
مُعَاناة صَامِتة
مقالات في الصحة النفسية
د. أنس ابن عوف
تكوين
Combination

ⓒ شركة تكوين العالمية ، ١٤٤٢هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

ابنعوف ، أنس ابنعوف عباس
معاناة صامتة مقالات في الصحة النفسية. / أنس ابنعوف عباس ابنعوف .- جدة ، ١٤٤٢هـ

١٧٩ ص ؛ ..سم

ردمك: ٢-٩٧-٨٣٣١-٦٠٣-٩٧٨

١- الصحة النفسية - مقالات و محاضرات أ.العنوان
ديوي ١٥٧,٢ ١٤٤٢/٥٩٠٥

رقم الإيداع: ١٤٤٢/٥٩٠٥
ردمك: ٢-٩٧-٨٣٣١-٦٠٣-٩٧٨

جميع الحقوق محفوظة

تكوين
OMBINATION

شركة تكوين للطباعة والنشر والتوزيع
جدة - حي مشرفة شارع التضامن العربي
إيميل: info@tkweenonlin.com.sa
+ 9 6 6 5 5 9 7 6 6 0 4 1

معاناة صامتة

مقالات في الصحة النفسية

د. أنس ابن عوف عباس

الطبعة الأولى

١٤٤٢هـ-٢٠٢١م


بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

النفس..

ما أكثر ما ننطق بهذه الكلمة.. وما أقل ما ندرك ماهيتها وأبعادها.

من الذي يدعي أنه أحاط بالنفس علماً وسبر أغوارها، وألمَّ بجوانبها المختلفة؟

لكننا نتحدث عن جانب معين هو جانب الصحة النفسية، في هذا الجانب هناك الكثير من المعلومات الغائبة عن الناس، والكثير من المعلومات الخاطئة عندهم، مما أدى إلى نظرة سلبية مشوهة للمرض النفسي والمريض النفسي بل والطبيب النفسي، ساهم في ذلك عوامل متعددة من بينها بعض ما ينشر في وسائل الإعلام، وليس من شك في الأهمية الكبرى والدور الفاعل الذي يلعبه الإعلام في تشكيل ثقافة المجتمعات، وبالتالي صياغة مواقفهم، وعندما نشاهد في الإعلام المرئي بين الحين والآخر

بعض الأعمال التمثيلية التي تجعل المريض النفسي مادة للتندر والسخرية، وتصور الطبيب النفسي ثائر الرأس غريب الأطوار، كل ذلك من أجل الضحك والإثارة، فإن هذا ولا شك يلقي بظلاله على نظرة المشاهد وموقفه من هذا المجال، وعندما نقرأ أو نسمع هنا وهناك من يدلي بمعلومات خاطئة بحكم عدم تخصصه في هذا المجال، فإن ذلك ولا شك ينعكس سلباً على القارئ والسامع، وهكذا. وتكون النتيجة مزيداً من المعاناة والعبء النفسي على المرضى وأهاليهم، وربما مزيداً من التهرب من الاستشارة النفسية، أو السعي في علاج المرض النفسي من قبل من يحتاجون إليه؛ خوفاً من دخولهم في إطار تلك الوصمة.

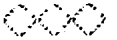
من أجل ذلك كان مهماً أن يجتهد أصحاب التخصص في نشر المعلومة الصحيحة، وتوضيح المفاهيم المتزنة في مجال الصحة النفسية والطب النفسي، وأن يتخيروا لذلك أسلوباً مبسطاً ولغة سهلة وعبارة مباشرة، تخاطب الجميع على اختلاف مجالاتهم واهتماماتهم ومستوى تحصيلهم، بعيداً عن تعقيدات المصطلحات الطبية ودهاليز التفاصيل العلمية التي لا تهم غير المتخصص، ولهذا جاءت هذه السلسلة من المقالات، والتي

كتبتها في مناسبات متفرقة، ونشرت بعضاً منها هنا وهناك، والتي هدفت إلى رفع مستوى الوعي لدى المجتمع بالصحة النفسية وقضاياها المختلفة، وتصحيح كثير من المفاهيم الخاطئة في هذا المجال.

واستجابة لطلب بعض الإخوة الكرام، وسعياً لذات الهدف، رأيت أن أجمع هذه المقالات في كتاب، بحيث يسهل الوصول إليه لمن يريد، ورجائي أن أستطيع تقديم المفيد، لعلي بهذا الجهد المتواضع أوقد شمعة.. أو أمسح دمعة.. أو أرسم بسمة.. أو أهدي أملاً.

د. أنس ابن عوف عباس

anasibnauf@hotmail.com



أنا اسمي مكتوب؟

حضر الشاب إلى عيادتي، وبعد التحية، قال في استياء شديد: إن موظف الاستقبال في عيادتك مصرٌّ إصراراً شديداً على أن يعرف اسمي قبل أن يسمح لي بمقابلتك.

قلت له: إنه يحتاج إليه ليستخرج لك كرت المتابعة.

قال: نعم هذا ما قاله لي، لكنه كان ينبغي أن يراعي السرية خاصة وأنني سأقابل طبيباً نفسياً!!

قلت له: هل تظن أنه لو كتب اسمك في كرت المتابعة فإن في هذا انتهاكاً لخصوصيتك وسرية معلوماتك؟ أم تظن أن الطبيب سوف يذكر اسمك ويعلن بياناتك على الملأ؟

قال: لا، ولكن أنا أستغرب إصراره الشديد على معرفة اسمي..

قلت له: وأنا في الواقع أستغرب إصرارك على حجب اسمك! إذ كيف سأتعامل معك وأتابع حالتك فيما بعد؟ لكن دعنا نتجاوز

هذه النقطة، ما دمت في النهاية قد ذكرت اسمك، وتم تسجيله في الكرت.. أم أنه اسم مستعار؟!

قال: لا.. إنه اسمي الحقيقي..

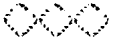
هززت رأسي متفهماً.. ثم شرعت في أخذ التاريخ المرضي منه ومن مرافقه، وتخلل ذلك حوارات بين الشاب ومرافقه، وإذا به يناديه أكثر من مرة باسم آخر غير المكتوب في الكرت!! لقد زل لسانه بما أراد أن يخفيه، واجتهد في ذلك!

أكملت عملي دون أن أبدي له ما عرفته.. لكنني كنت متأسفاً لهذا الحال وهذه الدرجة من التوجس والتخوف، بل وعدم الثقة التي تحف بتعامل بعض الناس مع الطبيب النفسي.. حتى وإن نالوا درجات أكاديمية عالية!

لا يزال البعض يخفي اسمه عن الطبيب النفسي حتى وهو يعلم أن الطبيب لابد أن يراعي خصوصية المرضى وسرية بياناتهم، فلا يمكن أن يفشي سر المريض لأحد، فضلاً عن أنه لا مصلحة للطبيب في ذلك أصلاً. إن هذا التصرف ينم ـ على أحسن الفروض ـ عن درجة من التخوف الشديد لدرجة الرعب القاتل

من مجرد التفكير في احتمال معرفة شخص ما بخبر مقابلته للطبيب النفسي! ولا يزال بعض المراجعين لعيادة الطبيب النفسي يتحاشون الانتظار قريباً من العيادة، بل يختارون مقاعد قريبة من عيادات أخرى «من باب التمويه»! ولا يزال البعض منهم يلتفت يمنة ويسرة قبل الدخول للعيادة؛ ليتأكد أنه لا أحد من الحاضرين يعرفه! ولا يزال البعض - وهذا أسوأ - يطلب لقاء الطبيب النفسي بعيداً عن العيادة؛ خوفاً من أن يعرف الناس أنه يستشير طبيباً نفسياً!

هذه نماذج ليست غالبة، لكنها تحكي واقعاً ينبغي أن نجتهد في تغييره بالتوعية والتثقيف الصحي، ونشر المفاهيم الصحيحة المتعلقة بالصحة النفسية والمرض النفسي والطبيب النفسي.



اليتم الخفي!!

كلنا يعلم أن اليتيم هو من توفي والداه أو أحدهما قبل بلوغه، ففقد رعايتهما وحنانهما وقيامهما بأمر تربيته، والنفوس مجبولة على العطف على الطفل اليتيم والحنو عليه والرقة لحاله، والدين والأخلاق والأعراف والفطر السليمة كلها تدعو إلى كفالة اليتيم، وتنادي بالقيام بمصالحه والرحمة به. غير أن هناك نوعاً آخر من اليتم قلَّما يُعرف أو يُلاحظ، وبالتالي فهو لن يجد حظه من هذا التعاطف، مع كثرته وانتشاره. إنه نوع خاص، فاليتيم هنا أبواه على قيد الحياة! لكنهما مشغولان عنه وعن تربيته إلى حد يجعله كاليتيم تماماً!!

وأكثر ما يكون ذلك من الأب، فبعض الآباء منصرف عن أبنائه بصورة دائمة، لا يراهم إلا لماماً، فهو إما في عمله، أو مع أصدقائه، أو في زيارة لبعض أهله، أو في السوق، أو حتى في النادي! فإذا دخل البيت لم يجلس مع أبنائه ولم يحادثهم، وربما وجدهم نائمين عند دخوله، كما تركهم نائمين عند خروجه!

قد يقول قائل الآباء إنهم منشغلون بكسب الرزق وتحصيل لقمة العيش لهؤلاء الأبناء، ولو فرض أن هذا هو الواقع في شأن البعض فهو ليس الغالب على الجميع، فكثير من هؤلاء الآباء المنشغلين يصرفون كثيراً من أوقاتهم بعيداً عن بيوتهم فيما لا طائل من ورائه يذكر. والنتيجة أن الطفل ينشأ بعيداً عن أبيه، فيفقد عنايته وعطفه، وأهم من ذلك يفقد تربيته وتوجيهه، ويفقد القدوة العملية، ويفقد من يقوم سلوكه ويصحح مساره، وإن احتاج إلى التخويف خوفه، وإذا استحق العقوبة عاقبه، فالأم لا تستطيع بمفردها القيام بهذا الدور خاصة كلما كبر الطفل واقترب من مرحلة المراهقة، فيبدأ الابن في اكتساب بعض السلوكيات الخاطئة وربما المنحرفة، أو يعاني بعض المشكلات النفسية، فلا أبوه يلاحظه، ولا أمه تقدر عليه! فيتطور الأمر حتى يتسع الخرق على الراقع.. ويفاجأ الوالدان ذات يوم أن الولد غارق في أحضان المخدرات، أو الانحرافات السلوكية، أو حتى الأمراض النفسية!

من خلال عملي كطبيب نفسي تمر علي حالات كثيرة، يكتشف فيها الأب متأخراً أن ابنه مدمن للمخدرات منذ سنوات طويلة! ومشهد الدهشة والتعجب والصدمة من هذه المفاجأة

القاسية للآباء صار بالنسبة لي مشهداً متكرراً إلى حد الملل!!

أنا لا أنفي أن الابن قد يقع في شيء من الانحراف على الرغم من اجتهاد الآباء في التربية دون تقصير، لكن أن يصل بهم الانشغال عن أبنائهم إلى درجة أن لا يلاحظوا وقوع أبنائهم في الإدمان إلا بعد سنوات، فهذا تقصير بلا شك! وجدير بهذا أن نسميه اليتم الخفي!

ليس اليتيم من انتهى أبواه من ... هم الحياة وخلَّفاه ذليلاً
إن اليتيم هو الذي تَلقَى له ... أمَّا تخلَّت أو أبًا مشغولاً

فصام بالجبنة!

قال لي بعد أن قصَّ علي شكواه في العيادة: أنا يا دكتور أعاني من الفصام والاكتئاب واضطراب الهلع!

قلت له: هل قام بتشخيصك بهذا أحد المختصين في الطب النفسي؟

قال: لا..

قلت له: من خلال كشفي عليك أرى أن ما تعانيه ليس إلا مشكلة سلوكية، تسببت في بعض الأعراض الاكتئابية..

قال في حزم: يا دكتور، أنا متأكد أن عندي فصام!

قلت له: لماذا أنت متأكد هكذا؟

قال: لقد قرأت الأعراض في أحد مواقع الانترنت، ووجدتها جميعا تنطبق عليَّ!

أخذ يحاول أن يشرح ما قرأه، ويطبقه على نفسه ليثبت صحة تشخيصه.. وبذلت جهداً مقدراً حتى أستطيع أن أقنعه بعكس ذلك!

هذا نموذج واقعي لمن يثبت على نفسه مرضاً نفسياً ليس عنده، وهو يقف في الطرف الآخر المقابل لمن ينفي عن نفسه المرض الذي ثبتت إصابته به، وهذا هو الأشهر والأكثر.. فالغالب محاولة إنكار الإصابة بالاضطراب النفسي فراراً مما يرتبط به من وصمة سالبة، بينما صاحب قصتنا يبدو كمن يسعى لإلصاق مرض الفصام بنفسه، والسبب في ذلك - في ظني - أنه لم يحسن التعامل مع الرسالة الإعلامية التثقيفية الصحية، فنحن عندما نكتب في وسائل الإعلام المختلفة مقروءة أو مرئية أو مسموعة، ونشارك عبرها بمواد علمية في الموضوعات الصحية، فنحن كمتخصصين ليس هدفنا تمليك المواطن العادي القدرة على تشخيص المرض النفسي، فهذا متعذر؛ لأن التشخيص يتطلب تأهيلاً علمياً طبياً وتدريباً عملياً سريرياً، تبدأ رحلته منذ السنة الأولى في كلية الطب مروراً ببكلوريوس الطب والجراحة، وحتى إكمال برنامج التخصص في الطب النفسي، وهي رحلة طويلة يندر أن يكملها أحد في أقل من اثني عشر عاماً!

فما الهدف إذن من مشاركة المواد الصحية عموماً والنفسية خصوصاً في الإعلام؟ الهدف هو نشر الوعي بالأمراض النفسية،

وتصحيح المفاهيم الخاطئة حولها، وتشجيع المرضى على طلب المشورة الطبية، وعلى أحسن الفروض يمكن لبعض المثقفين من غير المتخصصين «توقُّع» تشخيص ما لحالة معينة، إذا كانت الأعراض واضحة، دون أن يجزموا بصحة تشخيصهم، فضلاً عن مجادلة الاختصاصيين في ذلك، فالاختصاصي هو من يقوم بأخذ التاريخ المرضي، وإجراء الكشف السريري، وفحص الحالة العقلية للمريض، وهو ما لا يحسنه غيره.

التشخيص في الطب عامة وفي مجال الطب النفسي خاصة ليس بالأمر الهين، ولا يتم اعتباطاً، ولا يخضع للأمزجة والأهواء، وإلا كان أقرب إلى طلبات الوجبات في المطاعم! مرَّة فصام بالجبنة.. ومرَّة اكتئاب على الفحم!

مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (١)

كثيراً ما يسألنا أقارب المرضى وغيرهم عما إذا كان المرض الفلاني مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ ويعنون بذلك هل هذا المرض مما يختص بعلاجه الأطباء بأدويتهم المختلفة من حبوب وحقن ونحوها، أم هو مما يختص بعلاجه الشيوخ والمعالجون الشعبيون بطرقهم المتنوعة التي يستخدمونها في علاج الأمراض؛ كالرقية الشرعية وغيرها.

وهذا السؤال خلق وما زال يخلق كثيراً من الإشكالات بين الأطراف الثلاثة: المريض وأهله، والطبيب النفسي، والمعالج الشعبي. ويدور حوله جدل متواصل يبدو بلا نهاية، لدرجة أن البعض من المختصين صار يتحاشى الحديث حوله خشية الاصطدام بمعتقدات يرى خطأها، ولا يمكنه تصحيحها. والموضوع طويل وشائك بلا شك، لكن الرجوع إلى المستند والبرهان، وتحرير المسائل بصورة علمية كاف تماماً للوصول إلى الحق.

ولعلي في هذه المساحة أحاول طرق هذا الموضوع بتجزئته، لأناقش في كل مرة جزئية منه. وأبدأ هذه المرة بمناقشة مسألة مهمة؛ وهي: هل نحن فعلاً نحتاج إلى إجابة لهذا السؤال في جميع الحالات؟ بعبارة أخرى: هل نحن مع مرضانا نقف في مفترق طرق؛ إما أن نتجه يميناً أو يساراً؟ إما إلى العلاج الطبي، وإما إلى الرقية الشرعية..

إن الإجابة على هذا السؤال البسيط يمكن أن تحل جزءاً كبيراً من المشكلة، فإذا علمنا أن التداوي بالطب النفسي لا يتعارض مع التداوي بالقرآن، وأنهما يمكن أن يستمرا معاً، لم نكن حينها ملزمين بالإجابة عن السؤال في عنوان المقال.

ليس هناك مانع من الناحية الطبية في أن يطلب المريض ما يخفف مرضه في غير الطب بشرط ألا يثبت ضرره طبياً، وبشرط أن لا يؤمر المريض بإيقاف الدواء الذي وصفه الطبيب. كما أنه ليس هناك مانع من الناحية الشرعية في أن يطلب المريض علاجه عند الطبيب؛ سواء كان طبيب أمراض نفسية أو باطنية أو جراحية، بل هو مطلوب شرعاً؛ لقول النبي صلى الله عليه وسلم: «تداووا عباد الله، فإن الله لم يضع داءً إلا ووضع له شفاءً».

وليس معنى لجوء المريض إلى الرقية الشرعية أنه لم يجد علاجاً لمرضه، أو أن التشخيص مجهول، وإنما هو استعانة بالله عز وجل على الشفاء، فهو الشافي سبحانه، سواء كان المرض معروفاً لنا أو مجهولاً، بسيطاً أو معقداً، قابلاً للشفاء في مقاييسنا أو غير قابل، فكله عند الله عز وجل سواء. ولهذا فإنني أنصح بهذا كل من يسألني عن العلاج بالقرآن من مرضاي، بعد أن أخبره بأن تشخيصه معروف، ومرضه ليس أمراً غامضاً، وبشرط أن تكون الممارسة صحيحة خالية من المخالفات الشرعية التي كثيراً ما تصاحب العلاج الشعبي، وبشرط ألا يتوقف عن المتابعة الطبية.

وعندها يزول جزء كبير من الإشكال، وتبقى مسائل أطرحها في مقالات تالية.

مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (٢)

ذكرت في مقال سابق أن الموضوع طويل، وربما يتحاشى الكثيرون الإجابة على هذا السؤال، ورأيت أن الأفضل تجزئته على حلقات، وفي هذه الحلقة أوضح أنه لا بد من الإيمان بالثوابت، وفي كل مسألة يكثر حولها الخلاف والجدل فليس من حل سوى العودة لنقاط الاتفاق، والتمسك بالثوابت، ومعرفة الحدود ما بين المتفق عليه والمختلف حوله؛ وهو ما يسمى بتحرير محل النزاع.

من الثوابت لدى كل مسلم أن يؤمن بما دلت عليه النصوص الشرعية من كتاب وسنة إيماناً قاطعاً، ومن ذلك الإيمان بوجود الجن والشياطين، وأنه يقع منهم الأذى للإنس، وفي القرآن الكريم النص على ذلك.

ومنه الإيمان بالسحر، وأنه حق وله تأثير، وإن كان محرماً عمله، ومن السبع الموبقات، ومنه ما هو كفر!

ومن الثوابت الإيمان بالعين وأنها حق، تصيب الإنسان في نفسه وولده وماله وما يحب، وتسبب له الأذى، وكل ذلك ثابت بالأدلة الصحيحة الصريحة. وقد أرشدت النصوص للوقاية من ذلك إلى اللجوء إلى الله عز وجل، والتحصن بالاذكار الشرعية، والمحافظة على الفرائض، وغير ذلك.

والسؤال هنا: هل الأطباء النفسيون ينكرون هذا؟ الإجابة: لا.. فهم ما داموا مسلمين فإنهم يؤمنون به.

والسؤال الثاني: لماذا إذن يشاع عنهم إنكاره؟؟ والإجابة: إن السبب هو الفهم الخاطئ لدى بعض الناس. فالطبيب النفسي لو عرضت عليه حالة مريض، وتعرف على التاريخ المرضي، وأجرى الكشف السريري، وفحص الحالة العقلية، وكل ما هو مطلوب للتشخيص، وقرر أنها حالة فصام مثلاً، ثم قال له أحدهم: هل هذه الحالة سحر أو مس من الجن أو نحوه؟ فأجاب بالنفي، فهل يكون في هذه الحالة منكراً لوجود الجن والسحر؟

الجواب: لا بالطبع، إذ لا يلزم من نفي تشخيص ما عن حالة مرضية محددة عدم الإيمان بالتشخيص من أساسه! مثال ذلك: أن يكشف طبيب على مريض يشكو من الحمى، ثم يقول: إن هذا

المريض ليس مصاباً بالملاريا، فهل معنى هذا أن الطبيب ينكر وجود مرض الملاريا من الأساس؟؟ بالطبع لا، بل معناه أنه لا يجد ما يؤكد إصابة هذا المريض بخصوصه بالملاريا، وفي المقابل يجد ما يؤكد إصابته بمرض آخر.. وهذا هو ما يحدث بالنسبة للطبيب النفسي عندما يعاين مريضاً فيجري له كل ما يلزم، فيتضح له الاضطراب النفسي، ويتحقق من التشخيص باستخدام المعايير المتفق عليها عالمياً، عندها يقول دون تردد: إن فلاناً مصاب بالفصام مثلاً، فينظر إليه مرافقو المريض في ارتياب، وربما اعتبروه بتشخيصه هذا مصادماً للدين نفسه!

هذا المفهوم على بساطته مهم، وسنستصحبه في حلقاتنا التالية حول هذا الموضوع.

مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (٣)

لا زلنا في محاولة الإجابة على هذا السؤال القديم المتجدد، والذي يتطلب معرفة كثير من المقدمات المهمة حتى تتضح الصورة. وأركِّز هنا على أن كثيراً من الناس لا يدرك ماهية المرض النفسي، ولا يعرف حقيقته، مما يكون له أثر كبير في حكمه في هذه المسألة، فإذا رأى من أصيب بمرض نفسي، وشاهد ما يحدث له من تغيرات، رآه أمراً غامضاً مجهول السبب محاطاً بالاستفهامات من وجهة نظره، ولذلك كان أسهل شيء عنده أن ينسبه للأمور الغيبية من السحر والعين ومس الجن، بينما لا يتصرف بنفس الطريقة في حالة أغلب الأمراض العضوية؛ لأن أعراضها واضحة عنده ومألوفة؛ كالحمى ونحوها.

لكن الواقع أن الأمراض النفسية وإن كانت غامضة عند العامة، إلا أنها واضحة للأطباء المختصين، فأعراضها وعلاماتها محددة ومميزة، ولها معايير تشخيصية متفق عليها عالمياً، بحيث لا يختلف التشخيص كثيراً حتى إذا تمت معاينة الحالة نفسها في

دول مختلفة، والعوامل المسببة لها باتت معروفة، وصار معلوماً أثر التغيرات التي تحدث في النواقل الكيميائية داخل الجهاز العصبي في ظهور أعراض المرض النفسي. وبناءً على ذلك صار العلاج الدوائي أيضاً معروفاً ومحدداً لكل مرض، فيوصف لكل مرض دواء يعمل على الجهاز العصبي، فيصحح نسب المواد الكيميائية المعينة، فتزول الأعراض بإذن الله، بل إنه مع اكتشاف هذه الآليات الكيميائية الداخلية لم يعد هناك فرق كبير بين ما يسمى الأمراض العضوية والأمراض النفسية، فالواقع إنها جميعاً عضوية! باعتبار أن كليهما تسببه تغيرات في وظائف أعضاء الجسم، تختلف فقط في طبيعة الأعراض تبعاً لطبيعة الاختلال ومكانه.

والجدير بالذكر أن هذا المفهوم الواضح للمرض النفسي وآلياته ومسبباته، بما في ذلك الناحية الكيميائية فيه، يدرس في كل كليات الطب في السودان وخارجه، ولا يتخرج طالب الطب ما لم يجتز هذا المقرر، أقول هذا لأبين أن ما ذكرته ليس مجرد نظرية أو رأي شخصي، وإنما هو حقيقة ثابتة متقررة، دون إغفال الجوانب النفسية والاجتماعية.

وإذا فهمنا ماهية المرض النفسي وحقيقته وصار الأمر واضحًا لنا، فإننا لن نحتاج إلى أن ننسبه إلى المجهول أو إلى المغيبات، ولا يفهم من هذا إنكار السحر والعين والمس؛ كما أوضحت في مقال سابق، ولكننا نعامل المرض النفسي كما نعامل أي مرض آخر.

مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (٤)

ناقشنا من قبل بعض العناصر المهمة للإجابة هذا السؤال الكبير، وهنا نناقش جزئية مهمة، وهي أننا مؤمنون بوجود العين، أعني العين التي تصيب الإنسان من قبل من نظر إليه، ولم يذكر اسم الله، ولم يدعُ بالبركة، لكن السؤال المهم هو: هل الإصابة بالعين تشخيص للمرض؟ هل يكفي لتشخيص الحالة أن أقول إنها حالة «عين»؟

إننا نشاهد كثيراً من الحالات المرضية سواء العضوية والنفسية، التي يغلب على ظن المراقب أنها نتيجة للإصابة بالعين، ولكنها في الوقت نفسه حالات معروفة في مجال الطب؛ كالحميات والالتهابات والنزلات المعوية، وكالإصابات والكسور الناتجة من حوادث السيارات وغيرها، وغالباً لا تختلف هذه الحالات عن غيرها من حيث الأعراض والعلامات والمعالجة الطبية، الفرق الوحيد في الغالب أنها حدثت بعد أن نظر شخص معين إلى المريض وقال عبارة ما، ولهذا اعتبرت

حالات عين. فهل هذا الوصف هو تشخيص لهذه الحالات، أم أنه عامل مسبب محتمل؟

في حادثة مشهورة: أراد أحدهم أن يركب القطار، فرفع رجله ليضعها على عتبة العربة، فانكشفت ساقه، وكان أبيض اللون ذا منظر حسن، فرأته امرأة فقالت لرفيقتها: انظري إلى زجاجة السمن هذه! فوقع الرجل في الحال، وتحرك القطار، فمرَّ فوق ساقه، فقطعها!

لنتجاوز مشاعر الغيظ تجاه المرأة صاحبة التعليق، ولننظر إلى هذه الصورة المثالية لحالة يغلب على الظن أنها إصابة بالعين، لنسأل: ما هو تشخيص المرض هنا؟ هو كسر مركب في عظم الساق مثلاً، ما هي المعالجة السريرية اللازمة؟ هي إيقاف النزيف أولاً، ثم محاولة معالجة الكسر ثانياً وفق ما يقدره طبيب العظام.

ولو قال قائل: لا تذهبوا إلى المستشفى رغم النزيف، وإنما استدعوا راقياً ليقرأ؛ لأنها حالة عين واضحة، لشككنا في مقدراته العقلية!

إذن معرفتنا ـ أو لنقل غلبة ظننا ـ أن هذه حالة عين لم تلغِ التشخيص الطبي، ولم تؤثر على أهمية المعالجة الطبية، ولم تغير من خطواتها، وصار الأليق اعتبار العين هنا عاملاً مسببًا، لا تشخيصًا!

وهذا المفهوم على بساطته مهم، فلو طبقناه على الأمراض النفسية لزال كثير من الإشكال، فالطالب الذي كان بالأمس ذكيًا مجتهداً، فأصابه مرض ذهاني كالفصام مثلاً، يحتمل أن تكون العين سببًا في ذلك، لكننا نأخذه للمختص ليعالج الفصام، كما أخذنا ذلك المصاب بالكسر لطبيب العظام. وفي الوقت نفسه نستشفي بالقرآن والأذكار والأدعية. فالتشخيص هو الفصام، والعين يمكن أن تكون سببًا كما كانت سببًا محتملاً في كسر الساق، أو في مرض السكر، أو في فقدان البصر، أو تعطل السيارة، أو احتراق الدكان.. الخ، ولكلٍّ علاجه.

لماذا ينتحرون؟!

شاب ينتحر بالقفز من جسر، وآخر يشنق نفسه في حمام المستشفى بعد أن مكث فيها أربعة أشهر يعاني من أورام في البطن، وشاب ثالث يخلع ملابسه في المطار ويندفع محاولاً الانتحار قبل أن تتمكن سلطات المطار من القبض عليه، ورابع يقتل خطيبته بسلاح ناري ثم يطلق النار على نفسه، وآخر وجدوه قد شنق نفسه داخل مسجد!!

هذه أخبار تمتلئ بها صفحات الصحف بصورة شبه يومية، والذي لا تنقله الصحف أكثر، فيومياً تستقبل مستشفيات الأنف والأذن والحنجرة عدداً من حالات التسمم بصبغة الشعر معظمهن فتيات في سن الشباب، ومعظمهن تعاطين الصبغة عمداً لإنهاء حياتهن!! هذا بالإضافة إلى ما يرد إلى الأقسام الأخرى من حالات تناول جرعة ضخمة من الأدوية العلاجية بقصد الانتحار، ويضاف إلى ذلك ما لا يصل إلى المستشفى أصلاً من الحالات التي تذهب إلى المشرحة أو إلى المقابر مباشرة!!

والسؤال هنا هو: هل حالات الانتحار في السودان ـ حيث كُتب هذا المقال ـ كثيرة إلى هذه الدرجة؟ والجواب في تقديري هو: نعم، فالسودان ليس في معزل عن العالم، حيث تشير الإحصائيات العالمية إلى أن عدد المنتحرين كل عام يصل إلى ٨٠٠ ألف شخص حول العالم، وهو ما يعني أن هناك منتحراً كل ٤٠ ثانية! بل إن هناك من يقول إن عدد المنتحرين في السودان يفوق مثيله في الدول العربية، حيث نقلت الصحف أن السودان سجل أعلى معدل انتحار عربياً بـ ١٧.٢ حالة لكل مائة ألف نسمة، بحسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية في مقابل معدل الانتحار العالمي الذي يبلغ ١١.٤ لكل مائة ألف.

والسؤال الأهم هو: لماذا يقدم البعض على الانتحار؟ هناك من ينتحر لأسباب مادية أو عاطفية أو اجتماعية أو غيرها، لكن النسبة الكبرى هي ممن ينتحر بسبب الاضطراب النفسي، وهذا ما قد لا يدركه كثير من الناس حين يضعون صورة ذهنية محددة للمريض النفسي، ويعجزون عن تخيل أن المرض النفسي في أكثر حالاته معاناة داخلية، تظهر بعض أعراضها على السطح، وقد تقود هذه المعاناة إلى الانتحار إذا تعاظمت ولم تجد

علاجًا، وصاحبها الإحساس بالفشل والإحباط واليأس وعدم الأهمية، خاصة مع تأثيرها على خاصية الحكم السليم على الأمور، فيقدم الشاب أو الفتاة على إنهاء حياته غير مبال بالعاقبة، ولا مدرك لها أصلاً، فهو إن ثبت كونه مريضًا فينبغي أن يتجه اللوم إلى المجتمع الذي لا يفهم المرض النفسي، ولا يساعد على علاجه، بل يضع العراقيل بين العلاج وبين المحتاجين إليه بما يرسخه من صورة سلبية للمرض والمريض النفسي، بل والعلاج والطبيب النفسي كذلك!!

من يقنع الديك؟!

هذه العبارة صارت مثلاً يضرب للتعبير عن صعوبة إقناع شخص ما بأمر مسلم به، ولعل أصلها يعود لقصة مفادها أن رجلاً كان لديه اعتقاد بأنه حبة ذرة!! وهو اعتقاد غريب طبعاً، وكان يهرب من الدجاج خوفاً من أن «يأكله»! ولما عرف عنه ذلك، التف حوله أهله ومعارفه يوماً ليضعوا حداً لهذا الأمر، وأخذوا يحاولون إقناعه بشتى الوسائل والطرق بأنه بشر سوي، وليس حبة ذرة، وطال بهم الأمر، ولم يتركوا وسيلة إلا استخدموها، حتى قال لهم في النهاية بعد جهد جهيد إنه قد اقتنع، فخرجوا معه إلى الشارع مستبشرين، فرأى الرجل ديكاً قادماً من بعيد، فبادر بالهروب، فناداه الناس: لماذا تهرب؟ ألم تقل إنك قد اقتنعت بأنك إنسان؟ فرد عليهم وهو يركض: أنا اقتنعت.. لكن من يقنع الديك؟؟

الناس يتناقلون هذه القصة على أنها مجرد طرفة، غير أنني لا أستبعد أبداً أن تكون وقعت حقيقة، فهي تمثل واحدة من

الأعراض المهمة في الطب النفسي؛ وهي الضلالات، وهي الأفكار الخاطئة الراسخة في ذهن المريض، والتي لا تقبل الجدال، وليست مبنية على أساس صحيح، ولا تفسرها الخلفية الثقافية للمريض. وللضلالات أنواع متعددة: فمنها اعتقاد المريض دون دليل أن هناك من يراقبه ويتتبعه، أو أن جهة ما تخطط ضده وتتآمر وتسعى للإضرار به، أو أن للمريض قوة خارقة أو ممتلكات كبيرة أو منزلة عالية؛ كالنبوة والرئاسة مثلاً، أو أن برامج التلفاز والإذاعة تتحدث عنه أو تخاطبه، أو أن عناوين الصحف كتبت فيه، إلى آخر أنواع الضلالات وأمثلتها الكثيرة.

والضلالات تدل على وجود مرض نفسي ذهاني، وتحتاج للتقييم المفصل من خلال التاريخ المرضي، والكشف النفسي لتحديد تشخيص المرض على وجه الدقة، ومن ثم وصف العلاج المناسب، وأهم ما أود الإشارة إليه هو أن العلاج لا يكون بمناقشة المريض في أفكاره هذه، ومحاولة تغييرها بالجدال؛ لأنها لو كانت مما يمكن تغييره بالجدال والنقاش، فلن تكون ضمن الضلالات المرضية أصلاً، رجوعاً إلى تعريف الضلالة، ولهذا فإنني أحياناً أروي القصة أعلاه لطلابي في كلية الطب عندما

أتحدث عن الضلالات، ثم أسألهم عن التصرف الصحيح لإقناع ذلك الرجل، فلا أطمئن إلا إذا أجاب الطلاب بأن التصرف الصحيح هو في تناول الدواء المضاد للذهان، وذلك يعني أنهم استوعبوا أن هذه الضلالات عرض مرضي؛ كما الحمى والصداع والكحة، وأن سببها تغيرات كيميائية داخل الجهاز العصبي، ولذلك فإن علاجها يكون أيضًا بدواء كيميائي يصحح ذلك الخلل في النواقل الكيميائية، وإن الحالات المشابهة والتي استجابت بمجرد تناول مضادات الذهان أكثر من أن تحصر.

هل المرض النفسي ضعف إيمان؟

هذا المفهوم شائع للأسف بين الكثيرين، حيث يظنون أن الإصابة بالمرض النفسي دليل على ضعف إيمان المريض، وأن هذا هو سبب الإصابة، وأنه لو كان إيمانه قويًا فلا يمكن أن يصاب بمرض نفسي.. ويكاد يكون هذا الفهم حقيقة مسلمة عند الكثيرين بمن فيهم بعض المثقفين والمتدينين وأهل الفضل للأسف.

ولكن هذا المفهوم خاطئ تمامًا، فليس السبب في المرض النفسي هو ضعف الإيمان، ولا قلة ذكر الله، وليس مجرد الإصابة بالمرض النفسي دليلاً على قلة الدين، وإنما تولد هذا المفهوم الخاطئ بسبب الفهم الخاطئ للأمراض النفسية وآلية حدوثها، وربما خلط البعض بين الاصطلاح الطبي والاصطلاحات الأخرى للمرض النفسي، ففي الاصطلاح الطبي: الأمراض النفسية هي أمراض عادية كسائر الأمراض التي تصيب الجسد؛ مثل السكري والضغط والملاريا والالتهابات،

لها مسبباتها وعلاجاتها، وليس من بين الأمراض النفسية السرقة والكذب مثلاً، ولا الإلحاد ولا سوء الخلق وخيانة الأمانة ولا أكل أموال الناس بالباطل، هذه يمكن تسميتها انحرافات سلوكية أو جرائم أخلاقية أو أمراضاً مجتمعية،.. إلى آخر التسميات التي يمكن أن يتفق عليها الناس.. لكنها ليست أمراضاً نفسية في الاصطلاح الطبي، ولا يتعامل معها الطبيب النفسي، وليست من اختصاصه، وإنما الطبيب النفسي يتعامل مع أمراض تنتج عن اختلال في نسب ومستويات بعض النواقل الكيميائية في الجهاز العصبي، والتي تؤدي لظهور بعض الأعراض في التفكير والمزاج والسلوك، ويتم علاجها بالمعالجة المتخصصة، الدوائية وغيرها..

هذه المواد الكيميائية موجودة في الجهاز العصبي لكل إنسان، وهي تنظم وظائفه المختلفة وأي اختلال فيها ينتج عنه اختلال في تلك الوظائف، تماماً كما يحدث السكري إذا اختل إفراز مادة الأنسولين، أو أمراض الغدة الدرقية إذا اختل تنظيم هرمون الثايروكسين وهكذا، ومن فهم هذه المقدمة في توضيح المفهوم الطبي للمرض النفسي علم أنه لا يحدث بسبب ضعف الإيمان،

بل له مسبباته المختلفة، ويمكن أن يصاب به المؤمن والكافر، والطائع والعاصي، والصالح والطالح، كما يصاب هؤلاء بالسكري والضغط والجلوكوما، أعلم أن كثيرين قد يجدون هذا الكلام غريباً ومخالفاً لما يعتقدونه، ولكنني أقول ذلك من منطلق التخصص الذي يكسب صاحبه فهماً لمجاله خلافاً لغير المتخصص، ومن منطلق الأمانة، فهذا حق ينبغي بثه ونشره، ويترتب على كتمانه أن ينظر المجتمع للمريض النفسي كمتهم بنقص الإيمان وضعف الدين، وهذا يزيد من معاناته وألمه، وربما أخر وصوله للطبيب النفسي، فتزداد حالته سوءاً، أرجو أن أكون قد نجحت في توضيح هذه الجزئية، والحديث ذو شجون.

الأدوية النفسية: هل تسبب الإدمان؟

كثيراً ما يسألنا مرضانا هذا السؤال قائلين: هذه الأدوية التي وصفتها لي يا دكتور هل تسبب الإدمان؟ وقد يبدأ المريض بتناول الدواء، ثم إذا تحسنت صحته سارع إلى التوقف عن تناول الدواء، فإذا سألته قال: أخاف أن أدمن على الدواء يا دكتور!!

والتوقف عن تناول الدواء قبل أن يوصي الطبيب بذلك مشكلة، ففي معظم الاضطرابات النفسية يصف الطبيب الدواء حتى تزول الأعراض المرضية، وهذه هي المرحلة الأولى، ثم يستمر الدواء نفسه لفترة تالية تسمى مرحلة الوقاية أو المحافظة، وهذه يتوقف تحديد طولها على عوامل؛ منها طول فترة المرض وسرعة استجابته للعلاج وما إذا كانت هناك نوبات سابقة أم لا.. وبناء على تلك العوامل فإن الفترة الوقائية تتفاوت بين ستة أشهر وبين سنوات طويلة.. والتوقف عن تناول الدواء في هذه الفترة قد يؤدي إلى رجوع الأعراض مرة أخرى. ولهذا فإن الطبيب النفسي دائماً ما يوصي المريض بالاستمرار في الدواء على الرغم من أن

المريض يرى أنه في صحة جيدة، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى توقف المريض عن أخذ الدواء وحدوث الانتكاسة، ليرجع المريض إلى المربع الأول مرة أخرى!

والسبب في هذا هو طبيعة المرض نفسه، فهو ليس مثل نزلات البرد العابرة، ولا مثل الملاريا في قصر فترة المرض وبالتالي فترة المعالجة، بل إن كثيراً من الاضطرابات النفسية طبيعتها مزمنة، وهي قابلة لتكرر الحدوث، ولهذا تحتاج إلى معالجة طويلة نسبيًا.

وربما لهذا السبب يظن البعض أن مستخدمي العلاجات النفسية مدمنون عليها، لأنهم يرون أن حالتهم تستقر إذا تناولوها، وتتدهور إذا تركوها، والسبب هو ما ذكرناه من طبيعة المرض، فالأعراض التي ظهرت على فلان من المرضى بعد أن أوقف الدواء، كاضطراب النوم مثلاً، لم تكن أعراضًا انسحابية، بل كانت أعراض المرض الأصلي بدأت في الظهور من جديد، وهذا ليس له صلة بالإدمان على الإطلاق. أما في الأمراض النفسية غير المزمنة، فإن توقف العلاج بعد انتهاء الفترة المقررة لا ينتج عنه ظهور أي أعراض.

ومن المهم أن نعلم أن للأدوية النفسية مجموعات متعددة، أهمها مضادات الذهان، ومضادات الاكتئاب، ومثبتات المزاج. وهذه المجموعات تشكل الغالبية العظمى مما يصفه الأطباء النفسيون من أدوية، وكلها لا تسبب الإدمان.

بقيت بعض المهدئات الصغرى، والتي يصفها الأطباء النفسيون وغيرهم لفترات قصيرة، وربما يصفها غيرهم أكثر منهم، وهذه قد تسبب الإدمان إذا أسيء استخدامها، وأما إذا كانت تستخدم بإشراف الطبيب المختص فلا خوف من استعمالها، وختاماً أقول: إن الطبيب النفسي هو أدرى الناس بالإدمان، وهو المتخصص في معالجته، فكيف يظن البعض أنه هو من يتسبب في الإدمان؟!

قتل طفليه وانتحر في مكة!

قبل فترة وقعت هذه الفاجعة.. أب سعودي في العقد الثالث من عمره، يطلق النار على طفليه فيقتلهما، ثم يطلق النار على نفسه!

وذكرت مصادر إعلامية أن الرجل كان على خلاف أسري مع طليقته وعائلتها، وكانوا على وشك سحب حضانة طفليه منه، مما أصابه «بانهيار نفسي»، خاصة بعد أن وصلت الخلافات بينه وبين طليقته إلى المحاكم، كما كشفت المصادر أن الأب المنتحر كتب في ورقة جانبية «سامحني يا الله، فإنني أريد أن أموت وأرتاح»، ويرجح أنه كتبها قبل إقدامه على قتل طفليه والانتحار.

وجاء في الخبر أن الأب أطلق على ابنته ذات الخمس سنوات رصاصتين في الصدر والبطن، وعلى ابنه البالغ من العمر ١٨ شهرا رصاصة في الصدر، وعلى نفسه رصاصتين في الصدر والبطن، قبل أن يحتضنهما وسط بركة من دماء الطفلين وأبيهما.

وأغلقت شرطة مكة التحقيقات في تلك الحادثة بعد أن تبين لها أن الأب كان يعاني من اعتلالات نفسية حادة، ولم يكن هناك طرف رابع في الجريمة، ولا يوجد جانب جنائي آخر.

انتهى التحقيق في الحادثة، ولكن العبرة منها لا تنتهي، إن في هذه القصة مشاهد تسترعي الانتباه، وتجبرك على التوقف عندها قسراً..

عن أيها أكتب!؟ ومع أيها أتوقف!؟

هل أتوقف مع مشهد الأب وهو يطلق النار على طفليه، وهما ينظران إليه في براءة!؟ فتلتقي عيناه بأعينهما الصغيرة التي لم تجد الوقت الكافي لتفهم!؟

أم أتوقف مع تلك القوة.. وأي قوة في الدنيا تستطيع أن تحمل أبًا على أن يزهق أرواح أبنائه.. ويسحق زهرة حياته وزينتها!؟

أم أتوقف مع مشهد الأب في الرمق الأخير، وهو يحتضن طفليه ـ في شفقة ربما ـ ليموتا في حجره! وتختلط دماؤهما بدمه!؟ تمامًا كما تختلط المشاعر في هذا المشهد العجيب!؟

أم أتوقف مع آخر كلمات خطها ذلك الأب بيده، وهو يرجو من الله عز وجل المسامحة!؟ أم أتوقف مع كون الحادث البشع في أطهر بقعة على وجه الأرض!؟

إن العبرة الرئيسة من هذه القصة هي أن الاضطراب النفسي إذا لم يجد العلاج، فإنه يمكن أن يكون وبالاً، وهو لا يحدث فجأة، بل تسبقه مقدمات طويلة، وأعراض متفاوتة في الشدة، تتفاقم يوماً بعد يوم، لكن الغالب أن المريض ومن حوله لا يفهمون ذلك، ولا يدركون أن هذا مرضاً لا بد أن يعرض على الطبيب ليتم علاجه.

الأب هنا لم يفقد حبه لطفليه حتى وهو يرديهما قتيلين، ولم يفقد معرفته بربه حيث طلب العفو، ولم يشفع له كونه في مكة المكرمة، فكيمياء المخ قد اختلطت، ولم يكن ليعيد اتزانها - بمشيئة الله - إلا بضعة أقراص من دواء.. لم يجد من يرشده إليه، أقول هذا لأني أجد أن إلقاء اللوم كله على المنتحر غير سليم، هو أمره إلى الله، وقد أفضى إلى من هو أرحم به، لكن من لمجتمعاتنا يصحح لها مفاهيمها!؟

على أبواب الامتحانات

ورد إلي سؤال من إحدى الطالبات تقول: إنها مقبلة على امتحان الشهادة الثانوية، وهي تذاكر باستمرار، ولكنها تنسى، وتطلب حلاً لمشكلتها، ثم أرسلت إلى بعد ثوان معدودة رسالة تستعجل فيها الرد!

وأود هنا بعد أن رددت عليها أن أوسع الإجابة، وأنقلها هنا تعميماً للفائدة، ففي هذه الأيام يستعد أبناؤنا الطلاب لامتحانات الشهادة بمرحلتيها: الأساسية والثانوية، ويتساءل كثيرون نفس هذا التساؤل. وهذه إجابة فيها شيء من الاختصار بما يناسب هذه المساحة.

مشكلتنا أننا نريد أن نحقق في امتحان الشهادة من التحصيل الأكاديمي والنسبة المئوية ما لم نحققه في السنوات التي قبله.. لذلك تجد كثيراً من الأسر تضغط على أبنائها، وتجتهد معهم فقط في السنة الثالثة من المرحلة الثانوية، وربما في النصف الثاني

منها فقط!! وهذا لا يستقيم، ولا يؤتي ثماراً في الغالب.. بل إذا أردت أن تكون نسبتي عالية في امتحان الشهادة فيجب أن أستعد قبل سنوات، وأحرز نفس النسبة أو أعلى في السنوات التي قبلها.. فالعلوم متصلة ببعضها، والسنة الثالثة مبنية على السنوات السابقة، وكما قال المثل العربي: إن الدابة لا تُسمَّن في أسفل العقبة! فمن عزم على السفر فعليه الاعتناء بدابته قبل السفر بفترة، ولا يتركها هزيلة، وينتظر حتى إذا بلغت العقبة وضع لها العلف..!

وليعلم الطلاب أنه ليس هناك دواء للحفظ.. وإنما التمرين المتواصل.. فكلما حفظت أكثر كلما سهل عليك المزيد من الحفظ، تماماً كتمرين العضلات، وهذا يظهر أثره بمرور الأيام، وليس بين يوم وليلة.

وأكثر ما ننساه من المعلومات لم نكن في الأصل قد حفظناه وثبتناه بالقدر الكافي.. لماذا لا ننسى سورة الفاتحة مثلاً.. لأننا ثبتناها جيداً، ونثبتها يومياً بالتكرار.. ولذا فإن أول وأهم وسيلة للحفظ وأكثرها انتشاراً عبر الزمان والمكان هي التكرار، وإذا كررت المعلومة ثلاث مرات أو خمساً لأحفظها ثم نسيتها..

فهذا يعني أنني أحتاج لتكرار المعلومات عدداً أكثر من ذلك وهكذا..

من الوسائل الأخرى: الحرص على الفهم، فمن الصعب أن أحفظ شيئاً لا أفهمه، وكلما عمقت فهمي للموضوع كلما سهل علي حفظه. ومن المهم تهيئة مكان الاستذكار ليكون هادئاً بعيداً عن الضوضاء خالياً من المشغلات والملهيات.. واغتنام الأوقات التي يكون فيها الذهن أصفى كالصباح الباكر وفي المساء، ومن المهم أخذ قسط كاف من النوم لتجديد النشاط الذهني، ومن المفيد التنويع بين المواد أثناء المذاكرة طرداً للملل.. وتقسيم وقت المذاكرة إلى وحدات صغيرة لنقل نصف ساعة مثلاً.. يفصل بين كل وحدة والتي تليها بفاصل قصير يتضمن حركة.. ولو أن يكون شرباً لكوب ماء أو صلاة أو نحوه.. وعلى كل حال لا بد من بذل الجهد والتحمل والمثابرة..

والله الموفق..

نكات مساطيل!

كثير من النكات التي يتداولها الناس تتحدث عمن يسمون المساطيل، وتُروى على ألسنتهم، والمساطيل لمن لا يعرفهم: جمع مسطول، وهو متعاطي المخدرات (وعلى وجه الخصوص الحشيش أو البنجو) عندما يكون تحت التأثير المباشر له. فينسبون إلى هؤلاء قدراً كبيراً من الردود الطريفة والتعليقات المرحة المثيرة للضحك، وتجد هذه النكات رواجًا كبيراً بين الناس، فلا تكاد تظهر نكتة منها إلا وتجوب أطراف البلاد في وقت وجيز، ويتناقلها الصغار والكبار، والرجال والنساء، ولا شك عندي أن لهذه النكات أثراً سلبيًا على مفاهيم الناس وعلى نظرتهم لمتعاطي المخدرات، فهي تعطي نوعًا من القبول لهذه الفئة، فلا يعود الناس يستهجنون ويستنكرون الفعل، بل قد تساعد هذه النكات في بعض الأحيان على بث الإعجاب بشخصيات المساطيل «المرحة» و«دمهم الخفيف»، مما قد

يوجد عند بعض الشباب الرغبة في تقليدهم والاتصاف بصفاتهم.

ولا أدلَّ على خطر هذه النكات من أن كثيراً من الناس صار متقرراً عندهم أن متعاطي المخدرات «المسطول» خفيف الظل وسريع البديهة وحاضر الذهن!! للأسف بعض الناس صدق هذه الخرافة! هي بالفعل خرافة، بل خرافة ساذجة! والمتقرر عند المختصين بل عند العقلاء أن المخدرات تسلب المتعاطي ما كان لديه من قدرات، وتشوش عليه ذهنه، وتضعف تركيزه وذاكرته، ويعود في أحيان كثيرة غير قادر على اتخاذ القرار السليم، ومن المضحك أن ينسب إلى «المسطول» سرعة البديهة والرد الحاضر، على الرغم من أن الثابت علمياً أن تعاطي الحشيش (البنجو) يؤدي إلى بطء الاستجابة وتأخر رد الفعل، فمتعاطو الحشيش يحتاجون لزمن أطول من غيرهم لاتخاذ ردة فعل، بغض النظر عن محتواها وصحتها ومناسبتها للموقف، فكيف يروي البعض نكتة تورد على لسان «المسطول» تعليقاً سريعاً لاذعاً، لو اجتمعت لجنة خبراء ما استطاعت صياغة مثله!! هذا مخالف للواقع تماماً.. وقد رأينا من مدمني الحشيش من تكلمه فينظر إليك نظرة خاوية ويعجز عن الرد، ومن يسيل

لعابه ومخاطه على وجهه فلا يهتدي إلى مسحه، ومن لا يستطيع أن يستقر على كرسي العيادة لحظة فيسقط على الأرض، ومن يهذي بكلام غير مفهوم ويتصرف تصرفات يترفع عنها الأطفال!

أنا لا أقول هذا من باب الإساءة أو السباب، ولكني مضطر لوصف بعض هذه الأحوال؛ ليعلم القارئ الفرق الشاسع بين ما تصفه تلك النكات وبين الواقع، ولعل هناك من يتعمد تأليف ونشر هذه النكات من أجل تحسين صورة المدمن، وإضفاء بعض المقبولية على السلوك الإدماني، ومع أن أكثر الناس يساهم في نشرها بحسن نية إلا أنني من هذا المنبر ومن منطلق واجبي كمختص أنصح وبشدة بعدم نشر أي نكتة من هذا النوع، حتى لا نكون ساهمنا من حيث لا نشعر في الدعاية إلى الإدمان، وإلى طريقه المظلم، وهاويته السحيقة!

المدمن: نعالجه أم نعاقبه؟

كثيرا ما يُوجَّه إلي هذا السؤال من طلابي في كلية الطب ومن غيرهم، خاصة عندما تُعرض حالة أحد المدمنين للخمر أو المخدرات، فيمضي النقاش في الأعراض والعلامات والتشخيص والعلاج، دون أن يأتي في أثناء ذلك أي ذكرٍ للعقوبة من قريب أو بعيد.. فيسأل بعضهم أحيانًا: هذا المدمن هل نعالجه فقط أم نعاقبه أيضًا؟ فنحن نعلم أن شارب الخمر له عقوبة مقدَّرة، فإن كنا سنعاقبه فمتى تكون العقوبة قبل العلاج أم بعده؟

وللجواب على هذا السؤال أقول: إن شرب الخمر يترتب عليه حد شرعي، هذا حق.. لكن المناط به تطبيق هذا الحد هو السلطان أو من وكَّله السلطان بهذا وهي الجهات القضائية، وليس لأحد من أفراد الناس تطبيق حد من الحدود، ولهذا فإن السؤال عن العقوبة ليس صالحًا أن يوجه إليَّ أو إلى غيري من الأطباء، فلسنا المسؤولين عن تطبيقها، بل ولا التبليغ عنها، فإن الأصل أنه

ينبغي الستر على المسلم إذا ابتلي بمعصية، وعدم فضحه أو رفع أمره للسلطان ما لم يكن مشتهراً بالفساد داعياً له، لقول النبي صلى الله عليه وسلم: (من ستر عورة أخيه المسلم ستر الله عورته يوم القيامة، ومن كشف عورة أخيه المسلم كشف الله عورته، حتى يفضحه الله بها في بيته) رواه ابن ماجة، وصححه الألباني.

والغالب أن المدمن الذي يراجع الأطباء النفسيين أو مراكز علاج الإدمان إنما جاء طلباً للعلاج، ورغبة في التخلص من هذا البلاء، وهذا يدل على عدم رضاه عنه، وإلا لو كان راغباً في الاستمرار في التعاطي فلماذا أتى؟ والمعلوم أن دور المختصين في الطب النفسي مساعدة المدمنين في التخلص من هذا الداء بأنواع المعالجات المختلفة.

ثم إن هناك فرقاً بين ما نتحدث عنه كأطباء، وبين ما تتناوله الجهات القضائية، فنحن يعنينا الإدمان كمرضٍ له معايير تشخيصية محددة، بينما الجهات القضائية يعنيها مجرد شرب الخمر، والفرق واضح، فما كل من شرب تنطبق عليه المعايير التشخيصية للإدمان ولو كان مكثراً، فليس التشخيص مرتبطاً مباشرة بالقلة والكثرة، بينما كل من شرب تنطبق عليه معايير

الجهات القضائية إذا رفع إليها، وبعبارة أخرى: فالفرق بين التعاطي والإدمان هو الفرق بين الخطيئة والمرض، أما الخطيئة فحقها أن يحذر منها وينفر، وأن يعاقب عليها ويحاسب، وأما المرض فحقه أن يعالج.

أخيراً.. إذا كنا كجهات طبية علاجية لا نعاقب مدمن الخمر أو المخدرات الساعي للعلاج، ولا نقدمه إلى الجهات القضائية لتعاقبه، فهل نحن نوفر له الحماية الكاملة بمعنى أننا نمنع السلطات إذا ضبطته يوماً من الأيام في حالة سكر مثلاً من أن تطبق عليه الحد؟ الجواب: لا.. لأنه لا حق لنا في منع الحدِّ عنه إذا وجب عليه شرعاً، وليس لنا التدخل في مثل هذا، ولأنه لو عاد إلى التعاطي فهذا يعني أنه أخل بعقد العلاج بينه وبين من يعالجه، ثم إن المدمن نفسه قد يستفيد من هذه العقوبة ارتداعاً وانزجاراً، وهو مما شرع الحد لأجله، بينما لو أمن العقوبة فإنه يسهل عليه الاستمرار في التعاطي، وهذا يتعارض حتى مع المقصود من العلاج.

إذن فلكل من المؤسسات العلاجية والجهات القضائية دوره الذي يؤديه، ومهمته التي يقوم بها، ولا تعارض بين المهمتين، بل تكمل كل منهما الأخرى.

هل المرض النفسي وراثي؟

من المعلوم لدى الأطباء أن كثيراً من الأمراض ينتقل عن طريق الوراثة، وأن البعض الآخر له علاقة بالوراثة بصورة أو بأخرى، وكلما تقدم العلم اتضحت مزيد من العلاقات بين الجينات التي تحمل الصفات الوراثية لدى البشر وبين الأمراض التي تصيبهم، وليست الأمراض النفسية بعيدة عن هذا، فهي لا تختلف عن غيرها من الأمراض في أن لها علاقة بالوراثة، ففي العديد من الأمراض النفسية تزداد نسبة إصابة شخص ما إذا وجد قريب له من الدرجة الأولى مصاب بهذا المرض. وقد أثبتت ذلك الدراسات المتتالية على مدى عقود من الزمان. ومن تلك الدراسات ما يسمى بدراسات التبني التي أجريت في الغرب في وقت سابق، حيث أخذ الباحثون عدداً من الأطفال لآباء مصابين بالفصام، وتم تبنيهم وتربيتهم لدى أسر لا يعاني أحد أفرادها من هذا المرض، وتمت متابعتهم على مر السنين، فكانت نسبة الإصابة بمرض الفصام عالية فيما بينهم، على الرغم من عدم

تواصلهم مع آبائهم المرضى. وبغض النظر عن الجوانب الأخلاقية لهذا النوع من التجارب إلا أنها أظهرت بوضوح علاقة الفصام بالوراثة.

ونوع آخر من الدراسات التي أجريت لتأكيد دور الوراثة في الإصابة بالأمراض النفسية وغيرها، هو ما يعرف بدراسات التوائم، حيث يتم مقارنة التوائم المتماثلة (وهي التي نشأت من بويضة مخصبة واحدة) والتوائم غير المتماثلة (وهي التي نشأت من بويضتين)، فوجد أنه إذا كان أحد التوأمين مصابًا بالفصام، فإن احتمال إصابة توأمه بنفس المرض تكون أكبر إذا كانا من التوائم المتماثلة، حيث تصل إلى حوالي ٤٨٪، مقارنة باحتمال الإصابة إذا كانا من التوائم غير المتماثلة، وهو يقدر بنحو ١٧٪ فقط.

والمقصود مما سبق توضيح أن أكثر الاضطرابات النفسية لها تعلق بالوراثة، ولكن هل معنى ذلك أن كل مصاب بمرض نفسي سينقل هذا المرض إلى أبنائه؟ كلا.. فهناك عوامل أخرى تشترك في تسبيب المرض النفسي؛ كعوامل البيئة والتنشئة وأحداث الطفولة المبكرة، ومراحل الحياة المختلفة التي تشكل التركيبة

النفسية للشخص، والتي تساهم بدورها في تحديد قابلية الشخص للإصابة بالمرض النفسي، هذا بالإضافة إلى مستويات النواقل الكيميائية ومستقبلاتها في الجهاز العصبي، إلى آخر العوامل المسببة.

ولهذا فإن الإنسان لا يرث المرض من أبيه أو أمه، ولكنه قد يرث القابلية، وقد لا يرثها، وإذا ورث القابلية فهي لا تؤدي بمفردها لحدوث المرض ما لم تشترك معها عوامل أخرى. إذن من الصعب تحديد احتمال الإصابة بالمرض النفسي لدى أبناء المرضى على وجه الدقة، لكثرة العوامل وتداخلها.

وإذا فهمنا هذا فإننا لن نستغرب إن رأينا مرضى نفسيين يتزوجون فينجبون أبناء أصحاء نجباء. وفي المقابل نرى آباء أصحاء وأبناؤهم مرضى، وحكمة الله بالغة.

كلمات مدمرة!

في أثناء محاضرته بالجامعة سأل الأستاذ طلابه سؤالاً صعباً، فسكت الجميع إلا طالبة واحدة رفعت يدها تعلن عن استعدادها للإجابة، ثم قامت فأجابت إجابة نموذجية كاملة أدهشت الأستاذ الذي لم يتوقع أن أحداً يستطيع أن يجيب، فكان رد الأستاذ مباشرة: إنتي عايدة السنة ولا شنو؟! عندها تحولت نظرات الإعجاب في أعين الطلاب إلى نظرات سخرية، وعمت القاعة موجة من الضحك!!

لقد نجح رد الأستاذ ـ سواء قصد أو لم يقصد ـ في تبديل إحساس الفخر لدى تلك الطالبة النجيبة بإحساس الغبن المرير، وانتزع منها لحظة انتصار مستحقة؛ ليحل محلها الحرج، وربما الندم على التبرع بالإجابة.

لا أدري ما الذي دفع الأستاذ ليرد بذلك الرد، ربما خانه التعبير عندما أراد أن يعبر عن دهشته لإجابة لم يتوقعها، وربما أراد أن يقول إنه لا يعرف الجواب إلا من درس هذا المقرر من

قبل، بل ربما كان قصده الثناء! لكن المؤكد أن الرد لم يكن موفقًا على الإطلاق. وفي ظني أن تلك الطالبة قد لا ترفع يدها ثانية للإجابة على أي سؤال لهذا الأستاذ، بل ربما لأي أستاذ غيره مستقبلاً.. وبالتالي تنضم إلى تلك الحجارة الصماء البكماء، وهي العنصر المميز لأي مجموعة دراسية، أعني تلك الفئة التي لا تشارك ولا تنبس في المحاضرة ببنت شفة مهما سئلت، فلا يعلم الأستاذ هل فهموا أم لا، وهل سمعوا أصلاً أم لا، ولا يحس منهم من أحد ولا يسمع لهم ركزاً!

إن هناك بلا شك عدداً لا يحصى من مثل هذه التعليقات القاسية المحرجة تنطلق باستمرار في فصولنا الدراسية وفي قاعات المحاضرات، وهي رافد من الروافد السيئة التي تغذي المخاوف الاجتماعية لدى أبنائنا وطلابنا، فيجعلهم عاجزين عن الكلام أمام زملائهم إذا طلب منهم ذلك، عاجزين عن المشاركة في السمنارات، مرتبكين إلى درجة الانهيار في الامتحانات الشفهية أو العملية، كل ذلك من شأنه أن يزيد من الإحساس بالدونية والتردد وضعف الشخصية، ويحجم لديهم مساحات الابتكار والإبداع.

إن التعليق اللاذع في غير مكانه سلاح فتاك، وهو أقسى على الطالب من الضرب في كثير من الأحيان، خاصة عندما يكون علانية وسط زملائه الطلاب. وقديماً قالوا:

جراحات السنان لها التئام.. ولا يلتام ما جرح اللسان

فيبقى ألم تلك الكلمات الجارحة، ينساها القائل، ولا ينساها من قيلت له، كما أن الصافع قد ينسى الصفعة، والمصفوع لا ينسى!

هل «السيلفي» مرض نفسي؟

في قمة جبل.. فوق سطح برج.. على حافة هاوية.. أو حتى جوار فوهة بركان.. لا تستغرب.. فهذه صورة سيلفي!

نزعة غريبة انتشرت بين الشباب، وهم يحملون هواتفهم الذكية، ويرفعها أحدهم كأنما يتقي بها حر الشمس، ولا عجب فحجم الجوال الكبير يصلح للاستظلال بظله! ولكن صاحبه الشاب لا يقصد ذلك، وإنما يريد أن يلتقط صورة سيلفي! يظهر فيها وجه الشاب مع خلفية ما.. أو وجهه مصحوبًا بعشرات الأوجه الأخرى التي تحجب الخلفية نفسها!

هذه النزعة التي صدق من سماها «حمى» السيلفي تجاوزت مجرد تسجيل لحظات جميلة أو الاحتفاظ بذكرى نادرة، إلى سعار محموم لالتقاط أكبر عدد من الصور وأغرب ما يمكن منها.. حتى سمعنا عمن يلتقط مع صديقه صورة سيلفي أثناء حريق هائل في فندق ضخم يظهر في خلفية الصورة.. وعن آخر

يلتقط صورة سيلفي مع جده المتوفى في أحد المستشفيات، وينشر الصورة في أحد مواقع التواصل الاجتماعي، ويكتب تعليقًا عليها: «باي باي جدو!»

لا يهم مدى المخاطرة أثناء التقاط صورة السيلفي، بل يبدو أن هواة تلك الصور يفضلون التعرض لبعض المخاطر، كذلك الشاب الأمريكي الذي التقط لنفسه صورة سيلفي، وهو يركض في حلبة مصارعة الثيران هربًا من ثور هائج.. وكتلك الفتاة الروسية البالغة من العمر ١٧ عامًا، والتي أرادت التقاط صورة سيلفي مثيرة أثناء مرور القطار فوق سكة حديدية، فكان أن فقدت توازنها واضطرت للإمساك بكابل كهربائي، مما أدى إلى صعقها بقوة تفوق ١٥٠٠ فولط!

وقد شمل التنافس أيضًا عدد الأشخاص الذي تشملهم الصورة، حيث سجلت بنغلاديش أكبر صورة «selfie» حيث تم التقاط الصورة بحضور 1151 شخصًا! ووصلت الظاهرة إلى المساجد، فالتقط البعض صوراً على طريقة السيلفي من داخل الحرم المكي، وبعضهم خلال أداء فريضة الحج، بل وشوهد أحدهم يصور نفسه وهو يصلي!

وكشفت شبكة «تويتر» عن الازدياد الكبير في نشر الصورة الشخصية «سيلفي» من قبل مستخدميها خلال العام ٢٠١٤م، حيث جرى استخدام مصطلح «سيلفي» أكثر من ٩٢ مليون مرة على «تويتر»، بزيادة قدرها ٥٠٠٪، وأكثر من ١٢ ضعف مرة عن استخدامه في العام السابق. وكانت «ياهوو» نشرت دراسة في العام ٢٠١٣م توقعت فيها أن يجري التقاط ٨٨٠ مليار صورة، أي: بما يعادل ١٢٣ صورة لكل واحد من سكان الأرض خلال العام ٢٠١٤م، أكدت وقتها أن الكثير منها سيكون من نوع سيلفي.

هذا الإصرار الشديد على التقاط صور السيلفي، وهذا التعلق بل السعار المحموم لأخذ المزيد والمزيد منها، ونشره في مواقع التواصل الاجتماعي، دون مراعاة للمخاطر التي يمكن حدوثها، ولا قدسية المكان والزمان، ولا حرمة الموتى، كل ذلك جعل العديد من الأطباء والمختصين النفسيين يتساءلون عما إذا كان ذلك داخلاً في نطاق أي من الأمراض النفسية المعروفة، أو أنه يمكن أن يكون اضطراباً جديداً.. فبينما يرى البعض أنه نوع من الإدمان، يقول آخرون: إنه قد يكون أحد المؤشرات الأولية

للإصابة باضطراب تشوه صورة الجسم، أما الشيء المؤكد فهو أن هذه الظاهرة ينبغي أن تحدد وتقيد، ويوضع لها ضوابط ومحاذير حتى لا يحدث ما لا يحمد عقباه.

فكرة وسواسية!

جاءني شاب في العيادة يشتكي من بعض الأعراض النفسية، وأكثر ما كان يزعجه هو نوع من الأفكار التي تفرض نفسها عليه، فيجد نفسه يفكر فيها أكثر مما تستحق. بل تضيع عليه وقته، وتسبب له القلق، فلا هو يرتاح إذا فكر فيها، ولا هو يرتاح إذا حاول تجاهلها، وليس لتلك الأفكار نهاية. لكنني أروي لكم واحدة من تلك الأفكار باعتبارها كانت أهمها، وأكثرها سيطرة في ذلك الوقت على الرغم من تعقيدها وغرابتها..

يقول المريض (ولنفترض أن اسمه محمد): إن له أخوين (مهند ومرتضى)، وله عم لديه ثلاثة أبناء أسماؤهم: ماجد ومؤيد ومصعب، (وبالطبع استبدلت الأسماء الحقيقية بأسماء أخرى، ولكنها تؤدي الغرض.. كما سيتضح للقارئ).

قلت لمريضي: ما المشكلة إذن؟

قال: إن أحد أبناء عمه قد توفي.. والفكرة التي صارت تسيطر

عليه أخيراً هي أنه سيموت كما مات ابن عمه..

قلت له: إننا جميعا سنموت. فما الجديد في الأمر؟

قال: إن الفكرة هي أنه سيموت قريباً.. فكما مات أحد الإخوة الثلاثة أبناء عمه في شبابه، فسيموت هو باعتباره أحد ثلاثة إخوة.

قلت له: فلماذا ظننت أنك التالي؟ لماذا لم تفترض أن أحد أخويك سيكون الأسبق؟

قال: إن أولئك الأشقاء الثلاثة تبدأ أسماؤهم بحرف الميم، والذي مات منهم هو الوحيد الذي يبدأ اسمه بميم مفتوحة (ماجد) وبقي الاثنان الآخران..

ونحن الأشقاء الثلاثة كذلك تبدأ أسماؤنا بحرف الميم، وأنا الوحيد منهم الذي يبدأ اسمي بميم مفتوحة! وعليه فأنا قلق جداً بشأن الموت.. ولا تكاد تفارق هذه الفكرة ذهني.. على الرغم من أنني أحس أحياناً بعدم منطقيتها!

قد يقول قائل: إن التفكير في الموت وعدم نسيانه قد يكون مطلوباً من الناحية الدينية؛ ليدفع الإنسان إلى إصلاح عمله، لكن

هذا الشخص كان مريضاً بالوسواس القهري الذي يتميز بهذه الأفكار الملحة، والتي تسبب له القلق بسبب عجزه عن مقاومتها.. وفي الغالب لا تدفعه تلك الفكرة للاستعداد للموت بفعل الصالحات مثلاً؛ كما هو الحال في الأصحاء.

والمعلوم أن مريض الوسواس يحاول مغالبة الفكرة، لكنه لا يفلح في ذلك لأسباب، منها أن المرض يحتاج للعلاج الدوائي في أكثر الأحيان؛ لتصحيح الخلل الكيميائي وإعادة الاتزان إلى النواقل العصبية، ومنها أن المريض لا يغالب الفكرة بالطريقة الصحيحة، والتي ربما نفرد لها مقالاً آخر.

نعود إلى صاحبنا صاحب القصة.. عندما تأكدت من التشخيص، أخبرته بكيفية العلاج، لكنه تردد في قبوله عندما علم أنني سأعطيه دواء.. فلما هم بالانصراف قلت له ممازحاً: بالمناسبة اسمك محمد ينطق بالعربية الفصحى بضم الميم، ولا يبدأ بميم مفتوحة كما تظن.. لذلك لا داعي لأن تظن أنك التالي.

وقف المريض لحظات يتأمل، ثم تهللت أسارير وجهه، ومضى سعيداً.

أنا أعلم أن هذا ليس علاجاً، لكنه لم يقتنع بأن يبدأ العلاج، وبالفعل عاد المريض في الأسبوع القادم يطلب العلاج الذي لم يقبله أولاً.. لأن الأفكار عادت إليه بنفس الشدة والضراوة، ولكن بشكل آخر: إنه سيموت لأنه يسكن البناية الثالثة من أول الشارع، وقد مات قبل فترة رجل يسكن في البناية الثالثة في شارع قريب!!

وخلاصة القول: إن الأفكار الوسواسية لا تزول بمجرد معرفة صاحبها أنها خاطئة، أو سخيفة، بل لا بد في كثير من الحالات من تناول الدواء الذي يعيد الاتزان الكيميائي للنواقل العصبية.

أنفق تسعد!

السعادة كلمة رنانة تهفو إليها القلوب، اجتهد الناس من أجلها كثيراً، واختلفوا في كيفية الحصول عليها، وأكثر الناس درجوا على ربط السعادة بالمال، فصاحب المال الوفير والأرصدة المتضخمة عندهم هو السعيد، حتى صار ذلك حقيقة مسلمة عند غالب الناس، ولا شك أن المال مرتبط بالسعادة بصورة أو بأخرى، لكن القول بأن مجرد امتلاك المال كفيل بتحقيق السعادة أمر يكذبه الواقع. إذن فارتباط السعادة بالمال له وجه آخر، وهو ما أشار إليه بعض الباحثين مؤخراً في أبحاث أجريت على عدد من الناس بخصوص إحساسهم بالسعادة، حيث قال باحثون كنديون: إن ما يجعل المرء سعيداً هو إنفاق المال على الآخرين لا امتلاكه!

وذكر فريق باحثين في جامعة بريتيش كولومبيا أن إنفاق 5 دولارات فقط على الآخرين يساعد على الشعور بالسعادة. وذكرت هيئة الإذاعة البريطانية «بي. بي. سي» إن البحث أظهر أن الناس الذين حصلوا على مكافآت، وأنفقوا جزءاً منها على

الآخرين كانوا أكثر سعادة من أولئك الذين أنفقوا المكافآت على أنفسهم. وقال عالم نفس بريطاني: إن الأعمال الخيرية تحسن نظرة الناس إلى أنفسهم وإلى غيرهم. وكان الباحثون قد أجروا مسحًا شمل ٦٣٠ شخصًا، تم سؤالهم عن مدى سعادتهم، وعن دخلهم السنوي وإنفاقهم الشهري وفواتيرهم وهداياهم لأنفسهم وللآخرين، بالإضافة إلى تبرعاتهم لأعمال خيرية.

وقالت البروفيسور إليزابيث دان التي قادت البحث: «أردنا اختبار نظريتنا القائلة إن طريقة إنفاق المال مهمة ولو بقدر جنيه». وأضافت دان: «بغض النظر عن قيمة الدخل الشخصي، تبين أن الذين أنفقوا المال على الآخرين كانوا أكثر سعادة في حين أن الذين أنفقوا مالهم على أنفسهم لم يكونوا سعداء». وقيم فريق البحث سعادة ١٦ موظفًا في شركة في بوسطن قبل وبعد تلقيهم مكافأة تتراوح قيمتها بين ٣٠٠٠ و٨٠٠٠ دولار. فتبين أن قيمة المكافأة لا تهم، وإنما كيفية إنفاقها. وتبين أيضًا أن الذين اشتروا بجزء من مكافأتهم هدايا للآخرين، أو تبرعوا بالمال للأعمال الخيرية كانوا أكثر سعادة من الموظفين الذين أنفقوا مالهم على شراء حاجاتهم الشخصية.

وفي اختبار آخر، أعطى الباحثون 46 شخصاً 5 أو 20 دولاراً، وطلبوا منهم صرفها قبل الخامسة بعد الظهر، فقام نصفهم بإنفاق المال على أنفسهم، فيما صرف النصف الآخر المال على الآخرين. وتبين أن من صرفوا المال على الآخرين أحسوا بسعادة أكبر في نهاية النهار أيًا كانت القيمة التي حصلوا عليها. وقالت دان: «تعطينا هذه الدراسة دليلاً على أن طريقة إنفاق المال مهمة كثيراً في مسألة سعادة الناس». وأضافت: «إن إنفاق المال على الآخرين قد يشكل طريقاً فعالاً باتجاه السعادة أكثر من الإنفاق على أنفسنا».

وعلى الرغم من أن هذه الدراسات التي أجريت وغيرها هي عرضة للنقد والأخذ والرد، لكن ما تدل عليه هو أمر مشاهد، فإننا نرى المحسنين المنفقين مرتاحي الضمير هانئي البال، ذلك أن من عود نفسه على البذل والعطاء، لم يكن قلبه متعلقاً بالمال شديد الشغف به والحرص عليه، ومن أسباب الضيق والتعاسة: شدة التعلق بالمال والحرص عليه، فيهتم لتحصيله وجمعه، ويهتم لتحريزه وحفظه وحراسته، ويغتم إذا نقص منه شيء، وهكذا..

إذن أنفقوا أيها الناس تسعدوا وتهنؤوا..

البحث عن أصدقاء السوء!

من هم أصدقاء السوء هؤلاء؟ هل لهم وجود فعلاً على أرض الواقع؟ هل هم أناس حقيقيون أم كائنات من كوكب آخر؟

أسئلة كثيراً ما أطرحها على نفسي وأنا أقابل أسر المدمنين والمتعاطين للمواد المؤثرة عقلياً.. حين تقول الأم في لوعة: إن ولدي كان متفوقاً في الدراسة، وكان حسن الأخلاق، وكان مؤدباً مهذباً، وكان وكان.. ـ إلى آخر قصيدة المدح المعتادة ـ ولكن أصدقاء السوء أفسدوه! وتقول الأم الأخرى: إن ولدي كان وكان.. ولكن المشكلة كلها من أصدقاء السوء!

حتى ذلك الشاب الذي لم يكن يتعاطى المخدرات إلا مع ابن خالته، تصر أمه أن من أفسد ولدها هم أصدقاء السوء، وتقول خالته الكلام نفسه عن ولدها!

وأكاد أجزم أنه لو اجتمعت كل أمهات الشباب المدمنين، أو المتعاطين للمواد المخدرة في السودان، وسألناهن، لألقين

جميعـًا باللائمة على أصدقاء السوء! فمن هم أصدقاء السوء إذن؟؟

هل المفترض في صديق السوء أن تكون له قرون؟! أو تكون له أنياب ومخالب؟! أو يكون محمر العينين زائغ النظرات؟! كلا بالطبع.. إنه قد يكون ذلك الشاب الوسيم الذي يرتدي ملابس راقية، ويضع عطوراً فاخرة.. ليس بالضرورة أن يكون من «أولاد الحرام» كما يقولون، بل قد يكون من أسرة معروفة مجاورة.. ليس بالضرورة أن يكون عاطلاً أو متشرداً كما يفترض البعض.. بل ربما كان طالبـًا مع ابنك في الجامعة.. أو زميلاً له في العمل.. أو جاراً له في الحي.. بل أذهب بك أبعد من ذلك.. لأقول ربما كان ابنك نفسه!!

أكثر من واحد من أولئك الذين تزعم فيهم أمهاتهم البراءة والطهر، وتلقي باللائمة على «أولاد الحرام» حسب قولها، اتضح لما قابلته أنه «معلم كبير» وأنه زعيم الشلة، وهو الذي يوفر لهم الإمداد المنتظم من المواد المخدرة!

هل يمكن أن تتصور هؤلاء الأمهات الملتاعات أن أبناءهن هم أصدقاء السوء المزعومون هؤلاء؟! هم الذين أغروا غيرهم

بالتعاطي، وشجعوهم بالقول أو الفعل.. وزينوا لهم التعاطي، فاقتدوا بهم.

يجب أن نكف عن اعتقاد العصمة في أبنائنا، وتصوُّر أنهم ملائكة أطهار لا يعصون الله ما أمرهم ويفعلون ما يؤمرون! إن هذا الاعتقاد مضرٌّ بهم في المقام الأول، فهذه الثقة العمياء تحرمهم من فائدة الرقابة الأسرية، والتي من ثمرتها التوجيه والتقويم والتسديد.

أبداً ما عندنا!

«أبداً يا دكتور.. ليس لدينا مريض نفسي في الأسرة..»

هكذا يجيب كثير من الناس عند سؤالنا لهم في العيادة عن التاريخ الأسري للمرض النفسي، وهو سؤال معتاد لدينا ولدى زملائنا الأطباء في التخصصات المختلفة؛ لما للبعد الوراثي من أهمية عند دراسة الحالة المرضية. غير أن أقارب المريض النفسي يسارعون إلى نفي وجود أي تاريخ مرضي نفسي في الأسرة، ويجتهدون في ذلك أحياناً كأنما هي تهمة مشينة لا بد من نفيها وإنكارها، بينما لا يفعلون الشيء نفسه عند الحديث عن مرض آخر كالضغط والسكري. وهذا جانب مما يعرف بوصمة المرض النفسي، والتي نسعى جاهدين للتخلص منها أو تخفيفها على الأقل. حتى يصبح كل إنسان قادراً على استشارة الطبيب النفسي دون أن يخشى «تشويه سمعته» أو وصمه بالجنون أو نحو ذلك!

لكن يبدو أن الطريق أمامنا لا يزال طويلاً، قبل أيام جاءتني

إلى العيادة امرأة تعاني اضراباً نفسياً، سألت أسرتها عن التاريخ المرضي الأسري ضمن ما أقوم به من أخذ تفاصيل الحالات المرضية، فأنكروا بشدة، واجتهدوا في الإنكار، وفي أثناء ذلك كانت إحداهن تقول عبارات من قبيل:

«أبداً!! ليس لدينا هذا المرض.. إنما نسمع به عند الآخرين! »

ثم بعد قليل تقول: «خالها ما أصابه هذا المرض إلا بعدما كبر في السن..»

«وأختها.. أبداً!! ما ظهرت عليها أعراض إلا بعد أن وضعت مولوداً!»

وفلانة وفلان.. وعددت جماعة!!

ثم هي تصر على أنه ليس لديهم هذا المرض في الأسرة!!

هناك حالات أخرى تنفي فيها أمُّ المريض بشدة أن يكون لديهم أي تاريخ مرضي في الأسرة، ولكن عندما تعدل صيغة السؤال إلى: هل في أسرة زوجك (والد المريض) أحد مصاب باضطراب نفسي؟ تكون الإجابة بالإيجاب!!

وليس وجود تاريخ مرضي نفسي في الأسرة كارثة أو مشكلة

خطيرة.. فأغلب الأسر لديها تاريخ مرضي، إن لم يكن للمرض النفسي فلغيره، ولن يغير كثيراً في نوع العلاج أو طبيعته، بقدر ما يعطي فهماً أوسع للحالة المعينة. لكن إنكاره بهذه الشدة مؤشر على مدى استبشاع الناس لهذا المرض للأسف، لدرجة الاستماتة في الإنكار.

هل يمكن أن نصل يوماً ما لمرحلة أن يصبح التعامل مع المرض النفسي كالتعامل مع سائر الأمراض الأخرى، بلا خجل أو شعور بالذنب أو المهانة؟ نتمنى ذلك.

عمر الزهور!

عمر الزهور وَصفٌ عامٌّ من الصعب إيجاد تعريف دقيق له يحدد بدايته ونهايته، لكنه بصورة عامة يطلق على عمر الشباب المبكر، والكلمة شائعة على الألسنة، يتغنى بها الشعراء، ويكثر من استعمالها الأدباء.

وربما كان أصل هذه العبارة ناشئًا من أن الزهور لا تعيش طويلاً، فعمرها قصير مقارنة بالأشجار، أو لأن كلمة الزهور توحي بالنداوة واللين والنعومة، وهي صفات توجد غالبًا في المراحل المبكرة من عمر الإنسان. وكذلك ربما تحمل هذه الكلمة معاني الحيوية والتفاؤل والإقبال على الحياة، وهي صفات تميز هذه المرحلة العمرية.

لكن عمر الزهور هذا هو أيضًا مرحلةٌ عاصفةٌ تمر بها كثير من الأزمات النفسية والعاطفية والاجتماعية، وهي مسرح لكثير من الأحداث المهمة في حياة الإنسان، وهو العمر الذي يبدأ فيه عدد كبير من الاضطرابات النفسية.

فالفصام مثلاً واحد من أهم الأمراض النفسية، يمكن أن يحدث في أي عمر تقريباً، لكن أكثر الحالات تبدأ في العمر ما بين ١٥ ـ ٢٥ سنة بالنسبة للذكور، بينما تكون قمة الحدوث لدى الإناث بعد ذلك. ومرض الاكتئاب النفسي أيضاً يحدث في جميع الأعمار ابتداءً من الطفولة، ولكن قمة حدوثه حسب الإحصائيات هي في سن العشرين وما حولها. وتبدأ حوالي ٧٠٪ من حالات الإصابة باضطراب الوسواس القهري قبل سن ٢٥ سنة، ومتوسط عمر بداية المرض هو ٢٠ سنة.

والانتحار شائع في «عمر الزهور» أيضاً، فهو يشكل رسمياً السبب الثالث لوفيات المراهقين حول العالم!!

والمخدرات والمؤثرات العقلية ليست بعيدة عن المشهد بالتأكيد، فأكثر انتشارها هو في هذه المرحلة العمرية، وقد دلت الإحصائيات والدراسات أن أكثر من ٨٥٪ من جملة متعاطي المخدرات في الدول العربية هم من الشباب!!

وللأسف، فبداية المرض النفسي في مرحلة عمرية مبكرة نذير سيء بطول أمده، وسهولة حدوث الانتكاسة، ورجوع المرض بعد التحسن. وفي المقابل كلما تأخرت بداية المرض كلما كانت التوقعات أفضل.

والذي يهمنا من ذلك أن علينا الانتباه لأبنائنا وبناتنا ومعارفنا ومن حولنا في هذا العمر، قد لا نتمكن من منع حدوث المرض، لكننا نستطيع على الأقل محاصرته وتقليل أثره، وذلك بالاكتشاف المبكر والمسارعة إلى الطبيب النفسي للتشخيص ووصف العلاج، وعلينا أن لا نضيع وقتاً ثميناً في الإنكار، وعدم التصديق المتمثل في محاولات تجاهل المرض، والتقليل من شأن الأعراض، أو الاعتقاد بأنها مجرد سلوكيات مراهقين، وسوف تذهب مع انتهاء فترة المراهقة، أو الطواف بالمريض على مدّعي العلاج باختلاف أنواعهم بعيداً عن الجهة المختصة؛ وهي الأطباء النفسيون. فإن كثيراً من الحالات تمر بجولة طويلة غير مجدية على المعالجين الشعبيين، ثم تصل متأخرة إلى الطبيب النفسي، إن وصلت، بعد معاناة طويلة يشترك فيها المريض وأسرته ومن حوله.

نستطيع بقليل من الوعي أن نجنِّب أبناءنا كثيراً من الويلات والتبعات حتى لا يتحول «عمر الزهور» إلى عمر للأشواك!!

استحضار!

عندما يشك الناس أن شخصاً ما لديه مرض «روحي» كما يسمى.. ولدي تحفظ على هذه التسمية. إذ كيف علمنا أن الروح تمرض؟ والروح من أمر ربي.. إلا إذا قصد القائل الأمراض المجازية: كالشك والشرك والنفاق واتباع الهوى ونحو ذلك.. فهذا شأن آخر. لكنهم يطلقون اسم الأمراض الروحية على المس والسحر والعين.

فعندما يؤتى بالشخص الذي تظن إصابته بأحد هذه الأمراض إلى راق ليقرأ عليه القرآن، فيقرأ وهو يلاحظ حركات المريض وسكناته.. وفي الغالب لا يخرج المريض إلا وقد نال تشخيصاً من هذه التشخيصات بناء على كونه تحرك أثناء القراءة أو لم يتحرك. أحس بصداع أو خفقان أو تسارع في التنفس أو تنميل أو خدر.. الخ. وإذا لم يحس المريض بشيء من ذلك، فإن الراقي غالباً ينفي الإصابة بهذه الأمراض.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا هو: هل هناك دليل شرعي على كون هذه المظاهر المذكورة ـ والمسماة بالاستحضار ـ دليلاً على وجود سحر أو عين أو مس؟

وهل عدم الاستحضار دليل على نفي هذه الأمور؟

إن هذه الفكرة ـ أعني الاعتماد على حصول الاستحضار من عدمه كدليل على الإصابة أو نفيها ـ هو أمر متواتر متعارف عليه بين الممارسين لهذه المهنة، حتى أصبح كالمعتقد لديهم، لا يتنازع فيه منهم اثنان، وصار المناقش له عند بعضهم كالمنكر للمعلوم من الدين بالضرورة. بينما هو سؤال جدير بأن يبحث له عن إجابة.

إن عالم الجن عالم غيب نستقي معرفتنا فيه من طريق الوحيين الكتاب والسنة.. فهل فيهما إثبات هذا المعتقد؟

هل في الكتاب والسنة أن المصاب بالعين مثلاً تظهر عليه أعراض معينة إذا تلي عليه القرآن؟

أو أن المسحور يصاب بالقيء ونحوه إذا تلي عليه القرآن؟

هل هناك دليل واضح صريح في درجة من الصحة والقوة، بحيث يصبح هذا الفهم كالعقيدة رسوخاً...!!

إنني قد بحثت على المستوى الشخصي عن دليل شرعي واضح صريح يؤيد هذا المعتقد فلم أجد، ولا أدعي سعة العلم والإحاطة، ولا زلت حتى هذه اللحظة أرجو ممن لديه دليل أن يمدني به. والذي أعتقده ـ حتى أقف على دليل ـ أن ما يسمى بالاستحضار ليس شرطاً ولا دليلاً قطعياً على شيء، وعليه قد يكون الشخص مصاباً بالعين مثلاً ولا يستحضر، وقد تبدو عليه بعض التغيرات أثناء الرقية، وليس لديه إلا قلق أو اضطراب نفسي.

وعلى كل حال نحتاج لإعادة النظر في هذه المفاهيم.. والله المستعان.

امشوا تصحوا!

يدرك الكثيرون أهمية النشاط البدني والمشي على الصحة الجسدية، إلا أن الأثر الإيجابي للنشاط البدني على الصحة النفسية أقل انتشاراً، ولا يستثمر كما ينبغي. يقول بروفيسور مايكل أتو من جامعة بوستون: النشاط البدني شيء تأخر الأخصائيون النفسيون في تناوله.

وقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن المشي المنتظم من بين الرياضات يخفف التوتر، وهو أمثل علاج للإجهاد، ويحسن الانتباه والتركيز، ويحسن الأداء المعرفي عموماً. كما أنه يحسن المزاج للمرضى الذين يعانون من درجات خفيفة ومتوسطة من الاكتئاب. بل يذهب عالم النفس السريري بروفيسور بلومنثال من جامعة ديوك الأمريكية إلى أن ممارسة النشاط البدني يمكن أن تماثل أثر الأدوية النفسية لمرضى القلق والتوتر ونوبات الهلع، ولمرضى الاكتئاب. كما وجد أن الانتظام في النشاط البدني والمشي يحد من فرص الانتكاس في حدوث حالات الاكتئاب.

بل ذهبت إحدى الدراسات إلى أن مرضى المشكلات النفسية الذين يراجعون العيادات إذا طلب منهم المشي في الممرات قبل العيادة، فإن ذلك يجعلهم مسترخين ومنفتحين أكثر على الحوار أثناء المراجعة. وأثبتت بعض المراجعات البحثية أن المشي يعطي آثاراً أفضل على المشكلات النفسية لدى الإناث أكثر من الذكور، وأن التمارين الهوائية كالمشي أفضل من تمارين المقاومة، ووجدت دراسة نشرت في المجلة الاسكندنافية للطب النفسي أن ارتفاع اللياقة البدنية والجري لم يضف كثيراً إلى التحسن الذي يحدث بالمشي العادي وحده. وهناك الكثير المتناثر عن هذه العلاقة، مما ينبغي جمعه وتبويبه ونشره.

أما كيف يُحسِّن المشي الحالةَ النفسية لمرضى المشكلات النفسية، فيفسره بعض المتخصصين بإفراز مركب السيروتونين ومركبات الإندورفين التي تعمل بعض الأدوية على زيادة إفرازها. كما أن الشعور بالإنجاز والانتهاء من النشاط المطلوب، يشعر المريض بالقدرة على الاختيار والقرار والشعور بالإنجاز. بل إن مجرد بقاء الطاقة الحركية مخزنة وغير مستثمرة في جسم الإنسان هو أقرب للقلق والتوتر مقارنة بما لو تم تحريك تلك

الطاقة. وقد يكون لتسارع التنفس وتراكم كمية أكبر من ثاني أكسيد الكربون أحد الآثار المطلوبة لتحسين أعراض القلق ونوبات الهلع التي يضطرب فيها التنفس من دون داع لذلك.

ومما يفسر آثار المشي على أمراض القلق والتوتر ونوبات الهلع أنه يشتت التركيز بعيداً عن مصادر القلق والتوتر، حيث يبدأ الإنسان أثناء المشي في التركيز على المناظر من حوله، وإلى الشعور بتحرك الأشياء من حوله، والشعور بهبوب الهواء، وإعمال حواس البصر والسمع والشم، كل هذا الانصراف والتشتيت يؤدي إلى الانشغال بأفكار أخرى بعيدة عن مثيرات القلق والتوتر. ومن أقوى الآثار التي تفسر أثر المشي في الأمراض النفسية عموماً أنه يجلب النوم بسهولة ويحسن جودته، مما يحد من حدوث نوبات القلق، ويحسن المزاج في حالات الاكتئاب، ويمثل عامل حماية للدماغ. ولهذا نقول لكل من يشعر بتوتر أو قلق أو إجهاد، بل نقول للجميع: امشوا تصحوا!

ما لا تعرفه عن التدخين!

الكلام عن التدخين كثير ولا ينتهي، وإذا تصورنا أننا نعرف كل شيء عن التدخين وأنه لا جديد يمكن أن يقال، فنحن واهمون، ولعلي أذكر هنا بعض الحقائق الثابتة والمؤكدة عن التدخين وخطره، بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة التدخين، والذي يوافق الحادي والثلاثين من شهر مايو من كل عام، وفيما يلي معلومات حقيقية تؤكدها منظمة الصحة العالمة، وليست لمجرد التهويل والتخويف.

تؤكد الإحصائيات أن تعاطي التبغ بأنواعه يؤدي إلى وفاة أكثر من خمسة ملايين نسمة في كل عام، وهذا الرقم أكثر من مجموع الوفيات الناجمة عن الأيدز والعدوى بفيروسه والسل والملاريا!!! وإذا استمرت الاتجاهات الراهنة، فإنَّ ظاهرة تعاطي التبغ قد تودي بحياة ما يزيد على ثمانية ملايين نسمة سنويًا بحلول عام ٢٠٣٠م، وبحياة مليار نسمة إجمالاً خلال القرن الحادي والعشرين!!! ويتوقع أن تكون نسبة ٨٠٪ من هذه

الوفيات المرتبطة بالتدخين في صفوف الأشخاص الذين يعيشون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل!!

هناك أكثر من أربعة آلاف مادة كيميائية في دخان التبغ، وقد بات معروفاً أنَّ ٢٥٠ مادة منها تلحق أضراراً بالصحة، وأنَّ أكثر من ٥٠ منها تسبِّب السرطان!!

تشير تقديرات المنظمة الصحة العالمية إلى أن معدل انتشار التدخين بلغ مستوى يزيد عن ٤٧٪ بين الذكور والإناث من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ ـ ١٥ سنة في بعض دول الشرق الأوسط، وهي نسبة ضخمة بلا شك، وتنبئ عن خطورة الأمر.

وليست أضرار التدخين قاصرة على المدخن وحده، وإنما تشمل للأسف جميع من حوله ممن يستنشقون الدخان الذي يزفره المدخن، فيما يعرف بالتدخين السلبي أو غير المباشر، وهو شديد الخطورة كذلك، حيث تقول منظمة الصحة العالمية في بياناتها: إن التدخين السلبي أو غير المباشر يتسبب في مقتل أكثر من ٦٠٠ ألف شخص حول العالم سنوياً!!!

ويعتبر دخان التبغ غير المباشر مسؤولاً عن حدوث عشر الوفيات المرتبطة بالتبغ. والوسيلة الوحيدة لحماية الناس من أضرار دخان التبغ غير المباشر هي تهيئة بيئات خالية تماماً من ذلك الدخان. ويتسبَّب دخان التبغ غير المباشر في حدوث أمراض قلبية وعائية وأمراض تنفسية خطيرة لدى البالغين، بما في ذلك مرض القلب التاجي، وسرطان الرئة. ويؤدي ذلك الدخان إلى الوفاة المفاجئة لدى الرضَّع. كما إنَّه يؤدي إلى إصابة المواليد بنقص الوزن عند الميلاد. ويتعرَّض نصف مجموع الأطفال، بانتظام، لدخان التبغ غير المباشر في بيوتهم. والمُلاحظ أنَّ ٤٠٪ من الوفيات التي يمكن عزوها إلى دخان التبغ غير المباشر تحدث في صفوف الأطفال!!

هذه بعض الحقائق التي ربما لا يعرفها الكثيرون عن التدخين، وهي كفيلة لمن تأملها بتوضيح حجم الخطر الذي يهددنا جميعاً كأفراد في مجتمع فيه مدخنون، فضلاً عن ما يهدد المدخنين أنفسهم!

معاناة صامتة

في يوم ما.. وفي جامعة ما.. وفي قاعة ما.. في إحدى كليات الطب.. كنت ألقي محاضرة للطلاب عن اضطراب الوسواس القهري وأعراضه، وكيف أن المريض تسيطر عليه أفكار معينة يجدها غريبة وغير منطقية أحيانًا، ولكنه مضطر للتفكير فيها، وقد يجد نفسه مندفعًا لفعل أشياء لا يرغب فعلاً فيها، وكثيراً ما تتسم تلك الصور بالغرابة، لدرجة أن بعض الطلاب كانوا يضحكون كلما ذكرت نموذجًا من النماذج الكثيرة والمثيرة للعجب من واقع المرضى الذين قابلتهم ممن كانوا يعانون من هذا المرض، بالطبع لم أذكر أي معلومات يمكنها أن تشير إلى هوية المرضى من قريب ولا بعيد، فذلك يناقض الأمانة المهنية بصورة صارخة، وإنما كنت أذكر نماذج للأعراض، كما تذكر الحالات عند تدريس التخصصات الطبية الأخرى؛ كالباطنية والجراحة وأمراض الأطفال وغيرها، ولكن أخذتني الحماسة لمزيد من التفصيل في الشرح وذكر الأمثلة، حتى إنني لم أنتبه إلى

أنه كان عليَّ أن أنهى أولئك الطلاب عن الضحك؛ نظراً لأنني أتحدث عن معاناة حقيقية، يعاني منها عدد من الناس ليس بالقليل، معاناة تستوجب منا التعاطف معها، والتقدير لحجمها بدلاً من اتخاذها مدعاة للضحك.

بعد أن أنهيت المحاضرة، وغادرت القاعة، لحق بي أحد الطلاب على استحياء، وانتظر حتى تأكد أنه يستطيع التحدث معي حيث لا يسمعه أحد، ويبدأ يشكو.. وكانت الشكوى مُرَّة.. والألم شديداً.. حكى لي عن معاناته من الوسواس منذ سنين طويلة، ذاق فيها الأمرين.. وصف لي كيف كانت أمه تبكي، وهي لا تعلم ما به، ولا تدري ما يعانيه، ولا كيف تساعده!

وصف كيف أثر مرضه تأثيراً بالغاً على دراسته، حتى كاد يتركها تماماً.. وكيف بلغ به أنه تمنى لو كان مريضاً بالسرطان بدلاً من تلك المعاناة، فربما كان أهون!

كان يتحدث وتلتمع عيناه لتخبرك أن فيها دمعاً محتبساً لم يأذن له صاحبه بأن يسيل..!

ختم حديثه بالقول: كان كثير من الطلاب في القاعة يضحكون.. ولم أضحك.. وكيف لي أن أضحك، وقد كنت تشرح مرضي بالتفصيل..!!؟

اعتذرت له مرتين، عن نفسي وعن الطلاب.. في الحقيقة كنت مخطئاً حينما لم أنبه الطلاب إلى عدم الضحك.. ها هو أحدهم يعاني في صمت، ويتألم ولا يحس أحد بألمه..

سألته: هل ترغب في أن أباشر علاجك؟ رد مباشرة: بالتأكيد..

تم التنسيق للموعد، وبدأت علاجه بإعطائه أحد الأدوية بالإضافة للجلسات النفسية.. وسرعان ما تحسنت صحته، وانتهت في أسابيع معدودة معاناة سنوات طويلة!

ترى كم من الناس يعاني بيننا من الوسواس القهري في صمت، دون أن يعلم أنه مرض قابل للعلاج!

التخلص من المرض، أم التخلص من العلاج؟

من المعلوم في الطب النفسي أن أكثر الاضطرابات النفسية يمر علاجها بمرحلتين:

مرحلة علاجية تستهدف إزالة أعراض المرض، وإعادة المريض لحالته السابقة قبل المرض، وفي هذه المرحلة قد يعدِّل الطبيب جرعات الدواء أكثر من مرة، وقد يضيف دواء أو يبدله، حتى يصل المريض إلى حالة من الاستقرار.

ومرحلة ثانية تستهدف الحفاظ على استقرار الحالة، والوقاية من حدوث انتكاسات فيها، وفي هذه المرحلة يستمر الدواء كما هو بنفس الجرعة غالبًا لفترة قد تطول، حسب نوع المرض، لكن المريض يكون فيها مستقراً، ويمارس حياته بصورة طبيعية.

وكثير من المرضى يميل إلى إيقاف الأدوية بمجرد تحسن الحالة، على الرغم من نصيحة الطبيب له بالاستمرار، والسبب في ذلك فهم خاطئ، ومعلومات مشوهة عن الأدوية النفسية

وآثارها، والتي يتناقلها الناس بغير هدى ولا تثبت، يتطوع البعض ببذلها دون أن يطلب أحد منهم ذلك، ويؤدي إيقاف الدواء قبل أوانه إلى انتكاس المريض، ورجوع الأعراض مرة أخرى.

أحد المرضى سألني بمجرد أن تحسنت حالته عن إمكانية إيقاف الدواء، فقدمت له النصيحة بأن يستمر، سألني: ألن يسبب لي هذا الدواء الفشل الكلوي؟ وكان المريض يتناول أحد مضادات الذهان الشائعة، فأجبته بالنفي. قال: ألن أتحول إلى مدمن على هذه الحبوب؟ فأجبته بالنفي أيضاً. فأعاد السؤال وأضاف أنه يريد «التخلُّص» من هذا الدواء؛ لأن بعض العوام من أهله ـ رجالاً ونساء ـ حذروه من آثاره الجانبية!! حيث ذكروا له أنه يسبب الفشل الكلوي والإدمان!! قلت له: إنني أعجب ممن يفتون ويقررون في خطورة الدواء وآثاره، وهم لا يستطيعون نطق اسمه! فضلاً عن معرفة تصنيفه الدوائي أو تركيبه الكيميائي!!

ثم قلت له: هل تريد أن «تتخلَّص» من الدواء أم من المرض؟! وهل يسعى الإنسان للتخلص من الضرر أم من المنفعة؟ هل المطلوب هو «التخلص» من البلاء أم التخلص من العافية؟! إن الدواء هو السبب الذي خلقه الله تعالى وهيأه ليرد

إليك العافية.. فكيف يكون همُّك الأوَّل والأخير هو «التخلص» منه؟! ثم إن للدواء أوانًا ومدة معلومة للأطباء حسب الحالة، فإذا أكمل هذه المدة أوقف الطبيب العلاج، مع العلم أن هناك حالات تحتاج للدواء مدى الحياة، وارتباط الدواء بالعافية هنا أوضح، فالدواء هنا يحافظ وينظم، كما يفعل دواء الضغط والسكري وقصور الغدة الدرقية، والتي تستمر مدى الحياة أيضًا، ولا نجد تجاهها نفس الحرج والتخوف والتحذير، والحرص على «التخلص» منها.

إن خطورة هذا التصور الخاطئ عن الأدوية النفسية تظهر عندما يوقف عدد كبير من المرضى استعمال الأدوية من تلقاء أنفسهم بمجرد التحسن، فتنتكس الحالة! فيعود المريض إلى الطبيب ليبدأ علاجه من الصفر.. وقد يكون العلاج في هذه المرة أصعب، والفترة أطول!

فرجائي من كل مريض أن يستمر في العلاج والمتابعة حسب ما يشير عليه الطبيب، ورجائي ممن حول المرضى من الأهل والمعارف وغيرهم أن لا يفتوا بغير علم!

مسيلمة الكذاب ومرض الفصام!

قرأت قبل سنوات مقالاً يطرح كاتبه فيه تساؤلاً مثيراً للاهتمام، وهو هل كان مسيلمة الكذاب مصاباً بمرض الفصام؟

والمقال ليس لدي، فقد مرت عليه سنوات طويلة، لكن التساؤل جدير بالنقاش والاهتمام، وسبب ذلك أن الفصام من الأمراض النفسية المهمة، وهو يتميز بمظاهر وعلامات يتم بها تشخيص المرض، ومن بين تلك العلامات ما يعرف بالضلالات، وهي أفكار واعتقادات خاطئة، لكنها راسخة في ذهن المريض، ولا يقبل جدالاً فيها، ولا يتطرق إليه الشك في صحتها، مع أن المريض لا يبنيها على أساس كاف من العلم، وليس في خلفية المريض الثقافية والاجتماعية ما يفسر هذا الاعتقاد الجازم.

ومن أمثلة هذه الضلالات الشائعة: ما يعرف بضلالات العظمة، حيث يعتقد المريض ـ دون أساس ـ أنه متميز عن الآخرين بملكات خاصة أو مكانة اجتماعية أو قدرات ذهنية أو

مالية أو غيرها، فيعتقد بأن لديه أرصدة مليارية في البنوك، أو أنه رئيس أو حاكم، أو أنه المهدي المنتظر، أو أنه نبي من الأنبياء!! والمريض يتصرف على هذا الأساس، على الرغم من غرابة الفكرة. وكم رأينا من المرضى من يقول إنه النبي داوود عليه السلام، أو النبي محمد عليه الصلاة والسلام، أو غيرهما، أو يدعي أنه نبي دون تحديد اسم معين.

ومن المعلوم أن مسيلمة الكذاب كان يدعي النبوة، ويتصرف على هذا الأساس، فهل كان مصابا بالفصام؟ الإجابة مباشرة هي: لا.. فعلى الرغم من طرافة الطرح إلا أنه لا يمكن أن يكون صحيحًا؛ وذلك لأسباب أهمها:

أن مسيلمة كان يعلم في قرارة نفسه أنه كاذب، ولهذا سمي الكذاب، حتى إن بعض أصحابه كان يقول له: «أشهد أنك كذاب، وأن محمداً صادق، ولكن كذاب ربيعة أحب إلينا من صادق مضر»، فيتبعونه على الرغم من معرفتهم أنه كاذب لأجل العصبية، ويقال: إن عمرو بن العاص ـ رضي الله عنه ـ مر على مسيلمة وسمع كلامه، فقال له: «والله إنك لتعلم أني أعلم أنك كاذب»!

بينما مريض الفصام لا يكذب، وإنما يخبر عما يعتقده جازمًا، ولا يشك فيه طرفة عين، وذلك نتيجة الخلل الكيميائي في جهازه العصبي!

والسبب الثاني: أن مريض الفصام تظهر عليه أعراض أخرى للمرض، ولا يبني التشخيص على علامة واحدة، ثم إن مرض الفصام ينتج عنه تدهور في الأداء الوظيفي والاجتماعي والشخصي، الأمر الذي لم يوجد في حالة مسيلمة.

وهاتان النقطتان لهما أهمية كبيرة في التفريق بين مدعي النبوة من الدجاجلة والكذابين، وبين المرضى النفسيين، خاصة في زماننا هذا الذي قلما ادعى فيه النبوة أحدٌ إلا تبين أنه مريض نفسي، يحتاج إلى العلاج بدلاً من المحاكمة والعقوبة، وينبغي أن يحال إلى المستشفى النفسي بدلاً من أن يودع السجن!

ترى كم من مدع للنبوة عبر العصور كان مريضًا نفسيًا؟!

رحلة حشيش!

لا تكاد تجد أحداً لا يعرف الحشيش (البنجو) أو لم يسمع به، خاصة في هذه الأيام التي أصبحنا نلاحظ فيها انتشار المخدرات بصورة لم تعهد من قبل، وعلى الرغم من الأضرار الخطيرة والآثار السيئة لهذه المادة الخبيثة إلا أن هناك من يستمر في التعاطي غير آبه بنصح ناصح، وعلى الرغم من القوانين التي سنتها الدولة لملاحقة ومحاسبة ومعاقبة مروجي المخدرات إلا أن هناك من يستمر في الترويج والتوزيع. وعلى الرغم من الجهود الكبيرة والنشاط المقدر الذي تبذله إدارة مكافحة المخدرات والجهات الرسمية إلا أن هناك من يستمر في التهريب، ويستميت في إيصال هذا الوباء إلى شبابنا وفتياتنا، ليقتات من عقولهم، وينال من صحتهم وعافيتهم.

تبدأ رحلة الحشيش من مزارعه داخل وخارج السودان[1]،

(١) المقال كتب في السودان، لكن دول المنطقة الأخرى لا تخلو من رحلات مشابهة برغم جهود المكافحة.

حيث تتعاهده بالرعاية أيد آثمة، ثم يحصد ويجفف، تختلف طرق التحضير، لكنها تتفق في كونها تصنع الموت ببطء!

ثم تمضي رحلة الحشيش إلى حيث يراد له أن يوزع، فيسير في جميع الاتجاهات، وتنال العاصمة منه النصيب الأوفر، فينقل بكل وسيلة نقل عرفها الناس، فكم ضبطت الشرطة الحشيش أو البنجو على ظهور الشاحنات، أو في الناقلات الكبيرة، أو في سيارات لاند كروزر، أو حتى على متن الركشات!

وقد يعبأ الحشيش في جوالات، أو كراتين، أو وسط المواد الغذائية، أو حتى داخل أسطوانات الأوكسجين!! فقبل أسابيع قليلة، أعلنت إدارة مكافحة المخدرات بالخرطوم، تمكنها من القبض على متهمين اثنين، ضبطت بحوزتهما عدد (٨) أنابيب أوكسجين بداخلها (٢٩٠١) قندول حشيش، تم ترحيلها من غرب السودان إلى (أمبدة)، داخل أنابيب الأوكسجين بغرض ترويجها وتوزيعها داخل ولاية الخرطوم!

ولا يدخر بعض ضعاف النفوس وسعًا في ابتكار طرق نقل الحشيش وتهريبه، حتى وصل الأمر بهم إلى محاولة تهريبه إلى داخل السجن مخبأً داخل بطيخة!! حيث نشرت بعض وسائل

الإعلام قبل أيام كيف استطاعت الشرطة بسجن الهدى غرب أم درمان ضبط (٢٤) رأس حشيش مخبأ داخل (بطيخة) أحضرها أحدهم لنزيل بالسجن!

وتستمر رحلة الحشيش ليمر بمرحلة تخزين مؤقت حتى يعاد توزيعه، وهنا قد يخزن هذا البلاء في أي مكان يخطر على البال أو لا يخطر، فهذه شرطة مباحث شرق النيل تعثر قبل أسابيع على (٣٠) رأس حشيش داخل روضة أطفال بمنطقة الحاج يوسف بحوزة خفير الروضة! وفي خبر آخر تعثر الشرطة على (١٩) رأس مخبأة في «حفرة دخان» بأحد المنازل!!

غير أن أسوأ محطات رحلة الحشيش هي التي تبدأ داخل جسم المتعاطي بعد التدخين، حيث تبدأ سلسلة من الآثار الصحية السيئة، منها ما هو قصير المدى، ومنها ما هو طويله، تتفاوت في شدتها من شخص لآخر، لكن عواقبها في جميع الأحوال وخيمة ما لم يتم تداركها..

ولكي نحمي مجتمعنا ونقي أنفسنا وأهلينا، نحتاج إلى أن نتكاتف جميعًا لنقطع الطريق على هذه الرحلة الطويلة، في كل مرحلة من مراحلها، نحتاج إلى قطاع طرق!!

الإمام الذهبي طبيباً نفسياً! (١)

الإمام الذهبي غنيٌّ عن التعريف، لكن لمن لا يعرفه هو شمس الدين أبو عبد الله محمد بن أحمد بن عثمان بن قَايْماز، الإمام الحافظ، المحدِّث، مؤرخ الإسلام. له مؤلفات كثيرة تقرب من المائة، أحدها هو ذلك الكتاب المبارك (سير أعلام النبلاء) مطبوع في ٢٥ مجلداً، توفي ـ رحمه الله ـ سنة ٧٤٨ هـ. وسبب حديثي عنه في زاوية تختص بالصحة النفسية هو ملاحظاته الذكية، وتقريراته المهمة في مسائل متعلقة بالصحة النفسية، ربما غابت عن أذهان البعض حتى في هذا العصر!!

وأتناول هنا واحدة من هذه المسائل، وهي الأساس العضوي المرضي للهلاوس السمعية والبصرية، فمن المعلوم طبياً في هذا العصر أن من الأعراض النفسية سماع المريض لبعض الأصوات، أو رؤيته لمرئيات لا وجود لها في الواقع، وسبب ذلك اختلال بعض المواد الكيميائية في الدماغ والتي تسمى النواقل العصبية، وقد تم علمياً توصيف هذه المواد وتوضيح هذه

الظاهرة منذ زمان، وأصبحت علماً متقرراً يدرسه الطلاب في كل كليات الطب حول العالم، وبناءً على ذلك كان علاج هذه الأعراض بدواء كيميائي يصحح ذلك الخلل، ويعيد الاتزان إلى تلك المواد الكيميائية، ومع ذلك فإننا نجد بعض الناس في هذا الزمان يعجزون عن تصور ذلك، وينسبون هذه الهلاوس إلى عالم الغيب، ويعتبرون نسبتها إلى عالم الشهادة ـ أعني الأسباب المادية ـ نوعاً من قلة الدين!!

وفي الحقيقة فإن هذا المفهوم الذي أوضحه الطب الحديث ليس جديداً بالكلية، بل عرفه العلماء والعقلاء من قبل، وأعجبني في هذا المقام أن الإمام الذهبي ـ رحمه الله ـ قد أشار في عدة مواضع من كتابه (سير أعلام النبلاء) إلى الأساس العضوي المرضي لهذه الهلاوس، وأنها يمكن أن تنشأ من المرض واعتلال الدماغ، والجوع المفرط والحمى، ونحوها من الأسباب المرضية المادية، على الرغم من أن الإمام الذهبي لم يكن طبيباً، وعلى الرغم من أنه توفي قبل سبعة قرون!!

يقول الإمام الذهبي متحدثاً عمن يخلو بنفسه أياماً طويلة ممتنعاً عن الطعام: « ثم قلَّ من عمل هذه الخلوات المبتدعة إلا

واضطرب وفسد عقله، وجف دماغه، ورأى مرأىً، وسمع خطاباً لا وجود له في الخارج». (السير: المجلد ١٧).

وقال في موضع آخر: «وقال ابن هلالة: جلست عنده في الخلوة مراراً، وشاهدت أموراً عجيبة، وسمعت من يخاطبني بأشياء حسنة، قلت (الذهبي): لا وجود لمن خاطبك في خلوتك مع جوعك المفرط، بل هو سماع كلام في الدماغ الذي قد طاش وفاش، وبقي قرعة كما يتم للمُبرسم والمغمور بالحمى والمجنون، فاجزم بهذا، واعبد الله بالسنن الثابتة تفلح» (٢٢/ ٣٦٨) والمبرسم: من البرسام نوع من اختلاط العقل.

ويقول الذهبي في موضع ثالث: «وسمع خطاباً يتولد من الجوع والسهر، ولا وجود لذلك الخطاب والله في الخارج» (١٢/ ٩٠).

وهذه التقريرات تأتي من عالم بالشريعة، وواحد من كبار المحدِّثين في تاريخ الإسلام، وتشير بوضوح إلى المفهوم الطبي؛ وهو نشوء الهلاوس من أساس عضوي مرضي، وأن هذا المفهوم كان متقرراً عند العلماء، وليس مع من ينكره حجة من دين، أو متمسَّك من رأي سديد.

الإمام الذهبي طبيباً نفسياً!! (٢)

في مقال سابق أشرت إلى شيء من ملاحظات الإمام الذهبي - رحمه الله - مما له علاقة بالطب النفسي، وهو كلام له وزنه، إذ يصدر من عالم جليل وعلم نبيل، وفي هذا المقال أستمر في ذكر المزيد من ذلك، وبين يدينا عبارة سطرها الإمام الذهبي في سيرة أحد الأعلام الجهابذة، وهو التابعي الكبير الإمام محمد بن سيرين، شيخ الإسلام العالم الورع الزاهد، مولى أنس بن مالك رضي الله عنه.

وقد ذكر الذهبي من أخبار ابن سيرين ما يبين فضله ومكانته، وذكر من شدة ورعه أنه اشترى مرةً زيتاً بأربعين ألف دينار مؤجلة، بغرض التجارة، فلما فتح أحد زقاق الزيت، وجد فيها فأراً ميتةً متفسخة، فقال في نفسه: إن الزيت كله كان في المعصرة في مكان واحد، وإن النجاسة ليست خاصة بهذا الزق دون سواه،

وإني إن رددته للبائع بالعيب فربما باعه للناس، ثم أراقه كله، فأصبح عليه دين أربعين ألف دينار، فلما طالبه صاحب الزيت بما له، ولم يستطع سداده، رُفع أمره إلى الوالي، فأمر بحبسه حتى يسدِّد ما عليه!

والذي يهمنا هنا هو ما نقله الإمام الذهبي عن عمارة بن مهران قال: «كنا في جنازة حفصة بنت سيرين، فوُضعت الجنازة، ودخل محمد بن سيرين صهريجاً يتوضأ، فقال الحسن: أين هو؟ قالوا: يتوضأ صباً صباً، دلكاً دلكاً، عذابٌ على نفسه وعلى أهله..!!».

وهذا الموقف يحكي جانباً من طريقة وضوء الإمام ابن سيرين، وتعامله مع الماء، والإكثار منه، والتعاهد الشديد للأعضاء بالغسل، وأن ذلك يتعبه، ويستغرق الوقت حتى إن الناس فقدوه عند الصلاة على جنازة أخته، فسألوا عنه!

ثم ينقل الذهبي أن ابن سيرين «كان يغتسل كل يوم»، وهنا أذكِّر بما كان عليه الحال في ذلك الزمان من قلة الماء، وحصول المشقة في جلبه ونقله وتهيئته، وينقل الذهبي بعدها مباشرة عن مهدي بن ميمون قوله: «رأيته ـ يعني ابن سيرين ـ إذا توضأ فغسل

رجليه بلغ عضلة ساقيه»!! عندها يقول الذهبي: «قلت: كان مشهوراً بالوسواس!!» (سير أعلام النبلاء ٤/ ٦١٨).

هنا أتوقف لأعلق على هذه النقول، وأستخرج منها فوائد عظيمة جداً:

أولاها: أن الوسواس في الطهارة وغيرها يمكن أن يصيب الفضلاء والعلماء والعباد والزهاد، ومَن في زماننا هذا يزعم أنه خيرٌ من الإمام الكبير ابن سيرين عليه رحمة الله، وقد أصابه الوسواس على الرغم من تقواه وورعه ودينه وعلمه، وهذا يدلنا على المفهوم العضوي للوسواس، وهو لا يتوقف على مستوى تديُّن الشخص وتعبده، لأنه ببساطة ذو منشأ عضوي!

ثانيا: إن الوسواس بهذا المفهوم يختلف عن «الوسواس الخناس» الذي يكفي فيه مجرد الاستعاذة، وإلا لما فات ذلك على ابن سيرين - رحمه الله - . فهو أمر آخر أقرب إلى ما يبتلي الله به من شاء من عباده من الأمراض الجسدية. مع أننا كأطباء لا نستطيع الجزم بتشخيص أعراض إنسان تفصلنا عنه حجب الزمان والمكان، ولذا فإننا لا نعلم يقيناً هل كان ما يتحدث عنه الإمام الذهبي مستوفياً للمعايير التشخيصية لاضطراب

الوسواس القهري، أم دون ذلك، لكنه على أية حال لم يكن أمراً طبيعياً.

ثالثا: إن الوسواس بهذا المفهوم ليس سُبَّة وانتقاصاً، وليس مجالاً للتعيير أو التقليل من شأن المصاب به، ولولا ذلك لما استساغ الإمام الذهبي ـ عليه رحمه الله ـ أن يصف الإمام ابن سيرين ـ عليه رحمة الله ـ بالوسواس، ولعلي في كتابتي لهذه السطور أقتدي بالإمام الذهبي، وأبرأ إلى الله من أن أنتقص الإمام ابن سيرين. وأرجو أن يأتي يوم يتعامل فيه الناس مع مثل هذه الاضطرابات، كما يتعاملون مع مرض ارتفاع الضغط والسكر والقرحة والجلوكوما، فلا يجدون حرجاً في الاعتراف بها، والذهاب إلى الطبيب طلباً للعلاج.

نعم.. يصاب المؤمن بالاكتئاب!!

كثير من الناس بما في ذلك بعض الفضلاء، يظنون أن مرض الاكتئاب النفسي لا يصيب المؤمنين، وإذا أصيب أحد الناس بهذا المرض؛ فذلك لضعف إيمانه وبعده عن الله، وهذا الظن خاطئ، وهو يهدم - ربما بحسن نية - جهوداً ضخمة يبذلها المخلصون من المنتمين إلى مجال الصحة النفسية من أجل التوعية، وتوضيح بعض المفاهيم المبسطة والمهمة جداً في نفس الوقت.. ومن ذلك أن الاكتئاب مرض.. مرض.. مرض.. مثله مثل الملاريا والسكري والجلوكوما وتضخم البروستات... الخ.. وليس هو تلك المشاعر العارضة من الحزن والتعاسة العابرة بسبب مصيبة تنزل.. هذه تفاعلات النفس البشرية التي تمر على الناس جميعا فيتفاوتون فيها.. وليس الاكتئاب (المرض) هو فقط صورة مضاعفة من الحزن، بل هو اختلال وظيفي في كيمياء المخ.. تماماً كما يحدث في السكري من اختلال وظيفي في كيمياء

البنكرياس.. الفرق الوحيد أن هذا بنكرياس وذاك مخ، ولهذا نتج عن كلٍّ منهما أعراض مختلفة..

وبناءً على ذلك: فإن من الخطأ الشنيع أن نتصور أن الإصابة بمرض الاكتئاب تدل على نقص الدين أو ضعف الإيمان.

مرض الاكتئاب بالفهم الذي وضحته يمكن أن يصيب الناس جميعاً بلا استثناء؛ المؤمن والكافر، الطائع والعاصي.. لماذا؟.. لأنه كالسكري سواءً بسواء.. هل يرضى أحد لو قلنا إن الإصابة بالسكري تدل على ضعف الإيمان.. أو إن الملاريا سببها قلة الدين.. أو إن هناك ارتباطاً بين الجلوكوما والبعد عن الله.. الخ..

الشواهد على ما قلت كثيرة.. بخلاف طبيعة المرض التي أصبحت واضحة للمختصين.. فإن أعداد المرضى التي لا تنتهي تشهد.. والإحصائيات في الدول الإسلامية تشهد.. بل كتب التاريخ والتراجم تشهد بذكر أعداد كبيرة من مشاهير المسلمين، بل منهم العلماء والعباد أصيبوا بأنواع من المرض النفسي.. لم تكن هناك معايير دقيقة للتشخيص، ولا كان هناك أطباء نفسيون، ولكن المؤرخين لاحظوا بذكاء تلك التغيرات التي طرأت عليهم، فوصفوها كرأي العين..

لماذا أهتم بشدة بتصحيح هذا المفهوم؟ وما هو وجه الشناعة في أن يقال: إن المرض النفسي أو الاكتئاب قرين ضعف الإيمان، وأن من قوي إيمانه لا يصيبه الاكتئاب؟

لأن ذلك يؤدي ـ من جملة ما يؤدي إليه ـ إلى مضاعفة العبء على مريض الاكتئاب، فتصبح معاناته من المرض سهماً، ومعاناته من ظنه أن هذا ضعف إيمان سهماً آخر...

ولو كان سهماً واحداً لاتقيته.. ولكنه سهم وثان وثالث

يؤدي هذا الفهم الخاطئ إلى أن يتجه مريض الاكتئاب أول ما يتجه إلى من يتوسم فيه العلم والدين يستنصحه، فيرشده إلى كل شيء إلا إلى طلب المساعدة الطبية.. فيستفحل الداء ويعظم الخطب.. ويحاول المريض إخفاء معاناته وكتمها حتى لا يشار إليه بضعف الإيمان وقلة الدين.. ويمل من سماع النصائح الساذجة (ووجه السذاجة: وضع الشيء في غير موضعه) ويستمر الحال، ويتفاقم المرض حتى يستيقظ الأهل ذات صباح؛ ليجدوا ابنهم متدلياً من حبل معلق في سقف البيت.. فلا يكادون يصدقون أن ابنهم ـ المسلم المصلي ـ مات منتحراً!!

وللذين لا يتصورون حجم القضية، أقول: إن أعداد المنتحرين أكبر مما تتخيلون.. وأعداد من يحاولون الانتحار ويفشلون أضعاف أضعاف ذلك.. وقد رأينا منهم طلاب الجامعات وخريجيها.. والأزواج والزوجات.. والأبناء والأمهات.. والمتعلمين والأميين.. وسكان البوادي والمدن.. والصغار والكبار.. بل إن منهم من ينسبون إلى الصلاح والتدين والدعوة!! كل ذلك كان ممكناً تفاديه - بإذن الله - لو علم هؤلاء ومن حولهم أن هذا مرض، وأنه قابل للعلاج بما هدى الله إليه عباده من أدوية حسية نافعة هي تلك العقاقير الطبية التي يسيء الظن بها كثير من الناس بما في ذلك بعض الفضلاء، حين يصفونها بأنها «تستخلص من المخدرات، ومغتالات العقول»..

ومثل هذا الظن يجعل الدواء داء.. والشفاء مرضاً.. ويصور العلاجات الطبية النفسية كأنها شأن أمم أخرى غير الأمة المسلمة.. التي ما دامت تقرأ الأذكار (ولا أقلل من شأنها) فهي ليست بحاجة إلى العقاقير الطبية، ولا الأبحاث العلمية والدراسات التجريبية، ولا المعامل، ولا الطب، ولا الصيدلة!! ليس هذا هو ما جاء به الإسلام قطعاً..

هـذا الفهـم للأسـف يصـور الطـب النفسـي كنقـيض لـذكر الله ومعاني الإيمان..

يصور ـ ولو لـم يقصـد قائلـه ـ الطبيب النفسي كنقيض للعالم الشـرعي، والداعيـة والمصـلح.. يقسـم النـاس إلـى معسـكرين: معسكر فيه الإيمان والقرآن والذكر والعلماء والأنبياء، ومعسكر فيـه الطـب النفسـي والعقـاقير التـي تسـتخلص مـن المخـدرات ومغتالات العقـول، ويـدع النـاس أمـام خيـار صـعب.. أو سـهل.. كلاهما صحيح!!

ختامـاً أقـول: لا تظلمـوا إخـوانكم المبتلـين بالاكتئـاب، ولا تجنوا عليهم، بل أعينوهم على التداوي بكل ما هو مباح، وليعلم كـل منـا أن الـبلاء إن تخطـاه إلـى غيـره، فربمـا تخطـى غيـره إليـه، فليأت إلى الناس الذي يحب أن يؤتى إليه..

نسأل الله العافية.

نقص الأطباء النفسيين: حقيقة مروِّعة! (١)

إنه من المؤكد لكل مطَّلع أن هناك نقصاً كبيراً في عدد الأطباء النفسيين في بلادنا[٢]، صحيح أن النقص يشمل أغلب الكوادر المؤهلة على اختلاف المجالات الطبية وغير الطبية، ولكن النقص في مجال الطب النفسي أكبر وأفدح!

ولو أردنا أن ندرك حجم هذا النقص، فلننظر إلى نسب انتشار الاضطرابات النفسية؛ ومنها نقدر العدد اللازم لعلاجها، ونقارنه بما هو موجود، فعلى سبيل المثال: تقدر نسبة انتشار مرض الفصام بـ ١٪ من بين أفراد أي مجتمع، وعليه فمن بين سكان السودان البالغ عددهم ٣٥ مليوناً يوجد حوالي ٣٥٠ ألف مريض بالفصام، وباعتبار أن مرض الفصام مرض مزمن، ويحتاج إلى المتابعة الطبية المستمرة، وزيارة الطبيب بمعدل لا يقل في

(٢) المقصود: هو السودان، حيث كتب المقال، لكن النقص المشار إليه حاصل في أكثر دول المنطقة بدرجات متفاوتة، بحيث يمكن تعميم ما ذكر عن السودان كمثال على غيره.

المتوسط عن مرة كل شهر في الحالات المستقرة؛ وذلك لمعاينة المريض، والتأكد من استقرار وضعه الصحي، وانتظام علاجه.. الخ، فلو فرضنا أن كل مرضى الفصام في السودان يحضرون للمتابعة بانتظام مرة في الشهر، فإن ذلك يعني أن علينا معاينة حوالي ١٢ ألف مريض يومياً، بما في ذلك أيام الجمعة والعطلات الرسمية..!!

ولو كان كل طبيب يقابل ١٢ مريضاً في اليوم، فنحن نحتاج إلى ألف طبيب نفسي يعملون بصورة يومية! ولو استبعدنا أيام العطلة، وأخذنا بالاعتبار نظام تقديم الخدمة الصحية المتبع، والذي يخصص فيه الطبيب يوماً في الأسبوع لمتابعة الحالات المسجلة (في ما يعرف بالعيادة المحولة) ويترك بقية أيام الأسبوع للأنشطة الأخرى؛ مثل: المرور على المرضى المنومين بالمستشفى، وعيادة الطوارئ وغيرها، فإن العدد المطلوب من الأطباء النفسيين (بعملية حسابية بسيطة) سيفوق سبعة آلاف طبيب!!

هذا مع العلم أننا نتحدث فقط عن علاج مرض الفصام؛ وهو واحد من بين عشرات الأمراض النفسية الشائعة، فكيف إذا

أضفنا اضطراب المزاج ثنائي القطب، والذي تبلغ نسبته أيضاً ١ ٪ أي: ٣٥٠ ألف مريض آخر، وكيف إذا أضفنا الاكتئاب، والذي تبلغ نسبته حوالي ٧٪ أي: ما يقارب ٢.٥ مليون مريض!! وكيف إذا أضفنا ما يفوق مليون مريض بالوسواس القهري! وملايين آخرين مصابين ببقية الاضطرابات النفسية؛ كالقلق النفسي، والرهاب، واضطراب الهلع، واضطرابات ما بعد الصدمة، والاضطراب الضلالي، والاضطرابات المتعلقة باستخدام المؤثرات العقلية... وغيرها!!

وكيف إذا عرفنا الحقيقة الصادمة؛ وهي أن العدد الفعلي لاختصاصيي واستشاريي الطب النفسي الذين ما زالوا في الخدمة، بالإضافة إلى الأطباء النواب، في كل أنحاء السودان، لا يتجاوز عددهم المائة!!

هي بالفعل حقيقة مروعة! وقنبلة موقوتة لم تنفجر بعد؛ لأن هذه الأعداد المذكورة من المرضى لا تحضر كلها إلى المستشفى فعلياً، وذلك يرجع لسببين هما:

إن كثيراً من هؤلاء المرضى لم تكتشف أمراضهم أصلاً؛ لقلة المعرفة بالطب النفسي، فظلوا في بيوتهم أو هائمين على وجوههم

في أنحاء البلاد المترامية الأطراف.

وإن آخرين طرقوا أبوابًا أخرى للعلاج، وقصدوا المعالجين التقليديين على اختلاف طرقهم ومشاربهم، فمنهم من قضى نحبه، ومنهم من ينتظر! ومنهم من أراد الله شفاءه فضلاً منه ورحمة.

والمطلوب تحرك عاجل على كل المستويات لإيجاد الحلول لهذه المشكلة، ولعلي أناقش بعضها في مقال قادم. وبالله التوفيق.

نقص الأطباء النفسيين: حقيقة مروِّعة! (٢)

أشرت في مقال سابق إلى النقص الحاد في الأطباء النفسيين في السودان، ووضحت بالأرقام والعمليات الحسابية أننا نحتاج إلى أضعاف العدد الموجود من الأطباء في هذا التخصص حتى يمكنهم علاج ومتابعة جميع المرضى النفسيين، ولمزيد من التوضيح لهذه النقطة أقول إنه يوجد الآن في السودان اختصاصي طب نفسي واحد مقابل ٤٠٠ ـ ٥٠٠ ألف مواطن، بينما في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال كل اختصاصي يقابله ٨ آلاف مواطن فقط، وفي كندا ٧٤٠٠ مواطن، وفي بريطانيا ٦٨٠٠ مواطن، بينما في النرويج ٣٣٠٠ مواطن فقط!! وليس هذا الوضع خاصاً بالدول الغربية، بل حتى في دول الشرق الأوسط، حيث نجد في السعودية أن كل اختصاصي للطب النفسي يقابله أقل من ٤٧ ألف مواطن، وفي سلطنة عمان والجزائر حوالي ٤٣ ألف مواطن، وحتى في مصر على الرغم من عدد سكانها الهائل وعلى الرغم من الأوضاع الاقتصادية هناك إلا أن لديهم

اختصاصي طب نفسي مقابل كل ١٤٧ ألف مواطن. وهذه الأرقام عبارة عن إحصائيات منشورة في موقع منظمة الصحة العالمية.

وإذا حاولنا التعرف على أسباب هذا النقص، فسنجد بعض الأسباب المشتركة بين التخصصات المختلفة؛ مثل هجرة الكوادر، بالإضافة إلى أسباب خاصة بمجال الطب النفسي، ومنها أن إقبال الإطباء على التخصص في هذا المجال ما زال محدودا على الرغم من زيادة الأعداد عن السابق، ومنها ضعف الاهتمام الرسمي بتخصص الطب النفسي وأعني بذلك الجهات الحكومية المختصة والتي كان ممكنًا أن يكون لها دور في حل هذه المشكلة. وهذان السببان يعودان في أصلهما إلى قلة المعرفة بالطب النفسي ونقص الوعي بأهميته.

أما على صعيد الحلول المقترحة: فقد سبق طرح الكثير منها في مناسبات مختلفة، ومن ذلك العمل على جذب المزيد من الأطباء للانتساب إلى هذا التخصص، وإزالة العقبات الإجرائية التي تصدهم عنه. ومن المهم كذلك تحسين بيئة العمل للكوادر

الطبية، وتحسين الأوضاع المعيشية لهم خصوصاً في مظان النقص والندرة، وبذل الجهود في تأمين كرامة الطبيب وحمايته من التعدي والإهانة التي باتت أمراً متكرراً للأسف على الرغم مما يبذله من جهد ووقت، وما يفنيه من عمره من أجل الآخرين.

ومن الحلول المهمة كذلك: إدراج خدمات الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية، بحيث يتلقى المريض التقييم النفسي والمساعدة الطبية النفسية الأولية في المركز الصحي أو المستشفى الأولي الذي يتلقى فيه علاج الملاريا والضغط والسكري، من قبل نفس الكادر الطبي الموجود، وذلك يتطلب بعض التدريب والمتابعة والإشراف، فكما أن الطبيب العمومي يقوم بتشخيص وعلاج كثير من الأمراض في مختلف التخصصات في المستوى الأولي، ثم يقوم بتحويل المريض إلى التخصص المعني عند الحاجة، فيفترض أن يكون قادراً ـ بعد التدريب ـ على فعل أمثل مع الأمراض النفسية في حدود معينة متفق عليها، وذلك يوفر على المريض عناء الانتقال وربما السفر والتبعات المادية وغيرها من أجل مقابلة اختصاصي الطب

النفسي، ويساهم في سد الثغرة في هذا المجال، وليست هذه فكرة جديدة، بل هي واقع معمول به في كثير من البلاد، فكيف بنا وحاجتنا إليها أشد.

والحديث في هذا الموضوع طويل، ولكن حسبنا من القلادة ما أحاط بالعنق.

دوبامين!

الجهاز العصبي: هو وحدة التحكم في جسم الإنسان بكل ما فيه من وظائف: الإرادي منها وغير الإرادي، بل هو الذي يتحكم في المشاعر والعواطف، والحركة والسلوك، والتفكير والخواطر، والإدراك والإحساس. ولكي يقوم بهذه الوظائف كلها فقد هيأه الخالق سبحانه بتركيب متقن بديع، فهو يحوي شبكة هائلة من الخلايا العصبية المتفرعة، تنقل الرسائل والبيانات والتعليمات عبر إشارات كهربائية على مستوى الخلية الواحدة، وتنتقل بين خلية وأخرى من خلال وسائط كيميائية تسمى النواقل العصبية، حيث تفرز ما بين الخلايا العصبية في كل ثانية مئات الملايين من هذه النواقل بأنواعها المختلفة، ولكل منها دور أو أدوار محددة بحسب ما تتصل به من مستقبلات، والحديث عن الإبداع في خلق الجهاز العصبي يطول، غير أنني أريد أن أشير إلى واحدة من أهم هذه المواد الكيميائية؛ وهي ما يسمى بالدوبامين، حيث إن لها علاقة وثيقة بالطب النفسي.

والدوبامين ناقل عصبي مهم تقوم بتصنيعه خلايا محددة في الدماغ، وتوجد على سطح بعض الخلايا العصبية تركيبات تسمى: مستقبلات الدوبامين. وهناك خمسة أنواع من هذه المستقبلات. وتعتمد تأثيرات الدوبامين على المكان الذي يفرز فيه، والكمية التي يتم إفرازها، وكذلك على أنواع المستقبلات التي جرى تنشيطها.

ويؤدي الاختلال في مستوى هذه المادة إلى العديد من الأمراض والاضطرابات، فعلى سبيل المثال ينشأ عن نقصان الدوبامين ما يعرف بمرض باركنسون، أو الشلل الرعاشي، الذي يتميز برعشة اليدين وبطء وصعوبة الحركة وتيبس العضلات. كما ترتبط زيادة الدوبامين بعدد من الاضطرابات النفسية في مقدمتها مرض الفصام (الشيزوفرينيا) ونوبات الهوس وعدد من الأمراض الذهانية، والتي تتميز بظهور الهلاوس السمعية والبصرية وغيرها، وظهور الاعتقادات الضلالية كضلالة الاضطهاد أو المراقبة، وضلالة العظمة وغيرها.

وهنا مربط الفرس ومقصد المقال، وهو بيان ارتباط كثير من أعراض الأمراض النفسية بمادة الدوبامين، فذلك المريض الذي

يعتقد بأنه هو المهدي المنتظر أو أنه نبي مرسل، وتلك المريضة التي تجزم أنها تحت المراقبة من قبل أجهزة الاستخبارات العالمية أو الأقمار الصناعية أو سكان كوكب المريخ! وذلك المريض الذي يقول بأنه يسمع صوت أقاربه المتوفين أو أن الملائكة تكلمه.. الخ.. كل هذه الأعراض مرتبطة بزيادة نشاط الدوبامين في أجهزتهم العصبية!

وكما أن مريض الشلل الرعاشي الناتج من نقص الدوبامين يعالج بإعطائه دواء يزيد الدوبامين، فهؤلاء المرضى النفسيين الذين تظهر عليهم أعراض ذهانية يعالجون بأدوية تقلل من نشاط الدوبامين ليصل إلى حد الاتزان.

ولهذا نجد من الآثار الجانبية لأدوية الشلل الرعاشي بعض الأعراض الذهانية كالهلاوس، وفي المقابل نجد من آثار بعض الأدوية النفسية (وتحديداً الجيل الأول من مضادات الذهان) أعراضاً مشابهة لمرض الشلل الرعاشي غير أنها مؤقتة.

والغريب في الأمر أن مرض باركنسون (أو الشلل الرعاشي) يصنف ضمن الأمراض العضوية الباطنية، ويعالجه اختصاصيو الباطنية والجهاز العصبي، بينما يصنف الفصام ضمن الأمراض

النفسية «غير العضوية» ويعالجه اختصاصيو الطب النفسي! مع أن المرضين مرتبطان بنفس المادة (الدوبامين) زيادة ونقصاناً!!

والحقيقة التي تكشفت مؤخراً أن معظم الأمراض النفسية هي أمراض عضوية باعتبار تعلقها بمثل هذه التغيرات المذكورة؛ ولهذا يتم علاجها بالأدوية، ويستجيب معظمها للعلاج بفضل الله تعالى.

كيف تقلع عن التدخين؟

قبل فترة تناولت في هذه المساحة موضوع التدخين، وما يسببه من أضرار بجسم الإنسان، ولن أكون خيالياً لدرجة أن أطلب من القراء الرجوع إلى العدد رقم كذا، فهذا متعذر بالنسبة للجرائد بطبيعة الحال. فالغالبية من الناس لا تحتفظ بأي جريدة مهما كانت، وجريدة الأمس هي سفرة اليوم للأسف، والجريدة الوحيدة التي يحتفظ بها لمدة طويلة هي تلك التي تفرش على الرفوف في خزانة الملابس للأسف!

وإن الذي دعاني لكتابة هذه السطور هو أن كثيراً من المدخنين يعلمون ضرر ذلك، ولكنهم يعجزون عن الإقلاع عنه، والقليلون فقط هم من لا يرغبون في ترك التدخين مطلقاً. ومنهم ذلك الرجل المدخن الذي لاحظ في الصحف كثرة المقالات والإعلانات التي تدعو إلى الإقلاع عن التدخين.. فقرر «الإقلاع عن» قراءة الصحف!

أهم ما أنصح به من أراد ترك التدخين أن يتركه دفعة واحدة، ولا يحاول التوقف التدريجي كما يظنه بعض الناس هو الوسيلة الصحيحة، بينما أثبتت التجربة أنه ليس كذلك، لأن المدخن يبدأ بتقليل عدد السجائر التي يدخنها خلال اليوم من ٢٠ سيجارة مثلاً إلى ١٨ ثم ١٥ وهكذا حتى يصل إلى سيجارة أو اثنتين يومياً، ثم يعود إلى ٢٠ سيجارة مرة أخرى!

والواقع أن أغلب محاولات التوقف التدريجي لا تستمر. يحكى عن أحد المدخنين أنه قال: إن أبسط شيء وأسهله هو الإقلاع عن التدخين؛ والدليل أنه أقلع عن التدخين عشرة مرات من قبل!!

السؤال الذي يفرض نفسه وقد يسأله المدخن الذي حاول الإقلاع: ماذا أفعل إذا كنت أصاب بالصداع والقلق والتوتر إذا لم أدخن؟؟؟

والجواب: أن هذه الأعراض بالفعل هي ما يمنع الكثيرين من الإقلاع؛ لأنهم بمجرد توقفهم وربما بمجرد تأخرهم عن التدخين في الأوقات المعتادة فإنهم يعانون الصداع والقلق والتوتر وغيرها مما يسميه الأطباء الأعراض الإنسحابية التي تنشأ من نقصان

مستوى المادة المؤثرة على الدماغ، والتي هي في هذه الحالة: النيكوتين. وظهور الأعراض الانسحابية هو علامة من علامات الإدمان.

والذي ينصح به من يشعر بهذه الأعراض أن يتحلى بالصبر، ويستعين بالمسكنات المعتادة كالبنادول مثلاً. فإن هذه الأعراض سرعان ما تزول ولا تعود مرة أخرى، وبذلك يكون قد تخلص من شرور التدخين. وهناك علاجات متخصصة لكن كثيراً من الحالات لا تحتاج إليها.

وحتى لا يعود المدخن مرة أخرى إلى التدخين لا بد له من تعديل بعض السلوكيات الخاصة المرتبطة بالتدخين، فمثلاً لو كان يدخن مع شرب القهوة، واعتاد على ذلك، وارتبطت القهوة عنده بالتدخين، فيمكنه أن يستبدل القهوة بالشاي مثلاً. أو لو كان يدخن في مكان وزمان وحالة معينة وارتبط بها التدخين، فينصح بتعديل ذلك الوضع وتغيير هذا الارتباط، بما في ذلك عدم الجلوس مع المدخنين، وكذلك قد ينصح المدخن بمضغ اللبان (العلكة) أو حتى أكل التسالي، لأن هذه الأشياء غير ضارة، وهي تحل محل السيجارة، وتشغل اليد والفم.

وأفضل من ذلك: استعمال السواك، فهو علاوة على كونه سنة وسببًا في الأجر، فهو يخفف من تلك الآثار التي تركها التدخين على الأسنان، كما أن حمله بين الأصابع يمكن أن يملأ الفراغ الذي كانت تشغله السيجارة. وهذا له دوره في المساعدة على التوقف عن التدخين. وختامًا لا بد من الإرادة القوية للإقلاع عن التدخين، وإلا كان ضربًا من العبث.

المرض النفسي ليس ذنباً

من أكبر أخطائنا على مستوى المجتمع ـ بل على مستوى مجتمعاتنا العربية ـ نظرتنا إلى المرض النفسي وإلى المصابين به. فمن الواضح تماماً أن الغالبية العظمى من الناس تنظر إلى المرض النفسي كأنه ذنب أو جناية اقترفها المريض.. وإلا فما سبب نظرة الاحتقار والازدراء التي نجابه بها المرضى النفسيين؟! بل إن بعضنا يظهر السخرية والتهكم، والآخرين يبدون الامتعاض والتقزز، وكأن هذا المرض الذي أصابه هو جريمة ارتكبها ينبغي أن يعاقب عليها بهذا السلوك، ويتحمل هو عاقبتها المريرة.

نحن بذلك ننسى وربما نتناسى أن المرض النفسي شأنه شأن سائر الأمراض، لا أحد يسعى إليها بقدميه، ولا يلام أحد من الناس على أنه مصاب بفرط نشاط الغدة الدرقية مثلاً، ولا يمكنك أن تجرِّم من أصيب بتضخم البروستات.. وهذا واضح.. فلماذا لا يكون الأمر بهذا الوضوح في حالة المرض النفسي؟!

السبب في هذا الخلط يرجع ربما إلى عدم إدراك كثير من الناس لحقيقة المرض النفسي، حتى المثقفين، بل حتى بعض الأطباء قد لا يدركون أن الجانب الأكبر من المرض النفسي هو اختلال كيميائي وتغيرات تطرأ على نسب النواقل العصبية في المخ، فتؤدي إلى مجموعة من المظاهر والأعراض التي يلاحظها الطبيب، فيصنف المرض ويشخِّصه حسب الطرق المعروفة في سائر فروع الطب.

ولأن سبب المرض النفسي اختلال كيميائي، فإن علاجه في معظم الأحوال علاج كيميائي كذلك. حيث توصف بعض العقاقير التي تعمل مباشرة على تصحيح هذا الخلل ليحدث الشفاء بإذن الله.

وهذا مشاهد بكثرة خاصة مع تطور الطب عموماً والطب النفسي خصوصاً، وظهور مجموعات جديدة من العقاقير الآمنة والفعالة في نفس الوقت.

المشكلة أن نظرتنا الخاطئة للمريض النفسي، والتي أصبحت رأياً عاماً بين الناس، أدت إلى سعي المرضى لإخفاء أعراضهم، وكتم معاناتهم، وأصبحت الأسر التي يصاب أحد أفرادها بمرض

نفسي تحاول التكتم على ذلك خوفاً من (الفضيحة).. لماذا لا يكون مرض السكري فضيحة؟! لماذا لا نعتبر التهاب المفاصل فضيحة؟! لا جواب إلا أن هذا هو الواقع. وفي النهاية تمر الأسرة بمراحل عند إصابة أحد أبنائها باضطراب نفسي، فهم في أول الأمر لا يصدقون، ويحاولون إقناع أنفسهم بأن كل شيء على ما يرام.. ولكن الأعراض تتفاقم!!

يحاولون تعليق هذه المظاهر المرضية في شماعة (الملاريا) التي نظلمها دائماً باتهامها بما هي منه براء! يدَّعون أن الأمر مجرد ملاريا فيستعملون علاجها.. ولكن تظل الأعراض تتزايد!!

بصعوبة بالغة تقتنع الأسرة أخيراً أن الأمر ليس مجرد ملاريا، فيتجهون إلى اتهام الحساد وأصحاب العيون (الحارة).. وفي هذه الأثناء يصرون على إخفاء المريض والمرض خوفاً من كلام (الناس)، وإخفاء المرض بمجرده لا اعتراض عليه؛ لأنه من حق كل منا أن يخفي أسراره ومعلوماته الشخصية، ولكن الناس في هذه الحالة يمتنعون عن طلب العلاج لدى المختصين بدعوى إخفاء المرض، وهذا خطأ كبير، وذلك بأن تحجب المعلومة عمن يفيدك، وقد يحل مشكلتك، بينما تصل المعلومة بالفعل إلى

جميع الناس، ويتحدث عنها الجيران، ويلاحظها الجالسون على الأرصفة!! خاصة عندما يصل صاحبنا إلى مرحلة الخروج والدوران في الشوارع!! وعند ذلك تجد بعض الأسر نفسها مرغمة على أخذ مريضها لمقابلة الطبيب النفسي.. وهؤلاء خير من آخرين لا يقبلون هذا الخيار، ويفضلون استخدام لغة الحبال والقيود والسياط والكي والتعاويذ.. إلى آخر تلك القائمة الطويلة من المعالجات البائدة.

إننا بحاجة إلى تصحيح فهمنا للمرض النفسي لنتعامل معه بصورة أفضل.

يسألونك عن الاكتئاب (١)

هل خطر ببالك أنك قد تصاب أنت أو أحد من حولك بمرض الاكتئاب؟

نعم.. دعنا نحمد الله تعالى على العافية، ونتفاءل ونرجو أن يديمها علينا، ولكن هل تعلم أن أكثر من ١٠٠ مليون شخص حول العالم يعانون من الاكتئاب، وذلك حسب دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية؟

لنتابع سوياً الأسطر التالية لنتعرف على هذا المرض، وأسبابه، وأعراضه، وطرق علاجه.

ما هو الاكتئاب؟

قد يدور بأذهان البعض أن المقصود بحالات الاكتئاب هو تلك الحالات العابرة من الحزن والضيق التي قد تنتاب الإنسان من وقت لآخر بسبب فقدانه لعزيز أو تعرضه لمصيبة، ولكن ليس هذا هو المقصود بالمرض، لأن ما سبق قد يكون طبيعياً ولا بد

من حدوثه، بينما مرض الاكتئاب هو اضطراب نفسي يصنف ضمن الأمراض الوجدانية، وهو يؤثر على الجسم والمزاج والأفكار، ويفقد الشخص قدرته على الإحساس بذاته والعالم من حوله. والمرض يتفاوت في شدته ما بين النوع البسيط والنوع الشديد الذي قد يشكل تهديداً للحياة.

هل للاكتئاب أنواع؟

مرض الاكتئاب شأنه شأن الأمراض الأخرى له عدة أنواع: فهناك الاكتئاب الكبير (الجسيم) Major depression، وفيه تظهر جميع أعراض الاكتئاب بصورة واضحة، وقد يحدث هذا المرض مرة واحدة في حياة المريض، أو قد يتكرر أكثر من مرة. ويقابله نوع آخر من أنواع المرض هو الاكتئاب ثنائي القطبية أو (ذهان الهوس والاكتئاب)Bipolar mood disorder ، وفي هذا المرض تحدث نوبات من الاكتئاب والهوس، والذي هو حالة مقابلة ومعاكسة تماماً للاكتئاب، لعلنا نتعرض لها لاحقاً. فيصاب المريض بنوبة اكتئاب، ثم يشفى منها، وبعد فترة تصيبه نوبة هوس، وهكذا.

ما هي نسبة الإصابة بمرض الاكتئاب؟

بعض الدراسات أظهرت أن نسبة الإصابة بمرض الاكتئاب هي ما بين ٧ إلى ١٠٪ من أفراد المجتمع، فهو مرض شائع، وتزداد نسبة إصابة الذكور به عن الإناث. والجدير بالذكر أن الاكتئاب يصيب جميع الأعمار، ولكن الإصابة به تزداد في مرحلتين عمريَّتين: الأولى: بين سن الأربعين والخمسين، والثانية: بين سن الستين والسبعين.

ما هي أعراض وعلامات مرض الاكتئاب؟

ككل الأمراض الأخرى للاكتئاب أعراض مختلفة في شدَّتها من شخص لآخر، كما أنه لا يشترط أن تظهر كلها في نفس الوقت، بل هناك معايير معينة يرجع إليها الأطباء المختصون في تشخيص المرض. من هذه الأعراض:

- الحزن المستمر والشديد.
- الإحساس بالإحباط، والتشاؤم، وفقدان الأمل.
- الفتور، وفقدان الحيوية، والإجهاد.
- فقدان الاهتمام بالأحداث من حولك والهوايات التي كنت تستمتع بها.

- الإحساس بالذنب بصورة زائدة عن المعتاد.
- الأرق، وأحيانًا العكس، فيلاحظ المريض زيادة في النوم.
- فقدان الشهية ونقص الوزن، وإن كان في بعض الحالات قد يحدث العكس.
- التفكير في الموت وربما في الانتحار، وأحيانًا محاولة الانتحار.
- صعوبة التركيز، والتردد في اتخاذ القرار.
- ظهور بعض الأعراض الجسدية المستمرة التي لا يظهر لها غالبًا سبب عضوي واضح؛ مثل: الصداع، والاضطرابات الهضمية، وآلام في أنحاء مختلفة في الجسم.

هل يحدث الاكتئاب في سن الطفولة؟

كما ذكرنا فإن مرض الاكتئاب يمكن أن يصيب جميع الأعمار تقريبًا. ولكن في الأطفال غالبًا ما يظهر بصورة مختلفة، مثلاً قد يظهر في صورة عدم تحكم الطفل في التبول بعد أن كان قادراً على ذلك. وقد يصاب الطفل بصعوبة في النطق بعد أن كان كلامه سليمًا. وفي أعمار أكبر قليلاً قد يظهر الاكتئاب في صورة

اضطرابات سلوكية، فيبدأ الطفل في السرقة والكذب مثلاً. أو يظهر في صورة أعراض جسدية كالتألم من مواضع مختلفة في الجسم أو غير ذلك.

كيف يكون الاكتئاب عند المسنين؟

يصيب مرض الاكتئاب المسنين، وقد تظهر عليهم نفس الأعراض المعروفة للاكتئاب، ولكن أحياناً تكون هنالك مجموعة من الاضطرابات المعرفية التي قد تؤدي للخلط بين مرض الاكتئاب وبين عته الشيخوخة، فالمريض ينسى بصورة أكثر مما سبق قبل المرض، ويضعف تركيزه، كما يفقد حماسه ورغبته في عمل أي شيء جديد. ولعل المسنين بالذات تؤثر عليهم عوامل معينة تزيد من إصابتهم بالاكتئاب منها:

- فقدان الأقارب والأهل والأصدقاء بالوفاة أو السفر أو غيره.
- العوامل المادية: كقلة الدخل، خاصة إذا كان المسن يعمل في وظيفة معيَّنة، وأحيل إلى المعاش، أو فقد القدرة على ممارسة عمله، وأصبح معتمداً على الآخرين.

• العوامل الصحية: كإصابة المسن بالأمراض الأخرى؛ مثل: ارتفاع الضغط والسكر مثلاً، أو ضعف بعض الحواس مع تقدم العمر.

فكل هذه العوامل تؤدي إلى زيادة إصابة المسنين بمرض الاكتئاب.

يسألونك عن الاكتئاب (٢)

في المقال السابق بدأنا الحديث عن مرض الاكتئاب النفسي، وعرفنا طبيعة المرض وأنواعه التي يظهر بها، ومدى انتشاره، وكذلك سردنا أهم أعراض وعلامات الاكتئاب في المراحل العمرية المختلفة. وفي هذا المقال نستكمل الحديث عن الاكتئاب من حيث أسبابه وعلاجه، وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة.

يرتبط حدوث مرض الاكتئاب بتغيرات تطرأ على النشاط الكيميائي في المخ، فمن المعلوم أن كثيراً من الوظائف الطبيعية للجهاز العصبي تتم من خلال مواد كيمائية معينة تسمى النواقل العصبية، وإن حدوث اختلال في هذه المواد يمكن أن يؤدي لظهور أعراض الاكتئاب.

وهناك دور للعوامل الوراثية في تسبيب المرض، فبعض الناس قد يكون مهيأً بصورة أكبر من غيره لحدوث المرض، خاصة إذا

كان هناك عدد من أقاربه مصابين به. وهناك أسباب عضوية مختلفة تساعد على الإصابة بالاكتئاب؛ فظهور المرض قد يرتبط بالإصابة بالحميات أو بالأمراض المزمنة؛ كأمراض القلب والكلى وغيرها.

ولا شك أن للأسباب النفسية دوراً في حصول المرض؛ وذلك مثل ضغوط الحياة المختلفة، والمشاكل الاجتماعية الأسرية والمهنية والمادية، وكثيراً ما يكون المرض نتيجة لتداخل عدة عوامل ومسببات مختلفة.

هل هناك علاقة بين الاكتئاب والولادة؟

الولادة عملية شاقة تصاحبها تغيرات نفسية وهرمونية؛ لذلك عادة ما يحدث للأم تقلب في المزاج، وضيق في فترة ما بعد الولادة، ولكن إذا ظهرت هذه الأعراض بصورة واضحة، وصاحبها أعراض اخرى من أعراض الاكتئاب، وإذا استمرت لعدة أيام، فعند ذلك يجب أن تُعرض الأم على الطبيب المختص، فهناك ما يعرف باكتئاب ما بعد الولادة، وهو قد يكون خطيراً على الأم وعلى طفلها كذلك. وكثير من الناس لا ينتبهون لهذه الحالة، فتتغير الأم وتظهر عليها الأعراض، ويعتبرها الناس

المحيطون بها غيرت سلوكها؛ لأنها أنجبت ابنًا، أو صارت مغترة أو متكبرة، أو يظلون يتساءلون بينما تبقى الأم في معاناتها.

كيف يمكن علاج مرض الاكتئاب؟

تختلف حالات الاكتئاب من مريض إلى مريض، فيتم تشخيص الحالة بصورة فردية، ويعطى العلاج المناسب لكل مريض، ولكن بصورة عامة فإن علاج الاكتئاب يشتمل على عدة طرق:

• العلاج النفسي بأساليبه المختلفة؛ كالعلاج المعرفي والعلاج النفسي التدعيمي.

• العلاج الدوائي وهناك أنواع عديدة من الأدوية التي تعالج المرض على النحو التالي:

١. مجموعة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (TCA)، وهي من الأدوية التقليدية لعلاج الاكتئاب، وتتميز بفعاليتها وانخفاض تكلفتها؛ ولكن لها بعض الآثار الجانبية.

٢. مجموعة مضادات الاكتئاب المثبطة لأكسدة أحادي الأمين (MAOI).

٣. مجموعة مثبِّطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، وهذه المجموعة أحدث من سابقاتها، وتتميز بقلة آثارها الجانبية وسرعة تأثيرها العلاجي.

بعض حالات الاكتئاب تعالج بالجلسات الكهربائية (ECT) مثل الحالات التي لا تستجيب للأدوية الكيميائية، وبعض الحالات الحادة، وحالات الذهول الاكتئابي، وغيرها من دواعي استعمال هذا النوع من العلاج، حيث يتم إمرار تيار كهربائي ضعيف لفترة قصيرة جداً بالدماغ تحت شروط معينة ومواصفات علمية، وبعد أن يتم فحص المريض وتحضيره لذلك. وهو علاج فعال بصورة كبيرة، وآثاره الجانبية محدودة جداً.

هل من المهم معالجة الاكتئاب؟

قد يظن البعض أنه ليس من الضروري معالجة الاكتئاب، أو أنه حالة عابرة قد تمر ويزول أثرها، ولكن هذا ليس صحيحًا، فترك المرض من غير علاج يؤدي لمضاعفات خطيرة منها:

- الانعزال الاجتماعي للمريض، وعدم اتصاله بالمجتمع، وما يترتب على ذلك من مشكلات اجتماعية وأسرية.

• التدهور في الأداء والإنتاج، فالمريض سواء كان عاملاً أو موظفاً أو طالباً فإن المرض سيعيقه عن مواصلة عمله أو دراسته.

• قد يقع المريض بفعل الاكتئاب فريسة للإدمان على الكحول أو المخدرات أو غيرها من المواد الضارة، فتزداد حالته سوءاً.

• قد يؤدي به الاكتئاب إلى محاولة الانتحار؛ ليتخلص من هذه الحياة التى لا يجد لها طعماً، بل تمثل بالنسبة له مجموعة من الأعباء والمصائب، وهذه من أخطر المضاعفات خاصة إذا علمنا أن الإحصائيات العالمية تفيد بأن هناك ٨٠٠ ألف حالة انتحار سنوياً في أنحاء العالم.

إلى غير ما ذكر من مضاعفات الاكتئاب التي تجعله مرضاً خطيراً، بل قد يكون قاتلاً إذا لم يسارع في علاجه.

مفاهيم خاطئة عن الاكتئاب:

١- الاعتقاد بأن الأدوية المستخدمة في علاجه تسبب الإدمان:

بعض الناس يعتقد أن أدوية الاكتئاب وسائر الأدوية النفسية تؤدي إلى الإدمان والتعود عليها. وهذا ليس بصحيح قطعاً؛ فلا علاقة بين مضادات الاكتئاب وبين الإدمان، والطبيب النفسي هو أعرف الناس بما يسبب الإدمان وما لا يسببه، وهو المختص بعلاج الإدمان، فكيف يُتصور أن يدفع مريضاً للإدمان؟!

٢- الخوف من وصمة المرض النفسي:

بعض الناس يخاف من أن يعرف الناس أنه مصاب بالاكتئاب أو أحد أفراد أسرته، فتجده يخفي ذلك عن الناس ـ وهذا من حقه ـ ولكن ذلك يمنعه من الحضور إلى العيادة النفسية خوفاً من الوصمة!! فتمرُّ الأيام، ويتطور المرض وتظهر المضاعفات التي قد يكون من بينها الانتحار. وهذه من أكبر المشاكل التي تحرم كثيراً من المرضى العلاج، ولو أنهم حضروا مبكرين لتم شفاؤهم سريعاً بإذن الله، ولم تتأثر حياتهم أو دراستهم بالمرض.

٣- الانصراف إلى معالجة المرض بأساليب غير مفيدة وأحياناً ضارة، كمن يتجه لعلاج الاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية ببعض العلاجات الشائعة؛ كاستخدام البخور، أو إحراق بعض الورق والتعرض لدخانه، أو استعمال الزار، وغيره من

الممارسات الخاطئة شرعًا وطبًا.

٤- الاعتقاد بأن العلاج النفسي يتعارض مع الدين، وهذا خطأ فالدين يأمرنا بالتداوي، والله ما أنزل داءً إلا أنزل له شفاءً، علمه من علمه وجهله من جهله، والأدوية النفسية كسائر الأدوية الطبية مما خلقها الله عزَّ وجل، وجعلها سببًا للشفاء. فتناوله لا ينافي التوكل على الله، بل هو من كماله: لأن التوكل على الله هو تفويض الأمر إلى الله مع فعل الأسباب وأخذ الدواء من الأسباب.

وأخيراً.. هذه أهم المعلومات عن مرض الاكتئاب إنما ذكرت لتوضيح الصورة، وتصحيح المفاهيم وصولاً لمجتمع سليم ومعافى. مع خالص دعواتنا لجميع المرضى بالشفاء.

الهوس: حينما يصبح المرح مرضاً؟؟

هل يمكن أن يكون المرح حالة مرضية؟ هل يمكن أن تصبح الحيوية والنشاط والسرور اضطراباً نفسياً؟ هذا ما سنعرضه من خلال هذه السطور القادمة..

الإنسان ولا شك تمرُّ به أحداث مختلفة وأحوال متقلبة، فيُسَرُّ ويسعد في أوقات، ويغتمُّ في أوقات أخرى بحسب ما حوله من ظروف وأحداث.

ولكن إذا استمر الحزن والكآبة لفترة طويلة بعد مرور الحدث المحزن، وكان الحزن شديداً بصورة مبالغ فيها، أو حصل هذا الشعور بالحزن والكآبة من غير مؤثر خارجي؛ أي: من غير حدث محزن، خاصة إذا ما أضيفت إليه أعراض أخرى؛ مثل عدم الاستمتاع بالحياة، واضطراب النوم والشهية، والفتور الشديد...الخ، فهنا تعتبر هذه الحالة مرضية، وتسمى بالاكتئاب كما تم توضيحه في مقالات أخرى.

وفي المقابل، قد يمر بعض الناس في فترة من الفترات بإحساس غامر بالمرح والسرور، ونشوة عارمة دون أن يكون حوله من الأحداث والأحوال مايفسِّر ذلك. ويكون هذا الشعور مصحوباً بطاقة ونشاط زائدين عن المعتاد، ويكثر الكلام، وتزداد سرعته، إلى جانب بعض الأعراض الأخرى. وهذه الحالة تعرف باضراب الهوس (Mania)، وهو اضراب معروف، ومصنف ضمن الاضطرابات الوجدانية، وهو قابل للعلاج؛ حيث توجد بعض العقاقير الطبية التي تساعد المصابين به على الشفاء بإذن الله.

أعراض اضطراب الهوس:

ربما يتساءل البعض: ما المشكلة في أن يكون الإنسان مرحاً وسعيداً حتى لو لم يكن هناك سبب لذلك؟ والجواب: إن الاضطراب يحتوي على مجموعة من الأعراض والمظاهر غير المعتادة التى قد تسبب للمصاب بها مشاكل مختلفة؛ ولذلك دعونا نتعرف على أعراض هذا المرض:

١ ـ الإحساس بالمرح والإنشراح، أو ارتفاع المزاج، أو قد يكون المريض متوتر المزاج قابلاً للاستثارة لأبسط الأسباب.

٢ ـ زيادة النشاط والحركة، ويلاحظ أهل المريض ومن حوله أنه أصبح كثير الدخول والخروج من غير سبب، لا يحب الاستقرار في مكان واحد، مستعداً لبذل أي مجهود في أي وقت.

٣ ـ قلة النوم، فلا ينام المريض مبكراً، ومع ذلك يستيقظ في وقت مبكر جداً.. وقد يكون النوم متقطعاً.

٤ ـ كثرة الكلام وزيادة معدل سرعته، وكأنَّ الكلمات مندفعة بقوة.

٥ ـ صعوبة التركيز، والانتقال السريع من موضع إلى آخر. وهو ما يسمى بتطاير الأفكار.

٦ ـ اضطراب الشهية بالنقص أو الزيادة، مع ازدياد الشهوة الجنسية.

٧ ـ الإحساس بالعظمة والأهمية، والميل لوضع الخطط للمستقبل بصورة غريبة وغير معتادة.

٨ ـ عدم مراعاة القيود الاجتماعية والعرفية والدينية، حيث يتصرف الشخص بحرية غير طبيعية.

٩ ـ الاندفاع والتسرع في اتخاذ القرارات، والميل للإنفاق، مما

قد يوقعه في المشاكل.

١٠ ـ قد تظهر في بعض الحالات بعض الأعراض الذهانية؛ كالضلالات والهلاوس.

ماهو اضطراب الهوس تحت الحاد؟

هناك اضطراب يسمى الهوس تحت الحاد (Hypomania)، ويحتوي على أعراض مشابهة للأعراض السابقة، ولكن بصورة أقل حدة، صحيح أنه بهذا لا يتسبب في نفس القدر من المشاكل والمضاعفات الناتجة من اضطراب الهوس، ولكنه كثيراً ما يُتجاهل أو لا يظنه الكثيرون مرضًا يحتاج إلى علاج؛ نظراً لخفة أعراضه. وهذا يؤدي للتأخر في اكتشافه وعرضه على المختصين؛ مما يسبب تفاقم المشكلة.

ما هي مخاطر اضطراب الهوس؟

من المخاطر سرعة الاستثارة التي كثيراً ما يصاحبها عنف لفظي أوجسدي، مما يوقع الأذى بالمريض ومن حوله. ومن المخاطر ازدياد الرغبة الجنسية بصورة ملاحظة، مع التحرر من القيود الاجتماعية، مما ينتج عنه سهولة ارتكاب الجرائم

والتعدي الجنسي على الآخرين. وللقارئ أن يلاحظ حجم المشكلة عندما تُصاب الأُنثى بهذا الاضطراب، فقد تفقد عفتها وشرفها تحت تأثير المرض.

وأيضاً من المخاطر: اندفاع المريض وتسرعه الذي يوقعه في كثير من المشاكل المختلفة، ويخسر المريض بسببه الكثير من المال والممتلكات وغير ذلك. ومن المخاطر: أن المريض لا يشعر بمرضه، بل على العكس يحس بأنه في أفضل أحواله، وأنه لم يكن من قبل أفضل منه الآن؛ ولذلك يرفض العلاج.

هذا إلى جانب الإعاقة التي تحدث للمصاب بهذا الاضطراب، فهو مع نشاطه وحيويته لا يستطيع الاستمرار في عمله أو وظيفته مع ظهور هذه الأعراض؛ لذلك ينبغي المسارعة بالعلاج لدي الطبيب النفسي المختص حتى لا تظهر هذه المخاطر، وحتى يمكن تدارك المشكلة قبل أن تتضاعف.

ما هي العلاقة بين الهوس والاكتئاب؟

كثيراً ما تظهر أعراض الهوس على شكل نوبة لفترة معيّنة، ثم يُصاب المريض بنوبة أخرى، ولكنها نوبة اكتئابية؛ فتتناوب أعراض الهوس مع أعراض الاكتئاب، وهذا ما يُسمى

بالاضطراب الوجداني ثنائي القطبية أو (ذهان الهوس والاكتئاب).

ماهي أسباب اضطراب الهوس؟

ينبغي التأكيد على أن مريض الهوس لا ينبغي النظر إليه كمذنب، كما هي النظرة الخاطئة للأمراض النفسية، فهو لم يتسبب في حدوث هذا المرض لنفسه، بل هو غالباً أمر خارج عن إرادته، فمثلاً تلعب الوراثة دوراً في حدوث هذا الاضطراب، وتزداد نسبة إصابة الأبناء بالمرض إذا كان أحد والديهم مصاباً به، وقد تعرَّف العلماء حديثاً على بعض الجينات الوراثية التى من المحتمل أن تكون مرتبطة بالمرض.

هناك تغييرات كيميائية معينة في المخ تحدث عند أشخاص لديهم القابلية والاستعداد الوراثي، فينتج عن ذلك ظهور أعراض اضطراب الهوس. والظروف البيئية المحيطة بالشخص بما فيها من الضغوط المختلفة والاجتهاد لها دور في ظهور المرض، وكذلك بعض الأمراض العضوية، وتعاطي بعض العقاقير أو المخدرات.

ما هو علاج اضطراب الهوس؟

يستهدف العلاج في المرحلة الأولى التغلب على الأعراض الحادة للهوس، وذلك بالأدوية الكيميائية التى تعرف بمثبتات المزاج، وهي أنواع مختلفة، ولكنها جميعًا تشترك في كونها تعمل على مناطق معينة في الدماغ، وتؤثر بصورة كيميائية للمحافظة على استقرار نشاط الدماغ؛ وبالتالي استقرار المريض وزوال أعراض الهوس. وقد يستدعي العلاج في بدايته إدخال المريض إلى المستشفى لمنع حالات الهياج والاندفاع التى قد تتسبب في إيذاء نفسه أو الآخرين.

المرحلة الثانية هي مرحلة العلاج الوقائي، حيث يستمر العلاج بالعقاقير حتى مع اختفاء الأعراض؛ وذلك بهدف منع النوبات المستقبلية، وانتكاس المريض مرة أخرى. وهناك دور مهم للعلاج النفسي في توعية المرضى وأسرهم بهذا المرض، وكيفية التعامل معه، وأهمية المتابعة بالعيادة والمراجعة المستمرة، وتناول الدواء، حتى إذا أحس المريض أنه ليس محتاجًا إليه؛ فالطبيب وحده هو الذي يقرر للمريض متى يتوقف

عن استعمال الدواء. وباتباع الإرشادات الطبية يصل المريض إلى الشفاء بإذن الله.

ختاماً، نسأل الله تعالى عاجل الشفاء لجميع مرضانا، وأن يحفظ علينا جميعاً صحتنا وعافيتنا.. إنه جواد كريم.

هل للرقية ارتباط خاص بالأمراض النفسية؟

يعتقد كثير من الناس أن الرقية الشرعية خاصة بأنواع من الأمراض دون غيرها؛ كأمراض السحر والعين والمس والأمراض النفسية، فيقصدون إلى التداوي بالرقية من هذه الأنواع فقط، بينما لا يفعلون ذلك في الأمراض العضوية، ولا يتصور كثير منهم إمكانية الشفاء بالرقية منها. وهذا المفهوم ليس صحيحًا، فلم يرد في النصوص تقييد الرقية بالسحر والعين ونحوهما فقط، بل ليست هذه الأمراض غير العضوية ـ إن صحت التسمية ـ أولى بالرقية من الأمراض العضوية، وذلك لأمور منها:

١. إن الرقية من قبيل الدعاء، وهو الطلب والرجاء من الله تعالى أن يشفي المريض، وهذا ليس خاصًا بمرض دون مرض.

٢. إن الرقية استشفاء بالقرآن الكريم، وتبرك بآيات الله تعالى، وهذا تعبُّد لله، لا يختص به مرض دون مرض، كما قال الإمام ابن

القيم: «فالقرآن هو الشفاء التام من جميع الأدواء القلبية والبدنية».

٣. إن الأدلة الصحيحة التي دلت على مشروعية الرقية نصَّت على بعض الأمراض العضوية كما نصت على غيرها، ومن ذلك ما يلي:

•الرقية من لدغة العقرب ونحوها من ذوات السم، كما روى البخاري ومسلم في قصة اللديغ سيد الحي الذي رقاه الصحابة بالفاتحة، وأقرهم رسول الله صلى الله عليه وسلم، وكقوله صلى الله عليه وسلم: «لا رقية إلا من عين أو حمة» رواه أحمد والترمذي وأبو داود. قال النووي: الحُمَة: بضم الحاء المهملة وتخفيف الميم هي: سم العقرب وشبهها، وقيل: فوعة السم، وهي حدته وحرارته، والمراد أو ذي حمة كالعقرب وشبهها، أي: لا رقية إلا من لدغ ذي حمة، حتى قال: ومعنى الحديث لا رقية أشفى وأولى من رقية العين وذي الحمة. ويدل للرقية من لدغة العقرب أيضاً ما رواه جابر بن عبد الله قال: لدغت رجلاً منا عقرب، ونحن جلوس مع رسول الله صلى الله عليه وسلم، فقال رجل: يا رسول الله أرقي؟ قال: «من استطاع منكم أن ينفع أخاه

فليفعل» رواه مسلم. فهذه الأحاديث تدل على أن في الرقية شفاءً من لدغة العقرب ونحوها.

•الرقية من القرحة والجرح: ويدل على مشروعية ذلك ما روت عائشة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان إذا اشتكى الإنسان الشيء منه، أو كانت به قرحة أو جرح قال النبي صلى الله عليه وسلم بإصبعه هكذا، ووضع سفيان سبابته بالأرض ثم رفعها: «باسم الله تربة أرضنا، بريقة بعضنا، ليشفى به سقيمنا بإذن ربنا» رواه البخاري ومسلم.

•الرقية من النملة: وهي كما قال النووي: النملة جروح تخرج فى الجنب. ودليل ذلك ما في صحيح مسلم عن أنس قال: رخص رسول الله صلى الله عليه وسلم في الرقية من العين والحمة والنملة.

•الرقية من وجع الأذن: ويدل له ما ثبت عن أنس بن مالك قال: أذن رسول الله صلى الله عليه وسلم لأهل بيت من الأنصار أن يرقوا من الحمة والأذن. رواه البخاري. قال ابن حجر: وأما رقية الأذن فقال ابن بطال: المراد وجع الأذن، أي: رخص في رقية الأذن إذا كان بها وجع.

•الرقية من الوجع والألم: يدل له حديث عثمان بن أبي العاص الثقفي أنه شكا إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم وجعاً يجده في جسده منذ أسلم، فقال له رسول الله صلى الله عليه وسلم: «ضع يدك على الذي تألم من جسدك، وقل: باسم الله ثلاثاً، وقل سبع مرات: أعوذ بالله وقدرته من شر ما أجد وأحاذر» رواه مسلم. فهذه النصوص تدل على عموم الرقية، وأنها لا تختص بالمس والعين ونحوهما، وإنما تعم الأمراض العضوية كذلك.

بل قد يقال: إن كثيراً من النصوص التي يستدل بها على الرقية يُفهم أنها كانت في أمراض عضوية، وإن لم يتم التصريح بذلك في نص الحديث، ومثال ذلك ما روت عائشة رضي الله عنها قالت: كان رسول الله صلى الله عليه وسلم إذا اشتكى منا إنسان مسحه بيمينه ثم قال: «أذهب البأس، رب الناس، واشف أنت الشافي، لا شفاء إلا شفاؤك، شفاءً لا يغادر سقماً» رواه البخاري ومسلم. وكذلك ما ثبت فى الصحيح عن عائشةَ أيضاً أنها قالت: كان إذا اشْتكَى رسول اللهِ صلى الله عليه وسلم رقاه جبريل: «بسم الله يبريك، ومن كل داء يشفيك، ومن شر حاسد إذا حسد، وشر كل

ذي عين» رواه مسلم. ففي هذا الحديث وغيره الذي يفهم من قول عائشة: «كان إذا اشتكى» أنه من قبيل الأوجاع والآلام العضوية لا النفسية، فهي تعني رسول الله صلى الله عليه وسلم وأهل بيته، ولهذا بوب له البخاري بـ (باب مسح الراقي الوجع بيده اليمنى)، والله أعلم.

وليس معنى هذا أن يترك التداوي من هذه الأمراض بما أباح الله تعالى من الأدوية النافعة التي يصفها الأطباء، بل ينبغي الجمع بين الرقية وتعاطي الدواء، والمقصود بيانه أن هذا لا يختص بمرض دون آخر، وقصرُ الرقية على ما يكون سببه المس والسحر أو المرض النفسي ونحوه لا دليل عليه، ولا أصل له، بل هو مخالف لما تقدم من الأدلة وغيرها، والله أعلم.

قلة أدب أم مرض نفسي؟

دخلت الأم وابنتها إلى العيادة، أما الأم فكانت ترتدي عباءة سوداء تسترُ كاملَ بدنها، فلا ترى منه شيئاً، جَلَستْ في وقار.. وبدأت تحكي في هدوء عن ابنتها التي أحضرتها رغماً عنها لمقابلتي في العيادة النفسية. أما الفتاة فكانت بصورة أخرى.. لو لم أكن متأكداً أنني جزء من المشهد لظنت أنها خدعة «سينمائية» ـ كما كانت تسمى في السابق ـ أو صورتان دمجتا في مشهد واحد، لشدة ما رأيت من التباين والتناقض، كانت الفتاة في العشرين من عمرها أو دون ذلك بقليل، لكنها كانت ترتدي بنطالاً ضيقاً و«بلوزة» مثله، وقد انحسرت أكمامها عن الساعدين، والشعر الذي ليس عليه غطاء، مصفَّف على طراز غربي «جداً» من النوع الذي يصعب أن تجزم إن كان صُفِّف بالفعل أم لا!

جلست الفتاة أمامي باستهتار.. ورفعت إحدى ساقيها فوق الأخرى بلا مبالاة، كأنما هي في القهوة على وشك أن تطلب «شيشة!».

كانت تعلك اللبان (العلكة) بطريقة مجافية للأدب، وتتكلم من بين لسانها والعلكة؛ وهي تارة تعدل بطرف أصبعها وضع نظارتها (الموضة) إلى ما فوق أرنبة أنفها، وتارة تلاعب أطراف شعرها.. وأحياناً تبدي ابتسامة عابثة غير مريحة.. المجلس كله لم يكن مريحاً على كل حال!..

حكت الأم عن سلوك ابنتها غير المنضبط في الفترة الأخيرة، وميلها للخروج من البيت في أوقات غير مناسبة وبزيٍّ غير مناسب، ولم تكن في حاجة لذكر هذا الجزء، فهو واضح أمامي، على الرغم من أن هذا السلوك غريب على أسرتهم وعاداتهم وأخلاقهم، فالأسرة محافظة متدينة بصورة مميزة، بل الفتاة نفسها لم تكن على هذه الحال في السابق، ولم تسبق هذا التحول مقدمات من أي نوع.

سألتُ الأم عن الأعراض الأخرى والتاريخ المرضي الكامل للحالة، وأجريتُ الكشف النفسي المعتاد، وتبيَّن لي أن سلوك الفتاة هذا لم يكن إلا مظهراً من المظاهر المرضية لاضطراب المزاج ثنائي القطب، وهو اضطراب نفسي معروف، يتميز بمجموعة من الأعراض والعلامات النفسية، التي منها ترك

الاحتشام، وعدم مراعاة القيود والضوابط الاجتماعية، بل الميل للانفلات عنها فيما يُعبَّر عنه أحيانًا بالجموح، وقد يكون من بين هذه القيود ضوابط دينية وشرعية، وقد ينظر البعض إلى هذه التصرفات باعتبارها انحرافًا أخلاقيًا أو قلة أدب أو ما أشبه، بينما هي في الحقيقة مرض، أعني أن هذا الجموح قد يكون عرضًا لمرض نفسي يصيب بعض الناس، لا أن كل من يظهر شيئًا من عدم الاحتشام فهو مريض، وإنما يحتمل أن يكون عرضًا مرضيًا يتم التأكد منه بمعاينة المريض ومعرفة التاريخ المرضي، وما إذا كانت هناك أعراض أخرى مصاحبة، وتطبيق المعايير التشخيصية. وهذا ما لا ينتبه إليه غير المختصين في الغالب، ولهذا لا يرون من مثل هذه التصرفات إلا أنها قلة أدب تحتاج إلى التأديب، ووقاحة ينقصها الردع، وجريمة تستحق العقاب. وهذا ما كان من والد تلك الفتاة الذي هاله ما رأى من سلوك ابنته، ولم تصدِّق عيناه أن يراها تخرج بمثل هذا المنظر الذي ربما لم تكن من قبل تجالس به حتى إخوتها داخل البيت، وثارت عنده الغيرة لمَّا علم أنها تخرج في أوقات غير مناسبة، وربما قابلت الشباب وحادثتهم.. فما كان منه إلا أن هدد وتوعد،

ثم عاقب وضرب، ثم قيدها وحبسها في البيت، وقد رأيت على ساعدي الفتاة آثار الضرب والتقييد، وكل ذلك لم يجد معها نفعًا، وكأن الفتاة لم تسمع ولم تحس!

لماذا؟ لأن الأمر كان مرضًا، ولم يكن مجرد سلوك منحرف، وأعني بالمرض هنا ما يعنيه الأطباء لا ما يعنيه المربون والمصلحون، أعني بالمرض هنا ما يقابل الصحة لا ما يقابل الاستقامة، أعني المرض باستعماله الحقيقي لا الاستعمال المجازي الذي يعني المرض الخُلُقي والاجتماعي.

هذا المرض كان نفسيًا، ولكن البعض للأسف عندما يسمع عن المرض النفسي ينصرف ذهنه إلى تلك المعانى المجازية، بينما هو مرض حقيقي تمامًا..

أنا لا أريد أن أهون من شأن التبرج مثلاً.. ولا أريد أن ألوم الآباء والمربين على الغيرة على الأعراض، حاشا وكلا.. لكنني أريد أن نفرق في المعالجة بين ما كان مجرد سلوك خاطئ أو إساءة أدب وبين ما هو عرضٌ مرضيٌّ، فالأول يحتاج إلى النصح والتهذيب والتربية والتأنيب، بينما الثاني يحتاج إلى الإسراع به إلى الطبيب النفسي الذي يصف له العلاج الدوائي المناسب.

الأول نعاتبه ونلومه، بينما الثاني نشفق عليه ونعذره! وبين الاثنين فرق عظيم..

نحن لا ندَّعي كأطباء نفسيين القدرة على إصلاح الأخلاق وتهذيب النفوس، بل لسنا معنيين بذلك بالدرجة الأولى، أعني أن هذا ليس مجال تخصصنا، هناك متخصصون؛ كالتربويين والدعاة، يتعاملون مع الأخلاق وتهذيبها وتزكيتها بحكم التخصص، ولكن هناك من الأعراض المرضية ما يشتبه بالانحرافات الخلقية، وهنا قد لا يجدي نفعًا النصح ولا التأنيب ولا وسائل الثواب والعقاب، وإنما يحتاج المريض إلى دواء يتمثل في العقاقير الطبية التي تصحح الخلل الداخلي الذي نتج عنه المرض بكل ما فيه من أعراض، هذا الخلل يحدث في كيمياء الدماغ التي تؤثر في نواحٍ عدة من تفكير الانسان وسلوكه ووجدانه، ولهذا يتسبب الخلل في تغير ظاهري يطرأ على هذه النواحي أو بعضها، ويحتاج تصحيحه إلى دواء كيميائي مهمته الحفاظ على اتزان كيمياء الدماغ حتى تعود الأمور إلى نصابها.

بقي أن أقول: إن الفتاة التي ذكرت قصتها، والتي أحضرها أهلها إلي للعلاج بعد أن أعياهم التعامل معها، تناولت الدواء

الذي وصفته، وعادت للعيادة في الوقت الذي حددته للمقابلة، ولكنها لم تعد في نفس الهيئة بعد أن شفاها الله عز وجل بسبب الدواء.. لقد عادت وهي ترتدي النقاب!!

بين الورع والوسواس

المعرفة بالاضطرابات النفسية وأعراضها ضعيفة عند أكثر الناس، لقلة المتخصصين فيها والمتحدثين عنها، ولأنها موجودة ومنتشرة في كل مجتمع، فإن الغالبية من الناس تمر عليهم تلك الأعراض، فيفسرونها بما يعرفون من ظواهر مألوفة أو دوافع معتادة أو طباع عادية، بينما هي أعراض مرضية، وهناك مواقف كثيرة تصدر من بعض الناس، وتمر مروراً عابراً، فلا تستوقف إلا المختصين الذين ينظرون إليها نظرة عميقة، فيرون فيها معاني لا يراها غيرهم، من أمثلة ذلك بعض المواقف والتصرفات التي تصنف أحيانًا ضمن دائرة الاحتياط والورع، بينما هي في حقيقة الأمر مظهر من مظاهر الوسواس القهري !!

ولكي تتضح الصورة لا بد من الإشارة إلى أن مرضى الوسواس القهري تعتريهم أفكار ملحَّة تشغل بالهم، وربما كانوا على قناعة بعدم أهميتها، لكنهم لا يستطيعون منع أنفسهم من التفكير فيها، وتصاحب ذلك أفعال قهرية يعملونها فقط تفاديًا

للقلق الذي يحسون به إذا تركوها، تتنوع موضوعات تلك الأفكار والأفعال، ولكنها تشترك في ذلك الإلحاح، ومن جملة ذلك التمسك الشديد بالتفاصيل، والدقة المفرطة في التعامل مع النفس والآخرين، بصورة تتسم بالمبالغة، وتتجاوز المألوف والمعتاد، وعندما تكون تلك الدقة الزائدة في ما يتعلق بالعبادة يظنها بعض الناس ورعًا، وليست من الورع في شيء، ولهذا أحيانًا تجد لدى الشخص نفسه تفريطًا ظاهراً في الفرائض، أو بعداً عن الالتزام بالدين، ثم هو «يتورَّع» في أمور بعينها، يريد أن يأتي بها على وجه الدقة المفرطة والحرص الزائد، والكمال شبه المستحيل! وتجده يجتهد في ذلك، وربما يتكلف ما لا يطيق. والأمر في هذه الحالة أقرب إلى الوسواس المرضي منه إلى الورع والتقوى!

من نماذج هذه الظواهر الوسواسية التي تشتبه عند البعض بالورع: التشدد في أمر النجاسات، والاحتياط الشديد في التحرز منها، فمنهم من يغير ملابسه ولا يصلي فيها لمجرد أن طفلاً لامسه بثوبه وإن كان جافًا، ويقول: إن الطفل ربما كان نجس الثياب، ومنهم من لا يفرش سجادة الصلاة على أرض الصالة في

بيته ـ وهي جافة ـ لاحتمال أن أحداً مشى على أرض الصالة بحذائه بعد أن مشى على أرض الحمام. ومنهم من يتحقق من نظافة ملابسه الداخلية في اليوم عشرات المرات، ومنهم من يظل يتحقق ويتأكد من الطهارة في البدن أو الثياب حتى تفوته الصلاة!

ومن النماذج ما ذُكر من أن رجلاً سأل أحد العلماء عن الحصاة يجدها الإنسان في ثوبه أو في خفه أو في جبهته من حصى المسجد؛ فقال: ارم بها، قال الرجل: زعموا أنها تصيح حتى تردَّ إلى المسجد؛ فقال: دعها تصيح حتى ينشق حلقها؟ فقال الرجل: سبحان الله! ولها حلق؟ قال: فمن أين تصيح!؟

وفي هذا النموذج نجد السائل يتشدد في أمر حصاة خرجت معه عفواً من المسجد، وينتظر أن يفتيه العالم بأن يردها إليه، ويفطن العالم لما في سؤاله من التعنت، فيجيبه بما يناسب ذلك.

ومن النماذج ـ وإن كان أيسر ـ ما ذُكر في سيرة بعض الفضلاء أنه دخل يوماً مسجداً، فنسي ديناراً، ثم ذكر فرجع فوجده، ففكر، وقال: لعله وقع من غيري، فتركه!

وذات مرة سمعت متحدثاً في الإذاعة، يتناول موضوع العدل بين الزوجات، وكيف أن الرجل إذا تزوج بأكثر من واحدة فإنه لا بد أن يتحرى العدل بينهما، ثم شرع في ذكر نماذج من قصص السلف في ذلك، وذكر من بينها قصة رجل كانت له زوجتان يعدل بينهما كأشد ما يكون العدل، فلا يقدم إحداهما على الأخرى في ملبس أو مأكل أو غيره، فكان أن ماتتا في يوم واحد، فلما جهزهما أراد أن يخرج جنازتيهما من البيت إلى المقابر، فلم يرض أن يخرج إحداهما قبل الأخرى وعد ذلك منافياً للعدل، فما كان منه إلا أن كسر جدار البيت ليتمكن من إخراجهما معاً في لحظة واحدة! والسامع لهذه القصة لأول وهلة قد يظن الأمر احتياطاً في العدل، ومراعاة للورع، وهذا هو المعنى الذي قصده المتحدث في تلك الإذاعة، بينما الأمر في تقديري تنطُّع ومبالغة، بل هو أقرب إلى الوسواس من أي شيء آخر، فالشريعة ما كلفتنا مثل هذا، ولا يخفى ما في تكسير جدار البيت لأجل إخراج الجنازتين من المشقة والعنت، وما الفائدة التي تعود على أي منهما إن خرجتا سوياً؟ وما الضرر الذي سيحصل على أي منهما إن سبقتها الأخرى بالخروج؟ ثم إن رجلاً يستحضر مثل هذه

المسألة في مثل هذه الحال جدير بالعجب، أعني أن الإنسان في يوم تموت فيه زوجتاه كلتاهما لفي شغل عن استحضار العدل المفرط في هذه الصورة الدقيقة، ثم لو تنزلنا وفرضنا أنه ينبغي مراعاة العدل في مثل هذا لسألناه: ألم يكن بوسعه أن يقدم الكبرى منهما باعتبار السن؟ أو يقدم الأسبق وفاة ولو بلحظة؟ أو غير ذلك مما كان له فيه مندوحة عن هدم جدار بيته!

وربما كانت القصة مختلقة أصلاً، لكنها لو صحَّت لم تكن محل اقتداء، وقد بحثت عنها كثيراً فلم أجدها في شيء من الكتب المعتمدة.

ولعلي أشير إلى أن هذه الظواهر الوسواسية لها مستويات عدة، فقد تكون جزءاً من اضطراب الوسواس القهري، ذلك المرض النفسي الذي يحتاج للمتابعة الطبية النفسية المتضمنة العلاج الدوائي والنفسي، وقد تكون عرضاً وسواسياً في اضطراب نفسي آخر كالاكتئاب، فإن الثابت علمياً الارتباط الوثيق بين الوسواس والاكتئاب، وقد تكون هذه الظاهرة عرضاً من أعراض اضطراب الشخصية، وهذا أيضاً اضطراب نفسي، لكنه يختلف عما سبقه من حيث الأعراض والتشخيص

والعلاج، ونادراً ما تستخدم الأدوية في هذه الحالة، ومستوى رابع تظهر فيه تلك الظاهرة الوسواسية، وهو أن تكون سمة من سمات الشخصية دون حدوث اضطراب الشخصية، وهذه أخف المستويات، حيث لا يعتبر الشخص مريضاً، ولكنه يحتاج لتعديل هذه السمة من أجل توافق أفضل مع نفسه ومن حوله. ويجدر بالذكر أن الذي يفرق بين هذه المستويات المختلفة هو الطبيب المتخصص في الطب النفسي معتمداً على الأعراض والعلامات وشدتها ومدتها.. وغير ذلك من خطوات التشخيص، ومن ثم يحدد الخطة العلاجية.

خاتمة

وبعد.. فهذه المقالات قطرات يسيرة في بحر كبير.. وخطوات معدودة في طريق طويل.. لعلها تسهم في رفع مستوى الوعي الصحي النفسي، وتقدم شيئًا من الثقافة الصحية النفسية في قالب مختلف وأسلوب بسيط.

وأسأل الله تعالى أن يمن علينا وعلى المسلمين بالصحة والعافية، والهداية والتوفيق.

فهرس

الموضوع	الصفحة
مقدمة	٥
أنا اسمي مكتوب؟	٨
اليتم الخفي!!	١١
فصام بالجبنة!	١٤
مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (١)	١٧
مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (٢)	٢٠
مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (٣)	٢٣
مرض شيوخ أم مرض دكاترة؟ (٤)	٢٦
لماذا ينتحرون؟!	٢٩
من يقنع الديك؟!	٣٢
هل المرض النفسي ضعف إيمان؟	٣٥

الموضوع	الصفحة
الأدوية النفسية: هل تسبب الإدمان؟	٣٨
قتل طفليه وانتحر في مكة!	٤١
على أبواب الامتحانات	٤٤
نكات مساطيل!	٤٧
المدمن: نعالجه أم نعاقبه؟	٥٠
هل المرض النفسي وراثي؟	٥٣
كلمات مدمرة!	٥٦
هل «السيلفي» مرض نفسي؟	٥٩
فكرة وسواسية!	٦٣
أنفق تسعد!	٦٧
البحث عن أصدقاء السوء!	٧٠
أبداً ما عندنا!	٧٣
عمر الزهور!	٧٦
استحضار!	٧٩
امشوا تصحوا!	٨٢
ما لا تعرفه عن التدخين!	٨٥

الموضوع	الصفحة
معاناة صامتة	٨٨
التخلص من المرض، أم التخلص من العلاج؟	٩١
مسيلمة الكذاب ومرض الفصام!	٩٤
رحلة حشيش!	٩٧
الإمام الذهبي طبيبًا نفسيًا! (١)	١٠٠
الإمام الذهبي طبيبًا نفسيًا!! (٢)	١٠٣
نعم.. يصاب المؤمن بالاكتئاب!!	١٠٧
نقص الأطباء النفسيين: حقيقة مروِّعة! (١)	١١٢
نقص الأطباء النفسيين: حقيقة مروِّعة! (٢)	١١٦
دوبامين!	١٢٠
كيف تقلع عن التدخين؟	١٢٤
المرض النفسي ليس ذنبًا	١٢٨
يسألونك عن الاكتئاب (١)	١٣٢
يسألونك عن الاكتئاب (٢)	١٣٨
الهوس: حينما يصبح المرح مرضًا؟؟	١٤٥
هل للرقية ارتباط خاص بالأمراض النفسية؟	١٥٣

الموضوع	الصفحة
قلة أدب أم مرض نفسي؟	١٥٨
بين الورع والوسواس	١٦٤
خاتمة	١٧١
فهرس	١٧٣

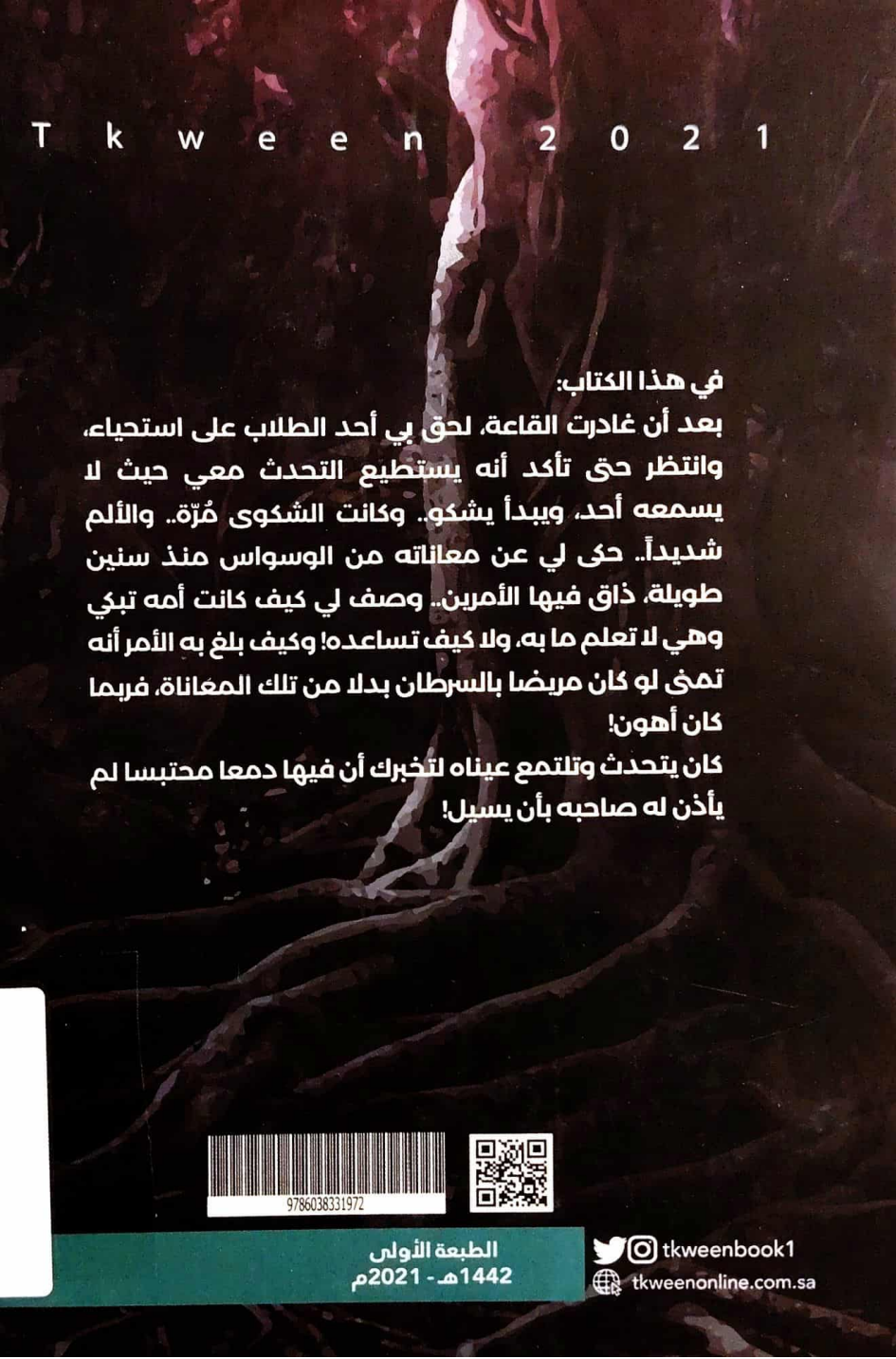
المؤلف في سطور

د. أنس ابن عوف عباس

- المولد بالخرطوم، والنشأة والمراحل الدراسية بمكة المكرمة.
- بكلاريوس الطب والجراحة من جامعة أم درمان الإسلامية (السودان).
- الدكتوراه السريرية في الطب النفسي من المجلس القومي السوداني للتخصصات الطبية.
- زمالة طب الإدمان من جامعة الملايا ـ ماليزيا.
- ماجستير تعليم المهن الصحية من جامعة الجزيرة (السودان).
- الدبلوم العالي في الشريعة والقانون من جامعة أم درمان الإسلامية.
- الماجستير في الفقه المقارن من جامعة أم درمان الإسلامية.
- جائزة الشهيد الزبير للإبداع والتميز العلمي في مجال

الدراسات الإسلامية (السودان) وهي أرفع جائزة علمية تقدمها الدولة.

- أستاذ الطب النفسي المساعد بكلية الطب بجامعة الرباط الوطني بالخرطوم (سابقًا).
- أستاذ الطب النفسي المساعد بكلية الطب بجامعة المجمعة بالسعودية (سابقًا).
- أستاذ زائر وممتحن خارجي بعدد من الكليات الطبية بالجامعات السودانية.
- له عدد من المؤلفات والبحوث والأوراق العلمية.
- شهادة ممارسة العمل الصحفي بصفة الاحتراف (القيد الصحفي بالسودان).
- رئيس تحرير مجلة (صحتك) الصادرة عن صندوق إعانة المرضى بالسودان.
- استشاري الطب النفسي بالطائف، السعودية (حاليًا).



في هذا الكتاب:

بعد أن غادرت القاعة، لحق بي أحد الطلاب على استحياء، وانتظر حتى تأكد أنه يستطيع التحدث معي حيث لا يسمعه أحد، ويبدأ يشكو.. وكانت الشكوى مُرّة.. والألم شديداً.. حكى لي عن معاناته من الوسواس منذ سنين طويلة، ذاق فيها الأمرين.. وصف لي كيف كانت أمه تبكي وهي لا تعلم ما به، ولا كيف تساعده! وكيف بلغ به الأمر أنه تمنى لو كان مريضا بالسرطان بدلا من تلك المعاناة، فربما كان أهون!

كان يتحدث وتلتمع عيناه لتخبرك أن فيها دمعا محتبسا لم يأذن له صاحبه بأن يسيل!

9786038331972

الطبعة الأولى
1442هـ - 2021م

tkweenbook1
tkweenonline.com.sa