



العلماء

الطبيب النفسي الشامي

أحمد ان غرايبة
وليد سرعان
لطفي الشرييني
أحمد فضل الخاني
محمد محمد يحيى



Arabpsynet e.Journal

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW

QUARTLY EDITION

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

مجلة طب نفسية و علم نفسية محكمة

تصدر فصليا

**Subscription For Arabpsynet SERVICES Pack**

REGISTRATION FOR 2009

Psychiatrists & Psychologists

After Send CV

Via Cv Form

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm**APN SERVICES Pack**

- Protected Links
- APN Mailing List
- Subscription for "APN e.Journal"
- Subscription for APN e.Books
- Subscription for 4 Letters to ePsydict (epsydict Arabi Edition; English Edition & French Edition)

JOURNAL CORRESPONDENCEE.MAIL : APNJournal@arabpsynet.com

P.MAIL :

Doctor Jamel TURKY

28 Habib Maazoun Street

TAPARURA Building Block "B" N°3

3000 SFAX - TUNISIA

الإشتراك في خدمات الشبكة**إشتراكات سنة 2009**

خاص بالأطباء و أساتذة علم النفس

إرسال السيرة الذاتية

حسب النموذج التالي

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm**مجموعة سلسلة خدمات الشبكة**

- اشتراك في قائمة المراسلات
- تصفح الارتباطات المعجمة
- اشتراك سنوي في إصدارات المجلة الإلكترونية
- اشتراك سنوي في إصدارات الكتاب الإلكتروني
- اشتراك سنوي في إصدارات المعجم الإلكتروني (مصطلحات نفسية للأربع أحرف من المعجم بمعدل مصطلح حرف واحد كل ثلاثة أشهر من المعجم العربية، الفرنسية و الإنكليزية.)

مراسلات المجلةبريد إلكتروني: APNJournal@arabpsynet.com

بريد ورقي:

" الدكتور جمال التركي "

28 نهج الحبيب المعزون

عمارة تبرورة مدرج ب عدد 3

3000 صفاقس - تونس

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

مجلة فصلية محكمة في علم النفس

الرئيس الفخري

أحمد عكاشة (مصر)

نائب الرئيس

أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

الرئيس الشرفي

يحيى الرخاوي (مصر)

الرئيس

جمال التركي (تونس)

الهيئة العلمية

علم النفس

قحدي حفي (مصر)

عبد الستار إبراهيم (مصر)

نعيم عطية (أمريكا/لبنان)

الغالي احشاش (المغرب)

عدنان فرج (الأردن)

سامر رضوان (سوريا/عمان)

بشير معمري (الجزائر)

بوفولة بوخمي (الجزائر)

خالد الفخراني (مصر)

قاسم حسين صالح (العراق)

عمر هارون الخليفة (السودان)

عبد الحافظ الخامري (اليمن)

صالح بن إبراهيم الصنيع (السعودية)

الطب النفسي

طارق عكاشة (مصر)

خليل فاضل خليل (مصر)

وليد سرحان (الأردن)

الزبون عمارة (الإمارات)

عبد العزيز موسى ثابت (غزة/فلسطين)

أديب العسالي (سوريا)

عبد الرحمان إبراهيم (سوريا/لبنان)

طارق الحبيب (السعودية)

نعمان الغرايبة (أمريكا/الأردن)

د. غيثاء الخياط (المغرب)

السكرتيرية: إيمان الفقي و سايوى النورتاني

إصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية - تونس

5	الملف : الطب النفسي الشرعي ... نحو قراءة عربية
5	افتتاحية - نعمة غرايبة
7	الطب النفسي والقضاء - وليد سرحان
25	المرض النفسي والمسؤولية الجنائية في الإسلام - لطفي الشربيني
30	الخصائص الطبية النفسية القضائية أو الشرعية - أحمد فضل الخاني
36	PSYCHIATRY AND ARAB LAWS - نعمة غرايبة
41	LAANTA BUUR: MY POLITICAL PRISON - محمد محمد يحيى

44	أبحاث ومقالات PAPERS & ARTICLES
44	سلسلة الإنسنة - يحيى الرخاوى
50	نحو مقاربة معرفية لسيكولوجية الطفل وسيروية الاكتساب في العالم العربي - الغالي أحرشواو
54	الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتهديم في العمر - عبد الستار ابراهيم
64	نمجن المسنون: إطلالة نفسية - قنري حفني
69	تربية الموهوبين خييار المنافسة الأمثل - عمر هارون الخليفة
82	الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية) - عبد الرحمن ابراهيم
91	أسئلة حول العلاج النفسي - مصطفى شقيب
99	تحليل المؤشرات اللغوية للخطاب المذنب عند الضامى - بوفولة بوخميس
105	فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لتحمل الضغوط لدى مرضى الاكتئاب - عمر هارون الخليفة
112	السياقة - بوفولة بوخميس
122	الاختبارات الارتباطية - بوفولة بوخميس
131	الشذوذات الجنسية - عبد الرحمن ابراهيم
140	تمسول الجنس - عبد الرحمن ابراهيم
143	جرائم المرأة في المجتمع الجزائري - مزوز بركو
151	CULTURAL PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH PRACTICE IN ARAB CULTURES - عبد الستار ابراهيم
157	SIEGE AND QUALITY OF LIFE OF PALESTINIANS IN THE GAZA STRIP - ثابت و زملاء
165	STRESS AND STRESS ASSOCIATED PSYCHOPHYSIOLOGICAL DIFFICULTIES - عبد الستار ابراهيم
170	CHILDREN OF IRAQI FAMILIES AT UNIVERSITI SAINS MALAYSIA - نجلاء و نورزينة
174	THE RELATIONSHIP BETWEEN SIEGE OF GAZA STRIP, ANGER, AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS - ثابت و زملاء
185	QUELS FACTEURS ETIOLOGIQUES ORGANIQUES DANS LA DEFICIENCE MENTALE - هالة العيادي و زملاء
189	APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE DES LES DYSPHASIE DEVELOPPEMENTALES - سيدة براهيمى

192	مراجعة كتب / BOOKS REVIEW
192	مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين - صفوت فرج
194	مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية - صفوت فرج
197	الاكتئاب والكدر النفسي - عبد الستار ابراهيم
199	إنه من حق كيا أفسى! - عبد الستار ابراهيم

203 JOURNALS REVIEW / مراجعة مجلات

- 203 الثقافة النفسية المتخصصة - م 18 العدد 72
- 208 الثقافة النفسية المتخصصة - م 19 العدد 74

213 PSY CONGRESS / مؤتمرات نفسية

- 213 المؤتمر الدولي الثالث للجمعية المصرية للتجليل النفسي - مصر
- 219 الأيام التونسية الرابعة لدراسات التجليل النفسي - تونس
- 220 ورشة تدريب - مشاكل الصحة العقلية المتعلقة بالأطفال - مصر
- 221 ملتقى الطب النفسي الدولي المشترك للقصر العيني - مصر
- 224 المؤتمر الدولي الثالث للمسنيين - القاهرة
- 226 الصدمة النفسية استراتيجيات التكيف والوقاية - الجزائر
- 228 المؤتمر الدولي السابع حول "تربية وتنمية الطفل الموهوب في الوطن العربي" - الجزائر
- 230 الملتقى الدولي الخامس للطبيب النفسي - جريدة
- 232 منتدى علم النفس للعمل في المغرب - المغرب
- 234 المؤتمر الدولي للعلوم العصبية: التكوين والبحث - الجزائر
- 236 المؤتمر العلمي الثاني للتربية الخاصة - مصر
- 238 أجنحة المؤتمرات النفسية - 2008

242 ASSOCIATIONS / جمعيات

- 242 الميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس - نوفمبر 2007

248 PRIZES / جوائز

- 248 جائزة ابن رشد للفكر الحر - 2008

254 APPRECIATIONS / انطباعات

- 254 أطباء نفسانيون وأساتذة علم النفس

256 MAILS OF APN LIST / بريد قائمة المراسلات

- 256 بريد مراسلات شبكة العلوم النفسية

281 PSY TERMINOLOGIES / مصطلحات نفسية

- 281 المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية "ت" (الإصدار العربي)
- 285 (English Edition) " D " E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES
- 289 (Edition Francais) " D " E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

الزملـا والزميلات: ختـة طـيـة وبعـد

يشرفني كتابة هذه الافتتاحية لعدد يتناول موضوعا في صلب مواضيع عدة أهمها نقطة، بل نقاط التقاطع بين طب النفس/علم النفس والقانون (في هذه المناسبة القوانين العربية)

في هذا العدد يقدم د. وليد سرحان من الأردن، مسحا شاملا للموضوع كتخصص فرعي من تخصصات طب وعلم النفس العديدة - أقصد طب النفس القضائي أو الشرعي **Forensic Psychiatry** .

ويشير زميلنا د. سرحان إلى أن أحد الفروق المهمة بين هذا الاختصاص والاختصاصات الأخرى في طب وعلم النفس هو (في معظم الأحيان) أن الطبيب هنا قد لا يعنى بالمعالجة بإستثناء في أحد فروع المدعو طب النفس الإصلاحي **Correctional Psychiatry** أو بالأحرى طب نفس السجون.

يتناول مقال د. سرحان نقاط التقاطع بين طب النفس والقانون، كالقوانين التي تعنى بالصحة النفسية: كتقنين الإدخال القسري للمستشفيات النفسية والعلاج القسري. هناك نقاط تماس أخرى في مهمة الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي: تقييم الحالة النفسية لمرتكبي الجرائم والجنايات وتقييم أهلية المتهم للمثول والمشاركة في محاكمته، وتقييم الذنب/عدم الذنب بدافع الجنون أو التخلف العقلي. ونقاط التماس في القانون المدني وتقييم كفاءة الشخص لتدبير شؤونه الخاصة وأمواله وممتلكاته وكتابة الوصية.

من الإسكندرية - مصر، تناول الدكتور لصفي الشربيني موضوع المرض النفسي والمسؤولية الجنائية في الإسلام مشيرا إلى أن المسؤولية الجنائية تسقط عند غياب العقل والإرادة، مشيرا إلى بعض الفروق بين المذاهب الفقهية كالشافعية والحنبلية والحنفية والمالكية. كما تطرق إلى واجب الطبيب النفسي في التحذير والحماية وإفشاء سر المريض عند الحاجة درءا لـ "مفسدة عن اجتماع أو الفرد". و إلى مفهوم الحجر في الإسلام عندما يفقد الإنسان أهليته لإدارة ممتلكاته وإلى ما رؤية الشريعة الإسلامية للعلاقة بين الطبيب والمريض.

من جدة - السعودية، بعرض زميلنا الدكتور محمد فضل الخاني موضوع الفحص الطبي النفساني القضائي (الشرعي) من منظور اسلامي متطرقا إلى الدواعي الفقهية الشرعية لتقييم شخص ما، مثل أهليته/ها لتحمل الواجبات الدينية. وكذا الدواعي القضائية القانونية لتقييم مسؤولية الشخص في تصرفاته/ها تجاه الشرع الإسلامي أو القانون الوضعي (مدني أو جنائي). وفق الأمور المهمة التي عاجها د. الخاني مسألة الوقت أو التوقيت في تقييم الحالة النفسية/العقلية في حالات السلوك الإجرامي وذلك أن مهمة الطبيب النفسي هنا كمهمة المحقق، كونه مهتم برسم صورة للمتهم قبيل ارتكابه الجرم وأثناء وبعد السلوك الإجرامي. كما عاج د. الخاني بتفصيل دقيق موضوعي الإدراك والإرادة (سابق الذكر في دراسة د. شربيني) وضمن

دراسته مؤشرات قيمة للطبيب أو أخصائي علم النفس عند الشهادة بالحكمة.

أهمية هذا العدد تنبع ليس فقط مما نشر فيه، بل كذلك مما لم ينشر و تعذر إدراجه في هذا الملف بما لا تسمح تحمل تبعاته طاقة مثل هذه المجلة الإلكترونية و الشبكة الصادرة لها"

بالمناسبة لا يسعني إلا أن أدعو جميع الزملاء والزميلات في شتى المنابع والتخصصات للتعاون مستقبلاً للنشر في المجلات التي لم يتطرق لها هذا العدد.

1 - قوانين الصحة النفسية بالدول العربية والتي تقنن أموراً هامة لها علاقة بحقوق الإنسان للمرضى النفسيين كقانون الإدخال القسري والعلاج القسري والقوانين التي تكفل لهم توفر العلاج حتى لو كانوا بالسجن أو المعتقل.

2 - أنظمة الصحة النفسية بالسجون العربية. فهناك ما يقدر بـ 370 ألف سجين عربي (على الأقل) وربما يكون بينهم ما يقارب 150 ألف ممن يعانون من مرض نفسي وإدمان على الكحول أو المخدرات.

3 - معالجة والوقاية من الإدمان على الكحول والعقاقير (بما في ذلك العقاقير المصروفة طبياً) بدل التجريم. فالعلاقة واضحة بين الجريمة والإدمان. ومحاولة إقناع القضاة العرب بالحكم بالعلاج بدل السجن مهمة أخلاقية تقع على عاتقنا.

4 - ربما يكون مجال طب النفس والقانون أفضل فرصة للبحثة العرب لأن يضعوا هذه المجلة الإلكترونية (الصادرة عن شبكة العلوم النفسية) والمجلة العربية للطب النفسي (الصادرة عن اتحاد الأطباء النفسيين العرب) في مصاف المجلات المحكمة عالمياً وإدخالها ضمن محركات البحث وقواعد البيانات مدلين MEDLINE وسايك إنفو PsycInfo

إسحوا لي أن أوضح هذه النقطة:

القوانين العربية تختلف بدرجات متفاوتة عن القوانين الأجنبية، كما أنها تختلف بين دولة عربية وأخرى بدرجات متفاوتة، **ربما نكون وراء الركيب:**

- في اكتساب عقار جديد للفصام الذهني
- في إعداد دراسات الرنين المغناطيسي
- في رسم جينات الأمراض النفسية ...

ولكننا سنكون دوماً في مقدمة الركيب فيما يتعلق بقوانين مجتمعاتنا العربية ومحاكمنا الشرعية وتفاصيل السجون العربية ومدى تفاعل السياسة العربية مع القانون... الخ.

أخيراً، تقبلوا دعوتي إلى التعاون، إن معظم دراسات هذا العدد لها باحث واحد، وكما تعلمون فهذه إحدى الخصائص الهامة والإيجابية التي ينظر إليها المحكمون العالميون في تقييم أهمية هذه الدراسات.

...تبهوا واستيقوا أيها العرب فتد طما الخطب حنى غاصت الركب

احتراماً

د. نعمان غرايبة

المطبب النفسي القضائي

د. وليد سرحدان، المطبب النفسي - عمان/الأردن

Sarhan34@wanadoo.jo - sarhan@nets.com.jo

مقدمة : إن الطب النفسي هو أحد فروع الطب وممارسه لا بد أن يكون حصل على بكالوريوس في الطب والجراحة ، ثم أكمل إختصاصه في هذا الميدان ، وهذا يختلف عن علم النفس الذي يعتبر علم مسؤول عن مراقبة سلوك الحيوان والإنسان في كافة الظروف ، والمواقع وفي الصحة وفي المرض ، في حين أن الطب النفسي يعنى بتشخيص ومعالجة الأمراض النفسية ، وهو بذلك يشمل على عدة تفرعات منها :

- (1) الطب النفسي العام .
- (2) طب نفسي الأطفال والمراهقين .
- (3) طب نفسي الشيخوخة .
- (4) الطب النفسي القضائي.
- (5) طب نفسي الإدمان .
- (6) طب نفسي الإعاقة العقلية .
- (7) طب نفسي المجتمع .
- (8) طب نفسي العلاج النفسي .

والممارس للطب النفسي لا بد أن يكون لديه خلفية عن كل هذه التفرعات ، وفي الدول التي إكتفت بعدد إختصاصي الطب النفسي ، أصبح هناك أطباء يتخصصون بالمواضيع الفرعية ، كالتبب النفسي القضائي ، ويصبون إهتمامهم وبحثهم في هذا المجال على سبيل المثال .

ولما تبحث عن جذور الطب النفسي فإن جذوره ضاربة بالتاريخ ، وقد جاءت منذ آلاف السنين على لسان أبقرات وغيره من القدماء ، لكن الأطباء المسلمين والعرب في نهضة الحضارة العربية الإسلامية كانوا من أوائل من أرسوا دعائم هذا الطب ، ووضعوه على المستوى العلمي الذي يليق به ، فقد كانت مستشفى بغداد في عهد هارون الرشيد يخصص ريعها للأمراض النفسية ، وكذلك مستشفى ابن قلاوون في القاهرة .

وبنيت في العصر الأموي العديد من المستشفيات النفسية في بلاد الشام ، ثم في الأندلس ، وعندما تقرأ وصف تلك المستشفيات، فإنها حقائق غناء وحرير مياه وعزف للموسيقى ، وأصوات مقرئي القرآن الشجية ، والحمائم الباردة والساخنة ، وغيرها من وسائل الرفاهية ، وكان يخصص للمريض خادمين وهذه النسبة تفوق أفضل ما هو عليه الحال الآن في الدول المتقدمة .

والتشخيص في الطب النفسي يقوم على أساس أخذ السيرة المرضية من المريض نفسه ومن حوله ، وتقييم الوضع الصحي والنفسي له ، ثم إجراء بعض الفحوصات الشعاعية والكهربائية والمخبرية إذا لزم الأمر ، كما يمكن إجراء إختبارات نفسية متنوعة بهدف الوصول للتشخيص ، ثم وضع الخطة العلاجية المناسبة للحالة .

ويعمل عادةً الطبيب النفسي مع فريق من المساعدين ومختصي علم النفس وعلم الاجتماع والتأهيل والتشغيل المهني والتمريض ، مما يعطي المجال لرؤية الحالة من كافة الزوايا ، والوصول لأفضل النتائج بأسرع وقت ممكن ، وليس من الصعب قبول الطب النفسي كغيره من الإختصاصات الطبية ، الذي يعنى كل منها ببعض الأعضاء أو الأجهزة في الجسم .

فالتبب النفسي معني بالنفس وما النفس إلا مجموعة من المراكز الموجودة في الدماغ ، مرتبطة مع بعضها إرتباطاً كهربائياً وكيمياوياً ، وتقوم بمسؤولياتها في الإنفعال والمزاج والإدراك والكلام والتصرف والذكاء والشخصية والذاكرة ، وغيرها من الوظائف العقلية التي ميز الله بها سبحانه وتعالى البشر دون غيرهم من الكائنات الحية.

وقد يكون المجتمع العربي عموماً والدول النامية ما زالت تجد الخرج في هذا الموضوع ، وذلك لإعتقادات قديمة شعبية خاطئة تعتبر أن المرض النفسي هو الجنون ، في حين أن أرقام منظمة الصحة العالمية تدل على أن أكثر من ثلث مراجعي عيادات الطب العام يشكون من أعراض منشأها نفسي ، ولن يكون غريباً أن يأتي المريض النفسي بحرقان في القلب أو ألم في الصدر أو صداع أو أرق أو أفكار غريبة تراوده ، وبالتالي فقد يتشتت في إتجاهه ، وقد يلجأ للأطباء العامين والأطباء الإختصاصيين غير النفسيين ، وغالباً ما تسوقه العادات والتقاليد للمشعوذين الذين يقفوا في طبيعة المتعاملين مع هذه الأمراض ، ولا بد من التأكيد على أن إنتشار الأمراض النفسية يفوق بكثير إنتشار أي مرض عضوي ، فلا يقل الذين يعانون من أمراض نفسية في أي مجتمع من المجتمعات عن خمس هذا المجتمع ، مع أن الأرقام في كثير من الدول قد تجاوزت ذلك بكثير .

وقد يكون من الصعب على المرء أن يفهم ويقبل المرض النفسي لأنه لا يراه ، ولكن الإطلاع والمعرفة في هذا المجال تجعل الأمر أكثر وضوحاً ، عندما يفهم على إنسان شيئاً عن معاناة الآخرين ، أو معاناة أحد أفراد عائلته أو معاناته شخصياً .

ولا شك بأن الدول المتقدمة قد أصبحت تستعمل الطب النفسي وعلم النفس في القضاء والتحقيقات والأعمال الشرطية ومكافحة الإرهاب والتوجيه الوطني والحرب النفسية ، وغيرها من المجالات الغير إكلينيكية والتي لا تعني مباشرةً بعلاج المريض ، وبالتالي فإن مفهوم الصحة النفسية بشكله الواسع لا يعني فقط عدم وجود المرض النفسي ، بل يعني وجود حالة من الإستقرار والتكيف عند الإنسان ، والقدرة على الوصول إلى حالة من التوافق الداخلي والخارجي ، وهذا لا يتأتى دون جهد ودون توجيه ، فبين الصحة النفسية والمرض النفسي منطقة أخرى تسمى سوء التكيف والتي يكون فيها معاناة لكنها لا تصل إلى درجة التشخيص .

القضايا الجنائية

ويستفاد من الطب النفسي في هذا المجال على الأغلب في تقدير حالتين:

1- المسؤولية الجنائية Criminal responsibility : وهي أن يكون الفعل قد ارتكب عن قصد وإدراك وهو ما يصطلح عليه في القانون أن المتهم مدرك لكنه أفعاله .

2- القدرة على المثل أمام المحكمة Fitness to plead من قبيل فهم التهمة، فهم العقوبة، فهم مجريات عملية المحاكمة، القدرة على مناقشة المحامين، القدرة على مناقشة الشهود .

2 - تصنيف الأمراض النفسية

إن الاعتماد على مشاهدة الظواهر المرضية ورؤية أعراض المرض النفسي بعيداً عن فلسفته ومسبباته ، كان له جّل الأثر في إحداث تصنيفات عديدة للأمراض النفسية مصبوعة بالدقة والحكم بناء على توفر مواصفات معينة لدى المريض . ولهذا كان التصنيف الأمريكي الرابع DSM4 والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD10) والذان وفرا تقسيماً تفصيلياً للأمراض وبرموز محددة ودقيقة ويمكن للمهتم أن يعود إليها لمزيداً من المعرفة .

التقسيم القديم والتقليدي للأمراض النفسية يشمل تقسيمه إلى الأمراض العصبانية (Neurotic disorders) والأمراض الذهانية Psychotic disorders ، وبالرغم من الإنتقادات الكبيرة الموجهة لهذا التصنيف إلا أنني أود الإشارة إليه لفائدته وعمليته خصوصاً للمهتمين غير المتخصصين في الطب النفسي وهو يحمل تطبيقات عملية من الناحية الشرعية والقضائية كذلك .

الأمراض العصبانية : تلك الأمراض النفسية التي تحدث إضطراباً في أداء الشخص عما كان عليه سابقاً ، ولكنها لا تفقده الإتصال المنطقي مع الواقع ، فهو يتعامل مع الناس والكون ضمن حقائقه ومعطياته ، يكون الشخص هنا معانياً من مرضه ويقوم بمراجعة الطبيب بإرادته ذلك أنه مهتم بالبحث عن حلول مناسبة تعيد له أدائه السابق وراحته السابقة .

تشمل هذه الفئة المرضية العديد من الأمراض النفسية المعروفة كالقلق بأنواعه مثل القلق العام ، القلق الإجتماعي ، الرهاب ، إضطراب الهلع ، أثر الشدة ، الوسواس القهري ، تشمل كذلك الإكتئاب ، القلق الإكتئابي ، الأمراض التحويلية ، إضطرابات الطعام ، وغيرها الكثير الذي يمكن تصنيفه حسب الفترة العمرية التي يجيء فيها الإضطراب ويكون شائعاً .

الأمراض الذهانية تتمثل بفئة مرضية يحدث لديها إضطراب شديد في الأداء العام ، نتيجة لخلل في التفكير والأحاسيس والعواطف ، المريض هنا يفقد إتصاله المنطقي مع المحيط ، فهو قد لا يرى الأشياء كما نراها ، وقد يحلل الأمور بطريقة تحيد بشكل كبير عن المنطق ، حتى يصل إعتقاده درجة الوهم . المريض الذهاني لا يرى نفسه مريضاً ولا يستطيع

1 - ما هو الطب النفسي القضائي ؟

يستعمل مصطلح الطب النفسي القضائي بمعنيين أو في سياقين:

السياق الأول: - وهو محدود ويقصد به ذلك الفرع من الطب النفسي المتعلق بتقييم وعلاج مرتكبي الجرائم ذوي الأمراض النفسية أو العقلية .

السياق الثاني: - وهو الأوسع ويقصد به البحث في جميع الأوجه القانونية للطب النفسي بما فيها القوانين المدنية التي تنظم عمل الطب النفسي نفسه و القوانين المدنية العامة إضافة إلى تقييم المتهمين المرضى أو أولئك المدفوع باضطرابهم ومرضهم

على ذلك فإن الطب النفسي يتعاطى مع نوعين من القوانين: -

(1) ويعنى بالممارسة العادية فيما يتعلق بالمرضى وما ينشأ عن التعامل معهم من إشكاليات قضائية ، مثل الإدخال الإجباري للمستشفى ، إعطاء العلاج واحتجاز المرضى رغم أراذلهم، وإلى ذلك ومن ضمن القوانين المدنية ما يبحث بالمسائل المتعلقة بكفاءة المريض وقدرته على إدارة شؤونه الخاصة وممتلكاته .

(2) هي تلك المتعلقة بتقييم وتدبير مرتكبي الجرائم الذين يعانون من مرض نفسي أو اضطراب الشخصية أو التخلف العقلي .

وعلى الرغم من أن هذه الفئة من مرتكبي الجرائم قليلة نسبياً إلا أنها تثير العديد من القضايا الشائكة والمعقدة مثل حدود المسؤولية الجنائية ، والقدرة على المثل أمام المحكمة وفهم مجرياتها ، إضافة إلى تعقيدات متعلقة بالعلاج والسجن وما إلى ذلك .

وهنا يجب مراعاة عاملين : -

1- هناك تباين في القوانين من بلد لبلد .

2- إن المفاهيم الطبية والقانونية ليست بالضرورة متطابقة، وليست بالضرورة أن يستعمل نفس المصطلحات، فمثلاً ما قد يعتبر فقداناً للبصيرة أو للقدرة العقلية من قبل الطب النفسي قد لا ينظر له بنفس الطريقة على المستوى القانوني وهو ما يزيد العلاقة تعقيداً .

وسنأتي فيما يلي على مجموعة القضايا التي يتداخل بها الطب النفسي سواء من الناحية المدنية أو الجنائية .

القضايا المدنية : وتشتمل على القضايا التالية:

- 1- القدرة على عمل الوصية Testamentary Capacity .
- 2- التوكيلات Receivership .
- 3- الوصاية Guardianships .
- 4- العقود والمبايعات Torts and Contracts .
- 5- الزواج والطلاق .
- 6- التعويضات Compensations .
- 7- الأهلية للسياسة Fitness to drive .

(2) اضطرابات الكروسومات أو الصبغيات ومثال عليها متلازمة داون أو الأطفال المنغوليين .

(3) الإصابات أثناء الولادة بما فيها من نقص الأكسجين الواصل للدماغ ، والتأخر في التنفس ، والضغط على الرأس وما يترتب عليه من نزيف ، وإصابات وإلتهابات الدماغ .

(4) إصابات الدماغ الناتجة عن تلف في خلايا الدماغ في الطفولة ، كالتهابات الدماغ وإلتهابات السحايا . وإصابات الرأس وأورام الدماغ .

هناك بعض الاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال ، بعد أن يكونوا قد أمضوا فترة من النمو الطبيعي مثل التوحد وإضطرابات التطور الشديدة .

من المعروف أن الإعاقة العقلية بغض النظر عن أسبابها وأشكالها ودرجاتها ، فإنها تبقى غير قابلة للعلاج ، والشفاء ، وإنما يتم تقييم لهؤلاء المعاقين وتقييم درجة الإعاقة ، وإدخاله مراكز للتربية الخاصة يتم فيها وضع برامج لكل طفل حسب قدراته وإمكاناته وليس حسب مناهج مثبتة سابقاً ، ويكون الهدف الوصول للمعاق إلى أكثر درجة من التأقلم أو التكيف ، وإستعمال قدراته وإمكاناته للإعتماد على نفسه ، وكثير من هؤلاء المعاقين قد يكونون مصابين بداء الصرع ، أو بإضطرابات سلوكية ، أو فرط الحركة أو العنف ، مما يتطلب تدخل لمعالجة هذه المظاهر ، وليس لمعالجة الإعاقة العقلية بحد ذاتها .

4 - أمراض القلق النفسي

إن القلق النفسي بشكله الواسع يحوي على القلق العام والفرع والمخاوف المرضية ، وهو واسع الإنتشار في العالم ويؤثر على نسبة كبيرة من الناس ، ومظاهر القلق النفسي العام هي : -

(1) الرهبة ، الخوف ، الترقب ، الإنزعاج من أي صوت أو ضجيج .

(2) الصداع ، الدوخة ، غش العيون ، وصنين الأنين ، وجفاف الفم

(3) صعوبة البلع ، الضغط على الرقبة ، الضغط على الصدر ، ألم في الصدر ، ضربات القلب السريعة ، الخفقان .

(4) إضطرابات الهضم ، آلام في المعدة ، إنتفاخ ، غازات ، إمساك ، إسهال .

(5) شد عضلي في أنحاء الجسم مما يؤدي لآلام الجسم والمفاصل والأطراف .

(6) الإستغراق بالتفكير في هذه الأعراض والتخوف منها ومن عواقبها وتطوير مخاوف منها ومن الموت .

(7) قد يطور مريض القلق العام مسلكيات سلبية مثل تناول المهدئات أو تعاطي الكحول أو المؤثرات العقلية من تلقاء نفسه ودون الرجوع للطبيب .

وكل هذه المظاهر كما هو واضح تبدو وكأنها عضوية ، مما يدفع هؤلاء المرضى لزيارة الأطباء من مختلف التخصصات وإجراء العديد من الفحوصات المخبرية والشعاعية التي قد ترهق كاهلهم دون الوصول إلى نتيجة .

ويستنكر هؤلاء المرضى النصيحة التي قد يسمعوها بأن يراجعوا الطبيب النفسي ، وذلك كونهم لا يعانون من مشاكل أسرية أو مادية أو مهنية ، وهذه المشاكل ليست بالحقيقة ضرورية لتشخيص القلق ، فالقلق يشخص على أساس الأعراض وليس على أساس الأسباب .

أن يستبصر علته وهو لهذا لا يسعى إلى المساعدة أو مراجعة طبيب نفسي ، لأنه مؤمن بصدق إعتقاده ومصر على ما تمتلئ به نفسه من الأفكار الخاطئة والعواطف غير المنطقية . هو قد يقدم على إيذاء نفسه أو الآخرين ضمن إيمانه المطلق بصحة ما يعتقد ومن منطلق إيمانه بالإضطهاد أو العظمة .

تشمل هذه الفئة العديد من الأمراض كالفصام العقلي ، الذهان الزوري ، الإضطراب الوجداني الثنائي القطب ، الفصام الوجداني ، الإكتئاب الشديد المترافق مع أعراض ذهانية وغيرها .

يمكن كذلك أن نفرد فئة ثالثة للأمراض النفسية هي إضطرابات التأقلم وهي تشمل إضطراب الشخصية ، الإدمان والإعتماد على العقاقير وغيرها .

التصنيفات العالمية مثل (ICD10) صنفت الأمراض النفسية تحت عشرة بنود هي:

1. الأمراض النفسية الناتجة من الإضطرابات العضوية كالخرف .
 2. الأمراض النفسية الناتجة من إستخدام العقاقير كإستخدام الهيروين .
 3. الفصام العقلي وأمراض الوهم والأمراض الأخرى .
 4. الأمراض الوجدانية كالإكتئاب .
 5. الأمراض العصبية المرتبطة بالشدة والأمراض الجسمونفسية كالقلق .
 6. الإضطرابات السلوكية المترافقة مع إضطرابات فيزيولوجية كالقهم والنهام العصبي .
 7. الإضطرابات في الشخصية البالغة كالشخصية الضد إجتماعية .
 8. التخلف العقلي .
 9. إضطرابات التطور النفسي كالتوحد .
 10. الإضطرابات السلوكية والعاطفية والتي تحصل في فترة الطفولة والمراهقة .
- وتحت كل بند رئيس عدد كبير من التقسيمات الجزئية المفصلة.

3- الإعاقة العقلية

تعرف الإعاقة العقلية كما كان يسمى سابقاً بالتخلف العقلي ، بأنها نقص في نمو القدرات العقلية بحيث أن العمر العقلي للفرد يكون أقل من العمر الزمني ، وهذا يعني أن الفرد قد يصل بعمره العقلي إلى سن سبع سنوات ، بينما يستمر عمره الزمني ويصل بين العشرين أو الثلاثين ، وبالتالي فإن هناك إختبارات نفسية كثيرة وتقييم إكلينيكي لتصنيف المعاقين عقليا إلى درجات :

- (1) الذكي الحدي (بين الإعاقة والذكاء الإعتيادي) معدل الذكاء (70 - 80).
- (2) الإعاقة البسيطة = = (69 - 55) .
- (3) الإعاقة المتوسطة = = (54 - 40) .
- (4) الإعاقة الشديدة = = (39 - 25) .
- (5) الإعاقة الشديدة جداً = = (أقل من 25) .

أما أسباب الإعاقة العقلية فإن أكثر من ثلثي الحالات يصعب فيها تحديد سبب الإصابة، ولكن بشكل عام فإن الإصابات في الإعاقة العقلية تقسم إلى ما يلي: -

(1) إضطرابات جينية وراثية منها السائد والمتحي ، وهذه تشمل بالدرجة الأولى إضطرابات التمثيل الغذائي .

3.5. السلوك العام:

يتأثر السلوك العام في الأمراض الذهانية بشكل ملحوظ وقد يضطرب السلوك والإهتمام بالنفس والنظافة والعناية باللباس ، ومن الممكن أن يظهر المريض بمظهر غريب وغير لائق لمستواه وشخصيته العادية ، كما أنه قد يتصرف بتهور حيث أن يقدم على الطلاق أو التبذير أو الاستقالة ، كما قد تقدم المرأة على محاولة خنق أطفالها أو وليدها ، كل هذا ينبع من الهلوس والتوهم .

(1) إن القدرات العقلية ليست معنية بالدرجة الأولى في الإضطرابات الذهانية، خلافا لما يعتقد الكثير من الناس ، ويقول البعض بأن فلان في منتهى الذكاء أو أنه يفهم كذا أو أنه يعرف اسمه لنفي الذهان ، وحقيقة أن الذهان يصيب الناس من كافة المستويات الإجتماعية والثقافية والتعليمية والإقتصادية ، ومن الأذكاء إلى متوسطي الذكاء إلى العابرة والمعاقين عقليا ، ومن الأمثلة على الذهان :

- (1) الفصام .
- (2) الذهان الزوري .
- (3) الإضطرابات التوهمية .
- (4) الزهو الإكتيبي .

6 - الفصام

إن مرض الفصام من أكثر الأمراض تداخلا بالجريمة والقضاء ، وهو يصيب 1% من سكان العالم ، وهذا المرض يحدث عادة ما بين 15 - 28 ، وهو عمر الدراسة الجامعية ، يكون في الإناث متأخر قليلا عن الذكور ، وقد يبدأ الفصام بشكل مفاجئ أو تدريجي ، وقد يلاحظ على المريض العزلة والهزل والتقصير في واجباته اليومية والمدرسية والجامعية ، كما يلاحظ أحيانا الإهمال بالنظافة الشخصية ونظافة الفراش والملابس ، وقد يظهر عليه بعض التصرفات مثل شراء أسلحة أو تعقيم الغرفة ووضع أقفال على الأبواب والشبابيك ، يراقب الحديقة طوال الليل وكأنه ينتظر عدوا ، وهو بالفعل مقتنع أنه ينتظر عدوا وهمياً تصوره من خلال الهلوس والأوهام ، بأن هناك مجموعة متآمرة عليه ، تعلق وتحدث عنه بأنه قام ، جلس ، تحدث ، سبأكل وغيرها ، أو يسمعون يقولون سنقتله ، ستمثل به أو سنفضحه ، وغيرها من عبارات الشتم والإرهاب .

وأحيانا يكون الصوت على شكل تعليق بأنه سيقوم الآن ، سيدخل إلى الحمام ، سيخرج ، سيجوع ، سيفتح الثلاجة ، مما يجعل هذا المريض يشعر بأن أفكاره تبث للعالم ، وأن كل العالم يعلم ما في داخله ، كما قد يعتقد أن هناك أفكارا تزرع في دماغه وهي ليست أفكاره ، أو تسرق منه بعض الأفكار وتتركه في حيرة وفراغ ، كما أنه قد يعاني من الهلوس بأشكالها المختلفة ، ويطور معتقدات ، خصوصا إذا تدخل المشعوذون ، فالذي يشعر بهلوس جسدية ، وتشعر المرأة بأن هناك جماعاً ، يقال لها بأن هناك جنأ قد تلبسها ، وهذا يصبح هاجساً يوميا ، ومن الممكن أن تكون هناك صور ورؤى تظهر للمريض أو المريضة مما يعزز الأقاويل بأن شياطين أو عفاريت أو جن تركبه أو تتزوج المريض ، وهذه كلها تغيير مسار حياة المريض ، وقد تجعله أحيانا عنيفا للدفاع عن النفس من المؤامرة الموهومة ، أو أنه ينفذ أوامر الصوت بإيذاء الآخرين أو السرقة أو إشعال النار وما إلى ذلك .

يكون المريض في هذه الحالة تحت إعتقاد راسخ وأكد بهذه الهلوس وهذه الأفكار ، وبكل ما يمر بخاطره ، قد يعتقد أنه ملك أو نبي ، وأن كل هذه المؤامرات صنعت للتخلص منه ، قد يلجأ إلى التعبد الزائد أو بالعكس ترك العبادات نهائيا ، قد يبدأ التدخين ، قد يبدأ بتناول المشروبات الكحولية ، قد يكثر من القهوة والشاي

ومريض القلق من المستبعد جداً أن يقدم على مخالفات قانونية ، أو مشاكل وجرائم ، وعلى الأرجح فهو بخوفه المتجسد قد يكون حتى في تقديم شهادته كثير الإضطراب وصعب في الحديث والحوار إلى درجة قد تعيق أحيانا التحقيق ، وقد يبدو من إضطرابه الشديد وكأنه يخشى شيئا ، لكن الأمر يتضح عندما يفهم المحقق بأن هذا الشاهد أو المتهم يعاني من القلق النفسي .

نوبات الفزع هي نوع آخر من القلق ، ويأتي على شكل مفاجئ ، من الخوف الشديد والشعور بالإعياء والخفقان والإختناق والدوخة ، وحمية الموت أو المرض الخطير ، ولا يستمر سوى بضعة دقائق ، يخف تدريجيا ويصبح المريض رهينة إنتظار النوبة الثانية ، التي قد تأتي خلال أسابيع أو أيام أو شهور ، وقد يصبح تكرارها يوميا مما يعيق حياة الفرد ، فقد يصل به الأمر إلى الخوف من الخروج والإنتطاع عن العمل ، وقد يؤدي ذلك إلى عدم دخول الأماكن المزدحمة ووسائل المواصلات ومحلات السوبرماركت الكبيرة ، وهذا يسمى عندئذ رهاب الساح ، ولا عجب أن يختلط القلق العام بالفزع في رهاب الساح ، وإذا طالت مدة المرض والمعاناة قد يتطور لدى المريض شعور باليأس والإحباط والفتور ، مما يجعله ميالا للكآبة ، ورغم خوفه من الموت يصبح متمنيا له .

5 - الأمراض الذهانية

هي مجموعة الأمراض التي كانت تسمى العقلية والتي تتميز بإبتعاد المريض عن الواقع والحقيقة ، ودخوله في مجموعة من الإضطرابات الأساسية منها :

1.1. الهلوس

ويقصد بالهلوس إدراك دون إحساس ، أي أن الشخص يدرك وجود إنسان أمامه أو حيوان ، رغم عدم وجود أي شيء ، وقد يحدث هذا في كل الحواس ، فمن الممكن أن تكون الهلوس بصرية برؤية أشياء غير موجودة ، أو سمعية بسماع أصوات غير موجودة ، أو شمعية بشم روائح غريبة أو كريهة ، أو ذوقية وهي إستطعام مذاقات غير موجودة ، أو حسية وهي الشعور بأن هناك أشياء تتحرك في الجسم أو تحت الجلد وقد يشعر المريض بأنه يمارس الجنس ، وقد يؤدي هذا إلى بعض الإتهامات للآخرين بالإعتداء الجنسي .

2.2. الأوهام

هي مجموعة الأفكار الخاطئة الراسخة المسيطرة على المريض والتي لا تقبل النقاش المنطقي ، ولا تتماشى مع الخلفية الإجتماعية والثقافية والتربوية للفرد ، ومنها أشكال كثيرة مثل توهم العظمة ، بحيث يعتقد المريض أنه زعيم أو نبي أو إمام للأمة أو المهدي المنتظر ، ومنها ما هو إضطهادي بإعتقاد المريض أنه مراقب ومتابع من قبل الأجهزة الأمنية والمخابرات العالمية والأقمار الصناعية ، وأن هناك من يتآمر عليه ويدبر له المكائد ، وأوهام الإشارة للذات ، والتي يعتقد فيها المريض بأن كل ما يجري حوله من تصرفات لا بد وأن يكون لها علاقة به ، وبأسلوب سيئ مما يجعله في حالة خوف وتوتر ، وهناك أيضا أوهام العدم والتي يشعر فيها المرء بأنه ميت أو أن مدينة عمان إختفت أو أن أعضائه أو أحشائه قد توقفت عن العمل ،

وهناك أشكال أخرى من الأوهام مثل التوهم المزدوج ، بأن الشخص الذي أمامه هو نسخة عن شخص آخر أو أنه قد تم تبديل الناس ببعضهم البعض ، كما أن هناك أشكال من التوهم في الذاكرة بحيث أن المريض يعود لفرض الأوهام على ذاكرته الطبيعية لسنوات مضت ، فيحولها إلى سلسلة من الأوهام . وكثيرا ما يلجأ المرضى نتاجا لأوهامهم بالجوء إلى الأمن والشرطة وإقامة الدعوات ضد الأشخاص الذين يقع الوهم عليهم .

هناك أسباب عديدة وراء الخرف وأهم أنواعه ، ذلك المسمى بـ (ألزهايمر) ، يليه آخر يدعى بـ (Lewy Body Dementia) ثم الخرف الشرياني . ومن الممكن جداً أن يكون الخرف عرضاً رئيسياً في العديد من الأمراض العضوية الأخرى كالإيدز والحمى الذئبية ، إصابات الفص الأمامي للدماغ ، ضربات الرأس ، التهابات النسيج الدماغي ، قصر الغدة الدرقية ، الأورام الدماغية البدائية والثانوية ، وقائمة طويلة أخرى يقصر المجال عن ذكرها .

من الممكن أن يبدأ الخرف مبكراً أي قبل عمر 65 سنة، أو بعد ذلك فيما يسمى بالخرف المتأخر . والطبيعي أن نتعرض لمرض ألزهايمر بشيء من التفصيل لشيوعه وأهميته . يبدأ المرض خلال السنين الأولى بنسيان الأشياء والأحداث القريبة بينما يحافظ على ذاكرته البعيدة ويتذكر ما حصل معه من سنين عديدة كما لا ينسى وقت زواجه أو أبنائه أو وظيفته ، حتى هذه المرحلة هو قادر على القيام بشؤونه الخاصة مع قليل من المساعدة ، التدهور يزداد تدريجياً ويبدأ بالتأثير على تفاصيل الحياة اليومية ، فيصبح الشخص غير قادراً مثلاً على الوصول إلى بيته أو أداء أعماله المكتبية ويترافق هذا التطور مع حالة قلق شديد ، ذلك أن بصيرته للمرض ما زالت موجودة حتى هذه الفترة . بعد ذلك تتدرج حالته سواءً فيفقد قدرته على معرفة الأشخاص القريبين منه كالزوجة مثلاً ، ثم إنه قد يفقد القدرة على الكلام أو السيطرة على البراز والبول . وقد تترافق هذه المراحل مع حالات إكتئابية واضطراب في السلوك وهيجان ، وربما مع أعراض ذهانية كالشك والهلاوس . في هذه المرحلة يكون المريض بحاجة لمساعدة دائمة وعلى مدار الساعة في كل شؤون حياته . من المهم معرفة أن هذا المرض هو غير إرتجاعي إذ أنه لا يتوقع منه التحسن والرجوع إلى حالته العقلية السابقة ، والجهود الطبية بالعلاج العقاقيري أو السلوكي ، تهدف غالباً إلى تأخير التراجع العقلي والسيطرة على السلوك المرضي المترافق مع هكذا حالات .

الشخص المصاب بالخرف وبالمراحل المتقدمة يفقد القدرة على الحكم على الأشياء ، وتصبح أهليته ناقصة في مناح كثيرة ، حيث قد يقدم مريض الخرف على تصرفات مالية وإجتماعية غير مسؤولة ، أو قد يستغل مادياً ومعنوياً من قبل آخرين ، مما يثير موضوع الحجر وهنا يكمن دور الطبيب النفسي في تحديد الأهلية .

بعض حالات الخرف الناتجة من أمراض عضوية معروفة كقصر الغدة الدرقية، يمكن السيطرة عليه وربما رجوع المريض إلى حالته العقلية القديمة إذا أكتشف المرض مبكراً وتمت المعالجة الطبية المناسبة.

9 - القتل

إن جريمة القتل من الجرائم التي تترك الرأي العام والناس والمعنيين والمختصين، باعتبارها من أعلى درجات الجريمة التي تؤدي بحياة الناس ، ومن الممكن أن يكون القتل مرضياً في حالات عديدة منها :

- (1) قتل الوليد : وهذا ما تقدم عليه المرأة بعد الولادة وخلال فترة النفاس ، وعند دخولها في أعراض ذهان النفاس ، فقد تقتله لإعتقادها أنه سيتعذب أو أن به روحاً شريرة ، أو أنه يحمل فالاً سيئاً ، كما قد تقتله في طريقها للإنتحار ، رافة به من عذاب الدنيا .
- (2) قد يقوم مريض الفصام بالقتل أو محاولة القتل بناءً على الأوامر الإضطهادية أو الأوامر في الهلاوس السمعية ، أو أنه يصطدم مع بعض الناس في شجار عندما يعلن عن نفسه ، أنه نبياً أو ملكاً أو رئيساً وما إلى ذلك.

- (3) مريض الإكتئاب خصوصاً الشديد منه يحاول الإنتحار وقد ينتحر ، ومن المعروف أن ربع حالات القتل يعقبها إنتحار ، بحيث أن الشخص

وكثيراً ما يكون الأهل في وضع المراقب ، الذي لا يفعل شيئاً سوى الحسرة والأسى ، والتشاور مع الأقارب دون الوصول إلى أهل الخبرة ، خصوصاً وأن هذا المريض لا يتمتع بالبصيرة المرضية ، وهذا يجعله غير مدرك أنه مريض ، وهو لن يقبل العلاج من تلقاء نفسه ، ولا بد من الأهل من أن يقوموا بترتيب الأمر مع الطبيب النفسي ، حتى يقوم بتقييمه ويقرر حالته وتشخيصه ، وإذا كان هناك ضرورة لإجراء بعض الفحوصات أو لإدخاله المستشفى أو معالجته في البيت ، وهل من الممكن أن يستمر في دراسته أو عمله أو يأخذ إجازة ، أو يستقيل ، وهل من الممكن أن تتزوج الفتاة في هذا الوضع أم لا ، وغيرها من الأسئلة الكثيرة التي تحدد مصير الفرد .

وقد تطور علاج الفصام عبر القرن الماضي ، بحيث وصل إلى درجة عالية من التقدم ، حالياً تصل نسبة شفاء المرضى إلى درجات متقدمة ، مع استمرار إستعمال العلاج ، وقد يكون أحدهم في مهنته ناجحاً كمهندس أو طبيب أو محامي وخلافه ، ولا يتأثر أداءه بهذا المرض طالما أنه على علاج ، وهناك فئة لا تتجاوب مع العلاجات وقد تكون هناك صعوبات إجتماعية وعائلية تمنع الإنضباط في المعالجة والمراجعة بالشكل الصحيح ، مما يعيق الحالة ويجعل التحسن ضئيلاً ، وهناك الأكثرية من المرضى الذين يتحسنون وبمجرد تحسنهم يوقفون العلاج ، وما هي إلا بضعة شهور وينتكمس المريض ، وقد تكون أشد وأسوأ وتحمل معها مخاطر .

7 - الوسواس القهري

يصل إنتشارها إلى 2% من السكان ، وتتميز بوجود أفكار أو صور أو تصرفات ، يشعر المريض أنها من داخل تفكيره وأنها سلبية ، ولكنه مضطر للرضوخ إليها مما يجعله يعاني طوال الوقت من هذه الأفكار .

ومرضى الوسواس القهري لا يقوموا بتنفيذ أفكارهم العنيفة ، ولكنهم قد يلجأون للجهات الأمنية و القضائية للشكوى من هذه الأعراض ، مثل أن تكون لدى أم فكرة بأنها سوف تقوم بطعن ابنها المولود الجديد بالسكين ، أو حرق أبنائها جميعاً ، وبذلك قد تتقدم بتسليم نفسها خوفاً من أن ترتكب هذه الجريمة ، وهذا أمر مستحيل إذا كان ضمن الوسواس القهري .

هناك فئة المرضى المنغمسين بالصفات القهرية مثل التمسيل وإعادة التمسيل ، وتكرار الوضوء ، وتكرار الصلاة ، وتكرار التأكيد على إغلاق أبواب والنوافذ ومصير الغاز وكل ما في البيت ، كما أن هناك أفكاراً تتعلق بالكفر وغالباً ما تكون بين المتدينين ، لأن الفكرة حتى تكون وسواسية ومؤلمة لا بد أن تتناقض مع مبادئ الشخص . هناك صور وسواسية قد تمر في تفكير المريض مثل صور جنسية مع المحرمات ، أو صور جنسية مع أشخاص من نفس الجنس أو مع الأطفال ، وغيرها من الصور التي يرفضها ولا يستطيع تحملها ، مما يجعله في قهر ونكد ومعاناة وتوتر دائم .

وهذا المرض من الأمراض التي تكثر بين أصحاب الشخصية الوسواسية ، وهؤلاء الأفراد يميلون إلى الدقة والتأكد والحرص في حياتهم عموماً ، وهم بالتالي يشكلون صعوبات في التحقيق والبحث الجنائي ، سواء كانوا شهود أو متهمين أو أطراف في نزاع مدني ، وذلك لتمسكهم بدقة التفاصيل ، وهذا يؤدي إلى مشاكل في التحقيق ، وإرباك لمجرى العدالة في أحيان نادرة .

8 - الخرف

الخرف يعرف بأنه تدهور عام في كل الوظائف العقلية، وهي تشمل الذكاء، الذاكرة، الإمكانات العقلية المختلفة والشخصية.

هدية قيمة ليصمت بضع دقائق ، لقال لك أني أدفع عشر أضعافها حتى أستمر بالكلام ، وهذا الإبتهاج وهذا الشعور مع فقدان البصيرة المرضية وبجعل المعالجة في بعض الأحيان إجبارية مع موافقة الأهل .

هناك بعض حالات تختلط فيها أعراض الإكتئاب مع أعراض الزهو وتسمى حالات مزاجية مختلطة ، ومن النادر أن يقدم مريض الزهو على الإنتحار ، إلا أن وجود بعض الأعراض المختلطة قد يساعد في حدوث ذلك ، ومن المعروف أن ربع حالات الهوس يسبقها إكتئاب خفيف بأيام أو أسابيع وربيعها يعقبها الإكتئاب ، وقد يزداد بعد أن يصحو المريض لنفسه وما حدث من دمار وتخريب .

أن قرارات مريض الزهو غير المدروسة والنشاط الفوضوي ، هما اللتان تؤديان إلى المشاكل القانونية ، وتتفاوت درجة الهوس بين الدرجة البسيطة والشديدة وكلما ازدادت الشدة وازداد الإنفراج وضعفت السيطرة يكون المريض معرضاً أكثر لإرتكاب مخالفات قانونية ، مثل القذف في المقامات العليا ، كتابة شيكات بمبالغ كبيرة وتبذير الأموال ، وقد يتناول المؤثرات العقلية والكحول مما يضعف من سيطرته على نفسه ، وقد يصل إلى الإعتداءات الجنسية ، وقد يكتب رسائل أو يجري مكالمات فيها تهديد للمسؤولين ، وقد يحاول قتل من يعترض طريقه ومن يحاول إيقاف هذا التهيج .

11- الإكتئاب

من الأمراض النفسية الشائعة والتي تصيب نسبة كبيرة من المجتمع ، وتتميز بما يلي :

- (1) هبوط المعنويات والمزاج والشعور بالحزن واليأس .
 - (2) فقدان الثقة بالنفس والتردد في إتخاذ القرارات وكثرة التملل .
 - (3) اضطراب النوم والطعام والتركيز .
 - (4) اضطراب التفكير والتشاؤم وإجترار الأفكار السلبية وتعميمها إلى درجة تضع المريض في خط مسدود .
 - (5) قد تظهر أعراض الإكتئاب على شكل أعراض جسدية ، مثل ألم الصدر أو الصداع وألم البطن ، وغيرها من الآلام ، خصوصاً عندما يجتمع الإكتئاب مع القلق النفسي .
 - (6) فقدان الرغبة الجنسية والأداء الجنسي .
 - (7) التفكير بالموت وتمنيه ، والدعاء إلى الله عز وجل بأخذ الأجل ، ثم التفكير فعلياً بمحاولة الإنتحار والأساليب الممكنة إتباعها ، وقد تتم المحاولة وقد تنجح أو لا ، ومن المعروف أن 70% من المنتحرين هم من مرضى الإكتئاب .
 - (8) قد يصاحب الإكتئاب أعراض ذهانية مثل الهلوس كأن يرى جنازته وقبره ، أو الهلوس السمعية التي تؤنبه وتوبخه وتدعوه للإنتحار ، ومثل هذه الحالات تعتبر من الحالات الشديدة التي تتطلب السرعة في المعالجة .
 - (9) شعور مريض الإكتئاب بالعزلة التامة ، وأن لا أحد في هذا العالم يكثر له ، ولا يهتم بحالته ولا يفهمه ، وكأنه قد وضع في قاصة حديدية مغلقة تائهة في قعر المحيطات .
- من المميز لمرضى الإكتئاب أنهم لا يسعون للعلاج كما يسعى مرضى القلق ، لأن في الإكتئاب عادة فقدان للأمل ، وهذا يحطم خطوات المكتتب نحو البحث عن الشفاء والأمل به والتمسك به ، وكثيراً ما يحتاج مثل هؤلاء المرضى لدعم مما حولهم ، للحصول على العلاج والخلص من هذا المرض .
- من المعروف أن المكتتبين قد يقومون بقتل من يحبون قبل إقدامهم على الإنتحار ، وفي بعض الحالات سجلت سرقات من قبل مكتتبين خصوصاً في الدول الغربية التي تكثر فيها المحلات الكبيرة ، حيث يقوم هؤلاء بسرقة أشياء سخيفة ، وغالباً ما يكونون من النساء في منتصف العمر

(4) يكون قد خطط لإنهاء حياة من يحب من أفراد أسرته قبل إقدامه على الإنتحار ، أو أن الإنتحار يكون للهروب من العقوبة والشنق على أن يقوم بالإنتقام من أشخاص معينين ، مثل مرضى الزهان الزوري .

(5) قد يكون القتل أحد أشكال العنف الذي يواجه مريض الزهو أحياناً ، عندما يحاول البعض إيقاف قطاره السريع وأفكاره ومشاريعه ، مما يؤدي إلى إثارته بصورة غير عادية ، وقد يؤدي ذلك للقتل .

(6) الغيرة المرضية : إن الغيرة المرضية فيها خطورة دائمة بأن يقدم الزوج أو الزوجة على قتل الطرف الآخر ، لإعتقاده وأوهامه بأن الطرف الآخر يخون ، ومن هذه الحالة مآسي كثيرة تحدث في المجتمع .

(7) المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة قد تؤثر على سيطرة الإنسان على سلوكه وتصرفاته وإدراكه ، مما يجعله يقدم على العنف ومحاولات القتل أو القتل لنفسه ، وخصوصاً في مدمني الهيروين وما يتعرضون له من أعراض إنسحابية شديدة ، قد تجعلهم مضطرين للسرقة أو القتل أو العنف للحصول على المادة المخدرة .

(8) القتل الناتج عن اضطرابات التوهم ، ومثل هؤلاء الأشخاص يكون لديهم وهم واحد محدد ، مثل أن تعتقد الفتاة بأن شخصاً مهماً فنناً أو رئيساً يحبها ، وتبدأ بإزعاجه بالرسائل والهواتف المتتالية ، وقد تطارده من مكان إلى آخر ، وقد يصل الأمر إلى محاولة إطلاق النار أو القتل الفعلي عندما لا يتجاوب معها ، خصوصاً أنه يكون غائب الذهن تماماً عما يجول في خاطرها . ومن هؤلاء المرضى الذين لا يتوقفون عن تقديم الشكاوي ، ولوضع القضايا ويتسببون في أنقاع القضاء بمواضيع غير موجبة أصلاً .

10 - الزهو (الهوس)

الزهو هو فرح زائد يفوق ما هو عليه الفرح الطبيعي ، وهذا يترافق مع زيادة كبيرة في النشاط والكلام والحركة والشعور بأن الفرد في أحسن وضع نفسي وجسدي مر عليه ، وتتسارع الأفكار ، ويمتلئ التفكير بالخطط المدهشة والأفكار المتلاحقة ، وتتدفق الأفكار ويتسارع الكلام والثرثرة ، وتقل ساعات النوم دون الشعور بالتعب ودون الشعور بالحاجة للراحة ، وترى مريض الزهو ، كأنه قطار سريع لا يكثرث لأي عوارض ، ورغم هذا الإنشغال الشديد ، إلا أنه نادراً ما ينجز عملاً من أعماله ، فثقلته بنفسه الواسعة تجعله يقوم بأكثر من عمل في آن واحد ، يصبح مريض الزهو عذائياً إذا شعر أن هناك تدخل في مشاريعه والتي لا تنفذ على الأرجح ، وإن بدأ في تنفيذها فهي تبذير للمال ، وهذا التبذير يكون شاملاً للمشاريع وغير المشاريع ، فقد يتبرع بأموال كبيرة لجهات متعددة ، وقد يكتب شيكات بمبالغ تفوق إمكانياته ورصيده بشكل واضح .

كما أنه قد يتصرف دون الإكتراث للقيود الإجتماعية ومركزه الإجتماعي بين الناس ، فقد يأتي إلى العمل بملابس الرياضة ، وخلال تواجده في المكان قد يعاكس الفتيات ويقول نكات سخيفة ، وبيصعب إقناع مثل هذا الشخص بالوصول للطبيب للمعالجة ، إذ أن إعتقاده أنه في أحسن حال ، وكل الناس بحاجة لعلاج إلا هو .

من الممكن أن تصبح المرأة حامل نتيجة مغامرات غير مدروسة وليست في طبيعتها ، كما أن دخول الرجل في مغامرات جنسية تؤدي إلى الفضائح أو السجن ، وتهم الإغتصاب أو محاولة بالإغتصاب كلها واردة ، ويكون مزاج المريض بالزهو بمرحه ونكاته معدياً ، فيأي مكان جلس لا بد أن يثير الضحك بتطابير الأفكار التي يقولها ، ولن يبخل مريض الزهو بإدعاء العظمة والجمال والمال والجاه ، وإدعاء المناصب الكبرى مثل أن يدخل للوزارات والدوائر مدعياً أنه مدير أو وزير أو وكيل وزارة أو أنه لواء في العسكرية وخلاف ذلك .

وعند سؤال المريض من قبل الطبيب أي سؤال عن اسمه مثلاً فسيكون إجابته بلا توقف ، وينقل من فكرة إلى أخرى حتى أنك لو عرضت عليه

يعانين من الإكتئاب .

مشهور ، أو سياسي وغيره ، وقد يبدأ بمضايقة هؤلاء بالاتصال الهاتفي المستمر والمزعج وربما يقدم على المواجهة ومقابلة هؤلاء والإعتراف بحبهم ، وربما إقناعهم به .

الذهان الزوري قد يبدأ بشكل مفاجئ أو تدريجي ، خاصة في الشخص الحساس جداً ، الشكاك في طبيعه ، العنيد ، المتعالي ، والذي لا يثق بالناس .

الذهان الزوري يصيب البالغين من الجنسين .

أما أسباب الذهان الزوري فهي مجموعة أسباب .

- جماعة التحليل النفسي يرون أن الكبت هو من أسباب البارانويا ، حيث يسبقه صراع نفسي وفكري عنيف ، وذلك من دوافع الفرد ورغبته في إشباع بعض هذه الدوافع والنزعات ، وخوفه من الفشل في إشباع ذلك بسبب العادات والقيم الاجتماعية ، يؤكد فرويد على وجود رغبات جنسية قوية مثلية مكبوتة لدى الفرد ، والإعتماد الزائد على الحيل الدفاعية النفسية التي تظهر بشكل أعراض البارانويا ، ومن هذه الحيل الدفاعية : التبرير ، التعويض ، الإنكار ، الكبت والإسقاط .

أيضاً من أسباب البارانويا اضطراب الجو الأسري وسيادة نزعة التسلط والإستبداد في داخله وإستمرار النقد والضعف في عملية التنشئة الاجتماعية .

صعوبة علاج هذه الحالة هي إيصال المريض للعلاج ، فعادةً يرفض المريض الحضور للطبيب لأنه يرفض مناقشة أوهامه . هؤلاء المرضى عادةً ما يحصل معهم صدام وعصبية وقلة نوم ، وقد تكون هذه الأعراض هي مدخل إحضار المريض للعيادة .

أما علاج الذهان الزوري

- يجب إقامة علاقة وثيقة بين المريض والطبيب - ثم إعطاء المريض مضادات ذهانية ، بعد ذلك يجب عمل علاج مساند للمريض من قبل الطبيب ، خاصة بعد زعزعة الأوهام التي يعاني منها .

13 - الغيرة المرضية

الغيرة كعاطفة تشمل كلا من عناصر الإمتلاك والسيطرة والولاء ، ولا نستطيع أبداً إستكراها في وضعها الطبيعي إذ أنها تحمل معها أراضيات ثقافية صنعت مجتمعنا من المواريث العربية والإسلامية ، وهي مواريث محبة وحافطة للعرض وصانعة لتمامك الأسرة .

هذا في الوضع الطبيعي والمقبول كأن يغار الزوج على زوجته إذا رأى فيها تصرفاً بعيد عن اللياقة وكاسراً لولائهم المشترك فيما بينهم . ولكن ما نتحدث عنه الآن هو حالة تعدت المقبول إلى المرض والإضطراب .

فالزوج صاحب الغيرة المرضية يشك في زوجته أنها تخونه ، دون وجود أسباب أو وقائع ثابتة وموضوعية تؤكد هذه الفعلة ، هو إذن يلجأ إلى دلائل وخيوط عنكبوتية تؤكد الفكرة الملحة في دماغه . كأن يأتي أحدهم ويدعي أن رؤيته لزوجته فائقة في الساعة الثانية ليلاً في بيت الزوجية ، هو دليل خيانة على إعتبار أن الزوجة تنتظر عشيقها "الوهمي" أو بصدد إجراء مكالمات هاتفية معه . ويبدأ المسلسل بالتوالي حيث يقوم الزوج بالرجوع إلى البيت باكراً من عمله لإثبات الفعلة ، أو يجري العديد من الاتصالات الهاتفية مع البيت للتأكد أو ربما يقوم بوضع جهاز تسجيل على التلفون ، ويبدأ بالتفتيش في الأسرة والملابس الداخلية للزوجة لعل وعسى أن يأتي دليل الإثبات القاطع على الخيانة ، هو

من الإكتئاب ما يأتي على موجة واحدة تنتهي ، ومنها ما يكون متكرر أو مزمن أو مستعصي ، وهناك تدابير علاجية لكل هذه الحالات ، وقد يكون المكتئب أحد مصادر الإزعاج للسلطات القضائية والأمنية خصوصاً الذي لديه توهامات بالذنب ويقدم على الإعترافات الكاذبة ، فكلما سمع عن مقتل شخص أو جريمة ما حضر هؤلاء إلى المراكز الأمنية أو للمدعين العامين للإدلاء بإعترافات يكون من الواضح أنها غير متطابقة إطلاقاً مع الجريمة التي وقعت .

قد يقوم بعض مرضى الإكتئاب بتعريض أنفسهم للخطر بالقفز أمام سيارة ، أو محاولة إضرار حريق في مستودع وغيرها من السلوكيات المتوهرة والانتحارية ولكن بأسلوب غير مباشر ، قد يوقع الآخرين بإشكالات قانونية ، وإذا كان الإكتئاب في سن مبكر وفي الأطفال والمراهقين ، فقد يكون من علاماتها الهروب من البيت ، وهذه تشكل ظاهرة عالمية مزعجة ، وتعتبر منظمة الصحة العالمية الإكتئاب من الأمراض الشائعة القابلة للشفاء .

12 - الذهان الزوري Paranoid Psychosis

يمكن القول بأن البارانويا عبارة عن حالة نفسية ذهانية يميزها الأوهام والهذيان والمعتقدات الخاطئة ، والتي تدور حول العظمة (البارانويا) والإضطهاد مع الإحتفاظ بالتفكير بالمنطق أحياناً ، حيث يدور التفكير حول مجموعة من الأوهام الإضطهادية وأوهام العظمة والإشارة ، لكن الشخصية تكون متماسكة نسبياً رغم وجود المرض وعلى إتصال لا بأس به مع الواقع .

الإختلالات البارانويدية تختلف عن الفصام البارانويدي في أن الفصام يظهر لديه إختلال كبير في كل جانب من جوانب شخصيته - إنفعالاته عملياته العقلية ، كلامه وإدراكه . لكن المريض بالإختلال البارانويدي من الناحية الأخرى ، يكون قادراً على أداء وظائفه بدرجة ملائمة ، كما تكون له إستجابات إنفعالية تلائم معتقداته ، ولا تكون هالوس لديه عادة ، وإنما تشغل ذهنه معتقدات ذات طبيعة هذائية .

من الصور التي يتخذها هذا المرض :

(1) وهم العظمة

يعتقد المريض أنه شخص عظيم ، أو أنه نبي من الأنبياء ، أو يعتقد بأنه أذكى من أي مخلوق في العالم ، مرسل لهداية الناس أو أنه مخترع ، وعادة ما يتبع وهم العظمة شعور بالنقص . ويلاحظ على حديثه التعالي والمفاخرة ، ويلاحظ على المريض أيضاً تقلب المزاج والإستياء والغضب والعدوان .

(2) وهم الإضطهاد

يعتقد المريض بأن مؤامرة ما تحاك ضده ، وبأن الناس حاقدة عليه وتكيد له وتعامله معاملة سيئة ، يبدأ المريض في إرسال الشكاوي لرجال الأمن لحمايته ، وأحياناً يقع المريض في شك من زوجته أو أحد أقربائه الذي سيضع له السم في الطعام ، وقد يصل الحال بالمريض إلى الإكتئاب والانتحار .

(3) وهم الإشارة

المريض هنا يفسر كل حركة أو كل إشارة ، حتى ما يحصل في الإذاعة والتلفزيون ، بأن هذه الإشارات التي تحصل من التلفزيون بأنها تشير إلى تصرفاته ، وهذا ما يجعل المريض إما في حالة إنعزال تام عن المجتمع أو إلى إحتكاك غير سوي فيه .

(4) وهم الحب

يعتقد هذا الشخص أنه على علاقة مع شخصية متميزة ، كملت

(4) رعب الليل : وهذا يصيب الأطفال الذين يصحون مفزوعين ، لا يتجلبون مع أسئلة وكلام الأهل ، ويصرخون وكأنهم يرون وحوشاً أو أشياء مخيفة أمامهم ، ثم يعودون للنوم ثانية ولا يذكرون شيء ، ويبقى الأهل في حالة الذعر ، إلا أن هذه تعتبر حالة عادية للأطفال ، إلا أن حدوثها في الكبار قد يستدعي الإنباه لوجود مرض في الدماغ أو مرض نفسي

(5) الكلام والمشي أثناء النوم : يقوم بعض الناس بالتحدث ببعض الكلمات متباعدة غير مفهومة ، أو بجملة واضحة أثناء نومهم ، قد تكون لها معنى أو لا تكون ، وقد تؤدي لمشاكل عندما يحلل الزوج أو الزوجة ما قاله الطرف الآخر ، ويتوصل منه إلى خيانة زوجية أو خلاف ، ولكن هذا نادر جداً ، أما المشي أثناء النوم فهو على الأغلب في وقت مبكر من الليل ، عندما يقوم النائم من فراشه ويدخل المطبخ وكأنه يبحث عن شيء يعود وينظر إلى عائلته ، يشاهد التلفزيون ، ثم يرجع إلى سريره وينتهي الأمر عند ذلك ، وبعض الأحيان هناك من يحاول فتح الباب والخروج للمشي في الشارع ، وتستخدم هذه الحالة أحياناً من قبل محامي الدفاع في بعض قضايا القتل أو الإغصاف ، بإدعاء أن المريض قد كان نائماً ، والصورة التي توصف هي صورة سينمائية وليست واقعية ، ولإثبات النوم أثناء القيام بالجريمة ، لا بد من إثبات وجود هذه الظاهرة عند المريض بوضع أسلاك للتخطيط الدماغي الكهربائي على رأسه ، ومراقبته عبر الشاشات الخاصة ، وتغير درجة نومه ، إذ أن التخطيط الدماغي قادر على التقريب بين النوم والصحو .

(6) يعتبر البعض أن التبول اللا إرادي الليلي هو من اضطرابات النوم ، وغالباً ما يحدث للأطفال لغاية سن عشر سنوات ، يكون هناك 5% من الأطفال ما زالوا يببولون بفراشهم ونقل هذه النسبة تدريجياً ، وقد تبقى إلى سن ما بعد العشرين ، وإخفاؤها عن الطرف الآخر يسبب مشاكل في الزواج ، فيصحو العريس ليجد نفسه في بركة ماء .

15 - الصرع

هناك توجه عالمياً لتجنب استخدام مصطلح الصرع وإستبداله بالأمراض التشنجية (Convulsive Disorder) والصرع تعريفاً هو زيادة الموجات الكهربائية الدماغية وما يترافق معها من اضطراب في الوعي والسلوك والعواطف والأحاسيس .

يمكن تقسيم الصرع كما يلي :

1. التشنجات الجزئية (Partial Seizure)

وهي إما تكون بسيطة (Simple) وتشمل اضطراباً في أحد الوظائف : كالوظيفة الحركية ، الحسية ، التلقائية أو النفسية ولا يتم فيها فقدان الوعي . على طرف آخر تكون التشنجات الجزئية المركبة (Complex) والتي يضطرب فيها الوعي وتبدأ بحالة ممهدة للصرع تدعى (aura) وتتطور تدريجياً حتى تؤدي إلى فقدان الوعي . هذه الحالة الأخيرة تعتبر مهمة جداً إذ أنها قد تترافق مع ظاهرة التلقائية وهي حالة اضطراب في الوعي مع قدرة الشخص على الوقوف والقيام بحركات مختلفة في يديه وأطرافه دون وعي منه بذلك ، هذه الحالة إذا تأكدت لدى المريض فإنها تحمل تطبيقات قانونية وشرعية فيما يتعلق بالمسؤولية القانونية ، ولكن لا يمكن تأكيدها دون توثيق الاضطراب في الموجات الكهربائية في التخطيط الدماغي وقت الفعل ، وهو غير متاح غالباً ، قد تتحول حالة التشنج الجزئي إلى حالة تشنج عام يشمل كل الجسم .

2. التشنجات العامة :

وهي التي تشمل أنحاء الجسم عامة ويقد فيها الشخص وعيه وأشهرها تلك المدعوة بـ (Tonic - Clonic Convulsion) ، ذلك

يتابعها حتى في أصغر الحركات وربما يلجأ إلى ترصد قدومها ورواحها من البيت إلى أي مكان آخر اعتادت الزوجة الذهاب إليها كمنزل أهلها .

وعندما تتمركز الفكرة في دماغه يبدأ بالتحقيق مع الزوجة ، وربما ضربها وإذائها وشتمها بهدف الإقرار بالخيانة ، وتجذب بعض النساء "بعد طول عناء ومشقة" إن الاعتراف بالكاذب بالخيانة ربما يؤدي إلى تقليل الضغط عليها وإرضاء زوجها وتخفيف حدة غضبه ، ولكن هذا الاعتراف يضاف من جانب الزوج إلى قائمة الأدلة الوهمية ويبدل الشك باليقين فيكبلها ضرباً وإهانة ، وربما يقدم على قتل الزوجة وقتل نفسه بعد ذلك ، إستجابة لوهمه القائل بالحفاظ على الشرف وإنقاذ نفسه وعائلته من العار .

الإحصائيات الغربية تفيد أن 50% من النساء اللواتي تعرضن لجريمة القتل ، يكون القتل على يد الزوج وتشكل الغيرة المرضية السبب الأكثر شيوعاً في هذه الفعلة البشعة .

الغيرة المرضية قد تأتي منفردة ليست مترافقة بأي اضطراب آخر مما يزيد المشكلة صعوبة ، إذ أن هذا الإنسان يكون ناجحاً في عمله ، متعاملاً مع الآخرين بطريقة مقبولة إجتماعياً ولكن كل بلائه ومرضه ينصب على زوجته المسكينة ، فكيف يمكن إقناع المجتمع بضرورة علاجه وهو لا يبدي عرضاً مرضياً إلا داخل الغرف المغلقة مع زوجته المعانية .

كما قد تترافق الغيرة المرضية كعرض في الكثير من الأمراض : كالاضطرابات الوجدانية ، الفصام العقلي ، الاضطرابات العضوية (كالإصابة الدماغية والخرف) ، إضافة إلى ترافقها مع حالات الإدمان والإعتماد على الكحول .

ويمكن الحرص في التأكيد على وجود هذا المرض لما له من تبعات قاسية على العائلة والمجتمع فإن هذا الشخص المريض يكون كقنبلة قابلة للانفجار في أي لحظة ، وقد يؤدي إلى حرمان أطفاله وأسرته من أهم ومنه في حالة إقدامه على القتل وهي الحالات المشاهدة بكثرة في المجال الطبي النفسي ، وفي المجال القضائي كذلك . ولا بد من التأكيد على أهمية المعالجة لهذه الحالات وهي تتمثل بالعلاج الكيماوي وربما المعرفي ومعالجة الأمراض الأساسية المسببة للغيرة المرضية إن وجدت .

في حالة إستعصاء المعالجة ، فإن الفصل والإبتعاد عن الزوج ربما يكون أخف ضرراً على العائلة وأطراف معادلة الغيرة من ترك الموضوع دون علاج والإنتهاء كما إنتهى عليل بقتل ديمونة في رواية شكسبير الخالدة .

14- اضطرابات النوم

ينام الإنسان ثلث حياته تقريباً ، وللنوم وظائف عديدة وهامة تتدرج تحت إطارين ، إعادة البناء الجسدي وإعادة البناء العقلي ، ويواجه الناس مشاكل كثيرة في النوم من أهمها :

(1) الأرق : وهو الصعوبة في بداية النوم أو الصحو المبكر جداً ، أو تقطع النوم ، ومن الممكن أن يكون الأرق فيه الثلاثة معاً .

(2) الزيادة في النوم أو النوم الإنتياي : وهو حصول النوم بشكل مفاجئ وفي أي مكان مناسب أو غير مناسب ، مما يؤدي أحياناً إلى حوادث سير ، أو تعرض المصاب للخطر .

(3) الكوابيس : من ضمن الأحلام التي يحملها الإنسان خصوصاً في الثلث الأخير من الليل ، فإن بعض هذه الأحلام قد تتخذ طابعاً مرعباً ومخيفاً ، مما يجعل النائم يصحو ، وقد لا يستطيع العودة للنوم ، أو أنه يبقى تحت هاجس هذا الحلم طوال النهار أو عدة أيام .

النـبـض والنـبـضي، وفي لسان العرب : لا يعجبك الإنباض قبل التوتير وهذا مثل في إستعجال الأمر قبل بلوغه إناء ، وفي الحث على التأنى والتفكر ، والبعد عن الإنفعال والتهور ، قال عليه السلام : (ليس الشديد بالصـرعة إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب) .

أما الإندفاع كتعريف سلوكي: فإن أي عمل غير محسوب العواقب وغير مفكر به جيداً ، ويتم بطريقة لا تتسم بالصبر والأناة ، وإنما بنوع من النبضية أو اللاإرادية وعدم القدرة على الصبر والمقاومة ، هو عمل إنديفاعي أو نبضي . وينجم ذلك عن عدم القدرة على ممارسة ضبط النفس ومقاومة الإغراء للإثنين بأي تصرف قد يكون مؤذياً للآخرين أو مخرباً للممتلكات ، أو ضاراً بالشخص نفسه ، وفي الغالب يكون ذلك دون تخطيط مسبق أو نية الإيذاء وإنما عبر الإنفعال الشديد ومحاولة لمعادلة التوتر الناجم عن موقف ما ، أو عن رغبة داخلية "غريزة" أو نزوة ، وغالباً ما يكون رد الفعل أقوى بكثير من الموقف المسبب له.

ويعقب الفعل هدوء مؤقت بسبب إشباع تلك الرغبة إلا أن هذا الهدوء لا يلبث أن يستبدل بندم شديد لا سيما إذا كانت تداعيات الفعل ونتائجه سلبية على الشخص المعني ، وقد يكون الإندفاع أو النبضية عرضاً لمرض معين مثل الزهـو أو الفصام أو الخرف أو الهذيان كما قد يكون أحد مكونات الشخصية وفي حالات أخرى يكون الإندفاع هو المكون الرئيس للمرض ، مثل حالات :

▪ السرقة المرضية	▪ Kleptomania
▪ الولع بالنار وإشعالها	▪ Pyromania
▪ المقامرة	▪ Pathological Gambling
▪ نتف الشعر المرضي	▪ Trichotomelomania

و لعل الأهم في هذه الحالات هو INTERMITTENT EXPLOSIVE DISORDER (إضطراب التهيج المتقطع)

أي حالات الهياج المتكرر أو نوبات أو ثورات الغضب المصحوب بالفعل العنيف المفضي لإيذاء الشخص أو الآخرين أو الممتلكات حيث ينفعل الإنسان ويثور لسبب تافه غالباً لا يبرر هذا الهياج.

وقد تلازم هذه الحالة الشخص من المراقبة وحتى العقد الرابع من العمر ، ويمكن تفرقة ذلك عن الحالة الجرمية بإنعدام القصد الجنائي ، والتخطيط المسبق للإيذاء وكذلك غياب الفائدة من الفعل ، فمثلاً المصاب بالسرقة المرضية يتناول الشيء من المتجر إلا أن ذلك لا يكون بقصد الاستفادة من ذلك الشيء أو الإحتفاظ به وغالباً ما يسعى لإرجاعه ، كما قد يهاجم شخص يعاني من الإنديفاعية أو النبضية شخصاً آخر لخلاف على أولويات المرور أو الدور لشراء تذاكر سينما وقد يؤدي هذا الهجوم إلى إلحاق الضرر والأذى ، وتتسبب الحالات سابقة الذكر بإشكالات عديدة من الناحية القضائية والقانونية حيث أنه في كثير من الأحيان يصعب تمييز النوايا ، وكذلك فإن إثبات التخطيط المسبق من عدمه بحاجة إلى مراقبة مطولة للسلوك ، كما قد يلجأ بعض المجرمين أو الموقوفين لحيلة إدعاء المرض النفسي ، وذلك للتخلص من المسؤولية عن العمل المرتكب . لماذا يحدث ذلك ؟؟؟؟

في الماضي كان البحث عن أسباب المرض يتركز في دراسة عوامل نشأة المريض وتربيته وظروفه الإجتماعية والإقتصادية ، وغالباً ما كان يعزى المرض لتلك الظروف والبيئة المحيطة .

إلا أنه مع التطور العلمي وزيادة القدرة على معرفة ما يدور داخل الجسم ، وتحديد الجهاز العصبي عبر التصوير الشعاعي الدقيق ، وعبر التحليل الكيماوي للمرسلات العصبية ، بدأ يتضح أن هناك إختلالاً في بعض المرسلات العصبية وتحديد السيريتونين في من يعانون من النبضية

أنها مرئية بين المشاهدين كونها تترافق مع تشنجات اليدين والقدمين مع زيادة البلغم في الفم والعض على اللسان ، وتنتهي بعد ذلك بتعب عام ، وتشويش في الوعي وهو الوصف التقليدي للصرع . هنالك حالات من الصرع لا يقع فيها الشخص ويحافظ على هيئة جلوسه أو وقوفه ولكنه في الحقيقة يكون غائب الوعي ولا يستقر أو يستثار عند منادته من الآخرين (Absence Seizure) . تأكيد التشخيص للصرع يكون بإجراء تخطيط الدماغ حيث أن وجود خلل في التخطيط يؤكد التشخيص ولكن غيابه لا ينفضه ، فالإعتماد هو أساساً على الوصف الإكلينيكي للحالة ، أسباب الصرع غير معروفة في حوالي 75% من الحالات ، بينما تكون الضربات الدماغية والحوادث الشريانية الدماغية مسؤولة عن 20% من الحالات .

الصرع يترافق مع زيادة في المشاكل اللغوية والمدرسية لدى المصابين به ، كما تزداد نسبة الإكتئاب والانتحار لدى مرضى الصرع ، خصوصاً عندما تكون الزيادة في الموجات الدماغية متمركزة في الفص الجانبي الأيسر من الدماغ ، هنالك أيضاً مشاهدة للذهان الصرعي (Epileptic Psychosis) بعد مرور عدة سنوات من الإصابة بالصرع ، ورغم إرتفاع نسبة الصرع لدى المساجين ، إلا أن ذلك لا يؤكد وجود علاقة وثيقة بين الصرع والجريمة ، الوصف التقليدي لشخصية مرضى الصرع بأنهم بليدون ، ثقيلي ظل ، ويفقدون حسن الدعاية وقد تم التوصل حديثاً إلى رفض هذا الوصف وعدم دقته .

تعتبر التشنجات الدماغية (الصرع) من الأمراض التي يمكن السيطرة عليها باستخدام العقاقير المختلفة ، لا بل إن الآثار الجانبية لهذه العقاقير أصبحت أكثر راحة للمرض ، بعد مجموعة من الكشف عن عقاقير جديدة ومريحة وفعالة ، دون آثار جانبية تذكر ، يجب أن نؤكد أن الإستمرار على العقاقير مهم جداً في السيطرة على المرض ، ومن الواجب عدم قطع العلاج إلا بعد مرور ثلاث سنين خالية من التشنجات ، ومن الضروري الإلتفاف على الأمراض النفسية التي من المشهور أن تظهر لدى أولئك المرضى ، ومراجعة الطبيب النفسي عند ذلك من أجل التدخل السليم .

16 - إصابات وأورام الدماغ

إن الإصابات العصبية المختلفة للدماغ سواء كانت ناتجة عن ورم أو التهاب أو إصابة بحادث أو نتيجة ضربة ، لها تأثيراتها العصبية والنفسية تبعاً لمنطقة الإصابة ، ومما لا شك فيه أن الإصابة بالفص الأمامي من الإصابات التي قد تؤدي إلى تغير كامل بالشخصية من رجل متزن وقور ، إلى رجل مستهتر لا مبالي ، يقترب أعمال مخلة بالأداب والنظام ، وقد يصل به الأمر إلى حالات من الإشكاليات القانونية والشيكات والبيع والشراء ، أو إقتراف جرائم في مختلف درجاتها ،

ولا بد من الاهتمام بهذه الفئة ، وتشخيصها وتقييم القدرات العقلية التي تأثرت ، أما الفص الصدغي فإنه يؤثر بشكل كبير على كافة الوظائف النفسية والعقلية والذاكرة ، ويؤدي إلى تصرفات أشبه ما تكون بالخرف والذهان معاً ، وليس غريباً أن ينتج ذلك عن جلطة دماغية .

كما أن هناك إصابات في المنطقة الحركية تؤدي للشلل أو في الفص الخلفي ، قد يؤدي إلى إضطرابات الإحساس وعدم فهم الكلمات وتلقيها بالشكل الصحيح ، هذه الأسباب هي التي تجعل الأطباء النفسيين يقومون بعمل التصوير الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي وتخطيط الدماغ لإستثناء وجودها أو إثباتها .

17 - الإندفاع

الإندفاع لغة: المضي في الأمر كأننا ما كان و يترادف معه الهوج ، والأهوج هو الممرع إلى الأمور كيفما إتفق وقيل قليل الهداية ، ومثلهما

على الاتهامات الموجهة إليه ويدافع عن نفسه بواسطة محاميه ، وأن يفهم أسئلة القاضي والإدعاء العام ، وهذه أهلية قد تكون مطلوبة للمتهم ، وأحياناً قد تكون مطلوبة للشاهد أيضاً ، وفي أحيان أخرى ممكن أن يتم التساؤل عن أهلية الشخص الذي وقعت عليه الجريمة ، مثل أن تكون فتاة يقال أنها تعاني من إعاقة عقلية وبرغم أن عمرها في الخامسة والعشرين إلا أن قدرتها العقلية في الثانية عشرة ، وهي غير قادرة على إعطاء الإذن أو الرأي فيما يحدث ، وهذا يغير من سير المحاكمة .

2- أهلية قيادة السيارات : فمن الممكن أن يكون الشخص كامل الأهلية في أمور كثيرة ، إلا أن أهليته لقيادة السيارات تمنعها نوبات من الصرع الكبير أو الصرع الجزئي أو الصرع الجزئي المعقد ، والتي قد تؤدي به للحوادث المختلفة .

3- أهلية البيع والشراء وإبرام العقود : وهنا لا بد من التأكد من أن الشخص يعي تماماً ماهية الشراء أو البيع ، وما يشتري أو يبيع ، وقيمتها الفعلية وقيمة السوق ، والسبب الفعلي للبيع والشراء ، حتى يكون هذا البيع جائز وتكون أهلية المريض العقلية جاهزة في هذا الإتجاه.

4- الأهلية للزواج : وهذه أيضاً قد تكون حالة خاصة عند بعض المرضى ، كمرضى الفصام أو الهوس أو الزهو ، وقد يكون هناك فقدان كامل للأهلية مما يمنع البحث في الأهلية للزواج ، وأما الأهلية للزواج فإنها تنطبق على ذوي الإعاقات المختلفة والقدرات العقلية ، ولا يمر يوم إلا ونشاهد به من قام بتزويج ابنه المعاق عقلياً لفتاة وبدأت الخلافات بعد ذلك بالظهور .

5- الأهلية لكتابة الوصية: إن كتابة الوصية تتطلب من الشخص القدرة على معرفة المستفيدين من وراثته، وحجم هذه الورثة أو الثروة، وقيمتها التقريبية، والمستفيدين منها والذين سيحرمون من الوصية، أو سيهضم حقهم، حتى تصبح الوصية ذات صفة قانونية قطعية.

6- الأهلية لتولي منصب معين : وهذه درجة عالية من التقدم والتي تعني أن الفرد المرشح لوظيفة قيادية أو كبرى ، لا بد من التأكد من سلامته العقلية وقدرته على القيام بهذا الواجب ، وإمكاناته بالتصرف في مثل هذه الأحوال ، وقد يأتي ضمن هذه الأهلية ما يتم التساؤل عنه في الكثير من الدول والأحيان بقدرة الحاكم على ممارسة حكمه ، كما حدث مع الحبيب بورقيبة مثلاً

19- المسؤولية الجنائية

هل يتحمل الإنسان مسؤولية ما قام به من فعل مخالف للقانون وما يترتب على هذا الفعل من تبعات و عقوبات ؟

يعتبر الفعل جريمة إذا توافر فيه عنصران :

الأول : متعلق بالفعل نفسه (acts reus) بأن يكون مخالفاً للقانون مثل الإعتداء على حياة الآخرين أو ممتلكاتهم .

الثاني: أن تكون النية متوافرة لإحداث الإيذاء والضرر، أي أن يكون الفعل مقصوداً ومتعمداً وأن يكون المريض مدركاً لطبيعة ما يفعله، وهو ما يسمى قانونياً بالقصد الجنائي، وفي الطب النفسي بـ(mensrea).

ولعل النقاش حول المسؤولية الجنائية يتركز على تداعيات النقطة الثانية.

الأصل في القانون والطب أن كل فرد يعتبر عاقلاً ومسؤولاً عن أفعاله إلى أن يثبت العكس . وهناك مستويان للدفاع القانوني على خلفية المرض النفسي .

(1) الدفع بعدم مسؤولية الفرد : بحجة الجنون وهنا يجب ان يثبت بان مرتكب الجريمة كان يعاني من نقص بالفكر وقت ارتكاب الجريمة

والإنفعالية ، وقد عزز وجهة النظر هذه إستجابة هذا المرض أو العرض لبعض العقاقير مثل أملاح الليثيوم ومضادات الإكتئاب ، ومنظمات المزاج .

إلا أن السؤال الأصعب، هو هل هذه التغيرات سببت المرض أم كانت نتيجة له ؟؟؟

علاج هذه الحالة:

أول ما يجب أن يحدد هو تشخيص الحالة ، والتأكد من وجودها فعلاً لدى الشخص المعني ويتم ذلك من خلال المقابلة الطبية ، وفحص الحالة العقلية ، وقد يستلزم التوصل لذلك أكثر من مقابلة ، كما يمكن أن يستعين الطبيب ببعض الفحوصات النفسية ، لمساعدته على تشخيص المريض بشكل أكثر دقة وتفضيلاً .

وبعد التشخيص يتم التعامل مع هذه الحالة عبر شكلين من أشكال العلاج .

(1) العلاج النفسي وتحديد السلوكي والمعرفي ، ويتم بشرح الحالة للمريض وتعريفه بأسبابها وإستبطان المواقف والغرائز المؤدية للإنفعال والنبضية . ومن ثم تعليم المريض أحد طرق الإسترخاء وضبط النفس مثل الإسترخاء بالتففس أو الإسترخاء العضلي أو التأمل الذهني وتصفية الدماغ .

(2) العلاج الدوائي ويتم عبر إستعمال أحد المجموعات الدوائية ، وذلك حسب وضع المريض وتقصيل أعراضه والأمراض المترافقة وهذه المجموعات هي :

1 - مضادات الإكتئاب .

2 - أملاح الليثيوم .

3 - منظمات المزاج ، ومضادات الصرع .

وهنا يجب ملاحظة أن مفعول العلاج الدوائي تراكمي ومركب ويتم عبر إحداث تحويل في الوصلات العصبية ولذلك لا يلحظ أثره الإيجابي إلا بعد مرور فترة ثلاثة أسابيع إلى شهر على إستخدام الدواء .

أما المهدئات والبنزوديازيبين مثل الفاليوم Valium، البرازين Prazin ، والزانكس Xanax . فإن أثرها من التقليل من العصبية هو مؤقت وليس دائم ، وهناك خطر ان يرافقان إستعمال هذه الأدوية .

أولاً : وهو الأهم أنها تؤدي إلى الإدمان والتعود .

ثانياً : قد تؤدي لفعل عكسي Paradoxical effect وهو زيادة الهياج والعنف .

وفي الغالب فإن تدبير هذه الحالات يستغرق وقتاً طويلاً حيث أن الهدف النهائي للعلاج - كيميائياً أو نفسياً - هو تعديل سلوك إنسان وإحداث تغييرات عليه.

18 - الأهلية العقلية

إن الأهلية العقلية لا تكون مطلقة ولكن هناك درجات تختلف حسب اختلاف الموضوع ، فمن الممكن أن يفقد الإنسان أهليته العقلية في كافة الأمور، سواء كان التصرف بالأموال أو البيع والشراء والتوقيع ، وهذا يحدث عادة في الخرف أو في بعض الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ، ولكن الأهلية ممكن أن تسأل عن أمور محددة مثل :

1- الأهلية للمثول أما المحاكم : وهذه تتطلب تحديد فيما إذا كان الشخص قادر على فهم مجريات المحاكمة ، وقادر على فهم الفرق بين الإعتراف بأنه مذنب أو غير مذنب ، وأنه قادر على التعامل مع محامي الدفاع وإعطائه الإجابات اللازمة ، وأنه إذا لزم الأمر قادر على أن يرد

- التخلف العقلي الشديد
- الخرف الشديد dementia.
- الهذيان delirium.
- المشي أثناء النوم (النومشة) somnambulism.
- الفصام schizophrenia.
- الصرع epilepsy (التلقائية).

الدفع بالمسؤولية المخففة أو الناقصة :

أساس المسؤولية الجنائية يقوم على وجوب توافر ملكتي الإدراك والإرادة لدى الفاعل ، فإن فقد أحد هذين الشرطين أو كلاهما تعذرت مساءلته جزئياً ولا شك أن بعض الأمراض النفسية قد تؤثر على إدراك أو إرادة المصاب أو كليهما .

إن مفهوم المسؤولية المخففة قد اخذ به في القانون الإنجليزي في العام 1975 ، وهو ينص على تقليل المسؤولية عن الجريمة إذا ثبت أن المتهم يعاني من حالة تؤثر على قوى الفهم أو السيطرة لديه .

تتعدد الأمراض النفسية التي تقضي الى مسؤولية جنائية مخففة ، وقد تتجاوز حالات التخلف العقلي والذهان والصرع والتلف العضوي إلى بعض حالات العصابية والانفصالية ، وكثيراً ما يتعذر تحديد ذلك نظراً ، لأن طبيعة المرض النفسي قد تكون متباينة الحدة بين فترة وأخرى كما أنه في غالبية الحالات فإن الحالة العقلية للمريض يتم تقييمها ليس أثناء ارتكاب الجريمة وإنما بعد فترة حينما يلاحظ ذلك أو يدفع به كعذر مخفف

20 - الإدمان

الإدمان حالة سلوكية ترتبط غالباً باستخدام العقاقير المدمنة ، هذه الحالة تتمثل بالاعتماد على العقار ، والاعتماد على العقار يتأتى من تطور حالتين مهمتين لدى المريض .

(1) التعود:

ذلك أن الشخص الأخذ للعقار تبدأ مستقبلاته بتطويع نفسها ، بحيث لا يخدم العقار الهدف المبغى تحقيقه ، وهو إما الشعور بالراحة والرضا أو إزالة القلق والسوء فيضطر الشخص إلى زيادة الجرعة تدريجياً للحصول على الشعور المطلوب .

(2) تطور الأعراض الانسحابية الجسمية والنفسية :

ذلك أن الإقتراع عن العقار المدمن يؤدي إلى مجموعة من المتلازمات الانسحابية تختلف من عقار إلى آخر ، هذه الأعراض غير محببة ومتعبة للمريض مما تجعله يعود عوداً غير حميد إلى تناول العقار مرة أخرى .

السلوك المرتبط مع الإدمان هو سلوك غير سوي ، ذلك أن المدمن يكرس حياته ويمحورها حول العقار : كيف يحصل عليه ؟ كيف يوفر المال لجلبه ؟ كيف يستمتع بأثره ؟ وكيف يتجنب أعراض إنقطاعه . مما يؤدي سلباً إلى تدهور حياته اجتماعياً ، إقتصادياً ، تعليمياً ، وظيفياً ، وأضف ما شئت . ثم أنه قد يلجأ إلى أساليب غير شرعية للحصول على المال اللازم للعقار ، فالإدمان مرتع خصب للجريمة والانحراف .

يترتب على الإدمان مجموعة من الآثار السلبية طيباً ، ذلك أن طريقة تناول قد تكون عن طريق الزرق الوريدي مما يؤهل إلى زيادة خطورة الإصابة بالأمراض الجرثومية كالتهاب الكبد الفيروسي والإيدز وغيرها ، تؤثر بعض العقاقير على الأجهزة المختلفة كالقلب والكلية والدماغ .

هنالك مدرستين مختلفتين فيما يتعلق بالنظرية إلى الإدمان أحدها وهي المدرسة الأخلاقية ترى في المدمن منحرفاً خارجاً عن الحدود والأصول

المتعارف عليها ، ضاراً لنفسه ولمجتمعه مما يستوجب عقابه ، والمدرسة الثانية وهي المدرسة الطبية والإنسانية ، ترى في هذا الشخص مريضاً دفعته تركيبته الكيميائية إلى الإقدام على العقار وتولت الأعراض الانسحابية والحاجة الجسيمة مهمة استمرار أخذه للعقار ، فهو إذن مريض يستحق أن يُعالج لا أن يُعاقب .

ونحن نرى في النظرة الثانية صورة أكثر موضوعية وإنصافاً ، إذ أن المدمن يحب أن يقدم له العلاج الطبي المناسب ، وهذا يتمثل بإدخاله إلى مستشفى متخصص بالحالات الإدمانية بهدف إزالة السمية ، وتطبيق العلاجات المعرفية والسلوكية لمنع الإرتداد والإنتكاس مرة أخرى .

أما عن العمل على مستوى الوطن بهدف محاربة الإدمان ، فإن الاستفادة من النماذج الأخرى المطبقة تفيد بضرورة الإرشاد الوطني المستمر والتوعية وزيادة المراقبة ومنع الترويج والحث البناء للمدمنين بالإقتراع والمعالجة . إضافة إلى تشريعات صارمة تمنع المروجين وبائعي السموم وتروعه وتقف في وجوههم .

21 - الهيروين

إن الهيروين مادة تصنع من الأفيون الذي يؤخذ من نبات الخشخاش ، المنتشرة زراعته في أفغانستان وباكستان ، وجنوب شرق آسيا بشكل رئيسي ، وفي إيران وتركيا ، ويصل إنتاجه السنوي إلى ستة آلاف طن ، ويقدر سعر الغرام النقي عالمياً بـ 350 دولار ، ولكن الهيروين الذي يصل إلى الشارع يتم غشه عدة مرات ، بحيث لا يتجاوز نسبة محتواه من الهيروين عن 7 أو 8% فقط ، والباقي هو من الشوائب وكثيراً ما تكون ضارة .

المشكلة في الهيروين تكمن في سرعة الإدمان عليه ، فخلال بضعة أيام وجرات قليلة ، يصبح من الصعب التوقف عنه لوجود أعراض انسحابية ، وأثناء تعاطي الهيروين فإن المتعاطي يبدأ بالنحول والشحوب وينقص وزنه ويصبح يعاني من إمساك دائم ، يصبح هاجسه ليل نهار هو البحث عن الجرعة التالية ، ويحتاط دائماً ببعض الحبوب المهدئة القوية ، أو المشروبات الكحولية ، خوفاً من عدم حصوله على الجرعة التالية ، مما يجعل حياته تدور في فلك هذا العقار ، ويهمل في عمله وحياته الأسرية ويبدد أمواله ويفترض ويستدين من هنا وهناك ، وقد يسرق تحت وطأة الضغوط المالية الهائلة ،

فالمتعاطي في عمان يدفع ما بين 30 إلى 150 دينار ثمناً للغرام تبعاً لمكانته وموقعه في سوق البيع ، وهناك من يصل في اليوم إلى ثلاث وخمس غرامات وحتى العشرة ، وبإمكان المرء التخيل بحجم المصاريف المترتبة ، وإمكانية وقوع هذا الشخص في السرقة أو الترويج ، ولا يفوتنا أن نقول أننا في أي بلد نفقد سنوياً عدد من الناس بالجرعة الزائدة ، إذ أن متعاطي الهيروين إذا إنقطع فترة وعاد للتعاطي فإن تحمله يتغير ، فمن كان يأخذ غرامين ودخل السجن لستة شهور وخرج ، فإن تحمله للغرامين لن يكون قائماً ، وقد يحقن نفسه بغرامين فيتوقف نفسه ويموت فوراً .

من المهم أن نعرف بأن القانون الأردني قد أزال العقوبة عن المتعاطي الذي يأتي للعلاج من تلقاء نفسه ، وهذه من الأمور التي تسجل بفخر لقانون المخدرات الأردنية ، رغم ما فيه من عيوب أخرى ، وقلمنا استعملت المحاكم المختلفة ما ورد في القانون من إعطاء فرص علاج للمتعاطين ، لأن هذا أجدى نفعاً من العقوبة ، وخصوصاً أن الهيروين يصل إلى نزلاء السجون في بعض الأحيان .

22 - الكحول

يعتبر الكحول المادة الأكثر شيوعاً بين المواد المؤثرة على العقل من حيث الاستخدام في معظم الحضارات ، والمشروبات الكحولية المختلفة

يكن كذلك سموه "Grass" وهو في الحقيقة أزهار نبات القنب . أما في بلاد الشرق ، فإنهم يسمونه بعقار الحشيش أو جانجا وهم يدخنونه أو يعضونه أو قد يتناولونه بالفم في صورة شراب .

الحشيش أو المروانا مشتقة من نبات القنب الهندي (Cannabis Sativa) وأوراقه المجففة "Grass" هي المروانا . والمادة المفردة من زهور الإناث هي القنب . خيوط هذه النبتة تسمى في العربية بالخيوط القنبانية ، لهذا أطلق على مستحضرات هذه النبتة بالقنبانيات .

هذه النبتة تنمو إلى ارتفاع مترين ، وهي حولية ، ولها أوراق طويلة وضيفة ومسننية . وجدت في مناطق أواسط آسيا ومن هناك إنتشرت إلى مناطق أخرى .

المادة الفعالة في هذه المستحضرات هي مادة Tetrahydrocannabinol.

تتوافر أصناف عديدة في النبتة القنبانية والتي يربو عددها على الخمسين صنفاً ، وهناك تفاضل في نوعية وفعالية ما يستحضر من هذه النبتة ، وأيضاً للجزء من النبتة الذي تستحضر منه المادة القنبانية ، وفيما إذا كانت النبتة ذكراً أو أنثى . معظم المادة الفعالة للنبتة تتواجد في الأوراق القريبة من الزهرة وخاصة الزهرة نفسها ، غير أن المادة تتوافر أيضاً في ساق النبتة .

مادة التتراهيدروكنابينول هي المادة الأساسية الموجودة في الحشيش وهذه المادة لها قابلية للذوبان في الماء ، هذه المادة تخزن في الدهون ولهذا فإنها تظل في الجسم لمدة طويلة قبل إستحراقها وإفرازها .

هذه الخاصية تسمح بالإحتفاظ بالمادة في الجسم وتجمعها مع تكرار الإستعمال ، مما له أن يؤدي إلى تزايد في فعلها المؤذي للمتناول مع مرور الزمن ، وخاصة على الجهاز العصبي ، ومن المواد الأخرى الضارة والمتوافرة في مادة الحشيش هي المادة القطرانية وغيرها من المواد التي لها أن تسبب السرطان ، ولهذا فإن تدخين التبوغ المخلوطة بالحشيش له أن يضاعف من الفعل السرطاني للمادة . وغير ذلك من الآثار الضارة وخاصة على الرئتين والحلق والجيوب الأنفية ، أيضاً لها تأثير على جهاز المناعة ، وعلى إنقاص الرغبة والطاقة الجنسية .

إن المتعاطي لمادة الحشيش يعاني من تغيير في حس الزمان بحيث يظهر بطيئاً ويميل المستعمل إلى النعاس ويشوه الإحساس بالمكان بحيث تبدو الأبعاد أكثر أو أقل ، وهذا يجعل قيادة السيارات خطراً كبيراً ، كما لها تأثير أيضاً على الذاكرة وعلى المدى الطويل فلها أن تعمل القلق والهلاوس والحركة المفرطة والبارانويا ، وإستعمال مادة الحشيش يؤدي إلى إحصار ملتحمه العين وجفاف الفم وتسارع النبض ، كما يسبب إعتياداً نفسياً ويؤهب للإنتقال لأنواع أخرى من مواد الإدمان الأكثر خطورة .

هل هنالك إستعمالات طبية لمادة الحشيش ؟

في الماضي أستعملت لأغراض تسكين الآلام ، والمساعدة على النوم والتخدير ، وللتخفيف من القلق والهلم ، من القرن الماضي أستعملت لعلاج حالات الصرع ، وفي السنوات الأخيرة توافرت بيانات عن فائدة إستعمالها في زرق العين (Glaucoma) ولمنع نمو الأورام .

القنبانيات والقانون :

إن قوانين العديد من البلدان تحظر حيازة وزراعة وتصنيع المستحضرات القنبانية على أشكالها المختلفة ، أو المتاجرة بها بأي طريقة أو مقدار . وهناك بعض البلدان التي إما تتغاضى عن التناول الشخصي وبصورة علنية لأي من هذه المستحضرات ، وتتسامح في حيازة مقدار

تتفاوت في نسبة الكحول فيها وتتراوح بين 4% في البيرة إلى حوالي 90 - 95% في الكحول الطبي .

المشروب الكحولي	نسبة الكحول
• البيرة	4 - 8 %
• النبيذ	12 - 18 %
• الويسكي ، الفودكا ، العرق ، الجن	40 - 50 %
• الكحول الطبي	90 - 95 %

وبشكل عام فإن الكحول هو مثببط للجهاز العصبي المركزي ، ويختلف تأثيره على الجسم إعتدداً على عدة عوامل منها :

1. الحالة النفسية التي يكون فيها الشخص الذي يتناول الكحول .
2. كمية الكحول المتناولة.
3. نسبة الكحول الموجودة في المشروب الكحولي .
4. تعود الشخص على شرب الكحول .
5. جنس الشخص .
6. وما إذا كان قد تناول الطعام عند الشرب أو لا .

نسبة الكحول في الدم هي المقياس الذي يعتمد عليه لمعرفة أثر الكحول على الشخص ، فمثلاً على نسبة 50 ملغم / 100 مل ، يخفض الكحول القلق العام ، ويؤدي إلى رفع الموانع على بعض التصرفات ، وعلى مستوى أعلى من 80 ملغم/100 مل يؤثر الكحول بشكل كبير على الجهاز العصبي الحركي للإنسان ، وعلى مستوى أكثر من 300 ملغم/100 مل ، يتأثر معظم الناس بشكل كبير ، وقد يحصل هناك إندثار شديد في مستوى الإدراك والوعي وقد تحصل الوفاة .

في الولايات المتحدة فإن 200.000 من الوفيات تقريباً يكون للكحول أثر مباشر فيها ، كما أن 50% من حوادث السيارات التي ينتج عنها وفيات يكون السائق فيها تحت تأثير الكحول ، وترتفع هذه النسبة إلى 75% إذا أخذ بالحسبان الحوادث التي تحصل في وقت متأخر من المساء ، ومن هنا تأتي أهمية تحديد مستوى الكحول في الدم والذي يُسمح فيه للشخص بقيادة سيارته ، وتختلف نسبة الكحول في الدم والتي يسمح بها في السواقة من دولة إلى أخرى ، ولكن وبما أن نسبة أكثر من 80 ملغم/100 مل تؤثر بشكل كبير على الجهاز العصبي الحركي فقد أخذت هذه النسبة في بريطانيا مثلاً كحد أعلى يُسمح فيه للشخص المتعاطي بالسواقة ، وإلا فإنه يغرم أو يسجن في حال الإمساك به .

إن تعاطي الكحول يؤدي في بعض الأحيان إلى مضاعفات مثل فقدان الشعور ، وفقدان الذاكرة والغيبوبة ، ومن هنا تأتي أهمية السؤال : هل يؤدي تناول الخمر إلى إنعدام المسؤولية الجنائية في حالة ارتكاب الجريمة ؟

الإجابة على هذا السؤال تعتمد على النقطة الأساسية التالية وهي أنه إذا كان التعاطي دون رضا الجاني أو دون علم منه بحقيقتها، فلا يكون عليه عقاب، وذلك حسب المادة (93) من قانون العقوبات. أما إذا كان التعاطي عن علم وإرادة وإختيار حر ، فإنه لا يعفي من المسؤولية الجنائية حتى ولو كان المجرم فاقداً للشعور وقت ارتكاب الجريمة ، وتفسير ذلك أنه يجب أن يكون على علم بأثر الخمر وأنها يمكن أن تدفعه للتصرف بأفعال غير مشروعة .

24 - الحشيش

وهو أرخص أنواع المخدرات ، ويدخنونه مثل الأفيون ، والمدمنون يطلقون عليه إسم "a Joint" إذا كان ملفوفاً في صورة سيجارة ، فإذا لم

على جميع الأحوال فإن الشخص بشخصياته المختلفة يكون مسؤولاً عن تصرفاته وواعياً لها ولا يترافق هذا الإضطراب مع الأوهام أو الهلوس المرضية ، ولا نستطيع جزماً معرفة فيما إذا كان الفرد قد تحولت شخصيته إلى شخصية أخرى ، فالتشخيص التفريقي لهذه الأمراض يشمل الإدعاء المرضي والكذب .

27- خدمات الطب النفسي القضائي

إن الطب النفسي القضائي ليس مفهوماً معلقاً بالهواء ، بل هو فرع طبي لا بد له من تواجد فعلي على أرض الواقع ، فمن المفترض أن يتوفر لدى وزارة العدل قسم خاص بالطب النفسي القضائي ، كما يجب أن يكون في هذا القسم أطباء نفسيين يعملوا على الكشف على من يوقفوا من قبل الجهات الأمنية، خصوصاً في الجنايات ، والتأكد من حالتهم النفسية قبل ضياع الوقت ، فبالتالي فإن هذا يعني وجود عيادات نفسية في كافة مراكز التوقيف ، أو مراكز الإصلاح والتأهيل .

وإن خدمات الطب النفسي القضائي تقتضي وجود ما يلي:

(1) مستشفى للطب النفسي القضائي، كما هو معمول به الآن في المركز الوطني للصحة النفسية، ولكن بشكل أكثر تطوراً.

(2) جناح مستشفى نفسي في كل من السجون الكبرى ، بحيث يتم معالجة بعض النزلاء الذين يمرضون أثناء وجودهم بالسجن ، أو الذين يصلون إلى السجن في حالة نفسية مضطربة ، أو يدخلون في أعراض الإنسحاب.

(3) أن يكون خبراء الطب النفسي القضائي جاهزين للمساعدة والتدريب كرجال التحقيقات والإدعاء .

(4) إن توفر خدمات الطب النفسي القضائي لا تشمل فقط السجن والمستشفيات ، بل إنها من الممكن أن تتم في المجتمع ، حيث تأمر القوانين الحديثة وضع فلان تحت المراقبة النفسية ، أو إخراج فلان من المستشفى شريطة مراجعته للطبيب ، ويقوم في هذا عادة مراقبي السلوك في المراكز الأمنية ، بالإضافة إلى الأطباء النفسيين العاملين مع المحاكم ، وقد يدعم هذا باختصاصيين إجتماعيين يعملون لدى وزارة العدل لتحقيق هذا الأمر ، فبعض القضايا البسيطة قد لا تتطلب الإدخال للمستشفى أو البقاء في المستشفى مدى الحياة ، ويمكن خروج المريض ضمن شروط معينة ، وهذا ما يسمى الإفراج المشروط .

(5) أن يراقب نوعية المجرمين وتغيرها وتطور أشكال الجريمة وأساليبها، بالتعاون مع الباحثين في علوم الجريمة وعلم النفس الجنائي، ورجال القانون، وذلك حتى يبقى هناك صورة علمية واضحة لتطور أشكال الجريمة وبالتالي تطور مكافحتها.

(6) دور الطبيب النفسي في المحاكم : إن الطبيب النفسي الذي يحضر إلى المحكمة هو خبير ، ولا بد أن يعمل على هذا الأساس ، يقوم بعرض الحالة بصورة محايدة ، وخلفياتها وتشابكها ، ومع تأثير المرض أو عدم تأثيره على تصرف المتهم ، إلى أن يصل إلى توصيات معينة يطرحها أمام القضاء ، وقد دلت التجارب في دول أخرى على أن إمكانية وجود أكثر من خبير في وقت واحد ، خبير من المحكمة وآخر من طرف الإدعاء وثالث من طرف المتهم ، قد يؤدي إلى نقاش مثير ومفيد يعطي المحكمة رؤية واضحة لتصريف القضية .

28- وسائل التشخيص والمراقبة

إن وسائل التشخيص والمراقبة في الطب النفسي عديدة ومتفاوتة، فهناك من الحالات من يحتاج إلى أقل من ساعة لتشخيصه، وأخرى قد

قليل منها للإستعمال الشخصي إلا أن بلدانا أخرى تعاقب على ذلك ، وتعتبر التناول جريمة يعاقب عليها .

على الإنسان عدم تناول أي عقار دون إستشارة الطبيب ، وعدم زيادة الجرعة حسب أهوائه وعدم المغامرة أو التجربة في مجال المخدرات .

25- الإنتحار

إن الإقدام على الإنتحار ليس أمراً يستخف به ، ومن المعروف أن نسبة وقوع الإنتحار في العالم تتراوح بين 25 إلى 40 حالة إنتحار لكل مئة ألف نسمة من السكان سنوياً ، وأن محاولات الإنتحار تتراوح بين 300 إلى 500 محاولة إنتحار لكل مئة ألف مواطن سنوياً .

وإذا نظرنا إلى الأرقام في الأردن فإنها لا تصل إلى الواحد ، بل هي بالأعشار ، وباعتقادي وإعتقاد كافة الخبراء أننا فعلاً أقل إنتحاراً من الشعوب الغربية والدول الأخرى ، لوجود الوازع الديني والترابط الأسري ، ولكن ما يتم الإبلاغ عنها وتسجيله كحالات إنتحار هو ليس كل حالات الإنتحار ، ونظراً لما يحمله الإنتحار من وصمة إجتماعية فإن الكثير من الجهات من الأطباء والأطباء الشرعيين والمدعين العامين ، قد يتساهلون في تسمية الإنتحار ، وهذا في الحقيقة يعيق أي محاولة لمكافحته .

وأسباب الإنتحار في الطب النفسي معروفة ، وهي بالدرجة الأولى الإكتئاب النفسي ، ثم الفصام العقلي والإدمان على الكحول والمخدرات والمهدئات العقلية المختلفة ، وإضطرابات الشخصية ، أما محاولات الإنتحار فإنها قد لا تكون بقصد الإنتحار فعلاً ، بل هي بقصد لفت النظر إلى أن الشخص يعاني ويريد حلاً ، ومع ذلك فإن القانون الأردني يتعامل مع الأمر على أن من حاول الإنتحار على المدعي العام أن يتأكد من أنه قام بذلك لوحده ولم يساعده أحد أو يدفعه إليه ويغلق القضية ، والحقيقة أن القانون قد تطور في معظم دول العالم ، بحيث أن القضية لا تغلق إلا بعد أن يتم عرض ذلك الذي حاول الإنتحار على طبيب نفسي ليقرر حالته ويتابعه ، والسبب في هذا أن 70% ممن ينتحرون كانوا قد حاولوا الإنتحار سابقاً ، ويعني ذلك أنه كان من الممكن إنقاذهم .

ولا شك بأن هناك نسبة ممن ينتحرون يقدمون على القتل الذي يسبق الإنتحار ، خصوصاً بدافع الشفقة والأمثلة على ذلك بين أيدي الخبراء والقانونيين كثيرة متعددة .

26 - تعدد الشخصية

طالما يتم الخلط بين هذه الحالة وبين الفصام العقلي أو انفصام الشخصية كما يطلقها العامة خطأً ، فتعدد الشخصية هو إضطراب تحولي في الهوية نادر وقليل الشبوع ، ولكن أخذ شهرته من الأدبيات والقصص السينمائية بسبب إحتوائه على فكرة مثيرة مقبولة درامياً وجاذبة لعقول الناس وإهتمامهم .

هذا الإضطراب "النادر" يتمثل بوجود شخصيتين أو أكثر لدى نفس الفرد ، وتكون كل شخصية منفردة عن الأخرى بتكوينها السيكلوجي ، بتفكيرها ، بمبادئها ومثلها وربما معدل الذكاء ، كما جاءت به بعض الدراسات . من الجميل أن كل شخصية تكون غير واعية لوجود الشخصية الأخرى بتاتاً ، ولا تتذكر أي منهما ، الأحداث والمواقف التي حصلت مع الشخصية الأخرى .

ويربط العلماء هذا الإضطراب بوجود أحداث عصبية مر فيها الشخص في طفولته ، ووجد نفسه عاجزاً عن الخروج منها بأمان وإستقرار وثقة ، مما يعطي لتشكيلته الدماغية والعقلية مبرراً للإنفصال عن بعضها البعض (Dissociation) ، لينتج شخصية أخرى بقوالب فكرية مختلفة ودفاعات نفسية مختلفة ، تسمح لهذا الشخص بالدفاع عن نفسه في حالات الأزمة المشابهة التي مرت عليه .

الأمراض العصبية تتواجد فى السجون بنسبة تصل إلى 6% من السجناء ، وربما نضع فى حساباتنا أن الدخول إلى السجن يشكل أزمة وشدة كبيرة وقد يكون القلق أحد الإستجابات الوجدانية لهذه الشدة .

الأمراض العصبية تتواجد فى السجون بنسبة تصل إلى 6% من السجناء ، وربما نضع فى حساباتنا أن الدخول إلى السجن يشكل أزمة وشدة كبيرة وقد يكون القلق أحد الإستجابات الوجدانية لهذه الشدة .

تواجد الأمراض الذهانية كالفصام والذهان الزورى فى السجون يصل إلى 2% من السجناء وهى نسبة مبررة كون المرض الذهاني قد يكون المسبب للدخول إلى السجن نتيجة للأوهام المترافقة والهالوس السمعية والبصرية والتي قد تشكل دافعا للقتل أو الجريمة . من الممكن أيضا أن يكون حكم السجن مستثمرا كترسيب إنتكاسة جديدة للمرض الذهاني المستقر .

التخلف العقلي متواجد أيضا فى السجون وربما تكون الزيادة لا بسبب زيادة حالة العنف لدى هذه الفئة المرضية ، بل كون القبض عليهم يكون بسهولة أكبر حال إرتكابهم مخالفات بسيطة وهى الأكثر شيوعا أو حال إستغلالهم من قبل آخرين مستغلين قدراتهم العقلية المحدودة .

من الواجب الإهتمام بتنظيم العملية العلاجية لهؤلاء المرضى ، وهو ما يتم التطرق إليه وتتمثل الطرق بإيجاد أقسام نفسية متخصصة فى السجون ، أو وجود قسم قضائي جنائي فى المستشفى النفسى بهدف الإشراف الذى يضمن الرعاية الطبية من جهة ، ويحفظ الجانب الأمنى والقانونى من ناحية أخرى .

30 - القدرة على المثول أمام المحاكم

هل يستطيع المتهم فهم الأدلة والبيانات ؟ وهل هو قادر على الدفاع عن نفسه أمام المحكمة؟

هناك مجموعة من الشروط يجب توفرها لإعتبار الشخص قادرا على المثول أمام القضاء ولديه القابلية للدفاع عن نفسه وهى :

1- يجب أن يكون المتهم قادرا على فهم وإدراك أهمية السؤال "هل أنت مذنب أم بريء؟".

2- أن تكون لديه القدرة على توجيه مستشاره القانونى .

3- له القدرة أو القابلية على فحص إفادات الشهود.

4- له القدرة على فهم ومتابعة البيئة أمام المحكمة.

أهم الاضطرابات العقلية التي تجعل المتهم غير قادر على المثول أمام المحكمة والدفاع عن نفسه :

- 1- التخلف العقلي الشديد.
- 2- الفصام.
- 3- الهذيان.
- 4- الخرف المتقدم.
- 5- اضطراب الإدراك.
- 6- الجمود الحركى النفسى سواء كان ذهانياً أو إكتئابياً Catatonia.
- 7- بعض حالات اضطراب المزاج الشديدة.

لعله من المهم الإشارة إلى أن العلاقة بين الأمراض والقدرة على المثول أمام المحكمة ليست علاقة مستقيمة ، أو إنما يفترض الأمر أن تعامل كل حالة على حدة ، وأن الحالة أثناء المحاكمة ليست بالضرورة نفس الحالة أثناء ارتكاب الجرم كما أن بعض الأمراض تسلك سلوكا خاصا من حيث الانتكاس أحيانا والتحسن أحيانا أخرى مثل مرض اضطراب المزاج ثنائي القطب حيث قد يكون المريض تقريبا طبيعى ثم لا يلبث أن يفقد بصيرته إذا ما أصيب باضطراب الزهو .

تحتاج لأسابيع ، أما وسائل التشخيص والمراقبة المتبعة فهي:

(1) أخذ السيرة المرضية من المريض أو ذويه ، والإطلاع على محاضر التحقيق والإعترافات والشهود والمحكمة .

(2) تقييم الحالة النفسية للمتهم بطريقة مباشرة وغير مباشرة دون أن يعرف المتهم ما هى الطريقة ، والمراقبة تشمل كل تصرف وحركة يقوم بها هذا المريض خلال وجوده فى المستشفى ، وفي الحالات التي تصل إلى الأطباء النفسيين فإن معظمها ينتهي تشخيصه خلال ساعة أو بضع ساعات أو بضع أيام على أقصى درجة .

(3) إجراء الإختبارات النفسية المختلفة التي تساعد على تحديد الحالة

(4) الحصول على تقارير إجتماعية عن وضع الشخص وعلاقته بالضحية .

(5) إجراء الفحوصات الطبية والمخبرية المختلفة ، والتأكد من تعاطي المهدئات والمؤثرات العقلية والمخدرات أو عدم ذلك .

(6) إجراء تخطيط الدماغ الكهربائي أو الرنين المغناطيسي للدماغ أو التصوير الطبقي ، وذلك حسب ما يراه الطبيب ضرورياً.

(7) البحث فى سوابق مرضية أو سجلات موجودة لدى مراكز أو أطباء أينما كانوا.

(8) قد يتم أحيانا إعطاء بعض الجرعات العلاجية لمراقبة أثارها .

(9) قد يستعمل أي أسلوب من أساليب تخفيف درجة المقاومة بإستعمال بعض الأدوية أو الأساليب النفسية ، للحصول من المريض معلومات عن مرضه وليس للحصول على إقرار ، فالإقرار أمام الطبيب أو ضمن سياق الحديث الطبي لا يقبل فى المحاكم .

وبما تقدم نجد أن التشدد فى أن يتم مراقبة المريض فى المستشفى لمدة أسبوعين من قبل المحاكم قد لا يكون له داعي ، والمراقبة والتشخيص من الممكن أن تجري بالعيادة أو تتم فى السجن أو فى أي مكان آخر ، ولا بد أن يتم تطويع القوانين لإعطاء هذه المرونة حتى يمكن تقديم الخدمة بالسرعة اللازمة .

29 - الأمراض النفسية فى السجون

من الصعب التوقع للأرقام الدقيقة للمرضى النفسيين داخل السجون ، إذ أن السجن صاحب المرض النفسى قد يدخل السجن ويكون فى حالة إستقرار لمرضه النفسى ، وبالتالي فإن من الصعب معرفته وتكون معلومة المرض النفسى لدى طبيبه المعالج ولكن ليست لدى إدارة السجن المشرفة .

والعديد من الدراسات توصلت إلى أرقام ليست بالقليلة فيما يتعرض بنسبة الأمراض النفسية فى السجون ، أحدها وهى الأشهر تشير إلى نسبة تصل حوالي 40% من السجناء يعانون من مرض أو اضطراب نفسى معين ، وأشهرها على الإطلاق الإدمان على العقاقير وعلى الكحول ، ولعل ما يزيد من نسبة هذه الاضطرابات الإدمانية هو سهولة الكشف والتعرف ، إذ يدخل المريض المدمن على عقار الهيروين مثلا ، ولا يجد المادة المدمنة فتتطور أعراضا إنسحابية شديدة وملحوظة من قبل الجميع ، ولكن فى بعض الأحيان يتم تسريب وبيع المادة حتى داخل السجن من قبل النزلاء طويلي الأمد ويصعب التعرف على المريض المدمن .

الاضطراب الثانى الذى يليه هو اضطرابات الشخصية وغالبا ما تكون الشخصية ضد إجتماعية وهى المرشحة بقوة للدخول إلى السجن بسبب إختراقها المستمر للقانون والأنظمة ، بعض الشخصيات الأخرى كالشخصية الحدية يكون الإندفاع وعدم السيطرة من العوامل المهيمنة لإنتهاك القانون .

31- الحجر والوصاية

إن موضوع الحجر والوصاية موضوع لعبت به السينما العربية والمسلسلات دوراً هداماً ، أدى إلى تشوش الناس من هذه النقطة ، وبالتالي فإن تردد الكثير من الناس لمراجعة الطبيب النفسي هو أن يتم استعمال هذا الملف أو السجل لأغراض تضر المريض .

ومن المعروف قانونياً أن السرية الطبية تمنع الطبيب من إعطاء أي معلومات عن أي مريض لأية جهة كانت إلا للمريض نفسه أو لذويه إذا كان غير قادر على أخذ التقرير ، أو بطلب من الإدعاء العام أو القضاة بمختلف أشكال المحاكم .

ومن الناحية الطبية فإن الحجر على المريض ينظر إليه كما ينظر إليه قانونياً ، وبالأساس لحماية هذا المريض من نفسه أولاً ومن الآخرين ثانياً ، وأن هذا يتم بناءً على تقرير طبي قبله المحكمة وتناقشه ، وتصل إلى قناعة في أهمية الحجر ، ثم تقوم المحاكم بالبحث عن الوصي المناسب .

وفي هذا السياق أيضاً فإن بعض الدول طورت الحجر ليصبح بناءً على رغبة الطبيب المعالج ، إذا لم يكن من العائلة أحد يكثرث ، كما طورته بعض الدول إلى أن يكون الوصي هو الطبيب نفسه أو الطبيب مع شخص آخر أو الطبيب مع القاضي ، والمجال في هذا الإطار مفتوح للإجتهد والتطوير .

32 - الإساءة للطفل

زاد الإنتباه إلى هذه الظاهرة عالمياً في بدايات الستينات من القرن الماضي ، حيث تم الإصطلاح على "متلازمة ضرب الأطفال" لتعني العديد من التغيرات الجسمية في الفحص السريري والشعاعي لدى الأطفال والتي توحى وتشير بقوة إلى إمكانية ضرب الأطفال من قبل آخرين .

إن الإساءة للأطفال تشمل طيف ممتد من الإساءة على طرفه الأول يكون القتل للطفل، ويمتد ليشمل كل أشكال الإساءة الجسدية كالضرب والمعنوية كالإهمال.

والمسببات تشمل العديد من الحالات كإساءة الوالد أو الوالدة من الخلاص من طفل غير مرغوب به كحالات الحمل غير الشرعي وغير القانوني ، أو حالات قتل الرحمة حيث يقدم الأهالي على الخلاص من الطفل المعاق مثلاً رحمة به من الحياة ومشاقها ، أو نتيجة لتفريغ الغضب خارج أو داخل البيت بسبب قيام غضبه على الطرف الأضعف ألا وهو الطفل ، أو في حالة الطفل المشاكس أو العنيد أو صاحب فرط الحركة والذي لا يستطيع أبواه السيطرة فيلجأون إلى ضربه والإساءة إليه

من الغريب أن الإساءة المباشرة بالضرب من قبل الآباء الذهانيين تشكل نسبة قليلة من حالات الإساءة للطفل ، رغم ما يكنف الذهاني من عالم غريب غير متوقع ، ولكن في حالة الفصام المزمن فإن الأعراض السلبية تساهم في إهمال متطلبات الطفل وعدم الإنتفات إليه مما يشكل إساءة خطيرة غير مقصودة تستحق التدخل وربما الفصل بين الطفل وذويه.

الإحصائيات العالمية تشير أن طفل من كل ألف طفل يمكن النظر إليه "كحالة إساءة إلى الطفولة" وتترافق كذلك مع زيادة نسبة الإساءة إلى أقرانه الأخوان والأخوات من نفس الشخص الموقع للإساءة .

الإساءة الجنسية للأطفال يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار ، وتتم الإساءة للأطفال بين عمر 6-15 سنة من أشخاص أكبر منهم ، حيث تستغل طفولتهم لإرضاء الغرائز الشاذة التي تحرك المسيئين ، وعلى المتعاملين مع الأطفال من الطواقم الطبية أو الأمنية والقانونية أن يراودهم الشك في الإساءة إلى الأطفال عند وجود العوامل التالية : -

الأطفال

- وجود السجحات والضربات والحروق في الطفل .

- الكسور العظمية المتكررة.
- نزيف تحت الجلد ، أو انفصال المفصل .
- النزيف من العين ، والضربات الداخلية الناتجة عن نزيف من الأعضاء الداخلية.
- عدم القدرة على النمو والتطور .
- النظرة الجامدة غير المحمولة بالعواطف من قبل الطفل إلى أهله
- العناية العكسية : حيث يظهر الطفل قلقاً باتجاه والديه أكثر من قلقهم هم باتجاهه

الوالدين

- الإخبار المتأخر عن الإصابة .
- القصص المتناقضة حول الإصابة وعدم التطوع بإعطاء معلومات مفيدة .
- التعامل الميكانيكي مع الطفل دون عواطف مترافقة .

كما تترافق الإساءة إلى الأطفال مع الفقر ، سن الزواج المبكر ، التخلف العقلي لدى الأم ، التاريخ الجرمي للأبوين وإضطراب الشخصية لديهم ، التاريخ الإيجابي بوجود الإساءة لأنفسهم من قبل آخرين في الصغر ، كما تلعب حالات الاعتماد على الكحول والعقاقير دوراً مهماً إذا وجدت لدى أحد الأبوين .

إن العلاج الأمثل لحالات الإساءة للطفل يتحقق أساساً بوجود وعي أكبر للكشف عن الحالات المراجعة للمراكز الطبية والأمنية ، مثالاً لا بد أن يأخذ الإجراء صورة سلطوية تقوم على الإلزام بعدم التكرار لمثل هذه الحالات ، وذلك يجب أن يكون قائماً على تشريعات تحفظ مثل هكذا حقوق وتحمي الطفل وتصونه ، إضافة إلى ذلك فإن المعالجة النفسية والكشف عن طبيعة العلاقة العائلية له أثر مهم في حصر هذه الظاهرة المزعجة .

33- القوانين الأردنية والطب النفسي

من الملاحظ أن القوانين الأردنية بمختلف أشكالها قد أغفلت الطب النفسي ، وما زالت القوانين تصاغ بطريقة تتناسب مع القرون الماضية ، فلا يذكر الطب النفسي والمرض النفسي في أي من القوانين ، ويكتفى بمفهوم الجنون الغير معرف من الناحية العلمية ، ويعتبر القانون الأردني أن الإنسان إما أنه عاقل أو مجنون ، وحقيقة الأمر عند الإطلاع على التقسيمات العالمية للإضطرابات النفسية لا نجد مثل هذه الإجابة الحادة القاطعة ، وأن الناس تتراوح في إدراكها وذكاؤها وقدراتها العقلية وفهمها

كما أن هناك كم من الناس من يصاب بمرض نفسي وقد يصل هذا إلى خمس أو ربع سكان البلد الواحد ، وبناءً عليه فإن وجود مرض نفسي لا بد من أخذه بالاعتبار ضمن ظروف القضية المنظورة أمام المحكمة ، وهذا لا يعني بالضرورة سقوط الأهلية الكامل أو صمودها الكامل ، حتى في من يعاني فرضاً من الفصام العقلي الذي يقوم أحياناً ببعض التصرفات مثل سرقة بسيطة أو اعتداء بسيط ، ولا يثبت وجود علاقة بينه وبين المرض الأصلي وأعراضه ، فإن الأمر ليس على إطلاقه ، وليس المريض بالفصام معفى دائماً ، وليس المريض بغير الفصام مسؤول دائماً

وإذا أخذنا مثلاً في مرض الإكتئاب ، نجد أن هناك درجات متفاوتة قد تؤثر على قدرة الفرد في الحكم وإتخاذ القرار وفهمه للقرار ، وذلك أنه ينظر للأمور من منظوره السوداوي القاتم .

وبالتالي فإن قانون العقوبات وقانون أصول المحاكمات الذي أغفل أيضاً الإعاقة العقلية وخط الإعاقة العقلية بالمرض النفسي ، وجعلها كلها تتلخص بالجنون ، أو إدراك وعدم إدراك كنه الأفعال ، إنما هي من النقاط التي يجب مراجعتها ، وكذلك الأمر في قانون الأحوال الشخصية والوصاية والحجر ، فهو لا يلزم القاضي بالحصول على تقرير

ويجب توافر العديد من الشروط الإكلينيكية بهدف التشخيص :

- (أ) تشخيص بعد عمر الثامنة عشرة لا قبل.
- (ب) تواجد حالة اضطراب السلوك لدى هذا الفرد قبل هذا العمر .
- (ج) توفر ثلاث عوامل على الأقل فيما يلي : تكرار السلوك غير القانوني .
1. نمط طويل المدى من العدوانية والتحفز .
2. عدم تواجد الحس بالمسؤولية في شؤون عديدة في العمل وفي إدارة شؤونه المالية مثلاً .
3. الاندفاع وعدم القدرة على التخطيط .
4. التصرفات الطائشة التي لا تأخذ بمبدأ السلامة للنفس وللآخرين كالسوقا الطائشة وإطلاق النار غير المسؤول .
5. عدم قدرته بالشعور بالذنب عند ارتكابه للأخطاء أو الإساءة للآخرين .

الأفراد المشخصين تحت اضطراب الشخصية يكونون في وضع نفسي لا يخل في قدرتهم على إتخاذ القرار ، وإن اعتبر قضائياً في العديد من الحالات اضطراباً مخفضاً للمسؤولية .

العلاج لحالات اضطراب الشخصية طويل المدى ، وتستخدم فيه أساليب علاجية مختلفة كالعلاجات الكيماوية والسلوكية والمعرفية ، ولا بد من الإشارة أن اضطرابات الشخصية المترافقة مع الجريمة هي من المواضيع الأكثر حاجة إلى إجراء تشريعي مرن ، ينظم العلاقة بين السلطة القضائية والتزامها بالعدل والعقاب من جهة وبين النظرة الطبية التي تهدف إلى العلاج وتعديل السلوك . هذا بهدف الوصول إلى نتائج طويلة المدى تحمي المجتمع من الضرر ، ولكنها وبأنفس الوقت تساعد الفرد على الخلاص من مشكلته طويلة المدى تلك .

35 - أسباب الأمراض النفسية

لقد ظهرت نظريات وآراء مختلفة في أسباب الأمراض النفسية . فبينما نجد فرويد يعزى أسباب الأمراض النفسية إلى تجارب الطفولة والرغبات والصراعات المكبوتة التي تستقر في اللاوعي والتي تسعى للظهور ، ولو بشكل خفي يتستر ، فنجد (أدلر) كان يرى أن المرض النفسي يأتي لتعويض الفرد عن شعوره الواقعي أو الوهم بالنقص ، وأن المريض بمرضه يستطيع السيطرة على الآخرين في محيطه ، وهذا يحقق له التعويض عن شعوره بالنقص . أما (يونغ) فإنه يرى أن أسباب الأمراض النفسية ليست من الماضي بقدر ما هي في الحاضر .

وهناك إلى جانب هؤلاء كثيرون ممن جاءوا بنظريات نفسية ومنهم من يركز اهتمامه على العوامل الآتية الحديثة والفعالة في حياة الفرد ، ومنهم من إبتعد كثيراً إلى الوراء ، فراح يبحث عن عوامل الصدمة النفسية في تجارب السنة الأولى للطفولة وحتى في فترة الولادة ، أما المدرسة الوجودية فهي تهمل اللاوعي وتجارب الطفولة ، كما تهمل القوى الغريزية في الإنسان وبدلاً من ذلك تعطي الأهمية للتجربة الشخصية للفرد كجزء من علاقته بغيره ، وفي عالمه أنه عالم لا يمكن أن يكون له وجود بدونه .

وهناك إلى جانب هذه المدارس النفسية مدارس أخرى تؤكد على النواحي المادية في تسبب الأمراض النفسية مثل النظريات الوراثة والنظريات الشريطية لبافلوف .

النظرية الوراثة : يتمثل الحماس لأهمية الوراثة في أقصى حدوده بدعوة بعض العلماء الألمان من أبان العهد النازي بضرورة العقم الإجباري للمصابين بالأمراض العقلية . قامت بعض الدراسات الإحصائية من الوراثة الطبية على التوائم المتشابهة والتوائم غير المتشابهة ، ولتوفر التقارب في الوراثة بين التوائم غير المتشابهة .

كما أن القوانين بصورة عامة لا تلزم أن يكون التقرير من طبيب نفسي ، والمفترض أن يكون طبيب نفسي مسجل بقائمة الخبراء العدليين ، وتكتفي بكلمة طبيبين حكوميين ، أي أنه من الممكن أن يكون أحدهما بيطري والآخر طبيب أسنان ومع ذلك سمياً بالقانون طبيبين حكوميين ، وإذا تحدثنا عن لجنة فاللجنة هي ثلاثة أو خمسة ، وإذا تحدثنا عن طبيب فهو واحد ، أما إذا تحدثنا عن إثنتين فلا معنى لها في هذا السياق .

الذي لوحظ عبر السنوات الماضية أنه عند القيام بتعديل القوانين ليس هناك دور لأهل الخبرة والمعرفة في البنود التي تتعلق بالمرض النفسي ، وهذا ما أخر تطور القانون ، وجعل هناك بعض القضايا التي لا يرضى عنها أحد ، مثل شاب معاق قضى الآن بحدود العشرين عاماً في المركز الوطني للصحة النفسية ، لأنه يعاني من إعاقة عقلية ، فأمر القاضي بإيداعه في المركز الوطني للصحة النفسية حتى يثبت شفاؤه شفاءً تاماً ، والإعاقة العقلية لن تشفى وهذا يعني طبقاً لحقوق المريض وحقوق الإنسان ، إن التطبيق لحرفية القانون وعدم أخذ الموضوع بوجهه الواسعة قد سجن هذا الشاب ، وقد أصبح كهلاً الآن بسبب هذه التهمة البسيطة والتي تجاوزت العقوبة التي يأخذها الشخص العادي .

وهذا أيضاً من الأمور التي تلاحظ في القوانين الأردنية ، أنها لم تحدد فترة زمنية لأي حالة ، حتى أن الإتجاه الآن بين كبار المحامين في الجنايات عدم ذكر المرض النفسي رغم وجوده ، لأن ذكره يؤكد الحكم المؤبد ، وهذا المؤبد قد يكون أيضاً دون محاكمة ولا ثبوت للجريمة ، خصوصاً إذا لم يكن قادر على المثول أمام المحكمة ، في حين أنه إذا حوكم محاكمة عادية قد ينتهي الأمر ببضع سنوات من السجن وينتهي الأمر ، وهذا أيضاً ليس حلاً بل هو محاولة يائسة للخروج من مأزق القانون ، والذي لا يفهمه الأطباء ولن يفهم أبداً كنه التمسك الغريب في نصوص قانونية أكل عليها الزمان وشرب ، ولا بد من أن يتم تغييرها وتصويبها بما يتمشى مع روح العصر والتطور العلمي الهائل الذي حدث في هذا المجال .

34 - اضطرابات الشخصية

الشخصية هو النمط طويل المدى الذي يصيب الأفراد المختلفين فيما يتعلق بطريقة تفكيرهم وأحاسيسهم وإنفعالاتهم ونظرتهم إلى الأمور المختلفة ، إذن فنحن نتحدث عن صفة دائمة لا عن عرض مؤقت ويبدأ كل فرد منا بأخذ نمط شخصية معينة في نهاية سن المراهقة وبداية الشباب من المفروض بالشخصية السليمة أن تكون متألقة مع المجتمع والناس والظروف المختلفة التي يعيشها الفرد وبالتالي فإن أي حياد في صفات هذه الشخصية والذي يؤثر على المجتمع المحيط سلباً وعلى الفرد ذاته بالمعاناة والتعب يصنف طبياً تحت بند اضطرابات الشخصية .

وتظهر الصعوبة الكبيرة في التعرف على الأسباب التي أدت إلى تكوين الشخصية ، حيث تلعب عوامل متداخلة أدواراً مختلفة في صناعة أي فرد ، وتشمل طرق التربية ، والخبرات السابقة ، والإستعداد البيولوجي ، وأثر الوراثة ، والجملة الكيماوية لمختلف الناس وغيرها .

هنالك العديد من الشخصيات المصنفة ضمن التصنيفات المختلفة وللسهولة فإننا نستطيع تقسيمها تحت ثلاثة بنود رئيسية.

- (1) الشخصيات الغريبة : وتشمل الشخصية الفصامية ، الشخصية الزورقة ، الشخصية المنعزلة .
 - (2) الشخصيات المثيرة والمستفزة : وتشمل الشخصية الحدية ، الشخصية الهستيرية ، الشخصية النرجسية ، والشخصية ضد المجتمع .
 - (3) الشخصيات القلقة والمتوترة : وتشمل الشخصية المعتمدة ، الشخصية الوسواسية والشخصية السلبية والعدوانية .
- وسوف نشير ببعض التفاصيل للشخصية الضد للمجتمع لإرتباطها ومشاهدتها في المجال القضائي والشرعي :

وفيما يلي بعض النتائج لهذه الدراسات :

(1) دراسة عن خمسين زوجاً من التوائم المتشابهة وعدد مثلهم من التوائم غير المتشابهة ، الذين يعرفون في محيط تربيتهم ، وعلى تسعة عشر زوجاً من التوائم المتشابهة الذين ربوا في ظروف محيط مختلفة . وكان هدف الدراسة إظهار أثر كل من الوراثة والمحيط في تكوين منومات وخصال الشخصية فيهم .

كانت نتيجة الدراسة كما يلي :

هي أن التوائم المتشابهة تميل إلى الاختلاف الواحد عن الآخر مع إزدياد العمر ، خاصة في المزاج وفي التحصيل الدراسي وفي حدود أقل من الصفات الجسمية . إن أوجه التشابه في التوائم المتشابهة أكثر تكون في الصفات الجسمية وأقلها في المزاج ، وخلاصة الدراسة على التسعة عشرة زوجاً فالتوائم المتشابهة الذي اختلفت محيطهم ، هو أن الاختلاف في المحيط يحدث أثراً هاماً في كل من الذكاء والتحصيل الدراسي ، ولكنه قليل الأثر في تحويل المزاج .

النظرية الكيماوية والتي تركز على مادة الدوبامين والسيروتونين والنورأدرينالين وغيرها من الناقلات العصبية هي الأكثر قبولاً والأكثر عملية ، كونها تحمل تطبيقات علاجية نافعة .

ونقول أننا لا نستطيع أن نحصر المرض النفسي في سبب واحد ، بل هو حصيلة عوامل مختلفة ومتداخلة معاً بطريقة معقدة .

36- إدعاء المرض النفسي

إن هذا الأمر يشغل بال الرأي العام والمحامين ورجال الأمن والقانون ، على اعتبار أنه من السهل إدعاء المرض النفسي للمرور من المأزق ، وحقيقة الأمر أنه إذا كان هناك تنظيم لقطاع الطب النفسي القضائي وتحديد الخبراء الذين يقومون بالفحص وإعطاء التقارير ، فإن فرصة إدعاء المرض النفسي توفرت على من يدعيها ، وذلك لعدة أسباب :

(1) إن إدعاء المرض النفسي حتى لو أن المدعي قد حفظ أعراضه كاملة ، فإنه لا يستطيع أن يطبق سلوكه بشكل كامل ، فمن المستحيل مثلاً أن يكون المريض يدعي الإكتئاب الشديد والهالوس والأوهام ، ثم تجده يأكل ويشرب وينام ويقرأ الصحف ويشاهد التلفاز بصورة طبيعية .

(2) أنه من المعروف بين الخبراء في مجال الطب النفسي القضائي أن الأسئلة المباشرة للمريض لا تسأل ، والتي عادةً ما يكون قد لحن بها من طرف أو آخر ، مثل سماع الأصوات أو رؤية خيالات وغيرها ، مما يستفز هؤلاء المدعين المتهمين ويجعلهم يفصحوا عما بداخلهم .

(3) إن كثيراً من مدعي المرض النفسي يحاولون تمثيل الخرف أو الإعاقة العقلية ، وهذا أمر صعب وواضح ، ويمكن تمييزه بدقائق .

(4) قام أحد الصحفيين بإدعاء المرض النفسي في مستشفى أمريكي ، وبعد أن درس الفصام بكل ما فيه من أعراض ومثلها ، خرج بنتيجة كتبها في كتاب ، (أنه قد يكون من الممكن إقناع الأطباء النفسيين بوجود المرض ، ولكن ما هو السبيل لإقناعهم أن المريض قد شفي) ، وهذا تعليق يتمشى مع الواقع .

(5) إن إدعاءات بعض الأشخاص بأنهم يعانون على سبيل المثال من إعاقة عقلية بسيطة ، كما حدث في أحد السنوات السابقة للحصول على تقرير يعفيهم من الخدمة العسكرية ، ثم إستكمال الدراسة الجامعية والحصول على الماجستير ، ليواجه عند ذهابه إلى دائرة ترخيص السواقين بطلب تقرير عن سبب عدم خدمة العلم وتصنيفه بالدرجة الخامسة ، فيكون التقرير بأنه معاق عقلياً ، والآن على هذا المواطن أن يثبت أنه غير معاق عقلياً ، وإذا تم إثبات ذلك فيعني أنه سيتحمل تبعات

الكذب والتزوير هو ومن قام بكتابة التقرير له ، وهذه من المشاكل اليومية التي يعاني منها المدعين لمثل هذه الأمراض .

(6) يشيع أيضاً بين الناس مما يزود حجم الإدعاءات بالمرض النفسي ، أن الكثير من المرضى الحقيقيين عند إنتهاء مشكلتهم ، يقولون أنهم إدعوا المرض النفسي وهم ليسوا مرضى ، وهذا يحفز البعض لإدعاء المرض النفسي .

وبالنهاية لا بد من الإشارة بأن الدراسات التي تابعت أولئك الذين يدعون المرض النفسي حتى في المجال القضائي ، بعد متابعتهم بسنوات فإن نسبة كبيرة منهم تصاب بأمراض عقلية ونفسية ، ويختلط الحابل بالنابل ، وذلك أن معظم الناس سويي العقل لا يوافقون أبداً على فكرة إدعاء المرض النفسي ، وأن الموافقة على هذه الفكرة بحد ذاتها هو اضطراب ، بمعنى آخر أن تمثيل الجنون هو جنون بذاته .

37- الانحرافات الجنسية

الجنس من الغرائز الفطرية لدى البشر ومن العوامل المهمة والمؤثرة على سلوك البشر ، وتوفر ممارسة الجنس شعوراً بالنشوة واللذة والاستمتاع ، لولاها لما أقدم البشر على ممارستها ولما تم الحفاظ على الجنس البشري .

إلا أنه وفي بعض الأحيان ونتيجة لاضطرابات نفسية أو عضوية ، تتغير نية تلك الممارسة لدى البعض وتتحوّل منحى غير طبيعي ، وربما غير قانوني ومن هذه الانحرافات :

- 1- الإغتصاب وهتك العرض وهو الممارسة الجنسية مع البالغ قسراً ودون الموافقة .
- 2- ممارسة الجنس مع الأطفال والقاصرين pedophilia.
- 3- ممارسة الجنس مع الأموات necrophilia.
- 4- ممارسة الجنس مع المحارم incest.
- 5- ممارسة الجنس المترافقة مع التعذيب sadism.
- 6- التطفل الجنسي voyarism.
- 7- التعري والفعل الفاضح exhibitionism.
- 8- الدعارة وممارسة الجنس بغرض الكسب وبيع الجنس وهذا في بعض البلدان يعتبر عملاً خاضعاً لقوانين تنظمه .
- 9- الجنسية المثلية homosexuality وهي الممارسة مع نفس الجنس سواء الأنثوية منها أو الذكورية وهذه الممارسة تعتبر الآن قانونية في العديد من البلدان وقد شطبت نهائياً من جداول الاضطرابات النفسية الجنسية وتعتبر جزءاً من الحرية الشخصية.
- 10- موافقة الحيوانات bestiality.
- 11- الفيتيشية fetiscism وهو التهيج لدى مشاهدة عضو من أعضاء الجنس الآخر " الفخذ ، القدم..." أو متعلقات حذاء وغيرها داخلي.... وهذا خاص بالذكور .
- 12- Transsexualism وهو الشعور بمشاعر الجنس الآخر كأن يكون ذكر مكتمل الرجولة جسدياً ويشعر كأنثوي ويرغب باللباس الأنثوي وحتى قد يتناول الهرمونات الأنثوية ليبدو كالإناث.

مما لا شك فيه أن قضايا الانحراف الجنسي تشغل حيزاً مهماً من ممارسة الطب النفسي القضائي ، فإضافة لتدخلها مع العديد من الجرائم مثل القتل والإيمان ، يشكل بعضها جريمة بحد ذاته وليس مجرد انحراف صحي .

ويتداخل الطب النفسي هنا على المستويين وذلك لتقييم المعتدي والمعتدى عليه.

وهنا ينبغي ملاحظة أن الانحراف الجنسي قد يكون إنحرافاً مبدئياً primary أو أنه ناتج عن اضطراب عقلي معين ، ويعتبر امتداداً

وبالذات الإضطرابات الذهانية .

وفي كثير من الأحيان يجدر التحري وملاحظة دور الضحية وقت وقوع الجريمة .

38 - علاج الأمراض النفسية

لقد تطورت أساليب المعالجة للأمراض النفسية خلال القرن الحالي ، وربما في السنوات العشر الأخيرة تحديداً ، ذلك أن ما تحقق فيها يفوق بعشرات الأضعاف كما ونوعاً ما تحقق عبر عمر البشرية بأكمله .

في البدايات ، كان العلاج للأمراض النفسية متأثراً بشكل كبير في الفلسفة التي كانت تفسر تلك الأمور ، وبالتالي فإن الإعتماد كان كبيراً على المعالجات النفسية طويلة المدى كالعلاج النفسي التحليلي ، والذي يحتاج إلى سنوات طويلة وكلفة عالية ، وهي لا تفوق بكفاءتها المعالجات النفسية القصيرة نسبياً ، مما أدى إلى إنحسار دور العلاج النفسي التحليلي وحصرها في حالات نادرة جداً .

تستطيع القول أن طرائق العلاج النفسي الحديث تعتمد على الجمع والخلط للعديد من الأساليب ، وتختلف الطرق المستخدمة من مريض إلى آخر ومن مرض نفسي إلى مرض نفسي آخر .

واليك بعض هذه الأساليب : العلاج بالعقاقير النفسية :

وهي التي ساهمت بشكل كبير في إحداث طفرة الحالية في الطب النفسي ، ونحدث الآن عن مئات العلاجات النفسية التي تؤدي إلى نتائج طيبة ومشجعة في مختلف الأمراض النفسية . إن الأساليب المعقدة الحالية والتي عملت على الكشف الدقيق عن الموصلات العصبية الدماغية والمراكز الدماغية المختلفة ، قد لعبت دوراً كبيراً في إستحداث أدوية إنتقائية ذات أعراض جانبية مقبولة وتعمل "بشكل نوعي" أي على المرض بالتحديد دون إحداث حالة إعتقاد أو تعود . ونرى في متناول أيدينا الآن العديد من العلاجات كمضادات الإكتئاب ، مضادات القلق ، المضادات الذهانية ، المنظمات والمثبطات للمزاج وأخرى كثيرة .

(1) العلاج السلوكي :

هذه الطريقة معتمدة على فكرة أن بعض الأمراض النفسية قد تكونت ونشأت نتيجة إشتراطات سلوكية سابقة ، فلا بد إذن من التعامل مع هذه الإشتراطات بطرق مناسبة تهدف إلى حل المشكل عن طريق سلوكي . العلاج السلوكي مفيد جداً في حالات الوسواس القهري ، الرهاب بأنواعه ، الإكتئاب ، إضطرابات الطعام ، الإنحرافات الجنسية ، الإدمان وحتى في الفصام العقلي ، بالإقتران مع العلاجات الكيماوية الأخرى .

(2) العلاج المعرفي :

وأصل هذا العلاج يعتمد على أن الأمراض النفسية هي نتاج تفكير خاطئ مزروع في اللاوعي ويعبر عن نفسه تلقائياً في المواقف المختلفة ، وهو ما يؤدي إلى تكوين طريقة تفكير خاطئة تحدد تصوراتنا وإنتطاعاتنا نحو مختلف الشؤون الحياتية ، وطريقة العلاج تكون عن طريق رصد تلك الأخطاء في التفكير ومحاولة صياغتها بطريقة سليمة .

العلاج المعرفي له يد طولى في علاج الإكتئاب النفسي ، القلق العام وحالات الهلع إضافة إلى إستخدامه أحياناً لإضطرابات الشخصية . وكثير من الأحيان ما يتم الخلط بين العلاج المعرفي والسلوكي إضافة إلى العلاج بالعقاقير .

(3) أساليب أخرى مثل :

(4) العلاج النفسي التحليلي القصير والمركز على نقطة أو إضطراب معين .

(أ) العلاج العائلي .

(ج) العلاج الزوجي .

(د) العلاج الجماعي .

(هـ) العلاج الجماعي .

39- فرص التحسن والشفاء

لم يكن أمام المرضى النفسيين عبر عصور طويلة من وسائل علاجية فعالة كما هو الوضع الآن ، رغم أن المستشفيات النفسية عرفت في العهد الإسلامي وكانت حدائق جميلة ، وخبير مياه ، وأصوات منشدين ، وقارئ قرآن وعازفي موسيقى ، إلا أن ما حدث من تطور في العقود الثلاثة الأخيرة جعل في فرص التحسن والشفاء تقدماً هائلاً إذ أن الأدوية الفعالة ضد الإكتئاب والذهان أصبحت متنوعة وفعالة في صورة لم يسبق لها مثيل ، وهي أيضاً في طريقها للمزيد من التطور ، ولكن الأمر يحتاج إلى توضيح بعض المفاهيم التي تختلط في أذهان الناس

مفهوم الشفاء : إن مفهوم الشفاء مفهوم غير مطلق ، ولا يمكن التعامل مع كلمة شفاء بما نصت عليه قرارات محكمة التمييز (بأن الشفاء هو إنتهاء مرض وعدم الحاجة للعلاج ، والضمانة لعدم تكرار المرض في المستقبل بأي شكل من الأشكال وبأي صورة من الصور)، وهذا لا يمكن تطبيقه لا على مريض ولا على غير المريض ، ولا في المرض النفسي ولا في غير المرض النفسي ، فهو مفهوم يعني بأن على الطبيب أن يعطي شهادة ضمان بعدم حدوث مكروه للمريض في المستقبل .

إن التحسن لا يمكن أن يكون مفهومًا إذا لم يكن المرض أساساً مفهوم ، فنحن لا نستطيع أن نقول أن مريض السكري قد شفي ، بل نقول أنه مستقر أو متحسن وهذا يعني أنه يتبع حمية غذائية ويتناول الأنسولين ، ويستطيع الإستمرار بحياته بشكل طبيعي ، وكذلك مريض الزهوان الإكتئابي فإنه من الممكن أن يقال أنه في وضع تحسن ، وهذا يعني أنه يمكن أن يمارس حياته الطبيعية على أن يتابع علاجاته الموصوفة والإشراف الطبي ، وهذا لا يعني إطلاقاً أن المرض لن يأت بل إنه إذا حدثت إنتكاسة في الزهوان الإكتئابي أو السكري ، فسوف تكون تحت سيطرة وإشراف الطبيب المعالج والذي بإمكانه ضبطها في وقت مبكر وعدم السماح لها بالتطور ، وبالتالي فإن هناك تحسن جزئي ، وتحسن بالعلاج ، وتحسن مع المتابعة ، وهناك حالات من التحسن بلا علاج ، وأما الشفاء فهناك شفاء إجتماعي ، وشفاء مسيطر عليه بالعلاج ، وشفاء فيه شروط ، وشفاء فيه زوال الخطورة على الفرد والمجتمع ، وبالتالي من الممكن أن يشفى مريض الفصام شفاءً إجتماعياً بحيث أن ما لديه من أفكار ومسلكات قد توقفت وإنتهت ، وأنه قادر على ممارسة حياته الطبيعية ضمن إطار أسري وتحت مراقبة ومتابعة الطبيب .

ولا بد أيضاً من القول أن فرص التحسن في الأمراض النفسية من القلق والإكتئاب والذهان الحاد وغيرها تفوق بكثير ، فرص التحسن بالأمراض العضوية ، وقد إعتبرت منظمة الصحة العالمية أن الإكتئاب هو ثاني مرض شيوعاً في العالم بعد أمراض القلب ، ولكنه الوحيد من الأمراض العشرة الأولى القابل للشفاء .

كما أن هناك خلط كبير في موضوع إستمرارية العلاج والإدمان ، فإن العلاج طويل الأمد الذي يعني أخذ قرص يومياً أو ثلاثة أو أربعة شهرية يخلط على أنه إدمان ، الإدمان ليس هو علاج طويل الأمد بل إنه زيادة في جرعات لعقار غير مقرر طبيياً وحسب رغبة المريض ، وتخطي الجرعات المقبولة إلى الجرعات الفائتة وتحملها ، أما من يتناول قرصاً سواء مهدئاً أو مزيلًا للكتابة أو مضاداً للذهان ، أو إبرة كل أسبوع أو كل شهر ، وحتى لو يأخذها لعشرات السنين ، فهذا لا يعني إطلاقاً الإدمان عليها بل إنه يأخذها لإستمرار ضمان الشفاء والتحسن ، وعدم حدوث إنتكاسة مرضية .

المرض النفسي والمسئولية الجنائية من المنظور الإسلامي

د. لطفي عبد العزيز الشربيني، الطب النفسي - الإسكندرية / مصر

lotfyaa@yahoo.com - www.alnafsany.com

الملخص: دار الجدل مؤخرا عقب تكرار الحوادث التي يوصف الجاني فيها بأنه يعاني من مرض نفسي حول علاقة المرض النفسي بالعنف والجريمة و .تميز الطب النفسي عن غيره من التخصصات الطبية الأخرى بالعلاقة الوثيقة والتداخل مع النواحي القانونية والشرعية والقضاء، ولعل السبب في ذلك هو طبيعة الأمراض النفسية التي ترتبط في الأذهان في العادة أنها مصحوبة بخروج المرضى النفسيين على القواعد في مجالات السلوك ، وارتكاب الجرائم ، وعشرات من المسائل التي تتعلق بعلاقة المريض النفسي بالمجتمع ،

وتذكر الأرقام أن المرضى النفسيين ليسوا أكثر إرتكابا للجرائم من الأسوياء كما هو الإنطباع السائد عند عامة الناس ، وعندما نتناول هذا الموضوع من منظور إسلامي لمسئولية المرضى النفسيين عن أفعالهم فقد اقتضى القضاء العادل في الإسلام أن يكون لكل من يثل للتقاضى قادرا على الإدلاء بحجته ، والدفاع عن نفسه ، أو فهم ما يدور في المحاكمة، ومن القواعد هنا أن أحدا لا يمكن أن يتعرض للمساءلة عن فعل شيء أو تركه إلا إذا تحققت فيه شروط التكليف ، وهى القدرة على فهم معنى التكليف ، وأن يكون المكلف عاقلا حيث أن العقل هو الركيزة الأولى للمسئولية ، أما الركيزة الثانية فهي الإرادة ، وتعني أن العقل وحده لا يكفي لقيام المسئولية الجنائية بل يتطلب انعدام المسئولية أن يكون الشخص فاقدا للإدراك أو الاختيار للفعل الذى ارتكبه ، فإن توفر الشرطان معا وهما غياب العقل والإرادة فإن المسئولية الجنائية تسقط ، ويتوجب الإعفاء من العقاب ، والمجنون هنا كما هو معلوم من الشريعة الإسلامية حكمه مثل حكم الطفل الصغير ، أو النائم ، كما ورد في حديث رسول الله (ص) : " رفع القلم عن ثلاث : عن الصبي حتى يبلغ ، والنائم حتى يستيقظ، والمجنون حتى يفيق " أخرجه أحمد وأبو داود والحاكم .

ويقصد بالمسئولية الجنائية في الشريعة الإسلامية استحقاق الإنسان الذى يرتكب فعلا عدوانيا للعقاب بعقوبة دنيوية ، سواء كانت بدنية كالعقاص والحدود ، أو بعض العقوبات التعزيرية ، أم كانت عقوبة مالية مثل الغرامة التى يؤديها من ماله ، وتعرف المسئولية الجنائية على أنها اهلية الإنسان لإيقاع العقوبات عليه إذا اعتدى على حق من حقوق الله أو من حقوق العباد ، وقد أطلق عليها بعض العلماء " التبعة على الأعمال العدوانية " ، ولا خلاف بين الفقهاء على أن هذه المسئولية لا تتحقق في حالة عدم إدراك أو فهم من يقوم بعمل ما حقيقة ما يفعل ونتائجه الضارة ، أو أنه يتوفر لديه النية أو القصد لنتائجه ، لكن الخلاف حول من يستحق الإعفاء من المسئولية كالصغير و المجنون ، والمعتوه، والمكره، أو المضطر ، وفاقد الوعي بحكم النص في آيات القرآن والاحاديث والاحكام الفقهية .

ولا يعتبر المنظور الإسلامى عبودية الإنسان لهوى نفسه-رغم إنه من العوامل التى تؤثر على الإرادة - مبررا للإعفاء من المسئولية الجنائية:

أَرَأَيْتَ مَنْ اتَّخَذَ إِلَهَهُ هَوَاهُ أَفَأَنْتَ تَكُونُ عَلَيْهِ وَكِيلًا (43) أَمْ تَحْسَبُ أَنَّ أَكْثَرَهُمْ يَسْمَعُونَ أَوْ يَعْقِلُونَ إِنْ هُمْ إِلَّا كَالْأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ سَبِيلًا (44) الفرقان

أَفَرَأَيْتَ مَنْ اتَّخَذَ إِلَهَهُ هَوَاهُ وَأَضَلَّهُ اللَّهُ عَلَى عِلْمٍ وَخَتَمَ عَلَى سَمْعِهِ وَقَلْبِهِ وَجَعَلَ عَلَى بَصَرِهِ غِشَاوَةً فَمَنْ يَهْدِيهِ مَنْ يَغْدِلُ اللَّهُ أَفَلَا تَذَكَّرُونَ (23) الجاثية

من المنظور الإسلامى فإن الإستسلام لميل النفس أو للهوى لا يبرر الإعفاء من المسئولية بحجة قوة الدافع أو الميل النفسى الذى يدفع إلى إرتكاب المخالفات.

والسبيل إلى معرفة حالة العقل هو النظر في تصرفات الإنسان الشاملة لأقواله وأفعاله ، أما معيار الإرادة فهو مقاومة الإنسان لدوافعه وخوفه من العقاب، وقبل ذلك خوفه من الله تعالى:

إِنَّ الَّذِينَ يَخْشَوْنَ رَبَّهُمْ بِالْغَيْبِ لَهُمْ مَغْفِرَةٌ وَأَجْرٌ كَبِيرٌ (12) الملك

• هناك بعض الجرائم تعتبر - من المنظور الإسلامي - موجبة للعقاب الشديد في الدنيا والآخرة ، وفي نفس الوقت يتم تصنيفها بواسطة الطب النفسي ضمن الاضطرابات النفسية ، مثل أنواع الانحرافات الجنسية كالشذوذ والممارسة غير السوية المقترنة بالعنف ، والحكم هنا بمقياس العقل والإرادة لتحديد المسؤولية الجنائية لا يتم فيه إعفاء الذين يقومون بهذه الأعمال من العقاب لإصابتهم بهذه الاضطرابات النفسية التي لا تبرر الحكم بعدم الأهلية .

• تعتبر التنشئة الاجتماعية والنفسية وسوء التربية في الصغر من العوامل التي تسبب اضطراب الشخصية والسلوك ، وهذه هي وجهة نظر علماء النفس ، لكن ذلك - من المنظور الإسلامي - لا يبرر الإعفاء من المسؤولية الجنائية التي تقوم على أساس العقل والإرادة كأساس للتكليف ولا يتم اعتبار هذه الأعذار والمبررات .

• لا يعتبر المنظور الإسلامي عبودية الإنسان لهوى نفسه - رغم إنه من العوامل التي تؤثر على الإرادة - مبرراً للإعفاء من المسؤولية الجنائية، وعلى ذلك فإن مسألة الإرادة أو الدافع الذي لا يقاوم في القوانين الوضعية الذي ذكرناه في موضع سابق حينما اتخذ معيار الإرادة والدافع الذي لا يقاوم وجود شرطى على الكف ، أو شرطى بجوار الشخص يحمل أسلحته ، فيكون من شأن ذلك منعه عن الفعل خوفاً من العقاب، ومن المنظور الإسلامي فإن الاستسلام لميل النفس أو لهوى لا يبرر الإعفاء من المسؤولية بحجة قوة الدافع أو الميل النفسى الذى يدفع إلى ارتكاب المخالفات.

• لا تعرف الشريعة الإسلامية أشباه المجانين أو أنصاف العقلاء ، فإندما الأهلية الجنائية لا يكون إلا بفقد العقل ، والإعفاء من المسؤولية يكون بفقد الإدراك والاختيار ، أما فى الدراسات القانونية والطب النفسى فإن المجرمين الشواذ يحتلون منطقة وسطى بين المسؤولية وعدمها ، ويترك ذلك - كما يقول القانونيون - مجالاً لتطبيق العقوبة والجمع بينها وبين التدبير الإحترازى ، وقد يستخدم القضاء حق تخفيف العقوبة إلى الحد الأدنى .

الحكم فى مسألة التعويض من منظور الشريعة الإسلامية على الشخص غير المميز جوازى وليس وجوبياً ، ويعنى ذلك أن يسأل المجنون عن تعويض الأضرار التي أحدثها من ماله الخاص ، وتقضى القوانين على عديم التمييز بتعويض عادل مع مراعاة مركز الخصوم ، فيكون التعويض كاملاً لو كان عديم التمييز ثرياً والمضرور فقيراً ، ويكون التعويض جزئياً أو لا يقضى أصلاً حسب حالة كل من الفاعل والمضرور ، ومن الأحكام الفقهية فى مثل هذه الحالات أن يكون المسئول عن جبر أضرار المجنون الشخص المكلف بملاحظته ورقابته ، مثل أبيه ، أو أحد أقاربه ، أو المستشفى الذى يقيم به أو من هو فى كفالته ، وقد أخذت القوانين فى البلاد العربية والدول الغربية أيضاً هذه القواعد التى أرساها الفقه الإسلامى قبل حوالى 13 قرناً من الزمان .

• حكم الجنون الذى يطرأ بعد الحكم بالإعدام على الشخص وقبل تنفيذ الحكم يوقف التنفيذ ، ومن يرتكب جريمة قتل وهو عاقل ثم يطرأ الجنون بعد ذلك فإنه فى حكم فقهاء الشافعية والحنابلة لا يسقط عنه القصاص ، وينفذ فيه حكم القصاص فى حالة جنونه سواء كان ثبوت الجريمة عليه ببينة أو إقرار ، أما الحنفية فلهم رأى آخر حيث يقولون أن الجنون إذا طرأ قبل أن يصدر حكم القضاء عليه أو بعده سقط القصاص استحساناً وانقلب دية من ماله ، أما من يجن ويفيق فيقتضى منه حالة إفاقته ، وعند مالك أيضاً ينتظر إفاقة المجنون لتنفيذ القصاص ، فإن لم يكن هناك رجاء فى إفاقته كانت عليه الدية فى ماله ، ولا يقتل وهو مجنون.

اقتضى القضاء العادل فى الإسلام أن يكون لكل من يمثل للنقاضى قادراً على الإدلاء بحجته ، والدفاع عن نفسه ، أو فهم ما يدور فى المحاكمة، ومن القواعد هنا أن أحداً لا يمكن أن يتعرض للمساءلة عن فعل شئ أو تركه إلا إذا تحققت فيه شروط التكليف ، وهى القدرة على فهم معنى التكليف ، وأن يكون المكلف عاقلاً حيث أن العقل هو الركيزة الأولى للمسؤولية ، أما الركيزة الثانية فهى الإرادة ، وتعنى أن العقل وحده لا يكفى لقيام المسؤولية الجنائية بل يتطلب انعدام المسؤولية أن يكون الشخص فاقداً للإدراك أو الاختيار للفعل الذى ارتكبه ، فإن توفر الشرطان معاً وهما غياب العقل والإرادة فإن المسؤولية الجنائية تسقط ، ويتوجب الإعفاء من العقاب ، والمجنون هنا كما هو معلوم من الشريعة الإسلامية حكمه مثل حكم الطفل الصغير ، أو النائم ، كما ورد فى حديث رسول الله (ص) : " رفع القلم عن ثلاث : عن الصبي حتى يبلغ ، والنائم حتى يستيقظ ، والمجنون حتى يفيق " أخرجه أحمد وأبو داود والحاكم .

ويقصد بالمسؤولية الجنائية فى الشريعة الإسلامية استحقاق الأتسان الذى يرتكب فعلاً عدوانياً للعقاب بعقوبة دنيوية ، سواء كانت بدنية كالقصاص والحدود ، أو بعض العقوبات التعزيرية ، أم كانت عقوبة مالية مثل الغرامة التى يؤدونها من ماله ، وتعرف المسؤولية الجنائية على أنها اهلية الإنسان لإيقاع العقوبات عليه إذا اعتدى على حق من حقوق الله أو من حقوق العباد ، وقد أطلق عليها بعض العلماء " التبعة عن الاعمال العدوانية " ، ولا خلاف بين الفقهاء على أن هذه المسؤولية لا تتحقق فى حالة عدم إدراك أو فهم من يقوم بعمل ما حقيقة ما يفعل ونتائجه الضارة ، أو أنه يتوفر لديه النية أو القصد لنتائجه ، لكن الخلاف حول من يستحق الإعفاء من المسؤولية كالصغير و المجنون ، والمعتوه ، والمكره ، أو المضطر ، وفاقد الوعي بحكم النص فى قوله تعالى: " فمن اضطر غير باغ ولا عاد فلا أثم عليه... " وقوله تعالى: " إلا من أكره وقلبه مطمئن بالإيمان " وقوله صلى الله عليه وسلم : " رفع عن أمتي الخطأ والنسيان وما استكروها عليه " وقوله صلى الله عليه وسلم " رفع القلم عن ثلاثة... " .

ولقد استقر رأى الفقهاء أن العقل والإرادة هم لأساس التكليف فى الشريعة الإسلامية ، والمسؤولية الجنائية جزء من هذا التكليف ، ولا يقع تكليف الإنسان إلا إذا كان بالغاً عاقلاً واعياً مختاراً ، وهذه الشروط متفق عليها .

كذلك فإن المقاصد العامة للشريعة لا تتحقق بعقاب من فقد العقل والإرادة ، أو من لا يفقه معنى العقاب ، وإيقاع العقاب على من فقد العقل والإرادة لا يحقق هدف زجر المعتدى ، أو زجر الناس ، لأن الزجر ثمرة لقياس الأمور وتفضيل بعضها على الآخر ، واختيار الأفضل ، ولا يتم ذلك مع غياب العقل والاختيار الحر ، أما الحد المعتبر من العقل فى التكليف فهو البلوغ الذى يضاف إلى العقل فى تقييم أى تصرف لإنسان يحتاج إلى تمييز ، والمعيار الذى حدده علماء المسلمين لمعرفة الحد المعتبر من العقل فى التكليف - ومنه المسؤولية الجنائية - هو الذى يتم به تحديد الجنون الذى يودى إلى اختلال القوة المميزة بين الأمور الحسنة والقبیحة ، والسبيل إلى معرفة حالة العقل هو النظر فى تصرفات الإنسان الشاملة لأقواله وأفعاله ، أما معيار الإرادة فهو مقاومة الإنسان لدوافعه وخوفه من العقاب، وقبل ذلك خوفه من الله تعالى .

وهنا نقدم بعض الملاحظات الهامة حول أحكام المسؤولية الجنائية والأهلية العقلية للمرضى العقليين من المنظور الإسلامى ووجهة نظر الطب النفسى والقانون لبيان بعض النقاط التى تتطلب التوضيح :

ذلك قبل إنتهاك حرمة يمكن إستدراكها أو إرتكاب المخطورات ، وهنا يجوز له الإقدام على البحث في ذلك والكشف عنه " ، ولعل ذلك يفيد في توضيح المنظور الإسلامي في هذه المسألة التي كانت ولا تزال محل جدل كما أوضحنا آنفا .

الحجر

تطلق تسمية " الحجر " على فقد الشخص أهليته لإدارة أمواله، والحجر في اللغة هو : المنع ، أى منع المريض من التصرف في أمواله وقد يكون فقدان الأهلية لعمل معين ولا يمتد إلى عمل آخر ، وإذا كان الشخص يندفع إلى تبذير أمواله على خلاف مقتضى العقل والشرع فهو سفيه ، وإذا كان يقبل من التصرفات ما يلحق به الغبن الفاحش الذى لا يدركه بسبب ضعف ملكات الإرادة والتقدير لديه فإنه غافل ، ويعين للمريض في هذه الحالة وصى يدير أمواله ، وتكون تصرفاته المالية في حكم تصرفات الصبى المميز ، فيصح منها ما كان نافعا ، ويبطل منها ما كان ضارا ، أما ما يقع بين النفع والضرر فلا ينفذ إلا إذا أجازته الولي المعين على هذا المريض .

وحكم الصبى والمجنون والسفيه والمفلس في الشرع في مذهب المالكية هو المنع من التصرف في ما زاد عن قوته ، وإذا باع أحدهم شيئا أو اشتري أو تبرع كان هذا التصرف موقوف لا ينفذ إلا بإذن الولي ، وفي حالات أخرى لا يمنع الشخص من التصرف في البيع والشراء ، وإنما يمنع من التصرف في أكثر من ثلث ماله ، وفي فقه الشافعية فالحجر شرعا منع التصرف في المال لأسباب مخصوصة .

أما التصرف في أمور أخرى فإنه جائز للسفيه والمفلس والمريض حيث يمكنهم الإقرار بما يوجب العقوبة والخلع والطلاق ، أما الصبى غير المميز والمجنون فلا يصح تصرفهما في شيء على الإطلاق ، والحجر عنه الحنابلة هو منع المالك من التصرف في ماله من قبل الشرع أو من قبل الحاكم ، وهذا يوضح إختلاف المذاهب حول حدود الحجر رغم الاتفاق والإجماع على صحة الحجر في حالة الجنون .

- حكم الإسلام في رفض المريض للعلاج والدخول الإلزامى

تتفق مبادئ وجوب العلاج في الفقه الإسلامى مع ما تقرره المواثيق الدولية والقوانين الحالية ، حيث قضت قواعد الشريعة بوجوب التطبيق والتداوى بصفة عامة ، وبالنسبة للمرضى النفسيين فإن رضاء المريض الذى يعتبر من شروط إباحة العمل الطبى ، ويخول للأطباء الحق في إخضاعه للعلاج قد يكون عائقا أمام حصول هؤلاء المرضى على حقهم في العلاج ، ولا يمكن وفقا لكل القواعد إخضاع مريض للعلاج رغما عنه ، وهنا قد يكون رفض المريض للعلاج بسبب عاهة العقل التى تعوقه عن إتخاذ القرار ، والحكم في هذه الحالة حسب رأى الفقهاء إن الطبيب عليه ان يتولى العلاج دون رضاء المريض في الحالات الضرورية العاجلة التى لا تتحمل التأخير ، وأسسوا ذلك على أن الضرورات تبيح المحظورات ، ودرء المفسد مقدم على جلب المصالح ، وتقتضى المصلحة إنقاذ حياة المريض دون الأخذ برأيه في هذه الحالة ، وإجازة عمل الطبيب في علاج المريض في هذه الحالة هي نوع من التعاون على البر والتقوى الذى أمر به الإسلام .

والإمتناع عن تقديم العلاج لمريض نفسى في حاجة عاجلة للتداوى يعتبر تركا للواجب وأكثر عبارات الفقهاء تدل على عدم وجوب التداوى والعلاج إلا إذا كانت النتائج متيقن منها في إنها ستخفف الأعراض أو تؤدى إلى الشفاء أو تمنع تفاقم المرض ، وقد اختلف العلماء في الأصل والإستثناء ، فالأصل بين الإباحة والندب ، والإستثناء هو وجوب طلب العلاج إذا كانت نتائجها يقينية ، وأضاف بعضهم إلى التيقن حالة غلبة

ونلاحظ من خلال مراجعة أحكام الجنون والأهلية العقلية في منظور الشريعة الإسلامية أن فقهاء المسلمين إكتشفوا منذ قرون طويلة حقيقة علمية هامة يمكن الإستدلال عليها في أحكامهم هي ان المرض العقلى ليس درجة واحدة بل هو درجات متفاوتة ، كما تنبهوا إلى أن حالة الجنون تتغير ، ولم يحكموا في الجنون على إطلاقه .

ويتفق ذلك مع إتجاه الطب النفسى الحديث الذى يتم فيه تصنيف الاضطرابات العقلية إلى مجموعات ودرجات مختلفة، وإذا أخذنا حكم الحجر في الإسلام كمثال على ذلك نجد أن أبو حنيفة قد سمح للصبى والمعتوه بالقيام ببعض المعاملات التى يعرفون معناها وطبيعتها ، وهو حكم دقيق من وجهة نظر الطب النفسى، فالأهلية أو الكفاءة العقلية لا ترتبط بتشخيص مرض معين بل تتعلق عادة بأعراض معينة ، وهذا مثال آخر على سبق الشريعة الإسلامية في أحكامها للقوانين الحالية والطب النفسى الحديث .

- أحكام الشريعة الإسلامية في بعض المشكلات المعاصرة

سر المريض في الفقه الإسلامى

يعتبر السر أمانة لدى من استودع حفظه التزاما بتعاليم الشريعة ، وما يقضى به من خلق المروءة وأداب المعاملة ، والسر هو ما يفضى به الإنسان إلى آخر مستكتما إياه من قبل أو من بعد ، ويشمل المعلومات والخصوصيات ، وبصفة خاصة العيوب التى يكره الإنسان أن يطلع عليها الناس ، والأصل هو حظر إفشاء السر ، وإفشائه دون مقتضى معتبر موجب للمؤاخذه شرعا ، وقد ورد في قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامى بشأن السر في المهن الطبية واجب حفظ السر على كل من يعمل في المهن التى يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل ، إذ يركن إلى هؤلاء ذو الحاجة لتقديم النصح والعون فيفضى إليهم بكل ما يساعدهم على حسن أداء مهامهم ، ومنها أسرار لا يكشفها المرء لغيرهم من الأقربين إليه .

وفي قرار مجمع الفقه الإسلامى تحت عنوان السر في المهن الطبية تم تحديد الحالات التى تستثنى من كتمان السر ، وهى الحالات التى يؤدى فيها كتمانها إلى ضرر يفوق ضرر إفشاء السر بالنسبة لصاحبه ، أو يكون إفشاء السر مصلحة ترجح على مضرة كتمانها ، وهذه الحالات على نوعين :

1- حالات يجب فيها إفشاء السر بناء على قاعدة إرتكاب أهون الضررين لتقويت أشدهما، وقاعدة تحقق المصلحة العامة التى تقضى بتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام، إذا تعين ذلك ، ومثال على ذلك :

- ما فيه درء مفسدة عن المجتمع .

- ما فيه درء مفسدة عن الفرد .

2- حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه :

- جلب مصلحة للمجتمع .

- درء مفسدة عامه .

وهذه الحالات يجب الإلتزام فيها بمقاصد الشريعة وأولوياتها من حيث حفظ الدين والنفس والعقل والنسل والمال (قرار رقم 83 / 10 د 8 من مجلس مجمع الفقه الإسلامى).

أما مسألة واجب الطبيب في التحذير والحماية فقد وجدنا في " إحياء علوم الدين " للغزالي إشارة إليها ، حيث يذكر أن التحذير من الشر مطلوب بالتلميح أولا ، فإن تتطلب الأمر التصريح فله ان يصرح به ، وضرب مثلا بذلك إذا رأى شخصا صاحب بدعة أو فسق فله أن يكشف ذلك ، والشاهد الذى يعلم مطعنا فيكون عليه ان يبينه ، ويقول " المواردى " في مبحث الحسبة في كتابه " الأحكام السلطانية " : " فإن الطبيب إذا وقف على نية شخص وعزمه على قتل آخر فعليه منعه وكفه عن

براعة الذمة ، والقول الفصل هنا هو شهادة أهل المعرفة والخبرة لأن علاقة المريض والطبيب هي علاقة تعاقدية للعلاج مقابل الأجر ، وشهادة أهل الخبرة في الطب هي المرجع والأصل عند اختلاف المتعاقدين ، وهذه هي حكم الشريعة الإسلامية في المسائل المتعلقة بعلاقة الطبيب والمريض وسوء الممارسة الطبية الذي سبق به الفقه الإسلامي كل القوانين والقواعد الحالية بقرون طويلة .

المراجع العربية

- ♦ كتب التفسير: الجامع لأحكام القرآن للقرطبي - تفسير ابن كثير - تفسير الجلالين... وغيرها من طبعات المصحف المفسر ، وكتب شرح الفاظ القرآن الكريم .
- ♦ احمد عكاشة (1984) . الطب النفس المعاصر . القاهرة - مكتبة الانجلو المصرية .
- ♦ احمد عبد الخالق (1987) . الأبعاد الأساسية للشخصية . الاسكندرية - دار المعرفة الجامعية
- ♦ حامد زهران (1978) . الصحة النفسية والعلاج النفسي . القاهرة - عالم الكتب .
- ♦ لطفي الشربيني 2001 الطب النفسي والقانون - (الطبعة الثانية) - دار النهضة - بيروت .
- ♦ لطفي الشربيني 2001 موسوعة شرح المصطلحات النفسية (باللغة العربية والإنجليزية) - دار النهضة العربية - بيروت
- ♦ لطفي الشربيني 2002 الاكتاب : الأسباب و المرض والعلاج - الطبعة الثانية - دار النهضة - بيروت
- ♦ لطفي الشربيني 2003 معجم مصطلحات الطب النفسي Dictionary of Psychiatry - مركز تعريب العلوم الصحية - جامعة الدول العربية - الكويت
- ♦ لطفي الشربيني (2004) . الاكتاب مرض العصر . الاسكندرية - منشأة المعارف .
- ♦ لطفي الشربيني (2004) الطب النفسي وهوم الناس منشأة المعارف - الاسكندرية -
- ♦ لطفي الشربيني (2005) أنت تسأل وطبيبك النفسي يجب = منشأة المعارف = الاسكندرية .
- ♦ - لطفي الشربيني (2007) الاشارات النفسية في القرآن الكريم - سلسلة مقالات صحفية منشورة وحلقات تليفزيونية مصورة
- ♦ لطفي الشربيني (2007) النوبات الكبرى - منشأة المعارف - الاسكندرية
- ♦ لطفي الشربيني (2007) الزهايمر: المرض... والمريض - دار النهضة - بيروت
- ♦ لطفي الشربيني (2007) عصر القلق: الاسباب والعلاج - منشأة المعارف - الاسكندرية
- ♦ محمد المهدي (2004) .العلاج النفسي في ضوء الاسلام . - مصر- دار الوفاء...
- ♦ محمود ابو العزائم . محمد المهدي . لطفي الشربيني (2005) . المرض النفسي بين الجن والسحر والحسد . الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية - القاهرة .
- ♦ مواقع الشبكة الدولية للمعلومات (الانترنت): مجموعة المواقع الاسلامية ، والنفسية ، ومواقع القرآن الكريم .

References

- ♦ Abusah P (1993). Multicultural influences in case management: Transcultural Psychiatry. Mental Health-in-Australia; 5 (2): 67 - 75. PA .

الظن إذا كانت احتمالات تحقيق النتائج أرجح من احتمالات عدم تحققها ، وهكذا يمكن القول بوجود التداوى في حالتى التيقن وغلبة الظن بتحقيق النتائج ، وهنا يمكن تطبيق هذه القواعد على المرضى النفسيين حيث يمكن القول بمشروعية إجبارهم على العلاج حتى لو تطلب الأمر دخول المستشفى لأن ما لم يتم الواجب إلا به فهو واجب حسب رأى الفقهاء .

وموقف الشريعة الإسلامية من هذه المسألة يجب بوضوح على نقطة كانت ولا تزال في محل جدل في الأوساط الطبية والقانونية ، وقد ورد ذكر ذلك في عرضنا للدخول الإلزامى للمرضى والعلاج الإلزامى ، فالمرضى النفسى الذى لا يوافق على العلاج وهو فى حاجة إليه حسب رأى الطبي فإن النائب عنه أو وليه يتخذ هذا القرار بدلا عنه ، فإن لم يكن له ولي فإن العلاج يتم تقديمه له أيضا دون ان يتوقف على شرط موافقته إذا تطلب الأمر ذلك .

- العلاقة بين الطبيب والمريض فى الشريعة الإسلامية

يعتبر هدف علاج المريض وشفائه هو القصد من إباحة للعمل الطبى فى الشريعة الإسلامية، وقد ذكرنا كيف إهتم الإسلام بأمر الطب والعلاج والتداوى ، ومن أصول المهنة الطبية فى الشريعة الإسلامية وجود قواعد متفق عليها وثابتة يلتزم بها الأطباء ، مع إمكانية الاجتهاد المستند إلى الخبرة والدراية ، والطبيب ملزم باتباع أصول الطب المتعارف عليها ، وقد جاء فى كتاب تبصرة الحكام أن مخالفة القاضى للقواعد تبطل حكمه، وكذلك الطبيب يبطل حكمه إذا خالف أصول الطب ، والجهل فى الطب له أحكام فى الفقه الإسلامى ، واتفق الفقهاء على أن الطبيب الجاهل ضامنا لما تسبب فى إتلافه بجهله ، وفى حديث رواه عمرو ابن شعيب عن رسول الله "ص" أنه قال : " من تطيب ولم يعلم منه طب قبل ذلك فهو ضامن " وبذلك يعيد الطبيب الذى إدعى الطب أو كان دون المستوى المطلوب محلا للمسائلة .

وحول سوء الممارسة الطبية وردت بعض الأحكام التى تناولتها بعض كتب الحسبة مثل كتاب " نهاية الرتبة فى طلب الحسبة " للشيرزى (ج 38) حيث يتناول مراقبة الأطباء ، والواجبات التى يتعين عليهم إتزامها ، وأن الأطباء و الجراحين المجبرين لا يجوز لهم الإقدام على علاج فيه مخاطره أو التعرض لما لا علم لهم به ، وينبغى أن يكون لهم مقدم من أهل صناعته يعرضون عليه فى فيمتحنهم ، ومن يجده مقصرا فى علمه يأمره بالإشتغال وقراءة العلم ، وينهاه عن المداواة ، ويقوم هذا الحكيم بمراجعة عمل الطبيب إذا مات مريض ، فإن رآه على مقتضى الحكمة بغير تقريط ولا تقصير من الطبيب قضى بفروغ أجله ، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك قال لأهله: " خذوا دية صاحبكم من الطبيب فهو الذى قتله بسوء صناعته وتفریطه " ، وهذا هو دور الرقابة الذى كان يعهد بالقيام به إلى المحتسب ، كما كان يعهد إليه بأن يأخذ على الأطباء عهد " أبقراط " ويحلفهم أن لا يعطوا أحدا دواء مضرا ، ولا يركبوا له سما ، ولا يذكروا للنساء الدواء الذى يسقط الأجنة ، وللرجال الذى يقطع النسل، ولا يفشوا الأسرار أو يتهتكوا الأسرار ولا يتعرضوا فى ما ينكر عليهم فيه.

والحالات التى يحدث فيها خلاف بين الطبيب والمريض هى موضع اهتمام فى الفقه الإسلامى، والملاحظ من نصوص الحنفية والشافعية والمالكية أن الطبيب يضمن ما سرى من مغلّة فى حالة جهل المريض بعدم مهارة الطبيب ، والخلاف فقط على حالة معرفة المريض بجهل الطبيب، فهناك من يقول انه غير ضامن، ومن يحكم بتضمن الطبيب الجاهل حتى وأن علم المريض ذلك وأذن له فى تطبيبه ، وهناك مسألة الخلاف بين الطبيب والمريض ومن يكون عليه البيئة منهما ، وتذهب بعض آراء الفقهاء إلى أن القول قول الطبيب ، ويستدل على ذلك بأن الطبيب أمين على عمله، والأمناء مصدقون فى أقوالهم ، والأصل فيهم

- Baltimore : William's and Wilkins .
- ♦ Leff JP (1973) . Culture and the differentiation of emotional states . Br J Psychiatry ; 123 : 299-306 .73.
 - ♦ Lui WT (1986) . Culture and social support . Research on Ageing ; 8 : 57 - 83 .
 - ♦ Racy J (1970). Psychiatry in the Arab East. Acta Psychiatrica Scand (Suppl); 112.
 - ♦ samples . Soc Psychaitry , Psychiatric Epidemiology ; 29 : 31-9.
 - ♦ Vicent B et al(1993).Attitudes of professional health workers to psychiatry.International J Soc Psychiatry ; 39 (2) : 131-41 .
 - ♦ Weissman MM (1978) . Psychiatric disorders in a U.S . urban community . Am J Psychiatry ; 135: 546-62 .
 - ♦ Wig NN et al(1980) . Community reactions to mental disorders : A key important study in three developing countries . Acta Psychiatrica Scand ; 16: 111-26.
 - ♦ Wikan U (1980). Life among the poor in Cairo . London : Tavistick Publications .
 - ♦ WHO (1992).International classification of diseases (ICD - 10) . Geneva : WHO.
 - ♦ Angel R , Thoits P (1986) . The impact of culture on Cognitive Structure of illness . Cult Med Psychiatry ; 11 :465-94.
 - ♦ Bath A , Tomenson B , Benjamin S (1989) . Transcultural pattern of somatization in primary care . J Psychosomatic Research ; 32 : 137-144 .
 - ♦ Daniels CS (1986) . Generation changes in conception of mental illness . Cross-cultural Psychology ; 17 : 493-505 .
 - ♦ Draguns J (1986) . Culture and psychopathology : What is known about their relationship ? Aust . J Psychol ; 38 :329-38 .
 - ♦ Eisenberg L (1977) . Disease and illness : distinctions between professional and popular ideas of sickness . Culture , Medicine and Psychiatry ; 11 : 465-94 .
 - ♦ Goldberg DP (1970).Psychiatric illness in general practice . Br Med J ; 2: 439-43 .
 - ♦ Guthrie GM (1973) . Culture and mental disorder : Module in anthropology . New York : Addison - Wesley .
 - ♦ Harding et al (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four Psychiatry .

أجمل التهاني بعيد الأضحى المبارك 1429 / 2008

يشرفني و كافة أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية أن أقدم إليكم بأخلص التهاني بعيد الأضحى المبارك سائلين الله أن يعيده علينا بالخير و اليمن و البركة و أن يشرح صدورنا لما فيه رفعة الإسلام و المسلمين و أن يهدينا و يوفقنا لما فيه خير الإنسان و صلاحه.

يأتي احتفال الأسرة العربية النفسية هذا العام و في القلب لوعة و الحلق غصة، بفقدنا ثلاثة من أبرز وجوه الإختصاص الواعدين: د. دعاء حبيب، د. دينا شاكر، د. ماري عزار. اختطفتهم يد المنون من بيننا اثر حادث مروع في طريق عودتهم من المشاركة بورشة عمل في لبنان حول "اضطراب فرط النشاط و عوز الانتباه"، بقلوب خاشعة و نفوس صابرة مؤمنة نتقبل قضاء الله و ندعوه سبحانه و تعالي أن يتغمدهم برحمته الواسعة و يتقبلهم شهداء العلم و المعرفة وأن يسبغ فيض رحمته على البروفيسورة أميرة سيف الدين و يعجل شفائها و يتقبل دعائنا لها إنه نعم المولى و نعم النصير .

إننا بكم نرقى و معكم نسير درب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دتم و دام عزكم و عطاؤكم .

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر مودتي وتقديري واحترامي.

مرييس الشبكة

2008/12/06

الفحص الطبى النفسانى القضائى أو الشرعى

أحمد فضل الفانى؛ الطب النفسى - جدة؛ السعودية

shareef-clinic@maktoob.com - hisham4819@hotmail.com

مدخل: الهدف من الفحص النفسانى الشرعى أو القضائى هو تقييم حالة الشخص العقلية لدواعى فقهية شرعية أو قضايا قانونية ، وأهم هذه الدواعى:

- تقييم مدى أهلية الشخص لتحمل الواجبات الدينية الشرعية من حيث العقيدة والعبادات، ومن حيث السلوك الشخصى، والمعاملات بينه وبين الآخرين وخاصة فيما يتعلق الأحوال الشخصية، وهذا يسمى الفحص النفسانى الشرعى.

- تقييم مدى مسؤولية الشخص في تصرفاته تجاه الشرع أو القانون الوضعى المدنى أو الجنائى، عندما يتصرف بشكل مخالف للقانون أو للشرع، أي التصرف غير القانونى أو غير الشرعى سواء بشكل يهدد صحته أو حياته، أو يشكل خطراً على صحته أو ممتلكات أو حياة الآخرين إن كان لديه اضطراباً عقلياً يؤدي إلى نقص في إدراكه، أو إلى عدم فهم لما يحيط به، أو بسبب اضطراب في تكوين شخصيته، وهذا هو الفحص النفسانى القضائى أو القانونى.

وأيضاً من مقاصد الفحص النفسانى في هذا المجال أن يساعد الطبيب النفسانى سلطات السجن في تصنيف السجناء وتوزيعهم إلى مجموعات متجانسة، وفق حالتهم العقلية ودوافعهم الإجرامية، وتحديد الأسلوب المناسب في معاملتهم في السجن، وفي إعادة تأهيلهم فيه، وذلك بعد قيام الطبيب بدراسة حالتهم النفسية ومشكلاتهم الفردية والاجتماعية، ودراسة وضعهم الجماعى في السجن من الناحية النفسية.

من المعروف أن السجن عادة يئبه أو يرسب أو يطور أو يزيد من حدة الاضطراب النفسانى إن كان موجوداً لدى السجن، ويقلل من إمكانية تلقي أو متابعة المعالجة النفسية الكاملة، ويوقف إعادة التأهيل اللازم لحالته المرضية، وعليه فإنه من الضروري أن يكون هناك إشراف طبي نفسانى للمرضى النفسانيين من السجناء.

فإن تطلبت حالة المريض النفسانى نقله من السجن العام إلى مستشفى السجن، أو إلى سجن المستشفى العام فإن تحويله هذا يتم بناءً على توصية من الطبي النفسانى القانونى أو القضائى:

- أ- الفحص الطبى النفسانى القضائى في فترات أو ظروف قضائية معينة.
- ب- الفحص الطبى النفسانى القضائى بغرض إدلاء الطبيب بشهادة طبية شفهية أو كتابية أمام المحكمة
- ت- الفحص النفسانى الشرعى لتقييم الأهلية أو الكفاءة العقلية

من حيث المبدأ عندما يكلف الطبيب النفسانى بتقدير الحالة العقلية لشخص ما، فغن المطلوب منه هو إجراء فحص طبي سريري شامل لحالة المريض من حيث وجود الأعراض، وتسلسل ظهورها، وتمييز بعضها عن البعض الآخر، وتقدير شدة كل عرض ودرجة أهميته في الصورة السريرية، وأخيراً شدة الحالة النفسية ككل وسيرتها، ومآلها، والتاريخ المرضي للشخص ولأسرته.

بعد هذا الفحص الشامل يجري الطبيب محاكمة سريرية لوضع تشخيص تفريقي للحالة، هذه المحاكمة الطبية السريرية ستنير للقاضي الطريق في تقدير الجانب الطبي من القضية، ويستطيع الطبيب الوصول إلى عناصر هذه المحاكمة السريرية بسهولة عند إتباعه الخطوات الواردة في فحص المريض النفسانى الشرعى أو القضائى حسب نوع الفحص المطلوب واستكمالها عناصر المحاكمة السريرية.

أن يكشف هذا الفحص بعض الأمور التي قد تعود عليه بآثار سلبية، لذا فقد يسعى للتخفيف أو الإنكار ما يعانیه خشية الحجر عليه إن كان الفحص لتحديد أهليته الشرعية، في حين يحاول في الفحص القضائى أن يضخم ما يعانیه نفسياً أملاً في تخفيف العقوبة عليه.

كما يضطرب موقف الشخص من الطبيب إن لم يكن إجراء المعاينة برغبة الشخص وإرادته، وكان مرغماً على مقابلة الطبيب، ففي هذه الحالة يضطرب موقفه من الطبيب وقد لا يتجاوب معه ويتخذ موقفاً سلبياً منه، وينكر أي شكوى لديه، أو حتى يرفض أي إجابة عن أسئلة الطبيب.

خطوات الفحص النفسانى الشرعى أو القضائى:

أ- المدخل إلى المعاينة السريرية

عند مقابلة الطبيب الأول يكون لدى الشخص غالباً مشاعر متعددة تجاه الطبيب وتجاه المعاينة تصل أحياناً إلى حد التناقض، فهو يشعر في قرارة نفسه بحاجته إلى الطبيب ليخلصه من المأزق الشرعى أو القضائى الذي هو فيه بأسلوب طبي فعال، وأن الطبيب هو الشخص المؤهل لذلك، وأن لديه القدرة على مساعدته، وفي الوقت نفسه يكون حذراً وخائفاً من

4- الفترة التي تلي وقوع السلوك الإجرامي، لتحديد تفاعل الشخص نحو هذا السلوك الذي أقدم عليه، ومعرفة حالته العقلية في هذه الفترة لإثبات أهليته لإجراء التحقيق معه مبدئياً (قبل التحقيق)

5- الفترات الزمنية التالية أثناء سير التحقيق، والمحاكمة، وإصدار الحكم، وأثناء تنفيذه.

فالفحص القضائي النفسي يكون:

- عند سير التحقيق لإثبات أهلية المتهم للتحقيق
- عند المرافقة أمام المحكمة ودفع التهم عنه
- قبل إصدار الحكم مباشرة، لإثبات أهلية المتهم لسماع الحكم وتنفيذه
- أثناء تنفيذ الحكم عن كان الحكم بالسجن ونحوه وهو فحص دوري متكرر

لدقة فحص الحالة العقلية في هذه الفترات الزمنية والظروف يمكن الرجوع إلى أسلوب " فحص الحالة العقلية في فترة زمنية منتخبة"

عند فحص المتهم المصاب باضطراب عقلي في أي فترة من هذه الفترات الزمنية التي يطلب فيها تحديد مسؤوليته الجنائية عن سلوكه خلال هذه الفترة ، ويسعى الطبيب بشكل خاص إلى استقصاء وجود الأعراض الذهانية ووصفها والتي أهمها:

- الأعراض الفكرية والضلالات، أو الهلوس، أو الأعراض الذهانية الأخرى، مع تحديد نوعها وشدتها .
- أي عرض من أعراض اضطرابات الإدراك، أو المزاج.
- أي اضطراب في الوعي، ودرجته
- أي نوع من أنواع السلوك لمضطرب غير المألوف

ويتحرى أيضا في " تاريخ المتهم المرضي السابق " وجود ضلالات، أو هلاوس ، أو أعراض ذهانية أخرى، ويحدد نوعيتها، ومحتواها، فإن كانت موجودة يستقصي متى ظهرت، ومتى انتهت، وهل ينطبق محتوى هذه الأعراض مع محتوى ما ظهر من أعراض في " الفترة الزمنية المنتخبة" قبل وقوع السلوك الإجرامي أو أثناءه.

ج - خطوات الفحص النفسي لأغراض قضائية

عندما يكلف الطبيب النفسي بتقييم المسؤولية الجنائية لمتهم فإنه يتبع الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: يراجع الطبيب " ملف القضية " وما فيه من تقارير الشرطة ، ومحاضر تحقيق، وأقوال شهود، وتقارير طبية سابقة، لأخذ فكرة مفصلة عن طريقة تفكير المتهم، ومساعدته في كتابة تقرير متكامل عن الحالة، وكما لا يكون هناك تعارض في التقرير مع أقوال الشهود، أو مع التحقيق الذي جرى من قبل.

فإن لم يعثر الطبيب في الملف على الوثائق والمعلومات السابقة، أو لم تكن بالشكل الكافي فإن عليه أن يطالب القاضي بها أو بالمعلومات المكملة له، مثل: تقرير الطبيب الشرعي عن تشريح الجثة إن كان الفعل جريمة قتل.

الخطوة الثانية: استقصاء وجود " سوابق من السلوك الإجرامي " من أي نوع لدى المتهم، وذلك بالاستعانة بأي مصدر موثوق أو رسمي يستطيع أن يمدد بذلك.

الخطوة الثالثة: دراسة " التاريخ المرضي للمتهم"، وخاصة تاريخه المرضي النفسي السابق قبل وقوع السلوك الإجرامي، وذلك بالاستعانة بأحد المقربين من المتهم أو بالاطلاع على سجله الطبي.

وقد تشد هذه المشاعر المتناقضة أحيانا، وتبدو مشاعر الشخص غير عادية، أو قد تبدو للوهلة الأولى أنها انفعالات مرضية، أو تصرفات غير طبيعية، كان يصبح الشخص مرتبكا متوترا لدرجة قد تصدر منه تصرفات مبالغ بها نحو الطبيب.

الطبيب عادة يدرك هذه المشاعر والأفكار من مريضه، ومنتبها لها من بداية المعاينة، ويحاول استيعابها بخبرته وحكمته، فيهدأ من روع الشخص ويخفف عنه التوتر، ويزرع في قلبه الثقة والطمأنينة، فغن لم تجدي هذه المحاولات، وكان لدى الشخص صعوبات تمنع إتمام المعاينة فإن الطبيب يقيم الحالة وفق " الأسلوب الخاص لفحص الحالات غير العادية".

الصعوبات التي قد يواجهها الطبيب أثناء المعاينة وتحتاج حالاتها إلى أسلوب خاص من الفحص هي:

- الاضطرابات اللغوية الشديدة أهمها:
- اضطراب حدة الصوت: ارتفاعه أو انخفاضه غير الطبيعي
- اضطراب محتوى الكلام، مثل: قلة معاني الكلام، أو الكلام المحدود الكمية، والتفكير الخيالي، أو الكلام غير الاجتماع
- اضطراب تشكل الكلام، مثل: عدم ترابط تركيب الكلام " هذيان الكلام"، أو عدم ترابط معاني الكلام، أو خلط الكلام (تطاير الأفكار)، أو الجواب التقريبي، أو الكلام المستحدث.
- التهرب من الإجابة، أو الأجوبة المضللة...الخ
- اختلال القدرات المعرفية أهمها:
- النساوة
- تخليط الوعي
- التخلف العقلي المتوسط أو الشديد
- اضطراب التوجه في الزمان والمكان والأشخاص... الخ
- اضطراب سلوكية شديدة أهمها:
- الاضطرابات الكلام خارج الهرمية
- الهياج أو الحركات العدوانية
- اضطرابات تقارقية انفصالية شديدة
- معاقرة المواد الفعالة نفسيا وعصبيا
- اضطرابات التكيف الشديدة نتيجة لمواجهة صدمة عنيفة، أو أزمة شديدة، أو التعرض لحادث مؤلم

أمام هذه الصعوبات التي تمنع من إتمام المعاينة السريرية يسعى الطبيب لأن يستخرج ما يمكنه من أعراض لدى المريض ثم يحوله إلى المستشفى ويضعه تحت المراقبة وحلال ذلك يستكمل المعاينة السريرية على مراحل، ويسعى لمقابلة أحد المقربين للمريض ليحصل على معلومات عن بداية وسيرة الحالة المرضية وتطورها والتاريخ المرضي لأسرة الشخص أو يستعين بسجل الشخص الطبي.

ب- الفترات أو الظروف التي يتم فيها الفحص الطبي النفسي القضائي

- 4- الوقت الراهن: وهو فحص الحالة العقلية الراهنة للشخص
- 5- الفترة التي سبقت السلوك الإجرامي، لتقييم وجود مرض نفسي لدى المتهم، وشدته، ونوعيته في هذه الفترة
- 6- الفترة التي وقع خلالها السلوك الإجرامي، لتحديد مسؤولية المتهم عن السلوك الجنائي، وأهليته في هذه الفترة.

إن دلت تفاصيل الحادث ومجرباته أنه كان هناك تخطيطاً مسبقاً وإجراءات تحضير للقيام بالسلوك الإجرامي قبل وقوعه فإن هذا يدل على:

1- وجود الإدراك مع العلم، أي تفهم معنى العمل المراد القيام به، فإن كان علمه بماديات العمل يقينياً يكون " قصده مباشر " وإن كان علمه توقعياً يكون " قصده احتمالياً ".

2- وجود الإرادة في القيام بالسلوك الإجرامي

فوجود الإدراك مع الإرادة لدى الشخص يدل على " قصد جنائي " ، فإن كان الإدراك والإرادة موجودين بقوة واحدة، فهذا يدل على وجود " العمد في القصد الجنائي " الذي ينتج عنه " المسؤولية الإجرامية العمدية "، كما يدل على عدم احتمال وجود أثر للمرض العقلي لديه في هذا السلوك الإجرامي، مع الأخذ في الاعتبار أن المريض العقلي قد يكون باستطاعته أن يخطط للجريمة ويحضر لها وبكن مع عدم قدرته على إدراك أم ما يفعله هو خطأ، لأنه كان تحت تأثير ضلالات وهلاوس مرضية.

أما إن لم يكن أحد عنصري المسؤولية الجنائية العمدية (الإدراك أو الإرادة) موجوداً بل كان الإدراك فقط موجود بدون الإرادة، أو كانا موجودين معاً ولكنهما ليسا متوافقين بقوة واحدة، كأن يكون الإدراك أقل من الإرادة كما هو في حالة الغضب الشديد، أو تكون الإرادة أقل من الإدراك كما في الحالات التفارقية، فإن هذا يعطي السلوك الإجرامي صفة " الخطأ " أي أن الجاني عندما تصرف على ذلك النحو لم يتوقع النتيجة التي حصلت، لذا ينتج عن هذا الخطأ " المسؤولية الخطئية ".

3- تحري بعض الدلائل عن قدرة المتهم على تمييز الصحيح من الخطأ، أو تمييز الخير من الشر أثناء قيامه بالسلوك الإجرامي، كأن يفقد ذاكرته أو تختلط عليه الأمور فلا يستطيع تفصيل الخبرات والذكريات السابقة مع الأمور الحاضرة في التبصر بأفعاله، وتمييز الخطأ من الصواب فيها، فالمصاب بالعتة سواء العتة الشخي، أو العتة الكحولية فإنه غير مسؤول عن ما يقوم به لأنه يجهل طبيعة عمله أنه خطأ، وإن كان يعرف أنه خطأ فلا يستطيع أن يقدر مدى هذا الخطأ أو مقداره، كذلك المدهوش فإن الأمور تختلط عليه ولا يستطيع أن يعرف أن ما قام به هو خطأ أو لا يقدر مدى خطأه.

وهنا يتحرى الطبيب الدلائل على قدرة المتهم على تمييز الصحيح من الخطأ، والخير من الشر، وسلوك المتهم قبل الفعل المتهم به، وأثناءه وبعده، وأيضا من تتبع تسلسل أحداث العمل الإجرامي، ومن تحليل الشخص المتهم نفسه لدوافع القيام بهذا السلوك، وأهم هذه الدلائل:

- محاولات المتهم تفادي اكتشاف جريمته، مثل: ارتداء القفازات والقناع لإخفاء شخصيته، أو الانتظار حتى الظلام للقيام بها بعيداً عن أنظار الناس، أو أخذ الضحية إلى مكان خال والتأكد من عدم وجود شهود عيه، أو تزوير الوثائق، .. الخ

- محاولات التخلص من الأدلة: مثل مسح بصمات الأصابع، أو غسل بقع الدم، أو إخفاء السلام المستخدم في الجريمة، أو دفن أو إخفاء الجثة في جرائم القتل، أو حرق أدلة ومستندات ... الخ

- محاولات تفادي إلقاء القبض عليه مثل الهروب أو الاختفاء، أو تغيير الملامح .. الخ.

- اعتراف المتهم وتعبيره عن شعوره بالخطأ في ارتكابه ذلك السلوك الإجرامي، وقد يبلغ الشرطة بنفسه تعبيراً عن شعوره بالذنب، وعن عذاب الضمير (ولكن هذا لا يعني أنه كان على معرفة بخطأ عمله أثناء حدوث الجريمة).

في تقدير الشخص للخطأ والصواب لا بد من التفريق بين تقديره "

الخطوة الرابعة: إجراء مقابلة سريرية شاملة ودقيقة مع المتهم وفيها:

- تقييم حالة المتهم العقلية الراهنة وقت إجراء المعاينة السريرية، وذلك باستخراج الأعراض النفسانية التي يعاني منها الشخص ووضع تعريف لكل منها، وتحديد شدته، ودرجة تأثيره على الصورة السريرية للحالة، مع تحديد بداية ظهور العرض لتفريق الحالة المرضية الراهنة عما كان قبلها، وتأثير الأعراض مجمعة على فعاليات الشخص اليومية ونشاطاته الاجتماعية، وأخيراً تقييم الحالة العقلية الراهنة الظاهرة للطبيب أثناء معاينة الشخص ومحتوى وسياق كلامه ومشاعره التي تبدو للطبيب أثناء المعاينة.

- إجراء تقييم للحالة العقلية في " الفترات الزمنية المنتخبة " : وذلك بتقييم وجود لراض لدى المتهم وسلوكه قبل حدوث السلوك الإجرامي وأثناءه وبعده مباشرة

التعرف على صفات المتهم الشخصية، فالشخصية الزوررية، أو الشخصية المعادية للمجتمع مثلاً هما أكثر عرضة من غيرهما في الوقوع بمواجهة مع القانون، الشرع، ويمكن عند الحاجة إجراء مرواز اختبار الشخصية أو اختبار الذكاء للمتهم.

- دراسة الظروف النفسية، والاجتماعية، والبيئية المحيطة بالمتهم: التعرف على الدوافع النفسية والاجتماعية العتي كانت وراء ارتكاب السلوك الإجرامي المتهم به.

- دراسة النواحي الثقافية، والمهنية، والزوجية للمتهم.

وفي نهاية المعاينة: يجري الطبيب فحصاً سريرياً عصبياً وعملاً للمتهم.

الخطوة الخامسة: وضع التشخيص الولي للحالة، والذي يشتمل على تاريخ بداية ظهور أعراض الحالة المرضية لديه وتطورها، وطبيعتها العصبائية (قلق، اكتئاب، وسواس، تفارقية) أو الذهانية سواء كانت وظيفية أو عضوية. مثلاً: عند تشخيص حالة شخص أن لديه نسيان، وأن هذا النسيان مرضي، يذكر إن كان هذا النسيان وظيفي أم عضوي، وإن كان وظيفياً: هل هو عتة كاذب، أو حالة من حالات الشرود التفارقي، أو النساوة التفارقية، وإن كان النسيان المرضي عضوياً، أي يختل بسببه إدراك والإرادة، وهما العنصران المهمان لتحمل المسؤولية والأهلية، فعلى الطبيب أن يوضح أن هذه النساوة العضوية هي: عتة (خرف) ناتج عن تلف دائم في الدماغ أو أنه تلف متطور، أم أ، النساوة العضوية لديه هي نساوة مؤقتة ناتجة عن نوبات صرعية عندما يكون المريض في المرحلة ما بعد النوبة وقبل الإفاقة التامة حيث يكون لديه نسيان شديد مع تصرفات لا إرادية مع الأخذ بعين الاعتبار أن حالة النسيان المرضي ليست هي حالة النسيان التي تصيب البعض مباشرة بعد قيامه بسلوك إجرامي فطبع لأن هول الحادث والخوف من العقاب قد يصيب المتهم بحالة من النسيان المرضي النفساني المؤقت.

الخطوة السادسة: هي مرحلة تحليل السلوك الإجرامي الذي قام به المتهم، والظروف المحيطة به، وتصرفاته في ذلك الوقت.

وذلك بملاحظة العوامل التالية:

1- وجود أعراض الاضطراب العقلي لديه أثناء وقوع السلوك الإجرامي، ووجودها قبله وبعده مباشرة

2- التركيز على نتائج فحص وتقييم حالة الوظائف العقلية العليا للشخص، وخاصة الإدراك، والذاكرة والإرادة والتمييز والمحاكمة والاختيار والبصيرة قبل، وأثناء، وبعد وقوع السلوك الإجرامي، وذلك بتحري تفاصيل الحادث كما وقع وتحليلها مع المتهم نفسه، ثم استقصاء تسلسل مجريات الحادثة من شهود، وتقارير الشرطة الخ... والاستيضاح عن كل خطوة قام بها.

نعود للمثال الأول الذي كان لدى المتهم اعتقاد أنه مهدد بالقتل من شخص معين، فبادر هو بالقتل تفاديا لما كان يمكن أن يحصل له، فالطبيب يتحرى إن كان باستطاعة المتهم تفادي هذا التهديد بالقتل بإخبار الشرطة مثلا أو أي جهة رسمية لتولي حمايته، هذه الخطوة متوقعة من أي شخص، فإن تبين أن ذلك القاتل لم يقم بذلك الإجراء فهل يعتبر مسؤولا عن جريمته؟ هناك عدة عوامل لا بد من استقصائها عن سبب عدم تفادي الجريمة التي ارتكبها بسلوك أقل خطورة مثل إبلاغه الشرطة، فإن تبين مثلا أنه قام بإخبار الشرطة أو غيرهم، ولكنهم لم يعيروه انتباههم، وكان لا بد من حماية نفسه بقتل ذلك الشخص الذي يهدده، في هذه الحالة هو غير مسؤول عن جريمته بسبب مرضه العقلي الذي دفعه لذلك.

تحرى قدرة الشخص على التراجع عن قيامه بالعمل الإجرامي: وهنا يلاحظ الفرق بين القدرة على التراجع والقدرة على الانتظار وتأجيل قيامه بالعمل الإجرامي، فإن كان لدى الشخص القدرة على التراجع فإنه يعتبر مسؤولا مسؤولية جنائية، وعليه فإن كانت أحداث القضية تشير إلى أن المتهم استطاع أن ينتظر فترة من الزمن طالعت أم قصرت حتى يحين الوقت الأكثر ملائمة لتحقيق العمل الإجرامي فإن انتظاره هذا يعني غالبا أنه قادر على التراجع لو أراد فهو بذلك يتحمل المسؤولية الجنائية.

5- تحري ما تناوله المتهم من شراب في وقت وقوع الحادث، إن كان مسكرا أو مخدرا، أو حتى شرب القهوة والشاي، والاستقصاء عن حالة نومه وصحوه في وقت وقوع الحادث

من يتناول أي مسكر أو مخدر بملئ إرادته، ثم يقوم بعمل ما فهو مسؤول عن ذلك العمل سواء كان بوعيه أو لا، حتى ولو حصل لديه حالة هذيان ارتعاشي كحولي، ولكن إن لم يكن تعاطيه بإرادته أو كانت المادة المخدرة مدسوسة على المتهم وتناولها بدون علمه، عندئذ لا يكون ذلك الشخص مسؤولا عن أي عمل مخالف يقوم به تحت تأثير المخدر.

إن استكمال المعلومات التفصيلية هذه وعرضها بوضوح وبتنسيق متكامل مع تقييم صريح لجدوى المعاينة السريرية يساعد القاضي في اتخاذ حكمه على المتهم.

ب- الفحص الطبي الشرعي بغرض الإدلاء بشهادة طبية
قد يدعى الطبيب أمام المحاكم للإدلاء بشهادته الطبية شفها أو كتابيا عن شخص مصاب باضطراب عقلي له قضية ما أمام المحكمة، وفي هذه الحالة: على الطبيب أن يطلع أولا على ملفات القضية، ما تشتمل عليه من محاضر التحقيق وأقوال الشهود وتقارير سابقة، دون أن يعتمد ما يعرفه عن المريض سابقا، ثم يفحص الشخص في غرفة خاصة بعيدا عن قاعة المحكمة.

- 1- في حالة الإدلاء بالشهادة شفويا أمام المحكمة يجب على الطبيب:
 - أن يحضر معه كل ما يخص القضية، ويفضل الأسئلة المتوقعة أن يسألها من قبل المحكمة مسبقا ويحضر أجوبته عليها في نفسه، وليس من الصواب الرد على الأسئلة التي توجهها له المحكمة ارتجاليا.
 - الإصغاء باهتمام لكل ما يسأل عنه من قبل أعضاء المحكمة، والإجابة على أسئلتهم ضمن حدود السؤال فقط، وبأسلوب بسيط خال من المصطلحات الفنية الصعبة أو المحيرة.
 - أن لا يدخل في مناقشات مع محامي الدفاع
 - إذا واجه الطبيب سؤالاً مبهماً من النيابة العامة أو من محامي الدفاع فعليه أن يطلب الإيضاح أكثر، أما إذا وجه إليه سؤال وأجبر على إجابته بنعم أو لا، فغن له أن يتنظم للقاضي أو لا يجيب.
 - للطبيب أن يجيب بلا أعلم في الأمور التي لم يستطيع التعرف عليها بشكل كامل عن القضية، أو عن حالة الشخص الطبية النفسانية.

للخطأ القانوني" وما يتبعه من عقاب وجزاء، وبين تقديره " للخطأ الأخلاقي" وما يتبعه من ندم وعتاب.

ويستطيع الطبيب أن يستنتج أيضا تقدير المتهم لنوعية الخطأ من مجريات الأحداث التي تمت تمهيدا للقيام بالعمل الإجرامي وأثناءه، وأيضا من تعليل المتهم نفسه للعمل الذي قام به بعد انتهاءه منه.

وإن عدم إدراك المتهم " للخطأ القانوني" يكون باستغرابه من إلقاء القبض عليه، لأنه لم يدرك أن هذا العمل مخالف للقانون، ولم يدرك عقوبته فلم يهرب، ففي هذه الحالة إن ثبت أن هذا المتهم أثناء ارتكابه للسلوك الإجرامي كان مريضا عقليا فإنه يكون خالي من المسؤولية الجنائية.

وإن عدم إدراك المتهم " للخطأ الأخلاقي" من فعلته يجعله يهرب وعند القبض عليه يصرح أنه قام بفعلته هذه أداءا لواجب عليه أو لمصلحة المجتمع.. الخ، فإن ثبت وجود مرض عقلي لديه أثناء ارتكابه السلوك الإجرامي، وإن فعلته هذه ذا علاقة بمحتوى أعراضه، وأنه قام بفعلته هذه أداءا للواجب عليه أو في سبيل الخير الذي تملبه عليه أعراضه المرضية، فإنه يكون خالي المسؤولية الأخلاقية، أما إذا لم يثبت أنه كان مريضا عقليا، أو أنه كان مريضا عقليا ولكن لا علاقة لمحتوى أعراضه بأهداف سلوكه الجنائي فإنه يكون مسؤولا مسؤولية كاملة جنائية وأخلاقية.

4- تقييم قوة الدافع القهري إلى القيام بهذا السلوك، وتقييم القدرة على هذا الدافع: يتم هذا التقييم بتحري قوة الدافع والقدرة على مقاومته من:

- المتهم نفسه
- من الإجراءات التي اتخذها المتهم أثناء سلوكه الإجرامي من دلائل عن استطاعة المتهم التراجع وضبط النفس عند القيام بهذا السلوك
- هدف أو غاية الدافع القهري للسلوك الإجرامي وسببه: فقد يكون القصد من الدافع القهري قتل شخص معين، أو يكون القصد إصابة شخص معين فيصيب عددا من الأشخاص حوله ليسوا هم المقصودين، وفي هذه الحالة قد يصاب الشخص المقصود أو لا، أو يكون القصد إصابة هدف مادي ليس القتل ولكن لتحقيقه أدى إلى قتل شخص كالسارق أثناء سرقة اعترضه شخص فاضطر لقتله لإتمام سرقة والهروب، وقد يكون القصد صيدا ولكن الرصاصة أطلقت خطأ فأصاب شخصاً وقتلته.

- تحري علاقة الدافع وسببه مع طبيعة السلوك الإجرامي، فإن كان الدافع ناتج عن المرض العقلي من اعتقاد ضلالي مثلا بأن المجني عليه سوف يقتل المتهم، لذا فالمتهم سبق المجني عليه وقتله ليتفادى ما كان سيفعل عليه فهذا يبعده عن المسؤولية الجنائية، أما إن كان الدافع صادر عن أسباب أخرى مثل اعتقاد بأن المجني عليه يكرهه ولا يطيق النظر إليه، فأقدم على قتله، فإنه يتحمل المسؤولية الجنائية بغض النظر عن شدة مرضه العقلي لأن الدافع لا يتعلق بمرضه العقلي ولا يستوجب القتل، وقد يكون سبب الدافع القهري الغضب نتيجة الغيرة والحمية، مثلا: مريض بالفصام جاء بيته يوما وهو سكران، ورأى زوجته مع رجل، وفي خلال دقائق قتل زوجته والرجل معها، فهل هذا المتهم مدفوع بدافع قهري بسبب مرضه العقلي أم لكونه سكران، أم أن الدافع القهري كان بسبب الغضب الذي حل به نتيجة الغيرة والحمية؟

فلا بد للطبيب أن يتحرى احتمالات سبب الدافع القهري أثناء فحصه وهدف أو قصد هذا الدافع.

- تحري استطاعة المتهم المصاب باضطراب عقلي تفادي الجريمة التي ارتكبها بسلوك أقل خطورة.

- يسعى أن لا يكون في تقريره أو إفادته تناقضا يضع المحكمة في وضع محرج أو محير

2- في حالة الإدلاء بالشهادة كتابيا: يشترط في كتابة الشهادة:

- أن تكون مؤرخة، ومسجل فيها إسم الطبيب، واسم الشخص المعني بالشهادة، محل إقامة كل منهما، واسم المحكمة المقدم لها الشهادة، ثم تاريخ الفحص الطبي النفسي القضائي الذي أجري للشخص.

- أن تلتزم الشهادة بالواقعية، وغير مبالغ في تفاصيلها، وأن تكون خالية من التحيز.

أن تكون الاستنتاجات في الشهادة الكتابية موثقة بدلائل واضحة من أقوال الشخص أو من أحداث القضية، ودون الدخول في تحاليل نفسية، أو إعطاء مبررات لوقائع القضية، فتعاطف الطبيب مع الشخص بأي شكل هو أمر خطير، وقد يضر الشخص نفسه أكثر مما ينفعه.

- أن لا يلتزم الطبيب في تشخيصه بزمرة تشخيصية معينة كالقصور، أو بمرض محدد كمرض ألزهايمر، لذا عند وضع التشخيص في التقرير الطبي أو في الشهادة الشفوية أو المكتوبة أمام المحكمة فإن على الطبيب أن يفرق بين المرض أو الزمرة المرضية التي يندرج تحتها هذا الاضطراب، وبين أعراض هذا الاضطراب التي تصدر عنها تصرفات الشخص لأن هذا هو ما يهم المحكمة.

- عدم الخلط في الشهادة بين المصطلحات القانونية من جنون، أو عته ... الخ. وبين أسماء الأمراض في التشخيص الطبي النفسي الحديث كالقصور، والهوس، والاكتئاب، بل على الطبيب أن يضع وصفا للأعراض يكون واقعيًا وواضحًا، يحدد فيه شدتها، وتسلسل ظهورها وعلاقة بعضها ببعض، مع ذكر الأعراض غير الموجودة عند المتهم والتي قد يساعد عدم وجودها على وضع تصور أكثر وضوحًا للحالة المرضية.

د- خطوات الفحص الطبي النفسي لتقييم الأهلية أو الكفاءة العقلية

يجر على الشخص عندما يفقد أهليته، أو كفاءته العقلية، أو تضعف وظائفه العقلية من إدراك أو إرادة أو ذاكرة أو محاكمة، والتي يحتاج إليها لاتخاذ قرارات مقبولة في تصرف ماله أو شؤون حياته.

إن الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية يربطون الأهلية بأمراض ذات مسميات محددة، مثل: الجنون والعتة والسفه والغفلة ... الخ، أما أهلية العقوبة فإنهم يربطونها بعوارض مرضية أدت إلى القيام بالسلوك الإجرامي، ومنها اختلال الوعي، والإدراك، والإرادة، والاختيار، ثم تترك تقدير شدة الحالة للقاضي.

أما الطب النفسي الحديث فإنه يصنف الأمراض النفسية إلى صنفين رئيسيين:

الصنف الأول: العصاب Neurosis الذي يكون التبدل المرضي فيه كميًا، فالخوف الطبيعي عندما يصبح اضطرابًا يكون خوفًا أي خوف شديد وطويل المدة وليس له مبرر.

الصنف الثاني: الذهان psychosis الذي يكون التبدل المرضي فيه كيفيًا، حيث يضطرب التفكير بظهور أفكار ضلالية غير واقعية لدى الشخص كضلال الاضطهاد، ويضطرب الإدراك بظهور هلاوس ليس لها مصدر في المحيط الخارجي كالهلاوس السمعية.

وهناك أيضًا اضطرابات نفسية فيها أعراض لا ترقى إلى درجة المرض النفسي، لا من حيث تجمع أعراضها، ولا من حيث شدتها.

لكل صنف من الصنفين العصاب والذهان أمراضًا محددة ولها مسمياتها، ولكل من هذه أعراضه الرئيسية أو الأساسية وأعراضه الثانوية.

ولكل عرض نفسي درجات من الشدة، فأعراض الأمراض العصبية لها ثلاثة درجات من الشدة، وأعراض الأمراض الذهانية لها درجتين، ثم هناك تقييم عام لشدة المرض ككل، مما يجعل المرض العصبي الشديد يختلط أو يتداخل مع المرض الذهاني الخفيف عندما يكون المرض العصبي من الشدة بحيث يؤثر على القدرات العقلية والفعاليات اليومية للمريض تأثيرًا شديدًا يكاد يكون كيفيًا ويؤثر على أسلوب علاجه.

وحدثًا تم تصنيف الاضطرابات النفسية جميعها على سلم متدرج صعودًا، يبدأ من الحالات البسيطة وهي "اضطرابات الشخصية" ويتدرج صعودًا في الشدة وفي العمق المرضي والتأثير على القدرات العقلية العليا إلى أن ينتهي التدرج إلى الطرف الآخر والذي يشتمل على "الاضطرابات الذهانية العصبية المنشأ".

وعليه فلا ارتباط في الطب النفسي الحديث في موضوع الأهلية بأسماء الأمراض، بل ارتباط بتأثير الأعراض العقلية التي يعاني منها الشخص على قدراته العقلية العليا وفعالياته اليومية وأسلوب علاجه تأثيرًا كيفيًا ونوعيًا على إدراكه، وإرادته، واختياره، ومحاكمته.

الواقع أن كل اضطراب من اضطرابات الشخصية وكل عرض من الأعراض النفسية يؤثر في الإدراك، أو الإرادة، أو الاختيار، أو المحاكمة، ولكن التأثير الخفيف والمتوسط يكون تأثيرًا كميًا، والمريض قادر على التحكم به إراديا، فهذا لا يعتبر مؤثرًا في الأهلية سواء في القوانين الوضعية أو الشريعة الإسلامية، وإن كانت بعض القوانين الوضعية الحديثة تعتبره عاملاً مخففاً بقدر شدته، والشريعة الإسلامية تركت تقدير أثره للقاضي في مسائل قضايا المعاملات بين الناس ومسائل العقوبات، كما تركت تقدير أثره للفقهاء أو المفتي في مسائل العبادات، أما ما كان من الأعراض النفسية شديداً، ومؤثراً تأثيراً نوعياً وكيفياً على الإدراك بظهور الهلاوس، وعلى التفكير بظهور الضلالات وعلى الإرادة بظهور ضلال التحكم والإرادة، وعلى الاختيار والمحاكمة بظهور اضطراب الوعي أو اضطراب الدهش أو الاضطراب التفارقي أو الاندفاع.

إن معايير الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية وحتى الطب النفسي القضائي أو القانوني الحديث هذه المعايير متقاربة في تأثير الاضطراب أو العرض النفسي على أهلية الإنسان وتكاد تكون متماثلة إلا في بعض الاختلافات المتعلقة باضطراب الشخصية والحالات العصبية.

ونستنتج من كل ذلك أنه يجدر بالطبيب النفسي أن يعتمد على الأسلوب الوصفي في شرح الأعراض وشدته وفي تأثيرها، ليستطيع القاضي أن يستفيد من هذا الوصف ويتخذ ما يراه من قرار يتناسب مع حيثيات القضية، والمعايير التي يعتمدها.

وأورد هنا مثلاً عن موضوع "الحجر" الذي ينتج عن تحديد أهلية المريض في التصرف، ومعايير ذلك في الشريعة الإسلامية والقوانين الوضعية والطب النفسي الحديث.

الحجر شرعاً: هو المنع، أو عدم قبول تصرفات الشخص القولية، وما يتعلق منها بتصرفاته المالية، أو بشؤونه المدنية أو الشخصية عندما يفقد أهليته (أو كفاءته العقلية)، فلا يعتبر زواجه، أو طلاقه، أو بيعه، أو شراؤه، أو هبته .. الخ، إلا عن طريق الولي عليه الذي يعينه القاضي، أما تصرفاته الفعلية فليس فيها منع لأن الأفعال لا مرد لها، والولي يتصرف عن المحجور عليه وفق الأحكام المقررة شرعاً.

أما الحجر قانوناً: فهو منع الشخص من إدارة ماله والتصرف به، لآفة في عقله، أو لضعف في ملكاته العقلية الضابطة، لذا يطبق الحجر على المعنوه، والمجنون، والصغير، والسفيه، وذو الغفلة، وتعين المحكمة وكيلًا عما (أو قيمياً، أو وكيلًا خاصاً) لتصرف كل أو بعض أموره، ويقوم هذا الوكيل أو القيم بتصرف الأمور المكلف بها وفق القانون وبإشراف المحكمة.

عن تفعيل الخبرات والذكرات السابقة مع المور الحاضرة في أفعاله وأقواله وقراراته عجزا يؤدي به لعدم تبصره بها والتميز بينها.

نلاحظ أن معايير الحجر في الشريعة الإسلامية تتطابق مع المعايير القانونية وأيضا تتطابق كلا هذه المعايير مع المعايير الطبية النفسية الحديثة لأي حالة من الحالات التي تستوفي وتستوجب الحجر.

الحجر طبيا: ويطبق على من تضعف قواه العقلية وهي الوعي، أو التوجه في الزمان والمكان والشخص، أو الذاكرة، أو على من أصيب باضطراب نوعي في إدراك، أو التفكير، أو اضطراب في بصيرته نحو وضعه النفسي ضعفا أو اضطرابا يجعله عاجزا عن فهم الأمور حوله على حقيقتها، وعن تمييز الصواب من الخطأ والخير من الشر، وعجزه

Arabpsynet Psychiatrists Search

Search psychiatrists

www.arabpsynet.com/CV/default.asp

Arabpsynet CV

Send Your Scientific CV Via This Form

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

"شبكة العلوم النفسية العربية"

أفضل مواقع العلوم النفسية على الويب

يسعدنا إعلامكم أن موقع "شبكة العلوم النفسية العربية" احتل المرتبة الأولى في صنف مواقع "العلوم النفسية" وقد تم إلحاقه ضمن ميز أفضل المواقع على الويب الأمر الذي سيميزه عن تحديد المواقع المصنفة... حظ سعيد في سعركم الدائم نحو التألق والنجاح !!!

فريق أفضل المواقع على الويب

<http://www.meilleurdweb.com>

Arabpsynet Papers Search

By Arabic, English & French words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers

<http://localhost/paper/PapForm.htm>

Arabpsynet Thesis Search

www.arabpsynet.com/These/default.asp

Form Add Thesis Summary

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

PSYCHIATRY AND ARAB LAWS

NUMAN GHARAIBEH, MD- AMARICA, JORDAN

n_gharaibeh@yahoo.com

ABSTRACT :

I reviewed the literature regarding available legislation applicable to mental health in 13 Arab countries. Academic literature in English had very little information. I relied heavily on the World Health Organization's publications. The websites of the Ministries of Health in the Arab world were searched for legislation texts in Arabic with variable success.

DISCLAIMER: In this article the term "Arab"-as in "Arab laws," "Arab countries" "Arab world", "Arab citizens," etcetera-is not intended to refer to ethnicity. It is used for the sake of narrative ease to refer to the laws, citizens, countries, etc. of the 22 member states of the Arab League; arranged alphabetically, they are: Algeria, Bahrain, Comoros, Djibouti, Egypt, Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Mauritania, Morocco, Oman, Palestine, Qatar, Saudi Arabia, Somalia , Sudan, Syria, Tunisia, United Arab Emirates (UAE), and Yemen. The term by no means was intended to disregard or disrespect the very significant ethnic groups that form an important part of the so-called "Arab world" such as Afars, Africans, Armenians, Assyrians, Balochs, Berbers (Amazighs, Chawis, Chenwa, Kabyles, Rifains, Saharan Berbers, Shleuhs, and Touareq), Chaldeans, Chechens, Copts, Kurds, Maronites, Persian, Somali, Turkmen, and others.

Table 1: Arab countries' 2007 population estimates. Countries were arranged according to population.

Arab Country	Population in Millions
Egypt	75.50
Sudan	38.56
Algeria	33.86
Morocco	31.22
Iraq	28.99
Saudi Arabia	24.74
Yemen	22.39
Syria	19.93
Tunis	10.33
Somalia	8.70
Libya	6.16
Jordan	5.92
United Arab Emirates (UAE)	4.38
Lebanon	4.10
Palestine (W. Bank and Gaza)	4.02
Mauritania	3.12
Kuwait	2.85
Oman	2.60
Qatar	0.84
Comoros	0.84
Djibouti	0.83
Bahrain	0.75
Total	330.63 million

Source: UN Population Division, 2006 revision ¹.

Mental Health Law is important to ensure that individuals with mental illness or substance abuse or dependence are not subjected to human rights' abuses. The World Health Organization's Ten Basic Principles that Mental Health Laws should take into consideration.

1. Promotion of mental health (mental wellbeing) and prevention of mental disorders.
2. Access to quality basic mental health care that is affordable and respects the dignity of the person.
3. Mental health assessment according to internationally accepted principles.
4. Provision of the least restrictive type of mental health care/treatment.
5. Encouraging self-determination and informed consent.
6. Right to be assisted in the exercise of self-determination: even when a patient is unable to make decisions, he or she shall benefit from assistance of a knowledgeable third party of the patient's choice.
7. Availability of review procedure.
8. Automatic periodic review mechanism.
9. Qualified decision maker: third parties assisting with decisions shall be competent, knowledgeable, independent and impartial.
10. Respect for the rule of law ⁽²⁾.

I attempted in this article to review some the available literature on the Arab legislation in Mental Health or related to mental illness, such as the issue of insanity in some Arab Penal Codes.

EGYPT:

The Egyptian system of law is based on a combination of Civil Law traditions and Islamic legal concepts. Islamic law is applicable primarily to Muslims in matters of family, personal status, and inheritance. Although non-Muslims are subject to Shari'a laws with respect to inheritance matters, they have been allowed to maintain separate legislation in all other matters. The lowest level courts are the Summary Tribunals (*Mahakim Guz'iya*) and Summary Tribunals of First Instance (*Mahakim Kulliya*), both of which are subdivided into civil and criminal courts. The Summary Tribunals are empowered to settle minor offenses and misdemeanors, civil and commercial cases of lesser value, minor personal status matters, and labor issues. The Tribunals of First Instance sit in three-judge panels to hear appeals from the Summary Tribunals, and, in the first instance, civil and commercial cases exceeding 250 Egyptian Pounds and all significant personal status matters⁽³⁾.

The last piece of mental health legislation was enacted in 1944, which focused on (A) access to mental health care including access to the least restrictive care; (B) competency, capacity, and guardianship issues for people with mental illness; (C) voluntary and involuntary treatment; (D) law enforcement and other judicial system issues for people with mental illness; (E) mechanisms to oversee involuntary admission and treatment practices; and (F) mechanisms to implement the provisions of mental health legislation⁽⁴⁾.

The Supreme Council for the Control of Drug Addiction and Abuse, chaired by the Prime Minister, is a leader in this direction. Legislation for drug control has been promulgated, such as the law on drugs passed by the People's Assembly (1989), the President's Decree establishing the National Fund for the Control of Drug Addiction and Abuse, the joint decisions of the ministers of justice, social affairs and health establishing sanitaria and departments for the treatment of drug abuse and addiction.

SUDAN:

Sudan has a Federal Ministry of Health in addition to 25 State Ministries of Health, one in each State. The Federal Ministry of Health is responsible for the development of national health policies, strategic plans, monitoring and evaluation of health systems activities. The State Ministries of Health are mainly responsible for policy implementation, detailed health programming and project formulation.

The most recent legislation is the State Law 'Gezira Mental Health Law' of 1998. The mental health legislation forms a chapter of the Public Health Act of 1973, which was revised in 1985. The Mental Health Act has been drafted and has gone to the parliament for approval. The latest legislation was enacted in 1998⁽⁵⁾.

ALGERIA:

Code of the Family (2003)

Art. 81 - Any person that is *completely or partly incompetent* due to his young age or *mental defect* is legally represented by a legal guardian or one designated by will, conforming to the dispositions of the current law.

Code of the Family (2005)

Art. 42 - The person who lacks the sense to discern due to his young age or *feebleness of spirit or mental defect* does not have the capacity to exercise his civil rights. Any child who has not attained the age of thirteen lacks the sense to discern.

Art. 43 - The person who has attained the age to discern, without having reached adulthood, as well as the person who has reached adulthood and suffers from mental defect, have limited capacity conforming to the prescriptions of the law⁽⁶⁾.

MOROCCO:

The principal law is the *Dahir* of 1959 which addresses the prevention of mental illnesses and protection of the patients. This is the latest mental health legislation. Though it is old, its articles are well formulated and were examined by WHO experts in 1998. Further reviews will be done in the future. The main aim of the legislation is to guarantee that the prime mission of mental institutions is treating the patients while protecting their rights and their property during their period of illness. This law also achieved the following: created the Central Service for Mental Health and Degenerative Diseases and the Mental Health Committee, organized mental institutions and other psychiatric services, specified different manners of patient admission and discharge, and outlined the modalities of protection of patients and their personal property. In addition, the 1974 "Circulaire" (Ministerial recommendations document), introduced regionalization and "deinstitutionalization". This was the start of a strategic policy to reduce number of beds in psychiatric hospitals, to create smaller units with fewer beds (20-40 beds) and to integrate mental health into general hospitals⁽⁷⁾.

IRAQ

A draft of mental health legislation was introduced in 2005, to the parliament, it was approved by the Cabinet, and the code of practice is on its way. This mental health act focuses on access to mental health care including access to the least restrictive care; rights of mental health service consumers, family members, and other care givers; competency, capacity, and guardianship issues for people with mental illness; voluntary and involuntary treatment; law enforcement and other judicial system issues for people with mental illness; mechanisms to oversee involuntary admission and treatment practices; mechanisms to implement the provisions of mental health legislation.

The mental health legislation was achieved with collaboration of ministry of justice and was reviewed by most psychiatrists in the country. A new legislation for drug control is still under review in the office of prime minister⁽⁸⁾.

Chapter 4, Section 1 of Iraq's 1969 penal Code entitled "Criminal liability and exemptions from it" reads "Loss of reason and volition: Paragraph 60 - Any person who, at the time of the commission of the offence, is suffering from a *loss of reason*

or *volition due to insanity* or infirmity of mind or because he [or she] is in a state of intoxication or under the influence of drugs resulting from the consumption of intoxicating or narcotic substances given to him against his [or her] will or without his [or her] knowledge or due to any other reason which leads one to believe that he has lost his [or her] reason or volition is not criminally liable. However, if he [or she] is not suffering from any *infirmity of mind* nor is under the influence of intoxicating, narcotic or other substances but only from a defect of reason or volition at the time of the commission of the offence, then it is considered a mitigating circumstance⁽⁹⁾.

If the offender is suffering from **a loss of reason or volition** induced by intoxicating or narcotic substances acquired knowingly and of his [or her] own free will, he [or she] is punishable for the offence that is committed if there is a specific intent and if that offence would have been committed without the use of intoxicating or narcotic substances. If the alcohol or drugs are acquired knowingly with a view to committing that offence, then it is considered on aggravating circumstance (same reference above).

SAUDI ARABIA

A *mental health act*, already prepared, is awaiting formal approval from the legislator. It has been formulated after consideration of similar legislation in many countries and recommendations from the United Nations and the World Health Organization. This document contains the basic regulations for admission and discharge in mental hospitals, beside the main human rights of the psychiatric patient. The Directorate has developed and is using a manual of processes and regulations for all mental health institutions in the country until the mental health act is approved.

YEMEN:

There is no mental health act or legislation per se. Uncodified Islamic law is the de facto guide. However, the Yemeni Ministry of Public Health and Population made some strides in the legislation in the Public Health Arena. The Ministry is embracing the information age and has on its website the Arabic text of laws 1996-No. 32 relating to supplementing table salt with iodide, 1999-No. 60 relating to the private health establishments, law 2000-No. 28 relating to the establishment of the National Medical Council, law 2002-No. 26 relating to the practice of medical and pharmaceutical professions, and law 2005-No. 26 relating to combating smoking and its adverse health effects.

The Ministry also published the Arabic text of Presidential Decrees 1999-No 231 relating to the re-structuring of the Higher Committee [Hie'ah] on Pharmaceuticals and Medical Supplies, decree 2003-No. 20 relating to the re-organization of the Yemeni Higher Council for Medical Specialties, decree 2003-No. 13 relating to the Executive Chart relating to Law #32 for 1996 [see above], decree No. 324 for 2003 relating to the Organization of Higher Institutes for Health Sciences, decree 76 for 2004 relating to the Organizational Chart of the Ministry of Public Health and Population, decree 85 for 2005 regarding the establishment of the National Center for Blood Transfusion and Research, and decree 246 for 2005 regarding the establishment of the National Center for Public Health Laboratories. In addition, the Arabic Text of eight other decisions by the Prime Minister/ Head of the Ministerial Council were published ⁽¹⁰⁾.

SYRIA:

The rules governing mental health and psychiatric treatment in the Syrian Arab Republic are derived from the health legislation issued in 1981 by the Ministry of Health ⁽¹¹⁾. According to a 2006 published document by the WHO's Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) the Ministry of Health, in collaboration with WHO, has collected all effective rules, regulations and related decrees and the review of legislation is ongoing. Several rules, by-laws and regulations are being updated. WHO will provide support to the Ministry of Health in the area of health regulations and laws by A) Assisting the government in strengthening health management by providing

guidelines and norms as well as sharing the experiences of other countries in this area, B) Continuing to provide experts in different fields of health management, administration and financing and C) Technically support an administrative reform program to improve the performance of the health system. There is a need to update legislation and regulations to meet the new challenges of private provision of health care, health insurance and other new issues ⁽¹²⁾.

Some of the challenges identified by the Cooperation Strategy for WHO and the Syrian Arab Republic 2003–2007 included: complicated administrative procedures; inadequate managerial skills at all levels; wastage; inefficient and ineffective health management systems; unclear policies in many areas such as privatization, decentralization, institutionalization, and legislation; poor skills in leadership, computer use, planning, monitoring and evaluation; lack of teamwork; unclear roles, duties and responsibilities of each unit, division and staff; need for clarification of regulations, command lines, internal relationships; need for simplification of the organizational structure of the Ministry of Health; and unclear or unimplemented functions of each health facility (11).

TUNISIA:

Tunisia promulgated a law regulating mental health care in 1992. Involuntary admission and treatment of persons in mental health facilities are to take place if the following conditions are fulfilled: a) the person suffers from mental disorders necessitating immediate care, b) the person is unable to give informed consent, and c) the person poses a risk to his or her own safety or that of other people. Decisions are made and reviewed by a judicial authority and are based on the recommendations of two doctors, at least one of whom is a psychiatrist. Involuntary admission is limited to three months initially.

Persons who are admitted involuntarily have the right to appeal against such decisions.

The same law contains sections guaranteeing persons with mental disorders the right to exercise all their civil, economic and cultural rights unless they are placed in the care of a guardian. A review board chaired by a judge and including psychiatrists and representatives of local authorities is entrusted with the task of periodically reviewing the cases of all persons who are admitted involuntarily to mental health facilities. The board is also expected to conduct regular inspections of all mental health facilities. A broad range of other laws helps to promote mental health and prevent mental disorders.

Psychiatry has recently been added to the list of medical priorities, giving financial incentives to encourage specialists to settle in the country. Mental health care is guaranteed to prisoners.

Law 92-83 of 3rd August 1992, relative to mental health and to the conditions of hospitalization for mental disorders requires that the hospitalization be done with respect for individual liberties and under conditions guaranteeing human dignity. A person affected by mental disorders cannot be hospitalized without his [or her] consent except where it is impossible to obtain an informed consent or if the state of mental health of the person concerned requires urgent care or threatens his [or her] security or the security of others. The restriction of his freedom is strictly limited to the measures required by his [or her] state of health and his [or her] treatment. The person concerned should

be informed, in any case, immediately on his [or her] admission or, as soon as his [or her] state permits it, of his [or her] legal situation and of all his [or her] rights. He [or she] can communicate with the public health medical inspectors or with the legal authorities, send out or receive personal mail, contact the members of his [or her] family or contact the regional mental health committee responsible for examining the situation of hospitalized persons while maintaining respect for individual freedoms and human dignity ⁽¹³⁾.

JORDAN:

The Mental Health Law is part of the Public Health Act No. 54 (2002). Chapter 4 article 15 permits the designation of a section (unit or ward) in a general hospital for the treatment of persons with mental illness or addiction provided that there is at least one psychiatrist on staff to direct the unit.

Article 16 stipulates that patients may be admitted voluntarily or involuntarily. The following guidelines were formulated for involuntary admissions:

1. If the condition of the person with mental illness or addiction requires a treatment that can only be administered in a hospital setting.
2. If the person with mental illness or addiction is causing destruction to property.
3. If a court issues an order for involuntary treatment based on a psychiatric opinion.
4. [... missing in the published Law at the Ministry of health] I suspect that it should read If the person poses a serious risk of harm to self or others.

If the person meets one of the three criteria, the following must take place to complete the requirements for admission: a) A petition addressed to the Director of the Hospital, b) A report/certificate by a psychiatrist acknowledging the need for hospitalization, and c) The agreement of the Director of the Hospital or designee.

Article 17 gives the Minister of Health the discretion to refer the person who was involuntarily committed to a committee of specialists in the field to ensure that the person in fact meets the criteria for involuntary admission (and if not, for the person to be discharged or not admitted) except for point # 4 in article 16 (Risk of serious harm to self or another).

Article 18: If the patient recovers or improves to the degree allowing for discharge, the attending psychiatrist must seek the approval of the Hospital Director for discharge, or the court if the court issued the order for involuntary admission. The attending psychiatrist must inform the family of the plan to discharge ⁽¹⁴⁾.

OMAN

Oman's mental health policy was last revised in 1992 and includes the following components: 1) developing community mental health services, 2) developing a mental health component in primary health care, 3) human resources, 4) involvement of users and families, 5) advocacy and promotion, 6) human rights protection of users, 7) equity of access to mental health services across different groups, 8) financing, 9) quality improvement and 10) monitoring system. The last revision of the mental health plan was in 2005. This plan contains the following components: reforming the mental hospital to provide more comprehensive care; developing a mental health component in primary care; human resources;

human rights protection of users, mental health advocacy and promotion; equity of access to mental health services across different groups; financing; quality improvement and monitoring system. In addition, a budget, timeframe, and specific goals are identified. The Omani Ministry of Health (MOH) is drafting comprehensive mental health legislation and the final draft of public health legislation has been submitted for approval. The latter law will provide for and cover certain basic and minimum standards related to mental health issues ⁽¹⁵⁾.

UNITED ARAB EMIRATES (UAE)

The Constitution, first written in 1971 and reaffirmed several times since then, declares Shari'a to be a principle source for law in the United Arab Emirates. Additional influences on the UAE legal system are the Common Law and Egyptian legal traditions. Custom and tradition are also considered in judicial decision-making.

The major codifications of the law are the Civil Code, contained in Law No. 5 of 1985; Federal Penal Code, contained in Law No. 3 of 1987; the Law of Evidence in Civil and Commercial Matters, contained in Law No. 10 of 1992; the Code of Civil Procedure, contained in Law No. 11 of 1992; and the Code of Criminal Procedure, contained in Law No. 35 of 1992. The official language of the courts is Arabic.

Despite the significant progress in the area of health, mental health is lagging behind in terms of policies, facilities and staff. As yet there is no mental health policy at national level, although efforts have been initiated. A newly commissioned national committee is expected to develop proposals for a national mental health program. A previous committee, established in 1991, made proposals for the universal provision of mental health and substance misuse services through primary healthcare, but this has not been satisfactorily implemented. Federal Law 28, enacted in 1981, contains sections on the definition of 'mental disorders', 'next of kin' and 'specialist'. There is also a section on the role of authorities and police in relation to psychosis and the detention of involuntary patients. The question of criminal responsibility is addressed by *Shari'a* Islamic law and courts rely on psychiatric reports for addressing the issue of insanity. Attempted suicide is considered a crime ⁽¹⁶⁾.

BAHRAIN

Bahraini labor law defined a disabled person as "a person whose capacity to perform and secure a suitable job has been actually reduced as result of any bodily or *mental incapacity*." ⁽¹⁷⁾.

FUTURE DIRECTIONS:

This review raised more questions than answers. However, it is apparent that this particular field Psychiatry and the Law, or Forensic Psychiatry, is a prime area for publication for the Arab psychiatrist, psychologist, lawyer, academician or anyone interested in the interaction of Law and Psychiatry/Mental Health. This is a truly multidisciplinary subject involving so many different areas including an examination of the legislative process in Arab countries and the set up of the judicial system and the administration of justice.

Arab Laws are little known outside the confines of the Arab world. The age of the internet opened a new door for Ministries of Health in the Arab countries to make more transparent some of the legislation applicable to the practice of different health-related fields including mental health.

More probing in this direction is an ethical obligation for Arab psychiatrists and physicians. MEDLINE and PsycINFO could

use more articles in English examining the fields of Psychiatry and Law/ Forensic Psychiatry and Psychology.

The area of Correctional Psychiatry is also an un-chartered territory regarding the psychiatric services available in prisons of the Arab world.

REFERENCES:

1. United Nations Population Division (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision. United Nations, New York, 2007. Report may be found online at: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm>
2. World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, published in 1996.
3. Emory University, School of Law website at <http://www.law.emory.edu/ifl/legal/egypt.htm>
4. World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEM IN EGYPT. Accessed Nov. 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_egypt.pdf
5. World Health Organization (2005) Atlas: Sudan. Accessed on November 25, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_s1.pdf
6. Representing children worldwide at the Yale Law School Website <http://www.law.yale.edu/rcw/rcw/jurisdictions/afn/algeria/frontpage.htm>
7. World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) Report on Mental Health System in Morocco (2006). Accessed Nov 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/morocco_who_aims_report.pdf

8. World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) Report on Mental Health System in Iraq (2006). Accessed Nov. 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/iraq_who_aims_report.pdf
9. The Iraqi Penal Code of 1969. Full English Text published at the International Center for Transitional Justice's website <http://www.ictj.org/static/MENA/Iraq/iraq.penalcode.1969.eng.pdf>
10. Yemeni Ministry of Public Health and Population. See website at <http://www.mophp-ye.org/arabic/docs/Laws.pdf>
11. Eastern Mediterranean Regional Office (2001): Country Profile: Syria.
12. WHO Eastern Mediterranean Regional Office (Cairo, 2006): Country Cooperation Strategy for WHO and the Syrian Arab Republic 2003-2007.
13. African Commission on Human and Peoples' Rights CONSOLIDATED PERIODIC REPORT OF TUNISIA UNDER THE TERMS OF ARTICLE 62 OF THE AFRICAN CHARTER ON HUMAN AND PEOPLES RIGHTS 1995-2006
14. Jordanian Ministry of Health, Public Health Act #54, Chapter 4
15. World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS): Report on Mental Health System in Oman (2008). Accessed Nov. 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/who_aims_oman_report.pdf
16. Eapen, Valsamma and El-Rufaie (2008). Country Profile: United Arab Emirates (UAE). International Psychiatry Volume 5, No. 2, pp 38-40.
17. Bahrain Ministry of Labor, accessed 2008

تهنئة بالسنة الهجرية 1430

يشرفني وأسرة شبكة العلوم النفسية العربية بمناسبة حلول السنة الهجرية الجديدة أن أتقدم إليكم وإلى كافة المسلمين بأحر التهاني سائلاً الله أن يوفقنا إلى ما فيه رفعة الإسلام والمسلمين في زمن أصبح المسلم متهماً إلى أن تثبت براءته. إن حاجتنا اليوم أكثر من أي وقت مضى إلى الفعل (العقلاني) و تجاوز عقلية رد الفعل (العاطفي) والتي لا تؤسس لعمل عقلاني تؤهل تقديم فكر الإسلام وفاسقته للعالم بعيداً عن التطرف والشبهات التي لصقت به والتي ساهمت في جزء منها.

كل عام وأنتم بخير

LAANTA BUUR: My Political Prison

MAHAMUD MOHAMED YAHYA – SOMALIA / KSA

(FORMER DEPUTY MAYOR OF MOGADISHU)

mm2yahya@yahoo.com

PREFACE (by N. Gharaibeh, MD)

This article is not an academic or research study. The reason it is in this issue is that Correctional Psychiatry was not addressed. There are around 370 thousand prisoners in the Arab world and about 150 thousand prisoners with mental illness, addiction, or both.

This account by Dr. Yahya, a highly educated Somali was included just to give a glimpse into the mental suffering in Arabic prisons and a first hand account of the conditions there. The situation today may be no different than 20 or so years ago in Somalia (may be even worse).

Psychiatrists have some ethical burden to at least document the suffering of prisoners especially those with mental illness who cannot advocate for themselves.

In the view of many witnesses of Somalia's recent history, an important element of the terrible abuse of power and authority during the dictatorial regime of the late Gen. Mohamed Siad Barre was the arbitrary and widespread detention of dissidents, political opponents and even ordinary Somalis who would just express an honest opinion on the state of affairs of their country. These incarcerations were usually without any charges, whatsoever, and without trial. For this reason, men like Gen. Mohamed Abshir Muse, former Commander of Somalia's Police Force, the late Mr. Mohamed Ibrahim Egal, ex-President of self-declared Somaliland Republic and former Prime Minister of Somalia, Col. Abdullahi Yusuf Ahmed, current President of Somalia, the late Gen. Mohamed Farah Aideed, former USC leader, the late Sheikh Mohamed Ma'alim, the famous Islamic scholar, Col. Jama Ali Jama, former leader of the Puntland autonomous region of Somalia, and many others, each had to spend 5 to 12 years behind bars, mostly in solitary confinement.

These great injustices which had turned many Somalis against that repressive government - despite its popularity at the beginning of its reign in 1969 – were, in my opinion, the main cause behind the start of the armed rebellion against the old regime and its eventual downfall in 1991. However, these insidious atrocities and this gross violation of the human rights of the Somali people have never, to the best of my knowledge, been chronicled or adequately recorded, with the possible exception of a small booklet in Somali, entitled Xabsigaygii (My Imprisonment) which was published in 2000 by Prof. Yusuf Hersi Ahmed, the renowned TB specialist (who now lives in exile in Pakistan). I think this record-keeping is of paramount importance so that future Somali generations will draw useful lessons from it, because it is my firm belief that this malicious exercise of absolute power was one of the catalysts for the catastrophe that followed later and led to the collapse of the Somali State and the devastating civil war that

Somalia has been undergoing in the past 17 years or so. That is why I have decided today to recount my story as a former political prisoner under Barre's loathed regime, the great suffering I had endured and how this painful experience had later helped me enormously in rebuilding my life. Again, our former political prison, Laanta Buur, is currently in the news because it is one of the main bases for the armed militias of the notorious Mogadishu warlords who now claim that they plan to pacify that unlucky city after failing to do so in almost two decades of a pernicious civil war.

I was imprisoned one night in May 1976, one of the saddest and most memorable dates of my entire life. I was first taken to the Mogadishu branch of the dreaded Nabad-Sugidda Soomaaliyeed (i.e., National Security Service or NSS) where the officer in charge, the fearsome Col. Ahmed Jili'ow (from Mogadishu), gave orders for me to be thrown into jail without even asking me about my name or place of work. On that night, about 50 of us, ordinary civilians, most of whom from Galcaio, Bossaso, Hargeisa, Burao and Hobyo were rounded up and dumped early in the morning at Laanta Buur Prison, situated in the middle of nowhere (about 45 km to the west of Mogadishu on the road to the coastal city of Merca). This was an extremely harsh detention center which was built by the "Revolutionary Government" in that remote area specifically to punish dissidents or political prisoners more severely, as they were not allowed to be visited by families and friends or be brought decent food and reading materials from home.

The conditions at Laanta Buur were extremely appalling: the food was awful - but we had to consume it in order not to starve to death - and health services were practically non-existent. We were deprived of radios - let alone TV which was not then available in Somalia as a whole - and visits from our families and loved ones. We were also deprived of all means of reading and writing, and we were not allowed to do any work – something

that would have kept us a bit busy at least for a few hours every day. (But to be fair to the regime, we were never tortured, physically, or even interrogated). In comparison, the living conditions of the common criminals at Mogadishu's central prison – some of whom might have committed murders or stolen public funds - were much better than ours, because they had all kinds of privileges.

Even detention under the very despicable apartheid system in South Africa was much more merciful and humane, because Nelson Mandela and his other colleagues at Robben Island Prison – who, like us, were imprisoned for political reasons - were allowed one letter and one visit every three months! Not in Siad Barre's cruel prison at Laanta Buur or the more miserable concentration camp at Labaatan Jirow (near Baidoa city). In this latter dungeon, all detainees had to spend their sad days in solitary confinement, in terrible individual cells with no amenities; the only relief they had was for each political prisoner to walk for mere 20 minutes per day in the corridor outside his cell under the strict watch of a prison guard.

I did not mind being deprived of food and sleep, but the thing that bothered me most at Laanta Buur was sitting idle, day in, day out, and not knowing why was I being imprisoned? What were the specific charges against me, and how long would I remain over there? If you commit a crime that you know of, you easily accept your fate and you just start counting the remaining years of your sentence, irrespective of its length. Not in political imprisonment. I can, therefore, summarize the most difficult part of a detention experience in one word: boredom, boredom, and boredom. This reminds me about a famous Egyptian journalist, the late Mustafa Amin, who wrote in one of his books, after spending several years in Nasser's prisons: If the year of an ordinary person consists of 365 days, the day of a prisoner equals 365 years!

We were detained indefinitely, because in the jargons of those "revolutionary" days we were simply known as "la-hayeyaal" (people in custody), without any charges against us and without access to lawyers or courts of justice or any of these legal niceties. Now you may wonder why the Siad Barre's regime and its hated NSS were treating their citizens in such an extremely cruel and sadistic manner? The answer is simple: it was part of the regime's coercive control method and its main instrument for keeping absolute power forever. As such, the purpose behind this very merciless and inhumane detention was to break the will of dissidents and those who oppose or even dare to criticize Siad Barre's military tyranny or its policies. It also aimed at terrorizing other Somalis who knew that this might happen to them as well.

The presence of older and wiser men like Prof. Yusuf Hersi, Yusuf Samatar "Barda'ad", Abdurahman Aswad and Ali "Ambe" among us was very helpful, because they used to counsel us and help us in enduring our ordeal. We were also lucky because Mr. Adan Bahnan (from Burao), who was imprisoned with us at Laanta Buur for a normal criminal case, was often allowed to go to Mogadishu and would bring books with him and then he would smuggle some of them to us. Thanks to Adan Bahnan's great and compassionate efforts, I was able to read several good books by Shakespeare, Nobel Laureate, the Nigerian Wole Soyinka, etc., and to survive this gruesome internment.

On the other hand, I was fortunate, because I was released from prison after four painful months due to the intervention of Siad Barre, after my family and relatives appealed to him. (But

even after almost 30 years, I don't know till now the real reason behind my imprisonment). Prof. Yusuf Hersi and others had to spend around three more years in jail, some of it in the notorious Labaatan Jirow detention camp. And although I could have gone back to my old job, as Deputy Mayor of Mogadishu, I refused to do so. I asked instead to be transferred to the then Somali Institute of Development Administration and Management (SIDAM) - an entity that was set up by the previous civilian governments with the help of the UN to train the country's civil servants - to be a simple lecturer in accounting and financial management. I took the latter option, because I wanted to totally cut off my ties with this absolute dictatorship and not to assume any more high position within its ranks.

Another reason why I chose being a simple lecturer was that I planned to do graduate studies either in Britain or USA, because I knew the UN used to give yearly scholarships to the teaching staff of SIDAM to pursue further studies. Sure enough, after 3 years, I was awarded a scholarship and I enrolled at one of the finest universities in America, i.e., University of California at Los Angeles (UCLA) where I obtained an MBA and a Ph.D., after spending five of the best and most rewarding years of my entire life. Upon finishing my studies, I went back to Somalia, because I felt that I owed a great deal to my homeland and I wanted to repay that debt in any way or capacity possible. However, after spending another 6 months in Mogadishu, I realized that the situation in the country was extremely hopeless and that serious troubles were looming on the horizon. That is why I decided to jump on a job opportunity which I found in Saudi Arabia and I left Somalia for good in Oct. 1985.

Although I was initially bitter about my political imprisonment in Somalia, I don't feel it that way anymore, because I have now come to terms with this unfortunate but preordained incident. Due to this traumatic experience, I was able, by the grace of Allah, to change the course of my life and rebuild it from scratch and to obtain degrees and jobs that I would have never dreamed of. (But I still suffer, after almost 32 years, from a chronic insomnia that I had developed during that painful imprisonment). Another important factor which helped me come to terms with my traumatic experience was a visit I paid to South Africa in October 2002. When I called on Robben Island and saw the miserable 2x3 meter cell where the great Mandela had spent 20 out of his 27 years in the apartheid prisons, I was really humbled and then my old wounds were healed.

That is why I have decided long time ago to forgive Siad Barre and his dictatorial regime, because there is no point in dwelling on a past that you cannot change. Moreover, I forgave that tyrannical administration because the notorious warlords who followed it, and who caused the death of at least half a million innocent Somalis according to some reliable estimates, were much worse. I even at times feel thankful and offer prayers or "duco" to Col. Ahmed Jili'ow, the man who was instrumental in my imprisonment – mainly out of tribal animosity – because he offered me, unintentionally, a crucial wake-up call that changed my life for the better. (Incidentally, I was told that Jili'ow is now stuck in lawless Mogadishu where he survives by spying on students of Islam in Somalia, on behalf of USA and other foreign governments, kidnapping some of them occasionally and selling them to the highest bidder).

Finally, if I had not gone through this very painful prison experience and learned from it, I would probably have today been squabbling with unscrupulous and tribal-minded former car

drivers, ex-police sergeants and former office messengers over a position in Somalia's new transitional federal government in anarchic Mogadishu, if I was not already murdered for tribal reasons. (It is really Somalia's great misfortune that these semi-illiterate men, none of whom has ever run a village or even a small government office, have the audacity to insist nowadays on leading a whole nation, simply because they belong to a certain clan or they possess a few guns).

Dr. Mahamud M. Yahya, Ph D.

(Former Deputy Mayor of Mogadishu)

During the 1960s and 1970s, Dr. Mahamud Yahya had worked for the Somali government in various capacities, having studied in Somalia, Egypt and USA. After his imprisonment, he left Somalia and worked in Saudi Arabia for about 22 years for the international financial institution, the Islamic Development Bank. The present article is an updated version of an article posted on the Somali website, "Mudug On Line", in 2006. Mahamoud may be contacted by e-mail at mm2yahya@yahoo.com

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm>

محاور ملفات الأعداد القادمة.

- شتاء 2009 - عدد 21

" اضطرابات الوظيفة الأسرية " - آخر أجل 02 - 08

المشرف: أ. د. بوفولة بوخميس - عناية، الجزائر

boufoulab@yahoo.fr - bbboufoula@hotmail.com

- ربيع 2009 - عدد 22

" سيكولوجية التطرف العقائدي ... وهم القوة وقوة الوهم " - آخر أجل 04-09-28

المشرف: أ. د. سامر جميل رضوان - سوريا / عمان

srudwan@hotmail.com

- صيف 2009 - عدد 23

" الإضطرابات السيكوسوماتية في العيادة العربية " آخر أجل 06-09-31

الإتصال بكل من أ. د. عبد الستار إبراهيم: مصر (drsattaribrahim@yahoo.com) أو
أ. د. مصطفى العيسى: مينوسوتا، أميركا (malabsi@umn.edu) أو برئيس التحرير د.
جمال التركي: تونس (turky.jamel@gnet.tn)

- خريف 2009 - عدد 24

" أزمة المصطلح النفسي العربي " آخر أجل 09-09-31

المشرف: أ. د. الأستاذ الدكتور مصطفى شقيب - المغرب

chaqib@yahoo.fr

- شتاء 2010 - عدد 25

" الطفل العربي... نحو سيكولوجية متوافقة مع الذات " آخر أجل 12 - 31 - 2009

المشرف: أ. د. عبد الرحمان إبراهيم - سوريا، دمشق

abd.s.ibrahim@gmail.com ; ar.i@laposte.net ; dr.abd.ibrahim@gmail.com

سلسلة الإنسان:

مسيو إبراهيم ... وظهور الإخوان (1)*

مسيو إبراهيم ... الإبداع طريق الإيمان (2): من ديستوفسكي إلى شميكت مروراً بمحمد فوط**

أ.د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي، القاهرة - مصر

yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

I - مسيو إبراهيم ... وظهور الإخوان (1)*

أما قبل: هل خلقت هذه الانتخابات ما هو "إخوان" هكذا من فراغ؟ أم أنها كشفت عن ظاهرة وعي شعبي علينا أن ندرسها من كل الأبعاد؟ هذا الباب ليس له علاقة مباشرة بالسياسة، وهو لا ينقد الفكر الديني، الرسمي خاصة والسلطوي بشكل مباشر. كل اهتمامه يدور حول محاولة التعرف على فطرة الله التي فطر الناس عليها بدءاً من طبيعة الطفل إلى آفاق الإبداع كدحا ابتغاء وجهه تعالى. لكن ماذا أعمل وقد حضرني، أو أحاطني، نجاح الإخوان وأنا أقرأ رواية مسيو إبراهيم وزهور القرآن. أين تقع هذه الرواية في فكر الإخوان وسلطتهم، هل يجزنا السؤال إلى السياسة؟ وفيها ماذا؟! هل يوجد في الدنيا شيء بعيد عن السياسة؟ هل يمكن تحريك وعي الناس دون أن نعرف طبيعتهم؟ دون أن نفهم فطرتهم، هل يمكن أن نقرأ نتائج الانتخابات الأخيرة دون أن نعرف كيف استقبل الوعي العام معنى كلمة "إخوان" التي أعطوها أصواتهم؟ هل هم أعطوا أصواتهم لهؤلاء الثمان وثمانين نائباً، أم أن شيئاً آخر تحرك في فطرتهم جعلهم يمارسون هذا الطقس الدال كما تجلى في صناديق الانتخاب؟ هل إذا تناولنا هذا الحدث نكون قد انحرفنا بهذا الباب قسراً إلى السياسة، أم أننا قد نكتشف في نهاية المحاولة أن "الإنسان سياسي بطبعه" سواء كان ناخباً أم قليل الانتخاب، ثم ما هي علاقة مسيو إبراهيم المسلم الفرنسي (ذو الأصل الأناضولي) وصديقه الطفل اليهودي الفرنسي الجميل "مويس"، (أو "مومو" أو محمد) بنجاح الإخوان في مصر؟.

المبدعون الشجعان فيهم حدا يخترقون به كل سلطة تحول بين الإنسان وربّه وحريته وإبداعه لإطلاق فطرته توجّها إليه كدحا ليلقيّه. كررت مراراً اعتراضى على الحل الاستيعادي بادعاء أن الدين لله والوطن للجميع، حيث أعيش في نوعية من الحياة تعلننى طول الوقت: أن الأمر كله لله، الدين والوطن والجميع هم لله. بيتهوفن حين سئل عن سيمفونية لم تصل إلى معظم من سمعها، أجاب أن هذا لا يهمه، لأنه أبداعها لصاحبها: الله، ومع ذلك فأنا أخشى حكم الإخوان - مثل غيرى - لكن لأسباب أخرى، خوفاً كله يتركز حول مساحة وحركية الإبداع، فهما الطريق إليه سبحانه، ثم إنى أخاف عليهم مثلما أخاف علينا، أخاف عليهم من أنفسهم وهم يتصورون أنه تكفى حسن النية وصدق التصريحات لرفع سقف الإبداع إلى ما لا يعيق. لو أن المرشد نفسه تفضل بذكائه وحضور وعيه، وسأل نفسه بينه وبين ربّه، من الذى سوف يفتى في مشروعية نشر "أولاد حارتنا" أو ما هو على شاكلتها (كما صرّحوا) هل هو وزير الإعلام الإخواني؟ أم مفتى الديار الرسمي؟ أم وزير الثقافة الإخواني؟ أم شيخ الأزهر؟ أم مجمع البحوث الإسلامية؟ أم أمين المجلس الأعلى للثقافة؟ الإسلامية فكيف يجيب؟ وماذا سيكون موقفه إذا وصلته فتوى تخالف تصريحاته الطيبة الذكية الحالية؟ المسألة ليست في التصريحات أو الوعود.

خذ مثالا أوضح وإن كان سياسياً إلا أنه فى النهاية نقداً:

ردا على تخوف يقول: "إن الإخوان" أول ما حابمكوا الحكم حايقلبوا على الديمقراطية"، أجاب سيادة المرشد: "...دّه تدخل فى النّيّات. لكنك سيادة المرشد قلت فى موقع آخر من نفس الحديث (الدستور 14 ديسمبر) : "...يعنى أى تشريع يعرض على الإسلام، ويتوع البرلمان يشرّعوا زى

..كنت أشارك فى ندوة "المنتدى" فى قناة النيل الثقافية يوم الثلاثاء الموافق 13 ديسمبر عن "صورة رجل الدين فى الفن والأدب"، وكان ثم مشاركان فاضلان يمثلان الفكر الدينى، ومشاركاً يمثل المسرح حضر متأخراً، تمنيت أن يكون معنا ثلاثة من الإخوان أعرفهم، دون تسمية، واحد خائف جداً من أن يفكر لنفسه، وواحد مبدع فعلاً يحترم نعمة وعيه فسعيه إلى ربّه، وواحد طبيب ليس عنده فكرة، لكنه مستعد لأمر ما، وتصورت كيف كان يمكن أن تكون مشاركتهم. عجزت عن أن أوصل وجهة نظرى، للمشاركين الأستاذين فى كليات وتخصصات دينية. اختلفت معهما مائة وثمانين درجة حين رحلت أؤكد أن الإبداع لا ينبغى أن يقاس من خارجه، الإبداع لا يقاس إلا بأدوات نقد الإبداع، وأنه لا يوجد فى الإسلام من له حق تسمية نفسه أو تسمية السلطة له أنه: "رجل الدين"، وأن ثم فرقاً جوهرياً بين من يسمى رجل الدين، وبين الدين، وبين هذا وذلك وبين "الإيمان"، جاءت معظم المداخلات الهاتفية فى اتجاه آرائهما دون رأيي، حتى المكالمات التى جاءت من الدكتور فلان من ميتشجان، كانت تشتم فى مدرسة المشاعيين، وتعتزض على آرائى فيها. خرجت من الندوة أتساءل: ماذا جرى لفطرة ناسنا ووعيتهم حتى من سافر منهم إلى هناك؟

التصريحات والنيتة الحسنة

... أتابع معظم تصريحات الأذكاء الطيبين من الإخوان حول موقفهم من الإبداع خاصة، كما بلغنى موجز زيارة د. عبد المنعم أبو الفتوح لنجيب محفوظ فى مركب "فرح بوت" يوم الثلاثاء الماضى، ومدى الحضور والإيجابية اللذان أبداهما، كذلك قرأت عن سماح الإخوان بنشر أولاد حارتنا، ولم أكذبهم، لكننى أعرف أنه مهما بلغت النوايا الحسنة، فإن تحقيقها ليس فى أيدي من يصرحون بها مهما صدقوا إلا إذا غلب

الخطايا الشخصية حتى لا تتقلب البيوت إلى بارات ، والمجالس الخاصة إلى خمارات، كما تعلم سيادتكم بما يجرى في بلاد طبقت الشريعة علنا، وهدمتها سرا، وفعلا، في كل موقع، وكل فضائية، وكل فيديو، وكل أغنية، وكل كليب . حتى لو كان هذا كله هو موقفكم المعلن الآن، فأنتم غير قادرين على مواجهة مسؤولية تنفيذه ما لم يوجد ما يضمن الجهاد الأكبر طول الوقت .

الذي يزيل (أو يقلل) خوف أمثالي، وربما خوفكم، هو أن نتعاون ليكون ثم دستور يحترم الوعي الذي تحرك في الناس فانتخبوا الإخوان، دستور ينظم المجتمع ليسمح بأكبر قدر من حركية الإبداع بالعبادات، والفن، والذكر، والحركة، والاستكشاف حتى جدل الكفر، بحيث لا يضطر أحد إلى التقية، أو الانشقاق .. إلخ. هذا الدستور لا يركز على تطبيق ظاهر ألفاظ الشريعة على حساب فرص تعميق الفطرة توجهها إلى الحق سبحانه تعالى. تتحقق هذه الفرص بالعدل والإنتاج والوفرة والاختلاف والاجتهاد والجهاد الأكبر، لو حدث ذلك فعلا يوميا ومسؤولية حكومية استجابة لوعي إيماني شعبي غامر، فلا يمكن أن يقاس إلا بإنتاج يناقش إنتاج الصين، وإبداع يمتد إلى ما بعد إبداع فضلاء الغرب الذين يستلهمون مبدعى التصوف منا في حين نقوم نحن بتهميشهم وإنكارهم (إنكار قادة متصوفينا) قديما وحديثا. نحن لم نتعلم من علاقة إسلام جارودي بابن عربي، ولا من علاقة شملت كاتب مسيو إبراهيم، بجلال الدين الرومي، مع أننا أولى بهما وبغيرهما.

أكرر: هذا النموذج الذي أشير إليه ليس له أدنى علاقة بزعم أن الدين لله والوطن للجميع، أو بأن ندع ما لقيصر لقيصر وما لله لله، فما لقيصر، حتى لو ظلم وطغى، مرجعه إلى الله بالمعنى الإبداعي والإيماني الطليق، الله - وليس الحاكمون باسمه - يحكم بيننا بما نستحق ونفعل، وهو خير الحاكمين. إن ما أطرحه ليس حلما مثاليا، فهو تماما الذي من أجله جاعنا جارودي هربا من الرفاهية الكمية والتغريب، وهو الذي تجلى في عم إبراهيم (مسيو إبراهيم) في تصوفه وورعه، وفي سماحه وتصفوه، مسيو إبراهيم يعلم صديقه الصبي كيف أنهما يرجعان بجذورهما إلى النبات، ليمتدا بالإيمان إلى المطلق.

أستاذتكم - سيادة المرشد_ لأعود لقارئى كما تعود، وكما يقول العنوان - تمهيدا لنقد النص الروائي، ولو في العدد القادم.

مسيو إبراهيم وزهور القرآن
منذ سمعت عن فيلم "مسيو إبراهيم وزهور القرآن"، وأنا في شوق إلى رؤيته لأصالح عمر الشريف الذى أحبه وأحترمه، مع أننى كنت أخذًا على خاطرى منه حين طلق فاتن حمامة، بل وقد خاصمته لفترة ليست قصيرة حين شاهدت له بالصدفة فيلما تليفزيونيا بالصدفة في باريس سنة 1969، كان يقوم فيه بدور لص ظريف، طالبا يدرس في الأزهر، وقد بلغنى من الفيلم على حد لغتى الفرنسية الضعيفة جدا، أنه أهان الأزهر والإسلام بشكل ما، لكننى صالحته أخيرا ليس فقط بسبب تمثيله زهور القرآن، ولا بسبب تصريحاته الأمانة المتواضعة في معرض السينما الأخير عن المرحوم أحمد زكى، صالحته والسلام.

الرواية: تاليف إريك إيمانويل شميت

ترجمة: محمد سلماوى، (58 صفحة من القطع الصغير).

المقتطفات

(1)

".... (ص 18= ص 4 من المتن بعد المقدمة) كان مسيو إبراهيم ملتصقا دائما بكرسيه الصغير مثل فرع النبات الذى يلصق بالساق المراد تطعيمها...."
(ثم ص 65 قبل النهاية بست صفحات) دار هذا الحديث بين مسيو إبراهيم ومومو (محمد/ موييس)

ما هم عايزين، والإسلام واسع جدا، ..وبعدين يرجعوا للنص، ومش حانرجع لوحد غير فقيه". فماذا يكون الحال يا سيدى إذا تقدم واحد - بحسن نية أيضا - بمشروع قانون للحفاظ على أى نظام انتخابي (ديمقراطي) يمكن أن يسمح للعامة أمثالي، دون الساسة المتفقيهن، أن يولوا عليهم، ولا مؤاخذه، من لا يحكم بما أنزل الله "حرفيا" حسب التفسير التقليدي للآية؟ ثم جاءت الفتوى صريحة محددة، بأن هذا القانون (الديمقراطي) غير جائز شرعا لأنه مما هو حرام قطعاً، لأنه قد يعطى الحق للفاسقين والكافرين والظالمين أن يتولوا أمر المسلمين. ولنفترض - أن سيادة المرشد رفض هذه الفتوى لأنه وعد، ولأنه على نفسه بصيرة، ولو ألقى معاذيره، ولأنه لا يريد يوم القيامة أن يتبرأ منه الذين أثبوا، فلا يجد أمامه كره ليتبرأ منهم كما تبرأوا منه، ما هو تصرفه في هذا الموقف إن شاء الله؟ المسألة إذن ليست شكاً في النوايا، وإنما هي تنبيه للمسار المحتمل، هذا هو ما يمكن أن يحدث في أى مجال بما في ذلك تحديد سقف الإبداع، بما في ذلك الجهاد الأكبر في السعى إلى الحق تعالى تصوفاً كدحا لنالقيه.

حين كنت في الإخوان في أواخر الأربعينات حول سن السادسة عشر، جاء والدى مدرس العربى بصديقه مدرس الدين ينهائى ألا أتمادى، ورحت مفوها أسألهم بكل شجاعة : أفنؤمنون ببعض الكتاب وتكفرون ببعض؟ ثم تلوت عليهما -كما علمونا في الإخوان- آيات ومن لم يحكم بما أنزل الله الواحدة تلو الأخرى، وبعد حوالى نصف قرن، خطر لى وأنا أقرأ نفس الآيات الكريمة أن الله أنزل كل شيء (كما أن له كل شيء: الدين والوطن والجميع). الله سبحانه أنزل الفطرة بقوانينها التى نجتهد فى هذا الباب - مثلاً- للتعرف عليها، فيكون الحكم بما أنزل الله هو تفعيل هذه الفطرة البشرية "بما هى" "لما هى"، وهذا وذاك أمر لا يتعلق بالمعاجم، ولا بالروايات المنقولة، ولا بالتفسير الجاهزة، وإنما بالمعرفة المتجددة الممتدة، وبالإبداع المغامر المسؤول (الجهاد الأكبر).؟ لو وصل لوعي المرشد الفاضل ما وصلنى يقينا هكذا، فكيف سيكون موقفه؟ هل سيرجع إلى الشعب يستفتيه " أم أنه سيطرح رأى أغلبية الفقهاء جانباً ويتمسك باستلهمه، أم أنه سيستسلم لما يراه مخالفاً للحق، أم سيستقل ليحل محله من هو أكثر انغلاقاً. المسألة يا فضيلة المرشد ليست ببديى ولا بيدك إلا بثورة إيمانية إبداعية تخترق كل السقوف وترفض كل وصاية. أنا أتق صدق النية ومعجب بحكمة إدارتكم للمعركة الانتخابية ورغم الحظر المزعوم، لكننى أدعوك لإعادة النظر، ألم تشر إلى فضل الذين انتخبوا الإخوان دون أن يكونوا إخواناً، بقى أن نعرفهم، نتعرف عليهم، نتساءل من أعطى صوته لمن، لماذا؟ ترجيحى شخصياً أنهم إنما انتخبوا فطرتهم كما لاحت في أفق مجهول كانوا يتبينوا بعض معالمه فى ما لوحت به وعود جماعتك، دون أى ضمان للتنفيذ الممتد.

المسألة أكبر من التصريح بنشر هذا الكتاب أو ذاك، أكبر من الاعتراف بأن الموسيقى حلوة جدا، وأحيانا مفيدة، أكبر من أن النحت والتصوير يمكن أن يكونا حلالا زلالا، أهم من إقرار سيادتكم أنكم تحبون السينما (لكن أين الوقت؟)، أدق من التصريحات البديهية الواعدة برعاية الأقليات وتشجيع الفن المؤبد "الكويس". أنا لا أطلب من سيادتكم إجابات أكثر مصداقية فأنتم غير مكذبون عندى أصلا، لكننى أدعوك إلى رؤية منهجية مستقبلية تجعل ما لله لله، وهو الأمر كله وعلى السلطة الوصية والمفسرين المتجمدين أن يمتنعوا ، وحسابنا جميعا على الحق سبحانه وتعالى. حتى لو أجبتم فضيلتكم أو الدكتور أبو الفتوح أو الدكتور العريان بكل ما أتصوره واعدة بالإبداع بلا حدود، وحتى لو اقتنعتم برأى الدكتور أحمد فؤاد أبو المجد وعلى عزت بيجوفيتشى وربما سليم العوا، وجلال البنا، وذات مرة - على ما أنكر فهمى هويدى، وآخرين لو اقتنعتم بآراء هؤلاء بقصر إقامة حد الردة (إن وجد أصلا) على حالة الحرب (الخيانة العظمى)، وحتى لو انتبهتم إلى تفضيل عدم التدخل فى

(6) ص 36

- كنت أعتقد أن المسلمين لا يشربون الكحول
- نعم، لكنني صوفي

(7) نفس الصفحة

"ومن محاولاتى المستميتة لفهم جميع كلمات هذا التعريف (تعريف الصوفية) انضح في النهاية أن مسيو إبراهيم بمشروبه الكحول يؤمن بالله وفق العقيدة الإسلامية، ولكن بطريقة يبدو أنها تكاد تقترب من الخارجين على الدين"

(8) (بعد أن مرت بريجيت بارلو على نكاح مسيو إبراهيم، ودار مادار) ص 21

- مسيو إبراهيم تصور أنك في قارب مع زوجتك وبريجيت باردو، ثم غرق القارب، ماذا كنت تفعل؟
- أراهنك أنه سيتضح أن زوجتي تعرف السباحة
- (ملحوظة: زوجته كانت ماتت من زمن)

(11) ص 67، 68

كان مسيو عبد الله (صديق مسيو إبراهيم) مثل مسيو إبراهيم،.... كان كثيرا ما يتلوا أبياتا لجلال الدين الرومي:

الحى: إجعله يموت إنه جسدك

الميت: إجعله يحيا: إنه قلبك

الحاضر: خبئه إنه الحياة الدنيا

الغائب: إجعله يحضر، إنه الحياة الآخرة

وبعد

كيف نقرأ هذه النصوص؟ فى سياقها؟ أم منفصلة؟ ثم فى أى سياق نقضى نقرؤها؟ سياق الإبداع أم سياق تفسير ثابت للنصوص والحلال والحرام ألفاظا جامدة أبدا؟

هل نقرأ الرواية ونحن نصفق لذكر القرآن الكريم هكذا (وهو لا يحتاج تصفيقا)، باعتبار أنه السبب فى هداية الصبى، ونفرح أن مسيو إبراهيم تبني الولد، فزاد المسلمون واحدا؟ (لم تقل الرواية صراحة ان موييس قد أشهر إسلامه) أم نقرأها لنصالح التصوف الإبداع، ونصالح الجسد التفكير، ونسترجع كنوزنا التى حرمننا أنفسنا منها فى حين نهل جارودى من ابن عربى فأسلم، كما استلهم شमित من جلال الدين الرومى، فأبدع؟

هل نستعبط ونقول إن ما ورد فى الرواية من خطايا وأوزار وتجاوزات كان تمهيدا لإعلان توبة نصوح، وندعو الله تعالى أن يتقبلها ويغفر للجميع؟ هل هذا نقد أم إبداع أم ماذا؟

القضية صعبة، والإبداع ، طريقنا إلى الله، مهدد فعلا، والنقد إبداع لاحق. والحق تعالى من وراء القصد، وهو سبحانه غالب على أمره، ولكن أكثر الناس لا يعلمون.

II - مسيو إبراهيم... الإبداع طريق الإيمان (2) : من ديستوفيسكى إلى شميست مرورا بمحفوظ

أما قبل: التحدى الملقى على وعى البشر اليوم هو أن الإنسان أصبح مشاركا فعلا فى مسيرة تطوره، ليس بالضرورة مشاركا إيجابيا، الزمن أبدع الحياة - بفضل الله-، والإنسان بغيره يتصور أنه يقف على قمته. هل هى الأمانة التى حملها الإنسان فكان ظلوما جهولا؟ (ظلم نفسه جهلا بثقل الأمانة)؟ ليكن. من هذا المنطلق يصبح أخطر المجالات التى من طبيعتها أن تحرك مجاميع البشر فى اتجاه بذاته، والتى- للأسف- يديرها قلة مشبوهة من الناس دون الباقى، قلة تمارس تأثيرها فى مجالين متداخلين مهما حاولنا الفصل بينهما: الدين

- إن هناك سلما وضع أمامنا حتى نهرب من أنفسنا يا موموء، الإنسان كان فى البداية معدنا، ثم نباتا، ثم حيوانا، والمرحلة الحيوانية هى ما لا يستطيع الإنسان أن ينساها، وكثيرا ما يميل إلى أن يعود إليه- ثم أصبح الإنسان بعد ذلك إنسانا حصل على نعمة المعرفة والرشد والإيمان، أتخيل (عم إبراهيم يخاطب الصبي) الرحلة التى قطعتها أنت من التراب إلى اليوم؟...."

فيرد ميمو

- إننى على أى حال لا أتذكر أيا من هذه الحالات، هل تتذكر أنت يا مسيو إبراهيم أنك كنت نباتا؟

- معلوم ماذا تظنى أفعل حين أبقي ساعات دون أن أتحرّك فوق كرسي الصغير فى دكان البقالة"

(2) : ص 33

- من أين لك معرفة كل هذا يا مسيو إبراهيم
- أنا لا أعرف شيئا، أعرف فقط ما بقرآنى

(3) : ص 43

(مسيو إبراهيم، الحديث عن والد الطفل)
- أو ليس غاضبا من أنك تقرأ القرآن

- إنى اختبئ على كل حال، ثم إننى لم أفهم منه شيئا

- حين تريد أن نتعلم فليس علينا بكتاب، وإنما علينا أن نتحدث إلى إنسان، أنا لا أومن بالكتب

(4) (فى موقف احتضار مسيو إبراهيم) ص 66 ، قبيل نهاية الرواية

- لكى خائف عليك يا مسيو إبراهيم

- أنا لست خائف يا موموء، إنى أعرف ما فى قرآنى

(وفى الصفحة التالية 68)

- صه، لا تقلق، إنى لن أموت، بل سأخق بالاتساع اللانهائى

ثم فى الصفحة التالية للتالية (69)

"مثلما كان يقول مسيو إبراهيم: ذكاؤك فى كاحلك، ولكاحلك طريقة عميقة فى التفكير"

(5) (موييس فى سن 12 سنة، وهو يدعى أن عنده 16 سنة : فى بيت

الغانيات، ص 16)

- أعندك حقا 16 سنة؟

- طبعاً، منذ صباح اليوم

صعدنا سويا للطابق العلوى، لم أصدق، وكانت لى بالكامل،... وفى النهاية ربتت على شعرى برفق، أنا الآن رجل وتم تعميدى بين فخذى امرأة

والسياسة، أغلب ما عدا ذلك من نشاطات بشرية هي وسائل يستعملها الذين يركون مجاميع الناس في هذا الاتجاه أو ذاك. العلم والمعلومات-مثلا- يتوقف أثرها على من يستعملها أو يحررها لصالح أو ضد المسيرة البشرية (أشهر مثال: الطاقة الذرية). الحديث عن الدين والسياسة هو من أهم ما يجب تناوله ونحن نبحث في الإنسان. إن ما يسمى فوز الإخوان هو في حقيقته إعلان حجم من نجحوا أن يذهبوا إلى صناديق الانتخاب ممن هم إخوان، أو ممن هم متعاطفون مع الإخوان، أو ممن هم آملون في الإخوان، ما هو الدافع إلى مثل هذا التوجه، وأين يقع من لم يذهبوا، علما بأن النتائج لن تصيب الذين انتخبوا منا خاصة؟ هذا بعض ما نحاول الكشف عما تيسر منه الآن.

علاقتنا برينا، وبالإبداع، وبالوعي، وبالإيمان، ومن ثم : بالدين، وبالسياسة. هذا الموقف يكاد يختزل الدين (فالإيمان) إلى ما يثبط حركية السعي إلى وجه الله (بالإبداع والعبادات). إن المبالغة في الفرحة ببعض المعلومات المتواضعة في بعض الآيات، أو بإسلام الخوارج الفلاني المهم جدا، وأن هذا وذاك يثبت أن "ديننا كويس جدا"، وبالتالي علينا أن نتمسك به، وننتخب بالمرة كل من يلوح لنا أنه قادر على نشره وصيانتها، هو دليل على أغلبننا يعبد الله على حرف. نرجع إلى قول "إيفان كارامازوف ما معناه: إذا لم يكن الله موجودا فكل شيء مباح"، نقيمها

المقتطف (من نص كارامازوف)

"... فإذا فقدت الإنسانية هذا الاعتقاد بالخلود فسرعان ما ستغيب جميع ينابيع الحب، بل سرعان ما سيفقد البشر كل قدرة على مواصلة حياتهم في هذا العالم، أكثر من ذلك أنه لن يبقى شيء، يعد منافيا للأخلاق. وسيكون كل شيء مباحا حتى أكل لحوم البشر(91)

مقتطف (الناحية الأخرى) من نفس الرواية:

فيدور: "أما أنا فلا مانع عندي من أن أعتقد بوجود الجحيم ولكن شريطة ألا يكون لها سقف".

إيفان: "خسارة... لا يعلم أحد ماذا كان يمكن أن أصنع به ذلك الذي اخترع الله أول من اخترعه، إن الشئ قليل عليه"

كتبت - ناقدا - من وحى هذه الرواية " إنه لم يظهر فرد في الرواية صغيرا أو كبيرا لم تمثل عنده قضية الإيمان ووجود الله (وليس فقط الدين) محورا خطيرا وأرضية متفجرة، لا الأب: الشهواني/ الفيلسوف/الطفل.. المنحل الوحيد، ولا إيفان: الملحد المتقف المتألم المحتج الجاف المنسحب، ولا ألبوشا المؤمن الراهب الطبيب المسامح الشاك قليلا، ولا ديمتري: المندفع اللئيم، ولا إيليوشا ابن الكابتن سينجريف ولا أبوه ولا إخوته، ولا أمه". أوصلني نقدي للرواية إلى فرض يقول باستحالة الإلحاد ببيولوجيا، بمعنى أنه وصلني كيف أن تنظيم الخلية البشرية في ذاته، يتوجه بطبيعة فطرته نحو استعادة هارمونيته مع تنظيم العالم على اتساعه، وأن الوعي بهذا النزوع يوجهنا بشرا لنبدع أنفسنا بتجدد متصل نحو استعادة التوازن مع الكون، فنؤمن، وأن أية مخالفة لهذا القانون البيولوجي الحافز إلى التناقص الإيماني، ليس إلا من ألعاب العقل المبرمج حديثا من خارجه، أما الخلية فتظل مبرمجة تطوريا بما يوجهها إلى إطلاق فطرته، الأمر الذي لا مجال لتفصيله هنا والآن. المهم أن قضايا الإيمان والدين تتفجر بكل إشراقها من أصالة حركية الإبداع، وأن هذه الحركية هي الآلية الأساسية اللازمة لتحريك جدل الإيمان. ديستوفسكي لم يقصد أن يجعلنا مؤمنين، لكنه حقق ذلك بمجرد أنه سمح لفطرة يداعه أن تتجلى دون وصاية سلطوية تقزمها، أو تجهضها. القراءة الوصية السلطوية لنفس هذه الرواية يمكن أن تحلها من خلال بعض الحوارات محاكمة لا تحرمنا فقط من إسهامها لكشف الطريق إلى الإيمان، ولكن أيضا قد تبرر محاكمة كاتبها، أو حتى قتله

الذين يعبدون الله على حرف يتمحكون في معلومة من هنا، أو رأى عابر جاء في حوار في رواية أو مسرحية هناك، فيهتقون أو يصرخون أن الله سبحانه موجود كما جاء في قول فلان (في رواية كذا صفحة كيت)، والذين يعبدون الله على حرف أيضا، يلتقطون معلومة علمية جزئية محدودة، فيها شبهة تماس مع بعض ألفاظ آية كريمة، وهات يا تفسير الدين بالعلم، بما يشوه كلا من الدين والعلم معا، فريق ثالث يجد حجرا عليه نقش عشوائى بما يشبه رسم الكعبة مثلا، وهات يا تصوير، ويا تصفيق ويا تسويق. ألا يدل كل ذلك وغيره على اهتزاز إيماننا، وعدم ثقتنا في مصداقيته بذاته لذاته؟ معظم الناس، بما في ذلك جمهرة من العلماء، ناهيك عن المشايخ، يتصورون أننا نتعرف على أنفسنا والكون بما يسمى "العقل". البحث في المنهج مؤخرا جدا (العلم المعرفي) اتسع ليعلمنا أن العقل (كما نعرفه تقليديا) ليس هو الوسيلة الوحيدة للمعرفة الصحيحة، لكنه وسيلة جيدة جدا، وضرورية، في حدود إمكاناتها، وهي قليلة بالنسبة لحجم الحقيقة الممكنة والمجهولة. الوسائل الأخرى هي عديدة وربما أكثر أصالة، تكفي الإشارة هنا إلى أن كلا من وعى الجسد ومستويات الوعي الأخرى تشترك بجرعة أكثر إيجابية في عملية الإبداع الخلاق. الزعم بأن الإسلام دين العقل، وأن "ربنا عرفوه بالعقل" هو زعم يختزل الدين والله عز وجل إلى ما نفهمه، لا من نتوجه إليه وقد وسع كرسية السماوات والأرض، ليس كمثله شيء. كيف يمكن أن يكون الإبداع طريقا إلى الإيمان، وكيف أن أجهاضه وقهره إنما يحرم الإنسان من حركية الإيمان، وبالتالي من الكدح إلى ربه ليلاقيه.

منذ أيام كتبت في الأهرام 26 (الجاري) ما يصلح مقدمة لهذا المبحث، كتبت ما يلي :

"الإيمان أصل في الوجود، والدين أحد تجلياته، بوحي ورحمة من الله عبر أنبيائه عليهم السلام. الإيمان ليس مرادفا للدين. الخائفون من تدخل السلطة الدينية بجمود معوق، راحوا يلغون بالطفل (الدين) مع السلة التي يريدون التخلص منها (السلطة الدينية)، ثم يكتفون بإعلان السماح للأفراد أن يتدينوا بعض الوقت، أو كلما لزم الأمر!!،

.....تظل حركية الإيمان/الإبداع هي الوجود البشري في أنقى صورته. الإيمان موقف وجودي حياتي حيوي، يمتد بالوعي البشري إلى الوعي الكوني كدحا إلى ربنا لنلاقيه، هو عملية فردية/جماعية بقائية تطويرية مستمرة، لا يمكن تهميشها بأى قرار أو تنظيم، كما لا يمكن حبسها بأية وصاية أو تقزيم.

القراءة

من أهم ما يفسر التسطيح الذي يتناول به الناس مسألة الدين ما شاع بفرحة غامرة عن كيف أن ديستوفسكي في "الإخوة كارامازوف" قد أنهى أو كاد ينهي الرواية بإعلان ما معناه "إذا لم يكن الله موجودا فكل شيء مباح"، (أنكر أن الرواية حين تمصرت فيلما "الإخوة الأعداء" وقيلت هذه الجملة بلهجة خطابية في الفيلم، صفق الناس في الصالة، وهللا). هؤلاء الناس الطيبون قد يكون منهم من انتخب الإخوان، أو أمل فيهم. وهم بذلك يعلنون أن شوق البشر إلى ما يدعم علاقتهم بالله هو شوق بلا حدود. موقف مثل هذا، ومثل التفسير العلمي للقرآن هو موقف يعلن ضعف

الإجابات الصامتة عن الأسئلة الصعبة الغامضة هي الإجابات الحقيقية القادرة على تحريك الوعي إلى غايته، وهي إجابات تأتي من الداخل/الخارج (وبالعكس) مباشرة بيقين ليس كمثله شيء، كل إبداع محفوظ - تقريباً - يحرك فينا مثل هذه الأسئلة التي تدفعنا إليه حيث يدور حول الله والخلود والوعي بالنهاية/البداية، والحوار مع الأقدار، يفعل ذلك وهو يثير - بسلسلة متسلسلة - الأسئلة التي هي إجابات (أولاد حارتنا، لم يكن فيها هذا التسحب)

مسيو إبراهيم وزهور القرآن

الرواية القصيرة، أو القصة القصيرة (وقد طالت قليلاً)، تأليف إيمانويل شميت وترجمة محمد سلماوي) تحكى عن بقال مسلم فرنسي من أصل أناضولي يعيش في باريس، ماتت زوجته من سنوات (هذا ما علمناه قرب النهاية)، يصادق صبيًا يهوديًا فرنسيًا منذ كان في الثانية عشر، فيتعرف الصبي من خلال لقاءاتهما، وحواراتهما، على إيمان وتصوف عم إبراهيم (هكذا أسميه، وليس مسيو إبراهيم) يرد عم إبراهيم على أسئلة

"(مويس/مومو/محمد)، فيما يتعلق بما يدعونه من هدوئه، وسلوكه، ورضاه، وبقينه، يرد عليه بأنه "يعرف ما في قرانه"، التعبير كان دقيقاً، وقد أرسلت لأحصل على النسخة بالفرنسية لاتأكد من أصله، (وهو غير التعبير الذي جاء في مقدمة المترجم القدير، محمد سلماوي حين ذكر ذلك باعتباره: "الإيمان بما ورد في القرآن"). ثم يهرب والد الصبي متخلياً عن ابنه بعد أن انفصل عن أمه سنين عدداً، ثم يتمادى في الهرب بانتحاره، فيقوم عم إبراهيم بتبني الصبي، بناءً عن طلبه، ويقومان برحلة معاً، يتعرف إبراهيم قبلها وأثناءها عن معنى التصوف، فكراً وفعلاً ورقصاً وتواصلاً معاً في توجه شامل إلى وجه المطلق والحقيقة والحق تعالى. ولا يفوت المؤلف، أن يعرض لنا كيف كان عم إبراهيم يتعاطى الكحول، وأحياناً يعطى بعض النقود للصبي ليزور الغانيات، كل ذلك في جو من السماح والحوار ومحاولة الصدق والبحث عن الحقيقة. لن نعيد المقطعات التي أوردناها في العدد السابق، فهي دالة في ذاتها لمن قرأها، والأفضل أن نقرأ في سياقها: الرواية، مثل كل إبداع عميق، وجاد، ومحرك، تتعرض لقضايا خطيرة، يمكن أن تثير إشكالات نقدية متعددة، كما يمكن أن تستثير اعتراضات دينية قهرية بلا حصر. وبالتالي فإن أياً من هذه القضايا يمكن أن يتناولها أصحاب الشأن، أو أولوا الأمر، بطريقتين متناقضتين تماماً. ومنها:

1- ارتباط فكر التصوف بنظرية التطور، وامتداد الأصل حتى النباتات، واحتمال تذكر ذلك.

2- الحلال والحرام، وهل تصوف مسيو إبراهيم يسمح له بتناول الكحول؟ وهل في هذا سماح ضمنى لقارئ شاب، ومن ثم التشجيع على فساده !!؟؟

3- الإشارة إلى اختلاف قراءة القرآن عن حضوره فعلاً مثلاً (مع تذكر كيف كان رسول الله صلى الله عليه: خلقه القرآن)

4- تقييم تعبير: "أعرف ما في قراني"، والفرق بينه وبين ما جاء في مقدمة المترجم "الإيمان بما جاء في القرآن".

5- دور حركية الجسد في تحريك الوعي، فالمعرفة من أول جلسة عم إبراهيم ساكناً كنبات حي، حتى رقصة التنورة، إلى أن يعلنها عم إبراهيم صريحة، وأن الكاحل يفكر أفضل.

"..ذكاؤك في كاحلك، ولكاحلك طريقة عميقة في التفكير"

6- كيفية عرض الموت وعلاقته مع ما سبق إيراده من فرض في هذا الباب، حين قرأنا نقداً "بائعة أعواد الكبريت الصغيرة"، لهانز

نجيب محفوظ

لم يعد ثم مجال للشك في أن قارئ نجيب محفوظ الذي يحسن الإنصات إلى رسائله، لا بد أن يصل إلى الإيمان اليقيني من أكثر من طريق، وبأكثر من لغة. يتحرك إبداع هذا الرجل طول الوقت وهو يكشف لنا بعض ما نستطيع تحمله، على قدر ما نستطيع هو أيضاً تحمله، من جرعات الإيمان المتصاعدة. في رأيي أن أضعف ما تناول به محفوظ هذه القضية هو رواية "أولاد حارتنا" خصوصاً حين وضع في النهاية مسؤولية حل الإشكال الأساسي بين يدى عرفة (العلم) ليعيد الحياة إلى الجبالوى. هذه مهمة تحتاج إلى علم آخر، بمنهج آخر، غير ما ألمحت له نشاطات عرفة قرب النهاية، وغير ما كان معروفاً عما هو "علم" وقت كتابتها.

مقتطفات من محفوظ

أولاً : من ملحمة الخرافيش

في حوار بين فلة وعاشور الناجي الكبير، تسأل فلة :
" كيف يلقاك الناس يا عاشور؟"
فيرد "كل يعمل على قدر إيمانه"،

الإيمان في هذا السياق الإبداعي المخترق يمكن أن يعيننا لنستلهم فهمًا جديدًا لإسلام الأعراب الذي ميزته الآلة الكريمة عن الإيمان الذي لا يكون إلا أن يدخل القلوب :

"قالت الأعراب آمناً، قل لم تؤمنوا، ولكن قولوا أسلمنا ولما يدخل الإيمان في قلوبكم"،

ثانياً: من أصداء السيرة الذاتية

في أصداء السيرة الذاتية حضرت إشكالة الإيمان والموت والخلود بشكل متكرر متنوع لتخدم نفس فكرة تحريك الوعي، لإيقاظ الفطرة سعياً إلى وجه الحق تعالى. لعل أكثر الفقرات مباشرة، وإن كانت لا تصل إلى سخر رمزية أولاد حارتنا هي الفقرة بعنوان "الزيارة الأخيرة" ففيها أرجع الكاتب الفضل كله لصاحب الفضل، وأوضح كيف أنه بالرغم من فضله هذا، فقد أنكره أغلب من تفضل عليهم، بل وتنكروا له، حتى نسوه، لتنتهي الفقرة بالتذكرة بأن الموت هو اليقيني الذي لا بد وأن يثبت أن الوفاء هو الأجدر بمن وعى فضله باحثاً عنه حامداً صنيعة.

"ولم تحمل تلك الصعوبات بين الرجل ورغبته فمضى من فوره إلى الإمام، كان يقوده شعور قوى بالوفاء، وبأنه ذاهب إلى غير رجعة.."

الفقرة المسماة "المصادفة" أظهرت كيف أن الاعتذار عن غرور الإنسان بنفسه، يبدو أهم من الاستغفار، وأنه مهما نضج الفرد حتى تصور أن بإمكانه أن يستقل عن تلك القوة الداعمة الجبارة المساندة، فإنه في نهاية النهاية سوف يعرف أنه "لا غنى عنه ... وأن لقاءه، هو مصادفة سعيدة".

وفي الفقرة بعنوان "الانبهار" كان الذي حافظ على استمرار العلاقة الجدلية نحو الإيمان حية حركية هو حضور الأسئلة المستعمية دون جواب، حيث يسمع كل سائل في جوف الصمت العميق، يسمع "الجواب الذي يغيبه" لتنتهي الفقرة كما يلي:

.... لم أر حركة تدب في شفتيه، ولم أسمع صوتاً يند عن فيه، ورجعت من عنده وسط مجموع قد انبهرت بما سمعت لحد الجنون".

ورحابة التفسير وإبداع الاستلهام ، فما بالك إذا كانت السلطة الحاكمة تزعم أنها إسلامية ملتزمة بتفسيراتهم؟

هذا ، وليس تصريحات الطبيبين منهم، هو ما ينبه إلى خطورة تسلمهم مقاليد الحكم، دون فصل دستوري دائم بينهم وبين تلك السلطة المحتكرة تفسير النصوص دون إعادة استلهامها. إن الحصول على الأصوات تحت شعار واعد -ضمننا- بإحياء الفطرة السليمة، ثم تسليم نتيجة هذه الأصوات لسلطة محتكرة وصية قامعة، هو بمثابة التزييف الذي أخذناه على الحزب الوطني حين قام بتحويل أصوات الذين انتخبوا المستقلين فجعلوها أصواتا لصالح الحزب الوطني. المسألة فيما يتعلق بالسلطة الدينية وقهر الإبداع، هي أخطر، وأكبر خداعا.

الاختبار الحقيقي لنوايا السلطة المرشحة للتداول، وأيضا لشجاعتها في مواجهة السلطة الدينية الرسمية، هو أن تتبنى فتاوى الحرية الطليقة طول الوقت في كل المجالات، ثقة في وعى الناس وإبداعهم وقدرتهم على الاستلهام المتجدد، فتبدأ بإعلان السماح بالدخول والخروج من هذا الدين القوى، لأنه متين، لا يقل متانة وثقة بنفسه عن الأديان الأخرى، وبما أننا سمحنا أن يدخل ديننا مَنْ ليس منه، بل راح بعضنا يهمل لذلك ويكبر، (خاصة إذا كان الداخر خاوة معروف عنه الفهم والتفكير)، فالعدل يقول إن المعاملة ينبغي أن تكون بالمثل، وإلا وضعنا ديننا في موضع الأضعف المهزوز، ثم إن الفتاوى الشجاعة الكريمة جاهزة لقصر حد الردة على زمن الحرب (ما يقابل الخيانة العظمى)، هذا تكرار لن أمل من ذكره احتراماً لدينى، وثقة به.

إن فقهاءنا المتتورين قد أعلنوها وتحملوا مسؤولية إعلانهم، فما هو موقف من يلوح بالوعود ويتعهد بدوام ما يسمى الديمقراطية؟ وأين الضمان؟

أندرسون، باعتبار أن الموت هو وعى بينى، وعى بين الوعى الشخصى والوعى الكونى. ظهر ذلك فى قول مسيو إبراهيم :
- صه، لا تقلق، إنى لن أموت، بل سألحق بالانتصاف اللانهائى.

اختبار النوايا والشجاعة

إذا كانت الوزارة المدنية الحالية، بجلالة قدرها، وادعاء علمانياتها، لم تستطع أن تقف في وجه ما أثير من قضايا أقل من ذلك بكثير، مثل "وليمة أعشاب البحر" ثم حكاية قصور الثقافة والثلاث روايات، فكيف يمكن أن يتناول الحكام الذين سوف يحكمون باسم الإسلام بعض ذلك؟ أفترض أن كثيرين من الإخوان، أو حتى قلة قليلة، ممن يحترمون فطرة الله التي فطر الناس عليها يقفون إلى جانب الإبداع طريقاً إلى الإيمان بلا حدود، لكن، ما كل ما يتمنى الحاكم يدركه، وما كل ما تراه السلطة السياسية الإسلامية، حتى لو وعدت وصدقت، يمكن أن تنفذه.

نحن نعرف أن البشر في شوق شديد إلى نوعية أخرى من الحياة، وطريقة أخرى من التفكير، وحضور آخر للمنهج، ومساحة أخرى من الحرية، ذلك لأن النموذج المطروح من الغرب عالمياً وعولمياً قد تمادى في الاهتمام بالكم، والرفاهية، وغرور الإنسان، الحرية المشبوهة المتحيزة، لكن هذا النموذج الذى لاح لجارودى فى ابن عربى، ولاح لديستوفيسكى فى عمق دينه، ولاح لمحمود فى كل وعيه، ولاح لشميت فى زهور القرآن، لا يتحقق بإعلان تطبيق الشريعة ظاهراً، ثم إنكار كل زخم الإيمان وإبداع التصوف وكأننا تلقى كنوزنا فى القمامة لنحتفظ بالوعاء أو الغطاء بدلاً عنها، نحن فى حاجة إلى ثورة نسترد بها كنوزنا منها وتصوفا وإيماناً مبدعاً، ثورة تحد من قهر السلطة الدينية لوعى الناس وإجهاض إبداعهم، تلك السلطة التى تواصل فرض وصايتها ليس فقط على الحكومات المدنية، وإنما أيضاً على دور النشر، وعملية التفكير، وفرص الاجتهاد،

"يوميات" الإنسان والتطور المجلدات الإلكترونية الفصلية

ضمن سلسلة الإصدارات الإلكترونية للشبكة تم إصدار المجلدات الإلكترونية الفصلية لـ:

"يوميات الإنسان والتطور"

بروفيسور يحيى الرخاوي

التي عرض فيها الرخاوي قراءته للنص البشري في سوانه و اضطرابه من منظور تطوري. يأتي إصدار هذه المجلدات بعد أن أجزى البروفيسور يحيى الرخاوي " 365 يومية " يوماً بيوم و على مدى سنة كاملة (01 سبتمبر 2007 إلى 31 أغسطس 2008)، و الذي يعد سابقة علمية بكل المقاييس وإنجازاً بحسب له و هو في هذه المرحلة من مراحل العمر.

كل الفضل و التقدير للبروفيسور الجليل أن تكرم قبول عرض هذه المجلدات لـ "التنزيل الحر" دون الحاجة إلى كلمات عبور لتحميلها سواء انطلاقاً من موقع "شبكة العلوم النفسية العربية": www.arabpsynet.com أو من "موقعه الشخصي": www.rakhawy.org

حكاية كلمة - المجلد 1 .. إفتتاحيات مجلة الإنسان والتطور 1980- 2001

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakQ1980.2001.exe>

حكاية كلمة - المجلد 4 الإصدار الفصلي: ربيع 2008

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakSpring08.exe>

حكاية كلمة - المجلد 5. الإصدار الفصلي: صيف 2008

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakSummer08.exe>

حكاية كلمة - المجلد 2 الإصدار الفصلي: خريف 2007

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakAutumn07.exe>

حكاية كلمة - المجلد 3 الإصدار الفصلي: شتاء 07 - 08

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakWinter07-08.exe>

أملنا كبير في اطلاعكم على هذه المجلدات و مشاركتكم ابداء الرأي و عرض و جهات نظركم فيما يقدمه البروفيسور الرخاوي لأبرز ملامح فكره و مدرسته المتعلقة بالنظرية الإيقاعية التطورية.

إننا بكم نرقى و معكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا

رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مقاربة معرفية لسيكولوجية الطفل وسيروية الاكتساب في العالم العربي

أ.د. الغالي أحرشواو - علم النفس - ظهير المهرارز، فاس - المغرب

Aharchaou_rhali@yahoo.fr

مقدمة :

الأكيد أن الاهتمام في هذه المقالة بسيكولوجية الطفولة في علاقتها بتربية الطفل ورعايته وحمايته وتأهيله وتحقيق اندماجه، جاء نتيجة الاقتناع بأن السيكلوجيا في العالم العربي إن أرادت فعلا أن تقوم بدورها المطلوب، فلا مناص لها من الانفتاح على قطاعات المجتمع الحيوية، وفي مقدمتها قطاعات التربية والتكوين، التنشيط ثم الصحة والعلاج، كفضاءات تطبيقية تعج بالظواهر والمشاكل والصعوبات التي من المفروض أن تساهم هذه السيكلوجيا في دراستها وتقويمها وإيجاد حلول لها.

وتجدر الإشارة بهذا الخصوص إلى أن أهم خلاصة انتهينا إليها من خلال الاهتمام بهذا الموضوع على امتداد العشر سنوات الأخيرة هي أنه وبالنظر إلى واقع السيكلوجيا المعاصرة ومقوماتها الحالية، يمكن الإقرار بجائزنا الماسة إلى سيكلوجيا جديدة للطفولة وسيرويات الاكتساب (أعني النمو والتعلم) مغايرة لتلك التي كانت وما تزال تهيمن عندنا حتى الآن وذلك لاعتبارات عديدة أهمها (أحرشواو، تحت الطبع):

* بالتأكيد أن التحولات التي شهدتها المجتمعات العربية مؤخرا في مجالات الاقتصاد والتربية والثقافة والتكنولوجيا والإعلام، قد ساهمت إلى حد كبير في مضاعفة الاهتمام بالطفولة وبأساليب تربيتها وإعدادها وتأهيلها وتحقيق توازنها النفسي واندماجها الاجتماعي. فعلى مدى الخمسين سنة الأخيرة، عرفت هذه المجتمعات تغيرات وتحولات عميقة شملت بعض جوانب بنيتها السوسيواقتصادية والديمقراطية والثقافية والتربوية. وهي التحولات والتغيرات التي واكبتها مكتسبات بنيوية تمثلت أساسا في بعض مظاهر التطور التي طالت قطاعات ومجالات حيوية كالإصلاح التربوي والإداري والصحي والاندماج في الاقتصاد العالمي. إلا أنه وعلى الرغم من هذه المكتسبات فهي ما تزال تعاني من كثير من بؤر العجز والخصائص التي تعطل طموحها المشروع في التنمية وتَقْوُض كل آمالها في تحقيق هذا الطموح، بما في ذلك بؤر العجز والتأخر في مجال البحث العلمي في بعده السيكلوجي. ومن هنا نرى ضرورة التأكيد على أن نجاح أية استراتيجية لخدمة الطفولة العربية يبقى مشروطا في كثير من جوانبه بمستوى ارتباطه ودرجة ارتكازه على أسس ومقومات سيكلوجيا الاكتساب ذات التوجه المعرفي. فكما سيأتي تفصيل ذلك في الفقرات اللاحقة من هذا المقالة، هناك حاجة ملحة إلى مثل هذا الارتكاز الذي يمثل السبيل الأنجع لدراسة هذه الطفولة وفهمها وتأهيلها وتحقيق طموحها.

* الإقرار بأن سيكلوجيا الاكتساب التي عاشت خلال العقود الستة الأولى من القرن العشرين تحت سيطرة سلوكية واطسن Watson وتحليلية فرويد Freud وبنائية بياجي Piaget، وهي من الاتجاهات السيكلوجية التي تراجع صيتها وقلَّ بريقها، عرفت منذ أوائل الستينيات من القرن الماضي تحولا هائلا بفعل ظهور السيكلوجيا المعرفية كاتجاه جديد وكل ما رافق هذا الاتجاه من اكتشافات علمية وخاصة على مستوى كفاءات الطفل المبكرة ودور المحيط والآخر في نموه المعرفي وفي تعلماته.

* الإجماع على أن الإنسان عامة والطفل خاصة عبارة عن نظام فعال لمعالجة المعلومات. إنه آلة نشيطة للتعلم، يتوفر على كفاءات معرفية ومطامعرفية منذ سن جد مبكر ويتعلم باستمرار ويواجه المشاكل بانتظام.

* التسليم بإمكانية إيجاد حلول فعلية لمشاكل العجز والتأخر والتعثر بشتى أنواعها وذلك من خلال إعداد الطرق والبرامج السيكلوجية الملائمة لتشخيص الكفاءات والأنشطة الذهنية وتقويمها وتربيتها.

إذن، إذا كنا في حاجة فعلية إلى سيكلوجيا جديدة للطفل مغايرة لتلك التي كانت وما تزال تهيمن عندنا حتى الآن، فالسؤال المطروح هو ما هي مقومات هذه السيكلوجيا وما هي خصائصها البارزة؟

1. مقومات سيكولوجية الطفل المأمولة

نقصد بهذه المقومات مجمل الخصائص والسمات التي أصبحت تنفرد بها سيكولوجية الطفل ذات التوجه المعرفي والتي ندعو في هذه المقالة إلى اعتمادها كإطار مرجعي أساسي لسيكولوجية الطفل المأمولة عندنا في العالم العربي. وهي بالأساس ست خصائص (أحرشواو، تحت الطبع):

1.1. الفردانية والتفرد

لقد أضحت سيكولوجية الطفل سيكلوجيا قائمة الذات يستحيل اختزالها في نموذج الراشد أو الحيوان أو في بعد واحد، فطريا كان أم نفسيا أم اجتماعيا أم معرفيا. فقد انتهى عهد الاختزال وولَّى منذ أن انتضح بالملحوس

أن الطفولة مرحلة نمائية تمتد من الميلاد إلى سن الرابعة عشرة، بحيث يختلف مداها الزمني ومكان ممارسة أنشطتها المتنوعة عن كل من الراشد والحيوان. وهي بهذا المعنى تشكل ظاهرة سيكلوجية فريدة ومتميزة، يحكمها سياق زمني محدد وإطار موضوعي معين. فهي عبارة عن ذات سيكلوجية مفردة ومبرنة، تتعلم وتفكر وتواجه المشاكل وتحلها منذ سن مبكر في إطار سياقات محددة تؤثرها علاقات التفاعل المختلفة. إنها ليست لا بالذات السيكلوجية الراشدة ولا بالذات الإبتيمية الكونية، بل هي بالتحديد ذات لها من الاستعدادات والطاقات والكفاءات والاستراتيجيات ما يؤهلها لأن تشكل ظاهرة سيكلوجية قائمة الذات، تتميز بالفردانية والفراة وتستحق كامل العناية على مستوى البحث

* الميدان الفيزيائي الذي تحتوي فيه نظرية الطفل على مكونات وخصائص الأشياء الجامدة وتفاعلاتها السببية، حيث يتم التركيز هنا على ظواهر مثل الطاقة والقوة والسرعة والجاذبية وشكل الأرض... الخ.

* الميدان النفسي الاجتماعي الذي تنبني فيه نظرية الطفل على معارفه للحالات الذهنية وللتفاعلات الاجتماعية، بحيث يتعلق الأمر هنا بظواهر مثل: الذهن والتفكير والإدراك والنسيان والانفعال والكلام والتواصل ثم العلاقة مع الآخر. فقد تبين من دراسات عديدة أن الطفل يتعرض في حدود سن الرابعة لتغيرات نوعية هامة في المعرفة التي يمتلكها بخصوص الاشتغال الذهني في حد ذاته، بحيث يصبح قادراً على التفريق بين الكيانات الذهنية والكيانات الفيزيائية وعلى تفسير الأنشطة الإنسانية بالإحالة إلى حالات ذهنية كالمعتقدات والرغبات والمقاصد.

و الواقع أنه إذا كانت هذه النظريات تنمو وتتحول بفعل التمرس من طابعها الثقافي الساذج إلى طابعها العلمي المنظم، فالمؤكد أن الطفل المتعلم لا يصل إلى هذا المستوى من البنية والتطوير لمعارفه المكتسبة إلا عن طريق واحد من الأدوار الثلاثة التالية أو جميعها (Mounoud, 1994):

* الطفل عالم صغير يبني نظرياته ويراجعها ويختبرها على ضوء المعطيات التي يستقبلها من الواقع. فهو يمارس عملية التطوير على معارفه ونظرياته عبر آليات التجريد الواعي Abstraction réfléchi كما حددها بياجي Piaget والوصف التمثلي الجديد representationnelle redescription كما قالت به كارملوف سميث Karmiloff-Smith. فهو ينشئ نظرياته التي تساعده على التفسير والتنبؤ والتعميم. إنه بهذا المعنى عبارة عن فيزيائي صغير يدرك منذ سن مبكرة ظواهر السرعة والقوة والجاذبية... الخ، ورياضي صغير يمتلك منذ سنواته الأولى قدرات العد والحساب، وأخيراً سيكولوجي صغير يفهم الرغبات والمقاصد ويحل ظروف الآخر وتفاعلاته وعلاقاته.

* الطفل متعلم صغير يتعلم بدون انقطاع ويكتشف باستمرار ويتساءل بانتظام. إنه يمتح ويتشبع بنظريات الثقافة التي ينتمي إليها عن طريق التعلم والاكتساب. فهو يتعلم أنواعاً مختلفة من المعارف وأشكالاً متعددة من المفاهيم إما بطريقة عفوية ساذجة وإما بطريقة منظمة علمية، كما يتجلى ذلك بالخصوص في اللغة والحساب واستراتيجيات التواصل.

* الطفل عالم ومتعلم صغير في الوقت نفسه، حيث غالباً ما يبني معارفه ونظرياته الجديدة بناءً على نشاطاته الذهنية التي عادة ما تؤطرها وتوجهها تجاربه وخبراته ونظرياته السابقة الإعداد.

5.1. التعددية والتنوعية

أصبح الاعتراف بتعدد مسارات النمو المعرفي وأشكاله وبتباين أنماطه وسيروراته وبتنوع آلياته وعملياته من الأمور المؤكدة (Houdé, 1999؛ Mounoud, 1999؛ Troadec, 1999). فإذا كانت مسارات هذا النمو وأشكاله تتراوح بين الارتفاع والالتواء والانخفاض وتخضع للتعددية النمائية بدل الأحادية النمائية الموزعة إلى عدد من المراحل، فإن أنماطه وسيروراته تتراوح بين التباينات الضمنية الأفقية والعمودية التي تربط مختلف سيرورات نمو الطفل وميادينها المعرفية بمسارات متعددة بدل ربطها بنفس الإيقاعات أو المراحل النمائية، وبين التباينات البيئية المحكومة بالسياقات الاجتماعية والتغيرات الثقافية ذات التأثير الوازن في سيرورات الطفل المعرفية واستراتيجيات اشتغاله الذهني، في حين أن آلياته وعملياته لم تعد تتوقف من حيث وظيفتها عند حدود إغناء المعارف السابقة بأخرى جديدة، بل أضحت تهتم بمظاهر تراجع هذه المعارف وضعفها وفقرها.

والتقصي وكل الرعاية على مستوى التنشئة والتربية والتعليم.

2.1. التفاعلية والفعالية

على عكس السيكلوجيات السابقة التي كانت تختزل سيكلوجية الطفل إما في البعد السلوكي-الاجتماعي (السلوكية) وإما في البعد الوجداني-العاطفي (التحليلية) وإما في البعد الذاتي-المعرفي (التكوينية)، فإن سيكلوجية الطفل ذات التوجه المعرفي، وإن كانت تميز بين مستويين: أحدهما إدراكي-معرفي والآخر نفسي-اجتماعي، فهي تقول بالتفاعل والتكامل الدينامي بين هذه الأبعاد كلها وتقر بأهمية وصل الجوانب المعرفية بالجوانب الوجدانية، لأن فهم سيكلوجية الطفل مشروط أولاً وقبل كل شيء بفهم الأساس الذي يحركها ويوجهها. فهي تعتبر الجانب الوجداني كطاقة لا بد منها لتشغيل الجانب المعرفي وتتنظر إلى سيرورة الاكتساب كعملية دينامية يتفاعل فيها النمو بالتعلم والذات بالموضوع وبالأحرار عبر وساطة Médiation محددة. ويعني هذا أنه إذا كانت قاعدة الطفل الفطرية تشكل منطلقاً لبناء كفاءاته ومهاراته فإن تجاربه وتعلماته وخبراته الواقعية وعلاقاته مع المحيط والآخر تمثل المحدد الأساس لهذا الانبناء.

والحقيقة أن إقرار هذه السيكلوجيا ذات التوجه المعرفي بهذا النوع من التفاعل الدينامي يصاحبه إقرار آخر يتجلى في فعالية الطفل ومساهمته النشطة في كل ما يتعلمه ويكتسبه من معارف. فقد صار يمثل العنصر الفعال الذي يتعلم ويفكر ويواجه المشاكل ويحلها منذ سن مبكر. فلهذه من القدرات والكفاءات ما يؤهله للتعلم والتفكير والفهم والحكم منذ سنواته الأولى؛ بحيث نجده:

* يدرك الفوارق بين الأشياء في سن جد مبكر؛ إذ يكون على وعي بديمومة الموضوع حتى بعد إخفائه في الشهرين الرابع والخامس، ويعد إلى حدود اثنين في نفس السن ويتهياً لتفكيك مكونات الكون وعناصره منذ الشهر الثالث.

* يتعلم في زمن قياسي عدداً كبيراً من الأنشطة والكفاءات والمهارات المرتبطة باللغة والتواصل والتقيي والتفاعل الاجتماعي.

* يشارك في تعلماته بفعالية ونشاط على عكس ما كان يُعتد به من نعوت ومواصفات الذهن الفارغ الذي يتأثر ولا يؤثر (السلوكية) أو الوجدان الكامن الذي ينفعل ولا يفعل (التحليلية) أو النشاط الذاتي الذي يفعل ولا يتفاعل (التكوينية).

3.1. التحول والتغير

يتعرض الطفل في هذه السيكلوجيا ذات المنظور المعرفي إلى تحول من حالة العنصر المبتدئ إلى حالة العنصر الخبير وذلك عبر وسائط التدخل المختلفة وفي مقدمتها وساطة الأسرة والمدرسة. فكل تعلم يفترض معارف سابقة تُبنى على أساسها معارف جديدة، وبالتالي فهو يشكل سيرورة مسترسلة لتحويل المعارف والانتقال بها من مستواها البدائي الساذج إلى مستواها العلمي المنظم. فالراجح أن الطفل وبالنظر إلى أنواع هذه المعارف وطبيعتها كما سيأتي تفصيل ذلك لاحقاً، عادة ما ينتقل من معارف عامة ساذجة إلى معارف خاصة علمية.

4.1. البنية والتنظيم

لقد ثبت أن لدى الطفل قدرة مبكرة على بنية المعارف المكتسبة وتطويعها. فهو يبني انطلاقاً من تجاربه اليومية وتفاعلاته مع المحيط ومع الآخر مجموعة من النظريات حول مكونات الكون وخصائص الذات الإنسانية والتي تتوزع حالياً على ثلاثة ميادين أساسية (Carey, 1985؛ أحرشوا، قيد الطبع):

* الميدان البيولوجي الذي تنطوي فيه نظرية الطفل على كائنات متنوعة تتميز بالحياة والموت، بالصحة والمرض، بالطفولة والشيخوخة. فقد اتضح على سبيل المثال أن أطفال الثالثة والرابعة من العمر يدركون أن النباتات مثلها مثل الحيوانات تشكل فئة متميزة تنمو وتحيا وتمرض وتموت.

- كل اكتساب لا يشكل سيرورة مستقلة بل هو نتيجة للنشاط الذهني الذي يمثل النظام المسؤول عن بناء التمثلات وإنتاج المعارف.

- كل اكتساب عبارة عن سيرورة ذهنية داخلية مراقبة ذاتيا من لدن المتعلم نفسه، بحيث يشارك بنشاط وحيوية في كل ما يكتسبه من معارف وكفاءات.

2.2. سيرورة الاكتساب كنظام من المعارف المتفاعلة

إذا كانت سيكولوجيا الاكتساب المتنبه في هذا الإطار تتخذ من المعارف ذات المحتويات والأشكال والمميزات المحددة، النتيجة الطبيعية لسيرورة كل اكتساب، فإن أنواع هذه المعارف وأشكالها ومظاهر اكتسابها تتمظهر على النحو الآتي:

(أ) من حيث أنواع المعارف

الثابت أن أنواع المعارف التي يكتسبها الطفل منذ سن مبكر، وإن كانت تندرج من حيث ظهورها واكتسابها وانتقالها مما هو محسوس خاص عملي إجرائي إلى ما هو مجرد عام مفهومي تصريحي، فإنها تتكامل وتتفاعل فيما بينها سواء على مستوى الانبناء والنمو أو على مستوى التطور والتعلم أو على مستوى الانتقال والتحول من حالة إلى أخرى. وتماشيا مع المقاربة المعرفية الوظيفية، فإن المعارف التي يكتسبها الطفل والضرورية لجميع أنشطته الذهنية من تفكير وتعلم وحل للمشاكل تتحدد في ثلاثة أنواع هي (أحرشوا، الزاهير، 2000: 27-31):

* العمليات الذهنية التي هي عبارة عن عمليات تحويل تتخذ صيغة مبادئ وقواعد تطبيقية وتنفيذية تهدف إلى تحقيق مهام محددة. إنها أفعال ملموسة استدمجها الفرد داخليا وأصبحت ذات طبيعة تمثلية يوظفها في الميادين المختلفة.

المفاهيم التي هي عبارة عن كيانات ذهنية أو تمثلات في الذاكرة البعيدة المدى، تتعلق بالأشياء والأحداث والأفعال والعلاقات وتأخذ شكل خطاطات أو فئات أو نظريات.

* الأنظمة الرمزية التي تشكل أدوات ضرورية للمعرفة وخاصة على مستوى صياغتها وصورنتها وتبليغها للآخر. فهي إنتاج ثقافي واجتماعي يتوزع إلى عدة أنماط وفي مقدمتها الرموز الصوتية والحركية والخطية، بحيث تشكل الرموز اللغوية والرياضية في شكلها المكتوب أهمها وظيفة وأكثرها فائدة.

الحقيقة أن هذه الأنواع الثلاثة من المعارف تشكل وحدات معرفية مترابطة ومتكاملة فيما بينهما، تنمو وتتطور وتتحوّل كنظام معرفي متناسق عبر جميع مسارات نمو الطفل وأساليب تعلماته.

(ب) من حيث أشكال المعارف

بالاستناد إلى أنواع المعارف السابقة الذكر، يمكن التمييز داخلها بين شكلين رئيسيين:

- فمن جهة هناك المعارف الطبيعية العفوية السانجة المرتبطة بالسياق الواقعي؛

- ومن جهة أخرى توجد المعارف الممأسسة المنظمة العلمية المرتبطة بالسياق المدرسي.

والواقع أن شكل المعرفة هو الذي تركز عليه المدرسة بصفة عامة في القيام بدورها التحويلي؛ بحيث إن مختلف أنواع المعارف: الخاصة والعامة (Glazer، 1986)، المحسوسة والمجردة (Piaget، 1974)، العملية والمفهومية (Mounoud، 1994)، الإجرائية والتصريحية (Anderson، 1976)، تتواجد عند الأطفال منذ سن مبكر قبل ولوج المدرسة الابتدائية. فهذه الأنواع من المعارف هي التي تتمظهر من حيث محتوياتها في ميادين معرفية متنوعة تبدأ بالمعرفة اللغوية وتنتهي بالمعرفة السيكلوجية مروراً بالمعارف الرياضية والفنية والتواصلية والميكانيكية وغيرها.

6.1. المواجهة والقبالية للتربية

إذا كان الطفل يتعلم باستمرار ويُنْتِج ما يكتسبه من معارف بانتظام، فإنه نادراً ما يبقى بعيداً عن مواجهة صعوبات في الاكتساب والتعلم ومشاكل في النمو والتكيف. فقد صار من المؤكد أنه لا يكفي أن يتمتع الطفل بقدرات ذهنية عالية وبكفاءات معرفية بارزة لكي يتوفق في تحقيق كل المهام بسهولة ونجاعة كبيرتين، بل المفروض أن ينجح أيضاً في التوظيف الجيد لهذه القدرات والكفاءات في شتى مجالات الحياة. والواقع أن المشاكل والصعوبات التي يواجهها الطفل، وإن كانت تتميز في مضمونها العام بالتنوع والتعدد، فهي تتحدد في صنفين:

* صنف عادي يرتبط بالفشل في التعلم أو غيره من الأنشطة. وهنا نجد الطفل يستخدم مجموعة من الاستراتيجيات من تلقاء ذاته ليتجاوز مثل هذه الصعوبات، وفي مقدمتها استراتيجيات فكرية صريحة كالخطيط والاستدلال وكل ما يرافقه من إجراءات توقعية واستنباطية واستقرائية وقياسية، ثم استراتيجيات طبيعية ضمنية كالنوعية والانتباه وتغيير تمثل الوضعية.

* صنف مضطرب يرتبط بالفشل الناجم عن خلل في النمو كما يتجلى ذلك في التأخر الذهني. وتوجد لدى الطفل الذي يعاني من مثل هذا الخلل، وخاصة إذا كان خلا خفيفاً أو متوسطاً (التأخير الذهني مثلاً)، لبونة في قراراته المعرفية وقابلية لتعلم الاستراتيجيات الملائمة لتجاوز مثل هذه الصعوبات. فقد تم التوصل إلى أن كثيراً من المتعلمين الذين هم في وضعية تعثر دراسي يعانون في الواقع من نقص واضح في مراقبة اشتغالهم المعرفي وتصبيطه. ويعني هذا أن سبب الفشل يرتبط بالعجز في الاشتغال وليس بالنقص في القدرة. وهنا تكمن أهمية وفعالية طرق التشخيص المعرفي وبرامج التربية المعرفية، وخاصة على مستوى تعليم الطفل صاحب الصعوبات في النمو والتعلم، الاستراتيجيات اللازمة لتحسين تعلماته وإثراء أدائه عبر توعيته بأهمية تعلم هذه الاستراتيجيات وإيجابيات استعمالها في حالات الفشل الذي يعود في الغالب إلى المجهود الشخصي الضعيف أو الإحساس بالعجز المكتسب (أحرشوا، 2005: 156-165).

2. خصائص سيكولوجيا الاكتساب المأمولة

على عكس السيكلوجيات السابقة التي كانت تختزل الاكتساب إما في التعلم كسيرورة خارجية Processus exogène ترتبط بمحيط الفرد وظروفه الاجتماعية (السلوكية بصفة خاصة)، وإما في النمو كسيرورة داخلية Processus endogène ترتبط بذات الفرد وإمكاناته البيوسيكولوجية (بياجي وتشومسكي ثم فيجوتسكي إلى حد ما)، فإن السيكلوجيا المعاصرة ذات التوجه المعرفي ترى في النمو والتعلم السيرورتين اللتين تتكاملان وتتوحدان في إطار ما يسمى بسيكولوجيا الاكتساب. وإذا كان يقصد بسيرورة الاكتساب أشكال التغيرات وصيغ التحولات التي يخضع لها النشاط الذهني للمتعلم عبر عمليتي النمو والتعلم، وبنتيجة الاكتساب حصيلة المعارف الناجمة عن سيرورة الاكتساب في حد ذاتها، فإن إحدى الكيفيات الأساسية لتوضيح طبيعة هذه السيرورة تتلخص في التركيز على الخصائص الثلاث التالية (أحرشوا؛ الزاهير، 2000: 20-23):

1.2. سيرورة الاكتساب كنشاط ذهني

على أساس أن كل سيرورة اكتساب تشكل نشاطاً ذهنياً وكل نشاط ذهني هو عبارة عن نظام لمعالجة المعلومات وكل نظام لمعالجة المعلومات هو عبارة عن تشغيل للمعارف وتحريك للرموز، فإن هذه السيرورة عادة ما تحمكها مجموعة من المحددات أهمها:

- الاستناد إلى عمليات الفهم والتذكر والاستنباط

- الجمع بين المعارف السابقة والمعارف الجديدة

- الأخذ بسيرورة التفاعل بين المتعلم والمحيط

أرض الواقع إلا في إطار إعادة النظر في المرجعيات الأساسية المؤطرة لهذه الأنظمة لكي تطابق الأهداف المتوخاة.

على أي إن المشكل المطروح يكمن أساساً في تحديد الكيفية الملائمة لتمكين الطفل العربي المتدرب من اكتساب المعارف وتحصيل المفاهيم وامتلاك النظريات. وهذا مشكل يحيل بطبيعة الحال على أطراف أخرى عديدة أهمها: السيكولوجيا وكل ما توفره من نتائج وخلاصات ونماذج عن سيرورة الاكتساب ثم التربية وكل ما تسطره من برامج ومناهج للتعليم والتكوين. وبين هذين الطرفين يوجد طرف ثالث هو المتعلم الذي يشكل الحلقة الأساسية لكونه لم يعد كما كان في السابق ينعت بالصفحة البيضاء أو الذهن الفارغ أو العنصر السلبي، بل أصبح في السيكولوجيا الحديثة ذات التوجه المعرفي ينعت بالعنصر الفعال الماهر الذي يفكر ويفهم ويحكم وينجح ويساهم بنشاط وحيوية في كل ما يتعلمه من معارف ومنذ سن مبكر. فهذا المتعلم العالم أو العالم المتعلم لا يأتي إلى المدرسة وهو خاوي الوفاض أو فارغ الذهن، بل يجيء إليها وهو مزود بمعارف ونظريات معينة ما على هذه الأخيرة ببرامجها المتنوعة ومناهجها المختلفة إلا أن تصويبها وتهذيبها وتغنيها وتطورها. وبهذا المعنى فالمدرسة التي نتطلع إليها في العالم العربي هي تلك التي بإمكانها أن تلعب دور الوسيط أو الوساطة في مجال تحويل معارف الطفل من مستوى سياقه الطبيعي التلقائي الواقعي إلى مستوى سياقها المدرسي العلمي المنظم. بمعنى المدرسة التي توجه الطفل دون أن ترهبه، تشجعه دون أن تحبطه، تحفزه دون أن تكبله، توعيه دون أن تؤليه... إلخ. إنها ببساطة تأمة المدرسة التي تبني وتكون المتعلم الذكي الماهر القادر على تصريف المعارف العلمية المدرسية إلى معارف مهارية مجتمعية.

المراجع

- أحرشاؤ، الغالي (2005). العلم والثقافة والتربية، الدار البيضاء، مطبعة النجاح الجديدة.
- أحرشاؤ، الغالي (2005). افتتاحية "المتدرب واكتساب المعارف"، فاس، دفاتر مركز الأبحاث والدراسات النفسية والاجتماعية، العدد 3، أبريل.
- أحرشاؤ، الغالي (1999). سيرورة اكتساب المعارف، الكويت، مجلة الطفولة العربية، العدد الأول.
- أحرشاؤ، الغالي، الزاهير، احمد (2000). المتدرب واكتساب المعارف عند الطفل، البحرين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد الأول، العدد الأول.
- أحرشاؤ، الغالي (تحت الطبع). بيداغوجيا التعليم الأولي: دليل المربي، وزارة التربية الوطنية، برامج التعليم الأولي.
- Anderson, J. (1976). Language, memory and thought. Hilsdale: Erlbaum.
- Carey, S. (1985). Conceptual change in childhood, Cambridge, Mass: Mass Mit Press.
- Glazer, R. (1986). Enseigner comment penser, In Grahay et la fontaine: L'art et la science de l'enseignement, Bruxelles, Mardage.
- Houdé, O. (1999). Intelligence et Inhibition, sciences humaines. 27-24, 56.
- Mounoud, P. (1999). La connaissance de soi chez le bébé: un modèle recrusif. in G. Netchine - Grynberg (Ed) Développement et fonctionnement cognitifs: vers une interrogation. (244-219) Paris, PVF. 414-389.
- Mounoud, P. (1994). L'émergence des connaissances nouvelles, in Psychologie et Education n.18°.
- Piaget, J. (1974). La prise de conscience, Paris, PVF.
- Troadec, B. (1999). Le développement de la pensée chez l'enfant, cultures et catégorisation. Toulouse, PVM.

ج) من حيث استراتيجيات الاكتساب

المؤكد أن الاكتساب واستراتيجياته لا تحكمه فقط المعارف الخاصة بميدان معين (التعلم) ولا معارف المتعلم العامة (النمو) وقدراته الذهنية فحسب ومظاهر الانتقال والتحول من الأولى إلى الثانية أو العكس، بل إن المعارف والمطامير ومعارف وآلياتها في المراقبة والتضبط تلعب دوراً هاماً في هذا المضمار. فلا يكفي أن يتمتع الطفل بكفاءات معرفية وقدرات ذهنية عالية لكي ينجح في تحقيق التعلم وحل المشاكل بسهولة وفعالية، بل المفروض أن يتوفق أيضاً في التوظيف الجيد والمفيد لهذه الكفاءات والقدرات في شتى المجالات والميادين وبالخصوص تلك التي ترتبط بالحياة المدرسية.

لهذا، على المدرسة أن تدرك أهمية هذه الأنواع من المعارف وعلاقاتها التكاملية في سيرورة الاكتساب؛ بحيث لا يتعلق الأمر بتعليم محتويات ومعارف خاصة ببعض المواد بقدر ما يهم أيضاً تعليم قواعد عامة للتفكير واستراتيجيات لاكتساب المعارف واستعمالها. ويعني هذا أن مهمة المتعلم لا تتحدد في التعلم (أي في تعلم معارف خاصة بمجال محدد كاللغة أو الجغرافية أو الحساب) بل في تعلم التعلم (أي في تعلم معارف عامة)؛ وبالتالي يصبح التعلم سيرورة لتحويل فكر المتعلم من فكر معيش مُعْغَرَس في السياق الطبيعي إلى فكر مجرد يَعْقِل ذاته ولغته بمعزل عن أي سياق.

3.2. سيرورة الاكتساب كتحويل للمعارف

على أساس أن هذه السيرورة تتوقف في المنظور المعرفي على أنشطة المتعلم الذهنية وعلى معارفه المحفزة أثناء التعلم ونفترض بالأساس تدخل المعارف السابقة والجديدة على حد سواء، فإنها تشكل سيرورة لتغيير المعارف وتطويرها وتعديلها في جوانب كثيرة تشمل طريقة إدراك المعلومات وترميزها وتخزينها ثم تمثيلات المتعلم للوضعية المختلفة وإجراءات الحل باعتماد استراتيجيات جديدة للكشف والتدخل والمراقبة والتنفيذ. وبكلمة واحدة إنها عبارة عن تحويل للمعارف عبر سيورتين أساسيتين.

الأولى نمائية تتعلق بما يكتسبه الطفل، حيث تهتم بظهور المعارف وتطورها وبالاكتسابات الطويلة المعقدة (اللغة والرياضيات مثلاً). وتركز على السن كمتميز أساسي لتحويل المعارف وترتبط باكتساب القدرات العامة كالذكاء.

الثانية تعلّمية تتعلق بكيف يكتسب الطفل المعرفة، بحيث تهتم بتحويل المعارف وتغييرها وبالاكتسابات الجزئية القصيرة. وتركز على التمدرب كمتميز أساسي لتحويل المعارف وترتبط باكتساب القدرات الخاصة بالمهارات.

إن سيرورة الاكتساب بهذا المعنى هي سيرورة لتحويل المعارف وتغييرها عبر أنشطة التمدرب والتكوين، حيث يتم الانتقال بهذه المعارف من مستواها الأولي العفوي الساذج إلى مستواها العلمي المنظم الماهر. فقد صار من المؤكد أن النور الجديد للمدرسة يكمن في تحقيق هذا الانتقال بمعارف المتعلم من شكلها الطبيعي السياقي إلى شكلها العلمي المجرد. فالطفل لا يأتي إلى هذه المؤسسة صفحة بيضاء وخاوي الوفاض، بل يجيء إليها وهو محمل برصيد معين من المعارف الأولية المتنوعة. إنه يأتي إليها وهو مزود بمجموعة من النظريات الساذجة التي تتحول بفعل التعلم المنظم إلى نظريات علمية أكثر بَيِّنَةً وتنظيماً.

خلاصة

إذا أردنا الخروج بخلاصة مما تقدم فإننا لن نجد أفضل من محاولة البحث عن إجابة تقريبية للسؤال المحوري التالي: ما هي الاستراتيجيات اللازمة لتكوين وإعداد متعلم عربي فعال قادر على الابتكار والنقد ومواجهة الصعوبات وحل المشاكل؟ (أحرشاؤ، 2005: 8-9).

الأكيد أن هذه الاستراتيجية لا نجد لها الحضور المطلوب في مواصفات المدرسة السائدة عندنا حتى الآن في العالم العربي. وكما لا نجد لها أي صدق في المرجعيات السيكولوجية التي تبني عليها هذه المواصفات لأنها مرجعيات متجاوزة في أغلبها. ولهذا فحتم متيقنون من أن أي توجيه لمنظوماتنا التربوية نحو تحقيق الأفضل في ميدان التحصيل والاكتساب، لا يمكنه أن يتجسد على

الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر

مدخل إيجابي - معرفي متعدد الجاور

أ.د. عبد الستار إبراهيم - علم النفس - القاهرة، مصر

drsattaribrahim@yahoo.com

ملخص: بالرغم من التطور الواضح الذي حقته حركة العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث في السنوات الأخيرة في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية الشائعة، فإن أساليب التشخيص والعلاج في حالات اضطرابات المزاج والاكتئاب بين كبار السن وحالات التقدم في العمر لازالت نادرة، وأندر منها ما تقدمه هذه المناهج العلاجية في فهم هذه الحالات في المجتمع العربي، حيث لازلنا نفتقر إلى وجود إطار منهجي ملائم للتطبيق والممارسة الاكلينيكية لتقديم يد العون والرعاية النفسية والاجتماعية لعملائنا من كبار السن ذاتهم أو لمن يتكون بهم من أفراد الأسرة والمجتمع الخارجي. ومن ثم، تأتي هذه الدراسة لتلقي نظرة شمولية متعمقة على بعض القضايا الهامة في تشخيص وعلاج مشكلات الاضطراب الوجداني والاكتئاب في السنوات المتأخرة من العمر بالاستناد إلى البحث العلمي وخبرة طويلة في ممارسة العلاج النفسي والصحة النفسية مع حالات متنوعة من اضطرابات الوجدان والاكتئاب بين كبار السن.

Abstract : Psychological therapies are equal players alongside physical and social measures in the management and prevention of mental and emotional disorders related to old age. Cognitive behavior therapy (CBT), among all types of psychological therapies, is promoted by the well established resources of research as the first line psychotherapeutic treatment discipline for a wide range of psychiatric problems in older people who suffer from affective disorders and depression. CBT undoubtedly has much in its favor. It is a an attractive, efficient therapy that is relatively easy to learn and deliver and produces good results in many instances. However, the use of CBT with older people in Arab countries has been almost absent or slowly developed both theoretically and operationally, to say the least. This presentation is an invitation from the present writer to health practitioners to become aware of the role of CBT practice by using a multi- modal CBT integrated with concepts of positive psychology, in dealing with some major psychiatric disorders (e.g. depression and mood difficulties), which are directly or indirectly associated with old age.

More specifically, the main points of this presentation would be outlined as follows: (1) Identifying major distorted thinking patterns common among depressed old people by using common assessment tools including interviewing and standarlized Arabian assessment tools developed by the speaker to identify both distorted- irrational- thought and positive- thought patterns; (2) Treatment techniques acceptable for use in psychotherapeutic services delivery including identifying target behaviours, treatment goals, and selection of the therapeutic techniques.

نتفق بادئ ذي بدء على المدى الزمني لهذه المرحلة: متى تبدأ؟ وهل لها نهاية وبداية؟

عسير علينا في الحقيقة ان نحدد متى تبدأ الكهولة، فالبداية الزمنية للكهولة مسألة اعتبارية نسبية تتوقف على كثير من الظروف الصحية والنفسية، والحضارية على أن البعض يحددها تعسفياً بأنها المرحلة التي يحال فيها الإنسان إلى التقاعد من العمل أي ما بين 65: 70 سنة وما بعدها حتى الموت. ولكن حتى هذا المحك

ينظر البعض إلى الشيخوخة بصفاتها المحطة الأخيرة في رحلة الإنسان الارتقائية والنمو من المهد إلى اللحد. ولهذا فالبعض يراها مرحلة الإشراف على النهاية، والبعض الآخر يرى فيها تبلور الحكمة وعمق التجربة والتمرس والحكمة بالحياة، والبعض الآخر يدركها من الجانب السلبي بصفاتها مرحلة التآكل والانحلال العضوي والحسي. والستون وما بعدها عند البعض المتفائل والنشط من المسنين عمر تتحقق فيه الآمال المؤجلة، والتأمل، والاستغراق الهادئ الساكن في الكون والحياة.

لكن وقبل أن نمتحن ما في هذه الأفكار من صدق أو من وهم علينا

هناك أيضا مشكلات تطرأ على الذاكرة فتضعف الذاكرة القريبة وتبقى الذاكرة القديمة نشطة فينذكر الشخص أحداثا قديمة وهو طفل، بينما الأشياء التي حدثت في حياته أو منذ لحظات. صحيح هذا بشكل عام، إلا أن الدراسات تبين أن استثناءات كثيرة تحدث، فيظل المسنون قادرون على تذكر سلاسل أرقام التليفونات الخاصة والمساكن مثلهم في ذلك مثل الأصغر سنا على شرط أن تكون سلاسل الأرقام هذه ليست طويلة. ومن المعتقد أن التذكر يمكن أن يستمر بكامل نشاطه على أن تعطيه فترة أطول للتذكر وعلى مهل.

أما من حيث الذكاء، كان الاعتقاد السائد بين علماء النفس لفترة قريبة أن الذكاء يندهر بتقدم السن. ولكن أصبح من المعروف حاليا أن هذا الإدعاء خاطئ بسبب أن مقاييس الذكاء لم يقدّم مصمموها بتقنيها من خلال متابعة الأشخاص في الأعمال المختلفة، إنما قاموا بتقنيها من خلال مقارنات بين جماعات مختلفة من الشباب والمسنين. وقد أخذت جماعات المسنين من المقيمين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية. وغنى عن الذكر أن هذه الفئات من المسنين لا تعتبر ممثلة من حيث كفاءتها العقلية لمجتمع المسنين. فضلا عن هذا، فننا نعرف الآن: أن الذكاء يتكون من قدرات متنوعة وليس من قدرة واحدة. ومن المعروف - على وجه اليقين - الآن أن الذكاء مفهوم متعدد الأبعاد والقدرات، وأن بعض القدرات تتدهور بالتقدم في العمر، وبعضها يرتفع بالتقدم في العمر، ويبقى بعضها الآخر ثابتا حتى الموت.

كما يجب على المعالج النفسي أن يميز التدهور المعرفي الناجم على التقدم في العمر عن ذلك الذي يصاحب الاضطرابات العقلية المرضية. أعراض التدهور المعرفي الناتج عن التقدم في العمر يشمل عادة تدهور الذاكرة القريبة وضعف القدرة على الانتباه والتركيز وضعف المهارات الحركية. ومن المعروف الآن أن تدهور هذه الوظائف أمر يمكن إبطاؤه من خلال التحالف بين الفريق العلاجي بحيث يعالج المريض تكامليا من خلال العقاقير الطبية مثل (الفيتامينات) والعلاج النفسي باستخدام أساليب العلاج المعرفي، فضلا عن العلاج الاجتماعي من خلال التشجيع على مشاركة أفراد الأسرة والتشجيع على الممارسة الرياضية والنشاطات الاجتماعية وتيسير الانتماء لجماعات مماثلة من العمر لخلق مصادر من الدعم الاجتماعي الصحي.

مع ملاحظة التعاون الإيجابي مع الفريق العلاجي الآخر، كالطبيب النفسي لأن جزءا كبيرا من المشكلات النفسية المرتبطة بالاضطراب المعرفي في السنوات الكبرى تنتج عن سوء استخدام العقاقير الطبية والعقاقير النفسية بما في ذلك الجرعات الزائدة، أو الانقطاع المفاجئ عن الأدوية، والحساسية الشديدة. ويعتقد "سيدوك وسيدوك" أن غالبية مشكلات التدهور المعرفي في هذه المرحلة المتقدمة من العمر تنتج عن أخطاء في وصف العقاقير أو طرق تعاطيها⁴.

الحداد والحزن

على المعالج أن يكون واعيا بأن من المتوقع أن يعاني كبار السن أكثر من غيرهم في مراحل النمو المختلفة فقدان الأجزاء بالموت أو الهجر، أو الإصابة بالأمراض المزمنة التي تقعد أحبابهم عن ممارسة حياتهم المعتادة. وعلى المعالج أن يكون قادرا على التمييز بين الحداد والحزن العادي والطبيعي عن ذلك الحداد والحزن المرضي. فالحداد الطبيعي يبدأ عادة مباشرة أو بعد فترة قليلة من فقدان موضوع الحب والأعضاء ورفاق الحياة، ومن علامات الحداد الطبيعي أو أعراضه: الحزن والانشغال في التفكير بالراحل العزيز والخوف من المستقبل والأرق وصعوبات ممارسة الحياة والنشاطات المعتادة.

أصبح لا يعتد به الآن لأن بعض المجتمعات رفضت التقاعد الجبري وتركته مفتوحا لمن يحب بعد الستين. ولهذا فمن رأينا أن بداية الشيخوخة والهزم يظل - لحسن الحظ - أمرا شخصيا إلى حد بعيد³.

على أن ذلك لا يعني أن للتقدم في العمر مسبباته وله تغيراته، فالتغير بسبب العمر والدخول في مراحل متأخرة منه أمر واقع وحقيقة يجب الاعتراف بها وتمتد لتشمل الكثير من الجوانب الإيجابية والسلبية في الحياة العضوية والتفكير والجوانب الانفعالية... وهنا أيضا تتفاوت الآراء وتتضارب نتائج البحوث وتفسيراتها بحسب اتجاهات الباحثين ورغباتهم في وصف التقدم في العمر والشيخوخة بأوصاف سلبية، وينفي عنها البعض الآخر أي شبهة في أي تغيرات سلبية، وهذا ما يتطلب غربة هذه النتائج والتيارات المتعارضة من التفكير السيكولوجي والطبي في النظر لمشكلة التقدم في العمر والدخول مرحلة الشيخوخة.

مشكلات مرتبطة بالتقدم في العمر يجب انتباه المعالج لها

بدخول الخامسة والستين تبدأ كثير من الوظائف العضوية في التأثير سلبيا فيزداد ضغط الدم ارتفاعا، وتضعف الرئتان عن التحمل. كما تكشف أجهزة الرسم الكهربائي EEG للمسنين عن تأثير النشاط الكهربائي للمخ، فيقل تأثر الوظائف الحسية والحركية، ويصبح الهبوط في الطاقة الجنسية ملحوظا.

وما يقال عن الوظائف الجسمية يقال عن الوظائف العقلية والجوانب الوجدانية من التطور في هذه المرحلة، ومن ثم سنعرض فيما يلي بعض المشكلات الخاصة المرتبطة بالتقدم في السن وأمراض الشيخوخة.

تأثير الدور الاجتماعي والمركز

ومن التغيرات الرئيسية التي تحدث في هذه المرحلة ويكون لها تأثير قوي على الحالة النفسية والتوافق: فقدان الدور الاجتماعي والمركز، فالإحالة للتقاعد يفقد الشخص كثيرا من مصادر الإثارة والرضا والدخل الاقتصادي. ولا يقتصر فقدان الدور على ميدان العمل فقط فالنساء غير العاملات يجدن أطفالهن من حولهن وقد كبروا وأصبحت لهم مشاغلهم وأسره الخاصة مما يزيد من آلام الإحساس بالوحدة والاعتزاب.

وتزداد أزمة الإحساس بالسن في الدول الصناعية أكثر - في اعتقادنا - من الدول الشرقية أو التقليدية، ففي المجتمع الصناعي يصبح التقدم في السن عقبة في طريق التوافق الاجتماعي ومصدرا للعزلة والإحباط. أما في مجتمعاتنا وفي كثير من المجتمعات التقليدية فإن التقدم في السن قد يعتبر مصدرا للحكمة والخبرة ومن المؤكد أن مثل هذا الإدراك للمسنين يلعب دورا كبيرا في التخفيف من أزمة الشيخوخة على أمل أن يظل هذا الإدراك للمسنين في مجتمعاتنا قاصما زلا يعززيه الاندثار كما تتدنثر كثير من الأشياء الجميلة في حياتنا.

التدهور المعرفي

ويعتبر فقدان النشاط في كثير من القدرات العقلية مصدرا آخر للإحباط والتأزم. ويبدو أن ضيق دائرة العلاقات الاجتماعية في هذا السن، والتفوق على الذات من العوامل التي تترك آثارها على أساليب التفكير فتتضاءل القدرة على التجريد واستخدام المفاهيم ويحل محلها اهتمام بالعلاقات العيانية الملموسة والأفكار ذات المضامين الذاتية الضيقة⁽¹⁾،⁽²⁶⁾. وبقل ميل المسنين في هذا السن إلى الاستكشاف وحب المغامرة وتغيير البيئة ولهذا تزداد نسبة المحافظة في الاتجاهات، والسلبية، والاستسلام للبيئة، وكما يقل اهتمامه بالنشاطات الخارجية. وبالرغم مما قد تبدو به هذه التغيرات من صورة سلبية، فإن البعض يراها دليلا على الاقتصاد في استخدام الطاقة النفسية ودليلا على تطوير الجوانب الانفعالية بحيث تكون أهدأ مما كانت عليه في عالم الشباب^(1، 14، 17).

1. التكامل بين التعلم والتطور الارتقائي في السلوك: يستند المعالج السلوكي المعرفي في تعامله مع الاضطراب النفسي والمعرفي على نظرية التعلم، التي ترى أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته المشتركة بالعالم وخبراته به. كما يتبنى وجهة النظر التي ترى أن ما نتعلمه يمكن أن لا نتعلمه، أو أن نتعلم أساليب بديلة أفضل منه. فظلا عن هذا، ينظر المعالج السلوكي المعرفي متعدد المحاور للأعراض المرضية بصفاتها جوانب من السلوك والتصرفات لا تخدم مصلحة الفرد أو تطوره من وجهة نظر الصحة النفسية وتوقعه عن التوافق والتكيف، وعن تحقيق إمكانياته الشخصية والعقلية التي يفترض أنها تحقق للفرد ولمن حوله الرضا والفاعلية والسعادة.

2. فضلا عن هذا يوجه المعالج السلوكي المعرفي الحديث نشاطه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات متعددة لتطويرة علاجيا. بعبارة أخرى: يتبنى منهجنا العلاجي في فهم جوانب الاضطراب النفسي والاجتماعي المصاحبة للتقدم في العمر نوعا مماثلا من التفكير الذي يولي اهتمامه بالمشكلة النفسية أو الاضطراب النفسي على انه يؤثر في أربعة جوانب من الشخصية، أي السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والانفعالات (بجانبه الوجداني والعصوي) ، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، وأساليب التفاعل الاجتماعي وأنماط العلاقات بالآخرين. وبالتالي فإن العلاج الناجح للاضطرابات الوجدانية بين المسنين يجب أن يتجه إلى استخدام أساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور المشكلة. فمن الممكن أن نعلم الشخص عند المعاناة من أي من الاضطرابات الوجدانية والاكتئاب: أساليب جديدة للضبط الوجداني- الانفعالي، من خلال المواجهة التدريجية للضغوط والمواقف المهددة والمثيرة للاكتئاب. كما يمكن أن نعلمه - معرفيا- بأن يتجنب الأنماط السلبية اللاعقلانية الآلية من التفكير بما فيها لوم الذات ، والتهوين من الجوانب الإيجابية في الشخصية، والمبالغة في التفكير السلبي، والتضخيم من المواقف المثيرة للاضطراب والفشل بإضفاء قيمة متطرفة على بعض المواقف المرتبطة بإثارة الاضطراب والتوتر مثل فقدان الطاقة على العمل، أو فقدان الأحباء، أو انخفاض الرغبة الجنسية. كما يمكن أن نعلمه أساليب بديلة وجديدة من السلوك المناقض للاكتئاب وأن نستفيد بالتطورات المعاصرة في نمو حركة علم النفس الإيجابي، بأن نساعد أو نساعدنا على اكتساب طرق جديدة وإيجابية من التفكير الإيجابي والعقلانية، والتعديل الإيجابي في طرق التفكير والقيم. ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تنمية علاقاته الاجتماعية وتدريبه على اكتساب بعض مهارات التواصل بالعالم الخارجي وتعديل طرق التفاعل الاجتماعي.

3. كما نشهد اليوم تطورا آخر في حركة العلاج النفسي المعرفي نتيجة لتطور ما يسمى بعلم النفس الإيجابي5 وهو اتجاه نبع من الإحساس بالحاجة إلى التمييز بين العلاج الطبي والعلاج النفسي. ففي العلاج الطبي التقليدي عندما يعاني فرد ما من مرض نفسي أو عقلي كالإكتئاب فعادة ما يكفي البعض باللجوء بالتخلص أو التقليل من الأعراض المرضية التي عانى أو يعاني منها المريض. أما في حالة الأمراض النفسية أو العقلية فإننا لا نكتفي بالقول بأن المريض قد تخلص من قلقه أو حالة الاكتئاب التي تملكته أو أي اضطراب نفسي آخر - لنحكم بأنه أصبح الآن معافي وسليما6. الحكم بالصحة النفسية أو العقلية تتطلب التخلص من المرض والتخفيف من الأعراض التي تصيب الشخص نتيجة لهذا المرض، وتتطلب فضلا عن هذا أن يتسم سلوك المريض بخصائص صحية جديدة يمكن من خلالها أن نحكم عليه بأنه مثلا أصبح يتصف بالإيجابية والفاعلية والرضا النفسي والعلاج النفسي يختلف عن هدف العلاج الطبي، منح حيث أن المعالج النفسي يوجه هدفه العلاجي لا إلى التحرر من الأعراض المرضية

والحداد الطبيعي يمكن أن يتحول إلى حداد مرضي واكتئاب، وفي هذه الحالة يجب إخضاعه للعلاج كأي اضطراب اكتسابي آخر. ومحك التمييز بين الحداد الطبيعي والحداد المرضي يتمثل في طول الفترة التي يظل فيها الحزن مسيطرا على الأحياء، والمحك المستخدم بين الأطباء النفسيين هو مرور أكثر من شهرين على فقدان موضوع الحب والعزاء مع استمرار مشاعر الحداد بنفس الحدة. ومن أعراض الحداد المرضي الشعور الشديد بالذنب والتقصير والانشغال الدائم بذكرى الراحلين بما في ذلك الأفكار الآلية بمشاعر الذنب والشغف والصور الذهنية والأحلام والتي تتمحور تجاه الراحل أو الراحلة العزيزة. كذلك يتزايد التفكير في الموت، فضلا عن الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية الدالة على ضعف النشاط الحركي والعزوف عن الخروج وتكوين العلاقات الاجتماعية بالآخرين. وفي مثل هذه الحالات على المعالج المعرفي أن يكون واعيا بالتأثير السلبي للأساليب المعرفية الخاطئة بما فيها: المبالغة، والنظرة المتشائمة، وامتهان الذات، وتحميل الذات مسؤوليات غير واقعية/ وتعالج هذه الأخطاء بنفس الفنيات المعرفية بما فيها الدحض، والإيقاف المتعدد للهواجس المرضية، والالتزام بالهدوء والاسترخاء اليومي المنتظم.

لتعرض للانتهاك وسوء المعاملة

يتعرض المسنون للكثير من جوانب الانتهاك وسوء المعاملة التي يجب التنبيه لها في حالات العلاج النفسي واستخدام الأساليب المعرفية التي تسمح لهم بتأكيد الذات والدفاع عن النفس والتشجيع على الإفصاح عن مصادر الألم والشكوى. وتمتد أنماط سوء المعاملة وانتهاك الذات لتشمل:

- الانتهاك العضوي والجنسي كالسور والكنمات والحروق وتقييد الحركة والحبس والتجويب والإصابة بالأمراض الجنسية المعدية والتفحيط والاحتقان خاصة في المناطق الجنسية.
- الانتهاك النفسي مثل التعرض للتهديد والسخرية والشتائم والألقاب المهينة وتهديد الأمن وإعطاء الأوامر الصارمة
- سوء الاستخدام والمعاملة مثل استغلال نقوده وممتلكاته أو حرمانه من التصرف في مذكراته.
- سوء الاستخدام الطبي بما في ذلك حرمانه من العلاج أو العقاقير الضرورية لصحته وحرمانه من وسائل التحسين السمعي والبصري مثل حرمانه من الحصول على سماعات مقوية للسمع أو نظارات طبية مقوية للبصيرة.

مدخل إيجابي- معرفي متعدد المحاور لفهم وعلاج الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر

يمثل العلاج السلوكي- المعرفي أحد التطورات المعاصرة في حركة العلاج النفسي، هذا التطور الذي أطلق "كربزنر" عليه الثورة السلوكية الثانية (أنظر : عبد الستار إبراهيم، 2000، 1998). ويتبنى العلاج السلوكي المعرفي متعدد المحاور منهجا يستند في تناوله للسلوك المضطرب على عدد من المسلمات والاستراتيجيات العلاجية التي يمكن حصرها في أربع مسلمات:

- التكامل بين التعلم والتطور في السلوك والاستناد على التعلم كمدخل لفهم اضطرابات السلوك والمزاج.
- استخدام أساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور الاضطراب.
- التحالف بين العقلانية والإيجابية في التوجهات العلاجية
- التكامل بين أساليب التشخيص وأساليب العلاج.

وقد أمكن للكاتب ان يحدد تفاصيل الأعراض المميزة لهذه الزملة بين المسنين بالاعتماد على ملاحظته الخاصة في معالجة بعض حالات الاكتئاب (إبراهيم، 1998، 1996، Ibrahim & Ibrahim). ومن ثم أمكن وصف الأعراض المرتبطة بالاضطراب الوجداني والاكتئاب بين المسنين وتحديدها وفق الجوانب المعرفية التي يقيسها مقياس الأفكار غير العقلانية المعرب وهي:

1. امتنان الذات: من العلامات المميزة لأصحاب هذا السلوك أنهم يميلون لتجريح الذات والسخط العام على المظهر الشخصي والسلوكي، فهو أو هي غالبا ما يبالغ في إظهار عدم الرضا والقبح على ملبسه أو شكله أو هندامه.

2. التركيز على جوانب النقص في الشخصية: إذ يتسم المسنون المصابون بالاكتئاب بدرجة عالية من الانتباه والتفكير لجوانب الفشل والقبح في الذات، ومن خلال سلسلة طويلة من اتهام الذات بالقصور والضعف والفشل والنقد الحاد، بما في ذلك وصفهم لذواتهم في مختلف جوانب الشخصية. بعبارة أخرى، و مهما اختلفت مجال المقارنة بالآخرين فإن الشخص الذي يتسم بتدمير الذات يرى في ذاته علامات القصور أكثر من الكمال والقبح أكثر من الجمال والفشل أكثر من النجاح، والشر أكثر من الخير.

3. التضحية بالسعادة الشخصية: كذلك يشيع بين أصحاب هذه الفئة الاتجاه نحو التصرف بمنطلق التضحية من أجل الآخرين، وبالرغم مما قد تبدو عليه هذه الخاصية من إيجابية واهتمام بالآخرين، فإن طريقة التعبير عنها تتبنى على إطار ذهني غير عقلائي، أي فكرة " أن الآخر أهم مني لأن لديه مواهب وقدرات أفضل مني، فإنه جدير بأن أمنحه وقتي وكل جهدي" ومن مظاهر هذا السلوك الزوجة أو الأم التي تضحي براحتها ووقتها وسعادتها الشخصية من أجل أبنائها وأخواتها أو أحد أفراد أسرته، أو تضحي بمواهبها وقدراتها من أجل زوجها أو أبنائها انطلاقا من بعض الأفكار غير العقلانية " بأن الآخرين أولى بالرعاية مني" أو " أن الآخرين أفضل وأجدر بالراحة والنجاح" بالرغم من أن لا يوجد تعارض بين أن يسعد الشخص الآخرين دون أن يكون الثمن بالضرورة القسوة على الذات وحرمانها من الراحة والاسترخاء.

4. الشعور بتثاقل الأعباء : والشخص يشعر بأنه غير مسؤول عن عوامل الهدم في ذاته، ومن ثم تتزايد شكاوى التقدم في العمر بأن الآخرين يحملونهم ما لا طاقة لهم به، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغوط الموضوعية عليهم. وذلك كربة الأسرة التي تشعر أن تعاستها وما يملكها من كرب قد يختفي إذا ما قلل زوجها وأبنائها إلحاحا تهم عليها، ومتطلباتهم المفرطة منها.

5. تؤثر العلاقات الاجتماعية: كذلك تؤيد البحوث أن هناك جوانب كثيرة من الاضطراب النفسي والاكتئاب ترتبط باضطراب العلاقات الاجتماعية، ومن مظاهر ذلك أن كبار السن والمتقاعدين عن العمل يعزفون عن الاندماج في مواقف التفاعل وما تتطلبه العلاقات الاجتماعية من تبادل ومهارات اجتماعية ومقدرة على تأكيد الذات.

6. مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس: يعبر المرضى عن الاكتئاب عن المشاعر حادة من الذنب ولوم النفس، فنجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلا أو أسوأ مما يراهم الناس عليهم.

7. الإدراك السلبي للبيئة: وأخيرا لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، ويدرك من خلالها أمور حياته، وعما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن الأحداث الخارجية التي تمر به. ويمثل الإدراك السلبي للمواقف والأحداث الخارجية عرضا آخر من أعراض الاضطراب الوجداني بين المسنين مما يجعل الاتجاهات الحديثة من العلاج السلوكي المعرفي ذات أهمية خاصة.

فحسب، بل وأن يساعد مريضه على اكتساب خصائص وصفات صحية وشخصية إيجابية لم تكن موجودة لديه من قبل7.

يبقى أن نشير مع هذا إلى أنه بالرغم من التطور الواضح الذي حققته حركة العلاج النفسي السلوكي معرفي الحديث في السنوات الأخيرة في علاج الكثير من حالات الاضطراب النفسي والعقلي، فإن أساليب تشخيص والعلاج في حالات الشيوخة لازالت نادرة، وأندر منها ما تقدمه هذه المناهج العلاجية في فهم هذه الحالات في المجتمع العربي، حيث لازلنا نفتقر إلى وجود إطار منهجي ملائم للتطبيق والممارسة الإكلينيكية لتقديم العون والرعاية النفسية والاجتماعية للمرضى ذاتهم أو لمن يحتكون بهم من أفراد الأسرة والمجتمع الخارجي ويستدعي هذا منا توضيحا لبعض المشكلات الخاصة في التعامل مع المسنين والتي يجب ان يدرّب المعالج المعرفي نفسه على التعامل معها تشخيصيا وعلاجيا بالتركيز على علاج الاكتئاب بين المسنين.

العلاج المعرفي للاكتئاب بين المسنين

تتقش أعراض الاكتئاب في أكثر من 15% بين المسنين فوق السبعين في المؤسسات العلاجية. ويفصح الاكتئاب شأنه شأن الكثير من حالات الاضطراب النفسي والوجداني- عن نفسه بين المسنين في مجموعة من الأعراض المترابطة، بعضها عضوي، وبعضها نفسي- سلوكي (ذهني ومزاجي) ، وبعضها الثالث اجتماعي. وهذه المجموعة من الأعراض تشمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار، والمشاعر التي تحدث مترابطة فيما بينها، وهدفها أن تساعد في النهاية على وصف هذا السلوك وتشخيصه.

وتختلف أعراض الاكتئاب من فرد إلى آخر، فالبعض قد يظهر لديه هذا السلوك في شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتآنيب النفس خاصة في فترات الحداد والحزن. ويكون الاكتئاب مصحوبا في كثير من الأحيان بأعراض مرضية منها: التآنيب المستمر للذات ومشاعر الذنب المبالغ فيها، واليأس، والأرق، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر، وانعدام الثقة بالنفس. وعند نشأة الاكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد، وعلاقته الاجتماعية تنقلص، ويتوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل، وعجز. ويتجنب المكتئبون، التعبير عن العدوان وتأكيد الذات إما بسبب شعورهم الشديد بالذنب في التعامل مع الناس، أو لخشيته من أن ذلك يؤدي إلى المزيد من رفضهم من قبل الآخرين، أو لافتقارهم للمهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل بالحياة على نحو إيجابي بسبب العزلة التي تفرضها ظروف العمر، أو عدم توفر مصادر الدعم والعلاج النفسي، أو لكل هذه الأسباب مجتمعة. وتسيطر على بعض المكتئبين من المسنين أكثر من غيرهم هواجس وأفكار ثابتة بن حياتهم عديمة الجدوى.

ومن أكثر أعراض الاكتئاب ظهورا بين المسنين هبوط مستوى النشاط وانخفاض الطاقة وضعف التذكر واضطرابات النوم خاصة اليقظة المبكرة، أو النوم المتقطع، فضلا عن تناقص الوزن وضعف الشهية.

ويعد الانتحار من أقصى درجات العدوان نحو الذات وأعنفها. والانتحار عموما والتفكير فيه يأتي بسبب رغبة في إنهاء مشكلة أو ألم نفسي عميق. ولهذا يبدو الموت أمام المنتحر وكأنه الطريق الوحيد للخلاص. ومن ناحية أخرى، فإن تنوع أعراض اضطراب الاكتئاب في الأعمار الكبيرة، والتباين الشديد بين الأفراد في اختبار هذا الإحساس قد يثير أمام العين غير المدربة صعوبة في التعرف عليه، بأعراضه المتنوعة، وأوجهه المتعددة. ومن هنا، تقل فرصة التعرف عليه عندما يصيبنا، أو يصيب المقربين منا وأعزائنا، فلا نقدم لهم العون الذي ينشدونه.

كما نلاحظ، الفروق الفردية، والخبرات الشخصية الخاصة، تلعب دورا هاما في نوع الأعراض المميزة لسلوك الاكتئاب وشيوعها لدى المسنين. فالشخص الذي كان معتادا في السابق على التفكير في الانتحار أو محاولته، قد ينجح لتكرار هذا السلوك في فترات الاكتئاب والاضطراب النفسي والاجتماعي في هذه المرحلة من العمر.

عملية التشخيص وتقييم الأعراض

لعل أول ما يجب أن ينتبه له المعالج في هذه المرحلة القيام بعملية حصر وغربلة الأعراض بهدف تحديد طبيعة الاضطراب الوجداني ومصادره لدى الشخص. ومن ثم على المعالجة أو المعالج أن يتعرف أولاً على طبيعة الاضطراب ومدى خطورته، وما إذا كانت هناك اضطرابات سيكياترية تتطلب علاجاً خاصاً أو الالتحاق بمصحة أو مستشفى. فمثلاً: يجب الانتباه إلى النوايا الانتحارية، والحالات الذهانية أو المصابة بمرض عصبي أو عضوي في المخ أو الجهاز العصبي قبل بدء العلاج المعرفي. عن وجود أي من هذه الاضطرابات يتطلب من المعالج استجابات مختلفة تتراوح ما بين ضرورة وضع الحالة تحت الرقابة العلاجية في عيادة نفسية أو مستشفى، أو الإخضاع لعلاج كيميائي بالعقاقير، أو علاجاً نفسياً أو سلوكياً أو معرفياً بالتعاون مع أعضاء الفريق العلاجي. وبعض الحالات بالطبع قد تتطلب علاجاً طويل المدى أو علاجاً نفسياً لفترات قصيرة يتعاون في تنفيذها فريق علاجي متنوع التخصصات.

أجد شخصياً أن الهدف الأساسي من المقابلة في حالات العلاج المعرفي أن نحظى منها بنفهم أكبر للظروف المحيطة بالعملية وبنتون المشكلة، بما في ذلك:

1. التعرف على المشكلة وصياغتها سلوكياً ومعرفياً ويتضمن ذلك:
 - طبيعة المشكلة كما يراها العميل بلغته الخاصة
 - مدى خطورة المشكلة أو حدتها من وجهة نظر العميل ومن الوجهة القانونية والأخلاقية
 - عمومية المشكلة، وهل تشكل هذه المشكلة نمطاً أم أنها حادثة أو موقف منزلي
 2. الشروط أو الظروف السابقة المحيطة بالمشكلة (السوابق واللاحق)، أي: الشروط الخارجية أو الشخصية التي تؤدي إلى زيادة حدة المشكلة بما في ذلك الشروط التي تسبق المشكلة.
 3. بما فيها أي نتائج اجتماعية والنتائج الشخصية.
 4. العلاجات المقترحة: أي العلاج كما يتصوره المريض والنتائج التي يتوقع تحقيقها من العملية العلاجية
- ولا نقصد من عملية التشخيص هنا هو تصنيف الشخص إلى فئة مرضية، بقدر ما نهدف إلى القيام بعملية تقييم تشخيصية متسعة ونوعية، نركز خلالها على التعرف على مصادر الاضطراب وأبعاده، والمعايير الأساسية، والتي تتطلبها العملية العلاجية اللاحقة لعملية التقييم. بعبارة أخرى تتضمن عملية التقييم الانتباه لعدد من العناصر والجوانب الشخصية الاجتماعية ومن أهمها أنماط الاستجابة للسنوات الخيرة من العمر وأساليب التفكير والمعتقدات الشخصية 8 عنها.

ومن أهداف العملية التشخيصية أيضاً وضع اقتراحات العلاج، والتوصية بالشكل الملائم للعلاج النفسي أو الطبي، فضلاً عن وصف البرنامج العلاجي الذي سيقوم به المعالج منفرداً أو بالاستعانة بأخرين. وعادة ما تعتمد هذه المرحلة على استخدام أداتين أو أسلوبين منهجين من أساليب التشخيص هما:

أولاً: المقابلة الإكلينيكية التشخيصية Diagnostic clinical Interview

ثانياً: القياس النفسي

وسنقدم في الجزء التالي، وصفاً لأسلوبي التشخيص بهدف تحديد أهدافهما ووظائفهما في العملية العلاجية ككل.

المقابلة التمهيدية للعلاج المعرفي ومتطلباتها

تتبع عملية التقييم النفسي والتشخيص في حالة المسنين نفس الخطوات العريضة وشروط هذه العملية كما يعرفها المختص النفسي أو الطبيب النفسي مع مراعاة فروق السن، وما يمكن توقعه في حالات الشيخوخة من بعض فروق التدهور المعرفي والانفعالي بما في ذلك تباطؤ الفهم، صعوبات التركيز، وبطء عمليات التأثر الحسي والحركي. ومن ثم يجب التأكد من أن يكون المريض واعياً بالتعليمات المطلوب تنفيذها وأن يفهمها جيداً. وفي حالات التدهور المعرفي الشديد يجب الاستعانة بأحد أفراد الأسرة للحصول على المزيد من المعلومات بصورة أدق. كل ذلك دون خرق لمبدأ الخصوصية والسرية واحترام حق المريض أو حقها في السرية وعدم إفشاء أي معلومات خاصة فيما عدا ما تتطلبه الضرورة في حالات الخوف من الانتحار وضرورة مشاركة أفراد الأسرة في عملية المراقبة له أو لها.

ومن متطلبات نجاح المقابلة الإكلينيكية وفعاليتها في المسنين أن يراعي المعالج أن كبار السن يختلفون فيما بينهم في كثير من الشروط مما يستدعي أن لا نتعامل مثلاً مع الواحد منهم أو منهن بأنه مسن وحسب. فالمرضى النفسي المتقاعد في الـ 75 سنة من العمر يختلف تماماً عن مريض عمره 95 وقد فقد توازجه أو القائم برعايته.

فضلاً عن هذا يراعي أن يتوافر المناخ العام الملائم لإجراء المقابلات بمزيد من الاهتمام بظروف المسنين بما فيها أن نخلق جواً طبيعياً خالياً من التوتر والتسلط وأن تبعد المقابلة عن جو الاستجوابات. وعلى المعالج أن ينمي إدارته على سرعة ملاحظة التغيرات الانفعالية، وأن يفتن لمناطق التوتر لدى الحالة في أقرب وقت، وأن يكون أكثر تعاطفاً وإحساساً بمشاعر المريض. حذراً في التعامل معها، وبتعاطف. وأن يدرب نفسه جيداً على تفهم مسارات مشاعر الفرد بحيث يراعي مشاعر الشخص وأن يعرف متى يعمل على إثارتها دون أن يقمعها أو يغير مسارها في الوقت غير الملائم، ومن المهم أن يلاحظ بشكل خاص فترات الصمت أو القلق وأن يتعامل معها بطريقة مهنية. ومن الأشياء الجديرة بالاهتمام والملاحظة: الجوانب غير اللفظية من التواصل بما في ذلك مدى التواصل البصري، تعبيرات الوجه، والحركات اللاإرادية، الإشارات الآلية وأن يفهم دلالاتها إن كانت دالة على الحرج، أو الحزن، أو الأسف .. الخ.

وقبل انتهاء المقابلة ينبغي أن يقوم المعالج بعملية تلخيص وتفسير لما دار في الجلسة، وأن يخطط مع عملية الجلسات التشخيصية أو العلاجية المقبلة، بما في ذلك عدد الجلسات التكاليف المادية إن وجدت، وما هي التوقعات العلاجية والتوصيات التي ينصح بها للتغلب على مشكلات الاكتئاب وتعتبر مرحلة إنتهاء المقابلة فترة حرجية بشكل خاص، حيث يجب التمهيد لذلك بتلخيص يبعث على التفاؤل وإظهار التفهم، وبعث الأمل في الحل الناجح ومن إمكانيات الخلاص من مصادر تدمير الذات، ومن ثم إنهاء المقابلة دون إحباط وأثار سلبية.

أساليب القياس النفسي لأنماط التفكير الإيجابي والتفكير السلبي

يلعب القياس النفسي دوراً هاماً في العملية التشخيصية والعلاجية للتعرف على أساليب التفكير التي يلجأ لها المسنون في حالات الاكتئاب. وتظهر أهمية المقاييس النفسية في كل مراحل العملية العلاجية بجانبها التشخيصي والعلاجي، ويهتما هنا أن الكاتب استطاع أن يقنن أداتين من شأنهما إطلاع المعالج على الجوانب السلوكية والمعرفية التي ستخضع للعلاج. وقد قمنا بإعداد هاتين الأداتين وتقنينهما في البيئة العربية، انطلاقاً من الاعتراف بأهمية العوامل المعرفية بجانبها السلبي والإيجابي في العملية التشخيصية-العلاجية، وعمّا تلعبه العوامل المهنية بما فيها طرقنا في التفكير والتذكر والإدراك والاتجاهات العقلية والتوقعات والتفاؤل والتشاؤم من آثار مباشرة أو غير مباشرة على مدى ما نتصف به من صحة نفسية أو ما نتعرض له من اضطرابات واختلال. وفيما يلي شرح مختصر

10. التفكير القائم على المنافسة والمقارنة الخارجية: الميل للتفكير والسلوك الدال على الرغبة في منافسة الآخرين والمقارنة بهم. وتشير البحوث إلى أن المقارنة الدائمة بما يحققه الآخرون من نجاح مهني أو مادي أو شهرة يلعب دورا مهما في إثارة القلق وتطور الاكتئاب والإحباط السريع.

ويوضح الملحق في نهاية المقال بعض الأسئلة الممثلة لكل بعد من الأبعاد السابقة، ولمن يرغب في الحصول على المقياس بأهداف البحث العلمي أن يتواصل مع الكاتب بهذا الصدد.

الأداة الثانية: مقياس التفكير الإيجابي المعرب

ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين المهتمين بعلم النفس الإيجابي حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية في السنوات المتقدمة من العمر، ولكننا إذا نظرنا إلى أي كتاب من كتب العلاج الإيجابي الجديدة، سجد اهتماما بتطوير برامج علاجية تهتم بتنمية الجوانب الإيجابية من الشخصية، فجد مثلا برامج لاكتساب السعادة الشخصية (عبد الستار ابراهيم، 2005، 2000، 2002b، 2002، Selligman, 2002, 2002b, 2000, Selligman & Csizentmihalyi) والرضا، وبرامج لتنمية التفكير العقلاني. ومن عباءة علم النفس الإيجابي ظهرت مفاهيم وتيارات جديدة من التفكير مثل مفهوم الجودة والسعادة الشخصية (ابراهيم، 2005، 2000، Selligman)، وازدهار الشخصية (Keyes & Haidt, 2003)، والتفاؤل (1995، 2000، Peterson, 2000، Selligman) والذكاء الوجداني، وبفضل هذه التطورات، أصبح المعالج النفسي الحديث، لا يكتفي بالفنيات التقليدية التي تساعد المسنين على التخلص مثلا من الخوف أو الاكتئاب، بل طوروا فنيات أخرى تساعد على تنمية توجهات إيجابية تعتبر مؤشرا على الصحة النفسية وعلامة جيدة على التكامل والنضوج النفسي، بغض النظر عما يمكن أن يعاني منه الشخص من اضطرابات أو أمراض. بعبارة أخرى إن التطور الذي نلاحظه اليوم في حركة العلاج النفسي يمثل تحالفا بين علم النفس الإيجابي والعلاج السلوكي المعرفي (Leichsenring & Snyder, 2003, Winnubst & Maes, 1992) بحيث سيصبح في قدرة الشخص العادي أن يبتني أنواعا من الإدراك والتفكير والسلوك تساعد لا أن يتخلص من الشوائب المرضية وأعراض الاضطراب السيكياترية. بل وأن يتمكن من تحقيق ما تتطلبه الحياة الفعالة من سعادة شخصية وكفاءة علمية، وازدهار وتفاؤل.

وانطلاقا من هذا الفهم لعلم النفس الإيجابي قمنا بتقنين أداة للتفكير الإيجابي، وهي فيما يوحى الاسم تتكون من عبارات تتعلق بتقدير بعض السمات الإيجابية في الشخصية ومنها:

1. التوقعات الإيجابية والتفاؤل: أي التوقعات الإيجابية من تحقيق مكاسب مهنية أو علاجية، وزيادة مستوى التفاؤل وما يتوقعه من نتائج إيجابية في حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية.
2. الضبط الانفعالي التحكم في العمليات العقلية: مهارات الشخص في توجيه انتباهه وذاكرته في اتجاهات سليمة ومفيدة لتنمية رصيده من الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي.
3. الاتجاه العقلاني وحب التعلم: أي ما يميزه من اتجاهات إيجابية نحو المعالج، ونحو العلاج النفسي بشكل عام.
4. الشعور بالرضا: مشاعر عامة بالرضا عن النفس والحياة.

للمحاور والبعاد التي يقيسها كل مقياس منهما، كما يجد القارئ في نهاية المقال نماذج من الأسئلة لكل مقياس منهما.

الأداة الأولى: مقياس الأفكار السلبية المعرب

يتكون من مجموعة من العبارات يجاب عن كل منها على مقياس يتراوح من الانطباق الكامل على الذات إلى عدم التطابق بالمرة في وصف الذات، وتتصافر عبارات هذا المقياس في الكشف عن الأبعاد المرضية في السلوك والتفكير، التي تصلح للتعامل مع حالات الاكتئاب. من بينها:

1. التهويل والمبالغة: إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة، أو التي يتعذر تفسيرها. المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي، والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي.
2. قراءة الأفكار أو " خطأ المنجم "
3. التأويل الشخصي للأمر " تلطيخه الذات " : أن ينسب الشخص لنفسه مسئولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.
4. تعميم السلبات: تعميم خبرة فشل شخصية منعزلة على الذات ككل. أو تعميم المشاعر والخبرات الجزئية أو الفردية على الناس ككل.
5. التفسير السلبى للأحداث الحاضرة أو السابقة: النظر للماضي والخبرات الطفلية المبكرة بمنظور قائم لا نرى من خلاله إلا حوادث الفشل والتعرض للاضطهاد والخسارة وفقدان الأجزاء والرفض... الخ. مع وضع أهمية مبالغ فيها للأحداث الماضية أو إعطائها وزنا ضخما في إثارة الاضطراب والتوتر. فضلا عن تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة، تفسيرها سلبيا، وإدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان دون تبرير فعلي.
6. الثنائية والتطرف (الكل أو لا شيء): إدراك الأشياء على أنها إما سيئة تماما أو لا شيء (عدم إدراك أن الشيء الذي قد يبدو سلبيا أو مختلفا قد ينطوي على فائدة الآن أو مستقبلا). والتصرف مع المختلفين في الرأي أو العقيدة أو الجنس بحذر وخوف وعداء (تعصب) والشك في النوايا.
7. المثالية والنزوع المتطرف للكمال: التفكير والسلوك كلاهما يجنحا للتطرف في المثالية والكمال غير الواقعي، بشكل يعطل الفرد عن النشاط والإنجاز والبحث عن الحلول الواقعية التي تسمح له أو لها أن يقبل الآخرين ببعض مثالبهم لتحقيق عمليات تواصل فعالة بالعالم الخارجي.
8. الترصد (الانتباه السلبى الانتقائي): أي اليقظة الذهنية الشديدة والملاحظة السريعة ورصد الاستجابات الخارجية المثيرة للخوف والعداء.
9. الإفراط في الإيجابية والتوقع: الإفراط والمبالغة الشديدة في إدراك الواقع بإيجابية والغفلة عما به من عقبات قد ترتبط بكثير من أنواع الإحباط والفشل وخيبة الأمل التي تحيق بالفرد من جراء تفاؤله الشديد أو توقعاته بتحقيق أهدافه بغض النظر عما يتطلبه هذا منه من انتباه للعقبات والوقت ومشكلات التفاعل بالآخرين. ومن ثم يعتبر هذا الأسلوب المعرفي علامة من علامات اللاعقلانية بسبب ما قد يؤدي إليه على المدى الطويل من ألم وخيبة أمل. وتشير البحوث إلى أن بعض الأمراض العضوية- النفسية التي تحتاج لمراقبة النظام الغذائي والصحي سيتزايد انتشارها لدى الأشخاص الذين يشبع بينهم أسلوب التفكير المفرط في إدراك ما هو سلبي ومرضي على أنه عادي أو إيجابي.

ومن الصحيح أننا نحتاج أحياناً - كمطلب علاجي - أن نركز على هدف منها أكثر من الأهداف الأخرى، إلا أن من المؤكد أن كثيراً من هذه الأهداف تتداخل فيما بينها بشكل يفرض على المعالج السلوكي المعرفي الإيجابي أن يتعامل مع أكثر من هدف منها عند تعامله مع مرضاه.

محكات أربعة لتحقيق علاقة فعالة بالمسنين

ينطلب تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في ممارسة العلاج النفسي في حالات الشيخوخة، التعرف على جوانب الخطأ في الممارسة وبالتالي تجنبها واستبدالها بعدد من الشروط الضرورية لتحقيق الفاعلية العلاجية ومن أهمها:

- بناء علاقات تواصل فعالة بالشخص
- تحقيق التطابق في الأهداف العلاجية
- الاتفاق على الأهداف العلاجية المحورية
- الاهتمام بمتطلبات الارتقاء النفسي والاجتماعي في الشيخوخة وهو ما سنعرض له في هذه السطور المتبقية

تجنب الأساليب العلاجية الخاطئة

من المعلوم أن كثيراً من المرضى لا يتجهون للعلاج النفسي لمجرد وجود معالج دافئ ومتعاطف، ولكنهم أيضاً يبحثون بجوار ذلك عن شخص كفء وخبير وله أساليب علاجية فعالة ومدروسة. ولهذا تكشف بعض البحوث أن هناك أيضاً معالجون يستخدمون طرقاً علاجية من شأنها أن تعطل من نجاح العملية العلاجية، وتعمل على إفشائها. من هذه الطرق المعطلة للعملية العلاجية ما يأتي:

- التجاهل غير المبرر، وإبداء الامتناع أو مشاعر الحرج
- تجنب الاستمرار في مناقشة موضوعات يثيرها الشخص أو يشعر بأهميتها له.
- تكليف الشخص بواجبات غير ملائمة لظروفه الاجتماعية أو الأسرية أو للعملية العلاجية.
- تكليف الشخص بأداء واجبات علاجية في أوقات غير مناسبة أو مع أشخاص غير مناسبين
- تدعيم لخصائص غير مناسبة لصحة الشخص العقلية ونضوجه (مثل تدعيم الاعتماد على المعالج، أو تدعيم بعض الهواجس المرضية بهز الرأس أو إبداء الموافقة عليها).
- الخوف من لحظات الصمت وشغلها بأي حديث بدلاً من إعطاء الفرصة للمريض للتأمل وإعطاء المعلومات الشارحة لمشاعره.
- خرق القواعد المرتبطة بحقوق الشخص مثل التلامس والقرب البدني الشديد بشكل لا يراعي السن أو الحدود الشخصية الملائمة له أو لها.
- السيطرة على موضوع أو موضوعات الحديث بما في ذلك تغيير الموضوع وإعطاء اقتراحات علاجية تفسيرية دون أن يشترك الشخص في ذلك.

بناء علاقات تواصل فعالة بالشخص

ثمة ما يشير إلى أن المسنين خاصة ممن يعانون من الاكتئاب يحتاجون أكثر من غيرهم إلى بناء علاقات تواصل فعالة بالمعالج حتى

5. الرصيد المعرفي الصحي: أي رصيده من المعلومات والمعرفة بما في ذلك المعلومات التي حصلها أو يحصلها عن مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب والاضطراب النفسي والسلوكي.

6. التسامح مع الاختلاف عن الآخرين: مجموعة من الاتجاهات والأفكار والسلوك التي تتحد معاً لتتعدى على تقبل الاختلاف والتعايش مع أنواع مختلفة من البشر بغض النظر عن انتماءاتهم الفكرية أو العرقية.

7. التفكير القائم على الاعتزاز بالنفس والتسامح مع الخطأ أي أن تتقبل ذاتك وتعرف قيمتها. وتقبل الذات يعني ضمن ما يعني غياب الشكوى من حياتك فالنجاح لا يعرف الشكوى ولا يتنمر. التقبل. يعني السعادة والعقلانية لأنك لا تنذمر من الأشياء الخارجة عن إرادتك. الشكوى وقت يتم إهداره وكان يمكن أن تستغله للتدريب على الأنواع المختلفة من الأنشطة التي تعلمان المزيد من الحب الذات أو مساعدة الآخرين على تحقيق ذواتهم.

8. التحرر من قيود الماضي: النظر للماضي بصفته مليء خبرات مفيدة مرت بنا بلوها ومرها، ويعالجها بمنظور وجداني يساعدنا على التنبيه لأخطائنا، وتجنب تكرار أنواع السلوك التي أدت في السابق إلى مشاعر الإحباط والقتل. الشعور بالتسامح مع الأخطاء التي ارتكبتها في الماضي، معالجتها على أنها تمت في ظروف كنا فيها أقل خبرة وحكمة مما يترك مشاعر بالتسامح مع الذات والتخفف من مشاعر الذنب ولوم النفس.

9. الذكاء الوجداني: مجموعة من الصفات الشخصية والمهارات الاجتماعية والوجدانية التي تمكن الشخص من تفهم مشاعر وانفعالات الآخرين، ومن ثم يكون أكثر قدرة على ترشيد حياته النفسية والاجتماعية انطلاقاً من هذه المهارات.

10. (أنظر نماذج من الأسئلة في نهاية الدراسة الحالية، أو الرجوع إلى : عبد الستار إبراهيم: العلاج المعرفي، 2008)

الحاجة لتعدد محاور العلاج في التعامل مع مشكلات المسنين

يمكن تعريف العلاج النفسي لحالات الاضطراب الوجداني والمزاجي في الفترات المتقدمة من العمر بأنه نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسي بهدف:

- إعانة الشخص على التخلص من أساليب التفكير المعززة للأعراض المرضية بما فيها التوتر، والقلق
- تحقيق تغيرات إيجابية في الفرد لتصبح أساليبه في التفكير وأنماط تفاعلاته بالعلم الاجتماعي أكثر إيجابية، وصحة، وأسعد حالاً.

ولتحقيق ذلك لا يوجد هدف واحد للعلاج النفسي لحالات الاكتئاب بين المسنين، بل أهداف متعددة ينبغي الاتفاق عليها مسبقاً مع الشخص. فقد يأتي الشخص وهو يتوقع انطلاقاً من مبادئ الممارسات الطبية التقليدية التخلص من الأعراض ولكن أهداف العلاج النفسي تتنوع، وتشمل:

- اكتشاف جوانب القوة والضعف
- تبسير القدرة على اتخاذ القرارات الضرورية للتكيف لمراحل العمر المتأخرة وتغيرات الدور الاجتماعي
- إعانته على استكشاف العراقل القديمة والراهنة التي تتعارض مع إيجابية النمو في هذه المرحلة.
- اكتشاف ما ينطوي عليه المستقبل من إمكانيات للتطور بالذات مهنيًا أو اجتماعيًا.
- الكشف عن الجوانب السلبية المبكرة والراهنة في العلاقات الاجتماعية، وبالتالي إعادة إدراكها ومن ثم التمكن من السيطرة على مصادر الألم فيها

نقترح ثلاثة أساليب من خلالها مواجهة أزمات هذه المرحلة هي:

- إعادة توجيه الطاقة لأدوار جديدة ونشاطات مبتكرة، فالأعمال التطوعية، وشغل وقت الفراغ، والهوايات الخاصة قد تخلق بالنسبة للمسن " حياة جديدة" ربما تكون أكثر إشباعاً من قبل، إلا أن هذا التحول يحتاج لجهد وصبر ونشاط. وفي رأينا أن النشيطين في هذا السن والإيجابيين أكثر إحساساً بالرضا من السلبيين المتقاعسين.

- تقبل الحياة: ونعني هنا التقبل بالمعنى الفلسفي وليس بالمعنى السلبي الذي يدعو للهزيمة واليأس، بعبارة أخرى، فإن الحكمة تتطلب من الأشخاص في هذا السن أن يدربوا على السلبيات والإيجابيات وأن يستمدوا بعض الرضا من خلال ما أنجزوه في سنوات العمر السابقة من أطفال، أو أعمال، أو علاقات، وبهذا يمكنهم دمج الماضي في الحاضر بصورة هادئة وعقلانية.

- التعامل مع قلق الموت الإعداد لمواجهته وتقبله كحقيقة جديرة بالاهتمام والإعداد لها، بدلاً من رؤيته مصدراً للخوف والفرح والاكتئاب. بعبارة أكثر إيجابية التقبل العقلاني والإيجابي للنهاية المحتومة مع عدم السماح لفكرة الموت أن تسيطر في نشاطاتنا ومسؤولياتنا تجاه الآخرين. بعبارة أخرى التقبل الهادئ للموت لا يعني السعادة به إنه يعني ببساطة التقبل الهادئ لمرحلة ضرورية تحتاج للإعداد وتوفير مناخ اجتماعي آمن وصحي يحمي من الآلام والأمراض التي تتكون بسبب ما يعترينا في هذه المرحلة من عجز أو تدهور مفاجئ دون رعاية كافية.

والخلاصة أن نجتج العلاج النفسي يحتاج أيضاً لمحاولات متعددة تشتمل أملاً على وجود معالج يخلق ويؤكد رابطة علاجية تتميز بروح الاهتمام والاحترام، والفهم والتقدير والكرامة، مع إيمان عميق بإمكانية الشفاء. ومن خلال ذلك يستطيع المعالج ثانياً أن يتجنب الأساليب العلاجية الخاطئة بما فيها شدة السيطرة على الموقف العلاجي، والتعدي على حدود مرضه المكانية والشخصية، وغيرها من أساليب خاطئة. ونحتاج ثالثاً إلى مريض لديه القدرة والرغبة للاستفادة من العلاج النفسي من خلال ما يبينه من توقعات عن كفاءة المعالج ومهارته. بعبارة أخرى: معالج، وإيمان بالتغيير، وأسلوب علاجي فعال، مريض بدوافع قوية للعلاج، هذه هي محاور العلاج الناجح.

نموذج لحالة

حالة السيدة هند العلمي

السيدة هند مريضة في الـ 75 من العمر، أحيلت للتقييم والفحص النفسي، وإمكانية التعاون مع الفريق الطبي النفسي في علاجها معرفياً بسبب المعاناة من الحزن والضغط النفسي نتيجة لتزايد المسؤوليات عليها إثر إصابة زوجها بمرض مقعد هو الباركنسون الذي أدى لتدهور حالته الصحية التي تتلاحق بشكل مسرع.

للتعرف على المشكلات التي أدت لطلبها للعلاج، أمكن من خلال المقابلة الشخصية التمهيدية ومن إجاباتها على مقياسي التفكير السلبي والتفكير الإيجابي على وجود عدد من المشكلات المتداخلة التي ساهمت في معاناتها واضطرابها الوجداني:

- صراعات سطحية ظاهرة وتغيرات أسرية مباشرة مثيرة للاضطراب.
- الافتقار للدعم ومشاعر الوحدة
- المبالغة وتضخيم السلبيات
- الرؤية المتشائمة للمستقبل والافتقار للتفاؤل

تمتد العملية العلاجية إلى ما يتناسب مع تحقيق الحماية الإيجابية المطلوب تحقيقها. ويتوقف النجاح في ذلك على شخصية المعالج، وعلى المحافظة على أسرار الشخص بهدف خلق إحساس بالمان والاطمئنان بشكل يمكن الشخص من احتمال مشاعر القلق وبالتالي يمنحه القدرة على مواجهة مصادر مشكلاته وخطته العلاجية في المستقبل بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع.

ومن المهارات الشخصية العامة المطلوبة في المعالج النفسي أن يكون قادراً على بناء علاقة بمريضه تقوم على ثلاثة عناصر تقليدية هي: التعاطف والدفع والصدق.

وبالرغم من أهمية العوامل الخاصة بشخصية المعالج كالدفع والتعاطف، فإن الكفاءة المهنية والمهارة وحسن التدريب تلعب أدواراً شديدة في نجاح العلاج. ولهذا فإن الترخيص بمزاولة مهنة العلاج النفسي المتعددة المحاور يجب أن تراعى توافر عوامل الخبرة والتدريب. فضلاً عن الإلمام النظري والأكاديمي بالنظريات النفسية والاجتماعية، خاصة نظريات التعلم والشخصية.

قد لا يستطيع المعالج النفسي أن يمارس عمله بفاعلية ودون أن يراعي خصائص الإطار الاجتماعي- النفسي الذي ينشأ فيه السلوك المرضي ويتقدم بما في ذلك القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة الشخص والتي تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر (Sue, 1981, Sue & Morishima, 1982, Sue & Zane, 1987) ويؤدي الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المعرفي المتعدد المحاور إلى فوائد متعددة (Ibrahim, 2000, Ibrahim & Ibrahim, 2000, Ibrahim & Al-Naffie, 1991, Ibrahim 1993) في مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك الاهتمام بمتطلبات الارتقاء وواجباته في الشيخوخة، تحديد المشكلة المحورية بما فيه المشاعر وأساليب التفكير فيها¹¹، واختيار الفنيات العلاجية الملائمة¹²، وأهداف العلاج ومساره¹³. كما سنرى فيما يأتي.

تحديد أهداف العلاج

إذا اختلفت أهداف المعالج من العلاج عن تلك التي عند الشخص، فإن العملية العلاجية ستعاني معاناة سلبية شديدة، وستتأثر مصداقية المعالج بنفس الاتجاه السلبي. ومن المعتقد، أن انقطاع المرضى المفاجئ عن جلسات العلاج يتزايد بسبب هذا العمل نتيجة لمشاعر عدم الراحة، وخيبة الأمل، والحرع الناتج عن التعارض بين الأهداف المرسومة للعلاج ومن المؤكد أن كثيراً من الأهداف العلاجية التي يبينها الشخص تكون متأثرة إلى حد بعيد بالإطار الحضاري وما يفرضه على الفرد من جزاءات، أو ما يمنح من إثبات لسلوك معين. ومن ثم فإن صياغة أهداف العلاج بشكل لا يتسق مع التوقعات العلاجية يؤدي إلى تعطيل العملية العلاجية، وربما إنهاؤها بشكل مبثور.

اختيار الأساليب العلاجية الملائمة

قد تتعرض مصداقية المعالج وفاعليته للخطر أو على أحسن الأحوال للتشكك، إذا أصر على أن يستخدم مريضه أساليب علاجية تتعارض أو تتنافر مع وجهة نظر الشخص. وقد عرضنا في موقع آخر (A-S, Ibrahim, 1999-2000) & R. Ibrahim لعدد من الحالات التي تعثر فيها العلاج بسبب تشجيع المعالج للمريض لتبني فنية علاجية غير مقبولة وفق الإطار الحضاري للمريض أو المريضة (مثلاً بعض فنيات العلاج الجنسي، أو بعض أشكال تأكيد الذات في العلاقات الزوجية).

الاهتمام بمتطلبات الارتقاء في الشيخوخة

من خلال الاسترخاء بالصور الذهنية الإيجابية على استعادة بعض الذكريات الحلوة في السابق مما جعلها أقل قلقاً وأكثر إدراكاً لجانب الحب والتغلب على مشاعر التناقض الوجداني في تفسير علاقتها بزوجها. وبالفعل أصبحت أقل قلقاً وأكثر قدرة على تحمل القيام بدورها الاجتماعي بمفهوم متجدد وداعم لصحتها النفسية وإعانة زوجها بطريقة أفضل في محنته التي يعيشها الآن.

نتيجة لهذه التغيرات في أساليب التفكير وما أثاره ذلك من تغيرات إيجابية في سلوكها نحو زوجها، أصبح بإمكان السيدة هند من خلال 6 لقاءات أن تكون عادات مريحة، وأن تقبل حياتها الزوجية بإيجابية مماثلة لأنماط التفكير والسلوك التي اكتسبتها. وبالرغم من أن متابعة الحالة الصحية لزوجها لم تكن من أهدافها العلاجية، فقد كشفت التقارير الطبية عن الزوج تباطؤ تدهور حالته الصحية، وأن مرضه استقر بدون تغيرات مرضية سريعة كما كان يحدث في السابق كل ذلك والسيدة هند تسيطر على مشاعرها السلبية وتحيا في ظروف نفسية تحقق لها ولزوجها السلام والكفاءة في معالجة ما نثيره الحياة من ضغوط.

مراجع النص

1. أعدت هذه الدراسة بناءً على دعوة خاصة من مؤسسة التنمية الأسرية بأبوظبي وألقيت بمؤتمر أبوظبي العالمي للشيخوخة - أبوظبي الإمارات العربية المتحدة (في الفترة من 22 ز 24 أبريل 2008)
3. على سبيل الأمثلة، ظل " بابلوبياكسو" كالإصعاري نشاطاته الفنية على أن توفي في الواحدة والتسعين وبقي " برتراند راسل" حتى الثمانينات يحاور ويكتب ويتظاهر في شوارع لندن ضد الاستخدامات المدمرة للذرة. واحتفظت عالمة الأنثروبولوجية المشهورة مرجريت ميد Mead نشاطها وطاقاتها على العمل حتى شارفت الثمانين. وعاش العالم الروسي المشهور " بأفلوت" ما يقرب من ست وثمانين عاماً، ولم يتوقف حتى موته عن العمل والتوجيه والإشراف على الطلاب وإجراء التجارب. وعلى المستوى العربي استمر " نجيب محفوظ" محتفظاً بطاقته على العمل والنشاط حتى التسعين من العمر بالرغم من أنه تعرض للاعتداء طعناً بالسكين، وكمثال لآزال حيا بيننا وهو في الثالثة والثمانين الآن الصحفي الإعلامي النابغة "محمد حسين هيكل" يكتب ويؤلف ويحاضر ويتكلم بالساعات على تليفزيون " الجزيرة" ويحتفظ بذاكرته الحديدية التي يجسدها عليه أي شاب في العشرينات بالرغم من أنه لم يسلم من الإصابة بالسرطان أكثر من مرة. فالشعور بالسن إذن أمر نسبي، ونتفق من ناحيتنا بالقول: إن الحياة هي ما نرى فيها وما تخلقه منا".

4. Sadock, B.J.& Sadock V.A (2003). Synopsis of psychiatry , 9th Ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, and Wilkins

5. positive Psychology

Costanda & Siminton 2002 Ellis & Blau. 1998, Ibrahim & Ibrahim , 1996, Keyes & Haidt, 2002, Lopez & Snyder, 2003, and Miller & Thoresen 2003 Aspinwall & Staudinger, 2002

7. أنظر: ع. إبراهيم 2005، 2002، 2000

8. مثلاً حددت سوزان ريتشارد S. Richard خمسة أنماط من الاستجابة للسنوات الخيرة من العمر هي:

1. النمط الناضج: وهو نمط بناء في مواجهته للحياة ويشعر بأن الحياة السابقة كانت ذات وزن كبير، وأشخاص هذا النمط دافئون ونشطون، ويحافظون على مسؤولياتهم تجاه الأسرة والزوجة، وهم من أكثر الأنماط توافقاً للحياة المسنة.

- لود الذات الناتج عن تفسير السلبيات على أنها نتائج لتقصيرها وعجزها
- التناقض الوجداني في التعامل مع زوجها المقعد.

من حيث الصراعات السطحية الظاهرة تبين أن السبب المباشر الذي صرحت به للمعالج هو افتقادها للدعم النفسي والمعنوي من الزوج نتيجة لتقاعدته إثر تزايد حدة مرض باركنسون ، فضلاً عن شعورها بالعجز عن تقديم يد العون والمساعدة له على التعامل مع تدهور حالته الصحية بشكل سريع. فهو مثلاً لم يكن قادراً على الرقود والاسترخاء على سريريه وفي فراشه المعتاد. نتيجة لهذا كان يقضي وعظم أوقات الليل جالساً على كرسيه، وهذا ما لم يكن بإمكانها تحمله والسكوت عليه.

كانت أيضاً شديدة الانزعاج والقلق على حالتها الصحية بسبب التقدم في العمر وخوفها من أنها ستعرض مثله للعجز والمرض.

لمعالجة هذا الجانب تركز العلاج المعرفي على مخاوفها غير الواقعية ومبالغاتها وتهويلها للأمور، ولإثارة مخاوف متشائمة من المستقبل. وتطلب ذلك تعريفها بالأساليب المعرفية الخاطئة في إدراك الأمور بحيث تصبح الأمور المعتادة مصدراً للقلق والانزعاج، بما في ذلك المبالغة، والعجز عن تحمل الأمور المعتادة التي لا يمكن تغييرها، فضلاً عن أن حالتها الصحية لا تدعو للقلق والانزعاج وأنها تحت رعاية طبية جيدة.

تم التركيز أيضاً على مشاعر الفشل والوحدة وأن نبين لها أن معاناتها تستند على تفكير سلبي يدعوها للتقاعس وإدراك الواقع على أنه أسوأ مما هو عليه " أي تفكيرها في الأمور كان أسوأ من الأمور ذاتها" ومن هذا الجانب بينا لها أيضاً أن ما حدث من عجز ومرض الزوج لم يحدث بسبب أخطاء منها أو مسؤولية أو فشل أو قصور من جانبها، ولكن حدث لاعتبارات طبية خاصة بالظروف الصحية للزوج، ومن ثم يمكن مواجهة ذلك بطرق غير انهزامية لا تعالج الأزمة التي هي فيها الآن بل تدعو لليأس ولوم الذات.

بيننا لها أن إعادة إدراك الواقع الذي فرضته ظروف مرض الزوج يتطلب منها تعديلاً سلوكياً مماثلاً للتطور الإيجابي في التفكير. فمثلاً ساعدناها على البحث على بدائل سلوكية إيجابية وبذل الطاقة دون الخوف من مساعدة الزوج بدلاً من لوم الذات والقلق واليأس من مساعدته وكأنها مسئولة عما حدث له.

ومن باب استبدال السلبي بالإيجابي، كشفنا لها عن مدى مبالغاتها وتهويلها لموضوع بقاء الزوج بالليل قاعداً على كرسيه بدلاً من النوم على فراشه المعتاد. " إنها ليست مأساة أو كارثة أن يغير مكان نومه المعتاد طالما أن هذا يريحه ولا يسبب أي إزعاج لكي أو خطر له". هكذا قلت لها في أحد الجلسات، وقد أشعرها هذا بالارتياح ومشاعر الخلاص من مخاوف لم تكن تدرك من قبل طبيعتها المبالغ فيها في تشويه واقع غير مثير للخطر على أنه مصدر للخطر وللانزعاج.

أما من حيث غضبه على الزوج لأن مرضه أفعدها بجواره، فقد تبين بعد نفذ العلاج واكتساب ثقة المريضة أنها كانت تردد في دخالها " أنه لم يقدم لها الرعاية الكافية التي كانت تتوقعها منه في بعض الأزمات التي أحاطت بها، قبل إصابته بالمرض وخلال فترات صحته".

وقد اكتشفت من خلال عمليات الدحض والتفنيد لهذا النوع من التفكير أن يثير مشاعر الحب والكراهية معاً، أي بلغة علم النفس ما يمكن تسميته بالتناقض الوجداني أو صراع الحب والتقاني مع النفور والتجنب. ومثل هذا التفكير يثير فيها الكثير من مشاعر التردد عن تقديم المساعدة الإيجابية بل وربما يكون السبب في إثارة الكسل والتعب السريع عندما تجد نفسها مضطرة لمساعدته على قضاء حاجاته الإيجابية. فضلاً عن هذا ساعدناها

العقلانية والإيجابية (سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر

3. عبد الستار إبراهيم (2008). إنه من حقك يا أخي: دليل علاجي-نفسى- معرفي لتنمية مهارات الحياة الاجتماعية والتوكيدية (سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر

4. عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (2003). علم النفس الاكلينيكي: منهج التشخيص والعلاج النفسى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية (الطبعة الثالثة).

5. عبد الستار إبراهيم (2000). العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث: أساليبه ونماذج من تطبيقاته. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

6. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed : DSM-IV. Washington, D.C

7. Bruce M.L. Ten Have T.R. Reynolds C.F et al (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA; 291: 1081-1091.

8. Clark; DM; Fairburn, CG. (1997) Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford: Oxford University Press.

9. Charney D.S. Reynolds C.F. Lewis L. et al (2003). Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Arch Gen psychiatry; 60: 664-672.

10. Sadock, B.J.& Sadock V.A (2003). Synopsis of psychiatry , 9th Ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, and Wilkins.

11. Tarrier N, Wells A, Haddock G, Editors (1998). Cognitive behavior therapy for complex cases: an advanced guidebook for the practioner. Chichester: wiley.

12. Unuttered J, Kato W, Callahan CM, et al (2002). Collaborative care management of late- life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA; 288:2836-2845

2. النمط الزاعق: وأشخاص هذا النمط مندفعون ومصرفون ومحبون للأكل والمتعة، إلا أنهم يفتقدون للطموح، ويفضلون البقاء في المنزل. وهو يتوافقون جيداً لسنوات التقاعد وإن كان توافقهم يتميز بالسلبية والاعتماد على الأسرة أكثر مما يجب.

3. النمط الدفاعي القهري: أشخاص هذا النمط لا يرحبون بالتقاعد ولا يضعون خطة له. قهريون بشكل عام ويحاولون مواجهة مخاوف السن بالإسراف في النشاط والعمل. وطالما يتاح لهم هذا، فإنهم يتوافقون نسبياً لسنوات الشيخوخة.

4. النمط الغاضب: أي النمط العدائي والمتسرب، يفتقدون الهوايات الخاصة والاهتمامات، ولا يرحبون بالتقاعد، الموت بالنسبة لهم ليس حقيقة يجب مواجهتها بل هو عدو يجب هزيمته، ويعتبر أنماط أشخاص هذا النمط من أسوأ الأنماط توافقاً وأقلها قدرة على تخطي أزمات الشيخوخة.

5. النمط الكاره للنفس: وهو نمط يتميز بالاكتئاب والرغبة في الموت. ومع ذلك أو ربما بسبب ذلك نجدهم أكثر توافقاً وتقبلاً للنهاية من النمط الغاضب (مأخوذة من زيمباردو Zembardo المرجع 28)

9 فيما يتعلق بالخصائص السيكمترية لمقياس التفكير السلبي العرب والتفكير الإيجابي تحققت للمقياسين في دراسة على 150 طالب سعودي بجامعة البترول والمعادن بعض النتائج الدالة على معاملات ثبات بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين على 65 طالب قيمتها 0.93 بالنسبة لمقياس الأفكار السلبية و 0.81 لمقياس الأفكار الإيجابية. كذلك بلغ معامل الارتباط بين المقياسين 0.62 وهو معمل ارتباط سلمي ذي دلالة جوهريّة عند 0.01 على الأقل بما يتمشى مع صدق الأدوات وأنها يقيسا وظائف متناقضة. ولا تزال تحليلات أخرى لفهم البناء العاملي لكل مقياس منهما يجري تحقيقها.

10 Empathy

11 Target problems

12 Treatment techniques

13 Treatment goals and prognosis

References

1. عبد الستار إبراهيم (2008). الاكتئاب والكدر النفسى: دليل معرفي للممارس (سلسلة الممارس النفسى). القاهرة: دار الفكر
2. عبد الستار إبراهيم (2008). العلاج المعرفي: دليل علاجي نفسى متعدد المحاور لتنمية المهارات

Arabpsynet Thesis Search



<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Arabpsynet Psychologist Guide



Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

نحن المسنونون: إطلالة نفسية

أ.د. قـدري حفـني - علم النفس؛ القاهرة، مصر

kadrymh@yahoo.com

ملخص: اكتشفت حين تلقيت الدعوة للمشاركة في المؤتمر أنني أحمل هويتين: هويتي المهنية كمتخصص في علم النفس و هي الهوية التي خاطبني بها رسالة الدعوة؛ و هويتي كواحد من المسنين الذين يدور حولهم المؤتمر؛ و أحسست أنني لو استخدمت ضمير الغائب في حديثي عن المسنين فسوف أكون واحداً من اثنين: إما مدعياً لحياة غير حقيقي بزعيم أنني أتناول ظاهرة لست جزءاً منها؛ أو منتحلاً صفة الشباب الذي ودعته منذ سنين؛ و لذلك فقد فضلت لكي يكون حديثي صادقاً أن يكون بصفة المتكلم، دون أن أتجاهل بطبيعة الحال هويتي المهنية كمتخصص في علم النفس متأملاً في بداية تشكل وعيي بكوني أصبحت مسناً، و رصد تفاعل ذلك الوعي مع العلاقات المتبادلة مع الآخرين، و محاولة النظر فيما كتبه المتخصصون في علوم الشيخوخة عنا نحن المسنونون في محاولة لتبين ما إذا كنا نغثل "فئة نوعية" قائمة بذاتها، أم جماعة تتباين خصائص أفرادها رغم ما يجمعهم.

بقدرته على حفز البشر إلى تحقيقه، وتحطم منها ما تحطم على صخور الواقع العلمي، فاقدا قدرته على الحفز، قانعا بدوره كحلم مستحيل ترويه الجدات العجائز لأطفالهن عند النوم، أو تسجله صفحات قصص الخيال العلمي، ويطمئن إليه أولئك المشتاقون إلى المعرفة أو إلى العدل الاجتماعي ممن تقعد بهم امكانياتهم أو عزائمهم عن جهد محاولة الانجاز، ويحول طموحهم وتطلعاتهم دون اقتناعهم باستحالة المستحيل فيلبثون في أماكنهم، مطمئنين لآلامهم كأشد ما يكون الاطمئنان، سعداء برؤاهم كأشد ما تكون السعادة.

وقد نجد غير هؤلاء وهؤلاء من البشر من لا يكفون عن محاولة بلوغ ذلك المستحيل، فيفشلون مرة ومرة، وتتعدد مرات فشلهم، وهم لا يستطيعون تخلياً عن حلمهم بعد أن اطمأنوا إليه، ورغم كل ما يشير إلى استحالة بل وإلى عدم جدوى تحقيقه أيضاً، نجده ورغم كل شيء يمضون في محاولاتهم، دون أن يفقدوا الأمل في وقوع المعجزة، وتحقق المستحيل.

ويعيننا من تلك الأحلام والرؤى حلم عرفه الإنسان واستحال عليه أن يحققه و رغم ذلك فقد ظل دوماً يداعب خياله. ومن حين إلى آخر يقدم على محاولة تحقيقه آملاً في وقوع المعجزة وتحقيق المستحيل و يتمثل ذلك الحلم في محاولة الجمع في الفرد الواحد بين مزايا الشباب والشيخوخة جميعاً. أو بالتحديد في محاولة أن يلبس الشيخ لباس الشباب انفعالا وعاطفة مع احتفاظه بعقل الشيخوخة وحكمتهم.

واتخذت تلك الصورة أشكالاً عديدة تطالنا على مستوى الامنيات والاساطير والحكايات الشعبية التي تدور عن اكسير للحياة الطريق إليه شاق، وطويل وملئ بالصعاب. ومن استطاع تحمل مشاق الطريق، وبلغ الغاية، ورشف من ذلك الاكسير لم تعرف الشيخوخة إليه سبيلاً، وحصل على شباب دائم، والقصص كثيرة تجل عن الحصر. ولعل ما نشهده الآن من شغف العديد منا نحن المسنونون بتتبع بل و ترقب ما يمكن أن يقدمه العلم في هذا الصدد من عقاقير وأدوية تعيد لنا شيئاً من شباب و كفاءة قدراتنا العقلية و الجسمية، أو علي الأقل نقلل من سرعة التدهور الحتمي لتلك القدرات؛ يمثل أشكالاً جديدة لنفس الصورة وإن كانت على مستوى محاولة الانجاز.

مقدمة: دلالة الضمانر

منذ سنوات بعيدة استغرقني فضول التعرف على الجذور التاريخية للعلم الذي تخصصت فيه: علم النفس؛ و قادتني تلك المحاولة إلى نقد للمسار الذي اتخذه هذا العلم و كشف للانتماءات السياسية و الفكرية لرواده، و كتبت ما انتهيت إليه مما لا مجال لعرضه في سياق اهتمامنا بقضية المسنين؛ غير أن واحداً من كبار أساتذتنا فاجأني حين قرأ ما كتبت بملاحظة بالغة الأهمية إذ قال لي "أراك يابني تتحدث عن علماء النفس بضمير الغائب كما لو كنت لست منا. تري هل هي محاولة منك للتبرؤ من تخصصك؟" و أثبتت علي فطنة أستاذي الجليل الذي كشف لي ما لم أكن واعياً به حين كتبت ما كتبت، و الذي كان استخدامي لضمير الغائب يكشف و بحق محاولة للتخلص من تاريخ أعترض عليه.

استعدت هذه الخبرة القديمة حين شرعت في كتابة هذه الورقة، و اكتشفت أنه قد جرت العادة في مثل تلك الأوراق العلمية أن يستخدم الكاتب ضمير الغائب، فيشير مثلاً إلى خصائص الفصامين، أو سمات الأطفال إلى آخره؛ غير أنني أحسست أنني لو استخدمت ضمير الغائب في حديثي عن المسنين فسوف أكون واحداً من اثنين: إما مدعياً لحياة غير حقيقي بزعيم أنني أتناول ظاهرة لست جزءاً منها؛ أو منتحلاً صفة الشباب الذي ودعته منذ سنين؛ و لذلك فقد فضلت لكي يكون حديثي صادقاً أن يكون بصفة المتكلم.

وهم الشباب الدائم و البحث عن إكسير الحياة

كما أن للبشرية علوماً أنجزتها وما زالت تعمل على إثرائها، فإنها قد عرفت عبر تاريخها الطويل الكثير من الأحلام التي كانت تجسد أحياناً شوق الإنسان إلى المعرفة بالكون، واستباقاً بالأمانى إلى منجزات العلم الطبيعي؛ كما كانت تجسد في أحيان أخرى شوق الإنسان إلى العدل الاجتماعي، واستباقاً بالزمان إلى منجزات العلوم الانسانية. و يعد تاريخ الفكر الانساني بما يحويه من أساطير وحكايات، و بما يتضمنه من تصورات لمدن فاضله، معينا لا ينضب لمن يرغب في التنقيب عن تلك الأحلام والرؤى التي تحقق منها ما تحقق، وبقى منها مابقي محتفظاً

هذا الوعي يكون مصدرا لخلل ذلك التوافق و لما يترتب عليه من آثار نفسية و اجتماعية بالغة الخطورة. الفل يكتسب وعيه بدوره الاجتماعي طفلا فمراهقا من خلال الأسرة التي تقوم علي تلقينه: "إنك ما زلت صغيرا فلا ينبغي لك أن تفعل كذا و كذا" أو " لا ينبغي لك أن تتصرف هكذا فقد كبرت و لم تعد طفلا"؛ و لكن ماذا عنا نحن المسنون؟ كيف نكتشف أن ثمة دورا جديدا مطلوب منا أن نقوم به؟ إنه دور جديد له مواصفاته الجديدة، و كذلك توقعاته من قبل الآخرين.

قد تعلمنا في دروسنا الأولى التي تلقيناها في علم النفس الاجتماعي أن فكرتنا المسبقة عن الشخص تشكل صورته الإدراكية لدينا، و تؤثر تلك الصورة علي تصرفاتنا حياله. و لقد أجري مركز دراسات الشيخوخة بجامعة ميريلاند في منتصف السبعينات دراسة أسفرت عن أن الأطفال في مختلف أعمارهم لا يعرفون إلا القليل عن كبار السن، و أن اتجاهاتهم نحوهم تتصف بالسلبية حيث تتصف خواص صورة المسنون لديهم بأنهم الأقل قدرة، و الأضعف صحة، و الأشد عزاء، و الأميل للاعتماد علي الآخرين. و مما يستوقف النظر أن العديد من المسنين يشاركون أولئك الأطفال في اتجاهاتهم السلبية نحو الشيخوخة، فقد أشارت نتائج استطلاع للرأي أجرته مؤسسة هاريس أن 8% فقط من الأمريكيين الذين تتجاوز أعمارهم الخامسة و الستين يقبلون وصفهم بأنهم مسنون، و أن نسبة لا تتجاوز 50% تقبل أوصافا مثل "mature American," "senior citizen," or "retired person".

أعود إلي ذاكرتي محاولا البحث عن إجابة لهذا السؤال من خلال خبرتي الشخصية لأكتشف أن الأمر كان مختلفا:

- أذكر يوما ركبت فيه مواصلة عامة مزدحمة، المقاعد كلها مشغولة و هناك عديد من الواقفين، و كنت آنذاك قريب العهد بالوقوف لأدعو مسنا للجلوس مكاني؛ و إذا بشاب من الجلوس يقف و يدعوني للجلوس مرددا "اتفضل يا حاج". لقد تغيرت الأحوال فأصبح الشباب يقفون لي لأجلس؛ كما اختفت الألقاب التي كان يناديني بها من لا يعرفني مثل "يا أخ" أو "يا أستاذ" كما اختفي من قبلها ذلك النداء القديم "يا ابني" الذي أصبح إهانة إذا ما ناديت به مسنا باعتبارك تسخر منه؛ و أصبحت أنادي بالحاج و هو نداء يطلق في مصر علي المسنين عامة بصرف النظر عن أدائهم فريضة الحج، طالما أنهم لا يظهرون ما يدل علي أنهم غير مسلمين.

- كنت في الولايات المتحدة في زيارة قصيرة و حين دخلت مطعمم لأتناول وجبة سريعة فوجئت بأن قائمة الحساب تتضمن خصما لم أطلبه بطبيعة الحال و تذكرت علي الفور أنني أصبحت "مواطننا ذو مكانة خاصة" Senior citizen و حين داعبت النادل متسائلا لماذا لم يسألني عن وثيقة تثبت استحقاقي لذلك الخصم، نظر إلي ملامحي و شعري الأبيض مبتسما مرددا ما معناه أن الأمر لا يحتاج إلي دليل.

- لم تكن بداية تشكيل وعي بدوري الجديد قاصرا بشكل مطلق علي تلك الرسائل التي يبعث بها المحيطون بي، بل ثمة رسالة أو لنقل خطابا رسميا مهيبا يحمل العديد من الأختام و التوقعات يتلقاه أمثالي من المسنين العاملين في وظائف الدولة. أعني خطاب انتهاء الخدمة أو بلوغ السن القانونية للإحالة للتقاعد أو المعاش. و رغم أن ذلك التاريخ تاريخ محدد منذ تسجيل واقعة الميلاد؛ و من ثم فإنه معروف و متوقع يقينا للجميع و أولهم صاحبه؛ إلا أنه يكون أشبه بالخبرة الصادمة المؤلمة لدي العديد منا نحن المسنون إذا ما قرأناه باعتباره يقول "لقد انتهى دورك و لم نعد في حاجة إليك"؛ و قد لا تخلو تلك القراءة من حقيقة؛ فمثل تلك الخطابات "الرسمية" تحرص ربما من باب الوفاق أن تكتب بصيغة شديدة الجفاف خالية من أية "ثوابت" إنسانية انفعالية حتي و لو كانت مجرد كلمات. لقد تلقيت ذلك الخطاب الجاف و لكنني لم أحس حياله بصدمة أو أسي.

و قد نشهد بالفعل في حياتنا اليومية طفلا يمشي قبل إقرانه، أو يتمكن من نطق الكلمات قبلهم، أو يسبقهم في الإمساك بالقلم أو في التحكم في عادات النظافة أو ما إلى ذلك. كل ذلك قد نشهده دون أن يثير دهشة المتخصصين من بيننا. ولكن لكل شيء حده ومقداره الذي إذا تجاوزه أثار تساؤل المتخصصين ودهشة غير المتخصصين أيضا. ولنتصور مثلا طفلا في الثانية من عمره يستطيع نظم الشعر مثلا، أو طفلا في الخامسة من عمره يستطيع حل المعادلات الرياضية عند ذلك الحد تتبعث الدهشة ويثار التساؤل إذ نصبح حيال ماقد يسميه العامة "الطفل المعجزة".

والأمر بالمثل فيما يتعلق بالنضج الانفعالي، فلكل مرحلة من مراحل النمو خصائصها الانفعالية التي تميزها عن سواها، والانتقال من مرحلة إلى مرحلة في هذا المجال يحكمه ما يحكم النمو عامة من قوانين وقواعد. قد يكون النضج العقلي المبكر أمرا مرغوبا اجتماعيا وأخلاقيا، أما فيما يتعلق بالموقف من النضج الانفعالي المبكر فإن الأمر لا يبدو على ذلك القدر من التقبل الاجتماعي والأخلاقي. ولنتصور معا طفلا لا يلعب و لا يثرثر، لا يتقافز و لا يندفع. يفعل بما لا يجاوز سبب الانفعال، فيضحك إذا ما ضحك بمقدار، و يحزن إذا ما حزن بمقدار، ويبكي إذا بكى بمقدار، يتحدث أحاديثنا نحن المسنون، وينفعل لمثل ما ننفع به و بقدر انفعالاتنا. قد يدعشنا مثل هذا الطفل، و لكنها دهشة إشفاق و ليست بحال دهشة انبهار.

خلاصة القول أنه إذا ما كان ثمة خير في النضج العقلي إذا ما جاوز حده، فليس ثمة خير كثير في نضج انفعالي يجاوز تلك الحدود. إننا لانصبح في تلك الحالة الأخيرة حيال استباق لمرحلة النمو، بقدر ما نصبح حيال إجهاض لمرحلة أو أكثر من مراحل ذلك النمو.

متي أصبحت مسنا

لقد شددت ظاهرة النمو النفسي إهتمام المشتغلين بعلوم الإنسان منذ زمن بعيد، وكانت مجالاً لعدد من دراسات علماء النفس ولقد تطورت هذه الدراسات جميعاً حتى أصبحت علماً مستقلاً يبحث في سيكولوجية النمو بجميع مظاهره وفي جميع مراحلها، واتصلت هذه المظاهر جميعاً وتداخلت مع بعضها البعض في اتساق منطقي علمي تجريبي، وبذلك نشأ علم النمو النفسي. وهذا يعني أن الخواص المختلفة لظاهرة النمو النفسي أصبحت واضحة الحدود والمعالم، وتمايزت في خصائصها وفي أطوارها، واستقامت كميدان مستقل من ميادين علم النفس الحديث.

والنمو النفسي وفقاً للتعريف العلمي المحدد هو سلسلة متتابعة متماسكة من تغيرات تهدف إلى غاية واحدة، هي اكتمال النضج ومدى استمراره وبدء انحداره، فالنمو بهذا المعنى لا يحدث فجأة ولا يحدث بشكل عشوائي، بل يتطور بانتظام خطوة أثر خطوة، وتخضع أطوار النمو لتتابع منظم، وتتألف مظهره في سلم متعاقب الدرجات لا تتقدم فيه خطوة عن أخرى. فالطفل يقعد ثم يجبو ثم يقف ثم يمشي، ويصرخ صرخه الميلاد قبل أن يناعي، ويناعى قبل أن يتكلم، ويجيد رسم المنحنيات قبل أن يجيد رسم الخطوط المستقيمة، و لكن النمو لا يمضي هكذا بلا نهاية، فلكل شيء نهاية، فلا يلبث هذا المنحنى المساعد للنمو في الهبوط رويدا رويدا لتتردد عبارات من مثل: "للسن أحكامه" و "يبدو أنني قد أصبحت عجوزاً" و "يا الله حسن الختام" و ربما تلتقط الأذن عبارات من نمط "بسم الله ما شاء الله لا يبدو عليك" أو "الشباب شباب القلب" إلي آخر تلك العبارات التي لا تقال إلا لأمثالنا من المسنين لتؤكد لهم حقيقة كونهم مسنون و لتحاول طمأنتهم و لو بشكل مبالغ فيه.

ثمة سؤال بالغ الأهمية من الناحية النفسية: متي يكتشف المسن أنه أصبح مسناً؟ و ترجع أهمية هذا السؤال إلي حقيقة أن الوعي بالذور الاجتماعي يعد الشرط الأساسي للتوافق الاجتماعي؛ و من ثم فإن اختلال

و في مقابل ذلك التقييم الإيجابي للشيخوخة نجد أن عالم النفس المصرى الراحل فؤاد البهى السيد وهو بصدد رصد المظاهر الانفعالية لمرحلة الشيخوخة وهى - فى رأيه - تبدأ منذ سن الستين يشير إلى أن الشيوخ "يميلون للمديح والاطراء ... وقد يؤدى بهم القلق إلى الكآبه .. وما أكثر شكوك الشيوخ وريبتهم فى الآخرين ... ثم يحدد ما يميز مرحلة الشيخوخة انفعالياً عن بقية المراحل فى نقاط ثمان ليس فيها ما هو إيجابي:²

1 - يحلو للشيوخ أحياناً أن يقفوا من البيئة المحيطة بهم موقفاً سلبياً لا يفعلون لها أو معها، وكأنهم بهذا يعبرون عن شعورهم بالهوة السحيقة التى تفصلهم عن الأجيال الأخرى التى تضطرب بها الحياة من حولهم.

2 - ولذا كثيراً ما تتصف انفعالاتهم بالخمول وبلاذة الحس.

3 - وقد يرجع هذا الشعور الغربى بالسلبية والبلادة إلى عدم ادراك الشيخ للمسئولية التى تواجه من يحيطون به، فهو يمضي فى حياته، ومشاكل الناس حوله تدفعهم إلى ألوان مختلفة من الكفاح المرير، وهو لا يشعر نحوهم ولا نحو مشاكلهم بأية مسئولية تتطلب منه استجابة انفعالية محدده.

4 - ولذلك يقل حماسهم لما يحيط بهم من مشكلات انفعالية يضطرب فيها الآخرون.

5 - وهم عندما يفعلون ، كثيراً ما يخطئون ادراك الموقف المحيط بهم. وتجئ انفعالاتهم شاذة لاتتناسب ومقومات الموقف الذى أثار فى نفوسهم ذلك الانفعال.

6 - ويغلب على انفعالهم لون غريب من التعصب الذى لا يقوم فى جوهره على أى أساس، فهم يتعصبون لجيلهم ولآرائهم، ولعواطفهم، ولكل مايمت إليهم بصلة قريبة.

7 - وعندما لايقبل الآخرون ذلك التعصب بروح المشاركة والولاء فإنهم يحسون فى أعماقهم بأنهم مضطهدون.

8 - ويؤدى بهم الشعور بالاضطهاد إلى الاحساس العميق بالفشل. وقد يتخذون سلوكاً معادياً فيجابهون الاضطهاد الذى يقع عليهم باضطهاد الآخرين.

أما ستيوارت- هاميلتون (1994) فى كتابه المعنون سيكولوجية الشيخوخة³ فإنه يمثل اتجاهاً علمياً لا يري فينا فئة واحدة تتطابق خصائص أفرادها، كما أنه لا يغفل بطبيعة الحال ما يجمع بيننا من صفات مختلفة، فيقرر أن ثمة تفرقة ضرورية بين "الشيخوخة العامة" "universal aging" أى تلك التغيرات التى تحدث للبشر جميعاً مع تقدمهم فى العمر؛ و ما أطلق عليه "الشيخوخة الاحتمالية" و يعنى بها تلك التغيرات التى قد تحدث لبعض الأفراد دون غيرهم مع التقدم فى العمر؛ كما ينبغي التفرقة بين مجرد التقدم فى السن و "الشيخوخة الاجتماعية" "social aging" أى توقعات المجتمع لسلوك المرء كلما تقدم به العمر، و الشيخوخة البيولوجية "biological aging" أى حالة الكائن الفيزيائية حين يتقدم به العمر.

هل نحن نسيج واحد مختلف؟

لقد تلقيت فى دروسى الأولى مقراً شيقاً عن الفروق الفردية و ما زلت أذكر تلك العبارة التى كانت تلخص ذلك المقرر خير تلخيص: إذا طلب منك المقارنة بين الرجل و المرأة فلتكن إجابتك: عن أي رجل و أية امرأة تتحدث؟. و منذ ذلك الزمن البعيد أجد فى نفسي توجساً شديداً من الإسراف فى استخدام التعميمات فى مجال وصف الجماعات و ما يترتب

ربما لأنني أعددت نفسي لتلقيه، و ربما أيضاً لأنني أعمل فى الجامعة حيث لم يتغير شيء متعلق بالعمل سوى بتركي المناصب الإدارية التى كنت بحكم تكويني الشخصي أضيق بها كثيراً، غير أن العامل الأهم فى ظني أنني كنت محاطاً بمجموعة من الأبناء/الأساتذة الذين أحاطوني قبل و بعد الإحالة للمعاش و ما زالو يحيطونني بما لا أستطيع التعبير عنه من مشاعر المودة و العرفان. كانت مشاعري ببلوغ سن التقاعد مشاعراً إيجابية دافئة. و لعل خبرتي الشخصية تلك تتفق مع ما أشارت إليه العديد من الدراسات من أنه رغم الطابع السلبى العام لخبرات الإحالة للمعاش بالنسبة للمسن فإن دراسة هايسليب و باتنيك (Hayslip and Panek 1989) تشير إلى أن بلوغ سن التقاعد قد تكون له آثار إيجابية إلى جانب آثاره السلبية

حسناً لقد أصبحت مسناً إذن. و توالى الخبرات تؤكد لي ملامح الدور الجديد: أنني قد دخلت فى زمرة المسنين، و لحسن الحظ فقد كانت كلها رسائل إيجابية تعبر عن ميزات التقدم فى العمر و تترك لي استنتاج المثالب و التعامل معها.

كلمة المرأة و العلم

و بالإضافة لهذه الواقعة الرسمية المعلنة ذات التوقيت الحاسم، فثمة وقائع ربما تكون أكثر أهمية لكنها تعلن عن نفسها رويداً رويداً من خلال نظرتنا لأنفسنا فى المرأة، إذ نكتشف - ربما بعد أن لاحظ الآخرون - أن ملامحنا أخذت فى التعبير لعل بدايتها تلك الشعيرات البيضاء التى تنتسل إلى الشعر لمحو سواده القديم و تلك التجاعيد التى تغزو الجلد شيئاً فشيئاً. و تصاحب تلك المظاهر الخارجية ذلك الوهن الذى يصيبنا و نحن نمضي نحو الشيخوخة. وهنا لا يقتصر على الجسد بل يشمل النفس أيضاً. و إذا كان جانباً كبيراً من جذور و مظاهر و مسار ذلك الوهن و كذلك سبل التعامل معه - لا أقول الوقاية منه - يقع فى دائرة اهتمام الأطباء بمختلف تخصصاتهم فى الأمراض الجسمية و النفسية.

لقد أصبحت الشيخوخة حالياً نكاد تشكل تخصصاً علمياً قائماً بذاته يتناول النواحي الثقافية و الاقتصادية و دراسات الوعي و التغيرات الاجتماعية و الديموجرافية، و كذلك النواحي الفيزيولوجيا حيث تشير الدراسات إلى أن الشيخوخة تتميز بقابلية متناقصة للاستجابة للضغوطات، و اضطراب فى الاتزان Homeostasis الحيوى، و زيادة خطورة التعرض للأمراض؛ بالإضافة إلى تغيرات فسيولوجية تؤثر على القوة العضلية و القدرة على التحمل و تضعف العظام و تتأثر أنسجة المفاصل خاصة فى السيدات، و تتأثر وظائف القلب و الأوعية الدموية كل هذا يجعل القدرة على المجهود البدني محدودة و يتأثر الجهاز التنفسي، و نتيجة لهذه التغيرات تقل قدرة المسن على أداء العمل العضلي كلما تقدم عمره و لا سيما فى أداء الأعمال قصيرة الأمد التى تتطلب مجهوداً فائقاً لمدة قصيرة وكذلك الأعمال التى تتطلب جهداً متوسطاً لمدة طويلة و كذلك تتأثر الوظائف الحسية مثل التغيرات التى تصيب العينين و السمع كما أن هناك العديد من المتغيرات التى تصيب الجهاز العصبي و تؤثر على القدرة على أداء العمل و سرعة التعامل مع المعلومات الواردة إليه.

كانت تلك مجرد لمحة عامة غير متخصصة للتأثير العام السائد لدى أهل التخصص فى العلوم الطبيعية و على رأسها العلوم الطبية فيما يتعلق بنا نحن المسنون، و لم يكن بد من النظر إلى رؤية رفاق المهنة من علماء النفس.

منذ ما يقرب من يزيد عن الثمانين عاماً أشار عالم النفس الشهير ج. ستانلي هول فى كتابه "الشيخوخة: النصف الأخير من الحياة" إلى أن الحكم الصائب على الناس و الأشياء و المسببات و على الحياة بعامة، لا يمكن توافره إلا من خلال تراكم سنوات العمر. أنها الحكمة الحقيقية التى لا يكتسبها البشر إلا من خلال ذلك التراكم العمرى⁴.

بشرية؛ لكل منا حالته الخاصة التي تتشكل وفقا لتفاصيل تاريخه من تعليم وتربية وعمل وزواج وأمراض وإصابات وأفراح وأفراح ومكاسب وخسائر وآمال وإحباطات ونجاحات وإخفاقات، و لطبيعة البيئة الاجتماعية المحيطة به، فضلا عن بنائه النفسي الخاص، و قدرته على التكيف أو الصراع ؛ و كذلك كيفية استقباله هو لهذه المرحلة وكمية ونوع المفقدات فيها مثل فقدان العمل أو الزوج أو ابتعاد الأولاد أو عدم الأمان المادي ثم نظرة المجتمع والبيئة العائلية للمسن نفسه، ثم قيمة الدور الذي يلعبه المسن وأهمية هذا الدور لنفسه وللآخرين وبقدر الإيجابية أو السلبية في هذه العلاقة بين المسن والمجتمع بقدر ما تكون عليه الحالة النفسية.

و قد قام ماك فادن McFadden (2005) في بحث له بعنوان علم الشيخوخة و سيكولوجية الدين⁴ بدراسة مثيرة للاهتمام إذ قارن بين مجموعات ثلاث من المسنين تدرجت أعمارهم بين الأصغر سنا (من 65-74 عاما) ثم (75-84 عاما) ثم الأكبر (85 عاما فأكثر) فلاحظ أن الفروق العمرية لا ترتبط تماما مع ما هو معروف من تدهور الوظائف نتيجة للشيخوخة حيث قد نجد فردين مسنين في نفس العمر و لكنهما يختلفان تماما من حيث قدرتهما الذهنية و الفيزيائية. غير أن كبار السن بشكل عام أقرب إلى المحافظة في حين أن الشباب أكثر اندفاعا نحو التغيير السياسي و الاجتماعي. و قد أشارت نتائج دراسات ماك فادن إلى ارتباط ذلك بتزايد ميل المسنين إلى الاعتماد علي الدين في مواجهتهم لضغوط الحياة.

لسنا أقلية: نحن قادمون

كان عام 1999 هو عامنا وفقا لقرار الأمم المتحدة التي اعتبرته العالم العالمي للأكبر سنا تحت شعار "نحو عالم لكل الأعمار" و وفقا للبيان الصادر بهذا الشأن فإن حياة الأفراد و كذلك البيئة الاجتماعية تتأثر بالتغيرات الديموجرافية، فلقد أضيف إلي متوسط أعمار البشر عشرون عاما خلال النصف الثاني من القرن العشرين، و نظرا لسرعة و حداثة ذلك التغير فإن المجتمع لم يكن مهيبا لاستيعاب هؤلاء القادمين "الجدد".

لقد تغير بنيان الأسرة بحيث كاد يغيب ذلك التصور الهرمي التقليدي الذي تحتل قاعدته كثرة من الشباب و لا يوجد علي قمته سوى قلة من المسنين. لقد انقلب شكل الهرم فأصبح من المؤلف أن تتشكل الأسرة من طفل أو طفلين، و أب و أم، و أربعة جدود، و ربما بعض آباء لأولئك الجدود. أي أنه يمكن للأسرة في عالم اليوم أن تضم أكثر من جيلين منا نحن المسنين الذين تتجاوز أعمارنا 60 عاما. و وفقا لبيانات الأمم المتحدة أن العالم يدخل في ألفية تصبح فيها نحن المسنون ثلث البشر خاصة في الدول الأكثر تقدما، و أن حوالي 10% من المسنين تتجاوز أعمارهم الثمانين و أن تلك النسبة سوف تصل إلي 25% عام 2050 ، و أن غالبية هؤلاء سيكون من النساء اللاتي يشكلن 55% ممن تتجاوز أعمارهم 60 عاما و 65% ممن تتجاوز أعمارهم 80 عاما، و أن العالمية ستكون من أبناء القرى.

و تشير بيانات منظمة الصحة العالمية أيضا إلي أنه منذ عام 2000 وحتى عالم 2050 سيزيد عدد من تبلغ أعمارهم 60 عاما فأكثر من سكان العالم أكثر من ثلاثة أمثال، أي من 600 مليون نسمة إلى ملياري نسمة. و أن معظم هذه الزيادة ستكون في البلدان النامية، حيث سيرتفع عدد المسنين من 400 مليون نسمة في عام 2000 إلى 1 و 7 مليار نسمة بحلول عام 2050.

و قد صاحب تزايد نسبتنا العددية، و تطور أساليب الرعاية و الوقاية الصحية؛ أن أصبحت لياقتنا الصحية في الفترة الممتدة بعد التقاعد أفضل مما كانت عليه، و في ضوء التغيرات التي طرأت علي طبيعة سوق العمل

عليها من محاولة صهر الأفراد في فئات نمطية. و إن كان ذلك لا ينفي بحال حقيقة أن ثمة قدر من التشابه يجمع بين البشر جميعا، و أن ثمة قدر أيضا من التشابه يجمع بين أفراد أية جماعة أو فئة من البشر؛ دون أن ينفي كل ذلك حقيقة أنه لا يوجد فرد تتطابق خصائصه تماما مع آخر مهما تشابهوا. و أننا كلما اقتربنا من الخواص الفيزيائية التشريحية الأساسية ازدادت درجة تشابه البشر؛ و كلما اتجهنا صوب ما هو اجتماعي نفسي ازداد تمايزهم كجماعات و كأفراد.

تري فيم نختلف عن الأصغر سنا؟

إننا نختلف حقا عن الجيل الأصغر منا. للأصغر سنا ماض أقصر و مستقبل أطول؛ في حين أن ماضينا طويل ممتد و مستقبلنا أقصر كثيرا؛ فضلا عن أننا ننتمي لمرحلة يمكن أن يطلق عليها "مرحلة فقدان": يشغلنا فقدان الزوج/الزوجة، و رحيل الأصدقاء، فضلا عن انتهاء العلاقة بالعمل، و افتقاد صحة الشباب التي ولت.

لعل أهم خواصنا نحن المسنون أنه كلما تقدم بنا العمر قلت أماننا فرص المفاضلة بين خيارات مستقبلية. لقد حسنا و حسم الواقع خياراتنا المهنية و الاجتماعية. لم يعد أماننا إمكانية المفاضلة و الاختيار بين التخصصات المهنية أو الاجتماعية؛ أما خياراتنا الفكرية فتستحق نظرة متأملة. إن تغيير المرء لقناعاته الفكرية أمر وارد سواء كان ذلك التغيير شاملا أو جزئيا، و سواء كان عودة لقناعات قديمة أو لاحقا بأطروحات جديدة؛ و يظل لذلك التغيير الفكري ليا كان ثمننا اجتماعيا لا بد و أن يدفعه من يقدم عليه، و تزداد فداحة الثمن المطلوب كلما كان صاحبه منا نحن المسنون. سوف يرحب به من قدم إلي ساحتهم الفكرية و لكنه سوف يحتل ذيل قائمتهم باعتباره و افدا جديدا عليهم و ربما صدموه بعبارة من نوع "أين كنت حين كنا" و يتمثل الثمن الاجتماعي الأكبر في موقف الجماعة الفكرية القديمة التي هجرها و التي تألف معها فكرا و معاشية. و تتفاوت قراراتنا نحن المسنون في تحمل سداد هذا الثمن الاجتماعي الذي ربما يسدده الشباب ببسر أكبر. و لعل ذلك هو ما جعل التراث السيكلوجي يفيض بالحديث عما نتميز به من "جمود" و "تصلب فكري".

ثمة فجوة طبيعية بين الرغبة و القدرة. و قد تلعب تلك الفجوة دورا إيجابيا في حفز الشباب علي الإنجاز، و مع تناقص قراراتنا نحن المسنون، تتسع لدينا تلك الفجوة بين الرغبة و القدرة، لتصبح أشبه بما نجد عند الأطفال. مع فارق جوهري؛ هو أننا ندرك عقليا أنه ليس من سبيل لتجاوز هذه الفجوة و أن علينا التأقلم و التوافق معها و تعديل سلوكنا وفقا لذلك بشكل أو بآخر؛ و هو الأمر الذي تتفاوت قراراتنا في إنجازه.

نختلف عن الشباب أيضا في إحساسنا باقتراب النهاية. صحيح أن الموت نهاية كل حي. و أن الموت هو الحقيقة اليقينية الوحيدة التي لا يختلف حولها أحد؛ و لكننا كلما تقدم بنا العمر ازداد إحساسنا باقترابها أو اقترابنا منها؛ و تتفاوت تعبيراتنا و ردود أفعالنا حيال تلك الحقيقة: البعض منا يميل إلي تجاهلها و الاندفاع في شراها لمحاولة كسر تلك الفجوة الموضوعية التي أشرنا إليها بين القدرة و الرغبة محاولا التخفي من الموت بارتداء ثوب شبابي زائف بما يطلق عليه البعض تعبير "المراهقة المتأخرة"، و قد يفضل البعض منا و قد خلا عالمه من الأصدقاء و الأقران أن يتجمد مكتنبا عازفا عن الحياة منتظرا الموت بل مستعجلا قدومه، و قد يجد البعض منا -ممن أوتي حكمة- سبيلا واقعا متوازنا بين هذا وذاك للاستمرار في الحياة مقبلا حقيقة أنه قد أصبح مسنا، محاولا قدر ما وسعه الجهد سبدال الخبرة و الفكر بالقوة و الفعل.

فيم نختلف عن بعضنا البعض؟

رغم كل ما يجمعنا، ورغم أننا بالتعبير الفني نمثل فئة عمرية هي "فئة المسنين"، فإننا لا نمثل حالة نفسية نمطية واحدة. إننا مثل أية مجموعة

المسنين التي كثيرا ما ننظر إليها باعتبارها دليل على نكران الأسرة للجميل وتخليها عن كبارها، و هي نقيصة ينفر منها أباؤنا بطبيعة الحال رغم عجزهم الموضوعي عن رعايتنا رعاية كاملة، و نقاومها نحن منكرين أن عجز هؤلاء الأجيال عن تقديم ما نطمح إليه و نستحقه من رعاية لا يقوم دليلا على ضيقهم بنا، و لا يرجع لتشاغلهم عنا بقدر ما يرجع لانشغالهم بأعمالهم و بتفاصيل حياتهم اليومية، و أنهم في الغالب قد لا يزنون علينا بعوائد عملهم لسداد تكاليف دور رعايتنا.

خلاصة القول إن الشيخوخة لا تعني بالضرورة الاكتئاب و التحسر على الشباب الذي ولي. ثمة شيخوخة سعيدة. صحيح قد نردد مع الشعراء كلماتهم: ليت الشباب يعود يوما فأريه ما فعل المشيب، أو ننفي عنا عار الشيب فردد مع الشاعر عيرتي بالشيب و هو وقار ليتها عيرت بما هو عار. و لكن يظل ذلك مثار للفاكهة و باعنا على الابتسام

هوامش النص

¹ G. Stanley Hall, *Senescence: The Last Half of Life*, D. Appleton & Company. New York. 1922. P.366

² فؤاد البهي السيد. الاسس النفسية للنمو : من الطفولة إلى الشيخوخة، دار الفكر العربي ، القاهرة : 1968

Stuart-Hamilton, I. (1994). *The Psychology of Aging*. London: Jessica Kingsley.

⁴ McFadden, S. (2005). *Gerontology and the Psychology of Religion*. In R. Paloutzian & C. Park (eds.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford

⁵ Simone de Beauvoir, *The Coming of Age*, p. 85

بحكم التطورات التكنولوجية فقد تراجعت الاحتياجات إلى الأعمال التي تتطلب جهدا بدنيا لا يقدر عليه إلا الشباب، و تزايدت الاحتياجات إلى الأعمال الذهنية و المكتبية؛ و من ثم فلم نعد نحن المسنون نمثل بالضرورة عبئا اقتصاديا على الأجيال الشابة كما كان الحال في الماضي، و لم يعد غريبا في عالم اليوم أن نقوم نحن المسنون الجدات و الجدود بتقديم الدعم الاقتصادي لأبنائنا الأبناء و لأبنائهم الأحفاد.

و لعل تلك الحقيقة تذكرنا بما قالت به سيمون دي بوفوار في كتابها الصادر عام 1970 و المعنون " التقدم في العمر " أن مكانة المسنين ليست حقا لهم بقدر ما هي منحة يتفضل بها عليهم المجتمع باعتبارهم أقلية غير منتجة، و من ثم فإن مصائرهم معلقة على إرادة أبناء المجتمع النشطاء المنتجين الذين يمثلون غالبية المجتمع .⁵

لقد تغير المجتمع عما كانت تصفه سيمون دي بوفوار، فالعديد منا أصبح يسهم إسهاما فعالا في العملية الإنتاجية، و تؤكد بيانات الأمم المتحدة أن تحول نظرة المجتمع إلى المسنين لكي تصبح أكثر إيجابية و تطورا إنما هي نتاج لجهود المسنين أنفسهم من خلال تزايدهم عددا و تأثيرا و وعيهم الاجتماعي بذلك.

و لكنا نبالغ كثيرا إذا ما عممنا تلك الصورة المتفائلة، فلكل شيء نهاية، و مهما طالت الحياة فالموت يقين و كل نفس ذائقة، و كثير ما لا تتحقق أمنيتنا بحسن الختام، بمعنى أن نمضي في هدوء دون أن يقعدنا المرض و العجز، و تعوزنا الحاجة، و تتدهور قدرتنا على التواصل فضلا عن العناية بأنفسنا، و نصبح عبئا ثقيلا على من حولنا من الأجيال و عندها نترابد حاجتنا لما مازلنا نفتقده كثيرا في العديد من بلداننا العربية حيث ما زال الكثير منا يعاني من التجاهل و التهميش و العوز المادي، و يصبحون الأكثر حاجة لبرامج الرعاية الصحية و التأمين الاجتماعي، و حيث مازلنا نجد مقاومة من أنفسنا و ممن حولنا لفكرة دور رعاية

Arabpsynet Arabic Papers Search

By ARABIC, ENGLISH & FRENCH words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Send your Paper summary via PEPER FORM
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Arabpsynet Psychologists Search

English Edition - FRENCH Edition - ARABIC Edition

www.arabpsynet.com/Homepage/Psy-Gists.asp

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

تربية الموهوبين - خيار المنافسة الأمثل

د. عمر هارون الخليفة، علم النفس - جامعة الخرطوم، السودان

okhaleefa@hotmail.com

مدخل: الرؤية

لاستكمال بناء أمة سودانية موحدة آمنة متحضرة متطورة متقدمة لابد من معرفة حجم الثروة العقلية فيها وكشف وتصنيف معدلات القدرات العقلية خاصة الأطفال الموهوبين والحوار. إن عملية الكشف عن الأطفال الموهوبين والحوار ورعايتهم هي عملية البحث عن ترسانة عقلية يجب التعامل معها بصورة استراتيجية، وهي كذلك عملية تربوية تتعلق بمنطق الفئات الخاصة وإيجاد الرعاية التربوية للأطفال الموهوبين والحوار وفقاً لقدراتهم العقلية الفائقة، وترتبط هذه العملية بعد التوسع في التعليم المرتبط بعامل الكم في محاولة البحث عن عامل النوع والجودة والتجويد فضلاً عن ذلك هي عملية استثمارية في المقام الأول تتعلق بالتنقيب عن الثروة العقلية القومية ومحاولة تفجيرها لأقصى حد ممكن.

إن التحديات الخارجية التي يفرضها صراع التسليح المرعب، والتجسس التقني الهائل، والتكتلات الاقتصادية القوية، وتحديات العولمة الشرسة، والهيمنة السياسية البغيضة، والكشوف العلمية المذهلة في عصر الجينوم والروبوت، والخلال الجذعية عن بعض التحديات الداخلية التي أحدثت حالة من حالات الرهق النفسي فإن هذه التحديات الخارجية والداخلية ربما تكون بمثابة بيئة مواتية للتوتر الخلاق المحفز للابداع والباعث للتجديد الذي يفرض على ذوي الرؤى عملية الاستخطاط المبدع والمجدد لمستقبل أفضل للأطفال الموهوبين والحوار مما يحقق التنمية الاقتصادية والاجتماعية والبشرية الشاملة وخيار للمنافسة الأمثل في عالم الغد الذي ربما لا وجود معتبر فيه للضعيف.

في تقديري، ربما تكون هناك بعض الشروط لتحقيق شعار "خيار المنافسة الأمثل" لرعاية الموهوبين في عالم اليوم شديد الصراع على السلطة والموارد منها جوانب خارجية تتمثل في اختبار القدرات العربية للموهوبين في ضوء المعايير العالمية خاصة معدلات الذكاء القومي، وزيادة معدلات الذكاء، ومنافسات الرياضيات، ومنافسات العلوم، ومنافسات العبق (اليوسيماس) وتحديات المنافسة الاسرائيلية الشرسة ومنها جوانب داخلية تتعلق بتوطين علم نفس الموهبة في التربة الحلية والكشف المبكر ومعرفة الخصائص العقلية والنفسية للأطفال الموهوبين ورعايتهم قبل زيادة تأثير بعض العوامل الثقافية السالبة. وتهدف استراتيجية رعاية الموهوبين في الصغر لتقديم العطاء العلمي والمنتوجات التكنولوجية والصناعية في الكبر ذات المنافسة المثلى على المستوى العالمي بغرض مجابهة التحديات الخارجية والداخلية وحفظ توازن القوى في المنطقة ومن ثم الغلبة. والورقة الحالية عبارة عن مجرد محاولة أو اجتهاد للربط بين شعار اجتماع الخبراء العرب والتجربة السودانية في مجال رعاية الموهوبين. وفي ضوء هذه المحاولة بوسعنا تحديد بعض الجوانب أو القوى الخارجية والداخلية بصورة مفصلة في الآتي:

- (1) تحديد الرؤية الاستراتيجية لرعاية الموهوبين والحوار
- (2) معرفة معدلات الذكاء القومي ونسب الموهوبين في العالم العربي
- (3) معرفة معدلات الزيادة في الذكاء القومي في العالم العربي
- (4) المشاركة في المنافسات العالمية للموهوبين في المبياد الرياضيات والعلوم
- (5) المنافسة الشرسة في التجربة الاسرائيلية لرعاية الموهوبين
- (6) أخذ العبر من التجربة اليابانية في عملية توطين الموهبة والتجديد
- (7) تنشيط نصف الدماغ الأيمن وتخصيب الخيال من خلال برنامج العبق العربي
- (8) رعاية الأطفال الموهوبين والحوار من مرحلة الأساس في الدول العربية
- (9) تحديد أهداف مشاريع الرعاية للموهوبين والحوار وهادياتها ومدتها
- (10) اجراء البحوث البيوغرافية المكثفة والطولية للأطفال الموهوبين والحوار
- (11) معرفة أحلام الأطفال الموهوبين كنوع من الخيال العلمي

ونسب الموهوبين فيها من خلال مشاريع بحثية طموحة بأخذ عينات كبيرة، وتطبيق مقاييس قوية للذكاء، وإجراء تحليلات احصائية دقيقة، فضلا عن كتابة تقارير بحثية رصينة.

2. معدلات الذكاء القومي ونسب الموهوبين

هنالك أهمية لمعرفة نسبة الأطفال الموهوبين والخوارق من خلال معدلات الذكاء القومي للدول المختلفة. وعادة

يتم التعبير عن درجات مقاييس الذكاء من خلال متوسط حسابي وانحراف معياري قدره 100 و15، على التوالي. وبالتقريب يكون حوالي 96% من الأفراد لهم معامل ذكاء يتراوح بين 70 و130، و حوالي 2% لهم معامل ذكاء أقل من 70 من المعوقين عقليا وحوالي 2% لهم معامل ذكاء أكثر من 130 وكان أعلى معامل ذكاء مسجل في العالم حوالي 200 (لين وفانهانين، 2002). إن عدد الموهوبين والخوارق في أي دولة من الدول يعتمد على معدل الذكاء القومي في الدولة. فإذا كان متوسط الذكاء القومي في دولة من الدول 100 فإن معدل ذكاء قدره 158 يكون بالتقريب لطفل واحد وسط كل 30000 طفل. وفي الدولة التي يكون فيها متوسط معدل الذكاء 115 يكون بالتقريب هناك حوالي طفل واحد له معامل ذكاء أكثر من 158 وسط كل 1000 طفل. وبذلك يكون للفروق في متوسطات الذكاء القومي وسط السكان لها تأثير كبير على عدد الموهوبين (ص. 44). وتساهم هذه التأثيرات بصورة مباشرة أو غير مباشرة على التنمية الاقتصادية والاجتماعية. ويجب القول بأن معاملات الذكاء القومي لوحدها غير كافية لتوليد الموهوبين والعباقرة في المجتمعات المختلفة. ولتقديم انجاز يتميز بدرجة عالية من النوعية يتطلب درجات عالية من المثابرة وقيم العمل الشاق الدؤوب والابداع والتجديد كما في التجربة اليابانية وقدرتها التنافسية المدهشة وتميزها بزيادة كبيرة في معدلات الذكاء القومي.

3. معدلات الزيادة في الذكاء القومي للدول المتقدمة اقتصاديا

أجريت العديد من الدراسات المتعلقة بزيادة الذكاء القومي في الدول المتقدمة اقتصاديا (Flynn, 1987, Lynn & Hampson, 1986, Lynn and Vanhanen, 2002). وفي هذه الدول تم قياس الزيادة الكبيرة (الارتفاع الضخم) في معدل نمو الذكاء القومي في 14 أمة عام 1987. وتراوح الزيادة في معدلات الذكاء القومي وسط كل جيل من الأجيال (30 سنة) بين 5-25 درجة. ومنذ ذلك التاريخ، بدأ التساؤل عن أسباب زيادة معدل الذكاء القومي في الدول المتقدمة اقتصاديا. وفي دراسة فلين (1987) هذه تم تحويل معدل الذكاء القومي في الأمم المختلفة لمتوسط حسابي وانحراف معياري قدره 100 و15، على التوالي. وذلك نسبة لاستخدام مقاييس سيكولوجية متباعدة في قياس معدل الذكاء القومي شملت مقاييس المصفوفات المتتابعة (المعيارية والملونة والمتقدمة)، ومقاييس وكسلر لذكاء الأطفال والراشدين (الطبقات المنقحة والثالثة والرابعة)، واختبار رسم الرجل.

وتم وضع أربعة شروط مهمة للمقارنة بين الأمم المختلفة في معدل الذكاء القومي من بينها (أ) تقليل حجم التحيز في العينات المختارة وذلك بتحليل نتائج العينات ذات السعة (ب) يجب عدم تغيير بنود المقياس من جيل لآخر كما يجب تقدير درجات معدل الذكاء القومي من خلال الدرجات الخام وليس المعيارية (ج) يجب الاعتماد على المقاييس السيكولوجية المتحررة ثقافيا مثل مقاييس المصفوفات المتتابعة. ولكن استخدمت بعض المقاييس الأخرى مثل مقاييس وكسلر، واختبار رسم الرجل (د) اختيار عينات ناضجة وصلت لقمة الأداء في الدرجات الخام في معدل الذكاء. وقد تحققت هذه الشروط الأربعة الصارمة بصورة خاصة في نتائج البيانات المجموعة من بعض الدول مثلا هولندا، وبلجيكا، والنرويج.

1. معدلات الذكاء القومي في العالم

كشفت دراسة لين وفانهانين (Lynn and Vanhanen, 2002) بصورة عامة معدلات ذكاء قومي عالية في بعض دول جنوب شرق آسيا وبعض الدول المتقدمة اقتصاديا. مثلا، كانت معدلات الذكاء المقاسة والمقدرة في 22 دولة من دول العالم التي أحرزت أعلى معامل للذكاء القومي كالآتي.

القطر	معامل الذكاء	القطر	معامل الذكاء
هونج كونج	107	بلجيكا	100
كوريا الجنوبية	106	الصين	100
اليابان	105	نيوزيلندا	100
تاوان	104	المملكة المتحدة	100
سنغافورة	103	الجزر	99
النمسا	102	بولندا	99
ألمانيا	102	استراليا	98
إيطاليا	102	الدينمارك	98
هولندا	102	فرنسا	98
السويد	101	النرويج	98
سويسرا	101	الولايات المتحدة	98

الجدول من لين وفانهانين (Lynn and Vanhanen, 2002) ص. (73-80)

أما بالنسبة لمتوسطات بعض الدول العربية في معدلات الذكاء المقاس والمقدر حسب دراسة فلين وفانهانين (Lynn & Vanhanen, 2002)

القطر	نتائج لين	التقدير	نتائج الخليفة ولين	++
قطر	78	مقاس	(88)	(10+)
سوريا	87	مقدر (العراق 87 ولبنان 86)	(80)	(7-)
الامارات	83	مقدر (العراق 87 وقطر 78)	(87)	(4+)
اليمن	83	مقدر (العراق 87 وقطر 78)	(83)	(0)

في العالم العربي، أظهرت دراسة الخليفة ولين (Khaleefa & Lynn, 2008a) بأن متوسط معدل الذكاء القومي في سوريا في مقياس المصفوفات المتتابعة المعياري (رحمة، 2004) هي حوالي 80 درجة مقارنة بالمعايير البريطانية والأمريكية (متوسط 100). وأظهرت دراسة الخليفة ولين (Khaleefa & Lynn, 2008c) في اليمن بأن معدل الذكاء القومي من خلال مقياس المصفوفات المتتابعة الملون (العاني وآخرون، 1995) يبلغ 83 مقارنة بالمعايير البريطانية لعام 1979 (متوسط 100). وكشفت دراسة الخليفة ولين (Khaleefa & Lynn, 2008b) في الامارات العربية المتحدة من خلال التقنين الاماراتي لمقياس المصفوفات المتتابعة الملون (عيد، 1999) بأن متوسط معدل الذكاء القومي في الامارات حوالي 87 درجة مقارنة بالمعايير البريطانية لعام 1979 (متوسط 100). كما أظهرت دراسة الخليفة ولين (Khaleefa & Lynn, 2008d) بأن معدل الذكاء القومي في قطر من خلال مقياس المصفوفات المتتابعة المعياري (آل ثاني، 2001) 88 درجة مقارنة بالمعايير البريطانية لعام 1979 (متوسط 100). وتعاود معدلات الذكاء القومي في سوريا، واليمن، والامارات العربية المتحدة، وقطر والتي تتراوح بين (80-88) بالتقريب معدلات الذكاء القومي في بريطانيا وأمريكا في الثلاثينيات من القرن العشرين. وهنالك حاجة للدول العربية في معرفة معدلات الذكاء القومي

ففي اليابان مثلاً، هناك زيادة عالية للقدرة العددية ما بين مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة. فمثلاً، أظهرت الدراسات بأن الأطفال في عمر 6 سنوات ينالون حوالي 97 درجة في القدرة العددية بينما ترتفع الدرجات إلى 110 وسط الأطفال في سن 16 سنة. وترجع هذه الزيادة الكبيرة لنسبة التعليم الفعال للقدرة العددية في المدرسة اليابانية. وفي بعض التفسيرات تعزى لجحيم الامتحانات في اليابان والذي يطلق عليه (shiken jigoku) كما يعزى كذلك للتوقعات العالية للألم اليابانية من طفلها في المدرسة فمقابل أممي "amae" الاعتماد الإيجابي للطفل على أمه تتوقع منه أن يقدم أفضل ما عنده في المدرسة. وغالباً ما يتعمق إحساس الأم اليابانية بالذنب في حالة اخفاق طفلها. وفي عمليات العزو السببي في اليابان فإنه في حالة اخفاق الطفل في الرياضيات أو العلوم مثلاً غالباً ما تلام الأم أولاً، والمعلم ثانياً، والطفل ثالثاً. فالألم اليابانية هي المسؤول الأول عن التدريب بقصد ترقية الأداء وبناء المثابرة والالتزام بالمهمة (الخليفة، 2008).

عموماً تميز الأطفال في اليابان ولعدة سنوات بانجاز عال في التحصيل الدراسي خاصة في حقل الرياضيات والعلوم وذلك في المنافسات العالمية وخاصة في الالمبياد الخاص بهذه العلوم. مثلاً أظهرت نتائج واحدة من الدراسات المقارنة بأن الأطفال ذوو الانجاز العالي في الرياضيات في مدينة مينابوليس بأمريكا والذين نالوا متوسط 45 درجة يقعون ضمن فئة متوسطي الطلبة في مدينة سينداي باليابان الذين نالوا متوسط 53 درجة في الرياضيات. وتبلغ نسبة حصص الرياضيات في الصف الأول الابتدائي في اليابان حوالي 25% بينما هي 14% في أمريكا. ويقضي أطفال الصف الأول في اليابان حوالي 233 دقيقة في الأسبوع في التدريب وحل المسائل الرياضية بينما يقضي الأطفال في أمريكا حوالي 79 دقيقة في الأسبوع. وكانت معدلات الأطفال في اليابان في الرياضيات والعلوم أعلى من أمريكا لعدة سنوات (الخليفة، 2008) (أنظر الجدول أدناه).

معدلات العالم في الرياضيات والعلوم (1999)

العلم	الرياضيات	الدولة	العلوم	الرياضيات	القطر
533 (13)	530	سلوفينيا	568 (2)	604	سنغافورة
529 (16)	526	روسيا	549 (5)	587	كوريا ج
540 (7)	525	استراليا	569 (1)	585	تاوان
535 (10)	520	فنلندة	530 (15)	582	هونج كونج
539 (8)	520	الشيك	550 (4)	579	اليابان
492 (22)	519	ماليزيا	535 (12)	558	بلجيكا
518 (17)	511	بلغاريا	545 (6)	540	هولندة
503 (20)	505	لاتفيا	535 (11)	534	سلوفاكيا
515 (18)	502	الولايات المتحدة	552 (3)	532	المجر
538 (9)	496	انجلترا	533 (14)	531	كندا

تونس: الرياضيات 448، العلوم 430

الأردن: الرياضيات 428، العلوم 450

المغرب: الرياضيات 337، العلوم 323

وكانت من بين النتائج البارزة في دراسة فلين (Flynn, 1987) زيادة معدل الذكاء القومي في الدول المتقدمة اقتصادياً حوالي 15 درجة خلال الجيل (30 سنة) أي حوالي انحراف معياري واحد. مثلاً، بالنسبة لمقاييس وكسلر كانت الزيادة الجيلية في الولايات المتحدة (9) درجة، وفرنسا (9) درجة، والنمسا (14)، واليابان (20)، وألمانيا الغربية (20). وفي مقياس المصفوفات المتتابعة كان معدل الزيادة في بلجيكا (7)، وبريطانيا (7)، وأستراليا (9)، وألمانيا الغربية (10)، وهولندة (20)، واليابان (20)، وفرنسا (25) درجة في كل 30 سنة.

4. معدلات الزيادة في الذكاء القومي في الدول النامية

أظهرت نتائج البحوث السيكولوجية بأن هناك دراسات حديثة جداً من أربع دول فقط من دول العالم النامي (العالم الثالث) بها بيانات تتعلق بزيادة معدلات الذكاء القومي وهي كينيا والدومينيكان والبرازيل والسودان. مثلاً، في كينيا كانت معدلات الزيادة من خلال مقياس المصفوفات المتتابعة الملون في الفترة 1984-1998 هي 14 درجة ذكاء وتعكس معدل زيادة كل 10 سنوات (10 درجات في العقد) (Daley et al, 2003)، وفي الدومينيكان كان معدل الزيادة من خلال مقياس المصفوفات المتتابعة المعياري في الفترة من 1983-1998 هو 18 درجة وتعكس معدل زيادة كل 10 سنوات (5.1 درجات في العقد) (Meisenberg et al, 2005)، وفي البرازيل كان معدل الزيادة 17 درجة في الفترة 1930-2002 وهي تعكس معدل زيادة كل 10 سنوات (2.4 درجة في العقد) (Colom et al, 2007). وفي السودان كان معدل الزيادة في الذكاء القومي كل عقد في الفترة 1964 (بدرى، 1966) وعام 2006 (عبد الواحد، 2006) 2.9 درجة (Khaleefa, Lynn, Abdelwahid & Abduradi, 2008). وهناك حاجة للدول العربية في معرفة الزيادة في معدلات الذكاء القومي من خلال عدة مقاييس سيكولوجية قام بتكييفها وتطبيقها مجموعة من كبار علماء النفس العرب مثل مقياس المصفوفات المتتابعة، ومقاييس وكسلر للذكاء، ومقياس رسم الرجل.

أظهرت نتائج الدراسات التربوية بأن هناك علاقة قوية بين الزيادة في معدلات الذكاء القومي ومعدلات الدرجات المنال في المنافسات العالمية في الرياضيات والعلوم (Lynn and Vanhanen, 2002). فأكثر 5 دول بها معدلات ذكاء قومي عال (هونج كونج، كوريا الجنوبية، اليابان، تاوان، سنغافورة) هي ذاتها الدول التي يحرز طلبتها أعلى الدرجات في الرياضيات والعلوم على مستوى العالم (سنغافورة، كوريا الجنوبية، تاوان، هونج كونج، اليابان). ربما يكون من الأفيد لأهمية المنافسات العالمية عرض نتائج أكثر 20 دولة متفوقة في الرياضيات والعلوم.

5. ألبمبياد الرياضيات والعلوم: خيار المنافسة الأمثل

كشفت دراسة المنافسات العالمية الثانية في التحصيل في الرياضيات للأطفال في عمر 13 سنة عام 1982 علاقة ارتباطية قدرها 0.676 بين معدلات الذكاء ودرجات الرياضيات (Baker & Jones, 1993)، وبالنسبة للأطفال في عمر 10 سنوات في المنافسات العالمية الثالثة للرياضيات كانت العلاقة الارتباطية بين درجات الرياضيات ومعدلات الذكاء 0.768 (Mullis, 1997)، وبالنسبة للأطفال في عمر 14 سنة في المنافسات العالمية الثالثة في الرياضيات والعلوم كانت العلاقة الارتباطية بين درجات الرياضيات ومعدلات الذكاء 0.766 (Beaton et al, 1996a)، وبالنسبة للأطفال في عمر 10 سنوات في درجات العلوم ومعدلات الذكاء 0.477، وبالنسبة للأطفال في عمر 10 سنوات في المنافسات العالمية الثالثة للعلوم كانت العلاقة الارتباطية بين درجات العلوم ومعدلات الذكاء 0.839 (Martin, 1997)، وأخيراً بالنسبة للأطفال في عمر 14 سنة في المنافسات العالمية الثالثة في العلوم كانت العلاقة الارتباطية بين درجات العلوم ومعدلات الذكاء 0.698 (Beaton et al, 1996b). وكانت جميع العلاقات الارتباطية بين معدلات الذكاء والتحصيل في الرياضيات والعلوم هي علاقات دالة إحصائية.

وفي عام 1996 بدأت وزارة التربية بتبني سياسات جديدة في عملية الكشف عن الأطفال الموهوبين ورعايتهم وذلك من خلال توسيع مفهوم الموهبة ومواعين الكشف عن الموهوبين ورعايتهم (راشمل، 1997) وحسب هذه السياسة الجديدة يتم تحديد مسؤولية المدرسة بصورة مبدئية على عملية الكشف وعلى المعلمين ورعايتهم. وبحلول عام 2000-2001 تم تطبيق بعض التعديلات منها أن يجد الطلاب في الفصول الخاصة بالموهوبين في المدرسة الثانوية فرصة للدراسة بالجامعة ليوم واحد في مراكز خاصة أعدت لذلك الغرض، فضلا عن تكثيف المركز الانثراية الاسبوعية في الأقاليم.

4.6- شبكة الأنشطة بمتاحف العلوم

وتوجد بمتاحف العلوم والفنون بعض المناهج الإضافية والتعليم غير النظامي وبكل متحف قسم خاص للتربية. وتقدم هذه الأقسام نشاطا لنوعين من الفئات منها نشاطا للعامة بغرض أن يكون البحث العلمي والفنون مشاع بالنسبة للشباب والذين يتوقع أن يكونوا في المستقبل من متخذي القرار ونشاط للفتة الثانية من الأطفال الموهوبين في مجالات اهتماماتهم. كما تقدم إسرائيل للمهتمين من الأطفال الموهوبين في مجالات العلوم في الصفوف 4-12 شبكة قومية من الأنشطة العلمية التي تتخذ من الجامعات والمراكز البحثية مقرا لها وذلك لتعزيز ما يقدم بالنسبة للموهوبين في المدارس. وتتضمن هذه الأنشطة النوادي العلمية، والمخيمات الصيفية، ألبباد الرياضيات والعلوم، وبرامج في متاحف العلوم. أما بالنسبة للبرامج المقدمة في الجامعات الإسرائيلية فإنها تستهدف فئتين من الأطفال (أ) الأطفال الذين تم اكتشافهم كأطفال موهوبين (ب) الأطفال الذين لهم دافعية خاصة نحو العلوم.

5.6- منافسات المشاريع المستقلة ونوادي ما بعد الظهيرة

ومن بين مشاريع رعاية الأطفال الموهوبين في إسرائيل هو تشجيع الأطفال للقيام بمشاريع مستقلة خاصة عوضا عن أخذ امتحان نهائي في واحدة من المواد التي تدرس في المدرسة. وتقدم هذه المشاريع في عدة مجالات بالجامعات والمراكز البحثية وتشمل الفيزياء، والكيمياء، والأحياء، والرياضيات، والكمبيوتر. ويتلمذ الموهوبون في هذه العلوم على أيدي خبراء في معاملهم أو مشاريعهم العلمية. وإن العمل المنجز في هذا الإطار يرتبط بصورة حقيقية بمشروع بحثي يقوم بانجازة أحد العلماء. وبعد اكمال المشروع البحثي يقوم الطفل بتلخيص وكتابة تقرير لعمله المنجز ويسلمه بالنسبة لمدرسته ويعطى درجات ويعفى من امتحان إحدى المواد. وقد كشفت النتائج بأن التعلم من عالم وخبير في مشروع بحثي ذو مستوى علمي رفيع يعطي فرصة فريدة للموهوب لنيل تبصرات حقيقية وقيمة في العلوم. وتقدم كل الجامعات والمراكز البحثية الإسرائيلية نوادي علمية لما بعد الظهيرة للتلاميذ في عمر 10-18 سنة ويبدأ بعض التلاميذ في سن مبكرة من عمر 7 سنوات. وتتنوع البرامج المقدمة حسب نوعية الخدمات المقدمة في المؤسسة. وتشمل البرامج مثلا، الطب، العلوم البحتة، العلوم الاجتماعية، هندسة الكمبيوتر والأحياء البحرية، والبيئة. وعادة ما تعزز عملية التعلم عن طريق حلقات المناقشة والأفلام، وعملية تخطيط للتجارب العلمية فضلا عن كتابة التقارير.

6.6- منافسات الورشة القومية الصيفية للعلوم

يقدم هذا البرنامج فرصة لعدد محدود يتكون من 30-40 من الأطفال الموهوبين جدا في الفصل 11 في المدارس الإسرائيلية للعمل مع عدد علماء وباحثين في معهد للبحوث. وتقوم إدارة المعهد بإجراء مقابلات للمرشحين للانضمام لهذا البرنامج ويتم تصفية المرشحين المقبولين. ويقضي المختارون 13 يوما في معهد وإيزمان للبحوث يعملون في شكل مجموعات صغيرة من خلال التلمذة في المعامل البحثية. وتقدم في

6. جحيم المنافسة في التجربة الاسرائيلية في رعاية الموهوبين

1.6- علم النفس في إسرائيل

ارتبط علم نفس الموهبة بأقسام علم النفس في إسرائيل والتي تعتبر من أكبر الأقسام في الجامعات الإسرائيلية. ولا يقل في هذه الأقسام إلا هؤلاء الطلبة الذين لهم إنجاز دراسي عال، وقدرات عقلية عالية. ويكون معدل الرضا في بعض أقسام علم النفس 14 من كل 15 مرشحا. وبلغه أخرى، يقبل طالب واحد فقط بين كل 15 مرشحا وتعتبر المنافسة شرسة أشبه بالجحيم للدخول لجامعة تل أبيب. إن الحاجة الكبيرة لخدمات علم النفس في المجتمع والتي يتبعها الحاجة الماسة لدراسة علم النفس والتي تسمح باختيار الطلبة من ذوي القدرات العالية لبرامج البكالوريوس في الجامعة والتي يتبعها اختيار الطلبة من ذوي القدرات العالية لبرامج الدراسات العليا مما ساعد على إنتاج مهنيين أعلى من المتوسط في علم النفس مما يجعل بأن هناك إنتاج سيكولوجي عال من جانيه التطبيقي والعلمي ويعمل كل ذلك على استقرار المستوى الرفيع لعلم النفس في المجتمع وربما يعمل على زيادته. في الوقت الراهن أصبح علم النفس واحدا من أكثر المهن المرغوبة في إسرائيل. ولفترة طويلة من الزمن كانت تفضل الأم الإسرائيلية أن يكون ابنها طبيبا أو على الأقل محاميا، ولكن حاليا انضم علم النفس لهذا النادي الرفيع (بن عري، وعمر، 1986).

2.6- أبحاث علم نفس الموهبة

وتجرى الأبحاث السيكولوجية من بينها علم نفس الموهبة في إسرائيل في عدة معاهد عامة خارج إطار الجامعات مثل معهد جتمان للبحث الاجتماعي التطبيقي، ومعهد حداسة للتوجيه المهني، ومعهد دراسات التعليم في الكمبيوتر، ومعهد حريتا للبحوث في العلوم السلوكية. ويقدم برامج الماجستير والدكتوراة في كل من جامعة تل أبيب، وجامعة حيفا، وجامعة بار علان، والجامعة العبرية. وتمول كل أبحاث علم نفس الموهبة في إسرائيل من الميزانية العامة. وهناك وحدتين لعلم النفس في قوات الدفاع الإسرائيلية. ومنذ تأسيس قوات الدفاع هناك تأكيد على الجوانب الخاصة بالحاجة الماسة للخدمات المهنية لعلماء النفس. وكان أول هذه الخدمات هو ترقية نوعية الأفراد، وترقية المؤسسة العسكرية وذلك نسبة للفتة العديدة للجيش الإسرائيلية مقارنة بجيوش الجيران (العرب) وتبعاً لذلك فقد تم اعتبار الخدمات المهنية والتوجيه النفسي المقدم بواسطة علماء النفس ضرورة وبرهن على أهميته كعامل خطير بالنسبة لقوات الدفاع الإسرائيلية. وكانت هذه الخدمات السيكولوجية محط تقدير واحترام من قبل القادة والتي تم استغلالها لأقصى حد ممكن. وتضمنت وظائف الخدمات السيكولوجية القياس والاختيار العام، والتشخيص المحدد للوحدات الخاصة، وتطوير وتطبيق التقنيات الفريدة للتدريب والتي تضمنت تدريب القادة، وقياس الروح المعنوية، وتقييم المناخ العام للمؤسسة العسكرية، وتطوير تقنيات التدخل في أوقات الأزمات.

3.6- تاريخ تعليم الموهوبين في إسرائيل

بدأ تعليم الموهوبين في إسرائيل عام 1973 من خلال تشريع صدره الكنيست عام 1971 قمنه وزير التربية والثقافة. وذكر بأن لكل طفل إسرائيلي الحق في تطوير قدراته وعلى وزارة التربية الإسرائيلية توفير الأطر والمحتويات التي تعزز من عملية التطوير. ومنذ ذلك التاريخ بدأت شعبة الموهوبين في تأسيس فصول خاصة بالأطفال الموهوبين فضلا عن ورش ما بعد الظهيرة. وفي كل مدينة كبيرة وبلدة إسرائيلية هناك برامج لثراية للأطفال الموهوبين. وبحلول عام 1981 هناك أكثر من 5000 طالب بالإضافة إلى نسبة 30-40 % من الطلاب الموهوبين تم تقديم خدمات لثراية بالنسبة لهم من خلال مراكز الرعاية المدعومة من قبل وزارة التربية والوكالات المحلية فضلا عن مساهمة الآباء. وتركز هذه المراكز اللثراية بصورة خاصة على الرياضيات، والعلوم، والكمبيوتر، والمعامل فضلا عن تقديم برامج لثراية في الفنون، والموسيقى، والأدب والتاريخ، والفلسفة، والكتابة الإبداعية، والصحافة (Subhi & Maoz, 2000).

9.6- منافسات وأمبياد الرياضيات

يقوم معهد وايزمان للبحوث بتنظيم ألباد قومي للرياضيات لطلبة المرحلة الثانوية وألباد لطلبة المرحلة المتوسطة. وليست هناك شروطا للمشاركة في ألباد الرياضيات للمرحلة الثانوية. ويتسلم المتقدمون للمشاركة في ألباد نموذج لامتحانات السابقة تجعلهم يتخذون القرار بإمكانية مشاركتهم في المستوى المناسب لهم. ويتم تنظيم ألباد الرياضيات الخاص بالمرحلة المتوسطة في مرحلتين يتم توزيع الامتحانات للتلاميذ في الفصول الدراسية 7-9 في مدارسهم وتتم عملية التصحيح في معهد وايزمان. وتتم دعوة الطلبة المتفوقين للمرحلة الثانية التي تعقد في المعهد، أو في جامعة تل أبيب، أو معهد التفانة. وتتم عملية اختيار ألباد التلاميذ من خلال هذه المنافسات القومية بجميع مراحلها للمشاركة في ألباد العالمي للرياضيات.

10.6- منافسات الفيزياء بمعهد وايزمان

ينظم معهد وايزمان منافسات الفيزياء لفرق من طلبة المرحلة الثانوية. ويتكون كل فريق من 5 من الطلبة ويكون هدف الفرق هو تصميم لاستخدامات آلات لأغراض سلمية من خلال مباديء الفيزياء. وتتم عملية تقدير درجات كل فريق حسب (1) المهارات والإبداع المستخدم في بناء ميكانيكا الآلات (2) مستوى الاستيعاب لتصاميم الفرق الأخرى (3) مستوى النجاح المنجز للاختراع. فضلا عن ذلك ينظم المعهد التقني منافسة للفيزياء كما تنظم جامعة تل أبيب منافسة في الفضاء. ويتم دعم كل المشاريع أعلاه من قبل وزارة التربية. وبنهاية الألفية الثانية طورت إسرائيل برامج خاصة لتعليم الموهوبين ضمن النظام العام للتعليم (Subhi & Maoz, 2000). في تقديري تحتاج التجربة الإسرائيلية في رعاية الموهوبين للدراسة من قبل طلاب علم نفس الموهبة العرب خاصة لأهميتها في مجال تنظيم المنافسات الشرسة والتي يمكن وصفها بالجسيم بالنسبة للأطفال الموهوبين في جميع المراحل الدراسية خاصة بالنسبة للأطفال في الحلقة الأولى من التعليم بمرحلة الأساس.

7. اليابان: خيار المنافسة الأمثل

أظهرت نتائج البحوث عبر الثقافية أحرار الأطفال في اليابان لدرجات عالية في الاختبارات البصرية - المكانية (الذكاء العملي) التي تتضمن الترميز، فحص الرموز، وترتيب الصور، ورسوم المكعبات، والمتاهات (أوينو وناكاتاني، 2004). كما كشفت نتائج الأبحاث الرصينة التي قام بها لين (1977، 1982، 1988) بأحرار الأطفال اليابانيين لدرجات عالية في الاختبارات البصرية-المكانية في كل الفئات العمرية بين 6-16 سنة في مقياس مكارثي للقدرة العقلية. وهناك فروق دالة بين الاختبارات اللفظية والعملية لصالح الأخيرة. وكشفت نتائج البحوث السودانية عكس ذلك بأحرار الأطفال لدرجات عالية في الاختبارات اللفظية والشفاهية مقارنة بالاختبارات البصرية-المكانية (الخليفة، 2006، الخليفة، طه وعشرية، 1995) وهناك فروق دالة بين الاختبارات اللفظية والعملية لصالح الأولى. وإذا حاولنا أن نجد تفسيراً ثقافياً للفروق الأدائية بين الأطفال في السودان واليابان ربما يمكن القول بأن الثقافة اليابانية تؤكد أكثر على الجوانب الشكلية والبصرية والمكانية والعملية بينما تؤكد الثقافة السودانية (كثقافة عربية) أكثر على الجوانب الشفاهية والسماعية (الخليفة، 1999، 2005، الخليفة وادروس وعشرية، 1996، 1996ب). وربما يتم التساؤل هل تعكس درجات الأطفال العالية في اليابان في الاختبارات العملية مستوى أعلى للجهد ولدافعية الانجاز؟ وهل درجات الأطفال المنخفضة في الاختبارات العملية في السودان تعكس مستويات منخفضة من الجهد ودافعية الانجاز؟

الأمسيات عروض التلاميذ ومحاضرات بواسطة كبار العلماء بالإضافة لبعض الأنشطة الاجتماعية. وفي نهاية البرنامج يطلب من المشاركين كتابة ورقة علمية حقيقية تنشر في كتاب البرنامج.

7.6- منافسات المخيم الصيفي العالمي للعلوم

تقدم إسرائيل فرصة لعدد 75 من الأطفال الموهوبين جدا في العلوم في الفصل 12 من أوروبا وآسيا وأمريكا وإسرائيل للعمل مع ألباد العلماء والباحثين في معهد وايزمان للبحوث وهو الشبيه بوزارت العلوم والتفانة. ويتم الاختيار لهذا المخيم من الطلبة الذين تميزوا في المعارض العلمية أو المنافسات القومية للعلوم في بلادهم. ويقدم هذا البرنامج المكتف لمدة 30 يوما باللغة الانجليزية ويكون لأبي من العلماء حوالي 3-2 من الموهوبين يعملون في المعامل البحثية وفي موضوعات بحثية راهنة مثل تطبيقات الليزر، واستخدامات الكمبيوتر في النمذجة. ويتم تدريب الموهوبين في أجهزة علمية متقدمة من الميكروسكوبات، والليزر، وأجهزة الحاسوب المتقدمة. ويقدم كبار العلماء سلسلة من المحاضرات للموهوبين ويختار كل مشارك المادة التي تتلاءم مع اهتماماته العلمية. وفي نهاية الأسبوع الثالث في العمل البحثي في المعامل يقوم الموهوب بتقديم سمارة فضلا عن كتابة تقرير وتنشر في نهاية المخيم الصيفي التقارير البحثية كأوراق علمية حقيقية في كتاب البرنامج.

8.6- منافسات مشاريع الرياضيات

تقبل كل من جامعة تل أبيب، وجامعة بارعلان، ومعاهد التفانة الطلبة الموهوبين في الرياضيات في المرحلة الثانوية وتقدم لهم مقرراتاجامعية اعتمادا على نجاحهم في الامتحانات الخاصة. ويمنح الطلبة درجات على المقررات التي درسوها ويمكنهم اكمال المقررات الجامعية في الرياضيات مع أنهم مازالوا في المدرسة الثانوية. كما يقدم برنامج اثرائي خاص للأطفال الموهوبين في الرياضيات يسمى " الرياضيات عن طريق البريد" بواسطة معهد وايزمان للبحوث للفصول الدراسية 3-10 في كل أنحاء إسرائيل. ويقوم علماء الرياضيات ومعلمي الرياضيات بأعداد المواد التعليمية لهذا البرنامج. وتقدم المسائل الحسابية التي تعكس نمو التفكير الرياضي بالنسبة للأطفال في 4 مستويات: المستوى الأول (الفصل 3-4)، والمستوى الثاني (الفصل 5-6)، والمستوى الثالث (الفصل 7-8)، والمستوى الرابع (الفصل 9-10).

في بداية العام الدراسي يتم نشر اعلانات عن برنامج الرياضيات عن طريق البريد في المجلات الشبابية والصحف اليومية عن حل مسائل حسابية مبسطة. وعلى التلاميذ الراغبين في حل هذه المسائل عليهم إرسال اسماءهم وعناوينهم ومستوياتهم الدراسية. ويستلم التلاميذ نشرات عن حل المسائل الحسابية عن طرق جديدة تختلف عن تلك المكتسبة في المدرسة. ويتم تصحيح اجابات التلاميذ وتمنح الدرجات وتعاد أوراق الامتحانات مع الحلول الصحيحة. وفي نهاية العام الدراسي تتم دعوة التلاميذ المتميزين لمعهد وايزمان للمشاركة في بعض التجارب الرياضية. وتشير نتائج هذه التجربة على أهميتها لترقية الرياضيات على المستوى القومي في إسرائيل ويعمل جميع أفراد الأسرة مع بعض في حل بعض المسائل الحسابية. ويتم من خلال هذا البرنامج الكشف عن الأطفال الموهوبين وذوي القدرات العالية في الرياضيات وتتم دعوتهم للمشاركة في ألباد القومي للرياضيات لطلبة المرحلة الثانوية مع أنهم مازالوا في المرحلة المتوسطة. وتجمع المواد المتعلقة بالبرنامج وتطبع وتعتبر وسيلة مفيدة للمعلمين الذين يقومون بتدريس الأطفال الموهوبين في الفصول العادية أو تدريس الموهوبين في مدارس خاصة بالموهوبين أو برامج اثرائية. والجدير بالذكر بأن برنامج "العلوم عند طريق البريد" الذي يدار بواسطة متحف العلوم ببوسطن في أمريكا هو منسوخ من البرنامج الإسرائيلي " الرياضيات عن طريق البريد"

وبريطانيا فودوفون)، والصناعات الصيدلانية (بريطانيا- جلاسكو، وبلكم، استرا زينكا، والولايات المتحدة- ميرك وبزار). وإن الأمم ذات معدلات الذكاء العالي يمكن أن تقدم مهارات أخرى معقدة ذات أسعار عالية في الأسواق العالمية وتتضمن هذه البضائع والخدمات مثل خدمات البنوك، والبورصات، والتأمين في مراكز المال العالمي (لندن، ونيويورك، وفرانكفورت وطوكيو، وهونج كونج، وسويسرا)، وصناعة الأزياء (باريس وميلان)، وصناعة السينما (هوليوود)، والطور (باريس)، والشكولاتة (سويسرا) أنظر (Lynn and Vanhanen, 2002).

ارتبط معظم النجاح الصناعي- الاقتصادي في اليابان على تبني الاختراعات العلمية في الغرب والتي تم توطينها وتجديدها في البيئة المحلية وتسويقها بأسعار تنافسية على مستوى دول العالم. ومن بين المنجزات اليابانية المذهلة في الصناعة والاقتصاد: صناعة السيارات، والسفن، والالكترونيات. ولقد أوضحت موسوعة العلوم والتكنولوجيا (1998) أنه في عام 1960 انتجت اليابان قلم الفايبر، وفي عام 1963 سيارة الوانكن، وفي عام 1964 القطار السريع بسرعة 210 كيلو في الساعة أسرع من أي قطار في العالم، وفي عام 1965 تم اختراع الرادار المشع، وفي عام 1967 تمت عملية أول صناعة لساعات الكوارتز، وفي السبعينيات تم إنتاج أجود أنواع التلفزيونات والراديو، والفيديو، والشاشة المسطحة، وفي عام 1979 تم اختراع اللوكممان الشخصي، وفي عام 1980 انتجت سوني أسطوانة الفيديو، وفي عام 1985 تم إنتاج الأسطوانة المضغوطة، وفي عام 1987 تم اختراع الشريط الرقمي. إن التطور الاقتصادي المتسارع لليابان تم تبنيه في تايوان، وهونج كونج، وسنغافورة وماليزيا في النصف الثاني من القرن العشرين. ولقد أنجزت هذه الدول مستويات رفيعة من المنافسة الاقتصادية ولشعبها مستويات عالية من الذكاء ومن التحصيل في الرياضيات والعلوم. وربما يمكن التساؤل لماذا لم تتم عملية تبني هذه الابتكارات والتجديدات اليابانية في العالم العربي؟

إذا كانت اليابان دولة ذات معامل ذكاء أعلى من بريطانيا وذات معامل ذكاء أرفع من الولايات المتحدة فلماذا لا نعيد النظر في نظامنا التربوي والسيكولوجي في رعاية الموهوبين المقتبس من التجربة الأوربية والأمريكية؟ من سخرية القدر أن يدع التربويون في أوروبا أمثال ريتشارد لين في كتابه الموسوم "الانجاز التربوي في اليابان: دروس للغرب" لكيفية أخذ أوروبا بعض العبر من التجربة اليابانية في التربية والتعليم. ويدع التربويون في أمريكا أمثال فوجل في كتابه الزائع الصيت "اليابان كرقم واحد: دروس لأمريكا" لأخذ بعض العبر من النظام التربوي والتعليمي في اليابان. من الملاحظ في عنوان الكتابين استخدام عبارة "دروس" للغرب عامة وأمريكا خاصة. ويدعو علماء التربية وعلم النفس خاصة من أمريكا وأوروبا إلى تبني فكرة اليابانيين عن الالتزام والمثابرة والجهد والعمل الشاق الدؤوب. وربما نكون نحن أحوج في العالم العربي لهذه الدروس مقارنة بأوروبا وأمريكا. فقد أظهرت نتائج أبحاث التعلم بأننا نتعلم في كثير من الأحيان عن طريق الملاحظة أو التعلم الاجتماعي أو التقليد وبلغة أكثر دقة عن طريق الاقتداء. وفقا لهذا الفهم ربما يكون الاقتداء بمن هو "أذكي" بل "أهمر" (اليابان) أفضل ممن هو أقل ذكاءً وأقل مهارة (الخليفة، 2008).

8. العبق العربي وتنشيط نصف الدماغ الأيمن وتخصيب الخيال

ماذا يمكن العمل بخصوص تدني معدلات الذكاء العملي في السودان وانخفاض درجات السرعة؟ وكيف يمكن تطوير الممارسة التعليمية المرتبطة بالحفظ والتكرار والتلقين في نصف الدماغ الأيسر؟ ربما يكون من الأفيد بالنسبة للمخططين لمدارس الموهبة والتميز البحث عن برامج لكيفية تعزيز عمليات الذكاء البصري والمكاني (العملي) فضلا عن كيفية زيادة السرعة المرتبطة بالمتابعة والدافعية. يستخدم في اليابان وفي بعض دول جنوب وشرق آسيا خاصة الصين وتايوان وهونج كونج وكوري

ربما تثير النتائج أعلاه عدة تساؤلات عبر ثقافية بالنسبة للفروق التعليمية والثقافية والاجتماعية والبيئية وربما الفروق الفسيولوجية بين نتائج الاختبارات اللفظية والعملية. ولقد فسرت بعض الدراسات هذه الفروق لأسباب فسيولوجية تتعلق بوظيفة نصفي الدماغ. ومن المعلوم بأن مركز التحكم في الاختبارات اللفظية الشفاهية هو في نصف الدماغ الأيسر بينما مركز التحكم في الاختبارات العملية الأدائية هو في نصف الدماغ الأيمن (كوفمان، 1994، لين، 1988). وحسب هذا التفسير ربما يكون نصف الدماغ الأيسر أكثر نشاطا وفعالية بالنسبة للأطفال في السودان وذلك لأن البيئة التعليمية تركز على التلقين والتسميع والمشافهة والمنطق وبالمقابل ربما يكون نصف الدماغ الأيمن بالنسبة للأطفال في اليابان أكثر فعالية ونشاطا لأن البيئة التعليمية تركز على الجوانب البصرية- المكانية والعملية. وربما تعكس هذه الفروق عبر الثقافية اختلاف في البيئة التكنولوجية المتاحة للأطفال. فتراء البيئة اليابانية من حيث المثيرات والألعاب بصورها المختلفة ربما يعكس في درجات عالية في الاختبارات العملية أو البصرية- المكانية. وبالمثل فإن ترأ البيئة الثقافية الشفاهية والسماعية ربما يعكس في درجات عالية في الذكاء اللفظي بالنسبة للأطفال في السودان (الخليفة، 2008).

إن الأداء العالي للأطفال في اليابان في اختبارات السرعة الموقوتة في الطبعة الثالثة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (موذا-3) ربما يثير تساؤلات أخرى ترتبط بالفروق عبر الثقافية في مستويات الجهد أو الدافعية. فإن الوقت المحدد لبعض الاختبارات الفرعية ولبعض بنود المقياس فقد تم تقليده في اليابان مثلاً اختبار الترميز وفحص الرموز. وكان الزمن الأصلي لهذين الاختبارين هو 120 ثانية حسب المعيار الأمريكي (وكسلر، 1991) فتم تقليده في اليابان إلى 90 ثانية بالإضافة لذلك تمت إضافة بعض البنود الصعبة للنسخة اليابانية لبعض الاختبارات مثلاً رسوم المكعبات. وعكس ذلك نال الأطفال في السودان درجات منخفضة في هذه الاختبارات الفرعية المرتبطة بالسرعة. ولهذا السبب تم اقتراح بزيادة زمن هذه الاختبارات الموقوتة من 120 ثانية إلى 150 ثانية بالنسبة للأطفال في السودان. وتحتاج هذه الفروق عبر الثقافية الكبيرة في سرعة أداء الاختبارات الفرعية الموقوتة لمودا-3 لمزيد من النقاش عبر الثقافي. وربما يكون التساؤل المهم ما الذي يجعل أداء الأطفال في اليابان في غاية السرعة إذ يحتاجون إلى 90 ثانية فقط لاكمال الاختبارات الموقوتة (أوينو وناكاتاني، 2003)، وفي أمريكا يحتاج الأطفال لاكمال الاختبارات نفسها في 120 ثانية (وكسلر، 1974، 1991) بينما يحتاج الأطفال في السودان إلى 150 ثانية لاكمال هذه الاختبارات الموقوتة (الخليفة، 2008).

بوسعنا القول بأن الأمم ذات معدلات الذكاء العملي العالي والسرعة الفائقة ربما يتميز أفرادها بمستويات عالية من الانجاز الأكاديمي والدراسي (الخليفة، 2008)، وأن الأطفال من الدول ذات معدلات الذكاء العالي ينجزون بصورة أفضل في المدرسة. وأظهرت الدراسات وجود علاقة ارتباطية تتراوح بين 5 و 8. بين معدل الذكاء القومي والتحصيل الدراسي. وأن الدرجة العالية من التحصيل الدراسي في الدول ذات معدلات الذكاء العالي تقدم المهارات العاملة الرفيعة ذات العلاقة الوثيقة بالنمو الاقتصادي وتطوير الاقتصاد (لين وفيرهانين، 2002).

إن الأمم التي تتمتع بمعدلات ذكاء عالية لها مجموعة كبيرة من العلماء والاكتشافات العلمية في المجالات الهندسية والتكنولوجية مثل السيارات (الولايات المتحدة، وأوروبا، واليابان)، التلفزيون والراديو والفيديو (اليابان)، الإنسان الآلي والانسان الصناعي (اليابان)، الطائرات (الولايات المتحدة- البونج، أوروبا- الإيريس)، الكمبيوتر (الولايات المتحدة- مايكروسفت)، الهواتف المحمولة (فنلندا- نوكيا)،

9. لماذا الرعاية المبكرة للموهوبين في مرحلة الأساس

كشفت أبحاث دينس (Dennis, 1957) بصورة عامة انخفاض معدلات ذكاء الأطفال بزيادة العمر في البلاد العربية (أنظر بدري، 1966). وتحتاج هذه النتائج المقلقة لمزيد من الفحص من قبل طلاب علم النفس العرب. وجد دينس (1957) أن متوسط معدل الذكاء لأطفال صيدا في لبنان في سن الخامسة وأطفال بورسعيد في مصر في سن السادسة كان حوالي المئة أي ما يعادل تقريبا معدل ذكاء الأطفال الأمريكيين. إلا أن معدل ذكاء المجوعتين ينحدر باضطراد مع ازدياد العمر حين يقارن الأداء بالمعايير الأمريكية (أنظر بدري، 1997، ص. 58). واستنتج دينس (1957) أن أطفال البلاد العربية في سن الخامسة من عمرهم قد يحصلون على معدلات ذكاء تقارب المئة وكلما زادت أعمارهم نقصت معدلات ذكائهم (بدري، 1997، ص. 58). فمثلا في مصر، نالت الفئة العمرية 5 سنوات في بورسعيد معدل ذكاء 94 بينما نالت الفئة العمرية 10 سنوات معدل ذكاء 80. وفي لبنان، نالت الفئة العمرية 5 سنوات في صيدا معدل ذكاء 104 بينما نالت الفئة العمرية 10 سنوات 62، وفي المدرسة الأرمنية نالت الفئة العمرية 5 سنوات معدل ذكاء 115 بينما نالت الفئة العمرية 10 سنوات 95، وفي مدرسة الجامعة الأمريكية نالت الفئة العمرية 5 سنوات معدل ذكاء 96 بينما نالت الفئة العمرية 10 سنوات معدل 97 درجة (أنظر بدري، 1997، ص. 57).

وكشفت دراسة الخليفة ولين (Khaleefa & Lynn, 2008b) في دولة الامارات العربية بنيل الأطفال صغار السن (6-8 سنة) درجات أعلى في مقياس المصفوفات المتتابعة الملون (عيد، 1999) وفقا للمعايير البريطانية لسنة 1979. مثلا، نال الأطفال في عمر 6 سنوات ميئين قدره 41.5 يساوي بالتقريب معدل ذكاء يعادل 97 بينما نال الأطفال كبار السن 10-11 سنة حوالي 6 درجات تعادل معدل ذكاء 77 درجة. وتقيس الأسئلة الأولى من مقياس المصفوفات المتتابعة القدرات البصرية وكان معدلها 97 وهي درجة مقارنة لدرجات الأطفال في بريطانيا بينما نال الأطفال كبار السن 10-11 سنة معدل ذكاء يعادل 77 وتقيس الأسئلة الأخيرة من مقياس المصفوفات المتتابعة القدرة على الاستدلال وحل المشكلات. وكشفت دراسة الخليفة ولين (2008b، 2008c) النتائج نفسها في كل من سوريا (رحمة، 2004) واليمن (العاني وآخرون، 1995) وقطر (آل ثاني، 2001). ويمكن القول بأن أداء الأطفال العرب في بعض الدول مقاربا لأداء الأطفال في الغرب في مجال القدرات البصرية ولكنه منخفض في قدرة الاستدلال وحل المشكلات. وأظهرت دراسة قروتيرج وبدري (Grotberg, 1991 & Badri) استقادة الطفلات السودانيات في عمر 5 سنوات من ثقافة الأسرة بينما هناك علاقة عكسية بين الابداع والأسرة التقليدية بالنسبة للطفلات في عمر 7 سنوات. وتحتاج هذه النتائج المهمة للنظر إليها من خلال عدة عقود أو أجيال في دراسات نمائية وطولية.

10. لماذا تخفض قدرات الأطفال العرب؟

تتميز الأسرة العربية بالتقبل والدفع والتسامحية في الطفولة العربية المبكرة، فهذه السمات كما تشير معظم الدراسات المقننة التي قام بها بعض علماء الاجتماع العرب (بركات، 1984، السيد، 1971، شرابي، 1975) تعطي الطفل احساسا بالأمان والاطمئنان الداخلي، وهو أحد الشروط الضرورية لبناء الشخصية المهيأة للابداع. ولكن تتغير معاملة الأسرة تدريجيا وتصبح أقل تسامحية بعد سن السادسة. وهو عكس ما يحدث في الأسرة الغربية (ابراهيم، 1985). وقد لاحظ كلوت بيك - الذي استقدمه محمد علي باشا من فرنسا لانشاء أول كلية طب في مصر - هذه الحقيقة وتداعياتها فيما بعد، منذ أكثر من 150 عاما بقوله "الأطفال العرب في الصغر يتسمون باليقظة والمرح والحيوية والفتنة، ولكن حالما يقتربون

وماليزيا وسنغافورة (ذات الدول التي تحرز معدلات عالية في الذكاء والرياضيات والعلوم على المستوى العالمي) العبق العربي والمعروف بالأباكوس في اللاتينية، والشوتي في الروسية، والسوزوان في الصينية، والسوروبان في اليابانية (حمزة، 2008). ولهذا النظام العربي فوائد كثيرة خاصة في تنشيط نصف الدماغ الأيمن (مركز اختبارات الذكاء العملي، البصري، المكاني)، وفي زيادة معدلات الذكاء، وتعزيز الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة الفوتوغرافية، وزيادة السرعة، وزيادة مستويات الدافعية والمثابرة، وحدة الحواس (خاصة البصر، والسمع واللمس)، وزيادة درجات التركيز والانتباه، وتخصيب الخيال، وزيادة درجات التحصيل في الرياضيات وبقية العلوم (دينو، 2005، الخليفة، 2008).

لقد أجريت أول دراسة عربية في السودان عن "أثر برنامج العبق في تنمية الذكاء وزيادة السرعة لدى تلاميذ مرحلة الأساس بولاية الخرطوم". وتم استخدام المنهج التجريبي في هذه الدراسة بتطبيق مقياس المصفوفات المتتابعة المعياري لعينة كلية اختيرت بصورة عشوائية قدرها 2492 منها 1144 مجموعة ضابطة و1348 مجموعة تجريبية بصورة متكافئة. وكانت متوسط درجة الذكاء الخام في اختبار المصفوفات المتتابعة في القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية (17.57) و (17.04) على التوالي. ولقد تم تطبيق برنامج العبق لمدة عام بالنسبة للمجموعة التجريبية وكانت نتائج القياس البعدي في معدلات الذكاء بالنسبة للمجموعة الضابطة والتجريبية (21.17) و (23.42) على التوالي. وكانت الفروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية دالة في مستوى 0.001 لصالح الأخيرة. وكانت سرعة الأطفال بالنسبة للمجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي (38.57) و (40.76) على التوالي بينما كانت سرعة الأطفال في القياس البعدي بعد عام من التدريب على برنامج العبق (35.89) و (32.86) على التوالي. وكانت الفروق في السرعة بين المجموعة الضابطة والتجريبية دالة في مستوى 0.001 لصالح الأخيرة. وتكشف نتائج هذه الدراسة التجريبية عن أثر برنامج العبق في تنمية الذكاء وزيادة السرعة لدى تلاميذ مرحلة الأساس بولاية الخرطوم بالسودان (حمزة، 2008).

تطور نظام ماليزي من العبق العربي يسمى المفهوم الشامل لنظام الحساب الذهني (اليوسيماس) لتدريب الأطفال بين 6-12 سنة. ويتم التدريب خلال 10 مستويات ويحتاج كل مستوى إلى 3 شهور وبذلك يكتمل التدريب في 30 شهرا ويكون التدريب ساعتين مرة واحدة في الأسبوع مع ربع ساعة للتدريب اليومي في المنزل. وهناك جلسة محددة للجلوس لأداء التمارين الحسابية من خلال العبق مع تدريب يومي على اختبار السرعة (دينو، 2005). ومن ماليزيا انتشر هذا البرنامج في بقية دول العالم (هذه بضاعتنا ردت إلينا) من بينها الدول العربية إذ يطبق هذا البرنامج مثلا في مصر والبحرين والامارات والسعودية وعمان. وفي السودان هناك حوالي 20 ألف طفل تم تدريبهم على البرنامج في أكثر من 20 مركزا في الخرطوم والولايات فضلا عن بعض المدارس الحكومية والخاصة. ويعتبر هذا البرنامج برنامجا اثرائيا يعزز الكثير من المهارات العقلية للأطفال وهم في مرحلة نمو عقلي متسارع. وتعتقد سنويا منافسة عالمية للأطفال بمدينة كوالمبور بماليزيا. وقد شارك بعض الأطفال العرب في هذه المنافسات. ويدعم البرنامج في السودان من قبل وزارة التربية تحت رعاية وكيل الوزارة الدكتور المعتصم عبد الرحيم رئيس مجلس اليوسيماس. وهناك اهمية لتدريب الأطفال العرب على هذا البرنامج فضلا عن مشاركتهم في جو تنافسي عالمي تحقيقا لشعار "تربية الموهوبين خيار المنافسة الأمل".

11. توطيّن علم نفس الموهبة في العالم العربي

يؤكد بعض علماء النفس العرب على أهمية الحساسية الثقافية عند التعامل مع علم النفس المستورد للبيئة المحلية في العالم العربي، مثلاً، (بديري، 1989؛ الخليفة، 2000، 2008؛ حسين، 2005؛ طه، 1995). وميز الخليفة (2000) بين مصطلح علم النفس الوطني وعملية توطيّن علم نفس الموهبة، كما قارب بين عملية توطيّن علم نفس الموهبة المستورد من الغرب وبين استيراد واستزراع نبات من البيئة المغايرة (الأمريكية والأوربية) في التربة المحلية في العالم العربي. فمفاهيم ونظريات ومناهج علم نفس الموهبة أشبه بالكائن الحي الذي يوجد في بيئة مغايرة ففي هذه الحالة يجب عليها أن تتأقلم، أو تتعايش، أو تتكيف، أو حتى تتسجم في البيئة الجديدة. بوسعنا القول بأن هناك أهمية خاصة للحساسية الثقافية عند التعامل مع المفاهيم والنظريات والمناهج المستوردة في علم نفس الموهبة. ويجب التأكيد هنا بأنه ليست هناك مشكلة في عملية الاستيراد من أمريكا أو أوروبا في حد ذاتها ولكن السؤال ما هو المناسب من الواردات في علم نفس الموهبة مع الثقافة المحلية. وحسب هذا التمييز تعني الحساسية عملية الشعور بالثقافة المحلية، أو الاستجابة الثقافية، وليس رد الفعل الثقافي.

عالجت دراسة الخليفة (2000، 2008) ميدانياً عملية توطيّن علم نفس الموهبة في العالم العربي من خلال أبحاث الإبداع، والذكاء، والموهبة. ولقد عرضت الدراسة بعض المناشدات لعلوم النفس الوطنية في كثير من الدول غير الغربية خاصة في جنوب شرق آسيا منها اليابان والصين وكوريا وتايوان (الدول التي يحرز أطفالها أعلى معدلات الذكاء والرياضيات والعلوم في العالم) ولكن في العالم العربي هناك مساهمات قليلة في هذا الاتجاه. ولقد تم مناقشة بعض إشكالات علم نفس الموهبة في العالم العربي، خاصة مشكلة الاستيراد والتبعية. وتمت صياغة أربعة محاور أساسية لقياس درجة توطيّن علم نفس الموهبة من خلال درجة الحساسية الثقافية في (1) مراجع، ومفاهيم، وأهداف الدراسة (2) المناهج، والعينة، والخصائص السيكميترية (3) نقاش النتائج من خلال المراجع، وتطبيق الأبحاث والتوطيّن (4) الأبحاث عبر الثقافية، والنظرة الكلية، والنقد السيكلوجي. وشملت عينة الدراسة 50 بحثاً عن علم نفس الموهبة، نشرت بواسطة علماء النفس العرب في دوريات إقليمية (84%) وعالمية (16%)، في مجالات: الإبداع (60%)، والذكاء (20%)، والموهبة (20%). وكانت هناك 70% و 30% من الأبحاث الميدانية، والنظرية، على التوالي. وأظهرت نتائج الدراسة الميدانية بأن الدرجة العامة لتوطيّن علم نفس الموهبة في العالم العربي هي درجة منخفضة من حيث الحساسية الثقافية، ولكن هناك حساسية أعلى في الأبحاث المنشورة في دوريات عالمية بواسطة علماء النفس العرب، والمنشورة في العلوم المجاورة لعلم نفس الموهبة في الدوريات الإقليمية.

وفقاً لنتائج الدراسة الميدانية وضع الخليفة (2000) أربع استراتيجيات لتوطيّن علم نفس الموهبة في البيئة المحلية، تتعلق الاستراتيجية الأولى بانتيق البحث من الثقافة المحلية ولأي حد انبثقت أبحاث الموهبة في العالم العربي من البيئة المحلية؟ بينما تتعلق الاستراتيجية الثانية بالمناهج المستخدمة في أبحاث الموهبة العربية من خلال التفاعل بين المداخل القياسية الوصفية، والمداخل المعرفية التحليلية بالنسبة للنظرية والتطبيقية. وترتبط الاستراتيجية الثالثة بالعوامل المساعدة على توطيّن علم نفس الموهبة مثل المقارنات الثقافية والتي تشمل عبر القومية، وعبر الثقافية، وعبر القطرية، وعبر القطاعية، وعبر الطبقة، فضلاً عن النقد السيكلوجي لمفاهيم ونظريات ومناهج علم نفس الموهبة. وحاول "مشروع طائر السمير" والخاص بالكشف عن الأطفال الموهوبين والخوراق ورعايتهم إثراء وتسريعاً وإرشاداً في السودان أن يضع في حسابه موضوع الحساسية الثقافية عند التعامل مع مفاهيم ونظريات ومناهج علم نفس الموهبة (الخليفة، 2008).

من مرحلة المراهقة يصبحون أقرب إلى التبلد والسقم... (ص. 137). ويلاحظ عالم الاجتماع الأمريكي مورو (Morroe, 1962) شيئاً مشابهاً حيث يقول "هناك صدع حاد بين الطفولة (العربية) المبكرة والتي تنتم بدرجة عالية من التسامحية وحد أدنى من التوجيه من ناحية، وبين الطفولة المتأخرة (6-12 سنة) والمراهقة التي تنتم بدرجة عالية من التحكمية والتوجيه من ناحية أخرى. فالأطفال العرب يتسمون بتأكيد الذات والانشراح بينما الشباب العرب يكونون أكثر خجلاً وتردداً وانطواءً وتشاؤماً (ص. 137) (أنظر إبراهيم، 1985، ص. 78).

يقول عالم الاجتماع العربي الشهير حليم بركات (1984) تقوم بنية العائلة الهرمية على أساس العمر كما تقوم على أساس الجنس. فالصغار تقليدياً عيال على الكبار وتوجب عليهم الطاعة شبه المطلقة في علاقة سلطوية. ويتم التواصل تقليدياً بين الكبار والصغار ليس أفقياً بل عمودياً، فيتخذ من فوق إلى تحت طابع الأوامر والتبليغ وتوجيه التعليمات والتلقين والمنع والتحذير والتخويف والتهديد والتوبيخ والتتديد... ويفترن هذا التواصل من فوق إلى تحت بالعقاب والحرمان والغضب والصفع والاضضاع وكسر الأنف والشوكة والعنفوان. أما التواصل من تحت إلى فوق فيتخذ طابع الترحي والإصغاء والانصياع والاسترحام والاستعلاء والترديد والتجاوب والاستجابة مقترنا بالبقاء والكبت والانسحاب وانحناء الرأس والمراقبة الذاتية وإخفاء الأسرار والمشاكل والتخفي والتحجج والمكر والمسايرة والحذر والاحساس بالذنب والقلق والخوف والرضوخ. ويأتي كل ذلك نتيجة لعلاقات الاستبداد التي تعتمد فلسفة تربوية تقوم على الترهيب وليس على الإقناع.

لقد أظهرت أبحاث الخليفة وأردوش وعشرية (Khaleefa, Erdos & Ashria, 1996a, 1996b) بأن هناك علاقة عكسية بين الإبداع والمسايرة، وكذلك بين الإبداع والتسلط وأن تربية الأطفال على الطاعة وعدم التساؤل يؤثر بصورة سلبية في القدرة على حل المشكلات. وأظهرت دراسة الخليفة ولين (Khaleefa & Lynn, 2008) في الإمارات انخفاض درجات الأطفال في الاستدلالات والقدرة على حل المشكلات بزيادة العمر. إن نموذج التلميذ المجد في المدرسة هو الذي يحفظ دروسه ويثبت جدارته بترديدها كما تلقاها عندما يسأل في الامتحانات. وبأخذ التلقين والترديد - كآليات للتشبه والتعلم - أحيانا صوراً مبالغاً فيها في الثقافة العربية وحتى الوظيفة التحليلية والنقدية للعقل عند الفرد العربي تتعطل أو تضمر وتضم مكانها وظيفة التذكر والحفظ. وفقاً لهذه الخصائص قد يكون الاتباع هو طريق السلامة والإبداع قد يكون طريق الندامة، الأول ربما يجلب الرضاء والثواب والثاني ربما ينطوي على الخطأ ويجلب العقاب. وتعني هذه الملاحظات أن المجتمع العربي يهدر إمكاناته الإبداعية بالصورة نفسها التي يهدر بها إمكاناته المادية والاجتماعية والبشرية الأخرى (إبراهيم، 1985).

ويلاحظ بأن المهارات العقلية التي تركز عليها المدرسة التقليدية أو طرائق التدريس التقليدية هي مهارات الحفظ والتكرار والتلقين واللغة والمنطق وهي مهارات مركز تحكمها في النصف الأيسر من الدماغ، وبذلك تتجاهل المدرسة أو الطرائق المهارات الخاصة بتخصيب الخيال، وتعزيز الإبداع، والتفكير الكلي، وقدرة التأزر البصري الحركي وهي مهارات مركز تحكمها في نصف الدماغ الأيمن. ربما يمكن القول بأن نصف الدماغ الأيسر يعمل بصورة أفضل عن طريق التعزيز بينما يكون نصف الدماغ الأيمن خاملاً أو كسولاً يحتاج لعملية تعزيز أو تنشيط. وتحتاج هذه النتائج المعقدة بخصوص انخفاض قدرات الأطفال العرب بزيادة العمر لدراسات بيوجرافية تتبعية من قبل طلاب علم نفس الموهبة العرب. كما يمكن التأكيد بأن هناك أهمية لرعاية الأطفال الموهوبين بصورة خاصة من بداية الحلقة الثانية بمرحلة الأساس أو ما بين 9-10 سنوات. وبدأت التجربة السودانية لرعاية الموهوبين من هذه المرحلة.

12. "مشروع طائر السمير" لرعاية الموهوبين بالسودان

"مشروع طائر السمير" هو مشروع بحثي في توطين علم نفس الموهبة في السودان يهدف أولاً: للكشف عن الأطفال الموهوبين والحوار، وثانياً المساهمة في رعاية هؤلاء الأطفال. وسمي المشروع تيمناً بطائر السمير الشهير والذي يحمل البشارة بقدم فصل الخريف استعداداً لموسم الزراعة. ويتوقع أن يحمل هؤلاء الأطفال الموهوبين والحوار بشارة لسودان الغد الأخضر لأنهم ثروة قومية ومخزون استراتيجي بشري حقيقي تم كشفه في عمر مبكر وسوف تتم رعايته. كما يحمل شعار مدارس الموهبة والتميز التي ترعاها وزارة التربية في الجزء الأسفل اللون الأخضر رمزا للنماء، فلا نهضة في السودان من غير زراعة، ولا أمن غذائي من غير زراعة، ولا محافظة على البيئة من غير زراعة. وفي وسط الشعار كتاب مفتوح رمزا للمعرفة وعلى دفته اليمنى اللوح رمزا للأصالة وعلى دفته اليسرى الكمبيوتر رمزا للمعاصرة. وربما يمكن أن تعكس دفتي الكتاب كذلك نصف الدماغ الأيمن ونصف الدماغ الأيسر ويمكن التعبير بأن مدارس الموهبة والتميز تحاول تنشيط الدماغ الكلي للأطفال. وفي أعلى الشعار علم السودان رمزا للتربية الوطنية تنطلق منه شعلة مشعة رمزا لمساهمة السودان في الضيفرة العالمية (الخليفة، 2008).

يهتدي "مشروع طائر السمير" أولاً: بأخذ بعض الدروس والعبر في مجال رعاية الموهوبين والحوار في الحضارة العربية الإسلامية في عصرها الذهبي خاصة النصف الأول من القرن الحادي عشر الميلادي عصر ابن الهيثم وابن سينا. ثانياً: يهتدي المشروع بالاستفادة من التجارب الآسيوية المعاصرة في مجال رعاية الأطفال الموهوبين والحوار خاصة تجربة اليابان. ثالثاً: يهتدي المشروع بالتجارب العالمية لرعاية الموهوبين المتمثلة في المجلس الأوربي للقرارات العالية بألمانيا والمجلس العالمي للأطفال الموهوبين والمتفوقين بأمريكا. رابعاً: الاستشارة بالتجارب الإقليمية المتمثلة في مجهودات المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، والمجلس العربي للموهوبين والمتفوقين. خامساً: الانتهاء بالاستراتيجية ربع القرنية لجمهورية السودان خاصة المجال الخاص بتحويلات ثورة العلم والمعلومات والثورة التكنولوجية وتفجير المعلومات والاكتشافات وإكساب المتعلم أنماط التفكير وبخاصة التفكير الناقد والإبداعي والعلمي والموضوعي. وأن السودان يذخر بثروة عقلية لم يلنقت إلى حجمها وقيمتها حتى الآن بما يكفي (الخليفة، 2008).

يرتبط "مشروع طائر السمير" بدراسة تربوية سيكولوجية طويلة للأطفال الموهوبين والحوار لمدة 25 عاماً. إذ أثبتت التجارب الخاصة في الكشف عن الموهوبين والحوار أهمية الدراسات التتبعية (الطولية) كما في دراسة لويس تيرمان الشهيرة في أمريكا التي بدأت عام 1920 عندما كان الأطفال بين 9-11 سنة (Terman, 1925). ومصادفة ارتبط المشروع وتداخل مع الاستراتيجية ربع القرنية لجمهورية السودان (2007-2032) وعمر الأطفال يتراوح بين 9-11. ويركز المشروع على جوانب النمو العقلي (خاصة الذكاء والإبداع)، والنمو الاجتماعي، والنمو الانفعالي، والنمو الروحي للأطفال الموهوبين والحوار. وهو باختصار مشروع للتنمية المتكاملة والمستدامة للأفراد. ويتوقع أن يستمر المشروع للمجموعة المكتشفة الأولى من الأطفال حتي عام 2032 وربما تكون هي بداية العطاء العلمي لهم. ويضع المشروع في حسابه المتغيرات التي يمكن أن تحدث بالنسبة للأطفال الموهوبين والحوار في مراحل مختلفة من النمو. إذ أثبتت نتائج بعض البحوث الميدانية بأنه ليس هناك طريق واضح بين الموهبة في الصغر والانجاز المبدع في الرشد أو بين المعجزة في الصغر والعبقرية في الكبر (الخليفة، 2008).

13. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم والكشف عن الموهوبين

قامت المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (آمال صادق وآخرون 1996) بجهد مقدر في عملية فحص للتراث العلمي للموهبة ومن خلال دراسة التجارب السابقة للدول المتقدمة في مجال الكشف عن الموهوبين واختارت الأساليب التالية في عملية الكشف في مرحلة التعليم الأساسي وهي (أ) الذكاء العام (مقياس المصفوفات المتتابعة)، و(ب) الابتكار (بمكوناته الثلاثة الطلاقة والمرونة والأصالة) (مقياس تورانس للتفكير الابتكاري)، و(ج) تقديرات المعلمين للتلاميذ الموهوبين، و(د) التحصيل الدراسي العام (هـ) التحصيل الدراسي النوعي في بعض المواد الدراسية. وتم الكشف على 5% من الموهوبين. وهناك عدة مراحل تمت لتنفيذ مشروع الدراسات الميدانية 1995-1996 الذي قامت به المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. يمكن تلخيصها في الآتي:

- (1) إعداد دراسة نظرية للإطلاع على التجارب والتوجهات العالمية والعربية في مجال الموهوبين
- (2) اجتماع خبراء متخصصين لاختيار الأساليب المناسبة في البيئة العربية للكشف عن الموهوبين
- (3) تجريب هذه الأساليب في أربعة أقطار عربية (مصر، العراق، تونس، الإمارات) وذلك بتطبيقها على عينات تشمل على 400 من التلاميذ من الصفين الثالث والسادس الابتدائي من كل دولة.
- (4) تعميم أساليب الكشف عن الموهوبين التي تم تجربتها على الأقطار العربية كافة.
- (5) عقد ورشة على المستوى القومي لتدريب المعنيين بالموهوبين على كيفية استخدام هذه الأساليب
- (6) وضع دليل يتناول كيفية العناية بهذه الشريحة من التلاميذ في مرحلة التعليم الأساسي.

إن مختلف الجهود المبذولة في مجال الأساليب المستخدمة في الكشف عن الموهوبين ليست هدفاً في حد ذاتها، بقدر ما هي جهود يمكن أن تقضي إلى إعداد برامج خاصة لرعاية هذه الفئة الخاصة من الأطفال (آمال صادق وآخرون، 1996). لذلك يجب ألا تهدر هذه الطاقات البشرية الهائلة والقدرات العقلية الجبارة، والخيالات العلمية، والأحلام اللامتناهية. ففي السودان، عام 2003 تم الكشف عن 30 طفلاً موهوباً بمؤسسة الخرطوم للتعليم الخاص بمرحلة الأساس بولاية الخرطوم من الذكور والإناث. وفي عام 2004 تم الكشف عن 55 طفلاً موهوباً في ذات المؤسسة من خلال الأداء الرفيع في الذكاء العام، والإبداع، والتحصيل والسمات الشخصية والرياضيات وفقاً لتوصيات المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. وتم خلال العام نفسه الكشف عن طفل خارق في مجال الفضاء. وفي عام 2005 تم بالفعل تطبيق توصيات المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم في أول وأضخم محاولة كشف عن الأطفال الموهوبين والحوار بوزارة التربية بالسودان في ولاية الخرطوم (الخليفة، 2008). وانهضت ورشة لاستحداث مدارس الموهبة والتميز تحت رعاية بروفيسر الزبير بشير طه، وزير العلوم والتقانة والتي أوصت بتطبيق كل بدائل الرعاية المختلفة للأطفال الموهوبين.

وفي هذه الورشة، تم عرض تجربة "مشروع طائر السمير" في الكشف عن الأطفال الموهوبين والحوار ورعايتهم كأول تجربة في السودان في هذا المجال. وتكونت لجنة فنية من مجموعة من الخبراء من وزارة التربية والجامعات السودانية تحت رعاية وزير التربية ومساندة

- (4) يكون للطفل الموهوب ثلثين من الاخوة الذكور (64%) وثلث من الأخوات الإناث (36%).
- (5) يتراوح طول الأطفال الموهوبين بالسنة الرابعة والخامسة بين 120 و 150 سم وتتوزع بصورة طبيعية.
- (6) تتراوح أوزان الأطفال الموهوبين بين 25 و 40 كيلو جرام ولا تتوزع الأوزان بصورة طبيعية كالأطوال.
- (7) يحمل غالبية الأطفال فصيلة دم (O+) و (A+) ومن ثم (B+) ومجموعة بسيطة تحمل (O) و (A)
- (B) و عموما تختلف فصائل دم الأطفال الموهوبين بعض الشيء من فصائل دم بقية الفئات في السودان.
- (8) يتراوح العمر القرائي (عمر بداية القراءة بصورة صحيحة) بين 3 و 5 سنوات بمتوسط (4.3 سنة).
- (9) يفضل الأطفال الموهوبين في السودان قراءة الروايات، والقراءات المتنوعة فضلا عن الخيال العلمي.
- (10) تشمل هوايات الأطفال الموهوبين الفنون الجميلة، والكمبيوتر، والرياضة، التجميع والتفكيك، والكتابة.
- (11) يمتاز غالبية الأطفال الموهوبين بالصحة الجسدية واللياقة النفسية (80%) بينما هناك نسبة 10% لهم بعض الاضطرابات الطفيفة، و 10% لهم ضعف في البصر يرتدون نظارات طبية.
- (12) تشمل السمات الشخصية للأطفال الموهوبين حب الاستطلاع، والميول القيادية، النشاط والحيوية، والحساسية الشديدة، والبدئية، والمتابعة، والعناد، والثقة في النفس، والاستقلالية.
- (13) لكل طفل موهوب عدد من الأصدقاء يتراوح بين 1-7 بمتوسط 4 أصدقاء للطفل الواحد.
- (14) كشفت الدراسة بأن أسلوب تصنيف الأطفال الموهوبين للأشياء يختلف بعض الشيء عن أسلوب التصنيف بالنسبة للأطفال العاديين. فهناك فروق جوهرية بين المجموعتين في أسلوب التصنيف العلاقي بمستوى دلالة 0.001 و في أسلوب التصنيف التجريدي بمستوى 0.001 لصالح الموهوبين.
- (15) يذكر غالبية الآباء (86%) بأنهم كانوا يدركون تماما بأن أطفالهم موهوبين بينما (14%) غير ذلك.
- (16) كان عمر غالبية الأمهات عندما أنجبوا أطفالهم الموهوبين بين 25-35 سنة بمتوسط 28.9 سنة وهو العمر المثالي لانجاب طفل موهوب بينما كان عمر الآباء يتراوح بين 30-40 سنة بمتوسط 37.9 سنة.
- (17) غالبية آباء وأمهات الأطفال الموهوبين والخوارق من ذوي التعليم العالي، إذا أنهم نالوا درجات جامعية وهناك مجموعة قليلة جدا من ذوي التعليم الأولي والمتوسط.
- (18) يعمل آباء الأطفال الموهوبين في مهنة متباينة منها مهن حرة، وفي القطاع الخاص، وموظفين في الدولة، وضباط في الجيش، ومهندسين، وأطباء، ورجال أعمال، وفي المهن القانونية. بينما تعمل غالبية أمهات الأطفال الموهوبين (67%) ربات بيوت بالرغم من نيلهم لشهادات جامعية ويتفرغن تماما لأطفالهن الموهوبين.
- (19) يأتي غالبية الأطفال الموهوبين من أسر ذات دخل محدود وذلك لأن هناك دخل واحد في الأسرة وهو عمل الأب بينما لا تعمل الأم.
- (20) يسكن غالبية الأطفال الموهوبين في منازلهم الخاصة (66%)، ويسكن (26%) في منازل مؤجرة بينما تسكن نسبة (8%) في منازل حكومية.

وزير العلوم والتقانة. واستخدم التحصيل الدراسي كمؤشر مع تقديرات المعلمين كمرحلة أولى للتصفية للمرشحين بالنسبة لمدارس الموهبة والتميز. واستخدم مقياس المصفوفات المتتابعة المعياري وفقا لتوصيات الألكسو كمقياس للذكاء العام ومقياس تورانس للتفكير الابتكاري (الإبداع) كأسلوبين للكشف عن الأطفال الموهوبين. وتم تطبيق هذه الأدوات في العام الدراسي 2004-2005 بالنسبة لمجموعة 2735 من الأطفال تمت تصفيتهم بعد نهاية امتحانات السنة الثالثة من مجموع حوالي 70000 ألف تلميذ. وتم الكشف عن 150 طفل موهوب منهم 75 من الذكور و 75 من الإناث بمعدلات ذكاء لا تقل عن 130. وفي عام 2005 تمت عملية اكتشاف طفل خارق في أساس نظم المعلومات الجغرافية (سبتمبر 2).

وفي العام الدراسي 2005-2006 تمت عملية الاستفادة من تجربة الكشف عن الأطفال الموهوبين في العام السابق مع إجراء بعض التعديلات الضرورية منها استخدام اختبار الخطوط بدلا عن الدوائر في مقياس تورانس للتفكير الابتكاري وكذلك عمل اختبار للتحصيل الدراسي بالنسبة للأطفال شمل اللغة العربية، والقرآن والرياضيات والخيال (الإنشاء)، كما تمت زيادة مراكز الكشف من 3 إلى 7 مراكز فضلا عن زيادة عدد مساعدي البحث. وتم تطبيق الاختبارات والمقاييس في يوم واحد لمجموعة من الأطفال عددها 1680. ونسبة لقلّة هذا العدد مقارنة مع العام السابق 2005 تم اعلان آخر لعمليات التصفية والقياس وتم تقديم نسخة معدلة من مقياس الإبداع شمل الخطوط المستقيمة بدلا من العمودية كما تم وضع صورة ثانية من اختبارات التحصيل. وتم تطبيق هذه المقاييس والاختبارات لملحق عدده 185 طفل، وبذلك يصبح العدد الكلي من الأطفال 1865. وفي عام 2006 تم الكشف عن حالة 150 طفل موهوب وفي عام 2007 تم الكشف كذلك عن حالة 150 طفل موهوب من بين 10000 مرشح. واستخدم لأول مرة اختبار سوداني للاستعداد شمل اللغة والمنطق والرياضيات. بذلك بلغ العدد الكلي للأطفال الموهوبين بولاية الخرطوم 450 يتوزعون على ثلاث مدارس بالخرطوم وأم درمان والخرطوم بحري 150 بكل مدرسة بثلاثة فصول دراسية الرابع والخامس والسادس. وتم تطوير مناهج إثرائية خاصة بهذه المدارس يقوم بتدريسها معلمون تم تدريبهم على عملية رعاية الأطفال الموهوبين (الخليفة، 2008).

14. الدراسات البيوغرافية الطولية للموهوبين والخوارق

هناك أهمية للدراسات الطولية المتابعة للأطفال الموهوبين والخوارق على الأقل لربع قرن من الزمان وذلك لتتبع مسار نمو القدرات العقلية، والأساليب التعليمية، والسمات الشخصية، والهوايات والاهتمامات، والخلفيات الأسرية، والمتغيرات الاجتماعية لهم فضلا عن حلالمهم المستقبلية. في عام 2005 بدأت الجهود الحكومية في السودان بالكشف عن 150 طفلا من الذكور (75) والإناث (75) بذات الأدوات والإجراءات التي اتبعت في تجارب عام 2003-2004 في "مشروع طائر السمير". وفي عام 2006 تم الكشف كذلك عن 150 طفلا. وأجريت دراسة بيوغرافية تشخيصية مكثفة عن الأطفال الموهوبين المكتشفين بمدارس الموهبة والتميز وعددهم 300 طفل أسوة بدراسة لويس تيرمان الشهيرة في أمريكا (Terman, 1926).

أظهرت الدراسة البيوغرافية النتائج التالية:

- (1) متوسط معدل ذكاء الأطفال الموهوبين 130 درجة والأطفال الخوارق 152.
- (2) يتراوح متوسط أعمار التلاميذ بالسنة الرابعة والخامسة بين 8-12 سنة بمتوسط (9.8 سنة) عام 2007.
- (3) من حيث الترتيب الولادي، يكون الطفل الموهوب غالبا هو البكر ومن ثم تتدرج مستويات الترتيب الولادي بصورة منخفضة ونادرا ما يكون الطفل الموهوب هو الطفل الأخير في الأسرة.

16. توصيات

- (1) أهمية توطيّن علم نفس الموهبة في البيئة المحلية
- (2) أهمية قياس معدلات الذكاء القومي في الدول العربية
- (3) أهمية قياس معدلات الزيادة في الذكاء القومي في الدول العربية
- (4) أهمية المشاركة في الأлимпиаد العالمي للرياضيات
- (5) أهمية المشاركة في الأлимпиаد العالمي للعلوم
- (6) أهمية المشاركة في المنافسات العالمية للعبيق
- (7) دراسة جسيم المنافسة في تجربة رعاية الموهوبين في إسرائيل
- (8) أخذ بعض العبر من التجربة اليابانية في عملية التجديد
- (9) الرعاية الخاصة للأطفال الموهوبين من مرحلة الأساس بالحفلة الأولى
- (10) الكشف الخاص عن الأطفال الخوارق ورعايتهم.
- (11) انشاء وحدة أو شعبة رعاية الموهوبين بالمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم
- (12) اصدار المجلة العربية للموهبة والتميز

17. المراجع

- ابراهيم، سعد الدين (1985). الأسرة والمجتمع والابداع في الوطن العربي. المستقبل العربي، 7، 62-86.
- أمال صادق وآخرون (محرون). دليل أساليب الكشف عن الموهوبين في التعليم الأساسي (39-59). تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.
- آل ثاني، العنود (2001). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة العادي لرافن على طلاب وطالبات المرحلة الابتدائية بمدينة الدوحة بدولة قطر، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- بدري، مالك (1966). سيكولوجية رسوم الأطفال. بيروت: دار الفتح.
- بدري، مالك (1989). مشكل أخصائي النفس المسلمين. ترجمة منى أبوقرجة. الخرطوم: دار الفارابي.
- بدري، مالك (1997). سيكولوجية رسوم الأطفال: اختبار رسم الرجل وتطبيقاتها على أطفال البلاد العربية.
- عمان: دار الفرقان.
- بركات، حليم (1984). المجتمع العربي المعاصر: بحث استطلاعي اجتماعي. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- البيان الختامي (2008). المجلس القومي للتخطيط الاستراتيجي: دورة الانعقاد الثالثة للتداول حول استكمال مشروعات الخطة الخمسية (2007-2011) وانتخاب المشروعات ذات الأولوية للعام 2008. قاعة الصداقة 25 نوفمبر 2008.

(21) يعيش غالبية الأطفال الموهوبين والخوارق في أسر مستقرة وداعمة (95.6%) بينما نسبة أمهات الأطفال الموهوبين من المطلقات والأرامل (2.4%) و (2%)، على التوالي.

(22) تبلغ درجة العلاقة الارتباطية بين ذكاء الآباء والأطفال الموهوبين (0.05)، وبين ذكاء الأمهات والأطفال الموهوبين (0.01). بينما العلاقة الارتباطية بين ذكاء آباء وأمهات الأطفال الموهوبين (0.01).

(23) ينتمي غالبية الأطفال الموهوبين لأسر ممتدة بها درجات وأنواع مختلفة من المواهب. إذ غالبا ما توجد موهبة وسط الأجداد من ناحية الأم والأب (38.4%)، والخالات والأخوال (19.7%)، والأمهات والآباء (16.7%)، والعمات والأعمام (16.3%)، والأخوان والأخوات (8.9%).

(24) يتراوح متوسط ذكاء آباء وأمهات الأطفال الموهوبين بين 35-50 درجة خام في مقياس المصفوفات المتتابعة المعياري تعادل نسبة ذكاء متوسط، وأعلى من المتوسط، والممتاز عقليا، وكانت أعلى نسبة ذكاء هي 59 لأثنين من الأمهات والدرجة الكاملة في المقياس هي 60.

بهذه الخصائص الشخصية والعقلية تم وضع مناهج خاصة للأطفال الموهوبين من خلال عملية الإثراء الأفقي والرأسي وتم ادخال 5 مواد جديدة لا تدرس لبقية الأطفال في المدارس العادية هي الروبوت، والالكترونات، والكمبيوتر، واللغة الانجليزية، والأباكوس والحساب الذهني. كما تمت عملية انتخاب لمعلمين من ذوي القدرات والمهارات العالية في التدريس في هذه المدارس فضلا عن عمليات الاشراف النفسي والاجتماعي.

15. أحلام الأطفال الموهوبين: خيار المنافسة الأمثل

تم توجيه سؤال بالنسبة للأطفال الموهوبين والخوارق المكتشفين بولاية الخرطوم عن أحلامهم المستقبلية. وكان من بين هذه الأحلام (1) ابتكار قاعدة جديدة في الرياضيات (2) اكتشاف عقار جديد للملاريا (3) اكتشاف طريقة جديدة في الجراحة (4) اكتشاف جديد في هندسة الجينات (5) اكتشاف كمبيوتر يعمل بالغاز (6) اكتشاف كمبيوتر يعمل بالطاقة الشمسية (7) زراعة حقائق خضراء في مدينة الخرطوم (8) تشييد ناطحات السحاب في الخرطوم (9) بناء مترو الأنفاق في الخرطوم (10) اختراع قنبلة ذرية (11) اختراع قنبلة نووية (12) ابتكار مركبة فضائية (13) اكتشاف كوكب جديد. تعتبر هذه الأحلام من جهة بمثابة قطعة من الخيال العلمي لهؤلاء الأطفال الموهوبين والخوارق والذي يمكن أن يتحقق يوما كما يسبق الخيال العلمي الواقع بسنوات. ومن جهة ثانية تعتبر هذه الأحلام بمثابة وعد علمي من قبل الأطفال الموهوبين والخوارق لتطوير العلوم والتقانة وتوطيّن اختيار للمنافسة الأمثل في علم لا مكان فيه للضعيف.

ربما يمثل هذا الخيال وهذا الوعد العلمي اعلانا للثقة ربما في رؤية وأهداف وهاديات "مشروع طائر السمير"، وذلك في حالة تفجير الطاقة العقلية الكامنة لهؤلاء الأطفال الموهوبين والخوارق بصورة مبدعة ومجددة وبناءة وتتطلب روح العصر ذلك لخيار أمثل للمنافسة. تتشكل الموهبة والإبداع من خلال عملية تفاعل وتزاوج بين الموهبة الفطرية في الصغر والمثابرة المحضة والتدريب الصارم في الكبر. وتحدد العوامل التاريخية والاجتماعية والثقافية فضلا عن الحظ السعيد من الذي يمكن تصنيفه كمبدع أو مجدد أو عبقر في سن الرشد. ونحن على أمل أن تتحقق قطعة الخيال العلمي لهؤلاء الأطفال الموهوبين عندما تطير فراخ طائر السمير بعيدا محقة بكل حرية في فضاء السودان الواسع ما بعد عام 2032 وهي بداية قطف ثمار "مشروع طائر السمير" في الاستراتيجية ربع القرنية لجمهورية السودان.

- Badri, M. (1965b). Influence of modernization on Goodenough quotient of Sudanese children. *Perceptual and Motor Skills*, 20, 931-932.
- Badri, M., & Dennis, W. (1964). Human finger drawings in relation to modernization in Sudan. *Journal of Psychology*, 58, 421-425.
- Baker, D., & Jones, D. (1993). Creating gender equality: Cross national gender stratification and mathematical performance. *Sociology of Education*, 66, 91-103.
- Beaton, A., et al (1996a). Mathematical achievement in the middle school years. Boston College, Chestnut Hill, MA: TIMSS.
- Beaton, A., et al (1996b). Science achievement in the middle school years. Boston College, Chestnut Hill, MA: TIMSS.
- Ben-Ari, R., Amir., Y. (1986). Psychology in a developing society: The case of Israel. *Annual Review of Psychology*, 37, 17-41.
- Colom, R., et al (2007). Generational changes on the Draw-a-Man test: A comparison of Brazilian urban and rural children tested in 1930, 2002 and 2004. *Journal of Biosocial Science*, 39, 79-89.
- Daley, T. et al (2003). IQ on the rise: The Flynn effect in rural Kenyan children. *Psychological Science*, 14, 215-219.
- Dennis, W. (1957). Performance of near eastern children on the Draw-a-Man test. *Child Development*, 28, 427-430.
- Flynn, J. (1987). Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101, 171-191.
- Grotberg, E., & Badri, G. (1991). The impact of cultural factors on children's creativity. *Proceedings of the Second International Conference of Sudan Studies* (pp. 7-15). Durham: University of Durham.
- Kaufman, A. (1994). *Intelligent testing with the WISC-111*. New York: Wiley.
- Khaleefa, O. (1999). Research on creativity, intelligence and giftedness: The case of the Arab world. *Gifted and Talented International*, 14, 21-29.
- Khaleefa, O. (2005). Environmental sensitivity of Sudanese and Japanese psychologist in adapting intelligence tests. Unpublished manuscript, Graduate School of Human and Environmental Studies, Kyoto University, Japan.
- حسين، حاج شريف (2005). توطين علم النفس في السودان: تحليل محتوى رسائل الماجستير في بعض الجامعات السودانية (1990-2002). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النيلين، الخرطوم، السودان.
- همزة، عالية (2008). أثر برنامج العيق (اليوسيماس) في تنمية الذكاء وزيادة السرعة لدى تلاميذ مرحلة الأساس بولاية الخرطوم. أطروحة دكتوراة غير منشورة، جامعة الخرطوم، السودان.
- الخليفة، عمر (2006). ذكاء الأطفال في اليابان والسودان. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 9، 88-94.
- الخليفة، عمر (2008). الأطفال الخوارق والموهوبون في العالم العربي. عمان: ديونو للنشر والتوزيع.
- الخليفة، عمر، وطه، الزبير، وعشرية، إخلص (1995). تكييف وتقنين مقاييس الذكاء في الثقافة العربية. المجلة العربية للتربية، 15، 106 - 131.
- رحمة، عزيزة (2004). فاعلية استخدام السلاسل الزمنية وتحليل الانحدار في دراة الذكاء لدى الأفراد من عمر سبع سنوات حتى ثمانية عشر سنة (دراسة احصائية ميدانية في مدينة دمشق). أطروحة دكتوراة غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق.
- السيد، عبد الخليم محمود (1971). الابداع والشخصية: دراسة سيكولوجية. القاهرة: دار المعارف.
- شرابي، هشام (1975). مقدمات لدراسة المجتمع العربي. القدرس: منشورات صلاح الدين.
- طه، الزبير (1995). علم النفس في التراث العربي والإسلامي. الخرطوم: دار جامعة الخرطوم للنشر.
- العاني، نزار وآخرون (1995). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة الملون لريفيين على أطفال مرحلة التعليم الأساسي في الجمهورية اليمنية للعمر 6-11 سنة. صنعاء: اليونيسيف.
- عبد الواحد، سحر بشير (2006). اعادة تطبيق اختبار رسم الرجل (زيادة معدل الذكاء في الفترة 1964-2006) في ولاية الخرطوم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الاسلامية، السودان.
- عيد، أحمد (1999). اختبار المصفوفات المتتابعة الملونة: دليل الاستخدام. دولة الامارات العربية المتحدة: وزارة التربية والتعليم والشباب.
- Badri, M. (1964). Drawing a man in Sudan. *Journal of Psychology*, Vol. XI. No 5.
- Badri, M. (1965a). The use of finger drawing in measuring the Goodenough quotient of Culturally deprived Sudanese children. *Journal of Psychology*, 59, 333-334.

Meisenberg, G. et al (2005). The Flynn effect in the Caribbean: Generational change in test performance in Dominica. *Mankind Quarterly*, 46, 29-70.

Morroe, Berger (1962). *The Arab World Today*. Garden City: Doubleday.

Mullis, I. (1997). *Mathematics achievement in the primary school years*. Boston College Chestnut Hill, MA; TIMSS.

Philip's Science and Technology Encyclopedia (1998). London: Philip.

Ueno, K., & Nakatani, I. (2003). Japan. In J. Georgas, L., Weiss., F. Van de Vijver., & D.

Rachmel, S. (1997). *Gifted Education in Israel: A search for new directions*. Paper presented at the 12th World Conference of the WCGTC in Seattle, Washington Dc.

Saklofske (Eds.) *Culture and children's intelligence: Cross-cultural analysis of the WISC-111* (pp. 215-225). Tokyo: Academic Press.

Subhi, T., Maoz, N. (2000). *Middle East Region: Efforts, policies, program and issues*. In K. Heller, et al (Eds.), (2 ed.). *International handbook of giftedness and talent* (743-756). Oxford: Pergamon.

Terman, L. (1925). *Genetic studies of genius*. Vol. 1: Mental and physical traits of a Thousand gifted children. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wechsler, D. (1974). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R)*. New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-111)*. San Antonio. TX: Psychological Corporation.

معامل الذكاء	القطر	معامل الذكاء	القطر
(10+) (87) 78	قطر	84	الجزائر
83	السعودية	83	البحرين
72	السودان	83	مصر
(7-) (80) 87	سوريا	87	العراق
84	تونس	87	الاردن
(4+) (87) 83	الامارات	83	الكويت
(0) (83) 83	اليمن	86	لبنان
68	الصومال	84	ليبيا
74	موريتانيا	85	المغرب
68	جيبوتي	83	عمان

التجربة الاسرائيلية في رعاية الموهوبين

Khaleefa, O., Erdos, G., & Ashria, I. (1996a). Creativity, culture and education. *High Ability Studies*, 7, 157-167.

Khaleefa, O., Erdos, G., & Ashria, I. (1996b). Creativity testing in an indigenous Afro-Arab Islamic culture. *The Journal of Creative Behavior*, 30, 282-286.

Khaleefa, O., & Lynn, R. (2008a). Sex differences on the Progressive Matrices: Some data from Syria. A manuscript submitted for publication.

Khaleefa, O., & Lynn, R. (2008 b). A study of intelligence in the United Arab Emirates. A manuscript submitted for publication.

Khaleefa., O & Lynn, R. (2008 c). Normative data for the IQ in Yemen. A manuscript submitted for publication.

Khaleefa., O & Lynn, R. (2008 d). Norms for the Standard Progressive Matrices in Qatar. A manuscript submitted for publication.

Khaleefa, O., & Lynn, R., Abdelwahid, S., Abdulradi, F. (2008). The increase of intelligence in Sudan 1964-2006. A manuscript submitted for publication.

Lynn, R. (1977). The intelligence of the Japanese. *Bulletin of the British Psychological Society*, 30, 69-72.

Lynn, R. (1980). On the intelligence of the Japanese and other Mongoloid peoples. *Personality and Individual Differences*, 1, 95-96.

Lynn, R. (1982). IQ in Japan and the United States shows a growing disparity. *Nature*, 297, 222-223.

Lynn, R. (1988). *Educational achievement in Japan: Lessons for the West*. London: Macmillan.

Lynn, R., & Irwing, P. (2004). Sex differences on the progressive matrices: A meta-analysis. *Intelligence*, 32, 481-498.

Lynn, R., & Hampson, S. (1986). The rise of national intelligence: Evidence from Britain, Japan and the USA. *Personality and Individual Differences*, 7, 23-32.

Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). *IQ and the wealth of nations*. Westport: Praeger.

Martin, M. (1997). *Science achievement in the primary school years*. Boston College. Chestnut, Hill: MA: TIMSS.

الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية) THE AFFECTIVE DISORDERS

د. عبد الرحمن إبراهيم - الطبيب النفسي - سوريا / روسيا

ar.i@laposte.net - dr.abd.ibrahim@gmail.com

هذا الوصف المتميز لحالة الهوس أخذ من وصف الدكتور كليفور بيرز لحالته العقلية الذي جاء في كتابه " العقل الذي وجد نفسه " الذي كتب عام 1907 وهذا الكتاب رائع ليس لأنه يصف شخصياً كيف يحس الشخص في حالة الاكتئاب - الهوس فقط وإنما فقط لأنه يصف أيضاً وسائل المعالجة اللا إنسانية للمرضى النفسيين في ذلك الزمن.

ومن عدة زوايا فإن الحالة الهوسية هي الحالة المرأة للحالة الاكتئابية. في الهوس يكن مزاج المريض مرتفعاً والمريض منفطحاً منتعشاً وممتلئاً بمزاج انفعالي جيد. إن هذا المزاج المنفتح غير مستقر والمريض إذا ما انتقد أو أحبط فإنه يصبح فجأة مستثاراً، مشاجراً، ومخيفاً وبحالات أخرى وخاصة عند وجود اضطراب ثنائي القطب فإن أعراضاً تظهر مثل الحزن والبكاء والأفكار الانتحارية وأعراض اكتئابية أخرى.

إن كلام المهوس يعاكس بشكل كبير الحديث البطيء والمتعب للمريض الاكتئابي. المهوس يتكلم بصوت عال وبدون توقف وبنفاذات كبيرة وبشكل سريع وهذا يسمى **الضغط في الكلام** Perssur of speech. يتناسب محتوى حديث المهوس مع حالته الهوسية وهكذا يفتقر من موضوع لموضوع وهذا يدعى تطاير الأفكار Flight of ideas والمستمع لا يجد صعوبة في تتبع المعنى وقد يتضمن حديثه الوزن والجناس والنكات السيئة وهذا ما يسمى **المشاركة بوزن الكلمات** Clung Association حيث تقوم أحد الكلمات بتذكير المريض بكلمات أخرى لها نفس الوقع أو الوزن.

وعلى عكس الكتيب (الذي لا يملك الطاقة اللازمة ولا يهتم بنشاطاته الاعتيادية، وكل شيء له مهمة شاقة يفضل الابتعاد عن المجتمعات والنشاطات)، فإن المهوس شخص لا يتعب منشغل دائماً بخطته العظيمة Grandiose، يغير في نشاط الآخر، يحتاج لقليل من النوم ولكنه في النهاية يسقط من الإرهاق. ويسبب فرط نشاطه Hyperactivity وقابليته للشروع Distractibility فإنه يصبح مفرط التدخل اجتماعياً وجنسياً ويظهر نقصاً في الحكم Poor Judgement على العلاقات الشخصية وعلاقات العمل وقد يشكل علاقات جنسية دون تفكير ويدفع نفسه للزواج ويدخل في مخاطر في مجال العمل دون تقدير ويبدد أمواله دون حساب. وفي الحقيقة يجب أن يحمي مريض كهذا من إيذاء نفسه وتبديد نقوده خلال هذه الفترة. إن العيش مع مثل هؤلاء الأشخاص صعب، وتكون نسبة الطلاق فيما بينهم عالية.

عندما تتواجد الهالوس والأوهام فإن محتواها يتلاءم مع المزاج المسيطر (موافقة للمزاج) وكمثال فإن المهوس قد يبدي أوهام العظمة التي تتضمن علاقات خاصة مع الله أو مع أشخاص مشهورين أو امتلاك قوة خارقة، أو قد يسمع المريض صوت إله في إلهاساته يعلن له عن قدرات ومهمات خاصة.

1 - هوس الاضطراب الثنائي

على عكس الاضطرابات الفصامية التي تتميز بشكل رئيس باضطرابات التفكير فإن الاضطراب الرئيس في الاضطرابات الانفعالية هو اضطراب بالمزاج Mood (الانفعالات Affect، العواطف Emotion) والمزاج إما أن يكون مرتفعاً ومنتعشاً Euphoric (الهوس) أو منخفضاً كئيهاً (الاضطرابات الاكتئابية).

1.1 - تعريف Definition:

يصنف الهوس إلى بدئي وثانوي. **الهوس البدني** هو هوس يتميز باضطراب وجداني أولي، بينما يرى آخرون **الهوس الثانوي** كهوس ثانوي لمجموعة من الاضطرابات العضوية تتضمن تناول الأدوية (خاصة السيروتويدات والمنشطات خاصة الأمفيتامين والريتاين والكوكائين)، الإنتانات (التهاب الدماغ، الأنفلونزا، السفلس الثالثي)، أورام الجملة العصبية، الصرع، مختلف الاضطرابات الاستقلابية (بعد العمليات الجراحية والتحال الدموي). ويجب أن نكون منتبهين لهذه الأسباب خاصة عندما تكون النوبة الأولى بعد عمر 55 سنة خاصة إذا لم نجد قصة اضطرابات انفعالية في الأسرة. وفي مثل هذه الحالات يكون الفحص الطبي والعصبي الكامل ضروريين.

والهوس البدني يمكن أن يشاهد في أحد الأشكال الثلاث:

- 1 - اضطراب ثنائي القطب، هوسي (حيث لا يوجد حالياً سوى مرحلة هوسية).
- 2 - اضطراب ثنائي القطب، اكتئابي (حيث توجد مراحل من الهوس لكن لا يوجد الآن إلا مرحلة شديدة من الاكتئاب).
- 3 - اضطراب ثنائي القطب مختلط (حيث الصورة السريرية مؤلفة من مراحل هوس واكتئاب شديدة مختلطة أو متناوبة فيما بينها كل عدة أيام).

2.1 - الأعراض المميزة للهوس

"إن تخيلي المسيطر خدعني جعلني اعتقد أنني أستطيع أن أرفع نفسي بواسطة أشرطة حذائي ... كوني لا أملك حذاءً فقد استعملت سريري كحذاء. وتحققت أنه من أجل أهدافي العلمية أن الرجل في السرير يشبه الرجل في الحذاء لذلك ربطت عدداً من الأشرطة القماشية إلى أسفل وأعلى السرير الذي لم يكن مثبتاً بالأرض لحسن الحظ، ومن ثم ربطت النهايات الحرة للأشرطة إلى قضبان النافذة. وكان الربط بحيث إذا شددت الأشرطة إلى الأسفل فإن ذلك يؤدي لجعل السرير معلقاً في الهواء. كان شعوري في تلك اللحظة يشبه ذلك الشعور الذي انتاب نيوتن عندما حل أحد ألغاز العالم. وقد تكون فرحتي أكثر شدة من فرحته حيث أنني لم أعان من الشكوك التي عانى هو منها. لقد بدا لي ذلك وكأنه أحد اكتشافات العصر".

الاكتئاب حيث يظهر الهوس أحياناً كرد فعل على حادثة فقد، بدلاً من الاكتئاب المتوقع. وعلاوة على ذلك ورغم أن الهوسيين الذين شفيوا يبدون متكيفين بنجاح في مجتمعهم وأعمالهم فقد لاحظ **كوهن** وزملاءه أن هؤلاء الأفراد عم غالباً اتكاليون، لا يشعرون بالأمان، ويحتاجون للطمأنة بشكل دائم من قبل الآخرين. وعلى كل لم يجد بعض العلماء الصفة الاتكالية في المرضى الذين استفادوا من المعالجة من الليثيوم، كما اقترح البعض من العلماء أن صفات مثل نقص الثقة بالذات والاتكالية هي عقابيل مزمنة ومضاعفات بعد النفاسية للحالة الهوسية (والكآبات الكبرى) أكثر من كونها عوامل مسببة للنفاس.

جدول يوضح الفروق بين الفصام والهوس

الهوس	الفصام	المزاج
متسطح، لطيف، غير متناسب مع محتوى الكلام بخفي الذعر والشك	طرب، منتعش، متلائم مع محتوى الكلام بخفي الحزن والغضب.	الوجدان
كلام جزأ، متحجر، غير منطقي، مشوش، صعب الفهم، الأوهام والاهلاسات أكثر شيوعاً، الأوهام غالباً اضطهادية أو شاذة، غير متوافقة مع المزاج.	ضغط بالكلام، تطاير الأفكار، منطقى، مشوش، صعب الفهم، الأوهام والاهلاسات أكثر شيوعاً، الأوهام غالباً اضطهادية أو شاذة، غير متوافقة مع المزاج.	التفكير
هياج، متأثر أكثر بالعوامل الداخلية، انسحاب اجتماعي قد يكون عدوانياً لكن نادراً انتحاري.	فطرن نشاطاً، أكثر تأثراً بالأمور الخارجية والعلاقات العامة، بنقص الحكمة، كثرة التورط الاجتماعي، قد يكون عدوانياً لكن نادراً انتحاري.	السلوك
منعزل، فقر بالمهارات العلاقات مع الناس، الخوف من العدمية، قصة تراجع بالعمل.	أكثر مهارة اجتماعياً، الخوف من فقد المواضيع، قصة عمل أفضل.	العلاقات مع المواضيع Object relations
المريض بعيد، غريب وأحياناً خيف يشعروننا بالانزعاج أو بالخيرة والخوف.	أكثر مهارة اجتماعياً، الخوف من فقد المواضيع، قصة عمل أفضل.	رد فعل الآخرين
من المراهقة حتى 45 سنة	25 – 55 سنة	البداية
أكثرهم من المجتمعات الفقيرة	كل الطبقات	الاقتصادي الاجتماعي
قصة فترات حادة مع تحسن أو تراجع مزمن، وجود قصة عائلية أمر شائع بالعائلة.	قصة فترات من الهوس أو الاكتئاب، قصة تراجع المزاج، قصة اضطرابات انفعالية بالعائلة.	السيرة
بشكل عام أسوأ	بشكل عام أفضل	الإعذار

ولقد وصف لنا **الدكتور / كيلفورد بيرز** أوامه وصفاً حياً "بما أن الجاذبية مسيطرة، لا محالة من تخصيص بعض الوقت لاختراع طائرة، وبعد ذلك بقليل اكتملت الفكرة في عقلي ... وكالعادة لم أكن قادراً على شرح كيفية صنعها ولكني تصورت وادعيت أنني يجب أن أسافر إلى سانت ليس للحصول على 100 ألف دولار كجائزة على أفضل طائرة تعرض وعندما دخلت الفكرة في رأسي لم أمتلك طائرة فقط وإنما رصييداً في المصرف. وكوني لا أستطيع صرف أموالي (كان في المستشفى) فقد أخذت أصرفها بالكلام. كنت في حالة أرغب فيها بشراء كل شيء، وأمضيت ساعات أفكر فيها بكيفية إنفاق ثروتي".

3.1 - الهوس والفصام

إن الوصف هذا يعطينا فكرة عن شكل الهوس ويظهر سهولة الالتباس بين الهوس والفصام حيث يظهر التفكير غير الطبيعي في الاثنين. ورغم هذا التشابه الكبير فإن الهوس قد عُرف كمرض مستقل منذ أكثر من 2000 سنة مضت، **فارييتاوس** وصف الهوس والسوداوية ولاحظ العلاقة بينهما. ولاحظ أن الهوس يحدث أكثر في الشباب بينما السوداوية أكبر في المسنين، كما لاحظ أن الهوس يتحول في غالب الأحوال إلى سوداوية لكن العكس غير صحيح. وفي بداية القرن العشرين ساعد العالم **ايميل كرابلين** بهذا التفريق من خلال وصفه لأعراض وصفية للفصام والهوس حيث كان الانحدار الاجتماعي والعقلي الغير قابل للعكس في الفصام (العته المبكر) غير موجود في الهوس.

ورغم هذه الجهود فإن قليلاً من الانتباه قد وجّه للهوس كمرض مستقل حتى منتصف القرن الماضي مع بداية عام 1950 حيث اكتشف **كاد** أن كاربونات الليثيوم علاج خاص ومفيد للهوس. مما دعا إلى جهود متزايدة لتشخيص الهوس حيث أعطى متتاليه إنذاراً أفضل من الفصام. الجدول (1) يعطي بعض الميزات الرئيسية بين الفصام والهوس.

إن دراسة نسبة الانتشار والحدوث أصعب في الهوس منها في الفصام بسبب القصر النسبي لنوبات الهوس.

إن أفضل تقدير لنسبة حدوث الهوس أو الاضطرابات ثنائية القطب خلال حياة الإنسان هي 1%، أي نسبة قريبة من نسبة انتشار الفصام.

بعض الدراسات أشارت أن نسبة الحدوث أعلى قليلاً عند النساء، لكن في دراسات أخرى بكت الاضطرابات ثنائية القطب متساوية في الجنسين. عُمر البدء هو العشرينات أي متأخر قليلاً عن الفصام. وعلى عكس الفصام فإن نسبة الهوس لا ترتبط بالفئة الاجتماعية الاقتصادية، رغم أن بعض الدراسات أشارت لزيادة نسبة حدوثها بالطبقات العالية.

4.1 - الأسباب

كالفصام، الهوس البدئي ناتجة عن أسباب متعددة. فهناك دور العامل الوراثي

و دور الوسائط العصبية الكيماوية .

كما أن هناك دلائل على دور اضطراب النظم الحيوي .

إن الاضطرابات العصبية الفيزيولوجية في الاستثارة الحسية المحرصة خلال الحالة الهوسية تشير لاحتمال وجود اضطراب في عملية الحس الطبيعية.

هذا ولا يبدو للأسباب الاجتماعية الثقافية أو العلاقات العائلية دور في هذا المرض،

ونحن بحاجة للمزيد من الأبحاث بهذا المجال.

وأخيراً فقد اقترح آخرون كون الهوس وسيلة دفاع نفسية حركية ضد

الأسى أو الحرمان وتكون الكآبة واحدة من الأعراض أو العلامات. وتتقدم الكآبة عندئذ إلى متلازمة سريرية كاملة من الاضطراب الوجداني الذي تضطرب فيه الوظائف الاجتماعية والجسدية والمهنية. وإن المزيد من التعقيد ينشأ من أن الكآبة كمرض بدئي يتظاهر إما بتظاهرات نفسية أو جسدية أو بالاثنتين معاً، بسبب إمكان تظاهر بعض الأمراض الجسدية بالكآبة كمظهر رئيسي أو وحيد للمرض (الكآبة الثانوية). سنقدم في هذا الفصل تصنيفاً للكآبة سيظهر هذه التعقيدات.

1.2- المعاني الثلاثية للاكتئاب

1.1.2 - الكآبة كشعور طبيعي

إن التمييز بين الكآبة كمتلازمة سريرية والكآبة كتغير خفيف في المزاج كالحزن أو عدم السعادة هو أمر مشوش. فالحزن وعدم السعادة ليست حالات مرضية لكنها حالات طبيعية وظاهرة عامة تشكل جزءاً من ظروف الإنسان. في بعض الأوقات نكون غير سعداء مع أنفسنا ومع الناس أو مع أضعائنا، أحياناً يكن هناك القليل لنفعل لتغيير هذا الشعور.

إن الحزن وعدم السعادة الناتجان عن الإحباطات التي لا يمكن إبعادها هي مشاعر يخضع لها كل فرد. الكآبة كمتلازمة سريرية هي شيء مختلف تماماً والتفريق بين النوعين يظهر في هذه الطرفة إذ سلّلت مجموعة من طلاب الطب عن إمكانية التمييز بين الكآبة السريرية وعدم السعادة فأجاب أحدهم: "إن الكآبة السريرية هي أن نتقدم إلى 10 جامعات فترفضك العشر وعدم السعادة هي كونك طالباً في كلية الطب" وهذا أفضل ما يكون من التمييز.

2.1.2 - الكآبة كارتكاس للحال

هي استمرار للحالات العابرة من الحزن وعدم السعادة الموصوفة سابقاً لكنها تميل للبقاء فترة أطول، وربما أكثر الأمثلة قرباً للاكتئاب بسبب الحالة هو الأسى الحداد. إن الحداد أو الحرمان هما مظهران طبيعيان. ومن العادي أن نراهما بعد فقد هام خاصة بعد وفاة شخص قريب أو محبوب. الحداد هو وظيفة داعمة تفيد في تكيف الشخص مع المستقبل. إنها تفيد بفك روابط التعلق مع الشخص المفقود والبدء بعلاقات جديدة. وهي وسيلة بطيئة ومؤلمة، والمشاعر السائدة هي الحزن والشوق العميق للشخص المفقود. إن إدراك المحروم للعالم قد يأخذ شكل الحزن عند هَامَلْت: "كم يبد لي العالم مهترئاً، ميتلاً، مسطحاً، عديم الفائدة". ورغم ثلوث المشاعر بالفراغ إلا أن تقدير واحترام الذات لا يزالان سليمين وهذا **خط تمييز واضح بين الأسى والاكتئاب السريري**. ورغم أن العالم يبدو للأسى فارغاً وخالياً من المعاني فإنه لا يزال يشعر بنفسه جديرة بالاهتمام. وهو لا يعاني من مشاعر كره الذات والذنب الذي لا يغتفر اللذان يميزان الحالة العقلية للشخص الكئيب. هذا التمييز الهام ضروري في فهم الكآبة السريرية كاضطراب بينما يكون الأسى - رغم كونه انحرافاً عن الحالة الطبيعية - استجابة طبيعية للفقد.

نوع آخر من الكآبة بسبب الحال والتي نعيشها جميعاً خلال مراحل حياتنا هي الحزن الذي يظهر عند بدء كل مرحلة جديدة من مراحل حياتنا. وحتى عندما نكون متمتعين بالسعادة الفرحة المرافقة لإنجازاتنا الجديدة وتحقيق مصالحنا واستقلاليتنا، فإننا نشعر بحزن حلو - مر لأننا نتترك وراءنا كل ما يجب تركه. بمعنى آخر فالحياة تثرى بشكل مراحل تطورية تتميز كل واحدة منها بالفقد والانفصال إلى جانب الريح. هذا التناقض يرى أكثر ما يرى في الشيخوخة. وفي مجتمع يركز اليوم على مظاهر الجمال الشباب الزائلة فإن التقدم بالعمر يصبح إهانة دون رحمة. والفقد في الشيخوخة كثير، فكثير من أصحاب الإنسان يموتون أو يسافرون، والتقاعد قد يجلب للشخص مشاعر عدم الفائدة وفقد المكانة. ولكن أكثر أسباب الكآبة هي الأمراض التي تصيبنا وتذكرنا بقرب نهايتنا. فمع تقدمنا بالسن

5.1- المعالجة

تعالج أكثر حالات الهوس من قبل الاختصاصي النفسي إلا أن للطبيب غير النفسي دور كبير في تشخيص المرض في مراحله المبكرة حيث يظن الشخص العادي بأن المريض يتحلى بروح الدعابة والمرح. في هذه المرحلة يلعب الطبيب دوراً في دفع المريض أو أسرته لمراجعة الاختصاصي بأسرع وقت.

وعلى الطبيب الممارس أن ينتبه أن مريضه قد يتوقف عن تناول دواء وصف له لمرض جسدي آخر خلال المرور بمرحلة هوس أو كآبة كبرى.

يحتاج المريض للدخول إلى المشفى أحياناً خلال قمة المرحلة الهوسية لحمايته من ممارسة التدمير الذاتي. إن المحاكمة السيئة ميزة للهوس وهي تؤدي للعوانية واندفاع نحو الجنس وتدمير مخدرات العمر إذا لم يوضع المريض تحت الحماية. وتعطى كربونات الليثيوم للمريض فيما لو كان بالمشفى أو خارجه، حيث يلاحظ في 70% من المرضى المهوسين تراجع حاد في الأعراض وتناقص في شدة ومعاودة نوبات الهوس والكآبة. وتفيد مضادات النفاس الأخرى (البروتيروفيون، فينوثارين) في السيطرة على الهوس خاصة في المراحل الأولى للمعالجة حيث أن الليثيوم يحتاج إلى ثلاثة أسابيع للبدء بالتأثير.

ويبدو الكاربامازين مفيداً كبديل لليثيوم عند المهوسين الذين يتأثرون بالأعراض الجانبية له. ولكن من الواجب عدم المبالغة بالتأثير الدرامي لليثيوم في إعطاء الأمل للمريض.

إن **المعالجة النفسية الفردية** للمهوس أمر صعب جداً. فمعظم المرضى يرفضون التخلي عن الفرحة التي تمنحهم إياها مشاعر العظمة رغم الاضطراب الذي يسببه لهم المبالغة في تقدير أنفسهم.

إن التوجه في المعالجة نحو دعم المريض أكثر من توجيهها نحو بصيرته هو أكثر فعالية، شريطة ترافقه بالمعالجة الدوائية. وكحال الفصام فإن إشراك محيط المريض في المعالجة ذو دور كبير.

6.1- الإنذار

التطور الطبيعي للاضطراب ثنائي القطب قبل عصر استعمال الليثيوم هو مرحلة 2-4 أشهر من الهوس تتلوها فترة 4-6 أشهر من الكآبة.

ومن الذين عانوا من هجمة أولى 25% لن يعانون مرة أخرى 75% سيعلنون من هجمة ثانية و65% سيعلنون من ثالثة و45% من رابعة وأكثر.

و يجب الانتباه إلى أن أهم ميزة للأمراض ثنائية القطب هو أن أقل من 10% من المرضى سيظهرون مظاهر المرض العقلي في الفترات بين الهوس والكآبة، وهذه تعتبر من الفروق الرئيسية بين الفصام والهوس حيث أن 70% من مرضى الفصام يظهرون بعض الأعراض المزمنة والمستمرة لمرضهم.

2- إكتئاب الاضطراب الشاقطبي

يتضمن هنا الاكتئاب والاضطرابات الاكتئابية وهي أعقد المواضيع في الطب النفسي، ويعود ذلك في جزء منه إلى إمكان تقسيم الاكتئاب إلى ثلاث أصناف:

- 1- شعور أو انفعال طبيعي ومثاله الحزن.
 - 2- علامة أو عرض كارتكاس لحالة معينة.
 - 3- مرض أو تناذر سريري يتظاهر باضطراب وجداني.
- كما أن هذه الأنواع قد تتظاهر بشكل متسلسل وكمثال قد يشعر، شخص بالحزن بسبب فقد قد يتطور هذا الشعور عندئذ إلى ارتكاس من

المریضة کغیرها من المریضی النفسیین لیدیها احتمال أكبر من غیرها من الناس الطبیین لظهور مرض جسدي مشارک

2.2 - الأعراض المميزة للكآبة *The Characteristic Symptoms Of Depression*

سأختار لإيضاح الأعراض حالة مريض هو السيد ك. رجل أعمال عمره 42 سنة، بدأ يشعر فجأة بالانحطاط. رُبِطت حالته بتراجع أصاب أعماله، ولكن ليس من المعروف تماماً أيهما الأسبق تدهور حالته أم تراجع أعماله. في قصة المريض نوبات كآبة خلال الست سنوات السابقة دون أن تترافق بنوب هوس. توجد قصة اكتئاب بين أفراد عائلته. الحالة الصحية للسيد ك طبيعية وهو غير مدمن على الكحول ولا يتناول مخدرات. كان السيد ك شخصاً مثابراً يمضي 10 - 14 ساعة في العمل لكن نجاحه لم يكن موازياً لنجاح شخص آخر لو أعطي نفس ظروفه.

أما عن بدء إصابته، فقد حدث في البداية اضطراب في المزاج وأصبح منشغلاً بنفسه وبدأ يشعر بالانحطاط والوقوع في الأحزان. لم يعد يستيقظ باكراً كعادته بذلك الاندفاع الذي كان في السابق وأصبح يعاني من عدم الاهتمام بأعماله اليومية وفقدت الأحداث طعمها ولم تعد ممتعة كما كانت في السابق ولم تعد الأفكار تأتي إليه بالسرعة التي كانت تأتي بها قديماً وأصبح يعاني من عدم القدرة على التركيز. وأخذ يشعر بالتردد وبدأت أعماله بالتراجع.

ترافق كل ذلك بمشاعر العصبية وعدم الارتياح وبدأ يعاني من مشاعر الوحدة والفراغ وأخذ يراجع كل تلك الظروف التي قد تكون أدت لحالته العقلية الحالية وبدأ يتساءل هل تستحق الدنيا كل ذلك؟ إلى أين أتجه؟ هل أهتم بالعمل؟ هل أهتم حقيقة بزوجتي وأطفالي؟.

نموذج من تصنيف الاضطرابات الوجداني

الاضطرابات الانفعالية البدئية							
اضطرابات انفعالية خاصة (مزمنة)				كآبة (نوبة واحدة أو معاودة)		الاضطرابات ثنائية القطب	
سوء المزاج	النفاس الدوري	مع نفاس	مع سوداوية	بدون سوداوية	ثنائية مختلطة	ثنائية القطب	ثنائية القطب هوسية

ورافق حزنه مراجعته للماضي نقص في الاهتمام بالعام حوله — انسحاب بطيء من اهتمامه بالنشاطات الممتعة كالطعام الجنس. وعودته فكرة أنه ليس الشخص الذي يجب أن يكون. وبدأ يكون أفكاراً مضطربة تقلل من قيمته مترافقة بمشاعر انعدام القيمة والأمل وأصبح كنتيجة لذلك يعتمد بشكل متزايد على تعاطف ونظمين الآخرين.

ازداد تقرباً من الأشخاص المحيطين به (أسرته). كانت زوجته تدعمه في البداية قائلة: "لا تهتم فكل شيء على ما يرام"، أي أنها حاولت ملء

يصاب الجسم بالأمراض بفقد قدراته السابقة مما يؤدي لتأثير سلبي على الحالة النفسية. قد يصاب البعض بالكآبة بسبب القيود الفيزيائية التي فرضها عليهم المرض، وقد يصابون بالكآبة بعد فقد عضو ما أو حتى فقدته كلياً أ بسبب خطر المرض على الحياة نفسها.

3.1.2 - الكآبة كاضطراب وجداني

إن الكآبة كحزن طبيعي أو ارتكاس على الحال نادراً ما تكون شديدة حتى تسبب اضطراباً كبيراً في العمل أو العلاقات الإنسانية أو الوظائف الجسمية، لكن الاكتئاب كاضطراب انفعالي يسبب مثل هذه الاضطرابات عادة.

يضطرب الأداء المدرسي بشدة وتتقص رغبة المريض في الحفاظ على العلاقات العامة كما تضطرب الوظائف الجسمية فيفقد المريض اهتمامه بالطعام ويصاب بالقمة، كذلك الحال بالنسبة للرغبة الجنسية، ويصبح النوم أمراً صعباً لا يُقيد في إراحة المريض. ويصبح المريض بطيئاً (تخلف نفسي حركي) أو يكن مضطرباً بشدة (الهباء النفسي الحركي). الانتحار. وهذه هي المتلازمة السريرية الكاملة للاضطراب الوجداني.

وكما هو الحال بالهوس فإنه من المفيد تقسيم الكآبة إلى بدئية وثنائية.

ويعكس الحزن العادي كارتكاس على الحال فإن الاكتئاب البدئي كاضطراب انفعالي يبدو غير متناسب مع أحداث الحياة ومشاكلها التي تسبقه، كما أن شدة واستمرارية اضطراب المزاج تصل إلى نقطة اليأس المرضي. وعلى عكس الكآبة البدئية فإن الكآبة الثانوية (كالهوس الثانوي) تترافق مع أمراض جسدية أو نفسية أخرى.

قد وصف **وردرف** وزملاؤه ثم **ريبنز** الكآبة الثانوية على أنها حالات من فقد البصيرة وفقد الأمل والعجز والتي توجد عادة كرد فعل على الاضطرابات العقلية الوجدانية الشديدة وخاصة الفصام الكلية. بعد ذلك اقترح **كليرمان** **باريت** توسيع مفهوم الكآبة الثانوية إلى الكآبة المشاركة للأمراض الباطنية، والكآبة المرافقة لاستعمال الأدوية. وفيما يلي حالة من الكآبة السريرية ثانوية لمرض هام.

تزوجت السيدة (م) المحامية المشهورة لأول مرة عندما كان عمرها ثلاثين سنة، استمر هذا الزواج 3 سنوات فقط بسبب الخلاف الزوجي حول مسألة إنجاب الأولاد ثم تزوجت من رجل آخر هي بعمر 36 سنة. عندما وصلت إلى نهاية الثلاثينيات كان قلقها كبيراً فيما إذا كانت ستجب أولاداً أم لا. زادت رضا أم لا. زادت ضغوطها على زوجها لإقناعه بالإنجاب لكنه رفض لأنه كان يرغب بتعميق العلاقة بينهما أكثر قبل الإنجاب وعندها بدأت السيدة (م) تصاب بالكآبة وظهرت أعراض نقص الشهية ونقص الوزن مع آلام بطنية تشبه إلى حد كبير آلام القرحة التي أصابتها قبل عدة سنوات. كما ظهر عند المريضة ارتفاع في التوتر الشرياني شُخص على أنه ارتفاع التوتر ناشئ عن القلق. كانت فحص الدم والبول طبيعية تماماً. تحسنت المريضة بعد المعالجة قليلاً ولفترة قصيرة ولكن الكآبة عادت إليها. عندئذ استشار طبيبها طبيباً نفسياً بسبب شكوكه حول نقص الوزن واستمرار الشكاوى العضوية. ولدى إصرار المريضة بالحصول على فحوصات كاملة أدخلت المريضة إلى المستشفى ولدى إجراء صورة بالجهاز الطبقي المحوري المُحسَّن ظهر عندها ورم بنكرياس غاز للكلية. هكذا كانت الكآبة الثانوية المؤشر الأول على المرض الجسدي. وكانت قصة وأعراض المريضة تتناسب في البداية مع كآبة بدئية وقد أدت أعراضها المشوشة إلى تأخر التشخيص. كانت القصة المسببة للكآبة عند المريضة هامة وسوء الحظ فإن الآلام البطنية وارتفاع التوتر رُدَّت إلى سبب نفسي. إن سرطان البنكرياس هو أحد الأمراض التي تتظاهر بدئياً بمتلازمة اكتئاب. من المهم أن نتذكر أن مثل هذه

البشرية تستفيد من موته. ويلاحظ القارئ هنا ترافق مشاعر العظمة الواضحة مع احتقار الذات. قد تحدث عند المريض تخیلات العدمية Delusion of Nihilism حيث يشعر المريض أن كل شيء لا أمل فيه وليس له معنى. وقد يصبح مقتنعا بشكل كامل أنه لم يعد موجودا وأن العالم فقد فائدته وحتى أنه غير موجود. وهذا يعكس درجة التراجع النفسي التي وصل إليها المريض — لقد فقد ارتباطه مع الواقع. هكذا يصف المريض العالم حسب محتوى تفكيره بما أنه يعتقد أنه غير موجود، فالعالم أيضا غير موجود.

وأخيرا قد يصاب المريض بالتخیلات الجسمية Somatic - Delusion قد تكون هذه الحالات تطورا للقلق الجسدي الذي ظهر في بداية الاكتئاب. وبتطور اهتمام المريض بذاته وابتعاده عن العالم الخارجي يزداد اهتمامه بمشكلات جسده. وقد يسعى المريض في المراحل الباكورة إلى المعونة الطبية. وعندما يصبح نفاسيا فإنه يغدو مقتنعا — رغم كل الدلائل المعاكسة — أن جسده مصاب بالمرض والسرطان. وقد يتصور أن أمعاءه انسدت وأنها تهترئ بسبب المرض أو أنه مصاب بمرض قلبي وأن النار تشتعل في رأسه. إن أي عضو في جسم المريض قد يصبح محور تخیلات المريض التي قد تشغله طيلة مدة صحوه.

هكذا تطور مريضنا من الكآبة الكبرى إلى السوداوية (مع فقد المتعة بالأمور الممتعة وتنقص في رد فعله تجاه المحرّضات السارة إضافة لسوء أعراضه الاكتئابية) وأخيرا تطور على الاكتئاب النفاسي (مع الخيل الاكتئابي، الإهلاسات، التخیلات، وفقد الشعور بالواقع). لقد أخذ إحساسه الداخلي بنفسه مكان إحساسه الحقيقي بالعالم الخارجي الواقعي وفقد قدرته على التمييز بين ما هو حقيقي وغير حقيقي. إن مريضنا نفاسي لأنه يعاني من تراجع شامل وعميق في وظائفه النفسية. إنه كالطفل الصغير فقد القدرة على التمييز بين ما يجري داخله وبين ما يجري خارجه وهذا هو لبّ النفاسية. إن الاضطراب العميق في المزاج هو الذي يميز النفاسات الوجدانية التي صفت عن النفاس الفصامي حيث يكون التجزؤ Fragmentation في الوظائف العقلية أكثر شمولية، بينما هو نادر في الاكتئاب أن يكون كعرض أول ورئيسي قبل بداية المظاهر النفاسية.

وعلى كل فإنه من الصعب التمييز بين الكآبة ثنائية القطب أحادية القطب لذلك وصفت بعض الفروق في الجدول التالي

جدول التمييز بين الكآبة أحادية وثنائية القطب

ثنائية القطب	أحادية القطب	قصة الهوس
موجودة	غير موجودة	نسبة الهوس
10% منها	90% من الاضطرابات الانفعالية	نسبة الحدوث
متساوية	الإناث: الذكور 2 : 1	علاقتها بالجنس
عادة مزاجية دورية	قد تظهر ضمن مجال واسع من الشخصيات وسواسية (اكتئابية - مازوشية - اتكالية - نرجسية - هستريائية - حدية).	الشخص قبل المرض
قبل 30 سنة	عادة بعد عمر 30 سنة	عمر البدء

الفراغ الذي خلقه الاكتئاب. ورغم أنها نجحت بعض الشيء إلا أن ذلك لم يكن كافيا. فقديره لذاته Self esteem انحدر كثيرا وأصبح بحاجة إلى أكثر من كلمات قليلة كي يعود إلى حالته السابقة. واستمر في تراجعته وبحثه عن تظمين زوجته حتى نفذ صبر زوجته فانفجرت غاضبة وأخذت تنتقده بدلا من تشجيعه. عندئذ شعر المريض أنه كل ما كان يشعر به تجاه نفسه صحيح. وهذه هي الحالة التي يجد فيها المريض نفسه. حيث يشعر المريض شعرا سيئا وينقص تقديره لذاته وفي بحثه وسعيه للدعم الخارجي فإنه يدخل في النهاية في عداء مع أولئك القريبين منه كي يؤكد لنفسه مشاعر الإزدراء الذاتية، ويصبح العالم عندئذ متلائما مع حاجة المريض للعقاب الخارجي.

ويزداد انسحاب المريض. هذه الانسحابية تذكرنا بتلك الملاحظة عند الأوليات بعد أن يُبعدوا عن أمهاتهم كذلك مع الأطفال المصابين بالاكتئاب بعد فصلهم عن أمهاتهم. أصبح المريض الآن بحالة تسمح له بالتفكير بالانتحار. كما أن بعض الأعراض الجسمية للكآبة (أعراض نباتية) قد ظهرت. يبد المريض حزينا متعبا (التأخر الجسدي النفسي) psychomotor Retardation. أنه لا ينام بشكل كافٍ حيث يستيقظ باكرا في الصباح ليمضي بقية نهاره متعبا. كما أنه يعاني من الأرق ونقص الشهية والوزن، وهنا يمكننا أن نقول أن المريض يعاني من كآبة كبرى. ورغم كل هذه الأعراض فقد لا يذهب المريض للأخصائي النفسي ويستمر في عمله رغم التناقص الكبير في قدراته والمظهر الكئيب الذي يبدو به.

أصبح اضطراب المزاج الآن أكثر عمقا وظهرت مشاعر الذنب والخيال والفراغ وفقد المريض قدرته على التركيز التفكير حيث شعر بأن أفكاره مختلطة وأن قدرة تركيزه قد شلت. إن انسحابه من النشاطات الممتعة يجعل الشخص العادي يحس بأن هناك شيئا ناقصا في هذا الشخص.

المريض لم يعد الآن يطلب الدعم والتعاطف ولا يشعر بحاجة للحب والاهتمام. إنه يشعر بعدم القيمة ويشغل نفسه بالأفكار الانتحارية التي تصبح أكثر شدة وتشغل مجمل فترة صحوه. لم يعد الآن يستطيع العمل كما كان في بداية مرضه إنه لا يأكل شيئا ووزنه ناقص بشكل كبير. وهو بالكاد يستطيع النوم وإذا نام فلساعات قليلة فقط. إنه يستيقظ باكرا حيث يكون التعب والكآبة على أشدهما. وأكثر النشاطات بساطة تصبح صعبة. وهو يجند كل قدراته للقيام بأبسط المهام. وهو يشعر بمشاعر الامتلاء المبهمة في رأسه وصدره وبثقل كبير في رجليه لا شيء أبدا يستطيع مساعدته، هذا شعور يصعب تصوره من قبل الآخرين. ويدخل المريض عندئذ في مرحلة السوداوية Melancholia.

وقد يتقدم اليأس أكثر حيث يقع المريض في حالة خيل اكتئابي Depressive Stupor، حيث يجلس المريض على الكرسي لساعات وجهه كئيب وعينه تتطلع نحو الأرض ويداه بين ركبتيه أو أنه يصبح هائجا بروح ويجيء في الغرفة دن هدف. وقد يجلس المريض على الكرسي ليحدث نفسه. لقد أصبح المريض في حالة نفاس اكتئابي Psychotic Depression.

وقد يبدأ المريض بالإهلاسه يصبح مُنشدًا بشكل كامل للأصوات التي يسمعها، وهي أصوات تصفه بالصفات السيئة. إنها تصف تصرفاته بأنها خاطئة وتؤكد له تلك المشاعر التي شعر بها نحو نفسه في السابق فهي تدعوه بالغبي وعديم الفائدة. وهي تجسيم لأفكاره الذاتية باحتقار نفسه وكأنها آتية من الخارج. وأكثر الأمور غرابة هي حدوث نظام من الأوهام التي تأخذ أحد الأشكال الثلاثة:

الأول: هناك تخیلات بعدم القيمة والشعور بالذنب Delusion of Worthlessness and Sinfulness هي تثير استغراب السامع لأنها تشبهات اضحة للحقيقة تتضمن تناقضا كبيرا. إذ إن رجلا ناجحا ومحبويا وأبا حقيقيا قد يدّعي بأنه مجرم شرير اجتمعت فيه كل شرور العالم وأن

جدول الأعراض المزدوجة في المزاجية الدورية

خلال فترة ما تحت الهوس هناك ارتفاع أو انفتاح أو فرط حساسية بالمزاج وعلى الأقل واحد مما يلي:	خلال المرحلة الاكتئابية هناك مزاج منخفض أو فقد للاهتمام والمتعة بكل أو تقريباً كل النشاطات المعتادة وعلى الأقل واحد من التالي:
1 - نقص الحاجة للنوم	1 - نقص النوم أو فرط النوم
2 - طاقة أكثر من المعتاد	2 - نقص القدرات أو تعب مزمن
3 - زيادة في تقدير النفس	3 - مشاعر النقص
4 - زيادة الإنتاجية، تشارك عادة مع ساعات عمل إضافية يفرضها الشخص على نفسه.	4 - نقص الكفاءة أو الإنتاجية في العمل أو المدرسة أو المنزل.
5 - تفكير خلاق حاد وغير عادي	5 - نقص القدرة على التركيز أو الانتباه أو التفكير بشكل جيد.
6 - الرغبة بالاجتماع مع الآخرين (رغبة شديدة برؤيتهم)	6 - انسحاب اجتماعي
7 - فرط الجنسية دون الانتباه للنتائج المؤلمة لذلك.	7 - نقص الاهتمام أو الاستمتاع بالجنس.
8 - تورط في نشاطات سارة دون الانتباه لاحتمال النتائج المؤلمة مثل الشكر والأعمال التجارية المجنونة والقيادة المتهورة	8 - نقص المشاركة في النشاطات السارة، والشعور بالذنب تجاه نشاطات الماضي.
9 - شخص لا يهدأ	9 - الشعور بالبطء
10 - أكثر كلاماً من المعتاد.	10 - نقص في الكلام.
11 - فرط تفاؤل أو المبالغة بإنجازات الماضي	11 - شعور تشاؤمي بالنسبة للمستقبل أو التفكير بالأحداث الماضية.
12 - المبالغة بالضحك واستعمال الجناس.	12 - السدموع أو البكاء.

عام 1983 إلى تحت مجموعة أخرى من مرضى سوء المزاج عندها اكتئاب Masked Depression مقنّع أو مساوٍ للاكتئاب depressive Equivalents خاصة المرضى الذين يعانون من انخفاض المزاج أو الألم المزمن المجهول السبب أو في بعض الحالات من اضطرابات التحويل.

وهكذا يظهر أن اضطرابات سوء المزاج هي مجموعة مختلفة المناسئ تتألف على الأقل من 4 مجموعات هي:

- 1 - مريض مع اضطرابات وجدانية صريحة بشكل خفيف أو مُضعف.
 - 2 - مريض مع اضطرابات جسمية، وهي مساوٍ للاكتئاب تظهر بشكل أعراض جسمية أكثر من اضطرابات بالمزاج.
 - 3 - مريض باضطرابات الشخصية الاكتئابية Depressive Personality Disorders أو اضطرابات المازوشية Masochistic Personality Disorders التي تتظاهر بنقص تقدير الذات ومختلف صفات الشخصية سيئة التكيف أكثر من كونها اضطراباً بالمزاج.
 - 4 - مريض مع قدرة سيئة على التكيف مع مزاج منخفض حيث لا نستطيع تحديد العامل المسبب بشكل واضح أو أنه غير مشخص بشكل صحيح.
- وسندرس الآن ثلاث أمثلة شائعة من الثلاثة الأخيرة.

نمط البدء	تدرجية عادة	فجائية غالباً
استمرار	أطول عادة	أقصر عادة
نهاية النوبات	تدرجية عادة	فجائية عادة
عدد النوبات	قليلة عادة	قد تكون عديدة
الحساسة	قد تكون كبيرة مع مظاهر نفاسية	قد تكون كبيرة مع مظاهر نفاسية
الاختلاطات	الانتحار	إدمان المواد وأفعال جريية
الليثيوم	غير مفيدة عادة	مفيدة عادة
مضادات الكآبة	مفيدة عادة	قد تؤدي إلى الهوس

3 - الضطرابات وجدانية أخرى خاصة Other Specific Affective Disorders: المميزات الرئيسية لهذه الاضطرابات هي:

- 1 - مرحلة مزمنة تستمر لسنتين على الأقل تبدأ في مرحلة الرشد المبكرة دون بداية واضحة.
- 2 - اضطراب في المزاج ليس من الشدة الكافية ليصبح صفيًا لنوبات الهوس أو نوبات الكآبة الكبرى (متلازمة وجدانية كاملة).
- 3 - غياب الأعراض النفاسية. في نظام DSM بدء من تعديله الثالث عام 1980 وما تبعه من تعديلات حتى الآن يوجد اضطرابات في هذه المجموعة هما: المزاجية الدورية وسوء المزاج.

1.3 - المزاجية الدورية Cyclothymic Disorders:

حيث تجد فترات متعددة من الاكتئاب وما تحت الهوس تفصل بينها فترات من المزاج الطبيعي أو قد تكون متداخلة فيما بينها أو متناوبة وتتضمن فترات الاكتئاب - ما تحت الهوس مجموعتين من الأعراض كما أشير لذلك بالجدول السابق، عام 1977 قدّم أكيسكال وزملاؤه مجموعة من القواعد الصالحة لاعتبار المزاجية الدورية وكأنها نوع ضعيف أو مُضعف من الاضطراب ثنائي القطب. وهذه تتضمن: التشابه بالأعراض في النوعين، زيادة نسبة الاضطرابات الوجدانية في الأقارب العنصريين لمرضى المزاجية الدورية، كذلك زيادة نسبة المزاجية الدورية في أقارب مرضى الاضطرابات ثنائية القطب، نسبة المزاجين الدوريين الذين يتحولون إلى الاضطرابات ثنائية القطب، وقابلية النوعين للاستجابة بالمعالجة بالليثيوم)، وحدث ما تحت الهوس عند النوعين عند المعالجة بثلاثيات الحلقة. على كل فإن هناك عدد من مرضى المزاجية الدورية لا يبدون ذلك القرب الشديد من ثنائية القطب والذين يعتبرون أنهم يعانون من اضطرابات الشخصية الدورية Cyclothymic Personality Disorders ونحن اليوم بحاجة للمزيد من الأبحاث لإثبات ذلك.

2.3 - سوء المزاج: Dysthymic Disorders:

نفس المشكلة تشاهد هنا حيث تظهر الأعراض الاكتئابية الموجودة بالجدول التالي لكنها ليست كافية لتشخيص مرحلة اكتئابية كبرى. وقد أظهر أكيسكال عام 1983 أن مجموعة من مرضى سوء المزاج والذي أسماه "اضطرابات سوء المزاج تحت وجدانية" Subaffective Dysthymic Disorders كان لديهم كوامن. قصيرة في مرحلة حركات العين السريعة أثناء النوم تشابه المرضى الذين عندهم كآبة كبرى ويستجيبون بشكل لمضادات الكآبة. وعلى كل فهناك مجموعة أخرى من المصابين بالاكتئاب بشكل مزمن (الذين أسماهم أكيسكال اضطرابات طيف الشخصية "Gharacter Spectrum Disorders" لديهم كوامن فترة حركات العين السريعة بشكل طبيعي وهم لا يستجيبون لمضادات الاكتئاب. أشار كليرمان

3.3.3 - الاكتئاب التناقضي Paradoxical Depression.

ويسمى أيضاً "اكتئاب الترقية" أو عُصاب النجاح" وأفضل مثال عليه هو السياسي الذي يقع فريسة الاكتئاب بعد نجاحه في الانتخابات أو الموظف الذي يصاب بالاكتئاب بعد الترقية وجاءت التسمية التناقضية أو العجيب لأن الشخص يصاب به بدل أن تغمره السعادة والسرور بسبب المكسب الذي حصل عليه. إنهم الناس الذين يُسمّن "غرقوا بالنجاح".

ولكن كيف نفسر ذلك. لقد تحدثنا عن الفقد ونقص تقدير الذات والشعور بالذنب وهذه كلها ليست ظاهرة هنا. ولكننا عندما نتعرف على أولئك الأشخاص بشكل أعمق ونتعرف على تاريخهم وأرضياتهم العائلية نستطيع أن نجد ارتباطاً هاماً. إن فكرة النجاح عند هؤلاء تشترك مع شعور عدائي أو حتى إجرامي بالفوز على بعض الأشخاص الذين ظهروا في ماضيهم وعادة ما يكونوا أهلاً وأخوة وهكذا فإن النجاح بالنسبة لهؤلاء الأشخاص هو مأساة حقيقية، إنه ليس نجاحاً بالمعنى العادي إنه بالنسبة لهم خطيئة يجب التفكير عنها: إنه نصر مشكوك فيه. وهناك دائماً خسارة في كل نجاح أو ترقية — إنه فقد أمان العمل في المرتبة الأقل. وبالنسبة لبعض الناس تعني زيادة المسؤولية في المرتبة الجديدة زيادة في العبء مما يؤدي للاكتئاب بدل السعادة.

4- قصة سريرية

السيد هـ ، 75 سنة، دخل المشفى للتحري عن الإقياءات التي أصابته منذ شهر وفقد على أثرها ما يقارب 10 كغ من وزنه كانت كل الفحوص ضمن الحدود الطبيعية. بدأت الأعراض عنده في اليوم التالي لكشف حجارة قبر زوجته. وكان يوم كشف الحجارة هو اليوم السابق بيومين للذكرى الأولى لوفاة زوجته ويتلو بيوم واحد الذكرى الثالثة والخمسين لزواجهما. توفيت زوجته بسبب سرطان معوي وكان قد قام هو بالعناية بها بالمنزل خلال الأربعة أشهر الأخيرة من عمرها قبل أن تمضي أواخر أيامها في نفس المشفى الذي يتواجد فيه هو اليوم. وبالتحدث مع بنات السيد هـ تبين أنه شعر بالحزن على حال زوجته وتمنى لها الموت ليخلصها من عذابها. خلال الجنازة لم يظهر عليه أي تأثر فهو الرجل الذي عرف عنه عدم التأثر بالأحداث والمشكلات. لقد كان يفخر بكونه رجلاً صلباً يستطيع تولي كل أموره بنفسه.

أثناء وجوده في المستشفى تذكر أن زوجته أصيبت بالإقياء وفقدت الكثير من وزنها قبل الوفاة. عندئذ رآه الأفكار الانتحارية فهو لا يريد أن يمر بما مرت به زوجته بعد أن اعتقد بأنه مصاب مثلها بالسرطان. يلاحظ القارئ ملاحظات واضحة حول قضية السيد هـ. لقد رآه الأفكار الانتحارية عندما اعتقد أنه مصاب بالسرطان مثلها. لقد بدأت أعراضه بعد ذكرى وفاة زوجته. لقد ناسب هذا اليوم ذكرى وفاتها وذكرى زواجهما الثالثة والخمسين. لقد اعتنى بزوجه وشاهد ما عانت به وتمنى لها الموت كي تتخلص مما هي فيه. وعندما توفيت لم يحزن الزوج عليها كعادة الناس بل كبت مشاعره وأخفاها، لم يعاني من الشعور بالذنب الذي يشعر به كل شخص عندما يفقد شخصاً يحبه وخاصة إذا كان قد تمنى له الموت لأي سبب كان. لقد أصيب بارتكاس المناسبة الذي أخذ شكل اضطراب تحيل لقد اتحد في هذه المناسبة مع زوجته وأصبح وكأنه هي دون شعوره وظهرت عنده نفس الأعراض. لقد دخل المشفى الذي دخلته وتصور أنه مصاب بنفس المرض. أما الأفكار الانتحارية التي رآه في محاولة للعودة والاجتماع بها لكي يتخلص من الشعور بالذنب الذي اعتراه بسبب تمنيه الموت لها. لقد عانى السيد هـ من أعراض الأسى والحزن المرضي. إن الكثير من المصابين بالاكتئاب يتوجهون إلى الطبيب سعيًا وراء معالجة المرض الجسدي، ومن هنا تعقيد التعامل مع

3.3 - اضطرابات التكيف المترافقة مع مزاج كئيب Adjustment Disorders With Depressed Mood

1.3.3 - الحداد المرضي: Pathological Mourning

لقد وصفت أعراض الحداد المرضي وعلاماته كثيراً ما يزور المريض الطبيب بسبب أمراض جسدية أعراض تحيل تعود في سببها إلى ارتكاس أسى مرضي، رغم أن المريض غير متنبه للعلاقة بين أعراضه الجسدية والفقد السابق والجدول التالي يبين الفرق بين الحداد الطبيعي والحداد المرضي. وفي حالات أخرى قد تظهر أعراض اكتئاب كبير بسبب فقد قريب لكن المريض غير متنبه إلى أن سبب أعراضه الجسدية هو الفقد السابق. يجب على الأطباء السؤال بشكل روتيني عن حالات الفقد القريبة في محيط المريض.

علامات الحداد الطبيعي	علامات الحداد المرضي
1 - رفض، عدم تصديق، انكار، صدمة.	1 - استمرار الانكار مع اسى متأخر أو غائب
2 - حزن عميق وشعور بذنب النجاة، وتقويم الذات لا يزال سليماً	2 - اكتئاب مع إصابة بتقييم الذات، انكار ومشاعر انتحارية مع تصرفات محطمة للنفس.
3 - أعراض جسدية عديدة بدون إصابات عضوية حقيقية.	3 - مرض عضوي حقيقي واعتلال صحي.
4 - احساس بعدم الواقعية والانسحاب الآخرين.	4 - انعزال اجتماعي مترق.
5 - غضب وسهولة الاستثارة.	5 - غضب وعداء دائم يؤديان خلالات زوربة خاصة نحو الجهاز الطبي، او بالعكس خوف لكل تعبير عن الغضب والعداء.
6 - اضطرابات السلوك، مع شعور بعدم الارتياح، واللاهدفية (عدم وجود هدف)، والتصرف الالهي.	6 - اضطرابات سلوك، مستمرة، غالباً مع زيادة فعالية مستمرة (عدم وجود هدف)، وغير مترافقة مع احساس بالفقد والاسى.
7 - انشغال فكري بذكريات المتوفي، احلام عن المتوفي، اهلاسات، خوف من الجنون.	7 - استمرار الانشغال بذكريات المتوفي، الفكرى بذكريات المتوفي، لدرجة البحث عن اعادة العلاقة معه.
8 - تحقيق شخصية بعض معالم او قدرات المتوفي	8 - أعراض تحويلية شبيهة بأعراض المتوفي.

جدول يبين الفروق بين الحداد الطبيعي والمرضي

2.3.3 - ارتكاسات المناسبات السنوية The Anniversary Reaction:

يجب على الطبيب أن يسأل عن الفقد في الماضي، بشكل روتيني لأن ارتكاس المناسبة السنوية هو أكثر شويماً مما نلاحظه. فهناك بعض الناس يصابون بالكآبة في فترة معينة من السنة ولعدة سنوات متتالية. إن تاريخ اليوم تحدث فيه هذه الحالة قد يكون موعد ولادة أو وفاة الشخص المحبوب الذي فقد. ليس من الضروري أن الارتكاس اكتئابي الشكل بل أنه قد يتظاهر بشكل هجمة قلق أو أعراض تحويل أو اضطرابات نفسية جسدية. وحتى لو ظهرت مثل هذه الأعراض فإنها لا تعد كونها مساويات للاكتئاب التي صفت قبلاً وبشكل آخر فإنها أعراض جسدية تخفي ورائها الحزن والاكتئاب إن الأعراض وتفسيراتها الدقيقة من شخص لآخر كلها تمثل بعض الصراعات التي تتعلق بشخص محبوب.

أدوية أخرى: كما ذكرت فإن مضادات النفاس كالفينوثيازين يمكن أن تقيد في معالجة المرضى المصابين بالاكتئاب النفسي ويجب إشراكها بمضادات الاكتئاب كي تكون مفيدة إن استعمال المنشطات كالانفتمانين غير مفيدة عملياً إلا في حالات نادرة. مثلاً الممن الكئيب الذي لا يستطيع تحمل الأعراض المضادة للكولين، المهدئة، والأعراض الوعائية القلبية ثلاثيات الحلقة يمكن أن يستعمل الانفتمانين بعيارات منخفضة.

ثم ظهرت الأدوية المعاصرة في العقود الثلاث السابقة والتي تعتبر انتقائية (غير نمطية) لكنها غالية الثمن بشكل عام.

النموذج	الآلية	المرجع
1 - نفسي المنشأ		
أ - التحليل النفسي	العدوانية الموجهة نحو النفس	فرويد، أبرهام
	فقد الأشياء والانفصال	سبيتز، بولي
	فقد تقدير الذات	بيرينغ
	وجود شخصية بصفات مهياة للمرض	كودوف
ب - استعرافي	الرؤيا الاستعرافية السلبية للذات والتجارب والشخصية والمستقبل	بيك
ج - سلوكي	العجز المتعلم	سيلغمان
	فقد الدعم الإيجابي	لونيسون
د - وجودي	فقد معنى الوجود	بيكر
2 - ثقافي واجتماعي	فقد الدور الاجتماعي أو الثقافي	بارت، ويسمان وكيرمان
أ - وراثي	انتقال وراثي عبر آليات متعددة	كولمان، جريستون، وينكور
ب - عصبي كيميائي	فقد النوايري نغرين والسيروتونين كوسطاء عصبية	سكيلدكروت.
ج - عصبي غدي		
صفي	نقص الإفراز تحت السريري النخامي الكظري	كاروول، لوسن وبرانغ
د - عصبي فيزيولوجي	نقص وظيفة الجهاز اللمبي - الدماغ البيني تؤدي لاضطرابات في النوم والأحاسيس والنظم البيولوجي.	كويغر، بوشبوم، وير
هـ - عصبي تشريحي	اضطراب البنية العصبية التشريحية	أندريسن.

3.6 - المعالجة بالصدمة الكهربائية Electroconvulsive Therapy:

إن القليل من وسائل المعالجة في الطب النفسي أثارت جدلاً اجتماعياً أكثر مما سببته المعالجة بهذه الطريقة، ويعود ذلك في جزء كبير منه إلى استعمالها الكثير من أجل معالجة عدد كبير من الاضطرابات العقلية وللأعراض الجانبية الكبيرة التي سببتها بسبب سوء التقنية التحذيرية.

نستعمل هذه الطريقة اليوم من أجل الاكتئاب الكبير التي لم تستجب للمعالجة بمضادات الاكتئاب والمعالجة النفسية. كما أنها تستعمل بشكل نادر لمعالجة الفصام الحاد والهوس الشديد.

المريض الكئيب. لقد أشار الكثير من أطباء الصحة إلى أن نسبة عالية من مرضاهم تتضمن مرضى كآبة يتظاهرون في البداية بمظهر مرض جسدي أو بالشكل مساويات الكآبة التي تخفي تحتها اضطراباً في المزاج. عن البحث المضني عن مرض جسدي إضافة لفشل الطبيب في كشف الحالة النفسية المستترة إضافة لمشاكل الحياة اليومية قد تؤدي جميعاً لزيادة سوء حالة المريض وزيادة احتمال الانتحار.

5- الأسباب Etiology:

وكما هو الحال بالنسبة للفصام فإن من أكثر الحالات أهمية وتحدياً بالنسبة للطبيب والباحث في السنوات القادمة ستكون شرح أسباب الاكتئاب وتحديد أنواعه المختلفة بناء على الأسباب. لن أقوم هنا بشرح مختلف الفرضيات العضوية والنفسية والاجتماعية الثقافية للكآبة. إن أهم الأسباب وأكثرها قبولاً أنه في مريض واحد فإن عدة أسباب قد تتدخل في إحداث الكآبة وإن اجتماع يحده أسباب عند أي شخص قد تؤدي لزيادة احتمالية تشكل اضطراب اكتئابي عنده.

6- المعالجة Treatment:

1.6- الأدوية المضادة للاكتئاب: Antidepressant Drugs:

لقد أدى استعمال هذه الأدوية لتحسين كبير في معالجة الاضطرابات الاكتئابية وإن حوالي 70% من مرضى الكآبة الكبرى نفاسية. وفي مثل هذه الحالات يضاف إليها مضاد للنفاس مثل (الفينوثيازين). وظهرت أنواع جديدة من مضادات الكآبة وعلى رأسها مشتقات البنزوديازيبين. إن مثل هذه الأدوية ذات الفارق الكبير بين المقادير الدوائية المقادير السمية أدت لتناقص كبير في الأعراض الجانبية والأخطار خاصة عندما تؤخذ بكميات كبيرة عمداً في محاولات الانتحار. كما تستعمل مثبطات خميرة المنوامينو أوكسيداز بشكل عام في الاكتئاب غير النموذجي حيث تمتاز أعراض القلق والرهاب الأعراض المرافقة مع الأعراض الاكتئابية وحيث تكون الأعراض النباتية أو الجسمية للكآبة (التأخر النفسي الحركي ونقص الوزن والشهية والاستيقاظ الباكر والتعب) غائبة. وهنا يجب على الطبيب أن ينتبه إلى الأعراض الجانبية هي ارتفاع التوتر الشرياني بعد تناول أطعمة حاوية على التيرامين مثل (الجبن، البيرة، النبيذ الأحمر، اللبن المصفي، الكبد)، كما أن الكميات الكبيرة من القهوة والشاي قد تؤدي لنوب ارتفاع التوتر شرياني إذ أخذت مع هذه الأدوية. وعندما يريد الطبيب تطبيق هذه الأدوية عليه أن يفكر بالعوامل التي تحسن نسبة الاستجابة مثل الاستجابة السابقة الجيدة للأدوية عند الشخص نفسه أو عند أحد أقاربه. كما أن وجود أعراض جسمية أو نباتية يترافق عادة باستجابة جيدة خاصة بثلاثيات الحلقة. كما أن الحالة الاقتصادية والاجتماعية العالية ووجود الشخصية الإجبارية Compulsiveness يحسن فرصة المريض. العلامات السيئة للاستجابة تتضمن النوبات السابقة المتكررة للاكتئاب أو النفاس ووجود اضطراب شخصية كبير.

2.6 - الليثيوم Lithium:

كما وصف في بحث الهوس فإنه يستعمل أولياً في المصابين بالاضطرابات ثنائية القطب وفائدته تقدر بـ 70% من هؤلاء المرضى في تخفيف الأعراض بشكل حاد وإنفاص شدة ومعاودة الحالة. كما أن الليثيوم قد يكون مفيداً للمرضى الذين يعانون من اضطرابات ثنائية القطب المعاودة رغم أن هذه الدراسات ليست مقنعة. الدراسات الحديثة تشير إلى فائدته بالاستعمال إلى جانب مضادات الكآبة ثلاثية الحلقة في الاكتئاب المعند على المعالجة.

5.6 - الاستشفاء Hospitalization:

إن لزوم الدخول للمشفى في الاكتئاب هو أقل منه في الفصام والهوس. ويقدر أن نسبة الحاجة للمشفى هي (6%) بالنسبة للمكتئبات و(3%) للمكتئبين.

7- الإنذار Prognosis:

إن فترة المرض بالنسبة للمريض الذي لم يتلقى أي معالجة نفسية أو دوائية هي 6-9 أشهر بين إصابته البدئية وعودته إلى وظائفه العادية. وباستعمال سائل المعالجة الدوائية أو النفسية تكون فترة المرض أقصر وتتراوح بين أسابيع إلى عدة أشهر.

ورغم العلاج فإن 10-15% من المرضى المصابين بالاكتئاب يعانون من شكل مزمن مع عقابيل قصور اجتماعي ووظيفي. يكن ذلك أكثر احتمالا إذا تكررت النوب.

إن المعادة في الاكتئاب وحيد القطب عالية تصل لـ (50%) وهؤلاء الأشخاص المصابين بالاكتئاب لديهم عامل خطورة كبير لحدوث اضطرابات ثنائي القطب أكبر من أولئك المصابين بنوبة كآبة كبرى واحدة فقط. إن نسبة الذين دخلوا للمشفى بسبب الاكتئاب ولديهم ميل انتحارية هي (15%) لذلك على السريري أن ينتبه إلى أي مريض يعطي قصة كآبة سواء كانت عرضاً لارتكاس للحال أو جزء من تناذر كامل لاضطرابات مقنّع بأعراض جسمية. كما أن على السريري أن يتذكر أن الاضطراب الاكتئابي قد يتظاهر بشكل مقنّع بأعراض جسمية كشكوى وحيدة.

تفيد هذه الوسيلة في 85 - 95% من مرضى الكآبة خاصة بالحالات الشديدة وهي تفيد في حوالي نصف الذي لم يستفيدوا على إشراك مضادات الاكتئاب وظلوا يعانون من كآبة كبرى تجرى الصدمة الكهربائية ثلاث مرات في الأسبوع لمدة 3 - 4 أسابيع وتؤدي لتحسن سريع وواضح لأعراض الاكتئاب أحيانا من الجلسة الثالثة. هذا على خلاف مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة التي تتطلب من عشرة أيام إلى ثلاثة أسابيع كي تبدأ تأثيرها التدريجي. إن التأثيرات الجانبية لهذه الوسيلة عابرة وأكثر المرضى يعانون من قصور في الذاكرة القريبة. إن اضطرابات الذاكرة المزمنة نادرة كما هي الحال بالنسبة للتخدير العام القصير الفترة.

4.6 - المعالجة النفسية Psychotherapy:

إن الأبحاث الحديثة تتوجه بشكل متزايد نحو استعمال المعالجة النفسية. إن المعلومات الجديدة تظهر أن المعالجة النفسية تملك نفس فائدة المعالجة بمضادات الاكتئاب وأن استعمال أحدهما لوحده يملك فائدة أقل مما لو استعمل الاثنان معاً.

إن نوع المعالجة النفسية المستعملة يعتمد في جزء كبير على اهتمام المريض والرؤيا العملية للطبيب إن إعطاء المريض المناسب المعالجة الموجهة نحو بصيرته، والمعالجة الداعمة، المعالجة التربوية، والمعالجة السلوكية تكون كلها مفيدة ويظهر أن استعمال عدة وسائل من الوسائل السابقة عند مريض واحد قد زاد بشكل كبير نسب النجاح في المعالجة.

Arabpsynet Thesis Search

<http://www.arabpsynet.com/Book/default.asp>

Arabpsynet Psychiatrist Guide

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

مجلة الإنسان والتطور



www.arabpsynet.com/Journals/ME/index.me.htm

Arabpsynet Psychiatrists Search

English Edition - French Edition - Arabic Edition

www.arabpsynet.com/Homepage/Psy-Ists.asp

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

أسئلة حول العلاج النفسي

مصطفى شقير - عالم النفس - المغرب

chaqib@yahoo.fr

يعني العلاج النفسي تلك الطريقة السيكولوجية الهادفة إلى اجتثاث الأعراض المرضية، وقد ابتدأ مع التنويم المغناطيسي الذي كان سائدا كثيرا في نهاية القرن الثامن عشر في أوروبا، ليتم استخدامه في النصف الثاني من القرن التاسع عشر من طرف الأطباء آنذاك، لتخفيف ما كان يسمى آنذاك "الهستيريا".

وفي القرن العشرين حدث تطور العلاج النفسي وفق ثلاث مراحل:

قبل وبعد الحرب العالمية الثانية، ومرحلة ثالثة عرفت أوجها منذ بداية الستينيات - مرحلة الثورات الثقافية -، إذ عرفت هذه المرحلة استخدام الطرق الاختيارية التي تستخدم هذه الطريقة أو تلك وإحداث نماذج جديدة خاصة بمنظريها.

- الدور المصيري لأنظمة المكافآت والعقوبات حسب الاستحقاق في تحديد السلوكيات وتشكلها، وهذا المفهوم مقتبس من السلوكية.

- تم تحديد ودراسة التصورات والاستدلالات الخادعة إضافة إلى عدد من المحددات المؤثرة والمكيفة لطرق تفاعل الفرد تجاه العالم المحيط به.

وهكذا توسع مجال اهتمام الأخصائيين النفسيين بالكائن البشري ليتعدى علم النفس المرضي إلى الاهتمام بالأشخاص الأسوياء في تفاعلهم مع بيئاتهم.

المرحلة الثالثة: كنتيجة لاستكشاف مجالات جديدة لاهتمام المختصين النفسيين لتفسير نشاط الكائن البشري، لفهمه في حالته السوية وحالته غير السوية، ليس فقط في انعزاله ولكن في تفاعله مع العالم الخارجي، ظهرت تقنيات عديدة تهدف إلى التخفيف من آلام الناس أو تحسين حالاتهم النفسية وهي لم تتوقف عن الزيادة سنة بعد أخرى.

وفي الوقت الحاضر لم يعد اهتمام مختلف طرق العلاج النفسي مقتصرًا على التدخل في النفس في حالة عدم توازنها، ولكن يشمل تقنيات تعتمد بصفة متزامنة على:

- إضافة إلى تأثير النفسية على الجسد في حالة ألم أو في حالته الطبيعية على اعتبار أن الاثنين - نفس وبدن - في تفاعل دائم؛ والقلب أو الدماغ ليست منفصلة عن الجسم، بل هي جزء منه.

- الأخذ بعين الاعتبار العلاقات بين الشخص ووسائط حياته حسب مبدأ المفعول الرجعي.

- ومع تطور العقلية في العالم الغربي، لم يعد الاهتمام مقتصرًا على علاج الأعراض ولكن الوصول كذلك إلى حالة كاملة من الصفاء والسكينة.

1- مراحل في تطور العلاج النفسي

ويمكننا أن نتحدث عن مرحلة رابعة في طور الهيكل تبعًا لهذه الظواهر الاجتماعية ذات الوقع العالمي؛ البحث عن الطمأنينة، التغلب على ضغوط الحياة في العمل، الاعتداءات بمختلف أشكالها، الحروب والكوارث الطبيعية التي تستدعي إعادة تكيف التقنيات العلاجية المستعملة.

كما أن التقدم الهائل في علم الأعصاب الإحيائي النفسي يدعو دون شك إلى ابتكار طرق علاجية جديدة.

المرحلة الأولى: إلى حدود الحرب العالمية الثانية لم يكن وجود إلا لنظريتين سيكولوجيتين كبيرتين في مواجهة ثنائية:

الأولى محدثة انطلاقًا من الملاحظات الإكلينيكية من طرف الطبيب "سيموند فرويد"، وتدعى كذلك علم النفس التحليلي أو علم نفس الأعماق.

والأخرى مؤسسة على التجريب الحيواني والبشري، السلوكية، مبتكرة من طرف العالم النفسي "واطسون" الذي يرجع له الفضل في بروز العلاج السلوكي.

وكانت هناك مواجهة شديدة بين مؤيدي التيارين تمثلت في تجريح أحدهما للآخر باستمرار.

المرحلة الثانية: بعد الحرب العالمية الثانية والمصائب التي خلفت - مادية ونفسية - في كل النفوس، شهد مجال علم النفس ولادة تنوع من النظريات الجديدة مفسرة ماهية الكائن البشري ليس فقط انطلاقًا من حالاته الداخلية، من الماضي الذي يؤثر على حاضره أو تبعًا لسلوكياته المتكيفة أو غير المتكيفة - على شكل استجابات - لمنبهات خارجية أو داخلية، ولكن مفسرة الكائن البشري آخذة بعين الاعتبار عددا من العوامل لم تتم دراستها بالقدر الكافي أو بالمرّة، منها:

- علاقات الشخص مع محيط حياته، حيث تدخل أنظمة تفاعلية في تفاعل بين الشخص وبيئته، مؤثرة على طريقة عيشه، تفكيره، تعامله، التعبير عن آلامه وشقائه وذلك وفقا لمبدأ المفعول الرجعي. بينما تم الفحص الدقيق لتواصل الفرد - الشفهي وغير الشفهي - مع هذه الأنظمة من طرف نماذج نظرية تطبيقية علاجية.

- الاتجاه التحليلي الديناميكي

يتأثر هذا الاتجاه بالتحليل النفسي ورائده "سيجموند فرويد". مفهوم اللاوعي حاضر بقوة في هذا الاتجاه ولتجارب الطفولة ارتباط بالصعوبات الحالية وبالنزاعات المكبوتة وغير المحلولة للتاريخ الشخصي.

يطلب من الشخص الوعي تدريجياً بتأثير النزاعات اللاواعية على اشتغاله الحالي من أجل فهمها والتخلص منها.

- الاتجاه الوجودي الإنساني

تعتمد هذه المقاربات على قدرة الكائن البشري لقيادة تجربته الشخصية، أن يكون مدير حياته وأن يحقق أقصى إمكانياته.

• يتم التركيز على اللحظة الآنية، على القدرة على الوعي بالصعوبات الحالية، لفهمها وبالتالي تغيير أسلوب العيش أو التصرف. ومن أمثلة المقاربات المتولدة عن هذا التيار النظري: العلاج غير الموجه ل"روجرز" وعلاج الجشالت المطور من طرف "بيرلز".

- الاتجاه السلوكي الإدراكي

يعتقد النفسانيون الذين يستخدمون هذه المقاربة أن الصعوبات النفسية لشخص مرتبطة بأفكار وسلوكيات غير ملائمة تم تعلمها في الحياة اليومية. وهكذا يتضمن جزء من عمل المعالج السلوكي-الإدراكي تحليل الأفكار أو الاعتقادات الخاطئة وكذلك السلوكيات التي يظهرها في بيئة حياته والاقتراح عليه تعلم سلوكيات جديدة وأفكاراً أكثر ملائمة. ومن المقاربات النفسية العلاجية المرتبطة بهذا الاتجاه العلاج السلوكي العاطفي-العقلاني.

- الاتجاه ما وراء الشخص

تعتبر هذه المقاربة حديثة في تاريخ علم النفس. ويعمل المعالجون وفق هذه النظرية على مرافقة المسترشد في تساؤلاته حول مصيره وطبيعته البشرية. يحاول المعالج ما وراء الشخص دعوة الشخص إلى أبعد من النزاعات مع الأنا عبر تشجيع بروز الروحانية. وهكذا اقترح "ماسلو" أن تكون القوة الرابعة في علم النفس "ما وراء شخصية"، «ما وراء بشرية» متمحورة على الكون، بدل الحاجيات والاهتمامات الإنسانية، ذاهبة إلى أبعد من الهوية البشرية، تحقيق الذات والمفاهيم الأخرى المرتبطة.

- الاتجاه التكاملية التفاعلية

نعتبر في هذه المقاربة أن المشاكل النفسية مرتبطة بتفاعل الشخص مع محيطه (أسرة، دائرة الأصدقاء، مكان العمل، الخ). هدف العلاج النفسي هو تغيير التفاعلات بين الشخص وئته. وغالباً ما يلتقي المعالجون التكاملية التفاعلية مع أعضاء أسرة الشخص في صعوبة. ومن المقاربات التي تنفرع عن هذا الاتجاه العلاج الأسري.

- المقاربات الجسدية

• إنها المقاربات التي تستدعي الطاقة البدنية والحركة كعوامل علاجية. على سبيل المثال، الطاقة الإحيائية، التخلي البدني، طريقة "فيلدينكريس". وتشجع المقاربة ما وراء الشخصية ممارسة رياضات جسدية ك"الأيكيو" واليوغا بغرض تعميق فهم الذات.

- مقاربات إعادة التكيف النفسي والاجتماعي والمجتمعي

يشجع المعالجون بهذه المقاربة الشخص على تطوير استقلاليتهم بغرض التطور في محيط من اختياره. تعليم المهارات، تغيير السلوكيات وتعديل البيئة... وتستخدم هذه الطرق العلاجية مع الأشخاص الذين يجدون صعوبة في الكيف الاجتماعي.

مرحلة حالية: بعد تلك الظاهرة المجتمعية المتمثلة في الاهتمام الأقصى بالذات وتجاوز ألامها للوصول إلى قوانين الانتشاء، حصل تطور علمي سيؤدي لا محالة إلى تقدم كبير في علم النفس و العلاج النفسي: إنه التقدم الهائل في تقنيات التصوير الوظيفي. فهذه التقنيات الحديثة تطبق في استكشاف الدماغ للوصول إلى معرفة مدهشة لآليات التفكير الإنساني وتكوين، قوانين وقواعد الكيمياء الحيوية التي تعطينا فكرة عن أفكارنا المثيرة كفكرة الاعتقاد والرغبة.. الخ. وبالفعل تم تحديد ماهية النظام الحسي الحركي، الانفعالات، (فرح، غضب، حزن)، الحاجيات، سلوكيات التعلم إضافة إلى الوظائف الإدراكية كالذاكرة، الانتباه، الحافزية..

وقد تعمل المقاربة النفسية الإدراكية البيولوجية -عبر فحص ما يجري في دماغنا- على إنهاء أحجية تكوين التفكير والذهيان في شأنها. ما زال الإنسان يتعلم حول نفسه دون أن يغفل التقدم الحاصل في علم الوراثة.

تطور المعارف في علم النفس العصبي الفيزيولوجي أصبح من مصادر التفسير العلمي لأفكارنا ومواقفنا بآليات فيزيولوجية ذات أصل كيميائي إحيائي، فهم جديد للكائن البشري وإذن مقاربات علاجية جديدة.

خلاصة:

في الخلاصة، إضافة إلى النماذج النظرية التطبيقية، التقنيات الإضافية المستخدمة في العلاجات النفسية وهذا النموذج النفسي-الإحيائي-الإدراكي في طور الهيكل، يرى الأخصائيون أن هذه النماذج كلها بما تقدم في مجال معرفة الإنسان سواء في حالته الصحية أو المرضية، عليها أن تتكاتف فيما بينها ولا أن تتجاهل بعضها البعض لأن في النهاية الهدف واحد: التوصل إلى الشفاء، إلى عيش جيد أو أفضل.

النموذج الإكلينيكي النفسي، القديم منذ أكثر من قرن من الزمان، الذي يعتمد على ملاحظة الشخص في حالته المرضية ثم في كلا الحالتين، على التأمل وعلى التجريب، يبقى نموذجاً أكثر حيوية رغم الاعتراف بالعلاجات السلوكية الإدراكية والتقدم الحاصل في استكشافات الدماغ في حالته الفيزيولوجية أو المنطقية، إضافة إلى التحليل النفسي في العمق.

ولقد خطى العلاج النفسي خطوات إلى الأمام بعدما عمل على توسيع دراسة حالة الإنسان النفسية من غير السوية إلى السوية.

وللتذكير بموازاة مع هذا النموذج الإكلينيكي النفسي وما تفرع عنه من تقنيات، تطور منذ خمسين سنة نموذج فلسفي نفسي ذا جذور إنسانية وجوذية مؤسس أيضاً على التأمل وملاحظة الشخص في تفاعلاته مع العالم الخارجي ونظمه مولداً تقنيات علاجية جديدة.

2 - الاتجاهات النظرية في العلاج النفسي

تقابل نوعية العلاج النفسي مقاربة سيكولوجية معينة. والمقاربة النظرية أو الاتجاه النظري نموذج نظري للتدخل العلاجي تم تأسيسه من طرف باحثين وأطباء إكلينكيين مدلين برؤيتهم حول اشتغال النفسية الإنسانية.

وتقتصر هذه المقاربات نوعاً ما تفسيراً للإنسان، شخصيته، تفاعلاته، عواطفه وسلوكياته التي تتبع مبدأً ومنطقاً ما. وتنفرع عن هذه المقاربات تقنيات علاجية متوافقة مع البنية النظرية للمقاربة.

ويوجد عدد كبير من المقاربات العلاجية، منها:

4- أشكال العلاج النفسي

لا يُطرح هذا السؤال بالنسبة للفرد الذي يدخل في إجراء علاجي. عندما يتعلق الأمر بزواج أو أسرة، يكون شكل العلاج نتيجة مباشرة لهذا الأمر. أشكال عديدة متوفرة حسب المشكل المراد حله أو الأهداف المتوخاة.

- العلاج النفسي الفردي

إنه الشكل الأكثر ملائمة عندما ترتبط الصعوبات بما يعيشه الشخص داخليا. قد يكون الهدف المبتغى إعادة ربط الاتصال مع الحياة الداخلية، فهم أحسن للعواطف، التآلف مع أبعاد مازالت مجهولة في التجربة الشخصية، تحديد أو فهم ما لا يشتغل جيدا في حياة الشخص.

للعلاج النفسي الفردي فائدة تقليص فرص الإلهاء: ضغوطات الخارج وترفيهه غير موجودة تقريبا. الوقت متوفر للرجوع إلى موضوع التجربة.

والعلاج الفردي إجراء منتظم (مثلا لقاء في الأسبوع). وهذا يسمح بخطط العلاج النفسي بالحياة اليومية. فالاكتشافات المنجزة خلال اللقاءات يمكن إعادة استثمارها في الأسرة أو العمل، اختبارها وتكييفها بسرعة. كذلك يمكن جلب المشاكل المواجهة في الخارج إلى العلاج مباشرة.

- العلاج الجماعي

إنه الاختيار الجيد عندما تتعلق صعوبات الشخص بما يعيشه خصوصا في علاقة مع الآخرين. قد تكون الأهداف المتبعة تعلم تأكيد الوجود أو الحضور القوي والحي بوجود الآخرين، التعلم جيدا احترام الذات في العلاقات أو مع الأقارب أو أيضا أن يصبح الشخص أكثر مهارة لتأسيس علاقات أكثر ارتياحا.

ثمكّن المعالجة الجماعية من التمرس باختلاف عن ما يمكن أن يعمل به الشخص في الحياة اليومية. يعطي الشخص إذن الفرصة لاكتشاف أصناف جديدة لعيش أكثر ارتياحا. فائدة إضافية: المعالج شاهد على ما يفعله الشخص ويعيش في علاقة مع الآخرين. وهذا يسمح له أن يفهم بسهولة أكبر الصعوبات التي يواجهها الشخص ولمساعدته جيدا في حلها.

كما في العلاج الفردي، يجري العلاج الجماعي حسب وتيرة منتظمة تمكن من إعادة استثمار مباشر لما تعلمه. وبما أن كل ما يحدث يحدث بصفة جماعية، هذا يضمن صلابة قوية للمكتسبات التي حدثت.

- حصص مكثفة

تتركز الحصص المكثفة على موضوع خاص كـ "تأكيد الذات"، "الحياة العاطفية"، الخ. قد تكون حصص مفيدة جدا وجد فعالة إذا رغب الشخص في التقدم في موضوع معين.

توفر الحصص العلاجية مكانا يعطي للشخص الفرصة للتعبير في جو آمن. كالعلاج الجماعي، تسمح بتجريب أشكال جديدة للعيش والتعامل. ولكن على عكس العلاج الجماعي، فهي تجمع أشخاصا لهم انشغالات نسبيا متشابهة. وهذا يسمح بالذهاب بعيدا في مجال معين.

ولأنها مكثفة (مثلا 15 ساعة موزعة على أقل من ثلاثة أيام)، تكون هذه الحصص منشطة خصوصا، إذ تسمح بالتقدم كثيرا نظرا لمفعول التدريب، لكن ينبغي أن لا نغفل الانتباه إلى إعادة استثمار ما تم تعلمه في الظروف الحقيقية للحياة.

- العلاج بالفن

إنها مقاربة علاجية مؤسسة على بعض مبادئ علم النفس والفنون البصرية. وتجري في إطار علاقة علاجية حيث يستخدم إحداث الصور كوسيلة للتواصل الأولي. ويجسد النشاط الفني تعبيراً واعياً ولا واعياً، وهو في حد ذاته عامل علاجي. انطلاقاً من إجراءات فنية (رسوم، ملصقات، فن تشكيلي، نحت...) يعيش المسترشد انفعالات، نزاعات أو يستحضر ذكريات. خلال الحصص، يستطيع الشخص الاستكشاف الشفوي لمجموعة رموزه ومعاني تصويره مع المعالج الفني.

3 - محددات في اختيار المعالج النفسي

ما الذي يجب اعتباره في اختيار معالج نفسي، وما هي المؤشرات التي تساعد على عمل اختيار جيد، التأكد من اختيار الخدمة المرغوبة و تحديد صنف العلاج النفسي الملائم لأهداف الشخص.

عندما يسمح مشكل وجود الشخص، فيلجأ إلى طلب المساعدة، يبدأ المستقبل في الظهور أقل غموضاً بعد القرار.. قبل اللجوء إلى معالج نفسي معين، ينبغي الإجابة عن السؤالين: من يجب أن يذهب عند المعالج؟ وأي نوع من العلاج هو ملائم؟

يخضع اختيارنا للمعالج النفسي الفردي، الزوجي أو الأسري لنوع المشكل الذي نبحث عن علاجه. وهذه مؤشرات عامة للتوجيه في الاختيار.

- الفردي

إنه الشكل الغالب. من الأفضل أن يذهب الشخص بمفرده عندما تكون المشاكل التي تشغله لا تهم مباشرة الأشخاص الذين يعيش معهم أو لا ترتبط معهم. وعندما تورط هذه المشاكل مباشرة أقربائنا، قد نتطلع إلى شكل آخر للاستشارة.

قد يحدث أن لا يرغب الأشخاص الآخرون في الدخول في علاج، من الأفضل إذن الذهاب مفرداً بدل إجبارهم ضداً على رغبتهم.

العلاج النفسي إجراء مُطلب: من المستحب الالتزام به بحافزته قوية.

- الزوجي

للذهاب لدى معالج نفسي زوجي، من المهم أن يتراضى الشركاء على ذلك.

المثالي أن يرغب الزوجان في حل مشاكل يشغلها هما الاثنين. ليس ضرورياً أن يكون لهما نفس وجهات النظر حول الموضوع؛ إذ تدخل هذه المسألة في إطار الإجراء العلاجي.

- الأسرة

عندما يتعلق الأمر بالجميع، آباء وأطفال، الذين يعانون المشكل، من الأفضل اعتماد العلاج الأسري. لكن يحدث غالباً أن يختبأ المشكل الأسري وراء مشكل يظهر أنه فردي بحت.

وهذا هو الذي يحصل في الغالب، عندما يتم العلاج بشأن مشكل مقدم من طرف طفل، نلاحظ أن الصعوبات الواضحة كانت أعراضاً لمشكل أسري لم يتم التعرف عليه.

في أغلب الأوقات، يطلب المعالجون النفسيون للأطفال من الآباء الدخول في الإجراء العلاجي للمساهمة في نجاح التدخل لدى الطفل. فالمعالجون النفسيون للأطفال معتادون على هذه الحقائق.

- الورشة الأسبوعية

عند اختيار معالج و أهداف وطرق تمشي في الاتجاه الذي نريد، نريد من فرص حصولنا على ارتياحنا وإرضائنا.

- ثلاث تيارات فكرية أساسية في علم النفس

التيارات الثلاث المعروفة هي:

1. التيار التحليلي النفسي

2. التيار السلوكي

3. التيار الإنساني

وهذه التيارات معروفة كأشكال متباينة للعلاج النفسي. لنرى ما هي محددات كل منها:

1. التيار التحليلي النفسي

أحدث حوالي 100 سنة من طرف رائده "سيجموند فرويد"، ما زال هذا التيار يسود كثيرا في أوروبا. في كندا، في منطقة الكيبك مثلا، 27% من الأخصائيين النفسيين يمارسون وفق هذا التيار التحليلي مقابل نفس النسبة تقريبا 29%. وهي تضم كثير من مدارس التحليل النفسي، لكن أيضا تنوعا من المقاربات العلاجية، الديناميكية النفسية والتحليلي النفسي.

حسب المعالج التحليلي النفسي، تتكون الشخصية خصوصا عبر تجارب الطفولة، خاصة المكونات في اللاوعي لتجارب مهددة لا يستطيع الطفل تحملها. هذه التجارب تجري خصوصا في العلاقات مع الآباء وتتطور الحلول التي تعتمد على كبت الاندفاعات والانفعالات التي تنفرع عنها.

وهكذا على حسب هذه الرؤية، يوجد مفتاح الأعراض الحالية في التجارب المكونة للطفولة. فغير اكتشاف اللاوعي نستطيع إعادة اكتشاف الأسباب الأولى. وعبر إعادة الاتصال مع تلك القوى الخفية التي تدفع الإنسان للتحرك حسب الفرويديين، يكون من الممكن مراقبتها ومنعها من التحكم في السلوك والتجارب الشخصية.

هدف هذا العلاج هو معرفة وفهم ما يجري داخل الشخص. التغيير الشخصي أو اختفاء الأعراض ليس هدفا في حد ذاته ولكن مفعولا ثانويا أو قد يأتي في طريق العلاج كهدية ليس إلا.

2. التيار السلوكي

تفرع هذا التيار من أبحاث التعلم والتشريط. انطلاقا من اكتشافات حول الحيوانات، أدرك الباحثون السر وراء الأسس التي تسمح بالتعلم والسيان.. وغير فحص البشر بواسطة هذه العمليات، انتهوا إلى الاعتقاد أنه يمكن اعتبار المشاكل والأعراض النفسية كمسائل تعلم إشكالية التي من الممكن استبدالها بمتعلمات جديدة أكثر ملائمة.

بالنسبة للمعالج السلوكي، الأساسي له هو تحديد التفاعلات الواجب إزالتها والتفاعلات الجديدة التي يجب استبدالها. وبعد التعرف الجيد على الهدف المرجو، يكفي إثارة عملية نسيان التفاعلات القديمة وإثارة تعلم التفاعلات الجديدة لحل المشكلة وإزالة الأعراض.

ولا يكثر المعالج باكتشاف الأسباب العميقة للمشكلة، ولكن لإخفاؤه مباشرة وسريعا ما أمكن. لا يهم أن نفهم لماذا بمجرد أن يتم الوصول إلى الهدف. إنه المشكل هو المرمى الوحيد للعمل الذي يسعى لحله بأسرع ما يمكن.

في البداية، كانوا يعتمدون على شكل من التشريط المنهجي للعمل على اختفاء الأعراض. الآن تم إدخال العمليات الذهنية للبحث عن الحلول. لذلك يتم الحديث عن الطرق الإبراهيمية (الذهنية) السلوكية عوض الاقتصار على السلوكية.

تتشابه الورشة مع الحصة العلاجية، لكنها مهيكلة حسب إيقاع أسبوعي. وهذا يمكن من الجمع بين مزايا حصة موضوع معين مع مزايا إجراء منتظم يشجع المشاركين لإعادة استثمار مكتسب في الحياة اليومية. وبما أن الورشة تهم موضوعا محددا، تكون أكثر تنظيما من علاجي نفسي جماعي.

- كفاءة المعالج النفسي

بعد معرفة أي نوع من الخدمات يريد الشخص، عليه أن يجد معالجا نفسانيا كفؤا. وقد تكون بعض الصعوبة للأسف في التمييز بين المهنيين الماهرين والآخرين الهواة. ويشهد على ذلك كثير من المسترشدين. وعلى العموم يعتمد في اختيار المعالج على التكوين المعرفي - التطبيقي والتجربة الإكلينيكية، كما يمكن اللجوء إلى هيئات الأخصائيين النفسيين في حال التردد أو النزاع.

- صنف المعالج النفسي

هناك طرق عدة لممارسة العلاج النفسي. الأمر مختلف عن المجالات الأخرى حيث وضعت عبر ممارسة السنين طريقة مثلى لعمل الأشياء. الطرق اختلفت إلى حد ضيق المختصين والتوقف عن إحصاء عددها منذ مدة طويلة. لكن الاختلافات بين المقاربات العلاجية غير مهمة كثيرا بالنسبة للشخص الذي يرغب في العلاج. تلك التمايزات العلاجية تخص تقنية التدخل والاختيار الذي يتبناه كل معالج الذي يخضع قبل كل شيء لاهتماماته وتفضيلا ته وكذلك لفرص التكوين التي منحتها خلال تعلمه.

بالنسبة للشخص الذي يبحث عن العلاج، إنها النتيجة التي تهم؛ تبقى التقنية التي أوصلت إلى هذه النتيجة ثانوية. كما أنه بالإمكان أن نحصل على نتائج مختلفة وكلها مرغوبة. الواجب اختيار نوع النتيجة التي يريدها كل شخص، وهذه ما يحدده التيار السيكولوجي أو الاتجاه النظري.

ويتم في العلاج النفسي دمج مختلف المقاربات العلاجية في عدد محدود من التيارات الفكرية الكبرى المتجانسة نسبيا. وهذه التيارات محدودة العدد ولا تتحدد بتقنيات التدخل العلاجي كالمقاربات ولكن بالأحرى تعتمد على رؤية فلسفية. فهي تحدد مثلا مفهوما للحياة، للوظيفة الإنسانية، للتغيير لدور المعالج، الخ.

بينما المقاربة (طريقة محددة) هي أسلوب ملموس لتحقيق هذه الرؤية في سياق معين (مثلا لصنف من المشاكل).

إنه هذا التيار الفكري الذي يحدد النتائج التي يحاول شكل علاجي الوصول إليها والشكل الذي يدعى الشخص للمشاركة به. إنه إذن بعد هام في اختيار المعالج لأن له التأثير المباشر على النتائج المرجوة الحصول عليها.

كما في حال عطب سيارة مثلا في الطريق. للأشخاص اختيارات مختلفة. قد يكتفي أحدهم بإصلاح جزئي بغية الوصول إلى الوجهة بأقل كلفة قبل إصلاح شامل. ومنهم من يريد إنهاء مسألة الإعطاب والعمل على إصلاح جذري كامل.

في العلاج النفسي، لا بد من إنهاء المشكل بصفة دائمة. وإن كان كذلك تأخذ الحلول أشكالا مختلفة حسب الأشخاص. والتيارات الفكرية تطابق الاختيارات التي تحدد النتائج التي نرجو الوصول إليها. إنها إذن معيار هام للاعتبار لدى اختيار المعالج لأنها تعطي أجوبة مختلفة لحاجات مختلفة.

وقد كان وراء تفصيل آليات الدفاع عالم التحليل النفسي "فرويد" في بداية القرن العشرين بواسطة طريقته التحليلية التي طورها لفهم اللاوعي، الأنا لكل أصناف الناس.

ومن بين آليات الدفاع الأكثر شيوعاً، نختار عشرة حاضرة في حياتنا اليومية بقوة، لشرحها باختصار: القمع، الإسقاط، التحويل، **صيرورة الشيء** مثالياً، إخضاع التأثير والبكاء، التبرير، قهر التكرار، التعويض، الإنكار، نفي - تكذيب سبب سلوك، الكبت....

الإسقاط: أن نسقط على شخص آخر ما لا نستطيع رؤيته أو تقبله من أنفسنا. أن نتهم الآخر مثلاً بالخداع، بينما نحن من يقوم بذلك؛ أو أن يرمي التلميذ زميله بالغش بينما هو من يقوم بذلك.

التحويل: تحويل مميزات مرغوبة أو غير مرغوبة لشخص معروف على شخص آخر، وذلك دون إدراك منا؛ أن ترى الزوجة في زوجها الأب المتوفى؛ أن ينظر الشخص إلى طفل كأخ في الطفولة.

صيرورة الشيء مثالياً: جعل الفرد مثالياً، اعتباره كاملاً عما هو في الواقع، بغرض عدم مواجهته سريعاً في حال صدر منه ما لا يعجب... مثلاً أن تنتظر المخطوبة - التي طال انتظارها - إلى أول مقدم لها كأعظم شخص منتظر والتصريح له بذلك؛ أن ينظر المرء إلى أول عمل أو مشروع بأنه سيكون مثالياً كاملاً دون حواجز أو صعوبات.

إخضاع التأثير والبكاء: التفسير المنطقي لسلوك لاعتقائي غير مفهوم (قد يتعلق الأمر أحياناً بإعادة تنشيط صدمة فائتة). مثلاً التأثير والبكاء بغزابة لمغادرة صديق وتفسير ذلك بتذكر فيلم حزين (بينما يتعلق الأمر بفقدان عزيز وتذكره في تلك اللحظة). أو الصراخ على طفل وتفسير ذلك بالتعب (بينما قد يكون الطفل نكراً - دون وعي منا - بشخص مزعج وكرهه لدينا).

التبرير: الشرح المطول لسبب فعل هذا الشيء أو ذلك. مثلاً تفسير التلميذ سبب تأخره بإسهاب؛ الاعتذار لرئيس العمل عن عدم الحضور في الوقت المحدد والإدلاء بعذر كثرة الأعباء العائلية والمشاكل..

قهر التكرار: تكرار حركة غير ذات فائدة خوفاً من حادثة أو مشكل مستقبلي (عموماً يعوض هذه الحركة فكرة لاوعية التي تذهب في اتجاه خوفاً). الاغتسال مرات عديدة في اليوم (الفكرة اللاوعية قد تكون أن الشخص يعتبر نفسه قذراً نظراً لأنه قام بأشياء منافية للأخلاق).

التعويض: تعويض نقص إشباع بإشباع آخر لا يليب رغبتنا فعلاً. الرغبة في هجرة البلد بحثاً عن العمل بينما رفض الشخص عروضاً سابقة للعمل ولم يستطع التكيف.. أن تكون لديك الرغبة في سماع خبر سعيد بنجاح أو ترقية، وبدل ذلك تقوم بالتهام طبق كامل من الحلويات وشرب المشروبات الغازية.

الإنكار: إنكار حقيقة شيء بهدف تجنب إحساس صعب التحمل. مثلاً أن ينكر الطفل إيذاءه لقرينه في اللعب والادعاء أنه إنما كان يلعب معه؛ إنكار المخطوبة لمخطوبها لكل علاقة سابقة.

نفي - تكذيب سبب سلوك: نفي العلاقة العاطفية أو الذهنية بين وضعيتين متواجهتين. مثلاً أن يضرب الزوج بيده على الحائط بعدما تخاصم مع زوجته وينفي أية علاقة بين الحدين؛ بعد الرسوب في الامتحان لجأ شاب إلى التخلي عن نفي أن يكون أية علاقة بين ما حدث سابقاً.

الكبت: كبت عاطفة غير مرغوبة، عدم التعبير عنها وأحياناً الانقطاع عن نوع معين من العاطفة أو الذكريات. مثلاً التعرض للضرب والتعنيف في الطفولة وإنكار ذلك وربما نسيانه نهائياً؛ تظاهر زوجة معنفة بعدم تعرضها للضرب من زوجها والتألم في صمت.

3. التيسار الإنساني

كردة فعل على التيارين السابقين قام كل من "كارل روجرز" و"أبراهام ماسلو" في حدود سنة 1960 بإحداث "القوة الثالثة" التي ركزت أساساً على تنمية الإمكانات البشرية. رافضين اعتبار الشخص محدداً فقط بتجاربه السابقة، أرادوا إعطاء الشخص السلطة لتحديد مسلكه في الحياة. ولحل المشكل المطروح اقترحوا معالجة متمحورة حول الشخص.

يعتبر المعالج الإنساني أن على الشخص ذاته أن يكون في قلب الإجراء العلاجي. إنه تفتح الشخص في مجمله الذي هو مرمى العمل الأساسي. فعندما يلجأ الشخص للعلاج كمظهر لصعوبة عيش وفرصة لحل مشكل أساسي تكون نتائجه أكبر فأكثر.

عموماً يعمد المعالج الإنساني إلى دعوة الشخص لتوجيه ذاته لإجراء □□ يقدم فيه انشغاله مع البحث عن توازن أكثر إرضاء. حرية اختيار المسترشد في قلب الإجراء، كقدرته على معرفة حاجاته الحقيقية وإرضاءها.

يرمي المعالج الإنساني إذن إلى تغيير عميق يمس مجمل حياة الشخص. نصيب النتائج اعتياداً أسلوب العيش الشخصي في كل وضعيات الحياة اليومية. يتم التركيز على التجربة الحالية بدل التجارب السابقة.

خلاصة

علينا أن نتساءل ماذا ننتظر من علاج نفسي. بمجرد تحديد واضح للهدف، بإمكاننا تحديد صنف العلاج الذي يناسبنا أكثر.

وهكذا نختار معالجا ذا اتجاه سلوكي، إذا أردنا:

نتائج سريعة ما أمكن.

معالجة نقطة معرفة ومحددة.

دون تغيير شيء آخر قدر الإمكان.

ونختار معالجا ذا اتجاه تحليلي نفسي، إذا أردنا:

فهم أحسن لذواتنا.

اكتشاف أعمق.

رؤية واضحة للقوى التي تحركنا.

فهم أصل المشكل.

وفي اختيار المعالج الإنساني، إذا أردنا:

تغيير طرق وجودنا وعيشنا بصفة هامة ودائمة.

القدرة على عيش مكثف ومفتوح.

اكتشاف طريقة أكثر تفتحاً ليكون الشخص هو ذاته.

تعلم حل المشاكل التي تأتي بها الحياة.

4- آليات الدفاع

إنها مواقف لاوعية تخفي أو تشوه حقيقة. وذلك بهدف تجنب الشخص ردات فعل سلبية ممكنة من طرفه أو من طرف الأشخاص المحيطين به.

وبالمقابل مواقف الشفافية والوعي تدعونا لعدم الخوف أو على الأقل امتلاك قدر كاف من الشجاعة للتعبير عن ذواتنا أو المخاطرة بتحمل الانتقاد والرفض والإقصاء في حال كان أولئك الأشخاص لا يستحسنون فرديتنا.

5- ما هي حاجتنا الإنسانية

قد يبدو السؤال زائدا. لأننا نقول أننا لنا كلنا حاجياتنا ونعرف ما هي. والجواب ليس بهذه السهولة التي تظن. لنحاول البحث عن أجوبة مناسبة.

- جهل وسوء فهم

عبر البحث عن كيف اعتبار الناس حاجياتهم، يلاحظ المعالجون النفسيون الخلط الذي سيود في هذا الموضوع. كما يسيئون فهم ماهية الحاجيات وكيفية تلبيتها.

ربما يحتاج الأمر إلى تربية بهذا الخصوص. لا أحد يرشد في هذا. قد يتحدثون عن الواجبات، الحقوق، كيفية التعامل مع الآخرين، لكن لا يرى داعيا للتحدث عن الحاجيات التي يجب إشباعها للحفاظ على صحة نفسية جيدة. وإذا ما تم تناول الحاجيات الأساسية، فغالبا ما يتعلق الأمر بالحاجيات الفسيولوجية كالجوع والعطش أو إتباع قواعد صحية سليمة.

قد يطلب منك الشرب أو الأكل في أوقات معينة، لكن عندما يتعلق الأمر بالحاجات النفسية وبالعواطف فغالبا ما يتم تجاهل الأمر. يرجع ذلك ربما إلى السياق العالمي الحالي الذي تغطي فيه المادية أكثر على الجوانب المعنوية للإنسان.

- التربية ضرورية

لو لم يتم تعلم القراءة، الكتابة، الحساب، قيادة السيارة أو الطائفة، كيف كان سيكون الحال لإنسان منعزل عن العالم لم يختلط به أبدا. كان الأمر سيكون عليه صعبا جدا طبعاً. لولا الأباء والمجتمع لما استمررنا في تلقي المعلومات واكتساب الخبرات وتعلم المهارات. نفس الأمر ينطبق على الحاجيات وضرورة تعلمها منهجيا وليس بطريقة عصامية صرفة.

قد لا نتلقى هذا التعليم بصفة منهجية، لكن هناك تأثيرات غير سوية لاعتبار هذه الحاجيات.

فأبوانا يحاولون إدخال بعض القيم لنا التي ليست فقط متناقضة مع حاجياتنا بل مع تجاربنا المباشرة.

يطلب من الأبناء التفوق في الدراسة بأي ثمن، أحيانا من أجل التفاخر بالأبناء ضدا على رغبات الأطفال الحقيقية.

قد يذمون التلطف بالألفاظ النابية وهم يقومون بذلك. الأزواج والأبناء يؤثرون على حاجياتنا كذلك ولكن بدافعهم الخاص دون التصريح بذلك.

أية ممانعة من طرف الأب أو الزوج ستكون لها عواقب غير محمودة للشخص؛ أن ترفض شراء الجديد للابن أو الزوجة سيواجه بسلبية وعقاب.

وكذلك يفعل رؤساؤنا في العمل، رؤوسنا وجيراننا. يعملون على الابتزاز العاطفي لنا لإرضائهم رغما عن حاجياتنا.

مع الجيران أو مع الزملاء في العمل، قد نتنازل عن حاجياتنا من أجل أن لا نغضبهم؛ أن ندع ابن الجيران يصدع رأسنا بقذفة الكرة على حائط المنزل، أو أن لا ننافس زميلنا في العمل في ترقية أو مكافأة، أن نزيد من عدد الساعات الإضافية دون مقابل لإرضاء المدير بل وحتى القيام بواجبات غير إدارية لصالحه... الخ. هذا الخوف من ردات فعل الآخرين ينسبنا حاجياتنا.

و لا تتناقض مع تعاليم الدين في هذه المسائل، بإمكاننا إرضاء حاجياتنا، تحقيق رغباتنا وإنجاز مصالحنا في توافق مع الدين ومبادئه.

ما يحدث أننا نتصرف وفقا لقواعد وحاجيات الآخرين. بعبارة أخرى هناك تصارع وتنازع في المصالح بين الناس. كل واحد يريد أن يفرض حاجاته ورغباته. ليست التربية وحدها هي المسؤولة عن هذا التنازع، هناك رهانات واستراتيجيات ما بين شخصية مسببة لذلك كذلك.

- التمييز والتفريق

بين الرغبات، النزوات، الاندفاعات، الأشياء المفضلة، المتمنيات، الأدواق، النقص، الضروريات، الحقوق، الأحلام، التطلعات وكذلك الأهداف، الطلبات والمطالب.

يبدو أن الأمر يحتاج إلى تنظيم نظري أو تصميم لهذه الحاجيات.

ولا بأس أن نبدأ بالتصاميم المعروفة.

فقد أحدث الأخصائيون النفسيون نظريات لتنظيم هذا البعد في تجاربنا. من أشهرها ثلاثة ذات اتجاه إنساني.

- تسلسل الحاجيات حسب ما سلاو

تكم أهمية هذه النظرية في مساعدتنا لفهم الميل الإنساني لتحقيق الذات.

وترتكز على مبدأ أساسي بسيط:

الحاجيات الأساسية مرتبطة بالبقاء (حافز النقصان).

والحاجيات الأكثر تقدما تهم الارتياح والتفتح الشخصي (حافز النمو).

وللحاجيات الأساسية الأسبقية دائما على الحاجيات المتقدمة (واضح أنه علينا البقاء أو لا قبل الاهتمام بالتفتح الشخصي).

ولقد اشتهر هذا المفهوم كثيرا ووجد تطبيقاته في التربية، التسويق، التدبير الإداري، التمريض... الخ إضافة إلى علم النفس.

الحاجيات الفسيولوجية (أكل، شرب، تنفس، الخ) مرتبطة مباشرة بالبقاء. يجب الحصول على قدر أدنى من الإشباع للبقاء على قدر الحياة. أي نقص في هذا الصدد يصبح أولوية.

والحاجيات المرتبطة بالأمن (الاستقرار، النظام، الحدود، الحماية، الخ) هي أيضا مرتبطة بالبقاء وإن لم تكن ذات مستوى فيزيائي.

الحاجتان التاليتان هما من صميم الحياة الاجتماعية وتتعلق بالبحث عن الارتياح.

حاجة الانتماء (حب صداقة، علاقات مودة والانضمام إلى مجموعة) تسبق الحاجيات المرتبطة بالتقدير (الاحترام، الاهتمام، استحسان الآخرين، التقدير الذاتي، الكفاءة، الحرية، الخ).

في كلا هذين الحالتين، الرهان ليس البقاء الفيزيائي، ولكن الارتياح، الصحة والحيوية النفسية.

وبعكس الأصناف الأخرى، حاجة التحقيق الذاتي لا يتم تحسبها عن طريق نقص ولكنها حاجة تستمر في الكبر كلما عملنا على إشباعها. إنها الرغبة في استثمار أقصى للإمكانات، البحث عن التناسق، الحق، العدل، المعنى، الودعانية، الإبداع، الخ. بحيث عندما ننعشه لا ينتهي أبدا.

- التصنيف ما بين الشخصي حسب شولتز

تبحث نظرية "وليم شولتز" - اتجاه العلاقات ما بين الشخصية الأساسية - تحديد الحاجيات التي تدفع البشر للدخول في علاقة مع الآخرين. وهو يميز ثلاثة أصناف: حاجات الانتماء، المراقبة والمحبة.

صحيح أن كل صنف يوجد لدى كل شخص، لكن الأهمية النسبية لكل واحد تختلف من شخص لآخر. وهذا ما يمكن من التعرف على مجموعة الأشخاص على حسب نوعية الحاجات التي يحاولوا أساسا إشباعها في علاقاتهم.

لكن تبقى أسئلة كثيرة معلقة لتمييز وتقييم الحاجات الخاصة. كيف التمييز بين الحاجات الحقيقية والتي ليست حاجات وكيفية تحديدها؟ لذلك ينبغي الإجابة على مجموعة من الأسئلة الأساسية حول ماهية الحاجات:

- ما هي أهم المحددات التي تسمح بتحديد حاجة؟
- هل يجب إشباع جميع الحاجات؟
- هل الحاجات فطرية أو مكتسبة (متعلمة)؟
- كيف نحدد حاجة نفسية؟
- كيف نميز بين حاجة، طلب وضغط؟
- ما الذي يميز بين الحاجة ووسيلة إشباعها؟

6- التنمية الذاتية مثال إجراء علاجي

هناك طرق عديدة للقيام بالعلاج النفسي، منها التنمية الذاتية (ذات الاتجاه الإنساني) التي تطورت منذ عشرين سنة من طرف الأخصائيين النفسيين "جون غارنو" و"ميشيل لاريفي"، وهو علاج نفسي معترف به من طرف هيئات الأخصائيين النفسيين في بعض الدول.

ما هي الأهداف، المبادئ، استراتيجيات التدخل؟

- هدف رئيس: تنمية الشخص.

مبادئ أساسية ما الذي يؤدي إلى مشاكل هامة؟ الخوف، القلق، الإجهاد، التام، الاكتئاب، الأرق.

سوء استعمال عواطفه، عدم تقدير الذات (اعتبار حاجيات. إن لجسدك عليك حقاً، إن لنفسك عليك حقاً... حدود)، في العلاقات الحميمة، في العمل.

بما أننا نعتبر رداً أفعالنا كأعراض، تتم معالجتها كمدخل لمعالجة الصعوبات التي كانت سبب المشكلة، فالهدف ليس فقط القضاء على المظاهر التي ستختفي أسبابها ولكن يتم تزويد الشخص بوسائل لتجنب السقوط مرة أخرى. سيعرف الشخص ما عليه فعله لتجنب حصول الصعوبات وماذا فعل لكي تظهر تلك الأعراض المرضية. هذه "سعيدة"، دائماً قلقة، ومنذ مدة تصيبها أزمات هلع ورعب. وقد اكتشفت في العلاج أنها أصبحت قلقة لأنها تقوم بتطبيع رداً فعلها العاطفية. فقد اعتادت أن تحدث نفسها "ليس هذا خطيراً، هناك ما هو أسوأ" وهكذا تقوم بكبت وحبس عواطفها.

وبعد ما استأنست بعواطفها وتعلمت التعبير عنها، أصبحت قلقة أقل فأقل وتوقفت عن رؤية أزمات الهلع - الخوف. إضافة أنها اكتسبت عادة جديدة: عندما تحس أنها ستصبح قلقة، تبحث مباشرة عن ردة الفعل التي كبتها مؤخراً. فقد تجهزت إذن لإعادة التوازن وتجنب تفاقم حالة القلق إلى حد أزمة الهلع.

يمكن اعتيادياً اعتبار المشاكل التي تدفع لطلب العلاج كصدمات إنذار لذاتنا لدعوتنا بقوة لحل مشكل أساسي يمنعا للاستفادة القصوى من حياتنا. وبهذا الشكل قد يصبح المشكل فرصة للنمو، لتحسين نوعية الحياة.

بالطبع، بإمكان المعالج مساعدة الشخص لتحديد الأهداف، لكن إليه ترجع مسؤولية تحديد الأهداف المتبعة. قد يقترح المعالج تمارين، قراءات وطرقاً لعمل الأشياء، لكن إليه ترجع دائماً السلطة لقبول أو رفض، لمحاولة ذلك أو لتبنيه نهائياً.

فحاجة الانتماء هي التي تدفعنا للارتباط بمجموعة للسعي للدخول ضمن مجموعة من الأشخاص، أن تكون عنصراً معترفاً به من الجماعة. وحاجة المراقبة تدعونا لمحاولة التأثير على الآخرين التي نحتك بها، للرغبة في عمل فرق في محيطنا، للرغبة في أن تكون لنا الكلمة في ما يجري.

أما حاجة المحبة فتعني تأسيس علاقات ذات أفضلية، متميزة بالخصوصية والحرارة. إنها الحاجة في أن نحب وأن نُحَب كما هو الحال مع أزواجنا، أطفالنا وأصدقائنا الحميمين.

ويظهر كذلك أن هناك تسلسلاً يربط بين هذه المجموعات الثلاث من الحاجات. ستكون حاجة الانتماء هي الحاجة الأولى التي تبرز وهي الأكثر أساسية لحياة سليمة. ستأتي بعد ذلك حاجة المراقبة بعد أن تم إشباع الحاجة الأولى، وتأتي أخيراً حاجة المودة التي تفرز نضجاً كبيراً للشخص أو العلاقة.

- أنواع التحويل حسب "لاريفي"

حسب عالمة النفس الكندية "ميشيل لاريفي"، نميز بين ثلاث أصناف من العلاقات التحويلية. كل صنف يحدد باكتساب قدرة معينة، أن تعيش بعد حياة نفسية لإشباع الحاجة الأساسية التي تمتلكها.

حق الوجود مرتبط بالحاجة لأن تكون محبوباً دون استحقاق بفضل أداء معين. أن تكون محتضناً من طرف أباء مهتمين يمثل نموذجاً لهذا الإشباع. تجربة من هذا النوع تسمح للشخص بالدخول إلى العالم مفتعلاً أنه محبوب وأنه يستحق أن تتم معالجته بحب.

الحق في هوية مختلفة مرتبطة بالحاجة للتأكيد والاستقلالية. تتعلق بالقدرة على تأكيد ككائن مستقل دون فقدان حب الأشخاص المرتبط بهم. يتمثل نموذج هذا الإشباع في استحسان الآباء لمبادرتنا وإنجازاتنا رغم كوننا مختلفين في الاختيارات. الرهان الأساسي لهذا المكتسب هو الحق أن تكون كما أنت وأن يتم تقديرك.

الحق في هوية جنسية مرتبطة بالحاجة لأن تحب ولأن تُحَب ككائن جنسي راشد. المبتغى هو التقدير الذاتي كشريك جنسي محبوب. أن يتم استحسان الشخص والرغبة فيه باحترام كجنس مختلف... النتيجة دائماً أن تحظى بحياة جنسية وودية مشبعة.

كما في المفهومين السابقين، مستويات التحويل هذه تحتوي أيضاً تسلسلاً خاصاً: كل المستوى التالي يعتمد على إنهاء أمر المستوى الأول. فالهوية المتميزة تقتضي المخاطرة بفقدان علاقة الاحتضان التي تمنح الحق في الوجود. وكذلك الهوية الجنسية تعتمد على الحق في كون الشخص فرداً مميزاً، لكنها قد تعقد المسألة بجلب شريكين جديدين إضافة إلى الآباء المجودين.

استنتاجات

تدخل هذه المفاهيم الثلاث في إطار التيار الإنساني لعلم النفس. وفي هذا يمكن تأكيد مصداقيتها على ضوء التجربة الشخصية لكل أحد.

كما تقدم هذه المفاهيم تسلسلاً في الحاجيات. يجب إشباع حاجات قبل أن نتقدم أخرى لتحل مركز الاهتمام للشخص. وهذا التسلسل جد هام إلى حد تحديد مستوى تنمية الفرد من وجهة نظر الحاجات الأساسية. الحوافز الأساسية لشخص ما تسمح بتحديد مساره فيما يخص نموه. مثلاً حوافزه للدخول في علاقات مع الآخرين تسمح بكشف نوعية تطوره الشخصي المتبادل. كما أن التحويلات التي تظهر في علاقاته الهامة في مرحلة معينة من حياته محددة جداً للمساهمة في تشخيصه وإعطاء نظرة سليمة لتطور استقلاليته الشخصية.

2. المرحلة مقتنعة بمعالجة تقضي التجهيز بالآليات. تجهيز جلييلة

لبلوغ هدفها. لنذكر أنها مجهزة سابقا لبحث علل مشاكلها. عليها في المستقبل أن تعطي الاعتبار لعواطفها لتحديد ما يؤدي إلى المشكل. على المعالج الآن الاهتمام بما يسبب الفتور في العزيمة لدى جلييلة. فردة فعلها هذه تعلمنا عن حاجة لديها لذا ينبغي معالجتها.

فهي تخاف أن تعبر عن عدم اتفاقها مع الآخرين، وتجد صعوبة في تجاوز ذلك. يبدئ المعالج معها تدريجيا، فبدل أن تقول في البداية أنها متفقة مع ما هي غير متفقة في قرارة نفسها، تلتزم الصمت ولا تبدي أي رأي. شيئا فشيئا تتقدم أكثر. وكلما حاولت أكثر كلما كسبت مزيدا من الصلابة. تناقش أو تثير مسائل حول عملها في الفريق، تبدي تحفظها حول بعض التدخلات وأخيرا تقاها بأن زملائها يستحسنون تدخلاتها وآراءها. وهكذا خلال شهر من التدريب بدأت تحس المتعة في احترام ذاتها و التشبث بأراءها.

3. مفعول العمل العلاجي

الآن جلييلة مقتنعة بما يفعل الإجراء العلاجي، فقد اختفى الإرهاق والكآبة وإن كانت ترجع من حين لآخر، إلا أن جلييلة تعرف كيف تتصرف في الأمر. تحاول التعرف على ما يسبب لها ذلك المفعول ثم تتخذ الوسائل لمعالجته. تعرف أن الأمر أصعب مع رئيسها أكثر مما مع زملائها، لكنها مجهزة لتطوير مهارتها للتعبير عن عدم توافقها مع الآخرين.

لقد ساعد العمل العلاجي على تطوير مهارات لتكون في الاستماع إلى ردات فعلها الانفعالية، لفك رموز انفعالاتها، أن تعبر عن معارضاتها، أن تقدم وتدافع عن أفكارها، أن تفاوض دون نسيان حاجياتها الهامة...

المراجع

1. Psychothérapie : 100 réponses pour en finir avec les idées reçues.

2. Pourquoi la psychothérapie ? Serge Ginger, Psychologue, France. Fondements, méthodes, applications. Par la Fédération Française de Psychothérapie. Sous la direction de Tan Nguyen. Préface de Serge Ginger et Michel Meignant.

3. Devenez votre propre thérapeute Ginette Plante, Psychothérapeute et formatrice, Québec, Canada.

4. Moi aussi... Moi plus! Yvon Dallaire

5. L'Art-thérapie : un processus de transformation Edith Viarmé, art-thérapeute

6. La psychanalyse à l'écoute de soi Chantal Calatayud, psychanalyste

Comprendre la psychanalyse Chantal Calatayud, psychanalyste

7. Thérapie Conjugale Brève. O'HANLON HUDSON P., O'HANLON W. H

- المعالج "مدرب" بدل "مسهل للأمور"

لو كنت مرشدا للطيران لن أقترح على الطيارين الأجواء والتمارين السهلة فقط، بل سأدربهم على الوضعيات الصعبة لتعلم تجاوز الصعوبات. نفس الأمر بالنسبة للمدرب، الذي يساعد عميله على التعرف على ما يعمل 'أو لا يعمل' للحصول على نتائج جديدة. يدعمه أيضا في تجاربه، في نجاحاته وفشله.

- ظروف علاجية مشابهة للحياة الحقيقية

لا يمكن إنكار صعوبات الحياة الحقيقية في العلاقة العلاجية.

هذه "خولة" تريد أن تحدث معالجها عن موضوع معين لكنها تخاف أن تُخيب معالجها. لقد تعودت على فرض "رقابة على نفسها" لتجنب إحباط الآخرين. وقد كان معالجها ذكيا، لم يطمئن لها لتحدث كما تشاء في بيئة آمنة (العيادة النفسية)، ولكن أراد منها أن تتعلم الحديث في كل الظروف، في الحياة الحقيقية.

حماية المعالج من هذه الأخطار، يكون حرمانه من فرصة امتلاك القوة لتخطي ما يمنعه من العيش بحرية.

عبر مثال إجراء علاجي و التقدم التدريجي - ل"جلييلة" سنتعرف بالملاموس على الخصائص المختلفة للتنمية الذاتية.

جلييلة مؤطرة تربوية في مدرسة ابتدائية، 32 سنة وهي في أزمتها المرضية الثانية. بعد غياب ثلاثة شهور تستعد للرجوع للعمل. إلا أنها غير متحمسة ولا تدري ما ذا تفعل للخروج من المأزق، فأتجهت لمعالج نفسي خبير في التنمية الذاتية.

1. تحديد المشكل يبحث المرشد مع مسترشده-مستشيريه سوية الطريق-الدرب الذي أخذته للوصول إلى حالة الإجهاد التام. عمل لا يستجيب لتطلعاتها؟ عدم احترام لحدودها؟ صعوبة في التكيف في علاقتها مع زملائها؟ من الهام تسجيل أنه لا يوجد سبب فريد ينطبق على كل شخص يعيش الإجهاد، ولكن يتعلق الأمر لكل شخص بسبب أو مجموعة أسباب معينة. يجب إذن ألا تحديد الصعوبة التي سببت المشكل.

ومن أجل ذلك يلجأ المرشد إلى استقصاء العلامات التي تساعد في العواطف في العمل التي تعيشها جلييلة: عندما تكون وحيدة في المكتب، مع زملائها، مع مديرها، في طريقها إلى العمل، عند عودتها إلى المنزل، الخ أدركت جلييلة أن عواطفها تكون مكثفة وغير مرغوبة خصوصا عندما تكون مع زملائها أو رئيس عملها. بينما تحس بالارتياح، وتكون متحمسة بالخصوص، وحدها في المكتب.

في الأوقات التي تعمل وحدها، لا مشكل حينئذ لديها. وبالمقابل، عندما تشغل مع فريق، إنه الخوف والفرع وأحيانا الدوار.

وبعد مواصلة التقصي، أدركت أيضا جلييلة أن سوء حالها يحدث في الضبط في وضعية خاصة: عن اختلاف مع زملائها في الاجتماع، حيث تكون غير متفقة مع القرارات التي يتخذونها خلال الاجتماع فتكون مكرهة للقيام بعمل لا تتفق معه. وهكذا يؤدي بها الإحباط المتكرر في عملها إلى حد الإجهاد التام... والحال طبعاً لم يكن في أخذ العطل المطولة والابتعاد عن مصدر القلق، فحين العودة، نفس الظروف ونفس الانطباعات مما يؤدي إلى نفس الأعراض.

بعد التعرف على المشكل، ينبغي إيجاد وسيلة لمعالجتها. من الواضح أن على جلييلة تأكيد حاجياتها أمام زملائها. صحيح أنها مرتاحة لإيجاد سبب المشكل ولكنها أيضا مترددة أمام ضخامة المهمة لمواجهة زملائها. على أي لقد تعبت من هذه الوضعية وهي عازمة على وضع حد لذلك.

تحليل المؤشرات اللغوية للخطاب الهذيانى عند الفصامي

بوفولة بوخميس - علم النفس - عناية "الجزائري"

boufoulab@yahoo.fr

المقدمة : تحاول هذه الدراسة المعنونة بـ: "تحليل المؤشرات اللغوية للخطاب الهذيانى عند الفصامي" التطرق إلى أهم الاضطرابات اللغوية التي تظهر عند المرضى المصابين بالفصام .

والفصام يتميز عن غيره من الأمراض العقلية الأخرى (الذهانات) بثناء أعراضه خاصة اللغوية حتى قيل أن الفصام "مرض المخ" (Maladie du cerveau)، ومرض اللغة والتعبير (Maladie du langage et d'expression) .

المريض له يقين تام بصحتها. ويعرف الفصام خاصة بظهور تناثر التفكير (syndrome de dissociation) في الميادين الوجدانية والذهنية والسلوكية (الحركية).

فعلى الصعيد الوجداني يلاحظ عند الفصامي لا مبالاة وجدانية وسلبية، ونكوص نزوي-وجداني واضطراب في العلاقات الاجتماعية. وعلى الصعيد الذهني توجد اضطرابات في التداعيات حيث تصبح تداعياته غامضة كما يضطرب مجرى التفكير فيصبح فوضوي وغامض ومقطع وتظهر أيضا اضطرابات في اللغة .

وعلى الصعيد السلوكي يظهر التناقض (Ambivalence) ويعني أن المريض يميل في آن واحد إلى تقبل المظاهر السلبية والموجبة لمختلف الأفعال النفسية⁽¹⁾.

ويتميز الفصامي أيضا بأفكار هذيانية وهي عبارة عن اعتقاد ويقين خاطئ يستلزم منه تقديم تفسير لإدراكاته وتجاربته² وقد يكون لهذه الأفكار الهذيانية مضامين متنوعة كالاضطهاد والعظمة والتملك وأفكار دينية وجسدية وأفكار المرجعية (idées de référence) حيث يحس الفصامي في هذه الحالة أن الأشياء موجهة له شخصيا مثل الإيماءات والتعليقات أو بعض فقرات الكتب والجرائد وبعض الأغاني (chants lyriques) وبعض إشارات المحيط (signaux de l'environnement)³.

لقد اهتم العلماء بدراسة خطاب الفصامي باعتباره المكان المفضل لظهور الاضطرابات اللغوية للمتكلمين وكما أن الخطاب يعبر عن الفكر. إن دراسة السلوك اللغوي (comportement langagier) عند الفصامي بينت وجود اضطرابات لغوية عديدة تعبر عن مختلف أعراض الفصام.

لقد ظهرت عدة مقاربات للفصام منها الطبعية والتحليلية والمعرفية. فقد رأى أصحاب المقاربة الطبعية أن اضطرابات اللغة عند الفصاميين دليل (تعبير على اضطراب التفكير عنده وبالتالي تساعد هذه الاضطرابات في تشخيص الفصام ومن أقطاب هذه المقاربة "إميل كرايبلن" (E. Kraepelin) الذي أطلق وصف اللغوي (schizophasie) على مجموع اضطرابات اللغة عند الفصامي يعني هذا العصف للغة غير المنسجمة¹ كما رأى "كرايبلن" أن الفصامي فقد القدرة على التنظيم والترتيب المنطقي لأفكاره³ كما نجد أيضا "إيجاد بلولر" (E. Bleuler) الذي أشار في سنة 1911¹، إلى فقدان التداعيات عند الفصامي وأعتبرها انعكاس

1- دوافع اختيار البحث

من بين دوافع اختيار هذه الدراسة نجد ما يلي :

* شيوع الفصام حيث يعد الفصام من أكثر الذهانات (الأمراض العقلية) شيوعا في المجتمع الجزائري، إذ نلاحظ داخل المصحات والمستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية أن نسبة كبيرة جدا من المرضى العقلين هم فصاميون .

* ظهور المرض في مرحلة هامة من النمو : حيث يصيب نسبة كبيرة من الشباب مما يجعله موضع اهتمام من طرف مختلف مؤسسات المجتمع (مؤسسات التنشئة الاجتماعية ومؤسسات التكفل).

* تميز لغة الفصامي : حيث تحتوي لغة الفصامي على خصائص تميزها عن لغة المرضى العقلين الآخرين ومن أهم هذه الخصائص: الغرابة، الابتكار والتنوع والتباين والكثرة .

* تزايد الاهتمام بموضوع الفصام : حيث ظهر اهتمام متزايد بالفصام في مختلف الجامعات ومراكز البحوث ، إن إبحار بسيط على الشبكة العنكبوتية العالمية يؤكد ذلك.

* تنوع مقاربات الفصام : تعدد مقاربات الفصام مما أثرى الموضوع ، فقد يقارب لسانيا أو براغماتيا ، أو معرفيا أو بيولوجيا أو نفسيا أو اجتماعيا .

* فائدة لغة الفصامي في التشخيص: تعبر اللغة عند الفصامي عن مختلف الاضطرابات الأخرى (معرفية، لسانية، نفسية....) مما يجعلها عنصرا لا غنى عنه في التشخيص ، ولما يخلو كتاب في الطب العقلي أو علم النفس المرضي أو التصنيفية المرضية من ذكر اضطرابات اللغة ضمن عناصر التشخيص مثل دليل DSM-4-TR وغيره .

2- أهداف البحث

- دراسة الاضطرابات اللغوية التي تظهر عند الفصام الهذيانى .

- محاولة تفسير هذه الاضطرابات وربطها بالعرضية الإكلينيكية (Symptomatologie clinique)

3- إشكالية البحث

الفصام ذهان مزمن يصيب الإنسان خاصة في مرحلة المراهقة وهو الأكثر شيوعا ضمن الذهانات الأخرى : الخلوية ، والبارانويا والاكنتاب، ويتميز الفصام بظهور هذيان يتكون من أفكار غريبة وخاطئة لكن

- هل يخطط الفصامي لفعله ويعالج السياق الدلالي بصورة سوية ؟
- كيف يعالج نواياه ونوايا الآخرين ؟
- وهل يضطرب عنده الانتباه الانتقائي Attention Selective ؟
- 5- الفرضيات:**

- 1- **فرضية عامة أولى:** يعاني الفصامي من اضطراب في الخطاب
- 1-1 **فرضية إجرائية 1:** يعاني الفصامي من فقر الخطاب
- 2-1 **فرضية إجرائية 2:** يعاني الفصامي من خطاب غير منظم (Discours) désorganisé
- 3-1 **فرضية إجرائية 3:** يعاني الفصامي من فقدان للبعد التصوري للغة
- 2- **فرضية عامة ثانية:** يعاني الفصامي من اضطراب في تخطيط الفعل ومعالجة السياق الدلالي
- 1-2 **فرضية إجرائية 4:** يعاني الفصامي من عجز في بدأ الفعل القصدي
- 2-2 **فرضية إجرائية 5:** يجد الفصامي صعوبة في معالجة السياق الدلالي
- 3-2 **فرضية إجرائية 6:** لا يعالج الفصامي نواياه الخاصة به
- 4-2 **فرضية إجرائية 7:** لا يعالج الفصامي نوايا الآخرين
- 3- **فرضية عامة ثالثة:** يوجد عجز عند الفصامي في القدرة الإنتباهية
- 1-3 **فرضية إجرائية 8:** يوجد اضطراب في الانتباه الانتقائي عند الفصامي
- 6- خطوات الدراسة:**

لقد أجريت هذه الدراسة في ثمانية فصول :

فبعد استعراض مشكلة البحث ومنطقاته ،عالج الفصل الأول المقاربة العامة للفصام حيث عُرِضت فيه مختلف تعاريف الفصام (schizophrénie) والهذيان (Délire) والهلوسة (Hallucination)... الخ كما تناولنا فيه ايبيدميولوجية وطرق تشخيص الفصام حتى تساعدنا على معرفة الفصام واستخراج أعراضه اللغوية. كما عُرِضت أهم تصنيفات الفصام حتى نتمكن من تمييز نوع الفصام الذي تكون فيه الاضطرابات اللغوية أكثر شيوعا.

وفي الفصل الثاني والثالث أجريت مقاربة بيولوجية ومعرفية للفصام، أما الفصل الرابع فقد عالج أربعة مظاهر من مظاهر النشاط العقلي عند الفصامي وهي الهذيان والهلوسة والتفكير والخطاب. أما الفصل الخامس تطرق عبره الباحث إلى التعريف بالاضطرابات اللغوية التي يعاني منها الفصامي وذلك وفق مقاربتين برغماتية معرفية ولسانية.

وفي الفصل السادس عرض الباحث أهم الدراسات والبحوث السابقة التي كان موضوعها مظهرا من مظاهر اللغة عند الفصامي. أما الفصل السابع فقدم من خلاله الباحث الإطار المنهجي للبحث والذي تضمن المنهج والحدود المكانية والزمنية والبشرية (مجموعة البحث) والأدوات التي استعملت في هذه الدراسة . وخصص الفصل الثامن لعرض النتائج وتحليلها، حيث فُرِغت المعطيات وصُنِّفت الاضطرابات ، وأختبرت الفرضيات ، وأخيرا حُلَّت النتائج تحليلًا عامًا.

وفي الأخير أنهيت الدراسة بخاتمة ومقترحات ومراجع وملاحق وملخصات بالعربية والفرنسية والانجليزية .

7- المنهج والأداة وعينة الدراسة

لقد طبق المنهج الإكلينيكي على 10 حالات تعاني من الفصام متواجدة بمستشفى الرازي للأمراض العقلية بعنابة، ولقد طبقت عليهم أداة صممت

غير مباشر لاضطراب مجرى التفكير. كما رأى "بلولر" أن كلام الفصامي هو تعبير عن أفكار مرتبطة بطريقة غير منطقية لتكوين فكرة جديدة² وانتقد أصحاب هذه المقاربة كون اضطراب التفكير لا يوجد فقط عند الفصامي بل يوجد أيضا عند المهوس (Maniaque) وذهانين آخرين.

ورأى أصحاب المقاربة التحليلية وخاصة المحلل واللساني الفرنسي "جاك لاكان" (J. Lacan) أن كلام الفصامي يشهد انزلاقا مستمرا على صعيد السلسلة المدلول عنها (glissement incessant de la série signifiée)، ويظهر المريض كأنه يهرب من العالم الواقعي ليلجأ إلى عالم خاص به وهو عالم خيال تصبح فيه الكلمات دلالة لا يدركها إلا هو ، واعتبر أصحاب المقاربة المعرفية أن اللغة هي المكان المفضل لتظاهر الاضطرابات المعرفية عند الفصامي، لقد بينت البحوث التي أجريت على اللغة عند الفصاميين أن لا واحد من المكونات الأساسية للغة مصاب بشكل خاص لكن مهما كان المستوى اللغوي (حصيل لغوية، نحو، دلالة، براغماتية) يلاحظ اضطراب في الأداء اللغوي (performance) وليس في الكفاءة اللغوية (competence). ولقد اقترح شابمان ومن معه (Chapman et al) سنة 1976، فرضية مفادها أن الفصاميين يعانون من اضطراب في معالجة السياق الدلالي (contexte semantique)، حيث يسود عنده المعنى الغالب (sens dominant) للكلمات الغامضة دون ربطها بسياقها التي توجد فيه.

لقد قامت الباحثة "أندرياسن" (Andreasen) سنة 1979 بتصميم سلم لقياس اضطرابات اللغة عند الفصاميين والهوسيين متشابهة، حيث تظهر عند والاتصال" ويرمز له بالحروف اللاتينية TLC الثلاثة ومعناها (Thought, language, and communication scale) ويحتوي هذا السلم على 18 بند (Items) وتوصلت إلى أن الفصاميين يتميزون بكلام مقتضب وفقر واضح في مضمون كلامهم .

لقد انتقد سلم TLC لأنه لا يميز بين مختلف المرضى فقد أظهر مثلا أن الاضطرابات اللغوية عند الفصاميين والهوسيين متشابهة، حيث تظهر عند كليهما اضطرابات في التفكير وعدم إنسجام الكلام، ويشير "فريث" (Frith.1992) و"يدلوكر" (Widlöcher 1989) ، أن الفصامي يعاني من اضطراب في تكييف الفعل مع سياقه، وهما بذلك يتبنيان وجهة نظر "شابمان".

ونظرا للتنوع الفصام تختلف اضطرابات اللغة لأن هذه الأخيرة تترجم أعراض الفصام المختلفة. فإذا كان الفصامي منتجا (schizophrène productif)، أي تظهر عنده أعراض الزيادة حيث يظهر في لغته ربط غير منطقي للأفكار والرموز، وترتبط الأفكار فيما بينها بواسطة كلمات متناغمة لكن لا معنى لها، أو بواسطة تداعيات غير منسجمة تسمى "السلسلة اللفظية" (salade verbale)⁵ وإذا كان الفصامي عجزيا (schizophrène déficitaire) ظهر عند المريض فقر في اللغة حيث تختزل في أجوبة قصيرة وفارغة لنقص في القدرات المعرفية.⁶

وإن كان الفصامي تخشيبيا (schizophrène catatonique) ظهرت عنده البكمية (Mutisme) وإن كان شبه عظاميا (schizophrène paranoïde) ظهرت عنده أفكار هذيانية يكون مضمونها الاضطهاد والعظمة والغيرة، وإن كان غير منظما لوحظ عليه عدم انسجام في تفكيره وعدم ظهور الأفكار الهذيانية عنده.⁷

4- تساؤلات البحث : يمكن صياغة الإشكالية على شكل أسئلة وهي كالتالي:

- ما هي الاضطرابات التي يعاني منها خطاب الفصامي ؟
- هل يضطرب مجرى تفكيره؟ وهل يعاني من فقر الخطاب ؟ وكيف تكون التداعيات عنده؟ وهل يفقد البعد التصوري للغة ؟

إن الإنتاج الخطابي (Production discursive) يستدعي تصور الشخص لمعنى فعله (لهدف منه)، ومعالجة الوضعية سياقياً، وإعطاء مضامين عقلية وانتباهية للآخر (نظرية العقل) بغية تكييف خطابه مع هذا "السياق". يتمثل تصور الهدف، على الصعيد اللغوي، في المعنى الذي ينتجه أو يهدف إلى إنتاجه، إن اضطراب إدراك الفصامي للغاية المقصودة من أفعاله قد يكون مصدر لاضطرابات الاتصال عنده. إن الارتباط بين "وضوح الفعل" (Clarté de l'action) والقدرة على الاتصال (Capacité à la communication)، هو ما يجعل أي اضطراب في السيرورات المسئولة عن تسيير الأفعال والنوايا يؤثر على القدرة على الاتصال عند الفصامي.

لقد ثبت علمياً أن الاضطرابات المعرفية جزء من الفصام وهي ترتبط بالعجز الوظيفي فيه (Déficit fonctionnel)، فالأعراض السالبة (Symptômes négatifs) مرتبطة بنقص الكفاءات الاجتماعية والوظيفية. لقد لاحظ الباحثون أن الاضطراب المعرفي غالباً ما كان مرتبطاً بالأعراض السالبة للفصام فقط، أي أنه لم يجدوا ارتباطاً بين الأعراض الموجبة للفصام والاضطرابات المعرفية فيه. وفي الأخير وجدوا ارتباطاً بين الأعراض السالبة والموجبة مع الاضطرابات المعرفية.

إن التعاون بين مختلف العلوم النفسية: خاصة بين "علم النفس المرضي"، و"علم النفس المعرفي" و"علم الأعصاب النفسي"، كفيلاً بأن يساعد على فهم أحسن للفصام وأعراضه.

9- الاقتراحات والتوصيات:

أ- الاقتراحات: فيما يلي سأقترح مجموعة من المواضيع والدراسات التي يمكن أن يساهم بها الباحث في الأرتقونيا في مجال اللغة والمرض العقلي (langage et maladie mentale).

- 1- الانسجام الحواري عند المتصل الفصامي.
(La cohérence discursive chez le sujet communicant).
- 2- براغماتية الخطاب عند الفصامي.
(Pragmatique du discours chez le schizophrène).
- 3- عدم انسجام الخطاب عند الفصامي.
(Incohérence du discours chez le schizophrène).
- 4- مقارنة بين ثقافية لاضطرابات اللغة عند الفصامين.
(Approche pluridisciplinaire de troubles du langage chez les schizophrènes).
- 5- مقارنة معرفية لاضطرابات الذاكرة وتأثيرها على اللغة عند الفصامي.
(Approche cognitive des troubles de la mémoire et les répercussions chez les schizophrènes).
- 6- الأساليب المعرفية واللغة عند الفصامين.
(Styles cognitifs et langage des schizophrènes).
- 7- براغماتية اللغة عند الخلوبيين.
(Pragmatique de langage des autistes).
- 8- المؤشرات اللغوية في الخطاب الهذيان عند الخلوبي.
(Indices langagiers du discours délirant chez l'autiste).

لدراسة لغة الفصامي سميت "تعداد اللغة عند الفصامي" (Inventaire du langage chez le schizochrène) وهي متكونة من 148 بنداً اختار منها الباحث 60 لاختبار فرضياته.

8- نتائج الدراسة :

منذ التوصيفات الإكلينيكية الأولى الذي أجراها كراپلان (Kraepelin) سنة 1919 حول الفصام كان هناك تلميح إلى وجود تدهور معرفي عند الفصامين، واعتبر هذا التدهور آنذاك كاضطراب ثانوي مصدره الهلوسات (Hallucinations) أو وجود المريض داخل المؤسسة الاستشفائية العقلية (Institution psychiatrique). ومع تطور البحوث في الفصام بينت الدراسات الوبائية (Etudes épidémiologiques) أن ما يفوق 85% من الفصامين يعانون من اضطرابات معرفية تظهر عندهم منذ الأعراض الأولى للمرض.

إن التقييم العصبي-النفسي (Evaluation neuropsychologique) للوظائف المعرفية أظهرت أن الفصامين يعانون من صعوبات الذاكرة والانتباه، والتعلم ومعالجة المعلومات لكن يبقى الاضطراب المركزي هو اضطراب تخطيط الفعل (Trouble de planification de l'action). المسؤول عن سوء تنظيم الخطاب (Désorganisation du discours).

إن معظم الأفعال (Actions) وحالات الاتصال (Communication) تتطلب الانتباه وأي عجز في انتقاء المعلومات (Sélection des informations) يؤدي إلى سوء تنظيم الفعل والاتصال، إن سوء التنظيم الفصامي (Désorganisation schizophrénique) راجع إلى عدم استيعاب المعطيات السياقية الدلالية (Données contextuelles semantique) مما يؤدي إلى سوء تكييف الفعل مع سياقه.

لقد ظهر نموذج معرفي مفسر للفصام، مصمم من طرف فريث (Frith) وهو يعطي دور مهم لاضطرابات الوعي في ظهور أعراض الفصام، حيث يعاني الفصامي من اضطراب التصور الواعي لأهدافه (Représentation consciente de ses propres buts) مما يؤدي إلى اضطراب في:

- التحكم في الفعل: ويظهر ذلك من خلال تقليص وعدم تنظيم الفعل.
 - التحكم في نواياه: ويظهر من خلال الأعراض السالبة ونقص التحكم في الخبرات غير السوية.
 - التحكم في نوايا الآخرين: ويظهر من خلال الأفكار الهذيان التي يكون موضعها المرجع (Référence) والاضطهاد (Persécution).
- إن المريض الفصامي لا يعي نيته الأولية في الفعل الذي يقوم به فينسبه إلى الآخرين مما يؤدي إلى ظهور تناذر السكونية (Syndrome de passivité) وأفكار المرجعية (Idées de référence) والهلوسات السمعية (Hallucinations auditives) وإلى جانب نموذج فريث (Frith) ظهرت أيضاً نماذج تفسيرية أخرى للفصام منها نموذج "كوهين" و"سارفين-شريبير" (Cohen et Servan-Schreiber)، الذي يقوم على فرضية أن العجز المعرفي عند الفصامي يظهر في كل مرة تتطلب الاستجابة فيه تكوين أو الاحتفاظ بتصوّر داخلي للسياق (Représentation interne du contexte). إن اضطراب التصوّر الداخلي للسياق قد يفسر لوحده كل الاضطرابات المعرفية التي تظهر عند الفصامي، وأهم الاضطرابات المعرفية التي يركز عليها أصحاب هذا النموذج نجد اضطرابات: الانتباه، وذاكرة العمل (Mémoire de travail) واللغة.

- 5- Bergeret J., Psychologie pathologique, théorique et clinique. 3^{ème} ed, Paris, Masson, 1982.
 - 6- Blanchet A., et coll, Recherches sur le langage en psychologie clinique. Paris, DUNOD, 1997.
 - 7- Blond O., "larguer les amarres du réel", in, la recherche, n° 366, Juillet - Août, 2003.
 - 8- Born M., Psychologie de la délinquance. Bruxelles, ed de Breck et Flammarion Médecine sciences, 2001.
 - 9- Boudef M., "les schizophrénies", in, cours de psychiatrie. Département de Médecine, université d'Annaba, 2004.
 - 10- Bouvard M., Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Paris, Masson, 1999.
 - 11- Braconnier A., psychologie dynamique et psychanalyse. Paris : Masson, 1998.
 - 12- Brin F., Courrier C., Lederle E., Dictionnaire d'orthophonie. Isbergues (pas-de-calais) ortho édition, 1997.
 - 13- Cadet B., Psychologie cognitive. Paris, Presses éditions, 1998.
 - 14- Cambier J., Verstichel P., le cerveau réconcilié : Précis de neurologie cognitive. Paris, Masson, 1998.
 - 15- Camus J-F., la psychologie cognitive de l'attention. Paris, Armand Colin. Masson, 1996.
 - 16- Canoui P., Messerschmitt P., Ramos O., Révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Maloine, 1994.
 - 17- CFTMEA, Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, in, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Octobre - Novembre, 1990, n° 10-11.
 - 18- Chambon O., Perris C., Marie-Cardine M., Techniques de psychothérapie cognitive des psychoses chroniques. Paris, Masson, 1997.
 - 19- Chemama R., Vanderersch B., (Ed), Dictionnaire de la psychanalyse. Paris, Larousse - Bordas, 1998.
 - 20- Churchland P.M., le cerveau : moteur de la raison, siège de l'âme (trad : Aline Péliissier). Paris - Bruxelles, de boeck université s.a, 1999.
 - 21- Combessie J-C., la méthode en sociologie. Alger, Casbah éditions, 1998.
 - 22- Cousin F-R., "Syndromes schizophréniques", in, col "Impact Internat", Psychiatrie, Médecine légale, et Toxicologie. 1999.
 - 23- Dalery J., D'Amoto T., la schizophrénie : recherches et perspectives. 2ème ed, Paris, Masson, 1999.
 - 24- Despinoy M., Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Armand Colin, 1999.
 - 25- Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation. 2ème ed, Paris, Nathan, 1990.
 - 9- المؤشرات اللغوية الفارقة بين المرضى العقليين: الفصام والخلوية والبارانويا نموذجاً.
(Indices langagiers différentiels des malades mentaux : la schizophrénie, l'autisme, et la paranoïa comme modèle).
 - 10- الفعل الكتابي عند الفصامي. (L'acte graphique chez le schizophrène)
 - 11- الفعل الكتابي عند الخلوي. (L'acte graphique chez l'autiste)
 - 12- الفعل الكتابي عند المكتئب. (L'acte graphique chez le déprimé)
 - 13- المقاربة المعرفية واللسانية لاضطرابات اللغة عند المكتئب.
 - 14- تصميم مقياس الذاكرة عند الفصامي.
 - (Elaboration de l'échelle de la mémoire du schizophrène).
 - 15- تصميم مقياس الكتابة عند الفصامي.
 - (Elaboration de l'échelle de la graphique du schizophrène).
 - 16- اضطراب الانتباه الانتقائي وتأثيره على اللغة عند الفصامي.
 - (Trouble de l'attention sélective et ses conséquences sur le schizophrène).
 - 17- اضطراب الانتباه الانتقائي وتأثيره على اللغة عند الخلوي.
 - (Trouble de l'attention sélective et ses conséquences sur l'autiste).
- ب- التوصيات:**
- هذه بعض التوصيات التي يمكن أن تستخلص من هذه الدراسة:
- ✓ ضرورة اهتمام الأطفوني بالاضطرابات اللغوية التي تظهر عند المرضى العقليين وخاصة الفصاميين (Schizophrènes) والخلويين (Autistes).
 - ✓ الاهتمام أكثر بالمقاربة المعرفية (Approche cognitive) في مجال الأطفونيا لأن هذه المقاربة ثرية جداً وبوسعها تقديم معلومة جد مفيدة وجديدة عن الاضطرابات اللغوية.
 - ✓ إمكانية العلاج المعرفي للفصاميين بالاعتماد على نتائج دراسات الدكتوراة نصيرة زلال حول الحبسة نظراً للتشابه العرضي-المعرفي بين الفصام والحبسة.
- 10- المراجع**
- 1- American psychiatric association, DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux. (traduit par J.D. Gulfi et al), Paris, Masson, 1996.
 - 2- American psychiatric association, DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux. 4^{ème} ed, texte révisé (Washington DC, 2000), traduction française par J-D. Guelfi et la, Paris, Masson, 2003.
 - 3- Angers M., Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Alger, Casbah université, 1997.
 - 4- Baraquin N. et al, Dictionnaire de philosophie. Paris, Armand, Colin, 1995.

- 46- Lempriere T., Feline A., Gutmann A., Psychiatrie de l'adulte. Paris, Masson, 1996.
- 47- Maleval J-C., Logique du délire. 2ème ed, Paris, Masson, 2000.
- 48- Mallet P., Meljac C., Baudier A., Cuisinier F., Psychologie du développement, enfance et adolescence. Paris, Editions Belin, 2003.
- 49- Mazeau M., Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant, de trouble à la rééducation. 2ème ed, Paris, Masson, 1999.
- 50- Minkowski E., la schizophrénie : psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. 2ème ed, Paris, Petite bibliothèque Payot et Rivages, 1997.
- 51- Molleyaux M-A., Psychopathologie et médecine de demain. Embourg (Belgique) Maroco pietteur éditeur, 1987.
- 52- Morval M.V.G., le T.A.T et les fonctions du moi. 2ème ed, Québec, presses de l'université de Montréal, 1982.
- 53- Murray R.K. et al, Harper biochimie. 24ème ed, London (UK), Mc Graw-Hill international, 1999.
- 54- Musiol M., "de l'incohérence du discours au désordre de la pensée chez le schizophrène", in, Psychologie française, n° 37-3-4, 1992, 245-254.
- 55- Nicolas S., (Ed), la psychologie cognitive. Paris, Armand Colin, 2003.
- 56- Orvig A.S., "Référence et organisation discursive chez des patients schizophrènes", in, Psychologie française, n° 37-3-4, 1992, 255-266.
- 57- Pachoud B., "pour une théorie unifiée des trouble de la communication, de la pensée et de l'action des schizophrènes, en termes de trouble du traitement des intention", in, Psychologie française, n° 37-3-4, 1992, 267-675.
- 58- Pachoud B., Étude pragmatique des troubles de la gestion des intentions dans les interactions verbales des schizophrènes. Contributions à la spécification du concepts d'intention. Thèse de doctorat, université Paris 7 - Denis Diderot, 1995.
- 59- Pedinielli J-L., Gimenez G., les psychoses de l'adulte. Paris, Nathan-VUEF, 2002.
- 60- Posner M.I., Raichle M.E., l'esprit en images (trad : Marc Crommelinck, Samuel Dubois, Bruno Rossion). 2ème ed, Paris - Bruxelles, De Boeck université s.a, 1998.
- 61- Postel J., (Ed), Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. Paris, Larousse - Bordas, 1998.
- 62- Ramos O., "Les délires aigus", in, Canoui P., Messerschmitt P., Ramos O., Révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Maloine, 1994.
- 26- Dictionnaire fondamental de la psychologie. t1, Paris, Larousse - Bordas, 1997.
- 27- Dictionnaire fondamental de la psychologie. T2, Paris, Larousse - Bordas, 1997.
- 28- Donald M., les origines de l'esprit moderne : trois étapes dans l'évolution de la culture et de la cognition (trad : Christèle Emenegger et Custache). Paris - Bruxelles, de boeck université s.a, 1999.
- 29- Ducrot O., Schaeffer J-M., Nouveau dictionnaire encyclopédique des sciences du langage. 2ème ed, Paris, Edition du seuil, 1995.
- 30- Franck N., Jeannerod M., "Agir sous X", in, la recherche, n° 366, Juillet - Août : 2003, 42-43.
- 31- Gazzaniga M.S, Ivry R.B, Mangon G.R, Neurosciences cognitives : la biologie de l'esprit (trad : Jean Marie Cogury avec la collaboration de Françoise Macar). Paris-Bruwelles, De Boeck et Larcier s.a, 2001.
- 32- Gill R., Neuropsychologie. Paris, Masson, 1996.
- 33- Gillet P., Billard C., Approche neuropsychologique de l'attention sélective chez l'enfant, in, entretiens d'orthophonie 1999, Paris, ESF, 1999.
- 34- Grand Dictionnaire de la psychologie. Paris, Larousse, 2000.
- 35- Granger B., la psychiatrie d'aujourd'hui : du diagnostic au traitement. Paris, éd Odile Jacob, 2003.
- 36- Hanus M., Psychiatrie de l'étudiant. 8ème ed, Paris, Maloine, 1994.
- 37- Hardy-Baylé M-C., "Planification de l'action et communication schizophrénique", in Psychologie française, n° 37-3-4, 1992, 235-244.
- 38- Houdé O., Kayser D., Koenig O., Proust J., Raster F., Vocabulaire de sciences cognitives. Paris, PUF, 1998.
- 39- <http://tecfa.unige.ch/Tecfa/Teaching/uvlibre/9899/mer004/schizo.htm>.
- 40- <http://www.pasteur.fr/Recherche/RAR/RAR2004/Print/Ghfc.htm/>
- 41- Ionescu S., 14 Approches de la Psychopathologie. 3ème ed, Paris, Nathan-V UEF, 2002.
- 42- Karila L., Boss V., Layet L., Psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Ellipses, 2002.
- 43- Lantéri-Laura G., "l'écriture dans la pathologie psychiatrique", in, Entretien d'orthophonie. Paris, Expansion scientifique française, 1999.
- 44- Lazorthes G., les hallucinations. Paris, Masson, 1996.
- 45- Lelord F., André C., Comment gérer les personnalités difficiles. Paris, éditions Odile Jacob, 2000.

- 81- جابر، عبد الحميد جابر، كفاي، علاء الدين، معجم علم النفس والطب النفسي. جزء 1، القاهرة، دار النهضة العربية، 1988.
- 82- جبل، محمد فوزي، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية، المكتبة الجامعية، 2000.
- 83- حامد، حلمي أحمد، مبادئ الطب النفسي. القاهرة، دار الصفاء، 1985.
- 84- الدسوقي، كمال، الطب العقلي. الكتاب الأول: علم الأمراض النفسية التصنيفات والأعراض المرضية. بيروت، دار النهضة العربية، 1974.
- 85- الزغل، علي والخليلي، خليل، "مقياس حافظ للاتجاهات نحو مركز المرأة في المجتمع، دوامة الصدق للبنية الأردنية"، في، مجلة أبحاث اليرموك، المجلد 2، العدد 3، 1990، ص 79-101.
- 86- زهران، حامد عبد السلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط3، القاهرة، عالم الكتب، 1997.
- 87- طعيمة، رشدي أحمد، تحليل المحتوى في العلوم الإنسانية: مفهومه، أسسه، استخداماته. القاهرة، دار الفكر العربي، 2004.
- 88- عوض، محمد محي الدين، الإجرام والعقاب. القاهرة، دار الفكر العربي، 1971.
- 89- فهمي، محمد سيد، السلوك الاجتماعي للمعوقين. الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، 1998.
- 90- قاسم، محمد أحمد، مقدمة في سيكولوجية اللغة. القاهرة، مطبعة ياسو، 1996.
- 91- لابلاش، ج.، بونتاليس، ج.ب، معجم مصطلحات التحليل النفسي. (ترجمة مصطفى حجازي)، ط2، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 1987.
- 92- يوسف، جمعة سيد، سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. ط2، القاهرة، دار غريب، 1997.
- مراجع النص**
- (1) M. Hanus, **Psychiatrie de l'étudiant**. 8ed, Paris, Maloine, 1994, P.108.
- (2) - American psychiatric association, **D S M-IV-TR :manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux**. 4ed texte révisé (Washington dc.2000),traduction française par J.D.Guelfi et al. Paris : masson, 2003,p.345.
- (3) - Ibid.p. 345.
- (4) - A. Blanchet et coll, op. cit. p : 46.
- (1) - جمعة سيد يوسف، **سيكولوجية اللغة والمرض العقلي**. ط2، القاهرة، دار غريب، 1997، ص 176.
- (2) - نفس المرجع، سابق ص. 176.
- (3) -N. sillamy ,**dictionnaire usuel de psychologie**, Paris, Bordas, 1983, p.609.
- (4) -جمعة سيد يوسف، المرجع السابق ص. 176، 177.
- (5) - C.Wade, C. Tavis, introduction à la psychologie :les grands thèmes . Québec, édition du renouveau pédagogique, 2002, p.419
- (6) - IBID. p. 419.
- (7) - F.Brin, C.courrier, E.lederle, **dictionnaire d'orthophonie**. Isbergues(Pas-de-Calais), ortho édition .p. 229
- 63- Reuchlin M., Les méthodes en psychologie. Paris, PUF, 1982.
- 64- Richelle M., Droz R. (Eds), Manuel de psychologie : introduction à la psychologie scientifique. 4^{ème} ed, LIÈGE, Pierre Mardaga éditeur, 1988.
- 65- Rondal J., Seron X., Troubles du langage. Bruxelles, ardaga, 1997.
- 66- Silbernagl S., Atlas de poche de physiologie. 3^{ème} ed, Paris : Flammarion Médecine sciences, 2001.
- 67- Sillamy N. Dictionnaire usuel de psychologie. Paris, Bordas, 1983.
- 68- Sillamy N., Dictionnaire de la psychologie. Paris, Larousse, 1996.
- 69- Sillamy N., Dictionnaire de psychologie. Paris, Larousse-Her, 1999.
- 70- Tortora G.J., Anagnostakos N.P., Principes d'anatomie et de perysiology. (traduit par : Pierrette Mathieu et François Galan). Québec, centre éducatif et culturel inc (CEC), 1988.
- 71- Wade C., Tarris C., Introduction à la psychologie : les grands thèmes (adaptation : Jacques shew chuck). Québec, édition du Renou Veau Pédagogique Inc, 2002.
- 72- Watzlawick P., Beanin J.H., Jackson D., Une logique de la communication, (trad : Janine Morche). Paris : édition du seuil, 1972.
- 73- www.fr.wikki.org
- 74- Zellal N., "L'aphasie : unité ou pluralité des déficits ?", Revue psychologie et psychométrie, vol. 15, n° 4, Editions EAP, France, 1994.
- 75- Zellal N., "Croisement linguistique/psychologie à travers deux cas liés: l'agrammatisme en langue arabe et le MT algérien", acte du colloque international, 20-21 mai, hôtel El-Aurassi, Alger, 2000.
- 76- Zellal N., "L'aphasie, au croisement de la linguistique et de la psychologie clinique", Revue neurologique Ortho magazine, Masson, Paris, n° 37, novembre 2001.
- 77- Zellal N., "Monographie de l'agrammatisme en langue arabe", Actes du IV^{ème} colloque international du laboratoire Slancom, Alger, 2006.
- 78- Zellal N., "La neuropsycholinguistique : c'est quoi au juste ? ou de l'organisation cérébrale des cognitions", Journal de reurochirurgie, n° 6, Galaxie communication, Alger, 2007.
- 79- إبراهيمي، خولة طالب، مبادئ في اللسانيات. الجزائر، دار القصبة، 2000.
- 80- أبو شعيع، السيد، الأسس البيوكيميائية للأمراض النفسية والعصبية. بنها، جامعة بني سويس، 2005.

فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لتحمل الضغوط لدى مرضى الاكتئاب من خلال تعزيز العمليات المعرفية

د. خالد أبوإبراهيم حسن الكردي - جامعة النيلين / السودان

أ. سحر عبد الرحيم عبد الله - جامعة النيلين / السودان

د. عمر هارون الخليفة - جامعة الخرطوم / السودان

okhaleefa@hotmail.com

ملخص

هدف البحث للتعرف على مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى مرضى الاكتئاب بمستشفى التجاني الماحي بالسودان وذلك في ضوء بعض المتغيرات المثلثة في العمر والنوع . ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج التجريبي الحقيقي من خلال تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة ذوات الاختبار القبلي والبعدي والمتغير المستقل . حيث تكونت العينة من 30 مفحوصا 15 منهم عينة تجريبية، و15 عينة ضابطة من مرضى الاكتئاب . ولقد تم تطبيق (أ) مقياس عمليات تحمل الضغوط كاختبار قبلي وبعدي ، (ب) قائمة الأفكار اللاعقلانية كاختبار قبلي وبعدي (ج) البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي كمتغير مستقل على المجموعة التجريبية. وأظهر البحث فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط واستمرت فعاليتها حتى بعد فترة المتابعة، وكذلك أظهرت النتائج عدم وجود فروق احصائية دالة في فعالية البرنامج العلاجي تعزي لمتغير النوع او العمر . وختاما خُص البحث الى توصيات اجرائية ومقترحات لبحوث مستقبلية في المجال المبحوث.

The effectiveness of Rational Emotive Therapy (RET) among Patients with depression (in the reinforcement of coping cognitive processes)

Abstract

The aim of this research was to investigate the effectiveness of Rational Emotive Therapy (RET) in the reinforcement of coping cognitive processes among Patients with depression at Eltigani Elmahy Psychiatric Hospital in Sudan in the light of some demographic variables such as age, gender. The true experimental method was employed and the sample comprised of (30) subjects: (15) experimental and (15) control from depression patients. The following tools were administered: (a) Coping Processes Scale in pre and post test. (b) Irrational Thoughts List as pre and post test .(c) Rational Emotive therapy as independent variable on experimental group .The results indicated that:- the Therapeutic program was effective in enhancing coping Cognitive processes .And effective after follow - up period . No significant statistical differences on score of coping Cognitive processes after therapy attributed to gender and age. Finally, some recommendations and suggestions were reached.

يهدف إلى مساعدة العميل في التعرف على أفكاره غير العقلانية والتي تسبب رد فعل غير مناسب لديه نحو العالم المحيط به وان يتفهم الفلسفة العقلانية للحياة وتشجيعه على تعديل أفكاره لأعقلانية وكيف يمكن استبدالها بأفكار أكثر عقلانية (مليكة ، 1994).

ويستند هذا العلاج نظرية ألبرت إليس (Ellis, 1977) التي اسمها ABC في السلوك والشخصية أما فتعني Activating Experience أي خبرة منشطة (حادثة) ، أما B فتعني Belief System حيث يتم إدراك الخبرة المنشطة في ضوء نظام المعتقدات لدى الفرد ونظام المعتقدات قد يكون عقلانيا (RB) rational أو غير عقلاني (IB) irrational . أما (c) فتعني consequence أي نتيجة (استجابة انفعالية) والنتيجة قد تكون عقلانية (rc) rational أو غير عقلانية (ic) irrational (زهران 2001,329). ويعبر عن النظرية على النمط التالي:

1. مقدمة

1.1. العلاج العقلاني الانفعالي

يشعر الناس بالانزعاج عندما يسعون إلى تحقيق أهداف معينة وتواجههم عوائق تمنع تحقيق هذه الأهداف ومن المعتقدات والأفكار التي يحملها هؤلاء الأشخاص تظهر المشاعر والسلوكيات. وان المعتقدات حول هذه الأحداث هي التي تسهم في تشكيل المشاعر وإظهارها على نحو محدد (Ellis 2004) . ويعرف العلاج العقلاني الانفعالي بأنه أحد الأساليب التي قدمها ألبرت إليس عام 1955 والذي يهدف إلى تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وألامنطقية وأثرها في سلوك العميل وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية ومنطقية سليمة وتبني العميل فلسفه جديدة في الحياة (إبراهيم، 1992) . ويعتبر احد أساليب تعديل السلوك المعرفي الذي

بغياض استراتيجية فعالة لحل الموقف، وعلى الفرد محاولة التوافق مع ما يحيط بالمشكلة من توترات انفعالية. وايضا الانسحاب المعرفي Mental disengagement وتبدو هذه العملية في محاولة الفرد الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة. وبرغم ان الانسحاب عن هدف ما يعد استجابة عالية التوافق - أحيانا - إلا إنها ربما تعوق التحمل المتوافق في حالات أخرى واخيرا التفكير الايجابي Wishful thinking وهو استراتيجية تتصف بانشغال الفرد بما يمكن ان ينتهي اليه الموقف اذا ما قام بعمل ما وتنمي التغير وتحسين الموقف وزوال المشكلة وما تسببه من توترات .

4.1. الاكتئاب النفسي

يختلف انتشار الاكتئاب باختلاف العوامل الحضرية والاجتماعية والاقتصادية من مجتمع لآخر. ولقد قرر سارتوريس Sartoreis ان هناك أكثر من مليون نسمة في العالم يعانون من اضطراب اكتابي يدخل في المعدل السريري. ويعتقد ان هذه النسبة في تزايد للأسباب الآتية: تزايد متوسط عمر الفرد ، تزايد الأمراض التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي، و تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب ، سرعة التعبير الاجتماعي ، التفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي. ولقد دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية الحديثة أن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي 5% وأنه يوجد حوالي 300 مليون مكتئب في عالمنا الحاضر اذا كان تعداد العالم ستة آلاف مليون نسمة (بداوي، 2005). والاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعتبر عن شيء مفقود وان كان المريض لا يعي السبب الحقيقي لحزنه (زهران 2001). ويعرف كذلك بأنه الإحساس الناتج عن القلق والشعور بالذنب والكبت وهو يمتد لفترة طويلة أطول من فترة الحداد أو الحزن العادية مع شعور المريض بان كل شيء قد ضاع إلى الأبد وان المستقبل لا وجود له وان الحياة لا تعود إلى ما كانت عليه أبدا (بدراوي، 2005).

5.1. الدراسات السابقة

اجريت العديد من الدراسات حول موضوع فعالية العلاج العقلاني على المستوى العالمي والاقليمي والمحلي منها على سبيل المثال لا الحصر (Marks, 1997، عبد الله، 1991، البكر، (المذكور في كامل، 2005)، عوض، 2005). مثلا هدفت دراسة ماركس (Marks, 1997) المذكور في عبد العزيز (2005) للتعرف على تأثير برنامج إرشادي في خفض السلوكيات والانفعالات المحبطة للذات المتمثلة في العدوان والقلق والاكتئاب. وتكونت العينة من (150) طالب وطالبة موزعة على مجموعتين تجريبية وضابطة عدد كل منهما (75) من جامعة ميزوري بالولايات المتحدة الأمريكية. وقد أكدت نتائج الدراسة التأثير الفعال للبرنامج الإرشادي في خفض درجة العدوان والغضب والاكتئاب لدى الطلاب. وتناولت دراسة عبد الله (1991) في مصر أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. وتكونت العينة من (475) طالب وطالبة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي حيث تم استخدام فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لتعديل الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة . وتوصلت نتائج الدراسة الى التاكيد من فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل الاحكام التلقائية السليسة وجوانب التشويه المعرفي لدى المجموعة التجريبية بعد العلاج بدون وجود فروق دالة بين الذكور والاناث. كما اظهرت النتيجة على حالتين من داخل المجموعات العلاجية فعالية العلاج العقلاني الانفعالي الفردي في تعديل التغيرات المرتبطة بالاكتئاب

و هدفت دراسة البكر (2001) لتصميم برنامج إرشادي لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي درجة القلق والاكتئاب وذلك حسب نظرية (اليس) للعلاج العقلاني الانفعالي والتي استخدم فيها عدد من المقاييس

A_____ B_____ C_____

الاستجابة طريقة التفكير الحادث التأويل

ولقد بلور أليس النظرية التي يقوم عليها العلاج العقلاني الانفعالي وأطلق عليها ABC ولكن التابع لكتابات أليس وكذلك ما كتبه الآخرون عن هذه النظرية مثل بورادين (Boradin, 1974) يجد أن هذه النظرية لم تتوقف عند الخطوة C ولكن تبعتها الخطوتين (E) و (D) . (D) Dispute وتعني المناقضة والمناقشة والتساؤل والتحدي والتشكيك بصحة المعتقدات ألا عقلائية وهذا التفاعل يكون بان نسال أنفسنا لماذا ؟ (E) Effects وتعني بؤرة وجوه ولب العلاج العقلاني الانفعالي لأنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي نجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا؟ والإجابة على التساؤلات ألا عقلائية بالدحض المنطقي والمناقشة المنطقية للأفكار السلبية فيظهر معتقد وفكرة جديدة أكثر عقلانية وبقل معه الاضطراب (عبد العزيز، 2005).

2.1. تحمل الضغوط

ويعتبر هانز سيلبي Selye أول من قدم مفهوم الضغوط النفسية الى الحياة العلمية فقد كان متأثرا بأن الكائنات البشرية يكون لها رد فعل للضغوط عن طريق تنمية أعراض غير نوعيه. وذكر أن الضغوط يكون لها دورا هاما في إحداث معدل عال من الإنهاك والانفعال الذي يصيب الجسم إذا أن أي أصابه جسميه أو حاله انفعاليه غير سارة كالقلق والإحباط والتعب أو الألم لها علاقة بتلك الضغوط (عبد الفتاح دت ، 35) والضغط مفهوم يشير الى درجة استجابة الفرد للأحداث أو التغيرات البيئية في حياته اليومية. وهذه التغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفسيولوجية، مع أن تلك الآثار تختلف من شخص الى آخر تبعا لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين. إذن هي فروق فردية بين الأفراد (كامل ، 2004). وعرفت الضغوط بأنها أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجة من الشدة والدوام بما يقلل القدرة التكيفية للإنسان الى حدها الأقصى والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي الى اختلال السلوك او عدم التوافق او الاختلال الوظيفي الذي يؤدي الى المرض وقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من امراض جسمية ونفسية غير مريحة (عبد المعطي ، 1998).

وينظر عبد الباسط (2005) إلى عمليات تحمل الضغوط من منظورين : أولهما وجهة التعامل (المتمركز) حيث تتمركز عمليات التحمل إما نحو مصدر المشكلة أو الانفعال المرتب عليها. ثانيهما: محتوى عملية التحمل ويشتمل على المحتوى السلوكي Behavioral ، المعرفي Cognitive ، المختلط Mixed Content .

3.1. العمليات المعرفية

تتمثل العمليات المعرفية في الافكار والأنشطة الذهنية التي يقوم بها الفرد لدراسة ابعاد المشكلة ومحاولة حلها وتشتمل على إعادة التفسير Positive Reinterpretation وهو جهد معرفي يسعى من خلاله الفرد إلى تحويل الموقف الضاغط في إطار ايجابي ، والوعد بتحسين الأمور، وقد يقتضي ذلك من الفرد تغير أهدافه أو تعديلها . وربما تكون هذه العملية موجهة نحو الانفعال الا ان إعادة التفسير تقود الفرد إلى استرداد أفعال نشطة توجه نحو مصدر المشكلة. والإنكار Denial وهو نشاط يسعى خلاله الفرد إلى تجاهل خطورة الموقف بل ورفض الاعتراف بما حدث . وربما تنتج هذه العملية فرصة الحصول على معلومات إضافية حول الموقف الضاغط الا ان إنكار الفرد للواقع قد يخلق مشكلات أخرى يصعب بعدها التحمل والمواجهة . وكذلك القبول Acceptance وهو نشاط يقود الفرد إلى قبول الواقع ومعايشته والاعتراف به وربما يوجهه نحو الانشغال بالتفكير في المستقبل. ويلاحظ ان هذه العملية تتضمن الاعتراف

الدراسات كانت قليلة جدا ولا سيما ان دراسات اخرى اقتصرت على احد الجنسين ، وبما أن البحث الحالي قد تناول متغيرات فيها بعض الاختلاف عن متغيرات الدراسات السابقة . وبهذا يكون السؤال الثاني: هل هناك فروق دالة إحصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج تعزى لمتغير النوع ؟

ثالثا: لم تتعرض اى من الدراسات السابقة لمتغير الفئات العمرية وظل الحديث عن اثر العمر في مقدار استفادة الفرد من البرنامج العلاجي مجرد حديث نظري لم يخضع للتطبيق العملي بعد . لذلك كان السؤال الثالث: هل هناك فروق دالة إحصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج تعزى للعمر (20 , 30 , 30 فما فوق)؟

رابعا : لم تكتف بعض الدراسات السابقة بعد التحقق من فعالية البرنامج العلاجي بهذه النتيجة بل تعدتها للتأكد من استمرار هذه الفعالية بعد مرور فترة من الزمن وبما ان الدراسة الحالية تختلف عن الدراسات السابقة في بعض المتغيرات فقد كان السؤال الرابع :هل هناك فروق دالة إحصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بين درجة الاختبار البعدي ودرجة الاختبار بعد فترة المتابعة؟

2. المنهج

1.2 منهج البحث

لقد تم استخدام المنهج التجريبي الحقيقي Experimental Method الذي يعتبر أقرب مناهج البحث لحل المشكلة بالطريقة العلمية حيث يحقق الخطوة الخامسة من خطوات المنهج العلمي وهي التحقق من صحة الفروض. ويرى ماركيز أن استعمال المنهج التجريبي في العلوم الاجتماعية ما يزال محدودا باستثناء علم النفس (قادري وعبد السلام، 2004م) وتضمن البحث العلاج العقلائي الانفعالي كمتغير مستقل وعمليات تحمل الضغوط كمتغير تابع ولقد تم استخدام تصميم المجموعتين المستقلتين وهو تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ذات الاختبار القبلي والبعدي.

2.2 مجتمع البحث

تكون مجتمع البحث من مرضى القلق والاكتئاب الخاليين من الأعراض الذهانية المترددين على الوحدة النفسية بمستشفى التجاني الماحي بالسودان في الفترة (يناير 2007م - أبريل 2007م). ويبلغ العدد الكلي لمجتمع العينة 85 مريضا منهم 52 ذكور، و33 من الاناث، وتتراوح اعمارهم 47 منهم من (20 - 30 سنة)، و38 منهم من (31 فما فوق) .

3.2 عينة البحث: تم اختيار العينة بالطريقة القصدية للمبررات الآتية :

أ- قلة المرضى بالقلق والاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية المترددين على المستشفى مقارنة بباقي الأمراض الأخرى.

ب- يصعب العثور على مريض بالقلق والاكتئاب ذو حالة جيدة يصلح لتطبيق البرنامج عليه.

ج- عدم موافقة بعض المرضى على الخضوع للبرنامج العلاجي بسبب مشغولياتهم أو سكنهم خارج العاصمة .

ولقد تم تقسيم العينة إلى تجريبية وضابطة عشوائياً وإجراء الموازنة عليهما

شملت مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس القلق، وعدد من الأدوات تمثلت في نموذج لرصد الأفكار والمواقف، ونموذج لتصحيح الأفكار والمواقف، واستمارة المعلومات العامة، ومعلومات توضيحية ، أشرطة تسجيل ، نماذج تقويم، جهاز فيديو لعرض الأفلام التعليمية . وكشفت النتائج بأن البرنامج الارشادي كان فعالا في خفض درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية المكتئبة بعد تطبيق البرنامج عليهم واستمرت فعاليته حتى بعد فترة المتابعة.

وعلى المستوى المحلي أجريت دراسة عبد المجيد (1997) المذكور (في عوض، 2005م) التي عالجت موضوع برنامج مقترح للعلاج السلوكي المعرفي المعدل بمضامين إسلامية للاكتئاب. وكانت عينة الدراسة (41) مريضا من الغير ذهانيين والمترددين على مراكز ومستشفيات العلاج في ولاية الخرطوم . وقسمت العينة إلى ثلاثة مجموعات الأولى تتكون من (13) مريضا واستخدم في علاجها البرنامج المقترح واستبعد منها (6) من المرضى لعدم الانتظام ، والثانية تتكون من (21) مريضا استخدم في علاجها البرنامج المقترح بجانب العقاقير وقد استبعد منها (11) مريض لعدم الانتظام، والثالثة تتكون من (15) مريضا استخدم في علاجها العقاقير فقط لمدة شهرين واستبعد منها (8) من المرضى لعدم الانتظام. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم البرنامج المقترح ومقياس بك للاكتئاب. وكشفت الدراسة عن فعالية العلاج السلوكي المعرفي المعدل بمضامين إسلامية في تخفيف حدة مرض الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية .

وهدفت دراسة عوض (2005م) إلى تقييم ومقارنة فعالية البرامج العلاجية المستخدمة الآتية (المعرفي السلوكي - البرنامج المزدوج - العلاج المعرفي والسلوكي مضافا إليه العقاقير - البرنامج الدوائي فقط) بغرض التعرف على أفضل البرامج العلاجية في تخفيف وإزالة شدة الأعراض الاكتئابية لدى النساء السودانيات المتردجات المقتربات . وتكونت عينة الدراسة من (30) فرد تم اختبار الطرق العلاجية من خلال المنهج التجريبي. وقسمت العينة بالتساوي (10) لكل عينة على البرامج العلاجية حيث طبق عليها المقياس الإكلينيكي لقياس الاكتئاب لبيك (الصورة المصغرة والمقننة على البيئة السودانية) ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بعد انطباع البرامج العلاجية حيث أجريت (100) جلسة علاجية لكل من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي أما مجموعة العلاج المزدوج فقد خضعت لـ (100) جلسة علاجية في حين لم تطبق أي من هذه الجلسات العلاجية على مجموعة العلاج الطبي (الدواء فقط). وأكدت نتائج الدراسة أن البرامج العلاجية المستخدمة فيه أحدثت أثرا إيجابيا في تأثيرها

6.1 أهداف البحث

لقد تمت الاستفادة كثيرا من نتائج الدراسات السابقة في هذا البحث وذلك بالرغم من ان الدراسات المحلية والعربية والاجنبية لم تتناول متغيري العلاج العقلائي الانفعالي والعمليات المعرفية لتحمل الضغوط مجتمعين في بحث واحد من هنا جاء البحث مكملا لما سبقه من الدراسات من عام 1991م الى عام 2005. وتم بحث ثلاث متغيرات مركزية في الدراسات السابقة

اولا: تمت مناقشة فعالية البرنامج العلاجي المعين على مرضى الاكتئاب واثبتت كل البرامج المستخدمة فعاليتها ولكن لم تظهر النتائج متغير العمليات المعرفية لتحمل الضغوط كمتغير اساسي مع العلاج العقلائي الانفعالي وبذلك يكون السؤال الاول: هل البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي فعال في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط؟

ثانيا: تمت مناقشة فروق الجنوسة (الذكور والاناث) في الدراسات السابقة واثبتت تلك الدراسات عدم وجود الفروق بين الجنسين ولكن هذه

جدول (4): توزيع العينة إلى عمر (20-30) و (30 فما فوق) حسب درجات العمليات المعرفية لتحمل الضغوط

البعد	المقارنة	مجموع العينة	الحساب المتوسط	المعيار الانحراف	درجة الحرية	قيمة (ت)	الاحتمالية	الاستنتاج
1	30-20	15	3,12	1,37	28	0,47	0,55	لا توجد فروق
2	30-20	15	3,35	1,54	28	0,16	0,82	لا توجد فروق
3	30-20	15	6,24	1,35	28	0,10	0,87	لا توجد فروق
4	30-20	15	6,35	1,22	28	0,25	0,73	لا توجد فروق
5	30-20	15	2,97	1,17	28	0,12	0,84	لا توجد فروق

يلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين المجموعتين (عمر 30-20 و 30 فما فوق) قبل التجربة مما يعني ان أثر متغير العمر قد تم ضبطه.

4.2. أدوات البحث

تم استخدام ثلاثة أدوات في البحث الحالي (أ) مقياس عمليات تحمل الضغوط (ب) قائمة للأفكار اللاعقلانية (ج) البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي.

أولاً: مقياس عمليات تحمل الضغوط (Coping Processes Scale)

قام بتصميم هذا المقياس عبد الباسط (2005) على البيئة المصرية، ويتكون من إحدى عشر بعداً هي (أ) السلبية ولوم الذات Helplessness (ب) الانسحاب المعرفي Mental disengagement (ج) البحث عن المعلومات Seeking out information (د) إعادة التفسير positive Reinterpretation (هـ) التفكير الايجابي Wishful thinking (و) التحول الى الدين Turning to religion (ز) القبول Acceptance (ح) التريث والتوجه Exercise of discharge (ي) الإنكار Denial (ك) المواجهه النشطة (Active coping) Restrain . ولقد طبق المقياس على عينة استطلاعية بلغت 164 معلماً ومعلمة.

وكانت الخصائص السيكومترية للمقياس كالآتي: اذ بلغت درجات الصدق 0,90 ، والثبات 0,87 حيث استخدم في استخراجها طريقة الاتساق الداخلي ومعامل ارتباط بيرسون. ويتضمن المقياس في صورته ألاً صليبه 42 فقرة في كل منها اختيارات رباعية (موافق تماماً ، موافق بصفه عامه ، موافق الى حد ما ، غير موافق)، ويعطى الفرد أربع درجات في الفقرة الواحدة عندما تكون إجابته موافق تماماً، وثلاثة درجات على موافق، ودرجتان في موافق الى حد ما بينما يعطى درجة واحدة عندما تكون إجابته غير موافق. وثم تجميع درجات كل عامل (بعد) كما هو موضح. اما الدرجة الكلية للتحمل فهي مجموع درجات الفرد على العمليات المتضمنة في المقياس وتكون أعلى درجة يحصل عليها الفرد في العمليات المعرفية 80 واقل درجة 20 أما درجات الابعاد المعرفية فتكون كالتالي :

- 1- الانسحاب المعرفي اعلى درجة 20 واقل درجة 5 عباراته (2- 13 - 24 - 35 - 40)
- 2- إعادة التفسير اعلى درجة 20 واقل درجة 5 عباراته (4- 15- 26 - 36 - 41)

جدول (1): توزيع عينة الدراسة إلى تجريبية وضابطة حسب العدد بعد الموازنة

النوع	الجنس	العمر	30-20	7	التعليمي	ثانوي	8
التجريبية	ذكور	8	30-20	7	جامعي	7	8
الضابطة	إناث	7	30-20	8	جامعي	7	8
	المجموع	15	30-20	15	جامعي	7	8
	ذكور	7	30-20	8	جامعي	7	8
	إناث	8	30-20	7	جامعي	7	8
	المجموع	15	30-20	15	جامعي	7	8

جدول (2): توزيع العينة إلى تجريبية وضابطة حسب درجات العمليات المعرفية لتحمل الضغوط

البعد	المقارنة	مجموع العينة	الحساب المتوسط	المعيار الانحراف	درجة الحرية	قيمة (ت)	الاحتمالية	الاستنتاج
1	تجربة	15	8,33	1,58	28	0,10	0,91	لا توجد فروق
2	ضابطة	15	8,40	1,76	28	3,14	0,00	توجد فروق
3	تجربة	15	3,13	1,84	28	0,00	1,00	لا توجد فروق
4	ضابطة	15	3,13	1,60	28	0,10	0,90	لا توجد فروق
5	تجربة	15	3,40	1,45	28	0,00	1,00	لا توجد فروق
	ضابطة	15	3,33	1,54	28	0,00	1,00	لا توجد فروق
	تجربة	15	4,06	0,98	28	0,00	1,00	لا توجد فروق
	ضابطة	15	4,06	1,38	28	0,00	1,00	لا توجد فروق

يلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل التجربة إلا في البعد الثاني. ولقد قامت الباحثة بحذفه من اجل الدقة في الضبط التجريبي.

جدول (3): توزيع العينة إلى ذكور وإناث حسب درجات العمليات المعرفية لتحمل الضغوط

البعد	المقارنة	مجموع العينة	الحساب المتوسط	المعيار الانحراف	درجة الحرية	قيمة (ت)	الاحتمالية	الاستنتاج
1	ذكور	15	6,13	1,22	28	0,36	0,65	لا توجد فروق
2	إناث	15	6,45	1,17	28	0,47	0,63	لا توجد فروق
3	ذكور	15	4,22	1,13	28	0,33	0,67	لا توجد فروق
4	إناث	15	4,15	1,47	28	0,25	0,73	لا توجد فروق
5	ذكور	15	4,33	0,99	28	0,43	0,55	لا توجد فروق
	إناث	15	4,75	1,04	28	0,43	0,55	لا توجد فروق
	ذكور	15	5,12	1,12	28	0,43	0,55	لا توجد فروق
	إناث	15	4,95	1,24	28	0,43	0,55	لا توجد فروق
	ذكور	15	6,04	1,45	28	0,43	0,55	لا توجد فروق
	إناث	15	6,14	1,56	28	0,43	0,55	لا توجد فروق

يلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين المجموعتين (الذكور والإناث) قبل التجربة مما يعني ان أثر متغير النوع قد تم ضبطه.

جدول (5): اختبارات لإيجاد الفروق في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي

الدرجة	القيمة	القيمة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة
الدرجة	القيمة	القيمة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة	الدرجة
1	تجريبية	15	8.13	0.59	28	12.66	0.00
2	ضابطة	15	3.60	1.29	28	12.66	0.00
3	تجريبية	15	8.06	0.70	28	12.66	0.00
4	ضابطة	15	3.40	1.24	28	12.66	0.00
5	تجريبية	15	7.53	0.83	28	10.67	0.00
6	ضابطة	15	3.35	1.18	28	10.67	0.00
7	تجريبية	15	7.25	0.74	28	13.34	0.00
8	ضابطة	15	3.20	1.01	28	13.34	0.00

من الجدول أعلاه نلاحظ انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عند مستوى دلالة 0.05 بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية ولكل الابعاد* (الانسحاب المعرفي، التفكير الايجابي، القبول، الإنكار). اذن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي فعال في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط. وبذلك تحقق الفرض الأول ولأن الشعور بالضغط أمر نسبي يختلف باختلاف الأشخاص وكذلك تختلف استراتيجيات التعامل مع هذه الضغوط باختلاف الأشخاص والمواقف والظروف. وبناء على نظرية ألبرت اليس A_B_C أن العقل هو الوسيط بين المثير أو الموقف الضاغط والاستجابة . ومن هنا نرى أن العقل وما يدور فيه من أفكار هو مركز كل شيء فإذا كانت الأفكار خاطئة أو سلبية كانت الاستجابة الانفعالية أو السلوكية خاطئة أو سلبية والعكس صحيح اذا كانت الافكار صحيحة وعقلانية كانت الاستجابة ايجابية. ومن هذا المنطلق جاء افتراض الباحثين لهذا الفرض ولقد جاءت النتائج الإحصائية مؤيدة له .

ولقد اتفقت هذه النتيجة مع عدة دراسات تم عرضها سابقا (ماركس، 1997، البكر، 2001، عبد الله، 1991، عوض، 2005)، عبد المجيد، 1997) التي اثبتت فعالية البرامج العلاجية المختلفة . ولقد تحققت هذه النتيجة حين حقق البرنامج هدفه في التقليل من الافكار اللاعقلانية حيث ان ايكوريوس Epicarus قد فسر الاضطراب النفسي ليس بسبب المواقف والإحداث ولكن بسبب طريقة التفكير حول تلك الحوادث (Ellis ، 1990) . ولقد تبين ان معدل الافكار اللاعقلانية قد قل لدى أفراد المجموعة التجريبية مما يثبت فعالية البرنامج العلاجي في تعديل الافكار اللاعقلانية، وتبعاً لهذه النتيجة فقد زادت عمليات تحمل الضغوط لدى الأفراد ليتحقق الفرض في المرحلة الثانية حيث كان البرنامج فعال في تعزيز جميع عمليات تحمل الضغوط لكل الابعاد وهي (الانسحاب المعرفي، التفكير الايجابي، القبول، الإنكار) وذلك لما تضمنه البرنامج من محاضرات وأنشطة وتمارين وواجبات تعزز هذه العمليات فكان من الطبيعي من أفراد العينة أن يحاولوا التخلص من الضغوط بتبني هذه العمليات ولو على سبيل التجربة، وتقييمهم الايجابي للبرنامج العلاجي في إبراز مدى استفادتهم منه وأنه لم يكن يبعث عن الملل بل كان ممتعا ومفيدا لهم .

1- التفكير الايجابي اعلى درجة 16 واقل درجة 4 عباراته (5- 16- 27- 37)

2- القبول اعلى درجة 12 واقل درجة 3 عباراته (18- 30)

3- الإنكار اعلى درجة 12 واقل درجة 3 عباراته (10- 21- 32)

ولقد تم تكيف هذا المقياس ليتناسب مع خصائص البيئة السودانية على عينة استطلاعية حجمها 100 فرد من مرضى القلق والاكتئاب بمستشفى التجاني الماحي وكانت درجات الصدق 0.76 بينما الثبات 0.60 .

ثانيا: قائمة الافكار اللاعقلانية

هو مقياس من إعداد الشربيني (2005) الذي تم تطبيقه في البيئة المصرية على عينة من طلاب الجامعات ولقد حصل على درجات صدق 0.65 ، وثبات 0.70 بواسطة معادلتى الفاكرونباخ ومعامل ارتباط بيرسون. واحتوى المقياس على 18 فقرة بخيارين "نعم" و"لا". وتم تكيفه على البيئة السودانية حيث بلغت درجة الصدق 0.88 والثبات 0.79 .

ثالثا: البرنامج العلاجي

البرنامج العلاجي الحالي هو برنامج علاجي عقلاني انفعالي (علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفيه وانفعالية لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته الغير عقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي الي معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (Ellis, 1975, 1985) . و يهدف البرنامج العلاجي لتعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط ولكن هناك أهداف فرعية تتحقق من خلال جلسات البرنامج وهي (أ) التقيس الانفعالي، التقليل من القلق والتوتر (ب) التفكير المنطقي (ج) تعزيز عملية إعادة التفسير (د) تعزيز عملية التحول الى الدين (هـ) تعزيز البحث عن المعلومات (و) تعزيز عملية القبول (ز) تعزيز المواجهة النشطة.

واستخدمت في البرنامج العلاجي: الصور والملصقات - استمارة الأنشطة - استمارة الواجبات المنزلية. وهناك بعض الآليات والفنيات المستخدمة في البرنامج التي تشمل المحاضرات - الحوار والمناقشة - الأنشطة - الواجبات المنزلية. وكان زمن الجلسات تسعمائة دقيقة (أي عشر جلسات بمعدل جلستين أسبوعيا كل جلسة تسعون دقيقة)

وهناك طريقة سير الجلسات التي تضمنت : افتتاحية الجلسة - مراجعة الواجبات السابقة - محاضرة - تمرين - مناقشة - واجب منزلي

ولقد تم تطبيق التجربة في غرفة الاسترخاء داخل الوحدة النفسية بمستشفى التجاني الماحي من الساعة العاشرة صباحا حتى الحادية عشر والنصف ظهرا مع المجموعة التجريبية في يومي الاحد والأربعاء من كل أسبوع ابتداء من 2007/3/1م وحتى 2007/4/15م. و تلى ذلك فتره متابعه امتدت ل15 يوم ثم بعدها تم تطبيق الأدوات مرة أخرى. وتحتوي مكونات الغرفة من أريكتين تسع كل أريكة لثلاثة أشخاص وعشر كراسي بلاستيكية مختلفة الألوان ولحد للباحثة سحر عبد الرحيم التي قامت بالتطبيق والباقي لأفراد العينة. ولقد تم الجلوس في شكل دائري حتى يتمكن افراد العينة من رؤية وسماع الباحثة بوضوح. واثاء الجلسات تم تقديم الماء البارد والبسكويت والعصير لأفراد العينة التجريبية كما تم عزل المكان عن الضوضاء بإغلاق النوافذ وفتح جهاز التكييف والمروحة لتلطيف الجو.

3. نتائج البحث ومناقشتها

1.3 الفرض الأول

البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي فعال في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط

جدول (7): اختبار (ت) للفروق في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية حسب الفئة العمرية بعد تطبيق البرنامج العلاجي

البيانات	المتوسط	الانحراف المعياري	الدرجة	القيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
1	30-20	8	13	0.75	1.75	لا توجد فروق دالة
2	30-20	8	13	0.95	0.60	لا توجد فروق دالة
3	30-20	8	13	0.88	1.09	لا توجد فروق دالة
4	30-20	8	13	0.51	0.84	لا توجد فروق دالة

تظهر نتائج الجدول أعلاه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية تعزى للعمر (30-20، 30 فما فوق) بعد تطبيق البرنامج العلاجي عند مستوى دلالة 0.05. ولقد تم افتراض هذا الفرض تبعا لنظرية البرت اليس التي يحققها البرنامج في الخطوة (E) Effects التي تعني بؤرة وجوه ولب العلاج العقلاني الانفعالي لأنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي نجيب فيها على التساؤلات اللاعقلانية بالدحض المنطقي والمناقشة المنطقية للأفكار السلبية فيظهر معتقد وفكرة جديدة أكثر عقلانية ويقبل معه الاضطراب. لأنه كلما زاد العمر زادت قدرة الفرد على التحكم في الأمور والقدرة على التصرف بصورة صحيحة كما تزداد القابلية لتبني الآراء والاقتراحات المنطقية التي يمكن أن يستفاد منها بعكس صغار السن من الشباب الذين يحاولون إثبات شخصياتهم وذواتهم على حساب النصائح والآراء التي تقيدهم فيرى الشاب نفسه دائما أنه على صواب ولا يحتاج إلى مشورة أو نصيحة. ولم يتحقق هذا الفرض لعدة اسباب اولها ان العينة التي تم اختيارها كانت من المرضى واقتناع الفرد بأنه مريض ذلك يجعله أكثر تقبلا للعلاج. ثانيا: طريقة تصميم البرنامج لم تشمل على أوامر أو نصائح بل اشتمل على تمارين وواجبات تنمي النقاش وتعطي الفرد فرصة لاثبات شخصيته لنفسه أولا ثم للآخرين. ثالثا: طريقة ادارة الجلسات جعلت جميع افراد يتحتمسون لتطبيق ما يتعلمونه فيها. ولذلك لقد أثر البرنامج العلاجي على الفئتين بصورة متساوية وهذه النتيجة تؤكد فعالية البرنامج العلاجي بغض النظر عن اعمار افراد العينة التجريبية.

4.3. الفرض الرابع

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي بين درجة الاختبار البعدي و درجة الاختبار بعد فترة المتابعة .

جدول (8): اختبار (ت) للفروق في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي بين درجة الاختبار البعدي و

البيانات	المتوسط	الانحراف المعياري	الدرجة	القيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
1	البعدي	15	13	1,22	0,83	لا توجد فروق
2	المتابعة	15	13	1,29	0,79	لا توجد فروق
3	البعدي	15	13	0,83	0,39	لا توجد فروق
4	المتابعة	15	13	0,91	1,43	لا توجد فروق

درجة الاختبار بعد فترة المتابعة

ويرى الباحثون أن البرنامج الذي تم تصميمه قد أدى الهدف الذي اريد منه بجدارة ابرزها نتائج التحليل الاحصائي للدرجات وتقييم افراد العينة مما يثبت صحة اختيار هذا النوع من العلاج وهو العلاج العقلاني الانفعالي وأنه صالح لعلاج مشكلة مثل عمليات تحمل الضغوط لأنها مشكلة يلعب الجانب العقلي والجانب الانفعالي فيها دور كبير وهكذا أثبت البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي فعاليتيه في تعزيز عمليات الضغوط .

2.3. الفرض الثاني

توجد فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي تبعا للنوع (ذكور ، إناث).

جدول (6): اختبار (ت) لإيجاد دلالة الفروق في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين الذكور والإناث من افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي

البيانات	المتوسط	الانحراف المعياري	الدرجة	القيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
1	ذكر	8	13	0.74	1.07	لا توجد فروق
2	انثى	7	13	1.06	0.53	لا توجد فروق
3	ذكر	8	13	1.35	1.09	لا توجد فروق
4	انثى	7	13	1.11	0.85	لا توجد فروق

تظهر نتائج الجدول أعلاه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط بين الذكور والإناث من افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي عند مستوى دلالة 0.05. وبذلك لم يتحقق هذا الفرض لأنه حسب نظرية البرت اليس (E) Effects تعني بؤرة وجوه ولب العلاج العقلاني الانفعالي لأنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي نجيب فيها على التساؤلات اللاعقلانية بالدحض المنطقي والمناقشة المنطقية للأفكار السلبية فيظهر معتقد وفكرة جديدة أكثر عقلانية ويقبل معه الاضطراب (عبد العزيز، 2005)، والتفكير اللاعقلاني يرجع الى مرحلة الطفولة والى عوامل التنشئة الاجتماعية في الطفولة. وأن للأباء دور في إكساب الطفل هذه الأفكار ألا عقلانية .

ويرى الباحثون أن التنشئة الاجتماعية ربما تكون أثرت في الإناث والذكور بنفس القدر لأن الثقافة السائدة هي ثقافة العصر التي استطاعت التغلب على الثقافة التقليدية، وهي ثقافة تنادي بالمساواة بين الرجل والمرأة في كل شيء وخاصة العمل والتعليم. ولقد أبرزت هذه الثقافة قدرة النساء على العمل في كثير من الميادين التي كانت حصرا على الرجال كالطب والهندسة وقيادة الطائرات. وفيما يتعلق بالبرنامج العلاجي فهو يشمل على محاضرات تعليمية وتمرينات وواجبات عملية لذلك كانت النتيجة كما هو عليه بعد التطبيق بأن تساوى الذكور والإناث. إذن لقد استفاد كل من الإناث والذكور بنفس القدر من البرنامج العلاجي. ولقد لتقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة عبد الله (1991) التي أكدت أنه لا توجد فروق دالة احصائية بين الذكور والإناث في درجة فاعلية البرنامج العلاجي.

3.3. الفرض الثالث

توجد فروق ذات دلالة احصائية في العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي تعزى للعمر (30-20 , 30 فما فوق) لصالح (30 فما فوق) .

- عبد الله، هشام (1991). أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (1998). علم النفس الاكلينيكي. القاهرة: دار قباء.
- عمر، نصر بن عبد العزيز (2005). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والافكار ألعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- عوض، إنصاف (2005). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى السودانيات المغتربات في المدينة المنورة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ام درمان الاسلامية، كلية الاداب، قسم علم النفس.
- قادري، ناجح رشيد و البواليز، محمد عبد السلام (2004). مناهج البحث الاجتماعي. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- كامل، محمود علي (2004). الضغوط النفسية ومواجهتها. القاهرة: مكتبة الساعي.
- كامل، وحيد مصطفى (2005). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعات. دراسات نفسية، 14، 569-598.
- محمد، يوسف عبد الفتاح (1999). الضغوط النفسية لدى المعلمين وحاجاتهم الإرشادية، مجلة التوثيق، 9، 34 - 65.
- مليكة، لويس كامل (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة: دار النهضة المصرية.

المراجع الأجنبية

- Ellis, A. (2004). Rational emotive behavior therapy ,It Works. London: Pitman.
- Ellis, A. (1997). Using Rational Emotive Behavior therapy Techniques to cope with Disability. Professional Psychology Research and Practice, 28 (1), 75-30.
- Ellis, A. (1985). Rational Psychotherapy. Journal of General Psychology, 51, 50-61.
- Ellis, A. (1977). Rational Emotive therapy Data Supports the Clinical and Personality Hypotheses of Rational Emotive therapy and other moods of cognitive behavior therapy. Journal of counseling Psychologist, 7, 2-20.
- Ellis, A. (1975). Rational Emotive Psychotherapy in Bnnister . Issues and approaches in psychological therapy. New York: John Wily & Sons.

تكشف نتائج الجدول أعلاه بأنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي بين درجة الاختبار البعدي ودرجة الاختبار بعد فترة المتابعة في كل الأبعاد عند مستوى دلالة 0.05 . ولقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كامل (2005) ونتيجة دراسة البكر (2001) التي دلت على أن البرنامج العلاجي استمر في فعاليته حتى بعد فترة المتابعة. حيث كان هذا الفرض امتدادا للفرض الأول القائل بأن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي فعال في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط فكان من الطبيعي افتراض استمرار تلك الفعالية حتى يكون البرنامج قد أدى دوره كاملا دون تأثير بالمعالج أو بمكان العلاج. ويشير باثيرسون (د. ت) إلى أن المعالج النفسي العقلي الانفعالي يستخدم المنطق والتعديل والاستدلال والتعليم والمواجهة وتنمية العقائد العقلية المنطقية والتوجيه والتهيئة بالنسبة للسلوك حتى يوضح للمريض أن الاعتقادات الانطقية تؤدي إلى سلوك مضطرب انفعاليا وعلى المعالج أن يغير نمط تفكير المريض وانفعالاته وأن يستبدل الفنيات غير المنطقية بأخرى عقلية ومنطقية وبالإضافة يمضي المعالج النفسي في تعليم المريض حماية نفسه من الأفكار الأساسية غير المنطقية السائدة في الثقافة والمجتمع وأن يمد المريض بأفكار عقلية أكثر فعالية. ولقد جاءت النتيجة مؤيدة لنتائج الفرض إذ استمرت فعالية البرنامج أي أن أثره ليس مؤقتا أو لحظي مقيد بوجود المعالج أو بمكان العلاج أو احساس المريض بأنه تحت تأثير علاج معين. وفي فترة المتابعة قد توقفت الجلسات مما يدل على أن قيمة البرنامج العلاجي التي لم تقل بمرور الزمن وأن تأثيره قد استمر وذلك لأنه طلب من أفراد العينة اعتبار الواجبات والأنشطة جزء من حياتهم اليومية مثل تمرين الاسترخاء كلما شعرو بالتوتر وكذلك الحديث الايجابي للذات كلما وضعوا في موقف يقلل من قيمة ذواتهم وكذلك طريقة تعديل الافكار كلما شعرو بان فكرة معينة قد تؤدي إلى سلوك أو انفعال خاطئ .

4. الخلاصة

بما ان العلاج العقلاني الانفعالي يعد أحد انواع العلاج النفسي الذي اثبتت فعاليته بصورة عامه في كثير من الدول العربية والأجنبية وكذلك اثبتت فعاليته في البحث الحالي. وبذلك يوصى بوضع برامج علاجية مصممة ومجربة مسبقا للمرضى تساهم في الربط بين أفكارهم واستجاباتهم، ووضع مجموعات علاجية تجمع بين أعمار مختلفة ومستويات تعليمية مقاربة من الذكور والإناث من أجل فعالية أفضل للعلاج وكذلك وضع فترة متابعة للمرضى داخل تصميم البرنامج العلاجي المعين لضمان استمرارية التحسن. ويقترح القيام ببحوث مستقبلية عن فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط لدى مرضى الإيدز والسرطان والمدمنين فضلا عن فعالية الخلو العلاجي و تمارين اليوقا في تعزيز العمليات المعرفية لتحمل الضغوط .

المراجع العربية

- إبراهيم، محمود (1992). دراسة فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في حل بعض مشكلات المراهقين لطلاب المرحلة الثانوية، بحث غير منشور، جامعة عين شمس، كلية التربية.
- بدراوي، عمرو حسن احمد (2005). كيف تتخلص من الاكتئاب؟ بيروت: الدار الذهبية.
- زهران، حامد عبد السلام (2001). الصحة النفسية والعلاج النفسي. الرياض: مكتبة العبيكان .

السياقات الاتصالية

بوفولة بوخميس - علم النفس - عناية "الجزائر"

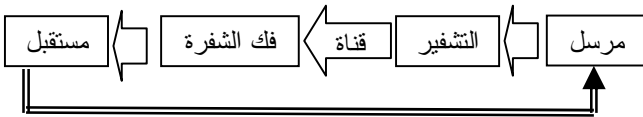
boufoulab@yahoo.fr

- 1- مفاهيم الاتصال
- 2- العوامل العامة في عملية الاتصال
- 1-2 الاتصال كوضع تقني
- 2-2 التحليل النفس-اجتماعي لعملية الاتصال
- 3-2 العوامل المحددة للاتصال
- 3- الاتجاه البيؤ-نسقي
- 4- مدرسة بالوالثو وقوانين الاتصال
- 5- الأسرة الجزائرية والسياقات الاتصالية المرضية الخاتمة

مقدمة

النموذج ناتج عن البحوث التي أجراها مهندسون في الاتصال بمعاونة مختصين في الرياضيات ويجب هذا النموذج على سؤال أساسي في صناعة الهاتف والتلغراف (البرق) آنذاك ومفاده: كيف يمكن تحسين انتقال المعلومة -الإشارة من نقطة إلى أخرى، أي كيف يمكن نقل رسالة بأقل تكلفة وأكبر نجاعة ممكنة .

يعرف (SCHANON) الاتصال على أنه انتقال الرسالة من مكان إلى آخر ويمكن تمثيل هذه السيرة في التصميم التالي :



شكل 1- يمثل نظرية (SCHANON)

تفسير الشكل : يعتمد في هذا الشكل على وضع مرسل ومستقبل في علاقة يأمل المرسل إعطاء معلومة وبالتالي عليه ترجمتها في لغة مفهومة من المستقبل ومتفكة ووسائل الاتصال المستعملة وهذا ما يعرف بـ: "التشفير" أو "الترميز" (codage)

تثبت الرسالة وتنقل بواسطة سند مادي يدعى "قناة الاتصال" وهكذا تصل الرسالة إلى المستقبل الذي يقوم بعملية فك الشفرة فيتمكن من فهم الرسالة (Message) ولكي يكون هذا النسق فعالا لابد من توفر نوع من الضبط وتعديل معالجة الأخطاء ويتم هذا بواسطة الأثر الرجعي (Feed-back).

لقد عرف نموذج (SCHANON) النابع من السيرينتيقا نجاحا كبيرا عند لسانبي تلك الفترة ومنهم جاكبسون (Jacabson)(1963).

نقد نموذج (SCHANON) : لقد وجه لهذا النموذج نقدين هما:

- هذا النموذج يتجاهل تماما أن الاتصال يقوم به الأفراد أو الجماعات أي يقوم به منفذين () تتدخل على مستواهما عوامل نفسية وإلزام اجتماعي وأنساقا من القيم والمعايير .
- يطرح هذا النموذج الاتصال كسيرة خطية وتسلسلية .

2-2 - العوامل النفس-اجتماعية للاتصال: الاتصال من وجهة نظر نفس-اجتماعية هو: " مجموعة السيرورات التي عن طريقها تحدث تبادل

تعد عملية الاتصال من أهم العمليات الاجتماعية ، بحكم كونها أداة التفاعل بين الأفراد والجماعات تحاول هذه الدراسة تناول الاتصال الأسري واضطراباته وأمراضه من خلال المقاربة البيؤ-نسقية (Approche Eco-systemique) حيث سنتعرض لأهم مفاهيم وقوانين الاتصال واضطراباته ، كما سنحاول عرض التحليل الذي تقدمه المقاربة لأمراض الاتصال الأسري والذي يعتمد في الأساس على مفهوم أو نظرية "الرباط المزدوج" (Le double lien) والذي يعني أن الأم تقدم لأفراد الأسرة خاصة الطفل رسائل متناقضة في آن واحد، مما يؤدي إلى غموض وصعوبة في الاتصال معها .

1- مفاهيم الاتصال

1-1- الاتصال لغة : يعرف قاموس لاروس الصغير (1974)

الاتصال بأنه: "القيام بإيصال شيء معين : رأي-رسالة-معلومة"¹

2-1- الاتصال اصطلاحا

يعرف شانون (SCHANON)² 1949 الاتصال بأنه: "عبارة عن مرسل (E) يرسل رسالة (M) إلى مستقبل (R) في شكل رموز (cd) وبواسطة قناة (Cn)

تعريف بيرون (PIERON)(1968) : الاتصال هو نقل المعلومة معينة³

تعريف موسكوفيسي (1984)(MOSCOVICI): "ظواهر الاتصال الاجتماعي هي تلك الرسائل اللغوية وغير اللغوية (صور-إيماءات) المتبادلة بين الأفراد والجماعات والاتصال وسيلة لنقل المعلومات والتأثير على الآخرين"⁴

تعريف نوربار سيلامي (N.Silamy) (1996) يرى بأن الاتصال هو العلاقة

بين الأفراد⁵ فالالاتصال هو قبل كل شيء إدراك ، ويستلزم نقل مقصود أو لا لمعلومات تهدف إلى الإخبار أو التأثير على الأفراد أو مجموعة من المستقبلين، لا يختزل الاتصال في نقل المعلومات بل يحدث أيضا رد فعل من المستقبل واستجابة من المرسل (أي كلاهما يؤثر في الآخر).

2- العوامل العامة في عملية الاتصال:

1-2- الاتصال كوضع تقني: لقد عرف النموذج الذي وضعه (SCHANON) عام 1952 في إطار نظرية الاتصال نجاحا كبيرا، وهذا

وهكذا بالنظر إلى مجموع القوى الداخلية والخارجية ، الموجبة والسالبة ، الممارسة على الممثلين يمكن اعتبار أن هدف الممثلون في كل وضعية اتصال هو هدف مزدوج:

- الوصول إلى بعض الأهداف
 - تفادي الوقوع في وضعية مهددة (لذاته ومركزه...الخ).
- ولفهم سلوك الممثلين أثناء الاتصال لابد من تحليل صعب يهدف إلى البحث عن الدوافع الحقيقية لسلوكياتهم أي الإجابة على هذين السؤالين :

- ما لذي يبغى الفرد الوصول إليه؟
- ما لذي يبغى الفرد تفاديه؟

إن الفرد الذي يبحث رسالة قد يبحث للوصول، في آن واحد، إلى الهدف الظاهر للاتصال ولكن أيضا لتفادي بعض العناصر التي تخلق له مشكل، وهو سيقوم شعوريا أو لا شعوريا بانتقاء وترشيح المعلومة التي يود إرسالها. فالرسالة لا تصمم فقط وفق ما هو "هام للإرسال" وإنما أيضا وفق مشاكل المرسل نفسه . إن كل اتصال يعتمد أو ينتج نسق تحكم وتحويل وترشيح أو انتقاء للمعلومات وهو إن بدا "إراديا" إلا أنه في معظم الأحيان "لاشعوري" . ومن بين السيرورات المستعملة في الاتصال توجد اثنتان أكثر شيوعا وأهمية :

1- الميكانيزمات الإسقاطية¹: تظهر ظواهر الإسقاط بشكليين في الاتصال :

- دمج تفكير الآخرين في تفكيره : أي إسقاط أحاسيسه على الآخرين ويصبح يرى أن الآخرين يفكرون مثله ، وهذا النوع من الدمج هي إحدى الأسباب الأساسية في الـ: "لا اتصال" (Non communication) فهو لم يعد يأخذ في الاعتبار اختلاف وخصوصية مخاطبه وبالتالي لا يعبر الاهتمام لخصائصه المعرفية الوجدانية .
- إعطاء الآخرين مواقف لترير أحاسيسه وسلوكياته نحوهم: فقد يتهمهم بالعنوانية (غير موجودة في الحقيقة) وفي الواقع هي عدوانيته التي يسقطها عليهم حتى يبرر موقفه السلبي أو الراض للاتصال .

2- الميكانيزمات الدفاعية² : إذا كان إرسال أو استقبال معلومة معينة في وضعية معينة سيحدث خلل في التوازن الداخلي للفرد ، فسيظهر عندئذ ميكانيزمات تهدف إلى الحفاظ على هذا التوازن أو إعادته إلى حالته الأولى (إذا اختل) . يقوم الفرد بتنظيم المعلومة أو الرسالة بالكيفية التي تلائم البنية السابقة لمواقفه، بمعنى أن كل معلومة لا تتوافق مع نسق القيم والمعايير ونسق العلاقات المقبولة ، وتهدد نسق مواقفه الخاصة ، ونظرته للعالم ستؤدي لا محالة إلى ظهور ميكانيزم دفاع هدفه حماية النسق الوظيفي الشخصي أو الإيديولوجي، ويمكن ملاحظة أربعة ميكانيزمات دفاعية في وضعيات الاتصال وهي :

* الحذف: (scotomisation) هي السيرورة المتمثلة في حذف أو إزالة معلومة محرجة وذلك بعدم إدراكها على الإطلاق، والحذف يشبه المرشح الانتقائي الذي لا يسمح بمرور سوى المعلومات المتوافقة، والمحايدة والتي تكون درجة التهديد فيها ضعيفة.

* التذكر الانتقائي (Mémorisation sélective) : هو ميكانيزم معروف أيضا إذ بمجرد استقبال المعلومة المسببة لمشكل للشخص ، حتى تُنسى مباشرة، وأحسن مثال على هذه الحالة المثل القائل: "تدخل من هذه الأذن وتخرج من الأخرى" ويتفق العلماء بمختلف اتجاهاتهم (معرفيين، ومحللين...) على أن ميكانيزمات الذاكرة ليست سيرورة بسيطة ، بل تحدها عوامل معرفية ووجدانية واجتماعية وإيديولوجية. ويمكن هكذا تخزين بعض العناصر أكثر من غيرها وذلك حسب الحالة الوجدانية ونمط النشاط المعرفي ونسق الاعتقادات والمعايير

المعلومات والدلالات بين الأشخاص في وضعية اجتماعية معينة .

وبما أن الحديث عن تبادل المعلومات والدلالات ؛ فسيرورات الاتصال هي بالتالي اجتماعية وهي تعتمد وتحدد من طرف ظواهر التفاعل . كل اتصال هو تفاعل ، وبالتالي فهو يتقدم في شكل ظاهر ديناميكية تحدث تحولا، أي أن الاتصال يدخل ضمن سيرورة تأثير بين الممثلين أو الفاعلين الاجتماعيين ، إذن لا يوجد هناك مرسل ومستقبل وإنما متحدثين في تفاعل. لا يمكن فهم الاتصال

على أنه مجرد سيرورة بسيطة للإرسال ، ولأنه قائم على أساس التفاعل فهو دائما تعامل بين المتحدثين ، ويتم الإرسال والاستقبال في نفس الوقت (متوافتان ومتزامتان) فالمرسل هو في نفس الوقت مرسل ومستقبل ، وليس مرسلا أولا ثم مستقبلا لاحقا (والعكس صحيح) الاتصال هو فعل اجتماعي وقد يكون "إراديا" أو "لا إراديا" ، "شعوريا" أو "لا شعوريا" ومهما يكن فهو من بين الأفعال المؤسسة للرباط الاجتماعي. (Lien social)

3-2. العوامل المحددة للاتصال¹:

1-3-2. العوامل المؤثرة على ممثلي الاتصال (Acteurs de la communication)

يسمى هؤلاء المرسل والمستقبل عند (SCHANON) أو المتخاطبين عند أصحاب النظرية النفسية الاجتماعية وهم معنيون بثلاث أنواع من العوامل :

(أ) عوامل نفسية : كل فرد يتصل هو منخرط مباشرة في الوضعية فهو ملتزم ونسق حاجاته يحدد دوافعه (Feetchak, 1996) وقد تكون هذه الدوافع ظاهرة أو ظمنية أو لا شعورية ولكي نفهم العوامل النفسية التي تؤثر على ممثلي الاتصال يمكن استوحاء النموذج الذي اقترحه Liwin (1959) لتفسير سلوكيات الأفراد. فمبادئ النشاط النفسي حسب لوين Liwin المتأثر جدا بالنماذج النابعة من الفيزياء فكرة أن كل فرد يعمل كعضوية خاضعة لمجموعة من القوى ، وقد يكون مصدر هذه القوى خارجي (الضغط التي يولدها المحيط) أو داخلي (مرتبط بتاريخ الشخص وانخراطه في الوضعية) . إن مجموعة القوى الممارسة على الفرد تخلق حاجات وهذه الأخيرة تولد توترات فكل فرد يمكن اعتباره عضوية تحت الضغط والتوترات هي التي تنتج لنا السلوكيات، وتهدف هذه الأخيرة إلى تقليص التوترات وإشباع الحاجات المولدة من طرف نسق القوى الخارجية والداخلية.

قوى داخلية

حقل اجتماعي ← قوى خارجية ← حاجات توترات ← سلوك

شكل-2- يمثل مبدأ النشاط النفسي حسب Liwin

السلوك هو نتاج القوى التي تمارس على العضوية في لحظة معينة ، ويمكن أن تكون هذه القوى على طبيعتين:

1- قوى موجبة: تتمثل في حاجات التحقيق والوصول إلى بعض الأهداف، وتتخلق هذه القوى توترات إيجابية ، ومن ثم نمط معين للسلوك يهدف إلى حل التوترات الإيجابية، وهو سلوك الاقتراب .

2- قوى سالبة : تتمثل في حاجات التراجع عن المواضيع وعدم الالتقاء مع هذا الشخص أو ذاك أو عدم التعرض لحدث معين وتخلف هذه القوى السالبة سلوك النفاذ .

قوى موجبة ← توترات موجبة ← سلوك الاقتراب (C.d'aprophe)
قوى سالبة ← توترات سالبة ← سلوك النفاذ (C.d'évitement)

شكل-3- يمثل نمطا السلوك

ثانياً) تصور الآخر² هو الصورة التي يكونها على الآخر (الشريك في الاتصال) وهنا تتدخل صورة خصائصه النفسية الشخصية والمعرفية (الكفاءات)، والاجتماعية (المكانة والمنزلة) ويتدخل هذا التصوير في طبيعة العلاقات والدعامات المستعملة والغاية المدركة من وضعية الاتصال.

ثالثاً) تصور المهمة والسياق¹ يتبنى الفرد بعض أنماط السلوك حسب الصورة التي يعطيها للمهمة المراد تنفيذها أي نمط معين من الاستدلال وإيجاد الشفرة والقناة الملائمتين أحسن للاتصال. وفهم طبيعة ردود الفعل وتبادلات الممثلين لابد من الاستفهام والاستفسار عن الدلالة التي يعطيها الممثلين للسياق الذي يتم فيه اتصالهم. إن معرفة تصورات الممثلين عنصر ضروري لفهم وتحسين الاتصال لأن التصورات الاجتماعية المشتركة هي إحدى العوامل الأساسية لإنشاء اتصال اجتماعي فعال.

ت) العوامل الاجتماعية²

1- الأدوار والمكانة الاجتماعية: تحدد المكانة الاجتماعية بالموضع الذي يأخذه الفرد في نسق اجتماعي معين وفي لحظة معينة، فهي إذن موضع اجتماعي يمكن معلمته موضعياً. وحسب مكانته يطور الفرد عدداً من الأدوار الاجتماعية ويطور السلوكات والمواقف والاتجاهات التي يراها مناسبة لمكانته، وبالأحرى سيتبنى السلوكات التي ينتظرها الآخرون منه انطلاقاً من مكانته. وفي التفاعل يمكن أن يظهر نوعين من الاضطرابات:

* صراع الأدوار: عندما يتبنى الفرد سلوكاً مختلفاً عما ينتظر منه بحسب مكانته

* صلاحية الأدوار: عندما يحتفظ الفرد في وضعية اجتماعية جديدة دوراً يناسب وضعية أخرى (الرئيس الذي يواصل دور الرئيس في وضعية تسليمة).

2- الأحكام المسبقة والقبوليات: كل فرد منا يستعمل شعورياً أو لا شعورياً عدداً من الأحكام المسبقة والقبوليات الاجتماعية التي تسهل أو تعيق بالاتصال وترتبط هذه الأحكام المسبقة بتاريخ الجماعة التي ينتمي إليها الشخص، كما ترتبط بعوامل أخرى، فمثلاً تبرز الأحكام المسبقة الاجتماعية تجاه الأقلية العرقية أو تزداد بقوة في وضعيات الأزمة الاجتماعية أو الاقتصادية. ومثال ذلك تجربة رازكان (Razkan) (1950) في أمريكا (تأثير القبولية) قدم للمختبرين مجموعة من 30 صورة تمثل وجوهاً، ودية ومحيدة عرقياً وكانت المهمة هو صياغة أحكام حول كل صورة، وذلك في 6 خصائص (الودية- الجمال- الذكاء- قوة الطبع- الطموح- والمرح). وبعد شهرين يطلب من المختبرين إجراء حكم جديد على نفس الصورة انطلاقاً من نفس الخصائص مع فارق وحيد وهو أن في كل صورة وضع الاسم واللقب وهي أسماء وألقاب ليهود أو إيطاليين أو إيرلنديين أو أمريكيين حقيقيين، وكانت النتائج: ملاحظة تشابه (ثبات) في الأحكام بالنسبة لأسماء الأمريكيين، ولكن لوحظت تغيرات كبيرة لباقي الصور.

2-3-2- العوامل التي تؤثر على الشفرة والقناة¹

أ) المتغيرات الفيزيائية أو الموضوعية: نوعية الاتصال مرتبطة كثيراً بنوعية وملائمة الشفرة المستعملة، تكون الشفرة أكثر فاعلية كلما كانت مكيّفة لطبيعة المعلومة المتبادلة والغاية من الوضعية النهائية وخصائص الممثلين المعنيين بالوضعية. كما اعتبر أن لكل اتصال شفرة دنيا (code optimal) أي شفرة تسمح بفهم أحسن للرسالة المرسله وينبغي أن تصمم دائماً حسب المستقبل. تكون الشفرة أكثر فاعلية كلما كانت أقل غموضاً، فالتعددية الدلالية للشفرة وغموضها يكونان دائماً مصادر لصعوبات

* التفسير الدفاعي (Interprétation défensive): يتمثل في إعطاء معنى للمعلومة يختلف عن معناها الحقيقي ويكون متوافق مع ما يريده الشخص. وفي هذه الحالة تستقبل المعلومة وتخزن في الذاكرة لكنها تحول إلى معنى متوافق وتوقعات ونسق مواقف الشخص.

* نفي سلطة المصدر (Négation de l'autorité de la source): إذا تسببت المعلومة في خلق مشكل لدى الفرد فسيقوم بالخط من قيمتها وذلك بالنشكيب في سلطة وكفاءة وحسن مرسلها (مصدر المعلومة) وتفقّد المعلومة مكانتها لما يحط من قيمتها ويمكن بالتالي تجاهلها أو حذفها.

ب) العوامل المعرفية¹: ممثلو الاتصال هم من يحددون، بفضل شخصيتهم ووجدانهم ونمط نشاطهم المعرفي النسق المعرفي ونسق التصور.

النسق المعرفي: بمعنى تنظيم نشاطهم العقلي والذهني فكل شخص محدد بنسقه المعرفي الخاص به أي بنمط معين من التفكير والتنظيم ومعالجة المعلومة. إن أصل هذا النسق المعرفي هو نمط التكوين الذي تلقاه فيما سبق وهو نشاط معرفي فردي واجتماعي. لقد أظهرت البحوث في العشرينيتين الماضيتين عن المعرفة الاجتماعية أن النشاط المعرفي مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالسياق الاجتماعي الذي يوجد فيه، وأن تحليل المعلومة ذات الطبيعة الاجتماعية يقوم على قواعد خاصة (وجود وسائط معرفية سيروية التصنيف الاجتماعي، نسب السببية... الخ).

وفي الاتصال يحدد النسق المعرفي للمتخاطبين اللغة المستعملة أي شفرة الاتصال، كما يحدد كذلك التنظيم المنطقي وتفسير الرسائل لكي يكون الاتصال فعالاً لا بد أن يكون على الأكثر نمط النشاط المعرفي مشتركاً. أما تصميم الرسالة فلا بد أن يعتمد على معرفة النسق المعرفي للشخص المستقبل (الهدف).

نسق التصور: التصور هو المجموعة المنظمة من المعلومات والاعتقادات، والمواقف والآراء التي يكونها الفرد أو الجماعة حول موضوع معين، التصور ناتج وسيرورة نشاط عقلي يقوم فيه الفرد أو الجماعة بإعادة تشكيل الواقع الذي يصادفه وإعطائه دلالة خاصة، إذن لا يوجد في النشاطات الإنسانية واقعا موضوعياً، فكل واقع هو تصور أي شيء ممتلك وأعيد بناؤه في النسق المعرفي.

هناك ثلاث عناصر تلعب دوراً هاماً في تصور وضعية الاتصال وهي:

- تصور الذات
- تصور الآخر
- تصور المهمة أو السياق

أولاً) تصور الذات: يقوم التصور الذات على مكونتين¹:

1) الأنا الحميمي (Moi intime): هي الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه، وقواه، وضعفه وكفائته الحقيقية، وخصائصه الشخصية. والأنا الحميمي في الغالب هو خاص لا يعرفه الآخرون وغير معبر عنه لكنه أساسي في تحديد سلوك الفرد. هذا الأخير يتبنى سلوكات ويبني مع الآخر نمطاً من العلاقات المختلفة حسب إدراكه لذاته: هل هو قوي أو يائس؟.

2) الأنا العمومي (Moi public): هو الأنا المعلن عنه أي صورة الذات التي تعطيها للآخرين والتي قد تكون مختلفة جذرياً عن الصورة الحميمة، وهنا أيضاً تُملَى صورة الذات التي يراد إظهارها للآخرين السلوك المتبع، ففي وضعية تفاعل يتصرف الفرد وينفعل حسب ما يعتقد أنه "هو" وما يريد أن يظهر عليه أمام الآخرين وتتدخل صورة الذات هذه في الاتصال وذلك في السلوك المختار أمام الآخر، ونوع اللغة المستعملة معه في اختيار قناة الاتصال والغاية المعطاة للوضعية.

3-2-3- عوامل السياق والمحيط :¹

* دور السياق المادي والزمني : إن التهيئة المادية للحيز والوقت والمكان محدد اجتماعيا (ترتيب طاولات في قسم دراسي مختلف عن ترتيبها في قاعة اجتماعات ...)

* دور السياق الاجتماعي : المكانة والأدوار الاجتماعية وكذلك تأثير حضور جمهور أو ملاحظين للسلوك وهذا ما يعرف في علم النفس الاجتماعي بـ: "المشاركة في الفعل".

* دور السياق الثقافي والإيديولوجي³ : هناك أمران مهمان في ذلك :

- صعوبة الاتصال بين أفراد مختلفين ثقافيا بسبب نقص وسائل التفهيم وحلها .

- الثقافة الصغرى قد تستعمل جماعة ثقافية اتصال لا يستعمل عند جماعات أخرى .

مثال ذلك تجربة ديما (Dumas) (1906) حول الدلالة الثقافية للابتناسمة فوجد أنها تعني :

- عند الأوربيين: موقف إصغاء.
- اليابانيين : الضيق والحرج
- قرى بورنيوس Coffres de BORN TOS : الاحتقار .

3- الاتجاه البيئونيقي¹ : Orientation Eco-systemique

تحت تأثير علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي ونظرية الأنساق وعلم البيئة تطورت دراسة التفاعل فرد-وسط وأثريت تدريجيا وجهة نظر تتمثل في كون هذا التفاعل حاصل ضمن نسق لا يكون فيه الفرد سوى جزء وليس كلا (عكس النظريات الأخرى التي تتخذ في دراسة سلوك الإنسان كمركز واحد)

1-3- مفهوم النسق² : هو مجموعة من عناصر في تفاعل وتكون كلا منظما، إن تغيير إحدى العناصر يؤثر على العناصر الأخرى ، وهذا التفاعل يتميز بكون الجميع أكبر من مجموع الأجزاء النظرية العامة للأنساق: تحليل بنية وعمل النسق وتهدف إلى وضع قواعد لذلك . يوجد نوعان من الأنساق :

- نسق مغلق = التفاعلات تخص الأفراد داخل النسق فقط .

- نسق مفتوح = التفاعلات يمكن أن تتأثر بعوامل خارجية .

* علم البيئة العام : هو تطبيق نظرية الأنساق لدراسة العلاقات بين الكائنات الحية ومحيطها .

* علم البيئة البشري: هو العلم الذي يدرس النسق البيئي البشري.

2-3- النظريات النسقية³ عندما نتحدث عن النظرية النسقية في علم النفس العيادي ، نرجع إلى النظريات التي تستعمل وجهة نظر نفسية لمعالجة المشاكل المصادفة في العلاقات العائلية والزوجية . ورغم اختلاف هذه النظريات باختلاف أصحابها، إلا أنها ذات جذور واحدة تتمثل أساسا في ثلاث نظريات :

1-2-3- النظرية التحليلية : أعطى كل من أدلر (Adler) وفروم (From) وسوليفان (Sullivan) وهورني (Horney) ، أهمية للمظاهر الاجتماعية للحياة النفسية ونقلوا اهتمامهم إلى السلوك الاجتماعي والحالي للشخص وليس للتاريخ الفردي .

الاتصال ، ويبدو أن تكيف اللغة حسب المستمع هو سلوك عفوي يظهر منذ سن مبكر جدا. لقد أظهر ماسير (Masur) (1978) أن أطفال في 4 من عمرهم يعتبرون ويكيفون أسلوب كبيرهم المعتادون عليه لما يكونون مع أطفال أصغر منهم .

ب) المتغيرات النفسية والنفسية الدلالية :²

* أثر الهالة (Effets de halo) : أنه الأثر المتولد من الرنين الرمزي الذي تبعته هذه الكلمات أو تلك عند ممثلي الاتصال، بإمكان كلمة أو فكرة أو رسالة أن تخلق سلسلة من التدايعات الفردية أو الشخصية ، وهي في بعض الحالات تكبح أي اتصال ، وتسمى هذه الكلمات "الكلمات الصدمية" (Mots chocs) ويصعب جدا التحكم فيها لأنها مرتبطة في الغالب بالفرد المستقبل. لكن أثر الهالة يعمل أيضا من وجهة نظر اجتماعية وجماعية ، فاستعمال هذا المصطلح أو ذلك في الاتصال يدل في الغالب على المواقف الإيديولوجية والعلاقات التي يربطها المرسل مع موضوع الرسالة ؛ المثال المعروف أكثر والبسيط هو "الكلمة المستعملة للتحدث عن الشرطة "Gardien de la paix, flics, forces de l'ordre".

* وزن الكلمات (Poids des mots): عناصر الرسالة ليس لها نفس الوزن ، إذ توجد هناك هرمية بين العناصر، فالبعض يلعب دورا مركزيا لفهم الاتصال أو تفسيره ، لقد قام العالم آش³ (Asch) (1964) بإجراء تجربة بغية معرفة وزن الكلمات فقدم لأشخاص قائمة من الأوصاف خاصة بشخص وطلب منهم وصف هذا الأخير وتضم القائمة التي أعطاها لهم أوصاف "ذكي-كفء- حار..." وأعطى لفوج ثاني نفس القائمة مع تغيير كلمة "حار" بكلمة "بارد" وطلب منهم نفس ما طلبه للفوج الأول فتغير وصفهم للشخص من النقيض إلى النقيض .

* ترتيب الكلمات : يلعب ترتيب الكلمات دورا حاسما لإعطاء المعنى وهكذا فإن الكلمات الأولى لها قيمة أكبر من الكلمات التي تليها وهذا ما يعرف بـ: "أثر الأولية" كما تجد الكلمات الأخيرة أهميتها لأنها هي التي تبقى في الذاكرة وبالتالي يبقى تأثير الاتصال لفترة بعيدة المدى وهذا ما يعرف بـ: "أثر الحداثة"

وهذان الأثران يفسران لماذا يختار رجال السياسة أو المحاورون الحديث في أول ونهاية النقاش ، مثال ذلك تجربة روم توابت (R.Tweit) (1971) حول المكان الذي يأخذه الاسم والأوصاف في قائمة :

- عندما يوضع الاسم أولا ثم سلسلة الأوصاف — يمكن تخزين كل قائمة الأوصاف وخاصة الصفات الأكثر قربا منه .

- عندما يوضع الاسم في آخر القائمة — لا تخزن الأوصاف الأولى وتخزن الأوصاف الأخيرة القريبة من الاسم .

* اختيار قناة الاتصال :¹

- الصوت
- الكتابة
- الإيماءات
- التوضع في الحيز (وجهها لوجه - جنباً لجنب)
- الشروط الفيزيائية التي يتم فيها التبادل
- مكان اللقاء.

* دور ممثلو الاتصال : يملك المتحدث في وضعية الاتصال هامش حركة أوسع وحرية أكبر، فهو الذي يمكنه اختيار الكلمات واللغة التي يستعملها وينضدها وفق ترتيب معين ويرسلها باستعماله لقناة معينة. فالمرسل كما يراه بلاكار (Blakar) (1979) هو خلاق مبدع .

* **الحالة المرضية لهذه المسلمة:** استحالة عدم الاتصال ليس لها فائدة نظرية فقط، بل هي عنصر في "مفارقة" الفصامي فالنظر إلى سلوكه يخلق انطباع أنه يريد عدم الاتصال، لكن بما أن الكلام الفارغ من المعنى والصمت والآنزواء وعدم الحركة، أو أي شيء آخر من الرفض هو أيضا اتصال. يجد الفصامي نفسه أمام مشكل غير قابل للحل، إنه ينفي أن يتصل وينفي نفية لهذا الاتصال، إن أي اتصال يفترض التزاما، ويتمثل هذا الأخير في الكيفية التي يرى بها المرسل علاقته مع المستقبل، يوجد هناك فرضية مفادها أن الفصامي يتصرف وكأنه يتفادى الالتزام وذلك عن طرق عدم الاتصال. ينفي الفصامي أنه يتصل وينفي نفية السابق، ويريد المريض الاتصال لكنه يرفض الالتزام الضروري لكل اتصال ويتمثل ذلك عمليا في إعطائه جملا غامضة. اللغة الفصامية تترك الحرية للمتلقى في اختيار معنى الكلام ضمن احتمالات عديدة، وهذه الأخيرة ليست مختلفة فقط، وإنما أيضا متناقضة، يمكن إعطاء مثال بـ: "غسيل المخ" أو مثال أثر روزنتال خاصة بالاختبارات. العرض بالنسبة لمدرسة بالوالتر هو عبارة عن رسالة لا لفظية: "لست أنا من يرفض القيام بهذا أو يريد به وإنما هو شيء خارج عن إرادتي: الأعصاب- المرض- القلق - ضعف البصر - الزوجة....الخ".¹

2-4- المسلمة الثانية : هناك مستويان للاتصال : المضمون

والعلاقة²
كل اتصال فيه التزام أولا ثم علاقة ثانيا ؛ أي أن الاتصال لا يتوقف على نقل المعلومة ، ولكن أيضا يؤثر سلوكا وحسب باتيسون (BATESON)³ لكل اتصال مؤشر وأمر ، وهاتان العمليتان تمثلان "مؤشر" و"أمر" الاتصال ، ويوضح (BATESON) هذان المظهرين بفضل التشبيه الفيزيولوجي :

أب، ج سلسلة خطية من العصبونات ؛ إن تنبه العصبون "ب" هو في آن واحد يدل على :

- مؤشر على أن العصبون "أ" قد تنبهه

- أمر بتنبه العصبون "ج"

إن الرسالة في شكلها "المؤشر" تنقل المعلومة فيكون إذن هذا المصطلح مرادفا في الاتصال البشري لمضمون الرسالة ، وقد يكون هذا المضمون كل ما هو قابل للاتصال . ولا تدخل هنا في الاعتبار صحة أو خطأ أو صلاحية أو عدم صلاحية هذه المعلومة .

أما "الأمر" فيعني الكيفية التي ينبغي أن تفهم بها الرسالة ؛ أي "الأمر" هنا هو العلاقة بين المتخاطبين .

* الحالة المرضية لهذه المسلمة: من النادر أن يعبر عن علاقات تعبيراً

جليا أو تحدد لا شعوريا¹ ، ويبدو أنه كلما كانت العلاقة عفوية تلقائية و"صحية" ، كلما كان مظهر "العلاقة" في الاتصال ثانويا (أي لا يسبب مشاكل)، لكن إذا كانت العلاقة مريضة فإنها تؤدي إلى ظهور جدال مستمر عن طبيعتها ، وهكذا يفقد مضمون الاتصال أي أهمية . ويمكن تلخيص ما سبق بما يلي كل اتصال له مظهرين مضمون وعلاقة ، بحيث أن "العلاقة" تحيط بـ "المضمون" وبالتالي يصبح الاتصال ما وراء الاتصال (Méta-communication). وفي الأخير يمكن إعطاء مثال : الزوج الذي يدعو زميله لزيارته في المنزل بدون علم الزوجة ، فيقع خلاف كبير بينهما رغم أنهما موافقان على زيارة الزميل لهما، هذا الخلاف حدث على مستوى العلاقة وليس على مستوى المضمون² . عندما يتصل الأزواج فيما بينهما يحدث خلط بين مظهري الاتصال "المضمون" و"العلاقة" وقد يظهر الخلاف على مستوى المضمون أو على مستوى العلاقة .

2-2-3 - نظرية الرباط المزدوج Le double lien : طورها باتيسون (BATISON) ومعاونيه في وحدة علم الاجتماع والأنثروبولوجيا Paloalto ومقالهم (1956) "To words a theory of schizophrenia" (BATSON, JACKSON, MOLEY) أثر كثيرا على البحث في الفصام وتطورات العلاجات العائلية .

3-2-3 - نظرية الاتصال: والتي خرجت من أعمال فوج Palo Alto ثم طورت من طرف واتزلاويك ومعاونيه Watzlawick et al ، ويبدو أن هذه النظرية هي التي لعبت دورا وتأثيرا أكبر سواء على تطور العلاج العائلي أو على العلاج النفسي عموما ، وهي التي لها "وحدة نظرية" ، كما أنها على الأرجح الأكثر فائدة علاجيا ، وقد ذكر واتزلاويك ومعاونيه Watzlawick et al 5 قوانين للاتصال البشري والتي سيأتي ذكرها فيما بعد .

* نقد النظرية :¹

* **المزايا:** لعبت النظريات العائلية والنسقية دورا هاما حيث بلغت الانتباه إلى الطابع الاتصالي، والنسقي لعلم النفس المرضي (السيكولوجية المرضية) فهذه النظريات لم تهتم فقط بتوسيع آفاق علم النفس العيادي ، لكن أيضا أثرت معارفنا عن بعض الاضطرابات والتي بفهمها توفرت لدينا استفادة ذات قيمة .

* **السلبيات :** إذا كانت القاعدة النظرية للعلاقات النسقية متوقعة جيدا داخل النظرية العامة للأنساق لكن هي في الواقع أقل توقعا مما نتصوره من أول وهلة .

مفاهيم تماثل الغاية أو تماثل الكمون والقدرة (Equi potentialité , Equi finalité) والسببية تجعل من الصعب جدا وضع الفرضيات حيز التطبيق، عموما فرضيات وقوانين النظريات النسقية تتقصصها الدقة ويصعب جعلها إجرائية . ومن جهة أخرى العلاجات النسقية ترى أن التحليل الذي نقوم به يخص السيرورات والتفاعلات والعلاقات وليس على خصائص ثابتة (سمات أو استعدادات) في حين الحقيقة نجد بنيات علائقية غير متغيرة وبالتالي فهي خصائص أو استعدادات ثابتة نسبيا .

وعلى المستوى الأمبيرقي لم يثبت الصدق الأمبيرقي للنظرية المركزية حول الرباط المزدوج. وإذا كانت هناك أعمال تثبت فائدة الفرضيات النسقية لفهم تطور ودوام الاضطرابات النفسية فإن ما تعاني منه هذه النظريات هو النقص الكبير في التأكيد الأمبيرقي لفرضياتها النظرية والسببية ، بالإضافة إلى ذلك فعلاقتها بالنظريات والبحوث والنتائج المتوصل إليها في علم النفس الاجتماعي هي غير كافية²

4- مدرسة بالوالتر وقوانين الاتصال: تنص مدرسة بالوالتر على خمسة خصائص بسيطة للاتصال وهي تؤثر بقوة في الاتصالات بين الأفراد ، وتلعب هذه الخصائص دور المسلمات في الاتصال البشري

1-4- المسلمة الأولى : استحالة عدم الاتصال (Impossibilité de ne pas communiquer)³

هناك خاصية هامة جدا في السلوك إلا أنها لم تلفت إليها الانتباه: السلوك ليس له نقيض أي لا يوجد "لا سلوك" أو ببساطة لا يمكن نفي السلوك عنا، ففي تفاعل ما، كل سلوك له قيمة رسالة ، أي أنه اتصال مما ينتج عنه استجابة عدم الاتصال ، فكل شيء له قيمة رسالة : النشاط ، عدم النشاط ، الكلام ، الصمت ، إن مثل هذه السلوكيات تؤثر في الآخرين الذين بدورهم ليس باستطاعتهم عدم الاستجابة لهذا الاتصال وبالتالي هم أيضا يتصلون .

الاتصال القياسي هو كل اتصال لا لفظي (وضع الجسم، الإيماءات، تعبير الوجه، إمالة الصوت، التتابع، إيقاع نغمة أو نبرة الكلمات..الخ) . الإنسان هو العضوية الوحيدة القادرة على استعمال نمطي الاتصال هذين¹ ، إذا كان اتصال له مظهرين : "مضمون وعلاقة" فإننا لا نتوقع فقط أن يتواجد معا وإنما أيضا أن يتكاملا ، فالمضمون ينقل وفق النمط المعياري والعلاقة تكون ذات طبيعة قياسية.² يستعمل البشر النمط القياسي والنمط المعياري للاتصال ، تتوفر اللغة المعيارية على تركيب منطقي ومعد وملتزم جدا لكن تنقصها دلالة مناسبة للعلاقة ، أما اللغة القياسية فتتوفر على دلالة لكنها تفتقد تركيب مناسب لتعريف وتحديد طبيعة العلاقات بدون لبس أو غموض .

- فالالاتصال المعياري : يتميز بأنه أكثر حداثة وأكثر تجريدا وأنه لفظي أكثر

- والاتصال القياسي أكثر قدما في النمو وأكثر مصداقية في العموم وهو في الغالب لا لفظي .

5-4- المسئلة الخامسة: هناك نوعان من التفاعل التناظري والتكاملي: Symétrique et Complémentaire

وهي عبارة عن علاقات قائمة على التساوي أو عدم التساوي ؛ ففي حالة التساوي ينحو المتخاطبون إلى تبني سلوك المرأة (conduite en miroir) فيقال عن تفاعلهم أنه تناظري ، ولا يمكن الحديث هنا عن التناظرات: "ضعف-قوة، لطف-قبح" لأن التناظر قد يحتفظ به داخل سلوك من هذه السلوكات، وفي حالة عدم التساوي يكون سلوك أحد المتخاطبين متمم لسلوك الآخر، فيقال عن التفاعل أنه تكاملي .

يمتاز التفاعل التناظري بالمساواة وتقليص الفروق قدر الإمكان ، أما في التفاعل التكاملي فيمتاز بعدم المساواة وتزايد فيه الفروق . في التفاعل التكاملي توجد وضعيتين مختلفتين ، فيأخذ أحد المتخاطبين وضع أعلى ، وأول وأرفع ويأخذ الثاني وضع أسفل وثنائي وأخفض ، وهذه الكلمات لا تعني أنها مقابلة لـ: "جيد" و"سيء" ، "قوي" و"ضعيف".

إن السياق الاجتماعي أو الثقافي قد يثبت العلاقة التكاملية :

- أم- طفل
- طبيب- مريض
- معلم- تلميذ

ولقد اقترح العلماء نوع آخر من العلاقة سميت علاقة "ما وراء تكاملية" (Méta Complémentaire) حيث أن الشخص "أ" يجعل الشخص "ب" مرتبط به أو متعلق به أو يلزمه بذلك ، وتوجد أيضا علاقة "ما وراء تناظرية" (Méta Symétrique) حيث يقوم الشخص "أ" بترك الشخص "ب" يأخذ وضعية تناظرية أو يلزمه بها .

5- الأسرة الجزائية والسيافات الاتصالية المرضية

1-5- تعريف الأسرة:

اشتقت كلمة "أسرة" في العربية من "الأسر" وهو الشد والربط بقطعة من الجلد تسمى "السير".

وفي اللغات الأجنبية اشتقت كلمة "Famille" و "Family" وغيرها من الكلمة اللاتينية "Famulus" و "Familia" وتعني "الخادم". لقد كانت الأسرة في السابق تعني مجموعة الخدم والعبيد الذين يعيشون في نفس المنزل، ثم أصبحت تعني كل الأشخاص الذين يعيشون في المنزل: النساء، الأطفال، الخدم، الخاضعون لسلطة رب الأسرة (Paterfamilias) وفيما يلي عرض وجيز لبعض تعريفات الأسرة وهي كالتالي:

3-4- المسئلة الثالثة : طبيعة العلاقة مرتبطة بالـ"وقف" الذي تكون عليه سلاسل الاتصال بين المتخاطبين ، تتخذ مجموعات الاتصالات بالنسبة لملاحظ خارجي كسلسلة غير متقطعة من التبادلات ، ويدخل المتخاطبون دائما في هذا التفاعل ما سماه (BATESON) و (Jackson) بـ: "وقف سلسلة الوقائع" (La ponctuation de la séquence des faits) . المشكلة ليس في معرفة ما إذا كان وقف سلسلة الاتصال حسنا أو سيئا ، إذ من البديهي الذي لا يقبل النقاش أن الوقف يهيكل وقائع السلوك فهو (الوقف) أساسي لمواصلة تفاعل ما. ومن وجهة نظر ثقافية يشترك جميع الناس في عدد كبير من علامات الوقف المتفق عليها ، وهي ليست أكثر أو أقل صحة من طرف وقف آخر لنفس الوقائع ، وإنما تفيد لبناء سلاسل التفاعل "الشائعة" و "الهامة" في آن واحد.

* الحالة المرضية لهذه المسئلة: إن عدم الاتفاق على الكيفية التي توقف بها سلسلة من الوقائع هو مصدر للعديد من الصراعات التي تصيب "العلاقة".³ مثال ذلك زوجان يعانيان من مشكل ما ، يساهم هذا الزوج في هذا المشكل بانطوائيه وسلبيته ، وتساهم الزوجة بانتقاداتها اللاذعة ، فلما يتحدث الزوج يقول أن انطوائيته هو دفاعه الوحيد ضد لاذعة زوجته ، وهي بدورها تعلق على حديثه قائلة أنه يشوه تشويها مقصودا ومبالغ فيه لما يحدث حقيقة في حياتهما الزوجية وأنها تنتقده بسبب سلبيته وتصبح هكذا موجهاتهما تسير وفق وتيرة واحدة ومكررة من الرسائل "أنا أنطوي لأنك لاذعة" و "أنا لاذعة لأنك منطوي على نفسك" .

في العلاج النفسي للأزواج يلفت الانتباه إلى ظاهرة تشويه الواقع من طرف الزوجين. إن هذا التفاعل من النوع التآرجي (نعم-لا-نعم لا-نعم) ونظريا يستمر إلى ما لا نهاية ويصعب في الغالب باتهامات بالمكر والجنون .

4-4- المسئلة الرابعة : هناك اتصالان : اتصال قياسي واتصال معياري :

يوجد الاتصال المعياري (Digitale) في الجهاز العصبي المركزي والاتصال القياسي (Analogique) في الجهاز العصبي الإعاشي، كما يوجد هذان النظامان في العديد من الأنظمة الصناعية كالمنظمات الآلية (Les ordinateurs) .

وفي الاتصال البشري يمكن تعيين المواضيع بفضل كيفيتين مختلفتين ، فقد يستعمل الرسم أو التسمية لتعيين المواضيع أو الأشياء، فمثلا في الجملة "عُف الرئيس وزيره" يمكن استبدال الاسمين (رئيس- وزير) بصورتهم، وفي الجملة الملفوظة يمكن الإشارة بالأصبع إلى "الرئيس" و"الوزير" الحقيقيين ، وفي الواقع إذا حصل هذا النوع من الأخير من الاتصال سيبدو غريبا، وفي الغالب يستعمل "اسما" مكتوبا أو منطوقا أي "كلمة" .

هذان النوعان من الاتصال (التشابه والكلمة يكافئان على التوالي الاتصال القياسي والاتصال المعياري في كل مرة تُختار الكلمة لتسمية شيء معين ، تكون هناك بداية ، علاقة اعتبارية بين الاسم والمسمى فالكلمات هي علامات اعتبارية تستعمل وفق التركيب المنطقي للغة ، لا توجد أي علة خاصة تجعل الحروف الثلاث "ج،ز،ر" تعني نباتا معيناً ، فما هي سوى اتفاق دلالي في لغة معينة وخارج هذا الاتفاق لا يوجد أي ارتباط بين كلمة وما تدل عليه باستثناء ما يعرف في اللغة "بالتعابير الصوتية" ، أما في الاتصال القياسي فيوجد شيء من العلاقة بين الموضوع وما يعبر عنه. مثال : نستمع إلى برنامج أجنبي (لا نفهم لغته) لكن يمكننا استنتاج المعلومة الأساسية بسهولة من خلال ملاحظة اللغة عن طريق الإشارة (الإيماءات) والحركات التي تشير إلى قصد معين .

ظهور تنشئة اجتماعية خارج أسرية التي أسست بفضل التلفزيون ووسائل الإعلام الأخرى لمنافسة تربوية.

• التداخل (l'interpénétration) بين الإثنيات والديانات والثقافات والجذور الاجتماعية والثقافية والذي ساهم في بروز الاختلافات والهويات الخاصة.¹

• إن الأولياء رغم تكوينهم لأسر نووية إلا أنهم مازالوا يتكلمون مباشرة وغير مباشرة، ويحملون بقايا الأسرة الموسعة، وكثيرا ما ينفذ ماضيهم والتربية التي تلقوها والأحداث البارزة في التاريخ الأسري للأجيال الماضية إلى اتجاهاتهم الوجدانية والتربوية.

• يرث الطفل نسق معقد من العلاقات والتراكمات.

• تنمو الأسرة بقوة أثناء الزمن النفس-التربوي الذي تتراوح مدته بين 16-20 سنة الأولى من تكوينها. وقد يعيش الأولياء والزوجان والأسر الموسعة الشيوخة وتغيرات هامة في السلوكات وابنهما مازال ينمو ويصير مراهقا.

• النسق الأسري هو نسق مطاط، ومتحرك، كما يمارس الطفل بدوره تأثيرا أساسيا على حياة ومستقبل الراشدين الذين يحيطون به. ويحفظ الأولياء طفلهم في أمنه، وصحته، ونفسيته، ويملكون حق وواجب حضائته ومراقبته وتربيته.¹

5-3- العلاقة أولياء- طفل:

يحتاج الطفل إلى تحقيق حاجات عديدة لتحقيق ذاته داخل الأسرة وخارجها وأي إحباط في إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى ظهور اضطرابات عنده، وفيما يلي عرض لأهم هذه الحاجات حسب "ماسلو" (Maslow) و"الدرفر" (Alderfer) و"هرزبرغ" (Hersberg) و"ماك كلياند" (Mc Kleland):

- نموذج أ. ماسلو (A. Maslow): ينظم ماسلو حاجات الفرد تنظيمًا هرميًا وهي خمسة أنواع متسلسلة من الأقل إلى الأكثر أهمية:

- الحاجات الفزيولوجية: تتمثل في حاجات الكل والشرب والنوم والجنس.
- حاجات الأمن: حاجة الإنسان إلى جو الأمن والاستقرار والطمأنينة.
- حاجات الحب: الحاجة إلى حب الآخرين له.
- حاجات الاحترام: الحاجة إلى أن يشعر بأهميته ومكانته بين أقرانه ومجتمعه.
- حاجات تحقيق الذات: تتمثل أعلى مستوى في الهرم حيث يسعى الإنسان إلى تحقيق ذاته.²

- نموذج ألدرفر (Alderfer, 1969-1972): اقترح ألدرفر في نموذجه ثلاثة أنواع من الحاجات

- حاجات الوجود: الطعام، الشراب، الأجر، المكافآت..... الخ
- حاجات النمو: يعمل الشخص جاهدا على ترقية وتنمية شخصيته.
- نموذج هرزبرغ (Hersberg, 1959): اقترح ما يعرف بـ "نظرية العاملين" لأنه يرى أن هناك نوعان من الحاجات هي:
- حاجات الصحة: توفير محيط ملائم للحياة: الأجرة، الأمن.... الخ.
- حاجات دفاعية: أعلى درجة من الأولى، تتمثل في رغبة النمو في مختلف ميادين الحياة.

* **تعريف جمال مختار حمزة:** "الأسرة هي ممثلة الثقافة... وهي مرآة تنعكس عليها الثقافة التي توجد فيها بما تحتويه من قيم وعادات واتجاهات اجتماعية، ومنها يتعلم الفرد الصواب والخطأ، ومنها يتعرف على الأساليب السلوكية التي عليه أن يتخذها كأسلوب في سلوكه".¹

* **تعريف نوربار سيلامي(1999):** "هي مؤسسة اجتماعية قائمة على أساس الجنسية والميولات الأمومية والأبوية، وتختلف أشكال الأسرة حسب الثقافات (أحادي الزوج(ة)، تعدد الزوجات، تعدد الأزواج... إلخ)".²

* **تعريف "بيرجيس" و"لوك" (Burgess et Loke):** الأسرة هي: "جماعة من الأشخاص يرتبطون بروابط الزواج أو التبني ويعيشون حياة واحدة وينفعلون كل مع الآخر في حدود أدوار الزوج والزوجة، والأم والأب، والأخ والأخت، ويشكلون ثقافة مشتركة".³

* **تعريف روبرت ماكيفر:** الأسرة هي: "جماعة تعرف على أساس العلاقات الجنسية المستمرة على نحو ما يسمح بإنجاب الأطفال ورعايتهم".⁴

* **تعريف سناء الخولي (1988):** "مصطلح "أسرة" يقابله في الإنجليزية "Family"، وتعني "معيشة رجل وامرأة أو أكثر على أساس الدخول في علاقات جنسية يقرها المجتمع، وما يترتب على ذلك من حقوق وواجبات، كراعية الأطفال المنجبين وتربيتهم ثم امتيازات كل من الزوجين إزاء الآخر وإزاء أقاربهم وإزاء المجتمع ككل".⁵

5-2- الأسرة الجزائرية الحديثة (la famille moderne):

قدم الأستاذ بن بلة عمر، رئيس الديوان الوطني للإحصاء على مستوى ولاية وهران لحصة "صباح الخير" أرقام هامة عن الأسرة الجزائرية، حيث يقدر أن يصل عدد الأسر الجزائرية حوالي 6 ملايين أسرة في سنة 2008 بعدما كان من قبل 3 ملايين ثم 4.5 ملايين، أما عن نوع الأسر فقال أن حوالي 90% من الأسر الجزائرية هي أسر نووية، وعن أفراد الأسرة فأشار إلى تطور وتذبذبه عبر السنوات الأخيرة، حيث قدر 5,6 شخص في الأسرة سنة 1966 ليرتفع إلى 7,1 شخص في الأسرة سنة 1987، ليرجع في سنة 1998 إلى 5,6 ف شخص في الأسرة، فجاء الأسر في وقتنا الحالي أصبحت أسر نووية وحديثة، وقد تعرضت إلى تغيرات بنوية ملحوظة، ومن أهمها ما يلي:

- نقص في عدد الأخوة والأخوات (Fraterie)، وأصبح في المعدل إثنان في الأسرة،
- أن فارق السن بين الأخوة والأخوات انخفض فقل فارق النضج بينهم.
- أصبح المنزل يضم، في الأساس، الأولياء والأطفال مما شكل ما يعرف بالأسرة النووية.
- زيادة ملحوظة في عدد حالات الانفصال والطلاق أكثر من 30%.
- إعادة تشكيل الأسر (Reconstitution): حيث يتزوج رجل له أولاد من زواج سابق بامرأة لها هي أيضا أولاد من زواج سابق، مما ينوع ويعدد المرجعيات والسلطات الأسرية.
- يتغير توازن التأثيرات الأبوية والأمومية حسب درجة الترقية الاجتماعية، وعمل النساء واستثمار مبكر لدورهن وحقوقهن من طرف الآباء مثل السلطة الموجهة واللطافة الدافئة التي أصبحت يتقاسمها الزوجان معا.
- أن وضع الأبناء مبكرا في مؤسسات الرعاية مثل الحضانة ومدارس الأمومة، والأهمية المتزايدة للتعليم ساعدا على

علامة ودّ أقلّ لأوليائهم كما يظهره أطفال سن ما قبل التمدرس. لكن رغم هذا من الخطأ الاعتقاد أن الارتباط قد ضعف؛ فالطفل أثناء سنوات التمدرس مازال بحاجة لأن يشعره أوليائه بالأمان، وهو يعتمد على وجودهم وسندهم ويبقى متأثراً بشدة بحكمهم.⁴ يبدو أن للمراهقين مهمتين متناقضتين تجاه أوليائهم وهم: اكتساب الاستقلالية، والاحتفاظ بروابط التعلق. يتظاهر اكتساب الاستقلالية في زيادة الصراعات بين الأولياء والمراهقين، أما الاحتفاظ بالروابط فيكون في استمرار تعلق المراهق بأوليائه. وفيما يلي عرض لهاتين المهمتين:

* زيادة الصراعات:

وضح الباحثون وجود زيادة في الصراعات في معظم الأسر، وهي صراعات طفيفة تخص المشاكل اليومية مثل القواعد الواجب إتباعها داخل المنزل، الملابس، الخرجات، والنتائج الدراسية و الأشغال المنزلية.

يقاطع المراهقون والأولياء بعضهم البعض ولا يصبرون على بعضهم البعض.

هذه الصراعات شائعة لكن لا تقصد بالضرورة العلاقة أولياء-مراهقون، ويرى كثير من المنظرين أن هذه الصراعات لها آثار إيجابية على النمو، وهي تدخل ضمن ما يعرف باسم سيروية التفرد والانفصال. إن هذه الصراعات لا ترتبط بالسن وإنما هي راجعة إلى التغيرات الهرمونية في سن البلوغ، مما يسند الفرضية القائلة بأن هذه السيروية هي سوية وضرورية.¹

5-5 الأسرة والسياقات الاتصالية المرضية: معروف منذ القدم أن الصراعات الأسرية لها دور في ظهور الحالات الذهانية، لقد سمحت المقاربة النسقية بوضع فرضية للفهم وطريقة علاجية جديدة، لقد وضع ج. بانسون ومن معه (G. Bateson et al, 1956) نظرية اتصالية للفصام تعتمد على نظرية "الرباط المزدوج" (Double lien). تتم السلسلة التفاعلية بهذا الشكل:⁴

- 1- يوجد شخصان مركزيان أو أكثر بينهما علاقات قوية وذات أهمية حيوية
- 2- لا يتعلق الأمر بصدمة وحيدة (Trauma unique) وإنما بتجربة متكررة ممتدة وطقسية .
- 3- الأمر السالب الابتدائي (أول رسالة مرسله) يعبر عن تهديد وفق نمط لفظي (Non verbale) مثلاً تقول الأم لابنها الفصامي "أنت لا تحبني"، يسمى مستوى الاتصال هنا مستوى رقمي .
- 4- الأمر السالب الثانوي يعبر عن صراع ظاهر مع الأمر السالب الابتدائي، لكن على صعيد لفظي، ما وراء اتصالي (النبرة، الإيقاع، تقطع الصوت، إيماءات، استعمال الحيز، الإطار ...) مثلاً تتصنع الأم في كلامها، ويسمى مستوى الاتصال هنا مستوى تماثلي.
- 5- الأمر السالب الثالث: يحرم الشخص من كل منفذ (مهرب) مثال تضيق الأم: "يا حبيبتي لا ينبغي أن تحس بالضيق والخوف تجاه أحاسيسك"، ويمنع الشخص من معرفة التناقض.
- 6- تتكرر ظاهرة "الرباط المزدوج" باستمرار داخل أسرة الفصامي بصورة شبه استمرار ذاتي.

"الرباط المزدوج" ليس هو سبب الفصام، وإنما أصبح النمط الغالب للاتصال في الفصام ونمط الاتصال هنا يناسبه فهم الأسرة كنسق اتزانتي تفاعلي دائري (Système Hom) أين يكون النسق أكبر من مجموع الأجزاء، وفي الحالات الذهانية يستجيب هذا النسق لتفاعلات مختلف العناصر وفي نفس الوقت لأعراض المريض¹

نموذج ماك كلياند (Mc Kie land, 1961): يقسم الحاجات إلى 3 أنواع هي:

- 1- الحاجة للإنجاز .
- 2- الحاجة إلى السلطة.
- 3- الحاجة إلى الانتماء.

يختلف دور الأولياء جذرياً في مختلف مراحل عمر الطفل ففي الشهور الأولى بعد الولادة على الأولياء أن يمنحوه كثيراً من الدفء والعاطفة وينبهوا إلى حاجاته حتى يؤسسوا لعلاقة تعلق توفر له الأمان، ويسندوا نموه الفيزيولوجي الأساسي. ولما يصبح الطفل أكثر استقلالية على الأصعدة الجسدية، واللسانية والمعرفية، عندئذ يصبح دور الأولياء الأساسي هو تربيته وتهذيبه.

ويهتم الأولياء بتعليم الطفل اكتساب استقلاليته الجسدية وتحكمه في سلوكه. وينشغل بالهما بتعلمه للنظافة، وظهور نوبات الغضب عنده وتحدياته للسلطة، ومشاجراته مع إخوته وأخواته.

ويرجع الأولياء في الغالب التهذيب والتربية، لكن إذا كانت هذه الأخيرة زائدة فلا يستطيع الطفل استكشاف ما يحيط به بصورة كافية، وإذا كانت هذه التربية ناقصة فسيصبح متمرداً ولن يستوعب المهارات الاجتماعية الضرورية لتفاعل متناسق مع أقرانه ومع الراشدين الآخرين.

وتتغير العلاقة أولياء-طفل عندما يدخل الطفل إلى المدرسة؛ إذا تنقص تدريجياً الحاجة إلى تدابير تأديبية ويصبح اهتمام الأولياء بالمهمات التي ينبغي على الطفل القيام بها في المنزل ونجاحه المدرسي المنتظر منه والحريات التي يمكن منحها له.¹

4-5- نظرية بولبي حول العلاقة أم-طفل:

وتسمى نظريته بنظرية "التعلق" (Théorie d'attachement) وهي نظرية نفسية طورها العالم النفسي جون بولبي والذي كان متأثراً بالتحليل النفسي، لقد أعطى أهمية كبرى للعلاقات الأولى بين الأم وطفلها، كما أعطى أهمية لمفاهيم تطورية واثولوجية.

يرى جون بولبي أن الأطفال يمتلكون منذ ولادتهم ميل فطري إلى البحث عن روابط انفعالية مع أوليائهم، وتأخذ هذه العلاقات قيمة البقاء لأنها تضمن الطعام والراحة للرضيع. يتكون هذا النسق من التفاعلات يتكون من قائمة من السلوكات الغريزية الذي تبني وتصور ذلك التقرب بين الأولياء والطفل، وبين كل الأشخاص الذين تربطهم علاقة وجدانية.²

تبدأ سلوكات التعلق في النقصان لكن لا تخدم نهائياً، فمثلاً أطفال السنة الثانية والثالثة من العمر يتطورون معرفياً، وعندما تخبرهم أمهاتهم بأنها ستغادر لتعود فيما بعد لا يظهر عندهم حصر انفصال بل يتلأش تدريجياً. وقد يستعملون صورة أمهاتهم كقاعدة ضمان عندما يستكشفون وضعية مجهولة لديهم. وما يدل على التطور المعرفي هو ظهور التصور الرمزي، وعندما ينشأ الطفل في جو لا إجهاد ولا رعب فيه يصبح قادراً على الابتعاد أكثر فأكثر عن "قاعدة الأمان" بدون أن تظهر علامات طارئة ويحدث تغير في العلاقة مع الأم عند طفل السنة 4 و5؛ حيث يجري الطفل ما يعرف بـ "تعميم النموذج الداخلي للتعلق" أي أن الأطفال في السنة 4 و5 يصبحون قادرين على تطبيق نموذجهم الداخلي في علاقاتهم الجديدة وخاصة مع الأقران.³ ولما يصل الأطفال إلى سن التمدرس لا تظهر عندهم سلوكات التعلق، كالبكاء أو الالتصاق بالولي، إلا في وضعية الإجهاد مثل ما يحدث في اليوم الأول من المدرسة، أو في حالة المرض، أو أزمة أسرية، أو موت حيوان الليف (منزلي)، لأنهم لا يعيشون إلا قليل من التجارب الجديدة والمجهدة جداً. ولما يصل الأطفال إلى سن 7 و8 تقل حاجتهم إلى الأمان ويظهرون

المراجع المعتمدة

1-المراجع باللغة العربية

جمال مختار حمزة، "التنشئة الوالدية وشعور الأبناء بالفقْدان"، في، مجلة علم النفس، السنة 10، يوليو-أغسطس-سبتمبر، 1996

1-سناء الخولي، الزواج والأسرة في عالم متغير . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988

2-محمد يسري إبراهيم ديس، التربية الأسرية وتنمية المنهج. الإسكندرية، 1997

3-مصطفى عشوي، أسس علم النفس الصناعي التنظيمي. الجزائر: د.م.ج، 1992.

2-الوسائل الإعلامية

5-القناة الفضائية الجزائرية الثالثة (A3)، حصة "صباح الخير" ليوم 25 مارس 2008 على الساعة 8:00 صا صباحا

3-المراجع باللغة الأجنبية

6-H. Bee, Psychologie du développement, les âges de la vie (adaptation : François Gosselin, avec la participation de François G. lean). Paris-Bruxelles; De Boeck et Larcier s.a, 1997.,

7-G.BATESON, J.RUESCH, communication : The social matrix of psychology, Norton and company, cite par P. Watzlawick et all , in Une logique de la communication

8-J.Beaudichas, la communication, Paris : Puf, Armand coll. 1999

9-J-C.Abric, Psychologie de la communication, Paris : Armand coll, 1999

10-N.Silamy, Dictionnaire de la psychologie, Paris : Larousse, 1996

11-P. Canoui, P. Messerschmitt. O. Ramos, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Maloine, 1994.

12-P. Watzlawick, J.H. Beanin, D.Jackson, Une logique de la communication, traduit de l'américain, par J.Morche, Paris : editions du SEUIL, 1972

13-14--W. Huber, L'homme psychopathologie et psychologie clinique, Paris : PUF, 1992

Marcelli.D A.Braconnier, Adolescence et psychopathologie, Paris :Masson, 2000

الهوامش

J.Beaudichas, la communication, Paris : Puf, Armand coll. 1999, P : 24.

(2) IBID, P25.

(3)) IBID, P2.6

(4)) IBID, P2.6

(5) N.Silamy, Dictionnaire de la psychologie, Paris : Larousse, 1996, P : 59

(6) J-C.Abric, Psychologie de la communication, Paris : Armand coll, 1999, PP : 7-21.

(1) IBID, P : 9.

(1) IBID, P : 11.

(2) IBID, P : 11.

(1) IBID, P : 12.

(1) IBID, P : 13.

(2) IBID, P : 14.

(1) IBID, P : 14.

(2) IBID, P : 14.

(1)) IBID, P : 17.

(2) IBID, P : 17.

(3) IBID, P : 18.

(1) IBID, P : 19.

(2) IBID, P : 20.

(3) IBID, P : 21.

(1) W. Huber, L'homme psychopathologie et psychologie clinique, Paris : PUF, 1992, PP 75-80.

(2) IBID, P : 75.

(3) IBID, P : 76.

(1)) IBID, P : 79.

(2) IBID, P : 80

(3) P. Watzlawick, J.H. Beanin, D.Jackson, Une logique de la communication, traduit de l'américain, par J.Morche, Paris : editions du SEUIL, 1972, PP, 45-48

(1) IBID, P : 71.

(2) IBID, P : 52-49

(3) G.BATESON, J.RUESCH, communication : The social matrix of psychology, Norton and company, cite par P. Watzlawick et all , in Une logique de la communication, P, 49

(1)) P. Watzlawick, J.H. Beanin, D.Jackson, op cit, P50.

(2) IBID, P : 79

(3) IBID, P : 54.

(1) IBID, P : 60

(2) IBID, P : 61.

(1) - جمال مختار حمزة، "التنشئة الوالدية وشعور الأبناء بالفقْدان"، في، مجلة علم النفس، السنة 10، يوليو-أغسطس-سبتمبر، 1996، ص. 138-147.

(1) - N. Silamy, Dictionnaire de la psychologie, Op.Cit, P. 108.

(1) - محمد يسري إبراهيم ديس، التربية الأسرية وتنمية المنهج. الإسكندرية، 1997، ص. 55.

(1) - نفس المرجع، ص. 56.

(1) - سناء الخولي، الزواج والأسرة في عالم متغير. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988، ص. 369.

* القناة الفضائية الجزائرية الثالثة (A3)، حصة "صباح الخير" ليوم 25 مارس 2008 على الساعة 8:00 صا صباحا

G. lean). Paris-Bruxelles; De Boeck et Larcier s.a, 1997., P.133

() - Ibid, P. 134.

() - Ibid, P. 210.

() - Ibid, P. 211.

() - Ibid, P. 283.

(4) D.Marcelli, A.Braconnier, Adolescence et psychopathologie, Paris :Masson, 2000,PP,284

(1) - Ibid, P. 285.

() P. Canoui, P. Messerschmitt. O. Ramos, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Maloine, 1994., P. 307.

() - P. Canoui, P. Messerschmitt. O. Ramos, Op.Cit, P. 308.

() - مصطفى عشوي، أسس علم النفس الصناعي التنظيمي. الجزائر: د.م.ج، 1992، ص. 104.

() H. Bee, Psychologie du développement, les âges de la vie (adaptation : François Gosselin, avec la participation de français

Arabpsynet PAPERS SEARCH



Search Papers With Arabic, English & French Words

www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp

Arabpsynet PAPERS FORM



Send Your Papers Summary Via This Form

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Arabpsynet THESIS SEARCH



www.arabpsynet.com/These/default.asp

Arabpsynet PAPERS SEARCH



www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp

"الاختبارات الارتباطية"

بوفولة بوخميس - علم النفس - عناية "الجزائر"

boufoulab@yahoo.fr

المخلص: تعد الاختبارات الارتباطية أدوات هامة لدراسة التصورات الاجتماعية . وسيحاول هذا المقال إيضاح ماهية هذه الاختبارات ، وما هي شروطها ، وتعليماتها ومزاياها وأهم أنواعها؛ كاختبار "الخريطة الارتباطية" و اختبار "شبكة التداعيات" واختبار "الاسكيمات المعرفية القاعدية" ، حيث حاول الباحث إعطاء نبذة عن هذه الاختبارات ودورها في دراسة التصورات الاجتماعية .

الكلمات الأساسية

- اختبار-الارتباط-التصور الاجتماعي-نواة مركزية.

RESUME : Nous essayons, dans cet article, de faire un bref exposé sur les tests associatifs qui étudient les représentations sociales.

Nous avons relaté les conditions, les consignes, les avantages et les types de ces tests ; comme le test de réseau d'association et le test de schèmes cognitifs de base.

On a également donné une brève aperçue sur le rôle joué par ces tests dans l'exploration des représentations sociales

MOTS CLES

- test -association -représentation sociale -noyau central.

ترجع "الدراما النفسية" (Psychodrame) والتحليل بواسطة الأدوات النفسية أو التحليل الدوائي إلى لحظات تنفيسية ذات وطأة كبيرة نسبيا.

لقد صادف المعالجون المستعملون للتنويم (Hypnose) مشاكل عديدة مع المرضى؛ ففي بعض الأحيان يستيقظ المريض بعد جلسة التنويم في حالة نفسية ومعاناة شديدة قد تجعل منه عنيفا مع معالجه.

لقد تخلى فرويد فيما بعد عن طريقة التنويم القائمة على التنفيس والإيحاء، واتجه إلى طريقة التداعي الحر حيث وثق هذه المرة في الوسيط اللغوي (Médium du langage) لاستجلاب ذكريات مرضاه.

في تقنية التداعي الحر تعطى كل الحرية للمريض في التعبير عن كل أفكاره في اللحظة التي تخطر له على باله، بدون تضيق، ولا انتقاء، ولا رقابة (Censure) على الشكل أو المضمون.

إن سرد الحلم، أو الهفوة** (Lapsus)، أو أي موقف في الحياة اليومية قد يكون مثير لسلسلة ترابطية وتصورات منبعثة من اللاشعور، وهي تشبه "الخيالات" (Fantaisies)، و"الهوامات" (Fantasmes)، و"الانطباعات" (Imagos)، و"التكثيفات" (Condensations)، و"التصورات" (Figurations)، و"التحويلات" (Déplacements)، و"التصميمات الثانوية" (Elaborations secondaires).

وسيتفاعل المريض والمعالج من خلال تلك العلامات (Signes) والأشكال (Figures) المتلبسة (Travestis).

مقدمة

أن التراث النفسي ثري بالمقاربات النفسية التي اعتمدت على هذا النوع من الاختبارات منها: سيجموند فرويد (S. Freud) الذي استعمل تقنية التداعي الحر (Association libre) في علاجه الموسوم بـ "التحليل النفسي" (Psychanalyse)، وكذلك كارل جوستاف يونج (K-G. Jung) الذي صمم اختبار "تداعي الكلمات" (Association des mots).

استعمل س. فرويد في علاجه لمرضاه، بين الفترة الممتدة بين 1892 و1895، الطريقة التنفيسية (Méthode cathartique) التي كانت تستعمل من طرف الأطباء الفرنسيين في مدرسة "سالبترار" بباريس (شاركو Charcot)، ومدرسة "نانسي" (برنهيم Bernheim، ولييبولت Liébault)، وكلمة "تنفيس" (Catharsis) جاءت من اليونانية وتعني "تكفير" (Purgation) و"تطهير" (Purification)، أما إصطلاحيا فالطريقة التنفيسية هي وسيلة مباشرة نسبيا لإعادة إلى شعور المريض العصابي التصورات التي لها علاقة بمعاناته. لقد وضع س. فرويد فرضية مفادها أن الوجدانات (Affects) المرتبطة بالذكريات الصدمية (Souvenirs traumatiques) تبقى محبوسة في اللاشعور، وتتبدن (Somatiser) في شكل أعراض هستيرية وتصورات.

تساعد الإيحاءات* (Suggestions) والاستعمالات اللفظية والجسدية (وضع اليدين على جبهة المريض) المستخدمة في العلاجات التنفيسية على التفريغ الانفعالي (Décharge émotionnelle) لهذه البقايا الذاكرية (Traces mnésiques) والصور المرتبطة بها، وفي مرحلة ثانية تمكن المريض من الاستنكار (Remémoration) والتعبير بواسطة اللغة عما ولد لديه الصدمات وسبب له المعاناة النفسية.

(أ) **مقاربة دلالية (Approche sémantique)**: تركيب الدلالات التي تحملها المصطلحات المتداعي بها، وتشفير المترادفات (Synonymes)، والمتضادات (Antonymes)، والاستعارات (Métaphores) والدلالات (Connotations).

(ب) **مقاربة مضمونية (Approche thématique)**: تكوين مجموعات تصنيفية تسمح بتصنيف المصطلحات المتداعي بها وفق المضامين والمضامين الفرعية (Sous-thème)، وحساب تواترها وتساوقها (Cooccurrence)، وتشتتها (Dispersion)، وعلاقة التقابل (Opposition) أو الربط (Conjonction).

(ج) **مقاربة مفرداتية (Approche lexicale)**: النسبة أفعال/صفات، والمصطلحات الأكثر شيوعاً، والسهولة اللفظية (Fluidité verbale)، ونسبة عدد المصطلحات المختلفة مع العدد الإجمالي للمصطلحات المتداعي بها.⁽⁵⁾

6- أنواع الاختبارات الترابطية:

يذكر ف. جودلي (F. Jodelet, 1965) أربعة أنواع قاعدية ناتجة عن تقاطع محكين ثنائيين (Deux critères binaires):

أ- محك العدد (Critère de nombre):

هنا قد يطلب من الشخص، في التعليم، إعطاء إجابة واحدة أو عدة أجوبة، لهذا نتكلم هنا عن نوعين من التداعي (Association):

- التداعي البسيط (Association simple): نحصل في هذه الحالة على عدد من إجابات يساوي عدد الأشخاص، لأننا نطلب من كل شخص أن يعطينا إجابة واحدة.

- التداعي المتعدد (Association multiple)، أو أحيانا "التداعي المستمر" (Association continue)، في هذه الحالة يحدد عدد الإجابات المطلوبة من الشخص، حيث تتمكن من إحداث انسجام في إجابات المجموعة كلها من الأشخاص، وقد يحدد هذا العدد قليلاً أو بعدياً، ففي التحديد القبلي يطلب من الشخص غالباً إعطاء 3 أو 5 إجابات، أما في التحديد البعدي فنختار نحن العدد "ن" المشترك في إجابات الأشخاص (أي يكون كل واحد من الأفراد أجاب على الأقل "ن" إجابة فما فوق).⁽⁶⁾

ب- محك الإلزام (Critère de contrainte):

هنا قد يوجد أو لا يوجد في التعليم إلزام (Contrainte) يشترطه الفاحص على نوع الإجابات.

وقد يكون الإلزام هنا ذو طابع نحوي (يطلب أن تكون التدايعات "صفات" (Adjectifs)، أو أفعال (Verbes)، أو أسماء (Noms)).

وقد يكون الإلزام ذو طابع دلالي: "أجب بكلمات لها معنى مضاد" أو "أجب بكلمة تدل على شعور أو انفعال".

وقد يكون الإلزام ذو طابع استبدالي (Substitution) أو حذف (Imputation) مثل "أجب كما تتوقع أن يجيب هذا أو ذاك الصنف من الأشخاص". عندما لا يكون هناك إلزام ظاهر في التعليم نتحدث عن تداعي حر (Association libre)، وفي حالات وجود الإلزام في التعليم نتحدث عن "تداعي ضيق" (Association restreinte).

إذن توجد عندنا أربع أنواع تقنيات ارتباطية قاعدية:

لقد اهتم العلماء بمختلف مشاربهم بالاختبارات الارتباطية أو اختبارات الارتباطات اللفظية مثل الارتباطيون (Associationnistes) والسلوكيون (Béhavioristes).

1- مبادئ الاختبارات الترابطية:

تعد الاختبارات الارتباطية أدوات هامة لدراسة التصورات الاجتماعية بكيفية اقتصادية (زمنياً وأداتياً)⁽¹⁾، وتقوم هذه الاختبارات على مبدأ "التداعي بالكلمات" (Association de mots). تقوم هذه الاختبارات على مبدأ عام يتمثل في إيجاد رابط بين المحرض والمحرّض (Inducteur et Induit).

يكون المحرض (Inducteur)، المسمى أيضاً مثبر (Stimulus)، في الغالب مصطلح (Terme) أو سنتاغم (Syntagme)، وقد يكون "صورة" (Image).⁽²⁾

2- أسس الاختبارات الارتباطية:

تقوم هذه الاختبارات⁽³⁾ على فرضية عن وجود روابط (علاقات) دلالية (Sémantiques)، ومفرداتية (Lexicaux)، وترادفية (Synonymiques)، ومرجعية (Référentiels)، وتماتلية (Analogiques)، وتصنيفية (Taxinomiques) ورمزية (Symbolique) بين الكلمات والتصورات.

يبدأ هذا النوع من الاختبارات بسؤال يقترح فيه على الشخص قول (أو كتابة)، بدون تفكير لمدة طويلة، كل الكلمات، التسميات (Désignations) أو العبارات أو الأوصاف التي تتبادر إلى ذهنه أمام مصطلح مثبر أو محرّض.

وتعتبر الترابطات الناتجة أو المصطلحات المحرّضة (Termes induits). تلقائية وعفوية وتصدر بصورة استجابية (Elaborés réactivement)، وتكتسي هذه الترابطات بعداً إسقاطياً لأن الكلمة المثيرة (Mot stimulateur) ليست جملة أو سؤال محدد، ويمكن لكل واحد أن يفسرها حسب إطار تفكيره الخاص به.

يتراوح عدد الكلمات المتداعي بها في العموم بين 3 و6 كلمات، ويذهب بعض المختصين إلى طلب عدد معين من التدايعات (الترابطات)، والبعض الآخر يطلب عدد أكبر، والبعض لا يحدد عدد الكلمات التي يجب التداعي بها.

3- تعليمية الاختبارات الترابطية:

تتمثل التعليمية النموذجية في طلب من الأشخاص أن يعطوا، لفظياً أو كتابياً، الكلمة أو الكلمات التي تتبادر مباشرة إلى ذهنهم لما تقدم لهم، لفظياً أو كتابياً، الكلمة المثيرة (المحرّضة) وتسمى الكلمات التي يقدمونها "الكلمات المحرّضة" (Mots induits) أو "الاستجابات" (Réponses).⁽⁴⁾

4- مزايا الاختبارات الترابطية:

استعمال هذه التقنية سهل ويسمح بالحصول على قائمة من الكلمات التي تعد النسق التصنيفي لتصور معين (Système catégoriel d'une représentation).

5- غايات وأهداف الاختبارات الترابطية:

إن تحليل النتائج يهدف إلى معرفة أكثر لطبيعة وبنية الترابطات بواسطة:

7- خطوات تحليل التصورات الاجتماعية:

عناصر التصور الاجتماعي ليست كلها متكافئة بنيوياً، والتصور الاجتماعي ليس تراكم (تكتل غير منظم لمكوناته)، بل يحتوي على بنية (Structure).

أشار أبريك (Abric, 1993, 1994) إلى وجود نسقان في التصور الاجتماعي هما: النسق المركزي والنسق الطرفي.⁽¹²⁾

أولاً- النسق المركزي (Système central):

أ- خصائصه:

تتضمن التصورات الاجتماعية نواة مركزية (Noyau central)، لأن التصور الاجتماعي هو تظاهر للفكر الاجتماعي (Pensée sociale)، وفي كل تفكير اجتماعي يوجد عدد من المعتقدات المولدة جماعياً (Collectivement engendrées) والمحددة تاريخياً (Historiquement déterminées)، التي لا يمكن التساؤل بشأنها (دحضها) لأنها تشكل أسس لأساليب حياة، ولأنها تتضمن هوية وديمومة جماعة اجتماعية معينة.

تضمن النواة المركزية انسجام واستقرار التصور الاجتماعي، وتتكون النواة من عدد صغير من العناصر (كل الحالات المعروفة جيداً أثبتت وجود أقل من 6 عناصر، وفي الغالب يوجد عنصران).⁽¹³⁾

إن أحسن طريقة لتحديد طبيعة ووظيفة هذه العناصر هو القول بأنها تساعد على إجراء تصنيف للنماذج المحصل عليها. إن وجود هذه العناصر ضروري لوضع النموذج ضمن الفئة التصورية التي ينتمي إليها، وغياب هذه العناصر يكون كافياً لعدم إدراج النموذج (Spécimen) ضمن هذه الفئة. بمعنى أن النموذج لا يصبح ممثلاً نموذجياً للتصور إلا إذا ميزته عناصر النسق المركزي للتصور.

ب- وظائف النسق المركزي:

يرى أبريك (Abric, 2001) أن النسق المركزي يلعب ثلاثة وظائف أساسية بمعنى أنه يحدد ثلاثة أشياء:

- دلالة التصور: الوظيفة التوليدية (Fonction génératrice).
- التنظيم الداخلي للتصور: الوظيفة التنظيمية (Fonction organisatrice).
- استقرار التصور: الوظيفة الاستقرارية (Fonction stabilisatrice).

ج- مكونات النسق المركزي:

يعرف النسق المركزي تمايزاً داخلياً (Différenciation interne)، ففي بعض الأحيان لا تكون العناصر المكونة له متكافئة، ويمكن تمييز نوعان من العناصر:

- عناصر ذات أولوية (Eléments prioritaires): هي عناصر قائمة بذاتها ولا يتطلب وجودها شروط.
- عناصر تابعة (Eléments adjoints): هي عناصر لا قيمة لها إلا إذا أضيفت أو ألحقت بالعناصر ذات الأولوية.

ثانياً- النسق الطرفي (Système périphérique):

هناك نوعان من العناصر الطرفية (Eléments périphériques) وهما:

النوع 1* تداعي حر بسيط (Association libre simple): استجابة واحدة، بدون إلزام.

النوع 2* تداعي حر مستمر (Association libre continuée): عدة إجابات وبدون إلزام.

النوع 3* تداعي ضيق بسيط (Association restreinte simple): إجابة واحدة مع إلزام.

النوع 4* تداعي ضيق مستمر (Association restreinte continuée): عدة إجابات مع إلزام.⁽⁷⁾

ومن بين هذه الأنواع الأربعة نجد النوع الثاني: "تداعي حر مستمر" (Association libre continuée) هو الأكثر شيوعاً واستعمالاً عند دراسة التصورات الاجتماعية، فهذا النوع الثاني يلعب دور أساسي، في مختلف الطرق، لمعلّمة النواة المركزية.⁽⁸⁾

إلى جانب هذه الأنواع الأربعة توجد إجراءات أخرى نادراً ما نصادفها في دراسة التصورات الاجتماعية، لكن بإمكانها أن تكون نافعة لأهداف معينة في البحوث.

ويمكن ذكر 3 أنواع من هذه الإجراءات وهي:

أ- التداعي الإجباري (Association forcée):

في هذه الطريقة تقدم للشخص مجموعة من المصطلحات، مثلاً 12 مصطلح، ويطلب منه أن يختار إجابته أو إجاباته من ضمن هذه المجموعة.

وتفيد هذه التقنية في ضبط دقيق لمجموعة الإجابات الممكنة، سواء على صعيد العدد أو المضمون.

وفي هذه الطريقة يمكن الاهتمام بتوزيع الاختيارات وبالأخص هرمية التواتر (Hiérarchie de fréquence)، ومن هذا الجانب تعد هذه التقنية جيدة لإظهار الانتظام القولي (Régularité stéréotypique) أو الانتظام النموذجي (Régularité prototypique)، غير أن الاستعمال المسبق لمجموعة الإجابات قد يعرض النتائج للخطأ سواء بالاستقراء (Induction) (حيث أن وجود بعض المصطلحات قد يؤدي إجراء استقراء بمعنى أنه انطلاقاً من مصطلح موجود تبرز التداعيات) أو بالحذف (Elision) (بسبب غياب بعض المصطلحات).⁽⁹⁾

ولنفادي هذا النقص أو الخطأ يستحسن قبل وضع قائمة من المصطلحات إجراء محاولات أولى (استبيان أولي) ومقالات حتى يتمكن الباحث من جمع العدد الكافي والمتكامل من المصطلحات.

ب- التداعي بالجملة (Association en phrase): في هذه التقنية تقدم للشخص جملة تحتوي على فراغ، ويطلب منه أن يملأ هذا الفراغ، سواء بحرية (يختار هو الكلمة الناقصة) أو تقدم له قائمة معدة سلفاً يختار منها الكلمة التي يملأ بها فراغ الجملة.

وفي الواقع هذه التقنية هي تقنية استعمال السياق (Manipulation du contexte)، ويمكن أن نعتبرها شكل من التداعي الضيق.⁽¹⁰⁾

ج- التداعي المتسلسل (Association en chaîne):

التداعي هنا هو عبارة عن تسلسل منطقي (Concaténation) لتداعيات بسيطة، بحيث تصبح الإجابة الأولى مثيراً للإجابة الثانية، وهذه الأخيرة تصبح مثيراً للإجابة الثالثة يشبه نفس الشيء مع الاستجابات اللاحقة. هذا التداعي المتسلسل النسيج (Trame)، كما أن تقنية "الخريطة الارتباطية" (Carte associative) مشتقة من هذا النوع.⁽¹¹⁾

2-8 شبكة التدايعات (Réseau d'association):⁽¹⁶⁾

* **مصممها:** أنا ماريا سيلفانادي روزا (A.M. Silvana de rosa) وهي متحصلة على دكتوراه فلسفة أوروبية حول "التصورات والاتصال" من جامعة روما "سابيانزا" (Sapienza) إيطاليا. ولقد وضعت روزا هذه التقنية سنة 1995.

* **الهدف من التقنية:** اكتشاف بنية، ومضامين، ومؤشرات القطبية، والحيادية، والقولبات في الحقل الدلالي المرتبطة بالتصورات الاجتماعية.

* **حدود التقنية:** إن استعمال هذه الطريقة ليس في المطلق بل لابد أن يشفع بطرق أخرى.

إن حدود هذه التقنية هي أنها تكشف فقط عن بعض المظاهر الدلالية والتقييمية المتعلقة بتصور معين، أو مجموعة من تصورات الموضوع المرتبطة فيما بينها.

* **التعليمية وخطوات التطبيق:** شيد "شبكة تدايعات" حول عبارة "التربية الأسرية" المقدمة في مركز كل صفحة من الصفحات التالية. قم بكتابة كل الكلمات (صفات أو أسماء) التي تأتي إلى الذهن انطلاقاً من هذه العبارة.

قم بهذه العملية بسرعة وبحرية بالتححر من أي إلزام، وذلك بوضع الكلمات أو التفرعات بين الكلمات باستعمال كل المساحة المحيطة بالكلمة-المثير (الكلمة الأساسية).

في كل مرة تضع كلمة رقمها حسب ترتيبها الذي جاءت عليه في ذهنك.

* تحليل معطيات الشبكة الارتباطية:

- مضامين وبنية الحقل الدلالي:

بالإجابة على التعليمات العامة الأولى، يُحث الشخص على إجراء تداعي لكل الكلمات التي تأتي إلى عقله بالنسبة للكلمة-المثير الموضوعية في مركز الورقة (موضوع التصور).

تسمح هذه التعليمات باستخراج مضامين حقل التصور من خلال الكلمات المتداية بالمثير والموضوعية بكل حرية على سطح الورقة. إن حث الشخص على سيروية تداعي سريعة وتلقائية يساعد على إبراز ليس فقط الكلمات التي تخضع منطقياً لقواعد سيروية التداعي وإنما أيضاً إبراز المضامين الرمزية التي تنشطها الكلمة المثير من خلال تداعيات أكثر مباشرة.

وتسمح المعطيات النصية المحصل عليها بشبكة التدايعات، وبواسطة استعمال تقنيات التحليل متعددة الأبعاد، بإظهار ليس فقط مضامين وإنما أيضاً بنية حقل التصورات، بمعنى تنظيم الدلالات وفق أبعاد بنوية قد تمدنا بتفسيرات عن وضعية المجموعات أو المجموعات الفرعية من الأشخاص الذين ساهموا في بناء هذا المحور العاملي أو ذلك.

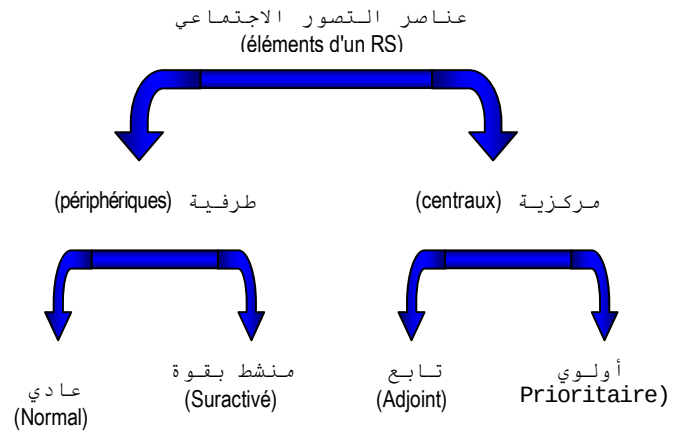
- ترتيب ظهور الكلمات:

بالاعتماد على نتائج علم النفس المعرفي حول زمن الاستجابة اللفظية وسرعة التداعي يمكن استعمال "ترتيب الظهور" كمؤشر على إمكانية الوصول إلى الإجابة النموذجية. (Accessibilité prototypique).⁽¹⁷⁾

ويلاحظ أحياناً، في الكتابات، ميل إلى الخلط بين أولوية ظهور الكلمات ومكان الأهمية. إن سرعة التداعي لا تدل فقط على التعبير عن قوة ارتباط التداعي وإنما أيضاً إلى إمكانية وصوله إلى قدر كبير من الإجماع النموذجي (وهكذا وفق هذا التصور، الكلمة المتداية بصورة مشتركة ليس بالضرورة الكلمة الأكثر أهمية عند الشخص، وإنما هي الأكثر تقاسماً اجتماعياً).

• عناصر طرفية منشطة بقوة (Eléments suractivés): تبدو ظرفياً ظاهرة بقوة، لدرجة أنها تظهر منذ التحليل الأول كعناصر منظمة (Organisateurs) وتبدو مركزية.

• عناصر طرفية عادية (Eléments normaux) (أنظر الشكل - 1).



الشكل (1) أنواع عناصر التصور الاجتماعي

8- أهم الاختبارات الارتباطية: نقدم فيما يلي ثلاث اختبارات ارتباطية شائعة الاستعمال في مجال دراسة التصورات الاجتماعية وهي كالآتي :

1- الخريطة الارتباطية (carte associative):

صممت من طرف أبريك (J-C. Abric) سنة 1994، وتعتمد على منهجية "التدايعات الحرة".

وتختلف طريقة "الخريطة الارتباطية" عن طريقة "شبكة التدايعات" في كون أن التفرعات بين الكلمات والترابطات بين السلاسل الارتباطية تنتج بصورة حرة من طرف الأفراد في طريقة "شبكة التدايعات"، أما في طريقة "الخريطة الارتباطية" فالسلاسل الارتباطية مستحثة (Incitées) من طرف المجرب (Expérimentateur) الذي يطلب سلسلة ثانية من التدايعات انطلاقاً من الأزواج المشكّلة من المثير الحاث وكل كلمة من الكلمات المتداية بها في الأول⁽¹⁴⁾.

تتم تقنية الخريطة الارتباطية على مرحلتين: ففي المرحلة الأولى تنتج تدايعات حرة انطلاقاً من كلمة حاثّة (مثيرّة)، وبعد جمع أزواج التدايعات يطلب من الشخص إنتاج سلسلة ثانية من التدايعات لكن هذه المرة انطلاقاً من الأزواج (يحتوي كل زوج على الكلمة المثير الأول وكل كلمة من كلمات التدايع الأول في المرحلة الأولى).

يوضح أبريك طريقة تحليل الارتباطية فيقول: <يمكن إجراء نفس التحليل الذي نقوم به في التداعي الحر، فالتدايعات الأولى ثم مجموع السلسلة الأولى والسلسلة الثانية وأخيراً مجموع التدايعات كلها ومؤشرات التواتر والرتبة ومعامل الارتباط>.⁽¹⁵⁾

بمعنى آخر يمكن إجراء عمل خاص ومكمل على السلاسل المنتجة ويكون هدف هذا العمل ما يلي: معلمة وتحليل مجموع الروابط ذات الدلالة عن طبيعة تصور الشخص. ونقصد بمعلمة "المصطلحات الأساسية" أي المصطلحات المنظمة للروابط ذات الدلالة أو التي تتدخل في تحويل دلالة مختلف السلاسل.

تحتوي هذه الطريقة على إيجابية تتمثل في معلمة مضمون ودلالة التصور وكذلك أنها يمكن أن تطبق فردياً أو دماغياً.

- ترتيب أهمية الكلمات حسب الفرد:

لكي نجعل "ترتيب الظهور" أقل التباساً مع محك "ترتيب الأهمية" نقوم بإضافة تعليمية تطلب من الشخص بإظهار أهمية كل كلمة. وتقادي خلط الأشخاص بشأن الترتيب المزدوج للكلمات (ترتيب الظهور وترتيب الأهمية) نطلب منهم "ترتيب الأهمية" في آخر التطبيق. (من المطلوب استعمال مثال تفسيري لكل خطوة من خطوات الإجراء، لأن تطبيق التقنية بدون أمثلة يؤدي إلى خطأ في فهم المطلوب).

إن ترتيب كل كلمة حسب أهميتها هي مهمة تقييمية تطلب سيرورة معرفية ذات طبيعة أكثر عقلانية، والسرعة التي نسجل بها ترتيب ظهور الكلمات.

- التشعبات والترابطات: يستعمل التشعب والترابط لإعادة تكوين نسيج نص بين الكلمات، ومصدر لجعل الدلالة أقل غموضاً.

في شبكة التداعيات يطلب من الشخص إيضاح وكشف التشعبات بين الكلمات، أو الترابطات الممكنة بين الكلمات أو مجموعات الكلمات المتداعية والموجودة ضمن الحيز الدلالي للكلمة-المثير.

وتسمح هذه التعليمية في وضع مساق للكلمات المتداعية في سلاسل الكلمات حسب تشكل المجموعات في الحقل الدلالي الصادرة مباشرة عن الأشخاص (وليس عن طريق الإجراءات الإحصائية)، وهذا يسمح بإعادة تشكيل نسيج نص انطلاقاً من الكلمات المتداعية بالإنفراد.

ولقد اتضح أن نسيج النص هذا، ولو كان محدوداً بتشعبات ذات كلمات قليلة أو بارتباطات بين مجموعات من الكلمات، هو مصدر هام لجعل دلالة الكلمات متعددة المعاني أقل غموضاً.

تقلص هذا الغموض ليس ضرورياً لما تستعمل قوائم أولية من الكلمات على أنها معطيات نصي، ويصبح هذا التقلص للغموض مهماً وضرورياً لما يتجه إلى خلق نص انعكاسي (Méta-Texte) عن طريق وضع أصناف.

- مؤشر التقطب والحياد:

يستعملان لتقييم الاتجاه الضمني في الحقل التصوري. تتنبأ شبكة التداعيات بجمع وحساب مؤشر للتقطب، والذي يعد كقياس لمكوّن التقييم والاتجاه الضمني لحقل التصورات، ومؤشر حياد كقياس للتحكم والضبط. يطلب من الأشخاص أن يعطوا لكل كلمة تقطب، بوضع الإشارة (+)، (-) أو (0)، وهذا حسب الدلالة الإيجابية، أو السلبية أو المحايدة التي يعطيها الشخص للكلمة. ولتقدير التقطب، على أساس العدد الإجمالي للكلمات المتداعية عند كل شخص (هذا العدد متغير نظراً لحرية الأفراد في التداعي بكل الكلمات التي يريدها)، تم إيجاد مؤشرين إحصائيين خاصين هما:

$$\text{مؤشر التقطب (P)} = \frac{\text{عدد الكلمات الإيجابية} - \text{عدد الكلمات السلبية}}{\text{العدد الإجمالي للكلمات المتداعية}}$$

ويتراوح المؤشر "P" بين (-1) و (+1)

• إذا كان (P) بين (-1) و (0,05) (يمكن تشفيرها بالرقم 1) فهي تدل على أن معظم الكلمات ذات إحياء سلبي.

• إذا كان (P) بين (-0,4) و (0,04+) (يمكن تشفيرها بالرقم 2) فهي تدل على أن هناك اتجاه متساوي للكلمات الإيجابية والكلمات السلبية.

• إذا كان (P) بين (0,4+) و (+1) (يمكن تشفيرها بالرقم 3) فهذا يعني أن معظم الكلمات ذات إحياء إيجابي.

عدد الكلمات المحايدة -

$$\text{مؤشر الحياد (N)} = \frac{(\text{عدد الكلمات الإيجابية} + \text{عدد الكلمات السلبية})}{\text{العدد الإجمالي للكلمات المتداعية}}$$

العدد الإجمالي للكلمات المتداعية

ويتراوح هذا المؤشر بين (-1) و (+1):

• إذا كان (N) بين (-1) و (0,05) (يمكن تشفيرها بالرقم 1) وهذا يدل على أن القليل من الكلمات ذات إحياء محايد (حياد ضعيف).

• إذا كان (N) بين (-0,04) و (0,04+) (يمكن تشفيرها بالرقم 2) وهذا يدل على أن الكلمات المحايدة تتجه إلى التساوي مع مجموع الكلمات الإيجابية والسلبية معاً (حياد متوسط).

• إذا كان (N) بين (0,04+) و (+1) (يمكن تشفيرها بالرقم 3) وهذا يدل على أن معظم الكلمات ذات إحياء محايد (حياد مرتفع).

وتكمن أهمية هذه القياسات في كونها أنتجت انطلاقاً من تقييمات الأشخاص لأنفسهم وليس بعد تحليل تصنيفي بعدي يقوم به الباحث.

يمكن استعمال هاذين المؤشرين كمتغيرات لتمييز مجموعات الأشخاص، كما يمكن إسقاطهما على محاور عملية تحدد بواسطة تصورات الأفراد على كلمات مثيرة أخرى.

بإمكان هذا التحليل، الذي يتبنى مقاربة متعددة المنهجية ويتم على عدة مراحل، ليس فقط أن يكون مفيداً في القراءة المتقاطعة للتصورات الناتجة عن مختلف الكلمات المثيرة وإنما أيضاً دراسة الكيفية التي تؤثر بها مؤشرات التقطب أو تكون على علاقة بالمعطيات المستخرجة، مثلاً، عن طريق استبيان.

يمكن حساب مؤشرات التقطب والحياد أيضاً بواسطة ترتيب الكلمات من أول إلى آخر كلمة متداعية. ومن هنا يمكن إعادة تشكيل الاتجاه الزمني لنموذج الإحياءات التي تولدها الكلمة أو المثير البصري مثلما هو الحال مع تتابع التداعيات.

- مؤشرات القولبة:

يستعمل كقياس فارقي للقاموس المرتبط بموضوع التصور. هناك معلومة هامة تخص النسبة الفارقة في القاموس الذي تذكره كل مجموعة ويكون له علاقة بموضوع التصور.

إذا افترضنا وجود علاقة لفظية-دلالية هامة، واختلاف موضوع التصور على مستوى المعنى والصفات والاستحضار، إذن يمكن افتراض أن القياس الناتج من العلاقة بين الكلمات المختلفة ومجموع الكلمات هو مؤشر عن "القولبة".

ويشتق هذا القياس (يرمز له بالحرف Y) من الحساب التالي:

$$Y = 100 \times \frac{\text{عدد الكلمات المختلفة المتداعية من طرف كل مجموعة}}{\text{العدد الإجمالي للكلمات المتداعية من طرف كل مجموعة}}$$

وإذا افترضنا أن نفس الشخص لا تتداعي عنده نفس الكلمة، إذن فالعدد الإجمالي للكلمات المختلفة يساوي العدد الإجمالي للكلمات المتداعية، ومن هنا فهذا القياس (Y) لا يصلح لكل الأشخاص، وإنما بتقسيم عدد الكلمات المختلفة المتداعية من طرف المجموعة على العدد الإجمالي للكلمات المتداعية من طرف المجموعة. وهذا يمثل السجل اللفظي العام المستحضر

<http://www.europd.psi.uniroma1.it/main/main.htm.researchonline/EuroSKYcompass>

ويسمح هذا البرنامج بجمع القوائم المنفصلة من الكلمات المرتبطة بالمشيرات (خطوة خطوة في اللغة الأصلية للتحليل، وأيضاً بالإنجليزية لخلق بنك معطيات موحد عبر الدول) ويقوم أيضاً بجمع كل التشعبات، والارتباطات، وترتيب الأهمية وإشارة التقطب.

تطبيق شبكة التداعيات في مختلف البحوث: مختلف استراتيجيات تحاليل المعطيات

استعملت شبكة التداعيات لأن بإمكانها كشف الأبعاد الضمنية في التصورات الاجتماعية، وهذه الأبعاد أقل ارتباطاً برغبة في الإجابات وبنواة التصور، خاصة لما ترجع الكلمة المثيرة إلى موضوع اجتماعي غامض. يجب عند استعمال عدة تقنيات لتحليل البيانات أن يكون ذلك خطوة خطوة، ويسترشد في كل مرة بفرضيات وأهداف خاصة متقابلة بين التقنيات المستعملة والنتائج المنتظرة.

* التفسير العرضي للنتائج المشتقة من مختلف استراتيجيات تحليل المعطيات:

إن إجراء تقييم عام لإطار النتائج المحصل عليها بمختلف استراتيجيات تحليل المعطيات يجعلنا نلاحظ أن النتائج المتحصل عليها بواسطة برنامج س ب س س SPSS تؤكد الفرضيات المتعلقة بالمكونات التقييمية الكامنة ضمن التصورات الاجتماعية، التي تخص موضوع معين.

أظهرت تقنيات التحليل المستعملة، انطلاقاً من معطيات محصل عليها من خلال شبكة الارتباطات، التفاعل الموجود بين المعطيات وتقنيات التحاليل التي تعطي الأهمية من جهة للمظاهر الخاصة بالمضمون وبنية الحقل التصوري (SPad-T) وتنظيمها في عناصر مركزية وطرفية (Evoc 2000)، ومن جهة ثانية لدينامية الخطاب الكامن في مختلف أنواع ووظائف الأصناف النصية (Disc An).

إن التفسير الذي تقدمه تعددية التقنيات التقييمية أكثر ثراءً من التفسير الذي ينتج عن استعمال تقنية واحدة.

إن أهمية استكشاف مختلف استراتيجيات تحليل ومقارنة خصوصيات وحدود كل تقنية تجبر الباحث على تجريب أدوات تصميم أخرى موجودة في الوقت الراهن لتحليل المضمون.

* صدق تقنية شبكة التداعيات من خلال التقاطع مع تقنية الخريطة الارتباطية لـ Abric:

ما يميز شبكة الارتباطات هو قدرتها على تمكين الأفراد من إظهار النقاط المرجعية للحقل الدلالي التصوري، وذلك بتصميم رسومات "التشعبات" و"الارتباطات" بين الكلمات، ومجموعات الكلمات المتداوية انطلاقاً من الكلمة المثيرة.

هناك تقنية أخرى تعتمد طريقة التداعيات الحرة وقد قدمت من طرف أبريك (Abric, 1994) وتسمى "الخريطة الارتباطية". وتختلف تقنية "الخريطة الارتباطية" عن تقنية "شبكة التداعيات" في كون الممتحن في الخريطة هو الذي يثير الأفراد، بينما في الشبكة يكون الأفراد أحرار في تصميم التشعبات بين الكلمات والارتباطات بين السلاسل الارتباطية، كما أن الفاحص في طريقة "الخريطة" يطلب من الفرد سلسلة ثانية من التداعيات انطلاقاً من الأزواج المتكونة من المثير وأول كلمة متداوية منه.

أجرت "دي روزا" بمساعدة باولا سينغاقيليا (P. Singaglia) دراسة مقارنة لهاتين التقنيتين الإسقاطيتين وذلك بتحليل التداعيات اللفظية الذي تداعى بها 120 شخص، فرنسي الجنسية، إجابة على صورتين إشاريتين

لموضوع التصور. وقبل البدء في الحساب نقوم بتقليص الأشكال اللفظية المتكافئة باستعمال، ويتم ذلك بإرجاع الكلمات إلى شكلها المذكر المفرد، وتحويل الأفعال والأسماء إلى نوعتها المناسبة... إلخ).

ولجعل قيمة هذا المؤشر الجديد (Y) تتراوح بين (-1) و(1+) (وليس على سلم مندرج في 100 درجة) وللتأكد من أن القيمة (1+) هي أعلى قيم القولية (وليس العكس)، تحول القيمة المحصل عليها لـ (Y) بواسطة الصيغة الآتية:

$$[(1 - \frac{2Y}{100}) \times (-1)]$$

ويسمح لنا هذا الحساب بتمثيل النتائج بواسطة مخطط وذلك حسب مؤشرات التقطب والحياد والقولية.

* الإجراءات المتبعة لتشفير البيانات النصية:

طريقة شبكة التداعيات، مقارنة بإيجابيات الطرق التي تتطلب مهمة حرة ومشوقة للأشخاص، هي عمل شاق في التشفير ومعالجة البيانات. وفيما يلي عرض إجمالي وسريع وبالترتيب لمختلف خطوات ومراحل التشفير وتحليل البيانات.

لتشفير البيانات (النصية والعديدية) المحصل عليها بواسطة شبكة التداعيات وضعت "قاعدة معلومات" لكل شبكة انطلاقاً من كل كلمة مثيرة بشكل يمكن من تسجيل كل المعلومات المحصل عليها على بطاقيات مختلفة كما يلي:

- الكلمات المتداويات: ترتب حسب ترتيب ظهورها ويسجل أمام كل كلمة التقطب (موجب، سالب أو محايد) الذي يعطيه الشخص.*
- التشعبات بين الكلمات.
- الترابطات بين مجموعات الكلمات.

بواسطة هذا الإجراء، كل شخص يسجل في ثلاث قواعد معلومات (Bases des données) مختلفة لكل كلمة من الكلمات المثيرة.

وإذا كانت قاعدة المعلومات، التي تحتوي على قائمة كاملة للكلمات المدودة فرداً فرداً، حسب ترتيب ظهورها وفي نفس الوقت حسب العلامات الخاصة بالتقطب، تشكل مدونة المعطيات الأساسية للتحليلات، فإن البطاقيات المتعلقة بالتشعبات والارتباطات بين مجموعات الكلمات تستعمل لجعل دلالة الكلمات متعددة المعاني أقل غموضاً.

كما تساهم بطاقيات التشعبات وبطاقيات الترابطات (إعطاء لكل كلمة التقطب المناسب لها) في حساب "التساوي-عدم التساوي" المشتقان من المجموع الجبري المحسوب على أساس العلامات التي تعطى للكلمات المدرجة ضمن السلاسل الدلالية.

لمعرفة "التساوي-عدم التساوي" داخل التشعبات والارتباطات، نقوم بمقارنة كل كلمة مع كل الكلمات اللاحقة في نفس التشعب (انطلاقاً من الكلمة المتداوية الأولى ثم الكلمات اللاحقة وفق الترتيب التتابع الداخلي للتشعب أو الارتباط).

لقد قامت "دي روزا" بتطوير برنامج تحليل معطيات على الانترنت وهو مشتق من شبكة الارتباطات التي تضم عدد متنوع من التقنيات.

ألحقت هذه الأداة بقاعدة معطيات -تستعمل تكنولوجيا 4D- على موقع الانترنت لـ: European Ph. D. on Social Representation and Communication.

لـ Benetton (حملة خريف-صيف 1992-1993) وعلى كلمتين مثيرتين هما "Benetton" و"أنا".

إن دراسة مقارنة للدعائيات اللفظية المحصل عليهما بالطريقتين "الخريطة" و"الشبكة" أظهرت تشابهات، وكذلك اختلافات خاصة تلك المتعلقة بكيفيات جمع المعطيات والاستعمال المختلف لتقنيات تصميم وبناء المعطيات. لقد توصلنا، انطلاقاً من الأربع كلمات المتداوية الأولى، إلى استخراج العناصر المركزية للتصور لكل المواضيع المثيرة باستثناء المثيرة "أنا".

ويرجع الفرق بين التقنيتين إلى تقليص عدد الكلمات منذ البدء (في الخريطة) مما يجبر الأشخاص على الإجماع حول "الكلمات المركزية"، وهذه الأخيرة هي التي تحصل على تكرارات مرتفعة بالرغم أنه من الناحية الكيفية هي نفس الكلمات التي نحصل عليها بالشبكة.

تمنح الشبكة حرية أكثر في التعبير وتحت الأشخاص على ربط مستقبلي للتصورات من خلال إثرائها بالعديد من العناصر الطرفية وفق قاموس متميز أكثر.

تظهر الخرائط الدلالية، المحصل عليها بتحليل التناسب داخل كل مدونة الكلمات في الشبكة وفي الأربع كلمات المتداوية الأولى في الخريطة، تكون نفس الأصناف وأظهرت روابط متشابهة بين نفس الأصناف (عدها أكبر في الشبكة) وهذا يؤكد تشابه الإنتاج الذي تحت عليه كلا الطريقتين (الخريطة والشبكة) وهذا نظراً لطبيعتهما الإسقاطية المشتركة.

أن الاختلاف الذي يوجد بينهما يدل على مؤشر "تنافس منخفض" في الأصناف المصممة انطلاقاً من جمع المعطيات بطريقة الخريطة، ورغم العدد الكبير من الأصناف المصممة بطريقة الشبكة إلا أن البنية الدلالية تبقى نفسها. لقد لوحظ في هذا النوع من المقارنة لوحظ انعدام الفرق بين التقنيتين فيما يخص متغيرات "ترتيب ظهور الكلمات" و"ترتيب الأهمية" وهذا يجعلنا نأمل أن تكون الكلمات المتداوية الأولى هي في كلا الحالتين الأكثر أهمية، بمعنى إذا كانت الكلمات الأولى المتداوية متأثرة بطواهر القولية أو المرغوبة الاجتماعية. فإن هذه العوامل -على ما يبدو- تؤثر بنفس الكيفية على سيروية الإجابة التي يكون هدفها النهائي هو المحك التقني "للأهمية". تتطلب هذه النتيجة في كل الحالات برهنة مستقبلية لأن معظم البرامج البحثية صادفت اختلافات بين "ترتيب الظهور" و"ترتيب الأهمية". إن سيروية الإجابة الأكثر إسقاطية في الاستحضار الحر والسريع للكلمات في حالة ترتيب الظهور، تقابلها سيروية أكثر عقلانية تتمثل في إعطاء ترتيب أهمية الكلمات المستحضرة.

3-8- نموذج المخططات المعرفية القاعدية

Modèle des Schèmes Cognitifs de Base (SCB)

اقترح النموذج SCB سنة 1992 من طرف Guimelli et Rouquette لمحاولة إيجاد مبررات للعلاقة بين عنصرين من عناصر تصور اجتماعي معين.

* التعريف بالنموذج SCB:

يقترح النموذج أنه بين عنصر المعرفة A (كلمة أو عبارة) أو المفهوم A (Cognème A) وعنصر المعرفة B أو المفهوم B توجد العلاقة R التي يمكن أن تأخذ عدة حالات، وكل حالة يمكنها أن تصاغ وتصبح إجرائية بواسطة مفهوم الرابط C.

هذه الروابط (Connecteurs) قابلة للتشكيل والتعميم ويمكن أن تتدخل مهما كان المضمون الدلالي للمفهوم.

يمكن لكل ارتباط بين المفهوم A والمفهوم B أن يأخذ شكل الثلاثي (ACiB)، والذي يحدد مظهر خاص للمفهوم A.

مثال 1: (اجتماع أشخاص Cx جماعة)

حيث - "الجماعة" تمثل المفهوم A

- "اجتماع أشخاص" تمثل المفهوم B

- Cx: الرابط DEF: والذي يعود إلى المفهوم التعريفي أو التمثالي لـ A إن يمكن أن يترجم هذا الثلاثي في اللغة العادية بـ: "الجماعة يمكن تعريفها بأنها اجتماع لأشخاص".

ومن هنا يوجد مظهران مختلفان للمفهوم A إذا اختلف على الأقل أحد العنصرين الآخرين في الثلاثي.

مثال 2: (وسيلة النقاش Cx جماعة)

في هذه الحالة يشبه الرابط هنا رابط المثال 1 لكن المفهوم B تغير: "الجماعة يمكن تعريفها بأنها وسيلة للنقاش".⁽¹⁸⁾

* الروابط (Connecteurs):

اقترح نموذج (SCB) 28 رابطاً وهي منظمة ومجموعة ضمن 5 عائلات تسمى بالحروف الأولى من عبارة "مخططات معرفية قاعدية" (SCB: Schème Cognitifs de Base). وتسمى هذه الخمس SCB كالآتي:

- الحصيلة اللغوية (3 روابط) SCB Lexique.
- التجاور (3 روابط) SCB Voisinage.
- التركيب (3 روابط) SCB Composition.
- الفعل (12 رابط) SCB Praxie.
- النعت (7 روابط) SCB Attribution.
- SCB Lexique : يضم 3 روابط مفرداتية هي:
 - التكافؤ (Equivalence) (SYN).
 - التعارض (Opposition) (ANT).
 - التعريف (Définition) (DEF).
- SCB Voisinage : يجمع 3 روابط تدل على علاقات الاحتواء أو الاحتواء المشترك:
 - طبقة محتواة (Classe incluse) (TES).
 - طبقة حاوية (Classe incluante) (TEG).
 - الاحتواء المشترك (Co-inclusion) (COL).
- SCB Composition : الروابط التي تدل على العلاقة "الكل بالجزء"، "الجزء بالكل" و"الجزء بالجزء" وعددها 03:
 - الكل بالجزء (Tout à la partie) (DEC).
 - الجزء بالكل (Partie au tout) (COM).
 - الجزء بالجزء (Partie à la partie) (ART).
- SCB Praxie : الروابط التي لها علاقة بالفعل (Action)، ويصاغ وفق الصيغة "Acteur action objet outil"
 - مثلاً: "le classeur tue le gibier avec un fusil" ومن هذه الجملة يمكن إيجاد 12 رابط وهي:

- **الوظيفة النعتية (Fonction attributive):** وتضم المخطط "تعت" وعدد روابطه 07، وتدل هذه الروابط على علاقات التقييم، ويمثل النشاط المعرفي هنا في إعطاء أحكام بخصوص موضوع التصور أو بصفة عامة تقييمه.

طريقة تطبيق التقنية: تطبق هذه التقنية على 3 مراحل:

• المرحلة الأولى: التداعي المستمر:

يقدم للشخص مصطلح مثير ونرمز له بـ "A" ونطلب منه أن يعطينا كتابيا وبأسرع ما يمكن ثلاث كلمات أو عبارات تتبادر إلى ذهنه وتكون لها علاقة بـ "A". سنحصل على 03 استجابات ونرمز لها بـ "R1"، "R2"، "R3". وفي دراستنا الاستطلاعية كانت العبارة المثيرة هي: "التشئة الأسرية للقيم".

• المرحلة الثانية: تبرير الاستجابات:

يطلب من الأشخاص أن يبرروا استجاباتهم الثلاثة، أي تفسير الأسباب التي جعلتهم يكتبون هذه الاستجابات، وتكون هذه المرحلة الثانية أيضا كتابيا وبسرعة حيث يكتبون جملة أو جملتين لكل استجابة من استجاباتهم الثلاثة.

• المرحلة الثالثة: تحليل العلاقات بين المثيرات والاستجابات:

نقدم للأشخاص الروابط الثمان وعشرين (28) وعليهم أن يقرروا، بـ "نعم" أو "لا" أو "ممكن"، ما إذا كان كل رابط من هذه الروابط الـ 28 موجود في العلاقة بين A و B (المثير والاستجابة). لقد طبقت هذه التقنية في دراستنا الاستطلاعية على 38 فرد (عينة 6) يوم 16 ماي 2007 (الزمن 5).

* أهمية هذا النموذج:

يساهم هذا النموذج في تحسين التحليل البنيوي للتصورات الاجتماعية وهذا على عدة أصعدة:

- يسمح بالحصول على قياسات أساسية لإجراء التحليل البنيوي، حيث يمكن مثلا معرفة خاصية أن تكون لمفهم معين (Cognème) علاقات عديدة مع مفهم أو مفهومات أخرى، مما يساعد على إجراء مقارنات بين المفهومات (Cognèmes).

- يسمح التعرف على رسوخ أو تواتر بعض المخططات المعرفية حسب الوضعية التي يوجد فيها الأشخاص، وبالتالي معرفة نمط النشاط المعرفي الغالب التي يضعونه في هذه الوضعية.

- يمكن من إجراء مقارنات، آنية أو تطويرية، بين تصورات مختلف الجماعات، وحسب الروابط المختلفة المستعملة.⁽¹⁹⁾

• معالجة المعطيات:

- الوزن الفردي:

0 عدد الإجابات الممكنة "نعم" = (28 رابط × 3 إجابات) = 84

0 نجمع لكل شخص بـ "نعم" في الثلاث استجابات ثم نقسمه على عدد الاستجابات عدد إجاباته بـ "نعم" الممكنة (84) وما نحصل عليه يسمى الوزن الفردي (Valence individuelle).

عدد "نعم" الاستجابة 1

+ عدد "نعم" الاستجابة 2 + عدد "نعم" الاستجابة 2

= الوزن الفردي

84

- فعل (Faire) (OPE) (Acteur OPE action).
- التناظر (Symétrie) (ACT) (Action ACT acteur).
- القيام بفعل على (Avoir une action sur) (TRA) (Acteur TRA objet).
- التناظر (Symétrie) (FAC) (Objet FAC acteur).
- استعمال (Utiliser) (UTI) (Acteur UTI outil).
- التناظر (Symétrie) (TIL) (Outil TIL acteur).
- الفعل يخص ماذا
- (Action OBJ objet) (OBJ) (Action qui porte sur quoi).
- التناظر (Symétrie) (MOD) (Objet MOD action).
- للفعل نستعمل الأداة .
- ((Pour l'action on utilise outil) (UST) (Action UST outil)
- التناظر (Symétrie) (OUT) (Outil OUT action).
- الأداة المستعملة على
- (Outil AOU objet) (AOU) (Outil qu'on utilise sur)
- التناظر (Symétrie) (AOB) (Objet AOB outil).
- **SCB Attribution** : يضم الروابط المرتبط بـ "الحكم" و "التقييم".
- الموضوع A يناسبه الوصف B :

- خاصية دائمة (CAR) (Caractéristique permanente).
- خاصية شائعة (FRE) (Caractéristique fréquente).
- خاصية ظرفية (SPE) (Caractéristique occasionnelle).
- خاصية معيارية (NOR) (Caractéristique normative).
- خاصية تقييمية (EVA) (Caractéristique évaluative).
- خاصية ترجع إلى سبب، عامل، مصدر .
- (COS) (Renvoi à une cause, facteur, origine)
- خاصية ترجع إلى نتيجة (EFF) (Renvoi à une conséquence).

*وظائف المخططات المعرفية القاعدية (SCB):

يمكن تجميع هذه الأنماط الخمسة من المخططات في ثلاث "ما وراء مخططات" (Méta-schémes)، وهي تتناسب الوظائف المعرفية الثلاثة التي يمكن تنشيطها في إطار النشاطات التصورية التي يطورها الأشخاص والجماعات أمام موضوع معين وهي:

- **الوظيفة الوصفية (Fonction descriptive):** تضم مخططات: "الحصيلة اللغوية"، و "التجاور" و "التركيب" وتتكون من: 09 روابط تدل على علاقات من نوع "وصفي" بين A و B، وتعبّر عن نشاط معرفي يتمثل في وصف موضوع التصور.

- **الوظيفة الفعلية (Fonction prescriptive):** تضم المخطط "فعل"، وعدد روابطه 12، وتدل هذه الروابط على مفهوم "الفعل" الذي يكون موضوع التصور عرضة لها، وتعبّر هذه الروابط عن نشاط معرفي خاص مرتبط بالممارسات التي تتم باتجاه موضوع التصور.

- تكثيف (Condensation): ميكانيزم من خلاله يقوم تصور لاشعوري معين بتركيز عناصر سلسلة من تصورات أخرى.

- تصوير (Figuration): مظهر من مظاهر التصور، يسمح بتطوير معرفة عن حالة المواضيع المراد معرفتها (Brin).

- تحويل (Déplacement): انفصال جزء من الوجدانات عن تصور لاشعوري وارتباطه بتصوير آخر لا تربطه بالتصور الأول سوى روابط ضعيفة أو معدومة.

- تصميم ثانوي (Elaboration secondaire): تنظيم عناصر علم أو تفكير في كل منظم ومرتب قبل الظهور في الشعور حتى يجعله قابلاً لفهم (Intelligibilité).

(1) - J-M. Seca, *Les représentations sociales*. Paris, Armand Colin-Vuef, 2001, p. 98.

(2) - C. Flament, M-L. Rouquette, *Anatomie des idées ordinaires*. Paris: Armand Colin - Vuef, 2003, p. 58.

(3) - J-M. Seca, op.cit, p. 99.

(4) - C. Flament, M-L. Rouquette, op.cit, p. 59.

(5) - Ibid, p. 100.

(6) - Ibid, p. 59.

(7) - Ibid, pp. 59, 60.

(8) - Ibid, p. 59.

(*) الاستقراء (Induction): برهنة تنقل فيها من الخاص إلى العام، ومن الجزئي إلى الكلي.

(9) - Ibid, p. 60.

(10) - Ibid, p. 60.

(11) - Ibid, p. 61.

(12) - Ibid, p.23.

voir aussi: J-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales*, op. cit, p. 59.

(13) - Ibid, p. 23.

81-84.

(17) - Ibid, pp. 87-92

(14) - J-C. Abric (Ed), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Op.Cit, p. 115.

(15) - Y. Maache, et al, op.cit, p. 28.

(16) - J-C. Abric (sous la direction), *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Op.Cit, pp..

(*) - بالاعتماد على برنامج "Filemaker Pro" في الماكينطوش.

(*) - تكتب الكلمات بالحرف الصغيرة (Miniscules) ويترك فراغ بين الكلمة ورقم الترتيب، وبين رقم الترتيب وعلامة التقطع.

(أ) تلحق الكلمات هنا بالرمز: *

(ب) تلحق الترابطات بالرمز: S

(18) - J-C. Abric (sous la direction), *Méthodes des représentations sociales*. Op.Cit, pp. 119-143.

(19) - Ibid, p. 123.

(20) - Ibid, p. 130.

- الوزن العام (Valence totale): يرمز له بـ "(و.ع)" (v.t):

يمكن حسابه بطريقتين هما:

O الوزن العام هو "حساب متوسط الأوزان الفردية لكل أفراد الجماعة. وفي هذه الحالة يمكن استعمال اختبار التباين لدراسة الفروق في التصورات".

O الوزن العام هو "حساب متوسط التكرارات لمجموع إجابات "نعم" لكل فرد من أفراد الجماعة". وفي هذه الحالة يمكن استعمال اختبار x^2 لدراسة الفروق بين التصورات.

- الوزن الجزئي (Valence partielle):

- إن الوزن العام (Valence totale) هو مؤشر على تنشيط عام للروابط (Connecteurs)، وبالتالي لا يسمح بقياس تنشيط الروابط الخاصة بمختلف المخططات المعرفية القاعدية (SCB). قد يكون هذا القياس الخاص مفيداً خاصة إذا أردنا الاهتمام بدرجة تنشيط الوظائف المعرفية المذكورة أعلاه (وصفية، فعلية، نعتية).

$$V_t = V_{lex} + V_{vois} + V_{comp} + V_{prax} + V_{attr}$$

$$V_{lex} = \frac{a}{(3connecteurs \times 3réponses)} = \frac{a}{9} \quad / \text{عدد إجابات نعم في المخطط lex}$$

$$(V_{lex} + V_{vois} + V_{comp}) = \frac{b}{27} \quad /$$

lex+vois+comp = عدد إجابات نعم على المخططات

$$V_{prescriptiv} = (V_{prax}) = \frac{c}{36} \quad / \text{"Parx" عدد إجابات نعم على}$$

المخططات = c

$$V_{attributive} = (V_{attr}) = \frac{d}{21} \quad / \text{"attr" عدد إجابات نعم على المخططات}$$

= d

ويمكن أيضاً إجراء تحليل للاستجابات الأشخاص على مستوى الروابط (Connecteurs).⁽²⁰⁾

الهوامش والمراجع :

(*) الإجماء (Suggestion): ميكانيزم مركزي في العلاج بواسطة التنويم (Hypnose).

(**) يقال: زلة اللسان (Lapsus linguae) وهفوة القلم (Lapsus calami).

(*) - الخيالات (Fantaisies): القدرة على تصور بعيدي (Ultérieurement) لمواضيع خارجية (Barquin).

- الهوامات (Fantasmes): تصور أو سيناريو خيالي، شعوري، قبشعوري أو لاشعوري، يستلزم (Implique) شخص أو أكثر ويضع رغبة (désir) في مشهد مقنع نسبيًا.

- انطباعة (Imago): صورة ذهنية مثالية يكونها الشخص عن أعضاء أسرته أو عن نفسه (المنهل).

الشذوذات الجنسية (THE PARAPHILIAS) - قراءة تحليلية

د. عبد الرحمن إبراهيم - الطبيب النفسي - سوريا / روسيا

ar.i@laposte.net - dr.abd.ibrahim@gmail.com

لأن المتعة الجنسية والقدر على الشاغل لحظ النوع أوتها فضلا فقط، إذا لأصبح العالم رائعا.

جيمس بوسوبل، المجلة اللندنية (26 آذار، 1763)

مداخل: قبل البدء بمناقشة الشذوذات الجنسية كل على حده، سأحاول أن استرجع باختصار شديد عملية التطور الجنسي النفس، لأن فهم الشذوذات الجنسية يتطلب بعض المعرفة عن حالات التطور الباكورة.

عند الولادة يكون الوليد غير قادر على التمييز بين نفسه وبين محيطه الخارجي، وهذا ما يدعى بالمرحلة (غير المتمايزة *Undifferentiated*) أو المرحلة الذاتية *Autistic*، أي لا توجد علاقة بين الوليد وبين أي شخص آخر على غرار العلاقات في مراحل الحياة اللاحقة.

إن العلاقة بين الراشدين لا تتم إلا بعد مراحل تطورية طويلة تبدأ بالمرحلة الذاتية هذه، ومن هذه المرحلة الباكورة تنتقل تدريجيا إلى المرحلة التالية أو التعايشية *Symbiotic*، والتي يحيا فيها الثنائي المؤلف من الأم والطفل كوحدة ملتصقة. وفي هذه المرحلة يصبح الطفل قادرا على تمييز الفروق بين نفسه وبين أمه لكن بشكل متقطع وغير كامل. ولا تلبث هذه المرحلة أن تختفي تدريجيا ليحل مكانها مرحلة الانفصال - التفرد *Separation - individuation*، حيث يخرج الطفل تدريجيا من هذا التعايش مع أمه ويبدأ بتكوين تصورات الأول عن ذاته.

Homosexuality (exclusive) وهل يجب اعتبارها أحد أنواع الشذوذات الجنسية. (في الجنسية المثلية الإجبارية "الجنوسة الإجبارية" يكون مصدر الإثارة الجنسية الوحيد والمطلق هو شخص من نفس الجنس). وهنا يجب أن أوضح نقطة هامة جدا في هذا الأمر على أن اترك النقاش فيه إلى بحث مستقل باسم الجنسية المثلية (الجنوسة) *Homosexuality*.

ففي عام 1975 شطبت الجمعية الأمريكية للطب النفسي كلمة جنسية مثلية (جنوسة) من التصنيف *DSM-II* واستمررا بشطبها في تصنيفاتهم اللاحقة حتى *DSM-IV-TR* عام 2000 وتبنوا وجهة النظر القائلة أن الجنسية المثلية (الجنوسة) ليست مرضا إلا إذا كان الشخص يعاني من انزعاج من توجهه الجنسي. وحقيقة لم يتم شطب الجنوسة بناء على منطق علمي أو نتائج أبحاث ودراسات أو نتائج علمية موثوقة... على العكس تماما إذ تم حذفها نتيجة ظروف اجتماعية واقتصادية وسياسية... الخ، ولا تمت هذه الظروف إلى الفكر والمنطق العلمي بأي صلة، وهذا ما دفع بالكثير ممن وضعوا وشاركوا في تصنيف *DSM* ومنهم البروفيسور باير إلى التحدث في الأوساط العلمية العالمية والكتابة في الدوريات العلمية المتخصصة بأن حذف الجنوسة من تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لم يتم وفق منطق علمي أو نتائج علمية قاطعة أو موثوقة.. وإنما كان لضغوط عدة منها على سبيل المثال ضغط الجنوسيين على الدوائر الطبية، وضغط شركات التأمين، الذي يشمل العلاج النفسي بأنواعه وتكاليفه، هذا عدا عن ردة الفعل على الاضطهاد الذي تعرض له الجنوسيون في أمريكا بعد مرسوم ايزناور عام 1953 بحرمانهم من الوظائف، واستهداف حاناتهم،

خلل تطور التوجه الجنسي واختيار الموضوع

إن مرحلة الانفصال - التفرد *Separation - individuation* هذه هي مرحلة حاسمة من الحياة، إذ أن اضطراب العلاقة بين الأهل والطفل في هذه المرحلة قد يؤدي فيما بعد إلى متاعب في تأسيس النضوج، وفي علاقات الراشد مع الموضوع وفي التوجه الجنسي.

تتميز بعض الشذوذات الجنسية بخلل في تطور التوجه الجنسي واختيار الموضوع، مما يؤدي إلى اختيار موضوع غير بشري للإثارة الجنسية أو إلى اختيار شريك بشري غير ملائم.

ففي الفيتيشية *Fetishism* يُستبدل الإنسان بموضوع جامد هو جزء من ثياب المرأة عادة. أما في تحول الزي *Transvestism* فهناك نوع من الامتداد إذا صح التعبير للفيتيشية، حيث يثار الرجل جنسيا بارتداء ملابس المرأة. وفي ولع البهائم (الحيوانلت) *Bestiality* أو *Zoophilia* يصبح حيولن ما مصدرا للإثارة الجنسية. وفي ولع البول *Urophilia* و ولع الغائط *Coprophilia* يكون مصدر الإثارة الجنسية هو هذه الفضلات.

أما فيما يخص اختيار الشريك الجنسي البشري غير الملائم، فيكون الغلام مصدر الإثارة الجنسية في ولع الغلمان *pedophilia*، بينما يكون شخصا ميتا في ولع الجثث *Necrophilia*.

أما فيما يخص الجنسية المثلية (الجنوسة): وفق ما أتفق على تسميتها في المعجم الطبي الموحد) أو ما يطيب للغرب بتسميته الجنسية المثلية التفضيلية أو الإجبارية (المطلقة) *Preferential Or Obligatory*

الجنسي. ففي التلصص أو اللصصه (زنى العين) Voyeurism يصبح استراق النظر هو الشكل الأساس للإثارة الجنسية، وفي الاستعراضية Exhibitionism يصبح النقاط نظرات الناس إلى الاستعراض هو الشكل الأساس للإثارة الجنسية (مايشكله ذلك من خوف للضحية)، وفي الاحتكاكية أو اللززة Frotteurism يكون الاحتكاك هو الشكل الأساس والمفضل للإثارة والمتعة الجنسية.

تعريف

يمكننا الآن أن نقدم تعريف للشذوذات الجنسية. باختصار إنها حالات تتميز بتجنب العلاقات التناسلية الجنسية الغيرية مع الراشد البشري، مع استعمال متكرر وضروري لمتنفسات أو مواضيع أو أشخاص آخرين للإشباع الجنسي. وهي قد تشمل خلا في تطور التوجه الجنسي واختيار الموضوع أو خلا في تطور الحافز العدوانى أو خلا في تطور الحافز الجنسي. إنها النتائج النهائية للعديد من العوامل المختلفة المتداخلة من البيولوجية والنفسية والاجتماعية...، وهي غالبا ما تترافق بمقدار كبير من القلق والخجل والذنب وبمقدار قليل من الحرية والمرونة والمتعة المتبادلة والاختيار الشعوري. إنها تخدم عملا دفاعيا لا شعوريا هاما، وتحمي الشخص من الذعر الغامر الذي ينشأ كلما سنحت الفرصة لحصول جماع طبيعي لا يترافق بوجود شروط ضرورية وإجبارية.

ومهما كانت هذه الشذوذات الجنسية فانها تحمل دمة الجنسانية الطفلية وتقلها الى حياة الراشد، وهي دليل على الفشل في تحقيق النضج والعلاقات الجنسية الغيرية.

بقي أن أقول باستثناء المازوخية الجنسية والجنسية المثلية (الجنوسة) التفضيلية أو الإجبارية، فإن الشذوذات الجنسية تكاد تقتصر على الرجال تقريبا لأسباب لست في مجال شرحها هنا. (سأعرضها في كتابي فكرة وجيزة عن الجنس عند الإنسان (تحت الطبع).

الفيتيشية (FETISHISM)

من غير الممكن مناقشة جميع الشذوذات الجنسية في هذه العجالة السريعة وتحتاج إلى وقت وكتب ومجلدات، لكن سأحاول هنا أن أناقش إحداها بشكل مفصل وكلي أمل إن يساعد ذلك على توضيح بقية الشذوذات على ضوء هذه المناقشة.

ييدي الفيتيشيون *Fetishisms* تثبيا جنسيا على مواضيع أو أجزاء من الجسم غير ضرورية أبدا للجماع، لكنها شرط للإرضاء الجنسي لديهم. وتشمل هذه المواضيع الأحذية أو الملابس الداخلية أو المواضيع الجامدة الأخرى التي انغرست ضمن الاهتمامات الجنسية. ويمكن أن تستخدم أجزاء من الجسم أيضا كالشعر والقدم.

إن الدرجات الخفيفة من الفيتيشية شائعة تماما وتدخل ضمن الحدود الطبيعية طالما أن الشخص قادر على الجماع الطبيعي ولا يحتاج إلى "دعامات" كي يستطيع الممارسة بنجاح، وفي هذه الحالات يكون الأمر مغالاة طبيعية في تقدير الشخص المحبوب، هذا التقدير الذي قد يمتد ليشمل حاجياته. ويمكن أن نلاحظ أيضا وجود مراحل انتقالية في الطريق إلى الفيتيشية الكاملة وذلك عند الأشخاص الذين يتطلبون أن يحقق شركاؤهم بعض المعايير الخاصة مثل أن يحقق بعض المعايير الخاصة مثل أن يكون للجسم شكل خاص أو أن يكون الشعر بلون معين أو بتوزيع معين.

إن هناك طيف يمتد من السلوك الطبيعي إلى قرب الطبيعي إلى المرضي الشديد المتمثل بالفيتيشية الإجبارية المكتملة. إن مثل هذا الطيف موجود في كل الشذوذات الجنسية كما هو موجود في الأمراض الأخرى

ومن ثم الإفراط في ردة فعل الجنوسيون حتى غدا لهم أكثر من 800 جمعية عام 1970 ثم أصبحت بالآلاف... ومن ثم تدخلهم في التصنيف الأمريكية.. وهناك توجه بدأت بوارده تظهر الآن لإعادة الأمور إلى حقل العلم من جديد وهذا ما يدعوا إليه الكثير من العلماء المعاصرين.

كما ذكرت، اترك النقاش في موضوع الجنسية المثلية (الجنوسة) Homosexuality. إلى بحث مستقل، واكتفي هنا، بالقول يمكن اعتبار الجنسية المثلية (الجنوسة) التفضيلية أو الإجبارية هي اضطراب تطوري، وبالتالي خلل في التوجه الجنسي ضمن المحيط. فمحيط الإنسان (بيئته) يؤمن في الحالة الطبيعية دفعا بيولوجيا فعلا باتجاه الإثارة الجنسية الغيرية، وبالتالي فهو يؤمن أيضا دفعا نفسيا واجتماعيا فعلا باتجاه استمرار وحفظ النوع الإنساني.

خلل تطور الحافز العدوانى

إن تطور العلاقة مع الناس الآخرين يتعلق ويتناسب مع تطور عالم الحوافز. لقد بين سبغوموند فرويد مفهوم الحافز المزدوج للجنس والعدوانية، حيث أعتقد بإمكانية الربط بينهما، وبأن كلاهما يساهم في السلوك الجنسي، ولا يمكن أن نشاهد أي من هذين الحافزين بشكله الصرف، فالاثنتان ملتصقان معا ولكن بنسب مختلفة. وكمثال على ذلك لا يوجد أي عمل جنسي أو علاقة حب لا تحتوي بعض العدوانية، حتى لو كانت بالكاد كافية لتجاوز العوائق وإقامة النشاطات الضرورية للممارسة الناجحة. ومن المهم أن نعرف أن تظاهرات الحافز العدوانى ضرورية للحياة. وهي ليست بالضرورة مدمرة، وليست "عدوانية Aggressive" أو "عدائية Hostile" بالمفهوم الذي نعرفه.

ولا يزال هناك الكثير كي نعرفه حول نضوج وتطور الحافز العدوانى وكيف يلتحم مع الحافز الجنسي. لكننا على الأقل نعلم أن الدوافع العدوانية Aggressive impulses تلعب دورا مرضيا هاما في العديد من الشذوذات الجنسية. وأكثر من ذلك، هناك مجموعة من الشذوذات الجنسية يكون فيها الباعث العدوانى مسيطرا بشكل كامل تقريبا، ويلغى أي شعور بالمودة المتبادلة أو المساواة أو الحنان. ففي المازوخية الجنسية الحقيقية True Sexual Masochism يحتاج المرء لتلقي العقاب والألم والتذليل بطريقة شعورية كشرط أو ضرورة للوصول للإثارة الجنسية والإشباع بشكل شعوري. (وهذا يختلف تماما عن الشخصية المازوخية حيث يكون كل من العقاب والإشباع الجنسي الناجم عنه موجودين على المستوى اللاشعوري). وفي السادية الجنسية الحقيقية True Sexual Sadism يحتاج المرء لمعاقبة وإيلاء وإذلال شخص آخر كشرط وضرورة لتحقيق الإثارة الجنسية والإشباع بشكل شعوري. وبقي أن أذكر أن الاغتصاب والجرائم الجنسية هي بشكل أو آخر امتداد للسادية الجنسية، حيث تصبح فيها الجنسانية مجرد وسيلة للتعبير عن الكره الشديد والحقن القاتل.

خلل تطور الحافز الجنسي

إن تظاهرات الحافز الجنسي في مراحل الأولى تكون طفلية في طبيعتها ولا تبدي السلوك المميز للراشد والذي تسيطر فيه الرغبات التناسلية على تلك الحوافز الجنسية الطفلية التي تدعى الحوافز الجزئية Partial drives إن التجارب السارة في الطفولة تشمل النظر والاستعراض والتقبيل واللمس وأشكال أخرى من السلوك، والتي ينظر إليها ويعتبرها الكثير من العلماء على أنها مظاهر طبيعية وهامة ومعمة للجنس فيما بعد بسن النضج والرشد.

مهما يكن، ففي المجموعة الثالثة والأخيرة من الشذوذات الجنسية يصبح أحد هذه الحوافز الجزئية الباكرة في الجنسانية الطفلية مفضلا على الاتصال التناسلي، ويصبح هو الشكل الأساس للإثارة الجنسية والإشباع

إن الصراع بين الأهل والطفل الفيتيشي حول ضبط المصبرات يمكن أن يحتدم إلى درجة شديدة أبعد من الطبيعي. أحد المرضى الفيتيشيين، وهو راشد، تذكر هذه الفترة تماماً. كانت أمه امرأة عدوانية ومسيطره جداً، وقد واجه تصميمها على الفوز رفضاً عنيداً للخضوع من جانب طفلها. كانت أمه تتحرى نظافة ثيابه باستمرار، وتبدي تعليقات سلبية تجاه طفلها وتهينه، لذلك كان طفلها يرفض التبرز. لقد كان يجلس على "النونية" لساعات دون أن يستسلم. وأخيراً وبعد أن يترك "النونية" كان يتبرز على الأرض، وأحياناً كان يتبرز قبل أن يجلس على "النونية" وكانت أمه الثائرة تضربه دون شفقة، ورغم كل هذا لم تستطع الفوز. وبعد أن بُسّئت أخيراً سمحت له أن يأخذ معه لعبته المفضلة إلى الحمام. وعندها أذعن الطفل لرغباتها وصار يتبرز كالمطلوب تماماً لأنه شعر "بالنصر".

قد يبدو لنا أن السلام قد حل والنجاح قد تم، لكن هذا الحل لم يكن إلا فشلاً للأهل والطفل. إن هذه الأم العدوانية المتطلبة غير القادرة على الحب هي شخص غير ملائم لتربية الطفل. إنها لم تحب طفلها ولم تسمح له أن يتفاعل معها بطرق تلئم نموه الخاص. لقد أجبرته على حل مشكلته باستخدام مواضيع جامدة بدلاً من استخدامها هي. إن الأم الجيدة يجب ألا تبدأ بتدريب الطفل على ضبط المصبرات في وقت باكراً، ويجب ألا تجعل الأمر حرباً. ولن يكون مفاجئاً أن نعلم أن الموضوع الفيتيشي لذلك الرجل هو لعبة على شكل دب بني اللون قدر كربه الرائحة!

وهكذا، وبمرور الوقت، يصبح الموضوع الانتقالي المهدئ للطفل شيئاً يمثل أموراً عديدة أولاً الأهل الذين فقدوا عند النوم، ثم الثدي أو الزجاجة المفقودة، ثم البراز المفقود.

وعندما يبدأ الطفل بالتطور تضاف معان جديدة للمعاني القديمة، وتصبح اللعبة المحبوبة محور مشاعر الطفل الخاصة، ويصبح لها استعمال جديد يزيد من ضرر الطفل وأنيته، ويزيد من ابتعاده عن السواء أو الطبيعية، خاصة وأن الطفل قد نقل مشاعره للعبة فإنه قد يقول "لعبتي الصغيرة غاضبة"، وهذا يسمح للطفل أن ينكر غضبه عندما يحبط. وبذلك يسمر الطفل في إنكار حقيقة مشاعره. ويزداد تعقيد المشكلة عندما يكون الموضوع رمزاً للأهل، ففي هذه الحالة يغضب الطفل من اللعبة بدلاً من أهله، وهذا يمنعه من التفاعل السليم مع الناس ويعيقه عن تطوير علاقات مع أئداده، بما فيهم الجنس الآخر. كما أن هذا أيضاً يوجب لاضطرابات جنسية مستقبلية.

من خلال خبرتي التحليلية وجدت أن عدداً كبيراً من الأطفال يستفيدون من هذه المواضيع الخاصة لإزالة قلقهم واكتئابهم الناجمين عن الانفصال عن الأم، بالإضافة للإحباطات الأخرى. هؤلاء الأطفال، وهم يشكلون النسبة الغالبة، لا يعتمدون كثيراً على هذه المواضيع المريحة لذلك فإنها تبقى أقل أهمية من الأم، ولا تؤثر في عملية التطور الطبيعية.

وبشكل عام عندما يكبر الطفل الطبيعي فإن اهتماماته تزداد وتمتد ولا يعود بحاجة لموضوعه الخاص كي يتجاوز القلق أو الصعوبات الأخرى، وبذلك يفقد الموضوع قيمته الخاصة ويهمل. وأما النسبة القليلة من الأطفال — هؤلاء الذين كانت تربيتهم غير جيدة سيئة (المقصود بالسوء هنا أنها لم تكن سليمة وصحيحة، وليس المقصود بها المعنى الشائع من سوقية وغيرها)، والذين شُجّعوا على تعزيز أهمية المواضيع الجامدة — فإنهم يعطون اللعبة قيمة أكثر من الأم، وبالتالي فهم غير قادرين على إهمال مواضيعهم الانتقالية.

إن الاكتشاف الكبير للفرق التشريحي بين الجنسين يحدث تقريباً حوالي سن الثالثة، حيث يتوجه الاهتمام في هذه السن إلى الأعضاء التناسلية. ويعتقد الطفل قبل تلك السن أن لكلا الجنسين أعضاء مشابهة. إن هذا الاعتقاد يستمر رغم ما يلاحظه الطفل من أمور تناقض هذا الاعتقاد.

ويتراوح بين الخفيف والشديد جداً وسأناقش تطور الفيتيشية المكتملة لأنها توضح تماماً العوامل الداخلة في تطور هذه الانحرافات.

إن فهم الشذوذات الجنسية بما فيها الفيتيشية يتطلب أن نعرف أموراً حول طفولة الشخص وحول المواضيع المرافقة لهذه الفترة وحول سلوك أهله، والمواضيع Objects هي الأهم فيما يخص الفيتيشية.

فالعديد من الأطفال سرعان ما يعرفون أن مص اليد أو الإبهام هو عملية ممتعة، وأحياناً يدخل فم الطفل أو يقع في يده جزء من الغطاء أو الثياب، وهذه المواضيع لطيفة وناعمة بالنسبة للطفل وبالتالي يمكن أن تكتسب أهمية خاصة كوسيلة دفاع ضد القلق لا سيما عند النوم عندما يُترك الطفل وحيداً في غرفة مظلمة. وفيما بعد يمكن للموضوع أن يمتلك أهمية تعادل تقريباً أهمية الأم وعندها ندعوه الموضوع الانتقالي Transitional Object.

إن المواضيع الانتقالية شائعة تماماً ويمتلكها العديد من الأطفال، إنها تساعد على التعامل مع خوفه من الانفصال عن الأهل، وتشكل جسراً للعالم الخارجي.

وسرعان ما يعرف الأهل أن هذا الموضوع العزيز يعطي الطفل راحة وأنه يمكن أن يستخدم لتهدئة الطفل. إن هذا يزود الأهل بوسائل تجنبهم الصراع المباشر مع متطلبات الطفل. ويمكن للأهل أن يلاحظوا زيادة قلق الطفل حول انفصاله عنهم متجلباً بزيادة بكاء الطفل في المدة والشدة. وعندما لا يعود الأهل قادرين على حمل توترهم المتزايد فإنهم يعطون الطفل موضوعه الخاص وذلك لتهدئته وجنب المواجهة. إن هذا يزيد من أهمية الموضوع بالنسبة للطفل. إن مثل هؤلاء الأهل، خاصة الذين يواجهون بعض المتاعب، قد يستمرون في تشجيع الطفل على استعمال مواضيع جامدة وذلك للتخفيف من المتطلبات المفروضة عليهم. إنهم يدرسون الطفل على الالتفات إلى هذه المواضيع لتحقيق الإشباع والدعم وذلك بدلاً من الالتفات إليهم، وهي طريقة مخربة ومؤذية إلى حد ما. وفيما بعد، يمكن للطفل أن ينقل اهتمامه من المواضيع الأصلية إلى مواضيع جديدة مثل الألعاب والدمى. وتبرز أهمية المواضيع الجديدة عندما تصبح عاملاً مساعداً في إنقاص التوتر وإزالة القلق الناجم عن الحرمان والانفصال. وهذا الأمر ضار أيضاً، لأن الطفل يجب أن يتعلم تحمل هذه الإحباطات الطبيعية دون وجود حاجة إجبارية للمواضيع الجامدة.

لقد ذكرت استعمال المواضيع الانتقالية كوسيلة لإنقاص القلق المشاهد عند النوم. إن المرحلة التالية التي تؤدي للقلق هي مرحلة الفطام. فالطفل هنا ينفصل مرة أخرى عن موضوع يحبه، وهو الثدي أو الزجاجة، ويلاحظ التوتر مرة أخرى باستعمال الطفل لموضوع جامد يستطيع مصه ومداعبته. إن استعمال مثل هذا الموضوع يطيل من مص الإبهام أو الغطاء عند النوم، وبالتالي يطيل من الدور الذي يلعبه الفم في وقت يجب فيه أن تنقص أهميته.

ومن الفترات الأخرى المؤدية للتوتر تلك الفترة التي يجب فيها على الطفل الاستسلام لطلبات الأهل لضبط مصراته، وهنا يخسر الطفل السيطرة على موضوع ثمين آخر بالنسبة له، ألا وهو برازه. إن الراشدين يعتبرون البراز سيئ الرائحة ومثير للقرع، ويدركون الحاجة للتحكم بعملية التبرز، لكن الطفل لديه وجهة نظر مختلفة تماماً. إن الطفل يعتبر البراز جزءاً من ذاته، وهو يكره أن يفقد السيطرة على أي جزء من أجزاء جسمه. إن الأطفال الصغار لا ينزعجون من برازهم الخاص، ويمكن أن يستلقوا عليه أو حتى يدهنوا جسمهم به وبكل متعة. ولا يفقد البراز أهميته إلا بعد أن يتبنى الطفل مواقف أهله. ويكشف الفيتيشي على الغالب الخصائص الطفولية لشذوذه الجنسي عندما يتطلب أن يكون موضوعه الفيتيشي His Fetish قذراً وذو رائحة كريهة. إن هذه الروائح تشبه غالباً روائح الجسد غير المغسول وتذكره براحة الغائط.

في الحقيقة معتمد على موضوع جامد لتحقيق إشباعه الجنسي. إن مثل هذا الطفل غير قادر على تحقيق انتقال مقبول نحو أساتذته أو الأطفال الآخرين، إنه غير قادر على تحقيق انتقال مقبول من البيت نحو العالم الخارجي بشكله العام.

ويسمر التطور خلال سنوات المدرسة، وتزداد الأنا قوة، ويزداد تماسك الشعور، وتتناقص قوة الحافز الجنسي خلال مرحلة ما قبل البلوغ، ونتيجة لذلك تتناقص الرغبة في استعمال الموضوع الفيتشي الطفلي لأهداف جنسية، لكن يستمر بعض فيتشيشي المستقبل في استعمال هذه المواضيع للتسلية والدعم أثناء مرحلة الكمون latency إنهم يحملون ألعابهم معهم حيثما يذهبون، ويعتمدون عليها ليدعموا جهودهم في التأقلم مع العامل. ويبدو بعض الفيتشيين — لا سيما الأقل تأذياً طبيعيين تماماً خلال هذه الفترة الهادئة. فإذا تحسنت التربية وملك الطفل أنا قوية لدرجة كافية فإنه يستطيع تجاوز الصعوبات بشكل كامل، لكن هذا لا يحدث دوماً.

إن حدوث البلوغ مع ما يرافقه من تغيراً جنسية سريعة يغير الصورة كلها: ففي هذا الوقت تعود المشاكل القديمة للظهور ولكن بشكل آخر. إن حاجة المراهق للفاعل مع أذاده ولا سيما هؤلاء من الجنس الآخر هو أمر صعب حتى على الشخص الطبيعي تماماً، وهو أمر لا يمكن احتماله بالنسبة لشخص علمته طفولته أن يبذل أمه بموضوع جامد. لقد فشل الفيتشيشي أكثر من مرة في تحقيق المهام الكبرى للتطور، وها هو الآن في المراهقة غير قادر على مرة أخرى أن يسيطر على قلقه وينجح في مهمته الجديدة، لذلك فهو ينسحب إلى طرقه القديمة ويبحث عن بعض المواضيع الجامدة التي تمثل له كنز الطفولة الأصلي والمنسي منذ فترة طويلة.

إن الطريق الذي يختاره هو ذلك الذي أهبت له تفاعلات الطفولة، وهو الآن يتعامل مع قلقه باستخدام موضوعه الفيتشيشي الذي أصبح الآن أكثر تعقيداً في معناه من الموضوع الفيتشيشي الطفلي القديم. إن هذا التعقيد يأتي من وجود إضافات جديدة للمعاني القديمة. ومرة أخرى يستعمل الموضوع لأهداف جنسية بشكل مطلق، لكن الاستجابة الجسمية هنا هي استجابة الراشد حيث يم الوصول للإيغاف (النشوة) والقذف. ولسوء الحظ، لقد تجاوز الفيتشيشي الآن نقطة اللا عودة. يختار كل فيتشيشي موضوعاً خاصاً متميزاً. وهذه المواضيع مختلفة باختلاف هؤلاء الفيتشيين، وتعلق بالتجارب الفريدة والمميزة التي مر بها كل منهم في طفولته.

على أية حال، فإن المبادئ الأساسية التي أدت لظهور الفيتشيشية تبقى نفسها بالنسبة للجميع. إن الموضوع الفيتشيشي يمثل وسيلة للتغلب على القلق المرافق لفقدان موضوع قيم يمثل جزءاً من الجسم بشكل أساس.

إن أهم اهتمامات الفيتشيشي هو خوفه من فقدان أعلى ما يعتقد أنه يملك، أي قضيبه. إنه يحتاج لإنكار إمكانية هذا الفقد، تلك الإمكانية التي عززها فقدان الحلمة والغائط والأسنان والأم نفسها. ولا يقل أهمية عن هذه الأمور اكتشاف الطفل أن أمه لا تملك قضيباً، بعد أن اعتقد لفترة اعتقاداً راسخاً أنها تملك قضيباً. إن اكتشافه للفروق التشريحية بين الجنسين له أثر عميق ومديد عليه. إنه الآن يعتبر النساء ناقصات، ويحاول أن يطمئن نفسه ضد خوفه من فقدان جزء من جسمه وذلك من خلال استعمال الموضوع الفيتشيشي.

إن مفهوم الفيتشيشي حول الجماع يتضمن خوفاً من إمكانية فقد القضيب أثناء الجماع، وبالتالي من إمكانية أن يحدث له ما حدث للمرأة. وهكذا يصبح الجماع الجنسي محاطاً بالرعب الشديد بالنسبة له، وهذا ما يجعله يلتفت إلى موضوعه الفيتشيشي لتحقيق إشباع جنسي محض، أو أنه لا يمارس الجماع إلا بوجود موضوعه الفيتشيشي كشرط أساس.

إن عقل الطفل قادر على إنكار الواقع بسهولة أكثر بكثير من الراشد، لذلك يجب أن لا نستغرب هذا التأخر في تقبل الطفل لفكرة وجود اختلافات تشريحية. إن الصبيان خاصة يحاولون إنكار غياب الأعضاء الذكورية عند أمهاتهم، ولا يتقبلون هذه الفكرة إلا بعد معارضة شديدة. ويصل بعض الناس لسن النضج دون أن يتخلوا فعلاً عن فكرتهم الأولية بأن لكل إنسان أعضاء تناسلية ذكرية. بالطبع هذه الفكرة مكبوتة (لا شعورية)، ولا يمكن استخلاصها والوصول لها بسهولة.

إن حياة أحد المصابين بتحول الزني هي شاهد حي على هذه الفكرة، فهو رجل يخفى في زي امرأة. إن "السرا" الكامن خلف سلوكه الغريب هذا هو اعتقاده بأن تحت ثياب كل امرأة يوجد كائن ذكري، وبذلك يؤكد تخيله لفكرة أن لكل امرأة قضيب. "إذا كنت لا تستطيع رؤيته، فلا بد أنه مخبئ بين أشعار العانة. وإذا كان صغيراً فإنه سيكبر". هذه أقوال حقيقية لمرضى كان يعاني من تحول الزني Transvestism.

وحالما يكشف الطفل الاختلافات الجنسية فإن اهتمامه الجنسي يتركز على الأعضاء التناسلية. وقد لوحظ أن الذكور خاصة يداعبون أعضاءهم التناسلية مما قد يسبب انزعاج الأهل. إن تحريم مثل هذا الفعل الناتج عن ارتفاع غير مفسر حتى الآن لهرمون الذكورة بين (3-6) سنوات ثم خوفه حتى سن البلوغ (والذي اعتبره بعض الباحثين سابقاً نوعاً من أنواع العادة السرية) يترافق غالباً مع تهديدات حول إمكانية فقد القضيب أو أذيته، وبذلك يتكون لدى الطفل اعتقاداً بإمكانية حدوث الخصاء Castration. ويعزز هذا الاعتقاد ملاحظة الطفل للأعضاء التناسلية للفتيات، فهو يعتقد أنهن لابد قد عانين من هذه العاقبة. يترافق ذلك في زمن فقد الطفل لأسنانه اللبينية وهذا عامل آخر يساهم في تقبله لفكرة إمكانية فقد القضيب. فها هي أسنانه القوية القاسية المتصلة بقوة مع جسمه تتفصل عنه وتنفذ.

إن الطفل الطبيعي التربوية يحمل كل هذه التقلبات في مراحل النمو المختلفة: الرضاعة والظام مع فقدان الحلمة، ضبط المصبرات مع فقدان الغائط، والآن اهتمامه الجنسي بالقضيب والمخاوف المرافقة حول الخصاء.

وفي هذه المرحلة من الحياة ينجس الموضوع الانتقالي ضمن الاهتمام الجنسي التناسلي، إذ لوحظ عند بعض الأطفال انهماك في احتكاك الأعضاء التناسلية مع هذه الدمى (مما حدا بالكثير من العلماء بتفسيرها على أنها نوع من ممارسة العادة السرية مع هذه الدمى)، والتي اعتمدوا عليها بشكل أو آخر كي يطلقون عليها تسمية المواضيع الفيتشيشية الطفلية Childhood fetishes.

مهما يكن، فهناك نوع من نقل هذا الطفل حبه من أمه إلى الموضوع الذي يريجه. إن هذا الشكل من العلاقة يحدث فقط عندما تحرف الأم اهتمام طفلها بها إلى موضوع جامد. حقيقة إن الأم علمت طفلها أن يحب شيئاً آخر عبر الإنسان الحي.

وفي نفس الوقت الذي تظهر فيه الأحداث السابقة تتعرض علاقات الطفل مع الناس لعملية نضج، ويصل الطفل لسن المدرسة وعليه أن يترك تعلقه بأمه ويتعامل مع فقدانه لمودتها ويبنى تعلقات أخرى مع العالم الخارجي بالإضافة للتعامل مع مخاوفه من فقدان أعضائه.

إن الطفل الطبيعي يقوم بالتأقلم بشكل جيد، ويحدث هذا عند الفتاة بشكل أسهل من الصبي. لكن الأمر مختلف تماماً بالنسبة للطفل الفيتشيشي. إن هذا الفيتشيشي الصغير، هذا الطفل الذي يستخدم الآن موضوعه الانتقالي أو الخاص بطريقة جنسية، كان قد عانى من أذية في أناه his ego وذلك بسبب التفاعلات غير المرغوبة والحاصلة في مراحل التطور الباكرا والتي ساهمت في تركيز اهتمامه واعتماده على المواضيع الانتقالية. إنه

التفريق بين تحول الزي والجنسانية المثلية وتحول الجنس					
المفهوم الفيتشي للباس ثياب الجنس الآخر	الهوية الجنسية	سلوك الدور الجنسي	التوجه الجنسي	المتعة الجنسية في الأعضاء التناسلية	
تحول الزي عند الذكر	موجود	تذكيرية	تذكيري	النساء الجنسيات الغريبات	موجودة
الجنسانية المثلية عند الذكر (الإجبارية)	غير موجود	تذكيرية	متغير	الرجال الجنسيون المثليون	موجودة
تحول الجنس عند الذكر	غير موجود	تأنيثية	تأنيثي	الرجال الجنسيون الغريون	غير موجودة
تحول الجنس عند الأنثى	غير موجود	تذكيرية	تذكيري	النساء الجنسيات الغريبات	غير موجودة
الجنسانية المثلية عند الأنثى (الإجبارية)	غير موجود	تأنيثية	متغير	النساء الجنسيات المثليات	موجودة

أ- الجنس التشريحي Anatomical Sex

يحدد الجنس التشريحي بثلاثة عوامل: (1) مورثي (النمط المورثي أو شكل الصبغيات)، (2) قندي gonadal (وجود الخصيتين أو المبيضين)، (3) هرموني (تأثير الهرمونات المختلفة العاملة بنظام سليم مما يؤمن تمايز الأعضاء التناسلية الخارجية وتطور التنظيمات أو الدورات الجنسية الصحيحة). ويمكن أن نلاحظ وجود شذوذات أو اضطرابات تتعلق بكل من هذه العوامل السابقة.

تشمل الشذوذات المورثية متلازمة كلاينفلتر Klinefelter حيث يوجد صبغي X زائد (XXY) يؤدي لنمط ظاهري ذكري مع خصيتين صغيرتين وعقم ونقص في التستوستيرون. وكذلك متلازمة تورنر Turner التي تتميز بغياب الصبغي الجنسي الثاني. (XO) وتؤدي لنمط ظاهري أنثوي مع قامة قصيرة وعدم ظهور الخصائص الجنسية الثانوية عند البلوغ.

إذا حدثت تشوهات في الأقنود فإنها تؤدي إلى أنواع من الخنثة الحقيقية True Hermaphrodism، حيث يوجد كلا من النسيج الخصوي والمبيضي، وحيث تكون الأعضاء التناسلية الخارجية ذكورية أو أنثوية أو غامضة.

تؤدي الشذوذات الهرمونية إلى الخنثة الكاذبة Pseudohermaphrodism حيث يوجد تناقض بين الأقنود الداخلية والأعضاء التناسلية الخارجية. كمثال فإن الخنثة الكاذبة الأنثوية Female Pseudohermaphrodism تتميز بطفلة أنثى مع مبيضين لكن بوجود ذكر في الأعضاء التناسلية الخارجية، وهي تنجم عن المتلازمة الكظرية التناسلية adrenogenital Syndrome التي هي عبارة عن فرط تنسج كظري في الجنين تصبح فيه الغدد الكظرية مفرطة النشاط وتنتج أندروجينات أكثر (أي تستوستيرون وهرمونات ذكورية أخرى). كما يمكن أن تنجم الخنثة الكاذبة الأنثوية عن

إننا ندرك تماماً غرابة كل هذه الأمور. لكن لننذكر أيضاً كم أن الفيتشية نفسها أكثر غرابة. لنفكر للحظة! رجل يمارس مع معطف مطايطي أو حذاء أو زجاجة أو موضوع قدر "مثير للاشمئزاز" أو... أو... الخ. إنه لا يستطيع تحمل منظر امرأة عارية أو إلقاء نظرة قريبة على أعضائها التناسلية. ألا تبدو الأسباب الكامنة خلف هذا السلوك غريبة بالنسبة لنا؟

بقي أن أقول إن المرضى هم الذين أخبرونا بأنفسهم عن طفولتهم "المجهولة". إنهم قدموا وبذلوا جهوداً هائلة لإبطال الأذى الذي كان يصيبهم، و صمّموا أمام المصاعب التي واجهوها أثناء سعيهم للوصول إلى الحالة الطبيعية. إن هؤلاء المرضى الذين نجحوا في هذا هم الذين علمونا، وبدورنا نقدم معلوماتنا ولولاهم لما كانت هذه المعلومات.

تحول الزي (Transvestism)

سأناقش الآن حالة أخرى أقل شيوعاً من الفيتشية لكنها تعتبر امتداداً لها، وهي أيضاً يمد طيفها من قرب الحدود الطبيعية إلى أقصى حدود الغرابة.

في تحول الزي Transvestism يكون الرجل مجبراً، وبمفهوم فيتشي، على ارتداء ثياب النساء كوسيلة لتحقيق الإشباع في اتصال جنسي غيري heterosexual، حيث بينت الدراسات السريرية أن معظم المصابين بتحول الزي هم جنسيون غيريون ولبسوا جنسين مثليين. ومن الهام جداً أن نميز بين تحول الزي وبين الجنسية المثلية الإجبارية عند الذكور.

إن هناك علاقة بين الفيتشية وتحول الزي والجنسانية المثلية الإجبارية عند الذكور من حيث أن كل منها يحوي محاولة لتجنب معرفة وتقبل الاختلافات التناسلية بين الرجل والمرأة. لكن كل من متحول الزي والذكر الجنسي المثلي الإجباري يتعامل مع صراعاته بطريقة مختلفة تماماً. إن كلا النوعين من الرجال يذكر خوفاً وكرهاً شديداً للأعضاء التناسلية للمرأة، وهو خوف وكره مبني على أساس مفهوم طفلي مشابه لمفهوم الفيتشي. لكن متحول الزي هو عادة جنسي غيري (عادة متزوج ولديه أولاد)، لكنه يلبس ثياب النساء ليحتفظ بخياله حول المرأة التي تملك قضيباً (تلك "الميزة المخبأة"). وبالمقابل فإن الذكر الجنسي المثلي الإجباري لا يلبس ثياب النساء بمفهوم فيتشي، ولقد بينت الكثير من الدراسات أنه حتى في حالة الذكر الجنسي المثلي الشديد التأنيث قد لا يلبس ثياب النساء إلا نادراً، ولكن بدون حدوث إثارة جنسية فيتشية. كما أن الذكر الجنسي المثلي الإجباري يتجنب الأعضاء التناسلية للأنثى بأية وسيلة، وهو يشعر بأنه مجبر على اختيار الرجال الآخرين الذين يملكون قضيباً كشركاء جنسيين. وأخيراً، يجب الانتباه إلى أن كلا من متحولي الزي والذكور الجنسيين المثليين الإجباريين يمكنهم الشعور بمتعة جنسية طبيعية في أعضائهم الذكورية، وهويتهم الجنسية ذكورية. إن هذا يقودنا الآن لمناقشة الهوية الجنسية والهوية الجنسية ومتلازمة تحوّل الجنس.

الهوية الجنسية (Sexual Identity)

إن الهوية الجنسية Sexual identity لأي إنسان تألف من 4 مكونات هي:

(أ) الجنس التشريحي anatomical Sex، إما ذكر male أو أنثى Female.

(ب) الهوية الجنسية gender identity، إما تذكيرية masculine أو تأنيثية Feminine.

(ت) سلوك الدور الجنسي Sexual role behavior.

(ث) الوجه الجنسي Sexual orientation.

وسأناقش الآن كل منها على حدة.

وفي سلسلة من التجارب الهامة التي بدأت في الأربعينات من القرن الماضي، أثبت العالم الفيزيولوجي الفرنسي Alfred Jost أن الشكل التشريحي الأساسي لكل الأجنة هو الشكل الأنثوي، وأن إضافة الأندروجينات (التستوستيرون) خلال "فترة حاسمة" ضروري لتمايز الأعضاء التناسلية الذكرية. إن أجنة الأرناب الذكور، والتي تم إخصاؤها في الرحم من قبل Jost، ولدت بأعضاء تناسلية خارجية أنثوية مؤكدة بذلك أن التستوستيرون ما قبل الولادة هو الذي يحدد التمايز الجنسي، وليس الأستروجين ما قبل الولادة.

أعطت تجارب مشابهة على الجرذان نتائج مماثلة. فقد تم إخصاء ذكور الجرذان كيميائياً في الرحم خلال "الفترة الحاسمة" (من اليوم 16 وحتى اليوم 20 من الحمل) وذلك باستعمال مادة Cyproterone Acetate ، وهي دواء يحصر تأثيرات الأندروجينات الجائلة في الدم. لقد ولد هؤلاء الجرذان الذكور بغدتي ثدي وجيب مهبل وقصيب صغير لا يمكن تمييزه عن البظر. وبالمقابل فإن إعطاء إناث الجرذان مادة التستوستيرون خلال الفترة الحاسمة في الرحم أدى لنشوء أعضاء تناسلية متذكّرة تشتمل حتى على غدة البروستات وكيس الصفن.

ثم بدأت بعدها الأبحاث للتأكد إن كانت هرمونات ما قبل الولادة تؤثر أيضاً على السلوك التأنثي والتذكري التالي، بالإضافة لتأثيرها في تمايز الأعضاء التناسلية الخارجية. وقد أثبت Gerall و Young وزملاهما أن أنثى الخنزير الغيني التي أعطيت التستوستيرون في فترة ما قبل الولادة استجابت للتستوستيرون عند البلوغ بسلوك جنسي ذكري أكثر منه أنثوي، بما في ذلك امتطاء الإناث الأخريات والتماس الحوضي. وقد وجد Goy نتائج مشابهة مع إناث قرود الرئيسوس اللواتي أعطين التستوستيرون في مرحلة ما قبل الولادة.

في مجموعة أخرى من التجارب قام بها Ward تم تعريض الجرذان الحاملة لدرجة عالية من الشدة المحيطية، وتم متابعة ذريتها حتى سن الرشد. وقد لوحظ أن الجرذان الذكور الذين تعرضوا للشدة قبل الولادة أظهروا سلوكاً جنسياً ذكورياً مع الإناث أضعف بكثير من السلوك الذي أبداه الجرذان الذكور الذين تعرضوا للشدة بعد الولادة أو الذين تعرضوا للشدة بعد الولادة أو الذين لم يتعرضوا لها على الإطلاق. ثم تم إخصاء كل من المجموعات الثلاثة وإعطاؤها الأستروجينات. لقد استجاب الذكور المتعرضين للشدة في فترة ما قبل الولادة باتخاذ الوضعية البزخية الأنثوية بتقويس الظهر وإظهار الأعضاء التناسلية للذكور، أما الذكور الذين تعرضوا للشدة بعد الولادة والذين لم يتعرضوا لها على الإطلاق فلم يظهروا هذا السلوك الأنثوي.

وتم فيما بعد اكتشاف أن الجرذان المتعرضة للشدة قبل الولادة قد عانت وقتها من نقص في إنتاج التستوستيرون. إن علينا الحذر في تعميم نتائج هذه التجارب الحيوانية على الإنسان، لكن على ما يبدو فإن قصص الجذات الهرمات عن الشدة أثناء الحمل أكثر أهمية بكثير مما يعتقد!!... إن الشدة التي تعرض لها الأم يمكن تؤثر على إنتاج الهرمونات قبل الولادة، والتي بدورها تؤثر في التطور ما قبل الولادة، وهذا قد يؤدي فيما بعد لسلوك شاذ في سن الرشد. ولو لم نعلم دور الشدة ما قبل الولادة وتأثيراتها الهرمونية لما كنا قادرين على تفسير السلوك الجنسي المثلي لهؤلاء الجرذان.

من خلال ما ذكرنا، وعلى أساس تجارب مشابهة أجريت على الجرذان والهامستر، افترض Dorner أن النقص المطلق أو النسبي للأندروجينات في جنين إنساني ذكر في فترة حاسمة من التمايز (بين الشهر الرابع والسابع) يمكن أن يؤدي إلى "استعداد عصبي غدي للجنوسة"

أورام المنتجة للأندروجين عند الأم أثناء الحمل، أو من إعطاء الأندروجينات للأم الحامل لمنع الإجهاض. أما الخنثة الكاذبة الذكرية male Pseudohermaphroditism فتمتيز بطفل ذكر مع خصيتين لكن بوجود تأنث في الأعضاء التناسلية الخارجية، وهي تنتج من المتلازمة التأنثية Feminizing Syndrome والتي تكون فيها الأعضاء التناسلية الانتهائية غير حساسة للتنبية الأندروجيني، أو تنتج من أخطاء استقلابية موروثة. وهذه الأخيرة تشمل عوز β -hydroxysteroid - 17 dehydrogenase (أحد الأنزيمات الضرورية لتصنيع التستوستيرون من الكولسترول) وعوز الأنزيم α -reductase - 5 مما يسبب نقصاً في إنتاج الرحم للداي هيدرو تستوستيرون، وبالتالي تأنثاً في الأعضاء التناسلية الظاهرة.

كل هذه الشذوذات في الجنس التشريحي، خاصة عندما تكون الأعضاء التناسلية الخارجية غامضة، تجعل الطفل عرضة لخطأ في تحديد جنسه. وفي الغالبية العظمى من هذه الحالات، فإن الجنس المحدد من قبل الأهل والذي سينشأ عليه الطفل سوف يسود، إلا إذا وضع التشخيص الصحيح قبل الشهر الثامن عشر من العمر أو قبل السنة الثالثة كحد أقصى.

وبالتالي فإن التشخيص الباكر هو أمر هام وحاسم. كمثال، إن الأنثى المصابة بالخنثة الكاذبة يمكن أن تربي كأنثى مع معالجة هرمونية وإصلاح جراحي لكن الذكر المصاب بالخنثة الكاذبة الناجمة عن المتلازمة التأنثية يجب أن ينشأ كأنثى لأن المعالجة الأندروجينية لن تؤدي لأعضاء تناسلية ذكرية أو خصائص جنسية ثانوية ذكرية.

في عام 1979 ذكر بعض الباحثين تقريراً قالوا فيه أن الذكر المصاب بالخنثة الكاذبة الناجمة عن عوز α -reductase - 5 يمكن "حثة" بشكل كاف في الرحم باستعمال التستوستيرون (وهو غير معتمد على هذا الأنزيم)، وبذلك يصبح الذكر قابلاً "للتفعيل" عند البلوغ بمستويات عادية من التستوستيرون في البلازما. ورغم أن هؤلاء الذكور تمت تربيتهم كإناث فقد استجابوا للتستوستيرون عند البلوغ مع تحول الأعضاء التناسلية الخارجية للشكل الذكري وتطور الصفات الجنسية الثانوية الذكرية كشونة الصوت والتغيرات العضلية. ومن بين الـ 18 شخص الذين تمت دراستهم، نجح 16 منهم في تحقيق هوية جنسية ذكرية ودور جنسي ذكري، وذلك خلال فترة بضع سنوات. ويدعى هؤلاء الباحثون أن هذه الدراسة تؤكد أن الهوية الجنسية ليست ثابتة بشكل لا يتغير منذ الطفولة المبكرة، لكنها تتطور باستمرار ولا تثبت وتستقر إلا بالحوادث البيولوجية للبلوغ. لكن الغياب الكامل تقريباً للمعطيات النفسية والاجتماعية والأنتروبولوجية (الأنتروبولوجيا هو علم الإنسان) في هذه الدراسة يجعلنا نحذر من اتخاذ أي قرار نهائي بشأن هذا الموضوع في الوقت الحالي.

هرمونات ما قبل الولادة Prenatal Hormones

أكدت العديد من التجارب الحيوانية وبعض "التجارب الطبيعية" الإنسانية الدور الحاسم الذي تلعبه الهرمونات الجنسية في فترة ما قبل الولادة. فهذه الهرمونات ليست حاسمة من أجل تمايز الأعضاء التناسلية الأنثوية والذكرية فحسب بل أنها على ما يبدو "تبرمج" الدماغ خلال تطور الجنين من أجل السلوك الجنسي الذكري أو الأنثوي المقبل أيضاً. وعلى وجه التحديد، فإن المادة المورثية الموجودة في الصبغيات الجنسية تؤدي إلى نشوء خصيتين أو مبيضين من الأقنود الجنينية. وإذا نشأت خصيتان فإنهما ستفرزان التستوستيرون الذي يسبب تطور أجهزة التكاثر الأخرى بالشكل الذكري. وفي غياب التستوستيرون فإن هذه الأجهزة ستطور إلى الشكل الأنثوي.

فمعظمنا يشعر بعدم الارتياح لإخبار هذه الأشياء بوضوح لأطفالنا كما نصاب بالقلق إذا استعمل الطفل هذه التعبيرات الصحيحة عن الأعضاء التناسلية فمثل هذا الارتباك والقلق لا مبرر له فالطفل قادر على التعلم واستعمال التعبيرات المناسبة.

إن الطبيب الشاب يمكن أن يفاجأ بكون جزء من مرضاه البالغين لا يعرفون أسماء أعضائهم التناسلية حتى أن بعضهم لديه غموض شديد لتسريح الناحية التناسلية، وفي هذا المجال يوجد فروق بين الذكور والإناث حيث أن الإناث هم أكثر غموضاً والتباساً بمعرفة أعضائهم التناسلية من الذكور ربما لأن رؤيتها أصعب. فمثلاً قد تجد المرأة صعوبة في تحديد ما تشعر به فإذا شعرت بالأم لا تعرف تماماً هل هو في الأعضاء التناسلية أو في الحوض، وإذا سألناها عما يزعجها فقد تقول: أنه في الأسفل وربما كانت تعني بذلك منطقة تمتد من السرة وحتى الركبة ربما لأن الإحساس نفسه غير محدد وغير دقيق.

إن الغموض التسريحي يتضح من استعمال وصف غامض وربما عانت المرأة بالأم في المعدة ألم ناشئ عن تقلصات الدورة الشهرية أو تعتقد أن الطفل يوجد في المعدة بدل الرحم، فهم مصابون بغموض في معرفة التسريح ومن المهم أن نتذكر هنا كون الذكر لديه صعوبة في معرفة بنية الأعضاء التناسلية للأنثى لأسباب أخرى مختلفة تماماً.

لنعود الآن لمثلنا عن التمرين المرحاض (تدريب الطفل على المرحاض) لنفهم طبيعة الغموض في هذه المواضيع، إن التمرين المرحاض يوجب انتباه الطفل إلى المنطقة الشرجية التناسلية الإحليلية Anal Genital – urethral area وقيام الأم بتنظيف الطفل في هذه المناطق تنتج إحساساً مريحاً عنده، ويبدأ الطفل عندها باكتشاف هذه المناطق عن طريق اللمس والبصر وهنا يجد الذكر سهولة في اكتشاف تلك المناطق نسبة للفتاة لأن أعضائه خارجية تری وتلمس بسهولة وهو يميز بين عملية التبول وعملية التغوط وكذلك الشعور بنوع من الراحة وربما المتعة بلمس أعضائه التناسلية بينما الفتاة تمر بتجربة مختلفة فهي ترى بصعوبة أعضائها التناسلية، كما أنها أقل تحسناً لها من الذكور. إن اتخاذ الفتاة نفس الوضعية في عملية التبول والتغوط يسهل في زيادة الغموض عندها، فمن الشائع أن نجد فتاة تعتقد أن هناك فتحة واحدة للعمل المستقيمي والإحليلي والمهبل. وهناك أيضاً فالاسم المستعمل من قبل الأهل قد يساعد على زيادة الغموض فالفتاة الصغيرة قد تخبر: أنها تملك مهبل أو فرج لكن هذا المصطلح يستخدم بشكل واسع لوصف الناحية التناسلية الخارجية والأشفاق والبظر كما يشمل الإحليل والمهبل. إن نقص الدقة في تسمية الأجزاء المختلفة لا يؤدي فقط لغموض في معرفة الفتاة لتسريحها بل ربما أدى لإحساسها لنوع من القذارة نحو الرائحة التي تصدر منها وهذه الاحساسات في الحقيقة تعود إلى المنطقة الشرجية أو البولية، وقد يحدث هذا أحياناً لدى الذكور إلا أنه أكثر حدوثاً عند الفتيات.

إن تلك الفروق الشرجية والبيولوجية هي فقط عنصر واحد في التفريق بين الجنسين. وفي السنوات الأخيرة طرح نقاش أخذ أبعاد متعددة وتشجع كبير وخلافات متنوعة بين أطباء وعلماء النفس حول هذا الموضوع فهناك وجهة نظر لأغلب العلماء وتتنظر إلى الهوية الجنسية من وجهة النظر القائلة أن التسريح هو الذي يحدد كل شيء Anatomy is destiny وهناك البعض الذي أخذ يدافع عن وجهة نظر أخرى معاكسة تقول أن المحيط هو الذي يحدد الهوية الجنسية.. وهذا مجال بحث فائق التخصص لست في مجال التوسع في شرحه، ولكن أكتفي هنا بالقول إن هناك شيء يقال عن كل وجهة نظر فكلنا الوجهتين ليستا صحيحتين بشكل مطلق، فنحن نعرف أن تحديد الهوية الجنسية يبدأ بالانتقال المورثي بحيث إما أن يملك الشخص مورثة x أو مورثة y كما أن بعض المخابر تزودنا بأدلة تقول

عند الراشد الذكر، والذي من الممكن أن ينتج عنه جنوسة إجبارية، بالرغم من وجود إنتاج طبيعي للتستوستيرون فيما بعد، وبالرغم من وجود خصائص جنسية ثانوية طبيعية.

على كل، مهما يكن، من المهم أن نتذكر أن هذه النظرية تحتاج لإثباتها في الإنسان وأنها لا تنفي مشاركة العوامل البيئية في إحداث الجنسية المثلية (الجنوسة) البشرية.

أثبتت عدة تجارب لاحقة وجود نواة جنسية في منطقة تحت المهاد، على الأقل عند الحيوانات البدينة. وقد تبين تورط خلايا تحت المهاد في تطور الآليات العصبية الهرمونية التي تعمل كمبقات داخلي يحدد النظميات الجنسية للجسم. فإذا وجد الأندروجين بكمية كافية في فترة ما قبل الولادة يتم تنظيم خلايا تحت المهاد بالشكل "الذكوري" — أي الإفراز الثابت للدوري للهرمونات النخامية عند البلوغ والسلوك الجنسي "الذكوري". وإذا غابت الأندروجينات في فترة ما قبل الولادة يتم تنظيم خلايا تحت المهاد بالشكل "الأنثوي" — أي الإفراز الدوري للهرمونات النخامية عند البلوغ (مما يؤدي للنزول عند الحيوانات وللدورة الطمثية عند النساء) والسلوك الجنسي "الأنثوي". وبالطبع، فإن الهوية الجنسية النهائية هي نتيجة عدة عوامل وقوى مختلفة، خاصة التجارب البيئية، كما سنرى في مناقشة الهوية الجنسية. لكننا نريد التأكيد هنا على أننا لا نزال في بدايات معرفتنا حول تأثير هرمونات ما قبل الولادة وما بعدها على السلوك الجنسي والهوية الجنسية.

ب- الهوية الجنسية Gender Identity

إن توسع حياة الطفل الخيالية في السنة الثالثة تقوده أن يلعب بنماذج مصغرة عن أشياء كبيرة مثل لعبة على شكل بيت أهله أو سيارتهم أو مسدس مصغر. ومن خلال هذا النوع من اللعب يشعر الطفل بالارتياح وذلك لظنه الخيالي بأنه قادر على السيطرة على الأمور الكبيرة. وفي الحياة يحسد الطفل أبيه لقدرته على قيادة سيارة العائلة وهنا يقوم الطفل بقيادة سيارة مصغرة في الغرفة محاولاً أن يشير إلى أنه يفوق أبيه مهارة في القيادة. والطفل الذكر يلعب بأشياء تختلف عن ألعاب الفتاة وبشكل تقليدي فهو يلعب بسيارة أو بمسدس بينما تلعب الفتاة بدمية أو بحذاء نو كعب عالي.

وفي هذا الصدد من الممكن القول أن الطفل يختار أن يلعب دور الأب إذا كان ذكراً والفتاة تختار أن تلعب دور الأم وذلك لتعزيز الهوية الجنسية الخاصة سواء ذكر أو أنثى. تلك العملية تبدأ بصورة مبكرة وتستمر مدى الطفولة فإذا كانت الأم طبيبة تميل الفتاة لتمثيل دور الطبيبة والشيء الهام هو قدرة الطفل على تمثيل بقية الأشخاص من نفس جنسه وبذلك ستطبع الطفل تحديد جنسه في السنة الثالثة يشعر بهويته وعلى الرغم أن الطفل في تفكيره الخيالي يمكن أن يحوي مزيجاً من الذكورة والأنوثة إلا أنه في الواقع يشعر ويحمي هويته الجنسية التي ينتمي إليها.

لقد قلت أن شعور الطفل بهوية جنسية معينة ليس له علاقة بمعرفته بالفروق التشريحية، إن الطفل لا يجب أن يتحدث بصراحة عن الطريقة التي يستطيع بها التمييز بين الذكر والأنثى وذلك قد يعود لأنه لا يحب الإدلاء بكل المعلومات التي يعرفها في هذا المجال ربما لأنها ترتبط بالقلق.

وهنا يأتي تجنب الأهل لهذا الموضوع فيؤدي إلى وقوع الطفل في غموض، فنحن نؤدي لحدوث هذا الغموض في هذا الموضوع عند الطفل بسبب الصراع في داخلنا حول الأمور الجنسية، فمثلاً لا أحد يفكر بأن يخبر الطفل عن عينيه بقله هذا شيء للروية وعن أنفه هذا شيء للششم لكن عندما يأتي الوقت لتحديد الأعضاء الجنسية فإننا نجد معظم الأشخاص يستعملون نوعاً من التجنب في تحديد هذه الأعضاء من حيث أن الأهل يسمون الأعضاء الجنسية عند الطفل بالوظيفة التي تقوم بها عوضاً عن الاسم الحقيقي للأعضاء.

الاستجابة للمفاهيم التركيبية الداخلية الصرفة، وهذا يتجاوز حدود قدرات الحيوان، وهذه المفاهيم التركيبية يمكن أن تؤثر بوضوح على الاستجابات الكيماوية الحيوية الفيزيولوجية، ويمكن أن تؤدي لتغيرات في السلوك تتغلب على المشاكل البيولوجية الموروثة. وبنفس الطريقة، فإن المجتمع والبيئة، وبسبب تأثيرهما القوي على التطور الانفعالي للإنسان، يمكن أن يغيرا السلوك بغض النظر عن وجود استعداد بيولوجي طبيعي أو مرضي. ويمكن توضيح هذا الأمر سريياً بالمثال التالي:

تمتلك الفتيات الصغيرات اللواتي يعانين من المتلازمة الكظرية التناسلية عدداً كظرياً تفرز كميات زائدة من الهرمونات الذكرية. وتبدو هؤلاء الفتيات بشكل ذكري واضح؛ بما في ذلك الأعضاء التناسلية الظاهرة، لكن أعضائهم الداخلية تبقى أنثوية. من الناحية النفسية، تتصرف هؤلاء الفتيات كالصبيان تماماً، فهن لا تبدين أي اهتمام بالدمى، وتتصرفن بطريقة عدوانية، وتفضلن أيضاً ألعاب الصبية وثيابهم. قد يعتقد البعض أن هؤلاء الإناث ستكبرن لتصبحن جنسيات مثليات (جنوسيات)، لكن كلهن تقريباً تصبحن جنسيات غيريات بشكل طبيعي تماماً وأمهات طبيعيات تماماً. إن احتمال إصابتهن بتحول الجنس لا يزيد أبداً عن أكثر الفتيات ثأناً واللواتي لا يبدين سلوك الصبية.

وبشكل عام، دلت الأبحاث والدراسات على التجارب السريرية التي أجريت في روسيا ومن ثم في كل من فرنسا وألمانيا وبريطانيا وأميركا، أن معظم الحالات تم تجاوز الإعاقات التي فرضتها الاضطرابات الكظرية الأصلية وذلك بواسطة التجربة والتعلم، لقد استطاعت العوامل النفسية أن تتغلب على الأذى الكيماوي الحيوي البدني، وهذا ما يجب أن نوقعه. إن العديد من التأثيرات تتضافر معاً لتعطي النتائج النهائية لسلوك الإنسان الذي لا يمكن اعتباره أبداً حصيلة تأثيرات كيماوية مختلفة فحسب.

إن الحالة التالية من كتاب "رجل وامرأة، صبي وفتاة" الذي كتبه Ehrhardt, Money توضح ما ذكرته. لقد تعرض أحد توأمين حقيقيين — وهو ذكر — لحادثة إخصاء في الشهر السابع من عمره خلال عملية ختان بسيطة بواسطة الكي الكهربائي، إذ بتر قضيب الصبي خطأ، وبذلك انتهت تماماً قدرته على الحياة كذكر. وعندما أصبح الطفل في الشهر السابع عشر وافق الأهل أخيراً على نصيحة الطبيب بإعادة تحديد هويته الجنسية وترتيبه كفتاة وفي تاريخ لاحق نجحت العملية التصنيعية والمعالجة الهرمونية في خلق مهبل صناعي، ونجح الأهل في تغيير مواقفهم من الطفل بشكل صحيح. ونمت الطفلة (الطفل سابقاً) بسعادة متقلبة نفسها كفتاة، أما التوأم الآخر فتماً متقلباً نفسه كصبي. وفي هذه الحالة يتجلى واضحاً دور المجتمع والبيئة بقدرة الأهل على تحديد النتيجة النهائية لهوية الطفل الجنسية، كما تظهر الحالة السابقة المرونة الهائلة التي يتمتع بها الإنسان.

ت- سلوك الدور الجنسي Sexual Role Behavior

المقصود بسلوك الدور الجنسي تفضيل الإنسان للخصائص الجسدية أو الجنسية أو الاجتماعية أو غيرها والمصنفة ضمن الدور التذكري أو ضمن الدور التأني في مجتمع معين. يمكن أن يوجد تفضيل لخصائص معينة موجودة في الجنس الآخر دون وجود أي خلل في الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي. كمثال، هناك العديد من الرجال الذين يملكون ما يدعى بالخصائص "التأنيية" رغم أنهم يملكون هوية جنسية تذكيرية متماسكة، كما أنهم جنسيون غريون طبيعيون. وبالمقابل هناك العديد من النساء اللواتي يملكن خصائص "تذكيرية" لكنهن يملكن هوية جنسية تأنيية متماسكة، كما أنهم جنسيات غيريات طبيعيات.

وهناك أيضاً العديد من النساء والرجال الجنسيين المثليين (الجنوسيون) الذين يفضلون بوضوح مظاهر الدور الجنسي للجنس الآخر، لكنهم لا يعانون من اضطراب في الهوية الجنسية كالملاحظ في تحول الجنس. إن

أن الهرمون الجنسي المفرد في الحياة الجنينية سيؤثر على السلوك الجنسي في الحياة وفي نفس الوقت يوجد دور مؤثر بشدة للعوامل المحيطة، إذ دلت الأبحاث في السنوات الأخيرة أن تلك العوامل يمكن أن تؤثر بشكل كبير وتطغى على الأمور البيولوجية في بعض الأحيان أي أن الأطفال يحددون دورهم الجنسي sexual roles حسب الطريقة التي تمت تربيتهم بها حتى لو كان الأمر يعاكس المورثات.

ورغم أن كافة الأبحاث في هذا الميدان لم تستطع حسم هذا الأمر حتى الآن، ورغم عدم الدقة العلمية والموضوعية للكثير من هذه الدراسات فالافت للنظر أن هذه النظريات طغت على توجه السلوك الجنسي في العالم الغربي وجعلت من الهوية الجنسية أروحة غير واضحة المعالم ومبرر يتمنطق به الكثيرون كي يعثوا بالسلوك الجنسي الإنساني وفق أهوائهم ورغباتهم ويبررون من خلاله حالات الانحراف والشذوذ التي يعيشونها. وسأحدث عن هذا الموضوع بالتفصيل في كتابي فكرو وجيزة عن الجنس عند الإنسان (تحت الطبع).

لقد ذكرت سابقاً أن الأهل يختلفون في معاملتهم للصبي عن الأنثى وفي هذا العمل نزرع في الطفل مجموعة من القيم المعمول بها سواء في المجتمع أو العائلة، وهذه القيم هي التي ستحدد للطفل ماذا يعني كونه صبياً أو كونه فتاة في وسط البيئة التي يعيش فيها.

ومن هنا نرى أن كثيراً من القيم التي لا علاقة لها فعلياً في الأنوثة أو الذكورة تتدخل إذ نقول أشياء للصبي مثل: لا تفعل ذلك إن هذا الشيء يدل على التخلف فمثلاً إذا رغب الطفل في لعب دور الأم وكان له أهل يخشون أن مثل ذلك السلوك يجب أن لا يتصرفه الصبي فهم لا يشجعوه على هذا السلوك ويمنعوه، وكذلك إذا رغب الفتاة في لعب كرة القدم فقد يرى الأهل أن مثل هذا السلوك هو تصرف صبياني فهم لن يشجعوها وسيمنعونها. ومثل هذه القواعد توجد في كل المجتمعات وليس فقط في مجتمعنا وهذا ما يبرر الاعتقاد أن بنورها تمتد عميقاً في التاريخ.

والمفارقة أن السلوك المؤنث عند الصبي يكون مرفوضاً بشدة أكثر بكثير من السلوك الصبياني عند الفتاة فنحن لا ننزعج بشدة إذا كانت الفتاة تلعب وتقلد صبي فإذا حاولت تسلق شجرة أو لعب كرة القدم ربما اعتبر ذلك فكاهاً، أما إذا رغب صبي في نفس العمر أن يلعب بالدمى فإن والديه والمجتمع كله سيؤثر ضده، ولا يوجد تفسير دقيق لرفض الرجل كل ما هو أنثوي بداخله وعمله على الإقلال من شأن المرأة الخاصة، ولماذا تقبل المرأة بذلك رغم وعيها ونفورها من هذا الواقع. وفي حقيقة الأمر إن الجواب على هذه الأمور معقد والكثير الكثير منها لا يزال مجهولاً، وليس من السهولة الإجابة على هذه الأسئلة..

لكن على الأقل يمكنني الآن تعريف الهوية الجنسية على أنها الشعور بالتذكير أو التأنيث كما يفهم هذا ضمن مجتمع أو حضارة معينة، واستناداً لكل الأحكام والمفاهيم المسبقة لهذا المجتمع أو الحضارة. فإن تطور الهوية الجنسية يقرره تحديد الجنس وترتبه الأهل، وبالتالي فهو نفسي واجتماعي بشكل أساس. يكون الجنس التشريحي والهوية الجنسية متوافقان عادة، لكنهما يمكن أن يتطورا بطريقة متصارعة أو حتى متناقضة، كما سنرى في مناقشة تحول الجنس.

إن تطور الهوية الجنسية يبدأ عند الولادة ويستقر ويتأسس بين عمر 18 شهر و3 سنوات. إن الجنس التشريحي للشخص يدخل بالتأكيد في تطور هوية جنسية سليمة. وكذلك فإن المواقف التي يمارسها الأهل على الطفل لها تأثير عميق على النتيجة النهائية. وبالمقارنة مع الحيوانات، فإن البشر أكثر ليونة ومرونة، وأكثر استجابة للمنبهات النفسية، وهذا يتعلق خاصة بالمقدرة الفريدة للإنسان على تكوين الرموز. إن الإنسان قادر على

أخيراً، في تحول الجنس (الذي سأنقشه بعد قليل) ينتمي الشخص تشريحياً لأحد الجنسين لكنه يملك كرهاً شديداً للأعضاء التناسلية وللجنس الخاص بهذا الجنس. إنه يريد أن يحيا اجتماعياً وجنسياً كأحد أفراد الجنس الآخر. وهكذا، يكون كلا من الهوية الجنسية وسلوك الدور الجنسي متوافقين ومعاكسين للجنس التشريحي في تحول الجنس.

ث- التوجه الجنسي Sexual Orientation

المقصود بالتوجه الجنسي الاختيار الإجباري أو التفضيلي للموضوع الذي يحقق الإثارة الجنسية سواء كان من نفس الجنس أو من الجنس الآخر أو كان موضوعاً جامداً

تعبيري "فاعل" و"سلبى" نادراً ما يكونان مفيدتين في تصنيف السلوك الكامل لهؤلاء الجنسين المثليين (الجنوسيون). كمثال، أحد الجنسين المثليين (الجنوسيين)، جنسه التشريحي ذكر وهويته الجنسية ذكرية، يلاحق بشكل "فاعل" الرجال الجنسين المثليين (الجنوسيون) الآخرين، لكنه يطلب فيما بعد أن يكون "سلبياً" أثناء الإيلاج وبالتالي يتصرف هنا جنسياً بدور المرأة. مثال آخر، جنوسية مثلية جنسها التشريحي أنثى وهويتها الجنسية تأنثية، تحب أن تلاحق من قبل النساء الأخريات أي تكون "سلبية"، لكن عندما يتم إقناعها وغلبتها فإنها تلعب دورين في علاقتها الجنسية مع المرأة الأخرى — دور الرجل الذي يقوم بالإيلاج "الفاعل" وذلك باستخدام إصبعها أو لسانها، ودور الأم التي ترعى بشكل "فاعل" المرأة الأخرى.

ePsydict EF – English - French Edition (CD) English French - English French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي
www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

ePsydict C – COMPLETE Edition (CD) Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل
www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

Arabpsynet Dictionaries Arabic Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm

Arabpsynet Dictionaries French Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm

تجـوّل الجنـس (TRANSSEXUALISM) س

د. عبد الرحمن إبراهيم - الطبيب النفسي - سوريا / روسيا

ar.i@laposte.net - dr.abd.brahim@gmail.com

يعتقد الكثير من العلماء والباحثين أن الوليد الجديد لا يعلم إن كان ذكراً أم أنثى، ولا يتطور لديه الإحساس بالذكور أو التأنيث إلا عندما ينضج، لكنه يتلقى مشاعر وتلميحات خاصة للسلوك في الأشهر الأولى من عمره خاصة من قبل أمه. لقد أظهرت الأبحاث المتعلقة بالمواليد الجدد أن معظم الأمهات يعاملن الصبيان والفتيات بشكل مختلف من أول ساعات حياتهم. إن الطفل يعامل ويلطف تبعاً للجنس الذي حدده الأهل، وهذا ينطبق على الثياب والطعام وكل نقاط السلوك والاتصال الأخرى. إن الطفل صغير جداً بحيث تكون هذه التجارب والخبرات التعليمية غير مؤذية ولا تسبب أي صراعات، لكنها أول التجارب "البناءة" المقبولة بدون شك، وهي تشكل أساس وبدائيات نواة الهوية الجنسية Core Gender Identity التي تمثل أول شعور بأن الإنسان ينتمي حقاً لجنسه التشريعي.

وعندما يكبر الطفل تصل إليه مواقف أكثر فأكثر تتعلق بما يعتبر سلوكاً تذكيراً أو تأنيثاً وذلك لتعزيز السلوك المفروض على كل جنس. ويستمر هذا التلقين ويفرض تأثيراً كبيراً على الطفل النامي. إن الأهل يعلمون كل طفل السلوك المناسب لجنسه ويعكسون عليه توقعات مجتمعهم. ويقدم معظم الأهل للطفل المواقف المتوقعة منه بشكل كافٍ ومعتدل، ولذلك فإن القليل من الأطفال يعاني من مشاكل في التعرف على هويته الجنسية الصحيحة.

لكن هناك بالمقابل أهل يفشلون في إعطاء الطفل المشاعر الصحيحة، بل بالعكس يعاملون الطفل بطريقة لا تتناسب أبداً مع جنسه التشريعي. إن هذه الإشارات غير المناسبة تبدو كأوامر رسمية بالنسبة للطفل النامي وتشوش معرفته لهويته الجنسية الصحيحة. ويعتقد العلماء أنه أحياناً يكون التشوش شديداً بحيث يؤدي بالطفل إلى متلازمة تحول الجنس Transsexualism، وهي الشكل الأشد من اضطرابات الجنس. يعتقد هؤلاء الأشخاص أنهم من الجنس المعاكس لحقيقة جسمهم. كمثال، قد يعتقد ذكر طبيعي تشريحياً أنه امرأة وضعت في جسد رجل، إنه يطلب الإصلاح الجراحي والمعالجة الهرمونية ليصبح امرأة بقدر ما يمكن. رغم أنه ذكر جسدياً وقادر على تمييز ذكوريته تشريحياً دون أن تشوه الأوهام هذا التمييز فإنه يملك هوية جنسية تأنيثية. والعكس صحيح في حالات تحول الجنس عند الأنثى والتي تشكل نسبة أقل بكثير.

1- التشخيص التفريقي Differential Diagnosis
إن لبس الذكر المتحول الجنس لثياب المرأة يجب ألا يختلط مع تحول الزني. فالذكر المتحول الجنس لا يشعر باستثارة جنسية فيثنية عندما يلبس ثياب المرأة كما يحدث مع متحول الزني. وكذلك فإن الهوية الجنسية للذكر المتحول الجنس تكون تأنيثية، وكذلك يكون سلوكه للدور الجنسي تأنيثياً تماماً في المشي والحديث والحركات. إن تماثله مع النساء لا يحمل خوفاً أو غضباً كما يحمل الذكر الجنسي المثلي "المتأنيث" أو ما يدعى (الجنوسي السليبي) في تقليده الكاريكاتوري ومحاكاته الاستعراضية للأنثى. إن الذكر المتحول الجنس لا يشعر بمتعة جنسية في قضيبه ويتمنى أن يزال جراحياً ويحل مكانه مهبل ليكون قادراً على تحقيق جماع جنسي غيري مع رجال جنسيين غربيين وليسوا مثليين (جنوسيين). إن الذكر المتحول الجنس لا يعتبر نفسه جنسياً مثلياً (جنوسياً) بل امرأة تسعى لأن يحبها رجل كالنساء الأخريات.

لكن على الطبيب هنا أن يكون حذراً في وضع التفريق الصحيح بين كل هذه الحالات من جهة وبين تحول الجنس من جهة أخرى، ويجب أن يدرك أن الجراحة مضاد استطباب مطلق لمتحولي الزني وكذلك للفيتيشيين وللذكور الجنسيين المثليين (الجنوسيين) الإجباريين.

وهنا أيضاً يجب أن نطبق نفس النقاط التشخيصية على الأنثى المتحولة الجنس، التي تكون هويتها الجنسية تذكيرية وسلوكها للدور الجنسي تذكيراً تماماً، ولا تبدي خوفاً أو غضباً في تماثلها مع الرجال، بينما تبدي الأنثى الجنسية المثلية (الجنوسية) "السفاحة" butch خوفاً أو غضباً حين تقلد وتحاكي الرجال. إن الأنثى المتحولة الجنس لا تشعر بمتعة جنسية في مهبلها، وتتمنى أن يتحول جراحياً إلى قضيب لتصبح قادرة على الجماع الجنسي الغيري مع امرأة جنسية غيرية لا مثلية (جنوسية). إن المرأة المتحولة الجنس لا تعتبر نفسها جنسية مثلية (جنوسية) بل رجلاً يريد أن تحبه امرأة طبيعية كرجل.

في الحقيقة، إنه يشعر بالخل من قضيبه ومظهره الذكري الذي يعتبره كريها بسبب تماثله التأنيثي الكامل. وبالعكس تماماً فإن الفيتيشيين ومتحولي الزني والذكور الجنسيين المثليين (الجنوسيين) الإجباريين يشعرون كلهم بالمتعة في قضيبهم، ولا يمكن لهم تحمل فكرة أن المرأة لا

في الحقيقة، إنه يشعر بالخل من قضيبه ومظهره الذكري الذي يعتبره كريها بسبب تماثله التأنيثي الكامل. وبالعكس تماماً فإن الفيتيشيين ومتحولي الزني والذكور الجنسيين المثليين (الجنوسيين) الإجباريين يشعرون كلهم بالمتعة في قضيبهم، ولا يمكن لهم تحمل فكرة أن المرأة لا

لسوء الحظ على أرض الواقع نجد حالات وحقائق مختلفة، إذ نلاحظ في بعض الحالات أهل لا يتمنون الخير فعلاً لأبنائهم، وهناك أهل أقل ما يمكن أن يقال أنهم يستعملون ويستخدمون أطفالهم لأهداف غير مناسبة، ولا أبالغ إن قلت إنها تتعلق بأمراضهم النفسية، وشيء من هذا هو ما نجده في حالة أهل الذكر المتحول الجنس.

إن الأم تصنع الهوية الجنسية للطفل النامي بحيث تمنعه من أدنى اهتمام بقضيته، وتطور لديه هوية جنسية تأنثية لا يمكن أن تهتز. إن تاريخ هؤلاء الأشخاص يثبت أنهم في عمر الثالثة كانوا يلبسون كالأناث ويلحون على ذلك. إنهم يعدلون الثياب المتوفرة لديهم بحيث تبدو أنثوية إن لم تكن هذه الأخيرة متوفرة. وأكثر من ذلك يصر هؤلاء الأولاد على الجلوس أثناء التبول! إن أهلهم لا يعارضون بجديّة أبداً مثل هذا السلوك، وفي الحقيقة يعتبرونه "ظريفاً" حتى عندما يبدأ هؤلاء الأطفال بالتحدث عن أنفسهم كفتيات ويؤكدون اعتقادهم بأنهم سيكبرون ليصبحوا نساءً لا رجالاً وكنيجة لذلك فإن الذكر المتحول الجنس يقدم لنا قصة تبدأ مع بدايات ذاكرته وتشير إلى أنه كان دائماً يعتبر نفسه أنثى رغم امتلاكه أعضاءً جنسية ذكورية.

أما متحول الزي فله قصة مخلفة تماماً في طفولته. إن التلميحات والمشعرات التي تلقاها أثناء أشهره الأولى وفي مرحلة اللاصراعات (أي قبل أن يصبح قادراً على فهم الذكورة والأنوثة) تختلف تماماً عن متحول الجنس. لقد عومل متحول الجنس كأنتى بشكل مطلق ودون الاهتمام بمظهره التشريحي، بينما عوامل متحول الزي كذكر بشكل أساس لكن بطريقة غامضة وعدائية أحياناً، لذلك صدع تذكره المتطور لكنه تثبت ورسخ مع ذلك. وربما شجع في طفولته على ارتداء ملابس الفتيات من قبل أخت أو أم أو أية أنثى أخرى في محاولة لإذلاله وإضعافه ومهاجمة تذكره، لكنه بقي محافظاً على هوية جنسية تذكرية، رغم أنها بالتأكيد مليئة بالصراعات.

إن الفيتشية وتحول الزي قريبان من بعضهما كما أثرت سابقاً. إن الطفل ما قبل البلوغ، والذي سيصبح فيما بعد متحول الزي، قد يلبس ثياباً أنثوية وغالباً بعلم والدته، فإذا ما سُرّت الأم باستمتاعه بهذه الثياب فإنها لن تعارض استعماله لها.

بطبيعة الحال إن مثل هذه الحادثة لن تتكرر كثيراً وبالتالي سيعتبر الطفل طبيعياً. لكن بعد البلوغ يرافق ارتداء ثياب النساء استئثار جنسية كبيرة مع انتصاب وممارسة للعادة السرية. إن هؤلاء المتحولي الزي الذين يلبسون قطعة أو اثنتين من ثياب النساء هم الأقرب للرجال الفيتشيين في سلوكهم. لكن العديد من متحولي الزي يلبسون ثياب المرأة كاملة ويحبون أن ينتحلوا شخصيتها، لذلك يظهرون سطحياً كمحولي الجنس. لكن متحول الزي، وبالعكس تماماً من متحول الجنس، يثار دائماً جنسياً بالتذكر كامراً. إنه مدرك تماماً لكونه ذكر عندما يلبس كامراً، لكنه يثار جنسياً بارتداء ملابسها. بالإضافة لذلك، إنه لا يستطيع أن يحتفظ بتخيله لنفسه كامراً لفترة طويلة لذلك سرعان ما يفصح نفسه بحركات كشف هويته التذكيرية. وعندما يلبس كرجل بشكل طبيعي يكون متذكراً تماماً في مظهره وتصرفاته، وينجذب نحو النساء. إنه لا يلبس ثياب النساء إلا بشكل منقطع عندما يقع في قبضة دافعة الذي يمكن أن نعتبره دافعا قهرياً.

3- اسباب تحول الجنس عند الانثى Etiology of Female Transsexualism

لم يستطع Stoller وزملاؤه خلال سنوات عملهم المديدة في هذه المتلازمة أن يحددوا مجموعة سببية واضحة في أهل الإناث المتحولات الجنس، أي أم ذا نمط محدد وأب ذو نمط شخصية محدد.

2- اسباب تحول الجنس عند الذكر Etiology Of Male Transsexualism

رغم كل الأبحاث والدراسات المكثفة التي قام بها العلماء خاصة في النصف الثاني من القرن الماضي، بتقديري لا يزال هناك الكثير لنعرفه عن أسباب تحول الجنس.

لقد افترض بعض العلماء والباحثين وجود اضطراب هرموني أو حتى مورثي سابق للولادة، لكن هذا لم يثبت بشكل قاطع بعد. لقد كتب Robert Stoller كتاباً سماه الجنس والجنس Sex and Gender وهو يقع في جزأين يبحث الأول منهما في تطور الذكر والأنثى ويبحث الثاني في تجربة تحول الجنس. وتحدث في كتابه عن سلوك أهل المرضى المصابين بتحول الجنس. وبما أن عدد الذكور المتحولي الجنس أكثر من عدد الإناث، وبما أن Stoller كان قادراً على دراسة أهل الذكور أكثر من أهل الإناث، فإنني سأبدأ بذكر ملاحظاته عن أهل الذكور.

لقد درس Stoller العلاقة الخاصة بين الذكر المتحول الجنس وبين أمه، وذكر أن هذه الأم — رغم مظهرها التأنثي — كانت مدركة تماماً لشعورها بأنها حيادية (جنسياً) أكثر من كونها امرأة أنثى، ولربما كانت مصابة باكتئاب مزمن، ولم تكن تستمتع بالعلاقة الجنسية لذلك كانت نادراً ما تمارس الجنس. وعندما كانت طفلة كانت تلبس كالمصيبة وتلعب فقط مع الصبية. لقد فشلت تماماً في تأسيس أية علاقة صميمية مع الفتيات. لكن حدوث البلوغ جعلها ترفض سلوكها التذكيري، على الأقل سطحياً. وفيما بعد عندما تصبح هذه المرأة أما فإنها تختار أولادها الذكور، عادة الطفل الذكر "الجميل"، لتقدم له اهتماماً خاصاً ومميزاً. لقد غمست نفسها في تماس قريب، وعادة جلد لجلد، مع هذا الطفل المختار وحاولت الاحتفاظ بهذا الاتحاد الجميل مع الطفل. لقد عاملت الطفل كامتداد لها مما أنشأ تعايشاً شديداً بين الأم والطفل. لكن مثل هذا التعايش لا بد أن ينتهي ويؤدي لتمائل غامر شديد وباكراً جداً للطفل بأمه. إن هذا يمنعه من تأسيس انفصال وتفرد حقيقيين عن الأم ويمنعه من تطوير هوية جنسية تذكرية وسلوك الدور التذكيري والتوجه الجنسي الغيري للنساء.

وهكذا فإن تأنث الذكر المتحول الجنس يبدأ بالتشكل من اليوم الأول للحياة ويتعلق برغبة الأم في جعله جزءاً جميلاً ورشيقاً من جسمها. إنها لا تجد جنسه التشريحي عائقاً في وجه سلوكها لجعل ابنها استمراراً لها، بل بالعكس، إنها ترحب بهذا لأن ابنها يمثل الذكورة والقضيب الثمين الذي طمحت إلى امتلاكه عندما كانت طفلة صغيرة. إنها تحول ابنها لا شعورياً إلى فتاة صغيرة بذلك تبقيه وقضيته قريبين منها وتتقم من كل الذكور.

وفوق ذلك فإن آباء هؤلاء الأولاد لم يقدموا أية مساعدة. لقد كانوا غائبين عن المنزل معظم الوقت، ورغم وجودهم الجسدي أحياناً فإن ابتعادهم ولسبيتهم العاطفية جعلتهم غائبين نفسياً، لذلك لم يقدموا أية صورة تذكرية ملائمة يستطيع أولادهم أن يتمثلوا معها ليتجاوزوا تماثلهم التأنثي غير الطبيعي مع الأم. ولم يتعرض هؤلاء الآباء على إلباس أولادهم أو معاملتهم كالفتيات، ولذلك لم يحمو أولادهم من سلوك الأم. إن نتيجة سلوك مثل هؤلاء الأهل يكون مدمراً، ويصبح الطفل غير قادر على تطوير هوية جنسه تذكرية لأنه غير قادر على مقاومة تعايشه الممتع مع أمه، ذلك التعايش الذي لم يوقفه أحد، لا الأب ولا الأم.

بشكل عام، نتعامل مع الوالدية، خاصة الأمومة بهالة قدسية وكأنها شيء مقدس ممنوع التحدث عنه أو نحوه إلا بالتبجيل والحنان والعطاء والتفاني والقيم الفاضلة... الخ، وهذا غير دقيق وكأن كل الأمهات والآباء يتصرفون بشكل جيد مع أولادهم، وكأن رابطة الدم تتجاوز أي نمط من إساءة السلوك من جانب الأهل.

والبعض الآخر لم يخضع، ورغم أن الأشخاص الذين خضعوا للجراحة لم يبدوا ندماً بل أظهروا تحسناً اجتماعياً وجنسياً تال لها، فقد استنتج الباحثان إن التحسن التالي للجراحة لا يخلف كثيراً عن التحسن الحادث في الأشخاص الذين لم يخضعوا للجراحة، ولم يأخذوا في الحسبان التحسن الملحوظ الذي لاقاه المرضى بواسطة المعالجة الهرمونية والحياة بدور الجنس الآخر وذلك قبل إجراء الجراحة. وبعد هذه الدراسة بفترة قصيرة أعلن رئيس قسم الجراحة في مستشفى Johns Hopkins عدم إجراء أية جراحة لإعادة تحديد الجنس بعد الآن في مؤسسته.. بقي أن أقول إن كافة الدراسات والأبحاث التي جرت حتى نهاية القرن الماضي كانت متوافقة تقريباً مع النتائج التي توصل إليها Meyer و Reter.

من المهم أن أذكر أن الموجودات والاستنتاجات التي توصل إليها الباحثان Meyer و Reter يعتبرها بعض الباحثين والعلماء متناقضة ومشكوك بها لحد كبير، وقد انتقضها العديد من الباحثين بشدة لأسباب منهجية مختلفة. مهما يكن حتى لو ثبت تماماً أن عملية غير الجنس مفيدة جنسياً واجتماعياً لبعض المرضى المختارين بدقة، فإن علينا أن ندرك، كما قال Money: "إن عملية إعادة تحديد الجنس بحد ذاتها، مع الجراحة التي ترافقها، لا تحل كل مشاكل الحياة التي ترافق تشوش الهوية الجنسية".

لقد استطاع Stoller أن يتابع القليل من المرضى لعدة سنوات، ومن خلالهم ظهرت له المأساة الحقيقية لهذه المشكلة. حتى لو نجحت الجراحة وشعر المريض بارتياح نفسي كبير. فإن عليه أن يعيش حياته الجديدة في خوف مستمر من أن يكشف.

إذا لمن عليه أن يمنح الحب الذي يسعى إليه؟ هل يستطيع أن يخبر شريكه الجنسي الغيري بالحقيقة ويستمر في العلاقة؟ وإن لم يخبره فكيف يستطيع العيش مع شعوره بأنه غير صادق مع الشخص الذي أحبه؟ إن هؤلاء المرضى لا يتوهمون ولا يستطيعون ببساطة إنكار الماضي. فهل يستطيعون أن ينسوا تماماً أن حياتهم بدأت بجنس آخر وأنهم "في عمق هويتهم" يعلمون أنهم لا يزالون أفراداً في مجموعة الجنس التشريحي الذي ولدوا به؟ إحدى مرضى Stoller، وهي أنثى منحرقة الجنس، حاولت الانتحار بعد أن عاشت وعملت كرجل بنجاح لعدة سنوات. وقد قالت تعليقاً على محاولتها للانتحار "لقد ليست كامل ثيابي لكن لا يوجد مكان أذهب إليه". على كل حال لا يزال هناك الكثير لنعرفه حول هذا الاضطراب الجنسي.

لكن وجد Stoller العديد من أمهات الإناث المتحولات الجنس يبدون منسجبات ومكتئبات في الفترة الأولى من حياة بناتهن، ولا يقوم الآباء بدعم زواجهن أو بتشجيع تأت بناتهن، بل يشجعون فتاتهم الصغيرة على القيام ببعض واجباتهم كأباء وأزواج، وبذلك تبدأ هذه الفتاة الصغيرة بالشعور بأنها تحمي أمها، وتملؤها أفكار شعورية بأنها تعني بها كزوج، وتقوم بتطوير سلوك تنكري متزايد لا يعارضه الأب أو الأم.

برأيي حتى الآن لا نزال ننتظر أن يتم إثبات أو نفي هذه الموجودات البدئية وذلك من خلال الأبحاث والدراسات اللاحقة.

4- معالجة تحول الجنس Transsexualism Treatment

لقد تحدثت عن الأهمية الحاسمة للتشخيص السليم وعن ضرورة التمييز بين تحول الجنس وتحول الزني والجنسانية المثلية (الجنوسة).

هذا الأمر صعب جداً في بعض الأحيان، إن لم يكن مستحيلاً، بسبب القصص المرضية المشوشة، وبسبب تشويهِه وسوء تقديم القصة من قبل المرضى الذين يطلبون جراحة تغيير الجنس لطيف واسع من الأسباب المختلفة، وكذلك بسبب حالات يكون هناك فيها مزيج حقيقي من هذه الملامزات.

من الواضح أنه لا ينصح بالجراحة إلا في الرجال الشديدي التأت أو في النساء الشديدي التذكر، وبدون وجود حالات مختلطة، أي باختصار في الحالات التي يكون فيها تشخيص تحول الجنس أكيداً تماماً. لكن حتى في هذه الحالات، يجب البدء بمعالجة هرمونية مستمرة ومعالجة نفسية داعمة مع الحياة والعمل بدور الجنس الآخر وذلك قبل القيام بأي إجراء جراحي.

من المهم أيضاً أن نتذكر أن نسبة نجاح التدخلات الجراحية ليست متساوية في كل العمليات. لقد ساعدت التقنيات الجراحية الحديثة والمعالجة الأستروجينية المتطورة في إنجاح عمليات تنمية الثدي وخلق مهبل صناعي عند الذكور متحولي الجنس. لكن كما أشار Stoller وآخرون فإن المهابل المصنعة ليست كلها ناجحة في عملها. وكقاعدة، فإن هذه المهابل قصيرة جداً وتميل للتقلص وحتى للانغلاق على نفسها إن لم تستعمل باستمرار، ولذلك قد يكون التوسع المتكرر ضرورياً، وغالباً ما ينزف المهبل المصنع أو يصاب بإنتان لاحق. لقد ذكر أيضاً النمو الزائد للانسج الندي الذي قد يكون خطراً بالإضافة لحدوث نواسير مهبلية مستقيمة والتهاب مثانة والتهاب إحليل.

بالنسبة للإناث المتحولات الجنس فإن المعالجة الأندروجينية يمكن أن تؤدي لظهور خصائص جنسية ثانوية ذكرية وبظُر ضخم. ويمكن بعدها إجراء استئصال للثديين والرحم. لكن حتى الآن لم تنجح تماماً محاولات التصنيع الجراحي للخصيب عند هؤلاء الإناث، ويجب تحضير هؤلاء المرضى لتقبل هذه الحقيقة.

لقد علق Stoller وآخرون على عدم كفاءة دراسات المتابعة لهؤلاء المرضى من الناحية الكمية والكيفية. إن ما نعرفه حول المرضى الذين استفادوا فعلاً من هذه العمليات لا يزال قليلاً نسبياً، ذلك لأن الأشخاص الذين تنجح عملياتهم تماماً غالباً ما ينتقلون لأماكن جديدة ويؤسسون حياة جديدة ويندمجون بمجتمعاتهم، لذلك فهم لا يرغبون أن نذكرهم بماضيتهم أو أن نشير إليهم كمحتولي جنس، وبالتالي فهم يضعون على المتابعة. إننا أيضاً لا نعرف إلا القليل نسبياً عن الاختلاطات الجراحية والاختلاطات النفسية البعيدة لهؤلاء المرضى.

لقد قام Meyer و Reter في عيادة Johns Hopkins للهوية الجنسية بمتابعة 100 مريض بين عامي 1971 و 1979، بعضهم أخضع للجراحة

العلاج النفسي اليوم



إصدارات

جمعية ممارسي النفس والعلاج والإستشارات النفسية

www.arbpsynet.com/Books/sppc-vol4.pdf

جرائم المرأة في المجتمع الجزائري

جريمة القتل نموذجاً

د. مزوز بركو - باتنة الجزائرية

mazouz_fouz@yahoo.fr

الملخص بالعربية : لما كانت جريمة القتل التي يرتكبها الرجال قد حظيت بالدراسة والتقصي فإن تناولها لدى المرأة لا يزال محتشماً ، لأن الملاحظ أن معظم الدراسات المتعلقة بالجريمة والجرائم عموماً كثيراً ما تهمل هذا الجانب المهم ألا وهو : عدم التمييز بين مرتكب هذا الفعل بصفته رجلاً أم امرأة ، هذا الإهمال قد يؤدي إلى إغفال كثير من المعطيات مثل مدى قابلية ارتكاب الجريمة لدى الرجل مقارنة بارتكابها من قبل المرأة .

سنحاول في هذه الدراسة الميدانية تقصي الإحصاءات عن جرائم المرأة في العالم عامة وفي المجتمع الجزائري خاصة ، متناولين جريمة القتل المقتربة من قبل المرأة نموذجاً لهذا التقصي والتحليل.

الكلمات الأساسية : المرأة ، الجريمة ، جريمة القتل

- تفيد المؤسسات الاجتماعية عامة والباحثين خاصة عن مدى تواتر الفعل الإجرامي لدى المرأة.

- تفيد المختصين في رعاية المرأة في إمدادهم بمعطيات هامة عن هذه الإحصائيات ومعرفة أسباب ومظاهر اقتراف المرأة لفعل القتل .

2- أهداف الدراسة : من الأهداف التي تسعى لتحقيقها هذه الدراسة ما يلي :

- معرفة نسب مشاركة المرأة في الجرائم المختلفة عامة وجريمة القتل خاصة .

- الكشف عن جريمة القتل المقتربة من قبل المرأة وعلاقتها ببعض المتغيرات .

3- تحديد مشكلة الدراسة : يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤلات التالية :

- ما هي نسب إجرام المرأة في المجتمع الجزائري ؟

- ما هي نسبة اقتراف المرأة لجريمة القتل في المجتمع الجزائري ؟

- ما هي العلاقة التي تربط جريمة القتل المقتربة من قبل المرأة ببعض المتغيرات النفس اجتماعية ؟

4- منهج الدراسة : إن طبيعة الموضوع تتطلب قراءة تحليلية واستقرائية لعناصره ، وهو ما يجعل الباحث يختار المنهج الملائم للدراسة. وقد اخترنا المنهج الوصفي القائم على: "كشف الظاهرة وتحليل نتائجها وتفسيرها لاستخلاص دلالتها للتعرف على جوهر موضوعها للوصول إلى نتيجة واضحة" (محمد شفيق-1985-ص:94) وعليه فإننا نلجأ إلى المنهج الوصفي للقيام بوصف وكشف طبيعة وأنواع الجرائم المرتكبة من قبل المرأة وكذا الخصائص التي تميز هذه المرأة وهي تقضي فترة العقوبة

5- مجالات الدراسة:

*المجال الزمني: تحددت الدراسة زمنياً بالفترة الممتدة من خلال الفترة الممتدة من جانفي 2000 إلى أفريل 2005.

مقدمة : من الأمور المتفق عليها بين علماء الاجتماع وعلماء الإجرام وعلماء النفس أن الانحراف و الجريمة ماهية إلا ظواهر اجتماعية شأنها في ذلك شأن بقية الظواهر الاجتماعية الأخرى إلا أنها حظيت بالدراسة والتقصي وتوجهت إليها أبحاث العلماء وقراءات الاستراتيجيين وأولوها عناية خاصة كحقل مهم يستدعي تسليط الضوء عليه ومحاولة تفسيره وفهم أبعاده و صيرورته وفق التغيرات التي تفرضها الساحة الاجتماعية .

وتعد جريمة القتل من أخطر الجرائم التي عرفت الإنسانية منذ الأزل وعلى الرغم من الخطوات التي قطعتها البشرية في ميدان التقدم والتطور إلا أنها ما تزال تُرتكب الأمر الذي دعا كثيراً من الدارسين والباحثين أن يولوها عناية خاصة واهتماماً بالغين . وهذه الجريمة تعد من أهم الجرائم والجنايات ضد الأشخاص والتي أولتها التشريعات السماوية والوضعية أهمية كبيرة ، وفي قانون العقوبات الجزائري رتبها من حيث خطورتها والعقوبة عليها في الدرجة الثالثة بعد جرائم الخيانة والتجسس الماسة بأمن الدولة والأمن العمومي حيث يعرفها بأنها : "إزهاق روح إنسان عمداً" (المادة 254 من قانون العقوبات الجزائري) .

إن البحث والاهتمام بدراسة المرأة في الأبحاث السيكولوجية وحتى السوسولوجية يسمح لنا بأن نطل على نصف العالم ، ونؤسس من خلاله لمجتمع متكامل من خلال فهم خصائص ومميزات هذا العنصر الفاعل في المجتمع ومن ثم معرفة إمكانات انحرافه أو إجرامه . فالقوالب الثقافية والاجتماعية كثيراً ما تجعلنا نعتقد أن المجرم هو رجل خارج عن القوانين، إلا أن البحث في الجريمة أكد أن للمرأة دور في حدوث الإجرام على الرغم من ضعف نسبتها في الإحصاءات الجنائية .

وفي هذه الدراسة نحاول تسليط الضوء على المرأة والجريمة من خلال استقراء لأبعاد ومظاهر إجرام المرأة في المجتمعات وكذا استقراء العوامل المؤدية لارتكاب المرأة الفعل الإجرامي ، لننتقل بعدها للحديث عن الإحصاءات عن الجريمة المرتكبة من قبل المرأة في العالم عامة والمجتمع الجزائري على وجه الخصوص ؛ ونتعرض بشيء من التفصيل لجريمة القتل المقتربة من قبل المرأة في المجتمع الجزائري بمختلف أشكالها .

1- أهمية الدراسة : تتجلى أهمية هذه الدراسة في أنها :

للسلطات هذا من جهة ومن جهة أخرى النساء هن في أغلب الأحيان المحرضات على الجرائم التي يرتكبها الرجال" (سامية حسن الساعاتي ص:195) كما لاحظ POLLACK وجود جرائم عديدة ترتفع نسبتها عندما يكشف عنها مقارنة بجرائم الرجل ، في حين تنخفض بالنسبة للنساء لأن أدوارهن كربات بيوت ومربيات أطفال وممرضات و زوجات وغير ذلك ؛ تسمح لهن أن يرتكبن الجرائم وأن يخفينها عن السلطات العامة مثل التسميم البطيء للزوج أو المعاملة السيئة للأطفال، وربما هذا ما دفع المتخصصين في الإجرام إلى ملاحظة أن إجرام النساء إنما هو إجرام خفي و مقنع إلى درجة كبيرة (سامية حسن الساعاتي ص:195).

إن معرفة الطبيعة المتخفية لجرائم النساء يمكننا من فهم الأبعاد الحقيقية لجرائم النساء فقد ترتكب النساء جميع الجرائم المعروفة والمسجلة رسميا وعندما توجد متطلبات قانونية لا تستطيع المرأة الوفاء بها كما في حالات الاغتصاب فقد تنتهى بالمشاركة في الجريمة وتوجد جرائم معينة تتعلق بالمرأة في حد ذاتها كجرائم قتل الأطفال حديثي الولادة والدعارة وتقديم المتعة الحرام والأفعال المشابهة التي ترتكبها النساء (فرانيس هيدسون ص:8). ومن المهم الإشارة إلى أن مشاركة المرأة في شرايح الجرائم المختلفة مميزة بطريقة ملحوظة ، ففي إنجلترا عام 1982 تنتهى حوالي 200 سيدة أو يتم إنذارها بسبب السرقة بينما ارتفعت الأرقام الخاصة بالرجال خلال الفترة ذاتها من 3500 إلى 4300 ، وفي الولايات المتحدة الأمريكية أكدت الإحصائيات المتعلقة بعمرهن تزداد بسرعة أكبر من تلك الخاصة بالرجال من 2 إلى 3 % ، بينما المعدلات الخاصة بالنساء تصل إلى 3-4 % بين عامي 1977 و 1981 (فرانيس هيدسون ص:9). وعلى الرغم من أن المعلومات الرسمية ليست ذات فائدة كبيرة في هذا المجال فإنه يبدو أن النساء يرتكبن جرائم خطيرة ولكن احتمال عودتهن لتلك الجرائم يكون ضئيلا. ولقد ارتبط النمو في معدلات الجرائم ارتكاب النساء للجرائم بتحريض المرأة لما يزيد على قرن من الزمن . ويقول العالم بيك (1976) في هذا الصدد " أنه كلما ازدادت المرأة استقلالية فإنها تزداد إجراما " و يناقش بيخون PICHON (1931) وجود علامات لزيادة إجرام المرأة والذي أعزاه إلى تحرير المرأة حيث لم يكن بمقدور النساء تحقيق المساواة مع الرجال.

لذلك فلا بد أن يتم التقدير الحقيقي لإجرام المرأة بالاستعانة بالمصادر غير الرسمية ، كما أنه من المهم عقد مقارنات دولية تقيد في تحليل الخصائص النوعية المميزة لجرائم النساء ، وقد حاول جيرى GUIRET أن يحدد بالإضافة إلى أنماط الجرائم التي ترتكبها الإناث مقارنة بجرائم الذكور الذين يرتكبون نفس أنماط الجرائم فتيين له أن في جريمة قتل المواليد توجد امرأة واحدة مقابل سبعة رجال، و في جرائم السرقة توجد امرأتان مقابل رجل واحد، أما الإجهاض فتوجد ثلاث نساء مقابل ثمانية رجال ، بينما توجد أربعة نساء مقابل خمسة رجال في جرائم القتل مع سبق الإصرار والترصد ؛ و تزيد نسبة النساء في جرائم التزيف فيصل عددهن إلى خمسة مقابل أربعة رجال ، في حين يتساوى الرجال و النساء في جرائم الحريق العمد وهو ستة لكل منهما (سامية حسن الساعاتي ص:195).

ومن الذين اهتموا بتحديد الحجم الحقيقي لجرائم النساء مارشيه MARCHAIS الذي تبين له أن المرأة فضلا عما ترتكبه من جرائم معلومة تلعب دورا رئيسيا فيما يسمى بالجرائم الخفية، حيث وجد أن نسبة الجرائم التي ترتكبها النساء تبلغ 10 % من جرائم السرقة ومن 5 إلى 20% من جرائم القتل العمد ، 10% من جرائم القتل مع سبق الإصرار و الترصد و 40 % من جرائم الآداب.(المرجع السابق ص:197) و قد لاحظ جاك ليونيه في البحث الذي أجراه على ظاهرة قتل المواليد أن نسبة الجرائم

*المجال المكاني:تحددت الدراسة مكانيا بمؤسسة إعادة التربية- نساء- باتنة .

*المجال البشري : من المعروف علميا أنه من الصعب على أي باحث إجراء دراسات شاملة لكل مفردات المجتمع الخاص بالدراسة ، ولهذا فمعظم البحوث العلمية تكتفي بعينة من المجتمع المدروس ؛ لأن البحث تحكمه عوامل مادية وبشرية وكذلك زمنية . والعينة كما تشير كتب المنهجية " جزء من المجتمع يتم اختيارها لتمثيل المجتمع بأجمعه " (عبد الرزاق أمين أبو شعير، ص:13).

فالبحث المراد دراسته ذو طبيعة نفس- اجتماعية وهو يتطلب دراسة وصفية إحصائية، لذا حاولنا تتبع ذلك من خلال إحصاء للجرائم المقترفة من قبل المرأة في خلال الفترة الممتدة من جانفي 2000 إلى أفريل 2005 من واقع البيانات والإحصاءات الرسمية للملفات والقضايا الخاصة بإجرام المرأة عموما ؛ والتي حكم فيها والمحفوظة في التقارير الشهرية للمؤسسة العقابية- نساء- باتنة .

6- الوسائل المستخدمة في البحث:

*التقارير الشهرية للمؤسسة العقابية خلال الفترة الممتدة من جانفي 2000 إلى أفريل 2005

7- الإطار النظري للبحث:

1-7- أبعاد و مظاهر جرائم المرأة في المجتمعات: إن الحقيقة التي لا يختلف عنها اثنان عن المرأة والجريمة هو أن المرأة تسهم بنسبة ضئيلة من إجمالي مجموع الجرائم، وهو ما جعل البحث في مجال جرائم النساء مجالا مهما وذلك أن تصوراتنا الثقافية واعتقاداتنا المرجعية عن المجرم دائما هو ذكر خارج عن القانون وأن معظم البحوث في علم الإجرام واقعة تحت تأثير تلك القوالب الثقافية والاجتماعية. ويرى البعض الآخر من العلماء أن قلة الاهتمام العلمي بجرائم النساء يعزى إلى أن عدد النساء الذي يقع تحت طائلة القانون أقل بكثير من عدد الرجال.

وعلى الرغم من ذلك وجه كثير من الباحثين أنظار العاملين في ميادين علم النفس الاجتماع وعلم الإجرام إلى ضرورة البحث في هذه الظاهرة وعدم إهمالها ومن هؤلاء نجد ثورسين سيلين THORSEN SELIN و ولتر ريكلس W.RECKLESS الذين أكدوا أن العلاقة بين الواقع و بين الظاهر فيما يتعلق بجرائم النساء لا بد أن تدرس و أن يكشف عنها (سامية حسن الساعاتي ص:194) وفي هذا المجال ثلاث تساؤلات رئيسية تفرض نفسها :

هل هناك جرائم خاصة بالنساء فقط أو جرائم تشتركن فيها اشتركا واضحا ولكن لا يبلغ عنها إلا في حالات أقل بكثير من الواقع ؟

هل النساء الخارججات عن القانون أقل تعرضا للقبض عليهن وللمساءلة القانونية ؟

هل النساء اللاتي يقبض عليهن يلقين معاملة لينة في الإجراءات التي تتخذ حيالهن ؟

للإجابة على هذه التساؤلات يرى بولاك POLLACK أنه من الواضح أن جرائم النساء أقل ذكرا في التقارير وبالذات بالنسبة لبعض الجرائم مثل السرقة والبلغاء وجرائم الإجهاض وجرائم قتل الأطفال حديثي الولادة، فضلا عن بعض الجرائم الأخرى مثل الشذوذ الجنسي. يقول بولاك POLLACK في هذا الصدد " أن النساء المجرمات يتلقين الحماية من الرجال حتى ولو كانوا ضحاياهم فهم يكونون أقل ميلا إلى الشكوى

8- عرض نتائج الدراسة الميدانية

وفي هذه الإطلالة التي استقيت معلوماتها من سجلات اليد الجارية والتقارير الشهرية لمؤسسة إعادة التربية باتتة حاولت تتبع واستقراء جل الجرائم التي ارتكبت من قبل المرأة خلال الفترة الممتدة من جانفي 2000 إلى أبريل 2005 والتحليل بالتدقيق لجريمة القتل بشتى أنواعها خلال هذه الفترة. وقد استبعدت عن مجال البحث كل النساء اللواتي دخلن السجن وحصلن على حكم البراءة من الجريمة .

وقد تم عرض نتائج هذه الإحصاءات والمعلومات الخاصة بجرائم المرأة في المجتمع الجزائري وتقسيمها إلى ثلاث محاور رئيسية وهي :

- **المحور الأول :** ويخص نسبة جرائم المرأة مقارنة بجرائم الرجل خلال الفترة ما بين جانفي 2000 إلى أبريل 2005.

- **المحور الثاني:** ويخص أنواع الجرائم المرتكبة من قبل المرأة خلال الفترة ما بين جانفي 2000 إلى أبريل 2005.

المحور الثالث : ويخص نصيب المرأة من جرائم القتل بشتى أنواعه خلال الفترة ما بين جانفي 2000 إلى أبريل 2005.

ولتسهيل عملية فرز وتبويب المعلومات، وأيضا نظرا لتعدد الجرائم وتشعبها يمكن فرز وتقسيم هذه الجرائم حسب نوعها وطبيعتها خاصة من الوجهة القانونية، حيث صنفنا الجرائم في فئات مختلفة كل فئة تحتوي على أنواع تنتمي حسب الطبيعة والخصائص إلى تلك الفئة والجدول التالي يوضح هذا التقسيم :

وبالنسبة لجريمة القتل التي تعتبر محور الدراسة والنموذج الذي يفسر من خلاله المعطيات فقد أخذت بعين الاعتبار القتل وعلاقته بالعناصر التالية:

نوع القتل: قتل الأصول - القتل العمدي - الإجهاض...إلخ

مكان إقامة الجانية: قرية أو مدينة

الأحكام السابقة: ابتدائية - انتكاسية (معاودة للجريمة)

المستوى التعليمي للجانية: أمية - ابتدائي - متوسط - ثانوي

الحالة العائلية للجانية: عزباء - متزوجة - مطلقة - أرملة

8-1- عرض وتحليل نتائج المحور الأول : نسبة جرائم المرأة مقارنة

بجرائم الرجل خلال الفترة ما بين جانفي 2000 إلى أبريل 2005.

جدول رقم 1- يمثل نسبة جرائم النساء مقارنة بجرائم الرجال خلال جانفي 2000-أفريل 2005

السنة	عدد الرجال	% الرجال	عدد النساء	% النساء	المجموع
2000	1510	98.50 %	23	1.50 %	1533
2001	1537	97.35 %	42	2.65 %	1579
2002	1809	97.79 %	41	2.21 %	1850
2003	1875	97.05 %	57	2.50 %	1932
2004	2346	98.16 %	44	1.84 %	2390
أفريل 2005	605	69.33 %	23	3.67 %	628
المجموع	9682	97.60 %	230	2.40 %	9912

التعليق على الجدول : نلاحظ من خلال هذا الجدول أن نسبة جرائم الرجال أكبر بكثير (97.60%) من نسبة جرائم النساء (2.40%) خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى أبريل 2005 ، وأن هذه النسبة تكاد متقاربة خلال كل سنة ، حيث نلاحظ أنها تتراوح بين (1.50% إلى 3.67%)

الخفية تختلف من جريمة إلى أخرى من الجرائم التي ترتكبها الإناث فجرائم قتل المواليد لا يصل إلى علم الشرطة سوى 20 % فقط ، وقد يصل في بعض الأحيان إلى 40 % كما هو الحال في فرنسا ، وهي نسبة مرتفعة إذا ما قورنت بمثيلاتها في الجرائم الأخرى التي ترتكب من قبل الإناث كالإجهاض والدعارة .

ويفسر العلماء هذا الارتفاع بطبيعة الجريمة في حد ذاتها فالمعروف أن قتل المواليد يكتشف بسرعة، في حين أن جريمة الإجهاض تنتضال فيها فرص الكشف عنها هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن النساء يفضلن أن يعهدن بالتنفيذ إلى رجل و يبقين هن بعيدا عن مسرح الجريمة حتى لا يقعن في يد العدالة (المرجع السابق ص:198). وتقول سامية حسن الساعاتي في هذا الصدد "وقد تبين من الرجوع إلى إحصاءات السجن في العقد الثالث من هذا القرن أن نسبة المسجونات من النساء إلى الرجال يبلغ حوالي 4% وأن الجزء الأكبر من جرائم النساء ترتكبه المتزوجات اللاتي بلغت نسبتهن إلى مجموع المسجونات حوالي 50%، تليهن الأرمال اللاتي بلغت نسبتهن 25% ثم الأبقار فالعاهرات. كذلك تبين أن نسبة ما ترتكبه النساء من الجرائم الخطيرة لا يتجاوز 1% من إجمالي هذا النوع من الجرائم يأتي في مقدمتها القتل العمدي فجرائم التزوير فالعود الجنائي فالضرب المفضي إلى الموت فالهريق فالسرقات " (المرجع السابق ص:199) .

2-2- نسبة جرائم النساء في الدول المختلفة

في فرنسا التي أخذت بنظام الإحصاءات الجنائية منذ أزيد من 150 عاما أكدت أن الجرائم التي ترتكبها الإناث تقل بدرجة كبيرة عن الجرائم التي يرتكبها الذكور كما أنها تختلف عنها في النوع.

➔ **في الولايات المتحدة الأمريكية** يبلغ عدد الذين يقبض عليهم سنويا من مرتكبي الجرائم من الذكور عشرة أمثال ما يقبض عليهم من الإناث .

➔ **وفي بلجيكا** بلغ عدد جرائم الذكور 242 مرة من عدد جرائم الإناث .

➔ **وفي السويد** فإن الإحصاءات الخاصة بالجرائم التي ارتكبت في الفترة ما بين 1965 و 1967 تبين أن نسبة النساء لا يمثل أكثر من 1.5 % من جملة الأشخاص المدانين وأقل من 3 % من مرتكبي جرائم السكر

➔ **وفي الدانمارك** بلغت نسبة نساء المجرمين إلى إجمالي مجرمين حوالي 14 %

➔ **وفي سيريانكا** بلغت نسبة إجرام الإناث حوالي 2 % من مجموع الجرائم .

➔ أما في الدول العربية فقد تبين أن في الجزائر ترتكب جريمة واحدة مقابل 2744 جريمة يرتكبها الرجال وهي نفس النسبة تقريبا في كل من المغرب و تونس . وفي مصر بلغت نسبة الجرائم التي ترتكبها الإناث 5 % إلى إجمالي الجرائم التي ترتكب سنويا و تنخفض هذه النسبة في الجنائيات فلا تزيد في أغلب الأحوال على 4 % و إن كانت ترتفع في الجناح فتصل إلى 6 % وهي نسبة مماثلة للنسبة التي كانت عليها جرائم المرأة في بداية القرن ؛ وهي رغم انخفاضها الملحوظ إلا أنها تبدو عكس ذلك واقعا فهي مرتفعة إذا ما قورنت بمثيلاتها في السويد أو فرنسا ، حيث يختلف وضع المرأة في هذه المجتمعات عنه في المجتمعات العربية . (المرجع السابق ص ص:204-200)

يمكن القول في ختام هذا العنصر أن جرائم النساء تبدو منخفضة في مختلف الدول والمجتمعات و على الرغم من اختلاف وضع المرأة في هذه الدول و على الرغم من التغيرات المختلفة التي تشهدها المجتمعات إلا أنه يمكننا أن نلتبس تشابها متمائزا في جرائم المرأة لدى هذه المجتمعات ، و أن هذا التشابه يوسمه انخفاض نسبة جرائم المرأة مقارنة بنسبة جرائم الرجل

العلاقة بين معدلات الجريمة والاختلافات في التنظيم الاجتماعي من ناحيتي الاختلافات في الثقافات والحضارة من جهة أخرى . وإجراء عملية مقارنة للمجتمعات والجماعات ذات المعدلات المختلفة في الجريمة من حيث بعض السمات الاجتماعية العديدة لا يزال له قيمة وخاصة من حيث التباين في التغير الاجتماعي والصراع الثقافي والحضاري والمنافسة والطبقات الاجتماعية وتركيب السكان و كثافتهم وتوزيعهم ومذاهبهم السياسية والاقتصادية والدينية . (أحمد المجدوب ص:31،33).

2-8- عرض وتحليل نتائج المحور الثاني : أنواع الجرائم المرتكبة من قبل المرأة خلال الفترة ما بين جانفي 2000 إلى أفريل 2005.

جدول رقم 2- يمثل أنواع جرائم التي اقترفتها المرأة خلال الفترة جانفي 2000/أفريل 2005

أنواع الجرائم	التكرار	%
القتل بأنواعه	38	19 %
الدعارة	36	18 %
السرقه	31	15.5 %
الزنا	18	9 %
التشرد	18	9 %
الإدمان	08	4 %
أعمال إرهابية	29	14.5 %
جرائم مختلفة	22	11 %
المجموع	200*	100 %

التعليق على الجدول: من خلال هذا الجدول نلاحظ أن جريمة القتل بأنواعها المختلفة تحصلت على أعلى نسبة من أنواع الجرائم الأخرى (19%) ثم تأتي بعدها جريمة الدعارة بنسبة (18%) ثم السرقة ب(15.5%) وتلتها الأعمال الإرهابية بـ (14.5%) وفي الأخير الزنا التشرد والإدمان بأقل نسبة (04%).

تفسير نتائج الجدول : لقد وجدنا من خلال نتائج هذا الجدول أن نصيب المرأة من جريمة القتل والدعارة كان جد مرتفع مقارنة بالجرائم الأخرى، ثم تلتها جريمة السرقة فالأعمال الإرهابية، فالتشرد فالزنا وفي الأخير الإدمان ، ويمكن تفسير ذلك بالرجوع إلى طبيعة جريمة القتل خاصة ، فهي جريمة غير مخفية (لا يمكن إخفاؤها) نظرا لوجود أثر هذه الجريمة وهو الركن المادي من الجريمة : وهي وجود جثة ونظرا لما يترتب عن ذلك فعل القتل من إزهاق للروح . وتلتها مباشرة جريمة الدعارة وهي الجريمة التي يدرجها علماء الإجرام فيما يسمى بـ: "الجرائم الرئيسية بالنساء" (سامية حسن الساعاتي ص: 105) .

وقد تبين من الرجوع إلى إحصاءات السجون في العقد الثالث من القرن الماضي أن نسبة المسجونات من النساء من الجرائم الخطيرة لا يتجاوز 1% من إجمالي هذا النوع يأتي في مقدمتها القتل العمدى (سامية حسن الساعاتي ص: 208) ثم جرائم التزوير والعود الإجرامي بالضرب المفضي للموت فالحريق فالسرقا وهو ما يتفق مع الدراسة الحالية . أما فيما يخص جريمة السرقة فإنه على الرغم من اعتبارها جرائم ذكورية لكن الواقع الذي كشفه البحث والدراسات المتخصصة هو أن النساء

يتدخلن أحيانا في ارتكابهن لهذه الجريمة سواء بالتحريض عليها أو المشاركة في ارتكابهن كان تقدم المعلومات الضرورية عن المجني عليه أو عن المكان الذي سترتكب فيه الجريمة أو أن تقوم بالمراقبة أثناء التنفيذ أو أن تضلل رجال الشرطة حتى لا يتمكنوا من القبض على الجناة، ومن جهة أخرى فإن الأدوار الاجتماعية للمرأة تقدم لها فرصا غير عادية للسرقة ويمنحها حصانة كبيرة ضد القبض والمحكمة . (سامية حسن الساعاتي ص: 212) ولخير دليل على ذلك السرقة من المحلات الكبيرة أو ما يحدث مثلا عندنا في المجتمع الجزائري فيما يسمى السرقة في

مقارنة بنسبة إجرام الرجل التي تراوحت خلال هذه الفترة بين (96.33% إلى 98.5%) أي بمعدل 97.41%

تفسير نتائج الجدول : إن النتائج المتوصل إليها من خلال هذا الجدول وعبر هذه الإحصائيات انتهت إلى أن إجرام الرجال يفوق بكثير إجرام المرأة ، وهي النتائج نفسها التي أثبتتها الدراسات الأكاديمية في الكثير من دول العالم ، ومن أمثلة ذلك إجرام المرأة في جمهورية لبنان تمثل 02.7 % من الإجماع الكلي ، وكذا دولة مصر التي بلغت نسبة إجرام المرأة لديها 4 % من الإجماع الكلي والولايات المتحدة الأمريكية تمثل 08 % وفرنسا بـ 10 % وفي سويسرا 12 % وفي ألمانيا وصل الحد الأقصى إلى 14 % من الإجماع الكلي (فوزية عبد الستار ص: 98) وهي نسب تقارب النسب المتوصل إليها خلال هذا البحث (خاصة النسب الخاصة بالدول العربية) .

فالدراسات المهمة بالموضوع تؤكد أن نسبة إجرام المرأة أقل بكثير من نسبة إجرام الرجل وذلك في معظم الدول بل وحتى داخل الدولة ذاتها وعبر كافة مراحل التاريخ الإنساني (عمر سعيد رمضان ص: 89) وبالنسبة لكافة الجرائم ما عدا ما كان وثيق الصلة بالمرأة كجريمة الإجهاض ، وقد حاول العلماء تفسير ذلك بالرجوع إلى الفروق البيولوجية والمورفولوجية بين الجنسين وكذا إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها كل من الرجل والمرأة حيث أثبتت البحوث أنه يوجد اختلاف جوهري فيما يقدم للرجل وفيما يقدم للمرأة من قيم ومعايير تتفق بطبيعة المجتمع في حد ذاته تجعل المرأة أكثر امتثالا للأوامر من الرجل التي تتخفف لديه هذا الاستعداد، وجهة أخرى احتكاك الرجل وتعامله واحتكاكه بصورة مباشرة بالمجتمع من خلال العمل والخروج المتكرر وفي كل الأوقات ، في حين تضيق فرص التفاعل والاحتكاك والخروج لدى المرأة .

ومن جهة أخرى حاول بعض العلماء إنكار وجود هذا الاختلاف الكمي بين إجرام كل من الرجل والمرأة وذلك باعتباره مجرد اختلاف ظاهري ، وذهبوا إلى حد القول أن العامل البيولوجي أو طريقة التنشئة الاجتماعية للجنسين لا يمكن اعتبارهم كعوامل حاسمة لتحديد السلوك الإجرامي للمرأة وإنما من الضروري البحث عن عوامل أخرى تدفع بالمرأة إلى إتيان نفس السلوك الإجرامي الذي يؤتبه الرجل ، فقد ذهب لمبروزو إلى أنه إذا أضيف ما تمارسه النساء من بغاء إلى مجموع جرائم النساء لتساوى الرجل والمرأة من حيث كمية الإجماع .

ويرى آخرون أن هذا النقص الظاهري الذي تنبته الإحصاءات في كمية إجرام النساء يرجع إلى سببين (فوزية عبد الستار ص: 98) :

- الأول : أن كثيرا من جرائم النساء يتم في الخفاء ، بينما لا نتيج للرجل ظروفه أن يخفي ما يرتكب من جرائم ومن أمثلة تلك الجرائم التي تخفيها المرأة السرقات من المحلات الكبيرة ، وما ترتكبه الخاديات من سرقات من المنازل التي يقمن بالخدمة فيها وكذا جرائم الإجهاض التي كثيرا ما لا يبلغ عنها .

- الثاني : أن كثيرا من الجرائم التي يرتكبها الرجال يكون سببها المرأة وهي التي تدفعه للقيام بها.

ومع ذلك يظل إجرام المرأة أقل بكثير من إجرام الرجل في كل المجتمعات لا شيء إلا ما يعول عليه في تحديد نسبة جرائم النساء بالنسبة إلى جرائم الرجال هو الإحصاءات الرسمية مع كل ما تحمله من مأخذ وما يوجه إليها من نقد وتفتقد إلى السند العلمي ، فبالرغم من قصور الإحصاءات الجنائية عن إعطاء دلالات محددة نظرا للأهمية القليلة للتحليلات التي تستند إلى وجود اختلافات في نسب الجريمة ، حيث أن هذه الاختلافات ليست سوى مجرد فروق في إجراءات تسجيل الجرائم أكثر منها اختلافات حقيقية يتعلق الأمر بالجرائم ذاتها إلا أن دراسة

الضرب والجرح العمدى	03	04	01	02	10	26.31
المجموع	11	16	08	03	38	%100
%	%28.84	%42.10	%21.05	%07.89	%100	%100

التعليق على الجدول : نسجل ملاحظتين مهمتين فيما يخص هذا الجدول

الملاحظة الأولى : تخص نوع القتل حيث حصلنا على أعلى نسبة من أنواع القتل بالنسبة للقتل العمدى (31.57%) ثم تلاه الضرب والجرح العمدى المفضي إلى الموت أو إلى عاهة مستديمة بنسبة (26.31%) فقتل الطفل حديث الولادة بنسبة (21.05%) وفي الأخير الإجهاض وقتل الأصول بأقل نسبة (7.89%) فكذا التحريض والمشاركة في القتل (5.26%) .

الملاحظة الثانية : والتي تخص العمر فقد سجل أعلى نسبة للعقد الثالث بـ (42.10%) وتلاه العقد الثاني بنسبة (28.94%) ثم العقد الرابع بنسبة (21.05%) في حين تحصلت المرأة البالغة من العمر 50 سنة فما فوق على أخفض نسبة (7.89%) .

تفسير نتائج الجدول : إن جريمة القتل ظاهرة لا يمكن إخفاؤها بكيفية الجرائم فكان نصيب هذه الجريمة لدى المرأة متبائنا في أشكاله ، بحيث سجلنا أعلى نسبة لأنواع القتل تلك المتعلقة بالقتل العمدى، فالضرب والجرح المفضي إلى الموت فقتل طفل حديث الولادة فقتل الأصول، فالتحريض والمشاركة في القتل بأقل نسبة وهي نتائج تتشابه كثيرا مع ما توصل إليه الباحثون والإحصاءات التي أثبتت أن أعلى نسبة سجلتها المرأة في جرائم القتل -كما أشرت سالفا- هي القتل العمدى وقد حاول العديد من العلماء تفسير هذا القتل العمدى وآلية تنفيذه من قبل المرأة ومن بينهم العالم بولاك الذي اهتم كثيرا بالظاهرة الإجرامية وعلاقتها بالمرأة والذي ذهب إلى حد القول والتأكيد أن القتل بالسلم هو الأسلوب الرئيسي للقتل الذي تستخدمه النساء على اعتبار أنها مشتتة وربة بيت وأن جريمة القتل التي تقوم بها يمكن أن تدرج ضمن ما يسمى الجرائم الخفية وهو ما يتفق مع الصبغة المقتعة لجرائمهن (سامية حسن الساعاتي ص:210).

أما بالنسبة لقتل الطفل حديث الولادة فهي جريمة جاءت نسبتها مرتفعة نظرا لخاصية المجتمع الجزائري الذي لا يعترف بالطفل غير الشرعي، فالمجتمع الجزائري يعطي قيمة كبيرة للعرض وأهمية كبيرة للشرف خاصة في المعتقدات الشعبية وهو السبيل الوحيد أمام الفتاة لتثبيت عفتها وتصون شرفها وشرف عائلتها فالفتاة التي تتجيب من غير زواج يعني أنها ستعرض للنزب هي وطفلها من قبل المجتمع برمته ، ولتقادي هذا النزب تلجأ إلى قتل الطفل حديث الولادة لتخليص نفسها وطفلها من ذل المهانة والنزب الذي ستلاقيه وحتى تتمكن من محو وصمة انحرافها من الأذهان . ولكن ما يمكن التنبؤ به أن هذا النوع من جرائم النساء في طريقه إلى الاختفاء من المجتمعات الحديثة لكنه سيظل قائما في المجتمعات التقليدية، حيث يعد من الناحية العملية هو الطريقة الوحيدة التي تلجأ إليها الفتيات غير المتزوجات والنساء لإخفاء تورطهن وتجنبنا لنزب المجتمع لهن (سامية حسن الساعاتي ص: 209) .

ومن جهة أخرى فإن ارتفاع نسبة الضرب والجروح العمدية المفضية للموت أو إلى العاهة المستديمة لدى المرأة مرده إلى الصراعات التي تلاقىها المرأة في خضم الحياة الاجتماعية ولا أدل من ذلك من أن من تعرض لهذه الجريمة هم: "الحماة، أخت الزوج، أخ الزوج، الجيران" ** وهي نسبة تعكس صعوبات وصراعات وصدامات تلاقىها المرأة مع من تعيش معهم ، هذه الصراعات التي بعدم القدرة على تحملها تحولها إلى

الأعراس والحفلات ، فعادة ما لا تكتشف معظم السرقات -خاصة في الأعراس- وحتى وإن اكتشفت لا يتم التبليغ عليهن ويمتنعون عن فعل ذلك بحجة أنها "امرأة" وهي عبارة تحمل أكثر من دلالة سوسيولوجية لعل أهمها أن هذه المرأة السارقة مخلوق ضعيف وهي قبل كل شيء حُرمة لا يمكن أن تدنس بدخول السجن والتعرض لرجال الشرطة ففيها قمة المهانة والذل لها ، وبالتالي يكون الاكتفاء بازرائها أو توبيخها وحتى ضربها واستعادة ما تم سرقته بواسطتها ، وبالتالي يمكن أن نستنتج أن القليل جدا من أمثلة هذه السرقات التي ترتكبها النساء يصل إلى علم الشرطة .

أما فيما يخص جريمة الإجهاض فيرى فريق من المتخصصين في علم الإجرام أن هذه الجريمة هي أكثر الجرائم التي ترتكبها النساء وهي مرتبطة ارتباطا وثيقا بالطابع السوسيو- ثقافي الذي يميز مجتمع ما . فقد دلت الإحصاءات أن 200 ألف امرأة قامت بجريمة الإجهاض في الولايات المتحدة الأمريكية وضعفها حدث في فرنسا (سامية حسن الساعاتي ص:212) منذ 50 سنة خلت ، لكن الإحصاءات الحديثة دلت أن هذه الجريمة في انخفاض ومرد ذلك الاعتراف بحقوق الولد غير الشرعي من جهة ومن جهة أخرى عدم اعتبار الإجهاض جريمة في بعض البلدان .

أما الأعمال الإرهابية فنسبتها مرتفعة في هذه الدراسة وهي متعلقة بطبيعة المرحلة التاريخية التي مرت بها الدولة الجزائرية والظروف الأمنية التي عاشها المجتمع الجزائري في العشرية الأخيرة من القرن الماضي ، بحيث يجرم كل من يشارك من قريب أو بعيد في مساندة الإرهاب ماديا ومعنويا . وقد كان نصيب المرأة من هذه الجريمة ليس جريمة الإرهاب في حد ذاتها وإنما تمثلت جريمتها في إعانة الإرهابيين والتستر عليهم وتقديم يد العون لهم وعدم التبليغ عنهم إلى مصالح الأمن وهو في نظر القانون يعد جريمة المشاركة والتمويل، وقد كان حظها من هذه الجريمة حظ مصادفة أي الإعانة دون معرفة بأنها جريمة .

أما بقية الجرائم التي انخفضت نسبتها في هذه الدراسة ، فإن الانخفاض لا يعزو إلى غياب ممارسة المرأة لهذه الجرائم بقدر ما يعزو إلى تضليل هذه الإحصاءات لأرقام هذه الجرائم ، لأنها عادة مالا تكتشف أويتم التستر عليها ولا أدل من ذلك ما ينشر مثلا عن إيمان المرأة خاصة المخدرات والتي أشارت إليه اليوميات الوطنية الإخبارية والإعلام؛ المرئي منه والمسموع .

3-8- عرض وتحليل نتائج المحور الثالث : نصيب المرأة من جرائم القتل خلال الفترة ما بين جانفي 2000 إلى أفريل 2005

1-3-8- أنواع جرائم القتل وعلاقته بعمر المرأة الجانية

جدول رقم 3- يثل أنواع جرائم القتل وعلاقته بعمر المرأة الجانية

نوع القتل	29-19 سنة	30-39 سنة	40-49 سنة	50 سنة فأكثر	المجموع	%
القتل العمدى	00	06	05	01	12	31.57
قتل الأصول	01	01	01	00	03	07.89
قتل الطفل حديث الولادة	05	03	00	00	08	21.05
الإجهاض	02	01	00	00	03	07.89
المحاولة والتحريض على القتل	00	01	01	00	02	05.26

ويمكن أن نصل في الأخير إلى مكان إقامة المرأة الجانية لا يتعلق بالمدينة أو القرية بقدر ما يتعلق بالطبيعة السوسيو- ثقافية التي يفرضها كلا المكانين في حصول الجريمة أو انخفاضها أو اختفائها

3-3-8- أنواع جرائم القتل وعلاقته الأحكام السابقة للمرأة الجانية

جدول رقم 5- يمثل أنواع جرائم القتل وعلاقته الأحكام السابقة للمرأة

نوع القتل	ابتداء ية **	انتكاس ية **	المجموع	%
القتل العمدي	12	00	12	31.57%
قتل الأصول	3	00	3	7.89%
قتل الطفل	8	00	8	21.05%
حديث الولادة	3	00	3	7.89%
الإجهاض	2	00	2	5.26%
المحاولة والتحرش على القتل	9	1	10	26.31%
الضرب والجرح العمدي	37	1	38	100%
المجموع	97.36%	2.64%	100%	100%

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال نتائج هذا الجدول أن الأحكام السابقة للمرأة الجانية معظمها كانت ابتدائية بنسبة جد عالية (97.36%) في حين حصلت المرأة المنتكسة أي المعاودة للجريمة على أخفض نسبة (2.64%)

تفسير نتائج الجدول : إن نتائج هذا الجدول بينت بوضوح أن المرأة الفاتلة تتميز بصورة مطلقة بأنها ابتدائية أي أنها لا تعاود الفعل الإجرامي وهي ظاهرة تميز المرأة (عدم العود) عموما بخلاف الرجل الذي يكون لديه العود متكررا في الكثير من الجرائم وباختلاف أنواعها خاصة السرقة ، أما المرأة فعموما يتميز سلوكها بعدم تكرار الفعل الإجرامي خاصة بعد تجربة دخول السجن الأولى ، ومرد ذلك أن المرأة لديها قدرة كبيرة على الاستجابة للقوانين والنظم الاجتماعية وكما تبين البحوث الخاصة بالتنشئة الاجتماعية أن المرأة أكثر التزاما تجاه القوانين وأكثر استجابة للأوامر والنواهي التي تفرض من قبل السلطة ، وخاصة إذا ما تعلق الأمر بالسلطة القضائية فمعاودة دخول السجن بالكاد تكون منعومة بعد انقضاء فترة العقوبة أو حتى متهمة دون دليل .

3-3-4- أنواع جرائم القتل وعلاقته الحالة العائلية للجانية

جدول رقم 7- يمثل أنواع جرائم القتل وعلاقته الحالة العائلية للجانية

نوع القتل	عزباء	متزوجة	مطلقة	المجموع	%
القتل العمدي	1	10	1	12	31.57%
قتل الأصول	2	1	00	03	7.89%
قتل الطفل حديث الولادة	5	00	3	08	21.05%
الإجهاض	3	00	00	3	7.89%
المحاولة والتحرش على القتل	00	1	1	2	5.26%
الضرب والجرح العمدي	3	6	1	10	26.31%
المجموع	14	18	06	38	100%
%	36.84%	47.36%	15.79%	100%	100%

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المرأة المتزوجة حصلت على أعلى نسبة (47.36%) ثم تلتها المرأة العازبة

دفاعات قد تكون شرعية أو غير شرعية بالضرب أو الجرح العمدي الذي قد يؤدي إلى الموت أو إحداث عاهة مستديمة وجدير بالذكر في هذا المقام أن هذه النسبة هي الأخرى مضللة لأن ما يحدث في واقع الحياة الاجتماعية هو أكثر بكثير من الأرقام التي بين أيدينا وهي جرائم في الغالب لا يبلغ عنها وعادة ما تسوى بالصلح أو الانفصال التام بين المرأة ومن تعتدي عليهم .

وإذا عدنا إلى الفئة العمرية التي وجدنا من خلالها أن امرأة الثلاثين (العقد الثالث) وكذا امرأة العشرين (العقد الثاني) هي أعلى نسبة في ارتكابها للجرائم المختلفة وهو العمر الذي يكثر فيه احتكاك المرأة بصورة أكبر بالعالم الخارجي من خلال الأدوار المختلفة التي تؤديها أختا وزوجة وأما ، في حين نجد المرأة البالغة من العمر 50 سنة فما فوق فتكاد تكون عندها الجريمة منخفضة وقد يرجع هذا إلى ضعف البنية من جهة ومن جهة أخرى إلى أن المرأة في هذا الدور في مجتمع كالمجتمع الجزائري يفترض فيها النضج التام فهي الأم والزوجة والجدة وقبلها المرشدة والموجهة لسلوك أفراد أسرتها ويعول عليها في كثير من أمور الحياة وبالتالي تكون قدرتها على التحمل أكثر من الأعمار الأخرى .

2-3-8- أنواع جرائم القتل وعلاقته بمكان إقامة الجانية

جدول رقم 4- يمثل أنواع جرائم القتل وعلاقته بمكان إقامة الجانية

نوع القتل	قرية	مدينة	المجموع	%
القتل العمدي	06	06	12	31.57%
قتل الأصول	02	01	03	7.89%
قتل الطفل	08	00	08	21.05%
حديث الولادة	03	00	03	7.99%
الإجهاض	01	01	02	5.26%
المحاولة والتحرش على القتل	04	06	10	26.31%
الضرب والجرح العمدي	24	14	38	100%
المجموع	63.15%	36.85%	100%	100%

التعليق على الجدول: نلاحظ من خلال هذا الجدول أن المرأة التي تقطن القرية أعلى نسبة في جرائم القتل (63.15%) في حين حصلت المرأة التي تقطن المدينة على أخفض نسبة (36.85%) .

تفسير نتائج الجدول : من خلال نتائج هذا الجدول يتبين لنا أن المرأة المقدمة على جريمة القتل والتي تقطن القرية أعلى نسبة من المرأة التي تقطن المدينة ، وأن هذه المرأة أعلى نسبة خاصة فيما يتعلق بجرائم الإجهاض ، قتل الطفل حديث الولادة في حين تساوت مع المرأة التي تقطن المدينة في كل من جرائم القتل العمدي والتحرش على القتل والضرب والجرح العمدي المفضي إلى الموت أو إلى عاهة مستديمة ، وما تفسير ذلك سوى أن المرأة التي تقطن المدينة تعمل القوالب الاجتماعية على صقل سلوكها ونمذجته وفق ما تتطلبه المنطقة فالتشدد فيما يخص الطفل غير الشرعي يكون كبير جدا وبالتالي ضرورة التخلص من هذا الطفل تكون قوية جدا لدى امرأة التي تقطن القرية ، كما أن إمكانية اكتشاف هذه الجريمة كبير نظرا لأن العائلات في القرية تعرف بعضها البعض وأدنى تحرك يثير التساؤل ويجعل الكل يحاول التحري والكشف عن الفاعل ، وهي صفة تغيب في جو المدينة أين تقل التفاعلات بين الأسر والسلوكات المريبة عادة ما لا تعطى أهمية كبيرة فيكون إخفاء الجريمة سهلا وقلما يكشف وهو دليل على أن ارتفاع نسبة هذه الجريمة في القرية أكثر منه في المدينة ليس مرده إلى عدم وجودها في المدينة بقدر ما هو إمكانية التستر على هذه الجريمة يكون سهلا .

نسبة سجلتها المرأة بدون مستوى - الأمية - (60.54%) ثم تلتها المرأة ذات المستوى الأساسي فالابتدائي بنسبة (26.21%) و(13.15%) في حين غابت عن هذه الإحصائيات كل من المرأة ذات المستوى الثانوي والجامعي عن هذا البحث.

تفسير نتائج الجدول: لقد كشف لنا هذا الجدول أن أعلى نسبة سجلتها المرأة الجانية فيما يخص المستوى الدراسي المتدني جدا أي المرأة الأمية ، ثم تليها المرأة ذات المستوى الأساسي فالابتدائي ، في حين المستوى الثانوي أو الجامعي غابت فيه المرأة الجانية في هذه الدراسة. وقد اختلف علماء الإجرام في تحديد الصلة بين التعليم والظاهرة الإجرامية وذهبوا في ذلك مذاهب شتى : (فوزية عبد الستار ص: 182)

المذهب الأول: يرى أنصار هذا المذهب أن التعليم يقلل نسبة ارتكاب الجرائم في المجتمع بما يودعه في نفوس الأفراد من معلومات وقيم ويولد لديهم موانع تحول دون إقدامهم على ارتكاب الجريمة وتقاوم العوامل الإجرامية التي قد تدفعهم إليها وقد دفع ذلك الأديب العالمي فيكتور هيغو في التعبير عن ذلك بقوله "إنشاء مدرسة يعني إغلاق سجن". وقد استند هذا الرأي إلى بعض الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية التي أثبتت أن انتشار التعليم يقابله انخفاض نسبة المجرمين من المتعلمين ، وكذا الإحصاء الإيطالي الذي بين أن مقارنة نسبة إجرام المتعلمين مع غير المتعلمين أثبت أن انتشار التعليم يقابله انخفاض في نسبة الجرائم .

المذهب الثاني: ذهب إلى حد القول بأن التعليم لا يقلل من نسبة الإجرام بل على العكس يزيد من هذه النسبة لأنه يزود الشخص المتعلم بوسائل أكثر نظامية في الإجرام وبأفكار تعينه على ارتكاب الجريمة بأساليب دقيقة يصعب معها اكتشاف المجرم ، وقد استند هذا الرأي إلى إحصاءات أجريت في فرنسا أثبتت أن نسبة المجرمين الأميين قد قلت بانتشار التعليم مما يعني أن نسبة المجرمين المتعلمين إلى مجموع المجرمين قد زادت .

المذهب الثالث: ويرى أن التعليم لا تأثير له على الظاهرة الإجرامية في مجموعها لأنه يمنع من ارتكاب الجريمة في بعض الحالات ويدفع إلى ارتكابها في حالات أخرى، ويستندون في ذلك إلى أن إحصاءات جنائية أجريت في كل من المجر وبلجيكا وبلغاريا أثبتت أن نسبة إجرام الأميين أقل من نسبة إجرام المتعلمين بينما الإحصاءات في كل من النمسا وإيطاليا أن نسبة إجرام الأميين أكثر من نسبة إجرام المتعلمين .

والرأي بالنسبة للبحث الحالي أن للتعليم دور كبير وفعال على الظاهرة الإجرامية التي نحن بصدد دراستها . فالتعليم يمكن أن يفتح ذهن الفرد ويجعله أكثر دقة في اختيار سلوكه وأكثر تقديرا لعواقب فعله خاصة إذا ما تعلق الأمر بجريمة القتل التي تقتربها المرأة . وفي ذلك حاول لمبروزو أن يربط بين نوعية الجريمة والمستوى التعليمي فوجد أن جرائم السرقة أكثر ما تكون لدى المتعلمين بينما جرائم القتل يرتكبها الأميون في الغالب لأن حسب الإحصاءات والأبحاث التي تلت لمبروزو أن إجرام الأميين غالبا تتميز بأنه إجرام عضلي يعتمد على العنف مثل جرائم القتل والسرقة بالإكراه (فوزية عبد الستار ص: 183) وهو ما يتوافق مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية من كون أكثر النساء ارتكابا لجريمة القتل هم من الفئة الأمية .

الخاتمة

في الأخير يمكن القول مهما تعددت الأسباب وتنوعت في محتواها إلا أنه يمكن أن نخلص أن كل عامل من العوامل السالفة الذكر يساهم في دفع المرأة إلى ارتكاب الجريمة سواء كان هذا السبب نوعيا أو اجتماعيا أو نفسيا وحتى اقتصاديا ؛ ويضاف للسبب أو جملة هذه الأسباب استعداد

بنسبة (36.84%) فالمطلقة بنسبة (15.79%) في حين لم يسجل إحصاؤنا للحالات تواجد أي أرملة بين النساء اللواتي اقترفن جريمة القتل .

تفسير نتائج الجدول: يمكن أن نستخلص من نتائج هذا الجدول أن المرأة المتزوجة أكثر ميلا لارتكاب فعل القتل والذي يتبين نوعه من خلال القتل العمدي (الزوج خاصة) فالضرب والجرح العمدي ، ثم تليها المرأة غير المتزوجة (العازبة) والتي تمثلت جريمتها خاصة في قتل الطفل حديث العهد بالولادة ، والإجهاض فقتل الأصول فالضرب والجرح العمدي . أما المرأة المطلقة فجاءت نسبتها ضئيلة من جرائم القتل في حين غابت المرأة الأرملة ولم نسجل حضورها في جرائم القتل في هذه الدراسة .

وهذه النتيجة تتشابه إلى حد كبير مع ما توصل إليه العالم بولاك في دراسته حول البيانات المتاحة عن الحالة الزوجية للذكور والإناث "المجرمين المسجونين" فقد أظهر أن نسبة الإناث المتزوجات أكبر من نسبة الإناث غير المتزوجات وهو وضع يخالف ما هو عليه وضع الذكور الذين بين أن نسبة كبيرة منهم ليسوا متزوجون (سامية حسن الساعاتي ص: 214) ويحاول العلماء تفسير ذلك بالرجوع إلى الخصائص النفسية للمرأة بحيث يرى الكثير من المتخصصين في علم الإجرام أن النساء المجرمات يظهرن قدرة عالية على المراوغة والخداع أكثر مما يظهره الرجال المجرمون والسبب وراء هذا القدر العظيم من المكر والمخادعة يخفي وراء الخصائص النفسية والخلقية من رقة ولبونة والتي تفرض إخفاء السلوكات الانحرافية المختلفة. فالكثير من النساء يستخدمن الخداع والمكر في ارتكاب الكثير من الجرائم أكثر مما يستخدمه الرجال (سامية حسن الساعاتي ص: 208) ، حيث تسمح لها خصائصها النفسية من تمثيل دور الأخلاق والرفقة والمرأة المهذبة والقدرة الكبيرة على إخفاء جو الثقة والأمان والقدرة على المراوغة حتى تستكمل جريمتها التي تقوم بها بأحكام ، وما أصدق من الله قولا حين يقول "إن كيذك عظيم" (سورة يوسف الآية: 28) .

وهي رؤية سلبية تجاه المرأة عموما والمجربة خصوصا حاول العلماء من خلالها أن يرجعوا جريمتها إلى كوامن الخداع والمراوغة التي تمتلكها وربما تناسوا أن هذا المخلوق قد يمر بصعوبات ويساء معاملته ، وقد يُحرم حتى من أبسط حقوقه فما يكون منه إلا سبيل الانحراف طريقا والإجرام منهجا للدفاع أكثر منه سلوكا للهجوم . وربما يفسر لنا ذلك أن المرأة المتزوجة أكثر الأشخاص الذين تقوم بقتلهم هو الزوج وهي جريمة تحمل أكثر من مدلول سيكولوجي وأكثر من بعد سوسيولوجي .

3-5-3- أنواع جرائم القتل وعلاقته بالمستوى التعليمي للجانية

جدول رقم 8- يمثل أنواع جرائم القتل وعلاقته المستوى التعليمي للجانية

نوع القتل	دون مستوى	ابتدائي	متوسط	المجموع	%
القتل العمدي	11	00	1	12	31.57%
قتل الأصول	2	00	1	3	7.89%
قتل الطفل حديث الولادة	4	00	4	8	21.05%
الإجهاض	1	2	00	3	7.89%
المحاولة والتحريض على القتل	1	00	1	2	5.26%
الضرب والجرح العمدي	4	3	3	10	26.31%
المجموع	23	5	10	38	100%
%	60.54%	13.15%	26.21%	100%	100%

التعليق على الجدول: من خلال نتائج هذا الجدول نلاحظ أن أعلى

- (6) حسن عبد الحميد رشوان : **الجريمة دراسة في علم النفس الجنائي**، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر دون سنة : 156
- (7) ميخائيل أسعد : **علم الاضطرابات السلوكية** ، دار الجيل ، بيروت لبنان 1994 ص: 61
- (8) أمال فيطس. **تفاهم الجريمة في الوسط النسوي** ، في جريدة الشروق اليومي الأحد 27 مارس 2005 العدد 1898
- (9) فوزية عبد الستار: **مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب**، دار النهضة العربية بيروت ط5، 1985، ص: 98
- (10) أحمد المجدوب : **المرأة والجريمة** ، دار النهضة العربية القاهرة ، مصر 1976 ص: 31
- 11- شفيق محمد (1978): **الجريمة والمجتمع** ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، مصر: 94
- 12- أبو السعير عبد الرزاق أمين (1994): **العينات وتطبيقاتها في البحوث الاجتماعية** ، الإدارة والبحوث
- الهوامش :**

- * 200 امرأة بدل 230 (الجدول رقم 3) لأنني استبعدت في هذا الإحصاء 30 امرأة تم تبرئتها من قبل العدالة
- ** مكان إقامة المرأة في الجدول أعلاه تتمثل في المدن التالية حسب السجلات :
- ولاية باتنة وبعض ضواحيها (أريس مدوكال، تالخت، أولاد سلام، مروانة، المعذر، بريكة واد الطاقة ...)
 - ولاية بسكرة وبعض ضواحيها (القنطرة، أولاد جلال)
 - ولاية خنشلة وبعض ضواحيها (تاويزانت ، فايس، احامة)
 - ولاية قلمة وبعض ضواحيها (تاملوكة) ولاية أم البواقي وبعض ضواحيها (عين كرشة، عين فكرون) ، - ولاية البليدة ، ولاية تلمسان.
- *** يقصد بالابتدائي : أن الشخص لم يسبق له دخول السجن والإدانة من قبل العدالة
- ويقصد بالانتكاسي : أن الشخص سبق له و أن أدين في قضية أخرى أو دخل السجن بسبب جريمة ما

المرأة إلى ارتكاب الفعل الإجرامي هذا الاستعداد الذي ما إن يجد التربة التي تغذيه حتى يخرج إلى الساحة جريمة خاصة يكون مقترفها "امرأة"

إن ما تم استعراضه في هذه المقاربة يمكننا أن نصل أن التغيرات السريعة التي يشهدها العالم عامة والمجتمع الجزائري على وجه الخصوص يؤثر كثيرا على مكانة المرأة وتطورها وحتى انحرافها ، وما إجرامها إلا إفرازا لجملة هذه المتغيرات التي استعرضناها عبر هذه الدراسة من خلال استقراء العوامل الكامنة خلف إجرام النساء وكذا استتطاق الأرقام التي تسجل عن إجرامهن بالتحليل والتفسير خاصة ما تعلق بأولى الجرائم التي عرفت الإنسانية ألا وهي جريمة "القتل " فبعد التطرق بكثير من التفصيل والتدقيق لبعض الأبعاد الاجتماعية والنفسية لهذه الجريمة عند المرأة في المجتمع الجزائري ، أود أن أشير إلى أهمية مثل هذه الدراسات في البحث السوسولوجي لفهم وكشف عمق ودلالة هذه الظواهر الاجتماعية .

فقد كشفت الدراسة الحالية نتائج أهمها -وخلافا لما هو شائع اجتماعيا- من أن المرأة لا يمكنها أن تقترب جريمة القتل وحتى وإن فعلت فنصيبها منها ضئيل مقارنة بالجرائم الأخرى فقد كانت النتيجة المتوصل إليها من خلال هذا البحث أن جريمة القتل كانت أعلى نسبة في الارتكاب من قبل المرأة مقارنة بالجرائم الأخرى كالسرقة والتشرد والتزوير... الخ.

المراجع المعتمدة :

- (1) سامية حسن الساعاتي : **علم اجتماع المرأة** ، دار الفكر العربي ، القاهرة مصر الطبعة الأولى 1999 ص: 194
- (2) فرانسيس هيدسون، ترجمة: ريهام حسين ابراهيم: **المرأة والجريمة** ، المجلس الأعلى للثقافة والقومي للترجمة مصر 1999 ص: 8
- (3) عمر السعيد رمضان : **دروس في علم الإجرام** ، دار النهضة العربية ، بيروت لبنان 1972 ص: 50
- (4) محمد شفيق : **الجريمة والمجتمع** ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر 1978 ص: 23
- (5) محمد عبد القادر قواسمية: **جنوح الأحداث في التشريع الجزائري** ، المؤسسة الوطنية للكتاب ، الجزائر 1992 ص: 97 ،

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

تحميل حر / Free Download

نذكر أن تنزيل ترجمة مصطلحات كامل الحرف الأول من المعجم الإلكتروني العربي "أ"، المعجم الإلكتروني الإنكليزي "A" والمعجم الإلكتروني الفرنسي "A"، لا يخضع لكلمة عبور (تحميل حر مجاني) :

- "Alif" Letter - Arabic - English - French
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/Alif.aef.pdf>
- "A" Letter - English – French – Arabic
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.efa.pdf>
- "A" Letter - French - English – Arabic
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.pdf>
- "A" Letter - English – French
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.ef.pdf>
- "A" Letter - French – English
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fe.pdf>

CULTURAL PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH PRACTICE IN ARAB CULTURES

PR. ABDEL-SATTAR IBRAHIM, PH.D., ABMPP – CAIRO; EGYPT

drsattaribrahim@yahoo.com

Abstract: Individuals in Arabian cultures, as in any other culture, are forced into different life experiences, and, therefore, deliberately and inadvertently, develop many different and unique cultural values and perspectives. When we practice therapy, these differences must be taken into account before maximum success in therapy can be achieved. This presentation concentrates on exactly this premise. Based on personal practice, anthropological studies, psychosocial research, and personal observations, themes central to four major shared social and psychological characteristics including *religious orientation; communal values; sex taboos; and authority-obedience orientation* have been identified. The role of such dimensions in facilitating or hindering treatment effectiveness as pertain to: *identifying target behavior; selecting treatment techniques; and identifying treatment goals and prognosis criteria* have been analyzed. Illustrative case studies and research findings have been cited in support of our assumptions.

The concept of *culture* has undergone a variety of definitions, most emphasizing it as a shared feature of human groups. One traditional way, which we will be following here, is to deal with this concept as a construct that incorporates the values, beliefs, and behavioral patterns of a people who have lived together in a particular geographic area for a sustained period of time, i.e., at least three or four generations (e.g., Johnson, 1990; Wehrly, 1995). In short, and as Berry (2000, p. 393) put it, culture is a shared way of life among a group of people.

Mental health specialists have just recently been involved in making conscious efforts to incorporate cultural factors into their treatment strategies. The current state of affair in research and practice in psychotherapy and counseling seems to focus on how and in what way culturally determined behavioral patterns may influence the psychological treatment processes. In the last two decades, these *culturally oriented approaches* of psychological treatments have been enriched by many scholarly writings addressing the topic of cross- cultural and multicultural factors in professional practice (e.g., El-Dawla, 2001; El-Islam, 2001; Fish, 1995; Ghubash, 2001; Ibrahim, 2001; Jilek, 2001; Jenkins, 1985; Kiesler, 1966; Sue, 1981).

The culturally oriented approaches of treatment often operate under an acceptable assumption that individuals in any culture are forced into psycho-socially different experiences. Therefore, individuals in any culture, intentionally and unintentionally, develop many different and unique culturally determined behavior patterns and perspectives. To be alert to those factors can be of great value for mental health practice in Arabian countries.

Why Is Culture Beneficial for Mental Health Practice?

The benefits of information about the role of cultural factors in mental health practice are numerous. Johnson (1991), for example, cited proof that the role or function of culture in therapy provides the therapist with a framework to better comprehend

the systems of relationships involved in multicultural practice. Additionally, awareness of cultural patterns plays an important role in determining the relevancy and effectiveness of any therapeutic relationship. Also, the inability to offer culturally relevant treatment is seen by Sue and Zane (1987, p. 45) as the single most important reason ethnic minorities are inadequately served. Further, well gathered knowledge of culture, will alert mental health practitioners to possible problems of credibility.

The Need for Mental Health Services in Arabian Cultures

Literature on the need for mental health services, and in what way these services should be presented in Arabian cultures is almost absent. One basic goal of this presentation is to present an overview of some major empirical psychological, psychiatric, and anthropological research done in Arab countries (e.g., Egypt, Saudi Arabia, Kuwait, and Libya), to identify the need for mental health services in that culture. By and large, psychopathological patterns emerged in Arabian cultures are similar to those usually noted in the West. However, large proportions of mental health problems in Arabian countries receive inadequate psychological care. Further, we aimed to investigate the sensitive role of cultural patterns for providers of mental health services for Arabs.

Conceptual Issues Related To Arabian Culture

At least four major modal personality and behavioral patterns that are relevant for better understanding of Arab patients can be hypothesized as follows:

- (1) Religious orientation
- (2) Orientation toward others, kinship, and communal attachments
- (3) Attitudes, relationships, and dealing with sex subjects and opposite sex, and
- (4) Attitudes, relationships, and dealing with authority figures.

Examining the role of each of these characteristics in practice is in order.

1. Religious Orientation:

Culture has strong impact not only on the beliefs we hold about the supernatural powers and the religion we adopt but also on the way we allow these beliefs and religious faith to impact our daily practices, the way we think, and styles of communication with others including therapeutic relationships.

Generally Arabs are religious. Islam is the major adopted religion in all Arab countries. Arabs' domestic world of relations is deeply affected by Islam in both its great and little traditions. Q'uraan (the *Islamic Holy Book*), and a prayer rug is almost in every Muslim house. As in other cultures, there are, of course, those who do not ordinarily keep a strict religious practices but those individuals follow orthodox practices during periods of religious celebration, such as in the fasting month of Ramadan (Altorki, 1986).

The strong religious orientation of Arabs deserves the attention of any mental health practitioner in Arabian countries. Because religion has such a pervasive influence, the practitioner with a working knowledge of Islamic values and assumptions can capitalize on such part of awareness. It is unfortunate that the training curricula of mental health practitioners in most departments of psychology in its imitation of the Western training methods downplay or ignore the importance of religion as a strong force in dealing with mental health problems in such part of the world.

In practice, it is easy for any practitioner to identify the vital roles of religion in the treatment process starting from identifying the chief complaints through to the choice of effective treatment techniques.

For example, pathological behaviors such as depression, obsession of cleanliness, interpersonal disorders and/or other types of mood alterations are either colored by rigid religious knowledge, or attributed to factors of religious and supernatural nature such as spirits, evil eye, or envy (*hasad*).

For example, the clinical picture of obsessive-compulsive disorder (OCD) in Arabic patients is found in Egypt and Saudi Arabia to be colored by Islamic religious elements (Ibrahim, 2000; Okasha, et al. 1994). Research (Okasha et al, 1994) found that the most commonly occurring compulsions were repeating rituals, cleaning and washing, and contamination: symptoms that clearly reflect the alertness and attachment of Arabs with religion.

Also, similar religious picture colors expressing depression. Research showed that Arabs expressed their depression with more shame than guilt as compared with individuals in the West. Therefore, Psychiatrists argue that one should consider shame a clinical symptom of depression if widely expressed by an Arabic patient. Suicide rates are very low in most research among depressed patients in Arabian countries, and are the lowest ever during the fasting month of Ramadan. This may suggest, at least in part, that religion has a preventive and shielding effect on expressing depression in Islamic cultures.

Because of their strong religious orientation, Arab patients seek professional mental health providers only after they have sought the help of traditional and religious types of healing (Dwairy, 1998; El-Islam, 1982; Okasha, 1977).

Some therapists may mistakenly call for, and may adopt, strong religious tones in their therapeutic practices. Hence, they color their treatment practices with strong tones of religious knowledge by using Q'uraanic verses, the prophet Mohamed sayings (*ahadeeth*), and theological interpretations (*fiqh*.) Although this strategy can, at times, be effective, it may be seen less credible especially by the patient who has already sought help with religious healers. It may be more effective to avoid religious arguments altogether and to reframe the client's problem on a *medicalized* ground. This approach is found to be an effective recognized treatment policy with non Anglo – American ethnic minorities in the US (Sue, Zane, 1987), and can positively influence Arab patients, as well.

2. Orientation toward Others, Kinship, and Communal Attachments:

Sociability is much more important in Arab cultures than in the West (Melikian, 1977; Sharabi & Ani, 1977). Children are reinforced early in life to accept constant togetherness. They are raised to regard wishing to be left alone as odd or bad. Pleasing others, social conformity, and approval seeking are expected to be the socially accepted norm under this type of atmosphere. Social anxiety which is found to be among the most common disorders among Arab students may, at least partially, be related to this factor (Ibrahim, 1991). Chaleby (1987) found that social anxiety constituted 13 percent of the neurotic disorders in the clinical population compared to two percent in the West.

Arabs show their concern for others in many unique positive and/or negative ways. For example, research has shown that in Saudi Arabia, an Arabian culture which encourages strong family ties and kinship, respondents avoided expressing feelings of hostility or aggression toward others. Instead, feelings of hostility are disguised by niceties of behavior (*mujamala*) and conformity (*musayara*). *Musayara* means to get along with others' attitudes, wishes, and expectations through conformity and hiding one's real feelings, thoughts, and attitudes (Dwairy, 1998, p. 83).

Also, one of the main concerns of the Arabian individual is to maintain amiable relationships with others (*mawadda*). The person exercises extreme caution not to hurt the feelings of others or their dignity even when he or she wants to refuse or reject unreasonable requests of others. Refusal of unrealistic demands from others is usually practiced in subtle indirect way including avoidance, too much apology and subtle body language (such as avoidance of eye contact or irrelevant smiling).

It is very important for the mental health practitioners to be aware of these characteristics when they are involved in treating interpersonal and social interaction difficulties including stressed relationships between husbands and wives, parents and children, superiors and employees.

Some behavioral therapeutic techniques such as training for assertiveness, confrontation, refusal responses, and anger-expression should be practiced wisely and carefully. If the basic goal of treatment is to get the client to believe that treatment is realistic and rational, then it would not enhance the therapist's credibility to encourage an Arab to be aggressive toward others such as spouses, superiors, friends, and community.

Clinical examples encountered during our practice provided ample evidence of the potential for productive family participation in the treatment process. The traditional strong

kinship feelings of obligation toward others in the family can be of positive value. Family oriented behavioral modalities of treatment can play a major and positive role in solving both psychological and social problems among Arab patients. Involvement of husbands and parents can particularly enhance the credibility of behavioral approaches of treatment and would find a fertile environment in Arab countries. This is due to the traditional strong feelings of obligation toward others in the family.

The family support does serve an important function in lessening the negative effects of stress and social isolation caused by both mental and emotional disorders. Mental health practitioners will find it helpful to sometimes get extended family members to intervene in solving some marital conflicts and assist in facilitating treatment for children and cases of depression due to divorce, separation, or grief.

It may be argued here that cognitive - behavior therapy techniques such as imagery relaxation can be deliberately formulated to benefit from the strong affiliation tendencies among our Arabian patients. For example, social situations connected with images of affiliation and family gatherings were well received by our patients and judged as soothing, effective and deeply relaxing.

3. Dealing with Opposite Sex, and Sex Subjects:

Subjects of sex in the family are forbidden ones. Expressing sex is coupled by silence, secrecy, and shyness (*a'yab*) even among married Arabs. In more conservative Arabian countries such as Saudi Arabia, women cover their faces with veils in public places and during shopping. Unmarried girls still, although less strictly so, observe the veil especially outside the house. The woman is not even called by her first name; she is called instead as the mother (*umm*) of the first born son (*umm Ahmed*, for example). If her first born is a daughter and not a son, she still should be called by her first available son. Husbands do not mention the names of their wives in public, they refer to them as my people (*aljamaa*). Al- Torki (1986) has found that along the Arabian Gulf countries (Saudi Arabia, Kuwait, Qatar, etc.), visual and physical contact between men and women is strictly controlled by the degree of kinship.

Even in countries such as Egypt, where women enjoy the most favorable condition as compared to other Arabian countries, sex relations are restricted. Public expression of love even between wives and husbands, except for highly educated and Westernized individuals, is not accepted. In fact, chances for marriage can be ruined for unmarried women if seen with a friend male outside her family.

Hakky and Brizzolera (1985) showed that Arab females kept males (friends or not) very far away, which should be considered by the male therapist when dealing with female patients and vice versa. It is more appropriate to maintain a larger personal space zones with opposite sex during treatment sessions. The use of touching as a reinforcement technique may be better avoided or at best practiced very cautiously. It is also desirable to have a male and female therapists sharing treatment sessions with couples who seek sex therapy.

In brief, it is expected from the health practitioners to deal with sex problems very cautiously. Techniques of treating sex difficulties should be realistic and congruent with Arab value system. Involvement in American oriented sex therapy techniques such as those used by Johnson and Johnson can be embarrassing and painful for both the therapist and the partners

involved in the treatment. This is not to mean, however, that therapists should not discuss sex problems or to avoid the common behavioral techniques used in such cases. In cultures where sex education is restricted and sexual knowledge is avoided, sex therapy is vital, useful, and can be effective. A major effort, though, should be made by mental health practitioners to have their clients initiate expressing their problems in this regard.

4. Dealing with Authority Figures:

Both research and casual observations agree that relationships with authority figures in Arabian cultures are vital (Ibrahim, 1982, 1985; Melikian, 1977). Such relationships form a major part of the interpersonal relationships system in Arab countries. Arabs show deep respect and obedience to authority values more than Western cultures.

One major implication of authority orientation is an external locus of control (Phares, 1979); that is the belief to be dominated by outer forces and circumstances. Arab children as well as adults are guided by strict external rules. External authority such as parents and teachers are the agents that ensure fulfillment of the societal norms (Dwairy, 1998, p. 29).

Therapeutically speaking, externals vs. internals are more likely to seek structured and direct types of treatment. Therefore, the more structured and the more directive the therapy is the better. This conclusion is, indeed, consistent with results extracted from other views of health specialists (e.g., Badri, 1979; Cheleby, 1992; West & Al-Kaisi, 1985) who do also agree that structured types of mental health intervention such as behavior therapy, cognitive therapy, chemotherapy, hypnotherapy may prove more effective than those based on nondirective techniques, humanistic client- centered therapy, and psychoanalysis. Chaleby (1992) has found that many Arab mental health specialists, for example, chose cognitive therapy, as the preferred modality of psychological treatment because of its clarity and suitability to the Arabian culture mainly due to its directive role. Some research is badly needed in this part of the world to test the validity of this result.

Identifying of such factors, however, was based on our and others' research and many years of personal and mental health experience with Arabs in Michigan and the Middle East. In the meantime, many assumptions underlying our thinking of these dimensions, integrate with ideas derived from several anthropological, sociological, psychiatric, and psychological notions and research done in Arab countries. The implications of these characteristics in terms of enhancing the role of mental health specialists in providing effective psychological service, and in determining the credibility of his/her psychological approach was discussed. In the authors' opinion, the limited numbers of the mental health providers in Arab countries can achieve a lot of credibility and effectiveness if they integrate their practices with such special cultural patterns characterizing Arabian patients. In fact, the argument that direct treatment approaches (e.g., behavior therapy, cognitive therapy, chemotherapy), compared to other psychoanalytical and/or indirect treatment approaches, are more appropriate for treating Arab clients is acceptable one, because of their compatibility with the cultural values indicated above.

Cultural Considerations in the Treatment Process

Kiesler (1966), almost four decades ago, examined the assumptions underlying practice and research in psychotherapy.

observed that researchers often seem to operate under a "myth of uniformity;" that is the assumption of homogeneity of social groups to respond in the same manner with respect to psychological treatment techniques formulated by most major psychotherapy theories (e.g., psychoanalysis, behavior therapy.) He warned against this assumption, and advised practitioners to take, the differences between social groups, into consideration before maximum success in therapy can be achieved.

One of the basic goals of this presentation is to adopt the same warning and to take into account the cultural differences in Arabian countries to promote effectiveness and credibility in the treatment process. We propose the role of cultural patterns along three stages inherent in the treatment process: (1) identifying target problems, (2) choice of treatment technique (s), and (3) treatment goals.

(1) Identifying Target Problems:

The practitioner who is not aware of the Arabian individual's cultural belief system may find himself *targeting* minor or irrelevant *behavioral problem*. Hence she/he may lose her/his effectiveness and sacrifices her/his credibility. Clients as well known among researchers in the field of psychotherapy and mental health practice conceptualize their problems in a manner consistent and congruent with their culturally built belief system.

Take, for example, the veil function in conservative Arabian cultures such as in some Arabian countries. Veiling for such religious and conservative groups is a social norm. Men and women view it alike as a religious duty. For some, unveiling exposes the woman to "men's eyes." According to Imam al-Ghazali, a famous Muslim scholar, philosopher, and sufi, the eye is undoubtedly an erogenous zone in the Muslim reality. It is accordingly usable to give a sexual pleasure. A man can do as much damage to a woman's honor with his eyes. As if he were to seize hold of her with his hands (quoted in Al-Torki, 1986, pp. 96-97). Therefore, the mental health practitioner who is not alert to this fact may find himself targeting wrong problems with his female patients. A husband of one of the female patients reported a new hired psychiatrist to the administration in a large Arab hospital because he (the psychiatrist) insisted on having the patient uncover her face and remove her veil. As a result the patient was assigned to a new therapist, and shortly after that she prematurely terminated her treatment. Perhaps the doctor in this situation based on his educational background and training in treatment modalities (primarily developed for Anglo-Americans), assumed that he has to have some eye contact, and to watch the patient's facial expression during the session. He probably aimed to facilitate communication, and consequently to achieve an effective treatment relationship. However, he was trapped in targeting a problem that was seen by his patient as minor and incongruent with her problems. It is instructive, therapeutically, to view social norms including veiling and related religious practices as an expression of privacy. To avoid hinging on this and similar types of privacy, we should be able to create culturally and in the same time therapeutically forms of more appropriate patient-therapist relationships.

(2) Treatment Techniques:

The treatment process will negatively suffer if the practitioner requires from the client to practice some *treatment technique* that are culturally unacceptable. A typical case is as follows:

An American lady therapist in Detroit, who was dealing with an Arab married female client, informed the writer that her client

detached herself from the treatment process and almost dropped out of treatment. The therapist felt that her patient should develop more assertive role with her husband who was judged by the therapist as restrictive to the patient. The therapist embarked on teaching the patient some assertive and anger-expression techniques. Obviously, the therapist in this case conceptualized in different terms from that accepted by Arab culture in terms of husband-wife relationships. Among Arabs expression of anger is usually avoided particularly toward the husband. When the therapist was alerted by the author of this fact, she changed her treatment methodology, and adopted instead, a different approach based on involving the husband in couple therapy sessions. Within this framework, the patient began to express her need more securely. Even the husband, who was initially cynical and antagonistic toward the treatment sessions, became more cooperative and started to help his wife develop some social and athletic outings. The treatment process from now on developed to more positive channels. Couple therapy from now on has been adopted as the more effective and accepted modality of treatment for helping this patient to express her needs to her husband.

Similarly, some patterns of behavior among Arabs may be seen as unacceptable and unhealthy if looked at it from a Western viewpoint, but are accepted and seen as healthy and normal from the Arabian individuals. Take, as another example, guilt and shyness: the therapist who would respond strongly to this pattern in Arabic individuals and treat them as pathological would be out of sync. Many Arab people see shyness as a virtuous behavior. In Arab language the word 'hayyaa,' is used as synonymous to shyness and is perceived as a decent, and well-accepted behavioral pattern.

(3) Goals of Treatment:

The credibility will also suffer if *goals of treatment* conceptualized by the mental health specialist are not consistent with those interwoven in the culturally accepted values of the client. If treatment goals of the therapist for his patient are different from those of the patient, the treatment credibility will suffer. Indeed, many patients may prematurely terminate treatment altogether because of the uncomfortable feeling and the embarrassment caused by formulating different goals. This is explained in the following example:

A Saudi female 35 years-old college graduate married to a successful and highly educated man who recently got promoted to a distinguished governmental position. She has a number of complaints including anxiety, feelings of inadequacy, boredom, and weight gaining. She was seen by a psychiatrist before. As indicated by her record, the goal of previous treatment as formulated by her previous psychiatrist was help her gain insight into the deep underlying dynamics concerning her relationship with her husband. The patient described her previous treatment experience as uncomfortable and irrelevant to solving her problems. When I encouraged the patient express her own complaints, a mutual agreement was reached about the main targets and goals of therapy. That was the beginning of a successful acceptance of treatment through applying behavioral therapy techniques including relaxation, building social interaction skills, and managed behavioral marital therapy. She is now enjoying a new job, maintains a good and positive relationship with her husband and children. She has also, completed her MA; a goal that was hindered before because of her anxiety, lacking social skills, and inability to manage her time in a more effective way.

Attending to the patients' concerns is of course one of the basic skills that mental health therapists should be well trained for achieving it. If psychotherapists and mental health practitioners are keen to process any positive changes in their patients, they should be able, in brief, to listen carefully to their patients, and give ample time to formulate mutually accepted treatment goals.

References

- ABEL, T. & METRAUX, R. (1974). *Culture and psychotherapy*. New Haven: College and University Press.
- AL-TTORKI, S. (1986). *Women In Saudi Arabia: Ideology and behavior among the elite*. New York: Columbia University Press.
- BADRI, M. (1979). *The dilemma of Muslim psychologists*. London: MWH Publishers.
- BROWN, N. (1996). personal correspondence.
- BERRY, J. (2000). Culture (pp. 392-400). In A. Kazdin (Ed.). *Encyclopedia of psychology*, Vol.2. American Psychological Association: Oxford University Press
- CHALEBY, K. (1986). Psychosocial stresses and psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi Arabia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 147-151.
- CHALEBY, K. (1992). Psychotherapy with Arab patients: Toward a culturally oriented technique. *The Arab Journal of Psychiatry*, 3, 1, 16-27.
- CHUNN, J. C., DUNSTON, P. J., & ROSS-SHERIFF, F. (Eds.) (1988). *Mental health and people of color*. Washington, D.C.: Howard University Press.
- FARRAG, M. F. (1987). Dimensions of personality in Saudi Arabia. *Personality and Individual Differences*, 8, 951-953.
- El-Din, A. (2001). Child Psychiatry in the Arab world. . In A. Okasha and M. Maj (eds.) *Psychiatry: An Arab Perspective*. England, London: World Psychiatric Association.
- El-Islam, F. (2001). Social psychiatry and the Impact of religion. In A. Okasha and M. Maj (eds.) *Psychiatry: An Arab Perspective*. England, London: World Psychiatric Association.
- FISH, J. M. (1995). Solution focused therapy in global perspective. *World Psychology*, 1, 2, 43-69.
- Ghubash, R. (2001). Epidemiological studies in the Arab World. . In A. Okasha and M. Maj (eds.) *Psychiatry: An Arab Perspective*. England, London: World Psychiatric Association.
- Ghubash, R. (2001). Epidemiological studies in the Arab World. . In A. Okasha and M. Maj (eds.) *Psychiatry: An Arab Perspective*. England, London: World Psychiatric Association.
- GORKIN, N. (1986). Countertransference in cross-cultural psychotherapy: The example of Jewish therapist and Arab patient. *Psychiatry International and Biological Processes*, 49, 69-79.
- HADI, F. A. (1995, April). *The influence of the Gulf crisis on Kuwaiti children and their families*. Paper presented at the Second International Mental Health Conference in the State of Kuwait, Kuwait. (In Arabic).
- HERSEN, N., KAZDIN, A., & BELLACK, A. (1986). *The clinical psychology handbook* (Eds.) Pergamon Press.
- IBRAHIM, A-S. (1977). Dogmatism and related personality factors among Egyptian university students. *Journal of Psychology*, 95, 213-215.
- IBRAHIM, A-S. (1979). Extroversion and neuroticism across cultures. *Psychological Reports*, 44, 799-603.
- IBRAHIM, A-S. (1982). The factorial structure of the Eysenck Personality Questionnaire among Egyptian university students. *Journal of Psychology*, 112, 221-226.
- IBRAHIM, A-S. (1985). *The search for power: The authoritarian attitude in personality and social life*. Cairo: The Arabian Center for Research, Translation, and Publishing. (In Arabic).
- IBRAHIM, A-S. (1991). *Anxiety: Chains of illusion*. Cairo: Dar Al-Hilal. (In Arabic).
- IBRAHIM, A-S. (2001). Cultural considerations in psycho-behavioral therapy practice in Arab countries.
- Paper presented at the APA 2001 Annual Meeting, CA: San Francisco
- IBRAHIM, A-S., & IBRAHIM, R. M. (1993). Is psychotherapy really needed in nonwestern cultures? The case of Arab countries. *Psychological Reports*, 72, 881-682.
- IBRAHIM, A-S. & AL-NAFFIE, A. (1991). Perception and concern about socio-cultural change and psychopathology in Saudi Arabia. *The Journal of Social Psychology*, 13, 179-186.
- IBRAHIM, A-S., & IBRAHIM, R. (1995, April). *An Arabian experience with behavior therapy*. Paper presented at the Second International Mental Health Conference in the State of Kuwait, Kuwait. (In Arabic).
- IBRAHIM, A-S., & IBRAHIM, R. M. (1996). *Depression, hostility, anxiety, and related psychopathological dimensions in Saudi females*. Unpublished manuscript.
- IBRAHIM, R. M. (1992). Socio-demographic aspects of depressive symptomatology: cross-cultural comparisons. *Dissertation Abstracts International*, 51, 12.
- JENKINS, A. H. (1985). Attending to self-activity in the Afro-American client. *Psychotherapy*, 22, 335-341.

- JILEK, W.G. (2001). Cultural factors in psychiatric disorders. Paper presented at the 26th Congress of the World Federation for Mental Health, July 2001.
- KHALIK, A. M. (1994). The developmental study of anxiety. *The Annals of the Faculty of Arts*, University of Kuwait, Kuwait. 14, (whole No. 90). (In Arabic).
- KHALIK, A. M., & EYSENCK, S. B. J. (1983). A cross-cultural study of personality: Egypt and England. *Research in Behavior & Personality*, 3, 215-226.
- KHALIK, A. M., IBRAHIM, A-S., & BUDICK, M. (1986). The factorial structure of the Eysenck Personality Questionnaire and the 16th personality factors: Comparison among factors. *Journal of Personality and Individual Differences*, 7, 65-72.
- KIESLER D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- LIBERMAN P. P. (1994). Treatment and rehabilitation of the seriously mentally ill In China: Impressions of a society in transition. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 68-77.
- MASS, H., & EL-KRENAWI, A. (1994). When a man encounters a woman, Satan is also present: Clinical relationships in Bedouin society. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, (3) , 357-367.
- MELIKIAN, L. H. (1977). The modal personality of Saudi College students (pp. 166-209).
- In L. C. Brown & N. Itzkowitz (Eds.) *Psychological dimensions of Near Eastern studies*. New Jersey: The Darwin Press.
- PADILLA, A. N., PUIZ, R. A., & ALVAREZ, P. A. (1975). Community mental health services for Spanish-speaking surnamed population. *American Psychologist*, 30, 892-905.
- PERNAL, H. E., & PADILLA, A. H. (1983). Status of minority curricula and training in clinical psychology. *American Psychologist*, 37, 780-787.
- PHARES, E. J. (1979). *Clinical psychology: concepts, methods, and profession*. Homewood, Ill.: The Dorsey Press.
- RIDLEY, C. P., MENDOZA, D. W., & KANITZ, B. E. (1994). Multicultural training: Reexamination, operationalization, and integration. *The Counseling Psychologist*, 22, 227-289.
- RUFAIE, O. E. F., & MEDINY, N. S. (1991). Psychiatric inpatients In a general teaching hospital: An experience from Saudi Arabia. *Arab Journal of Psychiatry*, 2, 138-145.
- RUFAIE, O. E. F., & ABSOOD, O. (1994). Depression In primary health care. *Arab Journal of Psychiatry*, 5, 39-47.
- SANDERS, S. L., HAKKY, U. N., & BRIZZOLERA, M. N. (1985). Personal space amongst Arabs and Americans. *International Journal of Psychology*, 20, 13-17.
- SHARABI, H., & ANI, N. (1977). Impact of class and culture on social behavior: The feudal-bourgeois family in Arab society (pp. 240-256). In L. C. Brown & N. Itzkowitz (Eds.), *Psychological dimensions of Near Eastern studies*. New Jersey: Darwin Press.
- STAUB, E. (1996). Cultural societal roots of violence: The examples of genocidal violence and contemporary youth violence in the United States. *American Psychologist*, 51, 117-132.
- SUE, S. (1977). Community mental health services to minority groups: Some optimism, some pessimism. *American Psychologist*, 32, 616-624.
- SUE, S. (1981). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley.
- SUE, S., & MORISHIMA, J. K. (1982). *The mental health Asian Americans*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SUE, S., & ZANE, N. (1987). The role of cultural techniques in psychotherapy. *American Psychologist*, 42, 1, 37-45.
- VALSINER, J. (2000). Cultural psychology (pp. 389-392). In A. Kazdin (Ed.). *Encyclopedia of psychology*, Vol.2. American Psychological Association: Oxford University Press WEST, S., & AL-KAISI, H. H. (1985). Comparison of depression symptomatology between Saudi and American psychiatric outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 31, 230-235.
- WYATT, G., & PARHAM, W. D. (1985). The inclusion of culturally sensitive course material in graduate school and training programs. *Psychotherapy*, 22, 461-468.

الكتاب الذهبي للأطباء النفسيين

www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

الكتاب الذهبي لأساتذة علم النفس

www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

SIEGE AND QUALITY OF LIFE OF PALESTINIANS IN THE GAZA STRIP

THABET A.A., CONSULTANT CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIST & SENIOR RESEARCHER

ABU TAWAHINA A., CLINICAL PSYCHOLOGIST

EYAD EL SARRAJ, CONSULTANT PSYCHIATRIST, GAZA COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAMME

PANDOS VOSTANIS, PROFESSOR OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, UNIVERSITY OF LEICESTER,

GREENWOOD INSTITUTE OF CHILD HEALTH, WESTCOTES HOUSE, WESTCOTES DRIVE, LEICESTER LE2 0QU, UK

abdelaziz@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate impact of siege on Palestinians live in Gaza Strip and quality of life.

Methods: A random sample of 386 subject were selected from the entire Gaza Strip. The age ranged from 18 to 64 years with mean age was 41.53 years. The subjects were interviewed using self administrated questionnaire which include sociodemographic scale, Impact of Siege on Gaza Checklist, and World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

Results : The results showed that impact of siege items were: prices are sharply increased (97.67%), I feel I am in a big prison (92.23%), I can not find things I need in the market (91.70%), I quitted some purchased daily needs (88.30%), and social visits are less than before (85.23%). No statistically significant sex differences in mean impact of siege. The results showed that only 11.8% of Palestinians were satisfied with their general health and only 8% said that they enjoy their life. Out of them, 38.9% were satisfied with their personal relationships, 30.91% had negative feelings, such as blue mood, despair, anxiety, depression, 30.5% satisfied with their spirituality, religion and personal beliefs, 29.09% satisfied with their bodily appearance, and 26.5% had pain and discomfort. The results showed that quality of life scores mean was 64.19, psychical domain mean was 18.37, psychological domain mean was 17.67, social domain mean was 8.71, and environmental domain mean was 19.47. Males scored more in social domain. The results showed that there were statistically significant negative correlation between total siege scores and quality of life in which people that scored more in siege items had less total quality of life, physical domain, psychological domain, social domain, and environmental domain. The following items of impact of siege were predicated bad QOL suffering of being not able to receive proper medical care, can not find some of the necessary things for my children (Milk, napkins, etc), feel in a big prison, went to Zakat organizations and other organizations to get the food, and started doing the papers for immigration.

Conclusion: The results of this study that impact of siege is so obvious in Palestinians live in Gaza Strip and bad quality of life is expected if people are not able to receive medical care, can not find necessary things, stocked in Gaza and feel as in prison, being dependent in food from NGOs.

Key word: Siege, quality of life, Gaza Strip

Introduction

With a population of 1,416, 546 million people, Palestinian Central Bureau of Statistics estimations indicate that the population density in the Palestinian Territory was 625 persons/km² in the end of 2007. In the West Bank, the density was 415 persons/km² while in Gaza Strip, the density raised to 3,881 persons/km². In Israel the population density in 2007 was approximately 317 person/km² of Arabs and Jews. (http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_pcbs/PressRelease/env_day_e.pdf)

Seventy-eight percent of the population within Gaza are refugees and over half of the one million registered refugees are crammed into eight refugee camps managed by the United Nations Relief and Works Agency (UNRWA, 2006).

Gaza population is considered as young society as almost half the population of the Gaza Strip is under the age of 15 years. This is likely to increase in the near future, because of the annual rate of population growth (6%). Children living in the Gaza Strip have been exposed to and are suffering from a range of trauma and abuse, which out them at high risk factor for the development of mental health problems in young life and their continuation into adulthood and the next generation of parents.

Eighty percent of the population in Gaza falls below the poverty line of US\$2 per day (up from 30 percent in 2000) and the unemployment level stands at approximately 50 percent. In addition, people in Gaza have been subject to military occupation, causing significant psychological trauma, particularly for children (PCBS, 2006).

Since the beginning of 2006 the situation has become more uncertain and only can be viewed with concern by the international organizations working in the West Bank and Gaza Strip. Specifically, this uncertainty is based on the results of the Palestinian Legislative Council elections at the end of January 2006 – in which the Islamic Resistance Movement (Hamas) won 74 of the 132 seats. Following this election, the

international community, through public statements issued by the Quartet for the Gaza Disengagement, the United Nations (UN) and the European Union (EU) have asked the future Hamas-led government to commit to non-violence, to the recognition of Israel and to the acceptance of previous obligations (the Roadmap) in order to allow international donors to continue providing funds to the PA. Israel has announced that it will withhold monthly tax payments to the PA, amounting to between US\$ 50 million and US\$ 65 million per month and constituting about two-thirds of the income derived from Palestinian economic activity (WHO, 2006).

The last six months of 2006 were characterized by the escalation of the crisis after the capture of an Israeli soldier by a Palestinian militant group in Gaza. Consequently, Israel started the Summer Rains campaign and imposed strict closure by sealing off the entire Gaza Strip. This included closing the Rafah and Karni crossings for prolonged period of times, and resulted in huge humanitarian suffering for the whole Palestinian population. Israel has also committed major military offences including a massacre in Beit Hanoun village in north of Gaza Strip, with over 20 victims. More than 400 people were killed and thousands were injured. The current crisis can be highlighted by several miseries. Though the impact varied between Gaza and the West Bank, both Gaza and the West Bank suffered from the intensification of Israeli military operations, and the suspension of the transfer of the PNA dues which lead to the suspension of civil servants' salaries. Gaza also suffered from resumption of sonic booms, the shortage of food, fuel and Medical supplies, and the destruction of Electricity Station.

There was also a sharp increase of the state of lawlessness, insecurity and the misuse of weapons which resulted in bloody clashes between Fatah and Hamas, and resulted in the death of more than 200 people. There were also familial clashes and conflicts.

This has led to paralysis in civil and governmental institutions, i.e. government services, judiciary, PLC, schools, etc.

In early June, 2007, gunfire and rocket propelled grenades could be heard from the streets of Gaza City. In half a year, more than 150 Palestinians have been killed in fighting; sparking the fear a civil war could erupt in the Palestinian Authorities, and especially in Gaza. Another round of fighting began on June 10 and ended on June 14, 2007. Throughout the four days of fighting, Hamas had taken control of the Gaza Strip from Beit Hanoun in the north to Rafah in the south. The Israeli government closed all check-points on the borders of Gaza in response to the violence. During the four days of intense fighting at least 116 people were killed. On September 19, 2007 Israel's Security Cabinet voted to declare the militant Hamas-controlled Gaza Strip an "enemy entity" and enacted a number of sanctions. Among the sanctions approved by the Cabinet was reducing the fuel supply to a bare minimum. Only essential food and medical supplies would be permitted to enter the Strip and electricity would also be reduced. From that time till today the siege of Gaza was tightened and this was escalated in the last 2 months in which fuel shortage problem and closure of borders became the main issue of discussion in the Gaza Strip. The above mention issues raised the issue of quality of life people in Gaza Strip have in the last 8 years

Quality of life refers to a subjective evaluation, which is embedded in a cultural, social, and environmental context. The World Health Organization (WHO) has defined quality of life as an individual's perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns (WHO, 1995). Because of its multi-dimensional nature, it cannot be equated simply with the terms 'health status', 'life style', 'life satisfaction', 'mental state' or 'well-being'. There is considerable debate about the definition of quality of life. It is frequently confused with standard of living; square feet of living space in Tokyo and Los Angeles provide a comparative illustration of why such indicators have not succeeded in measuring quality of life cross-culturally. It is the meaning of these resources or conditions that tell us about quality of life and, inevitably, these meanings will be grounded in cultural values. Indeed, many items are claimed to be quality-of-life indicators, although these claims are equivocal. For instance, in a review of recent clinical trials, Hunt (1998) noted that the measurement of quality of life has been variously confused with the incidence of psychiatric morbidity, number and severity of symptoms, cognitive ability, social contact, the ability to work, and physical capacity.

Giacaman et al (2007) conducted focus group discussions with individuals living in the Gaza Strip and Ramallah District of the West Bank using open-ended questions. Participants were then presented with the WHOQOL-BREF questions and requested to assess their relevance and importance in determining their own QOL, a total of 150 men and women of various ages and socioeconomic classes participated in the study. A major finding is the all-encompassing impact of the political context on Palestinians' QOL assessment. The study demonstrates that political freedom, self-determination, participation in democratic processes and feeling involved in political decision-making are considered important contributors to people's QOL.

Bayram et al (2007) in a study too assess quality of life among Turkish immigrants in Sweden by using the WHOQOL-100 scale and to evaluate the domains' contribution to explain the variance in the quality of life of the immigrants found that the quality of life among the sample of Turkish immigrants was found to be moderate, but higher than the sample of the Turkish population. The quality of life of male immigrants was found to be higher than for females. Swedish-born Turks had better quality of life perceptions.

Lilecia et al (2008) in a study aimed to investigate the relationship between socio-demographic factors, health-related behaviors, residents' satisfaction, and functional disability levels among 107 elderly people living in nursing homes in Turkey using the World Health Organization's Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF).

The mean WHOQOL-BREF scores were significantly higher in participants who had independence in performing (bathing, dressing, toileting, transfer, continence, feeding) It was found that WHOQOL-BREF scores were positively associated with having physical exercise habits and residents' satisfaction with nursing homes; being dependent in dressing were significant predictors of in the study. Residents' satisfaction from living nursing homes and participation in physical exercise were significant predictors of WHOQOL-BREF scores for those that participated in this study.

The aim of the study was to investigate types and severity of siege on Palestinians live in Gaza Strip and quality of life.

Methods

Subjects

The study sample consisted of 400 adults' age range (18-64 years) who were selected randomly from a community base sample process representing the five geographical area of the Gaza Strip with similar socioeconomic and cultural characteristics.

Procedure

We selected the study sample randomly according to the population census in The Gaza Strip. Before we started the data collection, we conducted training for 4 hours for 15 mental health professionals working in the area had previous experience in data collection (5 social workers, 4 psychologist, 2 nurses, and 3 physicians). We explained to them the aim of the study and give them prepared list of number of adults (males and females) included in the study to be interviewed. In selecting the sample the area was divided each geographical area into blocks and from each block, one street was chosen, from each street, every other 15 house was approached for the data collection. The data collectors interviewed the subjects in individual base setting inside their homes. A cover letter was given to each subject explaining the aim of the study and a written permission from them to participate in the study was issued. The data collection was carried out from March 2008 to April 2008. Each interview took 2 hours.

Instruments

Sociodemographic variables:

The sociodemographic variables were collected using scale include age, sex, marital status, education, and occupation.

Gaza Siege Checklist (GCMHP, 2008)

This checklist consisted of 21 items covering a wide range of daily life situation affected by Gaza Siege including the family, health, education, social life, and economic issues. This scale was developed after conducting a focus group for 20 professionals working in different sectors of health, education, social services, and economic sectors. In this study, the split half reliability of the scale was high ($r = .75$). The internal consistency of the scale was calculated using Chronbach's alpha, and was also high ($\alpha = .69$).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

The WHOQOL-BREF was developed from the WHOQOL-100, a cross-cultural QOL

Instrument developed by the World Health Organization (WHO) for assessing individuals' subjective perception and feelings of life. The WHOQOL-100 contains 100 items for 25 facets (24 domain-specific facets and one general facet) covering six domains, including physical health, psychological state, level of independence, social relations, personal beliefs, and environment (The WHOQOL Group 1994). However, the WHOQOL-100 is too lengthy for some uses, for example, in large epidemiological studies where QOL is only one variable of interest or in clinical evaluations where patients did not have enough time or ability to complete all items. Thus, the WHOQOL-100 was simplified into a brief version, called the WHOQOL-BREF, by selecting 24 items from 24 facets (one item per facet) and two items from the general facet (Skevington et al, 2003). These 24 items covers four domains, including physical health, psychological state, social relations, and environment. These four domain scores were used to indicate an individual's QOL (Skevington et al, 2003). Since then, the

WHOQOL- BREF was commonly applied to academic research, clinical evaluation, cross culture comparison, and so on. The participants rated each item on a 5-point scale ranging from (1) not at all satisfied to (5) very satisfied. The WHOQOL has been found to be valid (discrimination validity) and reliable in a Palestinian epidemiological study (Quota & El-Masri, 1999). In this study, the split half reliability of the scale was high ($r = .74$). The internal consistency of the scale was calculated using Chronbach's alpha, and was also high ($\alpha = .82$).

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 14 for data entry and analysis. The chi-squared likelihood ratio was calculated for comparison of categorical variables, and the T- independent test, ANOVA tests for between-group comparison of continuous variables. Kruskal-Wallis non-parametric tests were conduct to test comparison between-group comparison of non-continuous variables. Spearman's correlation coefficient tested the association between numbers of siege scores, WHOQOL scores, as these were not normally distributed. Linear regression investigated the association between independent (siege items and sociodemographic variables) and dependent variables (WHOQOL).

Results

Sociodemographic characteristic of the study

The sample responded to the interview were 386 subject with response rate of 95.4%, it consisted of 201 male (52.07%) and 185 females (47.93%). The age ranged from 18 to 64 years with mean age was 41.53 years (SD =7.84). According to place of residence 16.58% were from North Gaza, 36.79% were from Gaza area, 13.99% from Middle area, 20.73% from Khan Younis area, and 11.92% were from Rafah area (south of Gaza). According to type of residence, 57.25% live in cities, 10.10% live in villages, and 32.64% live in camps. According to citizenship 73.58% were refugee and 26.42% were citizens. According to marital status, 94.30% were married, 3.89% were widowed, and 1.81% of them were divorced. According to level of education 1.30% were not educated, 8.81% finished preparatory school, 19.69% finished primary school, 34.46% finished secondary school, 31.61% had university degree, 3.63% had Master degree, and 0.52% had PhD degree. In regard to the job, 38.7% were housewives, 18.4% were unemployed, and 32.1% were civil employee, while farmers, skilled workers, simple worker each were 2.1%.

Table 1
Sociodemographic Characteristics of study population (N = 386)

	No	%
1. Sex		
Male	201	52.07
Female	185	47.93
2. Age		
Mean = 41.53 (SD = 7.48)		
3. Place of residence		
North Gaza	64	16.58
Gaza	142	36.79
Middle area	54	13.99
Khan Younis	80	20.73
Rafah area	46	11.92

4. Type of residence		
City	221	57.25
Village	39	10.10
Camp	126	32.64
5. Citizenship		
Refugee	284	73.58
Citizen	102	26.42
6. Marital status		
Married	364	94.30
Widowed	15	3.89
Divorced	7	1.81
7. Education of the household		
Uneducated	5	1.30
Preparatory	34	8.81
Primary	76	19.69
Secondary	133	34.46
University	122	31.61
Master degree	14	3.63
PhD	2	0.52
8. Job		
Housewives	147	38.7
Employee	122	32.1
Unemployed	70	18.4
Farmer	8	2.1
Skilled worker	8	2.1
Simple worker	8	2.1
Merchant	5	1.3
Others	12	3.2

Economic and health status due to siege

Our results showed that 72 of the sample were unemployed due to siege (18.8%), 164 were unemployed before the siege (42.7%), 83 had chronic illness and can not treated (21.5%), and 97 one of the family members had chronic illness and can not treated (25.1%).

Table 2: Economic and health variables

	Yes		No	
	No	%	No	%
Unemployed due to siege	72	18.8	148	38.5
Unemployed before	164	42.7	0	0
Had chronic illness and can not treated	83	21.5	303	78.5
Family member had chronic illness and can not treated	97	25.1	289	74.9

Frequency of impact of siege of Gaza

The results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (97.67%), I feel I am in a big prison (92.23%), I can not find things I need in the market (91.70%), I quitted some purchased daily needs (88.30%), and social visits are less than before (85.23%). While least common reported items were: I started doing the papers for immigration (16.10%) and one of the family member died due to prevention of traveling for treatment (13.80%). The siege items ranged from 0- 21 with mean siege was 12.

Table 3 : Frequency of Impact of siege of Gaza items

	Yes		No	
	N	%	N	%
1. Prices are sharply increased	377	97.67	9	2.33
2. I feel I am in a big prison	356	92.23	28	7.29
3. I can not find things I need in the market	353	91.70	32	8.29
4. I quitted some purchased daily needs	339	88.30	45	11.66
5. Social visits are less than before	329	85.23	57	14.77
6. I can not find some of the necessary things for my children (Milk, baby napkins, etc.)	308	80.20	76	19.80
7. I can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials	298	77.60	86	22.40
8. My work affected so much due to cut-off of electricity	294	76.36	90	23.38
9. My monthly income decreased	276	72.50	105	27.20
10. My work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials	262	67.88	124	32.12
11. I was not able to reach a place I planned to go to	230	59.90	154	40.10
12. I sold some of my furniture and wife gold.	211	54.66	175	45.34
13. I thought of immigration	174	45.31	210	54.69
14. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	169	43.78	217	56.22
15. I need to travel outside the Gaza Strip and can not	166	43.01	220	56.99
16. I stopped completely working	158	41.60	222	58.60
17. I had suffering of not able to receive proper medical care	158	41.00	227	58.96
18. I was prevented from visiting one of the family members in Israelis jails	131	34.03	254	65.97
19. I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	125	32.47	260	67.53
20. I started doing the papers for immigration	62	16.10	323	83.90
21. One of the family member died due to prevention of traveling for treatment	53	13.80	331	86.20

Siege and sociodemographic variables

In order to find the differences in siege as dependent variable and other sociodemographic variables such as sex, place of residence, citizenship, and marital status, Independent Samples Test for sex differences in total siege and ANOVA were conducted:

Sex and siege

T independent test was conducted in which total siege was the dependent variable and sex as independent variable. The results showed no statistically significant sex differences in mean siege (Male vs. Female) (12.87 vs. 12.17) ($t=1.85$, $p=0.06$).

Table 4: T independent test of sex and total siege (N= 386)

	N	Mean	SD	T	p
1. Sex					
Male	188	12.87	4.029	1.857	0.06
Female	198	12.17	3.366		
2.Citizenship					
Refugee	284	12.41	3.62	-.828	0.40
Citizen	102	12.77	3.97		

Place of residence and Siege

In order to find the place of residence of the study subjects (city, village, and camp) and siege items, ANOVA was conducted in which siege total scores were the dependent variables and place of residence as the independent variables.

Post hoc test showed no statistically significant differences in siege scores in relation to place of residence (City, camp. and village) ($F=0.86$, $p=0.42$).

Table 5: ANOVA for Siege total and place of residence

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23.97	2	11.98	.86	.42
Within Groups	5292.45	383	13.81		
Total	5316.42	385			

Marital status and siege

Another ANOVA test was done. Post hoc results showed no differences in total siege according to marital status (single, married, divorced, widowed) ($F=0.86$, $p=0.42$).

Table 6: ANOVA of marital status and total siege

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	7.11	2	3.55	.25	.77
Within Groups	5309.31	383	13.86		
Total	5316.43	385			

World Health Organization Quality of Life results- 24 items

The results showed that only 11.8% of Palestinians were satisfied with their general health and only 8% said that they enjoy their life.

In this study the highest percentage of quality of life items were measure by summing 4+5 (good QOL): 38.9% were satisfied with their personal relationships, 30.91% had negative feelings, such as blue mood, despair, anxiety, depression, 30.5% satisfied with their spirituality, religion and personal

beliefs, 29.09% satisfied with their bodily appearance, and 26.5% had pain and discomfort. While the least frequent items of quality of life were: 3.38% have the opportunity for leisure activities, 5.76% were satisfied with the conditions of living place, 8.83% have access to health and social care, 8.83% have enough money to meet their needs, 9.09% were satisfied with transport.

Table 8 : Frequency responses (%) for items of the WHOQOL (N = 386)

Scale points/domains and facets	1Poor QOL	2	3	4	5 Good QOL
A. Evaluation of life	10.2	17.8	60.2	7.9	3.9
B. Enjoy life	17.4	35.8	38.7	6.2	1.8
1. Physical health activities of daily living					
Pain and discomfort	11.17	38.18	24.16	21.82	4.68
Dependence on medicinal substances and medical aids	19.63	40.58	26.96	9.69	3.14
3. Energy and fatigue	2.33	43.78	38.34	12.95	2.59
Mobility	7.55	44.79	37.5	7.29	2.86
5. Sleep and rest	6.49	44.68	38.18	8.05	2.6
6. Activities of daily living	4.68	37.4	42.34	12.99	2.6
7. Working capacity	9.11	26.04	42.97	17.97	3.91
2. Psychological bodily image and appearance					
8. Positive feelings	8.03	34.46	33.94	18.13	5.44
9. Thinking, learning, memory and concentration	2.86	30.73	50.26	12.5	3.65
10. Body image	5.19	14.81	50.91	19.22	9.87
11. Self-esteem	7.31	24.54	39.43	22.72	1.82
12. Negative feelings	8.83	32.99	27.27	23.9	7.01
13. Spirituality, religion and personal beliefs	4.4	22.54	42.49	19.95	10.62
3. Social relationships personal relationships					
14. Sexual activity	9.19	22.05	45.67	15.75	7.35
15. Personal relationships	4.96	16.19	39.95	31.33	7.57
16. Social support	11.66	33.94	38.34	11.92	4.15
4. Environment financial resources					
17. Financial resources	11.95	48.31	30.91	7.01	1.82
18. Opportunities for acquiring new information and skills	5.19	35.06	48.57	9.35	1.82
19. Recreation and leisure	24.94	51.17	20.52	2.6	0.78
20. Physical environment (pollution / noise / traffic / climate)	21.5	28.5	32.64	13.21	4.15
21. Health and social care: accessibility and quality	8.31	40	42.86	6.49	2.34
22. Transport	11.17	45.19	34.55	7.01	2.08
23. Home environment	11.52	40.05	42.67	4.19	1.57
24. Freedom, physical safety and security	15.28	38.34	32.9	9.59	3.89

Means and Standard deviations of the WHOQOL and subscales

The results showed that the subjects of the sample quality of life scores ranged from 31 to 100 (mean = 64.19, SD = 9.67), psychical domain ranged from 7-28 (mean = 18.37, SD = 2.95), psychological domain ranged from 7-27 (mean = 17.67, SD = 3.01), social domain ranged from 3-15 (mean = 8.71, SD = 2.26), and environmental domain ranged from 9-34 (mean = 19.47, SD = 4.28).

Table 9: Means and Standard deviations of QOL and subscales

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Quality of life-Total	359	31.00	100.00	64.19	9.67
Physical domain	375	7.00	28.00	18.37	2.95
Psychological domain	379	7.00	27.00	17.67	3.01
Social domain	378	3.00	15.00	8.71	2.26
Environmental domain	379	9.00	34.00	19.47	4.28

Sex differences in Quality of Life

In order to find differences in gender and quality of life, T independent test was conducted in which total quality of life (24 items) and 4 domains were entered separately as the dependent variable and sex as independent variable. The results showed no statistically significant sex differences in mean quality of life (Male vs. Female) (64.20 vs. 64.19) ($t = 0.01$, $p = 0.99$), physical, psychological, and environmental domain. However, there was statistically significantly difference toward males in social domain ($t = 2.16$, $p = 0.03$).

Table 10: T independent test of differences between sex and quality of life

	Sex	N	Mean	SD	t	p
Total WHOQOL	Male	178	64.20	10.12	.01	.99
	Female	181	64.19	9.23		
Physical Domain	Male	184	18.18	3.02	-1.16	.25
	Female	191	18.54	2.88		
Psychological domain	Male	184	17.64	2.88	-1.18	.86
	Female	195	17.70	3.14		
Social domain	Male	186	8.96	2.31	2.16	.03
	Female	192	8.46	2.18		
Environment domain	Male	187	19.30	4.36	-.73	.47
	Female	192	19.63	4.19		

Differences in quality of life and citizenship (refugee and citizen)

In order to find differences in citizenship (refugee and citizen) and quality of life, T independent test was conducted in which total quality of life (24 items) and 4 domains were entered separately as the dependent variable and citizenship (refugee and citizen) as

independent variable. The results showed no statistically significant between refugee and citizens in mean quality of life (refugee vs. citizen) (63.41 vs. 63.82) ($t = -0.34$, $p = 0.73$), physical, psychological, social domain, and environmental domain.

Table 10: T independent test of differences between citizenship state and quality of life

	Citizenship	N	Mean	SD	t	P
Total WHOQOL	Refugee	266	64.22	9.81	.08	.92
	Citizen	93	64.12	9.32		
Physical	Refugee	277	18.41	3.03	.46	.64
	Citizen	98	18.24	2.73		
Psychological	Refugee	278	17.64	2.98	-.32	.74
	Citizen	101	17.75	3.11		
Social	Refugee	278	8.70	2.17	-.16	.87
	Citizen	100	8.74	2.51		
Environment	Refugee	279	19.35	4.36	-.88	.37
	Citizen	100	19.79	4.02		

Marital status and quality of life

In order too find the marital status of the study subjects (married, widowed, and divorced) and quality of life, ANOVA was conducted in which quality of life and domains were the dependent variables and marital status as the independent variables.

Post hoc test showed no statistically significant differences in quality of life in relation to marital status.

Table 11: ANOVA of WHOQOL and marital status

Total WHOQOL	Between Groups	477.26	2	238.63	2.57	0.08
	Within Groups	33013.09	356	92.73		
	Total	33490.35	358			
Physical Domain	Between Groups	2.47	2	1.23	0.14	0.87
	Within Groups	3258.48	372	8.76		
	Total	3260.95	374			
Psychological domain	Between Groups	20.61	2	10.31	1.14	0.32
	Within Groups	3407.16	376	9.06		
	Total	3427.77	378			
Social domain	Between Groups	8.88	2	4.44	0.87	0.42
	Within Groups	1913.11	375	5.10		
	Total	1921.99	377			
Environment domain	Between Groups	62.96	2	31.48	1.73	0.18
	Within Groups	6845.38	376	18.21		
	Total	6908.34	378			

Place of residence and quality of life

In order to find the place of residence of the study subjects and quality of life, ANOVA was conducted in which quality of life and domains were the dependent variables and place of residence as the independent variables. Post hoc test showed no statistically significant differences in quality of life in relation to place of residence.

Table 12: ANOVA WHOQOL and place of residence

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total WHOQOL	Between Groups	237.13	2	118.56	1.27	0.28
	Within Groups	33253.22	356	93.41		
	Total	33490.35	358			
Physical Domain	Between Groups	2.75	2	1.38	0.16	0.85
	Within Groups	3258.19	372	8.76		
	Total	3260.95	374			
Psychological domain	Between Groups	6.36	2	3.18	0.35	0.71
	Within Groups	3421.42	376	9.10		
	Total	3427.77	378			
Social domain	Between Groups	18.93	2	9.46	1.86	0.16
	Within Groups	1903.06	375	5.07		
	Total	1921.99	377			
Environment domain	Between Groups	94.37	2	47.19	2.60	0.08
	Within Groups	6813.96	376	18.12		
	Total	6908.34	378			

Relationship between siege scores and quality of life of the study sample

In order to investigate the relationship between the siege total scores and quality of life, and domains, Pearson coefficient correlation test was done. The results showed that there were statistically significant negative correlation between total siege scores and quality of life in which people who scored more in siege items had less total quality of life ($r = -0.32$, $p < 0.001$), physical domain ($r = -0.21$, $p < 0.001$), psychological domain ($r = -0.21$, $p < 0.001$), social domain ($r = -0.20$, $p < 0.001$), and environmental domain ($r = -0.34$, $p < 0.001$).

Table 13: Pearson correlations coefficient test between siege and WHOQOL

	1	2	3	4	5
1. Siege total	-				
2. Total WHOQOL	-.32 **	-			
3. Physical Domain	-.21 **	.79 **	-		
4. Psychological domain	-.19 **	.77 **	.55 **	-	
5. Social domain	-.20 **	.71 **	.44 **	.49 **	-
6. Environment domain	-.34 **	.84 **	.52 **	.48 **	.47 **

Association between siege scores and quality of life

When each siege items was entered as independent variables in a multiple regression model, with total WHOQOL as the dependent variable. The results showed that the total QOL scores were negatively associated with I had suffering of being not able to receive proper medical care : $B = -.12$, 95% CI = -4.57- -.39, $p = 0.02$, I can not find some of the necessary things for my children (Milk, napkin, and other things for my children): $B = -.14$, 95% CI = -5.86- -.81, $p = 0.01$, I feel I am in a big prison : $B = -.13$, 95% CI = -8.70- -1.26, $p = 0.009$, I went to Zakat organizations and other organizations to get the food : $B = -.11$, 95% CI = -4.55- -0.24, $p = 0.03$, I started doing the papers for immigration : $B = -.10$, 95% CI = -5.40- -0.14, $p = 0.03$.

Table 14: Linear Regression analysis of WHOQOL total and siege items

Items of Siege	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	95% Confidence Interval for B	
	B	SD	Beta			Lower Bound	Upper Bound
I had suffering of being not able to receive proper medical care	-2.482	1.063	-.126	-2.335	.02	-4.57	-.39
I can not find some of the necessary things for my children (Milk, napkin, etc)	-3.339	1.283	-.140	-2.603	.01	-5.86	-.81
I feel I am in a big prison	-4.985	1.891	-.136	-2.637	.009	-8.70	-1.26
I went to Zakat organizations and other organizations to get the food	-2.399	1.097	-.116	-2.186	.03	-4.55	-.24
I started doing the papers for immigration	-2.774	1.337	-.108	-2.076	.03	-5.40	-.14

Discussion

Our results showed that 60% of the sample was unemployed before and due to siege.

This increasing percentage of the unemployment is one of the highest rate of unemployment as a result of the closure of the Gaza Strip since 2006 after election of the Palestinian Legislative Council and winning of Hamas faction the majority of Council seats and starting of implication of siege procedures on Gaza Strip including stopping allowing entry to Gaza raw materials, fuel derivatives, and construction materials. This results consisted with previous reports which reported that eighty percent of the population in Gaza falls below the poverty line of US\$2 per day (up from 30 percent in 2000) and the unemployment level stands at approximately 50 percent (PCBS, 2006).

The results showed that the most common types of siege items were: prices are sharply increased, feeling being in a big prison, they can not find things they need in the market, quitted purchased some daily needs, and social visits are less than before. These results showed that the siege made people unable to run their normal life as usual and all society being exposed to collective punishment which increase the risk of being under severe stress which may lead to psychological and physical reactions. This study we found that 45 % of the

Palestinians started thinking of leaving the Gaza Strip and this is another risky. While the least common reported items were: 1 started doing the papers for immigration (16.1%) and one of the family member died due to prevention of traveling for treatment (13.8%). The mean siege scores were 12.

The results showed no statistically significant sex, citizenship, place of residence, and marital status differences in mean siege. This could be to the fact that all Palestinians are affected by siege and the siege is one of worst collective punishment applied to a nation suffered a long term of oppression, aggression, and trauma.

Satisfaction with life

The results showed that only 11.8% of Palestinians were satisfied with their general health and only 8% said that they enjoy their life. This low level of satisfaction is the result of continue siege and trauma inflicted on Palestinians in the Gaza Strip.

In this study the highest percentage of quality of life items were 38.9% were satisfied with their personal relationships, 30.91% had negative feelings, such as blue mood, despair, anxiety, depression, 30.5% satisfied with their spirituality, religion and personal beliefs. This reflects the Islamic culture influence on people ability to cope with life adversities and trauma and showed the influence of relationships with others in the society. This was consistent with study of Giacaman et al (2007) which demonstrated that political freedom, self-determination, participation in democratic processes and feeling involved in political decision-making are considered important contributors to people's QOL. Our study showed no significant differences in QOL, physical, psychological, environmental and sex. However, there was statistically significantly difference toward males in social domain. This is inconsistent with Study of Bayram et al (2007) of quality of life among Turkish immigrants in Sweden by using the WHOQOL-100, the quality of life of male immigrants was found to be higher than for females.

The results showed that there were statistically significant negative correlation between total siege scores and quality of life in which people that scored more in siege items had less total quality of life, physical domain, psychological domain, social domain, and environmental domain. This results is very logical in which people in Gaza Strip are living under siege for the last 2 years and due to shortage of materials and goods in the markets and closure of border and limitation of movements outside Gaza increase the suffering of the people in Gaza Strip and resulted in very bad quality of life in all aspects. In industrialized countries, people with higher socioeconomic status generally report better health than do those with lower socioeconomic status. Many studies have shown that socioeconomic status indicators, such as income, occupation, and education, are correlated with morbidity and mortality (Lynch et al., 2000; Mustard et al., 1997). Similarly, there is evidence of relationships between SES, functional health, and subjective well-being (Kennedy et al., 1998; Sanmartin et al., 2006).

Reference

- Bayram, N., Thorburn, D., Demirhan, H., & Bilgel, N. (2007). Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. *Quality of Life Research*, 16, 1319-1333.
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Giacaman, R., Mataria, A., Nguyen-Gillham, V., Abu Safieh, R., Stefanini, A., & Chatterji, S. (2007). Quality of life in the Palestinian context: An inquiry in war-like conditions. *Health Policy*, 81, 68-84
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status, and self rate health in the United States: multilevel analysis. *British Medical Journal*, 317, 917-921.
- Luleci, E., Hey, W., & Subasi, F. (2008). Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46, 57-66.
- Lynch, J. W., Davey-Smith, G., Kaplan, G. A., & House, J. S. (2000). Income inequality and mortality: importance of individual income, psychosocial environment or material pathways in health. *British Medical Journal*, 320, 1200-1204.
- Mustard, C. A., Derksen, S., Berthelot, J. M., Wolfson, M., & Roos, L. L. (1997). Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Social Science & Medicine*, 45, 383-397.
- Sanmartin, C., Berthelot, J. M., & Ng, E., et al. (2006). Comparing health and health care use in Canada and the United States. *Health Affairs*, 25, 1133-1142.
- Skevington SM, Wright A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary 159 care: Validation of the WHOQOL-100. *Br J Psychiatry*, 178, 261-267.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K., & WHOQOL Group. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- The WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). In J. Orley, & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp. 41-57). Berlin: Springer.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Me*, 41, 1403-1409.
- The WHOQOL-Taiwan Group. (2001). The user's manual of the development of the WHOQOL-BREF Taiwan version (1st ed.). Taipei: Institute of Occupational Medicine and Industrial Hygiene, College of Public Health, National Taiwan University.
- World Heath Organization (2006,). *Coperation strategy at a glance: West bank and Gaza Strip*. Retrieved February 6, 2008 from http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_pse_en.pdf
- Yao, G., Wu, C., Cheng-ta Yang, C. (2008). Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Soc Indic Res*, 85, 483-498.

STRESS AND STRESS ASSOCIATED psychophysiological difficulties:

A psychotherapeutic multi-modal ARABIAN PERSPECTIVE¹.

PR. ABDEL-SATTAR IBRAHIM, PH.D., ABMPP – CAIRO; EGYPT

drsattaribrahim@yahoo.com

By focusing on personal practice experiences and research developed by the current author, this report aims to assist psychological health practitioners to become aware of the role of the psychological health practitioner in dealing, directly or indirectly, with stress and stress related problems underlying psychosomatic disorders (PD). The writer has practiced professional psychology for over three decades both in Michigan, USA and in a number of Arabian countries. One of his work activities, in addition to university teaching, research, writing, was in psychotherapy. This presentation reviews major research findings in dealing with patterns of PD and stress associated difficulties in Arab patients. As in any Anglo-American culture, Psychological health practices in Arab countries consist, , of assessment and intervention. For both assessment and intervention processes the model of my choice relied heavily on a multi-modal, culturally adapted, cognitive therapy approach. More specifically, the main points of this article can be outlined as follows: (1) A review of major patterns of PD and related stress difficulties among Arab patients are reviewed (2) Assessment techniques developed for practice with psychosomatic symptomatic patterns are explained with emphasis on assessment tools developed and standardized for practice in Arabia are explained. (3) The importance of integrating cognitive therapy and positive psychology principles with medical approaches of treatment are discussed and (4) The need to incorporate cultural values into the treatment process will be identified.

Psychosomatic disorder (PD), more commonly referred to as psycho-physiological illness, represents an interdisciplinary medical field concerned with studying symptoms of illnesses and health problems caused, at least in part, by psycho- behavioral factors related to the sufferer rather than immediate physiological causes. The parts of the body most commonly affected by psychosomatic disorders are: 1.) gastrointestinal and respiratory system including gastric and duodenal ulcers, ulcerative colitis, and irritable bowel syndrome; 2.) respiratory problems caused or worsened by psychological factors include asthma and hyperventilation syndrome; 3.) cardiovascular complaints include coronary artery disease, hypertension, tachycardia (speeded-up and irregular heart rhythm), and migraine headaches; 4.) psychosomatic disorders also affect the skin (eczema, allergies, and neuro-dermatitis) and; 5.) genitourinary system including menstrual disorders and sexual dysfunctions).

One stream of thought flowed into the area of psychosomatic medicine which we will be following, provides fertile ground for the growth of psychology and related psychosocial disciplines in the study and management of psychosomatic disorders. This school emphasized the effects of stress on the body, and contends that psychological stress affects bodily organs that are constitutionally weak or weakened by stress.

The multimodal approach adopted by the current writer takes a multiple synthesizable causative view of psychosomatic disorders (PD) as pathological expression of combined bio-psycho-socio-ecological factors, i.e., biological, psychological and socio-ecological parameters of human health and illness. In

fact, the role of the practicing psychologist, may be correctly identified as that of cooperative nature with psychiatry, internal medicine, and social work to achieve coordinated management of individuals who are suffering from PD and related stress difficulties. By focusing on personal practice experiences and research developed by the current author, we aim here to assist psychological health practitioners to become aware of the role of psychological health practice in dealing, directly or indirectly, with stress and stress related problems underlying PD. The writer has practiced professional psychology for over three decades both in Michigan, USA and in a number of Arabian countries including Egypt, Saudi Arabia and Kuwait. One of the main work activities in this regard, and in addition to university teaching, research, writing, was in psychotherapy namely multimodal cognitive-behavior therapy (MCBT.)

This presentation reviews major research findings and practice insights related to both assessment and intervention activities in dealing with PD symptoms and stress associated difficulties in Arab patients. Some cultural considerations facilitating or hindering intervention effectiveness will also be discussed.

Assessment And Evaluation Activities

For assessment purposes, three kinds of assessment activities are usually carried out: A.) Initial comprehensive assessment, B.) Assessment techniques developed for identifying specific psychosomatic symptoms and related stress difficulties, and C.) Cognitive assessment to evaluate dysfunctional vs. positive thoughts. A word and more specific explanation of the assessment process is in order.

Initial Assessment:

Initial clinical interviewing assessment throughout the course of this stage followed the general outlines of clinical assessment specified in general text books of clinical psychology and cognitive therapy (see Freeman, Pretzer, Fleming, & Simon, 3rd. ed. 1991). The initial clinical interviewing assessment forms the foundation for understanding of the processes that produce and maintain the client's difficulties and, consequently guides the basis for identifying treatment strategies and the choice of therapy techniques.

In addition to interviewing, a battery of self report questionnaires have been developed and/or translated into Arabic for use in the initial assessment of our patients; those are typically self-administered by clients and have numerical scoring systems intended to permit easy interpretations of responses. For our purpose here, the author has developed the following instruments in Arabic to tap several areas of psychological functioning. They are as follows:

The Biography Questionnaire (BQ): The BQ consists of items concerning major demographic and biographic aspects, including age, marital status, educational level, etc. Test retest reliability for the BQ was 0.89 (n=50).

The Symptom Inventory (SI): This inventory is designed to tap differences in general psychopathology. The SI consists of 27 items selected by Abdel Sattar Ibrahim (Ibrahim & Alnafie, 1991) from major psychological tests of psychopathology, which were validated in Arabic Cultures, including the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1975). Items on this inventory represented a number of psychopathological behaviors that describe major psychiatric disorders such as sleep disturbances, social withdrawal, delusional thinking, hallucinations, and drug use.

The General Symptomatology Scale (GSS): This scale consists of 18 items each represents a pathological symptom of psychiatric nature. In scoring the GSS, the individual is asked to rate each item on a scale ranging from not troubled (1) to highly troubled (3). The reliability and the validity of the GSS have been reported elsewhere (Ibrahim, 1990; Ibrahim & Alnafie, 1991). Both the SI and the GSS were estimated for reliability by using Cronbach's alpha as a measure of internal consistency. Alpha coefficients for the SI and the GSS were 0.88 and 0.90, respectively.

The Multiple Affect Adjective Check List (MAACL): The Multiple Affect Adjective Checklist consists of negative adjectives such as unhappy and listless, as well a positive adjectives such as strong, lucky, and free. The scale requires the subjects to respond by checking every adjective that describes "how they feel today." In scoring the MAACL, we used the scoring keys for depression (D), Anxiety (A), and hostility (H) scales (Zuckerman & Lubin, 1965).

The Cronbach's Alpha was computed as a measure of internal consistency. The mean correlation for the three subtests was found to be 0.76, well above the limit accepted for the scale reliability. In a comprehensive validation study carried out by Abdel-Mawgoud & Mofteh, (1995), the same group of scales were found to discriminate significantly between a total of 110 psychiatric inpatients and a comparable non patient control group.

Also, in another item analyses study (Abdel-Mawgoud and Mofteh, 1995), the items have shown an overall significant decrease following an intensive eclectic psychotherapy program presented to a total of 45 hospitalized psychiatric and drug addicts in Saudi Arabia, confirming the validity of these scales as measures of psychopathology.

Stress tests

Needless to say, stress is implicated directly or indirectly in the development and clinical course of a host of psychosomatic ailments, from common colds to coronary heart disease. Stress is also seen as of a major role in the development and maintenance of risk factors for physical disease such as smoking, obesity, and physical inactivity, post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety disorders.

For the purpose of studying and measuring life stress, the author has decided to adopt the definition of Stress used by Cooper and Marshall (1976), and by Holmes & Rahe (1976). More specifically, life stress refers to negative factors or stressors associated with life negative events and excessive life changes that make adjustments difficult and thus produce stress (Holmes & Rahe, 1967). Negative life stressors include, but not limited, to events such as separation, divorce, work overload, role conflict/ambiguity, poor social conditions, poor health condition..

Cumulative stress from the impact of life events has become an important variable in psychosomatic and psychological research. Well documented studies on the International level including Arabian cultures show that stressful life events were linked to psychosomatic illnesses such as cardio-vascular disease (Friedman & Rosenman, 1970), sudden cardiac arrests and death (Rahe & Lind, 1971), serious illnesses (Wyler, Masuda & Holmes, 1971; Vinokur & Seizer, 1975), pregnancy and birth complications (Gorsuch & Key, 1974). To assess life changes stressors, the life events questionnaire developed by [Holmes & Rahe \(1967\)](#) has been translated into Arabic and been standardized in Saudi Arabia. This test helps to identify the sources and amount of stress we may encounter in our life. The list of stress inducing events, in the order of their Life Change Unit (LCU), from high to low. Each individual was asked to indicate which listed events had occurred during the year prior to his/her visit to therapy, the outcome of each event (i.e., joyful or painful) and the relevance of each event from an emotional point of view. The responses to this questionnaire were evaluated according both the number of stressful events and to the intensity of either joyful or painful feelings associated with them. Cardiac patients reported a higher number of painful events than controls (3.9 ± 3.8 vs 2.6 ± 2.2 ; $p < 0.05$) and experienced them in a more negative fashion (10.3 ± 9.9 vs 6.0 ± 5.7 ; $p < 0.01$).

Cognitive Assessment of Dysfunctional and Positive Thinking:

The practicing therapist in Arab cultures will find the following two tools quite useful as part of the assessment preceding therapy and monitoring progress in most stages of the intervention process.

The Arabian Dysfunctional-Cognitions Scale (ADC): The Arabian Dysfunctional-Cognitions Questionnaire (ADC) has been developed by the speaker to provide a systematic way of evaluating several individual dysfunctional thoughts, i.e., distorted thoughts, beliefs, cognitions that cause mood and anxiety disorders including but not limited to those pioneered by Beck (Beck, 1975.)

The ADC covers 11 cognitive distortions 6 of which were mainly hypothesized by Beck. The client is requested to rate each of its sixty statements on a scale of 1 to 5, with 1 representing the least applied to his/her life and 5 representing the most relevance to his/her life. The eleven cognitive distortions covered by the ADC included: 1) Overgeneralization, 2) Disqualifying the positive, 3) Mind reading, 4) all or nothing thinking, 5) Catastrophisation, 6) Personalization, 7) Negative self-labelling, 8) Generalization of negative interpretations, 9) Negative Attention Selectivity, 10) Preoccupation with competition and comparison with others, and 11) Over positive expectations. Examples of statements used in this test are: "I know in advance that things will go wrong," "I can tell what others are thinking," "When things go wrong, I always feel it is my responsibility," "I get in trouble because of overconfidence."

The Arabian Positive-Cognitions Questionnaire (APC): The Arabian Positive-Cognitions Questionnaire (APC) on the other hand is based on the theory (Taylor & Brown, 1988;) that positive self-evaluations, optimism, good contact with reality, and perceptions of mastery are normal and supportive of good mental health. They help people care about others, be happy and content, and to be productive and creative. This works because the cognitive mind has filters that distort information in a positive direction and represent negative information as non-threatening as possible. The eight positive thoughts covered by this test are: 1) Optimism and Positive Expectations, 2) Emotional Control, 3) Satisfaction, 4) Health Awareness, 5) Tolerance and Acceptance of Differences, 6) Self Acceptance, 7) Positive Time Perspective, and 8) Emotional Intelligence.

Each dimension is measured by at least ten items, and each item consists of two statements (A) or (B). The respondent is requested to choose only one statement A or B. Each answer in the test corresponds to an attribute that is classified as positive. Thus, a reply implying optimism in one question is nullified by another reply that implies pessimism. Here are two example questions measuring optimism:

1. When I look at the future, I think:
 - A) **Tomorrow is much better than today,**
 - B) **I don't see any good luck**
- I think, I am :
 - A) Tomorrow is much better than today,
 - B) **Pessimism**

Psychometrically speaking, both the ADC and APC were given to volunteering 150 students representing three departments at the University in petroleum and Minerals in Saudi Arabia along with some other tools including the Arabic Beck Symptomatology Depression Questionnaire, and Ibrahim's List of Psychiatric Symptomatology scale. A test re-test administration of the ADC and the APC yielded reliability for the ADC (negative thoughts) to be $r = .93$; the test re-test reliability for the APC (positive cognitions) to be $r = .81$. The correlation between the two questionnaires was -0.62 . Further informative data and validity information obtained in Egypt, Italy and Emirates are in the process and will be reported elsewhere. Generally speaking initial indications are in support of high reliability and validity indicators for both instruments.

Multimodal Cognitive Behaviour Therapy Interventions

The Multimodal Cognitive Behaviour Therapy (MCBT) is based on the idea that how we think (cognition), how we feel

(emotion), and how we act (behavior) all interact together. Specifically, our thoughts influence our feelings and our behavior. Therefore, negative and unrealistic thoughts can cause us distress and result in emotional problems. Cognitive behaviour therapy can provide a non-judgmental and supportive environment where self-defeating philosophies can be processed openly and the self tendencies caused by them can be explored. As can be seen in the following, numerous MCBT techniques have been found easily adaptable and proved very useful for cultural use in our Arabian psychological practice. Those will be described as: Stress Management, Cognitive coping, and Social coping.

Stress Management

Our adopted stress management approach emphasises teaching patients skills that can help relieve them from harmful effects of stress. First, the patient is encouraged to learn to identify thought patterns and social situations that increase feeling of stress. Second, patients are trained to practice relaxation techniques that cultivate low states of arousal. A host of relaxation techniques exist and our patients are encouraged to experiment with them under our supervision, including progressive muscle relaxation, and autonomic relaxation techniques. Breathing exercise are very important especially in cases of gastrointestinal and respiratory systems including gastric ulcers, irritable bowel syndrome, asthma, hyperventilation and headaches. Some of the relaxation techniques are deep breathing, imagery, and muscle progressive. Patients are encouraged to practice each technique for a week before she/he switches to the next technique. The practice of each technique is advised to be daily for 3 times. Altogether, full and effective relaxation techniques requires about 3-5 weeks. It is most helpful to provide the patient with an audiocassette version of the instruction to ease practice and encourage awareness of the calming effects of relaxation..

Cognitive Coping

Cognitive therapy presents an information processing model to aid patients in understanding how they characteristically incorporate data that support their belief about healthy self while excluding or discounting data that are contrary. Thus, cognitive coping involves teaching a patient to identify negative thoughts and behaviours that increase their stress burden and the situations where stress occurs. Positive coping strategies include, for example, positive reappraisal, diverting attention, positive self talk. Rehearsal of coping strategies during therapy sessions are critical for the effective application in the natural environment. Patients are encouraged to start using cognitive coping strategies at the first opportunity. Self monitoring tools such as diaries and checklists are used first to assess maladaptive coping and then to monitor progress and to refine coping strategies as needed.

From the multimodal cognitive approach, our first step is a thorough evaluation to ascertain the presence of any emotional difficulties including depression, anxiety, and anger that may need immediate psychiatric and medical attention. In such cases, treatment may need a combination of standard psychiatric intervention along with a modified standard cognitive therapy to address emotional and mood disturbances issues that interfere with coping with therapy itself.

Changing core beliefs represents a main target for cognitive coping. Several techniques to achieve such goal include:

disputing dysfunctional thinking, thought stopping, reinforcement of positive thinking, self monitoring, reinterpretation. This is most often accomplished by weekly sessions. According to Beck, a person with BPD,

Social Coping

patients afflicted with psycho-physiological illness may exhibit skills deficit and need to be directly taught new ways of interacting with others and managing themselves. Smoking cigarettes, for example, need not only to modify such beliefs as but also to learn skills of assertion. A diabetic patient or hypertensive one who is warned against fatty food or smoking cigarettes, requires help in evaluating a dysfunctional belief such as "If I say no or refuse to share eating a fatty food or entertaining drug, people will not love me," or "If I openly express my true feeling, I'll be rejected," but also to learn skills of assertion and also need guided practice in controlling the dramatic expression of their emotions and in taking a somewhat more subdued role in group or one-to-one interactions.

Cultural Considerations in the Treatment Process

The current state of affair in research and practice in psychotherapy and counseling seems to focus on how and in what way culturally determined behavioral patterns may influence the psychological treatment processes. In the last two decades, these *culturally oriented trend* of psychological treatments have been enriched by many Arabian scholarly writings addressing the topic of cross- cultural and multicultural factors in professional practice (e.g., El-Dawla, 2001; El-Islam, 2001; Fish, 1995; Ghubash, 2001; Ibrahim, 2001; Jilek, 2001; Jenkins, 1985; Kiesler, 1966; Sue, 1981).

Basically, it is assumed that Individuals in Arabian cultures, as in any other culture, are forced into different life experiences, and, therefore, deliberately and inadvertently, develop many different and unique cultural values and perspectives. In practice, we have found that these differences must be taken into account to achieve maximum success in therapy. This presentation concentrates on exactly this premise.

The benefits of information about the role of cultural factors in Arabian mental health practice are numerous. By modifying treatment styles according to cultural norms, the therapist will be provided with a framework to better comprehend the systems of relationships involved in multicultural practice. Additionally, awareness of cultural patterns plays an important role in determining the relevancy and effectiveness of any therapeutic relationship. Also, the inability to offer culturally relevant treatment is seen by Sue and Zane (1987, p. 45) as the single most important reason individuals in any culture are inadequately served. Further, well gathered knowledge of culture, will alert mental health practitioners to possible problems of credibility.

Based on my own personal practice, anthropological studies, psychosocial research, and personal observations, at least four major modal personality and behavioral patterns that are relevant for better understanding of Arab patients can be hypothesized as follows: 1.) Religious orientation, 2.) Affiliation, and communal attachments, 3.) Family and kinship Orientation, 4.) Attitudes, relationships, and dealing with authority figures. The role of such dimensions proved very effective in terms of facilitating the selection of treatment techniques; and identifying treatment goals and prognosis criteria on a more culturally acceptable ground. Examining the role of each of these 4 characteristics in practice is in order.

Religious Orientation:

Culture has strong impact not only on the beliefs we hold about the supernatural powers and the religion we adopt but also on the way we allow these beliefs and religious faith to impact our daily practices, the way we think, and styles of communication with others including therapeutic relationships.

Generally Arabs ; Muslims and/or Christians, are religious. Islam is the major adopted religion in all Arab countries. Arabs' domestic world of relations is deeply affected by Islam in both its great and little traditions. Q'uraan (the *Islamic Holly Book*), and a prayer rug is almost in every Muslim house. Because religion has such a pervasive influence, the practitioner with a working knowledge of Islamic values and assumptions can capitalize on such part of awareness.

In practice, it is easy for any practitioner to identify the vital roles of religion in the treatment process starting from identifying the chief complaints through to the choice of effective treatment techniques.

For example, psychosomatic disorders such as headaches, insomnia, and many physical ailments are either colored by rigid religious knowledge, or attributed to factors of religious and supernatural nature such as spirits, evil eye, or envy (*hasad*).

Because of their strong religious orientation, Arab patients seek professional mental health providers only after they have sought the help of traditional and religious types of healing (Dwairy, 1998; El-Islam, 1982; Okasha, 1977).

Some therapists may mistakenly call for, and may adopt, strong religious tones in their therapeutic practices by using, for example, Q'uraanic verses, the prophet Mohamed sayings (*ahadeeth*), and theological interpretations (*fiqh*). Although this strategy can, at times, be effective, it may be seen less credible especially by the patient who has already sought help with religious healers. It may be more effective to avoid religious arguments altogether and to reframe the client's problem on a *medicalized* ground. This approach is found to be an effective recognized treatment policy with non Anglo – American ethnic minorities in the US (Sue, Zane, 1987), and can positively influence Arab patients, as well.

2. Affiliation, and communal attachments:

Arabs show their concern for others in many unique positive and/or negative ways. For example,, research has shown that in Saudi Arabia, an Arabian culture which encourages strong family ties and kinship, respondents avoided expressing feelings of hostility or aggression toward others. Instead, feelings of hostility are disguised by niceties of behavior (*mujamala*), affiliation, and conformity (*musayara*). *Musayara* means to get along with others' attitudes, wishes, and expectations through conformity and hiding one's real feelings, thoughts, and attitudes (Dwairy, 1998, p. 83).

It is very important for the mental health practitioners to be aware, for example, of role played by stressed relationships between husbands and wives, parents and children, superiors and employees when they are involved in treating both physical difficulties and psychological ones.

Some behavioral therapeutic techniques such as training for assertiveness, confrontation, encouragement of or refusal of responses, and anger-expression should be practiced wisely and carefully. If the basic goal of treatment is to get the client to believe that treatment is realistic and rational, then it would not

enhance the therapist's credibility to encourage an Arab to be aggressive toward others such as spouses, superiors, friends, and community.

4. Dealing with Authority Figures:

Both research and casual observations agree that relationships with authority figures in Arabian cultures are vital (Ibrahim, 1982, 1985; Melikian, 1977). Such relationships form a major part of the interpersonal relationships system in Arab countries. Arabs show deep respect and obedience to authority values more than Western cultures.

One major implication of authority orientation is an external locus of control (Phares, 1979); that is the belief to be dominated by outer forces and circumstances. Arab children as well as adults are guided by strict external rules. External authority such as parents and teachers are the agents that ensure fulfillment of the societal norms (Dwairy, 1998, p. 29). Therapeutically speaking, psychosomatically ill -externals vs. internals are more likely to seek structured and direct types of treatment. Therefore, the more structured and the more directive the therapy is the better. This conclusion is, indeed, consistent with results extracted from other views of health specialists (e.g., Badri, 1979; Cheleby, 1992; West & Al-Kaisi, 1985) who do also agree that structured types of mental health intervention such as behavior therapy, cognitive therapy, medical- chemotherapy, hypnotherapy are more effective than those based on nondirective techniques. Chaleby (1992) has found that many Arab mental health specialists, for example, chose cognitive therapy, as the preferred modality of psychological treatment because of its clarity and suitability to the Arabian culture mainly due to its directive role. Some research is badly needed in this part of the world to test the validity of this result.

In summary, the practitioner who is not aware of the Arabian individual's cultural belief system may find himself *targeting* minor or irrelevant *behavioral problem*. Hence she/he may loose her/his effectiveness and sacrifices her/his credibility. The treatment process will, also, suffer if the practitioner requires from the client to practice some *treatment technique* that are culturally unacceptable.

The credibility will also suffer if *goals of treatment* if treatment goals of the therapist for his patient are different from those of the patient, the treatment credibility will suffer. Indeed, many patients may prematurely terminate treatment altogether because of the uncomfortable feeling and the embarrassment caused by formulating different goals.

Family Intervention:

Family oriented behavioral modalities of treatment can play a major and positive role in solving both psychological and social problems among Arab patients. Involvement of husbands and parents can particularly enhance the credibility of behavioral approaches of treatment and would find a fertile environment in Arab countries. This is due to the traditional strong feelings of obligation toward others in the family.

Pathways by which families influence physical health and a typology of family interventions are well documented. In fact, There is growing research on the role of the family in chronic physical illness. At the same time, family therapists and family researchers have become increasingly interested in physical illness. In Arab countries, substantial evidence demonstrates that the chronic and serious physical illness has profound effect on other family members and on the family as a whole. In addition, there is a growing body of evidence demonstrating that

families can have a beneficial or harmful effect on a family member's physical health (Campbell, 1986. Campbell & Patterson, 1995; Doherty & Campbell, 1988). Families have a powerful influence on health, equal to traditional medical risk factors. The strongest evidence for this statement comes from the social and family support literature. Numerous large epidemiologic studies have demonstrated that social support, particularly from the family, is health promoting (Berkman, 1995, 2000). In a 1988 Science journal article, sociologist James House (House, Landis, & Umberson, 1988) reviewed this research and concluded:

Studies have shown that family support affects the outcome of many chronic medical illnesses. Berkman, Leo-Summers, and Horwitz (1992) found that after suffering a myocardial infarction, women who are isolated and have few or no family or social supports have 2 to 3 times the mortality rate compared to other women. Many stresses within the family, such as loss of a spouse and divorce, significantly impact morbidity and mortality.

2. Emotional support is the most important and influential type of support provided by families. Social and family support has been divided into different types of support: instrumental, informational, emotional, and a sense of belonging (Cohen & Syme, 1985). Instrumental support is the actual provision of services (e.g., driving the patient to the hospital) or caregiving (e.g., giving insulin injections) provided by family members. Informational support usually involves giving health-related information, such as advice on whether to seek medical care. Emotional support is providing a listening ear, empathy, and the sense that one is cared about and loved. A sense of belonging is the feeling that one is part of a family or other group that cares about its members. Although there is obviously overlap between these categories, research suggests that emotional support has the most important influence on health outcomes (Kiecolt-Glaser & Newton, 2001). This would suggest that it is not possible to replace family support with services that provide only instrumental and informational support.

¹ Invited for presentation with thanks to: The American Psychosomatic Society Annual Scientific Meeting in Baltimore, Maryland. March 2008 meeting.

² Currently: in private practice and Consulting Psychologist at the American University in Cairo, Egypt.

Arabpsynet Psychiatrists Search



www.arabpsynet.com/CV/default.asp

CHILDREN OF IRAQI FAMILIES AT UNIVERSITI SAINS MALAYSIA:

COPING WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

NAJLA N. WADAA¹ AND NORZARINA MOHD ZAHARIM - UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

najla_nazar2006@yahoo.com

The war in Iraq since 2003 has caused PTSD and a lot of suffering among Iraqis. However, the prevalence of PTSD among the Iraqis is unknown and undocumented. This paper aims to shed some light on this phenomenon. This study had three specific objectives: (1) to investigate the prevalence of PTSD among Iraqi children living at USM; (2) to explore the children's coping strategies in dealing with PTSD; and (3) to determine whether or not the children received health care for PTSD prior to participation in this study. Participants were 60 children of Iraqi students at USM, ranging from 7 to 12 of age (mean age = 10.17; 29 boys and 31 girls). UCLA PTSD DSM-IV (Revision 1) was used to determine the children's PTSD status. A questionnaire was developed and used to investigate the coping strategies used by these children. The result of this study showed that there is a high prevalence of PTSD. Moreover, the results have also shown the existence of negative ways of dealing with PTSD among these Iraqi children. The study also revealed effective approaches to coping with this disorder. Finally, the children seemed to suffer from PTSD in similar ways as adults, even after resettling in a new and safe land.

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is the development of characteristic symptoms following exposure to an extreme traumatic stressor involving direct personal experience of an event. Traumatic stressor includes direct personal experience of an event that involves actual or threatened death, serious injury, threat to one's physical integrity, witnessing an event that causes death, a threat to the physical integrity of another person, learning about unexpected or violent death, serious harm, threat of death or injury experienced by a family member or other close relatives (APA, 2005). This type of experience is called traumatic. Examples of traumatic events are bombings, torture, death, disappearance of family members or friends, being forced to leave home and seeing another person harmed or killed. Experiencing such events can cause PTSD. Before immigrating, some people, especially the refugees, may have lived under such events. They often keep these events in their minds for a long time. Moreover, some people's thoughts or memories of these horrible events affect their lives seriously long after any real danger. It is well known that PTSD can affect anybody including children. Usually PTSD manifests within three months after the event (Saigh, 1999).

Article 1 of the 1951 United Nations Refugee Convention defines a refugee as "a person who is outside his/her country of nationality or habitual residence; has a well-founded fear of persecution because of his/her race, religion, nationality, membership in a particular social group or political opinion; and unable or unwilling to avail himself/herself of the protection of that country to return there for fear of persecution" (UNHCR, 2002b).

Immigrants often suffer from considerable trauma prior to their relocation. In a new land, immigrants encounter different kinds of difficulties such as learning a new language, finding housing, and adapting to different cultures. These difficulties are

not obvious to the immigrants themselves. In fact, they think that the new place will give an end to the problems they experienced in their former land because of war. Among outcomes from migration are parents' ignorance of their children and incorrect dealing with the symptoms of their children.

According to the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), there are almost 22 million refugees located throughout the world (UNHCR, 2002a). There are 2 million displaced people from the former Yugoslavia region (Leopold & Harrell-Bond, 1994), some 5 to 15 million internally displaced persons who have not crossed borders, and 700,000 refugees from Vietnam, Cambodia, and Laos (Mollica, 1994). The civil wars of Nicaragua, El-Salvador and Guatemala have displaced 2 million people (Farias, 1994).

The studies on refugees started with the arrival of Indo-Chinese refugees to the United States after 1975. With the introduction of the DSM-III diagnostic criteria, the diagnoses became possible. Therefore, depression and PTSD among Southeast Asian refugees began to be documented more systematically (Boehnlein, Kinzie, Rath, & Fleck, 1984, 1985; Kinzie & Manson, 1983; Kroll et al, 1989).

Research followed the terrible plight of Vietnamese refugees, as well as the refugees from the regime of the Cambodian Pol Pot from 1975 to 1979; and this resulted in a number of studies concerning the effect of severe trauma. In a clinic for Indo-Chinese refugees, PTSD was found among 92% of Cambodians, 93% of the Mein, and about 54% of Vietnamese (Kinzie et al., 1990). In a community sample of Cambodian refugees rates of PTSD have ranged from 12% (Cheung, 1994), to 50% (Kinzie, Sack, & Angell, 1991), to 86% (Carlson & Rosser-Hogan, 1991). In a longitudinal study of Cambodian adolescent refugees, rates of both depression and PTSD were

50%, whereas PTSD symptoms were more persistent and episodic (Kinzie et al., 1986; Kinzie, Sack, Angell, & Clark, 1989).

In another study focusing on Chilean and Salvadorian migrants who experienced torture, it was found that they had high rates of PTSD (Thompson & McGarry, 1995). Also, among 87 Ethiopian Jews making the long trek to Israel, 27% of them had moderate-to-severe psychological symptoms (Ariel & Ayczeh, 1992). Among 38 young Afghan refugees, 13 had PTSD or depression, or both (Mghir, Raskin, Freed, & Katon, 1995). Reports of Afghan refugees in Pakistan indicated that many refugees had been subjected to severe trauma and torture. Moreover, the most common psychological symptoms were anxiety and depression, which were often found among torture survivors. Substance abuse has increased in this group as well (Dafur, 1994).

Because PTSD symptoms seldom disappear completely, coping with PTSD symptoms and the problems they cause is usually a continuing challenge for survivors of trauma. Often, it is through receiving treatment for PTSD that many learn to cope more effectively.

The aims of this paper were to measure PTSD among immigrant Iraqi children, to explore their coping strategies, and to determine whether or not the children were diagnosed with PTSD prior to participating in this study.

This study is important because of the crucial significance of childhood. Getting a healthy generation without psychological disorders and able to take an active part in building its nation is necessary for the development of any society. Towards this end, the present study attempted to highlight the dangers of PTSD for Iraqi children and the need for adequate mental health to prevent chronic psychological damage. Early diagnosis of PTSD can make its treatment easier.

Method

Participants

Participants for this study included 60 children of immigrant Iraqi students at Universiti Sains Malaysia (ranging between 7-12 years old; mean age = 10.17; SD = 1.65). There were 29 boys and 31 girls (see Table 1).

Table 1 Background of Participants

Age	n	%	Gender	n	%
6-7	8	11.7	Male	29	48.7
7-8	9	15.0	Female	31	51.7
9-10	13	16.7			
10-11	10	16.7			
11-12	14	23.3			
12-13	9	16.7			

Procedure

Copies of a questionnaire (see Instrument below) were given to parents of Iraqi children to fill between 1/10/2007 to 20/12/2007. The parents returned the questionnaire to the researcher upon completion.

Instrument

Section 1. The UCLA PTSD DSM-IV (Revision 1) was used. This scale is typically used as a self-

report instrument to screen both for exposure to traumatic events and for all DSM-IV PTSD symptoms in school-age children. The original scale was translated into Arabic and then back translated into English. After determining the correctness of the translation, we modified the scale to suit Arab population and culture. Reliability of the Arabic version was 0.75. Consequently, this version of the scale was used to determine the prevalence of PTSD among the Iraqi children who participated in the study.

Section 2. This section contained 11 questions on how families cope with PTSD (see Table 3). Seven of the questions were positively worded; the rest were negatively worded. The questions were evaluated by a group of judges proficient in psychology and psychiatry for face validity. Reliability by Cronbach's alpha was 0.71.

Section 3. This section contained an open-ended question: "Has your child ever been diagnosed with PTSD before today?"

Results

Table 3 presents the prevalence of PTSD among the Iraqi children who participated in the study. 31.5% of the children did not have PTSD symptoms; 20.5% had mild symptoms; 8.3% had moderate symptoms; and 19.6% had severe symptoms.

Table 2 Prevalence of PTSD among Child Participants

PTSD score	n	%
None (0-6)	23	31.5
Mild (7-9)	15	20.5
Moderate (10-12)	7	8.3
Severe (>12)	15	19.6

Table 4 presents distribution of responses to Section 2 items. Negative coping strategies such as ignoring PTSD symptoms and avoiding others were very frequently used, with 78% and 63.3% of usage rates, respectively. In contrast, positive coping strategies such as getting educated about PTSD and social support were used only relatively infrequently, with 16.7% and 28.3% of usage rates, respectively.

Table 3 Distribution of Responses to Questionnaire Items

Item	n	%
We educate ourselves about PTSD	10	16.7
We ask others for support for PTSD	17	28.3
We contact our doctor about PTSD	14	23.3
We practice relaxation techniques	17	28.3
We keep ourselves busy to avoid thinking bad thoughts	17	28.3
We are getting counseling	22	36.7
We get our medication directly from a doctor	20	33.3
We take drugs	23	38.3
We do not meet or talk to others	38	63.3
We are very angry	10	16.7
We ignore symptoms of PTSD	47	78

The results from the open-ended question indicated that only 2 children (3.3 %) were diagnosed with PTSD prior to their participation in the present study. This contrasted with the 22 children (27.9%) with moderate and severe symptoms of PTSD according to the UCLA PTSD DSM-IV (Revision 1) in the present study.

Discussion

This study showed that a high percentage of Iraqi children are still suffering from PTSD despite having resettled in a new, safe land. Furthermore, a high 19.6% of the children who participated in the study are suffering from severe PTSD symptoms. This percentage can be compared with the levels of PTSD among the Cambodian (Kinzie et al., 1996; Sack et al., 1995), South American (Cervantes et al., 1989) and Bosnia-Herzegovina (Smith et al., 2002) refugee children. In addition, it was reported that 22% of Lebanese and Israeli children experienced atrocities in their home countries (Laor et al., 1997), but this figure was lower than that reported for Iraqi children at 84% (Dyegrov et al., 1993). The figure for Iraqi children in Malaysia suffering from severe PTSD symptoms might be lower than the figure for children in Iraq because the former have migrated to a secure and safe new land, away from the ongoing war.

In the present study, the highest percentages of Iraqis used negative avoidance strategies (78% for "we ignore symptoms of PTSD" and 63.3% for "we do not meet or talk to others"). These percentages were consistent with several studies showing people using avoidant coping strategies, such as avoidance and drugs when dealing with PTSD (Dirkzwager, Bramsen, & van der Ploeg, 2002; Fairbank, Hansen, & Fitterling, 1991; Merrill et al., 2001; Outmette, Crosby, Finney, Moos, & Rudolf, 1999; Sutker et al., 1995). Although avoidance strategies may work in the short term, they may not be effective in the long term. Avoidant coping may cause isolation, violent behavior, anger, unhealthy eating, and self-destructive behavior (e.g., attempting suicide, self-harming, etc).

Only two children were previously diagnosed with PTSD in contrast to 22 children who showed moderate and severe symptoms of PTSD in the present study. Lack of previous PTSD diagnoses may mean avoidance or denial or lack of awareness on the part of the parents. That is, perhaps, the parents were in denial about their children's symptoms or were lacking in awareness about the symptoms such that they did not bring their children to see a psychologist or psychiatrist for the symptoms. Alternatively, that most of the Iraqi children in the present study lack previous PTSD diagnoses may reflect changed circumstances: that they have resettled in a new, safe land, thereby causing their parents to think that their children do not need to see a psychologist or psychiatrist; or linguistic and cultural barriers or lack of financial resources in a new land causing their parents not seeking help from a psychologist or psychiatrist.

Finally, the findings of the present study have great value as they shed light on a neglected sample that suffers from posttraumatic stress disorder without adequate mental health care. Therefore, it is hoped that Iraqi institutions will pay close attention to this age group, provide adequate mental health care, and facilitate their return to the homeland. This group of Iraqis constitutes invaluable national assets and human resources who will be Iraq's hope for the future. It is imperative that safeguarding their well-being be made a national priority and agenda.

References

- Angell, R. H., & Clarke, G. (1989). A three-year follow-up of Cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Psychiatry*, 28, 501-504
- American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Arieli, A., & Aychah, S. (1992). Psychopathology among Jewish Ethiopian immigrants to Israel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 465-466.
- Arroyo, W., (1985). Children traumatized by Central American warfare. In R. S. Pyness (Ed.), *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 183-195). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Boehnlein, L. K., Kinzie., Rath, B & Fleck, J. (1985). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 142, 956.
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1551.
- Cheung, P. (1994). Posttraumatic stress disorders among Cambodian refugees in New Zealand. *International Journal of Social Psychiatry*, 40, 17-26.
- Dadfur, A. (1994). The Afghan: Bearing the scars of forgotten war. In A. Marselaa, T. Borneman, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain* (pp. 125-140). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2002). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: A prospective study. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.
- Dudley, D. B., Jerome, D., & Cook, T. M. (1991). Post-traumatic stress disorder and coping in veterans seeking medical treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 695-704.
- Fairbank, J. A., Hanson, D. J., & Fitterling, J. M. (1991). Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 274-281
- Hoyle, R. H, Harris, M. J., & Judd, C. M. (2002). *Research methods in social relations* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., Moore, L. J., Riley, C., & Smith, D. (1990). The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 147, 913-917.
- Kinzie, J. D., Fredrickson, R. H., Rath, B., & Fleck, J. (1984). Post-traumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *American Journal of Psychiatry*, 141, 645-650.

- Kinzie, J. D., & Leung, P. (1989). Clonidine in Cambodian patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 546-550.
- Kinzie, J. D., & Manson, S. M. (1983). Five-years experience with Indochinese refugee patients. *Journal of Operational Psychiatry*, 14, 105-111.
- Kinzie, J. D., & Sack, W. (1991). Severely traumatized Cambodian children: Research findings and clinical implications. In F. L. Ahearn & J. L. Athey (Eds.) *Refugee children: Theory, research, and services* (pp. 92-105). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., & Manson, S. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 370.
- Kroll, J., Habenicht, M., Mackenie, T., Yang, M., Chan S., Vang, T., Nyuyen, T., Phommessouvanhy, B., Nguyen, H., Vang, Y., Souannasouth, L., & Cabugao, R. (1989). Depression and posttraumatic stress disorder in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1592-1597.
- Leopold, M., & Harrel-Bond, B. (1994). An overview of the world refugee crisis. In A. Marsella, T. Bormemann, S. Ekblad, & J. Ovly (Eds.), *Amidst peril and pain*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Mghir, R., Freed, W., Raskin, L., & Katon, W. (1995). Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young Afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 24-30.
- Mollica, R. (1988). The trauma story, the psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. In F. M. Ochbery (Ed.), *Post-traumatic therapy victims of violence*. New York: Brunner Mazel.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., Moos, R. H. (1999). Two-year posttreatment functioning and coping of substance abuse patients with posttraumatic stress disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 105-114.
- Saigh, P. A., & Bremner J. D. (1999). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Sutker, P. B., Davis, J. M., Uddo, M., & Ditta, S. R. (1995). War zone stress, personal resources, and PTSD in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 444-452.
- Tokuhata G., & Bratz J. (1987). *Three Mile Island: Mother-child morbidity survey*. Harrisburg, PA: Department of Health.
- UNHCR. (2002a). Refugees by numbers. <http://www.unhcr.ch/cgi>
- UNHCR. (2002b). <http://www.unhcr.org/1951convention/index.html>.

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 4 - العدد الخامس و السادس عشر 2007



Download All N° 15-16 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=15

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 4 - العدد الرابع عشر 2007



Download All N° 14 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

THE RELATIONSHIP BETWEEN SIEGE OF GAZA STRIP, ANGER, AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS

THABET A.A., CONSULTANT CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIST & SENIOR RESEARCHER

ABU TAWAHINA A., CLINICAL PSYCHOLOGIST

EYAD EL SARRAJ, CONSULTANT PSYCHIATRIST, GAZA COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAMME

PANDS VOSTANIS, PROFESSOR OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, UNIVERSITY OF LEICESTER,

GREENWOOD INSTITUTE OF CHILD HEALTH, WESTCOTES HOUSE, WESTCOTES DRIVE, LEICESTER LE2 0QU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Background: During the last two years of siege, Palestinian families in the Gaza Strip were exposed to a variety of stressors and traumatic events due to Israelis violence including incursion, bombardment, shelling of the area, and closure of the borders which had very negative impact on psychological wellbeing.

Aim: The aim of the study was to investigate the impact of siege of the Gaza Strip on Palestinians feelings of anger and anger state in relation psychological symptoms in relation to other socioeconomic variables.

Methodology: A random sample of 386 adults ' age range (18-64 years) selected from a community base. The subjects were interviewed using the following tools: Sociodemographic scale, Gaza Siege Checklist, Symptom Checklist (BSI-53), and

State-Trait Anger Expression Inventory.

Results: The results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (97.67%), I feel I am in a big prison (92.23%), I cannot find things I need in the market (91.70%), I quitted some purchased daily needs (88.30%), and social visits are less than before (85.23%). The main psychopathology showed that 75.91 % feel worthlessness, 56.5% blaming themselves for things, 55.7% feel that everything in life is difficult, 54.4% had nervousness, 41.8% feel tense or keyed up, and 41.1% feel easily annoyed or irritated.

The results showed that females reported more somatization, obsessive compulsive disorder, and phobic anxiety. Palestinians live in camps reported more general psychological problems, somatization, obsessive compulsive problems, interpersonal sensitivity, depression symptoms, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation than those in cities and village. However, psychosis symptoms were more common in people live in villages than in camps cities and. The results showed that there were statistically significant positive correlation between total siege scores and BSI in which people who scored more in siege items had more psychopathology, somatization, obsessive compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, panic (phobic anxiety), paranoid ideation, and psychosis.

The results showed that the psychological problems were predicted by had suffering of not able to receive proper medical care, feel being in a big prison, sold some of furniture and gold, was not able to get specific medicine for themselves or for one of the family member, quitted purchasing daily needs.

The study showed that the most common anger state were: I feel upset (18.4%) and I barely burned from the inside (10.4%). While trait of anger items were: I feel upset when my work is not appreciated (21.1%), I became angry when I did a good job and get the estimate is weak (19.9%), and I am angry when mistakes of others delayed my work (16.1%). The results showed that the total anger state was predicted by were not able to get specific medicine for me or for one of the family member, thought of

Immigration, one of the family members died due to prevention of traveling for treatment, their work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, and raw materials, feel they are in a big prison. While anger trait was predicted by: I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member, I feel I am in a big prison, and my work affected so much due to cut off electricity, row materials.

Clinical implication and recommendations

In this study, impact of siege on the Palestinians feelings of anger and inability to ventilate their anger, beside other socioeconomic adversities due to closure of the borders and unemployment due to siege lead to more psychological problems. This highlight the need to break down the siege of Gaza by the help of the international organizations and this could be by lobbying with local and international human rights and civil society organizations to left the siege.

Key word: Siege of Gaza, Psychological problems, Anger state, Anger trait

Introduction

On September 19, 2007 Israel's Security Cabinet voted to declare the militant Hamas-controlled Gaza Strip an "enemy entity" and enacted a number of sanctions. Among the sanctions approved by the Cabinet was reducing the fuel supply to a bare minimum. Only essential food and medical supplies would be permitted to enter the Strip and electricity would also be reduced. From that time till today the siege of Gaza was tightened and this was escalated in the last 7 months in which fuel shortage problem and closure of borders became the main issue of discussion in the Gaza Strip. Also, Palestinians were prevented from traveling outside Gaza due to closure of the borders. This also led to deterioration of the socioeconomic status of the Palestinian families which increase frustration, anger feeling, and aggression.

During the last two years of siege, Palestinian families in the Gaza Strip were exposed to a variety of stressors and traumatic events due to Israelis violence including incursion, bombardment, shelling of the area, and closure of the borders which had very negative impact on psychological wellbeing. Studies in area of war and conflict found that there was increase in psychological problems in families affected by stress and trauma. Psychological problems ranged from PTSD, anxiety, and depression. In study of Thabet et al (2008) of a sample of 200 Palestinian families from north area of Gaza Strip exposed to continuous shelling and incursions found that 120 parents (60%) had symptoms of potential clinical significance of PTSD, 52 parents (26.0%)

reported severe to very severe anxiety symptoms. In the last century, the Belgian war was one of the devastated effect of a nation in which the area divided into small countries, one of consequences of the war was the siege of cities and ethnic cleansing of the people. A study from Croatia (Arcel, Folnegovic-Smalc, Tocilj-S' imunkovic', Kozaric- Kovac'ic', & Ljubotina, 1998) based on the data of 1,926 refugees and displaced persons living in camps in Croatia reported traumatic experiences in 60.6%. Refugees from Bosnia had experienced an average of 14.8 severe traumatic events, and internally displaced persons from Croatia an average of 8 traumatic events. Other studies based also on refugees from Bosnia to Croatia reported an average of 2.1 traumatic events (Marus'ic' et al., 1995). Across studies, it is reported that men generally encounter more traumatic events than women (Kessler et al., 1995). Rosner et al (2003) in a study to estimate the lifetime prevalence of traumatic events, the current prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), and the connection between the kinds of traumatic events experienced and the probability of developing PTSD in three study samples in Sarajevo, Bosnia-Herzegovina, three years after the end of the war. A total of 311 people surviving the siege of Sarajevo were assessed. Each individual survived an average of 24 traumatic events. According to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) criteria, 18.6% of individuals in the resident's sample, 32.7% of those in medical treatment, and 38.6% of those in psychological treatment developed PTSD.

Marshall et al (2005) in study of total of 586 adults aged 35 to 75 years who lived in Cambodia during the Khmer Rouge reign and immigrated to the United States prior to 1993 were selected to examine the trauma exposure and mental health. Although on average more than 2 decades had elapsed since arriving in the United States, the sample revealed high rates of past-year PTSD (62%) and depression (51%).

Studies in war-afflicted civilians have reported high rates of war-related mental health problems. In a metaanalysis of 20 studies involving refugee populations living in high-income Western countries, Fazel et al (2005) found that at least 9% of adult refugees were diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD), and approximately 5% met criteria for major depression and generalized anxiety disorder. Prevalence estimates are much higher in civilians still living in war-afflicted countries. For example, as part of a national mental health survey in Afghanistan,

Cardozo et al (2004) found very high prevalence rates for symptoms of anxiety (72%), depression (68%), and PTSD (42%). Similarly, among community samples involving survivors of war, conflict, or mass violence, de Jong et al (2001) reported prevalence rates of PTSD symptoms of 37% in Algeria, 28% in Cambodia, 18% in Gaza, and 16% in Ethiopia.

Fewer studies have examined the relationship between anger and measures of psychopathology. Angry feelings or problems associated with anger are a feature of some *DSM-IV* categories, such as personality disorders, anxiety disorders, and depression. However, there is only one disorder, intermittent explosive disorder, where anger is a primary feature of the syndrome.

Anger is understood as an emotion and is defined by its characteristic cognitive, physiological, motivational, and behavioral components (Berkowitz, 1999; Izard, 1991). In particular, the cognitive component involves the perception that important personal goals are blocked by improper action of an external agent, and the motivational component frequently involves hostile and aggressive impulses. On the other hand, hostility is understood as an attitudinal construct and is defined as a predisposition to dislike and mistrust others and to interpret their behavior as egoistic and hurtful (Miller, Smith, Turner, Guijarro, & Hallet, 1996). As a consequence, hostility causes an increased frequency of anger and aggression. Thus, anger and hostility may reciprocally activate each other and motivate the individual to aggressive behavior against others.

State-Trait Anger Theory (Spielberger, 1996), as validated by Deffenbacher and colleagues (Deffenbacher, 1992; Deffenbacher et al., 1996), distinguishes between two components of anger: anger experience and anger expression. Spielberger defines *anger experience* as a construct consisting of two components: anger as an emotional state, or State Anger, and anger as a more stable personality trait, or Trait Anger. State Anger describes the angry feelings experienced by an individual at any given time and can vary in intensity from "mild annoyance or irritation to intense fury and rage" (Spielberger, 1996). Deffenbacher (1993, 1994, 1995, and 1999) and others (DiGiuseppe, Tafrate, & Eckhardt, 1994) have suggested that there is a population of individuals who suffer from frequent and intense angry feelings that negatively influence their health, social, and occupational functioning. Deffenbacher (1999) suggested that anger was an "experiential state that was comprised of cognitive, emotional, and physiological components that co-occur, rapidly interacting with and influencing each other in such a way that they tend to be experienced as a singular phenomenon" (p.296). Anger is accompanied by physical reactions indicating autonomic nervous system arousal, including muscle tension, increased heart rate, respiration, and blood pressure. The STAXI scale is S-Anger. Trait Anger is the overall tendency for an individual to experience angry feelings. Spielberger (1996) stated that individuals who are high in Trait Anger tend to perceive a wider

range of situations as irritating and, therefore, they experience State Anger more often. Deffenbacher and colleagues (1996) demonstrated that individuals who scored high in Trait Anger on the STAXI tended to experience more frequent negative consequences as a result of their anger than did individuals scoring lower on this scale. However, legal difficulties were eliminated from their analyses because they occurred so infrequently. The STAXI includes an overall scale for Trait Anger (T-Anger) and two subscales. Angry Temperament (T-Anger/T) measures the general tendency to experience anger without reference to a specific provocation, and Angry Reaction (T-Anger/R) measures the tendency to react angrily to perceived criticism or unfair treatment. However, these two subscales have not been extensively studied. Anger can be expressed in two basic ways, either directing it outwardly toward individuals or objects in the environment, or directing it inwardly by trying to suppress or hold in angry feelings. Outward expression of anger is associated with violent behavior, whereas anger suppression has been related to anxiety (Spielberger & Sydeman, 1994).

Also, Spielberger (1996) describes two types of anger: state and trait. In general, the former is a temporary emotional state that consists of feelings of annoyance, rage, or both, with concomitant activation of the autonomic nervous system (Spielberger, 1996). The primary external causes of state anger are obstructions to goal directed behavior and acts perceived to be unjust. People also experience anger when they are harassed, assaulted, or attacked (Spielberger & Sydeman, 1994; Törestad, 1990). Trait anger, on the other hand, refers to a disposition over time that influences whether situations are perceived as anger provoking, as well as how often state anger is experienced. Individuals high in trait anger "are likely to perceive a wide range of situations as anger-provoking and to respond to such situations with elevations in state anger" (Spielberger, 1996, p. 7).

Men and women experience state anger differently, with men typically experiencing higher levels of state anger in the same situations (Forgays, Forgays, & Spielberger, 1997; van der Ploeg, 1988). Forgays et al. (1997) found that expressing anger is a more distinctive and significant decision for females than for males. In other words, females are likely to express anger less readily than males. Moreover, the gender differences within normative college student samples were substantial. Female college

students have a much lower state anger score ($M=12.30$) than their male counterparts ($M= 15.89$) (Spielberger, 1996).

The aim of the study was to investigate the impact of siege of the Gaza Strip on Palestinians feelings of anger and anger state in relation psychological symptoms in relation to other socioeconomic variables.

Methods

Subjects

The sample of the study consisted of 400 adults ' age range (18-64 years) who were selected randomly from a community base sample process representing the five geographical area of the Gaza Strip with similar socioeconomic and cultural characteristics.

Procedure

The study sample was selected randomly according to the population census of the Gaza Strip. Before starting the data collection, a training meeting was conducted for 4 hours for 15 mental health professionals working in the area had previous

experience in data collection (5 social workers, 4 psychologist, 2 nurses, and 3 physicians). The aim the study was explained and sample size for each of them was given in prepared list of number of adults (males and females) included in the study to be interviewed. In selecting the sample the area was divided each geographical area into blocks and from each block, one street was chosen, from each street, every other 15 house was approached for the data collection. The data collectors interviewed the subjects in individual base setting inside their homes. A cover letter was given to each subject explaining the aim of the study and a written permission from them to participate in the study was issued. The data collection was carried out from March 2008 to April 2008. Each interview took 2 hours.

Instruments

Sociodemographic variables:

The sociodemographic variables were collected using scale include age, sex, marital status, education, and occupation.

Gaza Siege Checklist (GCMHP, 2008)

This checklist consisted of 21 items covering a wide range of daily life situation affected by Gaza Siege including the family, health, education, social life, and economic issues. This scale was developed after conducting a focus group for 20 professionals working in different sectors of health, education, social services, economic, and the Chronbach's alpha was .75. Splitting Half was 0.69

Symptom Checklist (BSI-53) (BSI; Derogatis, 1993).

The Brief Symptom Inventory (BSI) is a self-report instrument designed to measure psychological symptoms and psychological distress in clinical and non clinical populations (Derogatis, 1993; Derogatis & Spencer, 1982). The BSI consists of 53 statements of problems and complaints, and a respondent endorses one of five responses that represents the extent to which each item has caused discomfort in the near past. The response format is ordinal, with the five response statements being 0 _ *Not at all*, 1 _ *A little bit*, 2 _ *Moderately*, 3 _ *Quite a bit*, and 4 _ *Extremely*. The BSI was designed to measure nine symptom constructs, and 49 of the items are used as indicators for these subscales. The constructs and their abbreviations are Somatization

(SOM), Obsessive-Compulsive (O-C), Interpersonal Sensitivity (I-S), Depression (DEP), Anxiety (ANX), Hostility (HOS), Phobic Anxiety (PHOB), Paranoid Ideation (PAR), and Psychoticism (PSY). Thorough definitions of each construct can be found

in Derogatis (1993), Derogatis and Melisaratos (1983), and Derogatis and Spencer (1982). The reliability of the test was done using Chronbachs' alpha was 0 .94 and splitting half was 0.89.

State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1996).Arabic version (Elqourashi, 1997)

The STAXI is a 44-item questionnaire designed to evaluate different types of experience and expression of anger. The STAXI has five scales. State Anger consists of 10 items that measure the intensity of anger feeling at the time of the investigation. Trait Anger consists of 10 items that measure individual differences in the disposition to experience anger. Responses are given on a scale from 1 (*almost never*) to 4 (*almost always*), with higher scores indicating higher trait anger.

In this study we used the Arabic version of the scale which was validating in similar culture (Elqourashi, 1997). Internal consistency reliability estimated using Chronbach's alpha was 0.86 and split half was .81 for anger state scale and Chronbach's alpha was 0.79, split half was 0.71 for anger trait.

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 14 for data entry and analysis. The chi-squared likelihood ratio was calculated for comparison of categorical variables, and the T- independent test, ANOVA tests for between-group comparison of continuous variables. Spearman's correlation coefficient tested the association between numbers of siege scores, anger state and trait, and psychological symptoms scores, as these were not normally distributed. Linear regression investigated the association between dependent (siege) and anger and psychological symptoms as independent variables.

Results

Sociodemographic characteristic of the study

The sample responded to the interview were 386 subject with response rate of 95.4%, it consisted of 201 male (52.07%) and 185 females (47.93%). The age ranged from 18 to 64 years with mean age was 41.53 years (SD =7.84). According to place of residence 16.58% were from North Gaza, 36.79% were from Gaza area, 13.99% from Middle area, 20.73% from Khan Younis area, and 11.92% were from Rafah area (south of Gaza). According to type of residence 57.25% live in city, 10.10% live in village, and 32.64 live in camp. According to citizenship 73.58% were refugee and 26.42% were citizens. According to marital status, 94.30% were married, 3.89% were widowed, and 1.81% of them were divorced. According to level of education 1.30% were not educated, 8.81% finished preparatory school, 19.69% finished primary school, 34.46% finished secondary school, 31.61% had university degree, 3.63% had Master degree, and 0.52% had PhD degree.

Table 1 : Sociodemographic Characteristics of study population (N = 386)

	No	%
1. Sex		
Male	201	52.07
Female	185	47.93
2. Age		
Mean = 41.53 (SD = 7.48)		
3. Place of residence		
North Gaza	64	16.58
Gaza	142	36.79
Middle area	54	13.99
Khan Younis	80	20.73
Rafah area	46	11.92
4. Type of residence		
City	221	57.25
Village	39	10.10
Camp	126	32.64
5. Citizenship		
Refugee	284	73.58
Citizen	102	26.42
6. Marital status		
Married	364	94.30
Widowed	15	3.89
Divorced	7	1.81

7. Education of the		
Uneducated	5	1.30
Preparatory	34	8.81
Primary	76	19.69
Secondary	133	34.46
University	122	31.61
Master degree	14	3.63
PhD	2	0.52
8. Job		
Housewives	147	38.7
Unemployed	70	18.4
Employee	122	32.1
Farmer	8	2.1
Skilled worker	8	2.1
Merchant	5	1.3
Simple worker	8	2.1
Others	12	3.2

Frequency of impact of siege of Gaza

The results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (97.67%), I feel I am in a big prison (92.23%), I can not find things I need in the market (91.70%), I quitted some purchased daily needs (88.30%), and social visits are less than before (85.23%). While least common reported items were: I started doing the papers for immigration (16.10%) and one of the family member died due to prevention of traveling for treatment (13.80%). The siege items ranged from 0- 21 with mean siege was 12.

Table 2 : Frequency of Impact of siege of Gaza items

	Yes		No	
	N	%	N	%
1. Prices are sharply increased	377	97.67	9	2.33
2. I feel I am in a big prison	356	92.23	28	7.29
3. I can not find things I need in the market	353	91.70	32	8.29
4. I quitted some purchased daily needs	339	88.30	45	11.66
5. Social visits are less than before	329	85.23	57	14.77
6. I can not find some of the necessary things for my children (Milk, baby napkins, etc.)	308	80.20	76	19.80
7. I can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials	298	77.60	86	22.40
8. My work affected so much due to cut-off of electricity	294	76.36	90	23.38
9. My monthly income decreased	276	72.50	105	27.20
10. My work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials	262	67.88	124	32.12
11. I was not able to reach a place I planned to go to	230	59.90	154	40.10
12. I sold some of my furniture and wife gold.	211	54.66	175	45.34
13. I thought of immigration	174	45.31	210	54.69
14. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	169	43.78	217	56.22

15. I need to travel outside the Gaza Strip and can not	166	43.01	220	56.99
16. I stopped completely working	158	41.60	222	58.60
17. I had suffering of not able to receive proper medical care	158	41.00	227	58.96
18. I was prevented from visiting one of the family members in Israelis jails	131	34.03	254	65.97
19. I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	125	32.47	260	67.53
20. I started doing the papers for immigration	62	16.10	323	83.90
21. One of the family member died due to prevention of traveling for treatment	53	13.80	331	86.20

General psychopathology using Symptoms Checklist

Mental distress was evaluated by the short form of self-report fifty three item Symptom Checklist (BSI-53), which is a general standardized measure of psychopathology showed that 75.91 % feel worthlessness, 56.5% blaming themselves for things, 55.7% feel that every thing in life is difficult, 54.4% had nervousness, 41.8% feel tense or keyed up, and 41.1% feel easily annoyed or irritated. While the least common psychological symptoms were thoughts of ending your life (10.4%), feeling inferior to others (14.8%), beliefs that someone is controlling your thoughts (23.3%).

Table 3 : Percentage of symptom Check List (BSI-53) symptoms

Items	Usual ways	Sometimes	Never/rarely
Feeling worthlessness	75.91	7.25	16.84
Blaming yourself for things	56.5	19.3	24.2
I feel that every thing in life is difficult	55.7	22.8	21.5
Nervousness	54.4	12.2	33.4
Feeling tense or keyed up	41.8	24.3	33.9
Feeling easily annoyed or irritated	41.1	26.33	32.6
Feeling sadness and unhappy	40.8	28.9	30.2
Feeling weak in parts of your body	34.8	26.7	38.4
Difficulty in continuous sleep	34.2	36.2	29.5
Feelings that your feelings could hurt easily	33.6	31.6	40.7
Feeling dizzy, tired, loss of conscious due to exhaustion	29.7	35.7	34.6
Feeling fearful	28.4	41.9	29.7
Trouble concentrating	27.4	31.1	41.5
Entering in discussion and arguments	27	36.1	36.9
Thoughts of death or dying	27	50.5	22.5

Difficulty in remembering things	26.9	33.64	39.4
Unable to finish your work	26	40.81	33.2
Feeling that most people cannot be trusted	25.9	40.68	33.4
Numbness or tingling in parts of your body	25.2	43.1	31.7
Unable to do things like others	24.7	43.6	31.7
Feeling lonely even when you are with people	24.4	49.5	26
Others not giving you proper credit for your achievements	23.44	44.01	32.55
Temper outbursts that you cannot control	23.4	46.08	30.5
Something bad will happen	22.54	43.52	33.94
Feeling lonely	21.5	51.5	27
Feeling guilty for trivial things	21.24	54.66	24.09
Blaming others for all your troubles	20.5	53.66	25.9
Having to avoid certain things, places, or activities because they frighten you	20.1	52.3	27.6
Panic and fears suddenly without reason	20.1	57.19	22.7
Difficulty making decisions	19.5	36.7	43.9
feeling coldness and hotness	18.8	55.8	25.3
Feeling no interest in things	16.6	53.4	30.1
Feeling that something bad is going to happen to you	16.4	55.89	27.8
Pains in your heart or chest	16.2	59.78	24
Spells of terror or panic	16.2	61.9	21.9
feeling angry when you are alone	15.1	61.2	23.8
Feeling that people are misusing you	14.81	58.7	26.49
Lack of appetite	14.6	43.08	42.3
Having thoughts that are not your own	13.99	55.96	30.05
Feeling afraid in open spaces or on the streets	13.5	63.22	23.3
Afraid of riding the bus of public transport	13.3	69.6	17.1
Trouble getting your breath	12.9	57.8	29.3
Nausea and stomachaches	12.8	49.1	38.1
Feelings of guilt	12.8	51.5	35.7
Feeling uneasy when people are watching or talking about you	9.9	67.8	22.2
Feeling that you are empty of thoughts	9.8	62.2	28

Having urges to break or smash things	9.3	75.6	15.1
Feeling shame and embarrassed in front of others	9	64.8	26.2
I had the urge feelings to hurt, injury, or hit somebody	8.5	74.6	16.9
Feeling of unfriendly of others and they dislike you	8.3	67.7	24.1
Beliefs that someone is controlling your thoughts	8	68.61	23.3
Feeling inferior to others	7.2	78.2	14.8
Thoughts of ending your life	5.9	83.59	10.4

Means and Standard deviations of psychological symptoms (BSI and subscales)

The results showed that the subjects of the sample psychological symptoms ranged from 4 to 186 symptoms (mean = 81.19, SD = 31.91), somatization ranged from 0-26 (mean = 10.88, SD = 5.47), obsessive compulsive symptoms ranged from 2-23 (mean = 11.30, SD = 3.85), interpersonal sensitivity ranged from 0-15 (mean = 4.89, SD = 2.91), depression ranged from 0-24 (mean = 8.62, SD = 4.39), anxiety ranged from 0-23 (mean = 10.00, SD = 4.69), hostility ranged from 0-19 (mean = 7.31, SD = 3.73), phobic anxiety ranged from 0-19 (mean = 7.53, SD = 3.89), paranoid ranged from 0-19 (mean = 7.16, SD = 3.80), and psychosis ranged from 0-19 (mean = 6.90, SD = 3.82).

Table 4: Means and Standard deviations of psychological symptoms (BSI and subscales)

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD
Symptom Checklist (BSI-53)	353	4	186	81.19	31.91
Somatization	374	0	26	10.88	5.47
Obsessive compulsive disorder	382	2	23	11.30	3.85
Interpersonal sensitivity	386	0	15	4.89	2.95
Depression	382	0	24	8.62	4.39
Anxiety	378	0	23	10.00	4.69
Hostility	379	0	19	7.31	3.73
Phobic anxiety	384	0	19	7.53	3.89
Paranoid	381	0	19	7.16	3.80
Psychosis	381	0	19	6.90	3.82

Differences in psychological symptoms and sociodemographic variables

In order to find differences in gender and psychological symptoms, t independent test was conducted in which total mental health problems and subscales were entered separately as the dependent variable and sex as independent variable. The results showed that females reported more somatization ($t = -2.18$, $p = 0.03$), obsessive compulsive disorder ($t = -2.67$, $p = 0.01$), and phobic anxiety ($t = -2.15$, $p = 0.03$). The results showed no statistically significant between refugee and citizens and marital status of the study subjects.

However, the results showed that Palestinians live in camps reported more in general psychological problems than those in cities and village ($\chi^2 = 16.70$, $df = 2$, $p < 0.001$), somatization (χ^2

$= 9.79$, $df = 2$, $p < 0.007$), obsessive compulsive problems ($\chi^2 = 6.55$, $df = 2$, $p < 0.03$), interpersonal sensitivity ($\chi^2 = 9.15$, $df = 2$, $p < 0.01$), depression symptoms ($\chi^2 = 10.141$, $df = 2$, $p < 0.006$), anxiety ($\chi^2 = 5.98$, $df = 2$, $p = 0.05$), hostility ($\chi^2 = 12.7$, $df = 2$, $p < 0.002$), phobic anxiety ($\chi^2 = 5.81$, $df = 2$, $p < 0.05$), paranoid ideation ($\chi^2 = 6.59$, $df = 2$, $p < 0.40$). However, psychosis symptoms were more common in people live in villages than in camps cities and ($\chi^2 = 6.55$, $df = 2$, $p < 0.03$).

Relationship between siege scores and psychological symptoms

In order to investigate the relationship between the siege total scores and BSI and subscales, Pearson coefficient correlation test was done. The results showed that there were statistically significant positive correlation between total siege scores and BSI in which people who scored more in siege items had more psychopathology ($r = 0.27$, $p < 0.001$), somatization ($r = 0.38$, $p < 0.001$), obsessive compulsive ($r = 0.40$, $p < 0.001$), interpersonal sensitivity ($r = 0.28$, $p < 0.001$), depression ($r = 0.38$, $p < 0.001$), anxiety ($r = 0.37$, $p < 0.001$), hostility ($r = 0.34$, $p < 0.001$), panic (phobic anxiety) ($r = 0.33$, $p < 0.001$) paranoid ideation ($r = 0.29$, $p < 0.001$), and psychosis ($r = 0.31$, $p < 0.001$).

Table 5: Pearson correlations coefficient test between siege and psychological symptoms

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Siege total										
2. Symptom Checklist	.40**									
3. Somatization	.38**	.80**								
4. Obsessive compulsive	.27**	.79**	.56**							
5. Interpersonal sensitivity	.28**	.77**	.54**							
6. Depression	.38**	.84**	.57**	.66**	.63**					
7. Anxiety	.37**	.88**	.68**	.67**	.65**	.69*				
8. Hostility	.34**	.73**	.54**	.47**	.49**	.55**	.61*			
9. Panic (phobic anxiety)	.33**	.79**	.60**	.57**	.59**	.59**	.71**	.47*		
10. Paranoid Ideation	.29**	.77**	.54**	.53**	.61**	.61**	.60**	.55**	.56*	
11. Psychosis	.31**	.84**	.58**	.60**	.62**	.73**	.69**	.60**	.61**	.60**

Determinants of siege scores and psychological symptoms

In order to find out the predictive effect of siege on psychological symptoms, total psychological symptoms was entered as dependent variable in a multiple regression model, with siege items as the independent variables. The results showed that the total BSI scores were positively associated with the following siege items: I had suffering of not able to receive proper medical care ($B = .14$, $p < 0.001$), I feel I am in a big prison ($B = .19$, $p < 0.01$), I sold some of my furniture and gold ($B = .15$, $p < 0.003$), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member ($B = .13$, $p < 0.01$), I quitted some purchased daily needs ($B = .11$, $p < 0.02$).

Table 6: Linear Regression analysis of psychological symptoms and siege items

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	36.23	6.78		5.33	.000
13- I had suffering of not able to receive proper medical care	9.10	3.51	.14	2.58	.010
2- I feel I am in a big prison	24.67	6.25	.19	3.94	.000
18- I sold some of my furniture and gold .	10.00	3.29	.15	3.03	.003
3- I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	8.59	3.44	.13	2.49	.013
5- I quitted some purchased daily needs	11.07	4.92	.11	2.24	.025

F = 15.18, p < 0.05, R² = 0.18

State of anger and trait of anger

Anger state

In this study the most common state of anger items were: I feel upset (18.4%) and I barely burned from the inside (10.4%). While the least common states were: I had the desire to break things (2.6%), and I feel the desire to direct insults someone (4.1%).

Table 7: Frequency of anger state items (N = 386)

	Not present	Little	Moderate	Severe
I feel upset	25.2	33.2	23.1	18.4
I barely burned from the inside	49.2	24.1	16.3	10.4
I feel a desire for revenge	63.9	17.1	11.2	7.8
What I feel at this moment: I feel anger	54.4	22	16.1	7.5
I had the desire to shout on the face of someone	53.5	24.9	14	7.5
I feel a desire to strike someone	65.2	22.6	6.5	5.7
I barely mad of resentment	66.6	18.7	9.1	5.4
I had urge to hit the table forcibly	74.4	17.6	3.6	4.4
I feel the desire to direct insults someone	73.1	19.2	3.6	4.1
I feel the desire to break things	74.6	15.5	7.3	2.6

Anger trait

In this study the most common trait of anger items were: I feel upset when my work is not appreciated (21.1%), I became angry when I did a good job and get the estimate is weak (19.9%), and I am angry when mistakes of others delayed my work (16.1%). While

the least common traits were: I loss control of my self (4.4%), I feel a desire to strike a person when touch of frustration (4.2%), I said bad words when I am provoked outrage (2.9%).

Table 8 : Frequency of anger trait items (N = 386)

	Not present	Little	Moderate	Severe
I feel upset when my work is not appreciated	8.9	35.9	34.1	21.1
I became angry when a I did a good job and get the estimate is weak	18.4	31.6	30.1	19.9
I am angry when mistakes of others delayed my work	11.1	47.7	25.1	16.1
I am deeply angered when the touch of criticism before others	26.9	45.1	18.9	9.1
My temper is easily provoked	29.5	49.5	13.7	7.3
I like impulsive and hurry	37.4	47.3	9.9	5.5
I had a quick-temper	36.8	47.4	10.4	5.4
I loss control of my self	40.4	43.3	11.9	4.4
I feel a desire to strike a person when touch of frustration	57.1	29.1	9.6	4.2
I said bad words when I am provoked outrage	53.8	32.7	10.6	2.9

Anger state and trait and sociodemographic variables

T independent test was conducted in which total anger state and trait was the dependent variable and sex as independent variable. The results showed no statistically significant sex differences in mean anger state (Male vs. Female) (7.08 vs. 6.12) (t = 1.56, p = 0.12) and anger trait (Male vs. Female) (10.68 vs. 10.22).

The results showed no statistically significant differences in anger state and trait and citizenship, relation to place of residence, and marital status.

Relationship between siege scores, psychological symptoms, anger state, and trait

In order to investigate the relationship between the siege total scores, psychological symptoms, anger state, and trait, Pearson coefficient correlation test was done. The results showed that there were statistically significant negative correlation between anger trait and total siege scores and (r = .33, p < 0.001), , total psychological symptoms (r = 0.57, p < 0.001), somatization (r = 0.39, p < 0.001), obsessive compulsive symptoms (r = 0.39, p < 0.001), interpersonal sensitivity (r = 0.44, p < 0.001), depression (r = 0.53, p < 0.001), anxiety (r = 0.48, p < 0.001), hostility (r = 0.46, p < 0.001), panic (r = 0.48, p < 0.001), paranoid ideation (r = 0.49, p < 0.001), and psychosis (r = 0.50, p < 0.001). This also was the same for Anger trait.

Table 9: Correlations between the Siege, State and Trait Anger Scales and the Brief Symptom Inventory (BSI)

	Anger state	Anger trait
Total siege	.33**	.22**
Symptom Checklist (BSI-53)	.57**	.56**
Somatization	.39**	.40**

Obsessive compulsive symptoms	.39**	.40**
Interpersonal sensitivity	.44**	.41**
Depression	.53**	.50**
Anxiety	.48**	.47**
Hostility	.46**	.51**
Panic (phobic anxiety)	.48**	.40**
Paranoid ideation	.49**	.50**
Psychosis	.50**	.53**

Determinants of anger state and siege

In order to find out the predictive effect of siege on anger state, total anger state was entered as dependent variable in a multiple regression model, with siege items as the independent variables. The results showed that the total anger state scores were positively associated with the following siege items: I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member: ($B = .17$, $p < 0.001$), I thought of immigration ($B = .13$, $p < 0.007$), one of the family member died due to prevention of traveling for treatment ($B = .12$, $p < 0.01$), my work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials ($B = .10$, $p < 0.03$), I feel I am in a big prison ($B = .10$, $p < 0.03$).

Table 10: Linear Regression analysis anger state and siege items

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Constant)	1.534	1.178		1.302	.194
3- I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	2.133	.613	.174	3.479	.001
15- I thought of immigration	1.657	.609	.136	2.720	.007
12- One of the family member died due to prevention of traveling for treatment	2.155	.874	.124	2.465	.014
20- My work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials	1.408	.662	.107	2.126	.034
2- I feel I am in a big prison	2.423	1.166	.103	2.077	.038

$F = 9.65$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.11$

Determinants of anger trait and siege

In order to find out the predictive effect of siege on anger trait, total anger trait was entered as dependent variable in a multiple regression model, with siege items as the independent variables. The results showed that the total anger trait scores were positively associated with the following siege items: I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member: ($B = .16$, $p < 0.001$), I feel I am in a big prison ($B = .11$, $p < 0.02$), and my work affected so much due to cut of electricity, row materials ($B = .10$, $p < 0.04$).

Table 11 Linear Regression analysis anger trait and siege items

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error			
(Constant)	6.694	1.056		6.340	.000
3- I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	1.736	.527	.168	3.294	.001
2- I feel I am in a big prison	2.268	1.007	.115	2.252	.025
21- My work affected so much due to cut of electricity	1.243	.618	.102	2.012	.045

$F = 9.65$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.05$

Discussion

Our results showed that results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (97.67%), I feel I am in a big prison (92.23%), I can not find things I need in the market (91.70%), I quitted some purchased daily needs (88.30%), and social visits are less than before (85.23%). While least common reported items were: I started doing the papers for immigration (16.10%) and one of the family member died due to prevention of traveling for treatment (13.80%). The above mentioned results showed that such items highlight the socioeconomic and psychological impact on Palestinians daily life and families ability to cope with shortage of materials and money which may increase stat of frustration, despair, and anger toward the outside word knowing that no one tried to beak this siege. Interestingly, 16% said that they started doing papers for immigration to other countries due to hardship of the families and lack of job opportunities in the Gaza Strip.

While the least common psychological symptoms were thoughts of ending your life (10.4%), feeling inferior to others (14.8%), beliefs that someone is controlling your thoughts (23.3%).

In this study the most common psychological symptoms were related to depression and anxiety symptoms such as feeling of worthlessness, blaming themselves for things, feel that every thing in life is difficult, had nervousness, feel tense or keyed up, and feel easily annoyed or irritated.

The results of this study showed that the psychological symptoms were positively associated with total siege scores and with the following siege items: I had suffering of not able to receive proper medical care, I feel I am in a big prison, I sold some of my furniture and gold, I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member, I quitted some purchased daily needs. This showed that siege is one of the current daily cumulative stressor Palestinians are subjected to which increase the feelings of being unsecure and uncertain of the present and future. Siege increase the people demand for medical care which is part of process of developing more somatic symptoms due to psychological trauma and stress. Added to this is the effect on socioeconomic status of the

Palestinian families which urged many families to sell the furniture and gold of the women to buy food. This is consistent with previous studies of people exposed to long period stress and other socioeconomic hardships in similar area of war and conflict in which depression and anxiety are increased. Summerfield & Toser (1991) comment that the impact of low-intensity warfare on ordinary civilians is intense, as terror and anxiety penetrate subjective mental life. This is exacerbated when accompanied by high levels of social deprivation. Dubois et al. (2004) assessed the impact of civil war some five years later on Cambodian respondents. About 59% of their study population showed psychiatric symptoms that fitted a clinical diagnosis, with 53% reporting symptoms of anxiety and 42% reporting symptoms of depression. Research carried out since the 1970s in Northern Ireland suggests that the 'Troubles' have had a negative impact on some citizens, as a variety of psychological disturbances have been recorded, e.g. sleep problems, dependency on benzodiazepines and alcohol misuse. Miller et al. (2003) found that respondents in the 1997 and 2001 Northern Ireland Health and Social Wellbeing surveys who thought that they themselves, their family or their neighbourhood had been affected by the conflict were significantly more likely to report high levels of stress. More than 75% of respondents in that survey worried about the political situation in Northern Ireland and this also were associated with significantly higher levels of stress. Respondents who said that they did not experience very much violence in their neighbourhood had a lower GHQ-12 score, whereas respondents who said that they were affected by the conflict either 'a lot' or 'quite a bit' had higher GHQ-12 scores (Miller, 2003). In a large study by Lopes Cardozo et al (2000) in Kosovo, following the war, the prevalence of PTSD among Kosovar Albanian was found to be 17%. However, in other studies of refugees, from both other Yugoslav regions and from Kosovo, a higher prevalence of PTSD has been found. In a questionnaire study of Kosovars in the United States it was found that about 60% were likely to be diagnosed with PTSD. In another study of Kosovars in the UK, conducted with both questionnaires and validated with interviews, about half of the refugees exhibited signs of PTSD

Roberts et al (2008) in a study to measure rates of post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression amongst 1210 adult internally displaced persons in Gulu and Amuru districts of northern Uganda, and investigate associated demographic and trauma exposure risk factors. The results showed that 54% of the respondents met symptom criteria for PTSD, and over two thirds 67% of respondents met symptom criteria for depression. Over half (58%) of respondents had experienced 8 or more of the 16 trauma events covered in the questionnaire. Factors strongly linked with PTSD and depression included gender, marital status, distance of displacement, experiencing ill health without medical care, experiencing rape or sexual abuse, experiencing lack of food or water, and experiencing higher rates of trauma exposure.

In this study the most common state of anger items were: I feel upset and I barely burned from the inside. While the most common trait of anger items were: I feel upset when my work is not appreciated, I became angry when I did a good job and get the estimate is weak, and I am angry when mistakes of others delayed my work.

The results showed no statistically significant sex differences in mean anger state, no differences in anger state and trait between refugees and citizens, marital status, and place of

residence. The results showed that the total anger state scores were positively associated with the following siege items: I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member, I thought of immigration, one of the family member died due to prevention of traveling for treatment, my work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials, I feel I am in a big prison. While anger trait scores were positively associated with the following siege items: I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member, I feel I am in a big prison, and my work affected so much due to cut of electricity, row materials.

The results of the study showed that siege increase anger which lead to more psychological symptoms. This is consistent with study of Kopper and Epperson (1996) who found that composites of anger variables significantly predicted mental health variables. Specifically, variables such as depression, dependency, and guilt. This suggests that anger-prone individuals might well display a broader array of psychological symptomatology or psychopathology among the variables that correlated with anger composition. Spielberger (1979) noted that anger was a more elementary concept than either hostility or aggression, although these three were often used interchangeably. Anger has a biological basis expressed by somatic symptoms including arousal of the autonomic nervous system. Regression analyses and structural equation modeling has shown that anxiety and depression can be predicted by state anger but not by trait anger. The significant correlation between Trait Anger and anxiety and depression is spurious possibly because of a moderate correlation

between State and Trait Angers. Trait Anger refers to an individual's readiness to perceive a wide range of situations as anger provoking and to respond to such situations with elevation of State Anger. In contrast, State Anger refers to an individual's current emotional states consisting of subjective feelings of tension, annoyance, irritation, fury, and rage (Spielberger, 1979).

Clinical implication and recommendations

In this study, impact of siege on the Palestinians feelings of anger and inability to ventilate their anger, beside other socioeconomic adversities due to closure of the borders and unemployment due to siege lead to more psychological problems. This highlight the need to break down the siege of Gaza by the help of the international organizations and this could be by lobbying with local and international human rights and civil society organizations to left the siege. Also, there are needs for establishment programs of anger management which may help in improving the mental health of the Palestinians in the Gaza Strip.

References

- Arcel, L.T., Folnegovic-Smalc, V., Tocilj-Simunkovic, G., Kozaric-Kovac, D., & Ljubotina, D. (1998). Ethnic cleansing and posttraumatic coping. In L.T. Arcel & G.T. Simunkovic (Eds.), *War violence, trauma, and the coping process* (pp. 45-78). Zagreb: Nakldnistvo Lumin.
- Berkowitz, L. (1999). Anger. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 411-428). Chichester, England: Wiley.
- Cardozo BL, Bilukha OO, Crawford CA, et al. (2004). Mental health, social

- functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*, 292, 575-584.
- Curren, P.S., Bell, P., Murray, A., Loughrey, G., Roddy, R. & Rocke, L.G. (1990). Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *British Journal of Psychiatry*, 156, 479-482.
 - Deffenbacher, J. L. (1993). General anger: Characteristics and clinical implications. *Psicologia Conductual*, 1, 49-67.
 - Deffenbacher, J. L. (1994). Anger reduction: Issues, assessment, and intervention strategies. In A. W. Wolfe & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 239-269). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
 - Deffenbacher, J. L. (1995). Ideal treatment packages for adults with anger disorders. In H. Kassirer (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 151-172). Washington, DC: Taylor and Francis.
 - Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 295-309.
 - Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Thwaites, G. A., Lynch, R. S., Baker, D. A., Stark, R. S., et al. (1996). State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 131-148.
 - Derogatis, L. R., & Spencer, P.M. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and procedures: BSI manual-I*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research, Inc.
 - Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
 - Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and procedures manual* (3rd ed). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
 - de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, et al. (2001). Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*, 286, 55
 - DiGiuseppe, T. R. C., & Eckhardt, C. I. (1994). Critical issues in the treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 111-132.
 - Dubois, V., Tonglet, R., Hoyois, P., Sunaunt, K.A., Roussaux, J. & Hauff, E. (2004) Household survey of psychiatric morbidity in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 174-185
 - El gourashy, A. F. (1997). Validity and reliability of the Arabic version of anger state and trait. *Arab Psychology Journal*, 43, 74-89.
 - Fazel M, Wheeler J, Danesh J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. *Lancet*; 365, 1309-1314.
 - Forgays, D. G., Forgays, D. K., & Spielberger, C. D. (1997). Factor structure of the state-trait anger expression inventory. *Journal of Personality Assessment*, 69, 497-507.
 - Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.
 - Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
 - Kaldor M: (1999). New and old wars: organized violence in a global area. Stanford, California, Stanford University Press;.
 - Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
 - Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., & Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
 - Marshall, G. N., Schell, T. L., & Elliott, M. N., Berthold, S. M., & Chun, C. (2005). Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States. *JAMA*, 294 (5), 571-579.
 - Marusic, A., Kozaric-Kovacic, D., Folnegovic-Smalc, V., Ljubin, T., Zrnčić, A., & Ljubin, S. (1995). Use of two PTSD scales in assessing posttraumatic stress disorder in refugees and displaced persons from Bosnia and Herzegovina and Croatia. *Psychologische Beiträge*, 37, 209-214.
 - Roberts, B., Kaducu Felix Ocaka, K. F., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2008). Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 8, 1-9.
 - Rosner, R., Powell, S., & Butollo, W. (2003). Posttraumatic Stress Disorder Three Years After the Siege of Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 41-55.
 - Spielberger, C. D., Jacobs, G. A., Russell, S. F., & Crance, R. S. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J. N. Butcher & Spielberger, C. D.

- (eds.), *Advances in Personality assessment*, 2, Hillsdale, NJ: Erlbaum 159-187.
- Summerfield, D.B. & Toser, L. (1991) Low intensity war and mental trauma
- : a study in a rural community *Medicine and War*, 7, 84-89.
- Spielberger, C. D., & Sydeman, S. J. (1994). State-trait anxiety inventory and state-trait anger expression inventory. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Sullivan, W. C. (1994). Perceptions of the rural-urban fringe: Citizen preferences for natural Spielberger, C. D. (1996). *State-trait anger expression inventory: Professional manual*. Tampa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Törestad, B. (1990). What is anger provoking? A psychophysical study of perceived causes of anger. *Aggressive Behavior*, 16, 9-26.
- van der Ploeg, H. M. (1988). The factor structure of the state-trait anger scale. *Psychological Reports*, 61, 978.

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 5 - العدد الثامن و التاسع عشر 2008



Download All N° 18-19 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=18

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 4 - العدد السابع عشر 2008



Download All N° 17 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=17

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 14

العلاج النفسي الحواري
آفاقه وشروطه على طريق الاحتراف



أ.د. نعيم عطية

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=114

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB14ANCont&Pref.pdf>

الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 13

أساسيات... حماية الأطفال من سوء المعاملة والإهمال... في سورية



أ.د. محمد أديب العسالي

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=113

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB13AMCont&Pref.pdf>

QUELS FACTEURS ÉTIOLOGIQUES ORGANIQUES DANS LA DÉFICIENCE MENTALE ?

ETUDE TUNISIENNE

AYADI. H - MEFTUH. S - MOALLA. Y - WALHA. A - GHRIBI. F

hela.ayadijemal@rns.tn

RESUME : L'objectif de notre étude a été de relever les facteurs organiques éventuellement étiologiques chez les enfants atteints de déficience mentale.

Matériel & Méthodes : L'étude était rétrospective portant sur 334 dossiers d'enfants et adolescents ayant consulté au service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax entre janvier 1998 et décembre 2001 et atteints de déficience mentale (CFTMEA R 2000).

Résultats

Les facteurs étiologiques organiques ont été présents dans 66,2 % des cas.

Les facteurs organiques associés ou antérieurs à la maladie incriminés dans la genèse de la déficience mentale étaient notés dans 66,2 % des cas. Ils étaient à type de :

Facteurs anténataux dans 26,1 % des cas.

Facteurs prénataux dans 18,6 % des cas.

Facteurs post nataux dans 6 % des cas.

Infirmités et affections somatiques au long cours dans 13,2 % des cas.

Convulsion et épilepsie dans 33,8 % des cas.

Conclusion :

Les facteurs incriminés dans la genèse de la déficience mentale sont multiples.

Ceci concorde avec celles de la littérature.

Tenir compte de ces facteurs notamment de ceux anté et prénataux permet de prévenir la déficience mentale.

Mots clés: Déficience mentale, enfant, clinique, étiologie organique.

Summary : The objective of our study was to raise organic factors possibly etiologic at the children affected by mental deficiency.

Material and methods: Study was retrospective concerning 334 files of children and teenagers having consulted in the service of pédopsychiatry of CHU hédi chaker sfax; between January, 1998 and December, 2001 and affected by mental deficiency (CFTMEA R 2000).

Results

Factors etiologic organic were present in 66, 2 % of cases.

Associated organic factors or previous to the disease incriminated in the geneses of the mental deficiency were noted in 66, 2 % of cases. They were for type of:

Factors antenatal in 26,1 % of cases.

Factor prenatal in 18,6 % of cases.

Factors post natal in 6 % of cases.

Infirmities and somatic affections in the long course in 13,2 % of cases.

Convulsion and epilepsy in 33,8 % of cases.

Conclusion

Factors incriminated in the geneses of the mental deficiency are multiple.

This suits to those of the literature.

To take into account these factors notably of those ante and prenatal allows to prevent mental deficiency.

Keywords: mental Deficiency, child, clinical, organic etiologic.

هدف هذه الدراسة يتمثل في استبيان العوامل العضوية التي قد تكون سببا في الإعاقة الذهنية لدى الأطفال.

إنها دراسة استيعادية شملت 334 ملف طفل ومراهق راجعوا عيادة قسم الطب النفسي للأطفال في المستشفى الجامعي الهادي شاكر بين جانفي 1998 إلى غاية سبتمبر 2001 وكان جميعهم مصابا بالعتة.

إن العوامل المسببة ذات المنشأ العضوي بلغ 66,2 % من بين الحالات.

العوامل العضوية المصاحبة أو السابقة لظهور المرض والتي قد تكون مسؤولة عن ظهور القصور الذهني كانت في حدود 2,65 % وكانت :

- عوامل ما قبل الولادة 25,1 %.
- عوامل أثناء الولادة 15,6 %.
- عوامل بعد الولادة 6 %.
- اختلاج وصرع 3,5 %.

إن العوامل المسؤولة عن نشأة العوز الذهني عديدة وهذا متناسق مع ما نشر من المعطيات العالمية. يجب مراعاة كل هذه العوامل وخاصة تلك التي تتعلق بمرحلة ما قبل وأثناء الولادة حتى نتمكن من الوقاية من القصور الذهني عند الأطفال.

INTRODUCTION:

Toutes les atteintes du système nerveux central quelle qu'en soit la cause peuvent entraîner une diminution des capacités intellectuelles.

Sur le plan statistique, il existe une corrélation entre la profondeur du déficit intellectuel et l'existence d'une étiologie organique, en effet plus le déficit est profond, plus les causes organiques sont incriminées. Toutefois, les déficits profonds peuvent ne s'accompagner d'aucune étiologie organique évidente.

L'objectif de notre travail était d'étudier les facteurs organiques étiologiques chez les enfants atteints de déficience mentale (DM).

MATERIEL & METHODES :

L'étude a été rétrospective portant sur des dossiers de 334 enfants et adolescents ayant consulté au service de pédopsychiatrie du CHU Hédi Chaker de Sfax entre janvier 1998 et décembre 2001 et atteints de déficience mentale (Axe I CFTMEA R 2000).

La DM était de degré léger (QI : 50- 69) dans 44,6%, modéré (QI : 35-49) dans 21,7% des cas, sévère (QI : 20-34) dans 13% des cas, profond (QI <20) dans 12,9% des cas, non spécifiée dans 7,8% des cas. La DM était harmonique (non associée à des troubles affectifs) dans 65,3% des cas, dysharmonique (associée à des troubles affectifs) dans 26% des cas, avec polyhandicap 3,9% des cas, non spécifiée dans 4,8% des cas.

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel d'épidémiologie et de statistique SPSS et de l'Excel. L'analyse des données a comporté :

- une étude descriptive étudiant les fréquences et les moyennes
- une étude analytique ayant pour but d'établir des corrélations entre les différents facteurs étiologiques organiques et le degré et le type de déficience mentale : la différence était considérée comme significative (S*) lorsque $P \leq 0,05$, très significative (S**) lorsque P est compris entre 0,05 et

0,1, hautement significative (S***) lorsque $P < 0.001$.

RESULTATS :

➤ Les facteurs étiologiques organiques étaient présents dans 66,2 % des cas.

Une corrélation hautement significative était retrouvée entre le degré profond et sévère de la déficience mentale et les facteurs organiques ($p < 0,001$).

Une corrélation très significative était retrouvée entre le caractère harmonique de la déficience mentale et les facteurs organiques ($p = 0,009$).

➤ La consanguinité était retrouvée dans 53,3 % des cas dans notre échantillon. Dans plus de la moitié des cas il s'agit de parents cousins germains.

➤ Les antécédents familiaux de débilité mentale étaient présents dans 14,1 % des cas.

➤ Les antécédents familiaux d'épilepsie ou de convulsions étaient présents dans 7,2 % des cas.

➤ Les antécédents familiaux d'affection somatique ou de polyhandicap étaient dans 2,4 % des cas.

➤ L'âge de la mère au moment de la conception était supérieur ou égal à 35 ans dans 21,1 % des cas. La moyenne d'âge au moment de la conception a été de 28,8 ans avec un écart type de 6,2.

➤ Les facteurs anténataux étaient retrouvés dans 26,1% des cas. Ils étaient d'origine maternelle dans 11,7% des cas (graphique 1) et à type de maladies d'origine génétique ou congénitale dans 14,4% des cas (graphique 2).

Une corrélation très significative a été retrouvée entre le degré modéré, sévère et profond de la déficience mentale et la trisomie 21 ($p = 0,001$)

➤ Les facteurs périnataux étaient retrouvés dans 18,6% des cas (Graphique N°3).

➤ Les facteurs postnataux étaient notés dans 6% des cas,

➤ les infirmités et affections somatiques au long cours étaient notées dans 13,2% des cas

➤ les convulsions et épilepsie étaient retrouvés dans 33,8% des cas.

Une corrélation très significative était retrouvée entre le degré sévère et profond de la déficience mentale et l'existence de convulsions et d'épilepsies ($p=0,002$).

Une corrélation très significative était retrouvée entre le caractère dysharmonique de la déficience mentale et l'existence de convulsions ou d'épilepsies.

DISCUSSION :

I- Facteurs étiologiques généraux :

* Consanguinité :

Dans notre échantillon, il existe une sur représentation de patients issus de parents consanguins puisque le taux de consanguinité a été de 53,3 %. Il a été de 38,5% dans le travail de thèse de Gaddour portant sur 1452 consultants tout venant en pédopsychiatrie avec une corrélation hautement significative entre la consanguinité et la déficience mentale.

Penrose conclut que le taux de consanguinité est 3 fois supérieur chez les parents d'arriérés que dans la population générale [1].

* L'âge de la mère : l'âge moyen des mères au moment de la conception dans notre échantillon était de 28,8 ans. Il était supérieur ou égal à 35 ans dans 21,1% des cas.

Laumon et coll [2] dans la recherche des facteurs de risques des encéphalopathies signalent un pourcentage de 29,6% des mères de plus de 35 ans contre 11,1% dans le groupe témoin.

* Les antécédents familiaux de déficience mentale : les antécédents familiaux de déficience mentale étaient notés dans 14,7 % des cas.

Tabèze [3] a rapporté une incidence d'arriération de 46% chez les enfants d'un parent atteint de DM et 90,7% chez les enfants de deux parents atteints.

Misés et al [4] signalent que de nombreuses études ont montré qu'il existe une corrélation élevée (au sens statistique) entre le QI des parents et le QI des enfants, mais seule la méconnaissance de tous les modes non génétiques de transmission de l'intelligence (attitudes et pratiques éducatives, processus identitaires, etc...) a pu porter à en conclure que « l'intelligence se transmet pour l'essentiel par voie génétique ».

II- Facteurs pré ou anténatals :

Elles constituent la cause la plus fréquente [5].

* facteurs prénatals d'origine maternelle :

Les causes prénatales du retard mental incluent l'origine infectieuse comme la CMV, toxoplasmose, herpes, syphilis, rubéole et HIV ce qui a été le cas chez deux patients de notre série ainsi que l'origine toxique ce qui a été le cas chez deux autres dans notre étude.

La fièvre maternelle prolongée pendant le premier trimestre de grossesse, l'exposition aux anticonvulsifs ou l'alcool [6,7] n'ont pas été notés dans notre groupe de malades.

* Les maladies d'origine génétique ou congénitale :

- La trisomie 21 était retrouvée dans 27,1 des maladies d'origine génétique ou congénitale (soit 3,9 % par rapport à la totalité de l'échantillon) ce qui rejoint les données de la littérature [8]. Elle a été corrélée à un degré modéré, sévère et profond de déficience mentale.

- Les maladies métaboliques : étaient notés chez deux enfants dans notre étude. la phénylcétonurie en constitue la principale maladie métabolique qu'on peut prévenir par un traitement précoce [9].

- L'hypothyroïdie congénitale était retrouvée chez 4 cas dans notre étude, celle-ci est due à des défauts de développement de la glande thyroïde dans 80 à 90 % des cas [10].

III- Facteurs périnataux :

Elles ont représenté 18,6 % des cas dans notre série.

La souffrance cérébrale périnatale a représenté dans notre étude 67,7 % des facteurs périnatals, vient ensuite la prématurité, la dysmaturité et l'hypotrophie fœtale (35,5 %).

André et al [11], dans une étude prospective réalisée chez 74 enfants nés à terme ayant eu des signes de souffrance fœtale aigue ont trouvé une incidence nettement augmentée des retardés mentaux (20,2 %).

Sibertin-blanc et al [12], dans une étude sur les très grands prématurés ont trouvé que l'étude de développement intellectuel (WISC) montre une différence de 16 points entre la moyenne des QI des enfants nés à terme (106 +/- 15) et celle observée chez les prématurés (90 +/- 15) mais sans que les corrélations puissent établir avec le poids de naissance, l'âge gestationnel, la survenue d'événements prénatals et la durée de l'hospitalisation.

IV- Facteurs postnatals :

Ces facteurs ont occupé la troisième position avec un taux de 6 %.

V- Convulsions et épilepsies :

Elles ont représenté dans notre étude 33,8 % des facteurs étiologiques organiques dont 9,7 % d'encéphalopathies épileptiques évolutives (syndrome de West, syndrome de Lennox Gastaut et épilepsies graves).

L'épilepsie chez l'enfant déficient mental est relativement fréquente comme le note Ramos [13]. Chevalier et coll [14] qui a rapporté une étude de Corbett sur les arriérés mentaux de moins de 14 ans a constaté qu'un tiers d'entre eux a eu au moins une crise à un moment quelconque de sa vie.

Dans notre échantillon la corrélation a été statistiquement significative entre le degré profond et sévère, le type dysharmonique de déficience mentale et les convulsions et épilepsies. Ce qui rejoint l'étude de Corbett qui a noté que plus le Quotient intellectuel est bas, plus les crises sont fréquentes.

CONCLUSION :

Les facteurs organiques sont surtout incriminés dans la genèse de la déficience mentale harmonique et de degré profond. Un dépistage précoce de certaines maladies métaboliques tels que la phénylcétonurie et congénitales tels que l'hypothyroïdie ainsi que la prévention des facteurs anté et prénatals s'imposent à fin d'éviter l'installation d'un déficit intellectuel et/ou son aggravation.

BIBLIOGRAPHIE :

1- Ajuriaguerra De J.

Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris Masson 1980 ; 2^{ème} édition : 637-675.

2- Laumon B. Mamelle N. Routhier J.L. Mamelle J.C.

Antécédents maternels et périnataux des encéphalopathes : Leur apport à un essai de classification des encéphalopathies d'étiologie inconnue. Pédiatrie 1983, T. XXXVIII ; 1 : 7-21.

3- Tapeze J.P.

Maladies mentales et hérédité. La pratique médicale 1985 ; 34 : 38-40.

4- Mises R. ; Perron R. ; Salbreux R.

Arriérations et débilités mentales. Rappel historique. Troubles et retards des fonctions cognitives. Epidémiologie - Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-219-M-10, 1992 :12.

5- Willard D, Gandhour R., Ebtinger B., Messer J.

Etiologie et possibilités de prevention des retards mentaux sévères. Arch Fr Pediatr 1982; 39: 471-5.

6- Daily D.K., Ardinger H.H., Holms G.E

Identification and evaluation of mental retardation. American Family Physician 2000; 15.

7- Manciaux M., Salbreux R., Tomkiewicz S.

La déficience mentale dans les polyhandicaps de l'enfance. Arch fr Pediatr 1981 ; 38 : 627-634.

8- Lyon G.; Evrard P.

Neuropédiatrie. Paris Masson 2000; 2^{ème} édition : 433-447.

9- Centrwal S.A., Centrwal W.R.

The discovery of phénylketonuria : the story of a young couple, two retarded children, and a scientist. Pediatrics 2000; 105: 89-103.

10- Van Vliet G.

Treatment of congenital hypothyroidism. The Lancet 2001; 14.

11- Andre M., Debrulle C., Vert P., Grunenwald O.

Souffrance foetale aigue et déficiences mentales. Etude prospective. Arch Fr Pediatr 1981 ; 38 : 525-531.

12- Sibertin-Blanc D., Hascoet J..M., Tchenio D.

Regards croisés et divergents des professionnels sur les bébés nés « très grands prématurés ». Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2001 ; 49 : 449-60.

13- Ramos O.

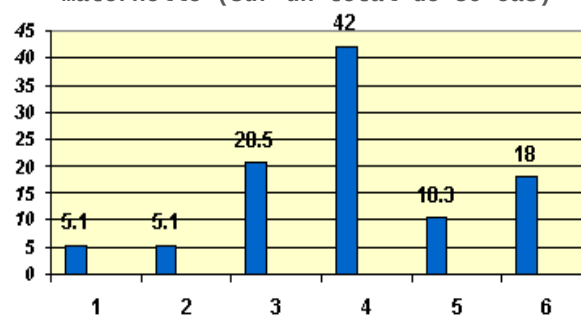
Les fonctions cognitives et l'intelligence. La déficience mentale.

In Canoui P. Messerschmitt P. Ramos O. Révision accélérée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Maloine 1994 : 39-77.

14- Chevalier J.F., Plas J., Fineyre F.

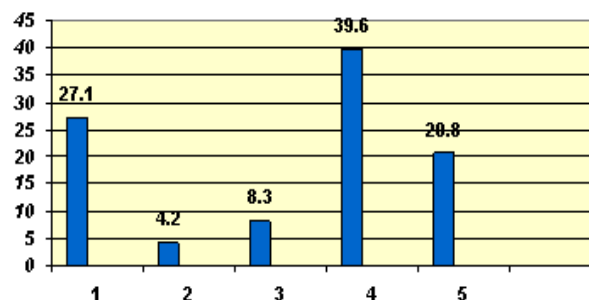
Troubles psychiques de l'épilepsie. Editions techniques-encycl. Méd. Chir. (Paris-France), psychiatrie 1992 ; 37-219-N-20 : 8.

Graphique N°1 : Facteurs anténataux d'origine maternelle (sur un total de 39 cas)



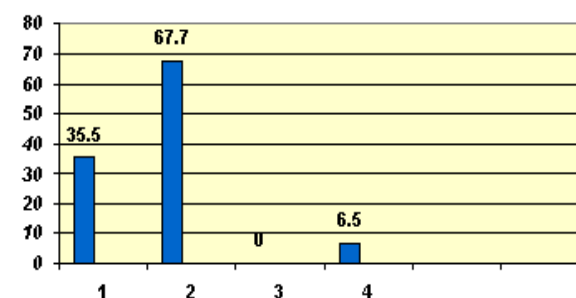
1- Atteinte infectieuse ou parasitaire
2- Atteinte toxique
3- Atteinte liée à une maladie maternelle
4- Toxémie gravidique
5- Menace d'accouchement prématuré
6- Autres facteurs

Graphique N°2 : Répartition selon les facteurs génétiques et congénitaux (Sur un total de 48 cas)



1- Trisomie 21
2- Maladies métaboliques
3- Hypothyroïdies congénitales
4- micro ou macrocéphalie- encéphalocèle
5- Autres

Graphique N°3 : Facteurs périnataux (sur un total de 62 cas)



1-Prématurité – dysmaturité – hypotrophie fœtale
2-Souffrance cérébrale périnatale
3-Incompatibilité sanguine foeto-maternelle
4-Autres

N.B: Possibilité de cumul de deux ou plusieurs facteurs périnataux.

« APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE DES LES DYSPHASIE DEVELOPPEMENTALES »

DR. SAIDA BRAHIMI - LAB.SLANCOM, UN. D'ALGER

brahimis01@yahoo.fr

Les facteurs mis en évidence dans la définition des dysphasies développementales à travers la littérature pédiatriques sont d'ordre : cognitif : la mémoire ; perceptif : la discrimination, la séquenciation et la mise en mémoire de stimuli auditif ; neurologique : dysfonctionnement au niveau des aires associatives ; communicative : interaction de ces enfants avec leur âge ; linguistique : le lexique, la syntaxe et la phonologie sont très atteints dans la dysphasie, ce que souligne le chercheur orthophoniste MONFORT M., (1996).

Les différentes déficiences du dysphasique sont d'ordre visuel, auditif, mental et moteur.

Concernant le point prévu ayant trait à la déficience visuelle, nous nous interrogeons tant que thérapeute du langage sur l'apport de la correction du strabisme à la réhabilitation des fonctions langagières chez un enfant dysphasique.

Il s'agit d'une étude longitudinale de M.S. âgé de 04 ans et demi, reçu en consultation d'orthophonie du CHU thénia à Alger pour troubles du langage. Le médecin traitant signale un retard psychomoteur important à l'origine d'une souffrance néonatale.

Le bilan anamnestique fournit les données suivantes :

- c'est l'enfant aîné d'une fratrie de 03 enfants normaux, l'âge de la maman à sa naissance dépasse les 38 ans.

- l'enfant fut cyanosé à la naissance,

- elle a marché à l'âge de 04 ans,

- M.S. est très instable. Elle ne peut pas canaliser son regard dans notre direction pour nous écouter. Nous nous sommes interrogés plus précisément sur le strabisme de l'œil droit que présente M.S. : est-il responsable de cette instabilité et de ces troubles de l'élocution ?

Il était supposé qu'effectivement il existe une relation entre le strabisme et l'acquisition langagière défectueuse.

Le regard est une voie sensorielle permettant aux stimulations visuelles externes d'être encodé pour ensuite être interprété dans les aires associatives. Ces opérations sensoricognitives tendent à l'accès au langage le plus automatique notamment une réponse au stimuli. Dans le strabisme, le regard, canal d'encodage important, se dérègle par un va et vient de l'œil, et donc c'est ce va et vient qui gêne et perturbe l'arrivée de stimuli visuel externe aux aires associatives cérébrales. L'opération de décodage (réponse par signifiant) peut alors être défectueuse. Nous avons alors :

- testé les performances de M.S. en production orale et en compréhension orale avant la correction du strabisme.

- testé les mêmes performances une fois les lunettes placées.

Les scores obtenus dans les épreuves de dénomination d'image dans la phase que nous avons nommé de pré correction oculaire sont nettement inférieurs à ceux obtenus dans la phase de post- correction oculaire.

L'expression orale de M.S. dans la première phase se caractérise par une pauvreté lexicale, un jargon et une mimogestualité. Par contre, dans les épreuves de désignation, les mêmes scores ont été réunis avant et après le port des lunettes. La compréhension orale de M.S. est relativement bonne. Nous signalons au passage que le port des lunettes est systématiquement refusé par M.S. Pour les faire admettre, 03 étapes ont lieu :

- d'abord l'encourager à porter ses lunettes pour regarder les dessins animés,

- l'encourager ensuite à porter ses lunettes en classe,

- et finalement, c'est l'enfant qui réclame ses lunettes. Cela est un résultat positif obtenu grâce à un mode de compensation d'ordre ludique. Après cette étape qui a duré plus de 03 mois, le changement du comportement de M.S. est confirmé par le témoignage de l'enseignante : M.S. en classe donne plus d'intérêt à ce qui se fait, elle répond aux questions qu'elle que soit le signifiant. Le deuxième témoignage convainquant et encourageant est celui de la maman, à travers l'intérêt que porte M.S. aux dessins animés, sans pour autant gêner les frères et sœurs, comme elle le faisait auparavant en raison de son

instabilité. Une fois que l'application des recommandations liées au port des lunettes est totalement réussie nous sommes passés à l'enrichissement du vocabulaire, travail fait surtout par la maman à la maison.

L'examen des instrumentalités du langage à savoir : schéma corporel, espace, temps, perception des couleurs, montre que les notions d'espace et de temps sont à perfectionner. La stratégie thérapeutique que nous avons envisagée pour M.S., à ce stade de la prise en charge est alors assimilable à celle du retard de parole, car l'analyse qualitative des corpus obtenus met à l'évidence : des omissions, des substitutions et des ajouts, c'est-à-dire des troubles de la structuration dans le temps.

Le résultat final de cette recherche révèle :

- la correction de strabisme a contribué à la l'instauration d'un certain degré de stabilité de M.S., du fait que son regard est canalisé, ce qui permet l'encodage adéquat des différents stimulations, lesquels vont être analysés,

- le port des lunettes permet le passage d'une parole jargonnée à une parole qui ne renferme que des erreurs phonologiques,

- dernier effet du rôle compensateur joué par le port des lunettes est au niveau de l'adaptation de M.S. au sein de la famille : les activités des frères et sœurs (jeux, t.v.) ne sont plus boycottées, d'où stabilité relationnelle de M.S. avec sa famille.

Le problème sous-jacent était donc purement visuo-cognitif chez cet enfant.

Actuellement, la **problématique** autour de laquelle s'articule un projet(ANDRS), que nous dirigeons est la possibilité de mener une approche neuropsychologique des capacités mnésiques chez les enfants dysphasiques au sein des milieux cliniques algériens, sur la base de rendre opératoire la batterie mnésique de SIGNORET, J.L. (1996), et dégager par la suite une classification des troubles observés.

I- Description de l'outil de travail : B.E.C., batterie d'évaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés, est élaborée par SIGNORET J.L., et all.(1996), à Paris.

Les troubles de mémoire constituent l'une des difficultés fréquentes de la pratique médicales quotidienne, plus particulièrement chez les sujets d'un certain âge. Ces troubles posent toujours deux problèmes : celui de leur réalité, celui de leur signification (SIGNORET, J.L., 1996).

- **Réalité des troubles de mémoire :** si les troubles de mémoire se caractérisent subjectivement par un oubli et par une difficulté à retenir, ils peuvent se définir par un déficit affectant l'apprentissage et le rappel des informations. Il peut être délicat en clinique d'apprécier la réalité effective de ce déficit du fait de l'impossibilité de contrôler les informations à apprendre et à rappeler. Il est donc légitime de faire appel à des épreuves standardisées permettant d'évaluer apprentissage et rappel, (SIGNORET J.L.).

- **Signification des troubles de mémoire :** un trouble de mémoire peut être isolé mais il peut être associé à d'autres désordres affectant le fonctionnement intellectuel ou cognitif. Il faut rappeler qu'un trouble de mémoire associé à un autre désordre cognitif définit un état démentiel tel qu'il peut être réalisé au cours de la maladie d'Alzheimer. Il est donc nécessaire de compléter les épreuves destinées à évaluer les troubles de mémoire par d'autres épreuves standardisées afin d'estimer le fonctionnement cognitif, (SIGNORET, J.L. 1996).

Un passage en revue des aspects génétiques de la mémoire permet de présenter :

- **Anatomie de la mémoire :** chez l'homme, des lésions de zones restreintes du néocortex (la surface plissée du cerveau) entraînent des troubles qui s'expriment par une mauvaise utilisation ou un mauvais apprentissage d'un matériel spécifique, qui est le langage, par exemple, dans le cas d'une lésion de la zone temporelle gauche. Les auteurs continuent d'expliquer qu'il est généralement admis aujourd'hui que les traces mnésiques sont localisées dans la région du néocortex où elles ont été élaborées, c'est-à-dire là où l'information a été traitée : le lobe temporal gauche pour le langage et le lobe occipital pour les souvenirs visuels. Le souvenir d'un événement complexe de la vie quotidienne, un dîner entre amis par exemple, qui comprend la vision d'un plat autant que son odeur et son goût, les personnes avec qui il a été partagé, le lieu..., sollicitent donc simultanément de nombreuses zones spécialisées du cortex :

celle de la vision, du goût, des odeurs, des visages, des lieux, etc. Bien que la nature exacte des traces mnésiques soit encore mal connue (synthèse de protéine, modification des synapses,...), il est probable que ces traces impliquent l'existence de réseaux reliant les différents éléments d'un souvenir associés à chacun des sens. Cependant, si le néocortex est le lieu où les informations sensorielles seraient à la fois perçues et conservées à long terme, d'autres structures cérébrales jouent un rôle crucial dans la formation des souvenirs. En effet, aux amnésies focalisées d'origine néocorticale chez l'homme, s'opposent des amnésies dites globales qui touchent tous les types d'informations : visuelles, auditives, tactiles, etc. Les amnésies globales sont provoquées par des lésions atteignant certaines structures profondes de la région médiane du cerveau, appelée « système limbique ». Généralement, l'atteinte de ce dernier, permet aux patients d'oublier rapidement tous les événements de la vie quotidienne, alors qu'ils se souviennent bien des événements antérieurs à l'atteinte cérébrale. Ce phénomène, qualifié d'amnésie antérograde, montre que le système limbique, s'il n'est pas le siège des souvenirs, joue un rôle critique dans leur formation.

Des analyses plus approfondies ont montrées que ces patients étaient pourtant capables d'acquiescer et de retenir certains types d'informations. Les auteurs montrent qu'au cours des vingt dernières années, différents types d'apprentissage sont préservés dans l'amnésie. Ils présentent un patient qui souffre d'une lésion du système limbique à la suite d'une encéphalite le quel peut chanter ou diriger une chorale alors qu'il est incapable de se souvenir de la chanson qu'il vient de chanter, ni du repas qu'il vient de manger. Cette mémoire des savoir-faire, préservée chez des patients profondément amnésiques ne requiert donc pas de souvenir conscient du moment où elle a été formée. Elle est appelée mémoire « implicite » ou « procédurale » chez l'homme. Elle s'oppose à la mémoire des faits et des événements particuliers, altérées par les lésions du système limbique, appelée mémoire « explicite » ou « déclarative », MEUNIER M. et all., (1994).

Par conséquent, dans notre projet nous entamons la même procédure, à savoir : le dégagement de deux typologies, l'une a trait aux structures mnésiques altérées, l'autre concernera celles résistantes, chez l'enfant dysphasique.

Cependant, les travaux récents montrent que certaines formes de mémoire implicite dépendent d'un groupe de structures, appelées ganglion de la base (situés à la base du cerveau), impliquées dans les fonctions motrices.

C'est ainsi que les études de A. BADDELLEY(1994), montrent que la mémoire épisodique repose sur l'activité d'un circuit neuronal reliant les lobes temporaux à l'hippocampe et aux lobes frontaux, et l'amnésie pourrait provenir d'une détérioration de ce système, en particulier si elle est bilatérale. Tout se passe comme si ce sous système enregistrait et associait dans la mémoire toutes les expériences vécues à un moment donné, en associant chaque événement à son contexte. Il continue d'expliquer que la possibilité de distinguer un souvenir d'un événement d'un souvenir similaire est associée à un contexte différent. Il disait que la mémoire sémantique peut être considérée comme le résidu de plusieurs épisodes. On dirait que les épisodes s'empilent les uns sur les autres. Récupérer une information sémantique consisterait alors à regarder la pile d'en haut, avec pour effet la mise en exergue des traits communs aux divers épisodes. La mémoire sémantique est ainsi détachée de son contexte et elle est générique. Cet auteur considère que les implications de ce

modèle pour les patients amnésiques, consisterait au fait que la mémoire sémantique est le résidu de la mémoire épisodique et si le processus de récupération est intact, les patients amnésiques devraient pouvoir accéder à la connaissance du monde acquit avant leur maladie. Cela montre l'importance de l'âge dans la récupération, surtout quand l'atteinte survient au moment des apprentissages, c'est-à-dire entre 6 et 12 ans.

Sur la base de ce background, nous aurons la possibilité de réhabiliter les troubles de rappel que nous dégagerions dans notre étude expérimentale de l'enfant dysphasique. En effet, la B.E.C.96 sera utile pour l'évaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés, chez l'enfant âgé entre 06 et 12ans, âge des apprentissages didactiques, atteint d'une dysphasie développementale, c'est-à-dire un enfant souffrant de trouble de production et/ou de compréhension du langage oral et écrit.

Par conséquent, cet outil offre au clinicien la possibilité de contrôler objectivement la qualité et le degré des informations à apprendre et à rappeler par l'enfant dysphasique.

II- Matériel : il se compose de deux planches et d'une feuille de cotation. La première planche comporte au recto six images d'objets à rappeler, et au verso les images pour le rappel reconnaissance. La deuxième planche comporte douze images d'objets à dénommer. De plus, une montre chronomètre pour l'épreuve de fluence verbale et un crayon pour celle de visuo-construction font également partie du matériel nécessaire à la passation de la batterie.

III- Ordre de passation : la batterie comporte les épreuves suivantes :

- 1-Epreuve de manipulation mentale
- 2-Epreuve d'orientation
- 3-Présentation de six images destinée à être rappelées
- 4-Epreuve de problème
- 5-Epreuve de fluence verbale
- 6-Epreuve de rappels
- 7-Epreuve d'apprentissage
- 8-Epreuve de dénomination
- 9-Epreuve de visuo-construction

Ainsi, le réécalonnage des épreuves de la batterie d'origine, conçues pour l'adulte, sur une population d'enfants algériens indemnes s'impose avant de passer à l'expérimentation proprement dite.

Pour conclure, il faut dire que les données de notre étude contribueront à :

- l'enrichissement de la littérature par apport à l'évaluation de l'enfant dysphasique d'un point de vue neuropsychologique,
- réécalonnage de la BEC conçu à l'origine pour l'adulte, à l'enfant,

C'est l'objet du prochain article.

IV- BIBLIOGRAPHIE

- APEAD, « Aphasie et Dysphasie chez l'enfant », Bruxelles,
- -----, « Le jeu : une autre façon d'aider son enfant », SIND
- BADDELEY A., « Les mémoires humaines », la Recherche, vol
- BRAILOWSKY S., STEIN D. G., "Les dépannages du cerveau, Diffusion Belin
- BRAHIMI S. et all(2007), « Evaluation neuropsychologique des compétences cognitives dans les dysphasies développementales », projet ANDRS, code :01/14/03/04/172, Un.d'Alger
- DELTOUR J., « Troubles du langage congénitaux », deuxième rencontre européenne, Bruxelles,
- FORTIN, « La Dysphasie en milieu scolaire : identification, évaluation », Fréquences,
- -----et CRAGO, « l'audimutité », Colloque de l'AQEA, Montréal,
- GERARAD CH., « L'enfant Dysphasique », De boeck, Bruxelles,
- KLEES M., « Les besoins éducatifs des élèves Dysphasiques », le point sur la recherche en éducation, Bruxelles
- ROSENZWEIG, LEIMAN, BREEDLOVE, « Psychobiologie », De Boeck Université
- MASAO I., « La plasticité des synapses, la recherche, vol
- MEUNIER M., « L'anatomie de la mémoire, la recherche, vol
- ROVEE C. et SCOTT A., « Les souvenirs des nourrissons, la Recherche, vol

Arabpsynet Dictionaries



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm

Arabpsynet PAPERS SEARCH

By ARABIC, ENGLISH & FRENCH words



www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers (For Subscribers)
<http://localhost/paper/PapForm.htm>

مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين

د. صفوت فرج - أستاذ علم النفس - جامعة القاهرة

safwatfarag@hotmail.com

المحتويات

- فهرس الجدول والإشكال
- المشاركون
- تقديم للبروفسور س. راخمان
- مقدمة المحرران
- مقدمة المترجم
- 1- قضايا الفحص العملية في علم النفس الإكلينيكي / س. ج. ي. ليندساي
- 2- مدخل إلى العلاج / ج. ي. بول، س. ج. ي. ليندساي
- 3- فحص الوسواس والأفعال القهرية / ب. دي سيلفا
- 4- علاج الوسواس والأفعال القهرية
- 5- فحص الاكتئاب ق. ريبير
- 6- علاج الاكتئاب / براندان ب. برادلي
- 7- فحص المخاوف والقلق / س ج ي ليندساي
- 8- علاج المخاوف والقلق / س ج ي ليندساي
- 9- فحص اختلال الوظائف الجنسية / ب دي سيلفا
- 10- علاج اختلال الوظائف الجنسية / ب دي سيلفا
- 11- فحص مشكلات التفاعل / سوزان هـ سبنس
- 12- علاج مشكلات التفاعل / سوزان هـ سبنس
- 13- فحص الصراعات الزوجية / ايان بينن
- 14- علاج الصراعات الزوجية / ايان بينن
- 15- فحص الفصام / ديفيد ر همسلي
- 16- علاج الفصام / ديفيد ر همسلي
- 17- فحص المشكلات المتعلقة بالتغايير الجنسي / أج شالكلي
- 18- علاج المشكلات المتعلقة بالتغايير الجنسي / أج شالكلي
- 19- فحص مشكلات الكحول والمخدرات / مايكل جوسوب
- 20- علاج مشكلات الكحول والمخدرات / مايكل جوسوب
- 21- فحص مشكلات المسنين / ر ت وودز
- 22- علاج مشكلات المسنين / ر. ت. وودز
- 23- إعادة التأهيل: فحص / أ. لافندر، ف. ن. واتس
- 24- إعادة التأهيل: التدخل / أ. لافندر، ف. ن. واتس
- 25- مقدمة في علم نفس الصحة / روبرت أيدلمان
- 26- فحص اضطرابات الأكل والوزن / جين واردل
- 27- علاج اضطرابات الأكل والوزن / جيب واردل
- 28- فحص أمراض الشرايين التاجية والتنفس / س. بندي
- 29- فحص أمراض الشرايين التاجية والتنفس / س. بندي
- 30- علاج أمراض الشرايين التاجية والتنفس / س. بندي
- 31- فحص اضطرابات النوم / س. ج. ي. ليندساي، م. جاهنشاوي
- 32- علاج اضطرابات النوم / س. ج. ي. ليندساي
- 33- فحص الألم المزمن / شيرلي بيرس، جوس مايز
- 34- المناحي النفسية لتدبير الألم المزمن / شيرلي بيرس، جوس مايز
- 35- مقدمة في علم النفس العصبي والتقييم النفسي العصبي / جراهام ي. بول، باربرا أ. ويلسون
- 36- المشكلات العصبية: العلاج والتأهيل / باربرا أ. ويلسون، جراهام ي. بول
- 37- الدليل النفسي في المحكمة / جيزلي هـ جد جنسون
- 38- منهج دراسة الحالة المفردة في العلاج النفسي / ستيفان مورلي
- 39- التصميمات البحثية التجريبية
- 40- منهجية الحالة المفردة في علم النفس العصبي الإكلينيكي / أ. ج. م. كانا فان
- 41- القضايا المهنية في التسعينات وما بعدها: مطالب جديدة ومهارات جديدة / كاثرين دولي
- 42- ثبت المصطلحات

مقدمة المحرران

قمنا في تقديمنا للطبعة الأولى من هذا الكتاب بتوجيه الانتباه نحو أهمية الفحص الدقيق في الممارسات الإكلينيكية. وقد نشرت اختبارات جديدة وأدوات تقييم جديدة بمعدلات مذهلة، تعتمد غالباً على بحوث سطحية وعينات صغيرة للغاية من اللفحوصيين، كما أنه من السهل ابتكار إجراء غير مصقول ومعد للاستخدام الفوري لغرض معين من أغراض التقييم. ويؤدي هذا الوضع لضرورة أن تكون البيانات التي يتم جمعها بمثل هذه الوسائل تستحق بالفعل جمعها. وبالتالي قد واصلت الطبعة الثانية من هذا الكتاب تأكيداً للقوى أهمية الفحص الإكلينيكي.

وقد عكس الكتاب التوسع السريع في تطبيقات المناجى المعرفية في مجال المشكلات الإكلينيكية ويبدو هذا واضحاً، لا في البحوث المنشورة في علم النفس الإكلينيكي فحسب، بل وأيضاً في مسوح أنشطة الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين.

وعلى الرغم من ذلك، فقد كان على الكتاب أن يعترف أن العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، وليس العلاج المعرفي، هما اللذان يمكن أن تكون لهما تأثيرات مفيدة على المعرفة. ويوحى ذلك أن بعض الخصائص الفعالة والشائعة في العلاجات النفسية المختلفة يتعين تحيدها في علاج الاضطرابات الانفعالية على وجه الخصوص.

ولسوء الحظ... فإننا نعتقد أن البحث عن مثل هذه الخصائص بين العلاجات النفسية جاء مخيباً للآمال، وبالتالي فلو يول الكتاب اهتماماً كبيراً

ما فيه من تأصيل بقدر ما تتسم به مادته من حداثة.

والواقع أن هذا الكتاب يغير تماما النظرة الضيقة لعلم النفس الإكلينيكي بوصفه فرعاً، مثل أي فرع آخر، من فروع علم النفس. فيقدم منظورا عريضا لهذا التخصص، مجالات البحث فيه على تنوعها، وطبيعته الخدمية متعددة الجوانب، وأساليبه العلاجية على اختلافها، وأساليبه في تقييم أدواته وطرقه ونتائجه.

ليس هذا فحسب، بل يمتد هذا المنظور العريض ليكشف عن الميادين، التي يلعب فيها علم النفس الإكلينيكي دورا فعالا وواعدا، وهو يغطي الأمراض العقلية، والاختلالات العصبية، والاضطرابات العصبية، ومشكلات التفاعل والصراعات الزوجية، وصعوبات الشيخوخة، وأساليب التأهيل والاختلالات الجنسية ومشكلات التغيرات الجنسية، إلى غير ذلك من الموضوعات التي تغطي اهتمام عديد من المهنيين داخل وخارج التخصص الدقيق لعلم النفس الإكلينيكي.

ولا يغفل الكتاب الاهتمام بالموضوعات المنهجية الدقيقة فيفرد لها فصولا خاصة، تعالجها بعمق وتميز.

والمر الذي لا شك فيه هو أن المنفعة من هذا الكتاب في طبيعته العربية هذه ستعوض القدر من الجهد والوقوف، الذين أنفقنا في ترجمته.

دكتور صفوت فرج

أستاذ علم النفس- جامعة القاهرة

لمثل هذا العطاء وكان التوسع المستمر حتى الآن في علم النفس الإكلينيكي في مجالات الأطباء الممارسين ، قد تطلب أن يوسع الكتاب من منظوره في هذا القطاع، وقد وفينا بذلك من خلال إضافة فصل جديد.

ومنذ نشر الطبعة الأولى حدثت تطورات سريعة في الخدمات الصحية، التي يعمل في نطاقها علم النفس الإكلينيكي، والنظم الأخرى ذات العلاقة. وقد وضع ذلك الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين في موقف المنافسة بين بعضهم البعض وبينهم وبين المهنيين الآخرين، وهو ما يعني أن على أولئك الذين يقدمون الخدمات النفسية الإكلينيكية أن يكونوا قادرين على تبرير فعاليتهم ونفقات ما يقومون به وبالتالي قمنا بتغطية هذا الجانب في هذا الكتاب، لا من خلال التأكيد على أهمية الفحوص الإكلينيكية الدقيقة فحسب، بل وعلى وصف العلاج الذي أظهرت البحوث فعاليته. وعلى الرغم من ذلك .. فإننا نعتقد أيضا أنه يتعين على الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين أن يكونوا قادرين على تقييم خدماتهم، وأن يبتكروا أينما كان ذلك ضروريا. وبالتالي فقد أضفنا بعض الفصول الخاصة بمناهج البحوث الإكلينيكية.

مقدمة المترجم

يتاح للأكاديمي المتخصص عادة متابعة حركة النشر العلمي في المجال والاطلاع على كثير من الإصدارات المتميزة، التي تغطي مجالات قد تتسع أو تضيق بقدر اهتمامات المؤلفين المختلفين. غير أنه يندر أن يلتقي بهذه النوعية من الكتب الأكثر تميزا، مثل المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، الذي بقدر ما يتصف به من شمول، يتصف بالعمق والدقة، وبقدر

إحدى مبارك 1429

يشرفني وكافة أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية أن أقدم إليكم بأخلص التهاني بعيد الأضحى المبارك سائلين الله أن يعيده علينا بالخير واليمن والبركة وأن يشرح صدورنا لما فيه رفعة الإسلام والمسلمين وأن يهدينا ويهدي بنا ويوفقنا لما فيه خير الإنسان وصلاحه يأتي احتفال الأسرة العربية النفسية هذا العام وفي القلب لوعة والحلق غصة، بفقدنا ثلاثة من أبنائنا وجوه الاختصاص الواعدين: د. دعاء حبيب، د. دينا شاكر، د. ماري عزرا. اختطقتهم يد المنون من بيتنا اثر حادث مروع في طريق عودتهم من المشاركة بورشته عمل في لبنان حول "اضطراب فرط النشاط وعوز الانتباه"، بقلوب خاشعة ونفوس صابرة مؤمنة تتقبل قضاء الله وندعوه سبحانه وتعالى أن يتغمدهم برحمته الواسعة ويتقبلهم شهداء العلم والمعرفة وأن يسبغ فيض رحمته على البروفيسورة أميرة سيف الدين ويعجل شفائها ويتقبل دعائنا لها إنه نعم المولى ونعم النصير. إننا بكم نرقي ومعكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دتم ودام عزكم وعطاؤكم. تفضلوا تقبل أصدق مشاعر مودتي وتقديري واحترامي.

د. جمال التركي

تونس 2008/12/06

مرجم إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي

د. صفوت فـرج - أستاذ علم النفس - جامعة القاهرة

safwatfarag@hotmail.com

تصدير المحرر

تواصل الطبعة الثانية من هذا الكتاب التعبير عن الانطلاق المتميز عن أي عدد من الكتب المشابهة التي تقدم مراجعة للتطورات في علاج الاضطرابات النفسية. وقد طورنا بشكل متزايد خلال عقد الثمانينيات تقدما نحو التسعينات تكنولوجيا لتعديل السلوك تختلف بالضرورة من اضطراب لآخر. وتتضمن هذه التكنولوجيا مجموعة متنوعة من الأساليب والإجراءات التي برهنت بقدر أو آخر على فعاليتها للاضطراب المعين.

ومن الطبيعي أن لدينا دلائل أكثر على فعالية هذه الأساليب العلاجية بالنسبة لبعض الاضطرابات أكثر من غيرها، وقد أصبح من الواضح بقدر أكبر، منذ الطبعة الأولى لهذا الكتاب، أن هناك قدر جوهري من المهارات الإكلينيكية مطلوب لتطبيق هذه التكنولوجيا بفعالية. وبالتالي فهذا الكتاب في طبعته الثانية ليس مجرد مراجعة أخرى للإجراءات العلاجية لمشكلات معينة مع توصيات ببحوث تالية. أنه وصف تفصيلي لبرامج علاج حقيقية طبق فيها بالفعل إختصاصيون إكلينيكيون من ذوي الخبرة تكنولوجيا تعديل السلوك في سياق اثني عشر اضطرابا من أكثر الاضطرابات شيوعا.

والجديد في هذه الطبعة من الكتاب، وهو ما يعكس تطورا أساسا حدث خلال السنوات الأخيرة، تلك البرامج العلاجية الخمس الجديدة في الفصل العاشر حول اضطرابات الشخصية البينية لمارشا لينيهان وكونستانس كيهلير، والذي يوضح أول منحى ذى فعالية تم البرهنة عليه لهذه الحالة المتطرفة الصعوبة وجديد أيضا الفصول الهامة والمشرفة للأساليب العلاجية الفعالة للمخاوف الاجتماعية لديبراهوب وريتشارد هايمبرج (انظر الفصل الثالث) واضطراب الضغوط التالية للصدمة لضحايا الاعتصاب لكارين كالهون وباتريشيا ريسك (انظر الفصل الثاني)، واضطرابات الأكل التي تتضمن فقدان الشهية العصبي واضطراب اغتراف الطعام لثيرنس ويلسون وكاتلين بليك (انظر الفصل السابع)، وبرنامج علاجي آخر لاضطراب القلق المعم طور في مركزنا لاضطرابات التوتر والقلق في الباني (انظر الفصل الرابع). وقد تعرضت بقية فصول الكتاب لمراجعة جوهريّة تعكس أكثر التطورات التي جرت حادثة في برنامج العلاج لأغلب المشكلات ويتضمن ذلك مراجعة ضخمة، أو ما يعد في الغالب بمثابة برامج جديدة كلية لاضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة، والاكتئاب، والسمنة، والكحولية، والاختلافات الجنسية. ويعرف الفصل الخاص بالكدر الزوجي لجيمس كوردوفا ونيل جاكوبسن (انظر الفصل الثاني عشر) منحا مختلفا كلية سواء من حيث المفاهيم أو للتطبيق مقارنة بالفصل الذي تضمنته الطبعة الأولى من هذا الكتاب.

وكما حدث بالنسبة للطبعة الأولى، فإن ما شجع صدور هذا الكتاب هو العدد الذي لا يحصى من طلاب الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي، والأطباء النفسيين المقيمين وغيرهم من المتخصصين في الصحة العقلية سواء من المتدربين أو الممارسين الذين يسألون: ولكن كيف أطبق ذلك؟. مدركين عدم وجود مصدر واحد يمكن أن يتضمن برنامج علاجي تفصيلي للاستخدام بمثابة مرشد للممارسة.

ويحاول هذا الكتاب سد هذه الثغرة. ولتحقيق هذا الغرض عرضت مجموعة من الموضوعات المحددة في أغلب الفصول. حيث يبدأ كل فصل بمراجعة مختصرة لمعلوماتنا عن الاضطراب المعين، يلي ذلك وصف للنموذج أو النظرية الصغرى المعينة التي توجه التكنولوجيا المستخدمة مع الاضطراب محور الاهتمام.

وهذا النموذج أو النظرية الصغرى يجيب بصورة نمطية عن السؤال: ما هي الجوانب المعينة في هذا الاضطراب التي يتعين تقييمها وعلاجها؟. وبينما دائما ما تؤدي التطبيقات الإكلينيكية إلى إضعاف النماذج النظرية. إلا أن المتخصصين الإكلينيكيون سيكتفون أن المناحي والنظم السلوكية مع بعض السياقات النفسية الدينامية هي السياقات النظرية المسيطرة

ويعقب هذا النموذج وصف للموقف النمطي الذي يتم العلاج في سياقه. ويختلف هذا الموقف من اضطراب لآخر، ممتدا من موقف العبادة المعتاد للغاية إلى البيئة المنزلية للمريض. وقد نوقشت بالمثل أوصاف تفصيلية للسياق الاجتماعي للعلاج (مثال: مشاركة الأسرة والأصدقاء) وكذلك متغيرات المعالج التي قد تكون مهمة في تطبيق الأساليب العلاجية في مخاوف الأماكن المفتوحة أو الكدر الزوجي. كما نوقشت بالإضافة إلى ذلك الدلالات العلاجية لمتغيرات العميل، مثل الاعتمادية، ونقص التوكيدية، لدى العديد من أصحاب مخاوف الأماكن المفتوحة.

يتبع ذلك وصف تفصيلي متحرر للخطوات المتتابعة في التقييم والعلاج في العديد من الفصول، مصحوب بسيناريوهات لجلسات العلاج.

ومن بين المكونات المهمة في هذا المنحى التحديدات الخاصة بمنطق العلاج الذي يقدم للمريض قبل العلاج، وكذلك المشكلات النمطية التي تظهر خلال تطبيق التكنولوجيا العلاجية، وحيثما تتوفر بيانات فإننا نقدم معلومات حول المؤشرات التنبؤية لنجاح أو فشل العلاج.

ولتحقيق هذه الأهداف الطموحة المقدمة فيما سبق، كنت محظوظا للغاية في هذه الطبعة من الكتاب، كما كنت في الطبعة السابقة، بمشاركة قادة من الاختصاصيين الإكلينيكيين والباحثين الذين وثقوا بشيء من التفصيل كيف يعالجون مرضاهم في الواقع الفعلي. ومرة أخرى فقد ذكر هؤلاء الثقة أن العدد من التفاصيل التي كان عليهم أن يضمونها ليتمكنوا من توصيل كيفية تطبيق برامجهم العلاجية تجاوز ما كانوا يتوقعون القيام به. وأملّي هو أن يستفيد الاختصاصيين الإكلينيكيين الممارسين وطلاب علم النفس الإكلينيكي في كل مكان من الاطلاع على هذه التفاصيل.

وأعبر عن امتناني العميق لماري آن بيلز، مساعدتي التنفيذية التي أعدت بالفعل هذه الطبعة الثانية من البداية حتى النهاية، ولماريون شوراتز، وأمّي بيش، وكاثي انجمان، وليزا وايزرجر لاعدادهم فهرسا مفيدا لهذا الكتاب.

ديفيد هـ. بارلو

جزيرة نانتوكيت

مقدمة الطبعة العربية

جاءت ترجمة هذا الكتاب إلى العربية لا نتيجة لاختيار مدقق له من بين كتب متعددة تتناول هذا المجال الخصب، رغم أن اختيار مدققا ما كان سينتهي بعيدا عنه. ولكنه جاء في الحقيقة خضوعا لإغراء شديد فرضه هذا الكتاب من خلال المنحى الذي اختطه في تناول موضوعاته والإحاطة الشاملة بها والتي تسد ثغرات لا ثغرة واحدة في الممارسة والتدريب النفسي الإكلينيكي سواء للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين أو الأطباء النفسيين. بالإضافة إلى الاحتياج الأساسي لمصدر بهذا الثراء في اللغة العربية.

فقد أصبح من الملاحظ الآن - أكثر من أي وقت مضى - أن التوسع في تقديم الخدمة النفسية الإكلينيكية في مجتمعاتنا العربية لم يصاحبه نشاط مماثل في الإصدارات العلمية والمهنية التي تساند هذه الممارسة وتدعمها، وترسي أركانها. وبدأت الحاجة ضرورية وجوهرية لتوفير مصادر موثوقة تفتح أفقا جديدة أمام الدارسين والمتربين لتعرف الأساليب الحديثة في الممارسة الإكلينيكية، وتقدم الإجراءات والبرامج العلاجية بتفصيل أوضح ومن خلال نماذج واقعية تتعرض لأغلب المشكلات التي تظهر في الموقف العلاجي، وتقدم حولا مختبرة لمثل هذه المشكلات.

وقد توفرت كل هذه الخصائص في الكتاب الحالي الذي يتضمن عرضا لأثنى عشر اضطرابا هي الأكثر شيوعا، ويمثل أصحابها الجمهور الأكثر ترددا على المعالجين طلبا للمساعدة. ورغم أن قضية الشبوع وتكرار طلب المساعدة هذه قد تتعلق بمجتمع آخر تتوفر فيه الإحصاءات والبيانات، ويتسم بخصائص حضارية يمكن أن تؤدي إلى توجيه الاهتمام نحو اضطراب دون آخر (مثل اضطرابات الأكل والسمنة وصورة الجسم على سبيل المثال) أو إلى تحرر أكبر بين أفرادهم قادرين على السعي بحثا عن حلول لمشكلات حساسة، لا تناقش علانية أو يكشف عنها في مجتمعات أخرى (مثل اختلالات الوظائف الجنسية) إلا أن هذه الفروق الحضارية لا تؤثر تأثيرا كبيرا في قدر الأهمية الذي تحظى به هذه المجموعة المختارة من الاضطرابات التي يتعرض الكتاب لأساليب علاجها.

التوجه النظري الأساس في هذا الكتاب معرفي سلوكي، مع مزج مفيد - بين الحين والآخر - بين بعض الأساليب والإجراءات العملية، كلما كان ذلك ضروريا، وبروح متحررة تتوخى المزايا العملية ونتائج الاختبارات الواقعية للأساليب العلاجية المستخدمة، أكثر من التزامها الصارم بالنماذج النظرية.

ويقف خلف هذا التوجه المعرفي السلوكي حقيقة أن الجانب الكبير من الاضطرابات السلوكية الكبرى أساسها معرفي، يتمثل في خلط المفاهيم وتشوهات إدراكية تؤثر بشكل مباشر في فكرة الفرد عن ذاته وعن المستقبل وعن عالمه المحيط به. ومن هنا تنشأ استجابات غير سوية تأخذ صورة مخططات معرفية غير توافقية يتحرك الفرد وفقا لها في نطاق من الاختلالات والاضطرابات السلوكية.

ويتمثل الهدف العلاجي في إعادة تنظيم البنية المعرفية، وتصحيح أخطاء المفاهيم والتعرف على ميكانيزمات عمل المخططات غير التوافقية، وممارسة تدريبات سلوكية تهدف إلى تحديها ومواجهتها، وتعلم مهارات جديدة لحل المشكلات وتدريب الأزمات المختلفة، وزيادة القدرة على التعامل معها.

وتتدخل الأساليب السلوكية مع الأساليب المعرفية في مجالات أكثر تحديدا تتضمن ممارسة فعلية، وتعديلات سلوكية عيانية لاستجابات المرء لجوانب اضطرابه، وإعادة اختبار موقفية لتوقعاته القائمة على مفاهيمه الخاطئة ومخططاته غير التوافقية. بمعنى آخر، أن الإسهام السلوكي يعمل هنا بالإضافة إلى إلقاء الضوء على كيفية عمل الاضطراب المعين واستمراره، إلى إلغاء الارتباطات الشرطية غير السوية المدعمة للسلوك المضطرب، وتزويد الفرد بالمهارات التي تمكنه من إعادة التوافق بصورة سوية.

إذا انتقلنا إلى العناصر الأخرى العديدة التي تتضمنها بعض الأساليب

العلاجية، سننتبين وضوحا لقضايا الثقة والمسئولية والأمانة، وحدود تدخل المعالج، سنلاحظ ذلك الفصل الحاسم بين آراء ومواقف وقيم المعالج وتلك الخاصة بالعمل، كما يمكننا بالمثل تبين التمييز بين المنظور العلمي المهني لجوانب الاضطراب أو السلوك المشكل، وبين التقييم الأخلاقي لهذه الجوانب والذي يخرج عن حقوق المعالج الخوض فيه أو مناقشته أو التعليق عليه، أو يحد من حق العميل في الحصول على الخدمة العلاجية.

يدخل في الإطار العام لقضايا المعالج التي تناقش في السياق ذلك التصحيح الكثير من المفاهيم إلى تؤثر في أهداف العلاج، من ذلك: من الذي يحدد أهداف العلاج، المعالج الكبير، أم العميل الذي يعاني ويطلب الخدمة؟، في ضوء حقائق العلم أم في إطار احتياجات المريض؟. قضايا أخرى يتم تناولها من خلال السياق الممتد عبر المواقف العلاجية المعروضة ومن خلال حالات واقعية، من ذلك: كيف تتحدد الأولويات عند تعدد الاضطرابات والمشكلات؟ وهل يتضمن نصحنًا لمريض الشرح العصبي التوقف عن تناول الأطعمة السيئة؟ أو تصحيح المفاهيم عن صورة الجسم بالنسبة لمرضى السمنة، هل يتعين أن يهدف العلاج دائما إلى إحداث تغيير وتعديل في السلوك، أم يمكن أن يتجه في حالات معينة إلى تنمية وتطوير التقبل بدلا من التغيير؟؟ وهو الأمر الذي قد يكون جوهريا في العلاقات الزوجية المضطربة. هل يهدف علاج الاختلالات الجنسية لدى الذكور إلى أفضل النتائج للوصول إلى انتصاب جيد يحقق جماعا كاملا؟ أم أن الجنس ليس فقط مجرد جماع كامل، بل سبل متنوعة للاستمتاع بالعلاقات الحسية يتعين استكشافها، وما هي الأولوية في علاج هذه القضايا الجنسية؟ أهى هذه الاختلالات في حد ذاتها أم مصادر الكدر في العلاقات والقلق والاكتئاب مما قد يشكل في الواقع أسبابا حقيقية للمشكلة.

قضايا كثيرة ومثيرة لا يستطيع الأخصائي الإكلينيكي ممارسة عمله دون التوقف أمامها مفكرا بتأن شديد، وتتيح له المناقشات المستفيضة لهذه القضايا فرصة الاطلاع على جوانبها الإيجابية والسلبية.

تتضمن فصول الكتاب سيناريوهات متعددة للمواقف العلاجية في مراحلها المختلفة وإشارات تفصيلية للواجبات السلوكية المنزلية التي تمثل مكونا جوهريا في هذه النماذج العلاجية ويتطلب الأمر أيضا نقطتين هنا: الأولى أن السيناريو المعروض في أي فصل إنما هو جزء مختار من السيناريو الشامل الذي يمتد على مدى جلسات العلاج، وبالتالي فهو لا يصور كل ما يحدث ويجري بين المعالج والعميل، بل يهدف إلى عرض وإيضاح بعض النقاط الجوهرية في هذا السياق الدينامي للعلاج. النقطة الثانية تتعلق بحقيقة أن الممارسة الإكلينيكية هي جمع بين العلم والفن، بما يدعونا أن أي من هذه السيناريوهات لا يقدم هنا ليكون بمثابة الطريقة الموصى باستخدامها مع كل العملاء، بل بوصفها نموذجا تعليميا يستفيد منه المتدرب والممارس ويخطط عمله مسترشدا به، وبظروف العميل النوعية، وبطبيعة وخصائص وشدة الاضطراب الذي يتعامل معه.

إن مهمة الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يقوم بنفسه بتقصي برنامج العلاج مسترشدا بهذه التكنولوجيا العلاجية ومطبقا للحقائق العلمية بصورة تتسم بالمرونة والمهارة والإبداع، وبهذا وحده يمكن تحقيق نتائج ملموسة، بل ودعم المجال من خلال أفكاره الجديدة وأساليبه المبتكرة.

يتضمن الكتاب أثنى عشر فصلا حول أساليب علاج اضطراب الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة، واضطراب الضغوط التالية لصدمة الاغتصاب، والمخاوف والقلق الاجتماعي، واضطراب القلق المعمم، واضطراب الوسواس القهري، والاكتئاب، واضطرابات الأكل والسمنة في فصلين مستقلين، والكحولية أو إدمان الخمر، واضطراب الشخصية البيئية، والاختلالات الجنسية مع تركيز على اضطراب الانتصاب لدى الذكور ثم الكدر الزوجي.

- ترجمة: مصطفى أحمد تركي
- الفصل الثالث: المخاوف الاجتماعية والقلق الاجتماعي**
- تأليف: ديبرا أ. هوب، ريتشارد ج. هيمبرج
- ترجمة: محمد نجيب الصبوة
- الفصل الرابع: اضطراب القلق المعمم**
- تأليف: تيموثي أ. براون، تريسي أ. أوليري، ديفيد هـ بارلو
- الفصل الخامس: اضطراب الوسواس القهري**
- تأليف: ديفيد س. ريجز، إدا فوا
- ترجمة: هبة ابراهيم
- الفصل السادس: الاكتئاب**
- تأليف: جيفري ي. يونج، ارون ت. بيك، ارثر واينبرجر
- ترجمة: صفوت فرج
- الفصل السابع: اضطراب الأكل**
- تأليف: ج. تيرنس ويلسون، كاتلين م. بايك
- ترجمة: حصة عبد الرحمن الناصر
- الفصل الثامن: السمنة**
- تأليف: كيلي د. بروانيل ماهلين أونيل
- ترجمة: جمعة سيد يوسف
- الفصل التاسع: الكحولية (إدمان الكحول)**
- تأليف: باربراس. مك كريدي
- ترجمة: محمد نجيب الصبوة
- الفصل العاشر: اضطراب الشخصية البينية**
- تأليف: مارشا م. لينهان، كونستانس أ. كيهير
- ترجمة: صفوت فرج
- الفصل الحادي عشر: الاختلالات الجنسية: اضطراب الانتصاب لدى الذكور**
- تأليف: ميشيل ب. كاري، جون ب. وينسر، اندرو و. ميسار
- ترجمة: صفوت فرج
- الفصل الثاني عشر: الكدر الزوجي**
- تأليف: جيمس. ق. كوردوفا، نبيل س. جاكسون
- ترجمة: هدى حسن جعفر

واسهم في تأليف فصول الكتاب ستة وعشرون مؤلفا يمارسون جميعا العلاج وجميعهم من الاكاديميين الباحثين، نفسيين وأطباء نفس، ويقدمون في فصولهم خلاصة تجاربهم وخبراتهم الواقعية ونتائج ممارستهم البحثية في إطار نقدي تميز فيه نتائج البحوث المضبوطة والأخرى التي لم تستوف شروط الضبط العلمي الصارم، ولا يترددون خلال عرضهم في الإشارة إلى الإخفاق في العلاج إلى جانب النجاحات المحققة. وبالإضافة إلى ديفيد بارلو محرر الكتاب، تتضمن قائمة المساهمون أسماء لامعة لعلماء وباحثين كل في التخصص الدقيق لكل فصل من الفصول الأثنى عشر، مثل بارلو في اضطراب الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة، وارون بيك في الاكتئاب وفوا صاحبة الاسهامات المرموقة في الوسواس القهري، ولينهان بمنحاهما الجديد في علاج اضطرابات الشخصية البينية، وكاري ووينسر وميسلر في علاج الاختلالات الجنسية، وغيرهم ممن يضيق المقام عن ذكر إنجازاتهم العديدة المعروفة التي تتضمنها مؤلفاتهم الأخرى وبحوثهم في الدوريات العلمية المتخصصة والتي يستطیع القارئ التعرف على بعضها من قائمة مراجع كل فصل. وقد جاء إسهام هؤلاء المؤلفون متميزا من منطلق كونهم باحثين متمكنين وممارسين إكلينكيين أصحاب خبرة ممتدة، وهو ما أضفى على كتاباتهم ذلك القدر من المرونة والجرأة في تطبيق أساليب علاج مبتكرة واختبارها وفق أدق الشروط، وفحص جوانبها بحس نقدي رفيع. وهو نوع من الكتابات مازلنا في حاجة إلى المزيد منه في تراثنا العلمي والمهني العربي.

شارك في ترجمة الكتاب إلى العربية نخبة من الأساتذة والزملاء المتخصصين كل في إطار اهتماماته، وتوجهه العلمي، فجاءت ترجمتهم رصينة ومحيطة بجوانب الموضوعات، لا يفلت منها تعبير أو مصطلح، أو يغيب عن الترجمة معنى أو يخلل سياق عن دلالاته.

وما كان لكل هذه الجهود أن تثمر دون حماس ناشر مثقف وواع، هو الأستاذ أمير صبحي ومكتبة الأنجلو المصرية التي تضيف هذه الترجمة العربية إلى كتاب "مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين" الذي سبق أن ترجمناه وأصدرته عام 2000 لمحرريه ليندزاي وباول في أفضل صور طباعية وبترخيص من الناشر الأجنبي أيضا.

ونرجو في النهاية أن يحقق هذا الإصدار ما نصبوا إليه من فائدة لا نملك إزاءها إلا الأمل في أن يحظى برضاء القارئ المتخصص وثقته في أنه مازال للعطاء الجاد موضع في مجتمعنا العلمي.

صفوت فرج

المحتويات

الفصل الأول: اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة

- تأليف مايكل ج. كراسك، ديفيد هـ. بارلو

- ترجمة: صفوت فرج

الفصل الثاني: اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

- تأليف "كارين س. كالهون، باتريشيا أ. ريسك

الكتاب الذهبي للأطباء النفسيين



www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

الكتاب الذهبي لأساتذة علم النفس



www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

الاكتئاب والكدر النفس

سلسلة الممارس النفسي 3

فهمه وأساليب علاجه - منظور معرفي - نفسي

أ. د. عبد الستار إبراهيم - علم النفس / الجيزة، مصر

drsattaribrahim@yahoo.com

المحتوى

الفهرس

مقدمة وشكر

الباب الأول: ما يجب أن نعرفه عن الاكتئاب

- الفصل الأول: حقائق عن المفهوم

- الفصل الثاني: الاكتئاب في حياتنا

- الفصل الثالث: التعرف على الاكتئاب

الباب الثاني: نظريات وتفسيرات

- الفصل الرابع: ماذا قالوا عن الاكتئاب؟ وكيف فسروه؟

- الفصل الخامس: التفسير التحليلي - الفرويدي وماذا بقي منه؟

- الفصل السادس: بيولوجيا الاكتئاب والعلاج بالعقاقير: مالهما وما عليهما

- الفصل السابع: الضغوط النفسية ومآسي الحياة

- الفصل الثامن: صناعة اليأس واكتساب العجز

- الفصل التاسع: فقر المهارات الاجتماعية وصعوبات معالجة العلاقة بالآخرين

- الفصل العاشر: أساليب من التفكير تصنع الاكتئاب

الباب الثالث: آفاق العلاج ومحواره

- الفصل الحادي عشر: معالجة الضغوط والتعايش مع أحداث الحياة

- الفصل الثاني عشر: محاور علاج السلوك الاكتابي

- الفصل الثالث عشر: الاسترخاء العضلي والتخيل: طريقتان لمقاومة

مشاعر الاكتئاب

- الفصل الرابع عشر: التناول وصناعة الأمل

- الفصل الخامس عشر: تدريب الثقة وحرية التعبير عن المشاعر

- الفصل السادس عشر: الفاعلية الاجتماعية ومعالجة الصراعات

- الفصل السابع عشر: مباحث مشروعة ونشاطات سارة

- الفصل الثامن عشر: معالجة أخطاء التفكير وتعديل أسلوب التفكير

المراجع العربية

مراجع أجنبية

مقدمة

يمثل هذا الكتاب حصيلة جهد أكاديمي وعملي في حقل الممارسة النفسية. بدأت التفكير في كتابته منذ سنوات عدة، وبالذات إثر ظهور كتابي السابق "العلاج النفسي الحديث: قوة الإنسان"، وقد دفعني للكتابة عن هذا الموضوع الشاق أكثر من هدف. ولعل من أول هذه الأهداف ذلك الذي يتصل بطبيعة الموضوع نفسه، أي موضوع الاكتئاب النفسي. فالإكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً بعد القلق، ومن أكثر المشكلات الانفعالية التي بينت لي خبرتي في العالم العربي أنها تدفع الناس لطلب العون النفسي والاجتماعي والأسري. وغني عن البيان أن نسبة الاكتئاب تشكل مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المستشفيات والمصحات النفسية،

ومراكز العلاج النفسي في الجامعات ومؤسسات الصحة النفسية.

وهناك ما يشير إلى أ، الناس في الحياة المعاصرة تعاني من الاكتئاب بصورة أكبر مما كانت مجتمعات الماضي وحضارات السابق تعاني منه، ولو أن الأقدمين عرباً وغير عرب عرفوه ووصفوه، وأعطوه كثيراً من الأسماء والمصطلحات التي أشارت إلى مرارة الإحساس به وآلام المعاناة منه. ومن المعروف أن هناك أكثر من مائة مليون شخص يعانون من الاكتئاب، وإن هؤلاء يتركون تأثيرات سلبية في أعداد مماثلة. ويمثل هذا العدد فقط الحالات الرسمية، أي الذين تصل حالتهم إلى درجة من سوء تتطلب الالتحاق بمستشفى أو عيادة نفسية طلباً للعون. ومن المؤكد أن هناك أعداداً مماثلة أو أكثر من ذلك بكثير تعاني من الاكتئاب بصمت وآلام، دون أن يجرؤ الواحد منهم أو الواحدة منهن على طلب العلاج رسمياً، علي فرض أن هذا العلاج ومؤسسات العلاج النفسي والسلوكي متوافرة ومتاحة. وفي ظل غياب الوعي والانتباه، وفي ظل الافتقار إلى الرعاية النفسية والعلاج النفسي يترك هؤلاء الأشخاص أو يتركون أنفسهم تحت رحمة الظروف، والمعاناة السلبية، والمجاهدة المتخبطة للنفس للإفلات من المعاناة والألم الذي قد يطول أحياناً لدرجة الموت أو الانتحار.

فضلاً عن هذا، فإن آثار الإصابة بهذا الاضطراب، تمتد لتشمل كل حياة الشخص النفسية والاجتماعية. ولهذا تتزايد المشكلات الصحية بمعناها الجسمي والنفسي بين المكتئبين، وتقل فرص شفائهم من الأمراض الأخرى عن غيرهم ممن لا يتعرضون للإصابة به. بعبارة أخرى، فإن فرص الشفاء من المرض الجسمي، واضطراب الوظائف العضوية تطول إذا كان المرض مصحوباً بشخصية تميل للاكتئاب، ولا ترى منافذ الأمل في الحياة. مما يجعل دراسة هذا الموضوع على المستوى الصحي والطبي العام مطلباً من المطالب الأساسية.

ونظراً لأن هذا الاضطراب لا يميز بين إنسان ذكي أو غير ذكي، ومشهور أو غير مشهور، ومفكر أو غير مفكر، فإننا قد نستطيع -أيضاً- أن نقدر مدى النتائج السلبية التي تلم بالحياة الاجتماعية والسياسية نتيجة لما يأخذه المصابون بهذا الاضطراب في المواقع الاجتماعية الهامة من قرارات قد تمس سلامة المجتمع، أو استقرار النظام الديني والاجتماعي له.

وعلى المستوى العربي تتزايد أهمية الكتابة عن هذا الموضوع. فالدراسات المسحية الوبائية التي أجريت على المستوى العالمي، والمحلي تبين أنه لا صحة للقول بأن الاكتئاب ظاهرة أمريكية وأوروبية. فهو ينتشر بنسب متقاربة في غالبية المجتمعات، وتتزايد نسبة انتشاره من جيل إلى جيل، وتتسع قاعدته الاجتماعية الزمنية تدريجياً فأصبح يصيب الأطفال والمراهقين بعد أن كان يعتقد أنه مرتبط بالاعمار الكبرى. وبالرغم من عدم وجود دراسات عربية منظمة تبحث مدى انتشار الظواهر المرضية في المجتمع، فإن بعض الدراسات التي قام بها كاتب هذه السطور مستقلاً أو بالتعاون مع زملاء آخرين في بعض أجزاء من العالم العربي بينت أن المواطن العربي يعاني كغيره من هذا الاضطراب وما يرتبط به من مشكلات أخرى، ولو أنه في وضع أسوأ من زميله

بالنفس، وهناك فصل مفصل عن العلاج المعرفي ومعالجة أخطاء التفكير واللاعقلانية في تفسير الأمور وإدراك الذات لدى المكتئبين. هذا فضلا عن تقديم بعض المناهج السلوكية الهامة بما فيها معالجة الضغوط النفسية، والتعامل مع اليأس المكتسب من خلال النشاطات السارة، وسبل اكتساب الأمل كبديل للتفكير السلبي والمرضي الذي يغلب على المكتئبين.

وتجب الإشارة إلى أن أهمية الأساليب التي ذكرتها لتحقيق الأهداف المرجوة منها ترتفع الاكتمال التي أتاحت لي الظروف متابعتها. بعبارة أخرى فإن هناك أنواع أخرى من الاكتمال لم يتطرق هذا الكتاب لها، مما لا يغني عن الاستشارة النفسية والطبية إذا ما تطلبت ظروف الشكوى ذلك. فضلا عن أن الكثير من هذه الأساليب العلاجية لكي تصل إلى فائدتها المطلوبة، يجب أن تستخدم مع الأساليب البيولوجية والعضوية والاجتماعية الأخرى. ولهذا فقد أفردت فصلا كاملا يشرح أهمية التكامل بين كل أنواع المعالجة النفسية والاجتماعية والعضوية.

وليقيني القوي بأهمية المعالجة الذاتية، فقد حاولت أن أشرح بشيء من التفصيل أنواع الفنيات التشخيصية والعلاجية المستخدمة، مع التركيز على كيفية استخدامها، ومتابعة نتائجها. وزيادة في التوضيح، وضعت أمثلة واقعية من كثير من الحالات التي استقيت غالبيتها العظمة من واقع الممارسة في العالم العربي.

وإذا وجد القارئ في هذا الكتاب شيئا إيجابيا فإنني يجب أن أعترف بأنني لست صاحب الفضل الأوحى في ذلك. فقد تعلمت من مرضاي بشكل خاص الكثير، فالتقة التي منحوني إياها، والإيمان العميق بالبحث عن سبل الخلاص من المعاناة اليومية، أضفت كثيرا من الوضوح على أجزاء كثيرة من هذا الكتاب، فلهم الفضل في هذا. كما يجب أن أنوه بفضل كثير من الزملاء في حقل الطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي على السواء بسبب ما لمسته منهم من تفتح على الجديد، وإيمان بدور كل العلوم الانسانية والطبية في التعامل مع المعاناة البشرية. ومن الزملاء الأصقاء الذين يجب أن أخصهم بالذكر بسبب ما أمدتني به صداقتهم من استئصال مباشر أو غير مباشر بأهمية تبادل التفكير، والمشاريع الدافئة الأستاذ الدكتور عبد العزيز الدخيل والدكتور عبد الله عسكر والأستاذ ماجد غالب. أما الدكتورة رضوى إبراهيم، فقد كان لها أكثر من دور واحد في وضع هذا الكتاب بالصورة التي هو عليها. ففضلا عما أمدتني به من دعم نفسي، وعلاقة زوجية دافئة ساعدتني على مواصلة مسيرة طويلة من الكتابة والتأليف، فقد أضافت من الناحية العلمية والعملية الكثير على مادة هذا الكتاب بشكل خاص بسبب ما أمدتني به من ملاحظات وما سمحت لي بوضعه من أمثلة أو حالات تشاركنا في علاجها. كما يجب أن أنوه بفضل كثير من العلماء والمؤلفين الأجانب خاصة بروفيسور "بيك" Beck، و"زكرمان" Zuckerman و"ليوبين" Lubin، و"البرت اليس" Ellis لسماحهم لي بترجمة بعض مقاليهم النفسية، وتوظيفها مع بعض أفكارهم ومقترحاتهم للأغراض الأكاديمية والممارسة في البيئة العربية. وإلى كل هؤلاء وقرائ الراهنين والسابقين الذين منحوني الإيمان بقيمة ما أضع بين يديهم من كتابات أهدي هذا العمل

الغربي أو الأمريكي، لسبب جوهري، يتمثل في قلة حجم المعروض من خدمات نفسية واجتماعية متخصصة تتلاءم مع مستوى الخطورة التي يمثلها انتشار هذا الاضطراب.

ودفعتني للتفكير في الكتابة عن هذا الموضوع، أيضا، قلة ما كتب عنه في بيئتنا العربية، والقليل الذي كتب اقتصر - في حدود ما أعلم - على التركيز على الجوانب التقليدية من التشخيص والعلاج النفسي. ومما يلفت النظر أن الكتابات العربية عن الاكتئاب، وعوامل تطور الإحساس باليأس والتشاؤم، ركزت على دراسة الاكتئاب بوصفه مرضا طبيا، ولم تركز عليه بصفته اضطرابا يصيب الناس العاديين. ومن ثم لم تتح لطائفة عريضة من الجمهور العادي الذي يعاني من أعراض الاكتئاب فرص الاطلاع والاستفادة الذاتية المنظمة من الأساليب العلاجية الحديثة.

كما لا أعرف - في حدود علمي أيضا - بوجود أي مؤلفات عربية تشرح للناس المهتمين بهذا الموضوع الجوانب المتكاملة من العلاج النفسي الطبي والسلوكي. وحتى مع تنويه بعض هذه الكتابات إلى أهمية العلاج الطبي والسلوكي معا، فإنها وقفت عند حد الشرح الأكاديمي دون أن تشرح بعض التطورات المعاصرة في نمو حركة العلاج السلوكي والمعرفي، وكيفية مناهجها، وإجراءات هذا التطبيق ومتابعة نتائجه. وهي ثغرة حاولت إتلافها بوضع هذا الكتاب بين يدي القارئ العربي.

فهذا الكتاب يمثل إذن حصيلة اهتمام مهني، وأكاديمي تطور لدي عبر سنوات طويلة من ممارسة العلاج النفسي السلوكي والمعرفي في الوطن العربي والولايات المتحدة. وقد فرضت علي مقتضيات المنهج، والبرنامج العلاجي المتعدد المحاور الذي توقفت صلتي به منذ سنوات متعددة فرضت علي أن أقسم هذا الكتاب إلى ثلاثة أجزاء على النحو التالي:

الجزء الأول يقدم بعض الحقائق العامة عن مفهوم الاكتئاب، وآثاره على الفرد والحياة الاجتماعية والصحية، فضلا عن سبل التعرف عليه بالشكل المنهجي الذي يتكامل مع التخطيط العلاجي.

أما الجزء الثاني فهو يتكون من سبعة فصول تتصافر فيما بينها لشرح أهم التفسيرات والأسباب كما تقدمها مختلف النظريات العلمية لتفسير الاكتئاب. ومن خلال هذا الجزء سيتعرف القارئ على الكثير من العوامل المرتبطة بتطور الاستجابة الاكتئابية بما في ذلك العوامل البيولوجية والضغوط الخارجية، وأخطاء التعلم والتوترات المختلفة، فضلا عن الأخطاء المتعلقة بأسلوب التفكير في الذات والآخرين.

ويركز الجزء الثالث، على شرح التيارات المعاصرة في العلاج النفسي السلوكي للاكتئاب. ولهذا يتكون هذا الجزء من ثمانية فصول، يمثل كل فصل منها برنامجا علاجيا يتكامل مع البرامج الأخرى، بهدف معالجة الاكتئاب من مختلف جوانب القصور لدى المكتئب. ومن ثم يجد القارئ لهذا الجزء شرحا لأهم المحاور العلاجية، وما تحتوي عليه هذه المحاور من فنيات مختلفة، فهناك شرح لأسلوب الاسترخاء والتخيل كطريقتين للتغلب على مشاعر الكدر والتوتر التي تغلب على الشخص في هذه الحالات. وهناك فصول تركز على أهمية تدريب المهارات الاجتماعية، وتدريب الثقة

دليل المشافي النفسية العربية - الإصدار العربي

الاسم	العنوان	البريد الإلكتروني	الهاتف	الموقع الإلكتروني
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Hosp.Ar.htm

Arabpsynet Hospitals Guide - English Edition

الاسم	العنوان	البريد الإلكتروني	الهاتف	الموقع الإلكتروني
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com
المشافي النفسية العربية	المشافي النفسية العربية	arabpsynet@arabpsynet.com	00966 11 46111111	www.arabpsynet.com

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Hosp.htm

إنه من حقك كيا أخيرا!

سلسلة الممارس النفسي 2

دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية

أ. د. عبد الستار إبراهيم - علم النفس / الجيزة، مصر

drsattaribrahim@yahoo.com

تتعرف من خلاله أيضا على:

- مارس حريتك دون أن تظلم أو تظلم: طريقك للصحة
 - مقياس متعدد المحاور للتعرف على مستويات تأكيد الذات
 - التواصل الاجتماعي: نافذتنا النفسية على الصحة والاضطراب
 - الأساليب الثلاثة في التواصل الاجتماعي بالعالم أربع خطوات لتطوير الشخصية
 - المشاحنات اليومية وأساليب معالجة جوانب التوتر فيها
 - الذكاء الوجداني والمعنى بسلوك الآخرين ودوافعهم
 - بوصلة النجاح والكفاءة
 - القلق الاجتماعي وفوبيا الخوف من المواجهة
 - المعالج النفسي الحديث ومحاور الفاعلية
 - مواقع انترنت، قراءات ومصادر للتدريب
- "من حق الإنسان أن يخطئ، وويل لأمة يعاقب الناس فيها على الخطأ، تلك أمة لا تعرف الحرية"
- طه حسين

- الباب الثاني: التعرف على محاور تأكيد الذات ومصادر القوة والضعف فيها
- الفصل الرابع: مقياس متعدد المحاور للتعرف على مستويات تأكيد الذات
- الفصل الخامس: مقياس أسأل نفسك تمهيدا للعلاج وتعديل السلوك
- الباب الثالث: تنمية أساليب تأكيد الذات واكتساب المهارات الاجتماعية
- الفصل السادس: الأساليب الثلاثة في التواصل الاجتماعي بالعالم
- الفصل السابع: خطوات أربع لتطوير الشخصي
- الباب الرابع: الفاعلية الاجتماعية وتطوير أساليب معالجة مشكلات الحياة
- الفصل الثامن: المشاحنات اليومية وأساليب معالجة جوانب التوتر فيها
- الفصل التاسع: معالجة جوانب التوتر في العلاقات الاجتماعية
- الفصل العاشر: بوصلة الفاعلية والكفاءة
- الفصل الحادي عشر: ضبط المخاوف الاجتماعية (الفوبيا)
- ومهارات مواجهتها
- الفصل الثاني عشر: التعامل مع النقد والنقاد
- الفصل الثالث عشر: كن واعيا بدورك الاجتماعي واجعل من النجاح قدوتك
- الفصل الرابع عشر: الذكاء الوجداني والوعي بسلوك الآخرين ودوافعهم
- الفصل الخامس عشر: المعالج النفسي والمزيد من الفاعلية
- مواقع انترنت، قراءات ومصادر للتدريب
- كتب ودراسات وبحوث

مقدمة

إنك لن تجد حاليا كتابا من كتب العلاج النفسي ولا معالجا نفسيا-منهما تباينت انتماءات المعالجين النفسيين ونظرياتهم- من لا يلتفت فيما يكتب أو يمارس- لمسألة ارتباط الصحة النفسية بالحياة الاجتماعية للفرد ومهاراته في إدارتها بفاعلية ونجاح.

ولن تجد من بين كل نظريات العلاج النفسي- قديمة أو حديثة- من لا يقيس فاعليته العلاجية بمدى ما يحققه من تعديل في الجوانب النفسية التي ترتبط أو تنتج مباشرة عن القصور والاضطراب في علاقات مرضاه بمجتمعهم.

والواقع أن مسألة ارتباط الصحة النفسية بالإطار الاجتماعي وعلاقات الفرد الاجتماعية وإدارتها بفاعلية مسألة قديمة أو حديثة معا. فمنذ قرون، اهتم الفلاسفة والأطباء اليونانيون والمسلمون بأهمية تكوين علاقات طيبة، وأمنة مع الآخرين وانتبهوا لما تتركه الحياة الاجتماعية للفرد من آثار إيجابية على صحته الجسمية والنفسية.

وقد استمر المعاصرون من خبراء الصحة النفسية والعقلية على ولائهم لهذا الجانب لتصبح مشكلة التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية بالآخرين من أحد أهم الفصول والاهتمامات في كل ما يكتب تقريبا عن أساليب العلاج النفسي والمعرفي.

المحتوى

مقدمة

الباب الأول: التواصل بالعالم الخارجي

- الفصل الأول: التواصل الاجتماعي: نافذتنا النفسية على الصحة والاضطراب
- الفصل الثاني: تأكيد مهارة جديرة باهتمامنا
- الفصل الثالث: أخطاء في فهم تأكيد الذات

تنمية مهاراته الاجتماعية وإعانتته على تطوير مهارات صحية.

في مواقف التفاعل الاجتماعي السليم والصحي، عادة ما يدخل طرفان أو أكثر في علاقات يتبادلان خلالها التواصل، وتبادل المشاعر الطبية وتتبادل المعلومات المفيدة، والتأثير والتأثر الإيجابي المتبادل. ويمكن أن نتعرف على ما حققه هذا التفاعل من نجاح، إذا وجدنا رغبة متبادلة من الأطراف الداخلة في عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي لتكرار اللقاء والتفاعل بالطرف أو الأطراف الأخرى من جديد. بعبارة أخرى، نكتسب العلاقات الاجتماعية نجاحها، وقيمتها من حرص كل الأطراف على تكرار التواصل بالآخرين، وخلق الفرص لتحقيق المزيد منه أو من المواقف المماثلة له.

ولكي تحقق العلاقة الاجتماعية هذا الهدف، يجب أن تكون لها جاذبية تكفي لخلق هذا الحرص المتبادل لتكرارها. أي لا بد أن تحقق بعض المكاسب لكل الأطراف الداخلة في عملية التفاعل والتواصل الاجتماعي بما فيها المكاسب النفسية كالشعور بالتقدير، أو أننا موضع الاهتمام أو المودة.. الخ. وتبرز هذه المكاسب بدورها من جاذبية هذه العلاقات. وتجنبنا من ثم ننشط، ونبذل جهدا أكبر لإنجاح هذه المواقف والعمل على استمرارها، وتزايدها.

ويمثل موضوع تأكيد الذات (التوكيدية) أحد أهم المهارات الاجتماعية التي يكشف البحث العلمي عن آثارها الإيجابية في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي السليم والصحي بالعالم.

ستجد في الفصل الثاني من هذا الدليل تعريفا مفصلا لما نعنيه بمفهوم تأكيد الذات (التوكيدية). وستجد في الباب الثاني من هذا الدليل مقياسا متعدد المحاور سنتمكن من خلاله إذا ما أجبت عليه أن تكشف نقاط القوة والضعف في هذا الخاصية لديك. وستتعرف على مختلف المواقف التي تضعف من قدرتك على التعبير عن المشاعر ومع من من الأشخاص تحبط هذه القدرة.

وتأكيد الذات سمة وسلوك شخصي من يتسم به يملك الكثير من مفاتيح النجاح والفاعلية في الحياة الاجتماعية. من يملك هذه الخاصية يملك أيضا القدرة على التعبير عن المشاعر بصدق وأمانة في مختلف المواقف الاجتماعية، صاحب هذه الخاصية يستطيع أن يعبر بإيجابية عما يقبل، ولا يجد صعوبة في رفض شيء يضر به أو يؤلمه نفسيا، ومن السهل عليه أو عليها أن يعبر عن احتياجاته ويطلب بحقوقه دون ضرر له أو إضرار بالآخر، وفوق هذا يستطيع أن يمتدح ويشجع ويدعم ما يعتقد أنه جدير بالدعم والتشجيع.

إنها ببساطة سمة شخصية ولكنها في نفس الوقت مهارة وقدرة قابلة للنمو والاكتمال والتعلم الصادق عن المشاعر بأشكالها المتنوعة والملائمة للموقف.

لقد أظهرت البحوث أن من الطبيعي أن نسعى جميعا للنجاح في الحياة وتحقيق الفاعلية في علاقاتنا الاجتماعية بالآخرين في إطار من الصحة النفسية وقد تبين أن القدرة على التعبير عن المشاعر (أو ما يسمى بتأكيد الذات) من أهم المهارات التي تساعد على تحقيق هذا الغرض، فهي خاصية تميز الأشخاص الناجحين في الحياة وتساعدنا على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح فيما يتعلق بالتواصل بالعالم الخارجي والناس من حولنا.

وما يسمى بتأكيد الذات (التوكيدية) - أو ما يسميه كاتب هذه الأسطورة: الحرية في التعبير عن المشاعر والاتجاهات - مهارة يمكن تطويرها وتدريبها، وتتمثل في التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق الشخصية عندما تخترق بدون وجه حق، ودون إخلال بحقوق الآخرين والتزاماتنا نحوهم. ومن ثم أصبح بالإمكان بفضل هذه الخاصية التخفيف من القلق والاكتمال وغيرهما من الأعراض المرضية التي تنتج عن القصور في المهارات الاجتماعية المرتبطة بالتعبير عن المشاعر.

وخاصية التعبير عن المشاعر وتأكيد الذات تعني - من ضمن ما تعني - أن تكون لدينا القدرة على أن نعبر للآخرين عن حاجتنا ورغباتنا المعقولة، وهي بهذا المعنى تعني أيضا عدم الخوف من أن تطلع الآخرين على مشاعرك، بدلا من أن تخفيها بداخلك.

إننا مثلا نعرف الآن وعلى وجه اليقين أن هناك جوانب كثيرة من الاضطراب النفسي والعقلي ترتبط باضطراب العلاقات الاجتماعية والعجز عن إرادة حياتنا بالآخرين على النحو المرغوب.

ومن غير المعروف، ما إذا كان اضطراب السلوك الاجتماعي يعتبر نتيجة من نتائج الاضطراب النفسي والعقلي، أو سببا له. والأغلب أن العلاقة بينهما مثلها في ذلك مثل كثير من العلاقات التي تصف السلوك في علاقته بالأمراض النفسية - أقرب ما تكون إلى ما يسمى بالعلاقة الدائرية (الحلقة المفرغة). ففي حالة الاضطراب يجد الشخص نفسه عزوفا عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي - الإيجابي. ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اضطرابه أكثر فأكثر. كما أن العكس صحيح. فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل، والتعاسة التي بينا أنها تصف الاضطراب النفسي وتميزه.

صحيح أننا لا نعرف على وجه اليقين ما إذا كان الاضطراب النفسي نتيجة لاضطراب علاقاتنا الاجتماعية بالعالم أو سببا له، إلا أننا نعرف من البحوث التي أجريت وتجري حتى الآن أن الاضطراب النفسي والعقلي يرتبط ارتباطا جوهريا باضطراب السلوك الاجتماعي للفرد وافتقاده للمهارات اللازمة لإدارة حياته - أو حياتها - الاجتماعية

خذ مثلا الاضطرابات النفسية والعقلية الأساسية في الطب النفسي وهي اقلق، والاكتمال والفصام، إنها جميعا تتسم ببعض الأعراض التي ترتبط بشكل مباشر باضطراب السلوك الاجتماعي، ومن مظاهر ذلك أن المصابين بهذه الاضطرابات يشتركون جميعا بخصائص منها أنهم:

- يفقدون للإيجابية في المواقف الاجتماعية
- كما أنهم يجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة أو المبادرة في خلق علاقة جديدة
- ومن الثابت علميا أن الشخص يوصف بالاضطراب عندما تختل أساليب تفاعله بالآخرين، وعندما يعزف عن الاندماج في مواقف التفاعل وما تتطلبه العلاقات الاجتماعية من تبادل.
- كذلك يوصف المضطربون بالجمود، والتصلب، والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتطور الاجتماعي بالشخصية.
- ويعانون من حساسية شديدة للرفض أو الخوف من التجاهل عند دخولهم في موقف تتطلب التفاعل بالآخرين. ونتيجة لهذا يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباط والألم، مما ينفهم فيما بعد من الدخول في مواقف اجتماعية جديدة.
- فضلا عن هذا، تبين أن أغالبيتهم، لا يحسنون التعبير عن أنفسهم أو الدفاع عما قد ينسب إليهم من أخطاء، أو تصرفات عند دخولهم في علاقات اجتماعية بالآخرين.

هذا عن الجانب المرضي من التفاعل، ماذا عن الجانب الإيجابي؟ وماذا إذا توافرت لدى شخص ما القدرات الأساسية التي تمكنه أو تمكنها من إدارة الحياة الاجتماعية بفاعلية؟ وماذا إذا تحسنت أساليب التفاعل الاجتماعي لدى فرد ما بعد التعرض لعملية علاج نفسي ناجحة مثلا؟

هنا أيضا نجد محاولات جادة ومثيرة لدراسة النتائج النفسية للتزويد بمهارات اجتماعية فعالة. فخبراء الصحة النفسية وعلماء النفس والمجتمع لم يكتفوا بالوقوف عند تحليل مصادر الاضطراب في أساليب التفاعل الاجتماعي وما يتركه ذلك من آثار مرضية، بل اهتموا أيضا بالجوانب الإيجابية منها ليكتشفوا بذلك عن أحد أهم المحاور المرتبطة بالصحة والنجاح والفاعلية الشخصية والسعادة.

بعبارة أخرى نجد من البحث العلمي ما يؤيد أن علاج مشكلات السلوك الاجتماعي تؤدي إلى آثار علاجية إيجابية إثر محاولة مساعدة الفرد على

• ويضع أمامك بعض التقنيات التي تساعد على التعبير عن مشاعرك بحرية وأمانة فتتجنب المكابرة عند الخطأ، لأن الفرد سيعرف جيدا أنه بهذا لا يعالج مشكلة بل يخلق مشكلات إضافية أقل الاستمرار في المزيد من الأخطاء.

• ومهارة التعبير عن المشاعر وتأكيد الذات تمكنك أيضا من أن ترفض بمهارة أن يجرك أحد إلى مجادلة أو مناقشة سخيفة، أو مملّة، وأن ترفض بوضوح الدخول في مهاترات، أو جدل، وأنك لن ترضى بأقل من مناقشة هادئة قائمة على الاحترام المتبادل.

• وتمنحك قدرا من الوعي الحذر بالنصائح التي يتبرع لإعطائها لك المحيطون بك بما في ذلك حتى الأصدقاء وأفراد الأسرة المقربين فالغالبية العظمى من هذه النصائح تأتي من ظروف مختلفة، وتوضع من وجهة نظر مختلفة، وتعبّر عن احتياجات خاصة لدى هؤلاء الآخرين. كما أنها تعكس في الغالب، دوافعهم الشخصية التي مهما بلغ نبليها، فإنها قد لا تعكس تماما فهمك الخاص للموقف الذي تتفاعل معه.

كما تبين أن تدريب تأكيد الذات (التوكيدية) وتطوير المهارات الاجتماعية يؤديان إلى تغيرات صحية متعددة حتى بين المرضى النفسيين وحالات الاضطراب العقلي. فمثلا بالنسبة لمرضى عقلي شائع هو الفصام، نجد أن جزءا كبيرا من الأعراض الفصامية يمكن فهمها في ضوء ما يسمى بفقر المهارات الاجتماعية، وضعف القدرات التكيفية، ويتمثل ذلك في القصور العام لدى الفصامين، وضعف قدراتهم على حل المشكلات الاجتماعية التي تواجههم، وعجزهم الواضح في التعامل الفعال مع الصراعات الاجتماعية والأزمات. ومن ثم نجد اهتماما علاجيا واضحا هذه الأيام في التركيز على زيادة مهارات الفصامين على حل المشكلات، والتعامل بفاعلية مع الآخرين، بما في ذلك تدريبهم على فنون الاحتكاك بالمجتمع وبالأُسرة.

ويكشف استخدام هذه الأساليب عن نتائج إيجابية واضحة تتعلق بتعديل السلوك المضطرب لدى الفصامين. فتنمية المهارات الاجتماعية حتى لدى المرضى العقليين، تقلل من الآثار السلبية للمرض العقلي، وتزيد من كفاءتهم على الرعاية المستقلة للنفس في مواقف الخطر والأزمات. وعلى سبيل المثال بينت دراسة حديثة أجريت على مجموعة من الفصامين أن نسبة الانتكاس وصلت إلى 17% فقط في المجموعة التي خضعت لبرنامج علاجي ركز على صقل المهارات الاجتماعية بتدريب جميع أفراد الأسرة الفصامية (بما فيهم المريض نفسه)، على التواصل الجيد بين أفراد الأسرة، وتبادل المشاعر الإيجابية فيما بينهم، وذلك مقابل 83% انتكسوا في المجموعة التي لم تتدرب على تنمية هذه الخاصية، واعتمدت على العلاج الكيميائي فقط، بالإضافة إلى ذلك- وبالرغم مما في مرض الفصام من صعوبات في العلاج، ومقاومته للكثير من أشكال العلاج النفسي والطبي الأخرى- تتحسن حالة المرضى الذين خضعوا لبرنامج تدريب المهارات الاجتماعية بما فيها تأكيد الذات " التوكيدية" فقد قلت نسبة الانتكاس، وتناقصت كمية العقاقير النفسية التي كانوا يتناولونها، كما زادت ألامهم فرص النجاح الاجتماعي بما في ذلك تزايد نسبة الزواج بينهم، والحصول على عمل وتحقيق الكفاءة المهنية.

ونجد من جهة أخرى، أن المعاناة من فقر المهارات الاجتماعية أو " التوكيدية" يضعف قدرة الفرد على الدخول في مواقف تفاعل إيجابي. ومن ثم، يجد الشخص- بسبب عزوفه، وافتقاده لمهارة المبادرة في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة وفعالة- يجد أمامه فرصا محدودة لتكوين مهاراته الاجتماعية، ومجالات ضئيلة لاكتساب الخبرة الكافية لتعميق علاقاته بالآخرين. ويخلق له هذا بدوره مشكلة إضافية عندما يضطر للدخول في التفاعلات الاجتماعية المحدودة المتاحة له. إذ سيتعرض بسبب قصوره، وفقر مهاراته الاجتماعية لكثير من الخبرات غير السارة التي تدفعه لمزيد من العزلة والانزواء، وتزايد إحساسه بالكآبة.

ومن مآسي المعاناة من ضعف المهارات الاجتماعية أو "التوكيدية" أيضا، أننا نجد أنفسنا نتصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة بطريقة تخلو من

بعبارة أخرى، ينبهك هذا الدليل إلى أن هناك أكثر من سبب يجعلنا نشجعك على تنمية مهارة التعبير عن المشاعر وتأكيد الذات كطريق للصحة النفسية، من بينها أنها:

• تساعد على التواصل الإيجابي بالآخرين مما يمكنهم من التنبؤ الجيد بتصرفاتك ومعتقداتك في مناخ من الطمأنينة لك والثقة بقدراتك في الحياة والعمل.

• تمكنك من تجنب كثير من جوانب الإحباط والفشل لأنها ستمكنك من الخروج من المواقف الحرجة بلباقة.

• ومن ناحية أخرى، عادة ما يحصل المدربون في هذه الخاصية على مكاسب وفوائد إيجابية في مجالات العمل والمهنة أكثر ممن هم أقل قدرة على تأكيد الذات.

• فضلا عن هذا تبين البحوث أن التعبير الإيجابي عن النفس والتصرف بإيجابية مع الناس يعود علينا بإيجابية مماثلة، مما يساعد على خلق حلقة حميدة من العلاقات الاجتماعية القائمة على تحقيق المكاسب المتبادلة.

• وتبين البحوث والدراسات العلمية أيضا أن الأشخاص الذين يتصفون بالحرية في التعبير عن المشاعر وتأكيد الذات يتفاعلون أكثر من غيرهم، ويعبرون عن مشاعرهم في داخل الجماعة بحرية أكبر، لهذا فهم يعطون للآخرين فرصة أكثر للتعبير المماثل عن مشاعرهم والنمو والنضوج.

• والتعبير عن المشاعر بثقة يخلق جوا إيجابيا، سهلا. كما يساعد على تنمية علاقة سهلة ودافئة بالآخرين، وتفتح جوا من الطمأنينة المتبادلة، والتواصل الإيجابي بالآخرين.

• وأخيرا يسهل على من يتصف بهذه القدرة أن يحقق أحد متطلبات الرئيسية للصحة النفسية والعضوية بشكل عام بما فيها التحرر من القلق والاكتئاب وما يرتبط بهما من اضطرابات وجدانية أخرى.

ومن إحدى الأهداف الرئيسية لهذا الدليل أنه يساعد على تطوير هذه المهارة وتنميتها بما يرسم أمامك من توجهات وخطوات عملية لإعانتك على أن :

• تتعرف على مستويات ما لديك من مهارات اجتماعية وجوانب الضعف والقوة في أساليبك التفاعلية بالعالم (الفصلين الرابع والخامس).

• يعطيك تصورا عمليا ومبرمجا لتطوير مهاراتك الاجتماعية والتوكيدية (الفصلان السادس والسابع).

• يسهل القدرة على التعلم وممارسة بعض المهارات الاجتماعية التي تمكنك من التعبير عن مشاعرك بثقافة وبطريقة غير مصطنعة أو منفصلة (الفصل الثاني).

• ومن جهة إيجابية يرشدك إلى بعض الأساليب النفسية والسلوكية التي تعمل على تنمية توجهات ودية وخالية من العداء والمكابرة والتفهم لسلوك الآخرين (الفصل 14)

• وأن تنمي أنماطا سلوكية تساعد على تحمل النقد والنقاد (الفصل 12)

• وأن تتعامل مع مشكلات القلق الاجتماعي والخل المرضي (الفصل 11)

• وأن تجعل من التفكير العقلاني بوصلة تهديك لتبني أسلوب يتسم بالتنوع في السلوك والتفكير (الفصل 10)

• وأن نتابع باستمرار وبذكاء أداء أدوارنا فنعطي لكل دور في الحياة حقه (الفصل 13).

• وأن نتجنب نوبات الحزن وثورات الغضب والقلق الشديد، فأنت عندما تترك هذه الانفعالات السيئة تتملكك تسمح للانفعال أن يسيطر عليك، وإن يكون هذا هو أسلوبك في مواجهة مختلف أنواع الضغوط، وأن تنتبه لطريقتك في الاستجابة للأمور بحيث تكون قادرا على التعبير عن مشاعرك بصدق حتى وأنت في قمة الانفعال (الفصلان 8، 9)

لقد وضعت هذا الدليل بعد سنوات متعددة من الممارسة والبحث العلمي في العلاج النفسي خاصة السلوكي - المعرفي. ويجدون أمل كبير أن يتحقق لك منه ما أرجوه من أهداف إيجابية وأن تكتشف من خلاله أن تدريب هذه المهارات أمر ممكن، وأنك بتطوير إمكانياتك على اكتسابها ستجعل الحياة لك وللمن حولك بعبارة " هاري إيملرسون فوسديك" أحسن حالا عما هي عليه.

الاعتزاز بالنفس. ولهذا يسهل على الشخص في مثل هذه الحالة أن يصف نفسه بالفشل، ويعجز عن أن يرى إمكانيات النجاح والتفوق فيما يفعل. ومن الطبيعي في مثل هذه المواقف، وبهذا الاتجاه، أن يجد الشخص في العلاقات الاجتماعية عبئاً يخلو من الإشباع، ولا يحصل منها على ما تحمله هذه المواقف أحياناً من مكاسب، أو تقدير. فهو يدخل هذه المواقف - المحدودة في الأساس - بموقف الضعيف، الخائف من الرفض، أو الانتقاد، والباحث عن التأييد.

Arabpsynet Thesis Search



<http://www.arabpsynet.com/Book/default.asp>

بحث عن الكتب النفسية العربية



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm

Send your books summaries via BOOKS FORM

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

2008 عيد ذكرى الميلاد المجيد

زملائنا المسيحيين وجميع المؤمنين، بأحر التهاني يشرف أعضاء شبكة العلوم النفسية العربية بمناسبة عيد ذكرى الميلاد المجيد أن يتقدموا إلى وأخلص الأمنيات سائلاً الله أن يعمر السلام كافة أرجاء المعمورة وأن يكون السامع وقبول الآخر المختلف واقعاً نشاغل معه حتى نتجاوز الإقصاء ونعاش باطمئنان في ظل اختلاف بناء.

وكل عام وأنت بخير

عن "شبكة العلوم النفسية العربية"

Arabpsynet Books Guide English Edition

Books	Books Titles	Publisher / Country	Authors	Year
Contemporary Psychology	new	Elbany Library - Egypt	Amr Osama	2002
Psychoneurology	EGYPT	Amr Osama	1999	
Treasure of Psychology	Elbany Library - Egypt	Amr Osama	1999	
Psychic and Mental Medicine	Old Enkash Books	Amr Osama	1999	
Collected Papers of Psychology and Psychology	Old Enkash Books	Muhsen Zaker	1999	
Psychological Study	The Signal	Yara Hamed	1999	
Sexuality and Psychology in Human Life	EGYPT	Fahd Gheggy	1999	
Human Health	Old Enkash - Jordan	Senior and Ashour	2002	
Electronic Dictionary of Psychological Science	Com Computer Center	James T. B. O'Neil	2002	
Psychology Encyclopedia	Webbook Library	Abdennour H. H.	2002	
Encyclopedia of Famous Psychologists	Medbook Library	Abdennour H. H.	2002	

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm

دليل الكتب النفسية العربية الإصدار العربي

Books	Books Titles	Publisher / Country	Authors	Year
Contemporary Psychology	new	Elbany Library - Egypt	Amr Osama	2002
Psychoneurology	EGYPT	Amr Osama	1999	
Treasure of Psychology	Elbany Library - Egypt	Amr Osama	1999	
Psychic and Mental Medicine	Old Enkash Books	Amr Osama	1999	
Collected Papers of Psychology and Psychology	Old Enkash Books	Muhsen Zaker	1999	
Psychological Study	The Signal	Yara Hamed	1999	
Sexuality and Psychology in Human Life	EGYPT	Fahd Gheggy	1999	
Human Health	Old Enkash - Jordan	Senior and Ashour	2002	
Electronic Dictionary of Psychological Science	Com Computer Center	James T. B. O'Neil	2002	
Psychology Encyclopedia	Webbook Library	Abdennour H. H.	2002	
Encyclopedia of Famous Psychologists	Medbook Library	Abdennour H. H.	2002	

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm

الثقافة النفسية المتخصصة

المجلد الثامن عشر - العدد الثاني والسبعون - أكتوبر 2007

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية - طرابلس، لبنان

ceps50@hotmail.com

وبالنظر لصدور هذا العدد في موسم الأعياد، ومع وداع العام 2007، فإن أسرة التحرير تتمنى للزملاء الكرام الهناء، واستمرار العطاء، والمشاركة في تفعيل دور الاختصاص، وتسخيره لخدمة الإنسان والمجتمع العربيين. وكل عام وأنتم ومنطقتنا بخير.

هيئة التحرير

قضية حيوية

■ متعة الاختيار وبؤس الإجماع / د. قدري حفني
kadrymh@yahoo.com

يتميز الإنسان، ضمن ما يتميز به، بقدرته على المفاضلة والاختيار، لذلك تفيض دراسات علم النفس بعامة، وعلم النفس السياسي خاصة، بدراسة العوامل التي تحكم اختيارات الفرد، وتباين تلك الاختيارات. ورغم أن المرء قد يتردد طويلاً أمام البدائل، وقد يشفيه تردده، حتى يكاد يشفق على نفسه من حمل تلك الأمانة، ورغم أن بعض الجماعات قد تقاوض على متعة الاختيار، مقابل أحلام تلك الأمانة، ورغم أن بعض الجماعات قد تقاوض على متعة الاختيار، مقابل أحلام بديل اجتماعي، أو تفوق عرقي، فإن القانون السلوكي الراسخ هو أن المرء يكون في النهاية سعيداً باختياراته، مدافعاً عنها، متمسكاً بها، معتبراً أنها جزء من هويته، مهما كلفته ممارستها من عناء، وحتى حين يصدمه الواقع بحقيقة فساد تلك الاختيارات، ولا يجد مناصاً من العدول عنها، فإنه لا يكف عن التماس الأعذار والتبريرات لإقدامه على اختيارها.

يصدق ذلك على اختيار المرء لأصدقائه، ولمجال دراسته، بل ولعقيدته السياسية والفكرية، والدينية أيضاً. ورغم ذلك، فإن واقع الحياة لا يسمح للمرء دوماً بممارسة المفاضلة الشفافة بين البدائل، وتحصيل ما يلزمه من معلومات عنها، ففي كثير من الأحيان - خاصة في مجال العقائد السياسية والفكرية والدينية - يتم تغييب تلك البدائل، أو تشويهها، قصداً، بحيث تصبح مجرد محاولة التعرف عليها جريمة تعرض صاحبها لأبشع أنواع العقاب، ومن ثم يؤثر الكثيرون السلامة، مستسلمين ظاهرياً على الأقل. ومع مضي الوقت يتحول لخوف من العقاب إلى وازع داخلي يدفع المرء إلى النفور من التطلع إلى معرفة ذلك المحظور، ونصبح آنذاك حيال ما يمكن أن نطلق عليه "الاختيار الزائف"، أو "الاختيار الناعم"، الذي يخلو من مظاهر القسر الفكري التقليدية.

غير أنه مما يستوقف النظر أن جماهير ذلك الإجماع الناعم، رغم علو صخبهم، يفتقدون خاصيتين تمثلان جوهر الانتماء الصحي الصحيح: الاعتدال والثبات. إنهم يفتقدون المعرفة الشاملة بأبعاد ما يدافعون عنه، مكتفين بما أتيج لهم من قشور قد تبدو متماسكة، ولكنها لا تثبت أن تنهار إذا ما واجهت حواراً يناقش مسلماتهم، ولذلك فإنهم لا يترددون في إغلاق تلك النافذة الحوارية التي تهدد انتمائهم الزائف، وينشجون في دفاعهم عن اختيارهم الزائف متطرفين إلى حد أنهم قد يقدمون على تدمير من يصرون على استمرار الحوار.

محتويات العدد

- عزيزي القارئ
- قضية حيوية / متعة الاختيار وبؤس الإجماع
- علم النفس حول العالم
- مقابلة العدد / مقابلة مع مؤلف كتاب أوهم مشروع الشرق الأوسط الكبير
- مكتبة العدد
- أوهم مشروع الشرق الأوسط الكبير
- حياتنا النفسية / دليلك إلى لثقافة النفسية الشاملة
- السعادة الشخصية في عالم مشحون بالتوتر وضغوط الحياة
- علم النفس المهني / المهنة... والاضطرابات النفسية المرتبطة بها / د. حسان المالح
- علم النفس عبر الحضاري / معاناة أصحاب الشمال
- علم النفس السياسي / نظرة إلى فلسطين / البروفيسور قدري حفني
- علم النفس الاجتماعي / الحاجة إلى وعي عربي جديد!! أ. د. مجيى الرخاوي
- ملف العدد دراسات حول ذكاء الطفل الإماراتي / A study of intelligence in the United Arab Emirates / البروفيسور: عمر خليفة - جامعة الخرطوم / البروفيسور: ريتشارد لن - جامعة اليسر

عزيزي القارئ

نأمل أن يقدّر القارئ الظروف التي يعمل بها مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية في لبنان، إذ إن عمل المركز، وهذه المجلة التي يصدرها، مرتبطان إلى حد كبير بالأجواء السياسية الصعبة التي يعيشها لبنان راهناً. ولنا بذلك العذر في تأخير صدور هذا العدد قرابة الفصل، حيث لم نشأ اللجوء لمبدأ العدد المزدوج لتلافي مثل هذا التأخير.

مهما يكن، فإن ارتباط العلوم النفسية بالأنشطة الإنسانية، وبالتفاعل الإنساني، يجعل من غير الممكن أن تكون مجلتنا هذه آمنة على اللاوعي الجمعي العربي إن هي تجاهلت المعاناة العربية الشاملة في هذه الظروف المهددة بحروب واسعة في منطقتنا،... وع التهديد هنالك رهاب جماعي، وصدمة نفسية متوقعة تهدد معظم الدول العربية. ومن هنا استمرارنا في باب علم النفس السياسي، حيث يعرض البروفيسور قدري حفني لمقاربات قد يعتبرها البعض ليبرالية أكثر من المطلوب، كما يعرض العدد لمقابلة مع رئيس التحرير نشرته صحيفة عمان، سلطنة عمان، حول قراءته النفسية المستقبلية لمشروع الشرق الأوسط الكبير وأخطاره على استقرار المنطقة العربية.

هذا إضافة إلى الأبواب الثابتة للمجلة، من علم النفس حول العالم، وقضية العدد، ومكتبة الثقافة النفسية، وغيرها من الأبواب الثابتة في مختلف فروع الاختصاص.

الندوات والمؤتمرات

BRITISH ARAB PSYCHIATRIC ASSOCIATION (BNPA)

منظمة الصحة العالمية- المكتب الإقليمي لشرق المتوسط &

ARABIAN EUROPIAN CENTER

FIRST INTERNATIONAL CONFERENCE ON:

Primary Health Care and Mental services in Post War Iraq:

Current and Future Focus

مكتبة العدد

- العنوان: أوهم مشروع الشرق الأوسط الكبير
- المؤلف: د. محمد أحمد النابلسي
- الناشر: دار الفكر/ بيروت- دمشق
- تعليق: سلوى زكرك

منذ انهيار الاتحاد السوفياتي، والإدارة الأميركية تسعى للهيمنة على العالم كله. بدا ذلك واضحاً في طريقة إدارتها للأزمات التي انتشرت في البلقان، ثم في الصومال، ثم في حرب الخليج الثانية، وكذلك خلال الصراع العربي الإسرائيلي.

ومن هنا استغلت الولايات المتحدة أحداث الحادي عشر من أيلول/سبتمبر وتداعياتها للتوجه لمنطقة الشرق الأوسط بجيوشها وأساطيلها، ونشرت قواعدها العسكرية لخوض الحروب الاستباقية في أفغانستان والعراق تحت ذرائع زائفة (امتلاك أسلحة الدمار الشامل، إيواء الإرهاب)، من أجل وضع يدها على نفط المنطقة، فطرح مشروع الشرق الأوسط الكبير، الذي حمل مبادئ نشر الحريات، والديموقراطية، وحقوق الإنسان، والإصلاح الاقتصادي والسياسي لدول تلك المنطقة التي تعاني انتشار الفساد، والاستبداد السياسي، والفقر والبطالة، وتدهور التعليم، وانتشار الجريمة، والإرهاب، والتطرف، والهجرة.

فمن المستفيد من هذا المشروع؟ وكيف وظف، وما الأبعاد الاستراتيجية؟ أسئلة كثيرة مطروحة حول هذا المشروع، قدم المؤلف فيها رأيه بقراءة نفسية تحليلية وسياسية استراتيجية.

فمن هو المؤلف؟ وما هو اسم الكتاب؟

- العنوان: حياتنا النفسية/ دليلك إلى الثقافة النفسية الشاملة لكل القراء والاختصاصيين
- إعداد وتأليف: الدكتور حسان المالح وآخرون
- الناشر: دار الفكر - دمشق

يتضمن الكتاب 26 موضوعاً إضافة إلى خمسة ملحقات ومنها: العولمة، ملاحظات نفسية- الطب النفسي اليوم، ملاحظات لا بد منها - الثقافة الجنسية الصحية، ضرورة لا بد منها- آراء في السعادة الزوجية- الرهاب الاجتماعي عند العرب، وغيرها من موضوعات للدكتور حسان المالح. الأمراض النفسية بين العلم والطب والشعوذة للدكتور لطفي الشربيني. مفاهيم خاطئة حول الطب النفسي للدكتور طارق الحبيب. أثر القرآن الكريم في الأمن النفسي للأستاذة ناهد الخرشاني. عناد الأطفال، تحليلات وإرشادات للأستاذ روجي عيدات. الصدمة النفسية التالية للانفجارات للدكتور محمد أحمد النابلسي. الطب المسند للدكتور محمد أديب العسالي. العنف اللفظي "الإساءة اللفظية" تجاه الأطفال من قبل الوالد، وعلاقته ببعض المتغيرات المتعلقة بالأسرة للأستاذة لونة عبد الله دنان. علم النفس الرياضي.. مراجعة عامة للدكتور عمرو بدران.

علم النفس حول العالم

- علم النفس حول العالم/ إعداد: نشأت صبح، رمزية نعمان، وسناء شطح
- العلماء يحددون الجزء المسؤول عن التفاوض في الدماغ
- علماء أميركيون يكتشفون سر الساعة البيولوجية للجسم
- دراسة تكشف سر إيمان المراهق على التخمين
- باحثون أميركيون يكتشفون جين "الشيخوخة" ويعيدون النضارة إلى جلد هرم
- هل التأمل والتنفس يقيان الدماغ يقظاً؟
- هل يعمل الدماغ أثناء نوم الإنسان؟

مقابله العدد

- في كتابه "أوهم مشروع الشرق الأوسط الكبير"/ الدكتور محمد أحمد النابلسي

الأنظمة العربية لا تقرأ!... وليس لديها رؤى مستقبلية حورته: غادة كلش

يرتكز فكر الدكتور محمد أحمد النابلسي على ثوابت عدم جواز تجاهل الأنثروبولوجيا، وخصوصيات الجغرافيا السياسية، وعقم الجراحات الجغرافية الوحشية. وعلى هذا الأساس يرى النابلسي فشل مشروع الشرق الأوسط الكبير بكل قوالبه وتعديلاته. حول هذه المواضيع نشرت صحيفة عمان هذه المقابلة التي أجرتها الصحافية غادة كلش مع الدكتور النابلسي، مركزة على توقعات النابلسي السياسية المستقبلية التي تحققت بعد نشرها. وهو ما تبينه قراءة كتابه "أوهم مشروع الشرق الأوسط الكبير". وهذا نص الحوار:

سؤال: ضمن أبحاثك ودراساتك المستقبلية الاستراتيجية، صدر لك كتاب "أوهم مشروع الشرق الأوسط الكبير" وهو المخطط الذي تعمل الولايات المتحدة على تطبيقه، فهل لك أن تحدثنا عن مراحل هذا المشروع، وأهدافه، وآثاره المحتملة على المنطقة؟

جواب: استوجب غياب الاتحاد السوفياتي، والانتصار الأميركي البارد، أحداث تغييرات تتناسب ومصالح أميركا المنتصرة. وهذا طبيعي في نهايات كل الحروب التي عرفتها البشرية. الجديد في الأمر كان الأحادية القطبية، وهي في رأينا ظاهرة، لأن القطب المواجه كان موجوداً دائماً، لكنه تخفى ريثما يكمل تحالفاته. مهما يكن فقد وجدت أميركا نفسها في حالة سطوة مطلقة، وفرصة لإعادة تنظيم العالم وفق مصالحها. لكنها فشلت في اغتنام هذه الفرصة، لأن السياسة الأميركية قامت دائماً على أساس معاكسة الآخر، الذي كان أوروبا لغاية مطلع القرن الماضي، ثم أصبح النازية، ومن بعدها، وسريعاً، أصبح العدو هو الشيوعية... وبعد سقوطها فقدت السياسة الأميركية توجهها، لغياب العدو الذي أمنت إقامة سياستها على مخالفته، وأصبح البحث عن عدو مهمة فكرية أميركية بامتياز، فكانت ترشيحات الاتحاد الأوروبي، والصين، وروسيا اتحادية جديدة، وطبعاً الإسلام كعدو حضاري. وبعد فشل كل هذه الترشيحات، قبلت الولايات المتحدة بمبدأ "العدو الفرد" فكان لها أعداء أفراد جاهزون، أبرزهم وأكثرهم جاهزية للاقتراض كان صدام حسين. ثم توالى ترشيحات الأفراد الأعداء، من بن Laden، حتى هيجو تشافيز، مروراً فإحياء العداء لكاسترو. لمن الواقع الذي يتخالف عنه الكثيرون، أو يجهلونه، هو أن الولايات المتحدة لم تحظ بعد بالعدو اللائق الذي تبحث عنه ليربحها، وليخلص استراتيجيتها من مبدأ التجربة والخطأ كما يحصل في مشروع "الشرق الأوسط"

والاضطرابات المرتبطة بمهنة معينة، محاولاً فهم الآليات الإمبراضية، والمسببات المرضية، وطرق الوقاية الممكنة، أو طرق التخفيف من نسب حدوثها، من خلال إجراء تعديلات تقنية، أو كيميائية وقائية، أو غير ذلك.

والحقيقة أن معدل إصابة الإنسان بمختلف الأمراض الجسمية والنفسية له ارتباطات بعدد من العوامل العامة، مثل العوامل العضوية، والعمر، والجنس، والعرق، والوراثة. وأيضاً العوامل الاجتماعية التي ينتمي إليها (ريف- مدينة- جبل- ساحل- صحراء)، والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها (طبقة- مهنة- دين- عادات- تقاليد- ثقافة)، وأخيراً التكوين النفسي والتربوي والشخصي الذي يتميز به.

وفي الممارسة الطبية اليومية نجد أنه من الضروري الإمام بمعلومات عامة عن المريض تشمل النقاط السابقة، إضافة للمعلومات الخاصة بالمرض، مما يساهم في تفهم الحالة المرضية بشكل ناجح، ومما يساعد في وضع التشخيص الصحيح السريع. ومثلاً يمكن للطبيب أن يصل إلى التشخيص الصحيح بسرعة أكبر في حالة فحصه لمريض يشتكي من أعراض التهابية شديدة إذا سأل عن مهنة المريض، حيث يتوجه الطبيب في تشخيصه إلى أمراض معينة تصيب الإنسان ناتجة عن عدوى من خلال عمل المريض في تربية المواشي مثلاً.

علم النفس عبر الحضاري

■ **معاينة أصحاب اليد الشمال / بيار ميشال**
Pierre-Michel Bertrand بيرتراند

ترجمة: الأستاذ صابر أوبيري

إنهم لا يتمتعون بسمعة طيبة. كم من أصحاب اليد الشمال المهانون لا يزالون يتذكرون المعاملات العنيفة التي صحبت طفولتهم بهدف تعلم استعمال يدهم اليمنى؟ والحال أن لهذه الهيمنة اليومية قصة: قصة فرضت نفسها تدريجياً في القرون السادس عشر.

إن أحد الآراء المسبقة الأكثر أقدمية وشمولية، والمقبول فحواه، أن المعارضة بين اليد اليمنى واليسرى- فضلاً عن تلك المعارضة بين الأقسام اليمنى من الجسد، أو الفضاء- يكتسي بعداً أخلاقياً. في الوقت الذي تجسد فيه اليد اليمنى المساواة والاستقامة والخير والحقيقة وقيم إيجابية أخرى، فإن اليد اليسرى مرتبطة بكل ما بمس الرذيلة والشر والخيطنة والشؤم، مرتبطة باختصار بكارثة (مشقة من الكلمة اللاتينية Sinister) "يسار".

إن الشهادات على هذا الرمز في حضارتنا الغربية لا تعد ولا تحصى، فالتوراة بخاصة تفيض بآيات، أو كما ذكره القديس أوغستان في القرن الخامس قائلاً: لا يحسن الظن باليمين خيراً، أو عدالة، أما اليسار فيساء الظن بها شراً، أو ظلاماً.

علم النفس السياسي

■ **نظرة إلى ما يجري في فلسطين.** قديري
حفني / kadrymh@yahoo.com

لقد ظلنا طويلاً نتحدث عن قدسية الدم الفلسطيني، ومع ذلك فقد شهد التاريخ الفلسطيني تقاتلاً فلسطينياً- فلسطينياً أكثر من مرة، وظللنا ندرج تلك الاشتباكات ضمن الاستثناءات التي لا تخل بالقاعدة التي تقوم على التسليم بوحدة المصير الفلسطيني، إلى أن تجاوز الأمر القتال، لنشهد منذ حزيران/ يونيو الماضي انقساماً جغرافياً بشرياً سياسياً إعلامياً فكرياً، وأصبحتنا حيال كيانين فلسطينيين يكاد لا يجمع بينهما سوى خضوعهما للاحتلال نفسه.

■ **العنوان:** السعادة الشخصية في عالم مشحون بالتوتر وضغوط الحياة

■ **المؤلف:** عبد الستار ابراهيم

■ **الناشر:** كتاب الرياض رقم 132، مؤسسة اليمامة الصحفية بالرياض، الرياض 2005

■ **عرض:** الأستاذ الدكتور عبد الله عسكر رئيس قسم علم النفس- جامعة الزقازيق.

صدر الكتاب عن مؤسسة اليمامة الصحفية في سلسلة كتاب الرياض رقم (132) عام 2005 وهو من الكتب المميزة التي تتناول موضوعاً في غاية الأهمية، بأسلوب واضح وسهل، يجعل منه مرشداً شخصياً لقارئه، فضلاً عن أنه يفتح أمام المتخصصين آفاقاً معرفية جديدة. وهكذا عودنا . عبد الستار ابراهيم على الإبحار في محيطات النفس البشرية، بقارب شرعي متقن الصنع، يعرف الطريق إلى آفاق هذه النفس البشرية، وما يصارعها من أمواج ورياح، وما يعترئها من ضغوط خارجية تسهم شخصيته في التفاعل معها، ليجد نفسه فريسة للقلق والاكتئاب والهجوم، دون أن يعرف أن الخلاص بيده هو. ولهذا جاء عنوان الكتاب " السعادة الشخصية"، بمعنى أن التفسيرات التي يمنحها الإنسان للظواهر التي تجلب التعاسة ليست في حقيقتها تعيسة، فالسماة الزرقاء الداكنة ليست تعيسة، ولكن المتشائم يرى فيها كآبة، والمتفائل يرى فيها حياة وتأملاً، فوفقاً لإدراكنا، يكون مزاجنا الشخصي، فنحن لا نستطيع أن نغير المناخ، أو الظواهر الكونية المحيطة، بقدر ما نستطيع أن نغير في نظرتنا للأمور.

علم النفس المهني

■ **المهنة والاضطرابات النفسية المرتبطة بها/**
الدكتور حسان المالح/ www.hayatnafs.com

مقدمة عامة

يبدو أن المهنة التي يمارسها الإنسان تؤثر في شخصيته وأسلوبه وتفكيره، وأيضاً في أمراضه واضطراباته، الجسدية منها والنفسية.

ومن المعروف أن هناك "أمراض مهنية" يتعرض لها الأشخاص الذين يمارسون مهنة معينة، وبنسب تفوق معدلات هذه الأمراض عند عموم الناس. حيث يتعرض مثلاً العاملون في المواد الكيميائية، وعمال المناجم، لأمراض تنفسية انسدادية، وسرطانية، واعتلالات في الكبد، والكلية، والدم، وغيرها، بسبب الغازات والغبار الذي يتعرضون له أثناء عملهم. كما يتعرض العاملون في تربية المواشي ونقلها وذبحها لعدد من الالتهابات الخاصة، بسبب انتقال العدوى لهم من الحيوانات، مثل مرض الحمى المالطية (Brucellosis) وغيرها.

وتزداد الإصابات الجسدية والجروح والخلوع والكمسور لدى فئات الرياضيين المحترفين، كما أن هناك إصابات دماغية عصبية خاصة تكثر عند الملاكمين (Punch Drunk Syndrome) .

ويتعرض أطباء الأسنان للإصابة بالتسمم الزئبقي، بسبب الحشرات المعدنية (Amalgam) المستعملة يومياً (وأصبحت هذه الحشوات أقل استعمالاً هذه الأيام بسبب مخاطرها المحتملة، وهي تستبدل بالحشوات البيضاء غير المعدنية)

وهناك أمثلة أخرى كثيرة من الأمراض المهنية، في مهن مثل الطب، والمهن الطبية المساعدة، والمهن العسكرية، وعند الحرفيين، والعمال اليدويين، وغيرهم.

ويدرس الطب المهني (Occupational Medicine) أنواع الأمراض

الانتفاضة إبداع غير مسبوق، لا أحد كان يتصور أن هذا الطفل الذي يلقي حجرا يحمل كل هذه الرسالة الإنسانية الأعماق والأرقى. لا أحد كلن يمكن أن يصدق أن هذه الفتاة الجميلة تفعلها هكذا، وهي تودعنا بكل هذه الشجاعة، لتعلمنا معنى الحياة وهي تحتضن الموت، مع أنها تترك كل ما يحيط بها من إحباط، وما يتصف به ناسها الأبعد من تخل وتقاوس وصمت.

إذا صح أن أجداننا هم الذين ولدوا هذه اللغة العربية القادرة الخلاقة، (وهو صحيح)، وأن هذا الطفل، وهذه الفتاة هما من أصلنا فعلا (هو صحيح أيضا)، فنحن على أبواب عالم عربي جديد، تتخلق فيه قومية جديدة، ليس لها علاقة بقومية خطب التحريض، وشعر الكلام، ومؤتمرات القمة.

- حقيقة الصدام

أحداث أيلول/سبتمبر لها فضل علينا، فيقدر ما دفعنا فيها من ضريبة سوء استعمالها، بقدر ما فتحت كل الملفات، وطرحت كل الاحتمالات. جعلتنا نعيد النظر في موقفنا الحضاري عندما زعموا أن صداما يجري بين حضارتهم وحضارة الإسلام، مع أنه لا توجد للإسلام حضارة قائمة حال، .. ليس معنى ذلك أن الإسلام لا يمثل حضارة حقيقية بديلة، لكن الموجود على الساحل كلها الآن لا يمثل هذه الحضارة أصلا. إن الحضارة لا تقاس بعدد من ينتمون إلى دين معين، الحضارة الإسلامية غير دين الإسلام، صحيح أنها نبعت في رحابه ونمت من خلال قيمه، لكنها حضارة ينتمي إليها كل من أسهم في مسارها، من كل دين في كل مكان في العالم. على نفس القياس: لا يوجد حاليا حضارة عربية لمجرد أن مجموعة من البشر يتكلمون اللغة العربية ويتجاورون جغرافيا. بل دعونا نعترف بهوء ومسؤولية أنه لا توجد - أيضا - قومية عربية.

الحضارة الإسلامية إما تاريخ نتحدث عنه، وإما وعد نأمل فيه، أما الموجود الآن فهو مئات من الثقافات الفرعية التي تدين بدين الإسلام، أو تتكلم اللغة العربية، فلا مبرر إذن، ولا معنى لنشر هذه الشائعات عن تصادم الحضارات، حيث أن ما يزعمون التصادم معه هو غير موجود أصلا.

القومية العربية هي أيضا: إما آثار متبقية في لغة رائعة قادرة دالة على تاريخ إيداعي لا مثيل له، (لغة بمعنى الوجود الذي أفرزها، وليست بمعنى الألفاظ التي تتبادلها الآن)، وإما هي حلم متجمد، ظهر في غفلة من الزمن، ولم يتعهد أصحابه ليصبح طرحا ذا ثمار.

- إذن ماذا؟

هذا ليس نفي لما هو عرب، أو مسلمين، وإنما هو محاولة تحديد الجانب السلبي من حالنا الآن. إنه تنبيه إلى واقعنا المائل، فإما أن نتحمل مسؤوليته، وإما أن نستسلم، ولا نلوم غيرنا على ما نؤول إليه.

إن ما آلت إليه حضارة الغرب وهي تقف في مأزق امتحان الاستمرار، أو التراجع، يعلن بوضوح حاجتنا إلى ما يكملها، إلى من يصححها، إلى من يأخذ بيدها، ليس بالتصادم والصراع الذي يفنى فيه أحد الطرفين، ولكن بالتوليف والجدل الذي يحتاجه الجانبان، أو كل الجوانب.

ملف العدد

■ دراسات حول نكاء الطفل الإماراتي / Omar Lhaleefa* University of Khartoum and Richard Lynn University of Ulster

Results are reported of large standardization sample of 6-11 years olds the Colored Progressive Matrices in the United Arab

ينبئنا التاريخ أنه لم تكن هناك قط رؤية فلسطينية واحدة تجمع عليها جميع، أو حتى غالبية، القوى السياسية الفلسطينية فيما يتعلق بتصور المال النهائي للصراع مع إسرائيل، وكانت الرؤية المعتمدة دوليا، وعربيا، وإقليميا، هي تلك التي تقوم على الاعتراف المتبادل بين إسرائيل، ومنظمة التحرير، باعتبارها الممثل الشرعي والوحيد للشعب الفلسطيني، رغم مخالفة ذلك التمثيل للحقيقة، فلم يكن خافيا على أحد أن تيارا إسلاميا خارج إطار منظمة التحرير الفلسطينية، التي وقعت اتفاقات أوسلو، نشأ في ظل الاحتلال الإسرائيلي متمركزا في غزة، منتشيا للتنظيم الدولي للإخوان المسلمين، متميزا عن الطابع العلماني الوطني لمنظمة التحرير، ولم يعلن ذلك التنظيم قط التزامه بأية قرارات تصدر عن منظمة التحرير.

■ العلاقات العربية ولعبة خط الأوراق

الدول العربية شأنها شأن غيرها من الدول التي شاعت لها الجغرافيا أن تكون متجاوزة، وأن تجمعها مصالح متشابكة، وممن ثم أن يكون لها تاريخ متشابك، ومن الطبيعي أن تتفق مصالح الدول العربية أحيانا، وأن تتعارض أحيانا، بل وأن يبلغ ذلك الاتفاق - كما حدث بالفعل - حد الوحدة الاندماجية، وأن يصل التعارض - كما حدث بالفعل أيضا - إلى حد الغزو الفعلي، كل ذلك وارد وطبيعي بصرف النظر عن موقفنا منه، الأهم هو أن نضع في الاعتبار دوما أن حقائق الجغرافيا ستظل ثابتة، ومن ثم فسوف نظل جيرانا، وستظل مصالحنا متشابكة، بل ومتغيرة عبر التاريخ.

ولقد تغيرت المواقع الاقتصادية للدول العربية، شأنها شأن غيرها من الدول عبر التاريخ صعودا وهبوطا، لأسباب شتى، ولم يكن هناك بد من أن تتغير العلاقات المتبادلة وفقا للقوانين التي ظلت عبر التاريخ تحكم العلاقة بين الأغنياء والفقراء والتي لا تتأثر إلا بقدر محدود بالأمانى القومية، أو بالنوازع الأخلاقية الرومانسية.

■ عقلانية العقاب

عرف الإنسان منذ قديم قيمة الثواب والعقاب في تقويم السلوك، عقاب من يأتي فعلا نعتبره سيئا، وإثابة من ينجز فعلا نراه "طيبا". غير أن الاختلاف كان - وما زال - حول الأسلوب الصحيح لتطبيق قانون الثواب والعقاب، بحيث يؤدي إلى أفضل النتائج بأقل الأضرار، وأن تستمر تلك النتائج لأطول وقت ممكن وفي هذا المجال، تباينت آراء الفلاسفة والمفكرين عبر التاريخ.

لقد عارض المصلح الإيطالي سيزار بيكاريا، في منتصف القرن السابع عشر، المبالغة في تشديد العقوبة، باعتبارها تجعل المجرمين يرتكبون جرائم إضافية لتجنب العقوبة على جريمة واحدة. كما جاء في فتاوى ابن تيمية، كما أوردها الدكتور أحمد فتحي بهنسي في كتابه "العقوبة في الفقه الإسلامي" أنه "ينبغي لمن يعاقب الناس على ذنوبهم أن يقصد بذلك الإحسان إليهم، والرحمة بهم، كما يقصد الطبيب معالجة المريض".

ولقد مكنتنا نظريات علم النفس، بمختلف توجهاتها النظرية والفلسفية، من التوصل إلى كم هائل من القوانين العلمية التفصيلية الدقيقة التي تحكم عملية التعلم، والتي كثيرا ما نتناساها في ممارساتنا اليومية، ولسنا بصدد الخوض في التفاصيل الفنية لتلك القوانين، مكتفين بالإشارة إلى عدد من تطبيقاتها الأساسية، في ما يتعلق بفاعلية العقاب.

علم النفس الاجتماعي

■ الحاجة إلى وعي عربي جديد يستوعب الجاري ويتعهد!!

/ أ.د. يحيى الرخاوي - أستاذ الطب النفسي - جامعة القاهرة

مع تقاطع الضغوط الآلية لاستشعار الحاجة للانتفاضة جديدة، لنا عود مع القراءة التحليل النفسية للبروفيسور يحيى الرخاوي حول سيكولوجية الانتفاضة

Progressive Matrices in an easier version of the Standard progressive Matrices which was constructed in Britain in the 1930s by John Raven (1939) and was designed for children aged 5 through 11 years; while the Standard Progressive Matrices was designed for children aged 6.6 years and older, and for adults. Both the Colored Progressive Matrices and the Standard Progressive Matrices have been used extensively in cross-cultural research. The results of several hundred studies that have used the tests in many countries have been summarized in Lynn (2006).

Both the Colored and the Standard Progressive Matrices are widely accepted as one of the best tests of general intelligence and Spearman's general factor (g) (Jensen, 1998). The first and easier items in the test are measures of visualization ability, while the later items are measures of abstract reasoning ability (Lynn, Allik and Irwing (2004)).

Numerous studies have been published on the tests during the last seventy years. Three of the issues that have been discussed and researched are (1) are there any sex differences on the test? (2) is there sex difference in variability? And (3) are there national differences in the mean IQs obtained on the test?

* Address P.O.Box 12718 Khatroum, Sudan

Emirates. Girls performed slightly better than boys, younger children performed better than older children, and there was no sex difference in variability. In relation to a British IQ of 100, the sample obtained an average IQ of 87.

Key words: sex differences, intelligence, progressive matrices, united arab emirates, variability.

We have recently published some data on intelligence in Syria derived from the standardization of the standard Progressive Matrices for the age 7 through 18 years (Khaleefa and Lynn, 2008). The results of this study showed that there were no sex differences on the test in the means or in the variability, that the mean IQ of the total sample was lower than that in Britain and the United States, and that in relation to British children. The younger children aged 7-9 years performed rather better than the older children. In this paper we present some data on intelligence in the United Arab Emirates and examine how far the results confirm or differ from those in Syria.

The data for the United Arab are obtained from a standardization of the Colored Progressive Matrices. This is a non-verbal test in which the problem is to find the principle governing the sequence of series of designs and patterns. The test is described and norms are given for Britain and number of countries by Raven, Court and Raven (1995). The Colored

المركز العربي للطب المسند



www.arabicebm.com

الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية



www.filnafs.com/alep.html

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

سيكولوجية السياسة العربية - العرب والمستقبلات

أ.د. محمد أحمد النابلسي - لبنان



Summary : www.arabpsynet.com/Books/Nab.B1.htm

الثقافة النفسية المتخصصة

المجلد التاسع عشر - العدد الرابع والسبعون

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية - طرابلس، لبنان

ceps50@hotmail.com

علم النفس حول العالم

- إعداد : رمزية نعمان، وسناء شطح، ونشأت صبح
- دراسة بريطانية: دواء الاكتئاب بـروزاك قليل الفائدة
- تقدم كبير في علاج داء عصبون الحركة
- مشاكل نفسية لدى 300 ألف أميركي حابوا في العراق وأفغانستان
- تقدم مفاجئ في علاج الشلل الرعاش " باركنسون "
- دراسة تكشف عن تأثير ضخامة البطن في منتصف العمر على زيادة احتمال الإصابة بالعتة في سن الشيخوخة
- العقاقير المخدرة ثاني أسباب الوفايات في أميركا
- التدفق البطيء للطاقة قد يضر بالذاكرة عشر حقائق مذهلة عن المخ
- الأرمل أكثر عرضة للوفاة حزنا عن رحيل زوجته
- جينة معينة تسبب توارث الربو
- حماية بديلة عن أدوية علاج الصرع
- نوبة الصرع: أعراضها وتطور الأبحاث في علاجها
- معدل الذكاء يختلف حسب تراتبية الولادة
- الخلل العقلي المؤقت حافز لأعمال إبداعية
- ثلاث أسباب تسرع الإصابة بالزهايمر.

مكتبة العدد

- عنوان الكتاب: علم النفس السياسي: رؤية مصرية عربية
- المؤلف: دكتور/ محمد عبد الفتاح المهدي- استشاري الطب النفسي
- دار النشر: مكتبة الأنجلو المصرية

هذا الكتاب هو محاولة لطرق باب جديد من أبواب علم النفس المنسية، ذلك الباب الذي سقط عمداً، أو سهواً، أو قهراً، أو خوفاً، من تراثنا العلمي، ومن حياتنا اليومية، مما كان له الأثر في تدهور مستويات الممارسة السياسية على مستوى الجماهير، على حد سواء، مما نراه بأعيننا في مجتمعاتنا العربية من إفرازات سلبية، وظواهر للاستبداد والفساد، تؤكد كل يوم على ضرورة الاهتمام بفهم الأبعاد النفسية للسلطة، والجماهير، والمعارضة، والعنف، والتطرف، والفساد، والحوار، والإصلاح، ذلك الفهم الذي يستتبع جهداً حقيقياً مخلصاً لإعادة تأهيل مجتمعاتنا بشكل علمي مدروس، كي تكتسب مناعة تحميها من نقشي الأمراض السياسية والاجتماعية والنفسية. وفي الجزء الأول من الكتاب يستعرض المؤلف سيكولوجيات المنظومة السياسية، بكل مستوياتها وجوانبها، وذلك لفهم

محتويات العدد

- عزيزي القارئ
- قضية حيوية/ علم النفس وجائزة نوبل
- علم النفس حول العالم
- مكتبة العدد
- اختبار العدد
- اختبار الذكاء الانفعالي- العاطفي/ ترجمة وإعداد د. حسان المالح
- علم نفس الكهولة: الأزمة الوجودية في منتصف الحياة / البروفسور دانييل كينودوز
- علم نفس الطفل: التوحد عند الأطفال/ ترجمة دلال رضوان
- الطب النفسي السلوكي: التعديل النفسي للمزاج/ أ.د. قدرى حفي
- الطب النفسي/ ذهان الهوس الانهياي/ ا. د. محمد أحمد النابلسي
- ملف العدد: علم النفس والشيخوخة / أ.د. مصطفى عشوي

عزيزي القارئ

لا يزال اختصاص العلوم النفسية، بفروعه، ساعياً لنيل الاعتراف في مؤسساتنا، ولدى مرجعيات القرار في بلادنا، حتى أن الاختصاص يغيب في مجالاته الرئيسية والمؤسسات الأكثر حاجة لخدماته، ويطرح زميلنا البروفسور قدرى حفي هذه القضية في باب " قضية حيوية " في هذا العدد، مشيراً إلى حصول اثنين من علماء النفس على جائزة نوبل من باب " علم النفس الاقتصاد ".

وبما أن المجلة اختارت عنوانها " عبر الاختصاص " فهي تداوم على الربط بين فروع الاختصاص، حيث يقدم هذا العدد مواضيع موزعة في مجالات سيكولوجية الطفل والمجتمع والكهولة والشيخوخة، إضافة للطب النفسي، والطب النفسي السلوكي.

ويركز ملف العدد على دور علم النفس في مرحلة الشيخوخة وتقديماته لهذه الفئة العمرية، حيث يصدر هذا العدد متزامناً مع انعقاد مؤتمر عربي لطب الشيخوخة في إمارة أبو ظبي.

ولا يسعنا إلا تقديم تحياتنا لجهود القائمين على النشاطات الساعية لنيل الاعتراف بالاختصاص، ووضعها في خدمة مجتمعنا العربي المحتاج للخدمات النفسية بصورة مكثفة بالنظر لظروفه الإنسانية الصعبة. ومن هؤلاء القائمين على مؤتمر (أبو ظبي) والمؤتمرات النفسية العربية عموماً. ولا يفوتنا توجيه العرفان لجهود الزميل جمال التركي، مؤسس الشبكة العربية للعلوم النفسية، التي أصبحت بجهوده صلة الوصل بين الاختصاصيين العرب. وعلى أمل أن يحظى العدد بقبولك، وأن يستجيب لحاجاتك، تفضل عزيزي القارئ بقبول تحياتنا.

العلمية عن معدل انتشاره إلى زيادة مطردة على مستوى العالم أيضا . ويتناول المؤلف قضية الخلط الموجود لدى الكثيرين من العرب المسلمين ما بين الوسواس الخناس، والوسواس القهري، محاولا تصحيح الكثير من المفاهيم الخاطئة الشائعة في مجتمعاتنا، وكيفية التفريق بين ما هو من فعل الشيطان الرجيم، وما هو اضطراب نفسي له علاج دوائي، أو معرفي سلوكي، خاصة أن كلا من المعنى اللغوي، والمعنى الديني للوسوسة معروف ومشتهر بالشكل الذي يجعل الكثيرين من علماء الدين، ومن الناس العاديين يخلطون بين الأمرين، ويمتاز الكتاب فضلا عن كونه الول في مجاله في المكتبة العربية، بطريقة عرض مبسطة تجعله مشوقا لكل من القارئ العادي والمتخصص على السواء.

ويحرص المؤلف في أكثر من موضع على الاهتمام ببيان إسهام الباحثين العرب المعاصرين الذين قاموا بدراسات علمية " طب نفسية" عن اضطراب الوسواس القهري والنتائج التي توصلوا إليها في أربع دول عربية هي: مصر والكويت والسعودية والبحرين. كما يبرز إسهامات وأفكار علماء العرب القدامى، مبينا تأثيرها الذي لا يدري به أحد اليوم في توجهات العلم الحديث.

- عنوان الكتاب: الحرب النفسية في العراق
- المؤلف: محمد أحمد النابلسي
- الناشر: مركز الدراسات النفسية / لبنان
- عرض: الصحافي أنس الأموي

في تحليله لشخصيات " بوش" و " صدام حسين" وعرضه للجوانب الاعلامية والشائعات والنكات الموضفة في الحرب الأميركية على العراق، ويطرح الدكتور محمد أحمد النابلسي في كتابه الصادر في مايو من العام 2003، وبعد أسبوعين على إعلان بوش نهاية حرب العراق، تحت عنوان " الحرب النفسية في العراق" السؤال للغز، والكثير غموضا، المتعلق بكيفية تحقيق الانتشار الأميركي بهذه الصورة المذهلة؟ وهو سؤال يستتبع قائمة من الأسئلة الملغزة مثل: كيف انهارت الدفاعات العراقية بهذه الصورة المأسوية؟ وهو مصير القيادة العراقية؟ وهل استقرت أميركا في العراق، أم انها تورطت فيه؟ وهل يمكن لمقاومة عراقية أن تنتظم في مواجهة الأميركيين؟ وأخيرا، سؤال عما إذا كان نموذج حرب العراق كافيا لنصرة نظرية الحرب الاستباقية، أم أنه يحضها على الرغم من الانتصار الذي حققته أميركا في هذه الحرب؟ وهي أسئلة تستتبع السؤال: هل ستستمر أميركا في حروبها الاستباقية، أم تنغمس في ورطة عراقية غير متوقعة.

اختبار العـدد

اختبار الذكاء الانفعالي / العاطفي

Emotional Intelligence Test, EIT (EQ)

إعداد وترجمة الدكتور حسان المالح

استشاري الطب النفسي - دمشق

أستاذ محاضر في الجامعة العربية الأوروبية AEU

Dirctor@haytnafs.com

مقدمة حول الذكاء الانفعالي (العاطفي)

مما لا شك فيه أن الذكاء العام التقليدي، والذي نقيسه اختبارات الذكاء المعروفة، هام وضروري في الحياة الشخصية والدراسية والنجاح المهني، ولكن الذكاء الانفعالي هام أيضا وضروري مثل الذكاء العام.

طبيعتها ودينامياتها وانحرافات وإمكانات إصلاحها. أما الجزء الثاني، فيورد نماذج تطبيقية لبعض المشكلات والمعضلات ذات الجذور السياسية في المجتمع المصري، على وجه الخصوص، وفي المجتمع العربي على وجه العموم، ... وأخيرا نرجو أن يكون هذا الكتاب لبنة في الإصلاح السياسي والحياتي الذي ننشده لأنفسنا ولغيرنا.

- عنوان الكتاب: سيكولوجية الدين والدين
- المؤلف: الدكتور محمد عبد الفتاح المهدي- تاريخ الصدور 2002 م
- دار النشر: البيطاش سنتر للنشر والتوزيع- الاسكندرية

يناقش الكتاب، بأسلوب علمي مفهوم الدين كوجي إلهي، واستقباله في الثقافات المختلفة، والتعامل معه على أساس ذلك الاستقبال ثم يتطرق إلى السلوك التديني، وهو سلوك بشري له دوافعه ومحدداته، ولذلك تتعدد صوره، بحيث نرى تباينا في الخبرات الدينية، بعضها مكتمل، وبعضها ناقص، وبعضها تشويه توجهات مرضية، ومن الانجازات المهمة والأصلية في هذا الكتاب أن المؤلف وضع تصنيفا لأنواع التدين، موضحا خصائص كل نوع، ثم وضع معايير واضحة للتفرقة بين السلوك التديني الصحي والسلوك المرضي.

وهو يوضح أثر الخبرة الدينية على السلوك الانساني، وأهمية ذلك الأثر في حياة البشر، في صحتهم ومرضهم، وهذا يساعد المربين والمعالجين على تقديم المساعدة لقاصديهم، بشكل أفضل.

ومن الأشياء الهامة في هذا الكتاب أنه أعطى نماذج لبعض الاختبارات النفسية المقننة التي تسهل على الباحثين تقييم السلوك التديني في أعمالهم البحثية، أو في المجالات العلاجية.

وهو يحوي في ثناياه دعوة لنذب التعصب الديني والعنصرية، وأن يكون الدين عامل بناء وإسعاد للبشرية، كما أراده الله، وكما بلغه الأنبياء والرسل عليهم جميعا صلوات الله وسلامه.

- عنوان الكتاب: النفس والجنس والجريمة
 - المؤلف: د. خليل فاضل
 - الطبعة الأولى: 2007 تصميم الغلاف، عمر مصطفى
- هذا الكتاب يتحدث عن العلاقة بين النفس والجريمة، وارتباط الجنس بهما في بعض الحالات ينقسم إلا ثلاث فصول:

في فصله الأول يلمس العلاقة بين النفس والجريمة، ويمر بالجنس عابرا. وفي الفصل الثاني تكون العلاقة الثلاثية بين النفس والجنس والجريمة (عنوان الكتاب) الأوضح في جرائمها وأحداثها. أما الفصل الثالث، فهناك ربط بين النفس والجريمة والجنس، وبين النفس والجنس فقط دون الجريمة.

يحاول الكتاب الرصد، التحليل، الفهم، التأمل، ويترك للقارئ مساحات كبيرة لمتابعة البحث وللتأمل.

- عنوان الكتاب: الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي
 - المؤلف: أ.د. أبو هندي
 - الناشر: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت
- هذا الكتاب هو أول كتاب في اللغة العربية (بهذا الشكل والمضمون) عن اضطراب الوسواس القهري، الذي تشير أقل التقديرات إلى أنه يصيب ما لا يقل عن ستة ملايين إنسان عربي، حيث انه يصيب واحد من كل خمسين من البشر على مستوى العالم أيضا. وتشير متابعة الدراسات

ينخفض عندما يتوافر لديهم الشعور بأن لهم حياة، حياتهم الخاصة بهم. في الواقع، من الضروري أن نشعر بمكاننا قبل أن نتركه للآخرين. أن نكون أنفسنا ببساطة هو أن نكون بكل مزاينا، وعيوبنا، ومواهنا، وإعاقتنا، وبتاريخنا وبأهلنا، أن نكون كأبداع فني، إبداع بسيط وصعب في آن.

إذا كنت مصرة على كلمة " ببساطة"، فذلك للإشارة إلى الجهود المضنية التي يجبر المتعالجون أنفسهم على بذلها، ليحاولوا اكتساب مواهب معلمهم، أو أقرانهم، الذين يعجبون بهم، ويحسدونهم بشكل خفي، بعض منهم يتألق نتيجة تبنيه أسلوب الأشخاص الذين يعتبرهم مثلاً أعلى، بينما يحى بعض آخر لعدم جرأته على تبني مواقف خاصة، خوفاً من أن يخالف الصورة المثالية المكونة لديه. لكن في كلتا الحالتين فهم جميعاً يعانون خفية من البقاء، ولو جزئياً، غير قادرين على إدراك ما يفكرون به، ما يشعرون به، أو ما يختبرونه. إن افتقارهم بغنى الآخرين النفسي، يمنهم من إدراك غناهم الشخصي، أو الإيمان بقيمتهم الخاصة. إلا أن أحداً لا يستطيع أن يفكر، أو يشعر مثله، حيث أنهم الوحيدون القادرون أن يشعروا بأنهم هم أنفسهم. وهكذا فإن عدم معرفتهم بغناهم تجعلهم غير قادرين على نقله، ويحرمون الآخرين منه أيضاً من دون علمهم.

يتحمل المتعالجون هذه الحالة، بمعاناة أكثر، أو أقل، حتى ظهور أزمة وجودية. على الرغم من أن هذه الأزمة تظهر في أعمار مختلفة، إلا أنني أسميها أزمة منتصف الحياة، باستعارة مصطلح إليوت باكوبس (Elliott Jaques 1965). وما حملني على تسميتها بهذا الاسم، هم أشخاص شعروا بهذه الأزمة في عمر متقدم. في الواقع، لا يتوجب حساب في ما إذا كان وسط الحياة يقع على بعد متساو بين بدايتها ونهايتها بمعايير رياضية، حيث أن كل فرد يقيم الوقت الذي يمر بطريقة شخصية.

وذلك بحسب درجة شعوره بالحياة. وعندما يتجاوز هؤلاء المتعالجون هذه الأزمة، فإن نسمة جديدة تتعشهم مهما كان عمرهم، يبدون وكأن لديهم مجدداً كل طاقاتهم الحيوية.

وفي أغلب الأحيان، يحتفظ المتعالجون بمعاناتهم سرا. وع ذلك فغن البعض منهم بتعبيرهم لي عنها، خلال تحليلهم النفسي، يبدون بتمثل أزمته، ويكتسبون الجرأة ليكونوا هم أنفسهم. إنهم بحاجة لتحليل نفسي طويل الأمد، لأنهم غالباً ما يستجيبون بطريقة مدهشة عندما يبدؤون باكتشاف المعنى الحقيقي لأفكارهم، فيبدل أن يفرحوا به، فهم يهملونه ويبدون وكأنهم يتمسكون بأفكارهم وآرائهم. ويمكن أن نقول بأنه ليس لديهم الثقة بأن أفكارهم يمكن أن تتطور، باختصار إنهم يتخلون عن الطفل بعد إنجابه. إن رد الفعل بالفشل مرتبط بصعوبات لا واعية: فبحسب المتعالجين، يمكن أن تكون الرغبة، الخوف من الوحدة، أو إعادة فتح جرح نرجسي، دون أن يلغي وجد أحدها وجود الآخر، على سبيل المثال، عندما يسيطر الحسد، فإنهم يعتقدون، دون أن يكون لديهم الوعي الكافي بأن أفكارهم الخاصة أقل إذهالاً من تلك التي يحسدون وجودها لدى الآخرين، لماذا أتعب من أجل أفكار لا ترفع من قيمتي كما أريد؟

بوجود القلق فغن الوحدة تسيطر، ويخشى المتعالجون أن تنتقد أفكارهم، أو حتى أن يقلل من قيمتها، من قبل هؤلاء الذين يفكرون بطريقة مختلفة، وأن يخاطروا بأن يهملوا، أو أن يوضعوا جانباً، بسبب طريقتهم في التفكير. عندئذ يترددون في أن يكونوا هم أنفسهم، وأن يعوا أفكارهم، وأن يؤكدوا ذاتهم، هذا يشبه قليلاً الشعور بالفراغ الذي ينتاب الجميع عند الغطس لأول مرة في المسبح. بدلاً من المخاطرة، فإنهم يستطيعون العودة إلى وسائلهم الدفاعية القديمة: يتألفون بإظهار ما يمكن أن يكون أكثر قبولاً بشكل فني، أو أنهم ينزويون على أنفسهم وبالتالي تستمر معاناتهم.

ويمكننا القول إن الذكاء الانفعالي هو شرط مسبق لتطوير وتحقيق قدراتنا العقلية المتنوعة. وببساطة نحتاج للتعرف على انفعالاتنا، وعلى إعطاء مشاعرنا وحاجاتنا الداخلية الوصف المناسب والتسمية الملائمة، ومما يفيدنا في تحقيق أهدافنا الحياتية، بما يتناسب مع حاجات ومشاعر الآخرين من حولنا. كما نحتاج إلى تنمية المهارات اللازمة للوصول إلى طرق مناسبة لتحقيق أهدافنا وحاجاتنا المتنوعة، من خلال تهدئة انفعالاتنا الخاصة، وصولاً إلى ارتياحنا الداخلي.

وبعد كل ذلك، نحتاج إلى تنشيط أنفسنا، وتحريك كل قدراتنا الداخلية، مثل الطاقة الداخلية، الجهد، الانضباط، المثابرة، المرونة. ومن ثم التوجه نحو المصادر الخارجية المتوفرة حولنا، ومنها بناء شبكة علاقات اجتماعية فعالة من خلال التفاهم والحوار الناجح مع الآخر، وتفهم حاجاته، والقدرة على التعاطف معه، وقراءة انفعالاته، وتحديد الحدود المناسبة بين الذات والآخر.

علم نفس الكهولة

■ الأزمة الوجودية في منتصف الحياة: الباب الضيق / دانييل

كينودوز

ترجمة: مي صقور - سليمان كاسوكة

Summary for certain analysands, their mid-life crisis is relation with their feeling of identity. They need to perceive their existence, to situate it in the universe and construct a good relation with their internal objects. The author has observed that these patients succeed in resolving their crisis the moment they discover that it is enough to be " simply themselves". An analysand's metaphor expresses this taking stock: " in order to communicate with myself and with the universe, I must go through a doorway that has my shape exactly and that can let no-one through but myself. Henceforth, it is of no importance whether this doorway is different from what she would have wished it to be. It is no longer the doorway that counts but what it provides access to Keywords: Mid-life crisis, feeling of identity. Representation of time, Perception of time, Integration of memories. The child in the adult.

■ الأزمة الوجودية في منتصف الحياة

تتجلى أزمة منتصف الحياة في أشكال عدة، وذلك بحسب المتعالج، فهي تظهر عادة عندما يدرك أحدهم في أن واحد أن ليس لديه إلا حياة واحدة يحياها، وأن نهاية هذه الحياة تقترب بشكل حتمي.

في مثل هذه الظروف يمكن أن يشعر المتعالج برغبة لا تقاوم بالبدء بحياة جديدة، لكن هذه الفرصة الثانية تحمل مخاطر التسبب بخيبة أمل مؤلمة. في الواقع يبدو أن هذه الحياة الثانية حقاً مخيبة، إلى جانب الاحتمالات التي لا تحصى التي يمكن أن يتوقعها المتعالج.

أريد أن أعالج موضوع أزمة منتصف الحياة من أحد جوانبه، والذي نادراً ما تم توضيحه في الواقع لقد لاحظت، لدى بعض المتعالجين بالتحليل النفسي، ارتباط هذه الأزمة بشعورهم بهويتهم. هل ما أحياء حي حقاً حياة؟ حياتي أنا؟ في ما مضى انتظرت أن أصبح كبيراً لأحيا، انتظرت أن أنهي دراساتي، ثم أن أجد عملاً مناسباً، ثم أن أؤسس عائلة، ثم .. إلى متى سأنتظر أن أصبح كبيراً؟ أنتظر دائماً يوم غد كي أحياء؟ في يوم من الأيام سأكون ميتاً دون أن أشعر بأنني قد عشت حياتي لقد لاحظت بأن هؤلاء المتعالجين يتوصلون لحل أزمته الوجودية في منتصف الحياة عندما يكتشفون بأنهم، لكي يشعروا ثانية بقيمتهم وبقيمة حياتهم، يكفيهم أن يكونوا " ببساطة" هم أنفسهم. إن القلق بوجود مغادرتهم هذه الحياة

تكديرة" وأن التكديرة لا تستمر إلا لفترة محدودة محددة سلفاً، وأن تلك الفترة توشك أن تنتهي، أما في ليالي التشاؤم والكدر، فقد كان صاحبنا يجلس مصادفة أثناء " العمل " بجوار رفيق شديد التشاؤم يؤكد له مستنداً إلى واقع يحفل بها تاريخ النازية والفاشية أنه لا نهاية للتعذيب، إلا حين يقرر النظام الفاشي الحاكم التخلص منا بالقتل، وأن ذلك القتل الجماعي ليس بالمهمة الصعبة، فما أيسر إطلاق الرصاص على سجين حاول التمرد، أو الهرب.

الطبيب النفسي

■ **ذهان الهوس الانهيازي / الاضطراب المزاجي ثنائي القطب /**
أ.د. محمد احمد النابلسي

لمحة تاريخية

إن مرض الهوس الانهيازي هو مرض معروف منذ أقدم العصور. فقد وصفه الأطباء المصريون القدماء، كما وصفه الأطباء الإغريق، بطريقة جد موضوعية وبهذا فغن الهوس والانهيار هما أقدم الأمراض النفسية المعروفة في تاريخ البشرية. فهذا المرض يمتاز بدرامية مظهره التي تلفت إليه الانتباه حتى من قبل غير الأطباء.

ومع بداية القرن السادس عشر، نلاحظ أن وصف حالات الهوس والانهيار كثيراً ما كانت تتدخل مع الفلسفة والدين، الأمر الذي شتت الجدل العيادي لهذا المرض. ولكن ذلك لم يحل دون كلام الانكليزي WILLIS عام 1675 عن تعاقب موجات الهوس والكآبة. وأما في فرنسا فقد وصف FARLET عام 1851 المرض بالجنون الدائري، كما وصفه BAILLARGER (1854) بالجنون ذو الشكلين، وقد أكد NAGNAN (1890) احتمال توالي حالة الاضطراب الهوس، وحالة الانهيار، لدى المريض نفسه.

ولكن النظرة الجامعة، القائلة بعودة مظاهر كل من الهوس والانهيار إلى منشأ مرض واحد، هي نظرية يعود فضلها إلى المدرسة الألمانية. وكان العالم KNAEPELIN قد أشار إلى ذوبان الحالتين على الصعيد العيادي ومركزهما في المريض الواحد (وذلك في الطبعة السادسة من كتابه 1899) وقد أشار العالم نفسه (في الطبعة السابعة من الكتابة) إلى الحالات المزيجية (مزيج من الهوس والانهيار) وفي حينها أثارت هذه الإشارة العديد من المناقشات، بحيث انقسم العلماء الفرنسيون إلى قسمين، واحد يؤدي طروحات كرابلن، ويمثله العلماء (Deny, Serieux) (Capzas أما القسم الآخر، فقد تلقى هذه الطروحات بحذر (Rezis, Ballet, Chaslin). وفي وقتنا الحاضر، لم يعد هنالك معارضون لهذه النظرية الجامعة، وليس أدل على ذلك من تسمية المرض بذهان الهوس الانهيازي.

إلا أن تصنيف هذه الحالات، وتوزيعها إلى أشكال عيادية خاصة، لاقت الكثير من الصعوبات. فقد دلت الدراسات العيادية، والوراثية، إلى وجود أنماط عديدة للمرض، مميزة من حيث طريقة انتقالها الوراثي، كما من حيث إمكانيات تطورها. وهذا ما دفع بـ Leonard (1959) إلى اقتراح التصنيف التالي:

أ- **الذهان ثنائي القطب (Bipolaine)** ويتميز بتعاقب ظهور نوبات الهوس والانهيار لدى المريض ذاته.

ب- **الذهان وحيد القطب:** ويتميز بظهور نوع واحد من هذه النوبات

ولكن أبحاث كل من mendlewiec و Wimokul دلت إلى وجود فروع عديدة لكل شكل من هذين الشكلين.

علم نفس الطفل

■ التوحد عند الأطفال...

ما هو الجديد في مجال التشخيص والرعاية؟ T. Saïas & A. Guédeney
ترجمة: دلال رضوان

الخلاصة: غيرت الأمور كثيراً في السنوات الأخيرة في ما يتعلق بالمعرفة في مجال التوحد، إذ أننا أصبحنا نعرف أكثر حول أشكال اضطرابات النمو الشاملة، وتأثيراتها، وأعراضها، وإمكانية تشخيصها بشكل مبكر منذ الشهر الثامن عشر، وكذلك الاضطرابات العصبية والجينية المرافقة لها، وأهمية علاجها بشكل مبكر.

وقد أثبتت استخدام وسائل الاتصال الحديثة- كالفديو على سبيل المثال- فائدته في تحسين وسائل التشخيص والرعاية والتأهيل، كما سمح البحث العلمي بالتفكير بالرعاية والتأهيل، بعيداً عن الانقسام بين الاتجاهين التربوي والنفسي الدينامي، إلا أن التنبؤ بالمرض مازال صعباً، ولا تزال فعالية العلاج ضعيفة بشكل عام أيضاً.

لا يهدف هذا العمل إلى البحث في أدبيات اضطرابات النمو الشاملة بشكل عام، ولا بالتوحد بشكل خاص، وإنما يهدف إلى الإشارة إلى العناصر الجديدة والهامة بالنسبة للمتخصصين والباحثين حول النقاط المختلفة التي ذكرت سابقاً، في ما يتعلق بالأطفال حتى سن الثالثة من العمر.

كلمات أساسية: التوحد، اضطرابات النمو الشاملة، التشخيص، التقييم، التعلق، العلاج.

في السنوات العشر الأخيرة، تغيرت الأمور بشكل كبير في ما يخص المعرفة في مجال التوحد بالنسبة للاختصاصيين، وعلى الرغم من كونه لا يزال بحاجة إلى المزيد من الشرح، إلا أننا أصبحنا نعرف أكثر من تأثيراته وأعراضه، وإمكانية تشخيصه بشكل مبكر. إلا أنه لا بد من التذكير بصعوبة التنبؤ به، وبأن فعالية العلاج لا تزال ضعيفة بشكل عام.

■ **الطب النفسي السلوكي /التعديل النفسي للمزاج**

د. قدري حفني / kadrymh@yahoo.com

كثيراً ما نتأبنا الدهشة حين نلاحظ على أنفسنا، أو على غيرنا، تبديلاً في موقفهم الانفعالي مما يدور حولهم من أحداث، دون أن يطرأ على تلك الأحداث تغير موضوعي حاسم يبرر الانتقال من تعاسة التشاؤم إلى سعادة التفاؤل. وقد يزيد اندهاشنا إذا ما كنا بصدد سلوك جماعي جماهيري، حين تنتقل مشاعر وتصرفات الجماهير من حال إلى حال، دون أن يحدث على أرض الواقع ما يبرر هذا التغير، وبهذه الدرجة.

ولا ينفي ذلك بطبيعة الحال أن منا من يظل ملتزماً بحالته الانفعالية، تشاؤماً، أو تفاؤلاً، بصرف النظر عما يحدث من تغيرات من حوله، تبرر ذلك التفاؤل، أو ذلك التشاؤم، بحيث أن النظرة إلى الحدث نفسه قد تبلغ غاية التشاؤم عند فرد معين، في حين أنها مدعاة التفاؤل لا حد له عند غيره.

وأذكر في هذا الصدد خبرة قديمة عشتها في معسكر تعذيب أوري ليمان، أبو زعبل. كنا في معسكر التعذيب، شأن بقية البشر، منا من هم أقرب إلى التفاؤل، ومنا من هم أقرب إلى التشاؤم. أذكر واحداً من الزملاء الذين كانوا يعملون قبل الاعتقال بمهنة التعليم. كان فناناً مرهفاً، أميل للتفاؤل لكنه يبحث عمن يؤكد له صحة تفاؤله وتوقعه بأن الغمة لا بد منتهية، وكنت أراه أياماً يستلقي إلى جوارى بعد إغلاق أبواب العنبر مرتاحاً، هادئاً، أقرب للسكينة والتفاؤل، وفي ليالٍ أخرى أراه حزينا مكتئباً متشائماً، واتضح لي أنه في ليالي تفاؤله وسكينته يكون قد التقى أثناء " العمل" بزميل متفائل نقل إليه ما نمر به هو ما يطلق عليه بلغة السجون "

وفي النهاية، تشير إلى تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي المتعلق بهذا المرض، فهذا التصنيف لا يأخذ بعين الاعتبار الأساس العضوي المفترض للأمراض النفسية، وعليه أتى هذا التصنيف ليدرج هذا المرض في قائمة الاضطرابات المزاجية، وليقسمه بناء على حدة المظاهر المرضية، عوضاً عن الاعتماد على داخلية المنشأ، أو خارجيته، كما تفعل بحمل المدارس الأخرى، بما في ذلك التصنيف الدولي للأمراض النفسية.

علم النفس و الشيخوخة نحو نظرة لا نمطية

إعداد: أ. د. مصطفى مولود عشوي

جامعة الملك فهد للبترول والمعادن

ملخص البحث

تناولت هذه الدراسة موضوعا هاما لم يطرق بما فيه الكفاية، وهو موضوع مراحل الشخصية، وخاصة مرحلة الشيخوخة، من خلال نظرة جديدة تقوم على اللانمطية بدلا من النمطية السائدة في معظم نظريات علم

أ.د. محمد أحمد النابلسي - لبنان



Summary : www.arabpsynet.com/Books/Nab.B2.htm

المجلة العربية للطب النفسى



www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.aip.htm

الأصدار العربي



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

Arabpsynet Journals Guide

English Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONALE DE L'ASSOCIATION ÉGYPTIENNE DE PSYCHANALYSE

LA VIOLENCE ET LA TERREUR DANS TOUS LEURS ÉTATS

Organiser par

l'association Égyptienne de psychanalyse
Association des psychanalystes arabes
Cairo, EGYPT 31 Octobre 1-2 Novembre 2008

abdalla_asker@yahoo.com

المؤتمر الدولي الثالث للجمعية المصرية للتحليل النفسي

"العنف والإرهاب في كل حالتهما"

تنظيم

الجمعية المصرية للتحليل النفسي
رابطة المحللين النفسيين العرب

القاهرة ، مصر 31 أكتوبر 1-2 نوفمبر 2008

abdalla_asker@yahoo.com

Arguments

La science mondiale quotidienne, nous offre hélas un développement de la violence et de la terreur dans toutes ses formes, au point de constater, hélas, qu'aucun pays n'échappe à ce phénomène.

Malgré la présence d'une certaine assertion idéologique qui alimente un dynamisme propre et qui pousse à son développement et sa propagation, il s'avère impossible de donner une logique rationnelle, sans passer par les matériaux psychologiques, en particulier l'apport théorique Lacanien sur la différence entre « Réel et Réalité », et surtout la découverte Freudienne du processus primaire conditionné par la loi du langage ; c'est grâce à cet apport théorique que la psychanalyse pourrait aborder la question de la violence et de la terreur, surtout si nous dégagons le latent dans le contenu manifeste.

Les trois dimensions Lacaniennes, réel- symbolique et imaginaire, nous offrent un tissage, où chaque dimension nouée aux deux autres peut fonctionner à son compte pour produire une réalité terroriste.

Certes nous devons tenir compte des assertions culturelles, sociales, religieuses et confessionnelles de la psychologie, de la foule et de l'individu, pour pouvoir élaborer une théorie équilibrée expliquant la « pourquoi » de ces deux phénomènes, et dans quelles mesures influence le facteur absent qui travaille d'une façon concordante avec les forces qui ont abouti à son refoulement (ou peut-être forclusion).

Nous constatons que la définition de la violence et de la terreur est devenue multiple et variée, elle n'est plus limitée aux actions individuelles et groupales, mais elle touche certains états pour devenir un terroriste légalitaire (ou terroriste d'état).

A la lumière de la contagiosité de ce phénomène, sous des formes multiples, répandue et mondialisée, les psychanalystes ne peuvent plus rester inactifs, ils sont dans l'obligation d'étudier ce fléau, et apporter au moins certains éclairages.

La réunion du 25 mars 2007, qui a regroupé quelques psychanalystes arabophones, a abouti à un signifiant commun et à réaliser par la suite un congrès autour de ce thème, qui sera la troisième, dans l'an 2008 au Caire pour débattre : « La violence et la terreur ».

Les axes du congrès

Les axes de ce congrès se tournent autour des sujets suivants :

- 1- La psychanalyse et la formation de la violence et du terrorisme : qu'il soit individuel, familial, social, international, etc.
- 2- Les troubles psychiques et leur relation avec la violence et le terrorisme.
- 3- La culture de la violence et du terrorisme.
- 4- La psychanalyse des écrits des groupes de la violence et du terrorisme.

دواعي المؤتمر

لقد تعددت أشكال العنف والإرهاب حتى أصبحت واقعا معيشيا متطورا، لم يسلم منهما مجتمع دون آخر. وإن كانت هناك أبعاد أيديولوجية أخرى تكمن في ديناميات انتشارهما وأسبابهما، إلا أنه يستحيل الإمساك بها بغير الاستعانة بالأبعاد النفسية وبخاصة على ضوء التمييز الذي أدخله لكان بين الواقع والواقعي (Réalité et réel) ودور العمليات الأولية في بنية اللاشعور وتحولاتها اللغوية. انطلاقا من هذا المدخل، تتجسد أهمية معالجة التحليل النفسي لقضايا العنف والإرهاب، سيما ما أخذنا بعين الاعتبار المخفي في المحتوى الظاهر، حيث نجد الرمزي والمتخيل والواقعي يعملان في نسج مشترك. إذا ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار تلك الأبعاد الاجتماعية- الاقتصادية، بل والثقافية- الأنثروبولوجية، والمذهبية والدينية إلى جانب سيكولوجية الجماعة والفرد. وكلها متمثلة في ديناميات البيئة النفسية المتوارثة لهاتين الظاهرتين حيث يعمل جنباً إلى جنب الغائب المؤثر والقوى التي أدت إلى غيابه.

لقد تعددت التعريفات في مجالي العنف والإرهاب، ولم يعد وقفاً على الأفراد والجماعات فحسب، بل وتمازسه أيضاً بعض الدول تحت غطاء الإرهاب المشرّع.

وفي ضوء هذا التشظي لهاتين الظاهرتين وتعدد أشكالهما وسعة انتشارهما، يتصور دور المشتغلين بالتحليل النفسي للتصدي لدراستهما، وهو ما نلحظ أنه كان وراء الإجماع كدال مشترك على مستوى الطلب للاجتماع التحضيري بباريس في 25 مارس 2007، لتكون القاهرة محل انعقاد المؤتمر الدولي الثالث للمجموعة العربية للمحللين النفسيين في نوفمبر 2008، على أن يكون موضوع المؤتمر "العنف والإرهاب".

محاور المؤتمر

ستتوزع محاور المؤتمر حول الموضوعات التالية:

- 1- التحليل النفسي وتشكلات العنف والإرهاب (الفردي- الأسري- المجتمعي- والدولي، الخ.)
- 2- الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالعنف والإرهاب.
- 3- ثقافة العنف والإرهاب.
- 4- التحليل النفسي لأدبيات جماعات العنف والإرهاب.
- 5- التحليل النفسي للأعمال الأدبية والأساطير التي تناولت العنف أو الإرهاب.
- 6- هل هنالك بنية نفسية مميزة للمنخرطين في أي من الظاهرتين؟

5- La psychanalyse des œuvres littéraires et les mythes qui traitent de la violence et du terrorisme.

6- La structure psychique des terroristes et des violents.

7- Les techniques thématiquement collectives de la violence et du terrorisme.

Nous espérons que votre participation arrivera à l'association égyptienne de psychanalyse avant le 1^{er} juin pour qu'on puisse reformuler définitivement les axes du congrès.

Contact :TeleFax 0020-225750950

E mail : abdalla_asker@yahoo.com

Nous vous prions de noter que les dates de remise des résumés des travaux de recherches ont été reportées jusqu'au 1^{er} juillet et que les travaux définitifs seront remis jusqu'au 30 juillet. Le calendrier de la conférence ira du 31 octobre au 1 et 2 novembre.

La violence et la terreur

Appel à communication

La science mondiale quotidienne, nous offre le spectacle d'un développement de la violence et de la terreur dans toutes ses formes, au point de constater, hélas, qu'aucun pays n'échappe à ce phénomène.

Malgré la présence d'une certaine assertion idéologique qui alimente un dynamisme propre et qui pousse à son développement et sa propagation, il s'avère impossible de donner une logique rationnelle, sans passer par les matériaux psychologiques, en particulier l'apport théorique Lacanien sur la différence entre « Réel et Réalité », et surtout la découverte Freudienne du processus primaire conditionné par la loi du langage ; c'est grâce à cet apport théorique que la psychanalyse pourrait aborder la question de la violence et de la terreur, surtout si nous dégageons le latent dans le contenu manifeste.

Les trois dimensions Lacaniennes, réel- symbolique et imaginaire, nous offrent un tissage, où chaque dimension nouée aux deux autres peut fonctionner à son compte pour produire une réalité terroriste.

Frais de participation :

Pour les Arabes et les Européens 250 € ou l'équivalent en dollars ou en livres égyptiennes. Cette somme sera versé sur le compte de l'Association égyptienne de

Demande d'inscription

Le nom et le prénom.....
Nationalité
numero du passport
Adresse
Profession
tel /Fax.....
Portable
e-mail.....

7- التقنيات العلاجية الجماعية للعنف والإرهاب.

وفي ضوء المشاركات التي نأمل أن يكون آخر موعد لوصول أبحاثها للجمعية المصرية للتحليل النفسي 1 يونيو 2008 ستحدد محاور المؤتمر في شكلها النهائي.

للاتصال تليفاكس 0020225750950

بريد إلكتروني abdalla_asker@yahoo.com

psychanalyse A la banque nationale égyptienne branche de la rue Abdel Khalek Tharwat – Le Caire (numéro de compte 01-2210172). L

Le paiement peut également être envoyé journallement à l'association de psychanalyse de 17 heures à 20 heures.

Pour ceux qui le désirent, la comité de l'assaciations peut prendre à sa charg le choix pour les hôtes ci-joint :

1 Hôtel méridien d'Héliopolis ***** (200 dollars pour la chambre simple et 210 pour la chambre double ; T.T.C.

2- Hôtel Sonesta 5 étoiles 150 dollars pour la chambre simple et 180 dollars pour la chambre double, T.T.C.

3- Hôtel al Baron 4 étoiles 90 dollars pour la chambre simple et 110 pour la chambre double

4 Hôtel al Horeya 3 étoiles 75 dollars pour la chambre simple et 90 pour la chambre double . T.T.C.

Des excursions seront également organisées pour ceux qui le désirent et les propositions seront soumises par la suite.

En espérant que ce séjour vous soit des plus agréables

• Secrétaire général du congrès

Abdalla Asker

• Président du Congrès

Hüssein Abdel Kader

• Président honoraire du congrès

Moustafa Safouan

Association égyptienne de psychanalyse : 1 rue el Tera'a al Boulakiya près du quotidien Al Ahram rue Al Gala'a

طلب تسجيل

الاسم
الجنسية
العنوان
الوظيفة
تليفون
الفاكس
تليفون المحمول
بريد الإلكتروني.....

Qualité d'inscription ☐ présence ☐ participation

Souhaiteriez vous réserver votre place à l'Hôtel

Oui ☐ ou ☐ Non

Indiquez l'hôtel de votre choix de précisant le nombre de réservations et le nombre.

de nuits : Méridien, ☐ Sonesta, ☐

al Baron, ☐ al Horeya ☐

Souhaiteriez vous participer à des excursion touristique

oui ☐ ou non ☐

Prière de préciser si vous souhaitez d'autres service ?

Programme du congrés

1- Moustapha Safouan (Paris)

« Psychoanalyse et philosophie politique. »

2- Adnan Houballah (Liban)

« La violence sacrée »

3- Hussein Abdel Kader (Egypte)

« Le rôle de l'individu dans le terrorisme étatique : le fanatisme religieux et les lobbies. »

4- Bofoula Bou Kahmiss et Mazouz Berkou (Algérie)

« La personnalité sadique dans la violence et le terrorisme. »

5- Samaili Yamna et Ismaili Yassin (Algérie)

« Violence et styles éducatifs. »

6- Meriem Wachan et Alawa F. Aroug (Algérie)

"Le traumatisme psychologique est le plus grand exutoire de violence et de terrorisme en Algérie"

7- Karim Richard Jbeili (Canada)

"Le cycle freudokhaldounien"

8- Hassan Hamad (Egypte)

"La mentalité du « takfir », étude sur la psychoanalyse de la logique du terrorisme religieux"

9- Abdallah el Nagar (Palestine)

"L'engagement religieux et politique et son rapport avec le fanatisme"

10- Magdi Abdel Hafez (Egypte)

"Structures de la violence : approche philosophique."

11- Chaaban Kamal el Hadad (Palestine)

"La relation entre la violence politique et les troubles de la personnalité."

صفة الاشتراك حضور فقط ☐ حضور بمشاركة ☐

هل ترغب في ترتيب حجز الفندق نعم ☐ لا ☐

طريقة دفع رسم الاشتراك :

في حالة الموافقة ماهو الفندق المفضل لديكم ؟

1- مريديان هوليوبولس عدد الأفراد : ☐ عدد الليالي :

2- سونستا عدد الأفراد : ☐ عدد الليالي :

3- البارون عدد الأفراد : ☐ عدد الليالي :

4- الحرية عدد الأفراد : ☐ عدد الليالي :

هل ترغب في المشاركة بالبرامج السياحية ؟ نعم ☐ لا ☐

هل ترغب في طلب خدمات أخرى ؟ حددها من فضلك

برنامج المؤتمر

أسماء السادة المتحدثون و عناوين البحوث

1- د. مصطفى صفوان (باريس)

" خمس سنوات من التحليل النفسي في مصر "

2- د. عدنان حب الله (لبنان)

" العنف المقدس "

3- د. حسين عبد القادر (مصر)

" ارهاب الدولة الأعظم و التعصب الديني "

4- د. بوفولة بوخميس و د. مزور بركو (الجزائر)

" الشخصية السادية في كل من العنف و الإرهاب "

5- د. سماعيل يامنة و د. سماعيل ياسين (الجزائر)

" العنف و علاقته بالأساليب التربوية "

6- د. مريم و شان و د. علاوة ف. عروج (الجزائر)

" الصدمة النفسية من أكبر مخارج العنف و الإرهاب بالجزائر "

7- د. كريم ريتشارد جيبلي (كندا)

" جولة في كشف ابن خلدون ، فرويد و لكان "

8- د. حسن حماد (مصر)

" ذهنية التكفير : دراسة في التحليل النفسي لبنية الارهاب الديني "

9- د. عبد الله النجار (فلسطين)

" الإلتزام الديني و السياسي و علاقته بالتعصب. "

10- د. مجدي عبد الحافظ (مصر)

" تشكلات العنف : رؤية فلسفية "

11- د. شعبان كمال الحداد (فلسطين)

" العنف السياسي و علاقته باضطراب الشخصية "

- 12- Emad Mohamed Mokhaimar (Egypte)**
« Paupérisme et violence. »
"الفقر و العنف"
- 13- Abdallah Askar (Egypte)**
"La menace du discours et le discours de la menace : étude psychanalytique du terrorisme politique."
"تهديد الخطاب و خطاب التهديد : دراسة في التحليل النفسي للإرهاب السياسي"
- 14- Latéfa Belarouci (France)**
"Quand la voix prend le relais de la main"
"الإرهاب و الصدمات النفسية لأسر الضحايا"
- 15- Houda Kechroud (Algérie)**
"Violence et terrorisme : essai d'approche."
"العنف و الإرهاب : محاولة للمقاربة"
- 16- Iman Hussein el Sayid (Egypte) & Khaled Abdel Ghani (Egypte)**
"La personnalité du terroriste à travers les dessins des enfants."
"شخصية الإرهابي كما تظهر في رسوم الأطفال"
- 17- Iman Hussein el Sayid (Egypte)**
"La psycho dynamique dans la violence et l'agression dans la vie des enfants abandonnés."
"شخصية الإرهابي كما تظهر في رسوم الأطفال"
- 18- Amina Mohamed Bayoumi (Egypte)**
"L'analyse sociologique de la violence des épouses."
"التحليل السوسيولوجي لعنف الزوجات"
- 19- Wifac Saber (Soudan)**
"Trouble post traumatique chez les enfants des camps des réfugiés de l'ouest du Darfour."
"اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال بمعسكرات النازحين - ولاية غرب دارفور"
- 20- Nasr al Din Idriss (Soudan)**
"Les troubles post traumatiques chez les enfants des camps de réfugiés de l'ouest du Darfour".
"اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال بمعسكرات النازحين - ولاية غرب دارفور"
- 21- Mona Moharram Abdel Meguid (Egypte)**
"Quelques dimensions psychologiques des personnes ayant commis des crimes de violence familiale. "
"بعض الأبعاد النفسية لمرتكبي جرائم العنف الأسري"
- 22- Nahla Haidar al Farra (Egypte)**
"Culture de la paix face à la violence : étude psychanalytique des œuvres de Goubran Khalil Goubran. "
"أ. نهلة حيدرا الفراء (مصر)
"ثقافة السلام مقابل العنف دراسة في التحليل النفسي لأعمال جبران خليل جبران"
- 23- Noha al Nagar (Egypte)**
"La programmation neurolinguistique : un essai pour le développement de l'autocontrôle chez les personnes déviantes..."
"أ. نها النجار (مصر)
"البرمجة اللغوية العصبية : مدخل لتنمية ضبط الذات لدى أصحاب الفكر المنحرف"
- 24- Malika Bennabi (France)**
"La pénalisation des violences collectives comme moyen de la réparation psychique et de la régénération du tissu social. "
"د. مليكة بنالبي (فرنسا)
"تجريم العنف الجماعي كوسيلة للإصلاح السياسي"
- 25- Zeynab Chokeir (Egypte)**
"La violence et l'autodestruction."
"د. زينب شكير (مصر)
"العنف و إيذاء الذات"
- 26- Ahmed Abdel Halim Ateyya (Egypte)**
"La notion d'agressivité chez Eric From. "
"د. أحمد عبد الحليم عطية (مصر)
"مفهوم العدوان عند إريك فروم"

- 27- Alaa Farghali (Egypte)**
"Les aspects psychologiques du terrorisme."
- 28- Djohar Abellache (Algérie)**
" Identité et violence."
- 29- Khalil Fadel (Egypte)**
"Dualisme sauvage entre Othelo l'égyptien et la belle libanaise "
- 30- Wafaa Gassem al Arradi (Koweït)**
"L'angoisse et la dépression chez les femmes exposées à la violence de leur mari."
- 31- Hanan Halassa (Jordanie)**
"Les origines sociales et politiques du terrorisme dans la société jordanienne."
- 32- Charafi Mohamed al Saghir (Algérie)**
"Points de vue analytiques de la notion de traumatisme."
- 33- Intessar Ahmed Falamban (Arabie Saoudite)**
"L'expérience du royaume d'Arabie saoudite face au terrorisme."
- 34- Moustafa Afifi (Emirats Arabes Unies) :**
"1-La violence sexuelle, les tendances et les croyances de la femme égyptienne vis à vis de l'excision.2- La relation entre la violence conjugale et le style éducatif des enfants. 3-Les tendances et les croyances de la femme égyptienne visàvis de l'excision et ses rapports avec les abus sur les enfants (en collaboration avec Marguerite Bothmar).
- 35- Kassem Hussein Saleh (Irak)**
« La culture du terrorisme : initiation psychologique. »
- 36- Samira Touafek (Algérie)**
« Violence familiale : quelle spécificité de la personnalité de l'agresseur sexuel incestueux ? ».
- 37- Racha al Didi (Egypte)**
« La thérapie par le jeu comme moyen efficace pour atténuer la violence : étude d'un cas. »
- 38- Mohammad Issa al Hammadi (Emirats Arabes Unis)**
« La formation dans les prisons de Doubaï. »
- 39- Meriem Boughachiche**
« Psychocritique de l'écriture éclatée dans la production littéraire algérienne des années 90 : violence et terreur. »
- 40- Mohammed Ibrahim Eid (Egypte)**
« Global du terrorisme »
- 41- Abel Sattar Ibrahim (Egypte)**
« Nouveaux schémas de violence: évaluation des stratégies et des interventions thérapeutiques multimodal en arabe Cultures »
- Les intervenants sont priés de bien vouloir confirmer leur participation définitive, le programme détaillé leur sera communiqué ultérieurement.
- Les conditions de présence des auditeurs : Les frais de participation en tant qu'auditeur sera de 150 Euros pour les non égyptiens, cette somme sera utilisée pour :

- 27- د. علاء فرغلي (مصر)**
" الجوانب النفسية للإرهاب"
- 28- د. جواهر عبلاش (الجزائر)**
" العنف و الهوية"
- 29- د. خليل فاضل (مصر)**
- 30- د. وفاء جاسم العرادي (الكويت)**
" القلق و الاكتئاب لدى الزوجات المتعرضات لعنف الأزواج"
- 31- د. حنان هلسا (الأردن)**
" الجذور الإجتماعية و السياسية للإرهاب في المجتمع الأردني"
- 32- د. شرفي محمد الصغير (الجزائر)**
" رؤية تحليلية لمفهوم الصدمة"
- 33- د. انتصار أحمد فلمبان (السعودية)**
" تجربة المملكة العربية السعودية في مكافحة الإرهاب"
- 34- د. مصطفى عفيفي (مسقط)**
1- العنف الجنسي و اتجاهات و اعتقادات المرأة المصرية نحو الختان 2- العنف الزوجي و علاقته بأسلوب تربية الأبناء 3- اتجاهات و معتقدات المرأة المصرية نحو الختان و علاقته بالإساءة للأطفال " بمشاركة د. مرجيتا بونمار (مسقط)
- 35- د. قاسم حسين صالح (العراق)**
" ثقافة الإرهاب - مدخل سيكولوجي"
- 36- د. سميرة توفيق (الجزائر)**
" ماهي الخصائص النوعية لشخصية المعتدى جنسيا على المحارم"
- 37- د. رشا الديدي (مصر)**
" فاعلية العلاج بالعب في خفض العنف : دراسة حالة"
- 38- أ. محمد عيسى الحمادي (الإمارات)**
" التأهيل في السجون في إمارات دبي"
- 39- د. ابراهيم عيد (مصر)**
- 40- د. عبد الستار ابراهيم (مصر)**
- يرجى التأكيد النهائي للحضور، و لسوف يصلكم البرنامج التفصيلي تباعا .
- و لمن يرغب في الحضور كمستمع
- قيمة الاشتراك للحضور كمستمع 400 جنيه مصري للمصريين 150 يورو لغير المصريين مقابل

a) Assister à la cérémonie d'inauguration et le diner du 31 octobre dans un bateau 5

étoiles le « Nile Peking ».

b) Le transport entre l'hôtel et le lieu du Congrès.

c) La distribution de serviettes contenant les documents du Congrès sera offerte.

d) Le déjeuner ainsi qu'un pot d'amitié sera offert, à bord du « Nile Peking »

pendant toute la durée du congrès.

e) L'envoi des actes du congrès à tous les participants après leur publication.

f) Participations au ateliers du travail.

Le montant de participation sera versé sur le compte de l'association Egyptienne de psychanalyse à la banque al Ahli, branche de la rue abdelkhalek sarwat au caire : 01-2210172 ou en espace au siège social au nom du président directeur générale de l'association.

Secrétaire générale du colloque : Pr. Abdallah Askar

Président du colloque : Pr. Hussein abdel Kader

Association Egyptienne de psychanalyse

1 rue al Ter'a al Boulakieh, derrière le complexe des Tribunaux (Mahallat al Rouad),
près de la direction du journal al Ahram, Le Caire.
Tel/fax : 002025750950 - Portable : 0020105230995,
e mail : abdalla_asker@yahoo.com

- الحصول على حقيبة و مطبوعة للحاضرين

- حضور حفل الافتتاح و تناول وجبة العشاء يوم 31 أكتوبر بسفينة Nile Peking

- خدمات الانتقال من مقر إقامتكم بالقاهرة إلى مقر المؤتمر

- تناول المشروبات الساخنة مع وجبة ضيافية صباحية و تناول طعام الغداء بالسفينة فئة 5 نجوم طوال أيام المؤتمر .

- الحصول على نسخة من كتاب بحوث المؤتمر بعد إعداد البحوث للنشر

- حضور ورش عمل

تسديد الاشتراكات في حساب الجمعية رقم (01- 2210172) أو نقدا بمقر الجمعية أو بحالة بريدية بأسم السيد أ. د. رئيس مجلس إدارة الجمعية المصرية للتحليل النفسي.

أ.د. عبد الله عسكر : مقرر المؤتمر

أ.د. حسين عبد القادر: رئيس المؤتمر

البروفيسور / مصطفى صفوان: رئيس شرف المؤتمر

الجمعية المصرية للتحليل النفسي

1 ش التربة البولاقية خلف مجمع محاكم الجلاء (محلة الرواد)
- بجوار جريدة الأهرام - القاهرة تليفاكس 0020225750950
محمول 0020105230995

بريد إلكتروني abdalla_asker@yahoo.com

Arabpsynet Psychiatrists Search

www.arabpsynet.com/CV/default.asp

Arabpsynet CV

Send Your CV Summary Via This Form

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

4^{ÈME} JOURNÉES TUNISIENNES DES ETUDES PSYCHANALYTIQUES.

PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE - MORENO, BION, AVRON.

AVEC

GORINNE GAL, MAÎTRE DE CONFÉRENCES EN PSYCHOLOGIE, FACULTÉ DE MONTPELLIER, FRANCE ET PSYCHODRAMISTE.

DR HÉRVÉ BOKHOBZA, PSYCHODRAMISTE, MÉDECIN DIRECTEUR CENTRE THÉRAPEUTIQUE S. MARTIN DE VIGNEGOU, FRANCE. (DE 1989 À CE JOUR). FRANCE.

21 Novembre 2008 – 8h 30 – 11h 30

Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis Salle Bleue, RDC, Bibliothèque

- 8h 30: Allocution de bienvenue par le Prof. Hmada Ben Aziza, Doyen de la FSHST.
- 8h 35: Ouverture des travaux par Mr Tarak Bellaj, Chef de Département de psychologie à la FSHST.

8h 40: Première partie:*

- Présidente: Prof. **Souad Bousnina**.
 - 8h 45: Corinne Gal, Maître de Conférences en Psychologie, Faculté de Montpellier, France.
 - 9h 25-9h 40: Débat.
 - 9h 40: Pause café.

10h 00: Deuxième partie: **

- Présidente: Prof. **Lilia Labidi**.
 - 10h 05: Lecture des recommandations en langue arabe du 3ème Congrès des Psychanalystes Arabes par Insaf Zitouni.
 - 10h 10: Lecture des recommandations en langue française du 3ème Congrès des Psychanalystes Arabes par Imen Belgacem.
 - 10h 25: Dr Hervé Bokhobza, psychodramiste, Médecin Directeur Centre Thérapeutique S. Martin De Vignegoul, France. (de 1989 à ce jour). France.
 - 11h 05-11h 20: Débat.
 - 11h 20: Annonce des Thèmes des prochaines rencontres.

- 11h 30: Clôture des travaux.

****Lieu:** 1^{ère} et 2^{ème} parties se tiennent à la FSHST, Bd 9 avril, Tunis. Salle Bleue, Bibliothèque.

14h 00: Troisième partie.***

- Groupe I: Présidente: **Emna Kalai**, psychologue clinicienne.
 - 14h-15h: Dynamique de groupe animée par Mme C. Gal et Dr H. Bokhobza.
 - 15h-15h 15 : Pause café.
- Groupe II: Présidente: **Prof. Ibtissem Bellagha**.
 - 15h 15-16h 15: Dynamique de groupe animée par Mme C. Gal et Dr H. Bokhobza.
 - 16h 15-16h 30 : Pause café.
- Groupe III: Présidente: **Emna Kalai**, psychologue clinicienne.
 - 16h 30-17h 30: Dynamique de groupe animée par **Mme C. Gal** et Dr **H. Bokhobza**.
 - 17h 30: Clôture.

***** Lieu:** 3ème partie se tient à l'Hôpital d'Enfants de Tunis. Bab Saadoun, Tunis. 3ème étage ou 5ème étage.

Contact: Emna Kalai (coordinatrice).

Tel: 22 916 630.

*avec le concours de l'IFC

ARABPSYNET PAPERS SEARCH



www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp
Send Your Papers Summaries
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

ARABPSYNET THESIS SEARCH



<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>
Send your Thesis Summaries
<http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm>

Training Workshop MENTAL HEALTH ISSUES RELATED TO CHILDREN

**ZERO TO FIVE YEARS
(INFANTS, TODDLERS & PRESCHOOL)**

December 14 – 18, 2008. Venue: American Center, Alexandria, EGYPT

Introduction

Zero to Five years is a very critical period of human life. That period of life is an important phase particularly as regards Mental Health issues which is a crucial point and corner stone for the development of healthy individual capable to cope with future stressors. Many serious mental health problems have an impact later on that can lead to serious irreversible disorders. Unfortunately, in our region that period of life is neglected by many professionals and care givers.

This encouraged The Child Mental Health Association-Egypt to develop, for the first time in our Region, A training program dedicated to highlight on the normal and abnormal changes happening during this period of life and to provide the proper management plan and skills necessary to improve the quality of life of Our Future Generation.

Objectives (Bridge building Process to link home to school)

1. To learn about (Bonding, Attachment, Attention, Fear, Cognitive, Behavioural and Learning Development) of children Zero to Five Years.
2. To understand different Mental Health Problems and their Management according to their age group [Zero to Five years] among these problems [Autism, MR, ADHD, Learning Disabilities, Emotional and Behavioural Problems]
3. To develop and gain skills for early detection and management.
4. To develop communication skills, life skills and mature play for the children and their caregivers.

The Workshop is directed to

Psychiatrists, Psychologists, Psychiatric Nurses, Pediatricians, Family doctors, Primary Health Care physicians, Therapists, Mental Health Providers, Social Workers, Teachers, School Administrators and Parents.

Time:

Program will start daily from 08.30 am – 05.30 pm. The training is conducted by a highly qualified professional team who dedicated their time, work, and enthusiasm that created the way for years in many areas of mental health care. The Training will be through; lectures, group discussion, role play, case study and home works activities.

Registration Includes

- 1) Manual including the materials of the training.
- 2) Certificate approved from Child Mental Health Assoc. EGYPT and the American Center including Time Accreditation.
- 3) Five Coffee Breaks and Lunches for the 5 days.
- 4) Folder.

For Further Information Please Contact

Prof. Amira Seif Eldin

Email: amira@contact.com.eg

Telephone 002-0122158936

Dr. Doa Habib

Email: doa.habib@yahoo.com

Telephone 002-012224062

Dr. Amal Nofal

Email: aanofal2006@yahoo.com

Telephone 002- 0105291169

Dr. Dina Shaker

Email: dynasty2210@hotmail.com

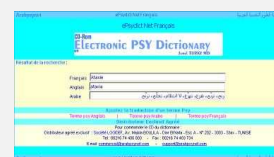
Telephone 002-0122392011

ARABPSYNET Dictionary English ePsydict Net



Search Arabic & French Words With PsyTerm English Translate
www.arabpsynet.com/eng/rech_eng.asp

المعجم النفسي الشبكي – الإصدار العربي ePsydict Net Arabe



Search French & English Words With PsyTerm Arabic Translate
www.arabpsynet.com/ar/rechar.asp

KASR AL-Ainy ANNUAL INTERNATIONAL PSYCHIATRY CONFERENCE

Psychiatry Across the Life Cycle

UNDER THE PATRONAGE OF

PROFESSOR HOSSAM KAMEL CHANCELLOR, CAIRO UNIVERSITY

PROFESSOR AHMED SAMEH FARID DEAN, FACULTY OF MEDICINE, CAIRO UNIVERSITY

IN COLLABORATION WITH:

EGYPTIAN ASSOCIATION OF EVOLUTIONARY PSYCHIATRY

EGYPTIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MIDDLE EAST DIVISION, ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS

February 17-19 , 2009 Pyramisa Hotel Giza, Egypt

Under the Patronage of:

Professor Hossam Kamel Chancellor, Cairo University

Professor Ahmed Sameh Farid Dean, Faculty of Medicine, Cairo University

Conference President:

Professor Emad Hamdi Ghaz Head, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Cairo University.

In collaboration With:

Egyptian Association of Evolutionary Psychiatry;
Egyptian Psychiatric Association; Middle East Division,
Royal College of Psychiatrists .

st 1 Announcement and Call for Papers

Welcome Message

Dear Colleagues

We are encouraged by the success of our annual conference to invite you yet again to Cairo for a rich and rewarding scientific experience. This year we are especially honoured by the attendance of distinguished scientists from abroad who I am confident will make your attendance worthwhile. . At Kasr Al-Ainy we remain committed to the cause of mental health service development in Egypt, and would like to continue a national and international debate for its benefit especially in the area of management of mental disorders

This year we concentrate on the theme of "Psychiatry Across the Life Cycle" in order to clarify the commonalities and differences in psychiatric practice at different stages of life.

We also like to hope that the practice of emergency psychiatry, adolescent psychiatry, liaison psychiatry, problem-specific psychotherapy, and community management of substance misuse become core aspects of psychiatric management at Kasr El-Ainy and all over Egypt's mental health service.

Egypt is a country that offers a rich heritage to contemplate and a colourful present to debate. We promise you will find a warm welcome, a platform for scientific exchange, and opportunities for collaboration in teaching, clinical care, and research.

Conference President: Professor Emad Hamdi Ghaz

Honorary Presidents:

Prof Mahmoud Samy Abdel Gawad

Prof Yehia El-Rakhawy

Prof Ahmed Okasha

Distinguished Guest Speakers

1. Prof Tom Craig (UK)
2. Prof Tim Crow (UK)
3. Prof Robert Howard (UK)
4. Prof David Shaffer (USA)
5. Prof Trevor Young (Canada)

Vice Presidents:

Prof Magdy Arafa Prof Momtaz Abdel Wahab

Scientific Committee Chairperson :

Prof Ahmed Abdel Latif

Members :

Prof Lamis El-Ray
Prof. Mahmoud El-Batrawi
Prof Azza El-Bakry
Prof Tarek Samy Abdel Gawad
Prof Ola Shaheen Prof Suaad Moussa
Assis. Prof Noha Sabry
Assis. Prof Dalal Amer
Assis. Prof Mohamed Nasr
Assis Prof Hanan El-Shenawi
Lecturer Dr Nahed Khairy

Secretary to Scientific Committee:

Lecturer Dr. Heba Fathy

Organizing Committee Chairperson :

Prof Mohsen Askar

Members :

Prof Mustafa Shaheen
Prof Sameer Abo -El Magd
Assis.Prof . Mona Rakhawy
Assis .Prof. Salwa Erfan
Assis Prof. Aref Khoweiled
Assis Prof Tamer Goweili
Assis Prof Mohamed Ezzat
Secretary to Organizing Committee:
Lecturer Dr. Osama Refaat

Main Topics

- 1- Recent advances in psychopharmacology in different age groups
- 2- Syndrome stability and syndrome change across the life cycle
- 3- Needs assessment and age
- 4- Psychotherapy for children
- 5- Psychotherapy for the elderly
- 6- Psychiatric morbidity and mental health needs in different age groups

Challenging themes and debates

- 1- Will the Proposed mental health legislation serve mentally ill patients?
- 2- Community based treatment of substance misuse? Fact or fiction and for whom?
- 3- Are cognitive enhancers of value in advanced dementia?
- 4- Mapping mental health services in Egypt. Do we practice emergency psychiatry?

Papers sessions

3 Paper sessions dealing with psychiatric practice in children and adolescents, adults and the elderly

Workshops

- 1- Psychotherapy of borderline personality disorder
- 2- The boundaries of ADHD
- 3- Young Psychiatrists Forum
- 4- Psychiatry and the media in Egypt
- 5- How can education promote the mental health of children and adolescents

Young Psychiatrist scientific presentation Competition (Do you think you can present?)(First prize 2000 EGP)

Interested candidates should submit abstract presentation to Prof Azza El-Bakry

Azza_bakry13@yahoo.com

Call for submissions

Dear colleague: You will find the forms for submitting presentations in workshop, symposium, debate, and scientific paper enclosed. They are available on-line from psyconfabstracts@yahoo.com for abstract submissions or psyconf@yahoo.com for general information and dalal_amer@yahoo.com

Who will also receive your completed submissions. Deadline for submissions is: 31 December 2008.

Send paper submissions to: Prof Emad Hamdi, 36 shehab Street, Mohandeseen, Giza,

Egypt. Hotline:

002 0169103693 (Mohamed abdel Fattah)

002 0105767315 (Sherif Gohar)

We encourage you to participate in the format you prefer.

Registration

For registration or accommodation contact:

SEVO

Tel: (+202) 22678336/22678338

Fax: (+202) 22678338

P.O. Box 5570Heliopolis west, cairo – Egypt

E-mail: servo@servoegypt.com

Registration fees:

Currency	Registration
0500 EGP	Full Participation (member EGPsych)
0300 EGP	Accompanying (member EGPsych)
250 USD	Full Participation (non member)
150 USD	Accompanying person (non- member)
180 USD	One night accommodation
4000 EGP	Package 3 Nights + Reg
3000 EGP	Package 2 Nights + Reg

Registration fees cover:

- Participation at all scientific activities
- Conference Certificate
- Conference Bags and scientific materials
- Daily Lunch and Coffee Break

Registration For Students & Trainees

- Scientific Registration For Students & trainees with discounted rate LE 200 (not valid for Pharmaceutical Companies)

Include:

- Participation at all Scientific activities
- Conference Certificate
- Conference Bags and scientific materials
- Daily Lunch and Coffee Break

Accommodation

The organizing committee has reserved rooms at Pyramisa Hotel for Accommodation. Due to the peak tourism season at the time of the congress early reservation is strongly recommended.

Rates given are quoted per room // night on BB basis and inclusive of service charges

Payment

The completed accommodation form should be sent with the appropriate fees to the agent of the congress:

SERVO EGYPT

Appropriate fees should be paid in cash or through bank Draft/ cheque made payable to: SERVO

Or Bank Transfer:

National Societe General Bank

Sheraton Heliopolis Residence Branch – Code 75

Heliopolis – Cairo – EGYPT

Swift code : NSGBEGXXXX

Bank Acc. #203 102 159 20-60

Account Name: SERVO TRAVEL**Confirmation / Cancellation / Refund**

- After receipt of payment, you will receive a confirmation
- Written notification is required for all cancellations
- No refund is possible after January 15, 2009

Please do not hesitate to contact the local agent or

organizing secretariat if you require and additional information or Assistance .

SERVO

Tel: (+202) 22678336/22678338

Fax: (+202) 22678338

P.O. Box 5570 Heliopolis west, cairo – Egypt

E-mail: servo@servoegypt.com

Arabpsynet Dictionaries Search

EPsydictNet - fr-Eng-Ar

www.arabpsynet.com/fr/rechfr.asp

Ajout formulaire terme Psy Français

www.arabpsynet.com/fr/FrForm.htm

Arabpsynet Dictionaries Search

EPsydictNet - Ar- Eng- fr-

www.arabpsynet.com/ar/rechar.asp

نموذج إضافة ترجمة مصطلح عربي إلى المعجم

www.arabpsynet.com/ar/arForm.htm

Arabpsynet CONGRESS Guide

English Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.htm

دليل المؤتمرات النفسية العربية والعالمية

الإصدار العربي

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Ar.htm

المؤتمر الدولي الثالث للمسنين

"الرعاية المتكاملة للمسنين: علم وفن"

دعوة

مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين

المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب بدبي

القاهرة 4 - 5 مارس 2009م

agingshifa@gmail.com

النفسية والمتخصصين بعلوم المسنين في العالم وعددا من الباحثين اللامعين في هذا المجال وسيطرح المؤتمر عددا من المواضيع الآتية:

- آخر أخبار إنشاء المعهد القومي لعلوم المسنين بالقاهرة - مدينة الشيخ زايد.
- تبنى الدعوة إلى إنشاء وتأسيس المجلس القومي لرعاية المسنين.
- أخلاقيات ومهارات التعامل مع كبار السن.
- بحوث وأوراق وورش عمل متخصصة في الجانب النفسي المتعلق بالمسنين.
- بحوث وأوراق وورش عمل متخصصة في الجانب الطبي المتعلق بالمسنين.
- بحوث وأوراق وورش عمل متخصصة في الجانب الاجتماعي المتعلق بالمسنين.
- بحوث وأوراق وورش عمل متخصصة في الجانب القانوني المتعلق بالمسنين.
- بحوث وأوراق وورش عمل متخصصة في جوانب الوقاية من مشكلات المسنين.
- بحوث وأوراق وورش عمل متخصصة في جوانب التدخل المبكر لرعاية المسنين.
- الآلية المقترحة لدمج كبار السن في المجتمع وتفعيل دورهم.
- الخبرات العالمية في مجال العناية بكبار السن ورعايتهم.
- أنماط الحياة السليمة التي تؤخر مرحلة الشيخوخة لدى المسنين.

المحاور الرئيسية للمؤتمر

- مفهوم الرعاية المتكاملة للمسنين.
- كيف تكون البيئة صديقة للمسنين.
- الرعاية المتكاملة وعلوم المسنين الطبية.
- الرعاية المتكاملة وعلوم المسنين النفسية.
- الرعاية المتكاملة وعلوم المسنين الاجتماعية.
- الرعاية المتكاملة وعلوم المسنين التشريعية.
- الرعاية المتكاملة وبرامج التدخل المبكر للوقاية ورعاية المسنين.
- الرعاية المتكاملة والعناية بكبار السن في الأديان السماوية والقيم المجتمعية.
- الرعاية المتكاملة وآليات دمج المسنين وتفعيل دورهم في المجتمع.
- الرعاية المتكاملة والخبرات الميدانية في مجال التعامل مع المسنين.

يشرف مرطز جامعة القاهرة لرعاية المسنين بالإشتراك مع المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب بدني، و الجمعية المصرية لرعاية المسنين بالقاهرة دعوتكم للمشاركة بالمؤتمر الدولي الثالث لرعاية المسنين بعنوان:

الرعاية المتكاملة للمسنين: علم وفن"

و الذي سوف يعقد بمركز جامعة القاهرة للمؤتمرات في الفترة من 3-5 مارس 2009 م، و سوف يعقبه مؤتمر دولي للمسنين بمدينة دبي في ذات العام.

يسعدنا دعوة سعادتك للمشاركة و الحضور لإثراء فعاليات المؤتمر، و مرفق محاور و أهداف المؤتمر و شروطه.

- رئيس المؤتمر أ.د. سيد سيف الدين : رئيس مجلس إدارة مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين

- مقرر المؤتمر أ.د. محمد النحاس: مدير المركز الدولي للاستشارات و التخاطب و التدريب- دبي

- أمين عام المؤتمر أ.د. محمود شحاته : مدير الجمعية المصرية لرعاية المسنين.

مقدمة

تحت رعاية

السيد الأستاذ وزير التعليم العالي، و السيد الأستاذ الدكتور وزير التضامن الاجتماعي، و الأستاذ الدكتور رئيس جامعة القاهرة ؛ يشرف مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين بالإشتراك مع المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب بدني دعوة سيادتكم لحضور فعاليات المؤتمر الدولي الثالث للمسنين، و الذي سيعقد في الفترة من 4-5 مارس 2009

مركز جامعة القاهرة للمؤتمرات بالمدينة الجامعية أمام مدخل كلية التجارة.

يهدف المؤتمر إلى توضيح وبيان مفهوم وأسس وركائز عملية الرعاية المتكاملة لكافة جوانب الرعاية والعناية بفترة المسنين (طبياً ونفسياً واجتماعياً وقانونياً وإعلامياً)، وإبراز مدى الاهتمام الذي توليه الأديان السماوية والقيم المجتمعية لفئة كبار السن، وتبيان أفضل الوسائل والسبل لتفعيل دورهم ودمجهم في المجتمع ، وتقديم خدمات نفسية واجتماعية أفضل لهم. كما يهدف المؤتمر إلى استعراض التجارب العربية والعالمية في مجال العناية بالمسنين، والخطوات الوقائية للمقبلين على مرحلة المسنين وبرامج التدخل المبكر والإرشاد النفسي والصحي والطبي والاجتماعي. كما سيطرح المؤتمر آخر المكتشفات العلمية في مجال المسنين، وأنماط الحياة الصحية السليمة.

هذا؛ ومن المتوقع أن يشارك في المؤتمر رواد طب المسنين وعلماء الشريعة والأديان، وعلماء التربية وعلم النفس والصحة

طريقة المشاركة

تقبل المشاركات سواء بحوث أو أوراق عمل أو ورش عمل وذلك بعد عرضها على لجنة تحكيم علمية، ويتم التواصل عبر الايميل التالي: agingshifa@gmail.com

وسوف نفيديكم بموقع المؤتمر فور الانتهاء منه

مع مراعاة كافة شروط المنهجية العلمية في الأبحاث وأوراق العمل وإرسال كافة تفاصيل ورش العمل، والرغبة في إقامة معرض مصاحب للمؤتمر، أو عرض البوسترات.

رسوم الاشتراك

من مصر 300 جنيه مصري

من خارج مصر 300 دولار.

ترسل كحالة بريدية أو بنكية إلى:

مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين - جامعة القاهرة - شرق كلية الآثار

الأستاذ الدكتور محمود شحاته مدير المركز

يرجى سرعة إرسال استمارة المشاركة على الايميل الموضح عاليه.

آخر موعد للمشاركة الأول من يناير 2009م

ورش العمل المتاحة

يمكنكم التسجيل حاليا بورش العمل التالية (شهادة معتمدة):

الجديد في طب المسنين

أمراض التخاطب لدى المسنين

استمارة مشاركة

الاسم الكامل:	
يراعى الكتابة بدقة لاعتماد الاسم بالشهادة	
الدرجة العلمية:	
نوع المشاركة:	
عنوان البحث:	
الجامعة:	
بيانات أخرى:	
ورشة العمل الحالية:	أمراض التخاطب لدى المسنين ورشة الجديد في طب المسنين
الوظيفة:	
مكان العمل الحالي:	
العنوان:	
الهاتف:	
الايمل:	
الهاتف المتحرك:	
يراعى إرسال السيرة الذاتية مع استمارة المشاركة وملخص الدراسة باللغتين العربية والانجليزية على الايميل التالي: agingshifa@gmail.com	
هل ترغب في الاشتراك ؟ نعم لا	
كما يراعى وللضرورة القصوى إرسال البحث كاملاً مشفوعاً برسوم المشاركة في موعد أقصاه الأول من يناير 2009 م.	
agingshifa@gmail.com وللحصول على كافة التفاصيل والأخبار الدورية عبر ايميل المؤتمر	
هل ترغب في الاشتراك ؟ نعم لا	

الرعاية المتكاملة للمسنين ووسائل التكنولوجيا الحديثة.

الرعاية المتكاملة للمسنين ووسائل الإعلام والتدريب والتعليم المستمر.

الأهداف التفصيلية للمؤتمر

إلقاء الضوء على مفهوم الرعاية المتكاملة للمسنين (طبياً ونفسياً واجتماعياً وقانونياً)

تبيان أفضل الوسائل والسبل لتفعيل دور كبار السن ودمجهم في المجتمع.

توضيح آلية تقديم خدمات نفسية واجتماعية وطبية أفضل لكبار السن.

استعراض التجارب العالمية في مجال العناية بالمسنين .

توضيح الاهتمام الشديد الذي توليه الأديان السماوية والقيم المجتمعية لفئة كبار السن.

التعريف بالخطوات الوقائية للمقبلين على مرحلة الشيخوخة.

تقنين بعض المصطلحات مثل الرعاية المتكاملة للمسنين.

استعراض آخر المكتشفات العلمية في مجال أبحاث المسنين.

تبيان أنماط الحياة الصحية السليمة.

الدعوة إلى إنشاء مجلس قومي للمسنين.

متابعة جهود إنشاء المعهد القومي لعلوم لمسنين.

برامج التعليم والتدريب الخاصة بالمسنين.

الخدمات الإعلامية المقدمة لكبار السن.

ضيوف شرف المؤتمر

- وزير التعليم العالي
- وزير التضامن الاجتماعي
- رئيس مجلس الشعب
- رئيس جامعة الدول العربية
- محافظ القاهرة و القليوبية
- رئيس جامعة القاهرة
- عدد من المؤسسات والشخصيات العالمية والعربية النهضة بالمسنين

الفئات المستهدفة

كل فئات المجتمع خاصة الباحثين والخبراء في مجال المسنين و الأطباء و جمعيات النفع العام و حقوق الإنسان

موعد المؤتمر

الإربعاء 4 إلى الخميس 5 مارس 2009م

موقع المؤتمر

مركز جامعة القاهرة للمؤتمرات - المدينة الجامعية - أمام مدخل كلية التجارة - جامعة القاهرة

لغة المؤتمر

اللغة العربية والإنجليزية.

الجهة المنظمة

مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين
المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب بدني
الجمعية المصرية لرعاية المسنين

TRAUMATISME psychique : STRATÉGIE DU PRISE EN CHARGE ET PRÉVENTION

1^{ER} COLLOQUE INTERNATIONAL EN ALGERIE

FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES SOCIALES (

Département de psychologie et sciences de
l'éducation et D'orthophonie)

13 - 14 avril 2009 - Setif, ALGERIE

ali2046dz@yahoo.fr

Problématique

Le terme de **traumatisme psychique**, ou **psychotraumatisme**, désigne l'effet sur un individu d'un événement soudain qui vient submerger sa capacité à y faire face, en produisant un sentiment d'effroi ou de détresse intense.

Dans les leçons sur les maladies du système nerveux (1885-1887), portant sur sept cas d'hystérie masculine, Jean Martin Charcot déclare que les symptômes hystériques sont dus à un « choc » traumatique provoquant une dissociation de la conscience et dont le souvenir, du fait même, reste inconscient ou subconscient. Il pose là les bases de la théorie « traumato-dissociative » des névroses qui sera développée par Pierre Janet, Joseph Breuer et Sigmund Freud. Ces derniers, entre 1888 et 1889, entreprennent de « retrouver » sous hypnose les souvenirs traumatiques de leurs patients.

Dans quelles circonstances peut-on parler de traumatisme ?

Un traumatisme désigne une expérience de violence hors norme au cours de laquelle l'intégrité physique et psychique d'un individu ou d'un groupe a été menacée. Être victime d'un événement traumatique constitue malheureusement une expérience fréquente pour un nombre important de personnes. Les horreurs, les atrocités, les guerres ou les désastres naturels ont été le lot de l'humanité depuis la nuit des temps. On reconnaissait peu l'impact psychologique de tels événements jusqu'à tout récemment. Les victimes étaient en effet exclues, leurs symptômes mal compris.

C'est par le biais des études de psychiatrie militaire lors de la première et de la deuxième guerre mondiale, que l'étude des symptômes post-traumatiques s'est poursuivie. On remarque alors des réactions psychologiques telles que :

- Une vague de stress aigu
- Un choc ou chaos émotionnel
- Un sentiment d'impuissance
- Une grande confusion, une perte de repères
- Un deuil impossible
- Une crise de sens dans la vie

Interventions thérapeutiques.

Il existe différentes techniques thérapeutiques pour gérer le stress traumatique : Le débriefing, c'est à partir de ce dernier que le sujet peut se repositionner clairement dans une situation où il a été objectalisé.

الصدمة النفسية:

استراتيجيات التكيف والوقاية

الملتقى الدولي الأول بالجزائر

كلية الآداب والعلوم الاجتماعية

(قسم علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا)

13 - 14 افريل 2009 - سطيف، الجزائر

ali2046dz@yahoo.fr

الإشكالية

يشير مصطلح الصدمة النفسية إلى تأثير حدث مفاجئ على الفرد مما يجعله عاجزا على مواجهة الموقف جراء شعوره المتزايد بحجم الخطر . و في أبحاثه حول أمراض الجهاز العصبي صرح جون مارتن شاركو بعد دراسة معمقة لسبع حالات هستيرية لدى الرجال (1885-1887).

إن الأمراض الهستيرية تنتج عن حدث صدمي ينتج عنه انحلال أو تفكك داخل الوعي أو الشعور مع بقاء ذكرى هذا الحدث في موقع اللاشعور أو ما تحت الشعور . و بذلك قد أرسى القواعد الأساسية للنظرية (الصدمة التفككية) للعصاب و التي طورها من بعد كل من جوزيف بروير و سيقموند فرويد و آخرون ما بين 1888 و 1889 . حيث حاول هؤلاء الوصول إلى ما يحمله مرضاهم من ذكريات صدمية بالاعتماد على تقنية التنويم المغناطيسي. إلا أن السؤال الذي يفرض نفسه هو : ما هي الظروف التي يمكننا الحديث فيها عن الصدمة النفسية ؟ بما أن الصدمة النفسية تعني تجربة عنيفة غير عادية تهدد الكيان النفسي و الجسدي للفرد و الجماعة . و المؤسف أن نسجل عددا كبيرا من الأفراد في المجتمعات المختلفة كانوا عرضة لصددمات نفسية مختلفة منذ ظهور البشرية كالحروب و الكوارث الطبيعية و القهر و مع ذلك لم يتم ملاحظة التأثير النفسي لهذه الأحداث الصدمية بشكل جيد إلا مؤخرا حيث كان الضحايا مقصيين . و الأعراض غير واضحة . و يرجع الفضل للدراسات الطبية العقلية العسكرية إبان الحرب العالمية الأولى و الثانية أين تم التأكيد على تناول الأعراض ما بعد الصدمة بالدراسة و التحليل مما أدى إلى ملاحظة عدة استجابات نفسية يمكن تلخيصها فيما يلي :

جملة من الضغوط النفسية الحادة

- صدمة و فوضى عاطفية

- الشعور بالعجز

- خلط كبير في الشعور و فقدان لمعالم الأساسية

- حداد مستحيل

- أزمة خاصة بمفهوم الحياة

كل هذا من شأنه أن يستوجب استراتيجيات للتدخل و العلاج و التي تلخص في عدة تقنيات علاجية من أجل تسير الحدث الصدمي . و لعل إعادة تموقع الفرد المصاب في الفضاء النفسي و الفيزيائي يسمح له من فهم شعوره و تحديد معالم الفضاء المحيط به

Cependant les questions princeps dégagées à partir de la présentation ci-dessus et qui constituent l'axiomatique de notre problématique peuvent être formulées de la manière suivante :

1/ Peut-on évoquer la dimension culturelle dans l'approche du trauma et quel en serait l'impact ?

2/ Peut-on appliquer les modèles développés par la littérature occidentale aux fins d'une classification des « différents types de trauma » ?

3/ Quelle serait la part de la résilience dans « l'atténuation de l'effet/événement traumatique » ?

4/ Quelles seraient, en Algérie, les stratégies les plus à même de prendre en charge efficacement la question du trauma et dans quelle institutions ?

Ces 04 principales questions feront l'objet de travaux d'ateliers avec des experts nationaux et internationaux hautement qualifiés.

كل هذا من شأنه أن يستوجب استراتيجيات للتدخل و العلاج و التي تلخص في عدة تقنيات علاجية من أجل تسير الحدث الصدمي . و لعل إعادة تموقع الفرد المصاب في الفضاء النفسي و الفيزيائي يسمح له من فهم شعوره و تحديد معالم الفضاء المحيط به

و مما سبق عرضه تتشكل قاعدة ترتكز عليها إشكالية هذا الملتقى و التي نحددها من خلال المحاور و التساؤلات الرئيسية التالية :

1 - هل بإمكاننا الحديث عن البعد الثقافي في مقارنة الصدمة النفسية و ما تأثير هذا البعد ؟

2 - هل يمكننا اعتماد النماذج الغربية لغرض تصنيف مختلف أنواع الصدمات النفسية ؟

3 - ما هو دور الجلد في التخفيف من الحدث الصدمي ؟ (resilience)

4 - ماهي الاستراتيجيات الناجعة لتكفل بالصدمة النفسية في الجزائر خاصة و الوطن العربي عامة ؟ و ماهي المؤسسات المؤهلة لذلك ؟

XI th Pan Arab Conference of Psychiatry

SYRIA - 21-23/08/ 2008

<http://www.arabpsynet.com/Congress/Cong.J18PanArabPsySyria.pdf>



Registration Form

<http://www.arabpsynet.com/Congress/XIPanArabPsyCongressRegistration.pdf>

Congress Poster

<http://www.arabpsynet.com/Congress/SyrianXIIPanArabCongressAffiche.htm>



المؤتمر الدولي السابع حول "تربية وتنمية الطفل الموهوب في الوطن العربي" برعاية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية؛ وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة فرحات عباس سطيف؛ مخبر إدارة وتنمية الموارد البشرية

جامعة فرحات عباس (سطيف)، 20- 21 أفريل 2009

doylettrres@yahoo.fr

مقدمة

موضوع هذا المؤتمر هو تربية الموهوبين وتنميتهم في العالم العربي. بما أن العالم غدا أكثر ارتباطا وتقاربا، وقد وصف بأنه قرية صغيرة، وبما أن التحديات المحيطية والتكنولوجية والاجتماعية تتجاوز الحدود، يكون من الضروري أن يكون الموهوبون وخاصة في العالم العربي قادرين على العمل بفعالية في مثل هذا العالم، ولأن يتأتى لهم ذلك إلا إذا اكتسبوا التربية المناسبة والمهارات الضرورية. لإكسابهم المهارات الضرورية والتربية المناسبة، من الضروري أن يعمل المعنيون بالموهبة والموهوبين مع بعض لتبادل الأفكار والخبرات والتجارب حول أنجع السبل لتربية الموهوبين وتنميتهم. في هذا الإطار، نرحب بال خبراء والباحثين في مجال الموهبة والإبداع والمعلمين والآباء والطلبة للمشاركة في المؤتمر الدولي السابع الذي ينظمه مختبر تنمية الموارد البشرية الذي سيكون فرصة فريدة لتبادل الأفكار والخبرات في مجال الموهبة وتربية الموهوبين وتنميتهم. وكلنا أمل في أن يسלט هذا المؤتمر الضوء على محاور المؤتمر كلها.

1- محاور المؤتمر

1.1- تربية الموهوبين وتنميتهم في الأسرة

- أساليب التنشئة الاجتماعية ودورها في تنمية الموهبة.
- التغذية السليمة ودورها في تنمية الموهبة.
- لعب الأطفال ودورها في تنمية الموهبة.
- إتقان اللغة العربية ودورها في تنمية الموهبة.
- البيئة المساعدة في تنمية مواهب المتفوقين عقليا وقدراتهم الخاصة
- الوقاية من تدمير الموهبة وكبتها.

2.1- تربية الموهوبين وتنميتهم في المدرسة

- طرائق التدريس ودورها في تنمية الموهبة.
- أساليب التقويم المدرسي ودورها في تنمية الموهبة.
- تدريب الأفراد (معلمين، أولياء الأمور، موجهين، مديري المدارس) العاملين مع الموهوبين لتعريفهم بالموهبة وأساليب اكتشافها ورعايتها.
- كتب الأطفال ودورها في تنمية الموهبة.
- إعداد البرامج المساعدة في تنمية الموهبة والموهوبين.
- الأروغونوميا التربوية (تصميم الأبنية التعليمية، القاعات الدراسية، أماكن ممارسة النشاط، المرافق) ودورها في تنمية الموهبة.
- توظيف التعلم الإلكتروني في رعاية الموهوبين وتعليمهم.

3.1- تربية الموهوبين وتنميتهم في المجتمع

- تكوين الاتجاهات الاجتماعية الموجبة نحو الموهبة والموهوبين ورعايتهم ودمجهم في المجتمع.
- المحافظة على البيئة ومنع التلوث لما للتلوث من آثار في قتل الموهبة والموهوبين.
- المؤسسات الاجتماعية الأخرى (وسائل الإعلام، الجمعيات غير الحكومية، وسائل الإعلام، الجمعيات غير الحكومية، القطاع الخاص، النوادي المختلفة) ودورها في تنمية الموهبة.

4.1- إرشاد الموهوبين والمتفوقين عقليا

- الإرشاد النفسي للآباء وأمّهات الموهوبين والمتفوقين عقليا.
- التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية التي يصاب بها الموهوبون والمتفوقون عقليا.
- التوجيه المدرسي للموهوبين والمتفوقين عقليا.
- التوجيه المهني للموهوبين والمتفوقين عقليا.

2- المدعون للمشاركة في المؤتمر

- أساتذة الجامعات.
- الباحثون وطلاب الدراسات العليا.
- المفكرون والمهتمون بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- أفراد الجمعيات المعنية بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

- الإملائية واللغوية في النص الكامل للبحث.
- أن يقوم الباحث بإرسال أصل البحث عن طريق البريد الإلكتروني doylettr@yahoofr

5- التواريخ المهمة

آخر موعد لاستلام ملخصات البحوث هو: 2008 / 12 / 31
آخر موعد لاستلام البحوث كاملة هو: 2009 / 02 / 28

6- المراسلات

توجه المراسلات باسم الأستاذ الدكتور لحسن بوعبدالله، مدير مختبر تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر.

الهاتف: +213-36-84-95-26

الفاكس: +213-36-84-95-26

البريد الإلكتروني: doylettr@yahoofr

7- الموقع في شبكة الإنترنت

الواب: www.univ-setif.dz

- المنظمات الدولية والإقليمية ذات الصلة.
- أعضاء قطاع الإعلام بكافة فروعته.

3- مكان انعقاد المؤتمر

ينعقد المؤتمر الدولي السابع في ربوع جامعة فرحات عباس بسطيف (الجزائر).

4- شروط تقديم الأبحاث والدراسات

- أن يكون موضوع البحث متصلاً بأحد محاور المؤتمر، ويشترط ألا يكون قد سبق نشره أو تم التقدم به إلى مؤتمر آخر.
- أن يكون البحث مستوفياً للقواعد العلمية المتعارف عليها في كتابة المصادر والهوامش والمراجع.
- أن يكتب البحث على الكمبيوتر، بحجم 14 ونمط (simplified arabic) ومسافة (1)، على أن يترك هامش ب 2 سم عند كل من حواف الصفحة.
- أن يتم وضع الجداول والأشكال إما في صفحات منفصلة، أو ضمن النص حسب ما يرى الباحث.
- أن يقع على عاتق الباحث التحقق من عدم وجود الأخطاء

Arabpsynet Dictionaries Arabic Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm

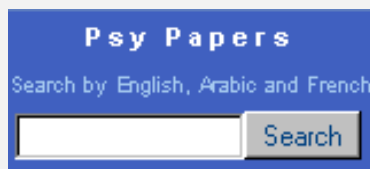
Arabpsynet Dictionaries FRENCH Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm

Arabpsynet English Papers Search

www.arabpsynet.com



Send your Paper summary via THESIS FORM

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Arabpsynet Papers Search By Arabic, English & French words



www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers (For Subscribers)
<http://localhost/paper/PapForm.htm>

THE 5TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON PSYCHIATRY

Conference theme

"CHALLENGES IN THE OUTCOME OF PSYCHIATRIC DISORDERS "

28 - 30 April 2009 - Intercontinental Hotel, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia

Mental disorders are highly prevalent, heterogeneous, and of multifactorial etiology. Collectively, they are associated with significant morbidity, mortality, and economic cost. Wellness is the optimal outcome in the management of chronic medical and psychiatric disorders.

Recently there has been a growing awareness of the importance of the outcome in the management of psychiatric disorders.

We aim is to present and discuss comprehensive updated knowledge in the field of psychiatry. We believe this conference is a wonderful opportunity for Arab expertise within the Arab World & across the globe to exchange experience, network & plan for future collaborative activities. We hope to conclude practical achievable directions for improving psychiatric services in our region for the near future.

The conference main speakers will be opinion leaders in the field of psychiatry as well as policy and decision makers. We also welcome new research & submissions from senior colleagues & trainees.

In our three days' conference you will enjoy the Academic, Social & Spiritual aspects of the programme. In addition you will definitely enjoy the well-known Arabic hospitality.

Dr. Mohammed Khaled

Secretary General of conference

Topics of the conference

- Arab Mental Health services: Service Development, Policies, Pathways to Care and Healthcare economics.
- Outcome in the management of psychiatric disorders.
- Psychosis: Early intervention in Psychosis, Compliance, Relapse prevention, Rehabilitation and improving outcome in Schizophrenia.
- Mood Disorders: Depressive disorder & Challenges in the management of Bipolar Disorder.
- Outcome in the management: Posttraumatic Stress Disorder, Personality Disorders, Psychosexual Disorders, Alcohol & Drug Dependence, Eating Disorders
- Liaison Psychiatry.
- Forensic Psychiatry
- Child & Adolescent Psychiatry
- Old Age Psychiatry: functional & organic mental disorders in old age.

- Therapeutic Approaches in Mental Health: Bio-Psych-Socio-Spiritual.
- Role of religion in clinical practice both in prevention & treatment.
- Brain Imaging in the diagnosis & management of mental disorders.
- Medical ethics, Religion & Spirituality in the era of Globalisation.
- Advances in the field of Medical Education & Psychiatric Training.
- Stigma of Mental illness & role of media in promoting positive public opinion.
- The interface between Psychiatry, Psychology, Philosophy and Social sciences.

Courses:

Course organisers are kindly requested to prepare all relevant materials to be given to participants enrolled on their courses. Course proposals must include self-assessment questionnaires and answers to evaluate the learning outcome of the participants.

Target Participants:

Psychiatrists, Neurologists, Neurosurgeons, Psychologists, Medical Students, Psychiatric Nurses, Social Workers, Occupational Therapists, Teachers, Carers and all professionals who practice in relation to the care of individuals who suffer from Mental Health problems.

Guidelines for abstract submission:

Deadline for submission: 01.01.2009

Registration Fees:

- Early registration (before 31.02.2009): 60 \$ or 200 Saudi Riyal
- After 31.01.2008: 70 \$ or 250 Saudi Riyal
- **For each training course (workshop):** 30 \$ or 100 Saudi Riyal

Organizing Committees

Honorary Chairman

- Prof. Ahmed Okasha

Professor and Director of WHO collaborating Centre for training and research in mental health Institute of psychiatry, Ain Shams University
President of Egyptian Psychiatric Association
President of Arab Federation of Psychiatrist
Past President WPA

Head Organizing Committee

- **Dr. Mohamed Shawoosh**
Consultant of Psychiatry, Director of Alamal Hospital
Jeddah

Scientific Committee

- **Prof. Mostafa Kamel (Egypt)**
- **Prof. Farouk Lotaief (Egypt)**
- **Prof. Tarek Alhabeeb (KSA)**
- **Prof. Abdullah Al-Sobaie (KSA)**
- **Dr Mamdouh EL-Adl (UK)**

Congress Advisor

- **Prof. Afaf Hamed Khalil**
Professor of Psychiatry, Ain Shams University
Hospitals

Congress Counsellor

- **Prof. Tarek Alhabeeb**
Professor and Consultant of Psychiatry, King Khalid
University Hospital, King Saud University, Riyadh.

Congress Coordinator

- **Prof. Mohamed Ghanem**
Professor of Psychiatry and Chair, Institute of
Psychiatry, Ain Shams University Hospitals

Secretary of the Scientific Committee

- **Dr. Amira Al Batrawy**
Psychiatry Consultant SGH- Jeddah

Secretary General of the Congress

- **Dr. Mohamed Khaled**
Consultant and Head of Psychiatric Department,
SGH- Jeddah

Organizing Committee

- **Dr. Ayman Ali**
Psychiatry Specialist SGH- Jeddah

- **Dr. Fatma AlWakeel**
Psychiatry Specialist SGH- Jeddah
- **Dr. Galal Saif**
Alamal Hospital – Jeddah
- **Mr. Mohamad Mahmoud**
Clinical Psychologist SGH- Jeddah
- **Mrs. Mai Alsherif**
Clinical Psychologist SGH- Jeddah
- **Mrs. Samera Al-Ghamdi**
Alamal Hospital – Jeddah
- **Dr Mamdouh EL-Adl**
Consultant Psychiatrist, UK
- **Mr. Yasser Mersal**
Media Services Manager SGH- Jeddah

Academic Affairs Directorate

- **Mr. Mohamed Abdel-Maksoud**
Assistant Director
- **Mr. Mahboob Islam**
Event Co-ordinator
- **Mr. Khalid Abdel Fattah**
Mass Communication Officer
- **Mrs. Katherine Salas**
Event Co-ordinator
- **Mrs. Tess Tadeo**
Logestic Officer

Congress Secretariat

- **Dr. Mohamed Khaled**
Secretary general of the congress

Tel. 00966-507377541

Fax. 00966-2-6835874

E-mail

psy1.jed@sghgroup.net ; moh.khaled.hamed@gmail.com

APN SUBSCRIPTION

ARABPSYNET SERVICES PACK 2008

APN SERVICES PACK N°1 (Protected Links & APN Mailing List)

- Free for Psychiatrists & Psychologists After Send CV Via "cv Form": www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

APN SERVICES PACK N°2 (Protected Links + APN Mailing List + APN e.Journal + APN e.Books + 4 Letters to ePsydict (epsydict Arabic Edition; English Edition & French Edition)

- Registration bulletin: www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm

ePsydict Buy

www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm

APN Gold Book

www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp
www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

Send Your Appreciation

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

FORUM de la Psychologie du TRAVAIL AU MAROC

« LA CONTRIBUTION de la psychologie à la SANTÉ, la SÉCURITÉ ET la PRÉVENTION DES RISQUES AU TRAVAIL »

ORGANISER PAR

GROUPE D'ETUDES SUR LE TRAVAIL ET LA VIE QUOTIDIENNE
FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES
UNIVERSITÉ MOHAMMED V – AGDAL. RABAT

Le 27- 28 Avril 2009 Rabat- Maroc

abdelkrimbelhaj@menara.ma

Bien que récente, la psychologie du travail recèle au Maroc une expérience notable et dont les sources remontent au moins aux années soixante. De fiabilistes émérités, des applications de certains cabinets de sélection du personnel et quelques actions introduites dans les usages organisationnels ont progressivement suggéré à certaines entreprises marocaines comme l'OCP et l'ONCF la création de centres de psychologie pour cultiver les pratiques que propose cette discipline. Par ailleurs, grâce à l'impulsion de l'université Mohammed V, d'autres groupes industriels et des organismes de l'état, la psychologie du travail se trouve aujourd'hui au centre d'un intérêt grandissant dans l'activité industrielle et dans l'enseignement universitaire.

Vaste champ disciplinaire, la psychologie du travail dont l'objet s'inscrit dans l'étude des dimensions psychologiques, sociales et culturelles qui animent la vie de l'homme au travail. Par ses théories, ses outils et ses conseils, la psychologie du travail œuvre à améliorer les conditions de vie de l'être humain dans son milieu de travail. Au-delà des maîtrises des risques et de détection des dysfonctionnements (techniques, sociaux ou organisationnels) La psychologie du travail élargit ses domaines de qualification à ceux de la pédagogie de la formation, la gestion des compétences et des performances, la diminution du stress, l'aménagement des postes, la maîtrise des risques et l'augmentation de la fiabilité dans ses fonctions à risque.

Au milieu du travail, les opportunités, le rendement, les performances et la gestion des risques, ont toujours été des éléments indissociables de l'attention de l'entrepreneur (état ou privé). Cette préoccupation devient constante et met en lumière en premier lieu le facteur humain. Ce facteur qui a sa propre dynamique dans le même temps qu'il reste conditionné par une démarche stratégique ainsi que par un environnement de plus en plus incertain et des variables disparates d'ordre technologique, économique, biologique, ou juridique.

Face aux risques engendrés par un tel contexte, les entreprises doivent se doter d'une stratégie de prévention appuyée par une démarche globale et systémique, intégrant le facteur humain. La psychologie du travail permet de mieux identifier, évaluer, quantifier et gérer les facteurs prédominants et les événements indésirables, puis communiquer sur leur traitement.

Aussi plus la psychologie du travail ne cesse de clarifier l'importance du rôle du facteur humain dans la création des plus values (directes et indirectes), plus les entreprises et

l'état devraient investir dans la recherche et la maîtrise des risques auxquels elles sont confrontées quotidiennement. L'être humain bénéficiera de ces efforts en vivant dans un environnement meilleur.

Ce forum se veut un lieu de rencontre et d'échange dans lequel prendront part des psychologues du travail, des psychologues cliniciens, des psychosociologues, des médecins du travail, des managers de ressources humaines etc....., et ce, dans la perspective de répondre avec courage et conviction aux différents problèmes dans le milieu du travail. Des problèmes et des questions relatifs aux trois niveaux d'analyses suivants :

- Niveau individuel: étude des perceptions, des affects et les comportements des salariés et de tous les acteurs du monde professionnel (managers, syndicalistes, consultants, etc)
- Niveau groupe: analyse la communication, la cohésion, les relations interpersonnelles, les relations de pouvoir, les conflits dans la réalisation des activités de travail. Il s'agit également des phénomènes de groupe, d'efficacité et de performance des équipes.
- Niveau organisationnel: étude de la structuration des organisations, la culture organisationnelle, les processus de conduite de changement organisationnel.

IL sera donc question d'approfondir la réflexion et l'échange des idées et des expériences entre les différents spécialistes dans les diverses disciplines sur les problématiques relatives au monde du travail. Cette réflexion mettra l'accent sur des thèmes relevant des préoccupations de la psychologie du travail tels que:

- Processus, pratiques managériales et effets du travail émotionnel.
- Le contrat psychologique: comprendre la relation d'emploi.
- Theories et dimensions de l'évaluation cognitive dans la recherche organisationnelle.
- Rôles, profils et missions de la psychologie du travail
- Flexibilité au travail et régulation psychosociologique de l'organisation..
- Techniques de recrutement, applications psychotechniques, bilans des compétences.
- Identité professionnelle et logique des ressources humaines
- Les dimensions psychologiques de la prévention et de la sécurité.
- Santé et ergonomie.

Cette manifestation a pour ambition de réunir des chercheurs, psychologues, psychosociologues, médecins, praticiens, professionnels, ingénieurs, managers et gestionnaires, pour échanger les enseignements issus des

expériences et les opportunités qui sont à même de favoriser l'évolution du travail et de l'activité, notamment pour asseoir de nouvelles dynamiques dans les esprits, les usages et les pratiques.

FORMULAIRE

« Proposition de communications »

- Nom
- Prénom :
- Titre ou fonction :
- Institution :
- Ville : Pays :
- Adresse :
- Téléphone : Fax :
- E-mail :
- Titre de la communication :

Résumé:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les propositions de communications sont à envoyer avant le 20/12/08.

à l'adresse email : abdelkrimbelhaj@menara.ma

Arabpsynet ThesisSearch

<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Arabpsynet Thesis

Send Your Thesis Summary Via This Form

<http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm>

CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROSCIENCES : FORMATION ET RECHERCHES

LABORATOIRE SCIENCES DU LANGAGE-
NEUROSCIENCES COGNITIVES-
COMMUNICATION (SLANCOM) –
UNIVERSITÉ D'ALGER ET SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'ORTHOPHONIE (SAOR)

20-21 juin 2009

Chacun de nos comportements est sous-tendu par une fonction cognitive : parler est sous-tendu par la fonction langage. L'acte de lecture, de traduction, d'écriture sous dictée, de répéter ou de communiquer est sous-tendu par la fonction de décodage et d'encodage. Nos actions sont sous-tendues par des processus complexes de prise de décision et de planification motrice...

Depuis le 17^e siècle et même avant, le cerveau a été reconnu comme étant le centre de l'intellect du fait que toutes nos cognitions sont commandées par le cerveau. Les biologistes soulignent à ce titre que chacun de nos comportements reflète une fonction du cerveau (je me situerai dans la thèse selon laquelle un comportement reflète une multitude de fonctions du cerveau : perception, mémoire, action, émotion...). La pensée, la conscience peut-être sont des aspects de l'activité cérébrale, comme le sont les actions d'apprendre, de sourire ou de souffrir. Inversement, les troubles des processus cognitifs (perceptifs, praxiques, gnosiques, linguistiques, neuropsychologiques, moteurs...) caractérisent les maladies psychiatriques et neurologiques et résultent de lésions ou de dysfonctionnements cérébraux.

Quelles règles lient l'anatomie et la physiologie du cerveau aux fonctions perceptives, mnésiques et motrices? Comment nos perceptions du monde influencent nos émotions et nos prises de décision, et comment, inversement, nos émotions affectent nos fonctions cognitives? Cette frontière, peut-être ultime de la connaissance de l'homme par lui-même est l'un des enjeux majeurs des neurosciences.

Les neurosciences viennent de connaître des avancées spectaculaires, que la complexité du cerveau et les méandres de son organisation hiérarchique rendaient inconcevables. L'évolution des neurosciences a bénéficié de l'apport de nombreuses disciplines nouvelles associant toutes les sciences du vivant (biologie moléculaire, biochimie, électrophysiologie, anatomie...), à celles de l'ingénierie (physique, mathématiques, informatique) et aux sciences humaines (linguistique, psychologie cognitive, philosophie...). Les progrès spectaculaires de la biologie moléculaire ont donné une image plus complète des éléments constitutifs des cellules nerveuses (neurones). Grâce à la révolution de l'imagerie, les chercheurs disposent d'outils permettant de visualiser l'activité globale du cerveau, en relation avec des fonctions cognitives complexes. La neurophysiologie, quant à elle, permet d'étudier la relation entre activité neuronale en relation avec le comportement. Les avancées de l'imagerie cérébrale, conjuguées avec des études neuropsychologiques et électrophysiologiques, permettront d'observer, en temps réel, le système nerveux en action. Associées aux neurosciences cognitives,

techniques d'imagerie permettent, de plus en plus, d'identifier les parties du cerveau utilisées pour divers aspects du raisonnement. Il reste encore à relier les différents niveaux entre eux, pour mieux comprendre comment le fonctionnement, au niveau du neurone, se traduit en activité d'ensembles neuronaux, et en activité globale au niveau cérébral.

Ces progrès mettent à notre disposition une base de référence essentielle pour l'analyse génétique des maladies humaines comme les maladies neuro-développementales (autisme), la maladie d'Alzheimer, la dysarthrie de Parkinson, la sclérose en plaque, les épilepsies, certaines affections psychiatriques, et d'envisager la mise en œuvre de thérapies novatrices. Les syndromes neuropsychologiques acquis (aphasies, amnésies, agaphies, alexies, apraxies...) en sont également et de plus en plus, aujourd'hui, bénéficiaires.

Malgré l'importance des découvertes effectuées à ce jour, les neurosciences en sont encore à leurs débuts.

Concernant la formation de base qui conduit aux recherches en neurosciences puis à leur enseignement, la question est encore plus complexe et nécessite des efforts particuliers.

En Algérie, et concernant le champ des sciences humaines, la post-graduation d'orthophonie (1987-2009) qui se prolongera (2010....) par le Master de neurosciences cognitives (projet conçu comme devant s'inscrire dans un Réseau Euro-Méditerranéen de Neurosciences, le GDRI), fut et est la clé permettant l'installation des jalons, base de la naissance aujourd'hui, des neurosciences cognitives.

L'objectif de ce congrès, qui fait suite au colloque international de Beni Abbes (mars 2003), puis aux travaux de l'atelier réservé aux neurosciences lors du IV^e Colloque International du Laboratoire SLANCOM (juin 2006), réside dans un regroupement des capacités de recherches menées en Algérie par les médecins, les biologistes, les linguistes, les traductologues, les neuropsychologues, les orthophonistes et les psychologues (et, en perspective, les tenants de bien d'autres sciences), ayant pour objet le cerveau et son fonctionnement, le tout, dans un contexte de discussions avec des chercheurs internationaux.

Concernant le bagage à acquérir pour accéder à la recherche neuroscientifique, l'expérience menée depuis 30 ans en Algérie qui consiste en la création de la licence, de la post-graduation et du Doctorat d'Orthophonie dans leurs prolongements en sciences du langage et en neuropsycholinguistique, sera exposée dans ses résultats actuels, en vue d'ouvrir un débat autour de la formation académique de base, nécessaire à la recherche et l'enseignement neuroscientifiques.

Nous souhaitons que ce congrès soit l'occasion de réunir toutes les forces Algériennes en Neurosciences, afin d'organiser les collaborations nationales et internationales en s'insérant dans des réseaux. La concertation à l'échelle nationale est donc un élément capital dans la mise en œuvre d'une politique scientifique orientée vers les pays du pourtour méditerranéen.

Ceci permettra l'intégration des Laboratoires de recherches algériens spécialisés en neurosciences, au sein du projet de Réseau Euro-Méditerranéen de neurosciences, initié par le GDRI Franco-Marocain de Neurosciences, coordonné par Driss Boussaoud, Directeur de l'Institut de Neurosciences Cognitives de la Méditerranée (CNRS, Marseille) et Omar Battas, Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca.

Les chercheurs des Laboratoires de biologie, de psychologie et de médecine à l'échelle nationale qui s'inscrivent dans les neurosciences sont donc vivement invités à participer massivement à ce congrès, qui réunira les membres du Laboratoire organisateur (SLANCOM, Université d'Alger) et des invités étrangers, membres d'organismes internationaux, comme IBRO, l'AMN et autres Sociétés de pays Méditerranéens (France, Maroc, Espagne, Italie,...), afin de débattre des avancées dans ce domaine qui fait, aujourd'hui, la modernité des savoirs.

L'Association Algérienne de Neurosciences pourrait en être la consécration.

Contact : Pr. Nacira ZELLAL
nacirazellal@yahoo.fr

ARABPSYNET DICTIONARIES

Arabic Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm

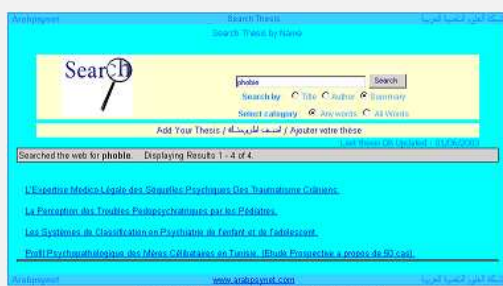
ARABPSYNET DICTIONARIES

French Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm

ARABPSYNET THESISSEARCH



<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

ARABPSYNET THESIS

Send Your Book Summary Via This Form

<http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm>



المؤتمر العلمي الثاني للتربية الخاصة

"جودة الحياة: نمو مستقبلي أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة"

بدعوة: كلية التربية بجامعة بنها

قسم الصحة النفسية

abohabibas@gmail.com

12- 13 يوليو 2009 م

مقدمه

أصبحت الجودة هدفاً للدراسة والبحث باعتبارها الناتج أو الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل للحياة، فاجتمع بما يمتلكه من طاقات مادية وبشرية واسعة له الإسهام الأكبر والمباشر في الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة وتحسين جودة الحياة لديهم؛ وهذا يعتبر من أهم المؤشرات الدالة على تقدم هذا المجتمع، مما ينعكس على رضا الفرد عنها، وإحساسه بالسعادة والرغبة في الحياة.

وتعتبر الدراسات التي أجريت في منطقتنا العربية في مجال التربية الخاصة تحت عنوان "جودة الحياة" محدودة ونادرة، وأن المتخصصين في هذا المجال يكادون يكونون غائبين ببحوثهم المتخصصة - إلا فيما ندر- حيث برزت الحاجة إلى مثل هذه الدراسات والتأكيد على أهميتها في هذا المؤتمر والذي اتخذ شعاراً له " جودة الحياة، نحو مستقبل أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة" مما يعتبر دعوة للباحثين للاهتمام بهذا المجال الجديد. وضرورة إجراء الدراسات المتعددة فيه، وسد الفجوة التي تركتها ندرة أبحاث التربية الخاصة في هذا المجال.

يهدف المؤتمر إلى توضيح وبيان مفهوم وأسس وركائز جودة الحياة لكافة جوانب الرعاية والعناية بفئات ذوى الاحتياجات الخاصة (طبياً ونفسياً واجتماعياً وقانونياً وإعلامياً)، وإبراز مدى الاهتمام الذي توليه الأديان السماوية والقيم المجتمعية لفئات ذوى الاحتياجات الخاصة، وتبيان أفضل الوسائل والسبل لتفعيل دورهم ودمجهم في المجتمع، وتقديم خدمات نفسية واجتماعية أفضل لهم. كما يهدف المؤتمر إلى استعراض التجارب العربية والعالمية في مجال جودة حياة ذوى الإعاقة، والخطوات العلمية وبرامج التدخل المبكر والإرشاد النفسي والصحي والطبي والاجتماعي. كما سي طرح المؤتمر آخر المكتشفات العلمية في مجال جودة حياة ذوى الإعاقة، وأنماط الحياة الصحية السليمة.

- أوراق متخصصة في الجانب القانوني المتعلق بجودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة.
- ورش عمل متخصصة في جوانب الوقاية والحد من الإعاقات.
- دراسات في جوانب التدخل المبكر لرعاية ذوى الاحتياجات الخاصة.
- الآلية المقترحة لدمج ذوى الإعاقة في المجتمع وتفعيل دورهم.
- الخبرات العالمية في مجال جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة ورعايتهم.
- أنماط الحياة السليمة لذوى الاحتياجات الخاصة وأسرهـم.

1- الأهداف التفصيلية للمؤتمر

- إلقاء الضوء على مفهوم جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة (طبيياً ونفسياً واجتماعياً وقانونياً)
- تبيان أفضل الوسائل والسبل لتفعيل دور ذوى الإعاقة ودمجهم في المجتمع.

هذا؛ ومن المتوقع أن يشارك في المؤتمر رواد التربية الخاصة وطب المعاقين وعلماء الشريعة والأديان، وعلماء التربية وعلم النفس والصحة النفسية وعدد من الباحثين في هذا المجال. وسيطرح المؤتمر عددا من المواضيع الآتية:

- مفهوم جودة الحياة، ومعاييرها وبرامجها من منظور الصحة النفسية وعلم النفس الايجابي.
- التخطيط العلمي البحثي والمؤسسي لمستقبل ذوى الاحتياجات الخاصة في ضوء جودة الحياة.
- جودة الحياة وأخلاقيات ومهارات التعامل مع ذوى الاحتياجات الخاصة.
- دراسات في الجانب النفسي المتعلق بجودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة.
- بحث في الجانب الطبي المتعلق بجودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة.
- أوراق متخصصة في الجانب الاجتماعي المتعلق بجودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة.

طريقة المشاركة: تقبل المشاركات سواء بحوث أو أوراق عمل أو ورش عمل وذلك بعد عرضها على لجنة التحكيم العلمية، ويتم التواصل عبر الايميل التالي:

abohabibas@gmail.com - www.shifa.uni.cc

4- أعضاء المؤتمر

رئيس المؤتمر: ا.د. محمود عوض الله سالم عميد كلية التربية
مقرر المؤتمر: ا.د. أشرف أحمد عبد القادر وكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث
أمين عام المؤتمر: ا.د. هشام عبد الرحمن الخولي رئيس قسم الصحة النفسية

5- برعاية

السيد المستشار عدلي حسين محافظ القليوبية
الأستاذ الدكتور حسام الدين العطار رئيس جامعة بنها

6- موقع المؤتمر

مع مراعاة كافة شروط المنهجية العلمية في الأبحاث وأوراق العمل وإرسال كافة تفاصيل ورش العمل، أو الرغبة في إقامة معرض مصاحب للمؤتمر، أو عرض البوسترات.

7- شروط المشاركة بالمؤتمر

- 1- أن يكون البحث المقدم ضمن موضوعات المؤتمر ومحاوره المعلن عنها، وأن يكون بحثاً أصيلاً لم يسبق نشره أو إلقاؤه في مؤتمرات سابقة.
- 2- ألا يزيد عدد صفحات البحث عن ثلاثين صفحة، وأن يراعى فيه أصول الكتابة العلمية والتوثيق.
- 3- أن يكتب البحث على الحاسب الآلي، ونوع خط Simplified Arabic بحجم خط 14 للمتن، و16 للعناوين، و12 للهوامش، على أن يكون مقياس الصفحة 17,5 × 25 سم؛ "والالتزام وفق النموذج المرفق".
- 4- أن يلتزم الباحث بإجراء التعديلات التي تطلب منه قبل نشر البحث بمجلد المؤتمر.

8- رسوم الاشتراك

من مصر 300 جنيه مصري.

من الخارج 300 دولار.

ترسل كحالة بريدية أو بنكية إلى باسم:

الأستاذ الدكتور **أشرف أحمد عبد القادر** أستاذ الصحة النفسية
وكيل كلية التربية لشئون الدراسات العليا والبحوث، مقرر المؤتمر

9- المراسلات البريدية

- جمهورية مصر العربية
- جامعة بنها - كلية التربية
- وكيل كلية التربية لشئون الدراسات العليا والبحوث
- مقرر المؤتمر

- توضيح آلية تقديم خدمات نفسية واجتماعية وطبية أفضل لذوى الإعاقة.
- استعراض التجارب العالمية في مجال جودة حياة ذوى الإعاقة .
- توضيح الاهتمام الشديد الذي توليه الأديان السماوية والقيم المجتمعية لذوى الاحتياجات الخاصة.
- التعريف بالخطوات الوقائية للمقبلين على استقبال طفل معاق .
- تقنين بعض المصطلحات مثل جودة حياة الفئات الخاصة.
- استعراض آخر المكتشفات العلمية في مجال أبحاث جودة حياة ذوى الإعاقات.
- تبيان أنماط الحياة الصحية السليمة.
- برامج التعليم والتدريب الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة.
- الخدمات الإعلامية المقدمة لذوى الاحتياجات الخاصة.

2- المحاور الرئيسية للمؤتمر

- المحور الأول : مفهوم وأسس وركائز وبرامج جودة الحياة لذوى الاحتياجات الخاصة، ويشمل " ذوى الإعاقة السمعية (الصم وضعاف السمع والصم المكفوفين)، ذوى الإعاقة البصرية، ذوى الإعاقة العقلية، ذوى الإعاقة الحركية، ذوى صعوبات التعلم، الأطفال الاوتيزم، ذوى الصرع والشلل الدماغي والإعاقات النمائية، الموهوبين والمتفوقين عقلياً، المبدعين والمبتكرين، وكافة الفئات الخاصة"
- المحور الثاني: جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة وبرامج التدخل المبكر .
- المحور الثالث: جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة وآليات الدمج.
- المحور الرابع: جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة والخبرات الميدانية وبرامج التأهيل.
- المحور الخامس: جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة ووسائل التكنولوجيا الحديثة.
- المحور السادس: جودة حياة ذوى الاحتياجات الخاصة ووسائل الإعلام والتدريب والتعليم المستمر.

3- ضيوف شرف المؤتمر

1. محافظ القليوبية.
2. رئيس جامعة بنها.
3. نواب رئيس جامعة بنها، وعمداء الكليات بالجامعة.
4. عدد من المؤسسات والشخصيات العالمية والعربية المهمة بذوى الاحتياجات الخاصة.

الفئات المستهدفة: كل فئات المجتمع خاصة الباحثين والخبراء في مجال ذوى الاحتياجات الخاصة

موعد المؤتمر: الأحد 12- إلى الاثنين 13 يوليو 2009 م .

موقع المؤتمر: مركز جامعة بنها للمؤتمرات

لغة المؤتمر: اللغة العربية والإنجليزية.

الجهة المنظمة: قسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة بنها.

CONGRESS AGENDA Of INTERNATIONAL Psy

FIRST QUARTLY 2009

December – January – February – March

<http://www.wpanet.org> - webdesign@wpanet.org

INTERNATIONAL Psy CONGRESS AGENDA

Title: "The Third Japan-ASEAN Men's Health & Aging Conference"**Place:** Singapore, Singapore**Date:** December 01- 03, 2008**Contact:** Dr. Francis Kwong**Phone:** 65-67-785-620**Fax:** 65-67-781-372**E-Mail:** menshealth@pinghealthcare.com

Title: "Mental Capacity Act in the Care of Older People"**Place:** London, England, United Kingdom**Date:** December 02, 2008**Contact:** Meeting Organiser**Phone:** 02-0-85-411-399**Fax:** 02-0-85-472-300**E-Mail:** keren@healthcare-events.co.uk

Title: "AAAP 19th Annual Meeting & Symposium"**Place:** Boca Raton, FL, United States**Date:** December 04-07, 2008**Contact:** AAAP, 345 Blackstone Blvd, 2nd Floor RCH, Providence RI 02906**Phone:** 401-524-3076**Fax:** 401-272-0922**E-Mail:** information@aaap.org

Title: "6th National Bipolar Disorder Conference"**Place:** London, England, United Kingdom**Date:** December 05, 2008**Contact:** Amy Tranter**Phone:** 02-0-75-016-711**E-Mail:** amy.t@markallengroup.com

Title: "13th Annual Congress of Internal Medicine"**Place:** Brussels, Belgium**Date:** December 05-06, 2008**Contact:** Isabel Van Dorpe**Phone:** 32-93-324-402**Fax:** 32-23-324-403**E-Mail:** isabel.vandorpe@ugent.be

أجندة المؤتمرات الطبفسية العالمية

الثلاثية الأولى 2009

ديسمبر - جانفي - فيفري - مارس

<http://www.wpanet.org> - webdesign@wpanet.org**Title:** "Bipolar Disorder: From Childhood to Adulthood"**Place:** Boston, MA, United States**Date:** December 12-13, 2008**Contact:** CME Office**Phone:** 617-384-8600**Fax:** 617-384-8686**E-Mail:** hms-cme@hms.harvard.edu

Title: "Clinical Trials: ICH GCP meeting"**Place:** Kiev, Ukraine**Date:** December 17 - 18, 2008**Contact:** Kristina Shevchenko**E-Mail:** dr@nbscience.com

Title: "The 9th Annual Conference on Medical Negligence and Risk Management in Medicine, Surgery, Emergency Medicine, Radiology, Psychiatry and Family Medicine"**Place:** Panama City, Panama**Date:** January 05-08, 2009**Contact:** Continuing Medical Education, Boston University School of Medicine, 715 Albany Street, A305, Boston, MA 02118**Phone:** 617-638-4605**Fax:** 617- 638-4905**E-Mail:** cme@bu.edu

Title: "American Psychoanalytic Association Winter 2009 Meeting"**Place:** New York, NY, United States**Date:** January 14 - 18, 2009**Contact:** American Psychoanalytic Association, 309 East 49th Street New York, New York 10017-1601**Phone:** 212-752-0450**Fax:** 212-593-0571**E-Mail:** info@apsa.org

Title: "6th International Conference for Medical Students in the GCC Countries"**Place:** Al Ain, United Arab Emirates**Date:** January 18 - 21, 2009**Contact:** Dr. Abdulla Al Rahoomi**Phone:** 00-971-504-475-142**Fax:** 00-97-137-137-392**E-Mail:** gcc6mconf@uaeu.ac.ae

Title: "Medicine Meets Virtual Reality 17 (MMVR17)"

Place: Long Beach, CA, United States

Date: January 19 - 22 , 2009

Contact: James Westwood

Phone: 1-805-534-0300

Fax: 1-805-534-9030

E-Mail: mmvr17@nextmed.com

Title: "2009 Psychopharmacology Update Institute: Child and Adolescent Psychopharmacology: Evidence-Based Treatments and Beyond "

Place: New York, NY, United States

Date: January 23 - 24, 2009

Contact: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
3615 Wisconsin Avenue, N.W, Washington, D.C.20016-3007

Phone: 202-966-7300

Fax: 202-966-2891

E-Mail: meetings@aacap.org

Title: "17th European Congress of Psychiatry - AEP 2009"

Place: Lisbon, Portugal

Date: January 24 - 28, 2009

Contact: Liraz Bregman

Phone: 41-229-080-488

Fax: 41-227-322-850

E-Mail: aep2009@kenes.com

Title: "23rd Annual San Diego International Conference on Child & Family Maltreatment"

Place: San Diego, CA, United States

Date: January 26 - 30, 2009

Contact: Linda Wilson

Phone: 858-966-4972

Fax: 858-966-743

E-Mail: lkwilson@rchsd.org

Title: "Eating Disorders and Weight Gain CME"

Place: Jerusalem, Israel

Date: January 26 - 27, 2009

Contact: Helen Goldmunz

Phone: 97-226-520-574

Fax: 97-226-520-558

E-Mail: seminars@isas.co.il

Title: "3rd Annual Psychiatric Pharmacogenomics"

Place: Kohala Coast, HI, United States

Date: February 01-03, 2009

Contact: Vicki Klein

Phone: 800-323-2688 / **Fax:** 507-284-0532

E-Mail: cme@mayo.edu

Title: "2009 Drug Discovery for Neurodegeneration, presented by the Alzheimer's Drug Discovery Foundation"

Place: Washington, DC, United States

Date: February 02-03, 2009

Contact: World Events Forum

Phone: 1-773-784-8134 / 1-773-782-6747

Fax: 1-208-575-5453

E-Mail: meetings@worldeventsforum.com

Title: "Culture and Mental Health: Emerging Trends in Psychotherapy and Social Programs"

Place: Havana, Cuba

Date: February 02-06, 2009

Contact: Dr. Cristobal Martinez

E-Mail: crisma@infomed.sld.cu

Title: "Rencontres de Neurologie Comportementale"

Place: Paris, France

Date: February 05, 2009

Contact: Meeting Organiser

Phone: 00-33-170-946-500

Fax: 00-33-170-946-501

E-Mail: rnc2009@b-c-a.fr

Title: "12th International CPD Conference: Keeping the Brain in Mind "

Place: Mayan Riviera, Mexico

Date: February 16 - 20, 2009

Contact: Registration Coordinator

Phone: 613-234-2815

Fax: 613-234-9857

E-Mail: icpd@cpa-apc.org

Title: " La coppia nel primo anno di vita del bambino"

Place: Torino, Italy

Date: February 27, 2009

Contact: Meeting Organiser

Phone: 39-0-10-583-224

Fax: 39-0-105-531-544

E-Mail: lacoppia@aristea.com

Title: " Hormones in Cerebral Chemistry "

Place: Hanoi, Viet Nam

Date: February 28, 2009 - March 14, 2009

Contact: Dr. Martin Gerretsen

Phone: 1-888-647-7327

Fax: 1-888-547-7337

E-Mail: cruises@seacourses.com

Title: " MINDING THE GAP: Freudian & Relational/Interpersonal Psychoanalysts in Dialogue "

Place: New York, NY, United States

Date: February 28, 2009

Contact: American Psychoanalytic Association, 309 East 49th Street New York, New York 10017-1601

Phone: 212-752-0450

Fax: 212-593-0571

E-Mail: info@apsa.org

Title: " AAGP 22nd Annual Meeting "

Place: Honolulu, HI, United States

Date: March 01-10, 2009

Contact: AAGP, 7910 Woodmont Ave, Suite 1050, Bethesda, MD 20814-3004

Phone: 301-654-7850

Fax: 301-654-4137

E-Mail: main@aagponline.org

Title: "14th Annual Winter Meeting of CAPL (Canadian Academy of Psychiatry and Law)"

Place: Mont Tremblant, Canada

Date: March 01-04, 2009

Contact: Chaimowitz Gary M.B

Phone: 905-388-2511

Fax: 905-381-5606

E-Mail: haimow@mcmaster.ca

Title: " ANZATSA 5th Biennial Conference, 2008 "Responding to Sexual Abuse: Safeguarding Human Rights "

Place: Sydney, NSW, Australia

Date: March 05-07, 2009

Contact: Conference Secretariat

Phone: 61-282-040-770

Fax: 61-292-124-670

E-Mail: conference@anzatsa.org

Title: "2009 Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry "

Place: Honolulu, HI, United States

Date: March 05-09, 2009

Contact: AAGP, 7910 Woodmont Ave, Suite 1050, Bethesda, MD 20814-3004

Phone: 301-654-7850

Fax: 301-654-4137

E-Mail: main@aagponline.org

Title: "5th Annual Forging the Future in Psychiatry and Mental Health Conference"

Place: Louisville, KY, United States

Date: March 05-06, 2009

Contact: Kentucky Psychiatric Medical Association, 649 Charity Court #13, Frankfort, KY 40601

Phone: 502-695-4843 / 1-877-597-7924

Fax: 502-695-4441

E-Mail: kpma@insightbb.com

Title: " Clinical Dialogue: Update on Psychopharmacology "

Place: New York, NY, United States

Date: March 06-07, 2009

Contact: Kish Woodward

Phone: 770-751-7332

Fax: 770-751-7334

E-Mail: meetings@imedex.com

Title: " Keystone Symposia: The Molecular Basis of Schizophrenia and Bipolar Disorder (X1)"

Place: Keystone, CO, United States

Date: March 06-10, 2009

Contact: Meeting Organiser

Phone: 1-800-253-0685 / 1-970-262-1230

Fax: 1-970-262-1525

E-Mail: info@keystonesymposia.org

Title: "19th Annual Rotman Research Institute Conference - Cognitive Aging: Research and Practice"

Place: Toronto, ON, Canada

Date: March 08-10, 2009

Contact: Paula Ferreira

Phone: 416-785-2500 ext 2363

E-Mail: pferreira@baycrest.org

Title: "1. Drei - Länder - Tagung der Psychosomatischen Frauenheilkunde 2009"

Place: Salzburg, Austria

Date: March 12-15, 2009

Contact: Christine Binder, Karin Glück

Phone: 43-0-6-643-533-202

E-Mail: drei_laender_tagung@yahoo.de

Title: "3rd National Congress on Psychopharmacology"

Place: Istanbul, Turkey

Date: March 12-15, 2009

Contact: Toygun KUTAY

Phone: 903-124-405-011

Fax: 903-124-414-563

E-Mail: toygun.kutay@serenas.com.tr

Title: "ADAA 29th Annual Conference"

Place: Santa Ana Pueblo, NM, United States

Date: March 12-15, 2009

Contact: Anxiety Disorders Association of America, 8730 Georgia Ave., Suite 600, Silver Spring, MD 20910

Phone: 240-485-1032 or 240-485-1031

Fax: 240-485-1035

E-Mail: information@adaa.org / conference@adaa.org

Title: "Violence Risk Training Workshop"

Place: Edinburgh, Scotland, United Kingdom

Date: March 17-20, 2009

Contact: Gemma Higgins

Phone: 0-1-355-244-966

Fax: 01-355-249-959

E-Mail: violencerisk@glasconf.demon.co.uk

Title: "Therapies for Generalized Anxiety Disorder"

Place: Herzliya, Israel

Date: March 18-19, 2009

Contact: Helen Goldmunz

Phone: 97-226-520-574

Fax: 97-226-520-558

E-Mail: seminars@isas.co.il

Title: "AMWC - Anti-Aging Medicine World Congress & Medispa"

Place: Monte-Carlo, Monaco

Date: March 19-21, 2009

Contact: Catherine DECUYPER

Phone: 33-0-156-837-800

Fax: 33-0-156-837-805

E-Mail: AMWC09@euromedicom.com

Title: "Florida Psychiatric Society Spring 2009 Meeting"

Place: St. Pete's Beach, FL, United States

Date: March 20 -22, 2009

Contact: Meeting Organiser

Phone: 850-222-8404

Fax: 850-224-8406

E-Mail: Meetings@floridapsych.org

Title: "76. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V. (DGSS)"

Place: Nordrhein-Westfalen, Germany

Date: March 26-29, 2009

Contact: Dr. med. H.J. Radü

Phone: 49 -0-234 / 612-464 / **Fax:** 49-0-234 / 612-393

E-Mail: h.radue@klinikum-bochum.de

Title: "XVI International Symposium About Current Issues and Controversies in Psychiatry: Suicidal Behaviour"

Place: Barcelona, Spain

Date: March 26-27, 2009

Contact: MARIA ORTIZ

Phone: 34-932-212-242

Fax: 34-932-217-005

E-Mail: barcelona@geyseco.es

Title: "2009 Lifelong Learning Institute: Clinical Practice Update and Maintenance of Certification Module 5"

Place: San Diego, CA, United States

Date: March 27-28, 2009

Contact: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 3615 Wisconsin Avenue, N.W, Washington, D.C.20016-3007

Phone: 202-966-7300

Fax: 202-966-2891

E-Mail: meetings@aacap.org

Title: "9th Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry – Quality and Outcomes in Mental Health Policy and Economics "

Place: Venice, Italy

Date: March 27-29, 2009

Contact: Dr. Massimo Moscarelli

E-Mail: moscarelli@icmpe.org

Title: "3rd Italian International Workshop of Franciacorta on Mood Disorder"

Date: March 28 -29, 2009

Contact: Dr. Giuseppe Tavormina

E-Mail: dr.tavormina.g@libero.it

Title: "9th London International Eating Disorders Conference"

Place: London, England, United Kingdom

Date: March 31, 2009 - April 02, 2009

Contact: Amy Tranter

Phone: 02-0-75-016-711

E-Mail: amy.t@markallengroup.com

Title: "11th International Neuroscience Winter Conference"

Place: Sölden, Austria

Date: March 31, 2009 - April 04, 2009

Contact: Alois Saria, PhD, Prof

Phone: 43-51-250-423-715

Fax: 43-51-250-423-716

E-Mail: philipp.tsolakis@i-med.ac.at

الميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس رابطة الأطباء النفسيين المصريين

التعديل الأول - نوفمبر 2007

ranmregconf@eparanm.com ranmhome@yahoo.com

تمهيد

البكالوريوس، أو الدبلوم، أو الماجستير، أو الدكتوراه في علم النفس، ممن يعملون في تخصصهم، وعلى جميع من ينطبق عليهم هذه الإصلاح التمسك بهذا الميثاق، وتوعية الآخرين به.

وتتضمن عضوية رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، التي قامت بوضع هذا الميثاق، التسليم بالولاء له والالتزام بالمحاسبة الأخلاقية من جانب الرابطة، كما يسلم كل من ينتمي للرابطة وينطبق عليه تعريف الأخصائي النفسي الوارد في هذا الميثاق بكل أحكامه.

ونظرا لأن عمل الأخصائي النفسي متشعب ومتنوع، فيجب أخذ ما ورد في هذا الميثاق كوحدة متكاملة يضاف بعضها إلى بعض، كما أن تخصيص مجالات معينة في هذا الميثاق، يعني الالتزام بها من جانب الأخصائي حين يمارس نشاطا، يندرج تحت هذه المجالات.

وتوصي الرابطة بضرورة توعية طالب علم النفس، أثناء دراسته وقبل التخرج في الجامعة، بهذا الميثاق ومبادئه.

كما توصي أصحاب المهن والهيئات، التي تقدم خدمات مساعدة للخدمة النفسية، كالأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، المعلمين، وغيرهم، أو ممن يشاركون في تقديم الخدمات النفسية، باحترام مبادئ هذا الميثاق وروحه كأساس لاستمرار التعاون بينهم وبين الأخصائيين النفسيين.

1- مبادئ عامة

1.1 يحافظ الأخصائي النفسي على مظهره العام، متجنباً المبالغة أو الاغتراب محترماً في هيئته، ملتزماً بحميد السلوك والآداب.

1.2 يلتزم الأخصائي النفسي بصالح العمل ورفاهيته، ويتجنب كل ما يتسبب، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، في الأضرار به.

1.3 يسعى الأخصائي النفسي إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام، والشرائع السماوية، والدستور، والقانون.

1.4 على الأخصائي النفسي أن يكون متحرراً من كل أشكال وأنواع التعصب الديني أو الطائفي، وأشكال التعصب الأخرى، سواء للجنس، أو السن، أو العرق، أو اللون.

1.5 يحترم الأخصائي النفسي في عمله حقوق الآخرين في اعتناق القيم والاتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه، ولا يتورط في أية تفرقة على أساسها.

1.6 يقيم الأخصائي النفسي علاقة موضوعية متوازنة مع العميل، أساسها الصدق وعدم الخداع، ولا يسعى لاستغلاله، أو الاستفادة من العميل بصورة مادية أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه مقابل الخدمة المقدمة، على أن يكون هذا الأجر معقولا ومتفقا مع القانون والأعراف السائدة، متجنباً شبهة الاستغلال أو الابتزاز.

1.7 لا يقيم الأخصائي النفسي علاقات شخصية - خاصة مع العميل - يشوبها الاستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي، أو الأناني

يصدر هذا التعديل للميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس في نوفمبر 2007 بعد اثنتا عشر عاما من إصدار الميثاق الأول عام 1995 الذي مثل إصداره وقتئذ مرحلة جديدة في الممارسة المهنية وساعد في إرساء دعائم المجتمع العلمي بصورة أدت إلى تعميق معرفة فئات المجتمع المختلف بنظامها العلمي وجدارته ومكانة المنتسبين إليه وما يتحلون به من خصائص وقيم والتزامات أخلاقية تحكم سلوكهم المهني والشخصي.

وعلى مدى السنوات الإثني عشر المنصرمة منذ صدور الطبعة الأولى من الميثاق استجدت أمور كثيرة منها دعم المجتمع التخصصي بأعداد كبيرة من المنتسبين إليهم وتزايد التوجه نحو دراسة علم النفس والإقبال المكثف على عضوية الرابطة واتساع مجال الممارسات المهنية وتنوعها، وهي أمور تؤدي بالضرورة إلى أهمية تعميق المعايير الأخلاقية التي تحكم السلوك المهني وتغطيه الجوانب الجديدة وتوضح الكثير من الأحكام التي صيغت بعبارة عامة في الطبعة الأولى، ومواجهة بعض التجاوزات التي كشفت عنها الممارسات خلال العقد الماضي.

يضاف إلى ذلك خطوة أبعد تتمثل في أهمية تنظيم الممارسة العلاجية والتي يبدو أن الوقت قد حان لتدخل مباشر من الرابطة فيها لدعم جهود المجتمع في تقديم الخدمات المختلفة بأعلى كفاءة ممكنة، وحيث تلعب جهود التدريب والتأهيل والرقابة المهنية أدواراً أساسية في تأكيد جدارة التخصص.

ونحن على ثقة من أن الخطوات البارزة التي يمكن رصدها في الإضافات التي يتضمنها هذا التعديل ستحظى بأقصى درجات القبول من كل الزملاء الذين يسعون لتقديم تخصصنا، وازدهار مكانة مهنة علم النفس، وتأكيد احترام وجدارة المشتغلين به.

وستعمل الرابطة بكل ما وسعها الجهد، لتطبيق واحترام بنود هذا الميثاق، وتشكيل لجنة الأخلاقيات المهنية (لجنة القيم) التي تعد جزءاً مكملًا لهذا الدستور الأخلاقي، واستكمال هذا الركن الأساسي في مجتمعنا العلمي.

مقدمة

لكل مهنة - من مهن المجتمع - أخلاقيات ومواثيق وقواعد ومبادئ تحكم قواعد العمل والسلوك فيه، وشروطه، وما ينبغي التزامه من جانب المتخصصين، والممارسين لنشاطها. ويعتبر الميثاق الأخلاقي دستوراً تعاهدياً بين المتخصصين، يلتزمون وفقاً له بالسلوك الهادف إلى أداء مهني عال، يترفع عن الأخطاء، والتجاوزات الضارة بالمهنة، أو مشتغلها، أو بالإنسان الذي تستهدفه هذه الخدمة النفسية.

ويكتسب هذا الدستور قوته واحترامه من قوة الالتزام به والإجماع الصادق على أهميته تنظيم هذه المهنة من جانب العاملين فيها.

ونقصد بالعملين في الخدمة النفسية، والذين سوف يشار إليهم في هذه الميثاق بـ " الأخصائي النفسي " ما يلي: الحاصلون على الليسانس، أو

2.6 دليل الاختبار جزء أساسي من الاختبار يتعين أن يتضمن كافة المعلومات السابقة وطريقة التطبيق والتصحيح، وعمل البروفيل النفسي إذا كان الأداء على المقياس يتطلب ذلك.

2.7 يتطلب إعداد أو تحديث الاختبار أن يوضح المؤلف أو المعد مقدمة الدليل العنوان أو الجهة التي تستقبل المعلومات والنتائج المختلفة التي يخرج بها الباحثون الآخرون من المقياس أو الاختبار، وعلى المؤلف أو المعد أن يشجع الباحثين المختلفين على إمداده بالمعلومات الأحداث الناتجة عن استخدامهم للمقياس والتي قد تؤدي إلى تطوير أو تعديل المقياس أو إصدار صور جديدة منه مستقبلاً.

2.8 كلما توفر في المجال اختبار أو مقياس لخاصية معينة فالأفضل باستمرار الاستعانة به أو تطويره أو تعديله بدلاً من تأليف اختبار جديد بهدف تنمية تراكمية العلم والاستفادة من النتائج المتوفرة من الاختبارات المختلفة، ما لم يجد الباحث مبرراً قوياً لتأليف اختباراً جديداً.

2.9 عند إعداد اختبار للنشر أو البحث أو الاستخدام العملي يخص مؤلف آخر أو صادر بلغة أخرى يتعين إبراز اسم المؤلف الأصلي في الاختبار ودليل الاختبار، والإشارة إلى كافة الإجراءات التي استخدمت في تصميمه بالإضافة إلى اسم المعد وتاريخ الإعداد والإضافات التي أدخلت على الصورة لجديدة.

2.10 إجراء تعديلات في اختبار أو مقياس سواء في مضمون البنود أو طريقة التصحيح أو في بنية الاختبار الأساسية أو في المتغيرات التي تستخلص منه، يعطي الحق لصاحب التعديل في إضافة اسمه إلى اسم المؤلف الأصلي في الصورة الجديدة.

2.11 إعداد أي اختبار أجنبي للاستخدام المحلي يجب أن يكون بموافقة مؤلف الاختبار.

2.12 يمكن في حالة الضرورة القصوى نشر مقاييس أو اختبارات تحت التجربة وقبل استيفاء خصائصها السيكمترية المشار إليها في البنود السابقة بشرط إبراز هذه المعلومات في مكان واضح مصحوباً بذكر محاذير الاستخدام.

2.13 يحذر نشر أسماء المفحوصين أو عرض نتائج استجاباتهم مقترنة بأية بيانات تحدد هويتهم الفردية.

2.14 يحرص الأخصائي النفسي عند نشر مقياسه على جودة الطباعة ووضوح الكتابة، كما يتعين أن يحرص الأخصائي الذي يستخدم اختباراً منشوراً على استخدام الصور الأصلية المنشورة وليس نسخاً منتجة بأي من طرق التصوير أو النسخ أو إعادة الإنتاج.

2.15 يحذر نشر أي فقرات أو أجزاء من الاختبارات والمقاييس النفسية أو إذاعتها بأي صورة علنية سواء كأمثلة للإيضاح أو الشرح باستثناء المواقف الأكاديمية أو التدريبية للمتخصصين.

2.16 عند استخدام اختبار يحرص الأخصائي النفسي على مراجعته والتدريب عليه تحت إشراف من خبير متخصص ومؤهل، كما يتعين التدريب على الاستخدام وجربته بطريقة استطلاعية قبل الشروع في استخدامه لهدف علمي أو عملي، كما أن من مسؤوليته أن يتأكد من انطباق كافة شروطه السيكمترية.

2.17 يجب الحصول على موافقة العميل أو ولي أمره (في حالة عدم الأهلية، أو إذا كان العميل قاصراً) على تطبيق الاختبار، كما يتعين عدم الضغط على العميل لاستكمال الإجابة إذا لم يرغب.

2.18 يتحمل الأخصائي النفسي المسؤولية عن حسن تطبيق وتفسير واستخدام أدوات القياس، ويلتزم بالتفقق من دلائل صحة برامج الكمبيوتر إذا كانت مستخدمة في أية معالجات تخص الاختبار والأداء عليه واستخلاص نتائجه، ويتحمل مسؤولية تقريره سواء استعان في

1.8 على الأخصائي النفسي مصارحة العميل بحدود وإمكانات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع.

1.9 لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية، أو طرقاً أو أساليب مهنية لم يتدرب عليها أو لا يجيدها، أو لا يطمئن إلى صلاحيتها للاستخدام.

1.10 لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعد استئذان العميل وبموافقته.

1.11 الأخصائي النفسي مؤتمن على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية، وهو مسئول عن تأمينها ضد إطلاع الغير، فيما عدا ما يقتضيه الموقف ولصالح العميل (كما هو الحال في إرشاد الآباء، وعلاج الأطفال، مناقشة الحالات مع الفريق الكلينيكي أو مع رؤسائه من المتخصصين).

1.12 يوثق الأخصائي النفسي عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي أخصائي استكمالته في حالة العجز عن الاستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب.

1.13 لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها الأخصائي النفسي، أو يبحثها، أو يعالجها، أو يوجهها، مقترنة بما يمكن الآخرين من كشف أصحابه (كأسمائهم و/أو أوصافهم) منعا للتسبب في أي حرج لهم، أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

1.14 عندما يعجز العميل عن الوفاء بالتزاماته المادية من أجر، فعلى الأخصائي النفسي اتباع الطرق الإنسانية في المطالبة بهذه الالتزامات، وتوجيه العميل إلى جهات قد تقدم الخدمة في الحدود التي تسمح بها ظروف العميل وإمكاناته.

1.15 يقوم الأخصائي النفسي بعمليات التقييم، أو التشخيص، أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها كمقاييس والمقابلات، على ألا يقدم هذه التقارير إلا للجهات المعنية بالعلاج، وعدا ذلك لا بد أن يكون بأمر قضائي صريح.

1.16 يسعى الأخصائي النفسي لأن تكون تصرفاته وأقواله في اتجاه ما يرفع من قيمة المهنة النفسية في نظر الآخرين، ويكسبها احترام المجتمع وتقديره، وينادي بها عن الابتذال والتجريح.

2 - الاختبارات والمقاييس

2.1 يقتصر إعداد وتأليف الاختبارات النفسية أو استخدامها على الأخصائي النفسي المؤهل، والحاصل على درجة الماجستير على الأقل في علم النفس على وجه التحديد، ويستثنى من هذه الاشتراطات أعداد المقاييس تحت إشراف أحد الأساتذة المتخصصين لأهداف البحث العلمي للرسائل الجامعية.

2.2 على أخصائي نفسي أن يسعى لحظر تداول الاختبارات والمقاييس التي لا تستوفي هذا الشرط أو بيعها لغير الأخصائيين أو لغير الجهات المعنية باستخدامها بواسطة أخصائيين نفسيين مؤهلين.

2.3 يتعين توثيق حجم ومواصفات العينات المستخدمة في تقنين الاختبار أو المقياس وكيفية سحبها وخصائص موقف التطبيق.

2.4 لا يعد الاختبار أو المقياس أداة علمية ما لم توثق كافة بياناته من ثبات وصدق والأسس التي اعتمد عليها في حساب هذا الصدق والثبات وتفسيرات النتائج المرتفعة أو المنخفضة التي يؤدي عليها استخدام الاختبار سواء على مستوى الفرد أو الجماعة.

2.5 يتعين أن يذكر في المعلومات الموثقة عن الاختبار أو المقياس الجديد كافة التحفظات المتعلقة باستخدامه ونوع العينات التي توفرت لتفسيرات الأداء عليه من خلالها والحالات التي لا يصلح الاختبار للاستخدام فيها، أو المراحل العمرية أو الفئات المعنية التي يستخدم معها المقياس.

3.9 عند الإشارة إلى مواد أو بنود الاختبار في موقف إعلامية أو عامة لا يجوز الإشارة إلى البنود الأصلية في المقياس ويفضل بالنسبة للكتب الأكاديمية الموجهة إلى المتخصصين في مواقف تعليمية استخدام أمثلة محدودة أو بنود مشابهة للبنود الأصلية.

3.10 لا يجوز عرض أو نشر الأسس التي تؤدي إلى حصول المفحوص على درجات على المقاييس المختلفة كما لا يجوز تحديد طبيعة الوظائف أو السمات النفسية التي يقبها الاختبار بصورة تفقده صدقه وتؤثر في إمكانات استخدامه مستقبلا.

3.11 يسمح بعرض الاختبار والتدريب عليه وتداوله في الواقع الأكاديمية تحت الإشراف وذلك بالنسبة لدارسي التخصص.

4- استخدام الاختبارات والمقاييس

4.1 يتعين أن يكون التدريب على استخدام الاختبارات والمقاييس تحت إشراف متخصص قبل استخدامها سواء لأغراض بحثية أو إكلينيكية.

4.2 لا يجوز استخدام اختبار تحت التجربة أو لا يتوفر له دليل تفصيلي يتضمن كافة المعلومات المنهجية والإجرائية الخاصة بتصميمه ومواصفاته واستخدامه، وتفسر دلالاته العلمية.

4.3 يتعين استخدام الاختبارات والمقاييس سواء لأغراض البحث أو الأغراض المهنية في مواقف مقننة ومضبوطة بصورة تحمي مصداقية البيانات التي تستخلص منها.

4.4 يجب الحصول على موافقة المفحوص أو العميل قبل إجراء الاختبار سواء للأهداف المهنية أو الإكلينيكية أو البحثية، وفي كل الحالات يجب أن يكون المفحوص أو العميل متطوعا لتطبيق الاختبارات عليه ولا يجوز إرغامه تحت أي ظروف أو من خلال أي ضغط لكي يكون موضوعا للاختبار.

4.5 يجب الحصول على موافقة ولي الأمر أو الوصي في حالة تطبيق اختبارات على الأطفال أو ناقصي الأهلية.

4.6 شرط الحصول على موافقة المفحوص أو العميل لتطبيق الاختبار الأساسي حتى ولو كان إخضاعه للاختبار بناء على قرار سلطة أخرى سواء إدارية أو قانونية أو قضائية.

4.7 يحق للمشاركين في مواقف الاختبار التطوعية الحصول على فكرة عامة عن أهداف القياس بحيث لا يخل ذلك بصدق الإجابة أو كفاءة استخدامهما، وذلك قبل بدء التطبيق، ومن حق كل متطوع على حده معرفة نتائج اختبارهم ودلالاتها في حدود عدم الإضرار بصحة المفحوص النفسية أو تقديره لذاته، كما يتحمل الفاحص مسؤولية تصحيح أو علاج أية أضرار تلحق بالمفحوص نتيجة تطبيق الاختبار.

4.8 لا يجوز الضغط على مفحوص يرغب في الانسحاب من موقف الاختبار في أي لحظة دون إكمال الاختبار، ولا يجوز ممارسة أي نوع من أنواع الضغوط عليه أو تعريضه لعقاب مباشر أو غير مباشر مادي أو أدبي. وعلى الباحث أن يوثق في تقريره عدد المنسحبين من موقف التطبيق مع الإشارة - أن أمكن - لسبب الانسحاب، لما لذلك من دلالات مهمة في تفسير نتائج الاختبار.

4.9 يجب على الفاحص كفاءة السرية الكاملة للمفحوص لحفظ هويته وتطبيق كافة الأساليب التي تحمي خصوصيته قبل تطبيق الاختبار.

4.10 يحذر إطلاع غير المتخصصين على المعلومات أو النتائج التفصيلية الخاصة بمفحوص معين الناتجة عن اختبارهم لأي سبب من الأسباب، وحتى في هذه الحالة يجب أن يكون هناك مبرر علمي أو مهني قوي لمشاركة المعلومات مع زميل آخر متخصص.

ذلك بمساعدته، أو كان التقرير نتيجة لبرامج كمبيوتر جاهزة.

2.19 يصدر الأخصائي النفسي تقريره أو أحكامه على نتائج الاختبار في حدود خصائصه من حيث الصدق والثبات وعينة التقنين، وفي حدود الفروق بين المستجيبين وبين عينة التقنين.

2.20 يتحمل الأخصائي النفسي أمانة إبلاغ العميل - عند طلبه - بنتائج ما طبق عليه من اختبارات لأي غرض من الأغراض وذلك في حدود عدم الإضرار بصحته النفسية أو تقديره لذاته كما يتحمل مسؤولية علاج أي أضرار قد تقع على العميل نتيجة تطبيق الاختبار عليه.

2.21 لا يجوز أن يطبق الاختبارات والمقاييس النفسية أو يصححها إلا المتخصص النفسي الحاصل على التدريب الكافي عليها.

3- نشر الاختبارات والمقاييس

3.1 لا يجوز نشر مقياس لم تستوف له الاعتبارات المنهجية الأساسية من صدق وثبات، ودلالات تفسيرية، ولم تحدد الأغراض التي يستخدم فيها أو الفئات أو المراحل العمرية التي يلائمها.

3.2 يراعى أن تطبع المقاييس المعدة للاستخدام في أفضل صورة ممكنة من حيث سلامة وملئمة اللغة وجودة الطباعة والمواد المستخدمة في تصنيعها بحيث تكون مقبولة وجذابة للمفحوصين.

3.3 يتعين أن يرفق بالمقياس المنشور دليل استخدامه على أن يتضمن هذا الدليل كافة المعلومات السيكمترية وكيفية تصميم الاختبار ومصادر بنوده وما إذا كانت هناك نظرية يقوم المقياس عليها، والمعايير المختلفة المستخدمة فيه، والدلالات التفسيرية لنتائج الأداء عليه.

3.4 يجب أن يضع صاحب الاختبار في اعتباره أن نشر الاختبارات والمقاييس ليس عملا يهدف إلى تحقيق ربح مادي بل أن النشر يهدف إلى دعم البحث العلمي والممارسة العملية والمهنية.

3.5 من الضروري أن يضع صاحب المقياس الترتيبات اللازمة مع الناشر التي تحدد شروط تداول الاختبار ومن يسمح له بشرائه أو اقتنائه، على أن يكون متخصصا كما يجب وضع ترتيبات التحقق من حفظ الاختبار وصيانتها في أيدي مستخدميه بما يمنع تعرضه للتداول العام وفقدانه الصدق.

3.6 على مصمم أو معد المقياس أن يضع استمارة بيانات تتضمن اسم مشتري المقياس ومؤله العلمي والتخصص في مجال علم النفس وخبراته في استخدام الاختبارات والهدف من شراء الاختبار والعملاء الذين سيستخدم معهم والإجراءات التي سيتخذها لحماية سرية وصدق الأدوات، على أن يلتزم الناشر بالحصول على هذه البيانات واستيفاء متطلباتها من مشتري الاختبار.

3.7 عند التصريح ببيع الاختبارات والمقاييس لجهات أو هيئات مختلفة يجب الحصول منها على التعهد اللازم بحفظ سرية هذه الأدوات وعدم تداولها إلا بين المتخصصين وإيضاح إجراءات حمايتها واسم المتخصص المسؤول عن استخدامها والإشراف عليها على أن يكون هذا المتخصص مؤهلا ومدربا ويستوفي الاشتراطات والبيانات المطلوبة في البند السابق.

3.8 تعد عملية إعادة إنتاج اختبار أو مقياس منشور بواسطة أي شخص أو جهة وبأي صورة من صور إعادة الإنتاج مثل التصوير أو الطباعة أو النسخ أمرا غير مشروع كما لا يجوز إتاحة نسخ مصورة أو غير قانونية للتدريبات الطلابية أو غير ذلك، وعلى كل أخصائي نفسي تصل إلى علمه أية تصرفات من هذا النوع أن يقوم بالتنبيه لخطئها أو الاتصال بالمؤلف أو المعد أو الناشر أو لجنة الأخلاقيات بالرابطة.

5 البحوث والتجارب

- 5.1 الهدف الأساسي من البحث النفسي هو تنمية المعرفة، والوصول إلى الحقائق العلمية، وخدمة المجتمع ورفاهية الإنسان.
- 5.2 يقوم الباحث بالبحث وينظم ويخطط وينفذ الإجراءات التفصيلية بموضوعية كاملة تحمي بحثه ونتائجه من ذاتيته، مع تجنب أن يسعى من وراءها إلى تقديم خدمات عمدية لأهداف خاصة.
- 5.3 يجب وضوح أهداف وأغراض الدراسة، ومراجعة أخلاقياتها واحترامها لحقوق الإنسان والحيوان، وعدم الإضرار بالمفحوصين.
- 5.4 يتعين على الباحث طلب المشورة من زملائه أو الخبراء في التخصص فيما يتعلق بما غمض عليه من نقاط أو إجراءات بحثية ربما تتعارض مع الأخلاقيات.
- 5.5 إذا ظهر احتمال تعرض المفحوصين لأضرار نفسية أو اجتماعية أو جسمية بسبب الدراسة التي يقوم بها الباحث (رغم التحوط الشديد) فعلى الباحث النفسي التوقف عن العمل لحين مراجعة خطته، وإجراءاته، لتصحيح هذه الاحتمالات وتصويب ما يجب عليه من إجراءات.
- 5.6 على الباحث النفسي - في حالة إدراكه لبعض الأضرار التي يمكن أن تؤدي إليها إجراءاته البحثية - أن يوازن بين هذه الأضرار وقيمة النتائج المتوقعة الحصول عليها من بحثه، وفي كل الحالات عليه معالجة الأضرار المتوقعة، والحد منها إلى أقل درجة.
- 5.7 يجب الحصول على موافقة صريحة من المبحوثين أو أولياء أمورهم (بالنسبة للأطفال أو عديمي الأهلية) بعد إطلاعهم على أي احتمالات للضرر يمكن أن يتعرضوا له، إذا وجدت مثل هذه الاحتمالات.
- 5.8 الباحث النفسي مسئول مسئولية كاملة عن اختيار مساعديه، وبتحمل مسئولية سلوكياتهم المهنية والأخلاقية.
- 5.9 يحرص الباحث النفسي على عدم استخدام سلطاته الإدارية أو نفوذه الأدبي أو أساليب الإحراج أو الضغط على رؤسائه أو من لديه سلطة أكاديمية عليهم كالطلاب أو المعيدين أو المترددين للإرشاد أو العلاج، بهدف دفعهم للمشاركة في البحوث، أو الضغط عليهم للاستمرار في هذه البحوث عندما يرغبون في التوقف أو عدم الاستمرار.
- 5.10 إذا كانت مشاركة الطالب في البحث من متطلبات الدراسة فلا بد من إتاحة بديل آخر للوفاء بهذه المتطلبات، إذا رغب الطالب في عدم المشاركة في البحث.
- 5.11 لا يمارس الباحث أي نوع من خداع المفحوصين، سواء في أهداف البحث أو إجراءاته ما لم يكن صلب الدراسة يتطلب ذلك، ويتعين في كل الحالات ألا يؤدي هذا الخداع إلى إضرار بالمفحوص أو إيذائه، كما يتعين على الباحث بعد انتهاء الدراسة توضيح الهدف من إجراءاته للمفحوص، وبيان أسباب ما لجأ إليه.
- 5.12 يحرص الباحث عند إجراء تجارب على الحيوانات على الإقلال من درجة الألم الذي قد يتعرض له الحيوان، إلى أقل درجة ممكنة.
- 5.13 يتخذ الباحث النفسي خطوات مناسبة لتكريم المبحوثين المشاركين في دراسته، بن يوجه لهم الشكر مباشرة، بالإضافة إلى توثيق شكره في أحد هوامش تقريره البحثي.
- 5.14 يجب الحرص على توثيق المعلومات وكافة التفاصيل، في تقارير الدراسة وغيرها من المؤلفات النفسية، مع بيان دقيق بالمصادر التي رجع إليها، ولا يجوز أن ينسب لنفسه مادة علمية هي لباحث أو مؤلف آخر، مع الإشارة إلى كل ما نقله.

- 5.15 الباحث الرئيس في فريق البحوث المشتركة، هو المذكور اسمه أولاً كباحث أول، ولا يجوز أن تؤثر المكانة الوظيفية الأكاديمية للمشاركين في إجراء الدراسة على ترتيب أسمائهم على البحث.
- 5.16 سواء كان الباحث الرئيسي طالباً أو معيداً، مشاركاً مع من هم أعلى منه درجة أو مكانة يتعين أن يكون اسمه هو الأول على تقرير البحث.
- 5.17 عندما يكون البحث مستخلصاً من رسالة علمية سواء ماجستير أو دكتوراه يدرج اسم صاحب الرسالة والمشاركين له في تقرير البحث.
- 5.18 على الباحث أن يتيقن البيانات الأصلية لدراسته لأي باحث آخر يطلبها لإعادة تحليلها، بهدف التأكد من صدق نتائجه، أو بهدف إجراء تحليلات تفصيلية أو متقدمة، مع عدم الإفصاح عن هويات المبحوثين المشاركين في الدراسة، وحذف أية إشارة تدل على شخصياتهم.
- 5.19 عندما يستعين باحث ببيانات باحث آخر لإعادة تحليلها، أو لاستخلاص نتائج إضافية منها، فعليه أن يشير بوضوح للباحث الأصلي الذي سمح له باستخدام هذه البيانات مع الالتزام بحفظ سرية أصحابها وخصوصياتهم.

6- التشخيص والعلاج

- 6.1 الأخصائي النفسي الكلينيكي هو وحده الذي يحق له ممارسة مهنة العلاج النفسي، هو من حصل على الترخيص اللازم لممارسة هذه المهنة حسب المعمول به قانونياً، ويتعين استكمالاً لمقتضيات ممارسة المهنة استيفاء الأخصائي المعالج المؤهلات والاشتراطات والتدريب الذي تضعه الرابطة للأخصائي النفسي المعالج.
- 6.2 يجب على المعالج تجديد ترخيصه من الرابطة، لممارسة المهنة كل خمس سنوات ويخضع طالب التجديد لكل المعايير والاشتراطات المطلوبة لتجديد الترخيص.
- 6.3 لا تسري البنود السابقة على ترخيص وزارة الصحة قبل صدر هذا الميثاق.
- 6.4 تتضمن اشتراطات ممارسة المهنة التي تقرها الرابطة الحصول على درجة الماجستير على الأقل في علم النفس الكلينيكي وتدريباً نظامياً في إحدى مستشفيات الطب النفسي المعتمدة من الرابطة، على أن يتم التدريب تحت إشراف خبراء واستشاريين في الطب النفسي وعلم النفس، ولفترات محددة ينص عليها في بروتوكول الإعداد لممارسة مهنة المعالج النفسي.
- 6.5 بروتوكول إعداد المعالج النفسي ملحق أساسي من ملاحق هذا الميثاق وتقوم على تنفيذه لجنة خاصة تشكلها الرابطة، ويكون نصف أعضائها على الأقل من أساتذة علم النفس بالجامعات المصرية، والنصف الآخر من أساتذة الطب النفسي أو استشاريي الطب النفسي.
- 6.6 يجب أن يعلن الأخصائي المعالج عن مؤهله وخبراته، وترخيصه في مكان ظاهر في المكان الملزم المعد لاستقبال عملائه، كما يجب أن يقدم لعملائه كافة البيانات المتعلقة بخبراته وتدريبه عندما يطلب العميل منه ذلك.
- 6.7 يتصدى المعالج النفسي لعلاج المشكلات التي تقع في تخصصه وتدريبه فقط، ولا يتعرض للحالات التي تتضمن أعراضاً سيكياترية أو عضوية، وعليه أن يحيلها إلى زملائه المختصين، ويمكنه مواصلة علاج هذه الحالات بناء على إحالة واضحة من طبيب نفسي أو عضوية، وعليه أن يحيلها إلى زملائه المختصين، ويمكنه مواصلة علاج هذه الحالات بناء على إحالة واضحة من طبيب نفسي أو عضوي، وبالتشاور والتعاون معه.

نوع من العلاقات المهنية مع أحد العملاء فيجب أن تكون العلاقة المهنية قد انتهت منذ فترة لا تقل عن ستة أشهر.

7- أخلاقيات التدريس والتدريب

7.1 يبذل الأخصائي النفسي كل ما يستطيع إعداد وتدريب المتخصصين الجدد في علم النفس، مع إبداء النصيحة والتوجيه الملخص لهم.

7.2 يحرص الأخصائي النفسي على تحديد مادته التدريسية وفق أحدث النظريات والأساليب التي توصل إليها العلم، وأن تكون المادة المقدمة متكاملة ومتراصة وتفي بأهداف المقرر.

7.3 يسعى الأخصائي النفسي إلى التأكد من صحة البيانات التي تتعلق بالمادة الدراسية، وكذلك إلى التأكد من مصداقية أساليب التقويم في الكشف عن طبيعة الخبرة التي يوفرها البرنامج.

7.4 يقدر الأخصائي النفسي الذي يعمل بالتدريس أو التدريب السلطة التي لديه على المتدربين أو الطلاب، وعليه القيام بجهد متزن لتجنب ممارسة سلوك ينتج عنه إهانة الطلاب أو الحط من قدرهم.

7.5 لا يجوز تدريب أشخاص على استخدام أساليب أو إجراءات تحتاج إلى تدريب تخصصي أو ترخيص، كالتنويم، والطرق الإسقاطية، والطرق السيكوفسيولوجية، ما لم يكن لدى المتدربين الإعداد والتأهيل الخاص بذلك.

7.6 يجب أن يترفع الأخصائي النفسي المشتغل بالتدريس عن التصرفات التي تسيء إليه أخلاقياً، مثل إجبار الطلاب على القيام بأعمال المنفعة الخاصة، أو التغيب، أو الاعتذار المتكرر عن الدروس، أو التدخين، أو تناول المشروبات أثناء التدريس، كما يجب عليه احترام جدية المحاضرة وخصوصيتها.

7.7 لا يترفع الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس عن قبول أي مقابل مادي أو معنوي لما يقدمه للطلاب من محاضرات، أو تدريبات أو إشراف، بخلاف المرتب أو المكافأة التي تقدمها له جهة العمل.

7.8 يلتزم الأخصائي النفسي المشتغل بالتدريس في علم النفس بالإجابة عن أسئلة طلابه، وبالترحيب بمناقشاتهم واستفساراتهم داخل أو خارج المحاضرة وإزالة أوجه الغموض في مادته.

7.9 يحرص الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس على مصلحة القسم الذي ينتمي إليه، وذلك بالاهتمام بضم أفضل العناصر على أسس موضوعية، دون مراعاة لاعتبارات المنافسة على المناصب الإدارية، والتي قد تنتج عن هذا الاختيار.

7.10 يحرص الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس على عدم التعصب لمعهد العلمي، أو لنوع من التعليم النفسي (تربوي- أكاديمي- كلينيكي) دون آخر.

7.11 يحرص الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس على إيجاد التكامل في القسم الذي ينتمي إليه بين التخصصات الأكاديمية والتطبيقية، وعلى أن يرحب بأعضاء هيئة التدريس الجدد من تخصصات وخبرات مختلفة.

7.12 يحرص القائم على تدريس علم النفس على التنافس العلمي الشريف وعلى تطوير المعلومات النفسية من خلال الأبحاث والدراسات.

7.13 عند تحمل الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس لمسؤولية تحكيم البحوث، عليه ألا يتأثر في أحكامه إلا بالمعايير العلمية الموضوعية، ولا تتدخل اعتبارات المجاملة، أو الوساطة، أو الانتقام لنفسه أو لزميل له في أحكامه على الإنتاج العلمي المقدم للتحكيم.

7.14 أستاذ علم النفس، الذي يقوم بتحكيم بحث أو خطة لتقدير صلاحيتها للنشر أو للتنفيذ، عليه المحافظة على حقوق الملكية، وعلى احترام السرية الخاصة بالبحث.

6.8 يقبل المعالج النفسي العميل كما هو دون إبداء نقد أو تقييم أو تعنيف أو انفعال أو انزعاج أو إبداء أي مشاعر سلبية، أو استنكار لمشكلاته، أو سلوكياته.

6.9 يجب على المعالج أن يناقش العميل - قبل بدء العلاج - حول طبيعة البرنامج أو الإجراءات العلاجية ومتطلباتها المختلفة، والجر وطريقة الدفع، مع المصارحة الكاشفة لحدود ما يمكن أن يتحقق من التدخل الكلينيكي في حالته، ودون أي قدر من المبالغة.

6.10 جزء جوهري من السلوك المهني الأخلاقي، هو التزام المعالج بالوفاء بمواعيده واحترامه للعميل وإفساح صدره لتلقي تساؤلاته، وشكوكه، وطلبه للكون في أي وقت.

6.11 عندما يشترك في البرنامج العلاجي مساعد أو متدرب فيجب إخبار العميل بذلك، قبل بدء العلاج، ويوضح له الموقف، مع تحمل المعالج المرحص للمسؤولية الكاملة عن البرنامج والإجراءات العلاجية وسلوك مساعديه.

6.12 من الضروري حصول المعالج على موافقة كتابية من العميل تتضمن الإجراءات التي سيخضع لها ومقابلها المادي، على أن تصاغ هذه الموافقة بطريقة مفهومة وواضحة وأن يعلن العميل فيها إحاطته علماً، وموافقه على ما جاء فيها.

6.13 يجب على المعالج النفسي التأكد من خلو العميل من أي مرض جسدي قد يكون له علاقة أو تأثير في حالته المرضية، أو مرض ذهاني يتدخل في أساليبه العلاجية، وفي حالة الشك في ذلك عليه تحويله إلى المتخصص، وبموافقة العميل الصريحة.

6.14 في حالة العلاج الأسري الجماعي على المعالج أن يحدد أي من أفراد الأسرة هو المريض وأيهم هو المعاون في العلاج، وعليه أن يحاول توفيق العلاقات الأسرية بما يعيدها إلى طبيعتها، وعليه أن لا ينصح بالانفصال أو فصح العلاقات الزوجية إلا في حالة الضرورة القصوى التي لا يتحقق العلاج بدونها.

6.15 يعمل المعالج على إنهاء العلاقة العلاجية مع العميل بمجرد تأكده من تحقيق الشفاء أو التحسن الملحوظ، أو في حالة التيقن من أن استمرار العلاج لن يفيد العميل، وفي هذه الحالة على المعالج أن ينصح العميل بطلب المساعدة من جهة أخرى، ويتحمل المعالج المسؤولية كاملة في تقديم التسهيلات والمعاونة للجهة البديلة.

6.16 يتعاون الأخصائي المعالج بأقصى ما يستطيع مع زملائه من التخصصات العلاجية الأخرى في الفريق العلاجي - عندما يعمل مع فريق - لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه من خدمة للعميل.

6.17 يحصل المعالج النفسي من العميل على كل المعلومات الشخصية ذات الصلة بمشكلاته، والتي تخدم الهدف العلاجي، ولا يتجاوزها إلى معلومات أخرى لا تخص ولا تفيد الموقف العلاجي، بهدف التقليل من انتهاك الخصوصية.

6.18 الأخصائي النفسي المعالج مؤتمن على كافة المعلومات الشخصية والأسرار التي يبوح بها العميل في الموقف العلاجي، ولا يجوز له البوح بها تحت أي ظرف طالما تتعلق بأحداث سابقة أو خبرات سابقة في حياة العميل ولا تؤثر في سلامة وأمان أشخاص آخرين أو المجتمع.

6.19 يضع المعالج الترتيبات والتنظيمات المختلفة التي تحقق الاحتفاظ بسجلاته وأدواته والملفات الخاصة بعملائه مؤمنة من أي تسرب أو تداول بين أيدي آخرين يمكن أن يسيئوا استخدامها أو يضرروا العميل بكشفها.

6.20 لا يحق للمعالج إقامة علاقة جانبية أو الدخول في مصالح مشتركة مع أي من عملائه تتجاوز العلاقة المهنية، وفي حالة قيام

8- العمل في المؤسسات الإنتاجية والمهنية

8.1 يعمل الأخصائي النفسي في المؤسسات الإنتاجية والمهنية، بالأسلوب العلمي، على وضع كل شخص في المكان المناسب من حيث إمكانياته، واستعداداته ومؤهلاته، وخبراته، وسماته الشخصية، وأن يقع المسئولين فيها بأهمية ذلك مستعينا بأساليب الاختبار والتوجيه، والتأهيل، والتدريب المهني. كما يجب عليه -أيضا- أن يعمل على إقناع المسئولين بأهمية التقييم العلمي لعمل العامل ولنشاطه.

8.2 على الأخصائي النفسي، الذي يمارس نشاطه مع الجماعات أو المؤسسات، أن يعمل بكل جهده على تدعيم إيجابياتها، والسعي لتحقيق صالحها، والحفاظ على أسرارها، باعتبارها عميلا أو مفحوصا.

9- الإعلام والإعلان والشهادة

9.1 يجب على الأخصائي النفسي أن يتجنب الوقوع أداة في يد الغير لتبرئة المدان، أو لإدانة البريء، أو الحجر على السوى، أو للإيداع في مصحات نفسية، عندما يطلب رأيه في ذلك، سواء من السلطة أو من القضاء.

9.2 يتحمل الأخصائي النفسي مسؤوليته المهنية والأخلاقية فيما يتعلق بالبرامج الدعائية أو الإعلان التي يقوم بها الآخرون عنه أو بمعاونته.

9.3 يقاوم الأخصائي النفسي ما ينشر أو يذاع من بيانات أو أفكار سيكولوجية غير دقيقة، وعليه في ذلك استشارة زملائه والتعاون معهم في تدعيم هذه المقاومة، ومحاولة تصحيح هذه الأخطاء.

9.4 يبتعد الأخصائي النفسي عن كل ما يثير الشبهات الخاصة بوسائل الدعاية والإعلام، فيما يتعلق بشخصيته أو ممارسته.

9.5 أي إعلان مدفوع يتعلق بأحد أنشطة الأخصائي النفسي يتعين أن يوضح به أنه إعلان مدفوع، ما لم يكن ذلك واضحا من خلال السياق.

9.6 لا يشارك الأخصائي النفسي في أحاديث أو مناقشات عامة إلا في حدود تخصصه وأبحاثه واهتماماته.

10- حول تطبيق هذا الميثاق

10.1 يجب على الأخصائي النفسي أن يكون ملما بهذا الميثاق الأخلاقي، وأن ينشر الوعي به بين الأخصائيين النفسيين الجدد، وبين كافة المتعاملين بالخدمة النفسية من التخصصات الأخرى، ولا يعتبر الجهل بمواد هذا الميثاق مبررا لانتهاك موارده.

10.2 إذا حدث تناقص بين مواد هذا الميثاق وبين تعليمات المؤسسة التي ينتمي إليها الأخصائي النفسي، فالواجب عليه أن يوضح لإدارة المؤسسة، أو للمسؤولين الرسميين طبيعة هذا التناقض، وأن ينحاز إلى جانب هذا الميثاق الأخلاقي.

10.3 في حالة انتهاك الأخصائي النفسي واحدا أو أكثر من بنود هذا الميثاق، فعلى الآخرين السعي للفت بشكل ودي، وبصورة تضمن حثه على علاج الآثار السلبية لهذا الانتهاك الأخلاقي.

10.4 في حالة استمرار الأخصائي النفسي في انتهاكاته الأخلاقية، أو ارتكابه لفعل أخلاقي لا يمكن السكوت عليه، فعلى الآخرين إبلاغ لجنة المراقبة الأخلاقية في الجمعية والرابطة للتحقيق، وذلك للتوصية باتخاذ الإجراءات المناسبة، وتقدير مدى الضرر الناجم، وتوقيع ما تراه مناسبة من عقوبات معنوية، قد يصل بعضها إلى حد الفصل من عضوية الجمعية والرابطة، أو الحرمان المؤقت منها، مع إبلاغ جهة عمله بنتائج هذا التحقيق.

10.5 ينشر هذا الميثاق في أول عدد يصدر من مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية ومجلة دراسات نفسية، ويعمل به من الشهر التالي لآخر صدور له.

10.6 يتم مراجعة بنود هذا الميثاق كلما دعت الضرورة لذلك، على ضوء ما يستجد من ظروف وممارسات تستوجب تعديل بنوده ويتم إقراره من مجلس الإدارة والجمعية العمومية لكل من الجمعية والرابطة.

Arabpsynet e.JOURNAL

FREE

N°1 - Winter 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe

N°2 - Spring 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe

N°3 - Summer 04:

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe

N°4 - Autumn 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe

N°5 - Winter 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe

N°6 - Spring 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe

N°7 - Summer 05 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe>

N°8 - Autumn 05 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ8/apnJ8.exe>

N°9 - Winter 06 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ9/apnJ9.exe>

N°10-11 - Spring 06 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ10-11/apnJ1011.exe>

Arabpsynet e.JOURNAL

FOR SUBSCRIBERS

N°12 - Autumn 07 :

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=12

N°13 - Winter 07 :

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=13

N°14 - Spring 07 :

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

N°15-16 - Summer & Autumn 07 :

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=15

N°17 - Winter 08 :

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=17

N°18-19 - Spring & Summer 08 :

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=18

الكتاب الذهبي للأطباء وأساتذة علم النفس

www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.aspwww.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

جائزة ابن رشد للفكر الحر 2008



مؤسسة ابن رشد للفكر الحر: مؤسسة مستقلة تسعى لدعم الحرية و الديمقراطية في العالم العربي

جائزة ابن رشد للفكر الحر لسنة 2008 تمنح المفكر العربي محمد عابد الجابري

<http://www.ibn-rushd.org> - www.arabpsynet.com/Associations/IbnRushd.ass.pdf

"إن بلدا متخلّفا لا يمكن أن يشق طريقه نحو التنمية الحق إلا مع نشر الثقافة والتعليم على أوسع

نطاق وفي كل مجال: لنترك مائة ورحمة تتفتح وحينئذ سنقطعه من الثمار ما لا يقدر ثمنه"

هذا العام يفوز بجائزة ابن رشد للفكر الحر المفكر العربي الكبير محمد عابد الجابري أحد رواد الفكر العربي المعاصرين الذي ألقى المكتبة العربية بالعديد من المؤلفات والدراسات التي تهدف إلى إعادة قراءة التراث العربي كخطوة تمهيدية ضرورية للمضي قدماً في المشروع النهضوي الذي عالج الجابري على مدى نصف قرن من الزمان. ويرى الجابري بضرورة احتواء الماضي بعد تصحيح معرفتنا به، وبضرورة هضم الثقافة العالمية واستيعاب مضامينها استيعاباً واعياً.

ونشير هنا إلى أن الجابري عمل في المجال التربوي كمعلم ومفتش ومدير مدرسة وأصدر كتباً في هذا المجال وشارك في تحرير العديد من الصحف والمجلات الثقافية وأدى أخطاؤه في العمل السياسي المعارض إلى اعتقاله وفي ما بعد عين الجابري أستاذاً للفلسفة والفكر الإسلامي بكلية الآداب، جامعة محمد الخامس بالرباط.

وتطبيق الشريعة، 1996) و(قضايا في الفكر العربي المعاصر، 1997) و (المتقنون في الحضارة العربية، 1996). والذي كان هدف الجابري الأساسي في هذا الكتاب هو الحد من اغتراب المتقن العربي وإثبات النهج المستقل في تحليل حوادث التاريخ وتداخل السياسي في الديني كما جاء في تفسيره لمحنة المفكر ابن حنبل في الشرق الإسلامي ونكبة ابن رشد في الغرب الإسلامي.

استطاع الجابري عبر سلسلة (نقد الفكر العربي) شرح العقل العربي عبر دراسة المكونات والبنى الثقافية واللغوية التي بدأت من عصر التدوين ثم انتقل إلى دراسة العقل السياسي ثم الأخلاقي. وهو الذي ابتكر مصطلح "العقل المستقيل" وهو يعني به ذلك التفكير التقليدي الذي يسود في بعض الأوساط العربية الذي يبتعد عن النقاش في القضايا الحضارية الكبرى ويرى بذلك أن العقل العربي بحاجة إلى إعادة إحياء.

وتجب الإشارة في هذا السياق أن الجابري قام بالإشراف على تحقيق علمي ونشر الكتب الأصلية لابن رشد أي تلك التي ألفها (خارج شروحه على أرسطو) مع تزويدها بمدخل ومقدمة تحليلية وشروح وذلك للكتب التالية: "فصل المقال فيما بين الشريعة والحكمة من الاتصال" الذي يدافع فيه ابن رشد عن الفلسفة موطئاً فهمه العقلاني للعلاقة بين الدين والفلسفة و"الكشف عن مناهج الأدلة في عقائد الملة" الذي انتقد فيه طريقة المتكلمين الأشاعرة في إثبات العقيدة الإسلامية، و"تهافت التهافت" الذي رد فيها على كتاب الغزالي "تهافت الفلاسفة" وكتاب "الكليات في الطب" وكتاب "الضروري في السياسة" وهو تلخيص السياسة لأفلاطون الذي تعاون الجابري فيه مع زميل له بترجمة النسخة الوحيدة المتبقية من الكتاب من اللغة العبرية إلى العربية وإعادة صياغة عبارات الكتاب وفق أسلوب ابن رشد واصطلاحه. وقد ختم الجابري تحقيقه لأعمال ابن رشد بكتاب خاص بعنوان: "ابن رشد سيرة وفكر" شرح فيه مراحل حياة ابن رشد ومشاريعه الإصلاحية في الفقه والنحو والعقيدة والطب والفلك والفلسفة والسياسة.

يرفض الجابري القراءات التي تقوم على ما أسماه "الفهم التراثي للتراث" ويدعو إلى التعامل مع التراث بشكل يجعله "معاصراً لنفسه ومعاصراً لنا في أن واحد" وبالتالي يجب أن نتطلع إلى بناء مستقبلنا من فهم واع لمعطيات واقعنا وخصوصية تاريخنا ومقومات شخصيتنا

سوف تُمنح جائزة ابن رشد للفكر الحر للمرة العاشرة على التوالي وذلك يوم الأربعاء الموافق 12 ديسمبر 2008 وهو ذكرى وفاة فيلسوف العرب الأكبر ابن رشد وذكرى الاعلان عن حقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة. تكرس المؤسسة جهدها لدعم حرية الرأي وممارسة الديمقراطية في العالم العربي مهتدية بذلك بفكر الفيلسوف ابن رشد Averroes (1126-1198 م) ودوره البارز في الحوار بين الثقافات. قُذمت المؤسسة جوائزها حتى الآن للمبدعين العرب في حقول: الصحافة والإعلام، تحرير المرأة، الفكر النقدي، السياسة، الفلسفة، الأدب الملّزم، الإصلاح الديني وحقوق الإنسان والإخراج السينمائي.

خصّصت مؤسسة ابن رشد للفكر الحر جوائزها هذا العام لباحث عربي تقصّى في دراساته أسباب تعثر النهضة العربية.

أما الإشكاليات التي شغلت ذهن الجابري طيلة هذا الوقت فهي: هل بإمكان بناء نهضة بدون عقل متفتح؟ ولماذا لم تتطور أدوات المعرفة في الثقافة العربية الإسلامية خلال نهضتها في القرون الوسطى لتمتد حتى يومنا الحاضر؟ كان المدخل الذي اختاره الأستاذ الجابري في أبحاثه هو المنهجية النقدية القائمة على العقل والتحليل المعرفي (الأبستمولوجي).

وقد بدأ المشروع الفكري النهضوي للجابري 1980 وأدى صدور كتبه المتعاقبة في هذا المجال إلى إثراء مجال الدراسات النهضوية. وقد انتشرت أفكار الجابري في أنحاء الوطن العربي في ذات الوقت الذي لاقت أفكاره انتقادات ودارت حولها المناقشات في عديد من الندوات والمحافل الفكرية.

شهد عقد الثمانينات من القرن المنصرم أهم الأعمال الفكرية للجابري والتي بدأت بـ (نحن والتراث، 1980) الذي مهّد لرباعيته "نقد العقل العربي" (تكوين العقل العربي 1984، بنية العقل العربي 1986، العقل السياسي العربي 1990، العقل الأخلاقي العربي 2001) كما صدرت له في عقد التسعينيات كتابات هامة تناول فيها بدقة إشكاليات الفكر العربي المعاصر. ولا بد من الإشارة هنا إلى كتبه التي واصل فيها نقد العقل العربي في قضايا معاصرة مثل (الديمقراطية وحقوق الإنسان، 1994) و(المسألة الثقافية في الوطن العربي، 1994) و(الدين والدولة

- 1956 حصل على الشهادة الأولى للترجمة (مترشح حر).
- يونيو 1957 حصل على شهادة البكالوريا كمترشح حر، وكان هذا بداية اتصاله بالشهيد المهدي.
- قضى صيف سنة 1957 في جريدة "العلم".
- أكتوبر 1957 يونيو 1958 أخذ تفرغا للتعليم وقضى السنة الجامعية الأولى في دمشق. وحصل على شهادة "الثقافة العامة".
- التحق بجريدة "العلم" من جديد صيف 1958.
- أكتوبر 1958 التحق بكلية الآداب بالرباط قسم الفلسفة، حيث تابع دراسته الجامعية.
- أكتوبر 1958 التحق بمعهد ليرميطاج بالدار البيضاء كقائم مقام مدير منذ إنشائه في نفس التاريخ إلى يونيو 1959.
- ساهم في انتفاضة 25 يناير 1959 والتحق بجريدة "التحرير" منذ تأسيسها يوم 2 أبريل 1959 كسكرتير تحرير متطوع، في الوقت نفسه الذي واصل مهمته كمشرف على معهد ليرميطاج. وفي يونيو 1959 توقف عن العمل في هذا المعهد بسبب ظروف انتفاضة 25 يناير، متخلياً عن راتبه فيه، مواصلاً العمل في "التحرير" براتب شهري متواضع.
- يونيو 1961 حصل على الإجازة في الفلسفة. وفي يونيو من العام التالي حصل على شهادة السنة الرابعة (الإضافية).
- في صيف 1962 عاد إلى التعليم ومتابعة دراسته العليا وطلب إعفاءه من الارتباط بالجريدة كموظف مداوم يتقاضى أجراً، وواصل التزامه بنفس مهماته فيها متطوعاً.
- انتخب عضواً في المجلس الوطني للاتحاد الوطني للقوات الشعبية في المؤتمر الثاني مايو 1962.
- في أكتوبر 1962 أنشأ المجلس البلدي في الدار البيضاء (وكان اتحادياً) معهدين ثانويين أحدهما للبنين أسندت إدارته للمرحوم عبد القادر الصحراوي، والآخر للبنات أسندت إدارته للجابري.
- يوليو 1963 اعتقل مع باقي المسؤولين والأطر الاتحادية في مؤامرة تصفية الاتحاد ومكث رهن الاعتقال في زنزانه بالدار البيضاء أكثر من شهرين ثم أطلق سراحه لفراغ الملف. في السنة نفسها (1963) قررت وزارة التعليم "تأميم" المعهدين البلديين وإدماج العاملين فيهما في سلك موظفي وزارة التعليم، فعين أستاذاً للسلك الثاني ثانوي.
- في مارس 1964 ساهم في إصدار مجلة "أقلام" وظل مشاركاً في تحريرها إلى أن توقفت سنة 1983 بسبب انفصال مديرها بنعمرو مع آخرين عن الاتحاد الاشتراكي.
- في مارس 1964 صدرت أسبوعية "الأهداف" التي أهتمت بالجانب الثقافي مع تغطية نشاط الفريق البرلماني للاتحاد وأخبار الاعتقالات والحاكمات الخ.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى اشتهرت حوارات الجابري المطولة مع المفكر المصري حسن حنفي وقد نشرت في كتاب "حوار المشرق والمغرب" تطرقت لقضايا سياسية واجتماعية هامة، وقد أثارت هذه الحوارات ردود فعل واسعة في الأوساط الفكرية والسياسية حتى أطلق عليها "حوار الثمانينيات". وفي الوقت الذي يقرأ فيه الجابري فلسفة ابن سينا سلاح النقد لنزوعه إلى دمج الفلسفة في الدين والدين في الفلسفة في إطار رؤية إشراقية سماها بعض الباحثين بـ "التصوف العقلي" يأخذ على الفارابي جموحه القوي إلى التوفيق بين الفلسفة والدين على أساس مقولته الشهيرة "ما في الدين مثالات لما في الفلسفة". ويعتبر الجابري أن الفلسفة العربية الحقبة هي التي تفصل ما بين خصوصية الفلسفة وخصوصية الدين كما تتمثل في فلسفة ابن باجة وابن طفيل، وفي فلسفة ابن رشد بصفة خاصة.

هذا وقد صدر مؤخراً للجابري كتاب جديد بعنوان "مدخل إلى القرآن الكريم : التعريف بالقرآن" 2006، أتبعه بكتاب من ثلاثة أجزاء: "فهم القرآن الحكيم: التفسير الواضح حسب ترتيب النزول" (بدل ترتيب المصحف)، وقد صدر منه الجزء الأول 2007، والثاني 2008.

وخلاصة القول أن مؤلفات الجابري تشكل مشروعاً فكرياً رصيناً وإسهاماً جليلاً في تحديث الفكر العربي المعاصر.

اعتذر محمد عابد الجابري عن الحضور إلى برلين لتسلم الجائزة لأسباب صحية (عملية جراحية) وسترسل له لاحقاً. كما ستنشر له المؤسسة مقالاً باللغتين العربية والألمانية سيرسله لاحقاً عوضاً عن الاحتفال الذي كان مرتبطاً بحضوره بالإضافة إلى مقالة تكريمية من السيد ميخائيل جيبيل.

سيرة محمد عابد الجابري

<http://www.ibn-rushd.org/pages/int/Awards/2008/documents/cv-ar.html>

ولد محمد عابد الجابري يوم 27 ديسمبر 1935 في فجيج (وجدة - المغرب)

الشهادات الجامعية

- دبلوم الدراسات العليا في الفلسفة. كلية الآداب. جامعة محمد الخامس. الرباط 1967
- دكتوراه الدولة في الفلسفة. كلية الآداب. جامعة محمد الخامس. الرباط 1970

المهام العلمية

- مراقب وموجه تربوي لأساتذة الفلسفة بالتعليم
- أستاذ الفلسفة والفكر الإسلامي بكلية الآداب، جامعة محمد الخامس الرباط، منذ 1967

أهم محطات مسار حياته

- أكتوبر 1953، بعد إغلاق السلك الثانوي بالمدرسة الحمديّة بالدار البيضاء، على إثر نفي محمد الخامس، التحق بنفس المدرسة معلماً في القسم التحضيري ثم في أقسام الشهادة الابتدائية.
- 1956 حصل على الشهادة الثانوية (البروفي). كما حصل على شهادة الكفاءة في التعليم الابتدائي، مما خوله الالتحاق بسلك التعليم بوزارة التربية الوطنية كمعلم رسمي ابتداء من أول أكتوبر 1957 وقد عين في نفس المدرسة معلماً رسمياً معاراً للتعليم الحر

- في ديسمبر 1974، وفي إطار الاستعداد للمؤتمر الاستثنائي، استأنفت الحرر الصدور وواظب الجابري على كتابة ركن يومي في "التحرير" بعنوان "صباح النور" من يوم صدورها في 2 أبريل 1959 إلى 16 يوليو 1963 حين تعرضه للإعتقال، واستمر في كتابة ركن يومي في "الحرر" بعنوان "بصرحة" من 1965 إلى أن قدم استقالته من المسؤوليات الحزبية في أبريل 1981.
- في أكتوبر 1964 عين أستاذا للسلك الثاني ثانوي في ليسى مولاي عبد الله بالدار البيضاء.
- في يناير 1965 تم بناء وتجهيز ثانوية المقاطعة السادسة بالدار البيضاء فانتدب إليها بصفته قائم مقام مدير، ثم شارك في الحركة الانتقالية فحصل على منصب مدير لها بصفة رسمية.
- على إثر حوادث مارس 1965 اعتقل ضمن مجموعة من رجال التعليم ثم أطلق سراحه لفراغ الملف.
- 1965-1966 ساهم في الإعداد لتأسيس النقابة الوطنية للتعليم واستعادة التضامن الجامعي المغربي.
- في نوفمبر سنة 1966 قام الجابري مع أحمد السطاتي ومصطفى العمري بتأليف كتاب "دروس الفلسفة" لطلاب البكالوريا في جزأين: الجزء الأول في الأخلاق والميتافيزيقا، والثاني في مناهج العلوم وعلم الاجتماع وعلم النفس. ثم تلاه في يناير 1967 كتاب "الفكر الإسلامي ودراسة المؤلفات" حسب برنامج البكالوريا.
- في يونيو 1967 حصل على دبلوم الدراسات العليا في الفلسفة، فالتحق في أكتوبر بكلية الآداب بالرباط كأستاذ مساعد.
- في أغسطس 1967 كان من بين الذين انخرطوا في تجربة "الوحدة" التي عمل لها المرحوم عبد الرحيم بعد اعتقال المحجوب بن الصديق.
- في 11 أكتوبر 1968 صدرت جريدة أسبوعية باسم "فلسطين" وكان الجابري من ضمن المساهمين فيها.
- في سنة 1968 تولى مع أحد أساتذة الجامعة، مهمة مفتش الفلسفة في التعليم الثانوي المغرب بالمغرب كله. وركي في السنة التالية 1969 إلى درجة أستاذ محاضر بنفس الكلية على أساس دبلوم الدراسات العليا الذي حصل عليه في السنة السابقة.
- في سنة 1970 حصل على شهادة دكتوراه الدولة في الفلسفة، وكانت لجنة المناقشة مزدوجة، مغربية فرنسية. وهي أول دكتوراه دولة بالمغرب في مادة الفلسفة. أطروحته الدكتوراه "العصبية والدولة: معالم نظرية خلدونية في التاريخ الإسلامي".
- عين في أكتوبر 1971 أستاذا للتعليم العالي.
- في سنة 1972 كان من ساهموا في الإعداد لانتفاضة 30 يوليو 1972.
- في سنة 1973 صدر له كتاب بعنوان "أضواء على مشكل التعليم". وهو في الأصل مجلة مقالات كتبها في مجلة "أقلام" المغربية بين يونيو 1972 ومارس 1973.
- في سنة 1976 صدر له كتاب : "مدخل إلى فلسفة العلوم: وهو جزآن. الأول بعنوان : "تطور الفكر الرياضي والعقلانية المعاصرة"، والثاني بعنوان "المنهاج التجريبي وتطور الفكر العلمي".
- في 1977 صدر له كتاب بعنوان "من أجل رؤية تقديمية لبعض مشكلاتنا الفكرية والتربوية."
- في سنة 1980 صدر له كتاب "نحن والتراث."
- وفي 5 أبريل 1981 قدم استقالته من المكتب السياسي وانصرف انصرافا شبه كلي، إلى العمل الثقافي محتفظا في نفس الوقت في مساهمته كما من قبل بكتابة مقالات من حين لآخر في جريدة الحزب.
- في سبتمبر 1997 أصدر مع محمد إبراهيم بوعلو وعبد السلام بن عبد العالي مجلة "فكر ونقد" التي تولى فيها مهمة رئيس التحرير.
- اعتباراً من أكتوبر 2002 أحيل على التقاعد 2002، بعد أن أمضى في سلك التعليم خمسة وأربعين سنة خدمة، بصفته رجل تعليم رسمي (أي من فاتح أكتوبر 1957 إلى 30 سبتمبر 2002).

الجوائز التي وافق على استلامها

- جائزة بغداد للثقافة العربية التي تمنحها اليونسكو. يونيو 1988
- الجائزة المغربية للثقافة. تونس مايو 1999
- جائزة الدراسات الفكرية في العالم العربي، التي تمنحها MBI Foundation تحت رعاية اليونسكو في 14-11-2005
- جائزة الرواد. مؤسسة الفكر العربي بيروت في 07-12-2005
- ميدالية ابن سينا من اليونسكو في حفل تكريم شاركت فيه الحكومة المغربية بمناسبة اليوم العالمي للفلسفة الرباط/الصخيرات : 16 نوفمبر 2006

الجوائز التي اعتذر عنها

- اعتذر في أواخر الثمانينات عن الترشيح لجائزة الرئيس صدام حسين (100 ألف دولار)
- اعتذر عن جائزة المغرب مرارا.
- اعتذر في عام (2001) عن جائزة الشارقة التي تمنحها اليونسكو (25 ألف دولار).
- اعتذر في سنة 2002 عن جائزة العقيد القذافي لحقوق الإنسان (32 ألف دولار).
- اعتذر عن العضوية في أكاديمية المملكة المغربية مرتين مع تأكيده في المرة الأولى على تفضيله البقاء ضمن موقعه في المعارضة، وككاتب بهذه الصف

محمد عابد الجابري متزوج وله أربعة أولاد.

<http://www.aljabriabed.net>

المؤلفات

1. العصبية والدولة: معالم نظرية خلدونية في التاريخ الإسلامي 1971. وهو نص أطروحتي لدكتوراه الدولة في الفلسفة والفكر الإسلامي كلية الآداب جامعة محمد الخامس- الرباط 1970، وكانت بعنوان: "علم العمران الخلدوني: معالم نظرية خلدونية في التاريخ الإسلامي"
2. أضواء على مشكل التعليم بالمغرب. 1973
3. مدخل إلى فلسفة العلوم: جزآن 1976
 - الأول: تطور الفكر الرياضي والعقلانية المعاصرة.
 - الثاني: المنهج التجريبي وتطور الفكر العلمي)
4. من أجل رؤية تقديمية لبعض مشكلاتنا الفكرية والتربوية 1977.
5. نحن والتراث: قراءات معاصرة في تراثنا الفلسفي 1980. (ترجم إلى الإسبانية). طبعة جديدة (العاشر) مع إضافة 2006
6. الخطاب العربي المعاصر: دراسة تحليلية نقدية 1982 (ترجم إلى التركية)
7. تكوين العقل العربي. 1984. (ترجم إلى التركية، وتحت الترجمة إلى الفرنسية.)
8. بنية العقل العربي: 1986. (ترجم إلى التركية وتحت الترجمة إلى الفرنسية.)
9. السياسات التعليمية في المغرب العربي 1988.
10. إشكاليات الفكر العربي المعاصر 1988.
11. المغرب المعاصر: الخصوصية والهوية.. الحداثة والتنمية 1988.
12. العقل السياسي العربي: 1990 (ترجم إلى التركية والفرنسية والإندونيسية.)
13. حوار المغرب والمشرق: حوار مع د. حسن حنفي 1990
14. التراث والحداثة: دراسات ومناقشات 1991.
15. مقدمة لنقد العقل العربي نصوص مترجمة إلى اللغة الفرنسية تحت عنوان: Introduction à la critique de la Raison arabe : traduit de l'arabe et présenté par Ahmed Mahfoud et Marc Geoffroy, éd. La Découverte. Paris. 1994
 - (ترجم إلى الإيطالية والإنجليزية والبرتغالية، والإسبانية والترجمة إلى اليابانية والإندونيسية.)
16. المسألة الثقافية 1994.
17. المثقفون في الحضارة العربية الإسلامية، حنة ابن حنبل و نكبة ابن رشد 1995.
18. مسألة الهوية: العروبة والإسلام... والمغرب 1995.

19. الدين والدولة وتطبيق الشريعة 1996. (ترجم إلى الكردية، كردستان العراق. الترجمة الإنجليزية تحت الطبع.)
20. المشروع النهضوي العربي 1996.
21. الديمقراطية وحقوق الإنسان 1997.
22. قضايا في الفكر المعاصر 1997. (العولة، صراع الحضارات، العودة إلى الأخلاق، التسامح، الديمقراطية ونظام القيم، الفلسفة والمدينة)
23. التنمية البشرية والخصوصية السوسيوثقافية: العالم العربي نموذجاً. 1997 (نشر الأمم المتحدة، الإيسكوا، ترجم إلى الإنجليزية)
24. وجهة نظر: نحو إعادة بناء قضايا الفكر العربي المعاصر 1997.
25. حفريات في الذاكرة، من بعيد (سيرة ذاتية من الصبا إلى سن العشرين) 1997.
26. الإشراف على نشر جديد لأعمال ابن رشد الأصلية مع مداخل ومقدمات تحليلية وشرح الخ 1997 - 1998
 - o فصل المقال في تقرير ما بين الشريعة والحكمة من الاتصال.
 - o الكشف عن مناهج الأدلة في عقائد الملة.
 - o تهافت التهافت.
 - o كتاب الكليات في الطب.
 - o الضروري في السياسة: مختصر سياسة أفلاطون
27. ابن رشد: سيرة وفكر 1998.
28. العقل الأخلاقي العربي: دراسة تحليلية نقدية لنظم القيم في الثقافة العربية. 2001.
29. سلسلة مواقف * (سلسلة كتب في حجم كتاب الجيب: انظر الصفحة الأولى)
30. في نقد الحاجة إلى الإصلاح سبتمبر 2005
31. مدخل إلى القرآن. سبتمبر 2006
32. فهم القرآن: التفسير الواضح حسب ترتيب النزول مارس 2008
- ملاحظة: تطلب هذه الكتب من مركز دراسات الوحدة العربية ببيروت (ما عدا الكتب التي عليها علامة *).

French

1. L'Islam et l'Occident
2. La globalisation dans la pensée arabe contemporaine
3. Peut-on libérer l'avenir du passé
4. Extrémisme et attitude rationaliste
5. Ibn Rushd et dialogue des cultures
6. choc des civilisations ou conflit des intérêts
7. Introduction à la critique de la raison arabe (présentation)

إن أزمة تجربة النهضة التي بدأت مع رفاعة رافع الطهطاوي وجمال الدين الأفغاني ومحمد عبده ورشيد رضا في القرن التاسع عشر ومطلع القرن العشرين والتي كانت في جوهرها حركة استنهاض تنويرية تهدف إلى تحرير الإسلام من الشوائب التي لحقت به تاريخياً وإعادته إلى أصوله مدعماً بنتائج التطور العالمي في مجال التقنية والعلوم بما يعزز توجهه الجديد.

إن هذا المشروع لتحديث العالم العربي إن لم يكن قد فشل إلا أنه يبدو مرواحاً في مكانه أو تباطأت حركة تقدمه، مما يستدعي البحث الملح عن الأسباب التي أدت إليه.

تسأل الجابري ومثله الكثيرون من معاصريه عن أسباب تعثر قيام نهضة حقيقية في الدول العربية على خلاف ما حدث في أوروبا؟ وجاء جوابه ليشمل الماضي البعيد خارج نطاق التجربة في ظل الحكم الاستعماري وما تلاها من قيام أنظمة شمولية بكل تعثراتها السياسية والاقتصادية والثقافية. ولا يرى الجابري، خلافاً للكثيرين من معاصريه بأن السبب يكمن في الانحراف عن العقيدة وواجباتها بل يكمن في تقسُّخ العقل والفكر العربيين. وبالتالي لا يمكن أن يكون الحل في تقديم طريق ثالث متجلباً في الحنين الرومانسي والنمطية الهيجنية إيديولوجياً لإعادة بناء مجتمع سياسي يرتكز على التعاليم الدينية وإنما بالمراجعة النقدية للتراث.

إن الطريق الذي سلكه الجابري لم يكن بالطريق الهين. فبالنسبة للفيلسوف والمربي لم يكن الطريق السهل هدفاً أو نهجاً له. لقد اعتقل عدة مرات بسبب موقفه السياسي وبالتالي ضحى بمناصب مرموقة مادياً ومعنوياً لصالح مناصب أكثر مصداقية سياسياً وفكرياً.

إنه مثقف ملتزم بكل ما تعنيه هذه العبارة، إذ لا يعتبر نفسه مراقباً ومحلاً بل يوظف حياته وفعله في صميم الحدث السياسي والثقافي المعاش.

إن عرض قائمة الجوائز والتكريم هو جزء معتاد في كلمات التكريم ويمكن الأخذ بها هنا ولكنني أفضل أن أحصر العرض على حالات التكريم التي رفضها الجابري: جائزة صدام حسين، جائزة القذافي لحقوق الإنسان وعضوية الأكاديمية الملكية المغربية التي رفضها مرتين أثناء حكم الملك الحسن الثاني. لا يتمتع مانحي الجوائز دائماً بسمعة دعم حرية الفكر السياسي وحرية الرأي ولذلك يتسأل المرء عن دوافع رؤساء دول ذات أنظمة شمولية وحكام مستبدين أن يكرموا ديمقراطياً جذرياً وناقداً فكرياً مجادلاً.

هل تراءى لهم بأن الجابري مسالماً أم أنه بعيداً عن تشكيل الخطر الفعلي؟

هل كانت محاولة احتواء واحد من المفكرين المعبرين في العالم العربي أكبر من المجازفة بوضع علامة استفهام حول سلوكهم السياسي من خلال تكريمهم لمثقف ملتزم؟

هل جهلوا أعماله؟ أم أنهم أملا في توظيفها للترويج الشعبوي لماض مجيد وآمال في الحداثة العربية. هذا سيبقى موضعاً للتساؤل. لكن مما لا شك فيه هو أن الجابري مضى في طريق وعر في تسليطه الضوء على الماضي.

إنها مخاطرة في زمن تصاعدت فيه حدة الخطاب السياسي الديني وبات فيه المفكرون العلمانيون كما الدينون يجدون أنفسهم فيه معرضين لتهمة العداء للدين والإلحاد المذلة.

ولكن من وجهة نظر معرفية (إبستمولوجية) ربما كانت هي الفرصة الوحيدة لكسر الجمود الفكري وربط الإرث الثقافي بإطاره الزمني. في

English

1. Contemporary Arab views on globalization
2. What Role for Non-Governmental Organization
3. Can modern rationality shape a new religiosity?
4. Arab-Islamic Philosophy

**Ibn Rushd Fund for Freedom of Thought
Christofstr. 5**

76227 Karlsruhe

Tel. : 0049 (0) 721-1517745

Fax: 0049 (0) 721-9158750

E-Mail: contact@ibn-rushd.org

Web: <http://www.ibn-rushd.org>

كلمة تكريم للأستاذ ميخائيل جيبيل (2008/12/10)

اعتذر محمد عابد الجابري عن الحضور إلى برلين لتسلم الجائزة لأسباب صحية وسترسل الجائزة له لاحقاً. عوضاً عن الاحتفال الذي كان مرتبطاً بحضوره نشر خطاب تكريمي من السيد ميخائيل جيبيل الذي درس أعمال الجابري المتعلقة بالحوار السياسي والفلسفي في الثمانينيات والتسعينيات من القرن العشرين.

ولد محمد عابد الجابري في عام 1935 في بلدة فجيح في المغرب. مارس مهنة التعليم في وقت مبكر، الأمر الذي اقتضته الظروف السياسية الاستثنائية. وقد أغلقت المدرسة الثانوية مؤقتاً والتي كان يزورها الجابري نتيجة لتداعيات نفي الملك محمد الخامس من المغرب [من قبل سلطات الاحتلال الفرنسي في المغرب - المترجم].

وبعد استقلال المغرب عام 1957 سلك طريق التعليم وانخرط مبكراً في العمل السياسي والصحفي، وفي نفس الوقت تأثر على إكمال دراسته العليا في مادة الفلسفة في جامعة الرباط حيث نال درجة الدكتوراه عام 1970 وكانت بذلك أول دكتوراه تمنح في مادة الفلسفة من دولة المغرب. تبع ذلك تعيينه أستاذاً جامعياً ولم يمنعه ذلك من نشاطه السياسي ومشاركته في ذلك التحضير لانقضاء 1972، مما أدى إلى اعتقاله عدة مرات.

وسبق له أثناء دراسته الجامعية أن ألف كتاباً مدرسياً في مادة الفلسفة وتبع ذلك إصدار العديد من الكتب التربوية والفلسفية وفي مطلع ثمانينيات القرن العشرين أدى انصرافه إلى البحث الفلسفي إلى انسحابه من عضوية الحزب الاشتراكي وإن بقي متعاطفاً معه بالمشورة والدعم.

في هذه الأثناء تابع أعماله في نقد تاريخ الفكر العربي الإسلامي التي نتجت عنها رباعيته في نقد العقل العربي. وبذلك بات أحد مشاهير الفلاسفة العرب في الوقت الراهن.

وكان مركز اهتمامه السؤال الذي شغل جيلاً من المثقفين: هو استخلاص الدروس السياسية والفكرية لنكبة 1948 ونكسة 1967. فقد هُزمت الجيوش العربية ولمرتين وبكل ما ترتب على ذلك من نتائج وخيمة على الشعب الفلسطيني وشعوب البلدان العربية المجاورة، الأمر الذي أدى إلى تداعيات وإحباط في العالم العربي أجمع. وتزامنت هذه الهزيمة مع نمو الوعي لدى الجماهير - وخاصة المثقفين - بأن الدول المستقلة حديثاً سوف تبقى متعاسة ولن توفي بتحقيق وعودها في بناء أنظمة ليبرالية وديمقراطية اشتراكية تؤمن التقدم والرخاء.

والقانون والمجتمع الديمقراطية التي تحمي حقوق المواطن والإنسان الهدف المشترك للشرق والغرب.

ولكن هذا لا يكفي لدعم الفكر العربي والعالم العربي. لا بد من حين إلى آخر ظهور كتب من نمط "أبناء أرسطو" أو "باسم الورد" لتذكير الناس كيف وصلت الفلسفة اليونانية إلى الغرب بدليل أنهم ما يزالون مندهشون اندهاشاً مفرطاً حينما يشار في المنشورات والمطبوعات المختلفة إلى أهمية الدور التي قامت به العلوم العربية في تطوير الفكر الغربي. لذلك يُحتاج إلى مثل هذه الكتب إلا أنها سريعاً ما تختفي في عالم النسيان. إن هذا يدعونا إلى إعادة النظر لماذا لم ينفذ هذا الدور إلى صميم وعينا الأوروبي التاريخي العام؟

ومن دواعي الاستغراب أن مفكراً مرموقاً من العالم العربي كالأستاذ الجابري لم تنقل أعماله إلى لغات غربية وبالتالي لا يقرأ في أوروبا.

في الوقت الذي يحتاج العالم - ليس فقط العالم العربي - إلى الاطلاع على الفكر العربي الحاضر والماضي مما يسهل فهمه بشكل أفضل ولهذا يحتاج العالم إلى المفكر العربي الجابري.

ومن المعلوم أن الفيلسوف والكاتب لن يستطيع لأسباب صحية الحضور شخصياً لتسلم الجائزة. سيبليج الجابري في أسابيع قليلة عامه الثالث والسبعين وإذ نتمنى له تمام الصحة والعافية، نتمنى لأنفسنا في الشرق والغرب أن يدوم عطائه الفكري لفترة طويلة.

حديث جرى في عام 1994 في الدار البيضاء لاحظ الجابري "أن الاستيعاب العربي للتاريخ تنقصه النظرة الجدلية والبعد التاريخي مما يعني عدم ربط الثقافة في إطارها الزمني. عندما يجري الحديث عن المعتزلة أو ابن سينا يجري الحديث في آن واحد عن ابن رشد بالرغم من وجود تباين في التسلسل التاريخي، في المشروع والتطور الخ. لذلك يجب علينا كتابة فهمنا للثقافة العربية ولتاريخها، لأن التاريخ حتى يومنا هذا هو تاريخ التيارات الدينية السياسية المختلفة أو تاريخ كتبه الأوروبيون مستنسخاً من تاريخ الأفكار الأوروبية".

وفيما تقدم ذكره يتبين سبب رفض الجابري لتطبيق مفهوم العلمانية في العالم العربي. إنها خاصية محددة لتاريخ الغرب المسيحي وعلاقته مع الكنيسة والدولة والمجتمع والتي ليس لها أية أهمية بالنسبة للمجتمعات العربية الإسلامية. إن الكنيسة باعتبارها مؤسسة دينية لا مثيل لها في الإسلام، كما يقول الجابري، لذلك لا يمكن الحديث عن فصلها عن الدولة.

ما تقدم يبدو كفسطة (مغالطة) (لكن في الواقع أن تنوع القواعد والهياكل التي تحكم العلاقة في بلدان الغرب مع الدين، يصعب الأخذ بها لتكون دليلاً مرشداً لعلمة الدول والمجتمعات. وبخلاف كثير من الأصوات في العالم العربي التي تنتظر إلى العلنية على أنها مشروع غربي غريب عن الإسلام، يؤكد الجابري على ضرورة الفصل بين الدين والسياسة ويستند في ذلك إلى مشروعات أخرى: الرقابة على السلطة من خلال الديمقراطية والحفاظ على حقوق المواطنة والإنسان. وهو يرى أخيراً في أنظمة الدولة

تهنئة البروفيسور أحمد عكاشة

بشرفي إعلامكم أنه قد تم في فنزويلا إختيار:

أ.د. أحمد عكاشة

aokasha@internetegypt.com

رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي

رئيس اتحاد الأطباء النفسيين العرب

الرئيس السابق للجمعية العالمية للطب النفسي

رئيساً لـ:

لجنة التميز والتميز لحقوق المريض والطبيب النفسي بالجمعية العالمية للطب النفسي

و هي اللجنة المسئولة عن التحقيق و التقييم إلى أي إنتهاكات لحقوق المريض النفسي أو حقوق الطبيب النفسي سواء لأسباب عرقية أو سياسية أو دينية أو علمية و ذلك على مستوى العالم.

بهذه المناسبة، يشرفني و أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية أن أقدم إلى البروفيسور احمد عكاشة بأحر التهاني لشرف ترأسه هذه اللجنة، هذا الشرف الذي يتجاوز شخصه الكريم إلى كافة الأطباء النفسانيين العرب والمسلمين.

إننا بكم نرقى ومعكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دمت منارة للعلم والمعرفة ودام عزكم وعطائكم.

د. جمال التركي

عن الهيئة العلمية الإستشارية للشبكة

Appreciations

انطباعات

PSYCHIATRISTS & PSYCHOLOGISTS

أطباء النفسانيين وأساتذة علم النفس

أ. زيد فريخ جاسم الدليمي / عمان، الأردن

أ. فارس كمال عمر نظمي / بغداد، العراق

الأخوة والأخوات الأساتذة الأفاضل أعضاء "الهيئة العلمية لشبكة العلوم النفسية العربية" المحترمون ، - حضرة الأخ الفاضل "الأستاذ الدكتور جمال التركي" المحترم - السادة الأفاضل مشترك "شبكة العلوم النفسية العربية" تحية طيبة مباركة، أسأل الله لكم كل خير وتقدم بخطى منارات العلوم والمعرفة النفسية العربية الرائدة في ظل واقع شتات الفكر والمكان للفرد العربي، متمسكين بالهوية رغم أزماتها المتلاحقة ونحن نزخر بإصدارات تلمعن النفوس نسترجع من خلالها ماضينا الخالد اعتزازا بأصالة متمثلة بما يقدمه زملائي الأخصائيين والأطباء من روائع ركائزهم الفكرية والعلمية في هذه الشبكة، لخص بالذكر أخي العزيز الفارس العراقي الأستاذ "فارس كمال عمر نظمي" الذي صدر له مؤخرا "الحب الرومانسي بين الفلسفة و علم النفس" ضمن سلسلة الكتاب الإلكتروني للشبكة فب إصداره الثاني عشر، من خلاله نشدز الهمم العلمية بكل ما أوتينا ونحن في غربة عن أوطاننا، لنستظل تحت خيمة "شبكة العلوم النفسية العربية" الصادقة، التي تجمعنا لتتواصل مع القراءات السيكلوجية للمتغيرات الجديدة من منظور عربي، لتكون رافدا للدراسات والبحوث بلا كلل أو ملل والله ولي التوفيق .

مصطفى شقيب / المغرب

تحية طيبة إلى الأخ الدكتور المشرف على الموقع، وبمزيد من التوفيق في نشاطكم المعرفي والإعلامي الكبير، خدمة للصحة العربية في جانبها النفسي، البعد المغيب في عالمنا والذي على ما يبدو سبب كوارثنا ومصائبنا اعتبارا لعدم اعتبار إنسانية المواطن العربي وعواطفه وأحاسيسه وكرامته وآماله.. لقد سرتني تواصلكم وأعلن نفسي كأحد أفراد طاقمكم المتميز، أعددت لكم تقريرا مقتضبا موثقا بما سمحت لي به الظروف لأني مشغول جدا بعالم الكتابة والنشر الذي ألقى فيه العنت الكبير.. على أن أوفيك بمعلومات أخرى مستفيضة حينما تسمح الظروف بذلك.. أهدي لكم كتابان قاموس شرح أهم المصطلحات النفسية و "أسئلة حول العلاج النفسي" لم يريا النور بعد في مجال النشر، للاستفادة العلمية بهما- بعدما تغيبت الاستفادة المادية. مع التحيات.

زهير زكريا / رئيس الجمعية الاردنية لعلم النفس

أهنيء العاملين في مجالات علم النفس في الوطن العربي بوجود الشبكة العربية للعلوم النفسية فهي تمثل أول رابط يجمعنا في هذا الميدان وأشكر من القلب كل القائمين عايتها لجهودهم المباركة في هذا المضمار واتمنى للجميع دوام التقدم. اتمنى ان يتم السعي لإنشاء اتحاد عربي او مجلس عربي يضم جمعيات وهيئات عربية عاملة في ميادين العلوم النفسية سعيا لتطويرها ولتنظيم وتحسين ممارسات المشغلين في المهن النفسية المتنوعة

حضرة الأخ الفاضل الأستاذ الدكتور جمال التركي المحترم : شرف واعتبار كبيرين لي أن ينشر كتابي (الحب الرومانسي) ضمن رحاب شبكة العلوم النفسية العربية. ومما يملؤني اعتزازا تهنئتك لي بكلمات زادتنني فخرا بوجودي ضمن أكاديميتكم التثويرية. لا بد لي هنا من التوقف والإقرار من جديد بفضل علمي لا يمكن رده، أعذقتموه على باحثينا في العراق وعلي شخصيا، طوال السنوات الأربعة الماضية، إذ تفضلتم بإتاحة الفرصة لنشر بحثنا ومقالاتنا في إطار من نزاهة التعامل وحرية التعبير لم نعهده في أي مؤسسة أكاديمية أو إعلامية محلية أو عربية على الإطلاق. أجدد اعجابي بأدائكم الفريد إنسانيا وعلميا وفنيا في إدارة نشاط الشبكة، وقدرتكم الرائعة على مواصلة استلهام قيم العلم والصدق على نحو تفصيلي دون أدنى توقف أو كلل. كما أسجل وفائي لكم شخصيا، متمنيا لكم الصحة والعزيمة المتجددة على استنبات المزيد والمزيد من زهور الحقيقة والأمل، من أعماق صخرة التخلف الماثلة في كل تفاصيل واقعنا. إن ما حققتموه، وما ينتظركم من مشاريع، هو مصدر إلهام وشعلة نور نحتاجهما ونستعين بهما وسط هذا الليل العربي الطويل !.

د.محمد عبد الرحيم بن حمادي / إنوا كشوط موريتانيا

بسم الله الرحمن الرحيم، بعد التحية والاحترام ومباركة السنة ، أنا أستاذ بجامعة إنوا كشوط ،قسم الجغرافيا، وأستاذ بالمدرسة الوطنية للصحة ووزارة الصحة و الشؤون الاجتماعية، وإطار وزارة الشؤون الاقتصادية والتنمية، إدارة الدراسات وإستراتيجيات التنمية ،كاتب صحفي مجال الإحصاء و الديموغرافيا بالوكالة الموريتانية للأنباء، إطار مكلف بالحماية الاجتماعية بالمفوضية المكلفة بالحماية الاجتماعية و الأمن الغذائي رئيس منظمة غير حكومية تعمل في مجال المساعدات الإنسانية المختلفة تدعي "الجمعية الموريتانية للتعاوض ذات تخصص اقتصادي وجغرافي".لدي 10 بحوث منشورة في مجالات عدة بالإضافة إلي كتابين، شاركت في عدة ملتقيات وندوات وطنية ودولية. يسعدني التعارف إليكم و التواصل معكم نظرا لأهمية منظومتكم عندي من ناحية وما تنتشرونه علي بوابتكم ومجلاتكم من ناحية أخرى. لي شرف التواصل إلكترونيا و بريديا ومكانيا. حبذا لو رغبتم مشاركتي معكم التعريف بنشاط الاختصاص في موريطانيا، كما أني مستعد موافاتكم ما تطلبونه من معلومات اقتصادية، جغرافية، اجتماعية و ديموغرافية عن بلدي وتشاركونا دورياتكم، مجلاتكم ، الملتقيات و الندوات والبرامج التدريبية.

أ. شريف عبداللّٰه / تماراست، الجزائر**لعمرج رفاقدة / المشربة، النعمامة - الجزائر**

اشكر كل من ساهم في انجاز أو انجاح هذا الموقع من الأساتذة و الطلبة المشاركين ، أمل تزويدي ببعض الاختبارات أو بيعض المواقع المختصة باختبارات. أقترح أن يكون يضم الموقع كل التخصصات في مجال علم النفس لتبادل المعلومات من كل انحاء العالم و وشكرا

جمال باقرشي / الجزائر

سررت كثيرا بإطلاق هذا الموقع الذي انتظرناه طويلا ... وقد جاء على أحسن ماتوقعناه، لك كل الشكر والتقدير على جهودك الرائعة. ليكن الله في عون الجميع.

د. أمال الشنشاوي / مصر، القاهرة

جزاكم الله خيرا على المجهودات الجبارة التي بذلتموها و لا زلتم تبذلونها في سبيل العلم و خاصة علم النفس العربي. أقترح ان يتاح المعجم الالكتروني لجميع من هم اعضاء بالشبكة.

د. جمال العبد اللّٰه / سوريا - ألمانيا

السلام عليكم ورحمة الله، تحية طيبة وشكرا لجهودكم في تطوير علم النفس والطب النفسي و أبحاثه في العالم العربي. أرجو أن يتطور الموقع أكثر فأكثر ويصبح ملتقانا ومنهلنا في اختصاصنا. أقترح عليكم تحسين عملية التبويب في الموقع العربي،

إيمان الفقي / تونس

أنا جد مسرورة بهذا العمل العظيم الذي تقومون به، أشركك على هذا المجهود الكبير الذي تبذلونه من أجل هذا الموقع الرائع. أقترح عليكم تسهيل عملية البحث في الموقع

أ. عادل الأفقي

جهد تشكرون عليه اتمنى أن يتم دعمكم ماليا لو ثمن طائرة حربية عربية فقط. أرجو أن نعمل من أجل قانون للصحة النفسية في الدول العربية.

د. جمال فروي / القاهرة، مصر

أكثر من رائع ونتمنى المزيد، أقترح تبادل المعلومات ومناقشة بعض الحالات السريرية .

الكتاب الذهبي للأطباء النفسيين

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsPsyGoldBook.asp

الكتاب الذهبي لأساتذة علم النفس

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsGoldBook.asp

شارك برأيك

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، أستاذي الفاضل: لا يسعنا من خلال هذا الصرح العلمي المجيد إلا أن نتقدم لكم بخالص التحية والتقدير على هذا الإنجاز الرائع والذي نتمنى أن يكون بوابة للشمّل باحثينا وأساتذتنا الكرام من ربوع وطننا الشاسع. كما نتقدم بالتحية لكافة المشاركين في هذه الشبكة ونحثهم من هنا على مواصلة التألق في مجال البحوث والدراسات العلمية الهادفة. أقترح منكم العمل على التنسيق بين باحثي كل منطقة لتقديم برنامج ورؤية موحدة عن المشاريع البحثية المقدمة. وفقكم الله لما يحب ويرضى.

مروة شبيخ الأرض / دمشق، سوريا

الموقع رائع و مستوفي امور نفسية مفيدة جدا فجزاكم الله الخير، اتمنى ان تزودوا المشاركين بأجد المنشورات و يكون الفتح بسهولة و خاصة معلومات جديدة للخريجين لاجل التطوير. اشكر القائمين على الموقع شكر كبير و خاصة الدكتور جمال و الدكتور سامر رضوان و باقي الدكاترة المحترمين

نبيلة ناني / سطيف، الجزائر

حمدا لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والذي بفضلله ظهرت هذه الشبكة الطيبة، أرجو أن تكون الأولوية الأولى لهذه الشبكة هي توفير المادة العلمية للطلبة فكلنا يعرف مدى كارثية الفقر الذي تعانيه جامعاتنا العربية ويعانيه طلابها وخصوصا من حيث الكيف. جعلها الله صدقة جارية لكل من ساهم فيها بقليل أو كثير، والشكر الجزيل لأستاذنا الفاضل جمال التركي جازاه الله عنا كل خير.

أ. مصطفى العـوزي

موقع جيد ما دام مستمرا في وجوده العنكبوتي. أتمنى لو يتم إدراج الحديث عن علم النفس كعلم اجتماعي أنساني قائم بذاته في علاقته مع الآداب على اعتبار أن هذا الأخير هو ذاك التجسيد الواضح لما تكتنزه الدواخل الشخصية للفرد، و من قول أو كتاب نعرف إن بطريقة مباشرة أو غير مباشرة مدى انجذاب الإنسان بشكل فطري إلى عالم الكتابة الإبداعية كتعبير عما تمنع الظروف من فعله أو قوله أو تقريره.

د. سيد أحمد محمد الوكيل / طنطا، مصر

خالص شكري وتقديري لإدارة الموقع علي هذه الجهود الحثيثة في خدمة علم النفس والمحتاجين إليه وأرحب بنبيل شرف الانضمام إلي موقعكم الكريم، أقترح تزويد الموقع بملخصات لأحدث الدراسات والاصدارات العربية والانجليزية في الميدان السيكلوجي وأن تكون متاحة للجميع.

الدكتور مهدي الطاهر / السعودية

نشكر جهودكم للجمع الجهود العربية بما يتعلق بالطب النفسي ومجالات علم النفس المختلفة تحياتي وتقديري لكم دكتور جمال التركي وجميع الأخوة العاملين معكم

بريد مراسلات شبكة العلوم النفسية

صيف و خريف 2008

APN-info@arabpsynet.com - Arabpsynet-Mail@yahoo.fr

نأمل منكم مدنا ملاحظاتكم و انطباعاتكم و اقتراحاتكم بإضافة مصطلحات جديدة أو ترجمات مختلفة إثراء لهذه المعاجم .

ملاحظة: تنزيل مصطلحات الحرف الأول من المعجم الإلكتروني "أ" عربي و " إ " إنكليزي و " A " فرنسي، لا يخضع لكلمة عبور (تحميل حر مجاني) :

"Alif" Letter - Arabic - English - French
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/Alif.aef.pdf>
 "A" Letter – English.French.Arabic
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.efa.pdf>
 "A" Letter - French.English.Arabic
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.pdf>
 "A" Letter – English.French
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.ef.pdf>
 "A" Letter – French.English
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fe.pdf>

للإطلاع:

- أبحاث متعلقة بالمعجم

<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OPePsydictAr.pdf>
<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.PsydictComp.StudyAr.pdf>
<http://www.arabpsynet.com/HomePage/DictSoftC.Ar.htm>
<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OPePsydictFr.pdf>
<http://www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.PsydictComp.StudyFr.pdf>

- ارتباطات المعجم الإلكتروني

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm>
<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm>
<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm>

سي دي المعجم الإلكتروني (برنامج تجريبي)

تنزيل الإصدار التجريبي من الإصدار الكامل
 ePsydict C – Complete Edition (CD)
 Ar.Eng.Fr – Fr.Eng.Ar – Eng.Ar.Fr
<http://www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe>
 تنزيل الإصدار التجريبي من الإصدار الإنكليزي الفرنسي
 ePsydict EF – English - French Edition (CD)
 English.French – English.French
<http://www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe>

دتمتم سنندا للعلم و المعرفة

تذكير:

تضاف خدمة الاشتراك في "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" إلى سلة خدمات الاشتراك في شبكة العلوم النفسية العربية (التسجيل بقائمة المراسلات، تصفح الارتباطات المحمية، المجلة الإلكترونية للشبكة، الكتاب الإلكتروني للشبكة)

LUNDI 2. JUIN 2008 18:07

ePsydict Book: THE SEVEN LETTERS (G.English; G.French; .Arabic)

يشرفني إعلامكم إصدار ترجمة مصطلحات الحرف السابع من الأبجدية العربية "خ"، الإنكليزية "G" و الفرنسية "G" و ذلك في إطار الإصدار المتسلسل لكامل "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" (المعجم النفسي العربي، المعجم النفسي الإنكليزي، المعجم النفسي الفرنسي) يتم تحميل هذه الإصدارات من الارتباطات التالية:

ePsydict Book (Arabic Edition)

Arabic - English - French

Download All the entire VII Arabic letter "Kha"

عربي - إنكليزي - فرنسي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف العربي السابع " خ "

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=2007

INDEX ARABIC

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/IndexDictBook-Ar.HTM>

ePsydict Book (English Edition)

English – French – Arabic

Download the entire VII English Letter "G"

إنكليزي - فرنسي - عربي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف الإنكليزي السابع "G"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=3007

ePsydict Book (English Edition)

English – French

Download the entire VII English Letter "G"

إنكليزي - فرنسي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف الإنكليزي السابع "G"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=3017

ePsydict Book (French Edition)

French - English – Arabic

Download the entire VII French letter "G"

INDEX ENGLISH

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/IndexDictBook-Eng.HTM>

ePsydict Book (French Edition)

فرنسي - إنكليزي - عربي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف الفرنسي السابع "G"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=4007

French - English

Download the entire VII French letter "G"

فرنسي - إنكليزي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف الفرنسي السابع "G"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=4017

INDEX FRENCH

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/IndexDictBook-Fr.HTM>

أصدرت الأكاديمية المصرية للعلوم و التكنولوجيا قائمة الحاصلين علي جوائز الدولة التقديرية و التفوق و حصل البروفيسور أحمد عكاشة علي جائزة الدولة التقديرية في العلوم الطبية و هي أعلى تكريم في مصر للعلوم الطبية، و هذه المرة الأولى التي تعطي فيها الجائزة لتخصص الطب النفسي أو لطبيب نفسي.

بهذه المناسبة السعيدة، يشرفني وأعضاء الهيئة العلمية لـ " شبكة العلوم النفسية العربية" أن أتقدم إلى البروفيسور أحمد عكاشة بأخلص التهاني لنيله هذه الجائزة التي استحقتها عن جدارة لما قدمه من خدمات جليلة للطب النفسي سواء على المستوى القطري أو العربي أو العالمي.

إن شرف نيل هذه الجائزة يتجاوز شخصية البروفيسور عكاشة ليطل جميع الأطباء النفسانيين العرب، إنا نتمناها شحذا لعزائم الأطباء الشبان تتير لهم درب الرقي العلمي نهضة بالعلوم النفسية في أوطاننا.

حضرة البروفيسور الفاضل، لا يفوتني في هذه المناسبة إلا أن أعبر لكم و للصديق العزيز الأستاذ طارق عكاشة، عن عظيم شكري وتقديري لما قدمته من دعم لـ "شبكة العلوم النفسية العربية" أثناء انعقاد "المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي" بالقاهرة، و الذي يعتبر منارة مضیئة على مستوى الاختصاص بالوطن العربي.

إنا بكم و بأمثالكم نرقى... ومعكم نسير درب رفعة للصحة النفسية في أوطاننا.

دتمت منارة للعلم والمعرفة ودام عزكم وعطاءكم
عن شبكة العلوم النفسية العربية

MARDI 24. JUIN 2008 10:24

Condolence: PR. TAHA BAACHAR - SUDAN

بلغني بمزيد الحزن والأسى نبأ وفاة البروفيسور طه باعشـر المستشار الاقليمي للصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية لاقليم شرق حوض البحر الأبيض المتوسط 1985-1972 بتاريخ 2008/06/16

<http://www.arabpsynet.com/BaasharCondolence.pdf>

الخطب عظيم و المصاب جـل... في هذا الطرف الأليم، لا يسغني إلا أن أتقدم باسمي و باسم كافة أسرة شبكة العلوم النفسية العربية، إلى زوجته و أبنائه وأسـرته الكريمة و كافة اخصائيي العلوم النفسية بالسودان و الوطن العربي بـخالص التعازي و المواسات، سائلا الله العلي القدير أن يتغمده برحمته الواسعة و يسكنه فراديس جناته و أن يرزق أهله وذويه و الأسرة العلمنفسية و الطبـنفسية السودانية و العربية جميل الصبر و السلوان و إنا لله و إنا إليه راجعون.

" يا أيتها النفس المطمئنة إرجعي إلى ربك راضية مرضية فأدخلي في عبادي و أدخلني جنتي"

عن شبكة العلوم النفسية العربية
نعى البروفيسر طه باعشـر 1922 - 2008
www.arabpsynet.com/BaasharCondolence.pdf

LUNDI 7. JUILLET 2008 10:33

The Emotional Thought In Hashish Addicts

أطلب مساعدتكم في إعداد رسالتي لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس بجامعة بغداد، أعلمكم أنني اخترت موضوعا لإطروحتي هو: ((التفكير الإنفعالي وعلاقته بالإستراتيجيات المعرفية وتنظيم الأفكار لدى متعاطي الحشيش))

Arabpsynet e.Journal: N°20 - AUTUMN 2008

MERCREDI 11. JUIN 2008 18:55

APN e.Book N°12-SUMMER 2008 - F. K. NADHMI

الكتاب الثاني عشر صيف 2008
الحب الرومانسي بين الفلسفة و علم النفس
أ.فارس كمال نظمي (العراق)

النص الكامل

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=112

الفهرس + مقدمة + الفصل الأول

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eb12/eb12.FNCont&Pref.pdf>

دليل الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

APN e.Book N°12 - Summer 2008:

Romantic Love Between Philosophy And Psychology - F. K.

NADHMI (Ar. Text)

Arabpsynet e.Book

INDEX

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

APN e.Book N° 12 - Summer 2008

Romantic Love Between Philosophy And Psychology - (Ar. Text)

By: Fares Kamel NADHMI - Baghdad; IRAKQ

Full Text

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=112

Content + Introduction + Chap. I

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eb12/eb12.FNCont&Pref.pdf>

LUNDI 16. JUIN 2008 19:26

Thanks And Regards

تحية طيبة مباركة، اسأل الله لكم كل خير وتقدم بخطى منارات العلوم والمعرفة النفسية العربية الرائدة في ظل واقع شتات الفكر والمكان للفرد العربي، متمسكين بالهوية رغم أزمتها المتلاحقة ونحن نزرع بإصدارات تطمئن النفوس نسترجع من خلالها ماضيـنا الخالد اعتزازا بأصالته متمثلا بما يقدمه زملائي الأخصائيين و الأطباء من روائع ركائزهم الفكرية والعلمية في هذه الشبكة، لخص بالذكر أخي العزيز الفارس العراقي الأستاذ " فارس كمال عمر نظمي" الذي صدر له مؤخرا دراسة قيمة عن "الحب الرومانسي بين الفلسفة و علم النفس" ضمن سلسلة "الكتاب الإلكتروني للشبكة" في إصداره الثاني عشر، من خلاله نشدز الهم العلمية بكل ما أوتينا ونحن في غربة عن أوطاننا، لنستظل تحت خيمة " شبكة العلوم النفسية العربية " الصادقة، التي تجمعنا لتتواصل مع القراءات السيكولوجية للمعتبرات الجديدة من منظور عربي، لتكون رافدا للدراسات والبحوث بلا كلل أو ملل. لكم مني كل شكر وتقدير والله ولي التوفيق.

الباحث أ. زيد فريح جاسم الدليمي

مدير مركز الهوية للدراسات والأبحاث والتدريب

عمان / المملكة الأردنية الهاشمية

Alhwyia for studies & Researches and Training

Alhwyia_sart@yahoo.com

zaid_aldmik@yahoo.com

LUNDI 23. JUIN 2008 18:09

PR. A. OKASHA: CONGRATULATIONS / Félicitations

الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة

يتحصل علي

جائزة الدولة التقديرية في العلوم الطبية

"ممارسة الطب النفسي: حقوق الإنسان و العدل الإجتماعي كيف يمكن تحقيق المسيرة؟"

وذلك بمشيئة الله، يوم الخميس الموافق 10 يوليو 2008 الساعة الثامنة مساء بقاعة خفر فندق JW Marriott

مع تحياتي و تقديري
أ.د. أحمد عكاشة

MARDI 8. JUILLET 2008 12:22

إتحاد الأطباء النفسيين شعبة من إتحاد الأطباء العرب

أقدم التهنئة للإخوة الأطباء النفسيين العرب بنجاحنا في تفعيل المادة الأولى من قانون إتحاد الأطباء النفسيين العرب وهي ضرورة أن يكون الإتحاد (رابطة) أو شعبة من إتحاد الأطباء العرب و التي لم تتخذ منذ إنشاء الإتحاد ، وقد تقدمت بأسم الجمعية العمومية و مجلس الإدارة و اللجنة التنفيذية الحالية (2008-2010) و المنبثقة من المؤتمر العربي العاشر للطب النفسي و الذي عقد في القاهرة في الفترة من 18 - 20 يونيو 2008 لإنضمام الإتحاد كشعبة في إتحاد الأطباء العرب. و مرفق نص خطاب موافقة إتحاد الأطباء العرب بأن يكون إتحاد الأطباء النفسيين العرب بتشكيله الحالي عضواً (رابطة) في إتحاد الأطباء العرب. وبذلك أصبح الطب النفسي شعبة طبية من إتحاد الأطباء العرب مثل باقي فروع الطب المختلفة.

و المقر الحالي لإتحاد الأطباء النفسيين العرب في القاهرة هو :

العنوان : إمتداد رمسيس - أبراج الملتقى / برج "ب" بالعباسية -
الدور العاشر شقة 1

تليفون : 24045001 - فاكس : 24045006

كما سبق إفادتكم بقرار الجمعية العمومية بأن يكون المؤتمر العربي الحادي عشر في عام 2010 في السودان و إن لم يتسنى في الإمارات و إن لم يتسنى في السعودية حتى لا يتكرر ما حدث في السبع سنوات الأخيرة.

و السلام عليكم ،،،،

أ.د. أحمد عكاشة

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب النفسيين العرب
أ.د. عبد الرزاق الحمد
أمين عام إتحاد الأطباء النفسيين العرب النفسيين العرب
ملحوظة : يسمى إتحاد الأطباء العرب كل شعبة بأسم
الرابطة و لكن لا مانع في الإستمرار في التسمية
الأصلية إتحاد الأطباء النفسيين العرب.

MERcredi 9. JUILLET 2008 17:58

Ask a Scientific Help

يسعدني أن أتوجه اليكم بطلب المساعدة، أنا طالبة جامعية من الجزائر،
أحضر نيل شهادة الماجستير و موضوع أطروحتي يتضمن متغيري

"الذكاء الوجداني" و "تقدير الذات"

في ظل ندرة المراجع، أطلب منكم مساعدتي و ذلك بإرشادي أو تزويدي بما أمكن من مصادر حديثة حول أي من متغيرات البحث من دراسات و مقاييس و أدوات و إختبارات و كل ما يخدم موضوع بحثي هذا. أشكركم سلفاً

أسأل الله لكم و لجميع أعضاء الشبكة التوفيق و لاستمرار.

الطالبة فطيمة بن خليفة - الجزائر
f.benkhelifa@yahoo.com

Arabpsynet E.JOURNAL: N°20 - AUTUMN 2008

كان إختياري لهذا الموضوع مستنداً إلى وقائع ومبررات ملحة في الشارع العراقي، من ذلك أن نمط "ظاهرة الإدمان" تغير في البيئة العراقية، بعد أن كان مقتصرًا على العقاقير المخصصة لمعالجة الأمراض العقلية والنفسية (فالسيوم، أرتين، سومادريل، موكادون...)، أصبحنا نلاحظ حديثاً تعاطي مادة الحشيش، وهو من بين ما ابتلينا به زمن الاحتلال، بعد أن كان العراق خال من مثل هذه المواد الإدمانية، إضافة إلى إني رغبت أن أبقى في نفس توجهي واهتمامي وهو "مجال الإدمان"، كما يعود إختياري لباقي متغيرات البحث:

- التفكير الإنفعالي
- الإستراتيجيات المعرفية
- تنظيم الأفكار

أنني وجدتُها من بين المتغيرات الأكثر أهمية بناءً على إستطلاعات وتحريات أولية أجريتها على عينة من المتعاطين. مع إني حصلت على بعض التعريفات للمتغيرات استقيتها من بعض الأدبيات والمصادر المتاحة في مكتبتي، إلا إنها ليست وافية و مشبعة لحجم المتغيرات. خاصة و أن ظاهرة الإدمان في حالة حيوية دائمة، و هي من بين أكثر المجالات التي تكاد تعرض الدراسات معلومات جديدة ومختلفة بزمن قياسي، وما يتوفر لدينا قديم وغير موكب للتطورات الحاصلة في هذا الميدان، كما لا يخفى عليكم إن متغير "التفكير الإنفعالي" مثلاً، حديث العهد نسبياً، ما يجعل الدراسات وكذلك أدوات القياس حوله غير متيسرة في العراق (على وضعه الآن).

أمل من إخوتي علماء النفس والأساتذة والهيئات ومراكز البحوث و مشتركوي " Arabpsynet"، تقديم ما توفر لديهم من مساعدة كمصادر حديثة حول أي من متغيرات البحث أو دراسات أو مقاييس وأدوات إختبار، و ما يكون مفيداً وذو قيمة لإنجاز هذا العمل، الذي أعتمد أهميته وفائدته النظرية والعملية في البيئة العراقية، أتمن هذه الخدمة من " Arabpsynet" مساهمة تضاف إلى العطاء الثري ولزملائي الباحثين عبر مسيرتها منذ خمس سنوات ولا زالت.

أسأل الله لكم ولجميع العاملين في الشبكة، التوفيق والإزدهار أكثر وأكثر إن ربي سمع مجيب.

أ. علي كاظم الشمري - بغداد، العراق

Alikadhim70@yahoo.com
Alikadhim70@gmail.com

ملاحظة: عنوان بريدي الورقي، لإرسال مطبوعات مكتوبة كمصادر أو دراسات عند الحاجة: مجمع بريد باب المعظم - ص.ب: 59049، بغداد - العراق

LUNDI 7. JUILLET 2008 17:24

محاضرة عكاشة السنوية

تقوم مجلة "الطب النفسي المعاصر" لسان حال "معهد الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس" بتنظيم: "محاضرة عكاشة السنوية" التي تشمل شهادة و ميدالية و جائزة مالية لأحسن بحوث شباب و شابات الطب النفسي و يلقي أثنائها محاضرة لأحد رواد الطب النفسي أو علم النفس في العالم. يلقي هذا العام، المحاضرة الرابعة عشر، النشط في حقوق الفلسطينيين و المطالب بمقاطعة الجامعات الإسرائيلية:

أ.د. ديري ك سمرقيا

المحاضر الأول في معهد الطب النفسي بلندن

وقد كان هذا موضوع قناة الجزيرة يوم 2008/7/2 مع الأستاذ / احمد منصور في برنامج بلا حدود، و نظرا لإسهاماته في قضايا حقوق العرب الفلسطينيين، قررت الجمعية المصرية للطب النفسي إهدائه "الزمالة الفخرية للجمعية المصرية للطب النفسي". ستكون عنوان محاضرتة:

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 20 - خريف 2008

MERCREDI 30. JUILLET 2008 22:12

Obsessive Compulsive Disorder Scale

نظرا لتعدد الطلب حول معلومات عن مقياس أعراض الوسواس القهري يمكن للجميع تحميل النسخة المقننة الأولى من مقياس أعراض الوسواس القهري من على موقع مجاني عبر هذا الرابط:

<http://www.maganin.com/ocdscale.doc>

أ.د. وائل أبو هندي
Dr. Wa-il AbouHendy
maganin@hotmail.com
www.maganin.Com

VENDREDI 1. AOÛT 2008 20:36

APN eBooks N° 13 - Pr. Md Adib Essali: SPECIAL EDITION 2008

الكتاب الثالث عشر

إصدار خاص

بمناسبة المؤتمر الحادي عشر لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب
أساسيات.... حماية الأطفال من سوء المعاملة و الإهمال.....في سورية

أ.د. محمد أديب العسالي

النص الكامل

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=13

الفهرس + مقدمة + الفصل الأول

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB13/eB13AMCont&Pref.pdf>

بمناسبات

" شهر الطب النفسي العربي "

تكرم البرفسور محمد أديب العسالي

إهداءه

للأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس و المهتمين بشأن الطفل العربي
تحميل حـــــر

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB13/eB13.exe>

دليل الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

SAMEDI 2. AOÛT 2008 12:57

Scientific Help: Collective Panic Scale

انا **حلا الطائي** طالبة دكتوراه / علم النفس / جامعة بغداد وتدرسية في الجامعة الاسلامية / بغداد .. أعد حاليا أطروحة دكتوراه حول موضوع:

" صدمة السيارات المفخخة "

أتوجه إليكم، بعد أن أعياني البحث عن " مقياس الرعب الجمعي - collective panic scale " دون الحصول عليه، لأطلب منكم تكرم مدي به إن توفر لديكم، أو ارشادي كيفية الحصول عليه إذا أمكن لكم. و ذلك لحاجتي إلى تطبيقه على "العينة" موضوع الدراسة.

شكرا لتعاونكم ولسعة صدركم.

الطالبة حلا الطائي
جامعة بغداد، العراق
golden_sky2000@yahoo.com

MERCREDI 23. JUILLET 2008 16:12

المؤتمر 11 لاتحاد الأطباء النفسانيين

يشرفني تذكير الزملاء المشاركين بمداخلات علمية في "المؤتمر 11 لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب" ما لأهمية تشجيع المشاركين في المؤتمر حضور "جلسة عرض أبحاثهم" لمناقشتهم و إثراء الجلسة بمداخلاتهم، إن التعريف بملخصات الأبحاث (بالغات: العربية، الإنكليزية/العربية أو الفرنسية/الإنكليزية) و توزيعها قبل أيام المؤتمر على المشاركين يساهم بشكل كبير في استقطاب الفئة المستهدفة.

حضرة الزميل المحترم، لا يخفي عنكم ما لأهمية استقطاب الجمهور المستهدف و المهتم بموضوع مداخلتكم، في رفع مستوى النقاش و نجاح الجلسة العلمية. من ذلك أنه اعتمد في بعض المؤتمرات الدولية و العالمية توجيه "دعوات شخصية" للمشاركين في المؤتمرات لتشجيعهم حضور هذه المداخلة أو تلك، لقد انتهى زمن يكون المشارك بإمكانه متابعة فعاليات جميع جلسات المؤتمر، أو لا لتعدد الجلسات في نفس الفترة الزمنية و ثانيا لتفرع الاختصاص إلى عديد التفرعات الدقيقة يصعب الإحاطة بها جميعا، و من هنا تأتي أهمية "الإعلان العلمي" لاستقطاب المشاركين المهتمين و الذي يشكل تواجدهم إثراء كبير.

في هذا الإطار، يشرفني دعوتكم تكرم ارسال "ملخصات أبحاثكم" (مع موعد عرضها)، لتوزيعها ببريد مراسلات الشبكة.

تفضلوا حضرة الزميل تقبل أصدق مشاعر المودة و التقدير و الاحترام.

رئيس شبكة العلوم النفسية العربية
APN-Info@arabpsynet.com ; arabpsynet@gmail.com;
turky.jamej@gnet.tn ; webmaster@arabpsynet.com
2008/07/23

JEUDI 24. JUILLET 2008 15:39

دعوة من مجلة "عيون ثقافية"

كلفت بإصدار مجلة ثقافية تعنى بشؤون الفكر والأدب والفن والعلوم الإنسانية والطب النفسي " **عيون ثقافية** " تستقطب نخبة من المثقفين العراقيين والعرب . و قد تم تخصيص الصفحات كالآتي:

- ثلاث صفحات الأولى بعنوان " صحة نفسية " تهدف الى اشاعة الثقافة النفسية وتتابع الجديد في علم النفس والطب النفسي .

- الصفحة الثانية بعنوان " الوجه الآخر " تعرّف القراء بطبيب نفسي او سيكولوجست له اهتمامات فكرية او ادبية او فنية .

- الصفحة الثالثة بعنوان "استشارات نفسية " تقدم المشورة العلمية لطالبيها من القراء .

تقع المجلة في 120 صفحة، بمواصفات إخراجية متطورة، توزع على نطاق البلدان العربية وعدد من الدول الأوروبية .

نأمل من الزملاء الراغبين إرسال موضوعاتهم على عنواننا البريدي في موعد بحدود 10 آب - اغسطس المقبل . علما أن المجلة ستقوم بدفع مكافأة مالية مناسبة

مع وافر التقدير والاحترام.

أ.د. قاسم حسين صالح
رئيس التحرير
qassimsalihy@yahoo.com

الندوة العلمية

الجمعة 8 أغسطس 2008

حدود الذات: مداخلة نقدية

رؤية ونقد: د. رفيق حاتم

تقديم وتعقيب: أ.د. يحيى الرخاوى

هذه المداخلة تتناول تطويراً لمفهوم "حدود الذات" كيف هي؟ وما طبيعتها؟ وكيفية عملها؟ وهي تعقيب على ما جاء في النشرة اليومية للدكتور يحيى الرخاوى في الموقع الخاص به www.rakhaw.org بعنوان "هل للذات حدود"، متى وكيف نفقدها بتاريخ "11 فبراير 2008". وتتضمن المداخلة الربط مع مفهوم الفرنسي "ديديه أنزييه" عن "الذات الغطاء".

سكرتير اللجنة العلمية: د. يحيى جعفر

ملحوظة: الندوة العلمية بدار المقطم، هي ندوة شهرية تقام يوم الجمعة الأول من كل شهر، وهي دعوة للحوار العلمي تهدف أساساً إلى تناول المواضيع الإكلينيكية، والتطبيقية بشكل عملي.

JEUDI 7. AOÛT 2008 10:18

Call to Subscription of AFP

تحية طيبة وبعد،،،

لقد تم فتح حساب خاص لإتحاد الأطباء النفسيين العرب بالعملة المصرية والعملة الأجنبية و رقم حساب:

البنك الأهلي المصري فرع النصر

اتحاد الأطباء النفسيين العرب

فرع النصر، شارع طلعت حرب القاهرة - مصر

11005024171

بالدولار الأمريكي

ورقم المراسلات السويقت NBEGEGCXA002

و حسب المادة الرابعة من قانون الإتحاد يتكون الاتحاد من :

أ. عضوية جماعية للجمعيات الطبية النفسية فى الوطن العربى و الجمعيات النفسية العربية فى إتحاد العالم.

ب. عضوية فردية و تشمل :

1. **العضو العامل** : وهو الطبيب الاختصاصى في الطب النفسي طبقاً للقانون (وزارة الصحة أو نقابة الأطباء أو الجمعيات التخصصية.... إلخ) في البلد الذي يعمل فيه و يتقدم بطلب اشتراك إلى أمانة الاتحاد ويكون للعضو العامل حق حضور الجمعية العمومية و الترشيح في مجلس الإدارة و اللجنة التنفيذية بعد تسديد رسوم اشتراك في الاتحاد.

2. **العضو المنتسب**: وهو الطبيب الذي يعمل فى مجال الطب النفسي ولكنه لم يحصل على شهادة إختصاص، وله أن يتمتع بنشاطات الاتحاد و لكن ليس له حق حضور الجمعية العمومية ولا الترشيح لمجلس الإدارة، ولا يدفع رسوم إشتراك في الإتحاد.

وقد قامت الجمعية المصرية للطب النفسي بالإشتراك إلى مائة طبيب نفسي مصري بالإتحاد بواقع 10 دولار للفرد و تم تحويل المبلغ إلى حساب الإتحاد و أرجو من الزملاء البدء كأفراد أو جمعيات فى الإشتراك مع إرسال صورة التحويل و الإشتراك لأمين صندوق الإتحاد ويتم تسديد الإشتراك عن طريق السويقت فى الحساب السابق ذكره .

مع تمنياتي بالتوفيق

أ.د. احمد عكاشه

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

aokasha@internetegypt.com

SAMEDI 2. AOÛT 2008 17:59

Scientific Help: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

اني طالبة دكتوراه في علم النفس السريري في ماليزيا، اعد برنامج علاجي لعلاج:

" الاطفال الذين يعانون من الضغوط ما بعد الصدمة "

واستخدم علاج

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

علي اخذ دورة تدريبية في هذا العلاج، هل من احد من الأساتذة و الأطباء من يستطيع مساعدتي في هذا الجانب.

مع شكري و تقديري

نجلاء نزار

طالبة دكتوراة - ماليزيا

najla_nazar2006@yahoo.com

SAMEDI 2. AOÛT 2008 18:19

Scientific Help: Social-Emotional Dimension Scale. SEDS- 2

يعتز المرء بوجود هذا المستوى الراقى من الجهد والعلم والتواصل الذي تحتويه " شبكة العلوم النفسية العربية". مع أمنياتي الحارة لكم بمزيد من الرقي والازدهار في عالمنا العربي.

أساتذتي الكرام. السيدات والسادة أطباء النفس وأساتذة علم النفس العرب:

أنا طالبة أحضر لنيل درجة الماجستير في علم النفس (قسم التقويم والقياس النفسي في كلية التربية- جامعة دمشق)، موضوع بحثي هو:

مقياس: معيار البعد العاطفي- الاجتماعي

لـ: Jerry B Hutton and Timothy G Roberts

Social-Emotional Dimension Scale. SEDS- 2

أعمل على تقنين المقياس على عينة من الطلاب في مدارس محافظة اللاذقية. بحيث يسبر هذا الاختبار المشكلات السلوكية لدى الطلاب ومدى خطورتها وتأثيرها على أداء الطالب الدراسي.

تعترضني مشكلة في بحثي، أمل منكم مساعدتي في حلها: لم أتمكن من العثور على دراسات سابقة عن الاختبار، باستثناء دراسة واحدة تم استخدام الاختبار فيها كأداة بحثية بالإضافة إلى "مقياس فكسلر لذكاء الأطفال" بعنوان الدراسة: Behavioral Variations Among Special Populations لـ Anderson, David W.; Overdorf, Marylynn وقد حصلت على هذه الدراسة من المركز الفرانكفوني في دمشق. أما خلال بحثي عبر شبكة الإنترنت والمراجع المتوفرة لدي وكذلك دليل الاختبار تمكنت من الحصول على دراسات حول موضوع الاختبار أي مشكلات الطلاب السلوكية أو الكفاءة العاطفية- الاجتماعية أو النمو العاطفي- الاجتماعي وكل هذه الدراسات لا تخدم بحثي. فقط أحتاج إما إلى دراسات تقنين عربية أو أجنبية أو دراسات استخدمت هذا المقياس كأداة بحثية.

أمل مساعدتي وتوجيهي كيفية الحصول على هذه الدراسات في حال توفرها.

ولكم جزيل الشكر

مريم سعيد

طالبة علم النفس

اللاذقية، سوريا

merrysaid@yahoo.com

SAMEDI 2. AOÛT 2008 18:41

Mokattam Scientific Symposium: 08 August 2008

تحية وأملا: نشرف بأن ندعوكم لحضور الندوة العلمية الشهرية، يوم الجمعة الموافق 8 أغسطس 2008 (ملحوظة: يلاحظ أنه تم تأجيل الندوة أسبوعاً اعتباراً لحفل المستشفى السنوى الذى عقد فى 2008/8/1، وكل عام وأنتم بخير)

LUNDI 18. AOÛT 2008 17:08

Political changes and their relationship with psychic construction

ارغب استشارتكم في موضوع:

"التغيرات السياسية (الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)

وعلاقتها بالبناء النفسي لدى العراقيين"

أرجو ارشادي إلى النظريات النفسية التي تناولت هذا الموضوع والمتغيرات النفسية التي يمكن دراستها، وهل توجد دراسات وأدبيات في الموضوع؟ أو تسهيل اتصالي بباحثين اهتموا بالموضوع.

اشكركم تعاونكم و أشكر القائمين على " شبكة العلوم النفسية العربية" بمدي آخر اخبار العلوم النفسية و يسعدني أن أكون في خدمة الشبكة و الإصدارات التابعة لها.

أملّي كبير في مساعدتكم، ساعدكم الله ووفقكم في عملكم مع شكرى وتقديرى.

أ. م. د. اميرة جابر
جامعة الكوفة
الكوفة، العراق
ameerha_2004@yahoo.com

JEUDI 21. AOÛT 2008 11:32

Condolence : Pr. MASRI HANNOURA

البقاء لله وحده

إننا لله وإنا إليه راجعون

بمزيد الحزن والأسى تتعي الهيئة العلمية لـ"شبكة العلوم النفسية العربية" و أعضاء "الجمعية المصرية للتحليل النفسي" و رئيسها "البروفيسور حسين عبدالقادر":

الأستاذ الدكتور مصري حنورة
أستاذ علم النفس وعميد كلية الآداب بجامعة المنيا
من رواد دراسات الابداع

قدم تقنيا خليجيا عربيا لـ"مقياس ستانفورد بينيه" الصورة الرابعة
أشرف على فريق عمل من جامعة الزقازيق لتقنين "النسخة الخامسة من مقياس ستانفورد بينيه"

وافته المنية يوم الأحد الموافق 17 أغسطس 2008
(بعد صراع مع المرض لم يوقفه عن الابداع والطاء)

الخطب عظيم و المصاب جليل... في هذا الظرف الأليم، نتقدم إلى زوجته و أبنائه وأسرتهم الكريمة و كافة أخصائيي العلوم النفسية بـ**خالص التعازي و المواسات** سائلا الله العلي القدير أن يتغمده برحمته الواسعة و يسكنه فراديس جناته وأن يرزق أهله وذويه و الأسرة العلمنفسية المصرية والعربية جميل الصبر و السلوان و إنا لله و إنا إليه راجعون.

"يا أيتهما النفس المطمئنة إرجعي إلى ربك
راضية مرضية فأدخلني في عبادي و أدخلني جنتي"

د. عبد الله عسكر
عن الجمعية المصرية للتحليل النفسي
dr_asker@hotmail.com
د. جمال التركي
عن شبكة العلوم النفسية العربية
Turky.jamel@gnet.tn

JEUDI 7. AOÛT 2008 11:53

Psychological and social adaptation among the children

بداية أود أن أشكركم عن جهودكم الطبية التي تبذلونها في خدمة المجتمع وخدمة الباحثين في الدراسات النفسية.

أما بعد:

أتمنى منكم تزويدي بدراسات عربية وأجنبية حول الأسرة والطلاق والتوافق النفسي والاجتماعي وأهم شئ مقياس التوافق النفسي والاجتماعي وأي شئ يفيد هذا العنوان: فاعلية برنامج إرشادي لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى أبناء الطلاق. والبرامج الارشادية المعرفية السلوكية على أبناء الطلاق.

أخوكم / راشد مانع راشد العجمي

rashed_207@yahoo.com

00965 /9563090

صنوق بريد الكويت الصباحية ص ب رقم 107

VENDREDI 8. AOÛT 2008 16:37

No COMMENT / SANS COMMENTAIRE

كنت في ألمانيا للمشاركة في "المؤتمر العالمي لعلم النفس"، الذي نظمه "الاتحاد الدولي للعلوم النفسية" وهو أكبر تجمع في العالم، حضره حوالي 10000 عالم نفس من كل أركان الدنيا. وعقدت فيه ندوتان متخصصتان عن علم النفس في العالم العربي وتم تقديم اقتراح بإنشاء "معهد للبحوث النفسية العربية"

كانت المساهمة العربية ضعيفة للغاية في المؤتمر، لم تتجاوز بعض الأبحاث: قدم من السودان 26 ملخص (شاركت بأربعة أرواق وكنت متحدث رئيس في احد الجلسات الخاصة بعلم النفس في العالم العربي)، مشاركتان لكل من مصر و لبنان و مشاركة واحدة لكل من الكويت و عمان و الأردن (كان عدد المشاركين من ايران على سبيل الذكر في حدود 300 مشارك).

شكرا لكم بمناسبة اصدار "العدد 18-19" من مجلتي العامرة: "المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية".

خالص التقدير والعرفان

بروفيسور عمر هارون الخليفة.

أستاذ علم النفس
الخرطوم، السودان
okhaleefa@hotmail.com

SAMEDI 9. AOÛT 2008 10:30

Asked scientific support

أتواصل معكم باسم "هيئة الصحة النفسية في العراق" التي تتكون من مجموعة من الباحثين النفسيين ومتخصصي علم النفس. نرغب في مد جسور التعاون معكم و مع اركان العالم في ميادين العلوم النفسية، خاصة في البلاد العربية، إننا نحاول و نعمل على أن نطور من مهارات اخواننا في الهيئة. نطلب ممن لديه القدرة على مساعدتنا ألا يبخل علينا بال دعم المعنوي والمادي من اجل الرقي بالباحث العراقي و فسح المجال له للحصول الدراسي في الدراسات العليا. نكون شاكرين لكم ذلك وجزاكم الله خير الجزاء.

أستاذ راضي الخضر - بغداد، العراق

باحث في علم النفس

radhy_alkhdr@yahoo.com

تعدّد الدورة الثالثة في الفترة من 17-22 ذو القعدة 1429 هـ الموافق 15-20 نوفمبر 2008 م من الساعة 8 صباحاً وحتى الساعة 4 عصراً في مركز تدريب الدراسات العليا، (للتذكير تعقد في شهر مارس 2009 دورة متقدمة في تقنيات العلاج الأسري).

برنامج الدورة

- تتضمن هذه الدورة محاضرات ومناقشات تهدف إلى :
- 1- تعلم أساس منهجي في العلاج الأسري
 - 2- تعلم أساسيات فهم الأسرة وتفاعلاتها وتقييمها
 - 3- الحصول على إطار لفهم بناء الأسرة بحسب نظريات النظم وتطور الأسرة
 - 4- الحصول على مهارات تحليل حالات بحسب المعايير المهنية للعلاج الأسري باستخدام أطر نظرية مناسبة .
 - 5- تدريب المشاركين على مهارات تحليلية متقدمة في العلاج الأسري .

شروط القبول

- 1- تقديم سيرة ذاتية
- 2- العمل في مجال متعلق بالعلاج الأسري .
- 3- الأولوية للعاملين أو المتطوعين في المجال الطبي النفسي أو الإرشادي .

المشرفون على التكوين

- د. عمر المديفر
استشاري طب نفس الأطفال والمراهقين والعلاج الأسري والزوجي
رئيس قسم الصحة النفسية
المشرف على برنامج العلاج الأسري قسم الطب الباطني في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية
أ. منصور الدهيمان
أخصائي اجتماعي متخصص في العلاج الأسري قسم الطب النفسي
مستشفى الملك خالد الجامعي
كلية الطب جامعة الملك سعود
أ. رهام قصاص
أخصائية علاج أسري في برنامج العلاج الأسري
قسم الصحة النفسية في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية.
ارشادات عامة

- البرنامج معتمد بساعات تعليمية من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
 - عدد المقاعد محدود ب 30 متدرب تقريبا
 - تقام الدورة المتقدمة في تقنيات العلاج الأسري في الفترة من 25-30 ربيع أول 1429 هـ الموافق 21-26 مارس 2009 م في مركز تدريب الدراسات العليا علماً بأنه يشترط للتسجيل حضور الدورة التأسيسية في العلاج الأسري.
 - للتسجيل الاتصال بمنسقة الدورة:
- الاستاذة مها الحارثي على البريد الإلكتروني: harthim2@ngha.med.sa
Dr.Omar Al-Modayfer

LUNDI 8. SEPTEMBRE 2008 10:10

حلقة دراسية في الجامعة المستنصرية

نعترّم عقد حلقة دراسية في الجامعة المستنصرية/ بغداد، الاسبوع الاول من الشهر القادم، تتضمن المحاور في ادناه:

- اولا: الاختبار التائي للفرق بين المتوسط الفرضي ومتوسط العينة .
- ثانياً: تحليل الفقرة (التمييز) في مقياس الشخصية .
- ثالثاً: صدق المحتوى او الصدق الظاهري في مقياس الشخصية .

Arabpsynet e.Journal: N°20 - AUTUMN 2008

JEUDI 21. AOÛT 2008 18:22

Re: Condolence : Pr. MASRI HANNOURA

استقبلت نبأ رحيل صديقي وأخي وزميل العمر "الجيل الأستاذ الدكتور مصري حنورة" بأسى بالغ وحزن شديد. إنه عالم آخر و رائد من رواد علم النفس يرحل عن عالمنا دون أن يتخلي عن حمل راية العلم و التطوير من علم النفس مهنة و إبداعا و كتابة و ممارسة طوال حياته المهنية والأكاديمية في مصر والعالم العربي. لقد وافك أجل أيها الصديق الجليل قبل أوان الرحيل و أنت في أوج العطاء في مرحلة من تطور حياتنا المهنية في العلوم النفسية و الاجتماعية نحن فيها أحوج ما نكون لأمثالك من العلماء و المفكرين الذين تميزوا بالصدق و المودة و العطاء بدون حدود.وداعا يا صديق العمر، ليتغمدك الله برحمته، ليلهم الله اسرتك و تلامذتك وزملائك الصبر و السلوان. و إلى لقاء

برفيسور عبدالستار إبراهيم
واشنطن، الولايات المتحدة الأمريكية
drsattaribrahim@yahoo.com

JEUDI 28. AOÛT 2008 18:36

Sc. Help: Analysis of Personality Through Writing & Signature

بسم الله الرحمن الرحيم
السادة الأطباء و أساتذة علم النفس
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
تفضلو حضرات الذكارة و الاساتذة قبول تقديرى لمقامهم الكريم. أملا منكم مساعدتي تقديم العون العلمي من مراجع ومذكرات منجزة حول موضوع: " تحليل الشخصية عن طريق الخط والتوقيع ومدى شرعيته في العلوم القانونية"
لكم مني كل الإحترام و ودمتم سندا للعلم والمعرفة .

أ. دلمي عماد
عناينة - الجزائر
delmiimed1600@yahoo.fr

LUNDI 1. SEPTEMBRE 2008 17:22

اجمل التهاني بشهر الرحمة والمغفرة

يشرفني بمناسبة هذا الشهر الفضيل أن أقدم إليكم باسمي و باسم كافة أعضاء الهيئة العلمية الإستشارية لـ "شبكة العلوم النفسية العربية" بأخلص التهاني سائلا الله العلي القدير أن يوفقنا لصيامه وقيامه و أن يتقبل دعاءكم و دعائنا و يشرح صدوركم/نا لما فيه خير، و يعزكم/نا بالإسلام و يعز الإسلام بكم/نا و يجعلكم/نا من عباده الصالحين و يحشركم/نا زمرة المصطفين الأخيار.

إنّا بكم بعد الله نعوذ، و معكم نرقى و نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا.
دمتم منارة للعلم والهدى و دام عزكم و عطاءكم.

د. جمال التركي
تونس 01.09.2008

MARDI 2. SEPTEMBRE 2008 16:32

الدورة الثالثة التأسيسية في العلاج الأسري

يسر "مركز تدريب الدراسات العليا" بالتعاون مع "برنامج العلاج الأسري" بمدينة الملك عبدالعزيز الطبية بالحرس الوطني أن يقدم دعوة للعاملين في القطاع الصحي والمهتمين بحضور "الدورة الثالثة التأسيسية في العلاج الأسري" بعد النجاح الذي تحقّق في الدورة الأولى والثانية.

MERCREDI 10. SEPTEMBRE 2008 10:10
CONGRATULATIONS DR. Al-Sherbiny

أعلنت "أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا" في مصر، أسماء الفائزين بجوائز الدولة العلمية للعام 2007-2008، وفي العلوم الطبية حصل:

الدكتور لطفي عبد العزيز الشربيني الاستشاري بمركز الطب النفسي بالاسكندرية على جائزة "الأستاذ الدكتور عمر شاهين للطب النفسي"

وهي الجائزة الوحيدة المخصصة للأعمال العلمية الطبية والأبحاث المتخصصة في مجال الطب النفسي، وذلك عن المؤلفات العلمية والكتب المنشورة في مجال الطب النفسي ومنها موسوعة المصطلحات النفسية، وكتب عن القلق، و الاكتئاب ومرض الزهايمر، وكذلك عن بحث علمي مميز عن تعدد الزوجات في الثقافة العربية، بالإضافة الى جهود نشر الثقافة النفسية من خلال الموقع الإلكتروني:

"الدكتور النفساني" www.Alnafsany.com

إضافة إلى قيمتها المادية، تمثل الجائزة تقديرًا معنويًا رفيعًا في مجال الطب النفسي.

بشرفني أن أقدم باسمي وباسم كافة أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لـ "شبكة العلوم النفسية العربية" بأحر التهاني للزميل و الصديق العزيز لطفي الشربيني مع تمنياتنا بمزيد التآلق و النجاح.

إنا بكم نرقى و معكم نسير درب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا.

رئيس " شبكة العلوم النفسية العربية"

ملاحظة :

السيرة العلمية الموجزة -

http://www.alnafsany.com/new_page_3.htm

البريد الإلكتروني للدكتور لطفي الشربيني -

lotfyaa@yahoo.com

DIMANCHE 14. SEPTEMBRE 2008 14:50

البنية المعرفية للعاملين في ميدان تلبس الجن

بقينا ننظر إلى ما يسمى بـ "علاجات العلاج بالجن" و من يدعي انه يتصل بـ "أطباء الجن" ويعملون العمليات الجراحية بسرعة و ألم بسيط وشفاء تام و"يخرجون الجن من جسد المريض" فيشفى !!! ...

استمر بنا النظر إلى هؤلاء المشعوذين، مراقبين مرة وناقدين في جلسات عامة مرات، وما تسمى "علاجاتهم" !!! يحجز المراجعون بها قبل أيام، وأمامها الناس طوابير. في حين أن علاجات الطب النفسي و العلاج النفسي لا تجد فيها الا القليل من المرضى وأحيانا مقفرة، و الأدهى أن سماسرتهم وصلوا إلى أقاربنا و أصدقائنا.

الزملاء الأفاضل

ما المنى أكثر، أن البعض من زملاء المهنة وطلبتنا في الجامعات يقبلون بهذا، بل والبعض منهم ينظرون إلى ما يسمى بـ"تلبس الجن" للإس !!! الخ.

لهذا بدأت بعمل بحث حول: "البنية المعرفية للعاملين في ميدان علم النفس فيما يتعلق بتلبس الجن والاتصال بهم" أمل في دعمكم العلمي و مساعدتكم بأي مادة تنثري انجاز هذا البحث أو رأي مفيد في الموضوع.

مع الاحترام والتقدير .

د. محمود ذياب عصافرة - الخليل، فلسطين

asafreh2000@yahoo.com

Dr. Mahmoud ASAFREH - Heabron; PALESTINE

asafreh2000@yahoo.com

Arabpsynet E.JOURNAL: N°20 - AUTUMN 2008

رابعاً: حدود البحث التي تشير مثلاً " يتحدد البحث الحالي بطلبة الجامعة للعام الدراسي. " . .

خامساً: ان المتغير التابع يأتي أولاً والمتغير المستقل يأتي ثانياً في عناوين الدراسات الارتباطية

سادساً: التعريف الاجرائي يعبر عن "هو الدرجة التي يحصل عليها المستجيب في مقياس" . .

تناقش الحلقة الدراسية الاسانيد العلمية التي تدعم استعمال المحاور أعلاه في البحوث والرسائل العلمية. يرجى تعاونكم في إنجاح هذه الحلقة الدراسية بارسال مشاركانكم متضمنة الاسانيد العلمية التي تدعم استعمال المحاور في اعلاه.

مع التقدير

أ. م. د. نـمـيـر حـسـن
كلية التربية- الجامعة المستنصرية
بغداد - العراق
namirhm@yahoo.com

LUNDI 8. SEPTEMBRE 2008 12:41
Scientific Help

انا محمد ابراهيم، مدرس مساعد بقسم علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة المنيا، اقوم حاليا بإجراء دراسة دكتوراه تحت العنوان التالي:

" استخدام نموذج التقدير الجزئي في تحليل مستويات ناتج التعلم للاختبارات العنقودية لدي طلاب كلية التربية بالمنيا "

احتاج برنامج لحساب التقدير الجزئي، الذي يعد احد نماذج نظرية الاستجابة للمفردة، أمل منكم مساعدتي في الحصول على نسخة من أي برنامج يقوم بتدريج الاختبارات طبقا لنماذج الاستجابة للمفردة احتاج:

- برنامج رام 2010

- برنامج بناء الاختبارات المواعمة المحوسبة او ما يطلق الاختبار التكيفي وهو عبارة عن بنك اسئلة يتفاعل مع كل ممتحن طبقا لمستوي قدرته وبذلك فهو يتكيف مع كل ممتحن طبقا لقدرته الخاصة

- برنامج صمم بالسعودية تحت اسم "برامج الاختبارات المدرسية الاليكترونية"

- برنامج "تصميم الاختبارات علي الكمبيوتر بصورة تفاعلية"

أمل في دعمكم للحصول علي نسخة من هذه البرامج، اواية برامج اخرى في موضوع البحث.

عمد ابراهيم محمد محمد
الموقع (حمل مئات الكتب في علم النفس):
www.edutest.0fees.net

المدونة (حمل العديد من الاختبارات النفسية):
www.ibrahim1952.jeeran.com

Mohammed IBRAHIM
mhmm_ibrahim@yahoo.com

MARDI 9. SEPTEMBRE 2008 18:34

About Arab Papers of WPA Congress - prague2008

بشرفني أن أعرض عليكم و على الزملاء الأطباء النفسانيين العرب، المشاركين بأبحاث لهم في المؤتمر العالمي الرابع عشر للطب النفسي: (تشيكيا- براغ 19-25 سبتمبر 2008)

<http://www.wpa-prague2008.cz/>

تكرم إرسال ملخصات أبحاثهم والإعلام عن موعد تقديمها، حتى تتمكن من الإعلان عنها و تشجيع الزملاء العرب حضورها إثراء للحوار.

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر المودة والاحترام والتقدير.

رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

JEUDI 18. SEPTEMBRE 2008 10:11

RE: AFP - LETTER FROM THE PRESIDENT

اهنكم لهذه الخطوة الرائدة في نشر الثقافة النفسية ورفع الوعي النفسي، إضافة الي تبادل الخبرات وتوحيد الجهود في المجال النفسي .

لقد ذكرتم ان كان لدينا أي مقترحات بأقسام أخرى، وهذا شجعتي لاقتراح شعبية أري أنها في غاية الأهمية سواء في المجال التطبيقي أو النظري الأكاديمي للعلوم النفسية في عصرنا الحالي وطبيعته أو مرجعيته للاضطرابات النفسية والشخصية في حالات كثيرة

هذه الشعبة المقترحة هي "شعبة علم النفس الفكري" او "الاضطرابات النفسية والفكر" او "العلاج النفسي والفكر" أوردت ثلاث مسميات للشعبة حتى يكون لدينا مساحة لاختيار المسمى الأنسب لمسار مسميات الشعب.

تقبلوا فائق الاحترام والتقدير

د. انتصار سالم صبان
جده، المملكة العربية السعودية
drsabban75@hotmail.com

DIMANCHE 21. SEPTEMBRE 2008 17:41

AFP - FORENSIC psychiatry SECTION: Pr.Kutaiba

لقد وصلتني رسالة من الأخ الزميل د. قتيبة شلبي بموافقتة على رئاسة شعبة " الطب النفسي القضائي و الشرعي"

مع تحياتي و تقديري

أ.د. احمد عكاشه
رئيس إتحاد الأطباء العرب النفسيين
From: Kutaiba chaleby
aokasha@internetegypt.com

DIMANCHE 21. SEPTEMBRE 2008 20:22

تعزية في الأستاذ الدكتور / حامد عبد زهران

أشكر لكم تعزيتكم الرقيقة في وفاة المرحوم الأستاذ الدكتور حامد زهران و للعلم فالدكتور حامد زهران علم من أعلام علم النفس و التربية لا في مصر و حدها بل في جميع الأوطان العربية بفضل كتاباته المتنوعة، و نشاطاته الأكاديمية والإعلامية في مختلف موضوعات علم النفس والتربية. فالعزاء لكل الوطن العربي في هذا المصاب، وقد امتاز رحمه الله أكثر من غيره من علماء النفس بقدرته الفائقة على تأصيل موضوعات علم النفس بحيث تعكس اهتمامه المتقرد بأهمية علم النفس الديني و نحت المصطلحات الأجنبية في لغة عربية راقية تعكس شفافيته و فهمه المتعمق للتيارين العربي و الغربي. و أنتهز هذه الفرصة لأطلب من أحد زملائه أو تلامذته بكلية التربية - وهم أعرف مني بمكانة الرجل و دوره العلمي في تطوير علم النفس كتابة و ممارسة -كتابة مقال للتعريف بمساهمات هذا العالم الجليل. و لعل لزميل الفاضل الدكتور جميل تركي يجعلها إحدى عاداته و إسهاماته المبدعة في أن يجعل من مثل هذه المناسبات المؤلمة للنفس مناسبة للتعريف بنجومنا المهنية التي تنهوي قبل أن يطويها النسيان الكامل .

عزائي للجميع و لأفراد أسرته و جميع زملائه و تلامذته بالوطن العربي.

عبد الستار إبراهيم

DIMANCHE 14. SEPTEMBRE 2008 15:43

الاشارات النفسية في القرآن الكريم

تهنئة خاصة بهذه الايام المباركة وشهر رمضان المعظم وكل عام وانتم بخير

صدر حديثاً كتاب:

الاشارات النفسية في القرآن الكريم

تأليف د. لطفي الشربيني

تقديم الدكتور /عبد الرحمن العوضي رئيس المنظمة الاسلامية للعلوم الطبية

يقدم الكتاب رؤية لربط المفاهيم والحقائق العلمية في علم النفس والطب النفسي الحديث بالمنظور الاسلامي والقرآني في محاولة للتأمل والتفكر وفهم النفس الانسانية.

صدر في سبتمبر 2008 عن منشئة المعارف بالاسكندرية، يقع في 472 من القطع المتوسط

والله موفق والمستعان

د. لطفي الشربيني
lotfyaa@yahoo.com

MERCREDI 17. SEPTEMBRE 2008 15:52

AFP: LETTER FROM THE PRESIDENT

كل عام و انتم بخير، رمضان كريم

مرسل إلى سيادتكم نتيجة المراسلات السابقة لتفعيل "الشعب المتخصصة" لإتحاد الأطباء النفسيين العرب.

أقترح البدء في تنشيط "الشعب العلمية" و تأسيس شعب أخرى نفتقد إليها، يرأس حاليا هذه الشعب "الزميل المختص" الذي قدرنا أنه تميز في ميدان اختصاصه و نجح في استقطاب الأخوة و الأطباء و الطبيبات العرب المهتمون بهذا الفرع الدقيق من التخصص، على أن يعقد خلال المؤتمر الحادي عشر بإذن الله في السودان (أو ابوظبي 2010) انتخاب رئيس و سكرتير كل شعبة. اخترنا أن تكون البداية بهذه الطريقة، حتى نفسح المجال لرئيس كل شعبة العمل على تنشيط تخصص شعبته. برجاء إفادتي بالموافقة من عدمه و الاقتراحات لإنشاء شعب جديدة إن لزم الأمر.

كما ترون فإن الكثير من رؤساء الشعب من خارج "اللجنة التنفيذية"، لقد تم الاختيار حسب الكفاءة و الإسهامات التي قدمها رئيس كل شعبة في ميدانه للرقى بمستوى العلوم الطب-نفسية.

إلى حين تفعيل "الموقع الإلكتروني" الخاص بالإتحاد، اتفقت مع الزميل العزيز أ.د. جمال التركي أن يضع بريده الإلكتروني* في خدمة رؤساء الشعب للبدء في تفعيل الشعب المستحدثة.

مع تحياتي و تقديري

ملاحظــــــــــــــــة:

** تعذر الاتصال بالدكتور قتيبة شلبي، رغم إرسالي عديد الخطابات منها على آخر بريد إلكتروني له أمدا به د. جمال التركي)، أما وقد تعذر الاتصال به نهائيا، فإني أستشيركم في من ترونه أهلا لترأس هذه الشعبة الهامة "الطب النفسي القضائي و الشرعي".

أ.د. أحمد عكاشه
رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب
<http://www.arabpsynet.com/Associations/AFP.sections.pdf>
<http://www.arabpsynet.com/Associations/AFP.ass.htm>

إننا بهذا اعتراف عالمي بالقيمة العلمية لطبيب نفسي عربي نرقى و معكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا. هنينا لطارق بهذا الشرف و الإعتراف العالمي و هنينا لنا به زميلا فاضلا و أخا عزيزا بالمجلس التنفيذي يبلغ آمالنا و تطلعاتنا نحو طب نفسي عربي حديث.

دتمت ذخرا للعلم والمعرفة و دام عزكم و عطاءكم.

د. جمال التركي

LUNDI 29. SEPTEMBRE 2008 15:38

تعزية في معلم جليل...

لن نجد الكلمات التي تعبر بها عن الأسى والحزن الذي يملأ قلوبنا ، فهام علمائنا يرحلون الواحد تلو الآخر تاركين السفينة دون دفة. هاهو الأستاذ الدكتور حامد عبد السلام زهران، أستاذ عدة أجيال (من لم يتلمذ على يديه تتلمذ على مؤلفاته)، يرحل تارك دنيا إلى عالم أسأل الله أن يكون له أفضل من عالمنا، إن ما من دارس لعلم النفس إلا و تعامل مع "قاموس علم النفس" للراحل العزيز أواحد مؤلفاته عن الارشاد النفسي ومدارسه وغيرها الكثير.

صدق الرسول الكريم عليه الصلاة والسلام عندما قال "أن من علامات القيامة رفع العلم ولا يرفع العلم من الكتب وإنما بقبض العلماء". نحن (للأسف) لا نعبر لهذه الكنوز عن موفور شكرنا و عرفاننا بالجميل إلا بعد أن يحول القدر بيننا وبينهم، عندها نسمعهم ما نكنه لهم من احترام و تقدير، ألمي كبير أن يصله دعاؤنا ونكون أبناء صالحين ندعو له بإخلاص.

و إليك أستاذي الدكتور عبد الستار إبراهيم، تمنياتي بموفور الصحة والعافية، سائلا الله لك طول العمر وان يكون عملك وكتبك في ميزان حسناتك. الحمد لله أن اخذ منا الله أستاذ وترك لنا أستاذة، إن فضلك أستاذي يعرفه الجميع ومؤلفاتك تنير مكتبتنا إلى جانب مؤلفات راحلنا الغالي.

أسأل الله طول العمر ودوام العافية لكل يد تخط حروف العلم ينير الله لنا بها طريق المعرفة ويساعدنا من خلالها على الرقي العلمي. لفقدنا الغالي الرحمة، ولأسرته الصغيرة من الأهل ثم لأسرته الكبيرة من الأستاذة وطلبة العلم الصبر.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

د. منتصر علام
القاهرة - مصر
montasir32@hotmail.com

LUNDI 29. SEPTEMBRE 2008 18:20

Third International Congress of the E. A. of Psychoanalysis

المؤتمر الدولي الثالث للجمعية المصرية للتحليل النفسي
"العنف والإرهاب في كل حالاتهما"
تنظيم

الجمعية المصرية للتحليل النفسي
رابطة المحللين النفسيين العرب
القاهرة ، مصر 31 أكتوبر 1-2 نوفمبر 2008

www.arabpsynet.com/Congress/CongJ19.IIIArPsylysisEg.pdf
abdalla_asker@yahoo.com

DIMANCHE 21. SEPTEMBRE 2008

تعزية في الأستاذ الدكتور / حامد عبد زهران

لقد بلغنا بمزيد من الأسى والحزن وفاة المغفور له، أ. د. حامد عبد السلام زهران. أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس. وبهذه المناسبة الأليمة، نتقدم إليكم وإلى جميع أسرة علم النفس في الوطن العربي بأصدق التعازي والمواساة، داعين الله أن يتقبل منه أعماله التي قدمها للمتخصصين في علم النفس، فيسكنه فسيح جناته، وأن يلهم أهله وأقاربه الصبر. "إن الله وإليه راجعون".

أ. د. بشير معمريه
قسم علم النفس جامعة الحاج خضر
باتنة - الجزائر.

LUNDI 22. SEPTEMBRE 2008 13:06

تعزية رئيس الجمعية النفسية العراقية

ببالغ الحزن والأسى تلقينا نبأ وفاة المرحوم الأستاذ الدكتور حامد زهران الذي كان علما بارزا في ميدان علم النفس وكنا ندرس مؤلفاته في جامعاتنا العراقية.

وبهذه المناسبة الأليمة نتقدم الجمعية النفسية العراقية بالتعازي والمواساة الى عائلة الفقيد وزملائه وطلبته وجامعة عين شمس وجميع العاملين في ميدان علم النفس بالوطن العربي .شاكرين زميلنا الدكتور جميل تركي الذي جعلنا ، نحن النفسانيين العرب ، على اتصال في مناسبات الأفراح والاتراح وانا لله وانا اليه راجعون

الأستاذ الدكتور قاسم حسين صالح
رئيس الجمعية النفسية العراقية
qassimsalihi@yahoo.com

DIMANCHE 28. SEPTEMBRE 2008 18:11

CONGRATULATIONS PR. T. OKASHA: WPA EXECUTIVE COMMITTEE

بشرفني إعلامكم انعقاد اجتماع "الجمعية العمومية" للجمعية العالمية للطب النفسي على هامش مؤتمرها الرابع عشر في براغ 23 سبتمبر 2008 و تم فيه انتخاب الصديق و الزميل العزيز أستاذ الطب النفسي بطب عين شمس:

أ.د. طارق عكاشة
عضوا بالمجلس التنفيذي للجمعية العالمية للطب النفسي
و أمينا عاما للمؤتمرات العلمية العالمية

وقد حقق انتصارا على منافسيه على هذا المنصب من فرنسا و أستراليا، بذلك يكون المصري و العربي الوحيد الممثل في المجلس التنفيذي بالجمعية العالمية للطب النفسي، التي تضم 138 جمعية طب نفسية من جميع أنحاء العالم و بها حوالي مائتي ألف طبيب نفسي (200.000).

بهذه المناسبة السعيدة، بشرفني أن أقدم باسمي و باسم كافة أعضاء الهيئة العلمية الإستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية، بأصدق التهاني و أخلص الأمنيات إلى الزميل و الصديق العزيز طارق عكاشة و إلى والده البروفيسور أحمد عكاشة و إلى جميع الأطباء النفسانيين العرب، بهذا الشرف الذي ناله الطب النفسي العربي على المستوى العالمي، إننا نشتم هكذا انجاز خطوة هامة تشرف الأطباء النفسانيين العرب و تضعنا على المسار الصحيح لتحقيق نهضة عربية واعدة و تقدم علمي أن أوانه لنحتل مكانة علمية محترمة بين الأمم، يلحقنا بركب الحداثة و المعاصرة و يحقق لشعبنا ليافة نفسية أفضل.

DIMANCHE 5. OCTOBRE 2008 20:39
About APN Mailing List

يشرفني إعلامكم أنه، و بعد تضخم عدد المشاركين في القائمة الشاملة لمراسلات الشبكة (3844 مسجل في القائمة)، عزمنا مراجعة المسجلين في القائمة و حذف عناوين من لا ينتمي لإختصاص العلوم النفسية، حيث كانت تسربت في الماضي عديد العناوين لمنتسبي لاختصاصات أخرى، كما نسعى أيضا لتأسيس "قائمتين مراسلات حسب الاختصاص الدقيق"، بادئين في مرحلة أولى بتأسيس: "قائمة مراسلات الطب النفسي"، "قائمة مراسلات علم النفس" و "قائمة مراسلات المهتمين بالعلوم النفسية" (من غير الأطباء النفسانيين وأساتذة علم النفس).

إن إدراك المعلومة "الفئة المستهدفة" ننمته في غاية الأهمية حتى نحافظ على أهميتها، من ذلك أن المعلومة يقل وهجها وأثرها وتندني قيمتها كلما تلفتها فئة غير معنية بها، هذا إضافة إلى أن الخصائص المميزة لكل فرع من فروع العلوم النفسية تختلف من اختصاص لآخر، ففي عصر الاختصاصات الدقيقة و التي تتفرع بدورها إلى اختصاصات أدق، لا نرى داعيا أن يشغل أعضاء هذا الإختصاص بمشاكل الإختصاص الآخر و تكفيهم هموم اختصاصهم و مشاغله. بل نعدّ "المعلومة الطفيلية" التي لا حاجة بها، معطلة للفكر و معوقة لانطلاقه.

حضرة الزميل/ة المحترم/ة، نأمل منكم تكريم إدراج البيانات الخاصة باختصاصكم في المستند المرفق نمط "ورد" ونكرم إعادة إرساله على بريد الشبكة. نفضل حضرة الزميل/ة الفاضل/ة نقبل أصدق مشاعر المودة والتقدير والاحترام.

دمتم سندا للعلم والمعرفة و دام عزكم و عطاؤكم
د. جمال التركي
شبكة العلوم النفسية العربية

للتذكير:

1- الزملاء الغير مشتركين و الراغبين تسجيل بريدكم الإلكتروني في قائمة مراسلات الشبكة، بإمكانهم إرسال بريد الكتروني الى العنوان التالي:

Arabpsynet-Mail-subscribe@yahoo.fr

مع سيرتكم العلمية من خلال "نموذج السيرة العلمية" المدرج في موقع الشبكة:

<http://www.arabpsynet.com/cv/cv.htm>

2- الزملاء الراغبين عدم وصول بريد الشبكة إليهم و سحب بريدكم الإلكتروني من القائمة بإمكانهم الغاء اشتراكهم بإرسال بريد الكتروني الى العنوان التالي التالي:

Arabpsynet-Mail-unsubscribe@yahoo.fr

3- عناوين بريد الشبكة

webmaster@arabpsynet.com
arabpsynet@gmail.com
turky.jamel@gnet.tn

MARDI 7. OCTOBRE 2008 20:48
Call for scientific support

بعد تقديم التحية السلام ، يشرفني طلب دعمكم العلمي و استشارتكم حول موضوع:

التغيرات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية وعلاقتها بالبناء النفسي (دراسة لدى طلبة الجامعة في العراق بعد أحداث 2003/4/9)

و ذلك بمساعدتي و ارشادي من خلال مدي المعلومات التالية:

- اية نظرية نفسية تتناسب البناء النفسي والتغيير؟

- اية متغيرات نفسية يمكن ان تتناول البناء النفسي؟

- ماهي المراجع الضرورية لهذا البحث ؟

أملّي كبير في تعاونكم، مع شكرى وتقديرى.

أ. م. د. اميرة جابر - العراق
ameerha_2004@yahoo.com

Arabpsynet E.JOURNAL: N°20 - AUTUMN 2008

MARDI 30. SEPTEMBRE 2008 15:04

أخلص التهانى بعيد الفطر المبارك

شرفني و أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية بشبكة العلوم النفسية العربية أن أتقدم إليكم و إلى أسرتم الكريمة بأخلص التهانى و أصدق الأمانى بعيد الفطر المبارك ، سائلين الله العلي القدير أن يوفقنا و إياكم لما فيه عزة الإسلام و خير الإنسان رقباً به الى مرتبة التكريم الحق التي أهلها لها، و أن ينير بصيرتنا و يجعلنا من أمة الوسط حتى نكون شهداء... و تحقق شهادتنا.

دمتم و دام عزكم و عطاؤكم و كل عام و أنتم أعل الخير و الفضل

د. جمال التركي

عن الهيئة العلمية لشبكة العلوم النفسية العربية

MARDI 30. SEPTEMBRE 2008 17:09

Jobs Offer in QATAR

انا نائله عبد الله أخصائية علم النفس السريري، اعمل بمؤسسة حمد الطبية. أعلمكم أن المؤسسة تبحث حالياً عن أخصائيين اكلينكيين للعمل بها في مجالات العلاج النفسي والقياسي النفسي التالية:

- العلاج النفسي الجمعي للحالات العصابية والرهابية

- العلاج باللعب

- العلاج السيكدوراما

- العلاج الفردي المعرفي

- القياسات النفسية: اختبارات العقلية، اختبارات الذاكرة، اختبارات الشخصية و اختبار مينيسوتا

أدعوا من تتوفر فيهم المؤهلات المطلوبة تكرم إرسال سيرتكم العلمية على البريد الإلكتروني التالي: naylams@gmail.com

تفضلوا تقبل إحترامي و تقديري ودمتم سندا للعلم والمعرفة .

نائله عبدالله

الدوحة - قطر
naylams@gmail.com

MARDI 30. SEPTEMBRE 2008 17:23

Call for Papers of Arab Psychiatrists in WPA Congress

يشرفني إعلامكم عزم الهيئة العلمية الاستشارية لـ " مجلة شبكة العلوم النفسية العربية " إصدار عدد خاص من المجلة، محتويًا جميع الأبحاث العربية التي قدمت في المؤتمر العالمي الرابع عشر للطب النفسي (براغ 20-25 سبتمبر 2008).

أمل من الزملاء الذين قدموا أبحاثهم في هذا المؤتمر، تكرم إرسالها إلى البريد الإلكتروني للشبكة مساهمة منهم في إصدار هذا العدد، أشير على سبيل الذكر أن المجلة أصدرت في أعداد سابقة جميع ملخصات الأبحاث التي قدمها الزملاء العرب في المؤتمر العالمي الثالث عشر (القاهرة، مصر - سبتمبر 2005).

<http://www.arabpsynet.com/NewPapers/NewPap.9.pdf>

<http://www.arabpsynet.com/NewPapers/NewPap.7.pdf>

الأمل كبير في تعاونكم حتى نوفق في جمع نصوص كامل الأبحاث مع ملخصاتها لإنجاز هذا العدد الخاص من المجلة الإلكترونية و نتمكن لاحقاً من إدراجهم في قاعدة بيانات الشبكة

<http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp>

إننا بكم نرقى ومعكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا.

د. جمال التركي

عن الهيئة العلمية الاستشارية للشبكة

DIMANCHE 19. OCTOBRE 2008 13:45
Sc. Help: Vulnerability of Positive Change

أتمنى من الله أن يكون عون لكم على مساعدتي في الحصول على مراجع تتعلق بموضوع:

القابليته للتغيير الايجابي

بالتحديد، تلك المتعلقة منها بالتغيير الايجابي في العلاقات الزوجية.
لكم مني كل الشكر والاحترام.

أميرة يوسف
Amira YOUSEF
oshy8599@yahoo.com

LUNDI 20. OCTOBRE 2008 20:26

دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير

يسعدني أن أرفق لكم طيه تعريفا بكتاب جديد صدر لي حديثاً:

عين العقل

دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني و المهارات الإيجابية
عن مكتبة "الأجلو المصرية" بشارع محمد فريد بالقاهرة، و "دار الكاتب"
بالقاهرة. و يتضمن التعريف المرفق أهم الموضوعات التي تضمنها
الكتاب و بعض الفصول منه.

أمل أن ألقى منكم أي تعليقات، مع العلم بأن الكتاب هو عبارة عن
دليل لممارسة العلاج السلوكي المعرفي، و هو أحد ثلاثة كتب صدرت لي
حديثاً عن الممارسة المهنية للعلاج المعرفي الإيجابي والسلوكي في الوطن
العربي هما

1. الاكتئاب والكدر النفسي: فهمه و علاجه بمنظور معرفي(طبعة
ثانية منقحة)
 2. إنه من حقا يا أخي: دليل المعالج السلوكي المعرفي لتنمية
مهارات الحياة الاجتماعية و توكيد الذات
- مع تمنياتي للجميع بالتوفيق

ع.إ.براهيم
sattar99@yahoo.com

JEUDI 23. OCTOBRE 2008 10:45
FREEDOM of Thought Ibn Rushd Prize 2008

جائزة ابن رشد للفكر الحر 2008

www.arabpsynet.com/Archives/PD/IbnRushdPrize0.8pdf

مؤسسة ابن رشد للفكر الحر : مؤسسة مستقلة
تسعى لدعم الحرية و الديمقراطية في العالم العربي
www.arabpsynet.com/Associations/IbnRushd.ass.pdf

جائزة ابن رشد للفكر الحر لسنة 2008 تمنح المفكر العربي محمد عابد
الجباري

"إن بلدا متخلفا لا يمكن أن يشق طريقه نحو التنمية الحق إلا مع نشر
الثقافة والتعليم على

أوسع نطاق وفي كل مجال: لنترك مائة ورقة تنفتح وحينئذ سنقطف من
النهار ما لا يقدر ثمنه"

info@ibn-rushd.org

JEUDI 9. OCTOBRE 2008 12:10

رد المستشار القانوني لاتحاد الأطباء

كل عام و أنتم بخير و عيد سعيد بإذن الله ،،،

بشرفني التواصل معكم و مد جنابكم رد مدير الإدارة القانونية (المستشار
القانوني) لاتحاد الأطباء العرب "الأستاذ سامي عبد العليم" عن الإحتراز الذي
تقدمت أ. د. سعيد الدوكي (الرئيسة السابقة للإتحاد) باسم مجموعة من
الزملاء، للاتحاد في حق شرعية "المجلس التنفيذي لاتحاد الأطباء
النفسانيين العرب المنتخب على هامش المؤتمر العربي العاشر للاتحاد
بالقاهرة". و الذي قدم فيه تفسيراً قانونياً مسنداً بالحجج فند به شرعيه "اجتماع
دمشق" وما أفضى إليه، نافياً أية شرعية لـ "لمجلس المنتخب" في
سوريا. و من أنه لا علاقة له باتحاد الأطباء النفسانيين العرب، مقراً
ما أفرز عنه "اجتماع الجمعية العمومية" الذي انعقد بالقاهرة من انتخاب
"المجلس التنفيذي" و رئيسه أ. د. أحمد عكاشة ، ومن أن "اتحاد الأطباء
العرب" يعتبره الرابطة الطنفسية الوحيدة المعترف بها و المستوفات للشروط
القانونية و الممثلة للأطباء النفسانيين العرب.

زملائي الأفاضل، أدعوكم بعد هذا الرد الحاسم لاتحاد الأطباء العرب
الذي أقر فيه الشرعية، أن تشاركونا النهوض بالإتحاد و تساهموا معنا في
تفعيل نشاطه، بعد فترة ركود أملت لها ظروف المنطقة العربية.

مع تحياتي و تقدير

أ. د. أحمد عكاشة
www.arabpsynet.com/Associations/MailFromOkashaToArabPsy071008.pdf
www.arabpsynet.com/Associations/AFP.ass.htm

SAMEDI 11. OCTOBRE 2008 16:17
Call for Scientific Support: CBT

حضرة الزميل و الأستاذ المحترم

تحياتي الى أخصائيي العلوم النفسية

إني الباحث النفسي راضي الخضر، أمل من الزملاء أخصائيي العلاج
المعرفي والسلوكي مدي بـ"محاضرات تدريبية" حول "العلاج المعرفي
والسلوكي" و ارشادات عملية عن هذا الفرع من التخصص، لتطبيقه في
مستشفياتنا خدمة لمواطنينا...

أدعوا لكم بالتوفيق والاماني الحلو، على امل التواصل.

راضي الخضر
دائرة مدينة الطب
بغداد - العراق
radhy_alkhadr@yahoo.com

LUNDI 13. OCTOBRE 2008 22:34

The happiness of my life depends on the quality of my thoughts

انا مروة شيخ الارض من سوريا، انتدبت للعمل حديثاً كأخصائية علم
النفس في "جمعية العنف ضد المرأة". لكنني أفنقد الخبرة العملية في هذا
الميدان الذي اريد أن أثبت جداتي فيه.

ابحث عن مصادر أبحاث علمنفسية اهتمت بالرعاية النفسية للمرأة
المعنفه و عن كيفية ادارة المقابلة النفسية معها، او اي دراسات لحالات
عملية تم فيها المتابعة النفسية للمرأة المعنفه (اعدلها بنفسى وفق المتطلبات
الضرورية للعمل في البيئة العربية). كما أمل تكرم ارشادي عن
"الإستبيانات" المعدة لدراسة و متابعة المرأة المعنفه، علما اني لي خبرة في
معالجة ضحايا العنف بكل اشكاله

أمل في مساعدتكم كبير و شكرا لحضرتكم المحترمة.

مروة شيخ الارض
Marwa sheikh El-Ard

VENDREDI 24. OCTOBRE 2008 20:57

دعوة للتفكير

بشرفني أن أعرض عليكم افتتاحية العدد الأخير من مجلة " الثقافة النفسية المتخصصة " - العدد 75، المجلد 19- يوليو 2008 ، التي يرأس تحريرها الزميل الفاضل البروفيسور محمد أحمد النابلسي، دون تعليق عليها. مع دعوتي للتفكير بما جاء فيها. متسائلاً : إلى متى يبقى العمل الأكاديمي البحثي النفسي العربي رهين مبادرات فردية مهددة دوماً بالتوقف في غياب دعم المؤسسات و مراكز الأبحاث النفسية و العلمنفسية العربية، متذكراً ما قاله لي يوما البروفيسور يحيى الرخاوي من " أن العمل الفردي لا يطمئن بإجمال مهما تواصل... "

تحية لجلال و الكبار و تقدير و اعتراف لرائد من أبرز الرواد العرب في ميدان الطب النفسي .

د. جمال التركي

افتتاحية " الثقافة النفسية المتخصصة " - العدد 75، المجلد 19- يوليو 2008

عزيزي القارئ

ها نحن نصدر عدداً جديداً من مجلتك " الثقافة النفسية المتخصصة " تحت وطأة ظروف صعبة مستمرة في ضغوطها، فوضعنا اللبناني متأثر بعوامل سياسية لا دخل لنا فيها، تعوق عملنا وتواصلنا، وحتى مشاركتنا في المؤتمرات والمناسبات العلمية. ولهذه الوقائع انعكاساتها على أكثر من صعيد، منها ما تلقيناه من بعض الجامعات العربية، التي استعاضت عن الاشتراك في المجلة عبر المركز الذي يصدرها بالحصول على أعدادها من جهة غير شرعية، وغير معلومة من قبلنا. ولسنا نعرف ما إذا كان الانتشار المحدود للمجلة يستأهل مثل هذه العمليات غير المشروعة، ونستغرب تورط جامعات رسمية في مثل هذه العمليات.

مهما يكن ، فإنها صعوبة إضافية تضاف إلى عجزنا عن عقد مؤتمر المركز ومجلته بسبب الظروف الأمنية اللبنانية، لغاية عدم تمكننا من توزيع دروع جائزة مصطفى زيور العربية للعلوم النفسية على مدى سنوات ماضية، قاومنا خلالها فكرة التوقف عن الصدور، أملين عودة الأمور إلى طبيعتها.

وسط هذه الظروف، نأمل منك عزيزي القارئ تفهم الظروف التي نعمل فيها، بما يجعلنا ننتظر منك الاقتراحات والملاحظات التي نحتاجها في مثل هذه الظروف.

من حيث المبدأ، فقد قررنا الاستمرار رغم كل هذه المعوقات، وتطمئنا في ذلك جهود تعويضية عربية، في مقدمتها الجهد المميز للزميل والصديق الدكتور جمال التركي في "شبكة العلوم العربية النفسية"، والتي بلغت مرحلة عالمية من التنظيم وسيولة الانتشار. فتحية لجهود الزميل التركي، ولبقية الجهود العربية المبذولة للنهوض بالاختصاص وتفعيله، منها الجهود المميزة في عقد المؤتمرات النفسية العربية، رغم تدخل السياسة المؤدي لعقد مؤتمر عربي مرتين خلال عام واحد بعد غيابه يوم سقوط بغداد.

نستسمح العذر عن أي تقصير، وقد أبدينا أسبانياً، أملين أن يقدم هذا العدد بعض المساهمة في ما نتوخاه من خدمات عبر اختصاصية، وفي ما قصده كتاب هذا العدد من مساهمات في الاختصاص.

عن رئيس التحرير
البروفيسور محمد أحمد النابلسي
www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm
ceps50@hotmail.com
info@filnafs.com
nabulsy@cyberia.net.lb

Arabpsynet E.JOURNAL: N°20 - AUTUMN 2008

JEUDI 23. OCTOBRE 2008 19:38

3rd Aging Conference - EGYPT

المؤتمر الدولي الثالث للمسنين
"الرعاية المتكاملة للمسنين: علم وفن"

www.arabpsynet.com/Congress/CongJ20-IIIrdAgingShifaEgypt.pdf

دعوة

مركز جامعة القاهرة لرعاية المسنين
المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب بدبي
القاهرة 4- 5 مارس 2009م

agingshifa@gmail.com

VENDREDI 24. OCTOBRE 2008 19:01

ندوة تكريم الراحل المغفور له أ.د. حامد عبد السلام زهران

بقلوب مؤمنة بقضاء الله وقدره، يدعو: قسم الصحة النفسية بكلية التربية، جامعة عين شمس بالاشتراك مع الجمعية النفسية المصرية و رابطة التربية الحديثة سيادتكم إلى ندوة تكريم الراحل الكريم المغفور له بإذن ربه الأستاذ الدكتور حامد عبد السلام زهران أستاذ الصحة النفسية و علم النفس وذلك الساعة الرابعة عصر يوم الأحد الموافق 26 /10 /2008 بمدرج (أ) بكلية التربية - جامعة عين شمس (ولا أراكم الله مكروهاً في عزيز لديكم)

Pr. Mohamed Saad - Cairo, EGYPT
mohamedsaad161@yahoo.com

VENDREDI 24. OCTOBRE 2008 19:23

تعزية في العالم الجليل أ.د. حامد عبد السلام زهران

بلغني متأخراً خبر فقدان العالم والأستاذ الكبير الدكتور حامد عبد السلام زهران، وإنني وإذ أعزي نفسي وأعزي أسرته ومحبيه وهم كثر في العالم العربي بأسره، وإذ أتضرع للمولى عز وجل أن يرحمه رحمة واسعة ويدخله فسيح جناته، فقد كان علماً من أعلام علم النفس والتربية والإرشاد.

عرفته عن قرب وكان لي شرف الاستزادة من نصائحه الغالية فقد تكرر عليّ بتحكيم برنامجي الماجستير والدكتوراه في الإرشاد النفسي وتطوّر مشكوراً بحث زملائه الأساتذة في مساعدتي قائلًا "إن فلسطين غالية علينا جميعاً وإن أنبأها كذلك لهم علينا حق المساعدة والدعم والمساندة"، هكذا كان الأستاذ الدكتور حامد زهران العالم والخبير والانسان، كان منارة وإشعاعاً ثقافياً وحضارياً، أتحف المكتبة العربية بالعديد من المؤلفات.

أدعو الله عز وجل أن تكون كتاباته في ميزان حسناته عند الله عز وجل، وأقترح أن تتولى "جمعية علم النفس العربية" عقد مؤتمر حول سيرة هذا الأستاذ الجليل وجمع مؤلفاته وأن يكون هذا تقليداً لتخليد الأساتذة العظماء وتكريمهم في حياتهم، للاستفادة من خبراتهم والحفاظ على تراثهم.

رحم الله الفقيد رحمة واسعة وادخله فسيح جناته مع الانبياء والصديقين وحسن أولئك نصيراً

د. أحمد محمد الحواجر
خبير علم النفس
رئاسة وكالة الغوث الدولية - الانروا
عمان - الاردن
hawajri_219@hotmail.com

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 20 - خريف 2008

ملخصات الأبحاث / Summaries

www.arabpsynet.com/Congress/CongJ19-IIIrdPsyLysisEgSum.pdf

البرنامج الأولي العربي

www.arabpsynet.com/Congress/CongJ19.IIIArPsylysisEg.pdf

البرنامج الأولي الفرنسي

www.arabpsynet.com/Congress/congj19.iiiarpssylysiseg-fr.pdf

للتواصل

abdalla_asker@yahoo.com

LUNDI 27. OCTOBRE 2008 19:10

Sc. Help: English PTSD Scales

لطالما لجأنا اليكم واحتمينا بكم ونحن في اشد الأزمات، كنا دوما نجد منكم التفهم والصدر الرحب و الدعم العلمي لما نبحت عنه.

أساتذتي الكرام، اني في حاجة إلى لمقاييس المستخدمة لدراسة حالات: "الشدة التالية للصدمة"، خاصة منها التي سبق أن استعملها البروفيسور محمد احمد النابلسي في كتابه/المرجع: "الصدمة النفسية/علم نفس الكوارث والحروب" و لكن بنسخها الانكليزية، و ذلك من اجل إجراء صدق الترجمة لها بالعراق (توجد لدي المقاييس العربية).

أمل في دعمكم للحصول على النسخ الانكليزية لهذه المقاييس حتى أتمكن من تطبيقها على الشعب العراقي الذي يعد من أكثر الشعوب تعرضا للصدمة. أرجو ممن تتوفر لديه هذه المقاييس تكرم مدي بها أو إرشادي كيفية الحصول عليها، خاصة و أنني لم أتمكن من الحصول إلا على اثنين فقط منها بالننت...

أملي كبير أن أوفق من خلالكم في الحصول على هذه المقاييس.

شكرا لكم ولدعمكم العلمي.

د.حلا الطائي - بغداد، العراق

Pr. Hala ETTAII - Baghdad; IRAQ

golden_sky2000@yahoo.com

MERCREDI 29. OCTOBRE 2008 19:42

افتتاح المقر الرئيسي لاتحاد الأطباء

يشرفني إعلامكم افتتاح المقر الرئيسي لاتحاد الأطباء النفسيين العرب مع المقر الجديد للجمعية المصرية للطب النفسي على العنوان التالي:

امتداد شارع رمسيس أبراج الملتقى برج"ب" - الدور العاشر شقة عدد 1
العباسية، القاهرة - جمهورية مصر العربية
تليفون: 24045001 فاكس: 24045006

وقد تكرم الزميل الفاضل دكتور جمال التركي رئيس شعبة الاتصالات و المعلوماتية و النشر الإلكتروني بإتحاد الأطباء النفسيين العرب، أن يكون بريده الإلكتروني: arabpsynet@gmail.com

في متناول الإخوة الأطباء النفسيين العرب، و ذلك لحين انجاز موقع الإتحاد و البريد الإلكتروني الخاص به والذي يشرف على إنشائه أمين عام الإتحاد أ.د. عبد الرزاق الحمد.

زملاتي الأفاضل، أدعوكم أن تشاركونا النهوض بالإتحاد و تساهموا معنا في تفعيل نشاطه، بعد فترة ركود أملتتها ظروف المنطقة العربية.

مع تحياتي و تقديري
أ. د. أحمد عكاشة

2008/10/29

<http://www.arabpsynet.com/Associations/MailToArabPsy291008.pdf><http://www.arabpsynet.com/Associations/AFP.ass.htm>

Arabpsynet E.JOURNAL: N°20 - AUTUMN 2008

SAMEDI 25. OCTOBRE 2008 16:29

عزاء للشعراء ولعلماء النفس

همسة ود

عزاء للشعراء ولعلماء النفس

كثيرون من الرواد العرب الذين أثروا عقود خلت بنتائجهم الشعري والفني والأكاديمي رحلوا عنا مؤخراً الواحد تلو الآخر، و خلت منهم حياتنا الثقافية والإبداعية وهم من تتلمذنا على أيديهم و استمتعنا بفكرهم وأمننا نتاجهم المتنوع.

تألمت كثيراً لرحيل الرائع محمود درويش، لن أنسى مقابلتي معه في أحد مهرجانات الأردن الشعرية، كان ثاني لقاء لي معه بعد مهرجان شعري سبق في القاهرة.. اعتقد أنني شاعرة، اختلط في حوارنا الحديث عن الشعر والإرشاد والعلاج النفسي، تطرقنا كيف أن الشعر "مجس نفسي شديد الحسابية" وكيف إن المرشد والمعالج النفسي شاعر بفطرته وعلمه وإن أحدهما يتداخل مع الآخر و كل منهما يركز على منطقة اللاشعور في النفس البشرية، ذكرت هذا الرأي للشاعر الراحل الحساس رحمه الله، نظر لي ملياً و قال "أنت شاعرة متحركة بزي معالجة نفسية".

تذكرت ذلك كله حينما نمت إلى علمي منذ يومين رحيل الأكاديمي المتميز أستاذ أجيال من المعالجين والمرشدين النفسيين في الوطن العربي الدكتور الأستاذ حامد عبدالسلام زهران (أستاذ الصحة النفسية وعميد تربية عين شمس سابقاً في جمهورية مصر العربية)، كان ذلك تقريباً بعد أربعين يوماً من وفاة الشاعر محمود درويش. و من منا تخصص في الإرشاد والعلاج النفسي لم يستقي من علم هذا العالم الجليل، واستفاد من كتبه كمراجع و درسها أ ودرسها في مقرراته. كان كتابه "نظريات الإرشاد النفسي" أول كتاب أقرره على طلابي وطالباتي قبل أن يكون لي كتاب خاص بي. كان الرجل من الأساتذة الذين كثيراً ما ارتويت من إنتاجهم وقرأت كتبهم واستمتعت بعطائهم الأكاديمي الغزير.

رحل هذا الأكاديمي العظيم ليضيف إلى الذين ينفردون من زمننا بعدم تركوا بصمات واضحة وأعطوا لأجيال تالية لهم عصارة خبراتهم وتجاربهم.

رحم الله شاعرناجميل محمود درويش الذي ما زلنا نحمل له أجمل الذكريات في قلوبنا وأجمل الصور في البوماتنا وأجمل الأشعار وأجمل الأغنيات يتغنى بها الأطفال والكبار على الأوطان والأمهات وقهوة الأمهات ورائحة خبز الأمهات.

رحم الله عالم النفس الجليل الأستاذ الدكتور حامد عبدالسلام زهران واسكنه فسيح جناته، راجية أن يتذكره ممن تتلمذوا وتعلموا وارتشفوا من رحيق علمه، وأن يترحم عليه كل طالب وطالبة من الذين تتلمذوا على يده في جامعة عين شمس أو من طلبتي الذين درستهم في جامعة قطر. وليرحم الله كل موتى المسلمين.

د. موزة المالكي

mozalmalki@hotmail.com

الخميس 26 سبتمبر 2008م

SAMEDI 25. OCTOBRE 2008 17:17

3rd Arab Psychoanalysis Congress: Program & Summaries

المؤتمر الدولي الثالث للجمعية المصرية للتحليل النفسي

"العنف والإرهاب في كل حالاتهما"

تنظيم

الجمعية المصرية للتحليل النفسي

رابطة المحللين النفسيين العرب

القاهرة، مصر 31 أكتوبر 1-2 نوفمبر 2008

PROGRAM & SUMMARIES

البرنامج النهائي / Program

www.arabpsynet.com/Congress/CongJ19-IIIrdPsyLysisEgProgram.pdf

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 20 - خريف 2008

و أنا أتطلع لأخوتي وأشقائي العرب، أملي كبير في دعمهم و أغناء هذا المشروع الوليد بمساهماتهم العلمية باللغة العربية أو الانكليزية كي نتكمن من إصدار العدد الأول و كلنا طموح للتطور لتأسيس مجلة مستقلة علمية، على أن تكون مطبوعة مستقبلاً.

ارجو التكرم بارسال مساهماتكم العلمية و أرائكم حول مواضيع الطب النفسي في المجتمعات العربية الى عنواني الإلكتروني الى حين اكتمال الموقع.

ان إسهامكم هو يد بيضاء تعين الواقع العلمي للطب النفسي و تساهم في تعزيز الحضور العربي الذي نفتقده وسيكون الخط العام للمجلة هو الحياد التام و النأي عن الرؤى السياسية المختلفة.

تقديري و امتناني لكل الشفاء.

د. مها سليمان يونس

ا.م. و رئيس قسم الطب النفسي
كلية الطب، جامعة بغداد
مؤسسة ومديرة تحرير مجلة "الوركاء"
maha.younis@gmail.com

MERCREDI 5. NOVEMBRE 2008 20:41

المجلات الإلكترونية الفصليّة: "يوميا"

يشرفني اعلامك إصدارنا المجلات الإلكترونية الفصليّة -:

"يوميات الإنسان و التطور"

البروفيسور يحيى الرخاوي

التي عرض فيها الرخاوي قراءته للنص البشري في سوائه و اضطرابه من منظور تطوري.

يأتي اصدار هذه المجلات بعد أن أنجز البروفيسور يحيى الرخاوي " 365 يومية " يوما بيوم و على مدى سنة كاملة (01 سبتمبر 2007 إلى 31 أغسطس 2008)، و الذي نعهده سابقة علمية بكل المقاييس وانجازا يحسب له و هو في هذه المرحلة من مراحل العمر.

كل الفضل و التقدير للبروفيسور الجليل أن تكرم قبول عرض هذه المجلات لـ "التنزيل الحر" دون الحاجة إلى كلمات عبور لتحميلها سواء انطلاقا من موقع "شبكة العلوم النفسية العربية": www.arabpsynet.com أو من "موقعه الشخصي": www.rakhawy.org

حكاية كلمة - المجلد 1 ... إفتتاحيات مجلة الإنسان و التطور 1980- 2001

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakQ1980.2001.exe>

حكاية كلمة - المجلد 2 ... الإصدار الفصلي: خريف 2007

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakAutumn07.exe>

حكاية كلمة - المجلد 3 ... الإصدار الفصلي: شتاء 07 - 08

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakWinter07-08.exe>

حكاية كلمة - المجلد 4 ... الإصدار الفصلي: ربيع 2008

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakSpring08.exe>

حكاية كلمة - المجلد 5 ... الإصدار الفصلي: صيف 2008

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakSummer08.exe>

دليل النشریات

الإصدار العربي

www.arabpsynet.com/Rakhawy/IndexRakAr.htm

الإصدار الإنكليزي

www.arabpsynet.com/Rakhawy/IndexRakEng.htm

الإصدار الفرنسي

www.arabpsynet.com/Rakhawy/IndexRakFr.htm

VENDREDI 31. OCTOBRE 2008 19:37

SEMINAR DAR-EL-MOKATTAM, NOVEMBER 2008

تحية و سلاما: نتشرف بأن ندعوكم لحضور: الندوة العلمية

الجمعة 7 نوفمبر 2008

التفسير العلمي للعلاجات الشعبية للأمراض النفسية - أ.د. يحيى الرخاوي

الطب ليس علما، هو فن اللأم يستعمل المعلومات العلمية وغير ذلك، ليحقق مهمته من خلال علاقة إنسانية تشكيلية متبادلة. إن مفهوم الإنسان ككيان متعدد المنظومات والمستويات تتحرك معا في حركية إيقاعية حيوية، قادرة على التوليف والنمو هو منطلق هذا الفرض

المعالج الشعبي يقوم بنفس المهمة من منطلقه الخاص بتسميات أخرى، وهو يحقق نتائج إيجابية أو سلبية حسب متغيرات كثيرة، يتعامل مع المنظمات التركيبية باعتبارها كيانات خارجية، مغتربة الأمر الذي ينتهي إلى مزيد من الاغتراب والتبعية الغامضة.

الطبيب النفسي يمكنه أن يقوم بمهمة تكاملية موضوعية لتحقيق التكامل بكل ما يتاح له من معلومات وأدوات وحضور شخصي مواكب

ملحوظة:

- الندوة العلمية بدار المقطم، هي ندوة شهرية تقام يوم الجمعة الأول من كل شهر، وهي دعوة للحوار العلمي تهدف أساساً إلى تناول المواضيع الإكلينيكية، والتطبيقية بشكل عملي.
- تعقد الندوة الساعة الثالثة عصراً - بقاعة المحاضرات بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية 10 مدينة المقطم 5080223 - 5080876
- يقوم أتوبيس خاص من أمام دار الحكمة - شارع قصر العين ظهر يوم الندوة - قبل الميعاد المثبت بساعة كاملة.

سكرتير اللجنة العلمية: د. مجي جعفر

VENDREDI 31. OCTOBRE 2008 23:08

Al-ANSAN Al-MAHDour

السلام عليكم

ارسل الى سيادتكم كتابا اكاديميا رائعا لعله يفيد المتخصصين في العلوم النفسية، املا من سيادتكم ارساله الى الجميع

والله موفق

واليكم الرابط الخاص بتحميل الكتاب:

<http://www.4shared.com/file/24824545/ecac1421/alansan-almahdor.html>

محمد محمود القاضي

المستشفى السعودي الالماني- جدة

MERCREDI 5. NOVEMBRE 2008 19:11

الوركاء: مجلة الطب النفسي العراقي

الزملاء الأعزاء

نعلن في الأيام القليلة القادمة بأذن الله عن الموقع الإلكتروني لـ:

الوركاء

" مجلة الطب النفسي العراقي "

و قد تم اختيار هذا العنوان لها تيمنا باسم " أور "كأقدم مدينة في التاريخ والشاخصة أثارها في جنوب العراق لحد الآن. إنها بداية خجولة لإعادة احياء " مجلة الرازي للطب النفسي " العراقية، الصادرة عن "الجمعية العراقية للأطباء النفسيين" سنة 1971. وتوقفت عن الصدور عام 1992 بسبب الظروف العامة للبلاد.

البروفيسور حنفي إلى عشق السيرة المملوكة و تدليلها والاعتناء بها. فقلما يبادل الرجل الحب مع امرأة ينقصها الجمال وأناقة المظهر. وإن ما يتظاهر الرجل بالحب والعشق ينبع من حب الذات ورغبة التملك لامرأة تبدو له في منتهى الجمال (ربما في نظره فقط) أو ما يمكن الإشارة إليه بـ Egocentric ، فليس هذا الحب بـ "حب غير مشروط" Unconditional Love بعيد عن حب الذات والتملك والاقتناء، وعندما يتحقق له امتلاكها ويشبع من جمالها بعد الزواج لن تعد تلك الإنسانية هي نفسها التي كانت تملك كل كيانه. مما يؤسف عليه هو غلبة العاطفة على المرأة وحيا لسماع عبارات الحب والإعجاب الذي يجعلها أسيرة لعواطفها وقبولها لتكون ملكاً لمثل هذا الرجل الذي يجيد لعبة الحب من أجل تحقيق رغباته الذاتية.

إن نشر ثقافة إنسانية هي مهمة الجميع ولا بد أن تتوقف المرأة قبل الرجل وتعني دورها وترفض أن تكون سلعة يتاجر بها الرجال من أجل تحقيق رغباتهم، فعليها أن ترفض استخدام جمالها وأنوثتها في الإعلانات بشتى أنواعها وتحافظ على شخصيتها وتدخل المجالات التي أصبحت حكرًا على الرجال بضمنها مجال السياسة...

مع تمنياتي

د. صلاح كرميان

سيدني، أستراليا

Dr. Selah GERMIAN

selah.germian@yahoo.com.au

مرفق مقل عن التحرش الجنسي "المرأة بين ثقافة التخلصة و ثقافة المساواة الإنسانية" منشور بالأهرام 13 نوفمبر 2008

يهمني رأيكم ... مع تحياتي

بروفيسور قدرتي حنفي

JEUDI 13. NOVEMBRE 2008 17:53

Jobs Offer in UAE: Psychologist VACANCY

مستشفى راشد الحكومي - الإمارات

تعلم "شعبة السيكولوجيا" في مستشفى راشد الحكومي، بدولة الإمارات رغبتها انتداب أخصائي نفسي أو أخصائي نفسيه للعمل بها وذلك حسب المواصفات الآتية:

1- ماجستير علم نفس اكلينيكي (عيادي) كحد ادنى .

2- الإلمام بالغة الإنجليز به بشكل ممتاز .

3- خبره عمليه لا تقل عن ثلاث سنوات بعد الحصول على المؤهل العلمى .

د. ليلى السامرائي

رئيسة شعبه السيكولوجيا

dr.layla@gmail.com

JEUDI 13. NOVEMBRE 2008 18:15

Sc. Help: THE ability of self-confrontation and its relationship to

أنا طالبة من العراق ..أدرس بمعهد المعلمات والكلية الاساسية ببغداد، **حاصلة على شهادة الماجستير** وحالياً طالبة **دكتوراه** بقسم الارشاد النفسى والتوجيه التربوي بالجامعة المستنصرية بمرحلة البحث، عنوان أطروحتي:

قدرة الذات على المواجهة وعلاقتها بالشعور باليأس والحاجة للتجاوز لدى المرشدين"

أطلب مساعدتكم العلمية بالحصول على **المراجع** التي تخدم بحثي و إرشادي عن أهم المصادر في موضوع بحثي العلمي ...

دمتم رمزا للعلم والمعرفة ومن الله التوفيق

لكم مني جزيل الشكر والاحترام

نادية: طالبة دكتوراه - بغداد، العراق

dr_ndoo@yahoo.com

Arabpsynet e.Journal: N°20 - AUTUMN 2008

أملنا كبير في اطلاعكم على هذه المجلدات و مشاركتكم ابداء الرأي و عرض و جهات نظركم فيما يقدمه البروفيسور الرخاوي لأبرز ملامح فكره و مدرسته المتعلقة بالنظرية الإيقاعية التطورية.

إننا بكم نرقى و معكم نسير درب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا

د. جمال التركي

رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

MARDI 11. NOVEMBRE 2008 20:27

The 2nd Conference of the International Association Muslim Psycholog

المؤتمر الثاني للرابطة العالمية لعلماء النفس المسلمين
تأصيل وتوطين العلوم النفسية تعزيزاً للذات وقبولاً للآخر
www.arabpsynet.com/Congress/CongJ18-Iliaompsy.pdf

تنظيم: الرابطة العالمية لعلماء النفس المسلمين

4-2 فبراير 2009 - الشارقة دولة الإمارات العربية المتحدة

www.iaompsy.org/conferences.php?confNo=5 - yahoo.com@iaompsy

MERCREDI 12. NOVEMBRE 2008 12:13

Jobs Offer in KSA

مركز مطمئنة الطبي

www.arabpsynet.com/Hospitals/HospMotmaenaCenter.pdf

www.arabpsynet.com/Hospitals/HomePage/Psy-Jobs.Ar.htm

يعلن مركز مطمئنة الطبي عن حاجته لانتداب أخصائيين في المجالات التالية :

- أطباء نفسيين يحملون درجة الماجستير أو الدكتوراه .

- طبيبات نفسيات يحملن درجة الماجستير أو الدكتوراه .

- أخصائيين نفسيين يحملون درجة الماجستير أو الدكتوراه .

- أخصائيات نفسيات يحملن درجة الماجستير أو الدكتوراه .

ندعوا من تتوفر فيهم المؤهلات المطلوبة تكرم إرسال السيرة الذاتية على البريد الالكتروني: Prof.alhabib@gmail.com

تقبلوا خالص الشكر والتقدير

مكتب الأستاذ الدكتور طارق علي الحبيب

Prof. Tariq Ali AL-Habeeb

JEUDI 13. NOVEMBRE 2008 9:52

دورة في العلاج المعرفي السلوكي للقلق

تنظم "جنة التدريب" بـ"رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية" تحت إشراف بروفيسور د. عبد الستار إبراهيم، دورة في العلاج المعرفي السلوكي للقلق لمدة ثلاثة أيام، بداية من يوم 2008/11/18 و دورة ثانية في العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري في شهر ديسمبر القادم.

للاستفسار والمزيد من المعلومات

الأستاذ محمود نصر

eparanm@gmail.com

موبايل 0105665900

JEUDI 13. NOVEMBRE 2008 17:46

أ.د. حنفي: المرأة وثقافة النخاسة

مقال الأستاذ البروفيسور قدرتي حنفي حول التحرش الجنسي رائع وقد نطرق إلى صلب الحقيقة. أود أن أضيف، أنه غالباً ما يتعلق الرجل ويعبر عن حب جياش للمرأة ويتراى له خيالها في كل لحظة ويتغنى بها شعراً، ليس لشئ إلا لجمالها وحسنها الذي يحب امتلاكها هو وحده، مثلما أشار

" A" Letter - French.English.Arabic
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.pdf>

A" Letter - English.French
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.ef.pdf>

" A" Letter - French.English
<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fe.pdf>

دتمتم سنندا للعلم و المعرفة

د. جمال التركي

تذكير:

تضاف خدمة الاشتراك في "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" إلى سلة خدمات الاشتراك في شبكة العلوم النفسية العربية (التسجيل بقائمة المراسلات، تصفح الارتباطات المحمية، المجلة الإلكترونية للشبكة، الكتاب الإلكتروني للشبكة)

LUNDI 17. NOVEMBRE 2008 10:17
 Psychological & Social Dimension to the Begging Children Phenomenon

الاستاذ المساعد الدكتور عبد الحسين رزوقي الجبوري (جامعة بغداد)، سيكون ضيفا على قناة "المسار" الفضائية يوم الاثنين 17 نوفمبر 2008، الساعة السابعة والنصف مساء بتوقيت بغداد ليتحدث عن:

"البعد السيكولوجي والسيكولوجي لظاهرة تسول الاطفال"
 وحسب توقيت العالمي الساعة 16.30 مساء

علما تتردد القناة على القمر نايل سات هو 12399 ورقم الترميز 27500

أدعوا المهتمين بهذا المجال المتابعة والمشاركة تلفونيا.

مع فائق المودة و التقدير

الدكتور عبد الحسين رزوقي الجبوري
 جامعة بغداد - العراق
huseinmjed@yahoo.com

MERCREDI 19. NOVEMBRE 2008 21:03
 Lack of hearing in children and the elderly

انا اخصائية نفسية من سوريا، اعمل بميدان "قص السمع عند الاطفال و المسنين" مع أخصائيي فحص السمع و تشخيص النقص ووضع السماعه للمحتاجين .

عندي مجموعة من الأسئلة النفسية في الموضوع، أمل أن اجد لدى حضرتكم اجابة عنها:

- لماذا يرفض من يشخص عنده نقص السمع استخدام اجهزة السمع؟؟
 كيفية التصرف تجاههم؟

- هل بالإمكان تحديد "سيكولوجية خاصة لفائدي السمع" و ما هي أم ملامحها عند الطفل و المسن؟

- بماذا تتميز علاقة الاهل مع اطفالهم المصابين بنقص السمع؟
 - ما هو أثر ملامح سيكولوجية المصابين بنقص السمع علي بناء الشخصية المستقبلية للطفل ؟

- هل هناك "استراتيجية محددة المعالم" في كيفية تعامل المجتمع مع الأطفال فائدي السمع (المدرسة - الاهل - الاقارب - الاصدقاء ..)

JEUDI 13. NOVEMBRE 2008 21:22
 REQUEST

لدي نية للكتابة عن الأطباء الرواد في الطب النفسي في العراق و اول طبيب امراض عقلية وعصبية كان المرحوم الدكتور جاك عبودي شابي و هو من اليهود العراقيين عمل منذ بداية الأربعينيات في الطب النفسي و ذاع صيته في عموم القطر حتى مغادرته الى اسرائيل عام 1965 حيث توفي هناك وسمعت ان هناك عيادة باسمه احاول جهدي جمع اي معلومه عنه حيث لا يوجد له اقارب ومن عاصره قد توفي او هاجر وكل ما يتوفر لدي هي صورته في كلية الطب عام 1933 وبعض الحكايات من اقارب مرضاه ارجو التكرم بتزويدي باي وثيقة او معلومة تخصه مع جزيل الشكر.

د مها يونس
 استاذ مساعد في الطب النفسي-كلية الطب -جامعة بغداد

SAMEDI 15. NOVEMBRE 2008 16:10
 ePsydictBook-The VIII LETTERS

يشرفني إعلامكم إصدار ترجمة مصطلحات الحرف الثامن من الأبجدية العربية "الدال"، الإنكليزية "H" و الفرنسية "H" و ذلك في إطار الإصدار المتسلسل لكامل "الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية" (المعجم النفسي العربي، المعجم النفسي الإنكليزي، المعجم النفسي الفرنسي)

يتم تحميل هذه الإصدارات من الارتباطات التالية:

ePsydict Book (Arabic Edition)

Arabic - English - French

Download All the entire VIII Arabic letter "Addale"

عربي - إنجليزي - فرنسي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف العربي الثامن "الدال"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=2008

ePsydict Book (English Edition)

English - French - Arabic

Download the entire VIII English Letter "H"

إنجليزي - فرنسي - عربي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف الإنكليزي الثامن "H"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=3008

ePsydict Book (French Edition)

French - English - Arabic

Download the entire VIII French letter "H"

فرنسي - إنجليزي - عربي

تنزيل كامل مصطلحات الحرف الفرنسي الثامن "H"

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=4008

نأمل منكم مدنا ملاحظاتكم و انطباعاتكم و اقتراحاتكم بالإضافة مصطلحات جديدة أو ترجمات مختلفة إثراء لهذه المعاجم.

Free Daownload

ملاحظة: تنزيل مصطلحات الحرف الأول من المعجم الإلكتروني "أ" عربي و "A" إنكليزي و "A" فرنسي، لا يخضع لكلمة عبور (تحميل حر مجاني):

"Alif" Letter - Arabic - English - French

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/Alif.aef.pdf>

" A" Letter - English.French.Arabic

<http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.efa.pdf>

ملحوظة :

- الندوة العلمية بدار المقطم، هي ندوة شهرية تقام يوم الجمعة الأول من كل شهر، وهي دعوة للحوار العلمي تهدف أساساً إلى تناول المواضيع الإكلينيكية، والتطبيقية بشكل عملي.
- تعقد الندوة الساعة الثالثة عصراً - بقاعة المحاضرات بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية 10 مدينة المقطم 5080223 - 5080876
- يقوم أتوبيس خاص من أمام دار الحكمة - شارع قصر العيني ظهر يوم الندوة - قبل الميعاد المثبت بساعة كاملة.

الندوة الثقافية

الجمعة 5 ديسمبر 2008

نتشرف بأن ندعوكم لحضور الندوة الثقافية الشهرية التي تعقدتها الجمعية، والتي تهدف أساساً لتناول المواضيع الثقافية العامة التي ترتبط بالفعل والحياة، والتي تصب في نهر المعرفة بالمعنى الأشمل، مما نراه أساسياً لبناء الإنسان المعاصر، ناهيك عن استحالة الاستغناء عنه للطبيب والمعالج جميعاً، وعلى الحق - تبارك وتعالى - قصد السبيل.

تناقش الندوة كتاب: "حياتياتي"

فلما لا أؤرخ "حياتياتي" لعلها تصور جانباً من جوانب جيلنا، وتصف نمطاً من أنماط حياتنا، ولعلها تفيد اليوم قارئاً، وتعين غداً مؤرخاً، فقد عنيت أن أصف ما حولى مؤثراً في نفسي، ونفسي متأثرة بما حولى.

"أحمد أمين"

تأليف: أحمد أمين

الناشر: الهيئة العامة المصرية للكتاب - مكتبة الأسرة 2003

تقديم: د. عمرو دنيا - د. صابر أحمد

سكرتير الندوة الثقافية د. بسمة محمد

ملحوظة :

- تعقد الندوة الساعة السادسة مساءً - بقاعة المحاضرات بمستشفى دار المقطم للصحة النفسية 10 مدينة المقطم.
- يقوم أتوبيس خاص من أمام دار الحكمة - شارع قصر العيني يوم الندوة - قبل الميعاد المثبت بنصف ساعة.

SAMEDI 29. NOVEMBRE 2008 19:22

المصاب جلل والخطب عظيم: إنا لله وإنا إليه راجعون

".... الذين إذا أصابتهم مصيبة قالوا إنا لله وإنا إليه راجعون"

المصاب جلل والخطب عظيم، بنفس مطمئنة بقضاء الله وقدره، تلقينا ببالغ الحسر والأسى، نبأ الحادث المروع الذي أودي بحياة ثلاثة أطباء نفسانيين من أبرز وجوه الاختصاص على مستوى الوطن العربي:

الدكتورة دعاء حبيب - مصر

الدكتورة دينا شاكر - مصر

الدكتورة ماري عازر - لبنان

وهم يشاركون "ورشة عمل" في لبنان حول "اضطراب فرط النشاط مع نقص الإنتباه".

إن خسارتنا فيهم كبيرة، افتقدناهم في أوج عطائهم، افتقدناهم في زمن أحوج ما نكون إليهم. نودعهم بقلوب خاشعة وعيوننا دامعة، سائلين الله لهم الخلد في جنة الخلد.

في هذا الظرف الأليم لا يسعني إلا أن أقدم باسمي، و باسم كافة أعضاء الهيئة العلمية الإستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية، إلى

- كيف نواجه عزلة الاطفال المصابين بنقص السمع الذي يؤدي إلى ارباك التواصل الإجتماعي؟؟

- يعيش الطفل أو المسن صراع بينه وبين نفسه حول وضع السماع، يتمحور حول حاجته لها و خوفه من ملاحظات الآخرين التي تصل حد الإستخفاف بالنسبة للأطفال ، كيف نواجه هكذا صراع؟؟

أملّي كبير في دعمكم العلمي ارشادكم لأهم المصادر العربية و العالمية في الموضوع، ألف شكر لكل الدكاترة الاكارم بكافة ارجاء الوطن العربي...

الاخصائية النفسية مروة شيخ الارض

Marwa sheikh El-Ard

MARDI 25. NOVEMBRE 2008 22:28

Information: JOURNAUX ACADÉMIQUES Arabes SVP

إلى الزملاء الكرام، تحية طيبة وبعد
أبحث عن مجلة عربية علمية أكاديمية غير إلكترونية متخصصة في العلوم الاجتماعية أو علم النفس، تكون واسعة الانتشار في البلاد العربية وهذا كي استعلم عن إحتمال نشر بحث علمي يخص العلماء النفسيين العرب

أشكركم لمزيدى بمعلومات عن مجالات وعن وسيلة الاتصال بمكتب التحرير أو مدير التحرير. من الممكن مراسلتي على العنوان التالي :
rayane.alamuddin@gmail.com

مع كل الشكر والتقدير،

ريان علم الدين

الجامعة اللبنانية الأميركية

قسم العلوم الاجتماعية - بيروت، لبنان

MERCREDI 26. NOVEMBRE 2008 20:50

APN e.Book N° 14: WINTER08-09 "CURRENT DEVELOPMENTS of Psychological

APN e.Book N°14

الإصدار الرابع عشر / شتاء 2008

العلاج النفسي الحواري

آفاقه وشروطه على طريق الاحتراف

أ.د. نعيم عطية

INDEX

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

Full Text

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=114

Content + Introduction + Chap. I

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB14/eB14ANCont&Pref.pdf>

VENDREDI 28. NOVEMBRE 2008 10:13

SEMINAR DAR-EL-MOKATTAM, DECEMBER 2008

تحية وأملاً: نتشرف بأن ندعوكم لحضور الندوة العلمية الشهرية، يوم الجمعة الموافق 5 ديسمبر 2008

الندوة العلمية

برنامج العلاج الداخلي لاضطرابات الشخصية بدار المقطم للصحة النفسية

على الرغم مما قد يتبدى من توافر عدد كبير من برامج علاج اضطرابات الشخصية، فإنه لا يمكن إغفال التحدي الذي تفرضه علينا هذه الاضطرابات سواء من حيث تنوع أنماطها وصعوبة تعريفها وتشخيصها أو من حيث تواضع النتائج العلاجية في الأغلب الأعم.

وقد تكونت مؤخراً مجموعة علاجية بدار المقطم للصحة النفسية تسعى لمواجهة هذا التحدي بما يفيد عملياً.

نأمل أن يثرينا حضوركم ورؤاكم واقتراحاتكم ونقدكم.

د. محمد الشاذلي

سكرتير اللجنة العلمية: د. يحيى جعفر

LUNDI 1. DÉCEMBRE 2008 13:46

شقيقة البروفيسور عدنان حب الله في ذمة الله**البقاء لله وحده****إنا لله وإنا إليه راجعون**

بلغني بمزيد الحزن والأسى نبأ وفاة: شقيقة البروفيسور عدنان حب الله لا يسعني في هذا الظرف الأليم، إلا أن أتقدم باسمي و باسم أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لـ "شبكة العلوم النفسية العربية"، إلى الزميل العزيز و البروفيسور الفاضل عدنان حب الله (أستاذ التحليل النفسي و مؤسس المركز العربي للأبحاث والتحليل النفسي - ahabalah@idm.net.lb)، و أسرة الفقيده و كافة أفراد عائلة آل حب الله، بخالص التعازي و المواساة في مصابهم الجلل، سائلين الله العلي القدير أن يرزقهم جميل الصبر و السلوان و أن يتغمدها برحمته الواسعة و يسكنها فراديس جناته و إنا لله و إنا إليه راجعون .

يا أيتها النفس المطمئنة إرجعي إلى ربك راضية مرضية فأدخلني في عبادي و أدخلني جنتي

الدكتور جمال التركي

رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

LUNDI 1. DÉCEMBRE 2008 19:03

CONGRATULATIONS PR. AHMED OKASHA

حضرة الأستاذ الفاضل والزميل المحترم

بشرفني إعلامكم أنه قد تم في فنزويلا إختيار:

أ.د. أحمد عاكشaokasha@internetegypt.com

رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

الرئيس السابق للجمعية العالمية للطب النفسي

رئيساً لـ:**لجنة التقييم و القيم لحقوق المريض و الطبيب النفسي بالجمعية العالمية للطب النفسي**

و هي اللجنة المسؤولة عن التحقيق و التقييم إلى أى إنتهاكات لحقوق المريض النفسي أو حقوق الطبيب النفسي سواء لأسباب عرقية أو سياسية أو دينية أو علمية و ذلك على مستوى العالم.

بهذه المناسبة، بشرفني و أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية أن أتقدم إلى البروفيسور احمد عاكش بأحر التهاني لشرف ترأسه هذه اللجنة، هذا الشرف الذي يتجاوز شخصه الكريم إلى كافة الأطباء النفسيين العرب والمسلمين.

إنا بكم نرقى ومعكم نسير درب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دمتم منارة للعلم والمعرفة ودام عزكم وعطائكم.

د. جمال التركي

عن الهيئة العلمية الإستشارية للشبكة

LUNDI 1. DÉCEMBRE 2008 20:57

New Textbook: Psychiatry in Children

الاخوة والزملاء،

خالص تحياتي لكم من الاسكندرية، بشرفني إعلامكم أنه صدر حديثا كتاب بعنوان:

الطب النفسي عند الاطفال

Arabpsynet e.Journal: N°20 - AUTUMN 2008

أسرهم وأزواجهم وأبنائهم و كافة الأطباء النفسيين العرب، بخالص العزاء سائلين الله العلي القدير أن يتغمدهم برحمته الواسعة ويسكنهم فراديس جناته " يا أيها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية وأدخلني في عبادي وأدخلني جنتي ". مع خالص دعواتنا بالشفاء للإستاذة أميرة سيف الدين .

الدكتور جمال التركي

عن شبكة العلوم النفسية العربية

DIMANCHE 30. NOVEMBRE 2008 22:23

المصاب جلل والخطيب عظيم

تقبلوا تعازي الخالصة في وفاة زميلتنا. نغمدهم الله برحمته ورضوانه.
انالله وانا اليه راجعون.

ملاحظة:

ارجو تصحيح الاية القرآنية الكريمة التي وردت في خطاب التعزية وهي كالاتي: (يا أيتها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فأدخلني في عبادي وأدخلني جنتي)

مع تحياتي

اخوكم رمضان زعطوط

جامعة ورقلة

الجزائر

زملائي الأكارم

أعتذر منكم أخطاء الرقن الواردة في الآية الكريمة، جسامة الخطب الذي ألم بي حال دوني و المراجعة الدقيقة لما كتبته سكرتيرتي.

معذرة

د. جمال التركي

DIMANCHE 30. NOVEMBRE 2008 22:39

Second Scientific Conference for Special Education - Banha; EGYPT

المؤتمر العلمي الثاني للتربية الخاصة " جودة الحياة: نحو مستقبل أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة"

12- 13 يوليو 2009م

تتشرف كلية التربية بجامعة بنها - قسم الصحة النفسية دعوتكم للمشاركة بالمؤتمر الدولي الثاني للتربية الخاصة بعنوان " جودة الحياة: نحو مستقبل أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة "

والذي سوف يعقد بمركز جامعة بنها للمؤتمرات في الفترة من 12 إلى 13 يوليو 2009م، تحت رعاية السيد المستشار عدلي حسين محافظ القليوبية و الأستاذ الدكتور حسام الدين العطار رئيس جامعة بنها.

يسعدنا دعوة سعادتكم للمشاركة عبر الايميل التالي:
abohabibas@gmail.com

والحضور لإثراء فعاليات المؤتمر، ومرفق لسعادتكم محاور وأهداف المؤتمر وشروطه.

رئيس المؤتمر : ا.د/ محمود عوض الله سالم - عميد كلية التربية

مقرر المؤتمر : ا.د/ أشرف أحمد عبد القادر - وكيل الكلية للدراسات العليا والبحوث

أمين عام المؤتمر ا.د/ هشام عبد الرحمن الخولى - رئيس قسم الصحة النفسية

MARDI 2. DÉCEMBRE 2008 10:22

إنا لله وإنا إليه راجعون

نشاطركم الأحران بالمصائب التراجيدي الذي أودى بحياة نخبة مميزة من زميلاتنا اللواتي وظفن علمهن لخدمة الإنسانية. تقبلوا تعازينا الصادقة ..ودعائنا بالشفاء العاجل للزميلة أميرة سيف الدين

أ.د. قاسم حسين صالح

رئيس الجمعية النفسية العراقية

qassimsalihy@yahoo.com

MARDI 2. DÉCEMBRE 2008 10:30

نعزي فاضلاً

تلقينا ببالغ الحزن والأسى نبأ وفاة ثلاثة من أبرز الأطباء النفسيين العرب إثر حادث مفاجئ، ولا يسعني إلا أن أتقدم باسمي وباسم أعضاء الهيئة الإدارية والعامة لجمعية أطباء الأمراض النفسية الأردنية بأحر التعازي إلى عائلات الزميلات:

الدكتورة دعاء حبيب - الإسكندرية، مصر

الدكتورة دينا شاكر - الإسكندرية، مصر

الدكتورة ماري عازر - الإسكندرية، مصر

تغمد الله الفقيدات بوسع رحمته وأسكنهن فسيح جنانه والهم ذويهن الصبر والسلوان و"إنا لله وإنا إليه راجعون" ولا حول ولا قوة الا بالله.

الدكتور محمد الدباس

رئيس جمعية أطباء الأمراض النفسية الأردنية

drmdabbas@hotmail.com

MARDI 2. DÉCEMBRE 2008 13:51

الزميلات والزملاء الأطباء وأساتذة علم النفس

الدكتور جمال التركي المحترم

إنا لله وإنا إليه لراجعون، نسأله تبارك وتعالى أن يتقبل عملنا الإنساني وأن يتغمد شهداء العلم والمعرفة برحمته.

كما نسأله تبارك وتعالى أن يجعل في شفاء جرحانا.

د. وائل أبو الحسن

رئيس قسم العلوم الصحية

الجامعة العربية الأمريكية

waelmustafa@aaup.edu

MARDI 2. DÉCEMBRE 2008 19:33

خالص التعازي

أتقدم باسم قسم علم النفس بجامعة المسيلة (الجزائر)، بخالص التعازي إلى كافة الأسرة النفسية العربية علي هذا المصاب الجلل في أساتذتنا الذين فقدناهم وهم يؤدون أشرف وأنبل مهنة.

الصبر والسلوان لاهلهم وذويهم.

الأستاذ: حسين مشطر

MARDI 2. DÉCEMBRE 2008 21:37

تغمده الله الفقيدات بواسم رحمته

تلقيتُ ببالغ الحزن والأسى، نبأ الحادث المروع الذي غيَّب نخبة مميزة من زميلاتنا، بالرحيل المفاجئ عن هذه الحياة

الدكتورة / دعاء حبيب - الإسكندرية، مصر

الدكتورة / دينا شاكر - الإسكندرية، مصر

الدكتورة / ماري عازر - الإسكندرية، مصر

روبرت جودمان

PHD, FRC Psych., MRCP

أستاذ الطب الدماغي والسلوكي

معهد الطب النفسي - مستشفى كنجز كولج - لندن

استشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين.

مستشفى مودزى - لندن

ستيفن سكوت

BSC, FRCP, FRC Psych.

مدرس صحة وسلوك الطفل.

معهد الطب النفسي - كنجز كولج - لندن.

استشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين.

مستشفى مودزلى - لندن

ترجمة: د. لطفي الشربيني - د. حنان طقش

مترجم من مركز تعريب العلوم الصحية التابع لجامعة الدول العربية ..في سلسلة تعريب المناهج الطبية، وهو مشروع طموح يهدف إلى تعريب الطب يكامل تخصصاته.

تمنيتي لكم بدوام التقدم والتوفيق... لكم كل اشكر والتقدير وكل عام وانتم بخير.

د. لطفي الشربيني

الإسكندرية، مصر

lotfyaa@yahoo.com

LUNDI 1. DÉCEMBRE 2008 21:08

CONGRATULATIONS PR. AHMED OKASHA

اختيار الدكتور أحمد عكاشة رئيساً لـ "لجنة التقييم و القيم لحقوق المريض و الطبيب النفسي بالجمعية العالمية للطب النفسي"

هو استحقاق لكفاءاته طبعاً وهو فخر لنا جميعاً. الدكتور عكاشة يخط طريقاً متميزاً يجب أن يدفعنا جميعاً للاقتداء به والسير فيه نحو رفع مستوى البحث والعطاء العلمي والمهني في مجتمعنا العربي ليطمئن شعنا العربي في مكانة مرموقة في خارطة العالم.

تهانينا الحارة

بروفسور مروان دويري

الناصرة

حضرة الأستاذ الفاضل والزميل المحترم

بشرفي إعلامكم أنه قد تم في فنزويلا إختيار:

أ.د. أحمد عكاشة

aokasha@internetegypt.com

رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

الرئيس السابق للجمعية العالمية للطب النفسي

رئيساً لـ: لجنة التقييم و القيم لحقوق المريض و الطبيب النفسي بالجمعية العالمية للطب النفسي

و هي اللجنة المسؤولة عن التحقيق و التقييم إلى أى إنتهاكات لحقوق المريض النفسي أو حقوق الطبيب النفسي سواء لأسباب عرقية أو سياسية أو دينية أو علمية و ذلك على مستوى العالم.

بهذه المناسبة، يشرفني و أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية أن أتقدم إلى البروفسور احمد عكاشة بأحر التهاني لشرف ترأسه هذه اللجنة، هذا الشرف الذي يتجاوز شخصه الكريم إلى كافة الأطباء النفسيين العرب والمسلمين.

إنا بكم نرقى ومعكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دمت منارة للعلم والمعرفة ودام عزكم وعطائكم.

د. جمال التركي

عن الهيئة العلمية الإستشارية للشبكة

MERCREDI 3. DÉCEMBRE 2008 20:17

تعازي كلية الطب بجامعة بغداد**الزميلات والزملاء العرب**

بأسم قسم الطب النفسي في كلية الطب -جامعة بغداد، أتقدم بالتعازي القلبية الى الأسرة الطبية و إلى عوائل الفقيدات و ندعو الله عز و جل أن يشملهم بواسع رحمته و أن يمن على العزيزة الدكتورة أميرة بالشفاء العاجل.

إننا لله و إننا إليه راجعون.

د. مها سليمان يونس
رئيسة الشعبة النفسية
كلية الطب
جامعة بغداد
maha.younis@gmail.com

MERCREDI 3. DÉCEMBRE 2008 20:17

أحر التعازي من جامعة فاس وكلياتها

الخطب جلل والفقد كبير والوقع عميق، ببالغ الحزن والأسى تلقيت نبأ وفاة زميلتنا الجليات:

الدكتورة دعاء حبيب والدكتورة دينا شاكر ثم الدكتورة ماري عازر

وكلهن من مصر الشقيق

لايسعني بهذه المناسبة الأليمة إلا أن أتقدم إليكم، باسمي وباسم زملائي أساتذة وأطباء علم النفس بجامعة فاس وكلياتها المختلفة، وإلى أسر الفقيدات بأحر التعازي وأصدق المواساة في هذا المصاب الجلل، سائلا الله عز وجل أن يتغمدهن برحمته الواسعة و يسكنهن فسيح جنانه ويرزق جميع أهاليهن وذويهن الصبر والسلوان، مع تمنياتي بالشفاء للأستاذة الفاضلة أميرة سيف الدين.

إننا لله و إننا إليه راجعون.

البروفيسور الغالي أحرشاو - فاس، المغرب
aharchaou_rhali@yahoo.fr

MERCREDI 3. DÉCEMBRE 2008 21:34

INVITE YOU TO THE DEFENSE OF MY DOCTORAL THESIS IN psychology

بكل محبة أتشرف بدعوتكم لحضور مناقشة اطروحة الدكتوراه بعنوان دراسة مقارنة لوظيفية التواصل عند الأطفال في المرحلة الأولى للتعليم الأساسي التواصل بين الأطفال المياومين و المعوقين عقليا.

شكراً للتأكيد على الحضور

Souleiman KASSOUHA
souleiman.kassouha@unicaen.fr
souleimankassouha@yahoo.fr

JEUDI 4. DÉCEMBRE 2008 18:09

تعازي قسم علم النفس بجامعة سطيف

على اثر "المأساة/الحادث المفجع" التي فجع بها كل أساتذة وأطباء علم النفس العرب، لما أصاب الأساتذة الثلاث القديرات. أتقدم باسمي وباسم أساتذة قسم علم النفس بجامعة سطيف(الجزائر)، بتعازينا الحارة لأسر الفقيدات ولكل الأسرة النفسية العربية. راجين من الله العلي القدير ان يرحمهن برحمته الواسعة وان يمن بالشفاء العاجل للأستاذة الدكتورة أميرة سيف الدين انه على كل شيء قدير.

إننا لله و إننا إليه راجعون

الاستاذة بن غذفة شريف
قسم علم النفس، جامعة سطيف(الجزائر)
ben_ghedfa@yahoo.fr

Arabpsynet E.JOURNAL: N°20 - AUTUMN 2008

أتقدم من جميع الزملاء وعائلات الفقيدات:

(أعزيكم ولست على يقين بأن يبقى الزمان عليّ حرزا يعزي بعضنا بعضا ويمضي ولن يبقى المعزي ولا المُعزَى)

تغمد الله الفقيدات بواسع رحمته، وألهم عائلاتهم وذويهم الصبر والسلوان.. وكل الأمل والرجاء من الباري عز وجل بالشفاء العاجل للزميلة أميرة سيف الدين

أ.د. عبد الرحمن إبراهيم
سوريا / موسكو
abd.s.ibrahim@gmail.com

MARDI 2. DÉCEMBRE 2008 21:43

نحتسبهم عند الله من الشهداء

الكلمات لا تكفي للتعبير عن ألمنا لمصابنا الجلل وعزأؤنا انهن كن في مهمة عظيمة وجليلة، نحتسبهن عند الله من الشهداء والصالحين.

باسمي وباسم قسم علم النفس في جامعة الخليل- فلسطين، نتقدم بالتعازي لكل اسرة علم النفس العربية على المصاب الجلل ونشكر الدكتور جمال على إتاحتها لنا فرصة التواصل العلمي والاجتماعي.

وانا لله وانا اليه راجعون

د. محمود عصفرة
جامعة الخليل- فلسطين
asafreh2000@yahoo.com

MERCREDI 3. DÉCEMBRE 2008 13:38

CONGRATULATIONS Pr. Ahmed Okasha

استاذ د. أحمد عكاشة، يسعدني أن أتقدم لكم بأحر التهاني، بمناسبة اختياريكم رئيسا للجنة التقييم و القيم لحقوق المريض و الطبيب النفسي بالجمعية العالمية للطب النفسي. إنه شرف لنا جميعا و شرف للجمعية العالمية للطب النفسي أن تحظي بمثل هذه الكفاءة المتجددة دوما التي فرضها الدكتور عكاشة على العالم بعلمه و أخلاقياته المهنية و دأبه الدائم في الدفاع عن المهنة و حقوق المريض النفسي. و أتق أيضا أن تعم الفائدة بتركيز خاص علي بيئتنا العربية و المحلية التي لاشك أنها تعاني من مآسي الممارسات الإنسانية الخاطئة الجديرة بطاقتكم المتجددة دوما.

أعازكم الله على حمل الرسالة و كل علم و أئت و أسرة الطب النفسي العربية بخير.

بروفيسور عبدالستار إبراهيم
أستاذ علم النفس
sattar99@yahoo.com

MERCREDI 3. DÉCEMBRE 2008 13:43

خالص العزاء: الجمعية التونسية للطب النفسي

الخطب جلل والفقد كبير، ببالغ الحزن والأسى تلقينا نبأ نعي زميلتنا:

الدكتورة دعاء حبيب - الإسكندرية، مصر

الدكتورة دينا شاكر - الإسكندرية، مصر

الدكتورة ماري عازر - الإسكندرية، مصر

بهذه المناسبة الأليمة، أتقدم باسمي وباسم الجمعية التونسية للطب النفسي إلى أسر الفقيدات بخالص العزاء، سائلين الله أن يتغمدهم برحمته الواسعة و يسكنهم فرديس جناته مع تمنياتنا بالشفاء للأستاذة الفاضلة أميرة سيف الدين، و إننا لله و إننا إليه راجعون.

بروفيسور الصديق الجدي
رئيس الجمعية التونسية للطب النفسي
Pr. Essedik JEDDI - Tunis; TUNISIA
essedik.jeddi@gmail.com

SAMEDI 6. DÉCEMBRE 2008 18:49

Best Wishes / أجمل التهاني / Meilleurs vœux

الزملاء الأفاضل الأطباء وأساتذة علم النفس

يشرفني و كافة أعضاء الهيئة العلمية الاستشارية لشبكة العلوم النفسية العربية أن أقدم إليكم بأخلص التهاني بعيد الأضحى المبارك سائلين الله أن يعيده علينا بالخير واليمن والبركة و أن يشرح صدورنا لما فيه رفعة الإسلام و المسلمين و أن يهدينا و يهدي بنا و يوفقنا لما فيه خير الإنسان و صلاحه.

يأتي احتفال الأسرة العربية النفسية هذا العام و في القلب لوعة و الحلق غصة، بفقدنا ثلاثة من أبرز وجوه الاختصاص الواعدين: د. دعاء حبيب، د. دينا شاكر، د. ماري عزار. اختطفهم يد المنون من بيننا اثر حادث مروع في طريق عودتهم من المشاركة بورشة عمل في لبنان حول "اضطراب فرط النشاط و عوز الانتباه"، بقلوب خاشعة و نفوس صابرة مؤمنة نتقبل قضاء الله و ندعوه سبحانه و تعالى أن يتغمدهم برحمته الواسعة و يتقبلهم شهداء العلم و المعرفة و أن يسبغ فيض رحمته على البروفيسورة أميرة سيف الدين و يعجل شفائها و يتقبل دعائنا لها إنه نعم المولى و نعم النصير .

إنا بكم نرقى و معكم نسير درب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دمتم و دام عزكم و عطاؤكم.

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر مودتي وتقديري واحترامي.

د. جمال التركي

تونس 2008/12/06

DIMANCHE 7. DÉCEMBRE 2008 13:23

دعوة للتفكير في تكريم فريق الاسكندرية

كل عام وأنتم بخير. لعل أجمل خبر سمعته عشية عيد الأضحى المبارك هو أن الأستاذة الدكتورة أميرة سيف الدين تتمثل للشفاء تدريجياً. مازال أمامها طريق طويل ولكن زوجها "الدكتور نبيل" متفائل بما أحرزته من تقدم حتى الآن.

لقد صدمنا جميعاً بالمأساة وشعرنا بمعق الخسارة الشخصية والعلمية التي خسرناها بفقد الأخوات الزميلات ماري، دعاء ودينا، وجاء العزاء من تفكير الكثير منا بتخليد ذكراهن. لقد اقترح الزملاء في الشبكة عدة طرق لإظهار العرفان بما قدمه "فريق الاسكندرية للطب النفسي" في مصر وعلى امتداد الوطن العربي، بل وفي مختلف أرجاء العالم، وأود تقديم مقترح يهدف إلى الحفاظ على مبادئ هذا الفريق وإلى تطويره.

فقد اهتم فريق الاسكندرية بـ:

1. تنشيط البحث العلمي في مجال الطب النفسي للأطفال
2. تدريب باحثين شباب على طرق البحث العلمي
3. إقامة ورشة عمل تدريبية على طرق البحث العلمي سنوياً
4. توسيع نشاطات EMACAPAP وتعميق التعاون مع IACAPAP

لذلك فإنني أضع بين يديكم "المقترح التالي":

1. دعم EMACAPAP وتنظيم تواصلها مع IACAPAP
2. تأكيد تنظيم ورشة عمل تدريبية سنوية في إحدى الدول العربية بشكل دوري

JEUDI 4. DÉCEMBRE 2008 18:09

نتضرع إلى الله أن يتغمدوهن برحمته الواسعة

تلقينا في الجزائر ببالحزن والأسى نبأ وفاة كل من الدكتورة: دعاء حبيب، دينا شاكر و ماري عازر.

بهذه المناسبة الأليمة، لا يسعنا إلا أن نتضرع إلى الله عز وجل أن يتغمدهن برحمته الواسعة، وأن يلهم أهلهن وذويهن وجميع العاملين في الحقل النفسي العربي جميل الصبر والسلوان و " إنا لله وإنا إليه راجعون "

أ. سليمان ثابت

باتنة - الجزائر
tabetslimane@yahoo.fr

SAMEDI 6. DÉCEMBRE 2008 10:40

VIth INTERNATIONAL FORUM 2009 ON "Education & the Development of th

ينظم "مخبر تنمية الموارد البشرية" بجامعة فرحات عباس- سطيف(الجزائر): **الملتقى الدولي السابع لعام 2009 حول "تربية وتنمية الطفل الموهوب في الوطن العربي"**

www.arabpsynet/Congress/VIthInternForum09Algeria.pdf

الذي سيقام بالجامعة بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمرصد الوطني للتربية والتكوين والوكالة الوطنية للبحث الجامعي للفترة من 20-21 أفريل 2009.

يسرنا أن نرسل لكم مطوية الملتقى حتى يتسنى للأساتذة والمهتمين بهذا الموضوع المشاركة .

بمناسبة الخطب الذي ألم بالأسرة النفسية الغربية، أقدم باسم مخبر تنمية الموارد البشرية، جامعة فرحات عباس - سطيف(الجزائر)، بخالص التعازي إلى كافة الاصائيي العلوم النفسية العرب علي هذا المصاب الجلل في أساتذتنا الذين فقدناهم وهم يؤدون اشرف وأنبيل مهنة. إنا لله وإنا إليه راجعون، الصبر والسلوان لاهلهم.

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

الأستاذ الدكتور بوعبد الله حسن

مدير المخبر ورئيس الملتقى
doylettrres@yahoo.fr

SAMEDI 6. DÉCEMBRE 2008 16:47

تعازي الجمعية الأردنية لعلم النفس

ببالغ الاسى والحزن تلقينا النبأ المفجع بفقد الزميلات دينا شاكر، ماري عازر ودعاء حبيب إثر الحادث المأساوي الذي تعرضن له.

إننا إذ نضرع الى الله ان يتغمدهن بواسع رحمته، لنتوسل اليه ان يلهم ذويهم الصبر والسلوان وأن يعيننا على هذه الخسارة الفادحة في الجسم النفسي العربي.

إنا لله وإنا إليه راجعون.

الدكتور زهير زكريا
رئيس الجمعية الاردنية لعلم النفس
ZUHAIR ZAKARIA, PhD
Counseling Psychologist
zuhair_zakaria@abs.edu.jo

هو من تلاميذ جاك لاكان وزملائه. وقف بجانبه عندما واجه الاتحاد الدولي للتحليل النفسي وتواصلت علاقته معه إلى مماته. ذلك أنه يقدر أهمية إسهامات لاكان النظرية والعيادية وفراة تقنيته، ويدرك أهمية "العودة إلى فرويد". شهد كل الانشقاقات التي اخترقت حركة التحليل النفسي بفرنسا بما في ذلك حل "المدرسة الفرويدية". وهو من الأعضاء المؤسسين "للجمعية التأسيسية للتحليل النفسي" سنة 1983، ثم «للمؤسسة الأوروبية» للتحليل النفسي. وعضو أو رئيس شرفي لعدة جمعيات تحليلية نفسية.

التقت به زميلتنا مها حسن باريس وحاورته بمناسبة صدور كتابه الأخير "لماذا لسنا أحراراً" * فلننصت إليهما.

نص الحوار

http://www.alawan.org/?page=articles&op=display_articles&article_id=3329

MARDI 9. DÉCEMBRE 2008 15:49

Pr. Md. Abed AL-JABRI Wins Ibn Rushd Prize ON 10.12.2008

بيان صحفي صادر عن مؤسسة ابن رشد للفكر الحر

في العاشر من ديسمبر 2008 يفوز المفكر العربي محمد عابد الجابري

بجائزة "ابن رشد للفكر الحر" لعام 2008

تنشر المؤسسة له مقالاً يتعقب فيه دور ابن رشد بتطوير المنهج العلمي فاز هذا العام بجائزة ابن رشد للفكر الحر المفكر العربي الكبير محمد عابد الجابري أحد رواد الفكر العربي المعاصرين الذي أثرى المكتبة العربية بالعديد من المؤلفات والدراسات التي تهدف إلى إعادة قراءة التراث العربي كخطوة تمهيدية ضرورية للمضي قدماً في المشروع النهضوي الذي عالجه الجابري على مدى نصف قرن من الزمان. وقد أعلنت المؤسسة في بيانها الأول عن الخبر بتفصيل أنظر البيان الصحفي المفصل.

تكرس المؤسسة جهدها لدعم حرية الرأي وممارسة الديمقراطية في العالم العربي مهندياً بذلك بفكر الفيلسوف ابن رشد (1126-1198 م) ودوره البارز في الحوار بين الثقافات. قمت المؤسسة جوائزها حتى الآن للمبدعين العرب في حقول: الصحافة والإعلام، تحرير المرأة، الفكر النقدي، السياسة، الفلسفة، الأدب الملتمز، الإصلاح الديني وحقوق الإنسان والإخراج السينمائي وهذا العام لدراسة أسباب تعثر النهضة العربية.

اعتذر محمد عابد الجابري عن الحضور إلى برلين لتسلم الجائزة لأسباب صحية وسترسل الجائزة له لاحقاً.

عوضاً عن الاحتفال الذي كان مرتبطاً بحضوره ننشر للجابري هنا مقالاً باللغتين العربية والألمانية وهو دراسة عن كتاب الكليات في الطب لابن رشد يتعقب بها دور ابن رشد بتطوير المنهج العلمي بالإضافة إلى خطاب تكريمي من السيد ميخائيل جيبيل الذي درس أعمال الجابري المتعلقة بالحوار السياسي والفلسفي في الثمانينيات والتسعينيات من القرن العشرين.

تحققي مؤسسة ابن رشد به وتحقّل معه بعامها العاشر لتأسيسها في نفس اليوم من عام 1998 وهو يوم ذكرى وفاة فيلسوف العرب الأكبر ابن رشد وذكرى الاعلان عن حقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة.

جائزة ابن رشد للفكر الحر 2008

www.arabpsynet.com/Archives/PD/IbnRushdPrize0.8pdf

مؤسسة ابن رشد للفكر الحر : مؤسسة مستقلة

تسعى لدعم الحرية و الديمقراطية في العالم العربي

www.arabpsynet.com/Associations/IbnRushd.ass.pdf

3. تثبتت أن الغاية من ورشة العمل التدريبية هذه هو التدريب على طرق البحث العلمي في مجال الطب النفسي للأطفال

4. تشجيع الزملاء والزميلات الشباب على المساهمة في ورشة العمل هذه

5. منح أربع جوائز سنوية لأفضل مشاريع بحث علمي تقدم من قبل أطباء شباب مع تسمية هذه الجوائز باسم كل من أميرة وماري ودعاء ودينا.

يحتاج تنفيذ هذا المقترح طبعاً إلى التنظيم والتمويل، ولكن أعتقد أن دعمكم ومحبتكم كافيان لتجاوز كل العقبات.

أ. د. محمد أديب العسالي

مدير المركز الطبي النفسي - دمشق
رئيس المجلس العلمي لإختصاص الطب النفسي - سوريا
أستاذ حماية الأطفال من سوء المعاملة والإهمال
adib-essali@hotmail.com
07/12/2008

MARDI 9. DÉCEMBRE 2008 14:37

AN INTERVIEW With MUSTAPHA SAFOUAN

مصطفى صفوان :

التحليل النفسي يوجه إلى من يستطيعون قبوله.. ومن يستطيعون قبوله هم الناس الذين لهم فكرة عنه..

محاورة : مها حسن - تقديم : رجاء بن سلامة

تاريخ النشر: 06-12-2008

مصطفى صفوان محلل نفسي. ولد بالإسكندرية سنة 1921، وسافر إلى فرنسا سنة 1943، بعد أن درس الفلسفة، وهو مقيم بباريس إلى الآن. كل ما في مساره المعرفي والفكري، وكل ما في أسلوبه في العمل والتعامل يشي بالتحليل النفسي : حسن إنصاته وصمته (ومن هنا ربما عزوفه عن التأليف إلى أن جاوز الخمسين)، حذره من "الفخاخ التي تنصبها الترجسية"، انتباهه إلى المتعة بالسلطة (وسلطة المتعة)، تعدد لغاته وترجماته، إيمانه بأهمية الترجمة وأهمية الإيديومات الفردية والجماعية...

أقبل على ترجمة كتاب "تفسير الأحلام" لفرويد ابتداء من سنة 1945، وكرّس له خمس سنوات من جهده وحياته. كما ترجم إلى العربية "علم ظهور العقل لهيجل"، و"مقالة في العبودية المختارة" لبواسي (1992)، و"الإرهاب" لشمسكي وهوفمان وأوسوليفان (1993). وترجم إلى العامية المصرية مسرحية عطيل لشكسبير (1998). فهو يحبّ العربية الفصحى ولا يخفي حبه لها، ويثقنها إتقاناً تشهد به ترجماته، إلا أنه يريد تنبيهنا إلى وجود نظام يفصل بين الكاتب والأمة أو الناس، حيث نعلم في المدارس لغة لها نوع من التجبيل وذات صور أرفع...

له قائمة طويلة من المؤلفات المختصة، نذكر منها "الجنسانية الأنثوية" (1976)، و"قشل مبدأ اللذة" (1979) و"اللاشعور وكاتبه" (1982)، و"الطرح وشوق المحلل" (1988)، و"دراسات في الأديب" (1994)، و"الكلام أو الموت" (1999) و"ضيق في التحليل النفسي" (2000)، و"عشر محاضرات في التحليل النفسي" (2001) و"ندوات جاك لاكان" (2001) و"البنوية في التحليل النفسي" (2001) و"دراسات حول الأديب"...

بعض هذه الكتب ترجم (الكلام والموت، ترجمه عن الإنجليزية مصطفى حجازي)، وبعضه قيد الترجمة، (دراسات عن لاكان وعشر محاضرات في التحليل النفسي). والكثير منها لا يتوفر إلى الآن بالعربية، وليس هذا بالغريب، ما دام التحليل النفسي غريب الوجه واليد واللسان في ديارنا..

جائزة ابن رشد للفكر الحر لسنة 2008 تمنح المفكر العربي محمد عابد الجابري
"إن بلدا متخلفا لا يمكن أن يشق طريقه نحو التنمية الحق إلا مع نشر الثقافة
والتعليم على أوسع نطاق وفي كل مجال: لنترك مائة وردهة تتفتح وحينئذ
سنقطف من الثمار ما لا يقدر ثمنه"

info@ibn-rushd.org

MERCREDI 10. DÉCEMBRE 2008 20:09

BEST WISHES FROM PR. IBRAHIM

بمناسبة عيد الأضحى المبارك

يشرفني أن أبعث لكم تهاني بالعيد السعيد و أن أعبر أيضا عن عميق
شكري و امتناني للتهاني الطيبة والكلمات الرقيقة التي تتلج النفس و تنثري
طاقة الحب و العطاء لأفراد هذه الأمة العظيمة دوما

أسأل الله أن يشرح صدورنا و أن يمنحنا مزيدا من الطاقة المتجددة
و الإصرار لعمل كل ما من شأنه أن يحفظ لهذه الأمة العظيمة مكانتها
و كينونتها الجديرة بها في المنظومة البشرية والتي تستحقها بوجودكم و
أمثالكم من عظماء هذه الأمة من الأطباء والعلماء و أهل الفكر و البحث و
المشورة.

عبد الستار إبراهيم
علم لنفس - مصر، القاهرة
sattar99@yahoo.com

JEUDI 11. DÉCEMBRE 2008 20:53

بروفيسور الرخاوى...عزاء واعتذار

أما قبل :

عزاء واعتذار

للأسف، لم أتابع الحادث في حينه، لظروف خاصة وعامة،
لم أتابع بريدى الإلكتروني في الفترة الأخيرة كما ينبغي،
لاحظت بعد مضي وقت غير قليل أن هناك من الزملاء الأفاضل من
يطمئننا على أ.د. أميرة سيف الدين، وأن حالتها تتقدم إلى أحسن، وأنا لا
أعرفها شخصيا وإن كنت سمعت عن حماسها ونشاطها وعلمها كل ما هو
واعد طموح،

ثم فتحت أخيرا هذا البريد الحزين من الزميل د.ملهم زهير الحراكى
من سوريا وهو ينعى زميلات وتلميذات أ.د. أميرة،المرحومات د. دعاء
حبيب، د. دينا ، د. ماري .ويسأل الله للأستاذة الدكتورة أميرة تمام الشفاء،

إن في الموت يتربص بنا دون تفسير أو استئذان

إن في الموت يحرّم بعضنا من بعضنا، دون تأمين أو تعويض

إن في الموت يلعب كما يشاء، وعلينا أن نحترم قواعد اللعبة، مع أننا لا
نعرف لها قواعد

لم يعدنا أحد بالخلود،

ولا هو مطلب جيد (في هذه الدنيا)

فقيم المفاجأة ؟

الموت حق،

لكن الفقد صعب

ولا كلمات تقيد

فلماذا العزاء؟ وفيه التقصير؟

يا ترى :

فيم كانت تفكر ماري وهي عائدة إلى أهلها،

وفيم كانت تتحدث دعاء مع دينا،

وكيف كانت أ.د. أميرة فرحة بهن وبنفسها معا
نعم، أشعر بالتقصير ، مع أنني - كما ذكرت - لا أعرف أيا منهن
كما أنني يقينا أعرف أن الكلمات لا تقيد
فماذا يفيد؟

إذا كانت هي معركة وجود ضد عدم،

فليكن الموت ، كما تصورنا ونحن نحاول أن نتصالح معه، حتى من
خلال ما تتاولناه به في هذه النشرات، فليكن هو ذاته أزمة نمو أخرى ،
وليست أخيرة،

إن لم يكن الموت كذلك للفرد (مع أنه عندي كذلك) فليكن كذلك،
للجماعة، جماعة البشر

لا شيء يقال للأهل يخفف ألمهم أو يهون جزعهم،

ولا شيء يضاف لمشاعر الزملاء والزميلات الأفاضل الذين عرفوهن
أكثر،

ففقدوهن أكثر

كل ما نملكه ونحن ما زلنا أحياء - غالبا- ولا نعرف من كل ما حدث
إلا ما حدث،

هو أن نحسن فهم وحمل مسئولية الدعوات الكريمة في مثل هذه

الظروف ، ونحن نردد:

"اللهم لا تحرمنّا أجرهن،

ولا تفتننا بعدهن،

واغفر لنا ولهن"

لكن كيف ؟

بأن نحسن انتماءنا للحياة أعمق،

وأن يدفع من يقدر دينه لمن لا يستطيع

وأن نستلهم الموت لتكون الحياة كما أرادها الله لنا ، وبنا،

فلنحترم الفقّد،

لكن لا نستلم للعدم

ولله ما أخذ

وله ما أبقى

وهو مع الصابرين

الفاعلين

الحاملين أمانة من رحل، ومن بقى، ومن يأتى بعدنا أبدا.

يحيى الرخاوى

والآن إلى بعض ما نشارك به فيما هو حياة

فقد زاد الحمل بفضل الله

وعظة الموت

فالحمد له أولا وأخيرا

www.arabpsynet.com/Rakhaw/RakD121208.pdf

VENDREDI 12. DÉCEMBRE 2008 20:46

REGISTRATION FORM: II Scientific CONFERENCE for Special Education

المؤتمر العلمي الثاني للتربية الخاصة

"جودة الحياة: نحو مستقبل أفضل لذوى الاحتياجات الخاصة"

www.arabpsynet/Congress/CongJ21SecEducatBanha.pdf

كلية التربية بجامعة بنها

قسم الصحة النفسية

12-13 يوليو 2009 م

abohabibas@gmail.com

Registration form

www.arabpsynet/Congress/CongJ21SecEduBanhaRegistForm.pdf

- ربيع 2009 - عدد 22
" سيكولوجية التطرف العقائدي ... وهم القوة و قوة الوهم " - آخر أجل
09-03-28

المشرف: أ.د. سامر جميل رضوان - سوريا / عمان
srudwan@hotmail.com

- صيف 2009 - عدد 23
" الاضطرابات السيكوسوماتية في العبادة العربية " آخر أجل 09-05-31
الاتصال بكل من
أ.د. عبد الستار ابراهيم: مصر (drsattaribrahim@yahoo.com)
أ.د. مصطفى العبيسي: منيوسوتا، أميركا (malabsi@umn.edu)
د. جمال التركي: تونس (turky.jamel@gnet.tn)

- خريف 2009 - عدد 24
" أزمة المصطلح النفسي العربي " آخر أجل 09-09-31
المشرف: أ.د. الأستاذ الدكتور مصطفى شقيب - المغرب
chaqib@yahoo.fr

- شتاء 2010 - عدد 25
" الطفل العربي ... نحو سيكولوجية متوافقة مع الذات " آخر أجل 31 - 12 -
2009

المشرف: أ.د. عبد الرجمان ابراهيم - سوريا، دمشق
abd.s.ibrahim@gmail.com ; ar.i@laposte.net ;
dr.abd.ibrahim@gmail.com

إلى أن تتوفر فرص اللقاء بكم تفضل حضرة الزميل/ة المحترم/ة تقبل
أصدق مشاعر مودتي و تقديري و احترامي.

دتمت ذخرا للعلم و المعرفة

د. جمال التركي
رئيس التحرير
http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

SAMEDI 13. DÉCEMBRE 2008 15:42
REGISTRATION FORM: VIth INTER. CONG. ALGERIA 2009 ON "Child Talente

المؤتمر الدولي السابع حول
"تربية وتنمية الطفل الموهوب في الوطن العربي"
www.arabpsynet/Congress/VIthInternForum09Algeria.pdf

برعاية
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية؛ وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة فرحات عباس سطيف؛ مخبر إدارة وتنمية الموارد البشرية
جامعة فرحات عباس (سطيف)، 20- 21 أفريل 2009
doylettres@yahoo.fr - mokdad@hotmail.com
Registration form:
www.arabpsynet/Congress/VIthInternForum09AgRegistForm.pdf

LUNDI 15. DÉCEMBRE 2008 21:50
الدورة التدريبية المكثفة في العلاج

يسعد لجنة التدريب برابطة الأخصائيين النفسيين انضمامكم الى دورة
العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب بمقر الرابطة الساعة 5 مساء الاحد
2008/12/21 ولمدة 3 أيام ويقوم بالتدريب أ.د عبد الستار ابراهيم
أ.د عبد الستار ابراهيم

MARDI 16. DÉCEMBRE 2008 12:12
المجلة الإلكترونية: محاور ملفات الأعداد القادمة

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية
http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

محاور ملفات الأعداد القادمة.

- شتاء 2009 - عدد 21
" اضطرابات الوظيفة الأسرية " - آخر أجل 02 - 28 - 08
المشرف: أ.د. بوفولة بوخميس - عنابة، الجزائر
boufoulab@yahoo.fr - bbboufoula@hotmail.com

Arabpsynet e.JOURNAL FOR SUBSCRIBERS

N°12 – Autumn 06:

www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=12

N°13 – Winter 07:

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=13

N°14 – Spring 07:

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=14

N°15-16 – Summer & Autumn 07:

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=15

N°17 – Winter 08:

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=17

N°18-19 – Spring & Summer 08:

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=18

Arabpsynet e.JOURNAL Full Text Free

N°1 - Winter 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe

N°2 - Spring 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe

N°3 - Summer 04:

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe

N°4 - Autumn 04 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe

N°5 - Winter 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe

N°6 - Spring 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe

N°7 - Summer05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe

N°8 - Autumn 05 :

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ8/apnJ8.exe

N°9 - Winter journal 06:

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ9/apnJ9.exe

N°10-11 – Spring, Summer 06

www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ10-11/apnJ1011.exe

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

مصطلحات عربية : عربي - إنكليزي - فرنسي

الدكتور جمال التركي الطب النفسي - تونس

turky.jamel@gnet.tn

pensée para-réelle	near reality thinking	تفكير مجانب للواقع
pensée abstraite	abstract thinking	تفكير مجرد
pensée astucieux	dodgy thinking	تفكير مراوغ
pensée désirée	wishful thinking	تفكير مرغوب
pensée induite	induced thinking	تفكير مستحدث
pensée polarisée	polarized thinking	تفكير مستقطب
pensée autonome	autonomous thinking	تفكير مستقل
pensée obstruée	obstructed thinking	تفكير مسدود
pensée dispersée	scatter brained thinking	تفكير مشّتت
pensée confuse	thought mixing	تفكير مشوّش
pensée perturbée	disturbed thinking	تفكير مضطرب
pensée répétée	audition of thoughts	تفكير معاود
pensée suspendue	suspended thinking	تفكير معلق
pensée handicapée	retarded thinking	تفكير معوق
pensée fragmentée	fragmented thinking	تفكير مفتّت
pensée imposée	fixed thinking, imposed thinking	تفكير مفروض
pensée détaillée	detailed thinking	تفكير مفصّل
pensée logique	logic thinking	تفكير منطقي
pensée paralogique	paralogic thought	تفكير منطقي كاذب
pensée discursive	discursive thought	تفكير منطقي (تفكير نظري استطرادي)
pensée ordonnée	ordinate thinking	تفكير منظم
pensée dissociée	dissociated thinking	تفكير منفصم
pensée méthodique	methodical thinking	تفكير منهجي
pensée objective	objective thinking	تفكير موضوعي
pensée critique	critical thinking	تفكير ناقد
pensée stéréotypée	stereotyped thought	تفكير نمطي
pensée délirante	delirious thinking	تفكير هذيان
pensée paranoïaque	paranoiac thinking	تفكير (هذائي) عظمي
pensée hallucinatoire	hallucinatory thought	تفكير هلوسي
pensée réelle	real thinking	تفكير واقعي
pensée catathymique	catathymic thinking	تفكير وجداني
pensée obsédante	compulsive thinking	تفكير وسواسي
pensée dysfonctionnelle	dysfunctional thought	تفكير وظيفي مختل
appréciation, estimation	appreciation, estimate	تقدير

تفكير - تقدير - تقلّب - تقليد - تقنية - تقييم - تكامل - تكرار - تكون - تكوين

ت

pensé	thinking	تفكير
pensée floue	unclear thought	تفكير غامض
pensée bizarre	strange thinking	تفكير غريب
pensée xénopathique	xenopathic thought	تفكير غريب اعتلاي
pensée inemotionnelle	unemotional thinking	تفكير غير انفعالي
pensée inhabituelle	unusual thought	تفكير غير طبيعي
pensée allusive	allusive thinking	تفكير غير مباشر
pensée asyndétique	asyndetic thinking	تفكير غير مترابط
idéation incohérente	ideation incoherent	تفكير غير متناسق (تفكير غير متساق)
pensée irréelle	dereistic thought	تفكير غير واقعي
paralogie, pensée paralogique	paralogia, paralogical thinking	تفكير فاسد (مجانِب المنطق)
pensée schizoïde	schizoid thinking	تفكير فصامي
pensée préconscient	preconscious thinking	تفكير قبشعوري
pensée préopératoire	preoperatory thought	تفكير قبعملياتي
pensée prélogique	prelogical thinking	تفكير قبمنطقي
pensée archaïque	archaic thought	تفكير قديم (عتيق)
pensée formelle	formal thinking	تفكير قطعي
pensée compulsive	compulsive thinking	تفكير قهري (تفكير قسري)
pensée inconsciente	unconscious cerebration	تفكير لا شعوري
pensée irréelle	unreal thinking	تفكير لا واقعي
pensée métaphysique	metaphysical thinking	تفكير ما ورائي
pensée créative	creative thinking	تفكير مبدع
pensée ambigu	ambiguous thinking	تفكير مبهم
pensée divergente	divergent thinking	تفكير متباعد
pensée multifocale	multifocal thinking	تفكير متعدّد البؤر
pensée autistique	autistic thinking	تفكير متوحّد
pensée métaphorique	metaphoric thinking	تفكير مجازي
pensée paralogique	paralogical thinking	تفكير مجانب المنطق

mimologie	mimology	
échopraxie	echopraxia	تقليد الإشارات
imitation de mouvement,	movement	تقليد الحركات
échomimie	echomimia	
imitation de langage	language imitation	تقليد الكلام
mimétisme affectif	affective mimetism	تقليد عاطفي
échomatisme	echomatism	تقليد غير مقصود
imitation	unconscious	تقليد لاواعي
inconsciente	imitation	
paramimie	paramimia	تقليد مضلل
psychomimétique	psychomimetic	تقليد نفسي
imitation hystérique	hysterical imitation	تقليد هراعي (هستيري)
imitation consciente	conscious imitation	تقليد واعي
canalisation, technique	canalization, technique	تقنية
technique de désensibilisation	desensitization's technical	تقنية إزالة التحسس
projective technique	projective technique	تقنية إسقاطية
technique obsessionnelle	obsessional	تقنية استحوائية
technique de communication	technical	تقنية الاتصال
technique de relaxation	relaxation's technique	تقنية الاسترخاء
technique psychanalytique	psychoanalytic	تقنية التحليل النفسي
technique d'abréaction	abreaction	تقنية التفريغ
technique de rêve	dream technique	تقنية الحلم
technique d'auto-contrôle	self-control technique	تقنية الضبط الذاتي
technique du jeu	play technique	تقنية اللعب
technique interprétative	interpretative	تقنية تأويلية
technique synthétique	synthetic technique	تقنية تركيبية
technique structurale	structural technique	تقنية تكوينية
technique d'hypnose	hypnosis technique	تقنية تنويمية
technique somatique	somatic technique	تقنية جسدية
technique corporelle	corporal technique	تقنية جسمانية
technique du rêve éveillé	awake dream technique	تقنية حلم اليقظة الموجه
biotechnologie	biotechnology	تقنية حيوية
technique graphomoteur	graphomotor	تقنية خطية حركية
technique	technique	
technique	behaviourism	تقنية سلوكية

extrapolation	popularization	تقدير استقرائي
estimation de l'autre	other estimate	تقدير الآخر
auto-appréciation,	self appraisal, self	تقدير الذات
auto-estimation,	assessment, esteem	
estime de soi	of self	
appréciation du temps	time appreciation	تقدير الزمن
appréciation du thérapeute	therapist appreciation	تقدير المعالج
évaluation de maturité	maturity rating	تقدير النضج
appréciation esthétique	aesthetic appreciation	تقدير جمالي
estimation ponctuelle	point estimation	تقدير دقيق
appréciation subjective	subjective appreciation	تقدير ذاتي
auto-évaluation de l'anxiété	anguish auto evaluation	تقدير ذاتي للقلق
appréciation subjective du sommeil	subjective appreciation of sleep	تقدير ذاتي للنوم
évaluation du comportement	behavioral assessment	تقدير سلوكي
hyper estimation de soi	auto hyper-estimation	تقدير مفرط للذات
fluctuation, vicissitude, instabilité, labilité	fluctuation, vicissitude, instability	تقلب
fluctuer, labilité	fluctuate, lability	تقلب (تغير، تبدل، تموج)
fluctuation des émotions	emotions fluctuation	تقلب الانفعالات
vicissitude de la libido	vicissitude libido	تقلب الشهوة الجنسية
instabilité de l'humeur, labilité de l'humeur, dysphorie	humour instability, humour lability, dysphoria	تقلب المزاج
dysphorie intersexuelle	dysphoria intersexual	تقلب المزاج الخنثي
dysphorie spécifique	specific dysphoria	تقلب المزاج النوعي
dysphorie hystéroïde	hysteroid dysphoria	تقلب المزاج الهستيرائي
instabilité des affects	affecting instability	تقلب الوجدان
labilité émotionnelle	emotional lability	تقلب انفعالي
labilité thymique	thymic lability	تقلب مزاجي
labilité psychique	psychic lability	تقلب نفساني
instabilité psychomotrice	psychomotor instability	تقلب نفسحركي
imitation	imitation	تقليد
échokinésie	echokinesis	تقليد أفعال الآخرين
imitation mimique,	mimic imitation,	تقليد إيمائي

nerveuse			comportementale	technical	
intégration	psychic integration	تكامل نفسي	technique	therapeutic	تقنية علاجية
psychique			thérapeutique	technique	
intégration	functional	تكامل وظيفي	technique double	double technique	تقنية مزدوجة
fonctionnelle	integration		technique cognitive	cognitive technical	تقنية معرفية
anaphore, répétition, récurrence	repetition, recurrence	تكرار	technique active	active technique	تقنية نشطة
persévération des attitudes	attitudes perseveration	تكرار آلي للأوضاع	psychotechnologie	psychotechnology	تقنية نفسانية
répétition compulsive	compulsory repetition	تكرار اضطرابي	psychotechnique	psychotechnics	تقنية نفسية
répétition de la réaction	reaction repetition	تكرار الاستجابة	technique hallucinatoire	hallucinatory technique	تقنية هلسية
répétition des structures	structures repetition	تكرار البناءات	évaluation, appréciation	evaluation, appraisal	تقييم
répétition de l'imagination	imagination repetition	تكرار التخيل	auto-évaluation	self evaluation	تقييم الذات
réurrence	episode recurrence	تكرار الحالة	appréciation de fonction	job evaluation	تقييم الوظيفة
d'épisode			évaluation de la vigilance	vigilance valuation	تقييم اليقظة
répétition des mouvements	movements repetition	تكرار الحركات	évaluation sexo-analytique	sexo-analytic evaluation	تقييم تحليلي جنسي
palikinesie	palikinesia	تكرار الحركة - رجعة الحركة	auto-évaluation	self evaluation	تقييم ذاتي
répétition des blasphèmes	blasphemies repetition	تكرار الشتائم	évaluation	behaviour	تقييم سلوكي
répétition des expressions	expression repetition	تكرار العبارات	comportementale	evaluation	
répétition de l'action	action repetition	تكرار الفعل	évaluation orgastique	orgastic evaluation	تقييم شبعي
palipsychie	palipsychy	تكرار الفكرة	évaluation médicale	medical evaluation	تقييم طبي
répétition de la parole	speech repetition	تكرار القول	évaluation transculturelle	transcultural evaluation	تقييم عبر ثقافي
paliphrasie	paliphrasia	تكرار الكلام (ثرثرة، لجلجة)	évaluation continue	continuous evaluation	تقييم مستمر
cataphasie	cataphasia	تكرار اللفظ (ترديد الكلام)	évaluation cognitive	cognitive evaluation	تقييم معرفي
répétition cumulative	cumulative repetition	تكرار تراكمي	évaluation objective	objective evaluation	تقييم موضوعي
répétition éducative	educational repetition	تكرار تعليمي	complémentarité, intégration	complementarity, integration	تكامل، تكاملية (تتامية)
palipraxie	palipraxia	تكرار حركات عشوائية	intégration primaire	primary integration	تكامل أولي
répétition obsessionnelle	compulsion	تكرار حصري	intégration sociale	social integration	تكامل اجتماعي
auto-échopraxie	autoechopraxia	تكرار ذاتي للحركات	intégration du moi	ego-integrative	تكامل الأنا
répétition mentale	mental repetition	تكرار ذهني	intégration du besoin	need integrate	تكامل الحاجة
répétition du comportement	behavioral repetition	تكرار سلوكي	intégration de la personnalité	personality integration	تكامل الشخصية
répétition non espacée	no spaced repetition	تكرار غير متباعد	intégration structurelle	structural integration	تكامل بنيوي
répétition en analyse	repetition in analysis	تكرار في التحليل	intégration biologique	biological integration	تكامل بيولوجي
répétition compulsive	compulsory repetition	تكرار قسري	intégration secondaire	secondary integration	تكامل ثانوي
			intégration cérébrale	cerebral integration	تكامل دماغي
			intégration de personnalité	personality integration	تكامل شخصي
			intégration	nervous integration	(تكامل الشخصية) تكامل عصبي

symptômes		
ontogénie	ontogeny	تكوّن الفرد (تطور الفرد)
morphogénèse	morphogenesis	تكوّن تشكيلي
autogénèse	autogenesis	تكوّن تلقائي (تولد ذاتي)
genèse sexuelle	sexual genesis	تكوّن جنسي
embryogénèse	sexual	تكوّن جنيني جنسي
sexuelle	embryogenesis	
biogénèse	biogenesis	تكوّن حيوي
orthogénèse	orthogenesis	تكوّن قويم
épigénèse	epigenesis	تكوّن متوالي
formation inversée	reversal formation	تكوّن مقلوب
psychogénèse	psychogenesis	تكوّن نفساني
constitution, structure, formation	constitution, structure, formation	تكوين
structure	perceptual structure	تكوين إدراكي
perceptuelle		
formation	reaction formation	تكوين إرتكاسي
réactionnelle		
idéation	ideation	تكوين الأفكار
constitution du moi	ego constitution	تكوين الأنا
formation des	reaction formation	تكوين الإرتكاس
réactions		
formation	reaction formation	تكوين الإستجابة
réactionnelle		
formation des	impression	تكوين الإنطباع
impressions	formation	
construction des	suggestion's	تكوين الإيحاءات
suggestions	construction	

répétition	compulsive	تكرار قهري
compulsive	repetition	
paligraphie	paligraphia	تكرار كتابة المقاطع
répétition de la parole	language repetition	تكرار كلامي
stéréotypie de langage	language's stereotypy	تكرار كلامي نمطي
palipraxie	palipraxia	تكرار لا محدود
battologie	battology	تكرار لغوي
répétition espacée	spaced repetition	تكرار متباعد
répétition successive	successive repetition	تكرار متلاحق
répétition groupée	grouped repetition	تكرار مجمع
palilalie	palilalia	تكرار مرضي للكلمات
répétition diffuse	diffused repetition	تكرار منتشر
palilogie	palilogia	تكرار منطقي
répétition dispersée	dispersed repetition	تكرار موزع
répétition stéréotypée	stereotyped repetition	تكرار نمطي
palinphrasie	palinphrasia	تكرار نهايات الكلمات (لجلجة)
fréquence marginale	marginal frequency	تكرار هامشي
genèse, formation	genesis, formation	تكوّن
morphogénèse	morphogenesis	تكوّن إشكالي
hologénèse	hologenesis	تكوّن إجمالي (نشوء إجمالي)
organogénèse	organogenesis	تكوّن الأعضاء
algogénésie	algogenesis, algogenesis	تكوّن الألم
erotogénèse	erotogenesis	تكوّن الشعور الشبقي
formation des	symptom formation	تكوّن العرض

المعجم الشبكي للعلوم النفسية

Arabpsynet Dictionaries Search :

ePsydictNet



www.arabpsynet.com

Arabpsynet Dictionaries



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm

E.DICTIONARY of Psychological Sciences

English PSY TERMINOLOGIES (English - French - Arabic)

JAMEL TURKY - TUNISIA

turky.jamel@gnet.tn

D Dementia - Dependence –
Dependency - Dependent -
Depersonalization - Depression

Dementia	démence	عته، خرف، خبل
Dementia (child-)	démence infantile	خرف طفلي
Dementia (chronic-)	démence chronique	خرف مزمن
Dementia (circular-)	démence circulaire	عته دوري
Dementia (complex-)	démence complexe	عته مركب
Dementia (confusional-)	démence confusionnelle	خرف خلطي
Dementia (continuous-)	démence continue	عته دائم
Dementia (cortical-)	démence corticale	عته لحائي
Dementia (cryptogenetic -)	démence cryptogénétique	خرف خفي المنشأ
Dementia (degenerative-)	démence dégénérative	خرف تنكسي
Dementia (delirious-)	démence délirant	عته هذيان
Dementia (depressive-)	démence dépressive	عته اكتئابي
Dementia (developing-)	démence évolutive	عته متنامي
Dementia (dialysed-)	démence des dialysées	خرف المدالين
Dementia (endogenous-)	démence endogène	عته داخلي المنشأ
Dementia (epileptic-)	détérioration épileptique	عته صرعي
Dementia (exhaustive-)	démence d'épuisement	عته الإنهاك
Dementia (exogenous-)	démence exogène	عته خارجي المنشأ
Dementia (general paralysis-)	démence paralysie générale	جنون الشلل العام
Dementia (hallucinatory-)	démence hallucinatoire	عته هلوسي
Dementia (hebephrenic-)	démence hébéphrénique	عته هيبقريني
Dementia (hydrocephalic-)	démence hydro-	عته استسقاء الدماغ

(hydrocephalic-)	céphalique	عته هستيري كاذب
Dementia (hysterical pseudo-)	démence pseudo-hystérique	خرف طفولي
Dementia (infantile-)	démence infantile	عته شبابي
Dementia (juvenile-)	démence juvénile	عته كورساكوف
Dementia (Korsakoff-)	démence de Korsakoff	خرف كورساكوف
Dementia (Korsakoff's alcoholic-)	démence alcoolique de Korsakoff	الكحولي
Dementia (lacunar-)	démence lacunaire	خرف جوبي
Dementia (melancholic -)	démence mélancolique	عته سوداوي
Dementia (mixed-)	démence mixte	خرف مختلط
Dementia (myoclonica-)	démence myoclonique	عته ارتجافي
Dementia (naturalis-)	démence naturelle	عته طبيعي
Dementia (obsessive-)	démence obsessionnelle	عته وسواسي
Dementia (organic-)	démence organique	خرف عضوي
Dementia (organic infantile-)	démence infantile organique	خرف طفلي عضوي
Dementia (paralytic-)	démence paralytique	عته شللي، خرف شللي
Dementia (paranoid-)	démence paranoïde	عته زوراني
Dementia (pareitic-)	démence paréitique	عته شللي خفيف
Dementia (partial-)	démence partielle	عته جزئي
Dementia (periodic-)	démence périodique	عته متناوب
Dementia (Pick's-)	démence de Pick	خرف بليك
Dementia (post- traumatic)	démence post-traumatique	خرف تال للرضح
Dementia (praecox-)	démence précoce	خرف مبكر، عته مبكر
Dementia (precocious-)	démence précoce	خرف مبكر
Dementia (Pick-)	démence de Pick	عته لبليك
Dementia (presenile-)	démence présénile	عته قبل شيخوخي، خرف قبشيخوخي
Dementia (primary-)	démence primaire	خرف أولي
Dementia (primary degenerative-)	démence dégénérative primaire	عته انحلاي أولي
Dementia (primitive-)	démence primitive	عته بدائي
Dementia (psychasthenic-)	démence psychasthénique	عته نافه، عته واهن

Dementia (pugilistic-)	démence pugilistique	خرف الارتطام
Dementia (pugilistica-)	démence des boxeurs	عته الملاكمين
Dementia (pure-)	démence pure	عته خالص
Dementia (relative-)	démence relative	خرف نسبي
Dementia (schizophrenic-)	démence schizophrénique	عته فصامي
Dementia (secondary-)	démence secondaire	خرف ثانوي
Dementia (semantic-)	démence sémantique	خرف دلالي
Dementia (senile-)	démence sénile	عته شيخوخي
Dementia (sequential-)	démence séquentielle	عته لاحق
Dementia (simple-)	démence simple	خرف بسيط
Dementia (simplex-)	démence simple	عته بسيط
Dementia (syphilitic-)	démence syphilitique	خرف زهري
Dementia (tabetic-)	démence tabétique	خرف تابيسي
Dementia (terminal-)	démence terminale	خرف انتهائي
Dementia (thalamic-)	démence thalamique	خرف مهادي
Dementia (total-)	démence totale	عته كامل
Dementia (toxic-)	démence toxique	عته تسممي، عته انسمامي
Dementia (traumatic-)	démence traumatique	خرف رضحي
Dementia (vascular-)	démence vasculaire	عته وعائي
Dementia (vesanic-)	démence vésanique	خرف عضوي وظيفي
Dementia state	état démentiel	حالة عته
Dementia tabo-	tabo-parésie	شلل عتهي تيبسي
paresis	démentielle	
Dependence	dépendance	إتكالية، استقلالية، اعتمادية، تبعية، تعويل، إدمان
Dependence (enjoy-)	dépendance de la jouissance	تبعية للمتعة
Dependence (affective-)	dépendance affective	تبعية عاطفية
Dependence (alcoholic-)	dépendance alcoolique	تبعية كحولية
Dependence (amphetamine-)	dépendance à l'amphétamine	تبعية أمفيتامينية
Dependence (barbiturate-)	dépendance au barbiturique	إدمان الباربيتورات
Dependence (cannabis-)	dépendance au cannabis	تبعية القنب
Dependence (cocaine-)	dépendance à la cocaïne	إدمان الكوكايين
Dependence (drug-)	dépendance de drogue	إدمان على المخدرات
Dependence (hallucinogenous-)	dépendance aux hallucinogènes	إدمان المهلسات
Dependence (hypnotic-)	dépendance aux hypnotiques	تبعية المنومات
Dependence (ill-)	dépendance du malade	استقلالية المريض
Dependence (infantile-)	dépendance infantile	اعتمادية طفولية

Dependence (masturbatory-)	dépendance masturbatoire	إدمان الاستمناء
Dependence (mother-)	dépendance à la mère	اعتمادية على الأم
Dependence (opiate-)	dépendance aux opiacés	إدمان المورفين
Dependence (oral-)	dépendance orale	اعتماد فمي
Dependence (physic-)	dépendance physique	اعتماد عضوي
Dependence (physiological-)	dépendance physiologique	اعتماد فسلجي
Dependence (psychic-)	dépendance psychique	تبعية نفسية
Dependence (psychologic-)	dépendance psychologique	تعويل نفساني
Dependence (relation-)	relation de dépendance	ارتباط التبعية
Dependence (somatic-)	dépendance somatique	اعتيا د جسمي
Dependence alcohol analysis	alcooolodépendance analyse de dépendance	إدمان المخدرات اعتماد كحولي تحليل الاعتماد
Dependence need	besoin de dépendance	حاجة اعتمادية
Dependence position	position de dépendance	موقف اعتمادية
Dependence relation	relation de dépendance	علاقة اعتمادية
Dependence schizophrenia	schizophrénie de dépendance	فصام العول
Dependence syndrome	syndrome de dépendance	متلازمة عولية
Dependence tendency	tendance de dépendance	ميل اعتمادية
Dependence to recompense	dépendance à la récompense	إدمان إلى الإطراء، إدمان إلى المديح
Dependence-regression	régression dépendance	نكوص-اعتماد
Dependency	dépendance	اعتمادية
Dependency anxiety	anxiété de dépendance	قلق الاعتماد
Dependency relation	relation de dépendance	علاقة اعتماد
Dependency stage	stade de dépendance	مرحلة الاعتماد
Dependent	dépendant	اعتمادي، مدمن
Dependent (passive-)	dépendant passif	اعتمادي سلبي
Dependent (psychic-)	dépendant psychique	اعتمادي نفسي
Dependent behavior	comportement dépendant	سلوك تابع

Dependent child	enfant dépendant	طفل معتمد
Dependent dose	dose dépendante	جرعة مستقاة
Dependent personality	personnalité dépendant	شخصية اعتمادية
Dependent smoker	fumeur dépendant	مدخن معتمد
Dependent society	société dépendante	مجتمع اعتمادي
Dependent variable	variable dépendant	متحول تابع
Depersonalization	dépersonnalisation	تبذد الشخصية
(general-)	générale	فقدان الشخصية الشامل
Depersonalization (hysteric-)	dépersonnalisation hystérique	فقدان الشخصية الهراعي (الهستيري)
Depersonalization (specific-)	dépersonnalisation spécifique	فقدان الشخصية النوعي
Depersonalization anguish	angoisse de dépersonnalisation	حصر ضياع الشخصية
Depersonalization delirium	délire de dépersonnalisation	هذيان فقدان الشخصية
Depersonalization experience	expérience de dépersonnalisation	تجربة فقدان الشخصية
Depersonalization neurosis	névrose de dépersonnalisation	عصاب فقدان الشخصية
Depression	dépression	اكتئاب، انخساف، خمود، انهيار، همود
Depression (acute-)	dépression aiguë	اكتئاب حاد
Depression (adolescent-)	dépression des adolescents	اكتئاب المراهقة
Depression (affected -)	dépression affective	اكتئاب وجداني
Depression (aged)	dépression du sujet	اكتئاب المسن
Depression (agitated-)	dépression agitée	اكتئاب متهيج، اكتئاب هياج
Depression (alternate maniac-)	maniaque alternée	اكتئاب الهوس التناوبي
Depression (anaclitic-)	anaclitique	اكتئاب حرمان عاطفي
Depression (anxious-)	dépression anxieuse	اكتئاب قلقي
Depression (atypical-)	dépression atypique	اكتئاب لا نموذجي
Depression (aversion-)	dépression aversive	اكتئاب نفوري
Depression (bipolar-)	dépression bipolaire	اكتئاب ثنائي القطب
Depression (brief-)	dépression brève	اكتئاب وجيز
Depression (chronic-)	dépression chronique	اكتئاب مزمن، انهيار مزمن
Depression	dépression	اكتئاب طرفي

(circumstantial-)	circonstancielle	
Depression (clinical-)	dépression clinique	اكتئاب سريري
Depression (compulsive-)	dépression compulsive	اكتئاب قهري، اكتئاب قسري
Depression (constitutional-)	dépression constitutionnelle	اكتئاب خلقي، اكتئاب تكويني
Depression (delirious-)	dépression délirante	اكتئاب هذيان
Depression (endogenous-)	dépression endogène	اكتئاب داخلي المنشأ
Depression (equivalent-)	dépression équivalente	اكتئاب معادل
Depression (exhausting-)	d'épuisement	اكتئاب الإضناء، انهيار الإضناء، اكتئاب إنهائي
Depression (exogenous-)	dépression exogène	اكتئاب خارجي المنشأ
Depression (franc-)	dépression franche	اكتئاب صريح
Depression (frequency-)	fréquence de la dépression	تردد الاكتئاب
Depression (greatness-)	grandeur	اكتئاب العظمة
Depression (hostility-)	dépression hostile	اكتئاب عدائي
Depression (ictal-)	dépression ictale	اكتئاب فجائي
Depression (inferiority-)	d'infériorité	اكتئاب التونية
Depression (inhibited-)	dépression inhibée	اكتئاب لجمي
Depression (invader-)	dépression envahissante	اكتئاب اجتياحي
Depression (involution-)	d'involution	اكتئاب التراجع، اكتئاب أوبي
Depression (involutional-)	d'involution	اكتئاب ارتدادي
Depression (iterative-)	itérative	اكتئاب متكرر، اكتئاب تردادي
Depression (light-)	dépression légère	اكتئاب خفيف
Depression (major-)	dépression majeure	اكتئاب جسيم
Depression (melancholic-)	mélancolique	اكتئاب سوداوي
Depression (middle-)	dépression moyenne	اكتئاب متوسط
Depression (minor-)	dépression mineure	اكتئاب خفيف
Depression (monopolar-)	monopolaire	اكتئاب أحادي القطب
Depression (narcissistic-)	narcissique	اكتئاب نرجسي
Depression	dépression nerveuse	اكتئاب عصبي

(nervous-)			(schizophrenic-)	schizophrénique	
Depression	dépression	اكتئاب عصابي	Depression	dépression	اكتئاب ثانوي
(neurotic-)	névrotique		(secondary-)	secondaire	
Depression	dépression normale	اكتئاب عادي	Depression (severe-)	dépression sévère	اكتئاب شديد،
(normal-)					اكتئاب جسيم
Depression	dépression	اكتئاب مرضي	Depression (simple-)	dépression simple	اكتئاب بسيط
(pathologic-)	pathologique		Depression	dépression	اكتئاب ذهولي
Depression	dépression	اكتئاب دوري	(stupor-)	stuporeuse	
(periodic-)	périodique		Depression	dépression subaiguë	اكتئاب تحت حاد
Depression (post-partum)	dépression du post-partum	اكتئاب بعد ولادي	(subacute-)		
Depression (post-psychotic-)	dépression post-psychotiques	اكتئاب بعد ذهاني	Depression	dépression unipolaire	اكتئاب أحادي القطب
Depression	dépression primaire	اكتئاب أولي	(unipolar-)		
(primary-)			Depression (vital-)	dépression vitale	اكتئاب حيوي
Depression	dépression pseudo-	اكتئاب عتهى كاذب	(week-end-)	de la fin de semaine	
(pseudo-demential-)	déméntielle		Depression	dépression des	اكتئاب النساء
Depression	dépression	انهيار نفسي، اكتئاب نفسي	(woman-)	femmes	
(psychic-)	psychique		Depression (worn-)	dépression fruste	اكتئاب ناقص
Depression	dépression	اكتئاب نفساني المنشأ	Depression (youth	dépression juvénile	اكتئاب شبابي
(psychogenic-)	psychogène		fullness-)		
Depression	dépression		Depression	antécédent de	سابقة الاكتئاب
(psychotic-)	psychotique	اكتئاب ذهاني	antecedent	dépression	
Depression (pure-)	dépression pure	اكتئاب خالص	Depression double	dépression double	اكتئاب مزدوج الشكل
Depression	dépression	اكتئاب تفاعلي	Depression insomnia	insomnie dépressive	أرق الاكتئاب
(reactive-)	réactionnelle		Depression	questionnaire de	استجواب الكأبة
Depression (real-)	dépression réelle	اكتئاب حقيقي	questionary	dépression	
Depression	dépression	اكتئاب معاود،	Depression smiling	dépression souriante	اكتئاب باسم
(recurrent-)	récurrente	اكتئاب متواتر، اكتئاب ناكس	Depression stupor	stupeur dépression	ذهول الإكتئاب
Depression	dépression retardée	اكتئاب متأخر	Depression with	dépression avec	اكتئاب مع خاصيات
(retarded-)			psychotic	caractéristiques	ذهانية
Depression	dépression	اكتئاب فصامي	characteristic	psychotiques	
			Depression without	dépression sans	اكتئاب بدون كآبة
			grief	mélancolie	

المعجم الإلكتروني المبرمج للعلوم النفسية

ePsydict EF – English - FRENCH Edition (CD)

English French - English French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

ePsydict C – COMPLETE Edition (CD)

Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

TERMINOLOGIES PSY FRANÇAISE (FRANÇAIS - ANGLAIS - ARABE)

JAMEL TURKY - TUNISIE

turky.jamel@gnet.tn

D

Désir - Détérioration - Douleur -
Dynamique - Dysfonction - Dysharmonie
- Dyskinésie - Dyspareunie

Désir	desire, wish	رغبة
Désir de mourir	desire of death	رغبة في الموت
Désir de régression	regression desire	رغبة في النكوص
Désir de répression	repressed wish	رغبة الكبت
Désir de rêve	dream wish	رغبة الحلم
Désir défensif	Defensive desire	رغبة دفاعية
Désir des parents	parents desire	رغبة الأولياء
Désir directe	direct desire	رغبة مباشرة
Désir d'isolement	locked's love	رغبة الانفعال
Désir dissocié	dissociated desire	رغبة مفككة
Désir douloureux	painful desire	رغبة مؤلمة
Désir du pénis	penis desire	رغبة القضيب
Désir du rêve	dream wish	رغبة الحلم
Désir érotique	erotic desire	رغبة الشهوة
Désir essentiel	essential desire	رغبة أساسية
Désir évoqué	evoked desire	رغبة مستخرجة، رغبة معلنة
Désir exhibitionniste	exhibitionist desire	رغبة استعراضية
Désir frustré	frustrated desire	رغبة محبطة
Désir futuriste	futuristic desire	رغبة مستقبلية
Désir gigantisme	gigantism desire	رغبة عملاقية
Désir handicapé	handicap desire	رغبة معوقة
Désir homosexuel	homosexual desire	رغبة لواطية، رغبة جنسية مثلية
Désir immoral	immoral desire	رغبة لا أخلاقية
Désir incessant	incessant desire	رغبة ملحة
Désir incestueux	Incestuous desire	رغبة إثيان المحارم
Désir inconscient	unconscious interest	رغبة لا شعورية
Désir indifférencié	undifferentiated desire	رغبة غير متميزة
Désir indiscipliné	unruly desire	رغبة جامحة
Désir infantile	infantile desire	رغبة طفولية
Désir insatisfait	unsatisfying desire	رغبة لا مشبعة
Désir interdit	interdict desire	رغبة محظورة، رغبة ممنوعة
Désir interne	internal desire	رغبة باطنة
Désir latent	latent desire	رغبة دفيئة
Désir manqué	missed desire	رغبة ناقصة
Désir masochique	masochism desire	رغبة ماسوشية
Désir masqué	masked desire	رغبة مقنعة

Désir œdipien	oedipal desire	رغبة أوديبية
Désir pathologique	pathologic desire	رغبة مرضية
Désir personnel	personal desire	رغبة شخصية
Désir pervers	Perverse desire	رغبة شاذة
Désir préconsciente	preconscious desire	رغبة قبل شعورية
Désir prohibé	prohibited desire	رغبة محرمة
Désir refoulé	repressed wish	رغبة مكبوتة
Désir réprimé	repressed wish	رغبة مقموعة
Désir sexuel	sexual desire	رغبة جنسية
Désir social	social desire	رغبة اجتماعية
Désir sublimé	sublimate desire	رغبة متسامية
Désir substionniste		رغبة تعويضية
Détérioration	deterioration	إتلاف، إفساد، تدهور، تلف، انقراض، تهافت
Détérioration (test de-)	deterioration test	اختبار التلف
Détérioration alcoolique	alcoholic deterioration	تدهور كحولي
Détérioration cérébrale	cerebral deterioration	تلف المخ
Détérioration comportementale	behaviourism deterioration	تدهور سلوكي
Détérioration de l'affectivité	affectivity deterioration	تدهور الوجدان
Détérioration de l'assimilation	assimilation deterioration	تهافت الاستيعاب
Détérioration de l'attention	attention deterioration	تدهور الانتباه
Détérioration de l'habitude	habit deterioration	تدهور العادة
Détérioration de la personnalité	personality deterioration	انقراض الشخصية
Détérioration définitive	definitive deterioration	تلف دائم
Détérioration des facultés mentales	mental faculty deterioration	تدهور الملكات الذهنية
Détérioration des processus intellectuel	intellectual process deterioration	تدهور العمليات الذهنية
Détérioration des processus mental	mental process deterioration	تدهور العمليات العقلية
Détérioration diffuse	diffused deterioration	تلف منتشر
Détérioration du jugement	judgment deterioration	تدهور الحاكمية

jugement	deterioration		Douleur dirigée	referred pain	ألم موجّه
Détérioration du moi	ego deterioration	انفراط الأنا	Douleur dorsale	dorsal pain	وجع الظهر
Détérioration du sur-moi	super-ego deterioration	تهافت الأنا الأعلى	Douleur du cerveau	brain pain	ألم المخ
Détérioration du tissu nerveux	nervous tissue deterioration	تلف أنسجة المخ	Douleur du manque	deficiency pain	ألم العوز
Détérioration émotionnelle	emotional deterioration	تدهور انفعالي	Douleur du membre fantôme	phantom limb pain	ألم الطرف الشبجي
Détérioration épileptique	epileptic dementia	تدهور صرعي	Douleur extatique	ecstatic pain	ألم الوجد
Détérioration intellectuelle	intellectual deterioration	تدهور فكري	Douleur falsifié	false pain	ألم زائف
Détérioration mentale	mental deterioration	تدهور عقلي	Douleur fantasme	Fantasy pain	ألم هوامي
Détérioration mnésique	mnesic deterioration	تهافت الذاكرة، تدهور الذاكرة	Douleur fantôme	phantom pain	ألم الطرف الشبجي
Détérioration morale	ethical deterioration	تدهور أخلاقي	Douleur fonctionnel	functional pain	ألم وظيفي
Détérioration nerveuse	nervous deterioration	تدهور عصبي	Douleur fulgurante	lightning pain	ألم برقي، ألم وامض
Détérioration organique	organic deterioration	تلف عضوي بالمخ	Douleur hétérotopique	heterotopic pain	ألم في غير موضعه
Détérioration post-traumatique	post-traumatic deterioration	تدهور بعد رضّي	Douleur homotopique	homotopic pain	ألم في موضعه
Détérioration psychique	psychic deterioration	تداعي نفسي، تدهور نفسياني	Douleur hystérique	hysterical pain	ألم هراعي (هيسيري)
Détérioration schizophrénique	schizophrenic deterioration	تدهور فصامي	Douleur idéogène	ideogenous pain	ألم فكري المنشأ
Détérioration sénile	senile deterioration	تدهور شيخوخي	Douleur imaginaire	imaginary pain	وجع متوهم
Détérioration simple	simple deterioration	تدهور بسيط	Douleur irradiante	irradiating pain	ألم منتشر
Détérioration thymique	thymic deterioration	تدهور مزاجي	Douleur lancinante	haunting pain	ألم راح، ألم ناخز
Douleur	pain, ache, distress, dolor	وجع، ألم	Douleur mentale	mind pain	ألم عقلي
Douleur a la pression	tenderness	ألم الضغط	Douleur morale	moral distress, moral dolor	ألم معنوي، ألم نفسي، حزن، ألم عقلي وجودي
Douleur central	central pain	ألم مركزي	Douleur musculaire	muscular pain	ألم عضلي
Douleur continu	continuous pain	ألم مستمر	Douleur nerveux	nervous pain	ألم عصبي
Douleur corporel	corporal pain	ألم جسمي	Douleur neuropathique	neuropathic pain	ألم اعتلال الأعصاب
Douleur d'abstinence	abstinence pain	ألم الامتناع	Douleur névrotique	neurotic pain	ألم عصابي
Douleur de croissance	growing pain	ألم النمو	Douleur périnéale	perineal pain	ألم عجاني
Douleur de faim	hunger pain	ألم الجوع	Douleur post prandial	post prandial pain	ألم بعد الأكل
Douleur de la pensée	thought pain	ألم التفكير	Douleur provoqué	provoked pain	ألم محدث
			Douleur psychique	psychic pain	ألم نفسي
			Douleur psychogène	psychogenous pain	ألم نفسياني المنشأ
			Douleur réelle	Real pain	ألم حقيقي
			Douleur référée	referred pain	ألم رجيع
			Douleur somatique	somatic pain	ألم جسدي
			Douleur spontané	spontaneous pain	ألم تلقائي
			Douleur substitut	substitute pain	وجع بديل
			Douleur vertébral	vertebral pain	ألم فقري
			Douleur viscéral	visceral pain	ألم حشوي
			Dynamique	dynamic	دينامية، مبحث الحركة، علم القوى
			Dynamique (équilibre-)	dynamic equilibrium	توازن دينامي
			Dynamique	dynamic psychology	علم النفس الدينامي

(psychologie-)		
Dynamique	dynamic system	نظام دينامي
(système-)		
Dynamique	dynamic theory	نظرية ديناميّة
(théorie-)		
Dynamique (trait-)	dynamic trait	سمة ديناميّة
Dynamique	behavioral dynamic	ديناميّة سلوكيّة
comportemental		
Dynamique	conjugal dynamic	زوجي دينامي
conjugale		
Dynamique de	group dynamic	ديناميّة الجماعة
groupe		
Dynamique de la	consciousness	ديناميّة الوعي
conscience	dynamic	
Dynamique de la	personality dynamic	ديناميّة الشخصية
personnalité		
Dynamique des	feeling dynamic	ديناميّة المشاعر
sentiments		
Dynamique du	couple dynamic	ديناميّة الزوجين
couple		
Dynamique du	group dynamic	ديناميّة الجماعة
groupe		
Dynamique du moi	ego dynamic	ديناميّة الأنا
Dynamique	dynamic family	ديناميّة الأسرة
familiale		
Dynamique	fusional dynamic	ديناميّة التهاميّة
fusionnelle		
Dynamique	identity dynamic	ديناميّة الهوية
identitaire		
Dynamique	unconscious	ديناميّة لا شعورية
inconscient	dynamic	
Dynamique	Institutional	ديناميّة مؤسّساتيّة
institutionnelle	dynamics	
Dynamique	personal dynamic	ديناميّة الشخصية
personnelle		
Dynamique	psychic dynamic	ديناميّة نفسية
psychique		
Dynamique	psychological	ديناميّة نفسانية
psychologique	dynamism	
Dynamique	analysis dynamic	ديناميّة تحليلية
réparatrice		
Dynamique sexuelle	sexual dynamic	ديناميّة جنسية
Dynamique sociale	social dynamic	ديناميّة اجتماعية
Dynamique	temporal dynamic	ديناميّة وقتية
temporelle		
Dysfonction	dysfunction	سوء الوظيفة
Dysfonction	cerebral dysfunction	سوء الوظيفة المخية
cérébrale		

Dysfonction du	brain dysfunction	سوء وظيفة الدماغ
cerveau		
Dysfonction	dyspareunic	عسر الجماع الوظيفي
dyspareuniqué	dysfunction	
Dysfonction érectile	erectile dysfunction	خلل الوظيفة الانعاضية
Dysfonction	muscular	سوء الوظيفة العضلية
musculaire	dysfunction	
Dysfonction	orgasmic	سوء الوظيفة الإنعاضية
orgasmique	dysfunction	
Dysfonction	psychosexual	اختلال وظيفي
psychosexuelle	dysfunction	نفسجنسي
Dysfonction	sexual dysfunction	سوء الوظيفة الجنسية،
sexuelle		خلل الوظيفة الجنسية
Dysfonction	somatic dysfunction	خلل الوظيفة الجسدية
somatique		
Dysharmonie	disharmony	خلل التناسق، سوء التوافق
		، تنافر، لا تناسق
Dysharmonie	affective	تنافر وجداني
affectif	disharmony	
Dysharmonie	cognitive	لا تناسق حراكي
cognitive	disharmony	
Dysharmonie	conjugal disharmony	سوء التوافق الزوجي
conjugale		
Dysharmonie	evolution	سوء التوافق التطوري
d'évolution	disharmony	
Dysharmonie	developmental	سوء توافق منطور،
évolutive	disharmony	خلل التناسق المترقي
Dysharmonie	relational	خلل التناسق العلائقي
relationnelle	disharmony	
Dyskinésie	dyskinesia	خلل الحركة
Dyskinésie algique	algic dyskinesia	خلل الحركة المؤلم
Dyskinésie facial		عسر الحركة الوجهي
Dyskinésie	dyskinesia	خلل الحركة المتقطع
intermittente	intermittent	
Dyskinésie	neurotic dyskinesia	خلل الحركة العصابي
névrotique		
Dyskinésie	occupational	خلل الحركة العملي
occupationnelle	dyskinesia	
Dyskinésie	orofacial dyskinesia	خلل حركة الوجه و
orofaciale		الشفنتين
Dyskinésie tardive	late dyskinesia	عسر الحركة المتأخر
Dyspareunie	dyspareunia	سوء الجماع، عسر الجماع
Dyspareunie	organic dyspareunia	عسر الجماع العضوي
organique		
Dyspareunie	deep dyspareunia	عسر الجماع العميق
profonde		
Dyspareunie	psychogenous	عسر الجماع نفسي
psychogène	dyspareunia	المنشأ

Dyspareunie psychologique	psychological	عسر الجماع النفساني
Dyspareunie réflexe	dyspareunia	عسر جماع ارتكاسي
Dyspareunie superficielle	reflex dyspareunia	عسر الجماع السطحي
Dyspareuniqué	superficial	مصابة بعسر الجماع
Dyspepsie	dyspareunia	عسر الهضم
Dyspepsie nerveuse	dyspareunic	سوء الهضم العصبي
Dyspepsie neurasthénique	dyspepsia	عسر الهضم الواهن
Dyspeptique	nervous dyspepsia	متخوم، متخم، مصاب بعسر الهضم
Dysphagie	neurasthenic	عسر البلع، عسر الازدراء
Dysphagie hystérique	dyspepsia	عسر البلع الهستيري
Dysphagie spastique	dyspeptic	عسر بلع تقيضي
Dysphasie	dysphagia	خلل الكلام، عسر التلفظ
Dysphémie	dysphasia	خلل النطق، لثغة
Dysphonie	dysphemia	عسر الصوت،
Dysphorétique	dysphonia,	عسر التصويت
Dysphoriant	baryphony	مقلقل
Dysphorie	dysphoretic	متقلب المزاج
Dysphorie de genre	dysphoriant	تقلب المزاج، تقلقل المزاج
Dysphorie hystéroïde	dysphoria	تقلب المزاج النوعي
Dysphorie intersexuelle	Gender dysphoria	تقلب المزاج الهراعي
	hysteroid dysphoria	(الهستيرائي)
	Dysphoria	تقلب المزاج الخنثي
	intersexual	

Dysphorique	dysphoric	متقلب المزاج، مقلقل المزاج
Dysphrasie	dysphrasia	عسر القراءة، عسر التكلم
Dysphrénie	dysphrenia	خلل عقلي
Dysphylaxie	dysphylaxia	استيقاظ باكر
Dysplasée	dysplasia	سوء التنسج
Dysplasie	dysplasia	سوء النمو
Dysplasie céphalo-squelettique	cephalo-skeletal dysplasia	سوء نمو جمجمي
Dysplasie cérébrale	cerebral dysplasia	عمود فقري
Dysplasie craniotélencéphalique	cerebral dysplasia	سوء النمو المخي
Dysplasique	craniotélencéphalic dysplasia	خلل نمو الدماغ الخلفي
Dysplastique	dysplastic	اضطراب الأطوار
Dysplastique (type-)	dysplastic	ثدي، مثدون، حثلي
Dyspnée	dysplastic type	نمط ثدي
Dyspnée névrotique	dyspnea	عسر التنفس، زلة
Dyspragie	neurotica dyspnea	عسر التنفس العصابي
Dyspraxie	dyspragia	ألم الوظيفة
Dysprosodie	dyspraxia	خلل حركي
Dysrégulation	dysprosody	اختلال الصوت
Dysrythmie	dysregulation	عسر التنظيم
Dysrythmie cérébrale	dysrhythmia	خلل النظم
Dyssebacé	cerebral dysrhythmia	اضطراب إيقاع المخ
Dys-sébacé	dyssebacea	اضطراب زهمي
Dyssociabilité	dyssebacea	اضطراب زهمي
Dyssocial	dys sociability	خلل الاندماج الاجتماعي
Dys-sociale	dys social	غير اجتماعي
	dys-social	سوء التوافق الاجتماعي

الكتاب الإلكتروني لمعجم العلوم النفسية

المعجم الإلكتروني النفسي الإنجليزي

PDF doc "

إنجليزية - فرنسية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 1024).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

المعجم الإلكتروني النفسي الفرنسي

PDF doc "

فرنسية - إنجليزية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 942).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe

المعجم الإلكتروني النفسي العربي

المجلد 1 " PDF doc "

عربية - إنجليزية - فرنسية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1415).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe

المعجم الإلكتروني النفسي العربي - المجلد 2 " PDF doc "

عربية - فرنسية - إنجليزية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1271).

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

قواعد النشر بمجلة شبكة العلوم النفسية العربية

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمسجلات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المخصصين والمهتمين خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المصنف على اتجاهات البحوث العالمية وتعرفه بأخبار ومسجلات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصلية. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المساندة للمسجلات وللمعاجات الفعلية لمجتمعنا العربي .

تقبل للنش الأبحاث بإحدى اللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

- 1- الأبحاث الميدانية والتجريبية
 - 2- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية
 - 3- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة
 - 4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
 - 5- المقالات العامة المختصة
- المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء، فنانين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه، وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حددها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

■ قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والنوثق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني APNjournal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص من (لا تقبل الأبحاث الورقية).
- إرسال السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكاتب الذين لم يسبق لهم النشر في مجلة الشبكة.

■ قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
- 2- يراعى في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين منبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
- 3- استيفاء البحث لمطلوبات البحوث الميدانية والتجريبية بما يتضمنه من مقدمة وإطار النظري والدراسات السابقة ومشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتعريف مصطلحاته.
- 4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العين، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكمومترية وخطوات إجراء الدراسة.
- 5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستعينا بالجدول الإحصائية أو الرسومات البيانية متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- خضوع الأعمال الطبفسية المعروضة للنشر لفحص اللجنة الاستشارية الطبفسية للمجلة، كما خضوع الأعمال العلمفسية لفحص اللجنة الاستشارية العلمفسية، وذلك وفقاً للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
- 8- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث المفوضة لأصحابها.
- 10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر.

قواعد التوثيق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكّر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المراجع يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرين مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius et al., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرين مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, et al., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وذلك أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990: 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكّر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيباً أبجدياً. دون ترتيب مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولاً ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

- عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة، أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والربوية والاجتماعية، القاهرة: الأجلو المصرية

- عندما يكون المرجع غثاً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نافذة (2002). تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12،

87 - 114

- ج- عندما يكون المرجع غثاً في كتاب:

- اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث
- 1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها من قمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت لها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع
- 2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

■ الدراسات والمقالات العلمية النظرية:

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا ملست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ومرونة الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالآصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة وتقدمها إذا توافرت الشروط الآتية:

- 1- الكتاب حديث النشر، ويعالج قضية تخص أحد مجالات الطب النفسي، علم النفس، العلاج النفسي أو التحليل النفسي
 - 2- استعراض المراجع لمحتويات الكتاب وأهم الاكتشافات التي يطرحها وإيجابياته وسلبياته
 - 3- غنوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.
- كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

■ التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس والطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطي التقرير بشكل كامل ومنظم أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتاجها وأهم القرارات والنوصيات كما تنشر المجلة محاضرات الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

قسيم شـراء سي دي المعجم الإلكتروني
www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm