسبة الورود.

وفي مراجعة حديثة قام بها سيدالا و مجموعته CIADELLA ET AL 1989 بعد إعادة أبحاث باش BECH حول الموضوع نفسه كانت الحصيلة أن هناك ستة مؤشرات من سلم هاميلتون تترابط بصفة مجدية بعملية التقييم الجملي للأكتئاب، وتستوفي مقاييس أحادية الاتجاه بصفة كافية وهي المزاج الاكتئابي، والشعور بالذنب، واضطراب العمل والأنشطة، والبطء والقلق النفسي، والعلامات الجسدية العامة.

ولاحظ الباحثون عن جدارة أنه يستحسن اعتماد، إما العدد الجملي للأسئلة الستة التي تمثل النواة الاكتئابية أو سلم 11 سؤالاً، كما وضعه باش ورافالسان - BECH - RAFAELSEN

وهو يشمل تلك الأسئلة الستة - دون العدد الجملي لسلم هاميلتون أثناء تقييم حدة الاكتئاب في التجارب العلاجية (تقييم مفعول الأدوية) لأن هذا السلم المصغر (أي النواة الاكتئابية) يستوفي شرط أحدادية الاتجاه (في التحليل الإحصائي).

كيفية الإجراء:

يقوم الطبيب المباشر بتدوين (تعمير) الوثيقة في بعض دقائق بعد إجراء حوار مع المريض بهدف إبراز علامات اكتئابية حقيقة دون التوقف عند تقلبات مزاجية طفيفة. وعلى الطبيب أن يلقي بعض الأسئلة في هذا المضمار. كما يجوز له استكمال المعطيات السريرية ببعض المعلومات المتأتية عن أسرة المريض، وعند الاقتضاء، وتطلب الجلسة، لجمع كامل العناصر أسئلة السلم، مala يقل عن ثلاثين دقيقة. وقد يجوز اختصارها إلى عشرين دقيقة مع بعض المرضى المساعدين في المسار، سيما إذا تم اعتماد دليل الحوار المهيكل، كما وضعه ويليامس WILLIAMS 1988 (راجع الملحق).

التقييم

ترقم الأوجوية على أسئلة السلم بين 0 و 2 أو بين 0 و 4. فالعدد الجملي بالنسبة للصيغة ذات 17 سؤالاً يتراوح بين 0 و 52، والتقييم بين 0 و 4 يناسب سلم العلامات الآتي:

منعدم (0) - محل تشکك أو غير دال (1) طفيف (2) متوسط (3) هام (4).

أما التقييم بين 0 و 2 فهو يناسب سلم العلامات كما يلي:

منعدم (0) - طفيف أو محل تشکك (1) سافر وعميق (2).

ويقوم التقييم على معطيات الحوار أثناء الجلسة، وكذلك على ما وصفه المريض من عوارض أثناء الأسبوع المنقضي. وأوصى هاميلتون القيام بتقييم شائي بواسطة فاحصين مستقلين عن بعضهما ويشكل الفارق بأربع نقاط (4) أقصى ما يجوز قوله كتابين بين فاحصين، فإن وقع تجاوز هذا العدد استلزم الأمر حرص تدريب جماعي على التقييم، بتجويد التوافق بين الفاحصين.

الاستعمال

لا يزال سلم هاميلتون إلى يومنا السلم المعتمد من جل باحثي العالم بأسره في حقل تقييم الاكتئاب. وهو يفيد في عملية رصد وتدوين العلامات الاكتئابية قبل العلاج، وتقييم عمقة وخطورتها، مع تقدير سرعة وعمق التحسن أثناء العلاج. ولقد وقع اعتمادها بصفة كبرى من الأطباء النفسيين ويحوز اعتمادها من مباشري الطب العام حسب بايكيل PAYKEL 1990.

الجدوى والحدود

يعتمد العديد من الباحثين الحاصل الجملي من سلم الاكتئاب لهاميلتون كمقاييس لانتقاء المرضى عند إجراء تجارب علاجية بأدوية مضادة للاكتئاب. إلا أن هذا الاعتماد يشترط ضمنياً أن هذا الحاصل الجملي يشكل صورة صادقة وشاملة للظواهر الاكتئابية.

ولقد اقترح الباحث باش BECH سنة 1989 المؤشرات التالية لتحديد الحالات:

الحاصل الإجمالي:

أقل من 7: لا وجود للاكتئاب.

من 8 إلى 15: اكتئاب طفيف.

من 16 فما فوق: اكتئاب جسيم (خطير).

أما رقم 15 ، وهو الحد الفاصل بين حقلين، فقد اعتبره الباحثون الأميركيون مثل فرانك FRANCK 1991 للدلالة على اكتئاب «سافر» بمعنى أنه يستوفي كاملاً الشروط، ويرى الباحثون الفرنسيون من جانبهم أن الحدود الأميركية تمتنز باختلافها عموماً . فهم يعتبرون بالنسبة لشرطهم في فرنسا أن حاصلاً لا يقل عن 18 يمثل الحد الأدنى والضروري لتسمية حالة اكتئابية من درجة متوسطة (على أن هذا المقياس لا يكفي لوحده للدلالة عليها). هذا حسب كوتترو COTTRAUX 1985 وفي بحث أجرياه كولي وكوتترو COLLET ET COTTRAUX 1985 على 50 مريضاً من العائدين خارجياً، تم اختيارهم حسب مقاييس فانيار FEIGHNER، فإن المعدل كان 32 مع انحراف معياري يقدر بـ 6.6 ، وفي دراسة أجرتها الأستاذة لمباريار TH، LEMPERIERE ET AL 1984 بباريس سنة 1984 على شريحة من 79 مريضاً مصاباً باكتئاب عميق، وجلهم يقيمون للاستشفاء فإن معدل حاصل الفحص قبل العلاج كان (على سلم هاميلتون ذي 17 سؤالاً) بـ 26 نقطة. كما أن ترابط هذا الحاصل بنظيره في سلم الإكتئاب لمنقو ميري وأسپارغ MONTGO MERY ET ASBERG كان بنسبة 70 أي 70%.

كما أن معدلات الحاصل بسلم هاميلتون تناهز 30 أو 32 تأين لدى شرائح تتركب من المكتبيين من النوع الداخلي (الميلانخولي) بدون استثناء.

HAMILTON DEPRESSION SCALE

سلم هاميلتون لتقدير الاكتئاب (21 سؤالاً)

يعتمد هذا الفحص هذا كاملاً الفحص الأسبوع المنقضى أي سبعة أيام قبل يوم تعليمات لكل من الأسئلة 21 تختار التحديد الأنسب، ثم نضعها في المربع المناسب لها

توصيات عامة

نوصي باعتماد الأسئلة في شكلها الموجي عند ترقيم سلم هاميلتون. لقد وضع هذا الدليل لتوحيد استعمال هذا السلم التقييمي، وأثبتت هذا الدليل جدواه في تحسين توافق النتائج بين الفاحصين لجل أسئلة هذا السلم.

WILLIAMS J. 1988 «A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale». Arch. Gen. Psychiatry 45, 742-747.

تعليمات

يستحسن أن يطرح السؤال الأول من كل باب في شكله المدون هنا بكل دقة. كما يجب أن تكون الإجابة دالة دلالة كافية على خطورة ووتيرة العلامة. كما لا يتحتم على الفاحص أن يطرح كل أسئلة الباب إذا اعتبر أنه حري بتقييمه على وجه مجدٍ.

سؤال الإفتتاح: بودي أن أطرح عليكم بعض الأسئلة حول الأسبوع الماضي: كيف أحسستم أنفسكم منذ يومكم الأخير؟

وعند اعتبار الاحترازات التي قدمت حول دلالة الرقم الجملي من جهة، والأبحاث التي بينت أن ستة أسئلة فقط من هذا السلم تستوفي شروط أحادية الاتجاه (أحادية البعد أو التجانس) فالموقف الحذر يتطلب اعتماد الحاصل المناسب للسلم الجزئي المناسب للنواة الاكتئابية المتكونة من المتغيرات الستة التالية:

1. المزاج الاكتئابي: من 0 إلى 4.
2. الشعور بالذنب: من 0 إلى 4.
3. سلم العمل والأنشطة: من 0 إلى 4.
4. البطء: من 0 إلى 4.
5. القلق النفسي: من 0 إلى 4.
6. العلامات الجسدية العامة: من 0 إلى 2.

وبالنسبة لهذا السلم الفرعي فإن الرقم الحاصل قد يتراوح بين: بين 0 و 22.

فاصل دون 4 يعني عدم تواجد الاكتئاب.
واصال بين 4 و 8 يعني وجود اكتئاب طفيف.

واصال يفوق 9 يعني حالة اكتئاب سافرة، أو «اكتئاب جسيم» حسب التعبير الأميركي.



وباعتبار وجود سوء استقرار التركيبة الهيكلية (بين المؤثرات ضمن هذا السلم) فلا يستحسن اعتماد تغيرات العوامل المؤثرة، على انفرادها، ضمن هذا السلم لتقدير تطورات الحالة. وبالنسبة لبعض الحالات السريرية للأكتئاب مثل الاكتئاب الوارد لدى الذهانين، أو الاكتئاب الموسمي، فإن سلم هاميلتون غير مناسب.

واقتصر بعض الباحثين صيغات معدلة من السلم مكيفة للفرض في حالات من السلم مكيفة للفرض؛ ففي حالات الاكتئاب الموسمي، مثلاً تتحتم إضافة بعض الأسئلة كثرة النوم، وارتفاع الوزن، أو الشهية المفرطة للسكريات.

١. المزاج الإكتئابي: حزن - شعور بانعدام الأمل، بعدم الاقتدار والجدوى، مع تقلص التقدير الذاتي وتخفيف الشأن.

❖ ٠ = انعدام أي علامة.

❖ ١ = إن كان هذا الشعور لا يبرز إلا بتوجيهه السؤال إلى المريض.

❖ ٢ = إن كان الإدلاء بهذا الشعور تلقائياً من خطاب المريض.

❖ ٣ = إن كان المريض يبلغ شعوره بصفة لاكلامية بلامتحن وجهه، أو بموقفه وبينبرات صوته، أو ميله إلى البكاء.

❖ ٤ = إن كان المريض لا يبلغ إلا تلك الحالة الوجدانية في تخاطبه تلقائياً على وجه كلامي، أو لا كلامي.

٢. الشعور بالذنب أو بالتذنب:

❖ ٠ = انعدام أي شعور من هذا القبيل.

❖ ١ = إن كان المريض يعاتب نفسه، وكأنه تسبب في ضرر أو إضرار لغيره.

❖ ٢ = أفكار تذنبية ذاتية، أو اجترار حديث حول أخطاء سابقة، أو أعمال قد يلام عليها.

❖ ٣ = شعوره بأن المرض الحالي يمثل عقوبة أفكار هذيانية تحوم حول التذنب الذاتي.

❖ ٤ = يسمع أصوات تتهمه، أو تشعره بذنبه، أو يرى هلاوس بصرية مخيفة.

٣. مشكلة الانتحار:

❖ ٠ = انعدام أي رغبة أو فكرة انتحارية.

❖ ١ = يشعر أن الحياة لا تستحق أن يعيشها الإنسان - ليست أهلاً بأن تعيش.

- ❖ 2 = يتمنى أن يكون ميتاً أو ما يشبهها من أفكار - كل فكرة تتجه ضد ذاته وتحوم حول احتمال الموت.
 - ❖ 3 = فكرة انتحارية أو حركة في اتجاه الانتحار.
 - ❖ 4 = محاولات الانتحار (نرقم 4 كل محاولة جدية في الانتحار).
4. أرق أوائل الليل:
- ❖ 0 = لا وجود لأي صعوبة في النوم.
 - ❖ 1 = يشتكى من صعوبات محتملة في النوم مثل: يقضى أكثر من نصف ساعة قبل أن ينام.
 - ❖ 2 = يشتكى من صعوبات في النوم لكل ليلة.
5. أرق منتصف الليل:
- ❖ 0 = لا وجود لأي صعوبة ولا أرق.
 - ❖ 2 = يشتكى المريض من الهيجان والاضطراب أثناء الليل.
 - ❖ 3 = يستيقظ ليلاً (ترقم كلما استيقظ مع النهوض من الفراش، ما عدا إن كان ذلك للتبول).
6. الأرق في الفجر(الصباحي):
- ❖ 0 = لا وجود لصعوبة.
 - ❖ 2 = يستيقظ باكراً صباحاً لكنه ينام مجدداً.
 - ❖ 3 = لا يتمكن من النوم مجدداً عندما يستيقظ
7. العمل والأنشطة:
- ❖ 0 = لا يلقي أي صعوبة في عمله.
 - ❖ 1 = أفكار ومشاعر بعدم القدرة. شعور بالتعب وبالضعف يرتبط بأنشطة مهنية أو بأعمال ترفيهية.
 - ❖ 2 = فقدان الاهتمام للأنشطة المهنية، أو للأنشطة الترفيهية. إما أن يكون المريض صرح بها مباشرة، أو بطريقة غير مباشرة، عبر خموله، وسوء استقراره وتزدهره (يشعر باضطراره لإجهاد نفسه للقيام بعمله، أو بأي نشاط).
 - ❖ 3 = تقلص وقت العمل أو تدني الإنتاجية عند الإقامة في المستشفى: ترقم إن كان المريض لا يقضي 3 ساعات على أقل تقدير في الأنشطة: مساعدة المرضى أو علاج بالشغل (باستثناء الأعمال الريتية بالقاعة).
 - ❖ 4 = انقطع عن عمله من جراء مرضه الحالي إن كان مقينا في المستشفى. ترقم إن كان المريض لا يقوم بأي نشاط غير الأنشطة الريتية في القاعة، أو إن كان عاجزاً على القيام بها بدون مساعدة.



8. البطء:

- بطء الأفكار، وبطء التعبير يقلص القدرة على التركيز، مع تدني الأنشطة الحركية :
- ❖ 0 = إن كان تغييره وأفكاره سوية
 - ❖ 1 = بطء طفيف في التحاور.
 - ❖ 2 = بطء واضح أثناء الحوار.
 - ❖ 3 = صعوبة تخاطب بحكم البطء.
 - ❖ 4 = حالة ذهول مع استحالة التخاطب.

9. الهيجان أو الهياج:

- ❖ 0 = لا وجود للهياج.
- ❖ 1 = تشنج وهزات عضلية.
- ❖ 2 = يلعب بيديه أو بشعره .. إلخ.
- ❖ 3 = يتحرك دائمًا - لا يستطيع المكوث بهدوء.
- ❖ 4 = يلوى يديه - بعض أظافره - يقلع شعره - بعض شفتيه.

10. القلق النفسي:

- ❖ 0 = لا وجود لأي خلل ولا اضطراب.
- ❖ 1 = توتر داخلي وميل إلى الهياج.
- ❖ 2 = يقلق ويخرج من مشاكل طفيفة.
- ❖ 3 = موقف حيرة ووجل جلي في ملامح الوجه وفي التعبير.
- ❖ 4 = يدلّي عن مخاوفه دون أن توجه له أي سؤال.

11. القلق الجسدي:

جفاف الفم . اضطرابات هضمية - سيلان - آلام الأمعاء - جشاء علامات جهاز القلب والشرايين (خفقان - صداع) جهاز التنفس (سرعة التنفس - زفرات - تبول تكراري).

- ❖ 0 = لا وجود لأي اضطراب.
- ❖ 1 = علامات طفيفة.
- ❖ 2 = علامات من درجة متوسطة.
- ❖ 3 = علامات من درجة خطيرة.
- ❖ 4 = علامات تشيط نشاطه وتبعده.

12. علامات جسدية في المعدة والأمعاء:

- ❖ 0 = لا وجود لأي علامة.

- ❖ 1 = تقلص شهية الأكل. على أن يأكل بدون حث من المرضى - شعور بثقل في بطنه.
 - ❖ 2 = يأكل بصعوبة، ما عدا أن يحثه المرضى. يحتاج إلى المسهلات ويطالب بها، وبأدبية تخص المعدة والأمعاء.
13. علامات جسدية عامة:
- ❖ 0 = لا وجود لأي علامة.
- ❖ 1 = ثقل في الذراعين وفي الرجلين وفي الظهر والرأس - آلام في الظهر. صداع بالرأس . وألم في العضلات . فقدان الطاقة مع تعب (سهولة الشعور بالتعب).
 - ❖ 3 = نرقم 2 عندما تكون إحدى العلامات الآنفة سافرة وواضحة.
14. علامات منسلية، مثل تقلص الالتذاذ. الليبيدو، أو اضطراب الحيض:
- ❖ 0 = لا وجود لأي اضطراب.
 - ❖ 1 = اضطراب طفيف.
 - ❖ 2 = اضطراب خطير.
15. المراق (الهيبيوكوندريا):
- ❖ 0 = انعدام أي علامة.
 - ❖ 1 = تركيز الاهتمام على الجسم.
 - ❖ 2 = حيرة وانشغال بالصحة الذاتية.
 - ❖ 3 = تذمرات وتشكيات واردة بكثافة - طلب المساعدات.
 - ❖ 4 = أفكار هذيانية مراقبية (حول المرض المحتمل أو المتوجه).
16. تدني الوزن على وجهين: أ و ب:
- أ: حسب تصريحات المريض.
 - ❖ 0 = لا وجود لأي تدنٍ.
 - ❖ 1 = تدني الوزن محتمل، ويرتبط بالمرض الحالي.
 - ❖ 2 = تدني الوزن واضح حسب تصريحات المريض.
- ب: تدني الوزن حسب قياس الوزن أسبوعياً بواسطة أعمام المؤسسة إن كانوا يراقبون تطورات الوزن.
- ❖ 0 = أقل من 500 غرام أسبوعياً في التدني.
 - ❖ 1 = أكثر من 500 غ أسبوعياً من التدني.
 - ❖ 2 = أكثر من 1 كلغ أسبوعياً من التدني.

17. توعية المريض بحاله واحتياجه:

❖ ٠ = هو يعي بمرضه وبالاكتئاب ويقرره.

❖ يقر بمرضه لكنه يعزوه إلى الأكل، أو إلى الطقس أو إلى الإرهاق أو إلى فيروس والى حاجته إلى الراحة الخ...

❖ 2 = ينفي احتمال المرض، أو أن يكون مريضاً.

حاصل الأسئلة الأولى

18. تقلبات الحالة أثناء النهار:

لأشيء تفاصيل مسائي تفاصيل صباحي تفاصيل مسائي تفاصيل صباحي تفاصيل مسائي تفاصيل صباحي

ب - إن كان هناك تقلبات نرقم حدتها في السلم الموالي (إن لم نجد تقلبات فإننا نذكرها بـ «لاشيء»)

• لا شر = 0

• تقلبات طفيفة .

٢ = تقلبات هامة.

١٩. تبدد الشخصية وعمه الواقعية (مثل الشعور بأن العالم المحيط خيالي، أو أفكار تكرار الواقع المحيطي) :

❖ = لا وجود للاحتلال.

١ = شعور طفيف.

٢ = شعور من دلالة

٣ = شعور من دوحة خطبة

الطبعة الأولى - ٢٠١٩ - ٤

Digitized by srujanika@gmail.com

• 11 •

دستیار

١ - مجرد سحوك وسداق.

۲ = اقلار نمرجه‌یه.

3 = افکار هداییه نمرجعیه و اضطرهادیه (کیدیه).

21. ظواهر وسوسیه و فهریه:

لَا شَيْءٌ = ۰

١ = طفيفة.

خطيرة. = 2

الاكتئاب النفسي

صراع الحب والكرابية

أ.د. مصطفى زبور

درجت في ما أقدم من مشاكل علم النفس المرضي على أسلوب بعينه، وهو أن أبدأ بعرض حالة إكلينيكية أتخذ من وقائعها ركيزة لمناقشة ديناميات المشكلة التي أطربها. ومشكلة اليوم هي الاكتئاب النفسي.

وقد اخترتها من بين مشاكل أخرى في ميدان علم النفس المرضي، لأن مناقشة دينامياتها تستثير مسائل تخطى حدود الاكتئاب بوصفه مرضًا، وتکاد تلقي الضوء على الكيان الإنساني بأسره في عالمه، وعلى قدره المصنوع بصنعه.

وعليَّ أن أقرر منذ البداية أنني أطبع في مواجهة مشكلة الاكتئاب من أكثر من منظور. المنظور الأول هو منظور التحليل النفسي، والمنظور الثاني هو منظور المنهج الفنونمولوجي، وخاصة الفنونمولوجي الوجودي، الذي أضاف إلى رصيدهنا المعرفي للواقع الإنساني ثروة لها وزنها. وأطبع أن أقدم لكم بعد ذلك مختصرًا لمعرفتنا الحالية عن الشروط البيولوجية للأكتئاب. وأخيراً أشير في كلمات إلى دراسة سيكومترية للمنظور التحليلي النفسي للأكتئاب.

والحالة الإكلينيكية تتلخص في ما يأتي:

عانس في الخمسين من عمرها، كانت امرأة موهوبة شهد لها الكثيرون ببراعتها الأدبية، وكانت تختلف إلى المجتمعات وتأنس إلى الناس ويأنسون إليها، ولكن سيرتها تغيرت شيئاً فشيئاً تغييراً عميقاً. فقد أقلعت عن صحبة المعارف والأصدقاء. وانزوت في بيتها، وبدأ عليها عزوف عن مباحث الحياة، ثم كان أن طفت عليها موجة من الحزن صمدت فيها في بادئ الأمر، ولكنها جاوزت ما تطيق، فأصابتها نوبة من الاكتئاب العميق، وعصفت بها أزمات حادة من القلق مصحوبة بأفكار من نوع الهذيان.

ويدور هذيانها حول فكرة واحدة خلاصتها أنه سيلقي بها إلى الشارع عارية، حيث تظل وحيدة تعاني من الجوع والبرد حتى يأتيها الموت. وبالرغم من أنها كانت تدرك من حين لآخر سخافة هذه الفكرة، فقد كانت تلح عليها إلحاحاً شديداً، فتنقص عنها حيناً بلا اكتئاب، وحينما آخر تضرع إلى الله أن يتحقق بها ذلك عاجلاً، فترتاح من عذاب الانتظار. ومع ذلك فقد كان

الفزع يأخذها أحياناً فتصبح مذعورة: «إنهم قادمون، لا تتركهم يأخذونني ويلقون بي في الشارع، رحمة بي». غير أنها كانت تعود فتجزم بأنها لا تستحق غير هذه النهاية، وأنه من العدل أن يكون عقابها قاسياً على هذا النحو. فإذا سئلت عما ارتكبت من ذنب حتى قضت على نفسها بهذا القضاء الرهيب، لم تكن تستطع أن تبرر إدانتها لنفسها إلا بأسباب تافهة.

قالت هذه المريضة إن مرضها بدأ عقب هرب كلبها الصغير الذي كانت قد تعلقت به تعلقاً شديداً، ولكن كيف يمكن أن يقع الإنسان فريسة لمرض نفسي خطير مجرد حزنه على فقدان كلب. إن هذا التأويل لا يصح في الأذهان. فلنسمعها إذن، تسرد تاريخ حياتها لعلنا نستوضح جلية الأمر.

تحدثت المريضة فذكرت أنها كانت تقيم في طفولتها مع والديها وأخت تصغرها بثمانية أعوام. وكانت هذه الأخت تممتاز عليها بقدر وافر من الجمال جعلها موضع حب والديها. فأثار ذلك في نفسها شعوراً عنيفاً بالغيرة. ومضت السنوات فإذا بها تستبدل بكراهيتها لأختها حباً عظيماً وعناء فائقة عندما توفيت أمها واضطررها الأمر أن تقوم بدور الأم نحو هذه الأخت الصغرى.

غير أن بركان الفيرة القديم ما لبث أن أطلق حممه في صور مقنعة، فنهضت تزود عن أختها، واتخذ ذلك كله شكل أعراض وسواسية. فكانت تحس أنّ من واجبها أن تكرر كل عمل تقوم به عدة مرات، لأن شعوراً داخلياً كان يهيب بها أن تفعل ذلك خشية أن يصيب أختها العزيزة مكره، مثلاً كان عليها كل ليلة أن تستوثق مرات ومرات من أن خزان البوتوغاز الموجود بجوار غرفة أختها مغلق إقفالاً محكماً.

ومضت الأعوام وتوفي أبوها، فاضطررت إلى البحث عن عمل تعيش منه هي وأختها الصغرى، ولم تجد غير وظيفة بسيطة، فكانت تتفق النهار في عمل شاق لقاء أجر زهيد. وشعرت بما تكلفت من إرهاق وتضحيات من أجل أختها، ولكنها تقبلت ذلك عن طيب خاطر، وزادت فأحاطت أختها بكل عناءاتها وعطفها.

وفي غمرة هذا الإرهاق، وذلك النضال من أجل العيش، زالت عنها أعراضها الوسواسية. وعاشت الأختان سنوات عديدة متزلتين: الأخت الكبيرة منهكة في تضحيتها العظيمة، والصغرى منصرفة إلى محاولات تافهة أن تصبح كاتبة مرمومة. ولكن هذه الحياة التي وثبتت بينهما لم تلبث أن انقطع جلها عندما خطبت الصغرى وتزوجت، ثم سافرت مع زوجها إلى بلد آخر، دون أن تفك في ما سيؤول إليه أمر أختها التي بذلت حياتها في العناية بها. وقد تقبلت الأخت الكبيرة الأمر بشجاعة، بل بدا عليها السرور لما ظفرت به أختها من سعادة، وظللت تعاني من الوحدة مع كلب صغير اقتتنته بعد رحيل أختها.

وبعد مرور نحو سنة من رحيل أختها فقدت كلبها. عند ذلك أصيبت بأعراض الاكتئاب الشديد والهذيان التي سبق وصفها. وقد أقرت المريضة أثناء العلاج أن فقدان الكلب لا يمكن أن يكون سبباً كافياً لما ألحق بها من مرض خطير.

يتضح مما تقدم أن حزن المريضة الشديد على فقدان الكلب لم يكن إلا حزناً جاء متاخراً على فقدان أختها، فقد كانت كل حياتها العاطفية تتركز في العناية بهذه الأخت، وخاصة أنه من الواضح أن موقفها من أختها عوضها عن بعض ما كانت تتمنى، ولم تظفر به، وذلك من خلال توحد نرجسي بالأخت شبيه بتوحد الآباء بآبائهم. توحد نرجسي تحاول من خلاله أن تتحقق لنفسها في شخص أختها ما كانت تحلم به من شهرة ومجد في ميدانخلق الأدبي. ويتبين أيضاً أنها استطاعت في بادئ الأمر أن تعزي نفسها بالعناية بكلب صغير، فلما فقدت الكلب أيضاً ضاع عزاؤها.

غير أنه يحق لنا أن نتساءل لم اضطرت إلى إخفاء حزنها عند رحيل أختها، حتى انفجر هذا الانفجار الشديد بعد فقدان الكلب؟ هل كان ذلك لأنها رأت أن العرف يوجب عليها أن تفرح، لا أن تحزن، لما فازت به أختها من سعادة؟ ولكن هذا الفراق المفاجئ، لا بد أنه هز كيانها هزاً عنيفاً، فقد ارتبطت حياتها بوجود هذه الأخت ارتباطاً وثيقاً، حتى لم تكن تعرف لنفسها هدفاً في الحياة غير إغداق الحب عليها. إن أي إنسان لا بد أن يثور ويغضب ويستمطر اللعنات على من يسلبه سلواه في الحياة. ولكن من سلبها ذلك لم يكن إلا أختها موضع حبها. فلو أنها غضبت واستمطرت عليها اللعنات لأحسنت أنها آئمة مدينة. ألم تكن تردد في هذيانها أنها لا تستحق إلا أن تُلقى إلى العراء حتى تموت من الجوع والبرد.

إننا نرى الآن مأساة هذه العانس البائسة. لقد عصرها الحزن الشديد على فقدان أختها، محطم آمالها في الحياة، وامتلأت نفسها غيظاً مدمراً وكراهية لما فعلت أختها. ولم يكن بد من أن تغمض عينيها عن الكراهية وإرادة الشر، فلم تصار نفسها حتى بالحزن على فراق أختها. ولكن زنين الإثم لوجود هذه الكراهية المستمرة جعل يدوي في صدرها، حتى فاض بها الكيل فطواها إعصار من الهذيان.

وليس من العسير أن ندرك لما اشتد شعورها بالإثم حتى بلغ هذا المبلغ من العنف والصرامة، فلم تقو حتى على الاعتراف بما ساورها من خيبة الأمل، ذلك أن شعوراً بالإثم قديماً كان يقف لها بالمرصاد منذ أن اضطررت في نفسها نيران الغيرة من أختها إبان سنوات الطفولة. وقد شاهدنا جهادها الطويل الشاق في كبح جماح كراهيتها القديمة، وما قدمت من قربان لتخفيض شعورها القديم بالإثم عندما كرست حياتها لخدمة أختها، وتتكلفت من التضحيات ما تكفلت، فلما استثيرت لديها الكراهية من جديد عند فراق أختها لها تجاوיבت لديها أصداء الشعور بالإثم بين أرجاء الماضي والحاضر.



بقي أن نعرف لم اتخذ هذينها تلك الصورة بالذات، أعني إشفاقها ورغبتها معاً في أن يُلقى بها في الشارع عارية حتى تموت جوحاً. إننا نعرف أن اختها تدين لها بالشيء الكبير. لقد كانت الأخت الصغرى طفلة لا تقوى على الكفاح في سبيل العيش عندما توفي أبوها. فلولا ما قامت به الأخت الكبرى لهامت على وجهها ووافقت في براشن الجوع والبرد. وها هي تسلك مسلك الناكر للجميل فتهجر اختها وتذرها مكسورة الفؤاد. لقد أحبط ذلك نفس المريضة، فحكمت على اختها الجادة بما كان سيؤول إليه أمرها لو لا ما قدمت لها من عون. يتضح إذن أن المصود أصلاً بتلك النهاية المروعة إنما هي الأخت الصغرى، ولكن شعور المريضة بالإثم، لما يتعلّج في نفسها من رغبات قاتلة أرغمتها على أن تجعل نفسها هدفاً لهذه الرغبات عوضاً عن اختها. أو على الأصح لما كان الميكانزم الأساسي في الاكتئاب هو استدماج الموضوع المحبوب المكره معاً، بحيث يتخذ الموضوع مكاناً له بين جدران الأنا (أنا المريض) فإن العدوان الذي يستهدف الموضوع يتوجه نحو الأنا الذي أصبح هو والموضوع شيئاً واحداً.

وأشاء جلسات العلاج جعل جزعها يقل شيئاً فشيئاً، وبدأت تشجع في الإفضاء بما يأثيرها من خواطر، فراحت توجه لأول مرة اللوم لأختها لما فعلت ثم إحساسها بالمرارة ثم الحقد، وأخيراً أشد عبارات العدوان نحوها والرغبة في الانتقام منها بآن تمنت عقاباً: بأن يُلقى بها في الشارع عارية حتى يأتيها الموت.

ديناميات الاكتئاب:

تقدمنا دراسة حالات الاكتئاب إلى المأساة المحورية في الإنسان، أعني صراع الحب والكرابية، الذي يعصف بالوجودان.

وفي اللغة العربية، وجد وجداً: حزن، ووجد عليه موجدة «غضب»، وووجدها وجداً: أحبها. في هذه التعبيرات نجد حديساً عميقاً في عبقرية اللغة العربية يشير بوضوح إلى تلازم مختلف العواطف وابتهاجها في قلب الوجود. فالوجود، الذي يلزم عنه العدم، قرين الوجودان، إذ لا وجود بغير الوجودان، ولكن الوجودان قد يكون غضباً مدمراً منهياً في العدم.

إن قلب الإنسان تسكنه قوتان متناقضتان، لكل منهما طاقة تقاد تساوي الأخرى، تتنافسان في اتجاهين متعارضين، ومع ذلك فإن هاتين القوتين قد تتدخلان الواحدة في الأخرى، أو قد تحل الواحدة محل الأخرى، بل يبدو أن التداخل سمة أساسية في حياة الإنسان تبهظ كاشه، وهي التي يطلق عليها في التحليل النفسي ثنائية الوجودان (Ambivalence) أو التناقض الوجوداني.

وهكذا نجد الإنسان مدفوعاً بحاجة ملحة إلى الحب والخلق والتشييد، ونجده في الوقت نفسه، وأحياناً بالإلحاح نفسه، مشدوداً إلى الكرابية والتدمير. إنه موجب سالب معاً. وإذا وجهنا النظر إلى الكرابية في صورتها الفجة المدمرة، وجدنا الإنسان الكاره محطماً لغيره،

وفي ظروف بعينها محطاماً لنفسه. إذ لم يسعفه الحب فيسانده في تلطيف حدة الكراهية. في هذه الظروف يتخلق الاكتئاب في صوره المتدرجة من الاكتئاب العصابي الطفيف إلى الاكتئاب الميلانخولي الذهاني الذي قد ينتهي بالإنسان إلى الانتحار.

ونستطيع مبدئياً أن نعرف الاكتئاب بأنه حالة من الألم النفسي يصل في الملانخوليا إلى ضرب من جحيم من العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعوري، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي، والحركي، والحسوي.

فإذا نظرنا في العوامل المثيرة للأكتئاب، نجد أنها تتلخص في:

أولاً: تغير في التوازن الخاص بالدفعتين الغريزية، أعني الحب والعدوان، وكذلك تغير في ميكانيزمات الدفاع.

ثانياً: تغير في علاقة المريض بالموضوع وصورته.

إن فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب، سواء أكان المريض لم يعد محبوباً، أم لم يعد يشعر أنه محبوب، أو من جهة أخرى لم يعد يسعه أن يحب، وأن يكون محبأ، وهكذا فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدتها في أساس كل حالات الاكتئاب.

غير أن الخبرة المعاشرة الخاصة بفقدان الموضوع تمتد بالقياس إلى الاكتئابي، إلى مجموعة من المواقف تتخطى مجرد فقدان الفعل بالموت مثلاً أو الاختفاء.

وأرجو ملاحظة أنني سأستخدم كلمة «اكتئاب» للدلالة على الشخص ذي الاستعداد الاكتئابي وكلمة «المكتب» للمريض الذي يعني فعلاً من أزمة اكتئابية.

إن ابعاد الموضوع يمكن أن يستشعره الاكتئابي فقداناً. والابتعاد لا يقتصر على المعنى المكاني، بل يشمل الابعد المعنوي أو العاطفي. ونلاحظ أنه بالنسبة للأكتئابي توجد مسافة إذا تخطتها الموضع يعتبر مفقوداً، سواء أكانت المسافة مكانية أو عاطفية.

وتختلف المسافة من مريض لآخر، ولكنها على كل حال قصيرة بالنسبة للأكتئابي.

فإذا نظرنا في طبيعة العلاقة العاطفية، التي يحدث انقطاعها حالة الاكتئاب، تبين لنا أن هذه العلاقة تموجها العلاقة الأولى مع الأم. ومن هنا فإن الموقف الأوديبي لدى الاكتئابيين تغمره الصراعات قبل الأوديبيّة، وخاصة ذات الطابع الفمي. وهذه العلاقة يلزمها أن تكون وثيقة جداً، موسومة بالحب المطلق.

ذلك أن الاكتئابي فرد يشعر دائماً أنه مهدد بتغيير شديد لعدوانيته. ويصل خوف الاكتئابي ذروته من عدوانيته، التي يراها في المستوى المتخيل مطلقة القدرة، وذلك مثلاً عندما يفقد موضوعاً كان قد رغب لا شعورياً في موته، والواقع أن هذا الموقف ذات الأثر قاطعه



الشديد في إثارة الاكتئاب، ويكتب المريض في هذه الحالة ليس مجرد فقدان، بل يكتتب بصفة خاصة، لأنه لم يستطع أن يحفظ الموضوع من فقدانه وكأنه فاعله. علينا أن نذكر أن فرويد شَبَّهُ الاكتئاب بحالة الحداد. الواقع أن بعض حالات الحداد تتحول إلى اكتئاب ذهاني.

يتضح من طبيعة هذه العلاقة بين الاكتئابي وموضعه أنها تتسم بالنرجسية إلى حد بعيد، أي أن الاكتئابي لا يحب الموضوع في ذاته ولذاته، أو لما هو في الواقع، بل إنه في حاجة إليه، لكنه يحتفظ باتزانه الانفعالي من حيث تنظيم دفعاته الغريزية، من حب وعدوان، ومن أجل ذلك فهو في حاجة إلى أن يكون الموضوع ذا طيبة عظيمة، قوياً قادراً لا يُخطئ، ولا تشوبه شائبة، وبعبارة واحدة ذا صفات لا يمكن أن تكون موضوع نقد أو هجوم أو تجريح لنقص أو عيب فيه من أي نوع.

إذا ما اختفى الموضوع أو ارتكب ما يشننه على أي نحو في نظر الاكتئابي، فإن النتيجة واحدة بالنسبة للاكتئابي. إنه يشعر بال موقف، وكأنه خسر أهم جزء من نفسه، فيجد نفسه وجهاً لوجه أمام عدوانيته المتفرجة.

يبدو لنا الاكتئاب إذن من حيث القطاع الغرائزى أن مصدره تحلل أو تفكك الغرائز، أعني اضمحلال بواعث الحب، وسيطرة مستقلة للعدوان.

وهكذا فإن التوازن الهش بين الطاقات الغريزية، وميكانيزمات الدفاع الذي استطاع الاكتئابي الحفاظ عليه، في محاولات موازنة حاجته إلى الحب، وحاجته إلى الكراهية، هذا التوازن يختل، ليس مجرد اندلاع دفعات العداون، بقدر ما هو فشل دوافع الحب وتباطها.

إن الإحباط في الحب لدى الاكتئابي لا يقتصر إذن على ما يتلقى منه، بل لا يقل عن ذلك خطورة عدم القدرة على إعطائه. ولدى بعض الاكتئابيين، فإن في ذلك عذاباً عظيفاً.

فاللبييدو (أي طاقة الحب بأوسع معانيها) عندما يصبح شاغراً، متعطلأً، سواء أكان ذلك بسبب فقدان الموضوع، أو لأن الموضوع أصبح غير خليق بالحب، أو كان حب الاكتئابي حباً عاجزاً، أو غير معترف به، فإن الاكتئابي يخشى أن ينتهي به الأمر ألا يستشعر إلا الكراهية، وبالتالي يصبح عاطلاً عن الطيبة والخير، ومن هذا المنظور يبدو الاكتئاب وكأنه الوسيلة القصوى اليائسة للاحتفاظ ببعض دفعات الحب، والقدرة على الحب من جديد.

هذا المنظور يفسر لنا بعض المفارقات في الموقف المثير للاكتئاب: مثل الاكتئاب الذي يحدث بعد إحراز نجاح، أو إنجاز ما تقتضيه المسؤوليات. ليس من شك أن المازوخية كما سنرى عامل هام، تلك المازوخية التي تتضمن شعوراً بالإثم يفرض الفشل ويعاقب على النجاح، ولكن المازوخية ليست العامل الوحيد، ذلك أن النجاح إذ يتحقق استقلالاً وارتقاعاً يبدو للاكتئابي وكأنه مكافئ لانقطاع رباط مع شخص أو أشخاص كانوا في نظر الاكتئابي السند والعون والطف، يقتات

الاكتئاب بها، ويرسي كتمانه عليها. وكذلك نعلم أن الاكتئاب قد يندلع عندما يضطر الاكتئابي أن يتخذ قراراً بانفصاله عن موضوعه الأساسي، وهو الأم أو بديلها، لأن يقدم على الزواج، أو اتخاذ موقف مستقل، أو عند الإنجاب، في هذه الحالات يجعل الموقف لدى الأسواء، عن طريق التوحد بالنموذج الأبوى الناضج، غير أن التوحد السوى غير متاح للاكتئابي لما يتضمنه الانفصال عن المترد به، ومن هنا يعمد الاكتئابي إلى ميكانيزمات توحد مرضية كما سُنرى بعد قليل، وهكذا يمكن أن نلخص مصير العناصر الثلاثة:

أعني «الحب، والكراهية، والاكتئاب» في أن الاكتئاب ينطلق من جراء ابتعد الموضع أو فقدانه، الذي كان الاكتئابي يحرص على ضمه إلى صدره ويبقى ملتصقاً به، ثم من جراء تفكك وانفصال الدفعات الليبية عن العداونية مع سيطرة العداون.

ولننظر الآن في الاكتئاب وقد تم تكوينه، بدلاً من حالة الالتحام بين الدفعات المتناقضة صوب شخص الموضع وصوريته، يقوم المكتب بنوع من التسوية، أو المصالحة بين الحب والكراهية، ويحاول أن يتلاقي توجيهه عداونه نحو الموضوع الذي يريد الحفاظ عليه، والاكتئاب بذاته يقوم لديه بهذه الوظيفة، ذلك لما كان عاجزاً عن توحد سوي فإنه يقوم باستدماج الموضوع استدماجاً عداونياً، أما قدرة الموضوع العقابية فإنها تستدماج في الأنماط على الذي يصبح صارماً صرامة بغير حدود. وفي مستوى الدفعات الغريزية، فإن الاكتئاب يتكون من تحول علاقة حب وثيقة، إلى علاقة عداونية، يصبح المريض ضحيتها، بارتداد العداون عليه، وعلى الموضوع القابع بين جوانحه، ذلك أن الاكتئابي لا يسعه أن يكف عن أن يحب، وأن يكون محبوباً دون أن يفيض به العداون، ويستشعر الذنب والتهديد. وينبغي أن نلاحظ أنه بعذابه الأليم يحاول أن يظل مرتبطاً بموضوعه، وأن يربط به، وكذلك يحاول لهذا العذاب ومشاعر الذنب، أن يطلب الغفران والشفقة من الموضوع، فلعله أن يرضى، ويعود فيستجيب بحبه مرة أخرى، وكأن لسان حاله يقول: «أنظر كم أتعذب من أجلك وأعدب نفسي أصفح إذن عنني وداوني بحبك» .. وفي نعمة مازوخية أخرى قد يستفز الحبيب الذي يراه في المستوى المتخيل، هاجراً قاسياً، وكأن لسان حاله يقول: «عندي» وظهورني من إثمك حتى أكون خليقاً بحبك» .. وإذا ما أدى الاستفزاز إلى رد عنيف من الموضوع فإن ذلك يشبع مازوخية بأن يبرر له عداونه على الموضوع، ويخفف لديه الشعور بالإثم من جراء دفعاته العداونية، بل قد نرى الاكتئابي موثقاً موضوعه في رباط مازوخى فيظل الاكتئابي هادئ النفس راضياً، حتى إذا انقطعت هذه العلاقة المازوخية بموضوعه، اهتز اتزانه الهش فينحدر في الاكتئاب.

هذه الأساليب المازوخية التي نألفها في مواطن مرضية أخرى، إنما هي أشبه شيء بمحاولات لبلوغ الأمان في مركب الشقاء، والظفر بالنشر في موكب الهزيمة. ولكن إذا كانت هذه الأساليب قد تتجه لدى المازوخى غير المكتب، فهي قلماً تتوجه لدى المكتب، لأن رغباته في تلقي الحب

ملزمة، تشوبه عدوانية عنيفة في طلب الحب، تغدر صفوه وتجعله مصدر شعور بالذنب، محرماً على نفسه الاستمتاع به وإشباع حاجته منه.

غير أن العلاقة النابية بين المكتتب وموضوعه تجري أكثر ما تجري في المسرح الداخلي بين الأنا المغلوب على أمره، والأنا الأعلى الذي امتص كل العدوان المفترج، والذي يوجهه إلى الأنا الذي استدمع الشرط المكره من الموضوع، وتبغي الإشارة إلى أن الأنا الأعلى يستدمع كل ما كان يراه الاكتئابي في موضوعه من قدرة وصرامة وجبروت يتتبث بها المكتتب، لأنها مصدر اطمئنان ومبعد مشاعر حماية له.

إذا كان المكتتب يصرخ بتأنيب الذات الذي يبلغ ذروته في الميلانخوليا حتى يخفف بذلك من أحاسيس الإثم اللاشعورية، إلا أن هذا الصراخ من ألم العذاب إنما هو اتهام - بالرغم من ذلك - يوجهه إلى الموضوع، إنه ينغمس في العذاب محاولاً أن يجر معه الموضوع. وبعبارة أخرى، إن المكتتب يعذب بعذابه محبوبه، ويفرغ في نهاية الأمر بطريقة ملتوية حنقه وعدوانه عليه.

غير أن المكتتب، وهو شخص لم يتم تفاضله تقاضلاً تماماً عن موضوعه، لا يكاد يؤذى موضوعه، أو يهم بإيدائه، حتى يصب نفسه الأذى على ذاته، وبذلك تصبح بالقياس إليه جملة هيجل المشهورة «إذا ضربت نفسك تضرّب».

بقيت كلمة أخيرة عن علاقة الاكتئابي بموضوعه. أول ما يميز الاكتئابي حساسيته البالغة للإحباط الذي يتخذ لديه شكل الوجيعة النرجسية (Narcissistic Mortification) فنراه يستشعر كل خيبة أمل وكأنها جرح نرجسي، أي أن كل خيبة أمل تستشعر فقداناً. ونرى هذه السمة ذات الأصول الفمية، تأخذ طريقها حتى الموقف الأوديبي الذي يعيش خبرته على نحو اكتئابي، وبالتالي كل خبرات حياته التالية.

والواقع أنه ليس للمكتتب إلا موضوعات قليلة، وهي ليست إلا صور متكررة للموضوع الأول... أعني الأم، وقد لا يكون له غير موضوع واحد، وعندئذ لا يتوقع شيئاً من أحد غيره. وهو يتوقع أن يأخذ، ولا يعرف العطاء إلا قليلاً، وهو يرى نفسه ويضع نفسه تحت رحمة الموضوع، ويأمل بذلك أن يقيده إليه ويستدر عطاءه ويحمله مسؤوليته. أما رغباته فهي لا تشبع ولا تقنع.

وهو يقامر في تعامله مع الموضوع آملاً أن يكسب كل شيء، موقناً مع ذلك في قراره نفسه بأنه سينتهي بأن يخسر كل شيء. ونجد لديه نمراً مريضاً عندما يكتشف أن الموضوع لم يمنجه كل ما كان يتوقع منه. فإذا لم يتلق كل شيء فهو لاشيء. ومطالبه التي لا يبديها مباشرة وصراحة، وإنما يتوقع أن يفطن إليها الموضوع من تقاء نفسه. هذه المطالب فادحة أو عينية. إنها فادحة لأنها لاحدود لها، ومن ثم غير قابلة للإشباع. وهي عينية من حيث أنها لا بد أن تتجدد بالفعل وتزيد دوماً، إذ ليس ثمة ما يرضي الاكتئابي فيقتنع، أو ما يقوم دليلاً حاسماً على أنه موضوع الحب.

والاكتئابي لصيق بموضوعه، لا يقوى على الوحدة بنفسه. ولما لم يكن باستطاعته استدماج صحيح للموضوع الأول -أعني الأمـ مانحة شرعية الوجود، فلا قدرة له على المبعدة، ولا على تقدير ذاته دون الحضور الفعلى للموضوع، الذي عليه أن يفرقه بعبارات المحبة والترحيب والشاء، وهكذا فإن كلمة من الموضوع قد ترفعه إلى السماء، وأخرى قد تهبط به إلى الحضيض.

أما صورة الموضوع لدى الاكتئابي فهي إما كاملة الروعة أو كاملة السوء، وهو يكافح ثائتيه نحو الموضوع بأن يشطر صورته شطرين: إحداهما صورة مثالية من الكمال، والأخرى صورته الواقعية، التي تشتد نقمته عليها بقدر بعدها عن الصورة المثالية، وفي هذه الصورة المثالية نجد في حقيقة الأمر اتجاهًا عدوانيًّا يحمل الإلزام بما لا طاقة للموضوع به.

إن الاكتئابي لا يقيم وزناً لشخصية موضوعه في استقلالها و حاجاتها ومطالباتها المشروعة.

وهو يصر في عnad، على ألا يرى موضوعه بصفاته المميزة وكيانه المستقل. إن موضوعه يكاد أن يكون بالقياس إلى الاكتئابي كائناً غير مسمى يقوم بوظيفة أساسية واحدة هي أن يزوده بمعين نرجسي لا ينضب. وتبلغ مأساة الاكتئابي ذروتها، عندما يشتد به العذاب، وتصبح الحياة أزمة كراهية لا تحتمل، يتتصدع منها الكيان، ويأخذه اليأس من رياط الحب بموضوعه فلا يرى خلاصاً إلا في خيار الموت، لموضوعه المستدماج، ولذاته معًا، مثله في ذلك مثل شمشون في صيحته الأخيرة.

الاكتئاب من المنظور الفنومنولوجي:

ننتقل الآن إلى المنظور الفنومنولوجي. ولابد أن أتفادى استخدام المصطلحات الفنومنولوجية غير المألوفة، والتي يحتاج كل منها إلى شرح طويل، وأستبدل بها تعبيرات تستخدم التشبيه والمجاز والاستعارة وما إليها لكي أقرب . ما وسعني ذلك . من المفاهيم الفنومنولوجية.

وأبدأ . كما فعلت عندما قدمت منظور التحليل النفسي . بعرض طرف من حالة إكلينيكية قلما يقع الإنسان على مثلها من حيث وضوح المعاني الفنومنولوجية والفنومنولوجية الوجودية.

سيدة تتمتع بذكاء ملحوظ وثقافة عالية وحدس نافذ، أصيبت بنوبة اكتئابية شديدة كتبت مذكرات أشياء النوبة تصف عالمها المرضي وخبرتها المعاشرة. أقتطف منها العبارات الآتية: «ليس الأمر أنتي أشعر بالفراغ، بل أنتي الفراغ؛ ولا يستقيم القول بأنني أتعذب عذاب جهنم، بل أنتي جهنم، إنني الفراغ، ومن ثم يمتنع وجودي (أنا غير موجودة). ولما كنت في عداد الموتى فلست في حاجة إلى مفهوم الموت بل أنتي الموت».

وستطرد قائلة: «كيف يمكن أن يسقط الإنسان إلى أسفل الهاوية على هذا النحو. إنني مع ذلك روح وعقل وحرية. كيف يمكن أن ينزع من الإنسان كل هذا ، وبالإضافة إليه العالم والناس وكل شيء، إن عالمي هو الفراغ، إنني هنا ومع ذلك لم أعد هنا. لقد فقدت كل شيء في ما عدا

الشعور بهذا الذي فقدت. إن الامتناء لا يمكن أن يعيش إلا بالامتناء، والفراغ بالفراغ. إننا نتحرك في الفراغ ونحن الفراغ، ولكن الواقع أن الفراغ ينبع منا، ويتسلى داخل العالم فيفقدنا إياه. إن الفراغ لا يعيش. إنه معطى مباشرة. في حالة الصحة فإننا نخبر الفراغ بواسطة الامتناء. فإذا مرضنا لا يبقى لنا إلا الفراغ، فراغ في الخارج. فراغ في الداخل... فراغ في المكان، فراغ في الزمان.. إن ثمة انقطاعاً بين ذاتي وبين جسمي، إن جسمي يتغير في فراشي. إن ذاتي التي كانت لي في ما مضى تجري بعيداً، ويستحيل علىي أن الحق بها، ولا يفارقني الشعور بأنني لست أنا، بل شخصاً آخر.

إن هذه الحالة من بين الحالات الاكتئابية القصوى، ولذلك فهي توضح ما يدق على النظر في الحالات المتوسطة، فضلاً عن أن ذكاء المريضة وثقافتها مكتنها من أن تعبر عن هذا الذي يجده المنهج الفنومنولوجي أن يصل إليه: أعني البناء التحتاني لعالم المريض، ونوعية خبرته المعاشرة بالعالم، والتي تكون خلفية الصورة الإكلينيكية للأعراض، إن المنهج الفنومنولوجي يستهدف عيان الماهية، ويستهدف الوصول إلى الأنا الماهوي، وعالمه الماهوي في الصحة والمرض.

إن أول ما يلفت نظرنا هو هذا الفراغ الوجودي الذي ألحت عليه المريضة في معظم عباراتها، فهي تكاد أن تتنتقل من الوجود إلى العدم، فقد قالت: «إنني الموت» وهي لا تعني بطبيعة الحال الموت بمعناه الحرفي، فما هي ماهية هذا الموت؟

فنومنولوجياً نريد أن نتعقب في الأمر من وجهة نظر الواقع الإنساني، أي ما يسمى في الاصطلاح Dasein ويترجم أيضاً بكلمة «الآنية» كما سنوضح ذلك بعد قليل. والآن رداً على السؤال عن ماهية الموت، نستطيع أولاً أن نقول إنه انعدام الوجود، أو عدمية الآنية، ولكن ما هو الوجود وما هو العدم؟ أو على الأقل ما هو وجود الموجود الإنساني، وما هي عدميته؟ ترون أن المنهج الفنومنولوجي يرتكز بنا في مشاكل فلسفية غاية في التعقيد، بل ربما أكثرها تعقيداً، أعني مشكلة الأنطولوجيا بأسيرها. ومع ذلك، فلنحاول أن نستوي على مستوى علم النفس المرضى: مستوى الطب النفسي وعلم النفس. وفي رأيّ أن هيدجر تلميذ هوسرل مبتدع المنهج الفنومنولوجي قد يعيننا هنا مع تبسيط ما يقول: إن اضطراب وجود الموجود الإنساني إنما يكمن في اضطراب علاقته التعااطفية الأساسية مع العالم. ذلك أن العلاقة الأساسية الكاملة في المجمل «إنسان وعالم» إنما تتشكل الأساس التحتاني لأفعالنا الإدراكية الحسية والإرادية، وتتصل بهذا الأساس ظواهر «القابلية» و«القدرة» وهذه بدورها لا معنى لها إلا في إطار نظرية عامة في الصيرورة.

وهكذا أن يوجد الإنسان يصبح معيلاً للقدرة على أن يوجد. فقولي أنا أكون «أنا موجود» لا معنى له إلا بقدر ما يتضمنه من قدرة على استمرار القابلية على التعديل الذاتي. وبعبارة أخرى أنا موجود تتضمن بالضرورة ما أتمتع به من دينامية الصيرورة. وهذا يمكن التعبير عنه أيضاً

يقولي: أنا موجود لأنني أتواصل وجداً نادراً وديالكتيكياً مع عالمي وفي عالمي. ولكن مفهوم الصيرورة ينبغي أن يظل واضحاً في أذهاننا، لأنه في ما أرى لب مرض الاكتئاب والهوس، والأرضية التي تتشكل فوقها باقي الأعراض، بحيث نستطيع أن نقول إن ما يميز الاكتئاب إنما هو القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها. بناء على المناقشة السابقة. انخفاض في الشعور بالوجود، أي في الشعور بالكونية، بامتلاء الكينونة، ذلك أن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة. وهذا الشعور بنقصان في الكينونة. الذي نجد مسحة منه في معظم الأمراض النفسية والعقلية. يصل ذروته في الاكتئاب الشديد حتى يصل إلى الشعور بالفراغ الذي عبرت عنه المريضة أحسن تعبير، وقررته بعدم وجود، عندما قالت: «إنني الفراغ ومن ثم فأنا غير موجودة.. إنني الموت». وهذا يعني بطبيعة الحال الموت النفسي عندما ينقطع التماقلم بين الأنماط والعالم، عندما يصل نقصان الشعور بالكونية نقصاناً حاداً فيصل إلى عدمية الوجود. وتتسحب هذه العدمية على العالم فيفقد كل دفع عاطفي، يفقد حيويته وطبيعته وقيمتها، فيصبح باهتاً بارداً، وكأنه مفتول مصطنع، شبيه بديكور مسرحي مبهم لا يفصح عن أي معنى إنساني. ونعرف أن هذه المشاعر تدرج في مصطلحات الطب النفسي تحت مفهومي الـ «Derealisation» و الـ «Depersonalisation».

أما Depersonalisation أو اضطراب الشعور الآني، إنما هو بناء على مناقشتنا السابقة، الشعور بنقصان الكينونة الناجم عن تدهور القدرة على الصيرورة. أما الـ «Derealisation» فهو الانطباع بتغيير جذري في إدراك العالم الخارجي، الذي يصبح فارغاً من كل معنى. يتضح إذن أن هذين المفهومين مرتبطان، وهذا ما أدركته المريضة في قولها فراغ في الداخل فراغ في الخارج. «ثم قولها» «والواقع أن الفراغ ينبعث منا ويتسلى في العالم فيفقدنا إيماء».

والآن لنذكر لها: «فراغ في المكان فراغ في الزمان»... والواقع إن بعدي المكان والزمان يشيران بأن هناك اضطراباً شديداً في الاكتئاب. وسبق أن نقصان الكينونة، أي الفراغ في المكان، لا معنى له بغير نقصان الصيرورة، أي الفراغ في الزمان. والواقع أن معظم أطباء النفس الفنومنولوجيين يرون في اضطراب الزمانية Temporality أعني الزمان المعاش (لا الزمن المحسوب بالدقائق وال ساعات) يرون أن في هذا الاضطراب في الزمان المعاش، على نحو عينه، يكمن مفتاح الاكتئاب، وكلنا يعرف أن في الملل تباططاً خطى الزمان المعاش. وما الفرح إلا انطلاق تنشط فيه خطى الزمان المعاش لمستقبل المستقبل في حبور الترحيب. أما الحزن فهو تباطؤ قد يصل إلى اللاحراك في الحزن الشديد، بل قد تتعكس الخطى ليجرنا المشي إليه في أسفنا عليه، أو يشدنا وثاق تأثيب الضمير إلى ما سلف من أمرنا، فيبهظ الماضي كأهل الحاضر، فتضطراب الصيرورة. وبعبارة أخرى فإن البنيان الدينامي لتلاحم زمانية الشعور، حيناً يتلهف على المستقبل، وحينما يجذبه حنين مخزون للماضي، هذا البنيان إنما هو تركيب جوهره زمانية مشحونة بقيم الوجودان بعامة، وقيم الوجودان الأخلاقي بخاصة.



والآن إذا كان الهوس (وهو الموجة المناقضة للكتاب) يتميز برغبة التهامية موضوعها دائمًا (Always) في متناول المهووس من خلال قفزات محمومة عبر لحظات المستقبل غير المتصلة، «في تناوله» رغم كل منطق وكل تشريع في زمانية الحاضر الذي يفرقه المستقبل، إذا كانت «دائماً في المتناول» هي حالة الهوس، فإن حال الكتاب هي خبره الحال، خبره أبداً، خبره فقط (Never) ذلك أن المكتتب إذا كان يأسف لماضيه، وهو الشكل الفعلي لخبرة الكتاب. فإن هذا الماضي لم يمض أبداً، ومن المحال أن يخلد في سجل الماضي الحقيقي فينصرف. وإذا كان لا ينصرف، فإن هذا الماضي يحضرنا في الحاضر متسمًا بزمانية متوقفة منعدمة الصيرورة، وكأن خبرات الماضي خبرات مؤيدة يستحيل على أي خبرة جديدة أن تتحطّها فيغرب الماضي في غروب الزمانية الحقة. وإذا كان الحاضر مصدراً في أغلال الماضي فيصبح الحاضر شيئاً مستحيلاً، وينقلب هاوية من تأثير الضمير والأسى، يرزع موضوعها تحت وطأة لعنة أبدية، فإن كل بارقة من أمل تتطفئ وتتطفن معها أنوار المستقبل. ذلك أن كل قاغم صحيح مع العالم، وكل حرية في ديمومة الحياة، وكل انطلاق للإمكانات، إنما يقتضي حضوراً في حاضر أصيل لا يتعرّث في قيود الماضي، ولا تلهب ظهره سياط المستقبل، فلا يكون في عجلة من أمره. لا تستقيم، ولا يستقيم الواقع الإنساني، في كينونة ممتلئة إلا في صيرورة هي دوام الديمومة، أي زمانية وثيدة، تبتئق فيها معجزة الحاضر عندما نودع في كل لحظة الماضي في غير أنسى، ونستقبل في اللحظة نفسها المستقبل في غير عجلة، ومع ذلك يفسح بينهما مكان لحقل الحاضر، حاضر معتدل المناخ يتيح لنا الحضور الأصيل في العالم. إن الواقع الإنساني الأصيل هو الآنية الأصيلة.

وهكذا ترون أن المنهج الفنوننولوجي ييسر لنا عيان بعض ما استعصى على منهج التحليل النفسي.

برنامج علاجي لحالات الاكتئاب

أ.د. قاسم حسين صالح

يصنف الاكتئاب ضمن اضطرابات المزاج (mood disorders) التي يصفها (Dsm - Iv) بأنها اضطرابات تتصف باختلال انفعالي حاد، مثل: الكآبة الكبرى (الحادية) (major Depression) والاضطراب ثنائي القطب (Bipolar disorders) ويりد الاكتئاب في (ICD-10) ضمن اضطرابات المزاج (الوجودانية) أيضاً، ويصنفها إلى: اكتئاب خفيف، اكتئاب معدل، واكتئاب حاد، فضلاً عن أصناف أخرى من ضمنها الاضطراب الوجوداني ثنائي القطب (Bipolar affective disorders).

وهذا يعني أن كلا التصنيفين العالميين في الطب النفسي (Dsm - Iv) و (ICD-10) يتفقان على أن الاكتئاب اضطراب في المزاج. ويعني اضطراب المزاج (mood disorders) بأنه اضطراب نفسي يتصرف بمدة طويلة من الاكتئاب المفرط، أو القنوط، ليس له علاقة في الغالب بال موقف الذي يعيشه الفرد (Sdorow, 1995, p. 513).

وللاكتئاب (Depression) تعريفات كثيرة نذكر منها:

هو الحالة التي يعاني فيها الفرد من مزاج منقبض، وفقدان الاهتمامات والمتعة والترفيه عن النفس، وانخفاض في الطاقة يؤدي إلى زيادة التعب وخمود النشاط (WHO, 1992, P11).

هو حالة من فقدان الحيوية والاهتمامات، ونقص الطاقة والشعور بالتعب، والانسحاب من النشاطات الاجتماعية والوظيفية (Ingram, 1985, 0.55).

هو تركيب مفرط من الشقاء والتعاسة والضيق والتدبر الصحي الذي يحدث أحياناً بصورة تلقائية، أو يحدث بحدة في الاستجابة لكارثة شديدة (clark, 1990, p 93).

هو أكثر حدة وأكثر ثباتاً من الحزن، حيث يشعر المكتئبون بأنهم لا حول لهم ولا قوة، وأنهم مهملون، ويمر عليهم الوقت ثقيلاً، ويميلون إلى الانسحاب، ويهملون واجباتهم ومسؤولياتهم (دايفيدوف، 1983، ص 673).

هو حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخolia إلى اضطراب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب وانخفاض تقدير الذات، ونقص النشاط العقلي والحركي والحسنوي (ليفيت موجين، 1985، ص 193).



- هو حالة من الحزن الشديد المستمر تعبر عن شيء مفقود نتيجة الظروف الأليمة، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (زهران، 1978، ص 429).

وهناك ما يزيد على خمسين تعريفاً للأكتئاب يتناولها الأطباء النفسيون وعلماء النفس المهتمون بالاضطرابات النفسية والسلوكية. ومع هذا التعدد في التعريف، فإننا نقترح التعريف الآتي للأكتئاب:

هو الحالة التي يشعر فيها الفرد بالحزن والقنوط والغم والعجز واليأس والذنب، مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي والذهني والحركي، وضعف الاهتمام بالأمور الشخصية والاجتماعية، وكره الحياة وتمني الموت أحياناً.

أنواع الأكتئاب

ما يزال موضوع الأكتئاب يمثل إشكالية لدى المعنيين بالاضطرابات النفسية والسلوكية. وهذا يعني أنه لا يوجد تصنيف واحد له متفق عليه. ولهذا فإننا سنحاول تصنيفه على النحو الآتي:

التصنيف الأول:

يقوم هذا التصنيف على شدة درجة الأكتئاب، التي يمكن أن تكون في ثلاثة حالات:

1. الأكتئاب الخفيف (Mild)

وهي الحالة التي يتتصف بها الأكتئاب بمزاج منقبض، وتعب متزايد، وفقدان الاهتمام والمتعة. تستمر أسبوعين متواصلين، في الأقل، ولا تكون مصحوبة في الغالب باضطرابات سايكوسوماتية). ومع أن المصايب بهذه الدرجة من الأكتئاب يواجه صعوبة في استمراره بعلمه أو وظيفته أو التزاماته الاجتماعية، إلا أنه لن يتوقف عن الإيفاء بها.

2. الأكتئاب المعتدل (Moderate)

تظهر فيه أعراض الأكتئاب الخفيف، زائداً أعراض أخرى هي اضطرابات النوم واضطرابات الشهية.

3. الأكتئاب الحاد (Severe):

تظهر فيه أعراض الأكتئاب المعتدل، زائداً الشعور بعدم القيمة، وفقدان احترام الذات، أو تقديرها، والتهيج والشعور بالذنب. ويكون الكرب شديداً مصحوباً بأفكار انتحارية.

التصنيف الثاني

يقوم هذا التصنيف على أساس منشأ الأكتئاب، ويكون في حالتين:

الاكتئاب النفسي

تكون أسبابه نفسية خارجية معظمها ناجمة عن فقدان من قبيل: موت شخص عزيز، خسارة مالية كبيرة، كوارث (زلزال، حريق...) ويسمى هذا النوع من الاكتئاب أيضاً بالاكتئاب الانفعالي أو الخارجي أو العصبي.

الاكتئاب الذهني

يكون ناجماً عن استعداد وراثي (تكتوني) ينتقل بواسطة جينات معينة، أو خلل حيatic (بيولوجي) أو زيادة أو نقصان في مستوى نشاط المرسلات العصبية، أو عدم توازن في الهرمونات، وبخاصة الكانيكولامين والسيروتونين.

ولهذا فإن هذا النوع من الاكتئاب تظهر له أعراض مختلفة عن أعراض الاكتئاب النفسي، إذ يُظهر الاكتئاب الحاد من هذا النوع عرضان ذهانيان هما: الأوهام والهلاوس. وتقصد بالأوهام (delusions) أفكار ومعتقدات وآراء لا تتطابق على الواقع، وليس لها أساس سببي لتفسيرها، والشائع في حالة هذا النوع من الاكتئاب هو الشعور بالإثم، أي يدعي أنه ارتكب إثماً ويسعى للتکفير عنه، والشعور بالخواص (poverty) النفسي والذهني، أي يشعر وكأنه لا شيء، ويتوقع دائماً بأنه على وشك أن تحل به كارثة.

أما الهلاوس (hallucinations) فهي أحاسيس لا تستند إلى أساس طبيعي، كأن يرى ما لا يراه غيره، ويسمع ما لا يسمعه غيره، والشائع في هذا النوع الحاد من الاكتئاب الهلاوس السمعية أو الشمية.

التصنيف الثالث

يقوم هذا التصنيف على أساس مصاحبة الاكتئاب لاضطراب آخر أو عدمه، وعلى النحو الآتي:

اكتئاب (خالص)

وهو الحالة التي لا يكون فيها مصحوباً باضطراب آخر. وتتلخص أبرز أعراضه في الآتي:

- مزاج مكتئب.
- الشعور بالعجز.
- فقدان أو ضعف الاهتمام بالأمور الشخصية والاجتماعية.
- فقدان أو ضعف الشهية.
- ضعف الطاقة النفسية والجنسية.
- العزوف عن النشاطات الخاصة بالمتعة والترويح عن النفس.

الاكتئاب المصحوب بالقلق

وتتحدد أبرز أعراضه في الآتي:

- سرعة الانفعال.
- الشعور بالعجز.
- التركيز الضعيف.
- الذاكرة الضعيفة.
- الشعور بالتعب.
- الشعور باليأس.
- الأرق المبكر.
- الرغبة في البكاء.
- توقع الأسوأ.

ونشير هنا إلى أن أبرز أعراض القلق تتمثل في:

- توقع الشر.
- التوتر.
- النرفزة.
- الكوابيس.
- التركيز الضعيف.

مع ملاحظة أنه لا يوجد حد فاصل بين أعراض الاكتئاب وأعراض القلق، فهي تأتي في الغالب متداخلة مع بعضها البعض، غير أن وصفها بالصورة المذكورة آنفاً يساعد في فرز الحالة، ما إذا كانت اكتئاباً خالصاً، أم مصحوباً بقلق.

الاكتئاب الثنائي القطب

ويسمى بالاضطراب العاطفي (الوجوداني) ذي قطبين Bipolar affective disorder يكون فيه الاكتئاب مصحوباً بالهوس.

ويعني الهوس mania حالة من ارتفاع المزاج، ومرح غير مسيطر عليه، مصحوباً بالذهول والطاقة الزائدة، ينجم عنها نشاط زائد، وتدفق الكلام، وتسارع، وحاجة متناقصة إلى النوم (who, 1992, p.114).

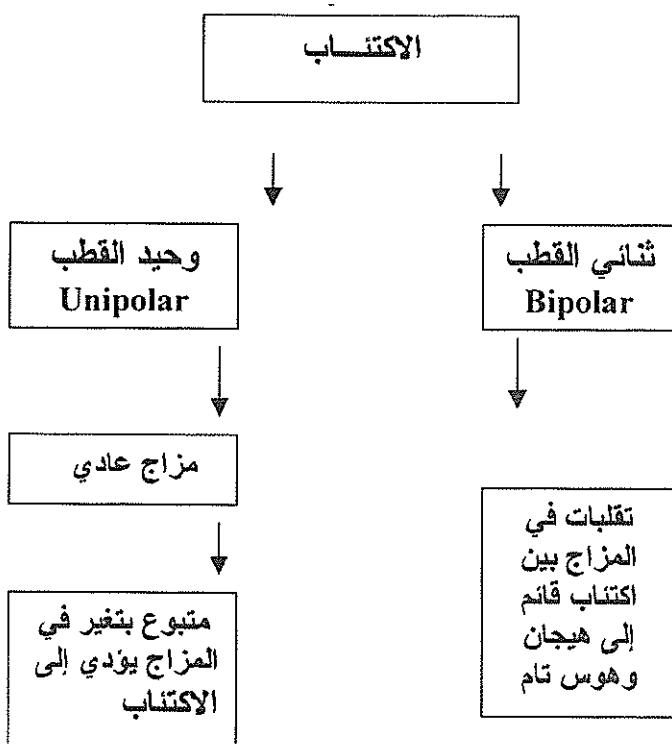
ويمكن تحديد أهم أعراضه بالأتي:

- سرعة الانفعال أو التهيج.
- الشعور بالغبطة والزهو.
- كثرة الكلام وسرعته.
- تطوير الأفكار.
- التضخيم في تقدير الذات.
- قلة النوم.

- عدم الاستقرار على موضوع واحد.
 - السلوك الطائش أو المتهور. (صالح، 1998، ص 294 - 295).
- إن حالة الهوس قد تبدأ فجأة، وفي خلال أيام قليلة، وقد تستمر لعدة أيام ولعدة أشهر، وقد تنتهي بشكل غير متوقع كما بدأت.

وفي هذا النوع من الاكتئاب (الاضطراب ذو قطبين) تظهر أعراض الاكتئاب والهوس معاً، أو بالتناوب. ففي الحالات العادية منه يظهر أولاً بحادثة هوس، فيما تحدث الأحداث اللاحقة بأي نمط آخر من الاضطرابات أو الاستقرار. فقد تتبع البداية الاستهلالية الأولى لحادثة الهوس فترة طبيعية تماماً، تتلوها حالة اكتئاب، متتابعة بحالة طبيعية، وهكذا. أو أن الحالة تكون متتابعة مباشرة بنقضها. ولا تحدث الفترات الزمنية الطبيعية الفاصلة بين حالة هوس وحالة اكتئاب. ويحصل في حالات نادرة توسيع في المزاج، أي التقلل بين الهوس والاكتئاب لمدة طويلة، دون فواصل زمنية طبيعية. ويطلق على هذا النوع النادر منه: النمط الدائري cycling. وهناك نمط آخر نادر يطلق عليه النمط المزيج mixed type تداخل فيه أعراض الاكتئاب بأعراض الهوس، وتظهر في وقت واحد (صالح، 1998، ص 304).

ويوضح الشكل الآتي هذين النوعين من الاكتئاب



تنوية

علينا أن ننتبه، ونحسن باتجاه برنامج تطبيقي في الاكتئاب، أن الاكتئاب من نوع شائي القطب هو اضطراب عقلي، وقد لا يكون هذا البرنامج فعالاً فيه، لأنه يعتمد أساساً على العلاج الدوائي. على أنه يمكن تطبيقه بعد مدة من العلاج يتتحول فيها المريض إلى حالة الاستقرار. فالبرنامج يخص أساساً النوع الشائع من الاكتئاب، الموصوفة أهم أعراضه في مقدمة البرنامج. وعلى المعالج أن يضع في مقدمة أهدافه تصحيف الإدراكات غير الصحيحة، أو المشوهه، التي تسيطر على تفكير المكتب. ويمكن تصنيف هذه الإدراكات إلى ثلاثة:

- 1 . أفكار سلبية بخصوص الذات والآخرين (كان يرى نفسه إنساناً «فاسلاً»).
 - 2 . توقعات سلبية بخصوص ما سوف يحدث.
 - 3 . تشوهات معرفية من قبيل: استنتاجات اعتباطية، أو مستددة على براهين ضعيفة، أو من غير براهين أصلاً، والتركيز على تفاصيل غير مهمة، وإهمال تفاصيل مهمة.
- ونذكر أن الاكتئاب يعني (شلل الإرادة). وأن التحرر من هذا الشلل يعني الخلاص من الاكتئاب.

برنامج عمل في الاكتئاب للمعالج النفسي والمريض

يقدم هذا البرنامج دليلاً عمل لكل من المعالج، أو الاستشاري النفسي، والمصاب بالاكتئاب، ويهدف إلى تقديم رعاية حقيقة للمكتب، ويعده بالتخلص منها إذا ما التزم بتعليمات هذا البرنامج ومارسها على الوجه الصحيح.

عزيزي المراجعة.

عزيزي المراجع.

ستجد نوعاً من الصعوبة في البداية، وستشعر بالتأقل من الواجبات التي يطلبها البرنامج منك وهذا متوقع، لأن الاكتئاب يعني بالضبط (شلل الإرادة)، وسيحررك البرنامج من هذا الشلل، وكل ما نطلب منه هو الخطوة الأولى.

إن روحك الآن أشبه بفراشة ملفوفة بشرنقة لا ترى فيها إلا الظلمة، فاعمل على فك خيط واحد منها، وستفاجأ بالسرعة التي ستحل بها الخيوط الأخرى، وتطير هذه الفراشة لتتجدد في الدنيا الحدائق والأزهار، وكل ما هو جميل.

استبيان لحالة الاكتئاب

أولاً/ هل شكوت في الأشهر الأخيرة، ولمدة أسبوعين على الأقل، من الحالات الآتية؟
إذا كان الجواب (نعم) ضع علامة (✓) أمامها.

1. هل شعرت بالحزن أو الاكتئاب؟

2. هل فقدت اهتمامك أو متعك في الأشياء التي تسرك؟

3. هل شعرت بالتعب أو بقلة النشاط طوال الوقت؟

ثانياً/ إذا كان الجواب (نعم) استمر في الإجابة عن الفقرات الآتية، وضع علامة (✓) أمام
التي تطبق عليك.

1. هل كنت تتأخر في نومك، أو تستيقظ مبكراً على غير المعتاد؟

2. هل فقدت شهيتك للطعام، أو صرت تأكل أكثر من المعتاد؟

3. هل عانيت من ضعف التركيز، مثل: الإصغاء للآخرين، مشاهدة التلفزيون، الاستماع
للإذاعة، أشأء العمل؟

4. هل لاحظت عليك ببطء في التفكير: أو كنت تبقى تدور حول الفكرة؟

5. هل انخفضت (أو فقدت) رغبتك في الجنس؟

6. هل فقدت ثقتك بنفسك، وشعرت بالسلبية نحو ذاتك (لا تتقبلها مثلاً)؟

7. هل فكرت بالموت، أو حاولت أن تضع نهاية لحياتك؟

8. هل تشعر، غالباً بالذنب؟

ثالثاً/ خلال الشهر الأخير، هل ملأ اهتمامك في واحد أو أكثر من الأمور الآتية
معظم الوقت:

1. العناية بالنفس: الاستحمام، الملبس، الأكل؟

2. العلاقات الأسرية: الزوجة، الأطفال، الأقارب؟

3. الذهاب للعمل أو المدرسة؟

4. إنجاز الواجبات المنزلية؟

5. النشاطات الاجتماعية: الالتقاء بالأصدقاء، الهوايات؟

6. تذكر الأشياء؟

رابعاً/ إذا كانت هذه المشكلات قد حدثت لك خلال الشهر الأخير:

فكم عدد الأيام التي تستطيع خلالها ممارسة نشاطاتك اليومية الاعتيادية؟
وكم عدد الأيام التي قضيتها في الفراش طالباً للراحة؟
(دليل العمل)

تعرف أولاً على أعراض الاكتئاب والعوامل المساعدة في حدوثه:
الأعراض الشائعة للأكتئاب

مع تعدد أعراض الاكتئاب وتتنوعها، فإنه يمكن تصنيفها في ثلاثة:
أولاً/ المزاج والدافعية:

- مزاج حزين بصورة مستمرة.
- فقدان الاهتمام والملة.
- الشعور باليأس.
- الشعور بالعجز.
- الشعور بعدم القيمة والأهمية.

ثانياً/ الأعراض النفسية:

- الشعور بالذنب.
- الاتجاه السالب نحو الذات (كره الذات).
- ضعف التركيز والذاكرة.
- أفكار بخصوص الموت أو الانتحار.
- الرغبة في البكاء.

ثالثاً/ الأعراض الجسمية:

- الخمول أو التهيج.
- الشعور بالتعب والإرهاق.
- اضطراب النوم.
- اضطرابات الشهية (نقص في الوزن أو زيادته).

وبتفاعل هذه العوامل الثلاثة (المزاج والدافعية، النفسية، الجسمية) ينجم عنها الآتي:
صعوبة إنجاز النشاطات اليومية.

. صعوبة أداء متطلبات المهنة أو العمل.

. اضطرابات الحياة الأسرية.

. الانسحاب من الأصدقاء والنشاطات الاجتماعية.

الاكتئاب اضطراب شائع وقابل للعلاج

مع كل ما يقال عن الاكتئاب أو ما قرأت عنه، عليك أن تتبه إلى الآتي:

. الاكتئاب لا يعني الضعف في الشخصية.

. ولا يعني الغباء وتدني التفكير.

. ولا يعني مرضًا عضويًا يحتاج إلى علاج طبي معقد.

العوامل المساعدة في حدوث الاكتئاب

كما أن النار تكون كامنة في القداحة فلا تظهر إلا عندما ندقح زنادها، كذلك ما يقدح زناد

الاكتئاب في الإنسان، يمكن تصنيفه في أربعة:

أولاً/ عوامل نفسية:

. فقدان شخص عزيز، حديثاً.

. اضطراب العلاقات الأسرية.

. عدم الحصول على عمل أو وظيفة.

. تبدل أو تغير منطقة السكن.

. ضغط نفسي في العمل.

. مشكلات اقتصادية (مالية).

ثانياً/ الأمراض العضوية:

. الإصابة بأمراض معدية.

. الإصابة بالأنفلونزا.

. التهابات الكبد.

. الإصابة بأمراض مزمنة (السكري مثلاً).

. تناول الكحول والعاقاقير المهدئة.

ثالثاً/ العاقاقير الطبية:

- تناول الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم.
- تناول العقار المضاد للحمل.

- تناول المثبّطات مثل (H2 blockers).

رابعاً/ عوامل أخرى:

- تاريخ أسري للاكتئاب.
- ولادة طفل (عسر ولادة).
- سن اليأس.
- تغير فصول السنة (الاكتئاب الموسمي).

أساليب علاج الاكتئاب

تتنوع أساليب علاج الاكتئاب، غير أنه يمكن وضعها في صنفين، الأول: العلاج الطبيعي (الدوائي). والثاني: العلاج النفسي (الإرشادي والإسنادي).

أولاً/ العلاج الطبيعي:

يُستعمل هذا النوع من العلاج في الحالات الآتية:

- المزاج المكتئب.
- فقدان الاهتمام والمتعة والرغبة لمدة أسبوعين على الأقل.
- وجود أربعة أعراض من المذكورة آنفًا.
- استجابة ضعيفة للعلاج الإسنادي أو الإرشادي.
- انكماسة أو كآبة متكررة.
- تاريخ أسري في الاكتئاب.

ثانياً/ العلاج النفسي (الإسنادي أو الإرشادي):

يُستعمل هذا الأسلوب من العلاج في الحالات الآتية:

- الضغوط النفسية ومشكلات الحياة المتعددة.

. أنماط التفكير السلبي.

. الوقاية من انكاسات مستقبلية.

مؤشرات بخصوص العلاج الطبي:

١ . فاعليته: أفضل وأسرع من الوسائل الأخرى.

٢ . خطة العلاج: يجب الالتزام بها حرفياً.

٣ . العقاقير: يجب أن لا تؤدي إلى الإدمان، ولا تتفاعل بشكل ضار مع الكحول. مع ملاحظة أن التحسن يتطلب بعض الوقت، فلا يظهر إلا بعد أسبوعين أو ثلاثة.

٤ . أعراض جانبية: تظهر بسببها أعراض جانبية مثل: جفاف في الفم، دوار، غثيان، زغالة في العين، وذلك خلال الأسبوع الأول من تناول العلاج.

٥ . أ . الاستمرار بتناول العلاج ما لم يتخذ المعالج رأياً آخر.

ب . عدم التوقف عن تناول العلاج إلا بعلم الطبيب.

ج - في حالة كون العلاج غير فعال يتم استبداله بعلاج آخر.

د . يستمر العلاج لمدة ستة أشهر من بداية ملاحظة التحسن.

ه - ضرورة مراجعة الطبيب بعد ظهور التحسن.

زيادة الوقت المخصص للنشاطات المسلية والممتعة:

من أعراض الاكتئاب الشعور بالحزن والضجر والإيقاع الروتيني اليومي الممل، وللخلص من ذلك عليك بالآتي:

. قم بنشاطات يومية صغيرة وممكنة، بهدف الراحة والتسليمة.

. خصص الوقت اللازم لهذه النشاطات، واعمل على زيادة هذا الوقت أسبوعياً.

. خطط لأهداف واهتمامات مستقبلية، وكن متفائلاً بقدر أفضل.

. حاول دائماً أن تكون قريباً من أفراد أسرتك وأصدقائك.

الخطيط لحل المشكلات

يميل المكتب إلى تضخيم مشكلاته، غير أنك ستتمكن من تجاوزها إذا قمت بالآتي:

. التحدث إلى الوالدين، أو أفراد العائلة، أو صديق موثوق به، أو المرشد النفسي.

- . النظر للمشكلة من الخارج، وكأنها تخص صديقك أو قريبك.
- . استعراض البديل أو الحلول الممكنة، ودراسة فوائد ومساوئ كل بديل.
- . وضع سقف زمني (موعد تقريري) لحل المشكلة، وفق خطة عملية وعقلانية.
- . مراجعة التقدم الحاصل في حل المشكلة.

تغيير الاتجاهات وطريقة التفكير

من أسراربقاء الأكتئاب ملازماً لصاحبته أنه يجعل تفكيره نمطياً، واتجاهه ثابتًا نحو نفسه والآخرين والحياة. ولكي تتحرر منها إعمل على تغيير ذلك، وإليك مثال:

إن هذه الأعراض مؤقتة
وستنتهي بفعل العلاج في
أسابيع قليلة.

غيره إلى -

سأبقي هكذا دائمًا،
فالأمور لن تتغير مطلقاً.

هذه الأخطاء حدثت
بسبب حالة الأكتئاب، ولا
يوجد دليل على أنني لا
أستطيع عمل شيء نافع.

غيره إلى -

كل ما جرى لي هو بسبب
أخطائي، ولن أستطيع عمل
شيء بشكل صحيح.

سجل البرنامج اليومي

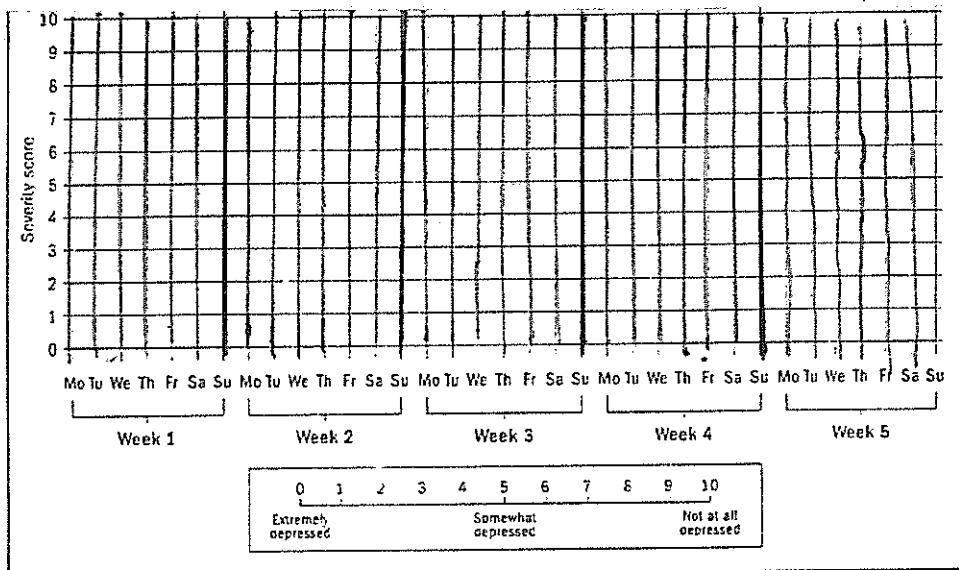
يتطلب علاجك سجلاً يومياً تدون فيه ما تشعر به ذلك اليوم، وكذلك وضع خطة لما تقوم به من نشاطات. واستخدامك لهذا السجل يساعدك على معرفة التقدم الذي تحرزه.

ولغرض تسهيل المهمة عليك، استخدام الجدول في أدناه، ولاحظ الآتي:

أ . يمثل العمود في الجهة اليسرى شدة الأعراض متدرجة من (صفر) (10) حيث تمثل الدرجة صفر لأن لا تقدم حاصلاً على العرض مطلقاً، فيما تمثل الدرجة (10) أن العرض قد انتهى تماماً. ولتأخذ الحزن مثلاً. فإذا كنت حزينًا تماماً فضع العلامة أمام درجة (الصفر).. وعندما يحصل لك تقدم طفيف، أي أن الحزن بدأ يخف عنك، فضع العلامة أمام الدرجة (1) وهكذا بالتدريج.

تذكر مرة أخرى أن الدرجة (صفر) تعني أنك مكتتب تماماً، ولم يطرأ عليك أي تحسن، وأن الدرجة (5) تعني أنك أقل اكتئاباً، وأن الدرجة (10) تعني أنك قد تحسنت تماماً، ولم تعد مكتتبًا أبداً.

بـ. أما العمود الثاني الأفقي فيمثل أيام الأسبوع، وعلى مدى خمسة أسابيع، بادئاً بيوم الاثنين، ومتناهياً بيوم السبت.



كيف تتجنب انتكاسة اكتئابية محتملة
ـ من المهم جداً اتباع إرشادات طبيبك ونصائحه.
ـ خذ علاجك بانتظام و يومياً.

ـ لا تقلل من جرعة العلاج، ولا تتوقف عن تناوله من دون التحدث مع طبيبك.
ـ حدد عادات تفكيرك السلبية، واعمل على تغييرها إلى أن تكون إيجابية.

تلوّي:

ـ قد تواجه صعوبة في إجراء التمارين عندما تكون مكتتبأً.
ـ من المفيد أن تمارس التمارين مع صديق موثوق به، أو مع أحد أفراد الأسرة.
ـ عندما تحتاج إلى مساعدة إضافية استعن بطبيبك، أو مستشارك النفسي.
ـ بتنفيذك هذه الأمور تستطيع تجاوز حالة الاكتئاب.

تحديد الأفكار السلبية:

عندما يكون الفرد مكتتبأً فإنه يميل إلى أن يفكر بطريقة سلبية بخصوص نفسه ومستقبله والأحداث من حوله، وعليك أن تتبه إلى أن التفكير السلبي يمكن أيضاً أن يقدح زناد الاكتئاب،

ويقلل من فرص الشفاء.

إذا لاحظت الناس عموماً ستجد بينهم من يميل إلى التفكير الإيجابي، والآخرين يميلون إلى التفكير السلبي بالرغم من تعرضهم إلى حالة واحدة، أو موقف واحد. تأمل في المثال الآتي:

(حصل زميل أو زميلة لك على ترقية في العمل لم تحصل عليها أنت)

حالة سلمى (سلبية)	حالة ليلى (إيجابية)
- سوف لن أحصل أبداً على ترقية	إنها أكثر مني خبرة
- أنا لست بذي قيمة أصلاً	إنها أقدم مني في العمل
- أنا لست مقدرة من الآخرين	إنها تمتلك مهارات أساسية
- لا فائدة ترجى مني	ستأتي فرصة أخرى للترقية
- تعاسة لا تنتهي	خبية أمل هذه المرة

تنوية

تذكر أن نجاح علاجك يتوقف على ما تبذله من جهد في تغيير أفكارك السلبية

أمثلة بخصوص الأفكار السلبية

ضع إشارة () أمام العبارة التي تطبق عليك.

1. إذا كان شخص ما لا يحبني، فهذا يعني وجود خلل في شخصيتي.

2. إذا تعرضت إلى نقد، فهذا يعني أنني خطأ.

3. إذا ارتكبت خطأ، فهذا يعني أنني غبي.

4. أموري دائمًا تنتهي بالخطأ.

5. لا أستطيع التعامل مع الأمور عندما تكون خاطئة.

6. لكي أكون مقبولاً اجتماعياً، عليّ أن أكون لطيفاً مع الجميع.

المثال:

يوضح لك هذا المثال كيف أن الأفكار السلبية والإيجابية يمكن أن تقود إلى استجابات مختلفة بخصوص الموقف نفسه.

الموقف: لم يختاروك لوظيفة معينة.

الأفكار غير العقلانية/ السلبية.

. أستحق عدم حصولي على الوظيفة، فأنا فاشل في كل الأحوال.

- أنا غبي.

. أنا فاشل.

. يجب أن أصرف النظر عن الوظيفة.

. سوف لن أنجح، ولن أوفق في الحصول على الوظيفة.

الشعور الناتج: عدم القيمة والاكتئاب.

الآن، دعنا ننظر للموقف نفسه من زاوية أخرى.

الأفكار العقلانية/ الإيجابية.

. كثير من الناس لا يحصلون على الوظيفة التي يريدونها.

. أحتاج أن أتدرّب على بعض أساليب المقابلة وفتونها.

. أنا لست فاشلاً، فقد حققت الكثير من الأشياء الجيدة في الماضي.

. إذا صرفت النظر عنها، فقد لا أحصل على وظيفة أخرى.

. كنت ناجحاً في الماضي، وسأستمر وأواصل النجاح.

الشعور الناتج: . إحباط ولكن معأمل وحماس.

الآن، أكتب أمثلة خاصة بك، وادرك المواقف التي تجعلك حزيناً أو كثيراً، وأي أفكار سلبية قد

تراودك، وتحديد الإحساس أو الشعور الناجم عنها، ثم اكتب، بعد ذلك، الأفكار الإيجابية المعاكسة لها، والمشاعر الناجمة عنها.

تذكر: أنك تحتاج إلى وقت لتغيير طريقة تفكيرك ومشاعرك.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

المصادر:

- زهران، حامد عبد السلام (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
- صالح، قاسم حسين (1998) الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. صنعاء، مكتبة الجليل الجديد.
- ليفت يوجين، ولوبين برنارد (1985) سيميولوجيا الاكتئاب. ترجمة: عزت عبد العظيم الطويل. الرياض: دار المريخ للنشر.

Clark D.s, Bridges, p. and Doro, B. (1990) psychiatry for Students. 7 Th. Ed. London: Unwin Human.

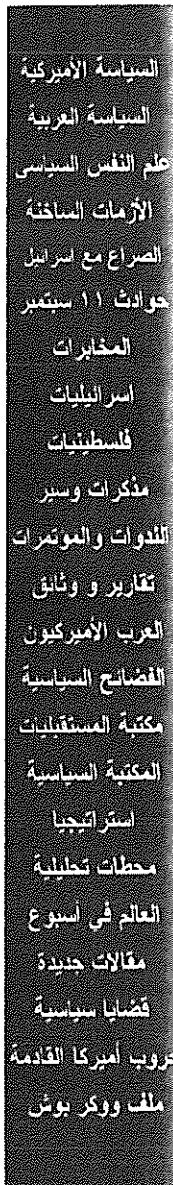
Ingram, I.m, Timbury, G.C. and Mowbray, R.M (1985) Nots on psychiatry. 6th . Ed. N.Y: Churchill and Livingstone.

Sdorow, I.m (1995) psychology. Wm. C Brown, Communication, Inc.

World Health Organization (1992) the IcD - 10 Classification of mental Behavioral Disorders.

المركز العربي للدراسات المستقبلية

WWW.mostakbaliat.com



الحرب النفسية في العراق
مقدمة للجوتب النفسية في الحرب الاميركية على
العراق

المؤلف : د. محمد احمد النابليسي

الناشر: مركز الدراسات النفسية المعاصر : ٥٦

يعرض الكتاب تطبيقات مبادئ الحرب
النفسية على العراق. فيطرق للشائعات
والكلمات المطلقة في هذه الحرب إضافة إلى
الأشعة النفسية المستخدمة فيها. مع تحليل
للجواب الإعلامية.

ويخصص المؤلف الفصل الثاني للتحليل النفسي للرئيس بوش
ويفقرنه بسابقيه من الرؤساء الأميركيين. ليقدم في الفصل الثالث
التخطييل النفسي لشخصية صدام حسين. أما الفصل الرابع فهو
مخصص لعرض حالة الاقتصاد الأميركي المتدنورة منذ بداية
دخول بوش الى البيت الأبيض. حيث كان المؤلف قد نشر هذه
المقالة في ٢٠٠١ / ٢٦ أي بعد شهر واحد من رئاسة بوش.
وفيما حينه أكد المؤلف على أن سياسة بوش الاقتصادية تتضمن
العالم على حلقة الهاوية . والمؤلف يعود الى هذه المقالة القديمة
تختليساً لإذاعاء الحكومة بمفهول رجعي . وفي الفصل الخامس يقدم
النابليسي قراءة نفسية للحرب العراقية . حيث يجدها هريراً لامعقولة
وفاسدة للقواعد البديهية للمنطق . فقد خالفت هذه الحرب إيجاهات
الرأي العام العالمي الذي أصبح توافقاً للهرب من مظاهرات
العوائية والطمس بعلمة إنسانية تساعد الفقراء وتطور الدول
النامية وتدعم الرفاه العالمي . فإذا ما أضفتنا لهذه المعاشرة جملة
المعارضات الأطلسية والروسية والعربيّة ومعها المخالفات العديدة
التي ثبوّبت الاستراتيجية الأميركيّة فلتباً نخلص الى مؤلفة المؤلف
على لامعقولة هذه الحرب . وينسب المؤلف هذه اللامعقولة الى
سبباً بوش المتخصص بالغرب الاستباقية . وبخصوص الكتاب فصله
السابقين والأخير لمناقشته هذا المبدأ فيجدد حماقة مناسبة لإسرائيل
(ميدعة العيداً) لكنها سامة لأميركي . التي تحتاج لجمع المواقف
على حروتها . والراجحة عن التحول الى مجتمع عسكري والفاقدة
لأداة عصيدة قتالية تجمع الأميركيين حولها . ويوشك المؤلف على
اعتبار استغلال الإدارة لخوف الجمهور الأميركي من الإرهاب ،
وتخويفه من ارهاب قاتم ، إرهابياً تمارسه الإدارة على المواطن
الأميركي . حيث يتبع النابليسي الى استحالة اجتناز بوش للمساعدة
لتفاصله بين خوف المواطن وبين ارساله للموت بعيداً... للمزيد



إصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس - لبنان ص.ب 3062 التل / فاكس 961-6-438925 ـ هاتف 961-6-441805

1. **سيكولوجية السياسة الاسرائيلية - النفس المغلولة**
اصدار 2001 (عشرة دولارات)

2. **سيكولوجية السياسة العربية - العرب والمستقبلات**
اصدار 1999 (عشرة دولارات).

3. **العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان**
اصدار 2001 (عشرة دولارات).

4. **الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والکوارث**
(ستة دولارات).

5. **الثقافة النفسية المتخصصة**
(مجلة فصلية)

- اشتراك سنوي \$40
- اشتراك شامل \$100
- اشتراك مؤسسات \$100
- اشتراك مدى الحياة \$500
- مجلة عام سابق \$40
- اشتراك اعلاني (يتفق عليه).

6. **أصول الفحص النفسي ومبادئه**
ط 3 (عشرة دولارات).

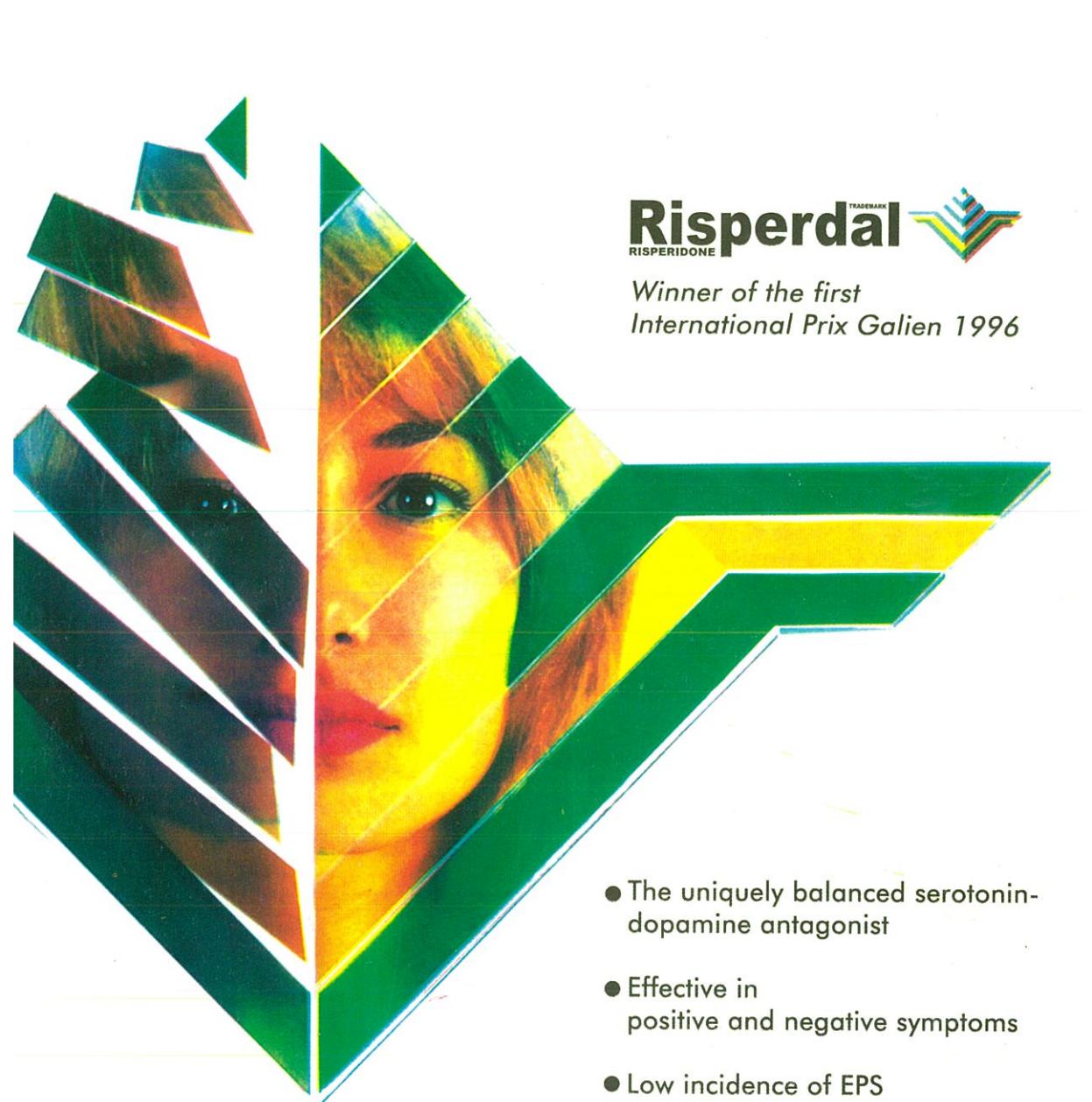
7. **قراءات مختلفة للشخصية - تحليل لشخصيات**
نجيب محفوظ. (ستة دولارات).

8. **المعجم النفسي**
مصطلحات طبية ونفسية وعصبية
ذباب والجرارية وعمار (اربعون دولار).

9. **الدليل النفسي العربي**
(عشرة دولارات).

10. **معجم مصطلحات الطب النفسي**
(عشرة دولارات)





Risperdal

RISPERIDONE



Winner of the first
International Prix Galien 1996

- The uniquely balanced serotonin-dopamine antagonist
- Effective in positive and negative symptoms
- Low incidence of EPS
- Vast experience worldwide
- No routine blood monitoring required

Full prescribing information available upon request

 JANSSEN-CILAG

Janssen pharmaceutica
Turnhoutseweg 30
B-2340-Beerse/Belgium
Telephone: 3214601211

Risperdal

TRADEMARK



A first choice in psychosis