

دراسات نفسية



دورية محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية- الجزائر

العدد السادس (06) أوت 2011

تقنين قائمة السعادة الحقيقية على عينات من البيئة الجزائرية

بشير معمريّة

التدريب التحصيلي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي
عند ميكنيوم

حدة يوسف

إدمان الإنترنت عند طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم

أنس الطيب الحسين راج

اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم أعراضه ونتأجه

سحيري زينب

تقييم الذاكرة بعد العمليات الجراحية

ربيعة تريباش

خالد بوغافية

النفس الإنسانية عند ابن حزم الظاهري

عبد السلام سعد



رئيس التحرير:

أ.د. كلتوم بلميهور

المراسلات باسم مدير مركز البصيرة
46 تعاونية الرشد القبة القديمة - الجزائر
ها: 0021321289778
فا: 0021321283648
نقال: 05550.54.83.05

البريد الإلكتروني:

Markaz_bassira@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني:

www.basseeracenter.com

حقوق الطبع محفوظة

التوزيع



دار الخلدونية للنشر والتوزيع
05، شارع محمد مسعودي القبة الجزائر.
ها/فا : 021.68.86.48
ها : 021.68.86.49

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دراسات نفسية

دورية فصلية محكمة تصدر عن :

مركز البصيرة



للبحوث والاستشارات
والخدمات التعليمية

العدد السادس -

06

دعوة للمشاركة بمقالات نفسية

ترحب دراسات نفسية وهي مجلة محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية بالجزائر، بإسهامات الباحثين في الموضوعات ذات الصلة بعلم النفس التي تراعي القواعد التالية:

- 1- أن يكون البحث غير منشور في مصادر أخرى.
 - 2- التقيد بالأسلوب العلمي والمعالجة الموضوعية والإحاطة المنهجية مع ملخص باللغتين العربية والإنجليزية.
 - 3- لا يقل حجم المقال عن 15 صفحة ولا يزيد عن 25.
 - 4- أن يكتب المقال ببرنامج word.
 - الخط باللغة العربية حجم الخط 14 Arabic Transparent
 - 5- أن يكون البحث مرفقا بالمراجع مدونة في نهاية البحث حسب أسلوب APA.
 - 6- تخضع الأبحاث المقدمة للتقييم من قبل الهيئة العلمية للدورية ويبلغ أصحابها بالقرار النهائي المتعلق بالقبول أو التعديل.
- يرسل المقال على العنوان البريدي التالي:

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

أ.د. كلتوم بلميهوب

الهيئة العلمية

من الجزائر:

- أ.د. عبد القادر الأمير خياطي جامعة الجزائر
د. زناد دليلة جامعة الجزائر
د. لحرش محمد جامعة الجزائر
أ.د. معمريّة بشير جامعة باتنة
أ.د. ماحي إبراهيم جامعة وهران
د. بوفولة بوخميس جامعة عنابة
د. فقيه العيد جامعة تلمسان

من الوطن العربي:

- أ.د. جمال تركي تونس
أ.د. كشود عمار ليبيا
أ.د. أحرشاو الغالي المغرب
أ.د. عمر هارون الخليفة السودان
أ.د. أحمد جمال أبو العزائم مصر
أ.د. فاضل شاكر الساعدي العراق
أ.د. سامر رضوان سوريا
أ.د. عشوي مصطفى السعودية
أ.د. عثمان يخلف قطر
أ.د. محمد مقداد البحرين



عنوان المراسلات،

الموقع الإلكتروني: [http/ www. basseeracenter.com](http://www.basseeracenter.com)

البريد الإلكتروني: WWW.markazbassira@yahoo.fr

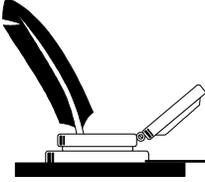


أمة تتعلم، أمة تتقدم

دورية دراسات نفسية - العدد (6) - أوت 2011

محتويات

5	أ. د / كلتوم بلميهوب	▪ افتتاحية العدد:
9	أ. د. بشير معمريّة	تقنين قائمة السعادة الحقيقية على عينات من البيئة الجزائرية
49	حدة يوسفى	التدريب التحصيلي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينوم
75	د. أنس الطيب الحسين رابع	إيمان الإنترنت عند طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم
93	سحيري زينب	اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم أعراضه ونتائجه
119	أ. د. ربيعة تريباش خالد بوغافية	تقييم الذاكرة بعد العمليات الجراحية
143	د: عبد السلام سعد	النفس الإنسانية عند ابن حزم الظاهري



كلمة التحرير

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ وَالصَّلَاةِ وَالسَّلَامِ عَلَى سَيِّدِ الْخَلْقِ أَجْمَعِينَ مُحَمَّدٍ وَعَلَى آلِهِ وَصَحْبِهِ وَمَنْ تَبِعَهُ بِإِحْسَانٍ إِلَى يَوْمِ الدِّينِ.

عزيزي القارئ تتناول دورية دراسات نفسية في هذا العدد مجموعة من المواضيع المتنوعة أولها دراسة الأستاذ الدكتور بشير معمري من جامعة باتنة بالجزائر حول موضوع ذي أهمية كبيرة بصفته يمثل جوهر علم النفس الإيجابي، وهو السعادة الحقيقية. من خلال تقنين قائمة السعادة الحقيقية على البيئة الجزائرية ووضعها في متناول الباحثين في علم النفس لاستعمالها لدراسة المشاعر الإيجابية. وفي نفس التناول ومن نفس الجامعة تتطرق الباحثة حدة يوسف إلى موضوع التدريب التحصيلي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينوم. أما الباحثة سحيري زينب من جامعة الأغواط بالجزائر فتلقي الضوء على موضوع لم يلق اهتماما كبيرا في مجتمعاتنا العربية رغم تكرار حدوثه و يتعلق بالاكْتئاب ما بعد الولادة. وفي نفس السياق المتعلق بالاضطرابات النفسية يتناول الباحث أنس الطيب من السودان الشقيق موضوع الإدمان على الإنترنت عند عينة من طلبة الجامعة، وفي إطار علم النفس المعرفي تتناول الأستاذة الدكتورة تريش ربيعة و الباحث خالد بوعافية موضوع تقييم الذاكرة بعد العمليات الجراحية.

ومهما تنوعت وتعددت البحوث في علم النفس فما زالت حقيقة النفس الإنسانية غامضة مستعصية على الباحثين فنحن ندرس فقط بعض مظاهرها لذلك يعود بنا الدكتور عبد السلام سعد من قسم الفلسفة بجامعة الجزائر ليذكرنا بالإسهامات الجليلة لأحد أبرز علمائنا في العصور الإسلامية الزاهية ألا وهو العلامة ابن حزم و مفهومه لحقيقة النفس الإنسانية.

رئيس التحرير

أ. د. كلتوم بلميهور

تقنين قائمة السعادة الحقيقية على عينات من البيئة الجزائرية

أ. د. بشير معمريّة

قسم علم النفس - جامعة الحاج لخضر - باتنة

"ما هو أرقى خير يمكن أن يبلغه الفرد بجهد؟
يتفق عامة الناس وصفوتهم على أنه السعادة،
ولكنهم يختلفون في تحديد كنهها". أرسطو.

مقدمة :

يرغب السواد الأعظم من الناس في أن ينعموا بقدر أكبر من الشعور بالسعادة. فهم يودون استشعار المزيد من المتعة والضحك والسرور، والمزيد من النجاح على صعيد الحياة والعمل والعلاقات. ويؤمن أسعد الناس بأن السعادة اختيار وعادة، أي أن السعادة لا تقوم على بعض الأمور المرجأة التي سوف تحدث في وقت ومكان يكونان في المستقبل، كأن يقول أحد: سوف أكون سعيدا "عندما أتزوج"، "عندما يكبر الأطفال"، "عندما أفوز بجائزة مالية كبيرة"، "عندما أسدد ديوني"، "عندما أتقاعد"، "عندما أحج". ولكن السعادة تكون دائما، وفي كل لحظة، وفي كل مكان، حيث تعمم على جميع المواقف وتثبت عبر الزمن. إن السعادة تتبع من داخلنا، ومن اختيارنا للطريقة التي ننظر بها إلى الظروف والأحداث المحيطة بنا، مما يزيد من مستوى سعادتنا.

وتعتبر السعادة الهدف النهائي للعمل الإنساني. واهتم بها الفلاسفة والمفكرون منذ عهود قديمة، ولكن علماء النفس تجاهلوا في الوقت الذي اهتموا فيه بالمرض العقلي للإنسان وتعاسته وشقائه، وأنجزوا في هذا المجال أعمالا جيدة. إن علماء النفس اليوم يستطيعون قياس الأفكار التي لها علاقة بالجوانب السلبية في سلوك الإنسان، مثل: القلق والخوف والاكتئاب والانحراف والتطرف والعدوان والغضب والفصام، وغيرها من الاضطرابات النفسية والعقلية وجوانب السلوك اللاسوي. كما يستطيعون شفاء الكثير منها. ولكن هذا الإنجاز رغم

أهميته، لم يصنع للإنسان حياة راقية. لأن تخفيف الأمراض التي جعلت حياة الإنسان تعيسة، جعلت صنع حياة تستحق أن يحيها الإنسان أقل أهمية. فالناس يريدون أكثر من مجرد علاج اضطراباتهم وتخليصهم من التعاسة، إنهم يحتاجون إلى حياة فيها معنى يجعلها جديرة بأن تعاش. واليوم يرى علماء النفس أن الوقت قد حان لعلم يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء الفضيلة والقوى الإنسانية، للوصول إلى ما أسماه أرسطو "الحياة الطيبة *Good life*". فقررنا أن يولوا اهتمامهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والكفاءة والتوكيدية والتوافق والحلول التفاوضية للصراعات، والمساندة الاجتماعية وجوانب السلوك الصحي، وغيرها من جوانب السلوك السوي.

يشير الباحثون إلى أنه عند مراجعتهم لقاعدة المعلومات النفسية *PsychInfo* التي توثق ملخصات الدراسات النفسية في الدوريات المختلفة بين عامي 1967 - 2000، وجدوا أن هناك 5548 بحثاً نشر عن الغضب. و 41416 عن القلق. و 54040 عن الاكتئاب. بينما هناك 415 بحثاً عن البهجة. و 1710 عن السعادة. و 2582 عن الرضا عن الحياة. مما يعني أن هناك 21 بحثاً منشوراً عن الانفعالات السلبية، مقابل بحث واحد عن الانفعالات الإيجابية. لكن توجه الدراسات النفسية تغير منذ ثمانينات القرن العشرين، فتضاعفت الدراسات المنشورة عن السعادة والأمل والرضا عن الحياة بمقدار أربع مرات (من 200 بحث سنوياً إلى 800 بحث). (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 183 - 184).

ويذكر كل من أدريان فرنهام، هيلين تشينغ *A. Furnham & H. Cheng 1999* أنه على الرغم من صدور عدد من الكتب عن السعادة لكل من أرجايل وأيزنك وماير، إلا أن الدراسات التي نشرت عن السعادة نادرة، مقارنة بوفرة الدراسات عن الاكتئاب، وهو عكس السعادة. (أحمد محمد عبد الخالق، صلاح أحمد مراد، 2001، 337 - 338).

وأشار كذلك ديفيد ج. ميرز، إدوارد دينر *D. G. Myers 1995* إلى أن هناك نسبة قدرها 1:17 بالنسبة للدراسات النفسية المتصلة بالحالات الوجدانية السلبية مقارنة بالحالات الوجدانية الإيجابية. وتم إدراج مصطلح السعادة *The Happiness* لأول مرة بقائمة موضوعات المستخلصات النفسية عام 1973. وفي عام 1974 ظهرت مجلة البحث في المؤشرات الاجتماعية،

وبها العديد من المقالات المتصلة بالوجود الشخصي الأفضل *Subjective Well - being* ثم توالى الدراسات النفسية عن السعادة على نحو متسارع. فبلغت نحو ثمانية آلاف دراسة خلال ثمانينات القرن العشرين. (عادل محمد هريدي، طريف شوقي فرج، 2002، 46 - 47).

ويذكر السيكولوجي الأمريكي، إ. دينر 1984 *E. Diener* أنه في عقد السبعينات من القرن العشرين، غير علماء النفس الاجتماعي اتجاهاتهم نحو دراسة السلوك الإيجابي، فقدموا أعمالاً نظرية وإمبيريقية ظهرت بخطى سريعة، فبدأ الاهتمام بموضوع السعادة، وظهر ذلك واضحاً في الملخصات السيكولوجية العالمية عام 1973. (السعيد غازي محمد رزق، 1997، 131).

ولإبراز الاهتمام المتنامي بالجوانب الإيجابية من السلوك الإنساني، وضع مارتن سيلجمان *M. Seligman* في ثمانينات القرن العشرين، مصطلح "علم النفس الإيجابي" *Positive Psychology*. ومنذ ذلك التاريخ ارتفع عدد الدراسات التي نُشرت في إطاره، وأُسِّست مجلات خاصة به مثل: "مجلة دراسات السعادة" *Journal of Happiness Students*. وأنشئت كراسٍ (مناصب) للأستاذية (أستاذ كرسي) في بعض الجامعات الأوروبية، كهولندا، التي عينت روت فينهوفن *R. Veenhoven* كأستاذ لدراسات السعادة، بكلية العلوم الاجتماعية في جامعة إراسموس *Erasmus* في روتردام *Rotterdam*، الذي نشر قاعدة بيانات عالمية عن الشعور بالسعادة، ضمت 3300 دراسة حتى شهر مارس 2003. (أحمد محمد عبد الخالق وآخرون، 2003، 582 - 583).

وبالرغم من أن غالبية الأفراد يتفقون على أن الشعور بالسعادة هدف أساسي في حياة الإنسان، إلا أنهم يختلفون حول تعريف السعادة وتحديد مفهومها والعوامل التي تؤدي إليها. ويذكر ميهاالي شيكزينتميهالي 1999 *M. Csikszentmihaly* (وهو مجري الأصل) أن المجتمعات الغربية تشيع فيها فلسفة مادية، ترى أن التمتع بصحة جيدة والعمر الطويل وامتلاك السلع والأشياء، هو الطريق نحو تحقيق الشعور بالسعادة. مما دفع الناس إلى ربط الشعور بالسعادة بالمال والسعي إلى تحقيق الثراء رغبة في المزيد من الشعور بالسعادة. وأشار في نفس الوقت، إلى أن بعض الأفراد يحاولون الحصول على السعادة بتغيير حالاتهم الذهنية، إما بطريقة إيجابية كممارسة الرياضة الجسمية أو الرياضة العقلية التي تؤدي إلى صفاء الذهن، وشحن التفكير كالتأمل والتركيز، أو بطريقة سلبية بتعاطي المخدرات والمهلوسات والخمور. ويرى شيكزينتميهالي أن السعادة تتحقق من خلال استغراق الفرد وممارسته

لأنشطة إيجابية سارة، تنمي قدراته وتعزز تقديره لذاته، كالقراءة والعبادة والاستمتاع بالطبيعة والتأمل والأنشطة الإبداعية، أو الهوايات المحببة التي تشعر الفرد بالتركيز والانسحاب. (نادية سراج جان، 2008، 602).

ووفقا لنتائج الدراسات، فإن الشعور بالسعادة في حقيقته مفهوم عالمي المغزى والمضمون. وله أهمية متماثلة عند جميع المجتمعات، بدءا بأكثر المجتمعات تقدما إلى أكثرها بدائية. ويرى الباحثون أن الفروق في اللغة والثقافة لا تؤثر على الطبيعة العالمية للشعور بالسعادة، بوصفه غاية قصوى للإنسان في كل مكان. وقد كشفت الدراسات عن أن أسباب الشعور بالسعادة، تبدو متماثلة لدى مختلف المجتمعات والثقافات، ولجميع الأعمار بصرف النظر عن المكان الذي يعيشون فيه. (سحر فاروق علام، 2008، 435).

إلا أنه في الوقت الذي يرى المتدينون بالإسلام، أن الشعور بالسعادة يتحقق بتقوى الله والسير وفق منهاجه، والقيام بالأعمال الصالحة. مستدلين بقوله تعالى "من عمل صالحا من ذكر أو أنثى وهو مؤمن فلنجزيه حياة طيبة ولنجزيهما أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون". النحل، 97. وينصحون الناس بالتخلي عن التعلق بمتع الدنيا الزائلة. لأن الشعور بالسعادة الكامل والحقيقي لا يحصل عليه الإنسان في هذه الحياة، وإنما يتحقق في الآخرة لعباد الله الصالحين الأتقياء. نجد فلاسفة الإغريق يركزون على الشعور بالسعادة الدنيوي. ولكن كلا الفريقين يتفقان على أن الشعور بالسعادة يتحقق باتباع الفضائل والابتعاد عن الرذائل. وجعلوا الفضيلة طريقا للسعادة والرذيلة طريقا للتعاسة. أما علماء النفس، فيرون أن الشعور بالسعادة هو الصحة النفسية. وأن عوامل تنميتها هي العوامل التي تنمي الصحة النفسية، وهي النجاح والتوفيق والسير في طريق الأخلاق الفاضلة، من أجل سلامة الإنسان وأمنه. (كمال إبراهيم مرسى، 2000، 25). والملاحظ لأفكار الاتجاهات الثلاثة، يجد أنها تتفق كلها في جوهر الشعور بالسعادة والعوامل المؤدية إليه. وهي اتباع الفضائل والابتعاد عن الرذائل. مما يشعر الفرد بالاستقرار والأمان والطمأنينة، والخلو من القلق والشعور بالذنب والخوف.

ويندرج الشعور بالسعادة تحت مظلة علم النفس الإيجابي، الذي يدعو إلى أن الإنسان يتوفر على جوانب القوة والضعف، وبهما تتحدد حياته وتسير وتتطور. وأن الخبرات التي تمر بنا تشكل شخصياتنا، وهي تتمتع بجوانب بعضها قابل للتعديل، وبعضها الآخر غير قابل

للتعديل. وتتركز جهود علم النفس الإيجابي على إثراء القُوَى الإنسانية لتعديل هذه الجوانب، لكونها مدخلا لتحقيق الشعور بالسعادة. وقد آن الأوان لأن يسمى علم النفس لفهم الانفعالات الإيجابية، ويبني جوانب القوة والفضيلة، ويزوّد الناس بما يساعدهم على أن يجدوا ما يسميه أرسطو "الحياة الطيبة"، والشعور بالهناء الشخصي.

والسعادة ليست مفسدة *Deprave*، فقد بينت الدراسات التتبعية ما للسعادة من آثار إيجابية على السلوك الخلقى. إن السعادة تنمي الإيثار *Altruism* والاجتماعية *Sociability*، وترتقي بالنشاط والمبادأة، ولها تأثير إيجابي على الصحة، ويعيش الناس السعداء أعمارا أطول.

وتعتمد السعادة على توافر بعض الخصائص في المجتمع مثل: الثروة والعدالة والحرية. ويمكن للسياسات الاجتماعية أن تحسن من هذه الظروف والأحوال. وتعتمد السعادة كذلك على خصائص المؤسسات مثل التلقائية في العمل، أو وجود مؤسسات الرعاية. ويمكن أن تساهم مؤسسات الإصلاح في تحسين نشاط هذه المؤسسات. وتعتمد السعادة كذلك على الاستعدادات الشخصية مثل الفعالية والاستقلال والمهارات الاجتماعية. ويمكن أن يحسن التعليم والعلاج هذه الجوانب.

هدف الدراسة:

التعرف على الخصائص السيكومترية لقائمة أبعاد السعادة الحقيقية على عينات من البيئة الجزائرية.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعا ذا أهمية كبيرة بصفته يمثل جوهر علم النفس الإيجابي، وهو السعادة الحقيقية. من خلال تقنين هذه قائمة السعادة الحقيقية على البيئة الجزائرية ووضعها في متناول الباحثين في علم النفس لاستعمالها لدراسة المشاعر الإيجابية.

مفهوم السعادة الحقيقية :

يعتبر الشعور بالسعادة الحقيقية *Authentic Happiness*، من أهم الغايات التي يسعى الإنسان إلى تحقيقها. ولكن كيف يمكن التعرف على السعادة الحقيقية؟ وما هي مكوناتها؟ وكيف يمكن قياسها؟ وهل الشعور بالسعادة الحقيقية مطلق أم نسبي؟ وما دور الخصوصيات الثقافية مقابل الخصائص الإنسانية العامة في نشوئه؟ للإجابة عن هذه الأسئلة، كان هناك فريق من الباحثين بقيادة سيلجمان، قاموا بالبحث في التراث الإنساني عما قدمه من إجابات عن هذه الأسئلة. فتمت دراسة الكتب السماوية والفلسفات الكبرى والثقافات المختلفة، فتوصلوا إلى كم هائل من المفاهيم والدلالات. وكانت المرحلة التالية هي الاقتصار على ما اتفقت عليه جميع المصادر السابقة. وهو ما عده الباحثون فضائل إنسانية عامة، توجد في كل زمان ومكان، تحدد نموذج السعادة الحقيقية. ويشير سيلجمان 2002 إلى أنه لكي نتفهم السعادة، علينا أن نتفهم القدرات الشخصية والفضائل الإنسانية. لأنه عندما تتحقق السعادة عن طريق مشاركة نقاط قوتنا وفضائلنا، فإن حياتنا تصطبغ بالحقيقة. إن المشاعر هي حالات تحدث لحظيا، ولا تستوجب أن تصبح ملامح للشخصية. والسمات، على عكس الحالات، تكون إما إيجابية أو سلبية، وتتكرر عبر الأوقات والمواقف المختلفة. إن القدرات والفضائل هي الصفات الإيجابية التي تولد المشاعر الطيبة والإشباع. والسمات هي نزعات ثابتة عند ممارستها قد تتولد مشاعر لحظية. فسممة البارانونيا السلبية مثلا، تجعل حالة الغيرة اللحظية أقرب إلى الحدوث، تماما كما أن سمة الروح الإيجابية تجعل حالة الضحك هي الأقرب. (مارتن سيلجمان، 2002، 9). وتوصل فريق البحث السابق ذكره إلى تحديد الفضائل الإنسانية في ست (6) فضائل، تتضمن أربعاً وعشرين قُوى إنسانية *Human Strengths*. وفيما يلي عرض لها.

(1) الحكمة والمعرفة:

الحكمة والمعرفة من متلازمات الفضائل، وتظهر في ستة قوى إنسانية مرتبة وفق نموها الطبيعي لدى الإنسان.

أ) حب الاستطلاع: ويعني الانفتاح على خبرات مختلفة ومتنوعة. كما يعني المرونة إزاء المواقف والأفكار والأشياء التي تتفق مع المفاهيم المستقرة. فمن لديه حب الاستطلاع، لا يقف عند تحمل الأشياء الغامضة، بل يسعى إليها ويفضلها. وقد يكون حب الاستطلاع محمداً في موضوع أو مجال ما (مثل حب الاستطلاع حول الطيور) أو يكون توجهاً عريضاً نحو ما يحيط بالفرد.

ويعني حب الاستطلاع الانشغال بالجديد. ولذا، فإن المتلقي السلبي للمعلومات لا يعبر عن هذه القوة، وإذا كان حب الاستطلاع يمثل جانباً للقوة، فإن غيابها يمثل جانباً للضعف يظهر في الشعور بالملل.

ب) حب التعلم: ويعني حب تعلم أشياء جديدة وكل ما يتيح الفرصة للتعلم. مثل حب المدرسة أو حب القراءة وزيارة المتاحف، أو أي مكان يتيح فرصة للتعلم.

ج) الحكم على الأشياء: وتعني غريبة المعلومات بصورة موضوعية ومنطقية، من أجل الصالح العام. وهنا يكون الحكم مرادفاً للتفكير الناقد، لأنه يتضمن التوجه والاهتمام بالواقع، وهو عكس الأخطاء المنطقية التي تدمر تفكير المكتئبين. كما أن عدم الخلط بين رغباتنا وحاجتنا من ناحية، وبين الواقع الفعلي من ناحية أخرى، يعد سمة مهمة وصحية.

د) البراعة، الأصالة، الذكاء العملي: والمقصود هنا، إذا كنا نريد تحقيق هدف، فهل لدينا قدرات خاصة لاتخاذ أساليب جديدة لتحقيقه؟ نادراً ما نفتتح بعمل الأشياء بصورة تقليدية. فهذه القوة تتضمن ما يعنيه البعض بالإبداع. لذا يمكن أن نسمي تلك القوة ذكاء عملياً.

هـ) الذكاء الاجتماعي، الذكاء الشخصي، الذكاء الوجداني: ويعني الوعي بالذات وبالآخرين، والوعي بدوافع الآخرين ومشاعرهم والقدرة على الاستجابة لها. فالذكاء الاجتماعي هو القدرة على ملاحظة الفروق بين الناس فيما يتعلق بأحوالهم المزاجية ودوافعهم ونواياهم، ثم التصرف على أساس هذه المعرفة. والذكاء الشخصي يتعلق بوعي الإنسان وفهمه الدقيق لمشاعره، وتوظيف هذا الفهم لتوجيه سلوكه وتصرفاته. وقد جمع دانييل جولمان 1995 *D. Goleman* هذين الوجهين من الذكاء تحت مفهوم الذكاء الوجداني.

(و) **الرؤية الثاقبة**: وهي أقرب القوى للحكمة ذاتها. ومن أجل هذه القوى يسعى الآخرون إلى الاستفادة من خبراتهم من أجل مساعدتهم على حل مشكلاتهم. فالحكماء هم أهل العلم والخبرة بأكثر الأشياء أهمية في الحياة.

(2) الشجاعة:

إن القوى التي تتكوّن منها الشجاعة، تعكس الإرادة التي تصاحبها عين منفتحة نحو أهداف عظيمة ليس من السهل تحقيقها. ولكي نصف سلوكا بالشجاعة، فلا بد أن يكون في مواجهة معارضة قوية. وهذه الفضيلة موضع تقدير في كل زمان ومكان. ولها ثلاث قوى إنسانية.

(أ) **الجسارة والإقدام**: تشير إلى مواجهة المواقف العقلية الوجدانية الصعبة. وقد ميّز الباحثون بين الجسارة الأزلية والجسارة الفيزيقية. وهناك معيار آخر لتمييز الجسارة، وهو وجود الخوف أو غيابه.

(ب) **المثابرة**: وتشير إلى إنهاء الأعمال الصعبة بروح مرحة ودون تذمر. فالمثابرة ليست السعي القهري نحو أهداف غير قابلة للتحقيق. فالإنسان المنتج يتسم بالمرونة والواقعية. وهناك وجهان للطموح الإيجابي والسلبي، ينتمي الوجه الإيجابي لهذه المجموعة من القوى.

(ج) **الاتساق مع الذات**: وتعني الصدق مع النفس فيما نلنعه من أنفسنا للآخرين، من حيث نوايانا والتزاماتنا. ويتفق الظاهر مع الباطن في القول والفعل.

(3) الحب والإنسانية:

تظهر هذه القوى في التعامل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين من الأصدقاء والأقارب وأفراد الأسرة والغرباء.

(أ) **العطف والكرم**: ويكونان مع الآخرين، وتقديم الخدمات والمساعدات لهم والاستمتاع بذلك. كل هذه سمات أساسها الاعتراف بقدر الآخرين وقيّمته. وأيضا الشعور نحو الآخرين بالالتزام والمسؤولية والتعاطف والتفهم. مما يعد مكوّنين أساسيين في هذه القوة.

(ب) منح الحب وتقبل حب الآخرين: من خلال تقدير العلاقات الحميمة بالآخرين من خلال التساؤلات التالية. هل يشعر من تُكُنُّ لهم مشاعر قوية بنفس مشاعرك؟ وهل يبادلونك نفس المشاعر؟ وإذا كان الأمر كذلك، فهذا دليل على امتلاك الفرد هذه القوة.

(4) العدالة والإنصاف:

تظهر هذه القوة في الأنشطة المدنية. فهي تتجاوز العلاقة بين شخص وآخر إلى العلاقة بين الشخص وجماعة ما. كعلاقة الشخص بأفراد أسرته أو المجتمع الذي يعيش فيه.

(أ) المواطنة، العمل في فريق: وتعكس هذه القوى مدى تقدير أهداف الجماعة حتى إن اختلفت مع أهداف الفرد. ومدى احترامنا لمن يمثلون مواقع السلطة. وهذه القوة لا تعني الطاعة العمياء، ولا تعني الاتباع دون تفكير، ولكنها تعني احترام السلطة.

(ب) العدل والمساواة: وتعني عدم السماح للمشاعر الشخصية بالانحياز لطرف دون الآخر عند اتخاذ قرار خاص بالآخرين. وإعطاء كل شخص حقه وفرصته.

(ج) القيادة: إن القائد الجيد يجب أن يعمل بكفاءة وفاعلية على إنجاز العمل، مع الاحتفاظ بعلاقات طيبة مع أعضاء الفريق. والقائد الكفء لديه جانب إنساني حين يدير العلاقات داخل الفريق، ويتعاطف مع الجميع في حزم.

(5) الاعتدال وضبط الذات:

إن الاعتدال فضيلة أساسية. تشير إلى التعبير عن الرغبات بأسلوب مناسب دون مبالغة. فالشخص المعتدل لا يخفي دوافعه، ولكن ينتظر الفرصة لإرضائها، حتى لا يتسبب في إيذاء نفسه أو غيره.

(أ) ضبط الذات: إن القدرة على التحكم في الرغبات والاندفاعات لا تكفي لمعرفة الصواب. بل لا بد من توظيف هذه المعرفة وتحويلها إلى تصرفات في المواقف الصعبة.

(ب) التدبر (الحرص)، التحفظ، الحذر: إن الحرص يعني الانتظار حتى نحصل على التأييد قبل البدء في التصرف. والفرد الحريص لديه بُعد نظر وهدف واضح. ويجيد مقاومة الاندفاع نحو الأهداف القريبة، حتى يتمكن من تحقيق الأهداف البعيدة.

ج) التواضع، الحياء: إن الأشخاص المتواضعين ينظرون إلى طموحاتهم وانتصاراتهم نظرة غير ذات أهمية، مقارنة بغيرها من الإنجازات.

6) السمو والروحانية:

لا يشيع استعمال مفهوم السمو حيث يستعمل مفهوم الروحانية. ولكن سبب استعمال مفهوم السمو، هو عدم الخلط بين ما هو ديني وما هو أخلاقي. ويقصد بالسمو، القوة الوجدانية التي تصدر عنك وتصلك بأشياء أكبر وأكثر دوماً، وتصلك بالآخرين وبالمستقبل وبالكون.

أ) تذوق الجمال والتميز: أي تذوق الجمال في الطبيعة والفن والرياضة والعلوم وفي جميع مجالات الحياة.

ب) الامتنان، الشكر: إن الامتنان فيه عرفان وشكر وتقدير للحياة ذاتها. فنحن نشعر بالامتنان حين ينجح الآخرون. ونشعر بالامتنان نحو الأحداث الجميلة والأشخاص المتميزين.

ج) الأمل، التفاؤل: إن الأمل والتفاؤل والتطلع نحو المستقبل مجموعة من القوى تمثل موقفاً إيجابياً حيال المستقبل، من خلاله نتوقع حدوث أشياء طيبة وجيدة. والتخطيط للمستقبل يحافظ على الروح المعنوية العالية، ويجعل الحياة هدفاً ومعنى تتجه نحوه.

د) الروحانية، الإيمان: إن المعتقدات القوية حول معنى القوى العليا للوجود، توجه التصرفات، وهي مصدر رضانا. كأن يكون للإنسان فلسفة دينية وأخلاقية معينة في الحياة، تحدد وجوده ومكانه في الكون.

هـ) الصفح والرحمة: بمعنى أن نصفح عن أساء إلينا ونعطيه فرصة أخرى. والرحمة مبادئ توجه حياتنا وليس الثأر. ويحدث الصفح تغيرات إيجابية في الإنسان الذي وقعت عليه الإساءة. فحين يصفح الفرد تصبغ نيته ودوافعه نحو من أساء إليه أكثر إيجابية وأقل سلبية. فيها من الرحمة والكرم، أكثر مما فيها من الكراهية أو التجنب، أو الرغبة في الانتقام.

و) المرح والدعابة: بمعنى أن نحب الابتسام، وأن نجعل من حولنا يبتسم، وأن نرى الجانب المشرق من الحياة، هي جوانب قوة.

(ز) **الحيوية، الحماس:** وهي وضع كل طاقاتنا وقوانا فيما نعمله. وأن نشعر بطاقة داخلية، وأن نبعث الحيوية في الآخرين. (مارتن سيلجمان، 2002، 141 - 158). (سحر فاروق علام، 2008، 437 - 441). (محمد نجيب أحمد الصبوة، 2008، 28 - 29).

الفروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة:

تضاربت نتائج الدراسات السابقة حول الفروق بين الذكور والإناث في السعادة. ففي حين تشير دراسات إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في السعادة، تشير دراسات أخرى إلى تفوق أحد الجنسين على الآخر في السعادة أو ما يرتبط معها من مشاعر سارة أخرى.

لكن معظم الدراسات تشير إلى أن الفروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة وكذلك الشعور بالرضا عن الحياة، فروق ضئيلة وغير دالة إحصائياً. ويشير إيتون، كسلر 1981 *Eaton & Kessler* إلى وجود تناقض ظاهري في نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى تكافؤ الرجال والنساء تقريباً في الشعور العام بالسعادة، بوصفها تتعارض مع ما هو مقرر امبريقياً من سيادة الاكثاب والوجدان غير السار بين النساء. ويقترح إ. دينر وآخرون 1999 تفسيراً لذلك مفاده، أن الانفعالات الإيجابية والسلبية، تتناوب على النساء على نحو أكثر حدة مما هو عند الرجال. ويعرضون لنتائج دراسات ذات علاقة بالموضوع. فقد وجدت دراسة إ. دينر 1984، أن للنساء وجدانا سلبياً أكثر، وإظهارهن شعوراً بالمرح أكثر كذلك. (عادل محمد هريدي، طريف شوقي فرج، 2002، 55 - 56).

وتشير دراسات أخرى إلى أن الرجال أكثر سعادة من النساء في الزواج والعمل والأنشطة الترويحية، والنساء أكثر سعادة من الرجال في العلاقات الاجتماعية. كما كشفت الدراسات (Fordyce 1998) أن النساء لديهن معدلات مرتفعة من المشاعر السلبية مقارنة بالرجال، ويعانين مزيداً من الضغوط والتوتر والقلق، وهن أكثر تعرضاً للأزمات وأقل رضا عن حياتهن. ولكن لديهن قدرة أكبر على التعبير عن المشاعر السلبية من الرجال، وهذه القدرة تساعدهن على التخلص من الضغوط الكثيرة التي يتعرضن لها. بينما الذكور يميلون إلى إخفاء مشاعرهم، حيث أنهم تدربوا وتربوا في طفولتهم على كبت مشاعرهم في سن الرشد. (سحر فاروق علام، 2008، 445 - 446).

ففي دراسة قام بها سكوت 1980 *J. P. Scott* على 332 من الشباب والكبار (71 ذكرا، 261 أنثى). كان الهدف منها التعرف على الفروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة. تبين من نتائجها عدم وجود فروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة. (السعيد غازي محمد رزق، 1997، 135).

وفي دراستين لهويزر 1991 *E. Huebner* الأولى على 254 من طلاب وطالبات الجامعة. والثانية على 79 طفلا، أظهرت نتائجها عدم وجود فروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة. وفي دراسة قام بها كل من س. هونغ، إ. جياناكوبولوس 1994 *S. Hong & E. Giannakopoulos* على 749 استراليا من الجنسين ذوي الأعمار التالية: 17 - 22، 23 - 29، 30 - 40 سنة، جامعيين وغير جامعيين. تبين من نتائجها عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة. (السعيد غازي محمد رزق، 1999، 350).

وفي دراسة بريطانية سئل 3077 راشدا، كم من الوقت قضوه بالأمس وهم سعداء الحال؟ تبين من نتائجها عدم وجود فروق بين الرجال والنساء. لكن دراسات أخرى أجريت على المشاعر الإيجابية والسلبية، أشارت إلى أن النساء يشعرن بمشاعر سلبية بمعدلات أعلى، ولكن تواتر المشاعر الإيجابية لديهن أكثر قليلا من الرجال. (مايكل أرجايل، 1987، 215).

إن المعروف من نتائج الدراسات النفسية حول الفروق بين الجنسين في المشاعر السلبية، أن النساء يشعرن بضعف ما يشعر به الرجال من الاكتئاب، وفي مشاعر سلبية أخرى كالقلق وتوهم المرض والحزن وغيره. أما عندما تم بحث المشاعر الإيجابية والجنس، وُجد أن النساء يشعرن بمشاعر إيجابية أكثر من الرجال وبصورة ملحوظة، تتكرر أكثر وبعمق. إن الرجال، كما يقول، ستيفن كينج *S. King*، "مصنوعون من" تربة أكثر قوة وصلابة"، والنساء لديهن خبرات انفعالية حادة أكثر منهم. (مارتن سيلجمان، 2002، 57).

وتميل النساء إلى أن يخبرن الانفعالات، سواء كانت إيجابية أم سلبية، بصورة أشد في كل الأعمار. فعلى مقياس للشدة يتراوح بين 1 - 6، تسجل النساء متوسطا قدره 4.34. بينما يسجل الرجال 3.88. وتختلف الفروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة باختلاف الأعمار؛ ففي الفترة العمرية أقل من ثلاثين سنة، تكون النساء أكثر شعورا بالسعادة من الرجال، وخاصة إذا لم يكن لديهن أطفال. أما أكبر من 55 سنة، فإن الرجال يتفوقون عن النساء في الشعور بالسعادة. (مايكل أرجايل، 1987، 215).

وتبين من دراسة على 60 مسناً؛ 30 ذكراً و 30 أنثى بمصر. بلغ متوسط أعمارهم 68.52 سنة. أن الفرق في الشعور بالسعادة كان لصالح الذكور بدلالة إحصائية بلغت 0.01. (مايسة أحمد النيال، ماجدة خميس علي، 1995، 34).

وفي دراسة أجريت بمصر على 287 فرداً، منهم 169 ذكراً و 109 إناث، وكلهم من المسلمين، تراوحت أعمارهم بين 25 - 65 سنة. تبين منها عدم وجود فروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة. ووجود فروق لصالح الذكور في معنى الحياة والوجود الأفضل والوجدان الإيجابي. (عادل محمد هريدي، طريف شوقي فرج، 2002، 68).

والحقيقة أن تفوق الذكور على الإناث في الشعور بالسعادة، وفق نتائج معظم الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في الشعور بالسعادة، لا يعتبر غريباً، لأنه إذا كانت السعادة نقيض المشاعر السلبية كالاكتئاب والقلق، فإن معظم الدراسات تشير إلى تفوق الإناث عن الذكور فيها. ومن ثم يكون منطقياً أن يتفوق الذكور على الإناث في الشعور بالسعادة، وتتفوق الإناث على الذكور في الاكتئاب والقلق. (مايسة أحمد النيال، ماجدة خميس علي، 1995، 27).

الشعور بالسعادة والعمر:

حاول العديد من الباحثين دراسة الفروق بين الأفراد في معدلات الشعور بالسعادة. وافترضوا أن العوامل الاجتماعية والديمغرافية، مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية والدخل، يمكن أن تفسر الفروق الفردية في الشعور بالسعادة. وعُرف هذا الاتجاه بـ "حركة المؤشرات الاجتماعية" الذي يرى أن هناك بعض التصنيفات الاجتماعية والديمغرافية، مثل: الأشخاص المتزوجين، والأشخاص الأعلى دخلاً، والشباب الذين يكونون أكثر سعادة من غيرهم. أما الدراسات الحديثة فبدأت تشكك في صحة هذا الاتجاه، حيث أوضحت أن تأثير العوامل الاجتماعية والديمغرافية على سعادة الإنسان تأثير متواضع لا يعزى إليه سوى نسبة ضئيلة من الفروق الفردية في معدلات الشعور بالسعادة. وأُطلق على هذا الاتجاه، مصطلح "المفارقة في السعادة".

وكشفت بعض الدراسات (Batles & others 1998) أن كبار السن، لا يبدو أنهم تعساء أكثر ممن هم في منتصف العمر أو في الشباب. وذلك على الرغم من التدهور في الصحة

الجسمية، وموت الشريك والرفاق، وغير ذلك من التغيرات الموضوعية المصاحبة للتقدم في العمر. بل وذهب باحثون آخرون، إلى أنه يمكن أن يزداد الشعور بالسعادة مع الزيادة في العمر. وأرجعوا ذلك إلى التغيرات الناتجة عن العمر في تنظيم الانفعالات *Emotion regulation*. (سحر فاروق علام، 2008، 444).

ويذكر كارستينسين، تورك - تشارلز 1994 *Carstensen & Turk-Charles* أن الناس كلما تقدموا إلى مرحلة الرشد، يقومون بنقل توجهاتهم نحو المستقبل. وأما الأشخاص صغار السن، فيرون المستقبل على أنه بعيد أو مفتوح أو غير محدد إلى حد كبير. في حين يرى كبار السن المستقبل على أنه أكثر اتصالاً وأقل انفصالاً. ويؤدي ذلك إلى أن يمارس كبار السن حياتهم، وخاصة الحياة الاجتماعية نحو تعظيم الوجدان الإيجابي وتقليل الوجدان السلبي. وما ذلك إلا تنظيم للانفعالات في أواخر العمر، والذي ينبئ بتحسن معدلات السعادة. ويشبه عملية التوهين أو التلطيف المعرفي *Cognitive dampening*. التي عرضها دينر وزملاؤه 1990. بحيث يتعلم الأشخاص أن يقيدوا مدى تكرار انفعالاتهم وشدها. ويرتبط ذلك بافتراض لاوتون 1996 *Lawton* الذي يقول أن كبار السن يتعلمون التحكم في انفعالاتهم بشكل أكثر كفاءة كلما تقدم بهم العمر، ويرى أن ذلك ينتج عن كل من عوامل الشخصية والتوافق لتغيرات البيئة الاجتماعية وأحداث الحياة. (أحمد محمد عبد الخالق وآخرون، 2003، 593 - 594).

ودرس مروزيك، كولارز 1998 *Mroczek & Kolarz* 2727 شخصا من الجنسين على مدى عمري واسع يتراوح بين 25 - 74 سنة. بهدف فحص تأثير العمر على السعادة، كما تعرف بالوجدان الإيجابي والوجدان السلبي. ودرسا العلاقة بين السعادة والعمر بعد التحكم في عدد كبير من التأثيرات الشخصية والاجتماعية. وظهر أن الرجال يتفاعل لديهم العمر مع متغيرين أساسيين في التنبؤ بالسعادة وهما: الانبساط والحالة الزوجية. وأما لدى النساء فقد ظهر أن العمر يرتبط بالوجدان الإيجابي ارتباطا غير خطي، ولكنه لا يرتبط بالوجدان السلبي. وظهر بوجه عام أن كبار السن أكثر سعادة (بمنظور الوجدان الإيجابي). (أحمد محمد عبد الخالق وآخرون، 2003، 593 - 594).

ولكن مارتن بينكوارت 2001 *M. Pinkuart* أجرى تحليلا بعديا لـ 125 دراسة على الفروق العمرية في الوجدان الإيجابي والوجدان السلبي وتوازن الوجدان، فوجد تدهورا بسيطا مرتبطا

بالتقدم في العمر في كل من الوجدان الإيجابي وتوازن الوجدان، وزيادة بسيطة للوجدان السلبي مرتبطة في التقدم في العمر. كما ظهر تدهور كبير لدى كبار السن في الوجدان الإيجابي، وزيادة قوية في الوجدان السلبي. وظهرت النتيجة الأخيرة بجلاء أكثر لدى كبار السن في دول أوروبا الشرقية، التي كانت شيوعية سابقا، وتم تفسير ذلك بالصعوبات الاقتصادية وفقد الأحياء. (أحمد محمد عبد الخالق وآخرون، 2003، 594).

وأظهرت دراسات أخرى، أن العمر في الثلاثين والأربعين، هو أكثر فترات الحياة سعادة بالنسبة لمعظم الناس. ويبدو أن ما يصاحب هذه السنوات من تكوين الأسرة وبداية المسؤوليات الاجتماعية المصاحبة لمرحلة النضج، يجلب السعادة القصوى للإنسان. ولكن بعد مضي هذه المرحلة تبدأ معدلات السعادة في الانخفاض، ويستمر في الخمسين، وينتهي عند الوصول إلى سن 65 الذي وجد أنه بشكل عام أقل مراحل العمر سعادة. (سحر فاروق علام، 2008، 445).

إلا أن ميرز، ديزر 1995 يريان أنه ليست هناك مرحلة عمرية معينة نستطيع أن نصفها بالسعيدة أو غير السعيدة، إذ في كل مرحلة عمرية يوجد السعداء وغير السعداء. ويرى ميرز 2000 أن الانفعالات تتغير مع النمو والنضج، وكذلك العوامل المرتبطة بالسعادة تتغير في مراحل العمر المختلفة. فالسعادة لدى المسنين ترتبط بصورة أكبر بالرضا عن الصحة الجسمية وعن العلاقات الاجتماعية أكثر من ارتباطها بالحالة الاقتصادية. (نادية سراج جان، 2008، 606 - 607).

وبينت دراسة على 1420 مواطنا كويتيا من الجنسين؛ منهم 719 ذكرا و 701 أنثى. تراوحت أعمارهم بين 15 - 61 سنة. وباستعمال تحليل التباين واختبار شيفي *Scheffe* للمقارنات البعدية بين المتوسطات، تبين أن الذكور أكبر من ثلاثين سنة أكثر سعادة من الذكور أصغر من ثلاثين سنة. وكانت نفس هذه الفروق بالنسبة لعينات الإناث. (أحمد محمد عبد الخالق وآخرون، 2003، 596 - 601).

وتبين من مراجعة نتائج دراسات عديدة، أن الشباب ينبئ دائما بالسعادة. لكن تبين من دراسة قام بها شموتكين 1990 *Shmotkin* أن المسنين يظهرون تناقصا في السعادة العامة. وتوصل فينهوفن، أوكما 1996 *Okma* إلى وجود تناقص في الوجدان الإيجابي في مرحلة الرشد، وعدم وجود تناقص في الرضا عن الحياة. (عادل محمد هريدي، طريف شوقي فرج، 2002، 56 - 57).

وفيما يتعلق بتفاعل العمر مع الجنس، بينت دراسة جوبيبرت 1992 *Joubert*، أن الإناث الأصغر سناً أكثر شعوراً بالسعادة، ولهن توقعات كبيرة لحياتهن الشخصية، ويتوقعن أن يعشن حياة طويلة. أما المسنات فنتيجة لارتفاع مشاعر قلق الموت لديهن، فإن ذلك يسهم في تقليل مشاعر السعادة لدى العديد منهن. (عادل محمد هريدي، طريف شوقي فرج، 2002، 57).

يشير أرجايل إلى أنه لا يتغير الشعور بالسعادة مع العمر. ويعتمد التغير على طبيعة أداة القياس المستعملة. فإذا كان التركيز على قياس الشعور بالرضا والتقدير العقلي للهناء، تظهر زيادة مؤكدة مع التقدم في العمر. وفي دراسة ويلسون 1980 *Wilson* التي كانت تسأل أفراداً تتراوح أعمارهم بين 16 وأكثر من 65 سنة، عما إذا كانوا قد "شعروا بسعادة غامرة أمس". تبين وجود زيادة مطردة في الشعور بالسعادة، كما يبينها الجدول رقم (1).

العمر (النسبة المئوية)				العينات بالأعمار
24 - 16	44 - 25	64 - 45	65 - +	
19 %	22 %	28 %	35 %	كل الوقت
38 %	39 %	30 %	25 %	معظم الوقت

لكن هناك مشكلة تتعلق بهذا النوع من الدراسات، وهي أن ما يبدو فروقا عمرية، ربما يكون في حقيقته فروقا بين الأجيال، أو بين أناس تربوا في فترات تاريخية مختلفة. وتحل المشكلة بإجراء دراسات طولية لنفس الأفراد وهم في أعمار مختلفة. ورغم هذا توجد دراسات عديدة أجريت في أوقات مختلفة وفي بلدان مختلفة، بينت وجود فروق عمرية في الشعور بالسعادة، مما يعطي ثقة في أن هذه الفروق ربما كانت فروقا حقيقية. (مايكل أرجايل، 1987، 205 - 206).

ويورد سيلجمان دراسة أجريت على 60 ألف ناضج من 40 دولة. قسمت السعادة إلى ثلاثة مكوّنات هي: الرضا عن الحياة، التأثيرات السارة، التأثيرات غير السارة. فتبين أن الرضا عن الحياة يزداد قليلا مع التقدم في العمر، والتأثيرات السارة تنخفض قليلا، والتأثيرات غير

السارة لا تتغير. إن الذي يتغير مع التقدم في العمر، هو كثافة مشاعرنا. فكل من الشعور بأنك "على قمة العالم"، وأنتك "في أعماق اليأس"، يصبح أقل حدوثاً بتقدم السن والخبرة. (مارتن سيلجمان 2002، 58).

نستنتج من نتائج الدراسات السابقة أن العلاقة بين الشعور بالسعادة والعمر، علاقة مركبة. وقد اختلفت نتائج الدراسات بشأنها. إلا أن اللافت للانتباه، أن هناك عدداً من الدراسات توصل إلى أن التقدم في العمر لا يرتبط دائماً بانخفاض معدلات السعادة.

أسئلة الدراسة:

تحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية.

- 1) ما معاملات الصدق التمييزي والاتصافي والتعارضى لقائمة السعادة الحقيقية على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية.
- 2) ما معاملات الثبات بطريقة إعادة تطبيق القائمة وطريقة حساب ألفا لكرونباخ لقائمة السعادة الحقيقية على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية.
- 3) ما المعايير التائية لدرجات قائمة السعادة الحقيقية على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية.
- 4) ما الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات السعادة الحقيقية على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية.

الإجراءات الميدانية لتقنين قائمة السعادة الحقيقية على البيئة الجزائرية

التعريف بقائمة السعادة الحقيقية: أعد هذه القائمة في الأصل السيكولوجيان الأمريكيان مارتن سيلجمان، كريستوفر بترسون. ونشرها سيلجمان في كتابه السعادة الحقيقية *Authentic Happiness*. (مارتن سيلجمان، 2002، 140 - 158). ترجمة مكتبة جرير - الرياض - المملكة العربية السعودية.

تتكوّن قائمة السعادة الحقيقية من 48 بنداً ، تقيس 6 فضائل أو قُوى إنسانية. هي.

(1) الحكمة والمعرفة: وتتضمن ست فضائل أو قُوى إنسانية وهي: الفضول ، حب التعلم، الرأي والتقدير، البراعة والإبداع، الذكاء الاجتماعي، المنظور. وتقاس كل فضيلة ببنتين. ومجموعها 12 بنداً. وأرقامها من 1 . 12. وتتراوح الدرجة عليها بين صفر . 36

(2) الشجاعة: وتتضمن ثلاث فضائل أو قُوى إنسانية وهي: البسالة، المثابرة، الاستقامة. وتقاس كل فضيلة ببنتين. ومجموعها 6 بنود. وأرقامها من 13 . 18. وتتراوح الدرجة عليها بين صفر . 18

(3) الحب والإنسانية: وتتضمن اثنتين من الفضائل أو القُوى الإنسانية وهما: الطيبة والكرم، منح الحب وتلقيه. وتقاس كل فضيلة ببنتين. ومجموعها 4 بنود. وأرقامها من 19 . 22. وتتراوح الدرجة عليها بين صفر . 12

(4) العدل والإنصاف: وتتضمن ثلاث فضائل أو قُوى إنسانية وهي: المواطنة ، الإنصاف، القيادة. وتقاس كل فضيلة ببنتين. ومجموعها 6 بنود. وأرقامها من 23 . 28. وتتراوح الدرجة عليها بين صفر . 18

(5) الاعتدال وضبط الذات: وتتضمن ثلاث فضائل أو قُوى إنسانية وهي: ضبط الذات، الحصافة والتعقل، التواضع. وتقاس كل فضيلة ببنتين. ومجموعها 6 بنود. وأرقامها من 29 . 34. وتتراوح الدرجة عليها بين صفر . 18.

(6) السمو والروحانية: وتتضمن سبع فضائل أو قُوى إنسانية وهي: تقدير الجمال، الامتتان، الأمل، الروحانية، الصفح، روح الدعابة، الحيوية. وتقاس كل فضيلة ببنتين. ومجموعها 14 بنداً. وأرقامها من 35 . 48. وتتراوح الدرجة عليها بين صفر . 42.

ويجاب عن كل البنود ضمن أربعة بدائل (اختيارات) هي: لا، قليلاً، متوسطاً، كثيراً. وتقال الدرجات من 0 - 3. وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للقائمة من صفر إلى 144. وارتفاع الدرجة يعني ارتفاع الفضائل والقُوى الإنسانية، وبالتالي مشاعر السعادة الحقيقية.

عينة التقنين:

تكونت العينة من 554 فردا؛ منهم 269 ذكور و 285 إناث. تراوحت أعمار عينة الذكور بين 15 - 56 سنة. بمتوسط حسابي قدره 27.05 سنة وانحراف معياري قدره 6.25 سنة. وتراوحت أعمار الإناث بين 15 - 52 سنة. بمتوسط حسابي قدره 23.65 سنة وانحراف معياري قدره 5.87 سنة. وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن كليات جامعة الحاج لخضر - باتنة، وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة. تم تطبيق قائمة السعادة الحقيقية، من قبل الباحث شخصيا. واستغرقت عملية التطبيق من شهر أكتوبر 2010 إلى شهر جوان 2011.

الخصائص السيكومترية لقائمة السعادة الحقيقية على عينة هذه الدراسة.

الصدق: تم حساب معامل الصدق بثلاث طرق:

(1) الصدق التمييزي:

عينة الذكور: لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية. حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طريقتين الدرجات لعينة الذكور، حجم كل عينة يساوي 61 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن = 225).

والجدول رقم (5) يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور.

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن = 61		العينة العليا ن = 61		المتغيرات
	ع	م	ع	م	
❖❖❖26.68	3.24	17.10	2.16	30.44	الحكمة والمعرفة
❖❖❖23.71	2.04	9.92	0.65	16.56	الشجاعة
❖❖❖25.86	1.47	5.52	0.77	10.95	الحب والإنسانية
❖❖❖21.50	1.82	7.78	2.34	15.95	العدالة والإنصاف
❖❖❖30.89	1.67	6.10	1.41	14.75	الاعتدال وضبط النفس
❖❖❖29.48	2.78	22.72	2.26	36.28	السمو والروحانية
❖❖❖31.82	7.81	77.13	6.47	118.82	الدرجة الكلية

❖❖❖ قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في الجدول رقم (2) أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في السعادة الحقيقية. مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور.

عينة الإناث: تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طريقي الدرجات لعينة الإناث،

حجم كل عينة يساوي 44 مفحوصة بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن = 164).

والجدول رقم (6) يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث.

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن = 44		العينة العليا ن = 44		المتغيرات
	ع	م	ع	م	
❖❖❖27.04	2.49	17.36	1.82	30.07	الحكمة والمعرفة
❖❖❖22.07	1.58	10.36	0.78	16.32	الشجاعة
❖❖❖24.04	1.47	5.48	0.64	11.25	الحب والإنسانية
❖❖❖19.37	2.25	7.61	1.29	15.36	العدالة والإنصاف
❖❖❖19.64	1369	6.52	1.74	13.79	الاعتدال وضبط النفس
❖❖❖21.56	3.51	22.64	1.65	35.36	السمو والروحانية
❖❖❖21.81	10.45	77.05	5.05	115.66	الدرجة الكلية

❖❖❖ قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في الجدول رقم (3) أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين

والمنخفضين في السعادة الحقيقية، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الإناث.

(2) الصدق الاتفاقي:

لحساب هذا النوع من الصدق، تم تطبيق قائمة السعادة الحقيقية مع قائمة الرضا عن

الحياة (مجدي محمد الدسوقي، 1998، 173 - 176). واستبيان السعادة (مايسة أحمد النيال،

ماجدة خميس علي، 1995، 32). واستبيان التفاضل (بدر محمد الأنصاري، 2002، 287).

واستبيان الأمل من إعداد سي. ر. سنايدر *C. R. Snyder* (أحمد محمد عبد الخالق، 2004،

189). واستبيان الشكر والامتنان من إعداد: مايكل ماكولوف، روبرت إيمونز (مارتن

سيلجمان، 2002، 70 - 71). واستبيان التدين بالإسلام (بشير معمريّة، غير منشور). وقائمة تقدير الذات (حسين عبد العزيز الدريني، محمد أحمد سلامة، د.ت).

ويبين الجدول رقم (4) معاملات الارتباط بين السعادة الحقيقية وكل من الرضا عن الحياة، والسعادة، والتفاؤل، والأمل، والشكر والامتنان، والتدين بالإسلام، وتقدير الذات.

المتغيرات	جنس العينات	حجم العينات	معاملات الصدق
السعادة الحقيقية	الرضا عن الحياة	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.650 ❖❖0.621 ❖❖0.643
	السعادة	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.542 ❖❖0.586 ❖❖0.561
	التفاؤل	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.480 ❖❖0.559 ❖❖0.501
	الأمل	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.603 ❖❖0.625 ❖❖0.597
	الشكر والامتنان	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.316 ❖❖0.625 ❖❖0.394
	التدين بالإسلام	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.619 ❖❖0.521 ❖❖0.565
	تقدير الذات	ذكور إناث ذكور وإناث	❖❖0.324 ❖❖0.579 ❖❖0.347

❖❖ دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق الاتفاقي في الجدول رقم (4) أن قائمة السعادة الحقيقية تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

(3) الارتباطات بين أبعاد السعادة الحقيقية والدرجة الكلية.

تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والدرجات على الأبعاد الستة للسعادة الحقيقية.

1. معاملات الارتباط لكل جنس على حدة: ويبين الجدول رقم (5) معاملات الارتباط بين

أبعاد السعادة الحقيقية والدرجة الكلية. ويمثل المثلث العلوي عينة الذكور ن = 269، بينما يمثل المثلث السفلي عينة الإناث ن = 285.

م	1	2	3	4	5	6	7
1	-	0.781	0.648	0.592	0.724	0.628	0.704
2	0.671	-	0.442	0.435	0.527	0.456	0.459
3	0.567	0.402	-	0.346	0.454	0.342	0.343
4	0.541	0.336	0.308	-	0.446	0.290	0.356
5	0.667	0.488	0.396	0.449	-	0.391	04.38
6	0.506	0.210	0.333	0.273	0.348	-	0.362
7	0.717	0.517	0.386	0.367	0.448	0.362	-

تكون معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 عند أكثر من 0.148. وعند

مستوى 0.05 عند أكثر من 0.113. (فؤاد البهي السيد، 1978، 65).

2. معاملات الارتباط للعيينة الكلية: ويبين الجدول رقم (6) معاملات الارتباط بين الأبعاد

السته والدرجة الكلية للسعادة الحقيقية للعيينة الكلية ن = 554.

م	1	2	3	4	5	6	7
1	-	0.724	0.605	0.564	0.694	0.565	0.711
2		-	0.424	0.385	0.507	0.333	0.488
3			-	0.328	0.424	0.332	0.365
4				-	0.448	0.278	0.362
5					-	0.367	0.443
6						-	0.361
7							-

تكون معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 عند أكثر من 0.115. وعند

مستوى 0.05 عند أكثر من 0.088. (فؤاد البهي السيد، 1978، 65).

وفيما يلي المتغيرات بأرقامها التي تشير إليها في الجدولين رقمي (21، 22).

(1) الدرجة الكلية.

(2) الحكمة والمعرفة.

(3) الشجاعة.

(4) الحب والإنسانية.

(5) العدل والإنصاف.

(6) الاعتدال وضبط الذات.

(7) السمو والروحانية.

(4) الصدق التعارضي:

ولحساب الصدق التعارضي، تم تطبيق قائمة السعادة الحقيقية مع استبيان القلق (أحمد محمد عبد الخالق، 2000، 41). وقائمة بيك الثانية للاكتئاب (غريب عبد الفتاح غريب، 2000، 9-10).
ويبين الجدول رقم (7) معاملات الارتباط بين قائمة السعادة الحقيقية ومتغيري القلق والاكتئاب.

معاملات الصدق	حجم العينات	جنس العينات	المتغيرات	
❖❖0.301 -	82	ذكور	القلق	السعادة الحقيقية
❖❖0.343 -	70	إناث		
❖❖0.328 -	152	ذكور وإناث		
❖❖0.325 -	24	ذكور	الاكتئاب	
❖❖0.414 -	31	إناث		
❖❖0.373 -	55	ذكور وإناث		

❖❖ دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق التعارضي في الجدول رقم (7) أن قائمة السعادة الحقيقية، تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

الاثبات:

تم حساب الثبات بطريقتين:

(1) طريقة إعادة تطبيق الاختبار.

(2) معامل ألفا.

عينة الذكور: كان حجم العينة التي تم استخراج معاملات الثبات للاستفتاء عليها يساوي

269 فردا.

ويبين الجدول رقم (8) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا

لكرونباخ لعينة الذكور.

معامل الثبات	نوع العينة	نوع معامل الثبات
❖❖0.628	(1) الدرجة الكلية.	طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)
❖❖0.723	(2) الحكمة والمعرفة.	
❖❖0.710	(3) الشجاعة.	
❖❖0.689	(4) الحب والإنسانية.	
❖❖0.741	(5) العدل والإنصاف.	
❖❖0.679	(6) ضبط الذات	
❖❖0.694	(7) السمو والروحانية.	
0.821	(1) الدرجة الكلية.	معامل ألفا لكرونباخ
0.848	(2) الحكمة والمعرفة.	
0.820	(3) الشجاعة.	
0.776	(4) الحب والإنسانية.	
0.782	(5) العدل والإنصاف.	
0.810	(6) ضبط الذات	
0.715	(7) السمو والروحانية.	

❖❖ دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

عينة الإناث: كان حجم العينة التي تم استخراج معاملات الثبات للاستفتاء عليها يساوي

285 فردا.

وبين الجدول رقم (9) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا

لكروناخ لعينة الإناث.

معامل الثبات	نوع العينة	نوع معامل الثبات
❖❖0.662	(1) الدرجة الكلية.	طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)
❖❖0.693	(2) الحكمة والمعرفة.	
❖❖0.676	(3) الشجاعة.	
❖❖0.655	(4) الحب والإنسانية.	
❖❖0.621	(5) العدل والإنصاف.	
❖❖0.651	(6) ضبط الذات	
❖❖0.687	(7) السمو والروحانية.	
0.829	(1) الدرجة الكلية.	معامل ألفا لكروناخ
0.767	(2) الحكمة والمعرفة.	
0.839	(3) الشجاعة.	
0.789	(4) الحب والإنسانية.	
0.811	(5) العدل والإنصاف.	
0.823	(6) ضبط الذات	
0.767	(7) السمو والروحانية.	

❖❖ دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة السعادة الحقيقية، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

طريقة تطبيق القائمة وتصحيحه وتقدير درجة المفحوص:

تم تطبيق قائمة السعادة الحقيقية في الحصوص الدراسية، سواء لطلاب الجامعة أم لطلاب التكوين المهني. أما بالنسبة للموظفين فقد أجابوا على الاستبيانات في مكاتبهم. وكان عدد المفحوصين في كل تطبيق يتراوح بين 12 و 58 فردا. مما جعل الباحث يتحكم في العملية من حيث مراقبته لفهم أفراد العينة لتعليمات القائمة وطريقة الإجابة عن بنودها. وكان يطلب منهم أن يسجلوا إجاباتهم بكل اهتمام وجدية، لأن ذلك سيفيد في صدق وموضوعية هذه الدراسة. وكان الوقت المستغرق في كل جلسة للإجابة على قائمة السعادة الحقيقية والاستبيانات التي طبقت معها لحساب الصدق الاتفاقي والتعاضدي والثبات، يتراوح بين 15 - 30 دقيقة.

أما بالنسبة لطريقة تصحيح القائمة، فقد سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من 48 بندا يجب عنها ضمن أربعة بدائل أو اختيارات هي: لا وتقال صفرا، قليلا وتقال درجة واحدة، متوسطا وتقال درجتين، كثيرا وتقال ثلاث درجات.

وتنص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة، يطلب من المفحوص أن يضع علامة X تحت واحد من الاختيارات السابقة وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليه. وتتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين صفر (لا يوجد شعور بالسعادة الحقيقية) و 144 (أقصى شعور بالسعادة الحقيقية). أما الدرجات الفعلية فقد تراوحت عند عينة الذكور بين 55 - 131 درجة. وعند الإناث تراوحت بين 33 - 135 درجة.

مجالات استعمال القائمة:

بطبيعة الحال، يعتبر البحث النفسي هو المجال الأول لاستعمال هذه القائمة. أما بالنسبة لاستعمالها كأداة تشخيص، فإنه من الممكن جدا أن تستعمل كأداة تشخيص وفق الاتجاه

الإيجابي لعلم النفس، خاصة إذا قام بذلك شخص متدرب على تشخيص السعادة الحقيقية خاصة، وله خبرة جيدة في القياس النفسي.

المعايير* .

1) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

1. تم حساب المتوسط الحسابي بالمعادلة التالية:

$$\bar{M} = \frac{\text{مجموع س}}{ن}$$

م = المتوسط الحسابي، مجموع = س = الدرجة، ن = عدد أفراد العينة.

2. تم حساب الانحراف المعياري بالمعادلة التالية:

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مجموع س}^2}{ن} - \bar{M}^2}$$

ع = الانحراف المعياري، مجموع = س = الدرجة، ن = عدد أفراد العينة، م = المتوسط الحسابي

الجدول رقم (10) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقا للجنس.

* تستعمل الدرجات المعيارية التائية في مقارنة درجة فرد بغيره ممن في مثل جنسه أو سنه أو مستواه التعليمي. ولكنها لا تستعمل إطلاقا في حال إجراء البحوث، حيث تستعمل الدرجات الخام التي حصل عليها المفحوصون على أدوات القياس التي أجابوا عن بنودها.

عينة الذكور:

الجدول رقم (10) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقا لعينة الذكور.

الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	المتغيرات	حجم العينة	المدى العمري
5.26	24.06	الحكمة والمعرفة	269	49 - 15
2.32	13.46	الشجاعة		
2.17	8.46	الحب والإنسانية		
3.31	12.07	العدالة والإنصاف		
3.39	10.54	الاعتدال وضبط النفس		
5.24	29.70	السمو والروحانية		
16.14	98.44	القائمة ككل		

عينة الإناث:

الجدول رقم (11) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقا لعينة الإناث.

الانحرافات المعيارية	المتوسطات الحسابية	المتغيرات	حجم العينة	المدى العمري
5.09	23.99	الحكمة والمعرفة	285	46 - 15
2.47	13.54	الشجاعة		
2.44	8.56	الحب والإنسانية		
3.15	11.49	العدالة والإنصاف		
3.04	10.21	الاعتدال وضبط النفس		
5.30	29.68	السمو والروحانية		
15.92	96.91	القائمة ككل		

(2) الدرجات المعيارية التائية: تم حساب الدرجات المعيارية التائية بالمعادلة التالية:

$$\text{الدرجة المعيارية التائية} = \frac{س - م}{ع} \times 10 + 50$$

س = الدرجة، م = المتوسط الحسابي، ع = الانحراف المعياري، 10 انحراف معياري

جديد، 50 متوسط حسابي جديد.

عينة الذكور:

يبين الجدول رقم (12) الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الذكور ن = 269.

درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام
59	113	40	82	21	51	1	20
60	114	40	83	21	52	2	21
60	115	41	84	22	53	3	22
61	116	42	85	23	54	3	23
62	117	42	86	23	55	4	24
62	118	43	87	24	56	5	25
63	119	44	88	24	57	5	26
63	120	44	89	25	58	6	27
64	121	45	90	26	59	6	28
65	122	45	91	26	60	7	29
65	123	46	92	27	61	8	30
66	124	47	93	27	62	8	31
66	125	47	94	28	63	9	32
67	126	48	95	29	64	10	33
68	127	49	96	29	65	10	34
68	128	49	97	30	66	11	35
69	129	50	98	31	67	11	36
70	130	51	99	31	68	12	37
70	131	51	100	32	69	13	38
71	132	52	101	32	70	13	39
72	133	52	102	33	71	14	40
72	134	53	103	34	72	14	41
73	135	54	104	34	73	15	42
73	136	54	105	35	74	16	43
74	137	55	106	36	75	16	44
75	138	56	107	36	76	17	45
75	139	56	108	37	77	18	46
76	140	57	109	37	78	18	47
77	141	57	110	50	79	19	48
77	142	58	111	39	80	19	49
78	143	58	112	39	81	20	50
78	144						

عينة الإناث:

يبين الجدول رقم (13) الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الإناث ن = 285.

درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام
61	114	42	83	22	51	1	19
62	115	42	84	22	52	2	20
63	116	43	85	23	53	2	21
63	117	44	86	24	54	3	22
64	118	44	87	24	55	3	23
65	119	45	88	25	56	4	24
65	120	46	89	25	57	5	25
66	121	46	90	26	58	5	26
66	122	47	91	27	59	6	27
67	123	47	92	37	60	6	28
68	124	48	93	28	61	7	29
68	125	48	94	29	62	8	30
69	126	49	95	29	63	8	31
70	127	49	96	30	64	9	32
70	128	50	97	30	65	10	33
71	129	51	98	31	66	11	34
71	130	52	99	34	67	12	35
72	131	53	100	32	68	12	36
73	132	53	101	33	69	13	37
73	133	54	102	34	70	14	38
74	134	54	103	34	71	14	39
75	135	55	104	35	72	15	40
75	136	56	105	35	73	15	41
76	137	56	106	36	74	16	42
76	138	57	107	50	75	17	43
77	139	58	108	37	76	17	44
77	140	58	109	38	77	18	45
78	141	59	110	39	78	18	46
78	142	59	111	39	79	19	47
79	143	60	112	40	80	20	48
80	144	61	113	41	81	20	49
				41	82	21	50

تحديد مستويات السعادة الحقيقية :

حدد الباحث أربع مستويات السعادة الحقيقية مستعملا الدرجات الخام و الدرجة المعيارية التائية كما يلي.

عينة الذكور:

يبين الجدول رقم (14) الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات السعادة الحقيقية لعينة

الذكور ن = 269.

مستويات السعادة الحقيقية	الدرجة المعيارية التائية	الدرجة الكلية الخام
السعادة الحقيقية منخفضة	40 - 1	82 - 20
السعادة الحقيقية متوسطة	60 - 41	114 - 83
السعادة الحقيقية مرتفعة	78 - 60	144 - 115

عينة الإناث:

يبين الجدول رقم (15) الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات السعادة الحقيقية لدى عينة

الإناث ن = 285.

مستويات السعادة الحقيقية	الدرجة المعيارية التائية	الدرجة الكلية الخام
السعادة الحقيقية منخفضة	40 - 1	83 - 19
السعادة الحقيقية متوسطة	59 - 41	114 - 84
السعادة الحقيقية مرتفعة	78 - 60	144 - 115

المراجع:

- 1- أحمد محمد عبد الخالق (2000). الدراسة التطورية للقلق. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 2- أحمد محمد عبد الخالق (2004). الصيغة العربية لمقياس "سنيدر" للأمل. دراسات نفسية المجلد الرابع عشر العدد الثاني. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).

- 3 - أحمد محمد عبد الخالق وآخرون (2003). معدلات السعادة لدى عينات عمرية مختلفة من المجتمع الكويتي. دراسات نفسية، المجلد الثالث عشر العدد الرابع. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
- 4 - أحمد محمد عبد الخالق، صلاح أحمد مراد (2001). السعادة والشخصية: الارتباطات والمنبئات. دراسات نفسية، المجلد الحادي عشر العدد الثالث. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
- 5 - السعيد غازي محمد رزق (1997). تطلعات الشباب من الجنسين نحو الشعور بالسعادة ومجالات التعبير عنها. مجلة التربية، العدد السادس والستون. القاهرة، جامعة الأزهر.
- 6 - السعيد غازي محمد رزق (1999). الفروق في البنية العاملية للشعور بالسعادة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية. مجلة التربية، العدد الثاني والثمانون. القاهرة، جامعة الأزهر.
- 7 - بدر محمد الأنصاري (2002). المرجع في مقاييس الشخصية، تقنين على المجتمع الكويتي. الكويت، دار الكتاب الحديث.
- 8 - حسين عبد العزيز الدريني، محمد أحمد سلامة، عبد الوهاب محمد كامل (د. ت). مقياس تقدير الذات. القاهرة، دار الفكر العربي.
- 9 - زكريا الشربيني (1995). الإحصاء وتصميم التجارب في الدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 10 - سحر فاروق علام (2008). معدلات السعادة الحقيقية لدى عينة من طلاب المرحلتين الإعدادية والثانوية. دراسات نفسية، المجلد الثامن عشر العدد الثالث. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
- 11 - عادل محمد هريدي، طريف شوقي فرج (2003). مصادر ومستويات السعادة المدركة في ضوء العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتدين وبعض المتغيرات الأخرى. مجلة علم النفس، العدد الواحد والستون. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

12. غريب عبد الفتاح غريب (2000). مقياس الاكتئاب (د - 2): التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير والدرجات الفاصلة. الطبعة الأولى. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
13. فؤاد البهي السيد (1978). الجداول الإحصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخرى. القاهرة، دار الفكر العربي.
14. كمال إبراهيم مرسى (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية، سلوك الفرد في الإسلام وعلم النفس. الجزء الأول. القاهرة، دار النشر للجامعات.
15. مارتن سيلجمان (2002). السعادة الحقيقية، استخدام علم النفس الإيجابي الحديث لتحقيق أقصى ما يمكنك من الإشباع الدائم. الرياض، مكتبة جرير.
16. مايسة أحمد النبال، ماجدة خميس علي (1995). السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات. مجلة علم النفس، العدد السادس والثلاثون. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
17. مايكل أرجايل (1987). سيكولوجية السعادة. ترجمة: فيصل عبد القادر يونس. مراجعة: شوقي جلال (1993). سلسلة عالم المعرفة، العدد 175. الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
18. مجدي محمد الدسوقي (1998). دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثامن العدد العشرون. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
19. محمد نجيب أحمد الصبوة (2008). علم النفس الإيجابي، تعريفه وتاريخه وموضوعاته، والنموذج المقترح له. مجلة علم النفس، العدد (76 - 79) أكتوبر 2007 - أكتوبر 2008. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
20. نادية سراج جان (2008). الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدين والدعم الاجتماعي والتوافق الزوجي والمستوى الاقتصادي والحالة الصحية. دراسات نفسية، المجلد الثامن عشر العدد الرابع. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).

الملحق:

قائمة السعادة الحقيقية

إعداد: مارتن سيلجمان كريستوفر بترسون

M. Seligman & C. Peterson

العمر.....الجنس.....المهنة.....

المستوى التعليمي.....التخصص العلمي.....

تعليمات

تتحدث العبارات التالية عن أسلوبك في التفكير وفي نظرتك إلى الحياة وإلى العالم من حولك. اقرأها جيدا ثم أجب عنها بوضع علامة X تحت كلمة لا أو قليلا أو متوسطا أو كثيرا، وذلك حسب انطباق العبارة عليك.

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1. أنا دائم الفضول والاطلاع لأتعرف على ما يحيط بي
2. يسهل عليّ أن أشعر بالحيوية والاهتمام
3. أشعر بالحيوية والاهتمام كلما تعلمت شيئا جديدا
4. أحب زيارة أي أماكن أتعلم منها مثل المكتبات والمعارض والمتاحف وغيرها
5. يمكن أن أصبح شديد المنطقية والعقلانية إذا تطلب الأمر ذلك
6. أميل إلى تسيير الأمور واتخاذ القرارات فيها بعد تفكير ودراسة

....	....	....	....	7. أحب التفكير في طرق جديدة للتعامل مع الأشياء
....	....	....	....	8. أنا أكثر من معظم أصدقائي في القدرة على استعمال خيالي
....	....	....	....	9. لدي القدرة على التوافق (التكيف) مهما كان الموقف الاجتماعي الذي أكون فيه
....	....	....	....	10. أنا ماهر في معرفة مشاعر الآخرين
....	....	....	....	11. أنظر إلى الأشياء نظرة كاملة وشاملة من جميع الجوانب
....	....	....	....	12. يلجأ إليّ الناس طلباً للنصح
....	....	....	....	13. لدي القدرة على مواجهة المعارضين لي
....	....	....	....	14. تساهم السعادة والرضا في إظهار أفضل ما لديّ
....	....	....	....	15. إنني أنهي دائماً ما أبدؤه
....	....	....	....	16. أهتم وأركز عندما أبدأ العمل
....	....	....	....	17. أحافظ على وعودي وعهودي
....	....	....	....	18. أصدقائي يقولون عني أنني شخص واقعي
....	....	....	....	19. أتطوع لمساعدة جيراني
....	....	....	....	20. أفكر في مصلحة الآخرين مثلما أفكر في مصلحتي
....	....	....	....	21. هناك أشخاص يهتمون بمشاعري وسعادتي بقدر

				ما يهتمون بأنفسهم
....	....	....	....	22. لدي القدرة على منح المحبة للآخرين وتلقيها منهم
....	....	....	....	23. أعمل بأفضل ما أستطيع عندما أكون في جماعة
....	....	....	....	24. أعامل الناس بالعدل والإنصاف بغض النظر عن يكونون
....	....	....	....	25. يمكن لي أن أضحى بمصلحتي من أجل مصلحة الجماعة التي أنتمي إليها
....	....	....	....	26. أعامل الناس بعدل وإنصاف سواء أحبهم أو أكرههم
....	....	....	....	27. أستطيع أن أجعل الناس يقومون بالعمل دون تعب
....	....	....	....	28. أنا ماهر في تخطيط الأنشطة الجماعية
....	....	....	....	29. أستطيع التحكم في انفعالاتي
....	....	....	....	30. لدي القدرة على التوقف عن أي تصرف إذا كان يجب عليّ ذلك
....	....	....	....	31. من طبيعتي أن أتجنب الأنشطة البدنية الخطيرة
....	....	....	....	32. اختياراتي ناجحة فيما يتعلق بالأصدقاء والعلاقات الاجتماعية بصفة عامة
....	....	....	....	33. أتجنب الحديث في الموضوعات التي تجلب ليّ مدح الناس
....	....	....	....	34. أتجنب الحديث عن إنجازاتي

....	....	....	....	35. أتأثر إعجابا بالموسيقى العذبة والفن الجميل
....	....	....	....	36. أنجزت فيما سبق أعمالا جيدة وممتازة
....	....	....	....	37. من عاداتي أن أوجه الشكر حتى على الأشياء الصغيرة
....	....	....	....	38. من عاداتي أن أحصي ما لدي من أشياء أملكها
....	....	....	....	39. أنظر باستمرار إلى الجانب المشرق والجميل في الحياة
....	....	....	....	40. عندما أنوي فعل شيء أخطط له بعناية
....	....	....	....	41. أشعر أن حياتي لها معنى واضح
....	....	....	....	42. أعرف أن لي هدفا في هذه الحياة
....	....	....	....	43. عندما أفكر في الماضي اعتبره ماضيا وأنساه
....	....	....	....	44. أصفح وأتسامح وأتجنب الانتقام
....	....	....	....	45. بإمكانني مزج الجد بالهزل
....	....	....	....	46. من طبيعتي أن أقول نكتا وأشياء مضحكة
....	....	....	....	47. أركز بكل جوارحي فيما أعمله
....	....	....	....	48. أنا شخص مرتفع الدافعية وقوي الحماس

التدريب التحصيني ضد الضغوط

كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكينبوم Meichenbaum

حدة يوسف

قسم علم النفس

جامعة الطاج لخضر-باتنة-الجزائر

ملخص:

يتطرق هذا المقال إلى أسلوب علاجي حديث لاقى رواجاً واهتماماً كبيرين في السنوات القليلة الماضية وهو التدريب التحصيني ضد الضغوط أو التدريب التطعيمي ضد التوتر كما يطلق عليه البعض، ويندرج هذا الأسلوب العلاجي ضمن الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية والتي تجمع في استخدامها بين الفنيات السلوكية والمعرفية والانفعالية، والتدريب التحصيني ضد الضغوط لدونالد مكينبوم يعتمد على تزويد الفرد بمجموعة من مهارات المواجهة التي يستخدمها في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ويتم تدريب الأفراد على هذه الفنية العلاجية من خلال ثلاث مراحل أساسية وهي:

1- مرحلة التصور العقلي، أو تكوين المفاهيم.

2- مرحلة اكتساب مهارات المواجهة.

3- مرحلة التطبيق.

وسيتم شرح هذه الفنية العلاجية ومراحلها في متن المقال.

Abstract:

The objective of this article is to study one of the therapeutic methods which have received a great importance from a number of studies in recent years, namely, Stress training inoculation of Meichenbaum, its functional depends as studies show very much on the individual strategies who face this kind of stressful life events.

The focus was on three important issues that may have direct effect on the function of therapeutic approaches, namely:

1 - Stage of conception, or configure the mental concepts.

2 - Stage of learning skills or having skills.

3 - The implementation of this phase.

Key words: cognitive behavioral therapy - stress training inoculation - Stressful events - the skills of coping.

مقدمة:

إننا كأفراد وجماعات بأمس الحاجة إلى التدريب على مهارات المواجهة من أجل التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، خاصة وأنا نعيش في عصر يتسم بالتغير السريع في كل مجالاته الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية والعلمية... الخ. وهذا التغير ألقى بظلاله على حياة الأفراد فأصبحوا يشعرون بالمزيد من الضغوط والتهديد في حياتهم الشخصية والاجتماعية، فأضحوا ملزمين بمواجهة هذه التغيرات والتعايش معها للوصول إلى مستوى من التوازن والشعور بالأمان، أو الاستسلام والذوبان بين تياراتها وبذلك السقوط بين مثالب المرض والاضطراب النفسي ومنه الشعور بالوهن وعدم الاتزان.

وانطلاقاً مما سبق فإن الضغوط أمر واقع في حياتنا ولا مفر منه، حتى أنها أصبحت سمة مميزة لهذا العصر، مما حدا ببعض العلماء إلى أن يطلق على الضغوط اسم "مرض العصر" وآخرون يصفونها "بالقاتل الصامت" نظراً لما تحدثه من آثار سلبية مناوئة للصحة النفسية وحتى الجسدية للأفراد، "حيث تشير الدراسات في هذا الصدد أن التعرض المستمر للضغوط يؤدي للعديد من المشكلات النفسية، كالاكتئاب والوساوس القهرية والخوف ونوبات الهلع، والشعور باليأس، وفقدان الشهية وانخفاض تقدير الذات والثقة بالنفس... الخ (حسن عبد المعطي 2006: 84).

أما عن تأثيرها على الصحة الجسمية، فلقد تراكمت الأدلة العلمية التي تؤكد العلاقة بين التعرض لمواقف ضاغطة أو المرور بخبرات صادمة وأشكال عديدة من الأمراض الجسمية والتي يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية وهي الأمراض ذات المنشأ النفسي ومنها قرحة المعدة، أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، الربو الشعبي، التهاب المفاصل، البول السكري، الإكزيما والتهاب الجلد، البرود الجنسي... الخ.

ورغم التهديد الذي تحمله أحداث الحياة الضاغطة وتأثيراتها السلبية على صحة الأفراد إلا أن تأثير هذه الأحداث لا يكون بنفس الشدة لدى كل الأفراد وفي جميع المستويات والثقافات، لأنه وكما يقول أحد الفلاسفة القدامى وهو "Epictetus" ليست الأحداث والمواقف هي التي تسبب لنا الاضطراب، وإنما الأفكار التي نكوها عنها هي التي تجعلنا نحس بتهديدها من عدمه. ومعنى ذلك ما يضيفه الفرد على هذه الأحداث من دلالات ومعان نتيجة تقييمه لها هو الذي يسبب له الاضطراب أو يجعله يشعر بالتحدي والإثارة وبذلك التعامل الفعال أو المواجهة الإيجابية.

ولذلك ارتأينا في بداية هذا المقال أن نلم ببعض المفاهيم الواردة في هذا التقديم، والتي لها صلة مباشرة بالأسلوب العلاجي الذي يدور حوله موضوع المقالة، ألا وهي ضغوط أحداث الحياة، وتأثيراتها على المستوى النفسي والمعرفي والسلوكي للفرد، ثم نتحدث عن كيفية التقدير والتقييم المعرفي للأحداث الضاغطة والذي على أساسه يقوم الفرد باختيار الاستراتيجيات المناسبة للمواجهة، مع تحديد لمفهوم المواجهة، ثم نخلص في النهاية لماذا تم اختيار الأسلوب المعرفي السلوكي في علاج الضغوط وبالضبط فنية التدريب التحصيلي ضد الضغوط لميكنبوم وطريقته في العلاج.

أولاً- ضغوط أحداث الحياة:

قبل التحدث عن ضغوط أحداث الحياة سنتناول:

1- مفهوم أحداث الحياة: مفهوم أحداث الحياة Life Events في البداية.

يعرف لفظ أحداث الحياة لغويًا بالإنجليزية بكلمة Events، وقد عرف في قواميس مثل: Cassell بأنه أي شيء يحدث أو يقع خلافًا للأشياء الأخرى التي هي موجودة من قبل - أي الأحداث المألوفة والمتكررة يوميًا أو دوريًا - ويتميز بأن له أهمية كبيرة أو خطورة خاصة أو آثارا بعيدة المدى ويكون عادة غير متوقع. أما قاموس لاروس Larousse فيعرفه "بأنه كل شيء يحدث في الحياة له خطورة أو أهمية خاصة (أما قاموس Larousse) في علم النفس فقد تعرض لمفهوم أحداث الحياة من خلال تناوله لفظ ضغوط Stress فيعرف أحداث الحياة على أنها تعني الحالة التي يوجد فيها الشخص مهددا بحالة من عدم التوازن تحت تأثير عوامل أو ظروف تعرض ميكانزماته الثابتة للخطر، وهي أحداث غالبا ما تكون مفاجئة. (عماد رمضان مصطفى 2002: 12).

2- ضغوط أحداث الحياة: إذا نظرنا إلى الأحداث الراهنة في كافة أنحاء العالم نجدها

أحداثا من الأهمية وعدم التوقع ما يجعلها أحداثا تؤثر على الأفراد في ضوء متغيرات النظام العالمي الجديد والأزمات الاقتصادية في كثير من البلدان إضافة إلى الكوارث الطبيعية والكوارث من صنع البشر إذا أن هذه الأحداث تؤدي إلى ضغوط نفسية لدى كل من يتعرض لها ومعنى هذا أن أحداث الحياة لا تمثل مفهوما سيكولوجيا ما لم ينجم عنها ضغوط نفسية، فانطلاقا من هذا الأثر فقط يصبح لأحداث الحياة أبعاد سيكولوجية.

لقد بدأت بحوث أحداث الحياة على يد أنتونوفسكي Antonovsky 1965 فقد وضع أول قائمة حديثة تقيس أحداث الحياة لكافة الأعمار، ثم قدم لوينتال Lowenthal 1967 قائمة مختصرة للاستخدام مع كبار السن وتشمل على إشارة المفحوص للنبود التي مر بها من الأحداث التي تشتمل عليها القائمة (أحمد عبد الخالق 1993: 39). ثم جاءت أبحاث هولز وراهي Holmes & Rahe منذ عام 1967 لتمثل العلامة البارزة في دراسة العلاقة بين أحداث وتغيرات الحياة والمرضى العضوي حيث بدأ بوضع دليل لقياس تغيرات الحياة ثم مقياس إعادة التوافق الاجتماعي Social Readjustment Rating Scale وذلك بعد مراجعة تاريخ الحياة لأكثر من خمسة آلاف حالة. وكانت هذه القائمة مكونة من 43 بنداً تتضمن العديد من أحداث الحياة اليومية التي يقدر الفرد مدى تأثيرها عليه خلال العامين السابقين مثل: موت شخص قريب للعائلة، الطلاق، المشكلات الأسرية والنزاعات الزوجية، الخلافات في العمل، المشكلات المالية، المخالفات القانونية، السجن. وقد اعتقد أن تغيرات الحياة هذه سواء كانت ذات شدة أم مرتبطة بالنجاح فإن لها تأثيرات إضافية وتمثل عبئاً على القدرة التكيفية والتوافقية للفرد. وفي منتصف السبعينات بدأت تقبل وجهة نظر بديلة لأحداث الحياة وهي المواقف العصبية للحياة اليومية والمشاحنات أو المضايقات وقد تم تقسيم تلك المشاحنات إلى ثلاثة أقسام:

• **الضواغط البسيطة** (الاحتجاز في زحمة المرور، البرد العام).

• **الضواغط متوسطة المستوى** (مواقف أقل انتشاراً وتواتراً من المواقف البسيطة ولكن يتذكرها الفرد بوجه عام وتعد أكثر أهمية).

• **مسببات الضغوط الضخمة** (الحروب وإراقة مواد خطيرة على البيئة... الخ).

كما أوضحت بحوث شيربوجا Chiriboga 1992 أن الاضطرابات لدى الأفراد تحدث نتيجة التغيرات الاجتماعية الكبيرة. وقد وضع أندرسون Anderson 1991 ثلاث مجموعات من الضواغط كما يلي:

• **الضواغط الحادة**: وتشتمل على الضوضاء العالية، وفقر الحياة، وتعتبر الأزمات الاقتصادية من أهم المصادر الرئيسة للضغوط ولها تأثيرات سلبية مرتفعة على الصحة النفسية.

• **أحداث الحياة الكبرى**: وهي تلك التي ركزت عليها أبحاث هولز وراهي وتنتج عن المشكلات الاقتصادية والاجتماعية.

• **المضايقات والأحداث اليومية:** وتمثل 90 % من أحداث الحياة وهي أحداث صغرى ولها ارتباط دال مع الضغوط عند الأفراد وتشمل الغرامات وعدم احترام إشارة المرور وما إلى ذلك. (عبد الستار إبراهيم، 2002: 51 & راوية حسين دسوقي 1996: 46)

3- **خصائص أحداث الحياة:** من الجدير بنا أن نذكر خصائص أحداث الحياة المستخلصة من أدبيات الضغوط النفسية، ونجدها تتحصر في نقاط ثلاث هي:

1- عدم الألفة 2- الشدة 3- النسبية

المقصود ب**خاصية عدم الألفة** أن الشخص الواقع تحت تأثير أحداث الحياة لم يألف التعامل معها وليس معنى ذلك أن تكون بالضرورة مفاجئة أو غير متوقعة وإن كان عنصر عدم التوقع يزيد من شدة الحدث، مثال الزوج الذي يموت بعد مرض شديد، ففي هذه الحالة كان الموت متوقفاً من جانب الزوجة ولكن وفاته في حد ذاتها تصبح حدثاً ضاعطاً أي يؤدي إلى تعرض الزوجة لضغوط نفسية لأنها لم تتعامل أو تألف موت عزيز لديها من قبل، فالموت هنا عامل غير مألوف بالرغم من أنه كان متوقفاً.

أما فيما يتعلق بالخاصية الثانية **وهي الشدة**، نجد أن أحداث الحياة تعد ضواغط بيئية في حد ذاتها. وقد يزيد من عنصر الشدة أن يكون الحدث فجائياً أو غير متوقع، فتوافر عنصر المفاجأة في الحدث يساعد على تكثيف خاصية الشدة. وبذلك فإن عنصر المفاجأة أو عدم التوقع يعد عاملاً مساعداً أو غير مباشر بالنسبة لأحداث الحياة، ويرتبط بالشدة عامل التكرار فكلما تكرر الحدث ازداد وقعه على الفرد وزادت شدته.

وفيما يتعلق ب**خاصية النسبية** نجد أن آثار أحداث الحياة تتفاوت من شخص لآخر فنفس الحدث قد يؤدي إلى وقوع الشخص تحت طائلة الضغوط النفسية بينما لا يؤدي إلى نفس النتيجة مع شخص آخر، وتفسير ذلك أن خاصية النسبية في الواقع هي انحدار مباشر من خاصية المغزى في أحداث الحياة طبقاً لنظرية الفرنسي فرانسوا لي ني (Francois Le Ny)، : شدة الحدث تستند أساساً إلى مغزى الحدث بالنسبة للشخص ذاته، فتظهر أهمية المغزى في الأحداث العاطفية خصوصاً.

مما سبق يتضح أن أحداث الحياة ليست هي نفسها الضغوط وإنما ما ينتج عن تأثير هذه الأحداث من تهديد وأثر هو ما نطلق عليه الضغط النفسي. وفيما يلي عرض لبعض تعاريف الضغوط النفسية:

4- **تعريف الضغوط النفسية:** اشتق مصطلح stress من الكلمة الفرنسية القديمة destress والتي تشير إلى معنى الاحتراق والشعور بالضيق أو الظلم، وقد تحولت في الإنجليزية إلى distress إشارة إلى الشيء غير المحبب أو غير المرغوب، وقد استخدمت كلمة stress للتعبير عن معاناة وضيق واضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد من الإحساس بظلم ما. وفي السياق اللغوي للمصطلح يمكن التمييز بين المفاهيم التالية:

• **الضواغط:** وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي للفرد، والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما.

• **الضغوط:** تعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفعل الضواغط، أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما.

• **الانضغاط:** يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن منها والتي تتمثل في الشعور بالإعياء والإنهاك والتوتر.

ولقد تعددت تعاريف الباحثين للضغوط بتعدد زوايا رؤيتهم للمصطلح وسنورد هنا بعضاً منها:

❖ يرى ماك جراف (M. Graph. 1980) أن الضغوط النفسية تشير إلى إدراك الفرد لعدم قدرته على إحداث اتزان بين المطالب والإمكانات، ويصاحب هذا الإدراك مظاهر انفعالية سالبة كالغضب والقلق والإحباط، بحيث تصبح هذه المواقف في مواجهة المطالب والإمكانات مؤشراً قوياً في إحداث الضغط.

وهذا التعريف يدل على حالتين مختلفتين، تشير الأولى إلى الظروف البيئية التي تحيط بالفرد وتسبب له التوتر والانزعاج، وبعبارة أخرى المصادر الخارجية للضغط في حين تشير الحالة الثانية إلى رد الفعل الداخلي والتي تحدث بسبب هذه الضواغط والمتمثلة في الشعور غير السار الذي ينتاب الفرد.

❖ ويعرف فولكمان (Faulkman 1984) الضغط النفسي بأنه مصطلح يتضمن العلاقة بين الشخص والأحداث البيئية والتفاعل بينهما وينتج الضغط النفسي عندما يقابل الفرد ضغط التغيير بصورة غير مرغوب فيها.

❖ وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية يعرف الضغط بأنه "متغير مستقل من الاضطراب النفسي، يصاحبه اضطرابات شائعة تسمى اضطرابات التوافق ومنها اليأس والعجز والاكتئاب".

كما تم تعريف نمطين من أنماط الاضطرابات النفسية التي تنتج عن التعرض للصدمات وهما "ضغوط ما بعد الصدمة" و"الضغط النفسي الحاد"، وفيهما تكون معايير الضغوط النفسية واحدة بالنسبة لنوعي الاضطرابات من موقف ضاغط واستجابة لهذا الموقف، ويتضمن الاختلاف الرئيس بين الاضطرابين في بقاء الاستجابة - وتشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمة إذا كان هناك بقاء للاستجابة ويصاحبه شعور بالعجز وفقدان الحس والانعزال وضعف الإدراك وأعراض سوء التكيف.

ومع تعدد الأطر النظرية التي تناولت الضغط النفسي من قبل الباحثين والعلماء، نجد لازاروس يأخذ بالنظرة الشمولية في تعريفه للضغط بقوله بأنه "حالة من التوتر الانفعالي ينشأ من المواقف التي يحدث فيها اضطراب في الوظائف الفسيولوجية والبيولوجية، وعدم كفاية الوظائف المعرفية اللازمة للموقف. (رثيفة رجب 2001 ص 226).

ثانياً- تأثير الضغوط على الصحة النفسية:

لقد أوضحت الدراسات الحديثة التأثيرات الشديدة للضغوط على النواحي، الانفعالية والمعرفية، والسلوكية وفيما يلي عرض لهذه التأثيرات:

1- **التأثيرات الانفعالية:** زيادة التوتر، وقلة الاسترخاء، وحدوث القلق، زيادة معدل الوسواس القهري فينزع الفرد إلى الشكوك التخيلية، ويختفي الإحساس بالسعادة، كما يظهر هناك تغيير في سمات الشخصية كتحول الأفراد الحريصين إلى أفراد مهملين وغير مبالين، كما يلاحظ زيادة المشكلات الشخصية كالعُدوانية واللجوء إلى العنف.

2- **التأثيرات المعرفية:** عندما يتعرض الإنسان لضغوط حياتية حادة أو مهددة تجعله مشغولاً بها وتؤثر على العديد من الوظائف المعرفية فتصبح غير فعالة ويحدث لديه نقص في الكفاءة المعرفية وكثرة الوقوع في الأخطاء ومن التأثيرات المعرفية الناتجة عن الضغوط ما يلي:

- ضعف مدى الانتباه والتركيز، اضطراب القدرات المعرفية (كفقدان القدرة على ضبط التفكير أو عدم دقته أو اختلاط التفكير وتشوشه).
- تدهور الذاكرة قصيرة وطويلة المدى (تقل الكفاءة في الاستدعاء، شيوع النسيان، عدم القدرة على التخزين... الخ)
- زيادة الاضطرابات المعرفية: عدم القدرة على اختبار الواقع، نقص الموضوعية، اضطراب أنماط التفكير، عدم عقلانية الأفكار... الخ.
- عدم القدرة على حل المشكلات والحكم والتقدير وعدم القدرة على إدراك البدائل.
- إحلال التفكير النمطي الجامد المتصلب بدلاً من الاستجابة الابتكارية.
- الشعور بالحذر واليقظة المرتفعة واللجوء إلى أنواع من السلوك الدفاعي.

3- **التأثيرات السلوكية:** قد أورد الباحثون العديد من التأثيرات السلوكية للضغوط

الحادة ومنها:

- البطء في العمل والتغيب المستمر، أو التأخر، والانخفاض المفاجئ في الأداء المهني.
- عدم الاهتمام بالمظهر الخارجي.
- تغير عادات الأكل ويشمل ذلك انخفاض أو زيادة استهلاك الطعام.
- زيادة ممارسة السلوكيات المضرة بالصحة كزيادة التدخين وتناول المهدئات والكحوليات والمخدرات وتناول العقاقير.
- نقص الحماس: ويتجلى ذلك في تخلي الفرد عن أهدافه وطموحاته ويتوقف عن ممارسة هواياته وأنشطته المعتادة.
- اضطراب عادات النوم: فقد يصاب الفرد بالأرق الليلي أو زيادة معدلات النوم.
- زيادة الأنماط السلوكية الشاذة وغير الواقعية.
- نقص الدافعية في العمل وانخفاض الإنتاجية، وإنجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ.

- عدم الثقة غير المبررة في الآخرين وتصيد الأخطاء والتهكم والسخرية، والتفاعل مع الآخرين بشكل آلي (غياب الاهتمام الشخصي)... الخ (ديفيد فونتانا 1993، علي عسكر 2000، بشرى إسماعيل 2004، حسن عبد المعطي 2006).

ويترب على هذه التأثيرات المختلفة للضغوط على النواحي النفسية، سعي الفرد لإعادة التوازن أو التوافق النفسي والاجتماعي لديه وذلك باستخدامه لمجموعة من الآليات النفسية والسلوكية المباشرة ألا وهي استراتيجيات المواجهة. فما المقصود بها؟ وما هي الأساليب التي يستخدمها الأفراد في مواجهة الضغوط؟

ثالثاً-المواجهة (coping): (to cope with):

ويعني هذا المفهوم مجموعة العمليات التي يستخدمها الفرد في تعامله مع البيئة التي يدركها بأنها مهددة من أجل التحكم فيها وتخفيف التهديد الذي يحمله والذي يؤثر على صحته النفسية والجسدية، وهذا المفهوم يسمى في الأدبيات الأنجلوساكسونية باستراتيجيات المواجهة وفي الأدبيات الفرانكفونية باستراتيجيات التوافق (Stratégies d'ajustement). كما يعرفها لازاروس "بأنها الجهود المعتمدة المنضبطة (السلوكية والمعرفية) التي يتم بذلها كرد فعل للضغوط النفسية".

ويعرف ستون ونيل (Neale، Ston) المواجهة "بأنها مصطلح يتضمن كل الجهود السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الفرد شعورياً لتخفيف أو خفض تأثيرات المواقف الضاغطة".

فيما يرى فونتانا (1993) "أن المواجهة هي أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها، فهي التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة له لتكون أكثر إيجابية في مواجهة الموقف الضاغط، وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة سوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يواجهه ويعايشه. (ديفيد فونتانا 1993: 25).

ولقد قام لازاروس وفولكمان بالتمييز بين استراتيجيتين للمواجهة وهما:

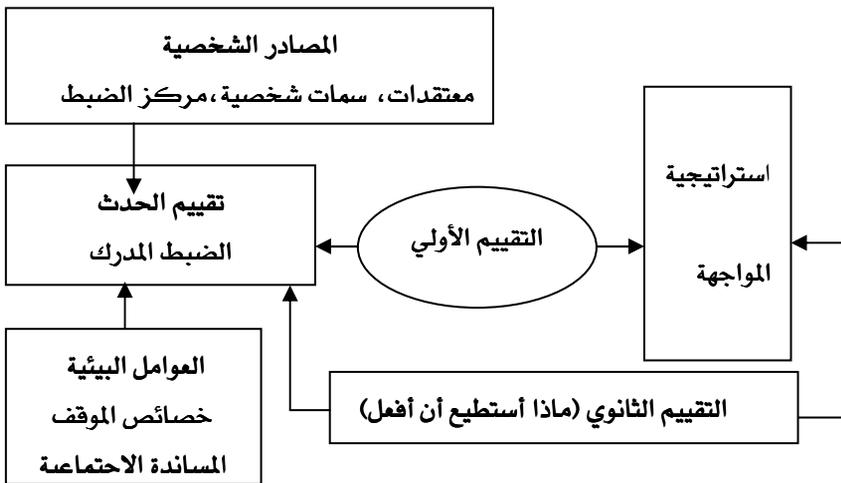
❖ المواجهة التي تركز على المشكلة.

❖ المواجهة التي تركز على الانفعال.

وتشير الأولى إلى محاولات الفرد الحصول على معلومات إضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرّف في فعال أو تغيير الحدث الذي يؤدي إلى الضغط، في حين استراتيجية المواجهة التي تركز على الانفعال على الأساليب السلوكية والمعرفية التي تهدف إلى التحكم في التوتر الانفعالي الذي ينجم عن الموقف الضاغط عن طريق مجموعة من الأساليب، كالإنكار، البحث عن المساندة، الابتعاد عن الحدث والتجنب... الخ.

إن استخدام المواجهة التي تركز على المشكلة أو المرتكزة على الانفعال تعتمد على خطوتين من خطوات التقييم المعرفي، التقييم الأولي والذي يتضمن التقدير الشخصي أو التفسير الذاتي لمسببات الضغط، وهل يبدو مهدداً أو تحدياً؟ أما التقييم الثانوي فيأخذ بعين الاعتبار المصادر البيئية والاجتماعية والشخصية (ما الذي يمكن فعله؟). عموماً فإن استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال يلجأ إليها عندما يرى الفرد أن الموقف لا يمكن ضبطه أو التحكم فيه. أما إذا فسر الفرد الموقف بأنه قابل للضبط والتحكم فعادة ما يلجأ إلى استراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكلة.

وتتحدد عملية المواجهة من خلال مجموعة الخصائص الشخصية (كتقدير الذات ومركز الضبط والصلابة النفسية، وبعض العوامل البيئية المتعلقة بخصائص الموقف الضاغط، ومدى توافر الدعم والمساندة في البيئة الاجتماعية للفرد، وهذه المحددات تؤثر على عملية التقييم المعرفي للحدث الضاغط وبالتالي في عملية المواجهة. والمخطط التالي يوضح كيفية حدوث المواجهة.



المراجع: Gérard Ribs 2001

إن اختيار استراتيجية المواجهة هي إذن تقييم موضوعي للأحداث من خلال المصادر الشخصية والعوامل البيئية. (Gérard Ribs 2001).

مما سبق يتضح أن عملية المواجهة تعتمد في أساسها على عمليات معرفية تتمثل في التقييم أو التقدير المعرفي للمصادر الشخصية أو المصادر البيئية ولذلك لا بد من تحديد وتعريف هذه العمليات.

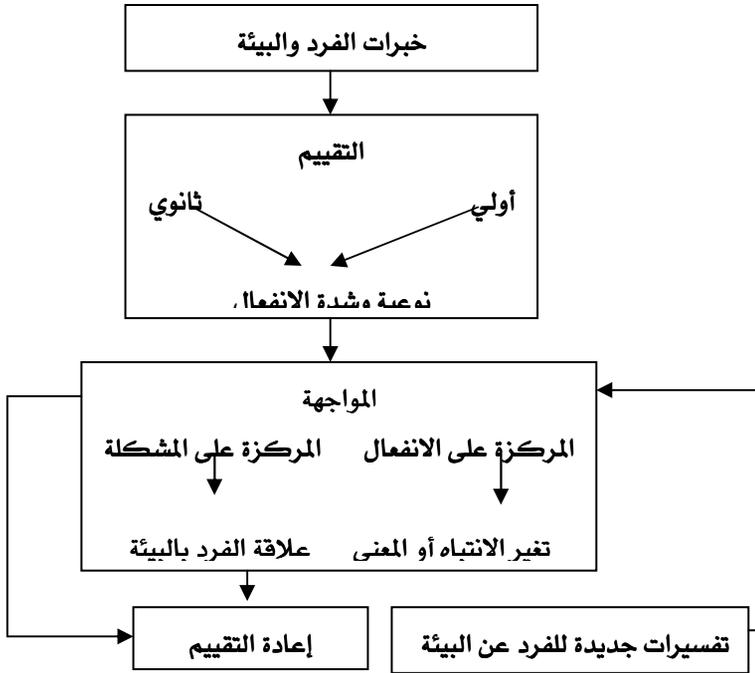
1- النظرية المعرفية للضغط والواجهة: قام لازاروس (1966)، لازاروس وفولكمان (1980، 1988)، لازاروس وديلونجس (1981، 1983) باختبار الطريقة التي يتعرض بها الفرد لأحداث المواقف الضاغطة والمؤدية للتوتر وإدراكه لها وتقييمه المعرفي الذاتي (التهديد، التحديات، الحياد) الذي يؤثر على شعور الفرد الذاتي ويهدد سلامته، فبمجرد حدوث التقييم تتشكل صلة بين الفرد والبيئة، والتقييم المعرفي يلعب دورا مهما في فهم كيفية إدراك الفرد للموقف الضاغط وتعامله معه، وهذا التقييم يتكون من عنصرين هما: التقييم الأولي والتقييم الثانوي.

❖ **التقييم الأولي أو المبدئي:** وهو الذي يصل فيه الفرد إلى تحديد التهديد المحتمل من الحدث (أي معنى أو دلالة الحدث)، وبذلك فإن الأحداث لا تؤدي إلى ضغوط إلا إذا تم تفسيرها كذلك، وهذا التفسير المعرفي الذاتي يعد مبدئياً لأنه يسبق أي فعل شعوري للحدث وتحدد هذه العملية رد الفعل الشعوري للفرد بالنسبة للحدث، فينتج عن تلك الأحداث التي تقييم على أنها مهددة ردود فعل شعورية مثل التوتر والقلق والخوف، بينما تؤدي الأحداث التي تقييم على أنها تحد إلى ردود فعل من الأمل والإثارة والمتعة.

❖ **التقييم الثانوي:** ويتضمن بحث الفرد عما يساعده على المواجهة (داخل الفرد أو البيئة) أي استحضار العقل لاستجابة ما محتملة، حيث يفكر الفرد (ماذا أستطيع أن أعمل؟) وأيضاً يتضمن التقييم الثانوي تكاليف المواجهة ويعني المتربات على اتخاذ قرار معين، وبذلك يحدد الأفراد طرق المواجهة لديهم، وتتضمن عملية التقييم الثانوي اتخاذ القرار المعرفي ومع ذلك يرتبط التقييم الثانوي بالأسلوب الذي حدد به الفرد طبيعة الخطر في التقييم الأولي، ويعني ذلك أنه ومن خلال عملية التقييم الأولي والتفسير الذاتي للتهديد يقوم الفرد بتقييم طبيعة الموقف الضاغط وتحديد نوع وأساليب المواجهة المطلوبة بالاختيار من البدائل المتاحة.

❖ **إعادة التقييم**: أشار لازاروس وزملاؤه (1983) إلى أن عملية المواجهة عملية مستمرة وليست نشاطاً أو موقفاً منعزلاً، وقالوا بأن الأفراد يقومون باستمرار بإعادة تقييم الوسائل والسبل المختارة لمواجهة الضغوط التي تهدد سلامتهم، وعندما تحدث التغييرات في الطريقة التي اختارها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط أو عندما تتغير المشكلة للفرد فإنه يعيد تقييم الموقف وأسلوب المواجهة ويغيره.

والنموذج التالي يوضح نظرية التقييم المعرفي في المواجهة كما أورده فولكمان ولازاروس:



نموذج التقييم المعرفي للتغلب على الضغوط لفولكمان ولازاروس. المرجع (رثيفة رجب 2001: 67)

وقد أشار فولكمان ولازاروس إلى أن "كل من التقديرات الأولية والثانوية وبالتالي عملية التحمل والمواجهة تتشكل في ضوء متغيرات الشخصية والموقف معا، حيث تتحد وتتفاعل لتشكل معاني جديدة خلال التقييم المعرفي أكثر من كونها كيانات منفصلة. (رثيفة رجب 2001: 67)

رابعا: الضغط من منظور العلاج المعرفي السلوكي:

إن ميدان العلاج النفسي يزخر باتجاهات علاجية متعددة وفعالة في إدارة الضغوط، ومن بينها الاتجاه المعرفي السلوكي الذي يركز على العمليات المعرفية لما لها من دور هام في تشكيل سلوك الفرد وانفعالاته، ويقوم العلاج المعرفي السلوكي بوجه عام على فكرة مفادها "أن الأحداث التي يواجهها الفرد في ذاتها لا تسبب له الضغط أو القلق، وإنما إدراك الفرد وتفسيره لهذه الأحداث هو السبب في حدوث الضغط والقلق لديه، وهذا يعني أن الأحداث الضاغطة معرفية في مصدرها، أي تتوقف على إدراك الفرد لها، فالأحداث تكتسب معناها من إدراك الفرد، ومن ثم عندما يدرك الفرد الحدث على أنه ضار ومهدد لذاته تحدث له آثار سلبية جسدية وفسولوجية ومعرفية وسلوكية.

ولذلك جاءت أفكار أصحاب هذا المنحى متأثرة بالفلاسفة القدامى مثل إبيكتيتوس (Epictetus) الذي أكد أن الناس لا يضطربون من الأحداث، ولكن الأفكار التي يكونونها عنها هي السبب في اضطرابهم، كما أن شعور الفرد بالتهديد والعجز عن السيطرة على المواقف والأحداث يتوقف على تقييمه المعرفي لها ولذلك يعتبر العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر شيوعا والأفضل في نتائجه في إدارة الضغوط، وذلك لأنه يسعى إلى إعادة البناء المعرفي للفرد بمعنى تعديل الأفكار والاعتقادات الخاطئة بوصفها السبب الرئيس في العديد من الاضطرابات النفسية.

1. **فعالية العلاج المعرفي السلوكي:** يعتبر العلاج السلوكي المعرفي من ضمن أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيا التي شهدت تطورا كبيرا خلال القرن الماضي مع دراسات كل من "أرون بيك" و"ألبرت أليس" و"دونالد ميكنبوم"، ويعرف هذا النوع من العلاج بأنه "أسلوب في العلاج يعمل على تقليل الاستجابة الانفعالية المضطربة والسلوكيات غير التوافقية من خلال تعديل الأفكار الخاطئة والاعتقادات التي تركز عليها هذه الاستجابات".

كما يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض مفاده "أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وهذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية ويختلف هذا الأسلوب العلاجي عن العلاج التقليدي (التحليلي) في أن اعتقادات

الفرد (هنا والآن) تكون هي الهدف من العلاج أكثر من التركيز على الماضي كسبب للاضطرابات الحالية، وتشتمل المعارف على الاعتقادات ونظم الاعتقادات والتفكير والتخيلات.

وتتبع قوة العلاج المعرفي السلوكي من منطقته ومعطياته التجريبية على الحيوان والإنسان وقابليته للقياس، وقد لبي هذا النوع من العلاج كل التوقعات تقريبا المتوقعة والواعدة في الممارسات السريرية في العصابات النفسية وبشكل خاص في اضطرابات الخوف والاضطرابات السلوكية والعادات الضارة بالصحة كالتدخين والإدمان وفي التعامل مع الضغوط النفسية والتدريب التحصيلي ضد هذه الضغوط وغيرها.

وفي عملية مسح مقارنة أجرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي اتضح أن نسبة نجاح العلاج السلوكي المعرفي تجاوزت 80% من الحالات يقابل ذلك من 40%-50% فقط من حالات العلاج التحليلي، ونسبة الانتكاس في العلاج السلوكي المعرفي لا يتعدى 7% - 9% من الحالات بينما نسبة الانتكاس في العلاج التحليلي الدينامي بين 20% و30% من الحالات (محمد الحجار 2000: 55).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي، حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال والسلوك، إذ أن الفرد عندما يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضا، وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك في نفس الوقت، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك، ولذلك فهذا الاتجاه العلاجي يتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي، حيث يتناول المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية لهذا الاضطراب أو ذلك. ومن ثم تنوعت الفنيات العلاجية المستخدمة ما بين الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

2. خصائصه:

1- إذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهتم بالأفكار والاعتقادات المختلة وظيفيا، فإن هناك نمطين للاختلال الوظيفي المعرفي يتمثل الأول في اختلال الأداء المعرفي أو العمليات المعرفية وهو ما يتضمن تلك المشكلات التي تعوق الأداء المعرفي، بينما يتمثل النمط الآخر في اختلال المحتوى المعرفي وهو ما يتناول التشويهات المعرفية، وفي تناول النوع الأول يعتبر أسلوب

التدريب على التعلم الذاتي هو الأفضل، ويعد ميكنبوم أبرز أقطابه، ويقوم نموذجه على استدخال مجموعة من التعليمات الذاتية التي تحل محل الأفكار اللاتوافقية، أما النموذج الثاني والذي يهتم بمحتوى الأفكار والمعتقدات فيعمل على أن يوضح للعميل محتوى أفكاره المشوهة أولاً، يعد (اليس، وبيك) من أبرز أنصاره (محمد عادل عبد الله 2000: 26).

2- يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والعميل تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للعميل عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلفة وظيفياً تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها وما يترتب عليها من ضيق وكرب ومعاناة، وبنفس المنطق يتحمل العميل المسؤولية في إحداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات تتسم بالعقلانية.

3- تعليم العميل أن يصحح أداؤه المعرفية الخاطئة والمشوهة وكذا تغيير معتقداته المختلفة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مؤلمة، أي أنها تتمثل أساساً في تصحيح التشغيل المعرفي الخاطئ للمعلومات وفي تعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المختلفة وظيفياً والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.

4- تنوع الأساليب والطرق المستخدمة في تناول الاضطرابات ما بين الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية. وهذا التنوع يعكس اختلاف المناحي النظرية التي يحويها هذا الاتجاه. ومن بين الاتجاهات الرائدة في ميدان العلاج المعرفي السلوكي طريقة التعديل المعرفي السلوكي لميكنبوم الذي يعرف أساساً بأسلوب التدريب التحصيلي ضد الضغوط وفيما يلي سرد بالخلفية النظرية له.

خامساً: التعديل المعرفي السلوكي لدى ميكنبوم:

واضع النظرية هذه هو دونالد هربرت ميكنبوم، وهو أمريكي الأصل، ولد في مدينة نيويورك عام 1940 وحصل على شهادة البكالوريوس من كلية المدينة عام 1962 ثم التحق بجامعة إلينوي فحصل على درجة الماجستير عام 1965 وحصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي عام 1966، وقد عمل في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا منذ عام

1966، وقد كتب ميكينبوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، وكذلك طريقته التي اشتهر بها التحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation (محروس الشناوي 1994: 123)

1- الخلفية النظرية والتطور: لقد وضع ألبرت إلس نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي وركز على أهمية الحديث الداخلي في تعديل السلوك، واعتبر أن نتائج السلوك لا تكون حصيلة تفاعل مثير واستجابة، بل إن بينهما أفكارا مسؤولة عن حدوث النتائج، ثم جاء (ميكينبوم) ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار بأن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة كما ترى النظرية السلوكية، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل، وقد أشار كل من (دولارد، وميللر) على أن العنونة والتسميات واللغة والعمليات العقلية العليا لها دور رئيس في عملية التعلم، ويشير هذا الاتجاه إلى:

أ- إمكانية حدوث استجابات مختلفة لنفس المثير.

ب- استجابات متشابهة لمثيرات مختلفة.

ت- لذلك فالعلاج لا يقتصر على التحكم في الإشارات السلوكية والارتباط الشرطي بين

مثير واستجابة، بل إن هناك عوامل أخرى تلعب دورا في عملية التعلم وهي:

1. التفكير

2. الإدراك

3. البناءات المعرفية

4. حديث الفرد الداخلي مع نفسه

5- كيفية عزوه للأشياء.

وهذه كلها تتدخل في عملية التعلم وتتوسط بين المثير والاستجابة، وهذه لها دور في التأثير على سلوك الفرد، فالطالب الذي يرسب في الاختبار يصاب بالاكْتئاب، والاكْتئاب سلوك ناتج بسبب تفكير الفرد في الفشل وعزوه الأسباب لنفسه أو للآخرين، لذلك فمن المفيد معرفة ما يدور في تفكير هذا الفرد، وكيف يدرك الفشل؟ وما هو مفهومه عنه؟

إن التركيز على فهم الفرد كمسؤول عن إحداث سلوكياته يعتبر أساس نظرية (ميكينبوم)، ولقد استنتج بأن للتفكير والمعتقدات، والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه) دورا كبيرا في عملية التعلم، فعندما كان يقوم بتجاربه وهو يعد للدكتوراه في جامعة (إلينوي) كان (ميكينبوم) يقوم بتدريب المرضى الفصامين، ويقوم بتعليمهم الكلام الصحي Healthy Talk عن طريق الإشراف الإجرائي، وقد وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال Self-Instructions كأن يقولوا (كن واضحا وصريحا وفي صلب الموضوع)، أما التجربة الثانية فقد كانت على أحد المعاقين الذي كان يخرج لسانه للعاملين في المصحة، وكان يعالج من قبل طالب في علم النفس ويحاول هذا الطالب تعديل سلوكه عن طريق الإشراف المنفر أي يقوم المعالج بإخراج لسانه للمريض لكي ينفر المريض من هذا السلوك، ومن خلال إحدى المقابلات بين المعالج وبين المريض قال له: لماذا يا دكتور لا تطلب مني مباشرة أن لا أخرج لساني، (إعطاء أوامر لإنجاز المهمة) بدلا من أن تخرج لسانك لي، وعندها أتبع (ميكينبوم) نصيحة المريض وطلب منه الكف عن إخراج لسانه فتعدل سلوكه ولم يعد يخرج لسانه. وقد أدت الخبرات التي عاشها (ميكينبوم) في تدريبه مع المرضى الفصامين وغيرهم، أن يفكر فيما إذا كان تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة ما تؤدي إلى تغيير سلوكهم، وقد ركز (ميكينبوم) على الحديث الداخلي، أو المحادثة الداخلية، أو حديث الذات أو الحوار الداخلي Self-talk في محاولة لتغييرها، وكذلك اهتم بالتخيلات Images على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغيرات في التفكير وفي الشعور والسلوك، كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك. وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أو مصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية، ثم استخدم (ميكينبوم) أسلوب التوجيه الذاتي Self-Instruction على الأطفال ذوي النشاط الزائد، وعلمهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا متطلبات المهمات المطلوب منهم القيام بها وذلك من أجل ضبط سلوكهم واستخدام أسلوب التقليد والنمذجة لتحقيق هذه الغاية بالإضافة للتعزيز والعلاج المعرفي. ولقد درب (ميكينبوم) كل فرد أن يراقب نفسه وأن يقيم أعماله، وأن يوجه نفسه إذا كان سلوكه غير مفيد ويعطيه أوامر من أجل تقديم استجابة أفضل، وكان يطلب منهم إعادة صياغة متطلبات المهمة أو العمل المرغوب القيام به ثم يعطيه

تعليمات للقيام بالمهمة بشكل بطيء، وأن يفكر قبل أن يقوم بالمهمة، وأن يستخدم خياله لتحقيق الهدف ويقدم له عبارات المديح والاستحسان، ويعلمه كيف يضع احتمالات تفسر أسباب حدوث السلوك غير الجيد، وأن يقول عبارة أو جملة ليتكيف مع الفشل، وعبارة أخرى تشجع على التغلب على المشكلات، وذلك بالقيام بمحاولة جديدة واستجابة بديلة ومناسبة ومن هذه الجمل مثلاً: "كن موضوعياً" و "قف وفكر" و "قم بواجبك" و "أنا لا أوضح ما أقوله ولأحاول مرة أخرى"، وقد نجح (ميكينبوم) في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، مثل الاندفاعية، والنشاط الزائد، والعدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية Self-Instructions وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الإشراف الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل. وقد خلص (ميكينبوم) من خلال هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير الأنماط المعرفية، وكذلك الخاصة بعزو attribution السلوك، ولكنه حذر في نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد، وقد استخدم طريقته بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم على:

1. إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
2. تعليمات (إرشادات) بأداء المهمة ببطء، وأن يفكر قبل التصرف.
3. أسلوب معرفي باستخدام التخيل في البحث عن حل .
4. عبارات تقدير للذات.
5. مثال لاستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملاءمتها.
6. عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل، وكيفية الوصول إلى الاستجابة المناسبة.

2- افتراضات النظرية ومفاهيمها: انطلق (ميكينبوم) من الفرضية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دوراً في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، إن الحديث الداخلي أو المحادثة الداخلية، يخلق الدافعية عند الفرد ويساعده على تصنيف مهاراته، وتوجيه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة، ويرى باترسون (Patterson، 1996) أن

الحديث الداخلي هو أحد الأنشطة الشخصية كالاستجابات الجسدية، وورد الفعل الانفعالية، والمعارف والتفكير الواعي.

ويرى (ميكينبوم) بأن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج، إن الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله وإلى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال، هل هو سببه أم هل هم الآخرون؟ ويرى (ميكينبوم) بأن هناك هدفا من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي، ويجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه، والشيء الذي يرغب في إحداثه في البيئة، وكيف يقيم المثيرات، ولأي شيء يعزو أسباب سلوكه وتوقعاته عن قدراته الخاصة في معالجة الموقف الضاغط. إن إدراك الفرد يؤثر على فسيولوجيته ومزاجه، ويرى (ميكينبوم) أن الانفعال الفسيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد، ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير وهو الذي يحدد انفعالاته الحالية. ويرى (ميكينبوم) بأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد، كما يرى بأن عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص، أي أن يمتص الفرد سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم، وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه، ويرى (ميكينبوم) بأن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي، والحوار الداخلي هذا يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها (ميكينبوم) بالدائرة الخيرة Virtuous Cycle

إن على المعالج أن يعرف المحتويات الإدراكية التي تمنع حدوث سلوك تكيفي جديد عند العميل وما هو الحديث الداخلي الذي فشل الفرد في أن يقوله لنفسه، ويجب على المعالج أن يعرف حجم ومدى المشكلة، وما هي توقعات العميل من العلاج، وأن يسجل أفكاره ومشاعره قبل وأثناء وبعد مرور العميل بالمشكلة التي يواجهها.

3- بعض الإجراءات العلاجية:

1. **إشراط إبدال القلق:** هذا التكتيك يتمثل في اقتران المثير المنفرع مع تعبير الفرد وحديثه الداخلي مع نفسه، كأن يقول: اهدأ واسترخ، إذا تحمل الفرد مثيرا غير مستحب لمدة قليلة، ثم توقف أو أوقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة، فإن هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع

التغيرات التي سوف تلحق، وهي إيقاف المثير غير المستحب، ومثال ذلك أن يقول المسترشد شيئاً مخيفاً، مثل: كلمة امتحان ثم يقول إنه صعب ولن يهتم له، ثم يقول عبارات تكيفية تزيل القلق، والتوتر، مثل: استرخ، فأنا أستطيع أن أتعامل معه، الأمر الذي يؤدي إلى وقف الخوف ثم الاسترخاء.

2 أسلوب تقليل الحساسية أو التخلص التدريجي من الحساسية: هذا الأسلوب مأخوذ من

نظرية (ولبي Wolpe) الكف بالنقيض، أي أنه لا يمكن الجمع بين استجابة القلق، والاسترخاء في آن واحد، وتعد إحدى المهارات المناسبة لإدارة الضغوط وتهدف إلى تعليم الفرد الوصول إلى حالة الاسترخاء والتخلص من القلق وردود الفعل السلبية المرتبطة بها. وفيها يطلب المعالج من العميل أن يكتب هرماً بالأشياء التي تخيفه ويطلب منه أن يبدأها من الأقل إخافة إلى الأكثر إخافة، وبعد أن يكون المعالج قد وضعه في حالة استرخاء فعندما يتخيل أشياء مخيفة في جو استرخاء، فإن هذه الأشياء المخيفة سوف تتطفئ، وسيكون الفرد أكثر قدرة على التحكم في مشاعره وأفكاره المخيفة، وفي هذا الإجراء يطلب المعالج من العميل أن يتخيل نفسه أحياناً في أماكن سارة أو يسمع الموسيقى إذا أحس بالتوتر، ويطلب منه ملاحظة نفسه وهو مسترخ كآسلوب من أساليب التنفيس عن مشاعره، "ويحاول الفرد عن طريق التخيل إضعاف الحساسية المرتبطة بموقف القلق بإيجاد مخزون شخصي من العبارات الإيجابية التي تساعد على التغلب على المواقف الضاغطة وتزيد ثقة الفرد بقدرته على التغلب على المشكلات والمواقف المثيرة للقلق، وفي جميع الحالات يبدأ الفرد من المواقف الأقل إثارة للقلق والتوتر، ثم ينتقل إلى المواقف الأعلى من حيث إثارة القلق في القائمة التي حددها في الخطوة الأولى" (حسن عبد المعطي 2006: 124).

3 النمذجة: وهي طريقة يحصل فيها المسترشد على معلومات من الشخص الأنموذج، ويحولها

إلى صور ومفاهيم معرفية ضمنية، وإلى حديث داخلي عنده ليعبر عنها بسلوك خارجي، وهو تقليد الأنموذج، ويعطي معلومات وأوامر لتوجيه المسترشد ليقوم بالعمل المطلوب منه.

4- الإشراف المنفر: ومثال ذلك تعريض الشخص المتبول إلى لسعة كهربائية لتتفره من

عملية التبول، وعندها يقترن ويرتبط التبول بالعقاب، وهو الصدمة الكهربائية مع تكرار

عبارات: أن التبول شيء غير محبب، ويردد الشخص المُعالج: أنا لا أحب أن أكون غير محبوب، فإن الشخص سيتخلى عن السلوك اللاتكفي ويتبنى سلوكا جديدا.

3- عملية العلاج: تتضمن عملية العلاج ثلاث مراحل، وهي:

1. المرحلة الأولى - مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية : يمكن القول بأن الفرد المضطرب يكون لديه أحاديث ذاتية سلبية، وكذلك تخيلات غير مناسبة، ويحاول المعالج أن يزيد من وعي العميل وانتباهه ليركز على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفيسيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقاته الشخصية؛ وتؤدي هذه العملية إلى أبنية معرفية جديدة. "ويقصد ميكنبوم بالبنية المعرفية ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب ويوجه طريقة اختيار الأفكار، وأن تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييرا في هذه البنية، وتحدث التغيرات البنائية عن طريق التشرب أو الاستدخال أو عن طريق الإزاحة أو الإحلال، أو كذلك عن طريق التكامل أو الاندماج.

إن الأبنية المعرفية تحدد طبيعة تغير الحديث الداخلي، وكذلك الحديث الداخلي يؤدي إلى تغير الأبنية المعرفية، الأمر الذي جعل ميكنبوم ينظر إلى هذه العملية على أنها دائرية (محروس الشناوي 1994: 182). حيث يقوم العميل بإعادة تعريف المشكلة بطرق تعطيه إحساسا بالتفهم والضبط اللازمة لإجراء التغيير، وهذه العملية (إعادة التصور) تعطي معنى مختلفا للأفكار والمشاعر والسلوكيات.

ويرى ميكنبوم أن المعالج في محاولاته تغيير التصورات لدى الأفراد المضطربين عليه أن يهتم بالعبارات الذاتية لديهم، وكيف يصفون ويحددون مشكلاتهم وكذلك كيف يعززون هذه المشكلات (إلى مصادر ذاتية أو خارجية) وكذا تصوراتهم عن عملية العلاج ومدى اعتمادهم على المعالج... الخ.

وتعتبر عملية إعادة التصور عملية مشتركة بين العميل والمعالج، ويلعب فيها الإقناع الجدلي التعليمي دورا مهما أو (التعليم النفسي)، حيث يمثل مكونا هاما من مكونات العلاج المعرفي السلوكي، بدءا من تقديم الأساس المنطقي للعلاج وأهمية الالتزام به وتوضيح المسؤولية الفردية عن الاضطراب ومن ثم تقع عليه مسؤولية شخصية في خفض حدة ذلك الاضطراب.

2- المرحلة الثانية: توليد سلوكيات جديدة متنافرة مع السلوكيات غير المتوافقة: في هذه

المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند المسترشد قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا عنده، إن ما يقوله الفرد لنفسه، أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثه السابق المسؤول عن سلوكياته القديمة، إن هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى المسترشد، الأمر الذي يجعل المسترشد يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه، وجعله أكثر تكيفا، وهنا يستطيع المسترشد أن يتجنب السلوكيات المناسبة وفقا للأفكار الجديدة.

3- المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير: وتتضمن هذه المرحلة قيام

العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية، ولا يكفي التركيز على المهارات السلوكية فقط، بل يتم التركيز أيضا على الأحاديث الداخلية الجديدة والأبنية المعرفية الجديدة. لأنه كما يقول ميكنبوم "ما يقوله العميل لنفسه بعد عملية العلاج حول السلوكيات الجديدة التي اكتسبها والنتائج المترتبة عليها سيؤثر في السلوك وسيبقى وسيعمم إلى مواقف أخرى وبذلك فإن نجاح العلاج يتوقف على مدى التغيير الذي يحدث في السلوك وفي الأحاديث الداخلية"، فعلى المعالج أن يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث الآتية:

أ- البناءات المعرفية.

ب - الحوار الداخلي.

ج- السلوكيات الناتجة عن ذلك.

وعليه، فإن عملية العلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره، والحديث السالب المتعلق به، وتحاول استبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكا متكيفاً يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تشييته.

بعد عرض خطوات العملية العلاجية لاتجاه التعديل المعرفي السلوكي ننقل الآن للتركيز على

إحدى الأساليب العلاجية التي يحويها هذا الاتجاه ألا وهي التدريب التحصيلي ضد الضغوط.

سادسا: التدريب التحصيني ضد الضغوط:

تعتبر هذه الطريقة طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي، وتشبه طريقة التحصين ضد الضغوط عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتستند هذه الطريقة إلى فكرة رئيسة مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة. والتحصين ضد الضغوط أو التوتر هو الأسلوب الذي يهيئ للعميل فرصاً للتعامل مع مواقف مثيرة للضغط متوسطة نسبياً ويقوم العميل بالتدريب بتطوير قدرة تحمله لدافع ومثير أقوى، ويستند هذا التدريب على أساس انه بالإمكان التأثير على قدرتنا الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتنا وعبارتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط.

ويرى ميكنبوم أن تعديل السلوك معرفياً يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الإيجابي، حيث إن التخلص من الضغوط يكون مرهوناً بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية واستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية، وهكذا يهدف التدريب التحصيني ضد الضغوط إلى تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية.

وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية متداخلة وهي:

1/ المرحلة الأولى: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم: وهذه المرحلة تعليمية في طبيعتها وفيها يتعاون المعالج مع العملاء على إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهم، كما تتضمن هذه المرحلة تزويد العملاء بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد، فسيولوجيا ومعرفيا وانفعاليا وسلوكيا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة، ومما لا شك فيه أن المعلومات التعليمية التي يقدمها المعالج تمثل أهمية كبيرة فهي تمثل جزءاً من العلاج، حيث إن مناقشة كل مكون من مكونات البرنامج العلاجي يسهل من عملية تحقيق الأهداف، ولقد ثبت أن الأفراد المشاركين في برامج إدارة الضغوط يتحسنون بشكل ملحوظ عبر جلسات البرنامج عندما يقرؤون نشرات أو كتيبات عن الضغوط وعندما يحضرون المحاضرات والمناقشات. كما تتضمن هذه المرحلة أيضاً تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والانهازمية التي تساهم في شعورهم بالضغط ويلي ذلك مناقشة

أهداف البرنامج، وأساسه المنطقي وتفسير الفنيات التي تستخدم، وإقناع العملاء بضرورة الالتزام بالبرنامج وأداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج (طه عبد العظيم 2006: 273).

2/ المرحلة الثانية: مرحلة اكتساب المهارات: وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في البيئة، وذلك من خلال تدريب المشاركين في برامج إدارة الضغوط على مجموعة من الفنيات مثل التدريب على الاسترخاء، التحكم في التنفس، والتخيل وأحداث الذات الإيجابية وكذلك التدريب على حل المشكلات.

وفي هذه المرحلة يتم التأكيد على الفنيات المعرفية حتى يتمكن العملاء من دحض ومقاومة الأفكار السلبية والأحداث الذاتية السلبية لديهم، كما تتضمن تدريب المشاركين على كيفية التحكم في الاستثارة الانفعالية لديهم عن طريق استخدام الفنيات السلوكية مثل التدريب على الاسترخاء، والتدريب على الاستجابات التوكيدية، والواجبات المنزلية التي تتضمن تطبيق وممارسة ما تم تعلمه واكتسابه من مهارات الاسترخاء وتطبيقها في المنزل.

ومن الفنيات الرئيسية التي يعتمدها طريقة ميكنبوم "فنية الحديث الذاتي أو المحادثة الداخلية" للتدريب عليها في التخلص من الضغوط، وهذه الفنية تقوم على فرضية "أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه إذا استطاع التخلص من الأحداث السلبية والانهازامية التي يقولها لنفسه عن نفسه أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة المؤلمة والصادمة، وبالتالي لا بد للفرد من التعرف عليها وتحديدها واستبدالها بأحداث ذاتية موجبة، حيث إن هذه الأخيرة تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس، فعلى سبيل المثال "يستطيع الفرد أن يقول لنفسه: أنا أستطيع مواجهة هذا الموقف بنجاح بدلا من القول "أنا فاشل، الموقف صعب، ولن أستطيع مواجهته. وتتوقف فاعلية هذه الفنية على اقتناع الفرد بأن ما يردده من أحداث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدة القلق والخوف لديه ومن ثم عليه العمل على وقف هذه الأحداث السلبية عن الذات واستبدالها بأخرى إيجابية.

3/ المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق: وفيها يتم تشجيع العملاء على تطبيق ما تعلموه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية والجدير بالذكر أن بعض الأفراد قد يجدون صعوبة في حل ما يواجههم من مشكلات ومواقف صعبة نتيجة

نقص مهارات التدريب على حل المشكلات لديهم وفي ضوء ذلك يعتبر التدريب على حل المشكلات فنية معرفية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة، وتتضمن هذه الفنية عدة خطوات وهي: التعرف على المشكلة، وجمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة وتقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ. فمن خلال هذا الاستخدام والتطبيق العملي للمهارات في البيئة يتم التأكد من مدى فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق والضغط، والوقاية من الانتكاسة وفي النهاية يتم لفت نظر الفرد إلى أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له، وأنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه.

خلاصة:

في الختام يمكن القول إن طريقة ميكنوم في علاج الضغوط النفسية قائمة في الأساس على التدريب على مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية والانفعالية وهذا التنوع في الاستراتيجيات والمهارات يؤدي إلى التعامل الناجح والفعال مع ضغوط أحداث الحياة.

قائمة المراجع:

1. أحمد عبد الخالق (1993) - اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مجلة عالم الفكر، المجلد 22، العدد الأول - الكويت.
2. بشرى إسماعيل (2004) - ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية - مكتبة الأنجلو المصرية - القاهرة
3. حسن مصطفى عبد المعطي (2006) - ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها - زهراء الشرق - ط1. القاهرة
4. خالد عبد الوهاب (2006) - تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة - دراسات عربية في علم النفس - المجلد الخامس - عدد 10.
5. ديفيد فونتانا (1993) - الضغوط النفسية: تغلب عليها وابدأ الحياة - ترجمة - حمدي علي الفرماوي، رضا أبو سريع - مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة
6. رثيفة رجب عوض - ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة - النهضة المصرية - ط1 - 2001.

7. راوية حسين دسوقي (1996) - النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية للمطلقات - مجلة علم النفس عدد 39 - السنة العاشرة - الهيئة المصرية العامة للكتاب.
8. طه عبد العظيم حسين وسلامة طه عبد العظيم حسين (2006) - استراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية - دار الفكر - ط1 - عمان - الأردن.
9. عبد المنعم عبد الله حسيب (2006) - مقدمة في الصحة النفسية - دار الوفاء للطبع والنشر - الإسكندرية - مصر.
10. عبد الستار إبراهيم (2002) - الاكتئاب النفسي اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه - سلسلة عالم المعرفة العدد 239 - المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
11. علي عسكر (2000) - ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق - دار الكتاب الحديث - ط2 - القاهرة.
12. عادل عبد الله محمد - العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات - ط1 - دار الرشاد.
13. عماد رمضان مصطفى علي (2002) - مكونات العلاقة بين إدراك المساندة الاجتماعية ومواجهة ضغوط أحداث الحياة وبين الكفاية الإنتاجية لدى العاملين في الصناعة - رسالة دكتوراه (غير منشورة) - تخصص علم النفس - كلية الآداب - جامعة عين شمس.
14. محمد الحجار (2000) - تجرّبي مع العلاج النفسي السلوكي - المعرفي على المجتمع السوري - مجلة الثقافة النفسية المتخصصة - عدد 44 - المجلد 11 - طرابلس - لبنان.
15. محمد محروس الشناوي وعبد الرحمن السيد (1994) - نظريات الإرشاد والعلاج النفسي - دار غريب -

16. Gérard Ribs (2001) - coping et stratégies d'adaptation - laboratoire de psychologie de la santé et du développement.

on <http://www.ensaap.ca/cnsaap/index?8=>

17. <http://www.oodoc.com/cddie.ph?idadd/> les stratégies d'ajustement ou coping.

إدمان الإنترنت عند طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم

د. أنس الطيب الحسين رابع

قسم علم النفس

جامعة النيلين - السودان

ملخص الدراسة:

تناولت هذه الدراسة موضوع "إدمان طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم للإنترنت"، وتهدف إلى التعرف على إدمان الإنترنت ومن ثم دلالات الفروق في ظل بعض المتغيرات الأخرى. تم استخدام المنهج الوصفي نسبة لأهميته في مثل هذه البحوث، وبلغ حجم عينة الدراسة (150) طالبا وطالبة اختيروا بأسلوب العينة العشوائية المتساوية، كانت أداة الدراسة مقياس إدمان الإنترنت من إعداد الباحثة أماني ضرار (2011). وقد حقق الخصائص السيكومترية في جانب الصدق (0.87) وفي جانب الثبات (0.76). تم استخدام برنامج "الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية" لغرض المعالجة الإحصائية.

انتهت الدراسة إلى نتائج تمثلت في أن طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم يتسمون بخاصية إدمان الإنترنت، فضلاً عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جانب متغير النوع، وعدم وجودها في متغير العمر. ختمت الدراسة بمقترحات وتوصيات.

Abstract

This study, which comes under the title "Internet Addiction by Some Students in Khartoum State". Aims to identify the phenomenon of internet addiction, and the indications of differences under some variables. Due to its significance in such studies, the descriptive method was applied here, and the sample of the study comprised (150) subjects chosen by the equalizing random sampling method. The tool of the study was "the internet addiction scale" prepared by the researcher *Amani Dirar* (2011).

The psychometric characteristics scored (0.87) in terms of validity and (0.76) in terms of reliability. The researcher used the SPSS programm for the purpose of statistic processing.

The results of the study indicated that students at some universities in Khartoum State have some degree of internet addiction. Furthermore, there were statistically indicative differences with regard to the "sex" variable, but there were no such

differences with regard to the "age" variable. At the end of the study, the researcher proposed some suggestions and recommendations for related future studies.

تهديد:

اقتحمت شبكة الإنترنت اليوم كافة مجالات الحياة تقريباً وذلك بفضل الخدمات الجيدة التي باتت توفرها (الفنتوخ، 2001). ففي دراسة لمؤسسة مورجان ستانلي (Morgan Stanly) للأبحاث في الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن شبكة الإنترنت استقطبت في أقل من أربع سنوات قرابة 50 مليون مستخدم، العدد الذي استقطبه جهاز التلفاز في 13 سنة وجهاز المذياع في 38 سنة (بحر، 1999). وعلى الرغم من النقلة التقدمية النوعية التي أحدثتها ثورة الاتصالات إلا أن إدخال خدمة شبكة المعلومات العالمية (الإنترنت) ضمن منظومة خدمات الاتصالات كان له آثار سلبية.

تؤكد دراسات أخرى (حسين، 1998) أن للشبكة نتائج سلبية صحية واجتماعية ونفسية مثل الإدمان على الإنترنت، أو الاستعمال القهري للإنترنت، والاستخدام المشكل للإنترنت أو الاستخدام المفرط للإنترنت⁽¹⁾ وما يترتب على ذلك من فقدان للحس الاجتماعي ووسط الأسرة والمحيط الاجتماعي عموماً وإهمال لصحة الفرد وتدهور في أدائه لواجباته الأسرية، العلمية والأكاديمية.

أما فيما يتعلق بحجم المشكلة، فقد بين التحليل العنقودي لبيانات جمعت عبر الإنترنت من عينة بلغت (1664) أن فئة فرعية تقدر بـ (49%) من أفراد العينة يواجهون مشكلات ناجمة عن إدمان الإنترنت مثل الشعور بالإثم والرغبة الجارفة في البقاء متصلاً بالإنترنت، والشعور بفقدان التحكم وتضييع الوقت (China، 2007).

نظراً لهذه الحقائق التي تنبئ بأن هذه المشكلات المترتبة على استخدام الإنترنت قد توجد في المجتمع السوداني. عليه تولدت لدى الباحث الدافعية للكشف عن درجة إدمان الإنترنت عند بعض طلاب الجامعات نسبة للخصائص النمائية، الطاقة الشبابية لهؤلاء الطلاب التي قد تهدر بسبب إدمان الإنترنت.

(¹) في ظل عدم حسم الجدل الدائر حول مدى صلاحية استخدام مصطلح الإدمان على الإنترنت، واستمرار الكثير من البحوث في استخدام المصطلح، سيستخدم الباحث هذه المصطلحات في نفس المعنى.

مشكلة الدراسة:

إن مجتمع الشباب والطلاب عموماً أكثر الفئات استخداماً للإنترنت حيث إن أعلى نسبة مستخدمين للإنترنت تتراوح أعمارهم ما بين (21 - 34) سنة (الفرم، 2001).

لذلك تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن التساؤلات التالية:

هل يوصف طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم بدرجة من إدمان الإنترنت؟

(1) هل توجد فروق في إدمان الإنترنت عند طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم بناء على

متغير العمر؟

(2) هل توجد فروق في إدمان الإنترنت عند طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم بناء على

متغير النوع؟

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الآتي:

(1) التعرف على درجة إدمان الإنترنت لطلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم.

(2) التعرف على الفروق في إدمان الإنترنت لطلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً

لمتغير العمر.

(3) التعرف على الفروق في إدمان الإنترنت لطلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً

لمتغير النوع.

أهمية الدراسة:

إن تكنولوجيا الإنترنت التي يتميز بها العصر الحاضر لا يمكن الاستغناء عنها بسبب سوء استخدام البعض لها، ولكن هذا يقتضي بإمعان النظر في مشكلة سوء استعمال الإنترنت للكشف عن المتغيرات التي قد تسهم في حدوثها، ولكن كل ذلك لا بد أن يكون مسبقاً بتحديد طبيعة هذه الظاهرة والمتغيرات التي تبدو أنها ترتبط بها.

وتأتي أهمية الدراسة من أهمية الموضوع، خاصة في ظل الأزداد المضطرب لاستخدام الإنترنت، راجياً أن يقدم ما يفيد في تحديد طبيعة هذه الظاهرة في المجتمع السوداني، وتقديم بعض التوصيات التي قد تساعد في التخفيف من أضرار الاستخدام السيئ للإنترنت. كما يرجو الباحث

أن ينبثق عن الدراسة الحالية مقاييس يمكن استخدامها من قبل الباحثين والمعالجين النفسيين لأعراض التشخيص، وأن تكون حلقة في سلسلة من الدراسات العلمية لهذا الموضوع وما يتعلق به من موضوعات أخرى ومحاولة لإثراء أدبيات البحث السيكولوجي في السودان.

فروض الدراسة:

- (1) يتسم طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم بدرجة إدمان على الإنترنت.
- (2) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت عند بعض طلاب الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع.
- (3) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت عند بعض طلاب الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر.

حدود الدراسة: الزمانية: 2011م. والمكانية: بعض الجامعات بولاية الخرطوم (الخرطوم- السودان - الأهلية).

مصطلحات الدراسة:

إدمان الإنترنت: عرفته يونغ (1998) بأنه استخدام الإنترنت أكثر من 38 ساعة أسبوعياً، مع ظهور أعراض الانقطاع كالاكتئاب، القلق وسوء المزاج (الهاجري، 2003).

بعض الجامعات:

جامعة الخرطوم، جامعة المستقبل (كمبيوتر مان سابقاً)

أدبيات الدراسة:

1- تعريف ونشأة شبكة الإنترنت: تختلف وجهات نظر الباحثين في تعريف الإنترنت، وذلك لطبيعة المستخدمين حيث لا يوجد تعريف محدد يتفق عليه الجميع ويرى الثقافي (2003) أن الإنترنت عبارة عن عدة ملايين من أجهزة الحاسب الآلي الشخصية والمتوسطة والعملاقة المرتبطة ببعضها البعض والمنتشرة حول العالم، والتي تعمل ضمن بروتوكول شامل وموحد يمكن الدخول إليه أو التعامل معه من أي جهاز حاسب آلي مربوط بهذه الشبكة.

أما الدناني (2002) فيشير إلى أن كلمة الإنترنت لغوياً مشتقة من شبكة المعلومات الدولية اختصاراً للاسم الإنجليزي (International Network) ويطلق عليها عدة تسميات منها

الشبكة (The Net) أو الشبكة العالمية (World Net) أو شبكة العنكبوت (The Web). الإنترنت (Internet) كلمة إنجليزية تتكون من جزئين الجزء الأول (Inter) ويعني بين. والجزء الثاني (Net) ويعني شبكة، الترجمة الحرفية لها هي الشبكة البينية ومدلولها يعني الترابط بين عدد كبير جداً من شبكات الحاسب الآلي في جميع العالم (إسماعيل، 2000).

نشأ الإنترنت كفكرة داخل وزارة الدفاع الأمريكية عام 1969م من خلال إنشاء شبكة لربط مراكز الأبحاث عن طريق ربط أربعة أجهزة حاسب آلي في عدد من الولايات المتحدة الأمريكية تشرف عليها وكالة مشروعات الأبحاث المتقدمة (ARPA) (Advanced Research Projects Agency). وقد أنشئت بهدف إتاحة الفرصة للعلماء والباحثين لتبادل المعلومات ونتائج البحوث والجامعات وذلك بربطهم من خلال الحاسبات الآلية. (النفيعي، 2003).

وأشار الكندي والقشعان (2000) إلى أنه في عام 1991م بدأ واضحاً أن الإنترنت تنمو بسرعة كبيرة وسرعان ما استهلكت سعة الشبكة الجديدة (NSFnet)، كما تبين أن الحكومة الأمريكية لا يمكنها الاستمرار في الدعم المالي من أجل تطوير شبكة الإنترنت بلا حدود مما خلق توجهاً لدى المؤسسة القومية للعلوم لتحميل القطاع الخاص بعض المسؤولية في تطوير الشبكة.

وفي عام 1995 بدأت الشركات الخاصة باستثمار الشبكة ودعمها مالياً مما أدى إلى ظهور صناع وموفري الخدمة من منظمات كانت توفر خدماتها للباحثين وأساتذة الجامعات فأسسوا شركات خاصة بهم، وأدى ذلك إلى تطور الإنترنت وانتشارها وارتباط العديد من الشبكات من خارج الولايات المتحدة الأمريكية بها مما أضفى عليها بعداً عالمياً (الزايد، 1996). بينت الإحصاءات التي قامت بها مؤسسة Reach Global لمتابعة مجتمع الإنترنت أن تعداد مستخدمي الإنترنت بلغ 391 مليون مستخدم في مارس 2001م وحوالي 774 مليون مستخدم في العام 2003 واللغة الرئيسية لما نسبته 47.5% من مجتمع الإنترنت هي اللغة الإنجليزية والنسب الباقية وهي 52.5% موزعة على اللغات الأخرى (الهاجري، 2003).

2- تعريف مصطلح إدمان الإنترنت: ويذكر أن أول من وضع مصطلح إدمان الإنترنت (Internet Addiction) هي عالمة النفس الأمريكية كيمبرلي يونغ Kimberly Young التي تعد من أول أطباء النفس الذين عكفوا على دراسة هذه الظاهرة في الولايات المتحدة منذ عام

1994 وتعرف "يونغ" " إدمان الإنترنت" بأنه استخدام الإنترنت أكثر من 38 ساعة أسبوعياً. (Young، 1998).

يعرف كل من براتار وفوريسست الإدمان (باجي، 2003) على أنه نموذج سلوكي للاستخدام الإجباري للعقاقير. ويكون مميزاً بتعلق شديد لتعاطي المادة المخدرة وتأمين مصادر الإمداد لها وكذا النزوع إلى الارتداد إلى التعاطي بعد انتهاء الانسحاب.

مثل كل أساليب الإدمان؛ فإن الإنترنت يعتبر مرضاً نفسياً فيسيولوجياً يتضمن وجود كل من الممانعة (الداني، 2001) وهي أن ثبوت الكميات المستخدمة من العقار تؤدي إلى استجابة أقل لتأثيره، وعليه فإن الزيادة في مقدار التعاطي يعد ضرورة حتمية لتحقيق نفس مقدار النشوة المرجوة، كما يتضمن أيضاً أعراض الانسحاب وعلى الخصوص الارتجاف والقلق والمزاج السيئ، وأيضاً الاضطرابات مثل سرعة الغضب والاكْتئاب وأخيراً الخلل في الحياة الاجتماعية وذلك إما من خلال التقليل في العلاقات الاجتماعية أو حتى فقدها وذلك كما وكيفاً (الغامدي، 2002). نظراً لطبيعة إدمان الإنترنت من حيث كونه غير محكوم بمظاهر مثل التسمم وذلك خلاف أنواع الإدمان للعقاقير الأخرى، فإن إدمان الإنترنت يعتبر قريب الشبه بالمقاومة المرضية، رغماً عن ذلك، فتأثيرات إدمان الإنترنت على مظاهر الأشخاص المصابين به تشبه في أشكالها القاسية أولئك الذين يعانون من إدمان الكحوليات. (Young، 1998).

3- أسباب إدمان الإنترنت: تفهم إصابة شخص ما ووقوعه في إدمان الإنترنت من خلال النظر إلى أسباب الإدمان عموماً، وذلك بناء على السيكونديناميكية والمواصفات الشخصية. هذه الفرضية تعزو الإدمان وترجعه إلى الصدمات في مراحل الطفولة المبكرة والعلاقة بسمات شخصية معينة والاختلالات الأخرى بالإضافة إلى الصفات النفسية الوراثية، وأيضاً من الأسباب مفهوم الثقافة الاجتماعية للإدمان يتنوع حسب النوع (ذكر أو أنثى) والعمر، الحالة الاقتصادية، الوضع العرقي والديني والموطن (السيبي، 2001). بعض أنواع الإدمان تكون منتشرة بين أفراد ينتمون إلى فئات اجتماعية مختلفة كما يوجد المفهوم السلوكي هذا المفهوم المرتكز على دراسات سكينر أي التشغيل المشروط. الشخص يقوم بسلوك ما ثم يحصل إما على مكافأة أو عقاب على سلوكه.

لو أن الفرد شعر بأنه في حاجة إلى الهروب من واقع أو أنه في حاجة إلى الحب أو العاطفة أو متعة أكثر فإنه سيذهب إلى الإنترنت هذا يكون إجبارياً بالنسبة له وهكذا يقع في دائرة

إدمان الإنترنت (John, 1999) ومن الأسباب كذلك المفهوم الطبي هذا المفهوم يركز على العوامل الوراثية والخلقية والاختلال الكيميائي في المخ والمستقبلات العصبية كمسببات للإدمان. يمكن أن يكون هناك كروموسومات معينة أو هرمونات أو نقص أو زيادة في كيمواويات معينة ومهمة والتي من شأنها تنظيم أنشطة في المخ وباقي الجهاز العصبي. من هذا المنظور يمكن أن يكون شخص ما عرضة للإدمان. هذا يمكن تطبيقه على الإنترنت حيث توجد من خلالها نشاطات تمثل المتعة والإثارة (Yen, 2007) وأيضاً المفهوم البديل. إن المفاهيم والفرضيات التي تم مناقشتها سالفاً افتقرت إلى تحديد أكثر تبياناً لخصوصية الإنترنت. فيمكن أن يكون من يوصفون بدمني الإنترنت من المستخدمين الجدد الذين يبهرون بما تقدمه الإنترنت من خدمات ولذا فهم ينجذبون إليها بادئ الأمر على غير هدي، إلى أن يحدوا أولوياتهم في استخدامها وما هي مناحي الاستفادة منها (China, 2007).

4- الإنترنت في السودان: بدأت خدمات الإنترنت في السودان عام 1998 كشركة مساهمة بين الهيئة السودانية للإذاعة والتلفزيون والشركة السودانية للاتصالات - سوداتل - وقدمت خدماتها عن طريق الخطوط الهاتفية - Dial Up - ثم بعد ذلك التصديق لشركات خاصة بتقديم الخدمة سمح لها استخدام تقنية اللاسلكي للنطاق العريض بجانب التقنية التقليدية. ومنذ 1996 تنوع تقديم الخدمة حيث قدمت شركات الهاتف السيار خدمة الإنترنت عبر تقنيات الجيل الوسيط G.2.5، وفي عام 2007 تم التحول لخدمات الجيل الثالث (UMTS، CDMA-EVxDO) مما ساعد على الانتشار الكبير والمكثف للخدمة على امتداد القطر، صاحب ذلك التطور توفير ساعات كبيرة وسرعات عالية لخدمات الإنترنت عبر الكوابل البحرية بدلاً عن توفيرها عبر الأقمار الصناعية، حيث تم إنشاء عدد اثنين كيبل بحري مرتبطة بالكوابل البحرية العالمية (FLAG EASSY).

وقد شهدت الإنترنت في السودان تطوراً ملحوظاً في السنين الأخيرة حيث ارتفع عدد المستخدمين للإنترنت من 30 ألف مستخدم في العام 2000 إلى حوالي 4 مليون و200 ألف مستخدم في العام 2009 أي ما نسبته حوالي 10٪ من السكان بحسب إحصائية موقع (<http://www.internetworldstats.com/stats1.htm>)).

وبالرغم من أن هنالك إحصائيات تقول إن عدد مستخدمي الإنترنت في السودان لم يبلغ المليونين، فإن السودان يعتبر في قائمة الدول الخمس الأوائل في إفريقيا استخداماً للإنترنت

بعد مصر والمغرب ونيجيريا وجنوب إفريقيا وهذا يدل على التطور المتسارع في الوصول للإنترنت بالسودان.

5- مخاطر الإنترنت: لكل وسيلة من وسائل الإعلام إيجابيات ومخاطر، لكن شبكة الإنترنت من الوسائل التي وجهت لها الاتهامات بكثرة سلبياتها ومخاطرها وذلك يعود لسهولة الوصول إليها، ولضعف وسائل الحماية أو الرقابة المفروضة عليها مما يسهل لضعاف النفوس التعامل مع هذه الشبكة، قال تعالى ﴿ قُلْ هَلْ نُنَبِّئُكُمْ بِالْأَخْسَرِينَ أَعْمَالًا ﴿١٠٣﴾ الَّذِينَ ضَلَّ سَعِيَهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَهُمْ يَحْسَبُونَ أَنَّهُمْ يُحْسِنُونَ صُنْعًا ﴾ (سورة الكهف، الآيات 103 - 104) أما فيما يخص بالمخاطر المترتبة عليها فمنها تقلص الخصوصية الثقافية تعتبر الثقافة هوية الأمة تعرف بها وتميزها عن بقية الأمم، يمثل انحسارها خطورة بالغة خاصة بالنسبة للثقافة العربية والإسلامية، ومن المعروف أن الثقافة المسيطرة على الإنترنت هي الثقافة الغربية وخاصة الأمريكية والتي تؤثر على الأمن الثقافي والذي يعد أمراً في غاية الأهمية (الهاجري، 2003). أيضاً العزلة الاجتماعية ويقصد بالعزلة الاجتماعية أن يعتزل الفرد الحياة العادية ويستبدلها بحياة الغرف أو الحياة الافتراضية مما يجعله يفقد الشعور بالمسؤولية، إن معظم الأشخاص الذين يستخدمون الإنترنت بطريقة خاطئة أصبحوا يعيشون حياتين أو يتقمصون شخصيتين: الشخصية العادية: أو ما تسمى في عالم الإنترنت شخصية (Off line) الشخصية الافتراضية: أو ما تسمى في عالم الإنترنت شخصية (On-Line) (الهاجري، 2003).

أيضاً من المخاطر الجرائم عبر الإنترنت وتتسم الجرائم المرتكبة عبر الشبكة بالعديد من السمات والصفات التي لا نجدها عادة في الجرائم التقليدية ومن أهم السمات ما يلي: إخفاء الجريمة: إن الجرائم التي تقع على الحاسب والإنترنت تكون عادة مستترة وخفية ومن الممكن أن لا يعرف فاعلها. سرعة تطور أساليب ارتكاب الجريمة: تتصف جرائم الإنترنت بالتغير حيث إنها مرتبطة بالتطور السريع الذي تشهده تكنولوجيا الاتصال والذي انعكس بدوره على تطور طرق ارتكاب جريمة الإنترنت، (بحر، 1999).

ومن المخاطر أيضاً الغزو الفكري مصطلح حديث يعني مجموعة الجهود التي تقوم بها أمة من الأمم للاستيلاء على أمة أخرى أو التأثير عليها (الغامدي، 2002). والغزو الفكري حادث ومستمر ومتزايد حتى قبل وجود الإنترنت، ولكن عندما يستقبل عبر شاشة الإنترنت أفكاراً مغايرة لما تلقاها في حياته يجعله ينجرف خلفها وينساق وراءها دون تفكير. ولهذا يعد تأثير الإنترنت الفكري

أشد الأنواع خطراً وأكثرها ضرراً على الأفراد والشعوب، (النفيعي، 2002) ومنها الإشاعات، إن زعزعة الثقة بالمعتقدات وذلك ببث إشاعة عن موضوع ما في أي مجتمع يثير البلبلة خاصة وأن السرية في سرعة حركة الملفات في الإنترنت يجعل من الصعوبة بمكان تتبع تنقل الإشاعة ومصادرها سواء بهدف التصحيح أم الملاحقة القانونية، (المهاجري، 2003؛ البيعي، 2001).

ويرى غليوم (2000) أن التكنولوجيا سوف تؤدي بنا إلى الانفصال والاعتراب عن بعضنا، كما أكد على أن الإنترنت يقلل من فرص الاتصال بالأشخاص الذين نعرفهم معرفة حقيقية، حيث أشارت الدراسات الحديثة إلى وجود علاقة قوية بين استخدام الإنترنت ومشاعر العزلة الاجتماعية والاكتئاب والشعور بالوحدة. وتؤكد بعض الدراسات أن للإنترنت نتائج سلبية منها فقدان الحس الاجتماعي وسط الأسرة، وسيطرة التشاؤم خوفاً من تحطيم وانهيار العلاقات الاجتماعية.

الدراسات السابقة:

أ/ دراسة ربيع (2003): هدفت الدراسة إلى التعرف على إدمان شبكة المعلومات والاتصالات الدولية (الإنترنت) في ضوء بعض المتغيرات عند طلاب قسم علم النفس بجامعة طنطا وبلغ حجم العينة (150) طالبا، استخدم المنهج الوصفي، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها أن هنالك فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعتين في متوسط شدة الدافع نحو الإنترنت عند المجموعة التي توصف بالإدمان.

ب/ دراسة بيرنر (Chak، 2004): تهدف الدراسة إلى معرفة طبيعة إدمان الإنترنت، ومعرفة مظاهر هذا النوع من الإدمان، أجريت الدراسة على عينة قوامها (563) فرداً من مستخدمي الإنترنت، وقد كشفت نتائج الدراسة عن أعراض سلبية تنجم عن إدمان الشبكة منها الشعور بالعزلة الاجتماعية والبعد عن الأصدقاء.

ج/ دراسة كمان وآخرون (Cummings)، 1999: كان الهدف منها معرفة طبيعة العلاقة بين استخدام الإنترنت ومدى الاندماج في العلاقات الاجتماعية والأسرية والشعور بالتوافق النفسي، وقد كشفت الدراسة عن وجود جملة من المخاطر الاجتماعية والنفسية تتمثل في تناقص معدل التواصل الأسري والاندماج الاجتماعي وذلك كلما ارتفع معدل استخدام الشبكة. كما كشفت الدراسة عن تفاقم الشعور بالوحدة والعزلة النفسية والتباعد عن الناس لدى أفراد العينة.

إن الدراسات السابقة قد أضافت الكثير للبحث الحالي إذ تمثلت بالإضافة في جانب كيفية تحديد المنهج، واختيار العينة، وإعداد المقياس بصورة صحيحة إلى جانب إثراء مناقشة النتائج. والنتائج المتحصل عليها من خلال الدراسات السابقة قد أشارت إلى أن معظمها قد اتفق على وجود درجة من الإدمان لدى أفراد العينات، وقد أكدت على التباين في دلالات الفرق بناء على متغير النوع أو العمر. بالإضافة إلى أن الروابط الاجتماعية بدأت تضعف مع دخول الإنترنت لعالم الاتصالات والمعلومات. لكن للباحث ملاحظة بأن معظم الدراسات السابقة قد أهملت ذكر خصائص المقاييس المستخدمة حتى يتم الوثوق في النتائج المتحصلة.

يرى الباحث أن هذا البحث قد تميز في جانب جودة المقياس إذا حقق الخصائص السايكومترية بدرجة مقبولة. واتبع منهجا محددًا بدقة وقد حقق البحث معظم الفرضيات بصورة إيجابية يضاف إلى ذلك أنه قد أعطى مؤشرا أوليا لدرجة إدمان الطلاب للإنترنت بالجامعات وما يمكن أن يترتب عليه من مشكلات نفسية اجتماعية.

منهج وإجراءات الدراسة:

تبني الباحث المنهج الوصفي Descriptive Method الذي يعتبر من أشكال البحوث الشائعة التي اشتغل بها العديد من الباحثين، وهو يسعى إلى تحديد الوضع الحالي لظاهرة معينة ومن ثم يعمل على وصفها وتفسيرها (الحسين، 2008).

1 - **مجتمع وعينة البحث:** يعني مجتمع البحث جميع المفردات الظاهرة التي يقوم بدراستها الباحث (أبو علام، 2004). وفي هذا البحث فإن المجتمع يتمثل في طلاب الجامعات بولاية الخرطوم. اتجه الباحث إلى أخذ عينة ممثلة لخصائص مجتمع البحث. لأن دراسة جميع طلاب الجامعات بولاية الخرطوم أمر بالغ الصعوبة. وبلغ حجمها (150 طالبا)، منهم (75 طالبا) من جامعة الخرطوم، و(75 طالبا) من جامعة المستقبل واستخدم البحث أسلوب العينة العشوائية المتساوية (أبو علام، 2004).

2- **أداة البحث:** مقياس إدمان الإنترنت: من إعداد الباحثة أماني ضرار (2011)، علماً بأنه عرض لعدد من الخبراء والمختصين في مجال القياس النفسي، وعلم النفس الاجتماعي، والحاسوب. ذلك بغرض التأكد من سلامة اللغة والصياغة المفاهيمية لموضوع الإدمان. وقد تحقق ذلك بدرجة مرضية. بعدها تم استخراج مؤشر الصدق (0.87)، ومؤشر الثبات (0.76).

نتائج الدراسة:

1- عرض الفرض الأول: (يتسم طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم بدرجة إدمان على الإنترنت)

جدول (1): يوضح اختبارات لعينة واحدة لمعرفة سمة الإدمان على الإنترنت لطلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم

حجم العينة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	درجة الحرية	الانحراف المعياري	ت. المحسوبة	الاحتمالية	الاستنتاج
150	151.2	152	149	17.9	22.3	0.0031	السمة تتميز بالارتفاع

يكشف الجدول (1) أن قيمة المتوسط الحسابي 151.2، وأن المتوسط النظري 152 ودرجة الحرية 149 والانحراف المعياري 17.9 وأن القيمة المحسوبة لـ (ت) 22.3 ومستوى الدلالة (القيمة الاحتمالية = 0.0031). الاستنتاج بأن درجة الإدمان على الإنترنت تتسم بالارتفاع.

أظهرت نتيجة هذا الفرض أن السمة العامة في إدمان الإنترنت وسط طلاب بعض من الجامعات بولاية الخرطوم مرتفعة، وقد جاءت النتيجة كما توقع الباحث من خلال فرضيته بأن طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم يتسمون بدرجة إدمان على الإنترنت بدرجة مرتفعة.

يفسر الباحث هذه النتيجة بأن الفئة العمرية بالنسبة لمعظم الطلاب تحتاج إلى ظرف نفسي واقتصادي واجتماعي قل ما يتوفر في ظل الظروف الطبيعية لهؤلاء. ونجد أن الإنترنت بما يحتوي من معارف ومعلومات لا متناهية يوفر لهؤلاء الطلاب كثيرا من حاجاتهم، حتى وإن كانت بدرجة قليلة، الأمر الذي ربما يؤدي إلى التعود ثم الاعتماد على الإنترنت في إشباع تلك الحاجات غير المشبعة، إذ كشفت عدة دراسات (ليري وحاجي، 1991؛ العتيق، 2000، الخليفي، 2006) بأن مقهى الإنترنت هو المكان الأكثر ملاءمة للتعرف على الأصدقاء، بالإضافة إلى زيادة الثقافة واكتساب أسلوب التحدث والتعبير عن الرأي ذلك وفق ما يعتقد مدمنو الإنترنت. وربما يفسر إدمان طلاب بعض الجامعات للإنترنت بأن الإنترنت أصبح في

متناول اليد وأصبح متاحاً حتى عبر جهاز الموبايل مع سهولة الاشتراك، بمعنى أصبح الإنترنت مع الطالب في الجامعة أو المنزل، فضلاً عن ضعف الرقابة على الإنترنت بمعنى إتاحة الحرية بدرجة شبه مطلقة للمتصفح من الطلاب الوضع الذي يساعد على الإدمان. ويحتمل أن تكون هنالك بعض جوانب الشخصية هي التي تساعد على إدمان الإنترنت وأتوقع مزيداً من الدراسات والبحوث وهي يمكن أن تكشف عن الأسباب والدوافع التي تقف وراء إدمان الإنترنت عند طلاب الجامعات.

2- عرض الفرض الثاني:

نص الفرض: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت عند طلاب بعض الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير النوع)

جدول رقم (5): يوضح اختبار (ت) لعينتين مستقلتين لمعرفة الفرق في النوع.

مجموعتي المقارنة	حجم العينة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
ذكور	72	147	7.54	1.95	148	0.05	توجد فروق ذات دلالة إحصائية
إناث	80	144	10.14				

يلاحظ من الجدول (5) أن الوسط الحسابي للذكور بلغ (147) والمتوسط الحسابي للإناث بلغ (144) وقيمة (ت) بلغت (1.95) بقيمة احتمالية (0.05) وهي قيمة تساوي القيمة الاحتمالية (0.05) ذلك يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير النوع.

كشفت هذه النتيجة أن الفروق لصالح الذكور بمعنى أن حالات الإدمان على الإنترنت أكثر شيوعاً لدى الذكور. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة لبري وحاجي (1999) التي هدفت إلى التعرف على أثر مقاهي الإنترنت النفسية والاجتماعية للمستخدمين، وتوصلت إلى أن عدد الذكور أعلى من الإناث في التردد على مقاهي الإنترنت حيث بلغت نسبتهم 84% من حجم العينة (الهجري 2003).

كما اتفقت مع عدة دراسات (بو عزة، 2001؛ طايح، 2004؛) أكدت نتائجها بأن الذكور أكثر استخداماً من الإناث ويقبلون على الألعاب الإلكترونية، وأكثر تأثراً واستجابة لكل ما هو متاح عبر الإنترنت، وكما هو معروف أن كل شي فيه متاح مما يدعم فرضية البحث بأن الذكور أكثر إدماناً للإنترنت للشغف بالألعاب الإلكترونية. ومن الدراسات أيضاً التي تؤكد أن الذكور أعلى نسبة من الإناث في الإدمان على الإنترنت دراسة أعدها عبد الحميد (2004) والتي توصلت إلى أن الطلاب أكثر اعتماداً من الطالبات في استخدامهم للإنترنت. على ذات النهج توصلت دراسة سلامة (2005)، والعتيق (2000)، وربيح (2003) وإسماعيل (2000) إلى أن الذكور أكثر استخداماً للإنترنت من الإناث.

3- عرض ومناقشة الفرض الثالث:

نص الفرض: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت عند بعض طلاب الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر)

جدول رقم (6): يوضح تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لمعرفة الفروق في متغير العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجة الحرية	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
بين المربعات	348.58	116.19	3	1.420	0.239	لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية
داخل المربعات	12109.42	81.82	147			
المجموع	12458.00		150			

يلاحظ من الجدول (6) أن قيمة التباين بين المربعات (348.58)، والتباين داخل المربعات (12109.42)، وتباين المجموعات (12458.00)، وقيمة ف بلغ (1.420) والقيمة الاحتمالية بلغ (0.239) وقيمة ف أكبر من القيمة الاحتمالية من مستوى الدلالة مما يشير إلى عدم وجود فروق في عامل العمر.

جاءت هذه النتيجة مخالفة لتوقعات الفرض بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في إدمان الإنترنت عند بعض طلاب الجامعات بولاية الخرطوم تبعاً لمتغير العمر. بمعنى أن العمر يعمل

على إحداث فروق في درجة الإدمان عند أفراد العينة في الدراسة الحالية. كانت توقعات الباحث بأن الفئة العمرية الأصغر سناً هي الأكثر ميولاً للتعامل مع الإنترنت. من الدراسات التي اتفقت مع الدراسة الحالية دراسة قام بها منصور (2004) بعنوان الكشف عن دوافع استخدام الإنترنت لدى عينة من طلبة جامعة البحرين مكونة من 330 طالبا وطالبة كشفت الدراسة أنه لا توجد فروق في دوافع الاستخدام تعزى لمتغير العمر.

وأيضاً دراسة الباحثة سنان (2003) وهي دراسة مقارنة للإدمان على الإنترنت والقلق العام لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة لدى المستخدمات وغير المستخدمات الإنترنت وأوضحت الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى العينة تبعاً لمتغير العمر بينما نجد أن دراسة عبد الحميد (2004) قد خالفت النتيجة التي تم التوصل إليها إجرائياً في الدراسة الحالية بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح الأعمار الأصغر، وهي استهدفت الكشف عن الفروق بين الجنسين في اتجاهاتهم نحو الإنترنت واستخدامه بناء على متغير العمر وأكدت الدراسة أن الأعمار الأكبر أقل استخداماً للإنترنت. وتوصلت دراسة نشرت في مجلة إنترنت العالم العربي (1998) حول واقع استخدام الإنترنت في العالم العربي شملت 307 من المشتركين في البلاد العربية انتهت إلى أن الكبار هم أقل اعتماداً من الصغار. عموماً نجد أن معظم الدراسات (الجميلي، 2008؛ النفيعي، 2003) (Caplan، 2002) التي توفرت للباحث قد توصلت إلى أن العمر يعتبر عاملاً ذا درجة اعتبارية لفهم إدمان الإنترنت وخاصة فئة الشباب وبصورة أخص طلاب الجامعات.

ربما يفسر إدمان الإنترنت بأسباب لا ترتبط بفئة عمرية، أو بمتغير النوع والعمر بقدر ارتباطها بعوامل ثقافية وحضارية، وعوامل تربية وأساليب التنشئة الأسرية التي تشكل سلوك هؤلاء الطلاب، فالمجتمع السوداني الذي يعتبر في مرحلة نقلة كبيرة في جانب التطور في الاتصالات واتساع شبكة الإنترنت، وسهولة الاتصال غيرها. أو يحتمل أن الإدمان على الإنترنت يرجع لعوامل مرتبطة بشخصية الطلاب. ويأمل الباحث أن تجيب الدراسات اللاحقة بصور أكثر تحديداً.

الخاتمة:

1 التوصيات:

(1) تقديم برامج إرشادية وتوعوية عن إدمان الإنترنت لطلاب الجامعات.

(2) مزيد من الدراسات الميدانية والتطبيقية للتعرف على أبعاد إدمان الإنترنت.

(3) تكثيف البرامج التثقيفية والتوعوية التي تهتم بموضوع الإنترنت من خلال وسائل الإعلام.

2.5 المقترحات:

1. إجراء دراسة ارتباطية بين إدمان الإنترنت وبعض المتغيرات النفسية مثال التحصيل الدراسي، سمات الشخصية لطلاب الجامعات.
2. إعداد برامج علاجية لتخفيف الآثار السالبة لإدمان الإنترنت لطلاب الجامعات.

المصادر والمراجع:

القرآن الكريم.

السنة الشريفة.

1- كتاب الصحيح الجسج .- بي.

أولاً: المراجع العربية.

- 1- الدنانى عبد الملك ردمان. (2002). الوطنية الإعلامية لشبكة الإنترنت، بيروت: دار الراتب الجامعية.
- 2- الزايد، ناصر بن صالح. (1996). الإنترنت من خلال البريد الإلكتروني، الرياض: دار الخريجين للنشر والتوزيع.
- 3- الكندري، يعقوب؛ القشعان حمود. (2000). علاقة استخدام شبكة الإنترنت بالعزلة الاجتماعية لدى الشباب في المجتمع الكويتي، جامعة الكويت، قسم الخدمة الاجتماعية والاجتماع.
- 4- الفنتوخ، عبد القادر. (2001). الإنترنت للمستخدم العربي، الرياض، مكتبة العبيكان.
- 5- التقمى، سلطان احمد. (2003). الإنترنت فوائده وأخطاره، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- 6- حسين، فاروق. (1998). الإنترنت الشبكة الدولية للمعلومات، بيروت: دار الرتب الجامعية.
- 7- علام، رجاء. (2004). مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

ثانياً: الرسائل الجامعية:

- 1- ضرار، أماني حسين. (2011). إدمان الإنترنت وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية، أطروحة ماجستير، جامعة النيلين، قسم علم النفس، السودان.
- 2- بحر، عبد الرحمن (1999). معوقات التحقيق في جرائم الإنترنت في البحرين، رسالة ماجستير، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- 3- ربيع، هبة بهي الدين. (2003). إدمان شبكة المعلومات والاتصالات الدولية "الإنترنت"، في ضوء بعض المتغيرات، دراسة نفسية.
- 4- طابع، سعد الأحمد. (2004). استخدام الإنترنت في العالم العربي، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه، جامعة الكويت.
- 5- عبد الحميد، حمد الناصر. (2004). اتجاهات طلبة الجامعة نحو الإنترنت واستخدامه وعلاقته بالتحصيل الدراسي، أطروحة لنيل الدكتوراه، جامعة الإمارات العربية.
- 6- منصور، حمدان الحمدان. (2004). الكشف عن دوافع استخدام الإنترنت، رسالة ماجستير، جامعة الكويت.
- 7- السبيعي، سلمى بنت صالح. (2001). فاعلية الإرشاد السلوكي المعرفي لخفض خبرة الشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات المرحلة الجامعية، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية، قسم علم النفس.
- 8- سنان، صالحة محمد احمد. (2003). الاغتراب النفسي والقلق العام لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة من المستخدمين وغير المستخدمين للإنترنت (دراسة مقارنة)، رسالة لنيل درجة الماجستير، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- 9- الغامدى، غرم الله عبد الرزاق. (2002)، الشعور بالوحدة النفسية وتوكيد الذات لدى عينة من المراهقين المحرمين من الأسرة وغير المحرومين في مكة المكرمة وجدة، دراسة لنيل درجة الماجستير، جامعة أم القرى، قسم علم النفس.
- 10- الفرغ، خالد بن فيصل. (2001). شبكة الإنترنت وجمهورها في مدينة الرياض دراسة تطبيقية في ضوء نظرية الاستخدامات والإشباع. رسالة لنيل درجة الماجستير، جامعة الملك سعود كلية الآداب الرياض.

- 11- النفيعي، مزيد. (2003). مقاهي الإنترنت والانحراف إلى الجريمة بين مرتاديها (دراسة تطبيقية على مرتادي مقاهي الإنترنت بالمنطقة الشرقية بالملكة العربية السعودية. رسالة ماجستير)، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض.
- 12- الهاجرى حمد بن محمد. (2003). شبكة الإنترنت وتأثيرها على الشباب السعودي: دراسة ميدانية لمقهى الإنترنت بمدينة الرياض، أطروحة لنيل الدكتوراه.
- 13- العتيق، سعد محمد الدوسري. (2000). إدمان الإنترنت ودور الخدمة الاجتماعية والوقائية والعلاج، بحث من جامعة الإمام محمد بن سعود، كلية العلوم الاجتماعية.

ثالثاً: الدوريات والأوراق العلمية:

- 1- إسماعيل، الغريب زاهر. (2000). شبكة الإنترنت. المركز العربي للبحوث التربوية لدول الخليج، الدورة السابعة.
- 2- الخليفي، شبيكة يوسف. (2006). آراء وتعريفات لإدمان الإنترنت، مجلة المرأة.
- 3- الجميلي. محمد مهدي. (2008). علوم الإدمان على الإنترنت ميزة الحضارة الجديدة أم مرضها، جريدة الصباح، شبكة الإعلام العراقي.
- 4- باجى فريال (2003) ندوة أسماء الإنترنت باللغة العربية والتجارة الإلكترونية والإنترنت الماضي والحاضر والمستقبل. الائتلاف العربي لأسماء الإنترنت. تونس.
- 5- فايد، حسين علي. (2001). الاضطرابات السلوكية، القاهرة، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- 6- بوعزة، عبد المجيد. (2001).. واقع استخدام شبكة الإنترنت من قبل طلبة جامعة السلطان قابوس. مجلة مكتبة الملك فهد الوطنية. المجلد السادس
- 7- سلامة، عبد الحافظ محمد (2005). أثر استخدام شبكة الإنترنت في التحصيل الدراسي لطلبة جامعة القدس المفتوحة، فرع الرياض، مجلة العلوم التربوية والنفسية 6(1)، 169 - 190.
- 8- الحسين، أنس الطيب. (2011). مؤشرات الثبات بمقياس وكسلر لذكاء الأطفال الطبعة الثالثة، المجلة العربية لشبكة العلوم النفسية.

ربحاً: المراجع الأجنبية:

1- Chak ، K. And Leung ، L. ، (2004) Shyness and Locus of Control as Predictors of internet Addiction and Internet use ، cyber Psychology ، 7 (5) ، 559-570

2- Caplan ، S. E. (2002). Problematic Internet Use and Psychosocial Well-Being: Development of a Theory – Based Cognitive – Behavioral Measurement Instrument computers in Human Behavior ، 18 (5) 553-570.

3-China: (2002) million teenagers Addiction and Internet.Pediatrics ، 2007 ، 119(3) ، p508-508. (No authorship indicated).

4-Cummings ، J.; Kiesler ، S.; Kraut ، R.; Mudkophadhay ، T.and Scherlis ، W. (1999 ، June). The Internet and weakening social ties Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Society ، Denver.CO.

5-Hughes ، C.(1999).The relationship of use of the internet and loneliness among college students. Dissertaion Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences 60(3-A) ، Sep 1999 ، 0579.

6-Yen ، J-Y ، ؛ Ko ، C-H. ؛ Yen ، C-F.; Wu ، H-Y. and Yang ، M-J. (2007).The Comorbid Psychiatric Symptoms of Internet Addiction: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) ، Depression ، Social Phobia ، and Hostility.Journal of Adolescent Health.41(1) ، 93-98.

7-Young ، K. (1998) Internet addiction: The emergence of a New clinical disorder. Cyberpsychology & Behavior. 1(13) ، 237-244..

8-John M. Grohol ، Psy. D. www.Psychcentral ، com/bio-htm.

9-http://www.internetworldstats.com/stats1.htm

10- http://www.internetworldstats.com/stats1.htm

11-www.sptechs.com/news/artical

12-http://ar.wikipedia.orgإدمان الإنترنت

http:// www.findarticles.com/p/articles/mi m2248/is 138 35/ai 66171001

اكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم -أعراضه ونتائجه -

سحيري زينب
جامعة الأغواط

ملخص:

يعتبر المرور إلى الأمومة تجربة مميزة ومعقدة، تتصل بذاكريات طفولتها، وعلاقتها بأمها، و يغير ميلاد طفل جديد من علاقاتها مع محيطها، مع والديها، وزوجها وأخوته (إن لم يكن الطفل البكر).

وهو في ذلك يغيّر حتى من علاقاتها بجسمها وشخصيتها وهويتها وتوقعاتها المستقبلية. وبالفعل مهمة الأمومة أمر مليء بالفرح وشاق أيضا. ففي حين ينتظر أن يكون مرفوقا بالسعادة والابتهاج نجد بعض الأمهات عرضة للاكتئاب والأسى. فلماذا؟ وهل يؤثر ذلك على من حولها وعلى الرضيع خاصة؟

Abstract:

The transition to motherhood is seen as an intense and complex experience of the mother, Related to memories of her childhood and her relationship with her own mother. The occurrence of a new baby changes the relationship with her surroundings, with her parents, her husband and his brothers if the child is not pristine. Even changes the relations with her body, her personality, her identity and her Expectations for the future. And already the task of motherhood is hard and full of joy as well. While expected to be accompanied by happiness and joy, we find some mothers vulnerable to depression and grief. Why? And does that affect the around and the baby in particular?

مقدمة:

لقد أحدث مصطلح اكتئاب ما بعد الولادة اهتماما كبيرا في العشرية الأخيرة خاصة في اختصاصيين أساسيين وهما علم نفس الراشد وذلك لتقييم دور أحداث الحياة كالولادة والأمومة مثلا في إحداث الاكتئاب. وفي علم نفس النمو بالنظر لاكتئاب ما بعد الولادة كعامل ممرض، بسبب تأثيراته التي تحدث في النمو النفسي والعقلي ومسارات التعلق لدى الرضيع.

يتمثل اكتئاب ما بعد الولادة في ميل إلى التفكير السلبي، وإحساس بالقنوط تعاني منه المرأة يستمر بعد ولادة طفلها لأكثر من أسبوعين ولا يخفي دون علاج.

إن أكثر الأمهات المصابات بالاكتئاب لا تشخص حالاتهن ولا تعالج، بالإضافة إلى أن العديد منهن لا تتحدثن عن معاناتهن خشية من اعتبارهن كأمهات سيئات، وتفضلن فقط تحمل المشكل اعتقاداً منهن أن هذه المعاناة تمثل مظاهر عادية لهذه الفترة. وغياب العلاج قد يدوم الاضطراب لعدة أشهر أو أكثر من عام، فتتعرض الأم لفشل حياتها الزوجية وخاصة إذا لم يتفهم الزوج وضعها ومعاناتها، كما أنه يشكل خطراً على الأم والطفل كليهما فتضعف العلاقة الطبيعية بينهما، ويزيد الخطر أكثر فيما إذا كان لدى الأم أفكار تدعوها لإيذاء نفسها أو طفلها.

تعريف اكتئاب ما بعد الولادة:

ما زال هناك اختلاف ونقاش عن وضع اكتئاب ما بعد الولادة كتصنيف خاص مميّز عن باقي الاضطرابات وعن باقي أنواع الاكتئاب. فيساند البعض من المؤلفين خصوصيته (وذلك بسبب الأعراض اللانمطية وندرة الأفكار الانتحارية)، في حين يقف آخرون مثل Whiffen و O'Hara ضد التفريق بينه وبين باقي أنواع الاكتئاب (بسبب تواتره وعدم تميّز العوامل المؤدية إليه، والأعراض التي تدخل من قبل في جداول محددة: كالمرحلة الاكتئابية العظمى أو اضطراب التكيف مع مزاج اكتئابي وسوابق الاكتئاب عند المرأة. (L. Huet,2005,p3) فيعتبر Wiffen (1993) أن بعض الاضطرابات الاكتئابية الحادثة في الثلاثي الأول بعد الولادة، اضطراب في التوافق مرفوق باضطرابات اكتئابية وليست كنبويات اكتئابية عظمى أو صغرى مثلما اعتدنا تعريف اكتئاب ما بعد الولادة. (N.Guedeney &P.Jeammet,2001, p p51-52) ولذلك لا يمثل تصنيفا خاصا في DSM4 و Cim10.

أمّا Cooper & Muray (1995) فقد بحثا في خصوصية المدة والأثر الرجعي لاكتئاب ما بعد الولادة، وصعوبات الاستقصاء التشخيصي المتعلق بالتغيرات السيكولوجية والفيزيولوجية لاكتئاب ما بعد الولادة، وكذلك الرقابة الذاتية الأمومية التي تصعب على الأم التعبير عن أحاسيسها، مما برز فردية اكتئاب ما بعد الولادة. (A. Guedeney & J.F. Allilaire,2001, p76)

ومن بين أهم التعاريف التي تناولت اكتئاب ما بعد الولادة تعريف نيكول كيدني التي تعرفه على أنه: "عبارة عن اضطرابات اكتئابية عظمى أو مرحلة اكتئابية دنيا (محكات DSM4, RDC أو Cim10) تحدث من بداية الشهر الثاني بعد الولادة حتى نهاية العام الأول". (L. Huet,2005,p3)

- الدراسة الويائية لاكتئاب ما بعد الولادة:

تواترها حسب الدراسات من 10 إلى 20 بالمائة. (Pitt1968; Paykel & al 1980; Kumar & Robson, 1984; Nott, 1987; Cooper & al. 1988).

قد يرجع هذا الاختلاف لاستعمال وسائل متنوعة للتشخيص ومقابلات وكذلك مع اختلاف طرق اختيار العينة. (R. Ghubash & al, 1997, p 474)

وحسب الدراسة التحليلية التجميعية (metaanalyse) التي قام بها (O'Hara & Swain 1996) لدراسة استعملت فيها مقابلات ناتجة من الكتيبات التصنيفية لـ DSM و CIM واستعملت فيها مقاييس (EDPS 1987), BECK (1961), JUNG (1965) وجد أنّ نسبة انتشار اكتئاب ما بعد الولادة هي 13 بالمائة. (N. Guédény & P. Jeammet, Op cit, p51) و (M. Ferreri & al, 2003, p93)

ويرى ميللر (2002) أنّ هذه النسب ليست دالة على الواقع. فلأسف هناك من 30 إلى 50 بالمائة من الأمهات اللاتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة دون أن يكون مشخصا أو معالجا. (L. Gauthier, 2007, p 28)

وبيّنت الدراسات أنّ نسب اكتئاب ما بعد الولادة تكون عالية عند الشعوب ذات الدخل المنخفض من 23 إلى 52 بالمائة حسب دراسات كل من (Chazen-Cohen & al. 2007) و (R. Clark & al, 2008, p 516). Zlotnick & al (2001)

أمّا في البلاد العربية فقد وجدت نسب متوسطة، فباستعمال مقياس إندبرغ في اليوم السابع من ما بعد الولادة وجد نسبة 18 بالمائة في الإمارات العربية المتحدة. (M. T. Abou-saleh & R. Ghubash, 1997, p430)

وسجّلت K. Green & al في دراسة حديثة بالإمارات العربية المتحدة نسبة 22 بالمائة من المكتئبات في الشهر الثالث الذي يلي الولادة. (K. Green & al, 2006, p425)

ووجد في لبنان نسب تتراوح ما بين 16 في بيروت و 26 في البقاع. (M. Chaaya & al, 2002, p56)

وقد وجد موساوي في المغرب النسب التالية 6.9 و 11.8 و 5.6 بالمائة على التوالي في كل من الأسبوع السادس والشهر السادس والشهر التاسع. (M. Agoub & al, 2005, p37)

أمّا في تونس فكانت بنسبة 19.2 بالمائة في الأسبوع الأول لما بعد الولادة، وذلك بتطبيق مقياس إندبرغ. (J. Masmoudi & al, 2008, p782)

وعن الجزائر فلم تسجل (حسب اطلاعنا) أية دراسة عن انتشار اكتئاب ما بعد الولادة، ما عدا دراسة سحيري زينب سنة 2010 والتي من خلالها تمّ تطبيق مقياس إدنبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة ومقياس بيك للاكتئاب على عينة من النساء قوامها 53 حالة بمدينة الأغواط، ما بين الأسبوع الرابع والأسبوع الرابع عشر. فوجدت نسبة 39.62 بالمائة، (سحيري زينب، 2011، ص104) وهي نسبة مرتفعة نوعا ما قد ترجع أساسا إلى تكتم المرأة الجزائرية عن هذا الاضطراب ونقص التوعية والتشخيص والمرافقة النفسية لها. انظر الجدول التالي:

الجدول رقم 1: ملخص بعض الدراسات عن اكتئاب ما بعد الولادة

توقيت الدراسة	الانتشار	الوسيلة	حجم العينة	البلد	-الباحث والسنة
2-15 أسبوع	13.3	PDSS	120	البرازيل	Cantilino 2003)
سنة	27.2	EDPS	2514	تركيا	Inandi&al (2002)
غير محدد	8.9	EDPS	2730	نورواي	Eberhard-Gran & al (2002)
اليوم الأول	21	EDPS	396	لبنان	Chaaya & al (2002)
3-8 أسبوع	15.7	EDPS	306	إسبانيا	Manzano & al (2002)
8 أسابيع	22.4	DSM3	125	شيلي	Alvarado & al (2000)
اليوم الثاني	11.7	DSM4	220	هونكونغ	Lee & al (2000)
سنة	5.9	DSM5	425	بيرو	Vega-Dienstmair & al (1999)
6-24 أسبوع	13.4	EDPS	236	برازيل	Santos & al (1999)
12 أسبوع	12	EDPS	33	برازيل	Da Silva & al (1998)
أسبوع	18	EDPS	95	الإمارات	Abou Saleh & Ghubash(1997)
6 أشهر	13.8	EDPS	232	إنجلترا	Cox & al (1993)

(I. G. da Silva Moraes,2006,p5)

- أعراض اكتئاب ما بعد الولادة:

قد يكون التعرف على الأعراض من الناحية الإكلينيكية صعبا لتواجد مظاهر نمطية مرافقة لما بعد الولادة، مثل صعوبة النوم والتعب وقلة الاهتمام، ولكن بعض المظاهر الأخرى أكثر خصوصية يمكن أن تتواجد مما يسهل عملية التشخيص. ومنها قلق كبير خاصة حول صحة الرضيع وأمنه، سهولة كبيرة للتهيج، إحساس كبير بالذنب مرتبط بإدراك ذاتي عن عدم القدرة على القيام بدور الأمومة. إحساس بالتناقض الوجداني، إحساس بالسلبية، وقلة الاهتمام بالرضيع، ميل للانسحاب والعزلة الاجتماعية، في بعض الحالات خشية وسواسية حول احتمال إيذاء الرضيع، وقد تتطور إلى أفكار عن الموت والانتحار، بالإضافة إلى خطر تواجد أعراض ذهانية ثانوية. (L. Gauthier,2007, p28)

ومن أهم الأعراض:

أ- الشعورية:

- استمرار تدني الحالة المزاجية. -إحساس بالحزن الشديد والاكتئاب. -التوتر والقلق.
- شدة الحساسية. - الفشل واليأس، والعجز. -الإنهاك، والفراغ والحزن والبكاء.
- الشعور بالذنب والخجل، التفاهة. -الارتباك والقلق والهلع. - الخوف على الرضيع.
- الغضب من الوليد وعدم تحمله. -الإحساس بعدم التقبل من المحيطين.
- فقدان الثقة بالنفس، وخاصة فيما يتعلق بأمر العناية بالمولود والخوف من إيذائه.
- الإحساس المستمر بالتعب والإرهاق. - شدة الحساسية.
- والإحساس بعدم القدرة على إعطاء الطفل وأفراد الأسرة الآخرين ما ينبغي من حب ومودة.
- الإحساس بتبدل المشاعر واللامبالاة. -إحساس الأم بأنها تريد إيذاء الطفل - تخوفها من أن تترك لوحدها مع الطفل لهذا السبب وأحاسيس بالذنب والشك والعجز واليأس والقلق
- الخوف من الخلو أو الخروج. -انعدام الرغبة في الحياة وتمني الموت.

ب-السلوكيات:

- عدم الاهتمام أو المتعة في الأنشطة المعتادة. - الأرق أو الإفراط في النوم، والكوابيس.
- عدم تناول الطعام أو الإفراط فيه. - انخفاض الطاقة والدافع.

- الانسحاب من الاتصال الاجتماعي والانعزال وتجنب الاختلاط.
- سوء رعاية الرضيع والإحساس بعدم القدرة الجسدية للاستجابة لاحتياجات الرضيع، تهيج، عنف عادة موجه ضد الزوج أو بقية الأطفال.
- نقص الرغبة الجنسية. - مشكلات زوجية. - عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية والمظهر.
- ميل لكثرة البكاء. - عدم القدرة على التعامل مع المهام الروتينية.

ج- الأفكار:

- عدم القدرة على التفكير بوضوح واتخاذ القرارات. - عدم القدرة على التركيز وضعف الذاكرة. - الهروب من كل شيء. - الخوف من التعرض للرفض من قبل الشريك.
- أفكار وسواسية عن أذى الشريك أو الطفل. - خشية وسواسية عن توهّم الأمراض.
- أفكار حول الانتحار تكون نادرة.

ويرى Beck (1993) في دراسة لاحقة أنّ فقدان التحكم هو أهم عرض في اكتئاب ما بعد الولادة. (J. Riordan, 2005, pp476- 477)

- تشخيص وقياس اكتئاب ما بعد الولادة:

تري Nicole Guedeney (طبيبة نفسية للأطفال) أنّه يوجد مهما اختلفت التصنيفات ثلاثة مفاهيم أساسية للقيام بالتشخيص:

1. مجموعة من الاضطرابات تدوم على الأقل أسبوعين، مع أعراض على الأقل في نصف الوقت. (أسبوع من الاضطراب كافية لتشخيص الاضطرابات الاكتئابية الصغرى حسب RDC) هذا المفهوم مهمّ خاصة في 3 أشهر الأولى لما بعد الولادة التي فيها نجد تغيرات مزاجية وعاطفية متكررة لكن دائماً قصيرة (ظهور الحزن، حساسية عاطفية مفرطة للأمهات الحديثات وقلق راجع لتدخلات رعاية الطفل).

2. يسبب الاضطراب للألم انزعاجا لها يمتد من الإحساس الذاتي بالمعاناة إلى العجز الحقيقي في وظائفها.

3. تواجد مزاج متغيّر مرتبط ببعض الأعراض الاكتئابية.

(A. Guedeney & J. F. Allilaire, 2001, p76)

ولقد استعملت وسائل متنوعة في قياس اكتئاب ما بعد الولادة من بينها :

أ- مقياس إدنبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS)

(EDPS): طوّرت هذه الوسيلة وحكّمت من خلال التصنيفات التشخيصية للاكتئاب في مراكز الصحة لمدينتي ليفينستون وإدنبرغ. كوسيلة عيادية مساعدة للتعرف وتقصي اكتئاب ما بعد الولادة، وتستعمل بالإضافة إلى مقابلة إكلينيكية من أجل الحكم على وجود الاضطراب. وهي وسيلة سهلة الاستعمال (التمرير في 5 دقائق إذا كان ذاتيا وقد يتغير إذا كانت الصيغة المستعملة عن طريق الهاتف أو شفوية للأميات) والتتقيط يكون في 5 دقائق، به 10 عبارات، كل عبارة بها 4 إجابات محتملة منقطة من 0 إلى 3، أي الحاصل الإجمالي للتتقيط يكون 30 نقطة. وتساءل المرأة عما شعرت به في الأسبوع الفارط. وإذا كان الحاصل يفوق 10 فتعتبر الأم مكتئبة. وقد ترجم هذا المقياس إلى 24 لغة وذلك بدراسات صدق في معظمها. (J. Cox , 2004 , p 96) و (J.L.Cox & al,1987,p7)

ب- مقياس بيك للاكتئاب (BDI) Beck inventory for depression : مستعمل (بصيفته

المختصرة والعادية) منذ 1972 في تقصي الاكتئاب في الصحة العمومية. هذا المقياس الذاتي يعطينا حاصلًا إجماليًا في التتقيط من 0 إلى 39. وقد استعملت الصيغة المختصرة في عدّة دراسات لتشخيص اكتئاب ما بعد الولادة لدى النساء بقيمة حرجة مساوية لثمانية. وقد عربت بإذن من مصممها من طرف الدكتور عبد الستار إبراهيم.

(A. Ouédraogo & al,1998,p613) و(عبد الستار إبراهيم، 1998، ص 76 - 82)

وقد استعمل كذلك مقياس يونغ (1965). واستعمل كذلك في دراسة لشابرول وتيسدر مقياس

هاملتون للاكتئاب. (M. Ferreri&al,2003,p93) و(F. Teissdre& H.Chabrol,2004,p266)

ووجد باحثون Dr Ilona Yim في كاليفورنيا طريقة لتقصي خطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة. وهي بقياس مستوى الهرمون المحرر للكورتيكوترويين CRH قبل الولادة وأثناء الحمل. وقد كانت طريقة مجدية في تقصي 70 بالمائة من الحالات. (Cyberpresse, 2009)

- التشخيص الفارق:

يكون التشخيص الفارق مع اضطرابين هما أسى الأمومة أو اضطراب مزاجي وذهان ما بعد الولادة.

1- **أسى الأمومة Baby blues**: يعتبر هذا الاضطراب من المشكلات النفسية البسيطة التي تصيب كثيرا من النساء بعد الولادة. تبدأ أعراض الاضطراب في حوالي اليوم الثالث إلى الخامس مع صعود الحليب، وتختفي تلقائيا في عدة ساعات إلى عدة أيام أو أسبوعين دون أن تترك آثارا ضارة على الوالدة أو الوليد. يحدث أن يستمر هذا الاضطراب المزاجي لدى بعض النساء أكثر من أسبوعين ويتطور ليصير اكتئابا ويتميز بمزاج متقلب اكتئابي وقلق أو تهيج. (J. D. Guelfi & F. Rouillon, 2007, p263) يحدث عند 70 إلى 80 بالمائة. وعادة ما نجده عند الأم التي لديها أول مولود. (J. Riordan, 2005, pp476)

2- **ذهان الولادة**: هو اضطراب عقلي حاد ونوعا ما نادر (2 من 1000 نافس). ويحوي أعراض الأوهام والهلاوس واختلالا كبيرا في الأداء الوظيفي. وعادة ما يبدأ في الشهر الذي يلي الولادة. (J. D. Guelfi & F. Rouillon, 1997a, pp10-11) و (L. Murray & P. J. Cooper, 1997a, pp10-11)

- عوامل اكتئاب ما بعد الولادة:

1- **العوامل البيولوجية**: تحدث تغيرات هامة في الهرمونات أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة. فقد وجد أنّ الصعود التدريجي والهام للبروجسترون والأسترايول والأستروجين (ألف مرة أعلى) ثم نزولها الحاد والمفاجئ مباشرة ساعات بعد الولادة من شأنه أن يؤثر في مزاج النساء. وبرهنت بعض الدراسات أن النساء اللاتي لهن سوابق الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة هن أكثر حساسية لتغيرات هته الهرمونات. (M. Bloch & al, 2000, p928)

ولوحظ أنّ الستيرويدات المبيضية تؤثر في الجهاز العصبي، وخاصة في الأغشية المستقبلية للـ GABA وهو ناقل عصبي. ممّا يضع احتمالا أنّ تغييرا في نسبة الهرمونات يؤثر في البنى العصبية، وبالتالي له علاقة بأعراض الاضطرابات النفسية. وقد لوحظ أنّ مستقبلات الاستروجين تتركز بكثرة في الجهاز اللمفاوي، وهي مرتبطة بتقلب المزاج.

وبيّنت دراسات عديدة من جهة تواجد مستويات منخفضة للتريتوفين الحر في البلازما الذي هو سابق للسيروتونين عند الأمهات اللاتي لهن اضطرابات مزاجية كبرى. ومن جهة أخرى ارتبط اكتئاب ما بعد الولادة بنشاط المونوأمين أوكسيداز. (L.J. Miller, 1999, pp11-14)

لقد وجد أنّه بعد الولادة 5 بالمائة من الأمهات تطورن حالة من اضطراب الغدة الدرقية.

وتظهر بالتعب والمزاج السيئ وخفقان القلب وسهولة الاستثارة. وهي تتشابه مع الإحساس بالاكتئاب، ولذلك لا يكون مرض الغدة مشخصا. وإذا كان بنقص الإفراز فإن معظم

الحالات تحل بنفسها ويبقى التدخل والعلاج أساسيا في 20 إلى 25 بالمائة منها.
(A.Dalfen,2008,p24)

ووجد (Hamilton (1962 أن نقص إفراز الغدة الدرقية قد يكون سببا لاكتئاب ما بعد الولادة، خاصة إذا بدأ قبل أكثر من أسبوعين قبل الولادة. واستتج (Harris & al (1989 أن اضطراب الغدة الدرقية بالزيادة أو النقصان مقاسا في 6 أسابيع بعد الولادة يؤدي إلى اكتئاب ما بعد الولادة. وهذا نفس الشيء الذي وصل إليه (Pop & al (1991 خاصة في 34 أسبوعا بعد الولادة. (L.Murray & P.J.Copper ,1997a ,p17)

ولم تظهر الدراسات أي خلل في إفرازات الغدة الصنوبرية والنخامية، وحتى في إفراز البرولاكتين والنورينيافرين عند المصابات باكتئاب ما بعد الولادة.

وإذا كانت هناك تغيرات بيولوجية ملحوظة أثناء الحمل فليس هناك تواجد لاضطرابات بيولوجية خاصة باكتئاب ما بعد الولادة. ومن المحتمل وجود هشاشة بيولوجية التي هي مؤشر خطر لحدوث اكتئاب ما بعد الولادة، مثلما يبينه تواتر السوابق الشخصية والعائلية الاكتئابية عند النساء اللاتي تشتكين من اكتئاب ما بعد الولادة. (M.Ferreri & al,2003,pp 99-100)

إنّ الأمهات اللاتي لهن تاريخ إصابة بالاكتئاب عند تناول موانع الحمل الفموية أو الأدوية المساعدة على الحمل مثل الكلوميدي هم أكثر عرضة لاكتئاب ما بعد الولادة. فبالنسبة لهاته الأمهات تغير مستويات الهرمونات له تأثير سلبي على مزاجهن ومستوى القلق عندهن.

(A.Dalfen,OpCit,p24)

بالإضافة إلى أنّ الحرمان الكبير من النوم قد يؤدي إلى تغيرات كيميائية، ويزيد من حدة الأعراض الاكتئابية المتواجدة. (L. Gauthier,2007,p 29)

2- العوامل المرضية النسائية والولادية: قارنت العديد من الدراسات (Yalloom & al (1968 (Steiner (1979 بين مشاكل العادة الشهرية والاضطرابات المزاجية لما بعد الولادة. وذلك أنّ نفس اختلال الهرمونات يمسّ الاثنين. وبيّنت الدراسات (منها دراسة , Playfair & Gowers (1981 أنّ النساء اللاتي لديهن مشاكل العادة الشهرية يخبرن اضطراب المزاج بعد الولادة أكثر من الأخريات. وربطت أيضا مشاكل الولادة والحمل التي تعتبر كأحداث حياة مقلقة باضطرابات المزاج. (L.Murray& P. J.Copper,1997a ,p18)

وقد بيّنت دراسة أوهارا وآخرين (1996) أنّ المشاكل الصحية بعد الولادة وصعوبة الولادة والولادة عن طريق القيصرية تعتبر عوامل ممرضة. ووجد بيت (1968) أنّ سوابق انقطاع الطمث كذلك لها صلة بخطر الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة. (M. Ferreri & AL,2003,p 100)

3- **أحداث الحياة الضاغطة:** ارتبطت أحداث الحياة المقلقة كالحمل والولادة وأحداث الحياة السلبية مثل أمراض خطيرة في العائلة أو البطالة أو انعكاسات مادية سيئة أو تغير غير مرغوب فيه أو وفاة أحد الأقارب أو هجر الزوج والخشية من خطر الانتكاسة للأمهات اللاتي قد أصبن باكتئاب ما بعد الولادة والمشاكل الصحية للرضيع بقدره وكفاءة الأم على الاهتمام بابنها وعلى إصابتها باضطرابات مزاجية بعد الولادة. (A. Dalfen,2008,p31) و (L.Murray & P.J. Copper ,Opcit ,p19)

4- **العلاقات الزوجية السيئة:** قد لا يوجد علاقة أقوى للأم أكثر من علاقتها بزوجها. والعديد من البحوث أظهرت أن هناك علاقات سيئة بين الزوجين وتباعدا بينهما بعد الولادة. في حين يشك في علاقة اكتئاب ما بعد الولادة بالمشاكل الزوجية في فترة الحمل. (Ibid,p19-20)

وفي بعض المجتمعات العربية الإسلامية، نلاحظ أنّ هناك الكثير من الزوجات اللاتي تشك بخيانة أزواجهن أو إعادة الزواج فعليا بعد الولادة. بالإضافة إلى أنّ الكثير من الزوجات لا تتلقين مساعدة من أزواجهن في البيت أو رعاية الأطفال، ومن شأن عدم الرضا الجنسي، ونكوص الأب إلى مراحل أوديبية أو قبل أوديبية تجعل من بعض الآباء يحسون بالغيرة من عدم اهتمام الزوجات بهم أو تجاهلهم على حساب المولود الجديد مما يخلق مشاكل في علاقتهم. وقد تكون أحد عوامل الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.

5- **الصراع بين الأم ووالديها:** ربط (Kumer & Robson (1984) العلاقة السيئة للأم مع أمها باكتئاب ما بعد الولادة. حيث وجد (Gotlib & al (1991) أنّ الإدراك السلبي للرعاية الوالدية أثناء طفولة الأم مقاسة أثناء الحمل هي مؤشر خطري في حين لم يجد (Paykel & al (1980) و (Watson & al (1984) أية علاقة بين الصراع الوالدي وفقدان الوالدين أو الانفصال عنهما أثناء الطفولة واكتئاب ما بعد الولادة على خلاف ما أقرته (D. Daws(1999).

(L.Murray & P.J. Copper,1997, p19-20) و (D. Daws,1999,pp253-267)

6- **قلّة السند الاجتماعي:** من شأن قلّة السند الاجتماعي من طرف الزوج والعائلة

والأصدقاء بعد الولادة (كالمساعدة في أعمال المنزل ومساندة وطمأنة الأم) أن يزيد من حدة الإصابة باكتئاب ما بعد الولادة.

7- اضطرابات نفسية شخصية أو عائلية: لقد وجد أنّ السوابق الشخصية للإصابة بأعراض اكتئابية أو قلق أو سلوكيات عصائية أو اضطرابات نفسية تفرّق بدلالة واضحة المكتئبات بعد الولادة عن غير المكتئبات بعد الولادة. وسجّل (Marks & al (1992 أنّ الأمهات اللاتي لديهن سوابق في بعض الاضطرابات مثل اضطراب ثنائي القطبية أو اضطراب فصامي أو نوبة اكتئاب عظمى 51 بالمائة منهن يخبرن اكتئابا ذهانيا أو غير ذهاني أو هوس في فترة ما بعد الولادة. وارتبطت كذلك بالاضطرابات النفسية للعائلة لكن في الدراسة التحليلية التجميعية ل(O' Hara & Swain,1996) وجد أنّ هناك ارتباطا قليلا ولا علاقة بين الاثنين.

8- البنى والتركيبات النفس عقلية: العديد من البنى المعرفية حسب النظريات السلوكية المعرفية للاكتئاب (Rehm(1977) Abramson & al(1978) اختبرت كمنبئة لاكتئاب ما بعد الولادة.

ومنطق هذه الدراسات ينطلق من أنّ بعض الأنماط من الهشاشة النفسية مثل: أشكال من العزو المضطرب، أو مواقف من مركز التحكم الذاتي، أو بنى معرفية غير ملائمة. تزيد من الإصابة بالاكتئاب في سياق أحداث الحياة الضاغطة (هنا مثلا أثر الولادة).

(L.Murray & P.J.Copper, Opcit, pp20-22)

واستنتج من دراسة تجريبية على 51 زوجا من الأمهات المكتئبات ورضعهن في سن 20 شهرا، أنّ هناك قلة في تحكم الأم أثناء اللعب مرتبطين بتوافق ثنائي هامشي وغير كاف ومركز تحكم خارجي. (G.M.Houck & al ,1991,p347)

وترى أربيل دالزن أنّ أنماطا من التفكير السلبي مثل: أنا لست أما جيّدة ولا أحسن رعاية ابني. وأشكال من التفكير الخاطئ الأخرى تجعل منها تترجم الوضعيات بشكل يؤدي إلى الإحساس بالإحباط. ومن المهم أن نعلم أنّ هذه مجرد تفسيرات وليست الوضعيات في ذاتها. وكذلك الأمهات القلقات أو شديدات الإتيقان، فتتحيّر الأم العصائية أو القلقة كثيرا لصحة أولادها، لطريقتها في التربية، أو لعودتها للعمل، أو تتحيّر لعادات أو سلوك رضيعها، وتتخوف من الإصابة بالأمراض ولو لأنفه الأسباب. وكذا الأم شديدة الإتيقان التي تعوّدت على تنظيم كل شيء، حضور المولود الجديد يجعل منها تحس بأن الأمور تفوق طاقتها. أمّا الأمهات اللاتي لهن سوابق مرض نفسي كنقص الشهية العصبي أو الشره المرضي فتزيدهن الولادة من

صعوبات التعامل مع صورة الجسم وعادات الأكل مما يجعلهن غير سعيدات وقلقات ولديهن إحساس بعدم القدرة على التحكم. (A. Dalfen,2008,pp25-31)

وبيّنت دراسة (2004) C.De Tychev & al أن الحوامل المكتئبات تستعملن نماذج من استراتيجيات المواجهة غير المتوافقة. (وذلك في مقياس كارفر لاستراتيجيات المواجهة) متمثلة في الرفض وتأنيب الذات واللامبالاة واللجوء للأدوية وتوجيه العنف على الذات خلافاً للحوامل غير المكتئبات اللاتي تستعملن نماذج من استراتيجيات المواجهة المتوافقة المتمركزة على المزاج والتقبل. (C.De Tychev & al, 2004,p264)

9- التفسير السيكودينامي: تتعلق هذه العوامل خاصة بالولادة الأولى بوضع الأم الجديد ، ومن جهة أخرى يجب على الزوجين التأقلم مع وجود فرد ثالث في حياتهم. وتخبر الأم معاودة ظهور العصاب الطفلي وكذا الشفافية النفسية المرتبطة بالحمل التي تحبذ تشييط وإعادة الصراعات القديمة إلى الوعي. وقد يكون التباعد بين الطفل المتخيل في الحمل والطفل الحقيقي صادماً. فكل هذه الأحداث في الحمل والولادة تؤدي إلى هشاشة نفسية للأم مما يعطي لها استعداداً للاكتئاب.

ويرى وينيكوت أنّ الاهتمام الزائد عن الحد (انشغال أمومي أساسي) يصبح مرضاً. فيؤدي للعزلة والانشقاق والهروب. وقد يظهر بحدة أكبر كاضطراب شبه فصامي. وهو مؤسس على تقمص الرضيع وحالاته النفسية والفزيولوجية والاستجابة لها. وقد تسوء لتصبح تقمص زائد عن الحد لرضيع متوهم أنه شديد الهشاشة. وتستعمل الأم إحدى الوسيلتين: الأولى معالجة وسواسية وكأنّ الطفل كائن يجب حراسته وإنقاذه خاصة في الليل. وهي ترهق نفسها في ذلك وتحس بالذنب. والثانية أن تترك مهمتها الأساسية كأم. وتدخل في حالة من القلق والتهيج الذي يحتضن نوعاً من الميلانخوليا نادراً ما تؤدي إلى رغبة في الانتحار مع طفلها.

وهناك ميكانيزم دفاعي آخر يتمثل في محاولة مكثفة لعدم التقمص بالرضيع. وذلك لخشية وقلق الأم من معاشة نكوصية لعجزها في الطفولة. وتتمثل في موقف اتهام وشكوى من الرضيع على أنّه مستبد ويمنعها من الاهتمام بنفسها وأعمالها. وتصمه بالأناثي وفي كثير من الأحيان بالعنيف. ويتزايد القلق عند الأم بزيادة الكره الذي تحسه نحو هذا الرضيع. وبذلك تسبب الإحساس بالضعف والعجز المتصل بعدم التفهم التام للرضيع.

ويرى (1999) J.Manzano & al أنّ الانشغال الأمومي الذي يؤدي أو يرافق اكتئاب ما بعد الولادة هو إنهاك للموارد النرجسية والجنسية لذات الأم ، بسبب زيادة في التقمص لطفل متوهم

كشديد الهشاشة، مرفوقة بآليات دفاعية محورها وساوس الرعاية في شكل علاجي ينتهي بعدم جدواه ويؤدي إلى سوء تقدير الذات والإحساس بالذنب المرضي.

(B. Cramer, 2002, pp 94-96)

10- عوامل متعلقة بالرضيع: هناك عوامل عدة تتعلق بالرضيع نفسه منها: جنس الرضيع غير المرغوب فيه، الرضع المصابون بالمغص أو المرض أو الإعاقة، والخدج وكثرة الأطفال أو إنجاب التوائم دون وجود مساعدة، وعدم القدرة على الإرضاع لأي من الأسباب قد يؤدي لإحساس بالإخفاق، وعدم فرح المحيط بالمولود الجديد، والوزن الضعيف للرضيع، والرضيع المنتهيج والذي ليس لديه تحكّم حركي. (L. Gauthier, 2007, p31) و (A. Dalfen, 2008, pp33-35) و (D. Bailly, 2005, p 29)

- مزاج الرضيع والصعوبات أم - طفل (حيث تجزم كل من دراسات Mayberry & Affonso (1993); Dalton (1971) أنّ الأمهات اللاتي لديهن رضع يبكون، أو لديهم مشاكل الإرجاع أكثر من المعتاد، هم أشدّ عرضة للإصابة بالاكتئاب). (J. Dayan, 1999, p 95)

ومن العوامل الأخرى المؤدية لاكتئاب ما بعد الولادة:

الحمل غير المخطط له، العوامل الديموغرافية كالمستوى المعيشي الاجتماعي والاقتصادي وضعف المدخول، ووضعية الأم العازبة لها علاقة قليلة لكن ذات دلالة. ومن جهة أخرى عمر الأم والمستوى الدراسي المتدني لها والوضعية الوالدية (أم لأول مرة) وكذا مدّة العلاقة مع الشريك هي أمور يجب ألا تهتمّش.

وقد وجد أنّ الرغبة في الحمل المتعلقة بدوافع خارجية مثلاً كهدية للزوج أو ملء فراغ،

وتعلّق من النمط القلق نحو المحيط خاصة الزوج أو الأم ترتبط بأعراض اكتئابية

ملحوظة. (L. Gauthier, Opcit, pp30-31)

بالإضافة لحوادث الوفاة أحد المقربين أثناء الحمل. (P. Rousseau, 1999, p31)

وغياب التهيئة والتحضير النفسي للولادة ورفض الرضاعة.

وحسب الدراسة التحليلية التجميعية السابقة الذكر هناك اتفاق في الدراسات على العوامل التالية: سوابق شخصية للاكتئاب واضطرابات عاطفية وقلق واكتئاب في وقت الحمل، علاقات زوجية سيئة وغياب السند الاجتماعي، أحداث الحياة الضاغطة، الفقر، صعوبات الولادة، مشاكل خلال الحمل، انعدام الاستقرار المهني، السن (المراهقة والحمل

المتأخر)، غياب الرجوع إلى العمل بعد الولادة، سوابق اعتداء جنسي في الطفولة.
(L. Huet,2005,pp6-7)

وبالتالي يعتبر اكتئاب ما بعد الولادة كظاهرة بيو نفسية اجتماعية.

(N. Guédency & P. Jeammet,2001,p53)

- تطور المرض ونتائجه :

1- تطوره: أحد مؤشرات خطورة الاكتئاب هو طول المدّة، في العادة يظهر أنّ اكتئاب ما بعد الولادة يدوم لعدة أشهر. وينقل (Watson & al (1984) أنّ ¼ من عينتهم المكتّبة لهم مراحل تدوم لـ 3 أشهر أو أكثر، و¼ آخر يدوم لـ 6 أشهر أو أكثر. وكذلك وجد Kumer & Robson (1984) أنّ 50 بالمائة من عينتهم المكتّبة لديهم اكتئاب يدوم لـ 6 أشهر أو أكثر.

وبذلك مدّة المرض تختلف بين 3 و14 شهرا ولكن أغلبها لها نهاية بين الشهر الثالث والسادس، بالنسبة لأغلب الباحثين نصف المصابات لا يشفين قبل العام، وهناك خطر انتكاسة كبيرة في الولادة التالية بنسبة 30 إلى 50 بالمائة، وقد تصل إلى 62 بالمائة.
(L. Huet,2005,p6)

وتتزايد هاته النسبة إلى 90 بالمائة إذا كانت بالإضافة للسوابق الشخصية هناك سوابق عائلية لاكتئاب ما بعد الولادة. (L. Gauthier,2007,p30)

2- نتائجه: إنّ الاكتئاب الذي يصيب النساء بعد الولادة يعدّ مشكلة خطيرة، وخاصة إذا ترك دون علاج، فالأم تتعرض لفشل حياتها الزوجية وخاصة إذا لم يتفهم الزوج وضعها ومعاناتها. كما أنّه يشكل خطراً على العلاقة بين الأم وطفلها وقد يؤدي بها إلى إيذاء نفسها أو رضيعها.

حيث تبين أنّ أطفال الآباء المصابين باضطرابات نفسية معرضون لخطر تطوير اختلالات نفسية ومشاكل عاطفية واجتماعية أكثر من الأطفال الآخرين بنسب تتراوح من 41 إلى 77 بالمائة. وحسب (Field (1998) البعض من الرّضع الذين لهم أمهات مكتّبات يخبرون اضطرابات سلوكية وفيزيولوجية وبيوكيميائية مباشرة بعد الولادة.

وقد ربط Murray & Cooper(1996) اكتئاب الأم باختلال النمو الانفعالي والاجتماعي والنمو الذهني لدى الأطفال ما بين سنة وستين. (K. T. M. Van Doesum,2005,p159)

وبرهنت دراسات عديدة منها دراسة (Goodman 2007) أنّ اكتئاب الأم يرتبط بمشاكل سلوكية وعدم التوافق النفسي الاجتماعي وخلل في النمو المعرفي وذلك من الرضاعة إلى المراهقة. (S. H. Goodman, 2008, p495)

بالإضافة إلى أنّ رضع الأمهات المكتئبات هم أقلّ تواصلًا مع الآخرين، وأكثر خوفًا من الغريب، وهم أقلّ احتمالًا للإحباطات، ولهم مشاكل سلوكية مثل اضطرابات النوم والأكل ونوبات الغضب وصعوبات الانفصال. (K. T. M. Van Doesum, Opcit, p160)

وتبيّن كذلك أنّ هؤلاء الرضع قد سجلوا تنقيطًا متدنيا في مقياس بايلي لنمو الرضيع. ويرى (Sroufe & Rutter (1984) أنّ الرضع يتأثرون باكتئاب أمهاتهم أكثر من الأطفال. وذلك أن الأطفال يكونون قد تعلموا أن ينموا قدرات تؤهلهم لاستعمال استراتيجيات مواجهة ناجحة.

(S. H. Goodman, Opcit, p495)

وقد أثبت (Dawson & al, 1999) أنّ رضع الأمهات المكتئبات لهم نشاط منخفض في الفص الجبهي الأيسر من الدماغ. والتي من المفترض أنّها تتعلّق بمستويات العاطفة المتدنية للأم، والمستويات العليا للانفعالات السلبية والعدائية والعنف.

(K. T. M. Van Doesum, 2005, p163)

واقترحت (field 1995) وجود مسارين في العلاقات المبكرة بين الرضيع والأم يؤديان لإحالة الاضطراب للرضيع وهما: تقليد ونمذجة عواطف وسلوك الأم المكتئبة، مما يلعب دورا في إرساء نمط المزاج المكتئب لدى الطفل. والمسار الثاني هو نقص في كمية التفاعل على المستوى السلوكي، وعندما تكون الأم لا تستجيب عاطفيا وغائبة انفعاليا فرضيعها من المرجح أن يظهر سلوكيات مضطربة كالتجنب وقلة الانفعالات الموجبة، والتي بدورها لها تأثير سلبي على سلوك الأم.

وسنحاول سرد أهم النتائج المسجلة لاكتئاب ما بعد الولادة لدى الأم:

أ- اكتئاب ما بعد الولادة والتعلّق لدى الرضيع: يؤكد Murray أنّ التجربة التي يستقيها الطفل من محيطه ستلّون لعدة سنوات بعد ذلك النمط الذي سينظم به تجاربه ويبني به علاقاته مع الآخرين. (A. Guedeney & J. F. Allilaire, 2001, p99)

وقد وجد أنّ أطفال الأمهات المكتئبات لهم خطر تطوير تعلّق غير آمن.

(K. T. M. Van Doesum, Opcit, p162)

وتوصل كل من C. Martins & E. A. Gaffen (2000) في تحليل تجميحي لـ 6 دراسات عن نوعية التعلق لرضع لديهم أمهات مكتئبات أنّ الرضع أظهروا تعلقاً من النوع (أ) المتجنب وتعلقاً من النوع (د) غير المنتظم. (C. Martin & E. A. Gaffen, 2000, p737)

ويبين Mazet أنّ التعلق غير الآمن من النوع المتناقض يتصل بالاكتئاب المتهيّج والقلق لدى الأم. أما التعلق غير الآمن من النوع المتجنب فيتصل باكتئاب الأم من النوع المتباطئ.

(A. Guedeney & J. F. Allilaire, Opcit, p99)

ب - اكتئاب ما بعد الولادة والتفاعل لدى الرضيع: في دراسة عيادية وتتبعية لـ 10 أزواج من الأمهات اللاتي أصبن باكتئاب ما بعد الولادة أو اضطراب ثنائي القطبية ورضعهن، وجد أنّ التأثير السلبي ظهر على أطفال المكتئبات ولم يظهر على الأطفال الآخرين. وتمثل هذا التأثير السلبي في الانسحاب في النوم، وعدم مناداة أمهم قدر الإمكان عند بعض الأطفال. أو بالعكس، وكأنهم مستبدون فيفرضون على أمهاتهم حملهم والحضور الجسدي والصوتي لهن، ويحاولون لفت انتباه أمهاتهم بالبكاء أو الابتسامة. في حين عبر أطفال آخرون عن معاناة كبيرة عن طريق تعابير وجههم الحزين ونظراتهم المتألمة لأمهاتهم. (O. Cazas & F. Delain, 1999, p 28)

وفي السنة الأولى الكثير من هؤلاء الأولاد لهم مستويات عليا من الشدة النفسية والسلبية والتجنب نحو أمهاتهم.

ولاحظ Donovan & al (1998) أنّ تفاعل الأم المكتئبة مع رضيعها يختلف في جوانب عديدة عنه عند الأمهات غير المكتئبات، ففي خلال التفاعل مع الرضيع تميل الأمهات المكتئبات إلى قلة التعبير عن العواطف، والحزن. وهي أكثر تدخلا وأقل مشاركة وأقل حساسية لإشارات رضعهن. مثلما توضح قلة قدرتها على التمييز بين الأنواع المختلفة لصراخ الرضيع. ومن أبرز سمات تفاعل الأمهات المكتئبات مع رضعهن هو الصمت أو قلة الكلام. وعندما تتكلمن فإنهن يعلن ذلك بصوت منخفض. وقد أبدين كذلك الكثير من السرية والعدائية كالغضب والنقد والتهيج تجاه أطفالهن.

علاوة على ذلك تميّزت الأمهات المكتئبات بعدم الفعالية في حل الصراعات، ويميلن إلى التناوب بين الانضباط واستعمال الوسائل العقابية القاسية. (K. T. M. Van Doesum, 2005, p161)

إنّ الأم المكتئبة أقلّ حضوراً نفسياً وحتى وإن كانت حاضرة جسدياً. حتى أنّه عند بعض المكتئبات نجد هناك إثارة لمسية زائدة عن الحد ممّا يحبذ التقارب الجسدي للرضيع بأمه.

وتخلو أغلب تفاعلاتها من المشاركة والتبادل. وتفتقر هذه التفاعلات خاصة إلى مكوناتها الانفعالية (اضطراب التناغم العاطفي لسترن accordage affectif de stern، اضطراب التفاعل العاطفي لمازي L'interaction affective de Mazet، اضطراب الامتداد الشائي لترونيك (l' expansion dyadique de Tronick). وقد لاحظ ترونيك أنّ في تجربة الوجه الساكن للأُم Still Face يقوم الرضيع بالاحتجاج ثم يصبح حذرا وينظر للبعيد. أمّا فيلد فقد لاحظت أنّ الرضيع يتأقلم مع سلوك أمه المكتئبة، ويقلّد النمط المكتئب لهذا التواصل.

(A. Guedeney & J.F. Allilaire,2001,p99)

ج- **اكتئاب ما بعد الولادة والنمو العقلي:** تبين دراسة (2001) Hay & al أنّ الأطفال في سن 11 سنة الذين كانت أمهاتهم تعانين من اكتئاب ما بعد الولادة في الثلاثة أشهر التالية للولادة، سجلوا مستويات منخفضة ودالة في اختبارات الذكاء ونتائجهم الدراسية متردية مقارنة بالأطفال الذين لم تعان أمهاتهم من الاكتئاب. (K. T.M. VanDoesum,2005, p159-160)

وبمقارنة أطفال الأمهات المكتئبات في سن 18 شهرا مع أطفال نفس السنّ للأمهات غير مكتئبات وجد أنّهم يخفون في المرحلة الخامسة من النمو العقلي للتقسيم البياجي المتمثلة في مرحلة الموضوع الدائم Object Permanent، والتي هي مفتاح القدرات العقلية للتصور. وقد لوحظ أنّ الذكور هم أكثر تأثرا من الإناث في الجانب العقلي. (L.Murray & P.J. Cooper,1997b,p99)

د- **اكتئاب ما بعد الولادة والنمو اللغوي:** لاحظ مازي أنّ أطفال الأمهات المكتئبات تطورهم الحركي أكثر من التطور اللغوي. وقد فسرها بأنّ الأم تستثمر الجانب الأول أكثر وتهمل الجانب الثاني. (A. Guedeney & J.F. Allilaire,2001,p99)

وقد لاحظت Lundy في دراستها أنّ الأمهات المكتئبات تتكلمن أقل مع أولادهن، لكن تتكلمن أكثر في الهاتف. ولهن تعابير وجهية محايدة وسلبية، وتقل عندهن التعابير الصوتية الموجبة، في حين نجد لهن زيادة في التعابير الصوتية المحايدة بالمقارنة بغير المكتئبات.

(B.L. Lundy & al,1996,p129)

وبيّنت دراسة (1987) Cox & al أنّ أطفال الأمهات المكتئبات في سن 24 شهرا لديهم خلل في نمو اللغة المعبرة. (K. T.M. Van Doesum,Opcit, p160)

و- **اكتئاب الولادة وتأثيره على أبي الرضيع:** برهن (1991) Holden على أنّ اكتئاب ما بعد الولادة له علاقة بتزايد خطر المشاكل الزوجية والطلاق. واستنتج (1998) Buist من

دراسته أنّ لهذا الاضطراب علاقة أيضا بتزايد حالات إساءة وإهمال الأطفال. وكذلك في بعض الأحيان انتحار الأم وقتل الأبناء حسب (Sit & al (2006) وارتبط أيضا بخلل في النمو العقلي والحركي وصعوبة المزاج وتدني التنظيم الذاتي والتقدير الذاتي ومشاكل سلوكية على المدى البعيد (P. Cuijpers & al, 2008, p104)

- العلاج:

في الحالات المتوسطة أو الخفيفة العلاجات النفسية بيّنت فعالية مساوية للعلاجات الكيميائية. أمّا الحالات الشديدة فتتطلب وصف علاج مضاد للاكتئاب، وهذا عادة ما يكون مرفقا بكفالة نفسية تختلف طرقها حسب المدارس: علاج بين- شخصي (Interpersonnel)، علاج ذو منحى تحليلي، أو علاج سلوكي معرفي. ويلزم تواجد خطر اختلال وظيفي تفاعلي في بعض الحالات علاجات مزدوجة للأم والرضيع (D. Bailly, 2005, p30) هناك منهجان عامان في العلاج. المنهج الأول يركّز على التخفيف من الأعراض الاكتئابية للأم مثل: العلاجات النفسية الفردية والعلاج الدوائي. والمنهج الثاني يتمثل في التدخلات التي تحسن من علاقة الأم برضيعها مثل العلاجات النفسية للأم والرضيع وبرامج التدخلات المنزلية (K.J. Nylén & al, 2006, p330)

و من بين أهمّ العلاجات والتدخلات ¹:

1- العلاج الدوائي: شمل العلاج الدوائي مثبتات مستقبلات السيروتونين الانتقائية،

والعلاج التقليدي بمضادات الاكتئاب الثلاثية وهي مفيدة في علاج الاكتئاب عند المرأة. لكن هذا العلاج لا يزال يستعمل بحذر في ما بعد الولادة، نظرا لتباين مستويات الإفراز عن طريق الرضاعة وأثرها على صحة الرضيع (R. Clarck & al, 2008, p517)

لقد قدم A.J. Gregoire & al (1996) علاجا دوائيا دام 6 أشهر، حيث أعطى لعينة من المكتئبات ملصقا جلديا من الأستروجين، فوجد تحسّنا سريعا وملحوظا في أعراضهن بخلاف العينة الضابطة التي أعطيت دواء وهميا. واستنتج أنّه من الضروري علاج اكتئاب ما بعد الولادة (L. Murray & P.J. Copper, 1997a, p25)

2- العلاج بالسند الاجتماعي: نجد تحت هذا المصطلح العام نماذج من المساعدة

¹ انظر الملحق رقم (1) الذي يوضح بعض الطرق العلاجية لاكتئاب ما بعد الولادة.

والمساندة المختلفة، لا ترقى للعلاج النفسي المنظم والمراقب. مثل: تحضير الولادة، ومجموعات محاورة بتدخل أو دون تدخل النفساني، وزيارات منزلية. وقد أظهرت هذه التدخلات نجاحا ضعيفا خاصة إذا تميّزت الأم بأعراض اكتئابية شديدة في حين أثمرت نتائجها في الوقاية. (J. Dayan, 2008, p60)

3- العلاج التحليلي: نشأت من نتائج بحوث تأثير العلاج التحليلي على التنظيم التفاعلي. واستعمل فيها تحليل لتصوير بالفيديو أثناء التفاعل وجها لوجه بين الأم ورضيعها، وتربط بتاريخ هذا التفاعل وتاريخ طفولة الوالدين، والتعرف على التصورات العقلية للرضيع التي تؤثر في قدرات الوالدين، وفك رموز التفاعل غير اللفظي بينهما، ومناقشتها مع الأم لمعرفة ما هو سلبي وإيجابي أثناء تفاعلها مع ابنها. وقد استعمل هذا العلاج (1993) Mc-Donough واستعمله كذلك (1988) Cramer and Stern مضيفا لها التحليل المدقق للتفاعل المبكر وجها لوجه (Microanalyses of Early Face-to-Face Interactions) وذلك باستعمال تحليل التفاعل مثل: (المناعاة والنظر والتوجه واللمس وإخراج الأصوات والتعاطي مع الغرياء) (B. Beebe, 2003, pp26-28).

4- التدخلات أم -طفل: وجد أنّ العلاج النفسي الفردي للأم يتجاهل تأثير الاكتئاب على التفاعل بين الأم ورضيعها، ولا يعالجها مباشرة. ولذلك من المهمّ أنّ تتوجه التدخلات العلاجية النفسية الاجتماعية لاحتياجات الأم ورضيعها وزوجها وعائلتها. وهو علاج مؤسس على تصحيح العلاقة. فقد قام (1994) Van den Boom بالتركيز على إعادة التناغم بين الأم ورضيعها في السنة الأولى من الرضاعة، فوجد أنّها تزيد من التعلق الآمن وأنها تجعل من الرضيع اجتماعيا ومحبا لاستكشاف ما حوله، وقللت من حدّة وكمية البكاء لديهم. وفي تجربة عيادية عشوائية تفحص (1999) Heinicke & al الأثر العلاجي لطريقتين مزوجتين تتمثلان في الزيارات المنزلية والعلاج التفاعلي بين الأم ورضيعها، فوجد أنّ هناك تحسنا في استجابة الأم لرضيعها. والرضع كان لديهم تعلق آمن مقارنة بالعينة الضابطة. وقرن (1999) Cohen & al تقنيتين في العلاج التفاعلي. الأولى تمثّلت في تقنية مركّزة على الرضيع مسماة بـ (انتظر، انظر وتعجب) "Wait, Watch, and Wonder (WWW) وتقنية أخرى تمثّلت بعلاج سيكودينامي للأم والرضيع (mother-infant psychodynamic psychotherapy (PPT)

وبعد 18 أسبوعا قلل كلا العلاجين من أعراض عدم التوافق عند الرضيع وقلق الأم وحسنا من نوعية التفاعل بين الأم ورضيعها. لكن التقنية العلاجية WWW تميّز رضعها

بتنظيم انفعالي وتوظيف عقلي أحسن، أمّا الأمهات فكانت تظهرن عدداً أقل من الأعراض الاكتئابية، ورضاً أكبر عن أمومتهم. ووجدت (Field 1997) أنّ التدخلات المتعددة النماذج المتضمنة: تدليك الرضيع والموسيقى وتعليم الأم بعض مهارات التربية، ساعدت في تحسين مزاج الأم ونوعية التفاعل والتنظيم النفسي الفيزيولوجي (R. Clark & al, 2008, p519)

5- نموذج العلاج الجماعي أم - طفل Mother-Infant Therapy Group Model M-ITG:

هو علاج جماعي ينطلق من عدة مفاهيم نظرية (سيكودينامية، علم النفس الذات، ونظريات التعلق، والبنى العائلية، والنظريات السلوكية المعرفية والتفاعلية) ويركز على فهم كيف يؤثر الاكتئاب على المرأة؟ وعلى علاقاتها بمن حولها. وما هي أحسن الطرق لمواجهتها بفعالية؟ بالإضافة إلى تخصيص جلسات للعلاج الجماعي لتفاعل الرضع مع أمهاتهم. وقد يتدخل الزوج أو أفراد العائلة في هذا العلاج. وتجمع الجلسات بين 6 إلى 8 عائلات، لتدوم الجلسة الواحدة نصف ساعة لمدة 12 أسبوعاً متتابعاً. وتتجه الأم لوحدها، والرضيع بمفرده، ثم للشائية أم - رضيع وللعائلة والزوج كذلك. ومن أهدافها بالنسبة للأم (أ) التعرف على المسارات التفاعلية والنفسية والأنماط المعرفية التي تساهم في أعراض الاكتئاب الحالي، (ب) وضع استراتيجيات للحد من أعراض الاكتئاب، (ج) المشاركة في عملية تهدف إلى توسيع نطاق المجموعة الاجتماعية الداعمة والحد من العزلة الاجتماعية، (د) زيادة وعي الأمهات من احتياجاتهن الخاصة، وتعزيز قدرتهن على تلبية تلك الاحتياجات لأنفسهن وأطفالهن الرضع، (هـ) توسيع مدرّكاتهن نحو أطفالهن وأنفسهن في دور الأمومة، (و) وزيادة قدرتهن على رعاية أطفالهن، بما في ذلك القدرة على التركيز على الاحتياجات الفورية للرضع الجسدية والعاطفية والاجتماعية وهي تركز على مساعدة الأطفال الرضع على (أ) الزيادة على تمييز وتنظيم انفعالاتهم، (ب) إبداء قدر أكبر من الاهتمام والتجاوب مع الآخرين، (ج) خبرة مشاعر الراحة والفعالية وتقدير الذات (د) توسيع وتعزيز وتنمية المهارات. بالإضافة إلى تنمية روح الاستقلالية والاهتمام بالذات للأم التي فقدتها بعد الولادة.

وزيادة فرص الاتصال والحوار بين أفراد العائلة. وقد شهدت هذه الطريقة العلاجية الأخيرة

نجاحاً باهراً. (R. Clark & al, 2008, p519)

6- العلاج السلوكي المعرفي (TCC): يهدف إلى التعرف على نماذج التفكير السلبية،

وتوفير طرق للمفحوص للإحاطة بها وتغييرها.

7- التدخلات المنزلية "HOME-BASED" INTERVENTIONS: أكد كل من Gelfand & al (1996) أنّ هذا النوع من استراتيجيات التدخل هام للعديد من الأمهات المكتئبات اللاتي تفقدن الإرادة والطاقة للجوء إلى العلاج. وقد صمّم التدخل المنزلي من أجل تعزيز صحة العلاقة أم-طفل، من خلال تشجيع زيادة حساسية الأمهات، وتحسين التفاعل بين الأم والرضيع، تقبل الرضيع، وزيادة الكفاءة الذاتية للأم. وصمّم هذا البرنامج بشكل فردي حسب نقاط القوة لدى كل امرأة واحتياجاتها الشخصية بناء على تقييم قبلي من طرف الممرضة التي تزور البيت. وشملت تقنيات معينة: كطمأنة الأم، الأنشطة الرامية إلى تعزيز مشاركة الأمهات، والتعزيز الإيجابي للتفاعلات الصحية، بالإضافة إلى ذلك توفير المعلومات عن نمو وتربية الأطفال. (K.J.Nylen & al,2006,p335)

ومن بين التقنيات المستعملة: النمذجة Modeling وإعادة الهيكلة المعرفية وتدريب الطفل (K. T.M. Van Doesum,2005,pp167-170)

8- الاستشفاء أم - رضيع: لقد كان أوّل من استعمل هذه الطريقة (Main 1948) للأمهات لديهن اضطرابات اكتئابية أو قلق، واستعملها Douglas (1956) للأمهات اللاتي تعانين من ذهان الولادة ويلجأ إليها في حالة شدة الأعراض الاكتئابية والخشية من الأفكار الانتحارية. (J. Dayan ,2008,pp62-63)

وفي بريطانيا أنشئت وحدات خاصة للعلاج ألالستشفائي أم- رضيع لمحاولة علاج خلل العلاقة بينهما، وإعادة التأهيل لقدرات الأمومة (L.Murray & P.J. Copper ,1997a ,25)

الختام:

من خلال اطلاعنا على الواقع وجدنا أن الجوائز تفتقر إلى خطة مدروسة لتقصي وتشخيص والتكفل وتكوين أخصائيين نفسانيين وأطباء تكويننا خاصا في هذا الميدان. بالرغم من أنه يمس شريحة كبيرة من الأمهات. وقد تتركز هته الخطة على 3 اتجاهات أساسية حسب تواجد الاضطراب:- الاهتمام بالتحضير النفسي للحمل لدى الأم والولادة وتقديم نصائح تربوية عن الرضيع.

- في حالة وجود شكوك في تواجد اكتئاب ما بعد الولادة للأم يجب توجيه الأم مباشرة للأخصائي النفسي. مع ضرورة التكفل النفسي والطبي بهته الأمهات لما له من عواقب وخيمة عليهن وعلى رضعهن و استحداث وحدات خاصة أم - رضيع من أجل ذلك.

- إذا لم تلاحظ أعراض اكتئابية لدى الأم، فيبقى التقييم والتشخيص موجوداً وذلك بالزيارات المنزلية الدورية والإجبارية خاصة في الثلاثة أشهر الأولى بعد الولادة.
- ومن بين النصائح العامة للأم:
- تقادي المشاكل العائلية أو الزوجية بعد الولادة.
- ينصح مشاركة الأب في الاهتمام بالرضيع من أجل إرساء علاقة بينه وبين رضيعه ومساعدة الأم.
- تتصح الأم التي تعاني من الأرق أثناء الحمل أو بعده بمعالجته بالعلاجات الدوائية أو النفسية.
- ومن بين النصائح العامة للأم:
- التنفيس عن النفس وإخبار المحيطين بالأعراض التي تشعر بها المرأة المصابة.
- طلب المساعدة من الزوج والأقارب، وخاصة فيما يتعلق بالعناية بالمولود.
- أخذ قسط كاف من الراحة والنوم والترفيه عن النفس.
- الإقرار مع النفس بعدم ضرورة الوصول إلى الكمال في العناية بأمر الطفل.
- اللجوء إلى الأخصائية النفسية، وإخبارها بالمعاناة في وقت مبكر، لأنّ نتيجة العلاج تعتمد على البدء به مبكراً.

قائمة المراجع:

أولاً - قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت، 1998.
- 2- سحيري زينب، اضطرابات النوم عند الرضيع وعلاقتها بخصائص وعادات النوم لديه وخصائص الأم واكتئاب ما بعد الولادة لديها - دراسة مقارنة - ، مذكرة ماجستير علم النفس العيادي، غير منشورة، 2011.

ثانياً - قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

Livre:

- 3-Bailly Daniel, Pédopsychiatrie de liaison: vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres, Doin, Paris, 2005.

4-Dalfen Ariel ,**When baby brings the blues: solution for post-partum depression** ,John Wiley & sons , Canada,2008.

5-Dayan Jacques, **Les dépressions périnatales: Evaluer et traiter**,Masson Paris , 2008.

6-Dayan Jacques et al ,**Psychopathologie de la périnatalité**,Masson , Paris,1999.

-Daws Dilys,**les enfants qui ne dorment pas la nuit**,Payot, Paris,1999.

7-Ferreri Maurice & al,**La dépression au féminin**, John Libbey Eurotext,Paris ,2003.

8-Guedeny Antoine & Allilaire Jean François, **Interventions psychologiques en périnatalité**, Masson,Paris,2001.

9-Murray Lynne & Cooper Peter J. ,**Post-partum depression and child development**, The Guilford Press , New york , 1997a.

10-Perlemuter Leon & al , **Guide pratique de l' infirmière**. 2ed,Masson ,Paris,2008.

11-Riordan Jan ,**Breastfeeding and human lactation** ,3 ed,Jones and Barlet Publishers , Canada,2005

2- Les revues:

12-Abou-saleh M.T. & Ghubash R., **The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai:Atranscultural perspective.**,Acta. Psychiatr. Scand.,V95, 1997,pp428-432.

13- Agoub M.& al,**Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample**, Arch Womens ment health,V8,2005,pp37-43.

14-Bailey D. B. & al, **Maternal depression and developmental disability Research critique**, Mental retardation and developmental disabilities research reviews,V13,N4,2007,pp321-329.

15-Beebe B.,**Brief mother- infant treatment: psychoanalytically informed video feedback**, Infant mental health, V. 24 ,N1,2003, pp24-52.

16Bloch M. & al,**Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression**,Am J Psychiatry,V157,2000,pp924-930.

17- Chaaya M.& al ,**Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon**, Arch Womens ment health,V5,2002,pp65-72.

18- Chandra P. S., **Post-partum psychiatric care in India: the need for integration and innovation**, World Psychiatry, V 3, N2 , 2004, pp99-100.

19- Cazas O. & Delain F., **Dépression périnatale -Troubles bipolaires ; Retentissement chez le bébé et le jeune enfant** ,Neuropsychiatrie de l' enfance et de l' adolescence, V47, 1999, pp27-30.

20- Clark R. & al, **A mother – infant therapy group model for postpartum depression**, Infant mental health journal, V29 ,N5, 2008, pp514-536.

21- Cohler B. J. & Musick J. S., **Psychopathology of Parenthood: Implications for Mental Health of Children**, Infant Mental Health Journal, V. 4, N. 3, 1983, pp140-164.

22- Cox A.D., **Maternal depression and impact on children's Development**, Archives of Disease in Childhood, 1988, V63, 1988, pp90-95.

23- Cox J., Holden J.M. & Sagovsky R., **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**, British Journal of Psychiatry, V. 150, 1987.

24- Cox J., **Postnatal mental disorder: towards ICD-11**, World Psychiatry, V 3, N2 , 2004, pp96-97.

25- Cramer B., **Are Postpartum Depressions a Mother-Infant Relationship Disorder?**, Infant Mental Health Journal, V. 14, N. 4, 1993, pp283-297.

26- Cramer B., **Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire?**, Devenir, V14, N2, 2002. pp89-99.

27- Cuijpers P., **Psychological Treatment of Postpartum Depression:**

A Meta-Analysis, Journal of clinical psychology, V. 64(1), 2008, pp 103-118.

28- De Tychey C. & al, **Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping**, Neuropsychiatrie de l' enfance et de l'adolescence , V52, 2004, pp261-265.

29- Field T., **Still-face and separation effects on depressed mother-infant interactions**, Infant mental health journal, V28, N3, 2007, pp314-323.

30- Galler J. R. & al, **Maternal depressive symptoms Affect infant cognitive development in Barbados**, J. Child psychol psychiat, V41 , N6, 2000, pp747-757.

31- Ghubash R. & Abou saleh M.T., **Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates**, **The British journal of psychiatry**, V171, 1997, p65-68.

32-Ghubash R.& al ,**The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale**,Soc Psychiatry Epidemiol,V32,1997,pp474-476.

33-Goodman J. H., **Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant** ,Infant mental health journal, , Vol. 29,N6,2008, pp624-643.

34- Goodman S. H. & al,**Treatment of postpartum depression in mothers: secondary benefits to the infants**, Infant mental health journal, V. 29(5),2008,pp 492-513.

36-Green K.,**Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: Sociocultural and physical factors**, Psychology, Health & Medicine, V11,N 4,2009,p 425 - 431.

37-Guedeney N. & Jeammet P.**Dépansions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique** ,Médecine & Hygiène , Devenir, V 13,2001,N3,pp 51 - 64.

38- Houck G. M.,**Maternal Depression and Locus of Control Orientation as Predictors of Dyadic Play Behavior**, Infant Mental Health Journal, V 12, N. 4, 1991,pp347-360.

39-Lundy B. L. & al , **Mothers with Depressive Symptoms Touching Newborns**, Early development and parenting ,V5,N3,1996,pp129-134.

40-Martins C. & Gaffan E.A.,**Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment:A Meta-analytic investigation** ,J. Child psychol psychiat,V41 , N6,2000,pp737-746.

41- Masmoudi J. & al,**Evaluation of affective temperaments in the postpartum depressive symptomatology** ,L' encéphale, 2009 ,pp782-788.

42- Murray L. & J. C. Peter ,**Effects of postnatal depression on infant development**, Arch. Dis. Child.V77, 1997b;pp99-101.

43- Niloufer S. A. & al ,**Post partum anxiety and depression in peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study**,BMC Public health,V324, N9, 2009, pp 1-10

44- Nylen K. J. & al , **Maternal depression: a review of relevant treatment approaches for mothers and infants**, Infant mental health journal, V 27, N4, 2006, p 327-343.

45- Ouédraogo A. & al, **Dépistage des états dépressifs du post-partum à la Maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso**,

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ,V 27, N 6 ,1998,pp611-616.

46- Rondon M. B., **Childbirth is not only complex: it may also be dangerous**, World Psychiatry, V 3, N2, 2004, pp98-99.

47-Rousseau P., **Deuil pendant la grossesse et incidences sur la dépression post-natale**, Neuropsychiatrie de l' enfance et de l' adolescence ,V47,1999,pp31-35.

48-Teissedre F. & Chabrol H. , **Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude comparative randomisée chez 450 femmes**, Neuropsychiatrie de l' enfance et de l' adolescence ,V52,2004,pp266-273.

49- Van Doesum K. T.M, **A Model-based intervention for depressed mothers and their their infants** , Infant mental health journal, V 26, N2, 2005, pp157-176.

تقييم الذاكرة بعد العمليات الجراحية

د/ربيعة تريباش
خالد بوعافية
قسم علم النفس
جامعة الجزائر-2

ملخص البحث:

اهتمت الدراسة الحالية بالبحث في أثر المواد الخدرة (مضادات الآلام والمنومات) التي تستخدم للتخدير الجراحي العام على الذاكرة كإحدى أهم الوظائف القشرية، منطلقا من أن التأثير الكيميائي للمواد المخدرة يتم في المناطق الدماغية التي لها علاقة بوظيفة الذاكرة. ولقد تم تطبيق هذه الدراسة على عينة متكونة من (26) فردا (13) ذكرا و(13) أنثى، ممن ستجرى عليهم عمليات جراحية باستعمال التخدير الجراحي العام، وقد تم عند فرز العينة مراعاة جملة من الخصائص التي تمت إضافتها وأخرى تم حذفها من البحث نظرا لثبوت تأثيرها على نتائج البحث، أما الأدوات المستعملة في البحث فكانت بين مقاييس تستخدم لفرز العينة وهي: اختبار حالة القلق واختبار الاكتئاب لوكفيلد وهذا تفاديا للحالات التي من الممكن أن تعاني من القلق أو الاكتئاب والذي قد يؤثر على الأداء المعرفي، كما لجأنا إلى اختبار رسم الساعة والاختبار المختصر للحالة العقلية MMSE واختبار الكلمات الخمس Epreuve des 5 mots de Dubois، وهذا لعزل عامل الخرف والذي قد يؤدي بدوره إلى تذبذب النتائج، وقد استخدم أيضا هذان الاختباران الأخيران لقياس الذاكرة.

أما النسبة لتصميم البحث فكان يتمثل في إجراء قياسات تطبق في مواعيد معينة ويشمل على إجراء قياس قبلي ومجموعة من القياسات البعدية (ثلاثة على الأقل)، وكانت القياسات البعدية في هذه الدراسة في المدد التالية: 24 و48 و4 أيام من الاستفاقة من التخدير، أما نتائج الدراسة فقد بينت عموما وجود فروق بين القياسات القبلية والقياسات البعدية، ومنه استنتجنا وجود تراجع في الأداء على اختبارات الذاكرة في الفترة إلى 24 ساعة، ولكنه

لم يدم طويلا إذ سرعان ما استرجع أفراد العينة قدراتهم التذكيرية، وقد تبين هذا في القياس البعدي في فترة 24 ساعة والقياسات التي تليه إذ تحسن أداء الأفراد على اختبارات الذاكرة بشكل ملحوظ.

وتم تفسير نتائج هذه الدراسة وفقا للمعطيات النظرية التي انطلقت منها وذلك بالمقارنة مع الدراسات المرتبطة بموضوع البحث.

الكلمات المفتاحية

التخدير الجراحي العام، اضطراب الذاكرة، القلق النفسي، الاكتئاب النفسي، الخرف.

La mémoire en post-opératoire

Résumé :

La mémoire est une fonction complexe qui fait intervenir plusieurs structures cérébrales a la fois, essentiellement le circuit de Papez, qui joue un rôle clef dans les différents apprentissages. Ces derniers sont soumis aux capacités de décodage, d'analyse et de stockage de l'information.

Seulement la mémoire peut connaitre une altération d'origines multiples. Elle peut être d'ordre traumatique, tumorale, neuro-dégénérative, comme elle peut être en rapport avec l'utilisation de certaines substances chimiques utilisées pour un traitement ou comme produit anesthésiant.

Outre cela, la mémoire peut être affectée de façon définitive ou transitoire, la sévérité de l'atteinte est déterminée par la nature et par l'importance de la lésion.

Par la présente recherche, nous allons essayer de démontrer l'impact du produit anesthésiant sur le fonctionnement de la mémoire.

L'étude porte sur un échantillon de 26 malades opérées sous anesthésie générale et testes en pré-opératoire a l'aide du test de WACKFIELD, dans le but d'éliminer une éventuelle dépression et celui de SPIELBERGER pour écarter un syndrome anxieux pouvant influencer sur les résultats.

Le test des 5 mots de DUBOIS, celui de l'horloge CDT ainsi que le MMSE ont été utilisés pour écarter une atteinte préalable de la mémoire.

Les 3 testes évaluant la mémoire ont été aussi utilisés une seconde fois, en post-opératoire et à différents moments: après l'intervention chirurgicale, soit 48 heures après, 3 jours et 4 jours.

Les mots clés: l'anesthésie générale, la mémoire, l'anxiété, la dépression, la démence.

إشكالية البحث وأطره النظرية:

تعد الذاكرة وظيفية عليا من وظائف الدماغ ذات الأهمية البالغة في الحياة اليومية للأفراد ، فهي تعمل بمبدأ تخزين وتحليل المعلومات واكتساب المهارات ومن خلالها تحدث عملية التعلم. كما تعتبر الذاكرة القدرة على الاستقبال والاحتفاظ وكذا بلورة المعلومات داخل الدماغ الذي له دور هام في التعلم والتفكير وتبرز منها أربعة أنواع وهي التذكر والاسترجاع والتعرف وإعادة التعلم.

وبما أن الذاكرة وظيفية عقلية راقية فإن لها مراكز خاصة في الدماغ وأهمها: حسان البحر واللوزة والمهاد ، إضافة إلى أنها تعمل ضمن شبكة عصبية معقدة مع العمليات المعرفية الأخرى مثل الانتباه واللغة ، كما أن للذاكرة عدّة أنواع تركز في تقسيمها على أربعة نماذج رئيسية قام باقتراحها بعض الباحثين في الميدان هم: ATKINSON-SHIFFRIN وTULVING وMC CLELLAND وLOCKHART-CRAIK. والتي على أساسها يتم تفسير الاضطرابات التي تلحق بالذاكرة.

ولاضطراب الذاكرة عدة أنواع وأسباب ترجع كلها إلى الخلل الذي يلحق بالأجزاء العصبية المسؤولة عن هذه الوظيفة كالأضطراب المتعلق بالمحاور الأسطوانية ، أو في الجهة الداخلية لنصفي الكرتين المخيتين ، وهذه البنى تمثل الجهاز الحافئ أو دائرة "بابيز" PAPEZ circuit de التي تربط الفص الصدغي بالجبهى بفضل وصالة حسان البحر ، وأعمدة fornix مثلث الدماغ والأجسام الحلمية والنواة الأمامية ، إضافة إلى اضطراب الذاكرة المتعلق بقشرة الدماغ عند الإصابة التي تمس جزءا من النصف الكروي مثل الشلل النصفي المعاكس ، فكل هذه الاضطرابات تعرقل ميكانيزمات الذاكرة. أيضا الاضطراب الحاصل في الذاكرة بسبب الصدمات الدماغية. (God froid, J, 2001)

كما أن الإصابات على مستوى قرن آمون واللوزة تسبب خللا في مكتسبات الذاكرة اللفظية طويلة المدى ، يضاف إلى ذلك أن التلف في الجزء الأيسر من الحصين (قرن آمون) يسبب اضطرابا في مكتسبات الذاكرة طويلة المدى غير اللفظية. (Joseph Carey, 2002:4)

كما أن هناك عوامل أخرى لا تقل أهمية عن الأسباب السالفة الذكر، وتعتبر من المؤثرات على الجهاز العصبي وبالضبط على المناطق المسؤولة عن الذاكرة، وهي المواد الكيميائية التي تستعمل للعلاج، أو للتخدير الجراحي.

إن آلية عمل المواد التخديرية تعتمد على التثبيط المؤقت لبعض وظائف الجهاز العصبي ما يسمح بالقيام بالعملية الجراحية، ذلك من خلال تأثير هذه المبنجات - سواء كانت منومات أم مسكنات للألام - على الخلية العصبية (Mark R. E. 2004: 28)، وهذا من أجل الحصول على الأهداف المراد التوصل إليها من خلال التبخير والتي هي: عدم شعور المريض بالألم أثناء الجراحة، وضمان ثباته وارتخاء عضلاته، إضافة إلى عدم تذكره لأي موقف من المواقف أثناء العملية الجراحية. (Heinz Lüllmann and Albrecht Ziegler, 2000: 217)

فالمسكنات التي تفقد المريض القدرة على الشعور بالألام أثناء الجراحة هي مجموعة من المواد التي يحقن بها، وتنتقل عبر الأوعية الدموية إلى الدماغ حيث تؤثر على المناطق المسؤولة على الشعور بالألام وأهمها الأنوية المركزية للوزة أين يتم تثبيط انتقال السيالات العصبية فيها، والتي بدورها تقوم بحذف المشاعر والانفعالات المتعلقة بالألام. (Charles R. Craig and Robert E. Stitzel, 5 édition: 293).

إن تأثير هذه المواد التخديرية يتم في مناطق معينة من الدماغ والمسؤولة عن الوظائف المراد إلغاؤها وأهمها التشكيلة الشبكية في الدماغ المتوسط بما فيها الجهاز اللمبي والمهادي وما تحت المهاد، فالتشكيلة الشبكية تلعب دورا حاسما في تحديد النوم واليقظة وكذا درجة اليقظة، نظرا لصلتها بعدد من الوظائف المعرفية على رأسها الذاكرة، ويترتب على ذلك أن التأثير على مستواها قد يسبب اضطرابا في الذاكرة قصيرة المدى، أما التأثير على الجهاز اللمبي فقد يتسبب في اضطراب في الذاكرة القبلية والبعيدة. (Claus Mohr et al, 2001 : 220)

وقد بينت العديد من الدراسات تأثير التخدير الجراحي العام على ذاكرة الأفراد وركزت على عينات من المسنين إلى الثمانين سنة، وفسرت معظمها الاضطراب الحاصل بتأثير التقدم في السن على النشاط العصبي، واعتبرت متغير التخدير عاملا ثانويا رغم تبينها لتأثيره الفاعل في الجهاز العصبي المركزي، ومن هذه الدراسات نجد:

دراسة برنابي وارد وآخرين Barnaby Ward, Charles Imarengiaye 2005 والتي تناولت دراسة الوظائف المعرفية وإمكانية إصابتها بعد العمليات الجراحية الاستعجالية، وهدفت إلى البحث في نسبة العجز المعرفي بعد ثلاثة أيام لدى أفراد طبق عليهم التخدير الجراحي العام وآخرين طبق عليهم التخدير الموضعي، من فئة المسنين، وقد قام الباحثون بتقييم الاضطراب في كل من الإدراك والذاكرة والوظائف الحركية. (Barnaby Ward and al, CAN J ANESTH 2005 / 52: 10 / pp 1017-1021)

إضافة إلى الدراسة التي أجراها دينيس روهان وآخرون Denise Rohan, Donal J. Buggy 2005 حول تطور الاضطراب المعرفي بعد 24 ساعة من العملية الجراحية القصيرة لدى عينة من المسنين، واعتبرت أن الاضطراب المعرفي المبكر أو الخرف أو الهذيان يكون متكررا بعد التدخلات الجراحية الكبيرة، وظهور الاضطراب المعرفي بعد الاستفاقة من التخدير المطبق في الجراحات القلبية يكون بنسبة (50%) عند الأفراد المسنين (68 إلى 81 سنة) وأن التكرار في الاضطرابات المعرفية يكون بنسبة 26% من الأفراد في خلال أسبوع بعد الجراحة، و3% منهم يستمر معهم الاضطراب لمدة ثلاثة أشهر، بالنسبة للأفراد الأقل سنا 60 سنة فأقل إلى 40 سنة يكون الاضطراب لديهم بنسبة (19%) وبالنسبة لهم يدوم الاضطراب لمدة ثلاثة أشهر بنسبة (6%) . (Denise Rohan and al, CAN J ANESTH 2005 / 52: 2 / pp 137-142) .

ولأن الدراسات المرتبطة في معظمها تناولت فئة الشيخوخة فإن دراستنا هذه ستركز على فئة الشباب الذين تعتبر الخلايا العصبية لديهم في أوج نشاطها، إضافة إلى البحث عن مدى تأثير المواد المخدرة على إحدى أهم وظائف الدماغ والمتمثلة في الذاكرة.

إن هذا الاشتراك التشريحي بين المناطق القشرية والذي يعد محل التأثير الكيميائي الذي يركز عليه عمل المنسومات ومسكنات الألام في التخدير الجراحي العام من جهة، ومسؤولية ذات المناطق على الذاكرة كوظيفة معرفية من جهة أخرى، يجعل هذا البحث يتجه نحو دراسة أثر التخدير الجراحي العام على الذاكرة. وفي ضوء ذلك فإن مشكلة الدراسة تتبلور في التساؤلات التالية:

- هل تؤثر المواد المخدرة على عمل الذاكرة؟

- هل هناك فروق بين استجابات الأفراد على اختبارات الذاكرة قبل التخدير الجراحي العام وبعده؟

- هل هذه الفروق لها علاقة بعامل التخدير؟

فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

توجد فروق دالة بين استجابات الأفراد على اختباري تقييم الذاكرة قبل التعرض للتخدير الجراحي العام وبعده وهي مرتبطة بعامل التخدير.

الفرضيات الجزئية:

- 1) توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الأول على اختبار MMSE.
- 2) توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الأول على اختبار MOTS 5.
- 3) توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثاني على اختبار MMSE.
- 4) توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثاني على اختبار MOTS 5.
- 5) توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثالث على اختبار MMSE.
- 6) توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثالث على اختبار MOTS 5.
- 7) توجد فروق بين القياس البعدي الثاني والبعدي الثالث على اختبار MMSE.
- 8) توجد فروق بين القياس البعدي الثاني والبعدي الثالث على اختبار MOTS 5.
- 9) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسات الأربعة المطبقة باختبار MMSE تعود إلى عامل التخدير الجراحي العام.
- 10) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسات الأربعة المطبقة باختبار الكلمات الخمس MOTS 5 تعود إلى عامل التخدير الجراحي العام.

الكلمات المفتاحية:

التخدير الجراحي العام، اضطراب الذاكرة، القلق النفسي، الاكتئاب النفسي، الخرف.

أهمية البحث:

يمكن أن تقدم هذه الدراسة عبر الاختبارات النفسية المستخدمة خلالها؛ بعض المعطيات عن مدة ومسار اضطراب الذاكرة الناتج عن التخدير الجراحي والتي تفيد في إنشاء أداة قياس نفسية عصبية تكشف عن هذه الاضطراب بأكثر عمق، كما يمكن أن يسترشد بها أيضا لبناء برنامج تأهيلي خاص بالأفراد الذين تعرضوا لاضطراب الذاكرة المستمر لما بعد التخدير العام. وحتى بالنسبة للشخص المقبل على العملية الجراحية، عندما يعلم بما سينتابه من قصور مؤقت في عمل الذاكرة بعد العملية وأنه أمر انتقالي، مما سيخفف من هلع وخوفه.

أيضا تجيب هذه الدراسة عن تساؤلات العاملين في ميدان علم النفس العصبي وحتى أطباء الإنعاش والتخدير أو الجراحين، حول سبب تأخر استفاقة بعض المرضى من التخدير الجراحي العام، وتباطؤ البعض الآخر في استرجاع ذاكرتهم، كما تقدم للفريق القائم على خدمة المرضى نوع العناية التي يجب أن يحاطوا بها أو تشير إلى نوع التخدير الذي يستحسن أن يعطوه .

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على أثر التخدير الجراحي العام على الذاكرة لدى الشباب وذلك من خلال:

- تحديد الاضطرابات المعرفية العصبية التي سببها التخدير الجراحي العام.
- تحديد الاضطرابات في الذاكرة التي سببها المواد المستعملة في التخدير الجراحي العام.

منهج البحث:

المنهج هو الطريق أو الأسلوب الذي يتبعه الباحث للوصول إلى بيانات دقيقة حول المشكلة التي هو بصدد دراستها، ويتوقف نجاح الباحث في اختيار منهجه على مدى توافقه مع طبيعة الموضوع المدروس، وعلى مدى تحكمه في تقنيات هذا المنهج.

ولأن الدراسة الحالية تهتم بتأثر الذاكرة بالتخدير الجراحي العام، فإنه من الملائم استخدام المنهج التجريبي، وبالضبط التصميم شبه التجريبي الذي يعد الأكثر تناسبا وموضوع الدراسة، إذ أنه يمكننا من الكشف عن تأثير العامل التجريبي المتمثل في التخدير العام على الذاكرة.

التصميم شبه التجريبي المعتمد في الدراسة:

في هذا التصميم توجد مجموعة واحدة تجريبية يطبق عليها الاختبار القبلي والاختبار البعدي بعد ذلك مرات متتالية (ثلاث مرات على الأقل)، مما يقدم للباحث مدى التغير الذي يطرأ على المجموعة التجريبية وتبين له التوقعات حول أداء الأفراد في كل مرات التطبيق.

عينة البحث:

نظرا لطبيعة موضوع الدراسة، فإن اختيار أفراد العينة يكون بطريقة قصدية وذلك أن هذه العينة "يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، لأن تلك الخصائص هي من المتغيرات التي تعتبر أساسية بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينات في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة معينة من مجتمع الدراسة الأصلي". (محمد عبيدات وآخرون، 1999: ص 81)

وقد تكونت عينة البحث الأساسية من 26 فردا مقسمين بين ذكور وعددهم 13 وإناث وعددهن أيضا 13، والذين اختيروا بطريقة قصدية.

شروط اختيار العينة:

من أجل الحصول على عينة متجانسة حسب الأسس الطبية والنفسية اشترطنا أن يتوفر فيها ما يلي:

المواصفات الطبية:

وقد تم الحصول عليها من خلال وثيقة المتابعة قبل الجراحية (بطاقة ما قبل التخدير) (La Fiche Pré Anesthésique)، والتي تسجل عليها تفاصيل خاصة بحالة المريض الصحية قبل إجراء العملية وأثناءها، بما فيها المواد التخديرية المستخدمة.

والمواصفات الطبية التخديرية المعتمدة في فرز العينة هي:

- (1) نفس التقنية التخديرية المستخدمة (التخدير الجراحي العام).
- (2) نوعية المبنجات واحدة لدى أفراد العينة.

كما تم تجنب الأفراد الذين:

- (1) تعرضوا للجراحة سابقا.
- (2) الذين يتناولون أدوية نفسية أو لديهم سوابق مرضية عقلية.
- (3) الذين يعانون من الأمراض العصبية أو القلبية.
- (4) الذين يتناولون الكحول.
- (5) الذين يخضعون للأدوية النفسية بعد جراحية.

المواصفات النفسية لأفراد العينة وهي:

- (1) درجات القلق متوسطة أو منخفضة حسب اختبار قائمة حالة القلق سبيلبرجر.
- (2) درجات الاكتئاب منخفضة حسب قائمة واكفيلد للاكتئاب.
- (3) الخلو من الإصابة بالخرف وذلك من خلال الحصول على الدرجات الكاملة على اختبار رسم الساعة و25 في اختبار MMSE.

كما تم ضبط المتغيرات التالية والتي تعتبر دخيلة على الدراسة ويمكن أن تلوث نتائج البحث من خلال علاقتها وتأثيرها المباشرين على الذاكرة وهذا حسب ما أوضحت الدراسات في هذا الصدد تم ضبط المتغيرات التالية: **القلق، الاكتئاب، الخرف la démence**

أدوات الدراسة:

و من أجل الحصول على عينة خالية من الصفات التي يراد تفاديها في البحث والسابق شرحها، تم تطبيق الأدوات التالية:

(1) اختبار حالة القلق لـ سبيلبرجر

(2) قائمة واكفيلد للتقييم الذاتي للاكتئاب: Wakefield self- Assessment Depression Inventory

(3) اختبار رسم الساعة Le Test de l' horloge

(Clock Drawing Test -CDT)

أما من أجل قياس وظيفة الذاكرة فقد تم استخدام الأدوات التالية:

(1) اختبار الحالة العقلية (MMSE) Mini Mental State Examination:

يسمح هذا الاختبار بالتشخيص الإكلينيكي لاضطراب الذاكرة، حيث إنه يقيس كلا من التوجه المكاني الزمني، التعلم، الذاكرة والانتباه، كذلك العمليات المنطقية والحساب، (كما يقيس اللغة والاسترجاع).

(2) اختبار الكلمات الخمس لتشخيص اضطرابات الذاكرة Epreuve des 5 mots de Dubois:

يعد اختبار الكلمات الخمس اختبارا بسيطا وسريعا إذ يحتاج لدقيقتين فقط للتطبيق، ويمكن تطبيقه بسهولة في المجالات الطبية من أجل تشخيص اضطرابات الذاكرة لدى الأشخاص.

إجراءات تطبيق الدراسة:

أجريت الدراسة الأساسية بعيادة الضياء الطبية الجراحية الخاصة بولاية ورقلة، وقد احترمتنا في إجراءاتها شروط التصميم شبه التجريبي.

تصميم الدراسة الأساسية:

اتبع تصميم البحث الحالي مجموعة من الخطوات على مراحل:

المرحلة الأولى:

(1) الحصول على بطاقة التخدير الخاصة بالمريض من أجل جمع المعطيات التالية:

أ- السن.

ب- السوابق المرضية (القلبية الوعائية، العصبية، عمليات جراحية سابقة، تناول الكحول، المرضية العقلية).

ت- نوعية التقنية التخديرية التي ستطبق (تخدير عام أو تخدير موضعي).

ث- إن كان المريض يتناول أدوية نفسية.

(2) تطبيق اختبارات عزل المتغيرات الدخيلة على الدراسة: القلق والاكتئاب النفسي والخرف:

(3) إعادة الاختبارات بعد العملية الجراحية:

- تطبيق القياس البعدي الأول والذي يحتوي على كل من MMSE واختبار الكلمات الخمس (Epreuve des 5 mots).

- تم إعادة تطبيق نفس اختبارات القياس البعدي الأول، وهذا بعد 48 ساعة من العملية و96 ساعة (أربعة أيام) من العملية الجراحية.

الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

لمعالجة نتائج الدراسة استخدم الطالب مجموعة من الأساليب الإحصائية معتمدا على البرنامج المعلوماتي الآلي SPSS النسخة (13.00) والأساليب هي:

(1) اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطات القياس القبلي والبعدي.

(2) تحليل التباين الأحادي One Way Anova لمعرفة التباين بين متوسطات القياسات مجتمعة (تحليل التباين).

عرض وتفسير نتائج الدراسة:

(1) مناقشة وتفسير نتائج الفرضيتين الأولى والثانية:

نص الفرضية الأولى: توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الأول على اختبار MMSE.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي للذاكرة وبين القياس البعدي الأول عند مستوى الدلالة 0.01 حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار القبلي للذاكرة 28.15 بعدها انخفض بعد التعرض للتخدير الجراحي العام ليصل إلى 26.15، وبلغت قيمة ت المحسوبة 7.51 مما دل على انخفاض أداء الأفراد على مقياس MMSE، وقد كان ذلك واضحا من خلال الرسم البياني الذي وضع التغير الحاصل في استجابات الأفراد على اختبار الذاكرة قبل التخدير وبعد الاستفاقة بأربع وعشرين ساعة.

نص الفرضية الثانية: توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الأول على اختبار 5 MOTS.

أظهرت نتائج هذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي للذاكرة وبين القياس البعدي الأول عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار القبلي للذاكرة 9.65 ثم انخفض بعد التعرض للتخدير الجراحي العام ليصل إلى 9.00، وبلغت قيمة ت المحسوبة 3.41 مما دل على انخفاض أداء الأفراد على مقياس الكلمات الخمس EPREUVE DES 5 MOTS، ومنه يتوضح مدى التغير الحاصل في استجابات الأفراد على اختبار الذاكرة قبل التخدير وبعده بـ 24 ساعة.

ومن خلال النموذج المعرفي لـ ATKINSON-SHIFFRIN الذي يتناول الذاكرة عبر مراحلها الثلاث؛ الذاكرة الحسية ثم التخزين قصير المدى (الذاكرة قصيرة المدى) ثم التخزين طويل المدى (الذاكرة طويلة المدى)، سنقوم بتفسير التراجع الحاصل في وظيفة الذاكرة لدى هؤلاء الأفراد الذين تعرضوا للتخدير الجراحي العام باستخدام المواد التالية منها، المواد المنومة والمضادة للآلام وهي:

إن الخلايا العصبية تتبادل الإشارات فيما بينها، وتطلق هذه الإشارات بطريقة مزدوجة، فهي إشارات كهربائية في إحدى مراحلها، لتتحول إلى إشارات كيميائية في مرحلة أخرى، فالإشارة التي تنشأ في الخلية العصبية وتطلق في المحور هي إشارة كهربائية، وعندما تصل هذه الإشارة إلى نهاية محور العصبون تتحول إلى إشارة كيميائية، فهي تنتقل من خلية إلى أخرى عن طريق بعض الجزيئات الكيميائية التي تسبح خلال نقط الاتصال الواقعة بين الخلايا والتي تعرف باسم المشبك أو «Synapse». (أحمد مدحت إسلام، 1985: 139)

وهذه العملية تعتبر الميكانيكيزم الجزيئي العصبوني المبسط والمفسر لقدرة الفرد على الإحساس وعلى التفكير والتذكر والتعلم، والذي يعتمد اعتمادا كبيرا على الليونة المشبكية، وربما كان من أهم الوظائف التي يحققها الاتصال المشبكي بين الخلايا العصبية للمخ، هي القدرة على تغيير السلوك كرد فعل لحصيلة المؤثرات الخارجية أو الخبرة، وهي ما نسميه بالقدرة على التعلم، وهو ما أصبح يسمى حديثا بالليونة المشبكية، وكذلك القدرة على اختزان هذه التغيرات لفترة من الزمان عن طريق الاستقطاب قصير المدى ثم طويل المدى، لتحقيق مراحل الذاكرة حسب النموذج السابق الذكر. (S. Laroche, 1998: 97-107)

كما أن خلايا المخ لا تستعمل إلا الجلوكوز الموجود في الدم، مما قد يؤثر على وظائف المخ أي نقص في مستوى جلوكوز الدم الوارد إليه، فيدخل الشخص في غيبوبة، الأمر الذي قد يحدث بعض الخلل في وظائفها إذا دخلت بعض المواد الغريبة مثل المواد التخديرية، أو الجزيئات الصغيرة مثل جزيئات بعض الأحماض الأمينية، والمتعلقة بإعطاء المواد التخديرية التي قد تسبب نقصا في ضغط الجمجمة والذي بدوره يعني نقصا في التزويد بالدم.

تنقسم الناقلات العصبية من حيث فعلها إلى قسمين، فهناك مجموعة منها ذات أثر منشط، وهناك مجموعة أخرى ذات أثر مثبط، كما أن بعض هذه الناقلات قد يكون له أثر منشط في جزء من المخ، بينما يكون له أثر مثبط في مكان آخر منه ومن أهم الناقلات ذات الأثر المثبط في المخ حمض « جابا » أمينوبيوتريك «Aminobutyric Acid -» ويطلق عليه اختصارا اسم « جابا GABA ».

إن هذا الحمض يتم تصنيعه في المخ أو في الحبل الشوكي فقط. ومن المقدر أن 30% على الأقل من نقاط الاتصال بين خلايا المخ تستعمل هذا الحمض في عمليات نقل الإشارات العصبية. وهو الحمض الذي تؤثر عليه المادة المخدرة المطبقة في الدراسة الحالية والسالفة الذكر.

وهناك حمض أميني آخر قريب الشبه من « جابا » يقوم المخ باستخدامه في نقل الإشارات العصبية، وهو يعرف باسم حمض الجلوتاميت «Glutamate»، ولكنه في هذه الحالة ذو أثر منشط في المخ، ويعد هذا مثالا للتعبير كيف أن تغييرا بسيطا في التركيب الكيميائي يؤدي إلى تغيير واسع المدى في عمل وأثر المادة.

إن المواد التخديرية المستعملة مع عينة البحث لها أثر مباشر في المخ، من حيث إنها تساعد على زيادة فعالية « جابا » في تثبيط النبضات العصبية في الأماكن التي له فعل فيها، ونخص بالذكر الحصين واللوزة أين تتم أغلب الميكانيزمات الأساسية للذاكرة انطلاقا من الحسية إلى الذاكرة طويلة المدى حسب النموذج. (أحمد مدحت إسلام، 1985: 139)

وتتلخص العمليات الكيميائية التي تحدث عند مشابك العصبونات، في عدة خطوات تحدث بالترتيب التالي:

أولا: يتم تخليق المادة الناقلة في الخلية الحية من أقرب المواد شبيها بها، ويتم ذلك عادة بواسطة أنزيمات خاصة، كما قد يحدث هذا التخليق على خطوة واحدة أو على خطوات.

ثانياً: يتم نقل جزيئات المادة الناقلة من جسم الخلية إلى نهايات الأعصاب حيث تختزن هناك داخل حويصلات خاصة عند نقط الاتصال بين الخلايا ، وتقوم هذه الحويصلات بحماية جزيئات المادة الناقلة من فعل الأنزيمات المختلفة التي تسبج في سوائل الخلية والتي قد تدمر هذه الجزيئات.

ثالثاً: عند وصول نبضة عصبية (على هيئة إشارة كهربائية) إلى نهايات الأعصاب ، تقوم هذه بإطلاق عدد هائل من أيونات الكالسيوم ، وتؤدي بدورها إلى إطلاق جزيئات المادة الناقلة في الفراغ الواقع بين نقط اتصال الخلايا ، وتدفع هذه الجزيئات سابحة في هذا الفراغ الخلوي المملوء بالسوائل والذي يقع بين طرف العصب وبين غشاء الخلية العصبية التي ستلقى النبضة أو الإشارة.

رابعاً: تتفاعل جزيئات المادة الناقلة مع بعض مواقع الاستقبال الموجودة بغشاء الخلية المستقبلية للنبضة وبذلك تصل الرسالة من خلية إلى أخرى.

إن لكل جزيء من النواقل موقعا يتناسب شكله الفراغي مع شكله وحجمه وبذلك يستطيع أن يدخل فيه ، كذلك يتصرف الموقع النشط في الحالة التي نحن بصدها ، فكل نوع من المواد الناقلة موقع خاص تستطيع أن تتداخل فيه جزيئاتها ، ومن ثمة فإن الجزيئات التي تحتويها المواد المخدرة تحتل مكان النواقل العصبية مما يتسبب في تعطيلها وبالتالي تعطيل حدوث السيور الطبيعية للسيالة العصبية ، ومن ضمنها النقل العصبي الذي يعمل على القيام بوظيفة الذاكرة.

ويؤدي تداخل جزء المادة الناقلة في جزء البروتين إلى تغيير في الشكل الفراغي العام لجزء البروتين المستقبل ، ويؤدي ذلك إلى صدور نبضة أخرى قد تنشط الخلية العصبية أو تثبطها ، أو قد تؤدي إلى انقباض عضلة أو إلى أن تقوم غدة بإفراز أحد الهرمونات أو ما شابه ذلك. (أحمد مدحت إسلام ، 1985 : 139)

ومن ناحية أخرى ، تقوم تلك المادة الناقلة المسماة « جابا » السالفة الذكر بتثبيط البروتين المستقبل الموجود بجدار الخلية بطريقة تسمح بمرور أيونات الكلور السالبة للكهرب ، وهي تندفع في هذه الحالة من خارج الخلية إلى داخلها كذلك ، وبذلك تساعد على زيادة فرق الجهد الكهربائي خلال جدار الخلية ، وبذلك تحيلها إلى خلية غير نشيطة بصفة مؤقتة ، ولهذا يقال عن « جابا » إنها مادة ناقلة ذات أثر مثبط للنبضات العصبية. ومن هنا يتوضح أكثر أثر المادة

المخدرة وهو الزيادة في انفتاح قنوات الكلور مما يقدم تثبيطا أكثر للنقل المشبكي العصبي.
(Eric R Kandel, 2003 :09)

وقد ألفت البحوث التي أجريت في هذا المجال كثيرا من الضوء على الطريقة التي تعمل بها بعض العقاقير ومن ضمنها المواد التخديرية، فهي إما أن تزيد في إفراز المادة الناقلة أو تعوق إفرازها، وهو الحال بالنسبة للمادة المخدرة المستخدمة في الدراسة الحالية والتي تعمل على التأثير على إفراز حمض "غابا" بالزيادة مما يقدم تثبيطا مستمرا على نشاط الجهاز العصبي ويستلزم هذا التثبيط التأثير على الاستقطاب قصير المدى (الذاكرة قصيرة المدى) ثم الاستقطاب طويل المدى (الذاكرة طويلة المدى) حسب النموذج المتناول في التفسير، ويعتبر هذا الاستقطاب في الحالات العادية الأساس المشبكي للقيام بعملية التعلم والذاكرة والمرتبطتين بتلك المناطق وهي الحصين واللوزة بصفة خاصة، ويكون هذا التثبيط في أقصى درجاته أثناء العملية الجراحية وهو عندئذ جد مرغوب فيه ومقصود طبيا لإزالة كل ميكانيزمات الذاكرة أثناء الجراحة، كما أن هذا التأثير يستمر بعد الاستفاقة من التخدير والجراحة إلى ساعات وهو في هذه الحالة يستمر إلى مدة 24 ساعة من الاستفاقة من التخدير أي أن مفعول هذه المادة في تثبيط نشاط العصبونات التي تعمل في الذاكرة يزول تدريجيا موازاة مع الزوال التدريجي لأثر المادة المخدرة من الجسم ومن الجهاز العصبي للمريض عن طريق الطرح « Elimination »، وهو ما يفسر لنا استمرار الاضطراب إلى الفترة التي تم فيها القياس البعدي الأول في هذه الدراسة. (Eric R Kandel, 2003 :09)

إلا أن الدراسات السابقة تكلمت عن تفاعل كل من عاملي التقدم في العمر والأمراض التي من أجلها أجريت العمليات الجراحية، والتي كانت أغلبها عمليات جراحة للقلب والشرايين، ومنها دراسة برنابي وارد وآخرين Barnaby Ward, Charles Imarengiaye 2005 إذ تم إجراء التطبيقين القبلي والبعدي على عينات عددها 207 مريضا، بالنسبة للمعنيين بالتخدير الجراحي العام، و204 مريضا من الذين سيخضعون للتخدير الموضعي، كلهم من الأفراد المسنين، إن المعطيات المتحصل عليها من هذه الدراسة بينت تزايدا ذا دلالة إحصائية لحجم الاضطراب المعرفي، وهذا لصالح الأفراد المخدرين كليا مقارنة بالمخدرين موضعيا، وهذا في الأيام الثلاثة التالية للجراحة، وبما أن الأداة المستعملة للقياس بينت

اضطراباً في الذاكرة لدى المجموعتين فإنه يجب طرح الشكوك في الاكتفاء بعامل التخدير الجراحي لوحده كسبب مؤد إلى الاضطراب المعرفي لما بعد الجراحة، ووجوب البحث في متغيرات أخرى مثل تغير عادات النوم والإصابة المتسببة في الجراحة، وتعاطي مسكنات الآلام بعد الاستفاقة من التخدير.

و لكن في الأخير يبقى التأثير على عمل المخ هو الأساس في ظهور الاضطراب المعرفي عندهم لأن أي خلل في القلب أو الشرايين يعني سوء تدفق الدم للجهاز العصبي بصفة عامة، وللمخ بصفة خاصة والذي أثبتت البحوث العلمية أنه يستغل ما يقارب 20% من توزيع الدم في الجسم.

(2) مناقشة وتفسير نتائج الفرضيتين الثالثة والرابعة:

نص الفرضية الثالثة: توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثاني على اختبار MMSE.

أظهرت النتائج الإحصائية عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي الثاني، حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار القبلي للذاكرة 28.15 وبعد 48 ساعة من التعرض للتخدير الجراحي العام يصل إلى 27.61، وبلغت قيمة ت المحسوبة 1.53 مما دل على تحسن أداء الأفراد على مقياس MMSE أي تحسن وظيفة الذاكرة لديهم.

نص الفرضية الرابعة: توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثاني على اختبار MOTS 5.

والتي بينت نتائجها الإحصائية وجود فروق ذات دلالة بين نتائج القياس القبلي للذاكرة وبين القياس البعدي الثاني عند مستوى الدلالة 0.01، حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار القبلي للذاكرة 9.65 ولكن هذه المرة ارتفع بعد الاستفاقة بـ 48 ساعة ليصل إلى 10.00، وبلغت قيمة ت المحسوبة 2.80 مما دل على ارتفاع أداء الأفراد على مقياس الكلمات الخمس EPREUVE DES 5 MOTS.

وتدل نتائج هاتين الفرضيتين اللتين أوضحتا التحسن السريع الذي طرأ على أفراد العينة في وظيفة الذاكرة من خلال تحسن نتائجهم على المقاييس المطبقة، وارتفاع المتوسطات الحسابية للقياسات الثانية مقارنة بالقياسات الأولى، ودلالة ذلك على استرجاع المشابك العصبية لوظائفها الاعتيادية، والمسؤولة عن الذاكرة بمراحلها المختلفة بعد الشوط الذي كان أصابها في الفترات السابقة والقريبة العهد بالتخدير الجراحي، والتفسير الذي يقدم لهذا التحسن يبني على الليونة

العصبية التي ساعدت الأفراد على الاستعادة السريعة لوظيفة الذاكرة، إن هذه الليونة المشبكية التي تعمل من خلالها العصبونات والمشابك العصبية أثناء القيام بتعلم خبرات جديدة وتخزينها في الذاكرة قصيرة المدى ثم الذاكرة طويلة المدى هي نفسها التي تعمل على استرجاع تلك المشابك العصبية لنشاطها الذي كانت تعمل به قبل التثبيط الذي يعتبر طارئاً عليها أثناء التخدير الجراحي العام وبعده بحوالي 24 ساعة، وخاصة بعد التخلص من الآثار الكيميائية للمخدر من جهة، ومن جهة أخرى استئناف المريض للحياة الاجتماعية بالتفاعل مع المحيطين به، ولو كان ذلك في الوسط الاستشفائي. (S. Laroche, 1998: 97-107)

ابتدئ الكلام عن نموذج لليونة العصبية من أجل الدراسة التجريبية للمكونات الجزيئية للعمليات المعرفية بما فيها الذاكرة، وتتاول هذه الليونة تكيف المشابك العصبية مع التغيرات التي تطرأ على النقل العصبي فيها، ويمكن إدراج هذا التكيف ضمن القدرة على استرجاع الوظائف العادية بعد التحويل والخمول الذي تعلق بها من جراء المواد المخدرة، وتعد هذه الليونة العصبية المشبكية الأساس الذي به تعمل المشابك العصبية على التكيف مع المكتسبات التعليمية الجديدة في مختلف مستويات الذاكرة في الحالات العادية حسب النموذج، ومن ثمة قدرتها على استعادة نشاطها بعد الاستفاقة من التخدير الجراحي العام، كل هذا يتم على مستوى المناطق المسؤولة عن الذاكرة في المخ وعلى رأسها الحصين، وقد طور مفهوم الليونة العصبية الأخصائي النفسي الكندي دونالد هيب Donald Hebb سنة 1994 والذي نص أن التغيرات إنما تحدث على مستوى المشابك العصبية أثناء تخزين المعلومات، وأن هذه التغيرات يعاد استنارتها من أجل استحضار تلك المعطيات التي تم تخزينها سابقاً. (S. Laroche, 1998: 97-107)

وهذا بعد تراكم الدراسات حول الليونة العصبية، ومن أهمها أبحاث كل من Timothy Terje Lømo, Bliss بلييس لومو وآخرين سنة 1973 والتي بينت أن مناطق ما من الحصين hippocampus لديها ليونة واضحة تعرف باسم الاستقطاب طويل المدى، وقد لاحظ الباحثون هذه الليونة بعد استثارة مجموعة من المشابك العصبية في منطقة الحصين لدى بعض الحيوانات وبعد التوقف عن الاستثارة فإن هذه المشابك لا تتوقف عن النشاطات التي ابتدأت القيام بها بعد الاستثارة الأولى، وهو ما يفسر العمل على تحويل المعلومات إلى الذاكرة طويلة المدى، بعدها اكتشف أن هذه العملية تحدث أيضاً في المشابك الموجودة على مستوى اللوزة Amygdale، إن

النسيان حسب هذه النظرية هو الشبوط الذي يصيب هذه المشابك أثناء إعادة استئثارها ، وإذا تعلق الأمر بالحفظ فإنه يدل على استئثارها أولاً بالكمية الكافية لنقل المكتسبات إلى الذاكرة طويلة المدى ، وهو الذي يفسر لنا الاضطراب الأول الذي حدث بعد التخدير الجراحي العام ، أما استعادة وظيفة الذاكرة لمهامها الاعتيادية مشبكياً فإنه يدل على أن تلك المشابك قد تمكنت من التخلص من التثبيط السابق واسترجعت نشاطها الذي كانت عليه قبل التخدير الجراحي العام ، وأظهرت هذه الأبحاث أن غالبية المشابك التي تتفاعل مع الليونة والتي توصف بأنها "ذات الليونة" تعتمد على المستقبل العصبي غلوتامات وهو الذي تستهدفه بعض المواد التي تستخدم في التخدير العام. (S. LAROCHE, 1998: 97-107).

3) مناقشة وتفسير نتائج الفرضيتين الخامسة والسادسة:

نص الفرضية الخامسة: توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثالث على اختبار MMSE. أثبتت النتائج الإحصائية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي للذاكرة وبين القياس البعدي الثالث عند مستوى الدلالة 0.01 حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار القبلي للذاكرة 28.15 ثم ارتفع بعد أربعة أيام من الاستفاقة ليصل إلى 28.80 ، وبلغت قيمة المحسوبة 2.46 مما دل على تحسن أكثر لأداء الأفراد على مقياس MMSE.

نص الفرضية السادسة: توجد فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي الثالث على اختبار MOTs 5. كما أثبتت نتائج المعالجة الإحصائية لهذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي للذاكرة وبين القياس البعدي الثالث عند مستوى الدلالة 0.01 ، حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار القبلي للذاكرة 9.65 ثم ارتفع بعد الاستفاقة بأربعة أيام ليصل إلى 10.00 ، وبلغت قيمة المحسوبة 2.80 مما دل على ارتفاع أداء الأفراد على مقياس الكلمات الخمس EPREUVE DES 5 MOTs ، ومنه يظهر التغير الحاصل في استجابات الأفراد على اختبارات الذاكرة قبل التخدير وبعده بأربعة أيام.

ومرد ذلك إلى الاسترجاع الكامل لوظيفة الذاكرة لدى أفراد العينة ، كما أن هذه النتائج لها دلالة أيضاً على أن المشابك العصبية لدى هؤلاء الأفراد قد تمكنت من استعادة وظائفها كاملة في خلال 48 ساعة بعد الاستفاقة ، و"يسمح" لنا بعد هذه القياسات أن نتكلم

عن أن اضطراب الذاكرة لما بعد التخدير الجراحي العام لدى عينة الشباب بالمواد التخديرية السابقة الذكر والمدرسة في البحث الحالي لا يستمر، وتبين الأهمية البالغة لبرمجة القياس في هذه الفترة في تقييم مسار الذاكرة بعد التخدير الجراحي العام لدى أفراد العينة في معرفة المدة المطلوبة لاسترجاع الوظائف المعرفية بالساعات بعد التخدير الجراحي العام بهذه المواد، خلاف ما هو الحال لدى فئة المسنين والتي بينت دراسة كل من مارك نيومان وآخرين Mark Newman, Jerry L Kirchner 2001 ودراسة دينيس روهان وآخرين Denise Rohan FCARCSI, Buggy 2005، بينتا ديمومة الاضطراب وتواصله إلى سنوات لدى بعض أفراد العينات المدروسة، كما بينت هاتان الدراستان أن المرضى المسنين لم يتمكنوا من استعادة هذه الوظيفة وغيرها في هذه الفترة، وقد سببت لدى بعضهم اضطراباً مزمناً في الوظائف المعرفية، ومن هنا تتبين أهمية هذه الدراسة بتناولها لفئة الشباب من أجل معرفة الفرق بين الفئتين العمريتين في الإصابة المعرفية المتسبب فيها التخدير الجراحي العام.

4) مناقشة وتفسير الفرضيتين السابعة والثامنة:

نص الفرضية السابعة: توجد فروق بين القياس البعدي الثاني والقياس البعدي الثالث على اختبار MMSE.

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي لهذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس البعدي الثاني أي بعد 48 ساعة من الاستفاقة، وبين القياس الثالث أي أربعة أيام من الاستفاقة عند مستوى الدلالة 0.01 حيث كان المتوسط لنتائج الاختبار البعدي الثاني 27.61 ليرتفع بعد أربعة أيام ليصل إلى 28.80، وبلغت قيمة ت المحسوبة 4.21 مما دل أيضاً على تحسن أداء الأفراد على مقياس MMSE.

نص الفرضية الثامنة: توجد فروق بين القياس البعدي الثاني والقياس البعدي الثالث على اختبار MOTs 5.

وقد تبين من خلال التحليل الإحصائي لنتائج هذه الفرضية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس البعدي الثاني للذاكرة وبين القياس البعدي الثالث عند مستوى الدلالة 0.01، حيث بلغ متوسط نتائج الاختبار بعد 48 ساعة من الاستفاقة 10.00 وهو نفسه بعدها بأربعة

أيام، مما دل على تحسن أداء الأفراد على مقياس الكلمات الخمس EPREUVE 5 MOTS مقارنة بالقياسات السابقة، وهذا ما بينه المنحنى الممثل لنتائج هذين القياسين.

وكان الهدف من إجراء القياس البعدي الثاني والبعدي الثالث هو معرفة الفروق في نتائج التقييمين البعديين المتتاليين، للنظر في درجة التحسن أو التدهور الحاصل في هذه العملية العقلية، ومعرفة مدى التمكن من القيام ببعض الوظائف والتي تتطلب مهارات معرفية بين 48 ساعة وأربعة أيام من الاستفاقة من التخدير الجراحي العام والتي غالبا ما يوصي الأطباء بالتحري فيها قبل الإقدام عليها مثل السياقة والعودة إلى العمل واتخاذ القرارات ذات الحساسية، والتي كلها تعتمد على الوظائف المعرفية كالذاكرة وغيرها وعلى الوظائف التنفيذية كالتوجه الزمني المكاني والتسلسل والتخطيط واتخاذ القرارات، ودلت نتائج الدراسة الحالية على إمكانية السماح لهؤلاء الأفراد بالقيام بالمهام السابقة بعد أربعة أيام من الاستفاقة من التخدير العام، نظرا لتخلصهم التام من الاضطراب المعرفي التالي للعملية الجراحية، ومن هنا تتبين أهمية التقييم النفسي العصبي في المجالات الطبية ومساهمة في اتخاذ جملة من الإجراءات الاستشفائية ذات العلاقة بالوظائف القشرية العليا.

5 مناقشة وتفسير الفرضية التاسعة:

نص الفرضية: يوجد تباين دال في متوسطات تكرار المجموعة التجريبية بين فترات القياس المختلفة القبلي والبعدي الأول والثاني والثالث على اختبار MMSE تعود لعامل التخدير.

وقد أسفر تحليل التباين الأحادي بين متوسطات القياسات الأربعة عن وجود تباين دال إحصائيا، ومعنى ذلك أن التغير في قدرات وظيفية الذاكرة لم يكن بنفس المستوى وأن الاختلاف لم يكن راجعا لعوامل أخرى غير المتغيرات البحثية، بل للمتغير المدروس في البحث وهو التخدير الجراحي العام، وأحسن دليل على ذلك هو نسبة الفروق بين متوسط نتائج القياس القبلي والقياس البعدي الأول، والتي كانت دالة دلالة واضحة وبفرق واضح بين المتوسطين، كما أن الفروق بين القياسات البعدية الأخيرة فيما بينها لم تكن بذات الوضوح وهذا أكبر دليل على أن التغير في استجابات الأفراد كان بسبب عامل التخدير الجراحي العام، كما يستفاد أيضا من الفروق الضئيلة بين القياسات البعدية في إثبات أن الأفراد إنما كانت نتائجهم منخفضة في القياس البعدي الأول والقريب من التخدير الجراحي العام كان

بسبب المتغير المستقل، وقد ارتفعت هذه النتائج في القياسات الموالية للبعدي الأول كإثبات أن قدراتهم في الذاكرة تسير نحو التحسن، وهذا ما يعزز الطرح الذي يتناول كلا من الاضطراب والتحسن من وجهة نظر عصبية وهو طرح شديد الوضوح إذ يربط بين التأثير الكيميائي للمواد المخدرة، والتأثر الليوني للمشابك العصبية في قدرتها على الاسترجاع بالنسبة للأفراد.

6 مناقشة وتفسير الفرضية العاشرة:

نص الفرضية: يوجد تباين دال في متوسطات تكرار المجموعة التجريبية بين فترات القياس المختلفة القبلي والبعدي الأول والثاني والثالث على اختبار الكلمات الخمس تعود لعامل التخدير.

ولقد كانت الفروق هي الأخرى واضحة في تحليل التباين الأحادي بالنسبة لهذه الأداة وهي موازية لما تم التحصل عليه في القياسات التي استخدمت اختبار MMSE وهذا دليل على أن استجابات الأفراد كانت راجعة لعامل التخدير الجراحي العام وذلك لأن مستويات الفروق في المتوسطات كانت شديدة الشبه بين الاختبارين المطبقين الأول والثاني على الأفراد، إضافة إلى أن التحسن يعود إلى تخلصهم من المواد المخدرة من جهة وإلى استعادة المناطق القشرية المسؤولة عن وظيفة الذاكرة للعمليات الاعتيادية لديهم.

وهو خلاف ما أوردته الدراسات السابقة فيما يخص مدة الإصابة بالاضطراب لدى المسنين إذ أنهم لم يتمكنوا من التخلص من الاضطراب المعرفي بعد التخدير الجراحي في نفس الفترة الوجيزة التي كانت عند الشباب، ومنه تتبين أهمية السن وحالة الجهاز العصبي والنشاط العصبي المشبكي في الاستعادة السريعة لوظيفة الذاكرة، ومن هذه الدراسات نجد دراسة: جون ونغ وآخرون 2002 Jean Wong, Dajun Song والتي وضحت عدم وجود فروق على اختبار MMS كما أشارت الدراسة إلى وجود الاضطرابات المعرفية لما بعد الجراحة لدى 25.5% من الأفراد بعد أسبوع من الجراحة القلبية، و9.9% بعد ثلاثة أشهر، وهذا باستخدام MMS ومجموعة أخرى من المقاييس النفسية العصبية، الاضطراب المعرفي ظهر لدى 41% بالنسبة للمرضى الذين تعرضوا لجراحة العظام، وقد اعتبر صغر حجم العينة عاملا على عدم القدرة على الكشف عن اضطرابات أكثر.

ودراسة مارال كامبل وآخرين Meral Kanbak , Fatma Saricaoglu 2004 والتي أوضحت نتائجها بعد تطبيق اختبار VADST بينت انخفاضاً دالاً إحصائياً في الوظائف التي يقيسها بعد يوم من الاستفاقة، وفي اليوم الثالث لدى المجموعتين، وهي الوظائف التالية (المثير الصوتي، المثير اللفظي، المزج بين الأصوات، التداخل في نفس الصوت)، أما نتائج الاختبار MMS فقد توضحت على المجموعتين في اليوم السادس بعد الجراحة ولم تكن هناك أي فروق دالة إحصائية في أداء المجموعتين على هذا الاختبار.

الخلاصة:

إن أبرز ما يمكن استنتاجه من التحليلات الإحصائية لفرضيات الدراسة، ومن التفسيرات التي قدمت لها هو وجود تأثير للمواد المخدرة على وظيفة الذاكرة لدى عينة الشباب المستخدمة في البحث، وفي المدة الزمنية الملاحظة في الدراسة، وتعتبر هذه، الإجابة عن التساؤل الأساسي الذي طرح في إشكالية الدراسة، ولكن يجب أن لا يؤخذ هذا التأثير على إطلاقه بل توجد لديه ضوابط من حيث المتغيرات المشتركة مع التخدير الجراحي العام في إحداث التغيير على الوظائف المعرفية، وهذا ما تناولته العديد من الدراسات السابقة والتي تم إيرادها في فصلها، ولكن حرصت دراستنا هذه على إلغاء تلك المتغيرات الدخيلة نظراً لأننا أردنا إثبات التأثير الدوائي للمواد المخدرة على الوظيفة المعرفية دون غيرها من العوامل الأخرى.

إضافة إلى أهمية هذه الفئة العمرية التي أخذناها بعين الاعتبار وذلك نظراً لعلاقة السن بالاضطراب المعرفي مهما كانت أسبابه فالخلل الذي يصيب الشباب يختلف عن الذي يصيب المسنين من عدة أوجه وأبرزها الحدة والشدة والإزمان، ولهذا جاءت بعض الدراسات السابقة لتقارن بين الفئتين العمريتين من حيث ظهور ومآل الخلل المعرفي لما بعد الجراحة، وكذلك ورغم أن الدراسات السابقة تناولت كل المتغيرات التخديرية والجراحية والسوابق المرضية في البحث عن الاضطرابات المعرفية لما بعد الجراحة.

المراجع

المراجع العربية:

1. أحمد مدحت إسلام، 1985، لغة الكيمياء عند الكائنات الحية، عالم المعرفة، الكويت.

2. بدر محمد الأنصاري، 2002، المرجع في المقاييس النفسية تقنين على المجتمع الكويتي، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
3. حامد عبد السلام زهران، 1997، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب للنشر والطباعة والتوزيع، مصر.
4. سامي ملحم، 2000، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان الأردن.
5. سرگز العجيلي وآخرون، 2002، البحث العلمي أساليبه وتقنياته، دار الكتب الوطنية، طرابلس.
6. عباس محمود عوض، 1998، القياس النفسي بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
7. عبد الوهاب محمد كامل، 1994، علم النفس الفسيولوجي، الهيئة العامة لكتب الإسكندرية، مصر.
8. لويس كامل مليكة، 1997، التقييم النيوروسيكولوجي، مطبعة فيكتور كيرلس، مصر.
9. محمد حامد زهران، 2000، الإرشاد النفسي المصغر للتعامل مع المشكلات المدرسية، عالم الكتب، القاهرة.
10. محمد عبد الرحمن الشقيرات، 2005، مقدمة في علم النفس العصبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.
11. محمد عبيدات وآخرون، 1999، منهجية البحث العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن.
12. محمد قاسم عبد الله، 2002، سيكولوجيا الذاكرة، دار الفكر، الأردن.

المراجع الأجنبية:

1. A.J. Larner, a dictionary of neurological signs, Springer Science Business Media, UK

2. B. J. Pollard Manchester, 2008, European Journal of Anaesthesiology, European Journal of Anaesthesiology, Cambridge.
3. Barbara G. Wells, 2009, Seventh Edition, Pharmacotherapy Handbook, The McGraw-Hill Companies, New York.
4. Brigitte stemmer and Warry a. Whitaker, 2008, Handbook of the Neuroscience of Language, Academic Press Elsevier 84 Theobald Road, London WC1X 8RR, UK.
5. C. H. Vanderwolf, 2007, the evolving brain the mind and the neural control of behavior, Springer Science + Business Media, LLC, CANADA.
6. Carol Turkington and Joseph R. Harris, 2002, the encyclopedia of the brain and brain disorders, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, USA.
7. Charles J. Golden, Patricia Espe-Pfeifer, and Jana Wachslar-Felder, 2002, Neuropsychological Interpretation of Objective Psychological Tests, Kluwer Academic Publishers, London.
8. Charles R. Craig Robert E. Stitzel, .. ;....., Modern Pharmacology With Clinical Applications ,
9. Chris Code, Claus-W.Wallesch, Yves Joannette and André Roch Lecours, 2005 Classic Cases in Neuropsychology, The Taylor & Francis e-Library, UK.
10. David Groome, 1999, An Introduction to Cognitive Psychology, British Library Cataloguing in Publication Data The British Library, UK.
11. Dubois B, 2000, Prodromal Alzheimer's disease": a more useful concept than mild cognitive Impairment, Current Opinion
12. Emilio Bizzi Ira and Black Colin Blakemore, 2000, the new cognitive neurosciences, Massachusetts Institute of Technology, USA.
13. Gerhard Vogel, 2002, Drug Discovery and Evaluation Pharmacological Assays, Springer, New York.
14. God froid. J, 2001, Psychologie, sciences humaines et sciences cognitives, De boeck université édition. Bruxelles, Bruxelles.
15. Heinz Lüllmann, Albrecht Ziegler, Klaus Mohr and Detlef Bieger, 2000, Color Atlas of Pharmacology 2nd edition, revised and expanded, Thieme Stuttgart, New York.

النفس الإنسانية عند ابن حزم الظاهري

د/عبد السلام سعد

قسم الفلسفة، جامعة الجزائر

تهييد:

اعتبرت مسألة النفس ضمن أهم المشاكل الميتافيزيقية العويصة، التي شغلت بال الفلاسفة والعلماء قديما وحديثا. وقد ذكر الأشعري (ت.330هـ) أن «الناس اختلفوا في الروح والنفس والحياة، وهل الروح هي الحياة أم غيرها؟ وهل الروح جسم أم لا؟»⁽¹⁾ كما أشار شهاب الدين القسطلاني (ت.923 هـ/1517م) إلى أن هذه المسألة كثر حولها اختلاف العلماء والحكماء، وأطلقوا أعين النظر وخاضوا في غمرات ماهية الروح.⁽²⁾ وتشير الأبحاث إلى أن أرسطو رفض موقف أفلاطون، منكرًا استقلالية النفس عن البدن، لأن الإنسان عنده جوهر واحد: الجسد مادته والنفس صورته، بحيث لا ينفصل أحدهما عن الآخر. «فالنفس جوهر بمعنى صورة، أي ماهية جسم ذي صفة معينة.»⁽³⁾ في حين اعتبرت الأفلاطونية المحدثّة النفس أساسا لنظرية الفيض والصدور، ولعلها أكثر المذاهب تأثيرا في العالم الإسلامي.⁽⁴⁾ وأما عن فلاسفة الإسلام فقد ذهب الكندي⁽⁵⁾ (ت.252هـ/866م) إلى أن النفس مستقلة عن البدن، باعتبارها جوهرًا روحيا بسيطا، نابعا من جوهر الله تعالى، وإذا فارقت البدن انكشفت لها الأشياء. وقد ذهب أكثر الفلاسفة الإلهيين إلى أنها جوهر روحاني منفصل عن البدن ومتميز،

⁽¹⁾ الأشعري: "مقالات الإسلاميين" بتحقيق: محي الدين عبد الحميد مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط.1،

1954م (28/1)

⁽²⁾ القسطلاني: "إرشاد الساري لشرح صحيح البخاري" دار الكتاب العربي، بيروت، ط7، 1323 هـ، (219/1) (213/7).

⁽³⁾ أرسطو: "النفس" ترجمة: فؤاد الأهواني، مراجعة: جورج قنوتاني، دار إحياء الكتب العربية، القاهرة، ط.1، 1962م،

(ك2، ف412، ب10، ص.43).

⁽⁴⁾ علي سامي النشار: "نشأة التفكير الفلسفي في الإسلام" دار النهضة العربية، القاهرة، ط.1966م، (ص.288 - 297).

⁽⁵⁾ الكندي: "الرسائل الفلسفية" تحقيق: عبد الهادي ابوريدة، دار الفكر العربي، القاهرة، ط.1953م (271/1 - 272).

وأنها تدرك وتعقل المفاهيم الكلية والعامّة.⁽¹⁾ بينما ذهب العلاف والأشعري والباقلاني إلى أن الروح عرض مكونة من جوهر مادي، وهذا بناء على مذهبهم القائل بالجوهر الفرد، وأن الله يخلق الأجسام وأرواحها التي هي عرض لها خلقاً مستمراً بلا انقطاع، وما ذلك إلا لأن العالم لديهم مؤلف من جواهر وأعراض لا تستمر آئين، وهكذا تُخلق النفس مثل الذرات وتتعلم في كل آن باستمرار؛ في حين ذهبت طائفة أخرى إلى أن النفس جسم طويل عريض عميق ذو مكان، وأنها تنفذ في الجسد نفاذ ماء الورد في جسم الورد، وهو رأي أكثر المتكلمين. وبالمقابل أنكر ابن كيسان الأصم (ت.349هـ) وجود النفس أو الروح، معتبراً أنها ليست شيئاً إلا هذا الجسد، مدّعياً أنه لا يعرف إلا ما يُشاهده بحواسه.⁽²⁾

وكل هذه الآراء أشار إليها أبو محمد علي بن أحمد ابن حزم - (364هـ - 456هـ) (994م - 1064م)، عارضاً لأدلتها⁽³⁾ متسائلاً عن ماهية النفس وحقيقتها⁽⁴⁾ وعن سبب عجزها عن معرفة حقائق وأسرار ذاتها، وجهلها بنفسها على الرغم من توغلها في معرفة تاريخ الأمم الغابرة. « فهي لا تعرف حقيقة ذاتها ولا محلها من الجسد، ولا تحريكها للأعضاء الجسدية،

⁽¹⁾ كالفارابي وابن سينا والغزالي ومسكويه وغيرهم. ينظر: محمود قاسم: "في النفس والعقل لفلاسفة الإغريق والإسلام" مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1954م (ص.114)، ومحمد جلال شرف: "الله والإنسان والعالم في الفكر الإسلامي" دار النهضة العربية بيروت، ط.1980م (ص.254).

⁽²⁾ ينظر للأشعري: "مقالات الإسلاميين" (28/2 - 30)، ويوسف كرم: "الطبيعة وما بعد الطبيعة" (ص.123-126)، وعرفان عبد الحميد: "الفلسفة الإسلامية" (ص.99 - 104)، وحسن حنفي: "من العقيدة إلى الثورة" (574/1 - 577)، وابن تيمية: "مجموع الفتاوى" (31/3).

⁽³⁾ ابن حزم: "الفصل في الملل والأهواء والنحل" تحقيق: يوسف البقاعي، دار إحياء التراث العربي، لبنان، ط.2002م (214/3 - 231). و"الأصول والفروع" تحقيق: عاطف العراقي وآخرين، نشر مكتبة الثقافة الدينية، القاهرة، ط.2004م (ص.254 - 255).

⁽⁴⁾ تناول ابن حزم مسألة النفس في: "الرسائل" (312/4) و(216/3) و"الفصل في" (201/3 - 214 - 228) و"المحلي" (24/1) و"الأصول والفروع" ص.255.

ولما تتذكر أين كانت قبل حلولها من الجسد، ولا من أين أقبلت... فَيَا لَكَ بَرهَانًا عَلَى عجز المخلوق ومهانتة وضعفه.⁽¹⁾

أولاً: الأدلة على وجود النفس:

عالج ابن حزم مبحث النفس من خلال منهجه القائم على بسط آراء المخالفين أولاً، ثم تفنيدها ثانياً مع بيان رأيه المدعم بالأدلة والبراهين النقلية والعقلية. فأما الدليل النقلية: فقد انتقد ابن حزم رأي ابن كيسان الأصم، الذي أنكر وجود شيء اسمه النفس ولم يعترف إلا بوجود الجسد، مثبتاً لها بقوله تعالى ﴿وَلَوْ تَرَىٰ إِذِ الظَّالِمُونَ فِي غَمَرَاتِ المَوْتِ وَالمَلَكَةُ بَاسِطُوٓا أَيْدِيَهُمْ أَخْرَجُوا أَنفُسَهُمْ﴾⁽²⁾ قائلاً: «فصح أن النفس موجودة وأنها غير الجسد، وأنها الخارجة عند الموت»⁽³⁾ وأما الدليل العقلي: فإن أي إنسان يريد التفكير في حل مسألة عويصة، أو يرغب في تذكر صورة ماضية يتخلى عن جسده معتمداً على نفسه فقط، بدليل أن هذا الشخص لا يشعر ولما يرى ولما يسمع من يحيط به، لانشغاله بعملية التفكير أو التذكر، وحينئذ يكون رأيه وفكره أصفى وأكمل. «فصح أن الفعل العالم الذاكر المدبر المرید هو غير الجسد، وأن الجسد موات، فبطل قول ابن كيسان»⁽⁴⁾ ثم شرع في الرد على جالينوس، رافضاً فكرته القائمة على أن النفس مزاج، لأن هذا القول مؤداه أن العناصر الأربعة والتي هي موات، تساهم في تركيب الجسد، فإذا اجتمعت قام منها حيٌّ وهذا ممتنع ومحال. «وأيضاً فإن هذه العناصر الأربعة... كلها مواتٌ طببعها، ومن الباطل الممتنع والمحال الذي لا يجوز البتة أن يُجمع مواتٌ ومواتٌ ومواتٌ ومواتٌ، فيقوم منها حيٌّ»⁽⁵⁾

وإضافة إلى تفنيده رأي القائلين بأن النفس عرض، وأنها هي الهواء الداخل الخارج الذي يتنفسه الإنسان، استدلل ابن حزم على إبطال ذلك بقوله تعالى: ﴿اللَّهُ يَتَوَفَّى الْأَنفُسَ حِينَ مَوْتِهَا

⁽¹⁾ ابن حزم: "رسالة في معرفة النفس غيرها وجهلها بذاتها" وهي ضمن "رسائل ابن حزم" تحقيق: إحسان عباس، نشر المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ط2. 1987م، (1/445 - 446).

⁽²⁾ سورة الأنعام [الآية 93]

⁽³⁾ ابن حزم: "الفصل" (214/3).

⁽⁴⁾ نفسه. (215/3).

⁽⁵⁾ نفسه. (216/3).

وَأَلَّتْ لَمْ تَمُتْ فِي مَنَامِهَا فِيمَسِكُ الَّتِي قَضَى عَلَيْهَا الْمَوْتَ وَيُرْسِلُ الْأُخْرَى إِلَى أَجَلٍ مُّسَمًّى ⁽¹⁾ وهذا يعني أن العَرَض لا يمكن أن يتوفى فيفارق الجسم الحامل له، ويبقى كذلك ثم يُرَدُّ بعضه ويمسكُ بعضه الآخر، فهذا غير ممكن. « ولا يمكن أن يظن ذو مسكة من عقل، أن الهواء الداخل والخارج هو المتوفى عند النوم، وكيف ذلك هو باق في حال النوم كما كان في حال اليقظة ولأ فرق. ⁽²⁾ وأما النسيم الذي ذكره، فإنه يلزم عقليا من القول بأن النفس عرض، أن تُبدل نفس الإنسان ألف ألف نفس كل ساعة، لأن العَرَض عند هؤلاء لا يبقى وقتين، بل يتغير كل لحظة فيفنى ويتجدد عندهم أبداً، فروح الإنسان الآن ليست كروحه من قبل، ولن تكون هي ذاتها من بعد. « فالإنسان يُبدل على قول الأشعرية أنفس كثيرة في كل وقت، ونفسه الآن غير نفسه آنفا وهذا حمق لأ خفاء فيه. ⁽³⁾ إنه يرفض أن تكون النفس جوهرًا غير مادي، لأن الجوهر عنده شيء جسمي، أي أنه جسم قابل للمتضادات. « ورسم الجوهر هو أن نقول: إنه القائم بنفسه القابل للمتضادات، فإن النفس قائمة بنفسها تقبل العلم والجهل والشجاعة والجبن... وسائر المتضادات... ⁽⁴⁾»

ثانياً: ماهية النفس وعلاقتها بالجسد:

1- **تحديده لماهية النفس:** النفس والروح والنسمة أسماء لمسمى واحد، ومعناها واحد: «وصح أن النفس والروح والنسمة أسماء مترادفة لمعنى واحد.» ⁽⁵⁾ وأما من ذهب إلى التفرقة بين هذه المسميات فقد أخطأ «حيث أنه قد صح بالنصوص كلها... أن للإنسان نفساً وهي الروح مع الجسد.» ⁽⁶⁾ ودليله على ذلك أنه عليه الصلاة والسلام عبّر بالأنفس والأرواح عن شيء واحد، واحد، ولم يثبت عنه عليه الصلاة والسلام في هذا الباب خلاف لهذا أصلاً. ⁽⁷⁾ فالنفس عند ابن

⁽¹⁾ سورة الزمر (الآية 42).

⁽²⁾ ابن حزم: "الفصل" (216/3).

⁽³⁾ نفسه (217/3).

⁽⁴⁾ ابن حزم: "الرسائل" تحقيق: إحسان عباس (145/4).

⁽⁵⁾ ابن حزم: "الفصل" (231/3).

⁽⁶⁾ ابن حزم: "الرسائل" (221/3)، و"المحلى" (24/1 - 25).

⁽⁷⁾ ابن حزم: "المحلى بالأقارب" تحقيق: عبد الغفار سليمان البنداري، دار الكتب العلمية، بيروت، د.ت.ط (25/1 - 26).

حزم، جسمٌ حالٌّ في الجسد، بسيط خفيف طويل عريض عميق، ذات مكان، وقابلة للتجزئة. وكل جزء من النفس نفسٌ، توصف بالعقل والتمييز والتصرف في الجسد وذات مكان وزمان وشكل، وهي مخلوقة مركبة من جوهرها وصفاتها، كما أنها محدثة مركبة، وكل مُحَدَثٌ مركَّبٌ مخلوقٌ.

والنفوس كما نصَّ تعالى كثيرة، منها نفوس طيبة وأخرى خبيثة، ونفوس ذات شجاعة وأخرى جبانة، فصَحَّ يقينا أن لكل حيِّ نفساً غير نفس غيره، فهذا ما جاءت به النبوة وأجمع عليه المسلمون، وقام به البرهان العقلي.⁽¹⁾ وإلى مثل ذلك ذهب ابن القيم (ت.751هـ) معتبراً أن النفس جسم خفيف متحرك نافذٌ في هذا الجسم المحسوس، يسري فيه سريان الماء في العود الأخضر، وسريان الدهن في الزيتون والنار في الفحم، وأن النفس والروح اسمان لمسمى واحد، وأن ذلك هو مذهب الصحابة.⁽²⁾ في حين ذهب آخرون إلى أن الروح هي أصل النفس ومادتها، والنفس مركبة منها ومن اتصالها بالبدن، فهي هي من وجهٍ لَأ من كل وجه، وهذا معنى حسن. وقد ذهب ابن عباس - رضي الله عنهما - إلى أن في ابن آدم نفساً وروحاً، بينهما مثل شعاع الشمس، فالنفس التي بها العقل والتمييز والروح التي بها النفس والتحريك، فإذا نام الإنسان قبض الله نفسه ولم يقبض روحه.⁽³⁾

وأما ابن حزم فذهب إلى أن النفس جسم كالأجسام⁽⁴⁾ القائمة بنفسها الحاملة لأعراضها، لأعراضها، ومن أدلته على ذلك:

أولاً: الدليل على أن النفس جسم من الأجسام، انقسامها على الأشخاص والأفراد، فنفسٌ زيد غير نفس عمرو، فلو كانت واحدة لا تنقسم على ما يزعم القائلون بأنها جوهر لَأ جسم، لوجب بالضرورة أن تكون نفسُ المحب هي نفسُ المبغض وهي نفسُ المحبوب، وأن تكون نفس

⁽¹⁾ ابن حزم: "الفصل" (221/3) و"الدرة" (ص 217 - 218)، و"المحلى" (24/1 - 25 - 44 - 45)

⁽²⁾ ابن القيم: "الروح" دار الكتب العلمية، بيروت، ط. 1395هـ (ص. 179 - 217 - 284) وابن تيمية: "مجموع الفتاوى" (31/3).

⁽³⁾ القسطلاني: "إرشاد الساري" (213/7) (181/9).

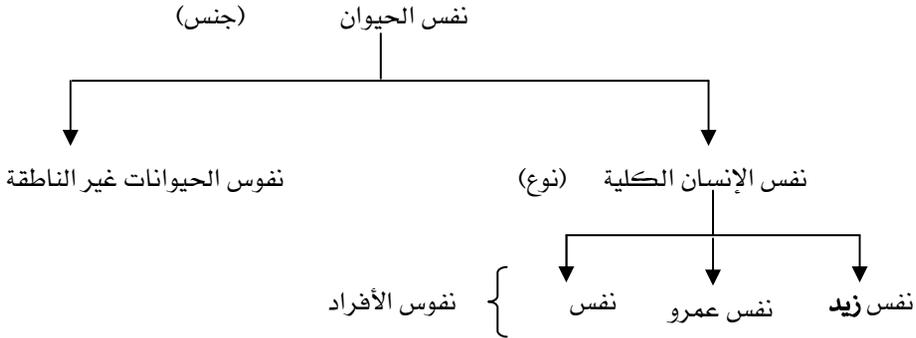
⁽⁴⁾ تحدث ابن حزم عن ذلك بإسهاب في: "الفصل" (218/3 - 225) و"الدرة" (ص. 282 - 287)

الجاهل هي ذاتها نفس العاقل، وهذا حمق لآ خفاء فيه؛ فصحّ أنها جسم بيقين لآ شك فيه، وأنها تنقسم إلى نفوس عديدة متغايرة ومتباينة في الصفات والأماكن.⁽¹⁾

ثانياً: دليل العلم، حيث إن العلم شيء تنفرد به النفس دون أن يشاركها فيه الجسد، فلو كانت النفس جوهرًا واحدًا لوجب أن يكون علم كل فرد متساويًا مع غيره، فلا يتفاضل أحد بعلم على الآخرين، لأن النفس هي العالمة، ولمّا صحّ أن النفوس متفاوتة في العلم، لزم عن ذلك كونها أشخاصًا متغايرين تحت نوع نفس الإنسان، وهي بدورها واقعة تحت جنس النفس الكلية التي تجمع تحتها جميع - أنواع - أنفس الحيوانات؛ وبهذا يصح كونها أشخاصًا متغايرة ذات أمكنة متغايرة مما ينتج عنه كونها أجسامًا.⁽²⁾

ويمكننا أن نستخلص من كل هذا النفس على مراتب ثلاث:

- 1- النفس الكلية (جنس).
- 2- النفس الإنسانية الكلية (نوع).
- 3- أنفس الناس المتغايرة (أفراد).



⁽¹⁾ ابن حزم: "الفصل" (228/3).

⁽²⁾ نفسه. (228/3) وقد أشار ابن سينا إلى أن "لكل جسد نفسا خاصة به لا تصلح إلا له." دي بور: "تاريخ الفلسفة

في الإسلام" (ص. 259).

ثالثاً: من غير الصحيح ألا تكون النفس واقعة تحت جنس، لأن ذلك سيؤدي إلى خروجها من دائرة المعقولات التي لا يخرج عنها إلا الخالق عز وجل، ولأنه ليس في الوجود إلا الخالق وخالقه، فإنه لما كانت النفس مخلوقة واقعة تحت جنس الجوهر ذي الطبيعة، فهي محصورة بالطبيعة وذات نهاية محدودة، وكل ذي نهاية فهو إما حامل وإما محمول؛ ولما كانت النفس حاملة لأعراضها من الأضداد، كالعلم والجهل والشجاعة والجهن ونحوها كانت ذات مكان، وكل ذي مكان فهو جسم ضرورة.⁽¹⁾

وهكذا يواصل ابن حزم استدلالاته على جسمية النفس، محاولاً إقامة تناسق وتساوق، بين ما ثبت نقلًا وما لزم عقلاً. ومن الآيات التي أوردها على جسمية النفس، قوله تعالى: ﴿هُنَالِكَ تَبْلَوْنَ كُلَّ نَفْسٍ مَّا أَسْلَفَتْ﴾⁽²⁾ ﴿إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ﴾⁽³⁾ فهذه الآيات وغيرها دالة في نظره على أن النفس فاعلة مكتسبة مجزية، ثم هي تبعا لذلك في الآخرة ستحاسب، فإما أن تُنعم وإما أن تُعذب؛ ولا شك أن أجساد آل فرعون وأجساد المقتولين في سبيل الله قد تقطعت أوصالها، فصحَّ أن النفس منقولة من مكان إلى مكان، وأنها هي التي تُنعم أو تُعذب، وهذه صفة الجسم لا صفة الجوهر، فصحَّ ضرورة أنها جسم؛ فالجسم يشغل حيزاً أو مكاناً ما وهو الذي يُنعم أو يُعذب. مستدلاً بما أخبر به ﷺ: (أنه رأى نُسُم بني آدم عند سماء الدنيا عن يمين آدم ويساره...) ⁽⁴⁾. «فصحَّ أن الأنفس مرتبة في أماكنها... وهذه صفة الأجسام ضرورة.»⁽⁵⁾ وأما من الإجماع، فإن أئمة أهل السنة أجمعوا على أن أنفس العباد منقولة بعد خروجها عن الأجساد إلى نعيم أو إلى تعذيب، ومن حرق الإجماع وحالف القرآن والسنة، فهو كافر مشرك حلال الدم والمال.

⁽¹⁾ نفسه (229/3)

⁽²⁾ سورة يونس [الآية 30].

⁽³⁾ سورة يوسف [الآية 53].

⁽⁴⁾ البخاري: "الجامع الصحيح" كتاب "الصلاة" الباب: 1، دار موفم للنشر، الجزائر (135/1) ورقم الحديث:

342. وأحمد في: "المستد" (143/5).

⁽⁵⁾ ابن حزم: "الفصل" (231/3).

2- **علاقة النفس بالجسد:** يرى ابن حزم أن العلاقة القائمة بين النفس والجسد لا تخرج عن ثلاثة أوجه، ويمكن للنفس وفق هذه الحالات الثلاث الممكنة أن تُسيّر الجسد وتسيطر عليه وهي:

1- إما أنها متخلّلة لجميع الجسد من الخارج ومحتوية له كالثوب.

2- وإما أنها متخلّلة فيه من الداخل كالماء في المدرّة.

3- وإما أن تكون في مكان واحد من الجسد كالقلب أو الدماغ وتكون قواهاً مبنوثة في الجسد وفي أبحاثها جميعها.⁽¹⁾ فأى هذه الوجوه كان، فإن النفس ستحرك الجسد كما تريد؛ ومع أنها تتصرف فيه وتسيطر عليه إلا أن ابن حزم لم يقطع بوجه محدد للعلاقة القائمة بين النفس والجسد، لكنه أشار إلى حقيقة اتصالها بالجسد وأنه على سبيل المجاورة لها الممازجة، لكونهما معاً جسمين. « وقالوا لو كانت النفس جسماً، لوجب أن يكون اتصالها بالجسم إما على سبيل المجاورة، وإما على سبيل المداخلة وهي الممازجة. قال أبو محمد: فبعد هذا ماذا؟ ونعم، فإن النفس متصلة بالجسم على سبيل المجاورة، ولا يجوز سوى ذلك... وأما اتصال المداخلة فإنما هو بين العرّض والعرّض، أو الجسم والعرّض.»⁽²⁾ وعلى هذا فالمجاورة هي التي تجعل النفس متصلة بالجسد، في حين يرفض بشكل قاطع فكرة المداخلة.⁽³⁾

ثالثاً: خصائص النفس ووظائفها:

أشار أبو محمد إلى مجموعة من الخصائص التي تميز النفس بقوله: «نعم هي خفيفة في غاية الخفة، ذاكرة، عاقلة مميزة، حية، هذه خواصها وحدودها التي بانّت بها على سائر الأجسام...»⁽⁴⁾

⁽¹⁾ نفسه (218/3) .

⁽²⁾ ابن حزم: "الفصل" (226/3)، وإلى مثل ذلك ذهب أبو حامد الغزالي حين شبه النفس بالفارس، والجسد بالفرس، حيث يكون الفارس مداخلًا للفرس متحكماً فيها مسيطراً عليها. "أحياء علوم الدين" (87/1).

⁽³⁾ ذهب علي سامي النشار إلى أن فكرة المداخلة بين النفس والجسد فكرة رواقية. "نشأة التفكير الفلسفي في الإسلام" (568/1 - 569).

⁽⁴⁾ ابن حزم: "الفصل" (219/3).

أ- **خاصية الخفة:** بما أن النفس من طبيعة بسيطة فهي خفيفة خفة الهواء، ولهذا تتحرك بطبعتها إلى أعلى فيخف معها الجسم الذي تحل فيه، وبمفارقتها إياه يتقل ويهبط بطبعه؛ وهو بذلك يردّ على اعتراضات القائلين بأن النفس لو كانت جسماً، لكان الجسد أخفّ منه عند مفارقة النفس له قبل المفارقة، على اعتبار أن الجسم إذا أضيف له جسم آخر زاد في الكمّ والثقل، إلّا أن المشاهد هو العكس، إذ يكون الجسد في حال الوفاة أثقل من ذي قبل - أي قبل مفارقتها النفس - وعلى هذا فالأجسام التي تطلب المركز والوسط، أي التي في طبعتها أن تتحرك إلى أسفل، هي وحدها التي إذا أضيف إليها جسم آخر، كانت أثقل معه مما كانت قبل الزيادة؛ أما التي تتحرك بطبعتها إلى أعلى، فهي على نقيض ذلك، إذا أضيف جسم منها إلى جسم ثقيل خفّفه. وقد مثّل لذلك بالزرقّ - الجلد - المنفوخ بالهواء، الذي هو خفيف على الرغم من زيادة جسم الهواء إلى جسم الزرقّ. « لو رميت زرقاً غير منفوخ في الماء لرسب، فإذا نفخته ورميت به خفّ ولم يرسب، وهكذا النفس مع الجسد... النفس جسم علوي فلكي، أخف من الهواء وأطلب للعلو، فهي تخفّف الجسد إذا كانت فيه.»⁽¹⁾ ولعلنا نلاحظ هنا امتزاج آراء ابن حزم في النفس بالعلم الطبيعي، لأن النفس على وجه العموم هي مبدأ الكائن الحي عموماً، ودراستها أو فهمها مرتبط بالموجودات الطبيعية، أي أنه قام بتفسير الحادثة النفسية بمعطيات العلم الطبيعي.

ب- **خاصية الذاكرة:** ذلك أن الفكر والدّكر، أي التذكر والتفكير من أهم خصائص النفس. «إننا نجد الجسد إذا تخلّى منه ذلك الشيء... إما يموت وإما بإغماء وإما بنوم، فصحّ أن الحاسّ الذاكر هو غير الجسد، وهو المسمى في اللغة نفساً وروحاً.»⁽²⁾

ج- **خاصية العقل:** العقل فعل النفس وقوة من قواها، وهو محور تحصيل المعارف وتصحيح الأخطاء وتلافي الأخطار، لذلك هي العاقلة المخاطبة المكلفة. «واعلم أن العقل والحس والظن والتخيّل قوى من قوى النفس.»⁽³⁾

⁽¹⁾ نفسه.(219/3)

⁽²⁾ ابن حزم: "المحلى" (24/1) "الفصل" (214/3) "الرسائل" (315/4).

⁽³⁾ ابن حزم: "الرسائل" (315/4) و"الفصل" (212/3 - 216).

د - **خاصية التمييز:** وهذه نابعة بالضرورة من العقل، لأن العقل هو المُدرك المميز للفضائل من الرذائل. « فإنما هو فعل النفس حيث تراه حينئذٍ أحدَ ذهننا وأصحَّ تمييزاً. »⁽¹⁾

هـ - **خاصية الحياة والخلود:** النفس لا تُفنى ولما تُعدم عند ابن حزم، وما الموت الذي ورد في الآية ﴿كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ﴾⁽²⁾ إلا فراقها للجسد فقط. وأن هذا الموت المذكور إنما هو التفريق بينها وبين الجسد فحسب، وكما أن الحياة ضمُّ النفس للجسد ونفخ الروح فيه، فليس موت النفس أن تُعدمَ جملة، بل هي موجودة قائمة كما كانت قبل الموت، بل وقبل الحياة الأولى، وحسبها وعلمها لا يذهبان، بل حسبها بعد الموت أصحَّ مما كان، وعلمها أتم. والبرهان قد قام على أنها كانت موجودة قبل تركيب الجسد على آباء الدهور، وأنها باقية بعد انحلاله.⁽³⁾ « وأردنا بقولنا الموت مفارقة النفس للجسد... وأما الحياة فهي جوهرية في النفس لا تفارق النفس أبداً... فلا ضد للحياة على الحقيقة. »⁽⁴⁾

و - **خاصية التجزؤ:** النفس قابلة للتجزؤ والانقسام، فهي «... محتملة للتجزؤ لأنها جسم من الأجسام.»⁽⁵⁾

ي - **خاصية أنها حساسة لأ محسوسة:** حيث تتميز النفس بكونها تحسُّ بغيرها دون أن يُحسَّ بها « لأن الجسم كلما زاد لطافة وصفاءً لم تقع عليه الحواس، وهذا حكم النفس... فهي حساسة لأ محسوسة. »⁽⁶⁾

⁽¹⁾ ابن حزم: "الفصل" (215/3).

⁽²⁾ سورة آل عمران الآية 185.

⁽³⁾ ابن حزم: "الفصل" (227/3) و"المحلى" (44/1 - 45).

⁽⁴⁾ ابن حزم: "الرسائل" (178/4) و"الفصل" (217/3) وهو هنا يخالف ما ذهب إليه الفارابي من أن النفس العارفة تبقى خالدة في حين أن النفس الجاهلة تفنى وتتعدم. أما النفوس عند ابن حزم فجميعها خالدة. "الرسائل" (124/4) ومحمد جلال شرف: "الله والعالم والإنسان في الفكر الإسلامي" (ص. 235). وهو ما ذهب إليه ابن تيمية (ت. 728هـ) من أن الموت هو انقطاع تعلق الروح بالبدن ومفارقتها له، وقبض النفس منه للصعود بها إلى بارئها. "مجموع الفتاوى" جمع: عبد الرحمن قاسم، نشر مجمع فهد، المدينة المنورة، السعودية، ط. 1416هـ. (225/4)(289/9)(390/17)

⁽⁵⁾ ابن حزم: "الفصل" (222/3).

⁽⁶⁾ نفسه (220/3).

رابعاً: لفظ الإنسان وعلى من يقع؟:

اختلفت آراء المتكلمين وغيرهم، حول لفظ الإنسان وعلامة يُطلق: على الجسد؟ أم على النفس؟ أم يقع عليهما معاً؟⁽¹⁾ « قال أبو محمد: اختلف الناس في هذا الاسم على أي شيء يقع؟ فذهبت طائفة إلى أنه إنما يقع على الجسد دون النفس وهو قول العلاف، وذهبت طائفة إلى أنه يقع على النفس دون الجسد، وهو قول النظام؛ وذهبت طائفة إلى أنه يقع عليهما معاً، كالباق الذي لا يقع إلّا على السواد والبياض معاً.»⁽²⁾ وممن ذهب إلى أن الإنسان بنفسه لا ببدنه: الفارابي والغزالي.⁽³⁾ كما ذهب آخرون إلى أنه يقع عليهما معاً؛ واعتبر ابن حزم كل هذه الآراء صحيحة؛ حيث إن لفظ الإنسان يطلق على الجسد تارة، وعلى النفس تارة أخرى، وعليهما معاً أيضاً. «فليس أحدهما أولى من الآخر في هذا، فإذا اجتمع ثبت بهما أن الإنسان هو الجسد والنفس معاً على المعنى الذي ذكرنا من الأبق، الذي لا يقع إلّا على البياض والسواد، لا على السواد وحده ولّا على البياض وحده.»⁽⁴⁾ كما أشار في موضع آخر، إلى أن لفظ الإنسان لا يطلق على كل جزء أو عضو من الأعضاء وحده، أو منفرداً، بل على كل هذه الأجزاء والأعضاء إذا تألفت سُمّي المتألف منها إنساناً؛ أو أنه « كأعضاء الإنسان فليس شيء منها يسمى إنساناً... واليد ليست إنساناً، والرجل... والمعدة... فإذا اجتمع كل ذلك حدث له حينئذ اسم الإنسان.»⁽⁵⁾ مستدلًا بقوله تعالى: ﴿خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ صَلْصَالٍ كَالْفَخَّارِ﴾⁽⁶⁾ فهذه بلا شك صفة الجسد، وأما في قوله تعالى: ﴿إِذَا الْإِنْسَانُ خُلِقَ خُلِقَ هَلُوعًا﴾⁽⁷⁾ إِذَا مَسَّهُ الشَّرُّ جَزُوعًا ﴿١٠﴾ وَإِذَا مَسَّهُ الْخَيْرُ مَنُوعًا ﴿٧﴾ فهذا بلا خلاف صفة النفس لا صفة الجسد، لأن الجسد مواتٌ والفعالة هي النفس، وكل ما جاء من عند الله صحيح وليس بمختلفٍ

(1) الأشعري: مقالات الإسلاميين (66/2)، أحمد محمود صبحي: "في علم الكلام" (211/1)، عبد الهادي أبو ريدة: "النظام وآراءه الكلامية" (ص. 99 - 112).

(2) ابن حزم: "الفصل" (206/3) و "الأصول والفروع" (ص. 254).

(3) دي بور: "تاريخ الفلسفة في الإسلام" ترجمة: عبد الهادي أبو ريدة (ص. 348).

(4) نفسه. (ص. 254 - 255).

(5) ابن حزم: "الرسائل" (175/4 - 176) و "الفصل" (222/3).

(6) سورة الرحمن [الآية 14].

(7) سورة المعارج [الآيات 19 - 21].

فيه. « فإذ كل هذه الآيات حقّ، فقد ثبت أن الإنسان اسم يقع على النفس دون الجسد، ويقع أيضاً على الجسد دون النفس، ويقع أيضاً على كليهما معاً مجتمعين... وأما من قال: إنه لا يقع إلّا على النفس والجسد معاً فخطأ...»⁽¹⁾

فهذه نُتِفَّ انتقيتها مما ذكره أبو محمد بشأن مسألة النفس، والحق يقال: إنه كان مُلمّاً بكل شعب هذا الموضوع العويص، مقدّماً الأدلة النقلية والعقلية على نظريته في النفس، وإنه لحريّ بأن يُعدّ ضمن كبار رجال الأخلاق وعلماء النفس؛ حيث يلاحظ بأنه كان مُلمّاً بالكثير من النظريات اليونانية في النفس، وذا نظرة ثاقبة ودقيقة لماهية النفس وحقيقتها، وهو ما ذهب إليه بعض الباحثين المعاصرين.⁽²⁾ كما أنه بإشاراته لآراء فلاسفة اليونان إما قابلاً لها ومحتجاً بها، أو معترضاً عليها مفندا لها، جعل بعض الدارسين يختلفون في تصنيفهم للمدرسة التي يجب أن ينتمي إليها ابن حزم، فوسّمه بعضهم بكونه أفلاطونياً لأنه تبنى موقف أفلاطون في النفس، كقوله بأنها سابقة في الوجود على البدن، وإنها ذات مصدر إلهي، وإن كل نفس عندما تجد أخرى تشبهها تتجذب إليها وتتجاوب معها فيحصل بينهما اتحاد روحي هو الحب.⁽³⁾

ويبدو لي أن هذا الرأي مُجانب للصواب، ومجاف للحقيقة، أوّلاً لأن من معتقدات المسلمين أن النفس سابقة للبدن، وأن الله تعالى خالقها، فهو عز وجل الذي نفخ الروح في آدم - عليه السلام -، والروح هي النفس كما سبق، فهي إذن ذات مصدر إلهي؛ وأما كونها سابقة وجودياً، فلأن الآية دلت على ذلك، قال تعالى: ﴿وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ قَالُوا بَلَىٰ شَهِدْنَا أَنْ تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّا كُنَّا عَنْ هَذَا غَافِلِينَ﴾⁽⁴⁾

⁽¹⁾ ابن حزم: "الفصل" (206/3).

⁽²⁾ وصف المفكر زكريا إبراهيم ابن حزم بكونه "عالم نفس": "ابن حزم... (ص. 3- 75). في حين وصفه بالنبثيا بأنه: "صاحب تحليل نفسي دقيق" من خلال: "طوق الحمامة". "أنخل جنثالث بالنبثيا: "تاريخ الفكر الأندلسي" ترجمة: حسين مؤنس، ط. 1955م، مكتبة النهضة العربية، القاهرة (ص. 14).

⁽³⁾ محمد علي أبو ريان: "تاريخ الفكر الفلسفي في الإسلام" دار النهضة العربية، القاهرة، ط. 2، 1973م (ص. 417).

⁽⁴⁾ سورة الأعراف [الآية 172].

ولعل هذا ما يصطلح عليه البعض بعالم الدَّرِّ، حيث خلق الله تعالى أنفوس البشر وأشهدهم على ألوهيته وربوبيته، ثم أخذ عليهم العهد بذلك، وهو ما أشار إليه أيضا ابن حزم.⁽¹⁾ وأما عن تلاقي الأرواح وتآلفها وتحابها، فالدليل قوله ﷺ: (الأرواحُ جنودٌ مُجَنَّدَةٌ مَا تَعَارَفَ مِنْهَا ائْتَلَفَ وَمَا تَنَاقَرَ مِنْهَا ائْتَلَفَ).⁽²⁾ وفسره ابن حزم بقوله: « إنك لآ تجد اثنين يتحابان إلّا وبينهما مُشاكلةٌ واتفاقٌ في بعض الصفات الطبيعية، لا بدّ من هذا وإن قلّ، وكلما كثرت الأشباه، زادت المُجانسة وتأكّدت المودة، فانظر هذا تره عياناً، وقول رسول الله، صلى الله عليه وسلم، يؤكده.»⁽³⁾ فلماذا يُرجع بعض مفكّرنا المعاصرين أيّ نظرية أو فكرة صحيحة إلى أصول يونانية أو غربية - عمداً أو غير عمد - ولما يتقطّعون إلى أن مصدرها هو الثقافة الإسلامية. لذلك لا ينبغي في نظري أن تُسقط تبعيَّتنا الحاضرة للأمم الغالبة على علمائنا وفلاسفتنا القدامى، وكأنهم لم يبدعوا أو لم يأتوا بأي جديد، وإن كان ذلك غير مانع من وجود بعض وجوه التأثير منهم بغيرهم؛ إلّا أنه لا يجب أن يكون متّكاً في كل شيء. ومن ذلك مثلاً ما ذهب إليه بعضهم من «أن أفلاطونية ابن حزم تتضح عندما يعتبر أن النفس هي التي تميل وتتوق وتحرف وتتفر... مصوراً الجسد عرضاً والروح هي الجوهر الإنساني وأن النفوس لها مُتلّ متصلة بها، بالإضافة إلى تعابير أفلاطونية كثيرة مثل: عالم الأفلاك والحدوث والكون والجرم...».⁽⁴⁾ وقد بدا لي أن ما أثاره هذا الباحث، لا يعدو أن يكون كلاماً عاماً سطحياً، ذلك أن ما عبّر عنه ابن حزم منطلقه تلك المبادئ والمعتقدات الإسلامية التي يعتقها، ولم يكن بحاجة إلى التأثير بأفلاطون أو بغيره؛ ثم إن المصطلحات التي استخدمها، نجدها لدى أفلاطون ولدى غيره أيضاً. ومثل هؤلاء الباحثين متأثرون على ما يبدو بالدراسات التي قام بها بعض المستشرقين، فهم مُردّدون لأقوالهم ونظرياتهم. فهذا "كوربان" يقول: « يُعدّ ابن

⁽¹⁾ ابن حزم: "الفصل" (216/3) وإخباره عليه الصلوة والسلام برؤيته ليلة أسري به لأنفس الناس حتى قبل أن يخلقوا. (217 - 216/3) و"المحلى" (44/1 - 45).

⁽²⁾ البخاري: "الجامع الصحيح" باب: "الأرواح جنود مجنّدة"، ورقم الحديث: 3158 (1213/3)

⁽³⁾ ابن حزم: "رسالة طوق الحمامة وظل الغمامة في الألفة والألاف" ضمن: "الرسائل" (97/1) وينظر مثله عند ابن القيم في: "روضه المحيين" (ص. 73)

⁽⁴⁾ ناجي التكريتي: "الفلسفة الأخلاقية الأفلاطونية عند مفكّر الإسلام" دار الأندلس، بيروت، ط2، 1982م، (ص. 385 - 386).

حزم... في عداد أتباع الأفلاطونية في الإسلام... وإنّ التحليل الذي يعطيه ابن حزم يذكّرنا بشكل واضح بمحاورة أفلاطون: "لوفيدر Le Phèdre" وفيها أن النفس جميلة تشتاق بشغف إلى كل ما هو جميل...⁽¹⁾ ومن الضروري أن نطرح هذا السؤال: هل كل نظرية رائدة يبدع فيها مفكرو الإسلام، لا بدّ وأن يكون مصدرها يونانيا - أو غريبيا -؟؟ وفي ذات السياق نجد البعض الآخر يؤكد على تأثر ابن حزم بسقراط، لإيمانه بوجود النفس السابق لوجود الجسد، وأنها نسيّت ما كانت تعرفه في دار الابتداء قبل حلولها بالجسد، ثم إنها غفلت عما كانت فيه كغفلة من وقع في طينٍ غَمِرٍ⁽²⁾ فأنساها ما كانت تعرفه؛ وأن ذلك إنما يذكّرنا بنظرية التذكّر السقراطية، ثم إن النفس عند ابن حزم ذاكرة حساسة متلذذة متألمة، ولا شك في أن هذه الفكرة سقراطية أيضا، إذ أنّ الجسد عند سقراط آلة، والنفس هي المدركة الحاسة المتلذذة.⁽³⁾ ولكن لو كلفَ هذا القائل نفسه بعض عناء البحث، وراجع جيدا ما ذكره ابن حزم في ذات الموضوع الذي أشار فيه إلى هذه المسألة، لوجد بينهما اختلافا شاسعا وبيّناً. وبعض الباحثين ذهب إلى تصوّر مفاده أنّ ابن حزم « تابع الكثير من مواقف وحجج أرسطو حول النفس وطبيعتها، وهي حجج ومواقف ناهضت في أغلب الأحيان التصور الأفلاطوني والفيثاغوري للنفس...»⁽⁴⁾ فهل نُصنّف ابن حزم سقراطيا أم أفلاطونيا أم أرسطويا، وفقاً لما ذكره هؤلاء؟؟ سؤال يبقى مطروحاً للبحث، ولعلنا نحاول الإجابة عنه يوماً ما إن سنحت الفرصة بذلك .

استنتاج:

نستشف مما تم عرضه، مدى المساهمة الجريئة والدقيقة التي قام بها أحد رواد الفكر العربي الإسلامي ومدى الإسهام الذي قدّمه ابن حزم في تاريخ الفكر الفلسفي الإسلامي. وهي كما بدا لنا محاولة فلسفية وعلمية أيضا، مؤسسة من جهة على أصول العقيدة الإسلامية، وعلى أسس النظر العقلي والفلسفي من جهة أخرى؛ حيث أراد من خلالها ابن حزم

⁽¹⁾ هنري كوربان: "تاريخ الفلسفة الإسلامية" ص. 337 - 338.

⁽²⁾ أشار ابن حزم إلى ذلك في: "الفصل" (215/3).

⁽³⁾ ناجي التكريتي: "الفلسفة الأخلاقية الأفلاطونية..." (ص. 393 - 394).

⁽⁴⁾ سالم يفوت: "ابن حزم والفكر الفلسفي..." (ص. 344).

بيان رأيه في مسألة النفس التي شغلت ولا تزال تشغل الفكر الإنساني برمته. ومن خلال هذه المحاولة اليسيرة ندرك مدى ما تمتع به علماؤنا ومفكروننا السابقون من وعي بالحياة النفسية للإنسان، كما أنه يمكننا بهذا الصدد الإشارة إلى إبداعات أبي محمد النفسية في بعض المؤلفات الحديثة.⁽¹⁾

مسرد المصادر والمراجع:

- ابن حزم: "الرسائل" تحقيق: إحسان عباس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، ط. 1987م.
- "رسالة طوق الحمامة..." تحقيق: عبد الحق التركماني، دار ابن حزم، بيروت، ط. 1، 2002م.
- "الفصل في الملل والأهواء والنحل" تحقيق: يوسف البقاعي، دار إحياء التراث العربي، بيروت.
- "المحلى بالآثار..." تحقيق: عبد الغفار سليمان البنداري، دار الكتب العلمية، بيروت، د. ط.
- "الأصول والفروع" تحقيق: عاطف العراقي وآخرين، مكتبة الثقافة الدينية، القاهرة، ط. 2004م.
- "حجة الوداع" تعليق: ممدوح حقي، دار اليقظة العربية، بيروت، ط. 1966م (ص. 148).
- "الدررة فيما يحب اعتقاده" تحقيق: أحمد الحمد وسعيد القزقي، مكتبة التراث، مكة المكرمة، 1988م.
- ابن القيم: "الروح" دار الكتب العلمية، بيروت، ط. 1395هـ.
- أرسطو: "النفس" ترجمة: أحمد فؤاد الأهواني، مراجعة: جورج قنوتاتي، دار الكتب العربية، القاهرة، ط. 1962م.
- الأشعري: "مقالات الإسلاميين" تحقيق: محي الدين عبد الحميد، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ط. 1954م.
- دي بور: "تاريخ الفلسفة في الإسلام" ترجمة: عبد الهادي أبو ريدة، بيروت، ط. 1981م.

⁽¹⁾ ينظر: محمد عثمان نجاتي وعبد الحليم محمود السيد: "علم النفس في التراث الإسلامي" (49/2 - 52)،

والسيد علي شتا: "علم النفس الظاهري عند ابن حزم".

- زكريا إبراهيم: "ابن حزم الأندلسي المفكر الظاهري الموسوعي" الدار المصرية للتأليف، القاهرة، ط. 1966م
- سالم يفوت "ابن حزم والفكر الفلسفي بالمغرب والأندلس." المركز العربي، الدار البيضاء، المغرب، ط. 1986
- السيد علي شتا: "علم النفس الظاهري عند ابن حزم" المكتبة المصرية الإسكندرية، القاهرة، ط. 2003م.
- علي سامي النشار: "نشأة التفكير الفلسفي في الإسلام" دار النهضة العربية، بيروت، القاهرة، ط. 1966م
- القسطلاني: "إرشاد الساري لشرح صحيح البخاري" دار الكتاب العربي، بيروت، ط7، 1323 هـ
- الكندي: "الرسائل الفلسفية" تحقيق: عبد الهادي أبوريدة، دار الفكر العربي، القاهرة، ط. 1953م
- محمود قاسم: "في النفس والعقل لفلاسفة الإغريق والإسلام" مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة 1954م.
- محمد جلال شرف: "الله والإنسان والعالم في الفكر الإسلامي" دار النهضة العربية بيروت، ط 1980م
- محمد عثمان نجاتي وعبد الحلیم محمود السيد: "علم النفس في التراث الإسلامي" المعهد العالمي الإسلامي، عمان 1996م.
- محمد علي أبو ريان: "تاريخ الفكر الفلسفي في الإسلام" دار النهضة العربية، القاهرة، ط2، 1973م
- ناجي التكريتي: "الفلسفة الأخلاقية الأفلاطونية عند مفكري الإسلام" دار الأندلس، بيروت، ط2، 1982م.
- هنري كوربان: "تاريخ الفلسفة الإسلامية" ترجمة: نصير مروة وحسن قببسي، دار عويدات، بيروت، ط. 1983م

مركز البصيرة للبحوث والدراسات والظلمة العلمية

46، تعاونية الرشد القبة القديمة – الجزائر.

ها : 00.213.21.28.97.78 - 00.213.0550.54.83.05 فا : 021.28.36.48

البريد الالكتروني: markaz_bassira@yahoo.fr / markazbassira2009@hotmail.fr

الموقع الالكتروني: www.albassira.net

دفعاً لعملية البحث على مستوى المركز والتواصل العلمي مع مختلف المؤسسات البحثية والباحثين، يفتح المركز فضاءه العلمي، أمام كل القدرات العلمية الجادة من خلال الاشتراك أو الكتابة في دورياته المتخصصة: دراسات اقتصادية، دراسات إستراتيجية، دراسات إسلامية ودراسات أدبية، ودراسات قانونية ودراسات اجتماعية ودراسات نفسية أو من خلال التواصل العلمي مع المركز .

■ تصدر الدوريات فصلياً، أي أربع أعداد في السنة لكل دورية.

■ الاشتراك السنوي في الدورية الواحدة للأفراد: 1000 دج لكل دورية، وخارج الوطن: 14 دولار.
للمؤسسات في الجزائر: 1200 دج و خارج الوطن: 15 دولار.

قسمة الاشتراك السنوي

دورية دراسات إسلامية ودراسات إستراتيجية ودراسات اقتصادية ودراسات قانونية
ودراسات أدبية ودراسات اجتماعية ونفسية
تصدر أربع مرات في السنة

الاسم واللقب أو المؤسسة.....الهاتف.....

العنوان.....

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> دراسات إستراتيجية | <input type="checkbox"/> دراسات أدبية |
| <input type="checkbox"/> دراسات قانونية | <input type="checkbox"/> دراسات إسلامية |
| <input type="checkbox"/> دراسات اجتماعية | <input type="checkbox"/> دراسات اقتصادية |
| | <input type="checkbox"/> دراسات نفسية |

يرسل الاشتراك إلى رقم الحساب الجاري : مؤسسة دار الخلدونية

Ccp : 7625589 clé 81

ملاحظة : ترسل قسيمة الاشتراك وصورة الحوالة البريدية يمكن تسديد
المباشر والاستلام المباشر على مستوى المركز.

تكاليف البريد مقدرة ضمن سعر المجلة

