



فارة: الدعايات السيكولوجية للحزب والحطار

عبد العزيز تابوت
أياد السراج
كنود سليمان
بانوس فوستانس
أحمد أبو طواكينه
عبد الكريم المجدلاوي
اسماعيل ابراهيم
سناه تابوت
هنري منصور





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

الإشتراك في سلة خدمات الشبكة

إشتراكات سنة 2009

خاص بالأطباء و أساتذة علم النفس

إرسال السيرة الذاتية

حسب النموذج التالي

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

وسيلة الإشتراك

يتم تسديد الإشتراك في خدمات " شبكة العلوم النفسية العربية " ببطاقات الإنتمان (ماستركارد - فيزا كارد - أمريكان اكسپريس) بفضّل خدمات موقع « PayPal ».

مراحل لاشتراك:

- 1- التسجيل في موقع «www.paypal.com» في مرحلة أولى
 - 2- تحويل قيمة الاشتراك (50 يورو أو ما يعادلها للسنة الواحدة) في مرحلة ثانية، على عنوان البريد الإلكتروني لرئيس الشبكة: turky.jamel@gnet.com ، باستعمال بطاقة الانتماء الخاصة بصاحب الإشتراك.
- إثر اتمام دفع معلوم الإشتراك الكترونيا، يوجه موقع « PayPal » بريدا الى سكرتيرية الشبكة، يعلمها إجراء عملية التحويل.
- عند تسلم قيمة الإشتراك، يتولى المسؤول الفني للشبكة مدمك "كلمة عبور اشتراككم في خدمات الشبكة" (تصلكم على بريدكم الإلكتروني) تسمح لكم التمتع بخدماتها: تصفح الارتباطات المحمية و تحميل إصدارتها: الكتاب الإلكتروني، المجلة الإلكترونية، المعجم النفسي الإلكتروني، مدة سنة واحدة بداية من تاريخ اشتراككم.

JOURNAL CORRESPONDENCE

E.MAIL : APNJournal@arabpsynet.com

P.MAIL :

Doctor Jamel TURKY

28 Habib Maazoun Street

TAPARURA Building Block "B" N°3

3000 SFAX - TUNISIA

مراسلات المجلة

بريد إلكتروني: APNJournal@arabpsynet.com

بريد ورقي:

" الدكتور جمال التركي "

28 نهج الحبيب المعزون

عمارة ترورة مدرج ب عدد 3

3000 صفاقس - تونس

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

مجلة فطرية محكمة في علم النفس

الرئيس الفخري
أحمد عكاشة (مصر)
نائب الرئيس
أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

الرئيس الشرفي
يحيى الرخاوي (مصر)
الرئيس
جمال التركوي (تونس)

الهيئة العلمية

علم النفس

قحدرى حفنى (مصر)
عبد الستار إبراهيم (مصر)
نعيم عطية (أمريكا/لبنان)
الغالى احرشاوى (المغرب)
عدنان فرح (الأردن)
سامر رضوان (سوريا/عمان)
بشير معمرية (الجزائر)
بوفولة بوخميس (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 سرحدان (الأردن)
الزيـن 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 سالي الورثاني

إصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية - تونس

العدد 24: خريف 2009

الملف : غزوة... التدعيات السيكولوجية للحرب والحصار

5		
6	عبد العزيز ثابت و زملاءه	إفتتاحية العدد: غزوة... التدعيات السيكولوجية للحرب والحصار
7	عبد العزيز ثابت و زملاءه	التفريغ الانفعالي و أثره على ردود الفعل النفسية للصدمة
16	عبد العزيز ثابت و زملاءه	إستراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين
26	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Effect of war on Palestinian children behavioural and emotional problems
31	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Comorbidity of Depression and Anxiety in Palestinian Children Victims of War on Gaza
38	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war
41	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Effect of trauma on school performance among school-aged children in Gaza Strip
50	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip
56	عبد العزيز ثابت و زملاءه	The impact of siege on prevalence of depression and anxiety disorder among universities students
67	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents
72	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Outcome Measure in a Child and Adolescent Mental Health Service in GCMHP Clinics
77	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Effectiveness of Psychoeducation Program on coping and Mental Health of Palestinian women
85	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Coping of Palestinian women with trauma and loss due to War on Gaza
94	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III)
101	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Siege of Gaza, quality of life Palestinian children in the Gaza Strip
108	عبد العزيز ثابت و زملاءه	Psychiatric Disorders Among Children Attending Children Cancer Department in Gaza Strip

على هامش الملف: دراسات... مقالات... شهادات... مراسلات

113	مصطفى شبيب	الأطفال والكوارث: دليل الأطباء للرعاية الأولية
128	مأمون مبيض	الرعاية النفسية للأطفال وقت الحرب والنزاعات
132	قناري حنفي	الجوانب النفسية الاجتماعية للصراع العربي الإسرائيلي 1
136	مصطفى شبيب	العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة
141	عبد الرحيم الريفي	هذه هي غزوة... شهادة طبيب نفسي
145	مراسلوا الشبكة	غزوة... التدعيات السيكولوجية للحرب والحصار: مراسلات الشبكة

أبحاث ودراسات

163	علي كاظم الشمري	أثر الإرشاد النفسي على مستوى الأداء الدراسي للطلبة
172	سوسن شاكر مجيد	سوء استخدام الكمبيوتر والانترنت وأهمية الارشاد التربوي
178	أحمد فخري هاني	تعلم فـنـ الـاسـتـمـاع
184	عمر الخليفة - إنعام أحمد	الأخصائيون النفسيون في السودان
191	مصطفى شبيب	عسر القراءة: الدماغ الاستثنائي
196	بوفولة بوخيـس	بطارية "K-ABC" تشخيص صعوبات التعلم
201	صلاح الدين عطا الله	THE FACTORIAL STRATEGY: A NEW TECHNIQUE FOR SELECTING THE GIFTED
208	عبد الكريم بالحاج	L'ÉTAT DES LIEUX DES SCIENCES HUMAINES ET LE BANNISSEMENT DE LA PSYCHOLOGIE

مصطلحات العلوم النفسية العربية / PSY TERMINOLOGIES

214	(الإصدار العربي)	المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية "ت"
218	(English Edition)" D "	E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES
222	(Edition Francais)" E "	E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

العدد 24: خريف 2009

236	وثائق
236	الميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس - نوفمبر 2007
242	أصـدارات حديثـة
243	مراجعة كتب / BOOKS REVIEW
243	المدخل إلى التأصيل الإسلامي لعلم النفس - صالح بن إبراهيم الصنيع
248	كيف نفهم... الوفاة.. ومرواة القند والأسى.. - عبد الرحمن إبراهيم
253	الوسـواس القهـري - وليد سرحان
256	مراجعة مجلات / JOURNALS REVIEW
256	المجلة العربية للآلة للنفس - م 20 العدد 01
259	الثقافة النفسية المتخصصة - م 20 العدد 78
264	جوائز / PRIZES
264	جائزة ابن رشد للفكر الحر الحادية عشر 2009
274	مؤتمرات نفسية / PSY CONGRESS
275	المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس - القاهرة
281	برنامج التدريب في مناهج البحث التوجيهية للسياسات والتقييم - القاهرة
283	الملتقى الدولي الثاني للمعهد الربيعي - المغرب
294	ندوة: التحرش الجنسي في أساطير العمل - الجزائر
295	الملتقى الدولي الثالث للطب النفسي بجاية - بجاية
296	الملتقى الدولي السادس للطب النفسي - جدة
299	المؤتمر الدولي الأول للعلوم النفسية وتطبيقاتها - الإمارات
300	الندوة التحضيرية في الطب النفسي - الرياض
301	مركز مطمئن للطبيب: الدورات التدريبية - السعودية

ملف العدد 24

غزة... التداعيات السيكولوجية للحرب والحصار

إشراف: عبد العزيز موسى ثابت

أبحاث في الملف...

المشاركون في الملف

عبد العزيز ثابت - أياد السراج - هند سليمان - بانوس فوستانس
أحمد أبو طواحينه - عبد الكريم المجدلاوي - اسماعيل ابراهيم - سناء ثابت - منى منصور

افتتاحية العدد: غزة... التداعيات السيكولوجية للحرب والحصار
التفريغ الانفعالي وأثره على ردود الفعل النفسية للصدمة
إستراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين

Effect of war on Palestinian children behavioural and emotional problems

Comorbidity of Depression and Anxiety in Palestinian Children Victims of War on Gaza

Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war

Effect of trauma on school performance among school-aged children in Gaza Strip

Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip

The impact of siege on prevalence of depression and anxiety disorder among universities students

Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents

Outcome Measure in a Child and Adolescent Mental Health Service in GCMHP Clinics

Effectiveness of Psychoeducation Program on coping and Mental Health of Palestinian women

Coping of Palestinian women with trauma and loss due to War on Gaza

Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III)

Siege of Gaza, quality of life Palestinian children in the Gaza Strip

Psychiatric Disorders Among Children Attending Children Cancer Department in Gaza Strip

على هامش الملف...

دراسات... مقالات... شهادات... مراسلات...

- الأطفال والكوارث: دليل الأطباء للرعاية الأولية - مصطفى شقيب
- الرعاية النفسية للأطفال وقت الحرب والنزاعات - مأمون مبيض
- الجوانب النفسية الاجتماعية للصراع العربي الإسرائيلي 1 - قناري حفي
- الحلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة - مصطفى شقيب
- هذه هي غزة... شهادة طبيب نفسي - عبد الرحيم الرفي
- مراسلات الشبكة، التداعيات السيكولوجية للحرب والحصار - مراسلوا الشبكة

افتتاحية العدد

غزة... التداخيات السيكولوجية للحرب والحصار

أ.د. عبد العزيز موسى ثابت - الطبيب النفسي - غزة، فلسطين

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

الزملاء والميلات: ختية طية وبعد

في هذا العدد الخاص من مجلة شبكة العلوم العربية النفسية نقدم بعض الدراسات التي تم إنجازها لإظهار ما يعانيه الشعب الفلسطيني من جور و ظلم الاحتلال الإسرائيلي، و العقاب الجماعي المفروض على هذا الشعب منذ عشرات السنين و الذي ازداد شراسة و ظلما بعد الحصار الجائر على غزة و منع الفلسطينيين من أبسط حقوقهم من التنقل و الحصول على المواد الأساسية و العلاج في الخارج.

لقد كان للممارسات اللاإنسانية لتواصله من الاحتلال الإسرائيلي على غزة و آخرها الحصار و الحرب على غزة تداعيات اقتصادية، و اجتماعية، و ثقافية، و نفسية مما أدى إلى ظهور الكثير من المشاكل الاقتصادية متمثلة في ارتفاع معدلات الفقر، و عدم قدرة الأسرة الفلسطينية على تلبية الاحتياجات أطفالها، و ظهور مشاكل نفسية متمثلة في زيادة القلق، و كرب ما بعد الصدمة، و المشاكل السلوكية التي كان لها تأثير على التطور الصحي النفسي الاجتماعي للأطفال مما خلق جيل من الأطفال تمحورت كل حياتهم حول الانتقام، و الغضب من الوضع المزري الذي يعيشونه مع آبائهم، و تطلعهم للمقاومة و عدم التسامح.

و كانت الحرب على غزة في يناير 2009 من أقسى التجارب التي عاشها الشعب الفلسطيني على مر العصور و التي استخدمت فيه آلة الحرب الإسرائيلية كل ما لديها من الأسلحة المحرمة دوليا في محاولة لتكريع الشعب الفلسطيني و سلبه إرادته و القضاء على حلمه في التحرير و العودة و خلق جيل غير قادر على المواجهة.

و كان لهذه الحرب ردود فعل آنية تمثلت في فقدان الأمان للعائلات الفلسطينية وفقدان 1400 شهيد، و 5000 جريح مما ترك جرحا غائرا في الذاكرة الفلسطينية و أدى إلى ازدياد المشاكل النفسية لدى الأطفال و البالغين، و لكن كان هناك على الجانب الإنساني قدرة الأطفال و البالغين على التكيف مع هذه الظروف و القدرة على الصلابة النفسية البناءة للاستمرار في الحياة و محاولة البناء و الرباط و الصمود في الأرض و التجذر في الأرض و عدم الاقتلاع، و كان للعاملين في مجال الصحة الدور الكبير و المهم لمساعدة الأطفال و البالغين في التغلب على ردود الفعل المختلفة الناتجة عن الحرب من خلال المجموعات العلاجية التي تمت بعد الحرب.

و عليه نقدم بعض النتائج لمثل هذه الدراسات عساها تلقي الضوء اليسير على معاناة الشعب الفلسطيني نتيجة الحصار و الحرب على غزة.

التفريغ الانفعالي و أثره على ردود الفعل النفسية للصدمة

أ.د. عبد العزيز موسى ثابت - الطبيب النفسي - غزة، فلسطين

د. اياد رجب السراج - طبيب أخصائي نفسي قسم الأبحاث في برنامج غزة للصحة النفسية - غزة، فلسطين

احمد أبو طواحينية - أخصائي اكلينكي - غزة، فلسطين - بالتعاون مع مؤسسة القطان للطفل

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

ملخص الدراسة

الهدف: هدفت هذه الدراسة إعطاء معرفة عن تأثير جلسات التفريغ النفسي الانفعالي على تخفيض ردود الفعل النفسية و العنف لدى الأطفال في قطاع غزة بعد تعرضهم للصدمة النفسية الناتجة عن الحرب على غزة.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة الكلية 88 طفل من الأطفال في محافظة غزة ، حيث تم اختيارهم من منطقة الزيتون نتيجة أنها من أكثر المناطق تعرضوا لها الأطفال في قطاع غزة ، حيث تم استبعاد 12 طفل من العينة موزعين على المجموعتين منهم 6 أطفال مجموعة تجريبية و كذلك 6 أطفال مجموعة ضابطة ، وبذلك بلغت عينة الدراسة التي سوف تم تحليلها 76 طفل منهم 38 مجموعة ضابطة و 38 مجموعة تجريبية ، حيث تراوحت أعمارهم بين 6 إلى 15 سنة و بمتوسط عمري (11.14) سنة.

أدوات الدراسة: لقد تم استخدام المقاييس التالية لدراسة أثر التدخل العلاجي: المعلومات الديموغرافية للأطفال، ومقياس سبنس لقلق الأطفال، ومقياس تأثير الحدث-8 بنود، ومقياس العنف.

التدخل العلاجي: تم التدخل العلاجي مع 38 طفل وطفلة باستخدام الخطة المكونة من سبع جلسات و هي ألعاب حركية، وتفرغ وسرد قصص، والألعاب الدرامية، و رواية قصة وقراءة حرة، وعرض ترفيحي، وفنون تشكيلية، وعرض سينمائي، ويوم مفتوح.

النتائج: تبين في هذه الدراسة أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرحلتين بعد التدخل الذي استمر لمدة أسبوعين و شمل العديد من النشاطات التي قد تساعد الأطفال في التغلب على ردود الفعل النفسية المتمثلة في مجموع كرب ما بعد الصدمة، و أعراض تجنب الحدث الصادم بعد التدخل ، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض ردود الفعل النفسية عن الصدمة لدى الأطفال، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات أعراض استعادة الخيرات الصادمة المتمثلة في انخفاض استعادة الذكريات المؤلمة للحدث الصادم . الذكريات الاقترامية المتعلقة بالخبرات الصادمة.

و بالنسبة لمستوى العنف لدى الأطفال فلم يكن للجلسات التي أجريت أي أثر في خفض مستوى العنف عند الأطفال تجاه الأطفال الآخرين الذين في سنهم، بينما وجدت الدراسة خفض في درجات القلق العام والزائد عند الأطفال بعد التدخل.

التطبيقات العملية و التوصيات: لقد بينت هذه الدراسة أن هناك فاعلية لبرامج التدخل العلاجية بعد الحرب على الأطفال في التخفيف في حدة ردود الفعل النفسية الناتجة عن الصدمات و لكن نتيجة لعدم وجود جو آمن في قطاع غزة و لاستمرار الحصار و التهديد بالحرب على قطاع غز و علىية يجب إيجاد بيئة آمنة للأطفال في وجود البالغين الذين يثق فيهم الأطفال و يكونون قديرين على تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لهم، واستخدام برامج تدخل طويلة المدى تعتمد أساليب حديثة مثل العلاج النفسي الإدراكي من خلال المدارس، تدريب العاملين في المؤسسات التي تتعامل مع هذه الشريحة على كيفية الاكتشاف المبكر للحالات النفسية التي تحتاج للتدخل و تعليمهم المهارات اللازمة للتدخل النفسي الاجتماعي، و تدريب المدرسين و الآباء على كيفية معرفة ردود الفعل النفسية و الاجتماعية للأطفال و طرق التعامل مع الأطفال في الظروف الصعبة و إيجاد بدائل للثواب و العقاب بدلا من العقاب البدني.

في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات أعراض استعادة الخيرات الصادمة المتمثلة في انخفاض استعادة الذكريات المؤلمة للحدث الصادم . الذكريات الاقترامية المتعلقة بالخبرات الصادمة.

SUMMARY

Aim: The aim of the study was to investigate the effectiveness of counseling settings in reduction of the emotional reactions and psychological violence among children in the Gaza Strip after being subjected to psychological trauma resulting from the war on Gaza.

Study sample: The study sample consisted of 76 children from the province of Gaza. The experimental group include 38 children from high exposed area and the control group were chose from the same school but less exposed to war and trauma. The age ranged from 6 to 15 years and average age was (11.14) years.

Study tools: We evaluate children (both experimental and control) using the following standards tools: demographic information of children, Spence children's anxiety scale, Impact of Events Scale -8 items, and school violence scale. The same tools were used after the intervention sessions.

Therapeutic intervention: The intervention program conducted using the plan consisted of seven sessions (2 hours each) for 2 weeks : movement games, stories telling, drama games, dramas, and tell the story and read the free story, and offer entertainment, arts and plastic arts, and presentation of film, and an open day.

Results: The study showed that the there were statistically significant differences in degree of reexperiences of the traumatic experiences after the intervention and declining in the painful memories of the traumatic event and declining in intrusive memories related to traumatic experiences. Also, level of violence among children of the meetings were not held any effect in reducing the level of violence in children to other children who are in age, while the study showed that there was reduction in the degree of general anxiety of in children.

Key words: War on Gaza, Children, non curriculum activities, anxiety, violence

النفسية التي تعرض لها، والمشاعر والمعتقدات، والتي يمكن بعد ذلك تعديلها و ردود الفعل عليها. (Pynoos and Nader, 1988)

معظم البرامج التي تمت في هذا المجال هي عبارة عن برامج تتلخص في إعادة السرد (debriefing) للأحداث الصادمة و ردود الفعل عليها (Dyregrov, 1999).

و في دراسة لتقييم الأطفال الارمنيين ضحايا الزلزال في أرمينيا في سنة 1989 باستخدام السرد للأحداث الصادمة و ردود الفعل عليها ، وذلك من خلال عمل أربع مجموعات من لأطفال حضروا جلستين عبارة عن تفرغ انفعالي نفسي باستخدام السرد، و تبين في التقييم البعدي أن هناك تحسن في أعراض كرب ما بعد الصدمة و لم يحدث تحسن في أعراض الاكتئاب (Goenjian et al, 1997).

و في دراسة أخرى (Salloum et al, 2001) على مجموعة من المراهقين ضحايا جرائم القتل في الولايات المتحدة الذين تم التدخل معهم من خلال عقد 10 جلسات جماعية تكونت من زيادة معرفة المراهقين عن الصدمات النفسية و الحزن، و مساعدتهم في التنفيس عن مشاعرهم و همومهم، و تقليل أعراض الصدمة ،وتبين أن هناك تحسن في الصحة النفسية للمراهقين.

وآخرون أيدوا استخدام التعليم النفسي في مجموعات الأطفال الذين تعرضوا للخبرات الصادمة. وفيها يشارك الأطفال الآخرين قصصهم عن الصدمة، ردود الفعل النفسية لديهم، مما يكسبهم نوعا من التماسك والتعاضد، وتعلمهم كيفية تحسين التكيف مع مشاعرهم ،والأفكار المتعلقة

مقدمة

عانى الأطفال في قطاع غزة لسنوات عديدة من تأثير الحرب المستمرة على القطاع و الاجتياحات المتكررة، و آخرها هو ما تعرض له الأطفال من صدمات نفسية شديدة نتيجة للحرب على غزة و التي استمرت لمدة 23 يوما من 2008-12-28 لغاية 2009-1-19 و التي خلفت 1400 شهيدا ثلثهم من الأطفال و حوالي 5000 جريح ، تركت هذه الحرب آثار نفسية و اجتماعية تفاوتت ما بين حالات القلق، و ردود الفعل الناتجة عن الصدمات النفسية، و الاكتئاب، و زيادة الحركة. و حاولت مؤسسات كثيرة في فترة ما بعد الحرب تقديم العون النفسي الاجتماعي العاجل للمتضررين من الأطفال، وكان لبرنامج غزة اليد الطولي في تقديم الخدمات العلاجية المختلفة و تدريب العاملين في المؤسسات الأخرى على طرق التدخل مع الأطفال، و من المؤسسات التي عملت مع برنامج غزة مؤسسة القطان و التي تم الاتفاق معها على تنفيذ برنامج إرشادي و ثقافي للأطفال الأكثر تضررا من الحرب لمساعدة الأطفال في التغلب على ردود الفعل الناتجة عن الحرب على غزة.

لقد أجريت بحوث قليلة على فعالية التدخلات النفسية المحددة للأطفال الذين يعيشون في مناطق الحرب. غير أن عددا من الدراسات قدمت نماذج مختلفة من التدخلات لمشاكل الصحة النفسية والعقلية لدى الأطفال الذين عانوا من سوء المعاملة ، و من ذوي الخبرة الناتجة عن الكوارث الطبيعية ، و العنف السياسي ، أو تعرضوا للعنف من داخل المجتمع. هذه النماذج في الغالب تعتمد على العلاج النفسي الديناميكي (Psychodynamic) أو العلاج المعرفي، بهدف جعل الطفل قادرا على الربط بين الصدمات

و تم التدخل في 8 مدارس لمدة أسبوعين بعدد 8 جلسات للمجموعة. و هدفت الجلسات إلى تسهيل الاتصالات بين الأطفال و البالغين، ومناقشة المخاوف والمعتقدات ، وإبراء الذمة من المشاعر ، وتمكينها من أداء دورها في بناء مستقبلهم. والرسم ورواية القصص، ولعب الأدوار. الأطفال أفادوا بأن هذه الجلسات أدت إلى انخفاض مشاكل الصحة النفسية. ومع ذلك لا يتفق هذا مع رأي الآباء والأمهات الذين لم يلاحظوا أي تغيير في المشاكل السلوكية والعاطفية للأطفال بعد التدخل. النتائج التي توصلت إليها الدراسة تبين أن استخدام الجلسات في المدارس في زمن الحرب يمكنها تحسين الصحة النفسية للأطفال، و دعت لتسليط الضوء على الحاجة إلى مزيد من وسائل جديدة للتدخل من أجل الأطفال الذين يعيشون في منطقة الحرب والصراع مثل العلاج الإدراكي والسلوك والتدريب على المهارات الاجتماعية لتمكين الأطفال من التعامل مع الصدمات والإجهاد.

و في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) لعدد 84 من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 12-17 لمعرفة تأثير جلسات السيكدوراما على الصحة النفسية للأطفال من ضحايا الحرب والصدمات النفسية في قطاع غزة ، وجدت هذه الدراسة أن هناك دلالة إحصائية على انخفاض في مستوى المشاكل النفسية و أعراض فرط النشاط وفقا للمراهقين ، وأظهرت النتائج أن هناك انخفاضا في مستوى القلق و الوسواس بعد التدخل على حسب رأي الوالدين.. إلا أن المدرسين لم يبلغوا عن تحسن في مشكلات الصحة النفسية في معظم المراهقين.

و يتضح من الدراسات السابقة في نفس المنطقة أن هناك تفاوت في أثر مختلف أنواع التدخلات النفسية لمساعدة الأطفال ضحايا الحرب و العنف، هذه الاختلافات مردها إلى أن هذه التدخلات قصيرة المدى و تجري في أجواء معظمه مفعم برائحة الحرب و عدم الأمان الذي يمثل الأساس في استجابات الأطفال للتدخلات النفسية المختلفة. وكان للحرب الأخيرة علي غزة تأثيرات مختلفة علي الصحة النفسية للأطفال تمثلت في أعراض القلق و الاكتئاب و ردود فعل ما بعد الصدمة وما ترتب عليها من تدخل المؤسسات المختلفة العاملة في مجال الطفولة و عليه تم عمل هذه الدراسة بالتعاون ما بين برنامج غزة و مؤسسة القطان.

هدف الدراسة

الهدف العام للدراسة هو إعطاء معرفة تأثير جلسات التفريغ النفسي علي تخفيض ردود الفعل النفسية لدي الأطفال في قطاع غزة بعد تعرضهم للحرب على غزة .

طريقة البحث

عينة الدراسة

بلغ عدد أفراد الدراسة الكلية 88 طفل من الأطفال في محافظة غزة ، حيث تم اختيارهم من منطقة الزيتون نتيجة أنها من أكثر المناطق تعرضوا لها الأطفال في قطاع غزة، حيث تم استبعاد 12 طفل من العينة موزعين على المجموعتين منهم 6 أطفال مجموعة تجريبية و كذلك 6 أطفال مجموعة ضابطة ، وبذلك بلغت عينة الدراسة التي سوف تم تحليلها 76 طفل منهم 38 مجموعة ضابطة و 38 مجموعة تجريبية ، حيث تراوحت أعمارهم بين 6 إلى 15 سنة و بمتوسط عمري (11.14) سنة وبانحراف معياري 2.1 سنة، و قد شكل الذكور في العينة نسبة 50% منهم (52.6% للمجموعة التجريبية و 47.4% للمجموعة الضابطة) ، في حين شكل الإناث في العينة نسبة 50% موزعين كالتالي (52.6% للمجموعة الضابطة و 47.4% للمجموعة التجريبية) ، أما بالنسبة للمستوى الصفّي لأطفال المجموعتين فقد تبين أن 55.2% من أطفال المجموعة الضابطة يدرسون في المرحلة الابتدائية ، بينما 44.7% يدرسون في المرحلة

بالصدمة، التصرفات الناتجة عن الصدمة Feeny آخرون 2004 . وجد الباحثون أن البدء في عملية تقديم المشورة في وقت قريب بعد وقوع الكارثة أو الصدمة كانت أكثر فعالية على المدى الطويل. وفي دراسة عشوائية محكمة لتقييم فعالية العلاج الجماعي لمجموعة من أطفال المدارس في لوس انجلوس في الولايات المتحدة الأمريكية ، الذين عانوا من أعراض كرب ما بعد الصدمة نتيجة العيش في المجتمع مع مستويات عالية من العنف ، وجد الباحثون تحسناً في الأعراض الإكلينيكية بعد فترة 6 أشهر من العلاج و المتابعة (شتاين وآخرون ، 2003). وفي دراسة أخرى على الأطفال في سيراليون لتحديد ما إذا كان التدخل التعليمي السريع يؤدي إلى تقليل أعراض الصدمة وجدت أن أعراض الإقحام و الإثارة انخفضت بعد هذا التدخل ، في حين زادت أعراض التجنب (غوبتا و Zimmer، 2008).

وفي العقد الأخير أجريت عدة دراسات في البيئة الفلسطينية على مجموعات من الأطفال الذين تعرضوا للخبرات الصادمة الناتجة عن الاحتلال الإسرائيلي لقطاع غزة و ما أعقبه من اجتياحات متكررة.

ففي دراسة ثابت و فوستانس في (2005) في دراسة تهدف إلى تقييم الأثر القصير الأجل من مجموعة التدخل في الأزمات لأطفال تتراوح أعمارهم بين 9-15 سنوات من خمسة مخيمات للاجئين في قطاع غزة خلال الانتفاضة. وقد تم اختيار الأطفال الذين اظهروا ردود فعل نفسية متوسطة و شديدة ، وخصصت لمجموعة التدخل (ع = 47) و شملت الجلسات تشجيع التعبير عن المشاعر من خلال التحدث عن الخبرات الصادمة، و القصة ، والرسم الحر ، ولعب الأدوار و مجموعة أخرى تم تدريب معلمهم عن الصدمات النفسية و تأثيراتها المختلفة (ع = 22) ، و الباقي لم يتم التدخل معهم (ع = 42). تبين أن لا تأثير كبير للجلسات على أعراض الاكتئاب و ردود الفعل ما بعد الصدمة

و في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) لعدد 108 من الأطفال من أربع مدارس في مدينة غزة للتحقيق من فعالية الكتابة بوصفها تعبيراً و علاجاً للأطفال المتضررين من الحرب والصدمات النفسية. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط ردود فعل الأطفال النفسية بعد الصدمة بعد انتهاء فترة العلاج ، وأفادت هذه الجلسات المراهقين النفسية. ولكن أعراض مثل الإقحام والتجنب لم تتغير. و كذلك في مستوى الاكتئاب بعد التدخل لم تتغير. و تبين أن الكتابة أدت إلى انخفاض مستوى القلق بعد التدخل من خلال الكتابة.

و في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) بهدف تقييم فعالية برنامج الوساطة الطلابية في تحسين الصحة النفسية للأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة. كان المشاركون في الدراسة 304 من تلاميذ المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 6-16 (متوسط العمر = 10.62 عاما) من الصف العاشر من ثلاث مدارس منتقاة عشوائياً من المدارس في القوائم التي قدمتها وزارة التربية والتعليم. وأظهرت النتائج أن هناك دلالة إحصائية انخفاض في المشاكل النفسية وأعراض فرط النشاط و نقص الانتباه على حسب رأي الطالب في المدرسة بعد الوساطة الطلابية. و وفقاً لآراء الآباء تبين أن هناك انخفاض في مستوى القلق و الوسواس بعد التدخل.

و في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) في دراسة تهدف إلى تقييم جلسات التدخل في المدرسة للأطفال الذين يعيشون في منطقة الصراع في الحرب الدائرة. و تم أخذ عينة عشوائية من 240 من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 10-16 عاما ممن يعانون من نتائج الصدمات النفسية الناتجة عن النزاع الحالي في قطاع غزة ، وأجريت مقابلات حول تجارب الحرب و ردود الفعل على العنف قبل وبعد المشاركة في الجلسات

لهذا المقياس بعدين: الأول هو الإقحام للأفكار والمشاعر عن الصدمة والثاني عن تجنب الأحداث والمشاعر التي تذكر بالصدمة. حيث استخدم هذا المقياس على نحو واسع في دراسة كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال. ويتكون المقياس من 8 فقرات تميز اضطرابات ما بعد الصدمة وتقيس الأفكار الدخيلة السيئة وكذلك التجنب (Dyregrov et al, 1996). وهناك ثلاث خيارات للإجابة هي أبداً (0) أحياناً (1) بعض الأحيان (3) غالباً (5)، ونقطة القطع لهذا المقياس هي 17 أو أكثر للذين يعانون من اضطرابات كرب ما بعد الصدمة.

4- مقياس العنف

تم استخدام مقياس السلوك العدواني للأطفال (إعداد سامية جنييه، 2003) و المأخوذ من عدة مقاييس أخرى. ويتكون المقياس من صورته النهائية من (38) عبارة وتوزع على خمسة أبعاد وهي الاتجاه نحو العنف (8 عبارات)، والعنف نحو الأشياء (7 عبارات)، والعنف في الدفاع عن الذات (7 عبارات)، والعنف اللفظي نحو الآخرين (8 عبارات)، والعنف المادي نحو الآخرين (8 عبارات) وهذه الدراسة تم أخذ بعدي العنف اللفظي والمادي.

طريقة التدخل مع الأطفال

تم عقد عدة لقاءات مع الأخصائيين الذين سيقومون بتعبئة الاستبانة قبل وبعد التدخل و تم شرح كل البنود وتم الاتفاق على تعبئة الاستبانات للتقييم الأولي لكل الأطفال في المجموعتين (الضابطة، و التي تم التدخل معها و تم الاتفاق على الخطة التالية للتدخل:

1. **العاب حركية**: حيث تم عمل جولة سريعة للأطفال في داخل المركز مع مجموعة من المهرجين ثم تعبئة استبيانات الصحة النفسية مع الأطفال وبعد ذلك التقى الأطفال مع المجموعة الألمانية حيث قاموا بمجموعة من الألعاب الحركية المتنوعة.

2. **تفريغ وسرد قصص**: تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين حيث بدأ النشاط بمجموعة من الألعاب الحركية وبعد ذلك بدأ كل طفل بالحديث وسرد قصته مع الحرب ثم ضم المجموعتين وعمل نشاط رسم حر لجميع الأطفال

3. **الألعاب الدرامية**: تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين وبدأ النشاط مع كل مجموعة من خلال أنشطة الإحماء ثم التعرف على الأطفال وبعد ذلك عمل مجموعة من تمارين التركيز والارتجال وتمثيل مجموعة من الحركات مع وجود خلفية موسيقية.

4. **رواية قصة وقراءة حرة**: تم بدأ النشاط بتقسيم الأطفال إلى مجموعتين حسب الفئة العمرية ثم القيام بمجموعة من الألعاب الحركية ثم رواية قصة سردية كاملة مع مسرح الدمى للمرحلة الابتدائي، أما المرحلة الإعدادية فكانت هناك رواية قصة جماعية من قبل الأطفال بالإضافة إلى مجموعة من الألعاب الجسمية والحركية. ثم تم ضم المجموعتين وإتاحة الفرصة لجميع الأطفال للقراءة الحرة داخل المركز.

5. **عرض ترفيهي**: تم عمل عرض ترفيهي لجميع الأطفال يتضمن فقرات عديدة مثل السحر ومهرجين والموسيقى.

6. **فنون تشكيلية**: بدأ النشاط بمجموعة من ألعاب الحركية المتنوعة وبعد ذلك تم تنفيذ نشاط فنون تشكيلية من خلال توزيع ورق ملون على الأطفال وعمل الأشكال مختلفة بهذا الورق ثم لصقها على لوحة سوداء

الابتدائية والنصف الآخر يدرسون في المرحلة الإعدادية، حيث تبين أن الغالبية العظمى من الأطفال يسكنون في منازل ملك وينسبة 65.8%، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (1) التوزيع النسبي لأطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة للمتغيرات

المتغيرات الديموغرافية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مستوى الدلالة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
الجنس					0.46 // 0.21
ذكر	20	52.6	18	47.3	
أنثى	18	47.3	20	52.6	
المستوى الدراسي					0.64 // 0.21
ابتدائي	21	55.2	19	50	
إعدادي	17	44.7	19	50	
عدد الأخوة					0.38 // 1.9
أقل من 4	4	10.5	3	7.9	
من 5-7	19	50.0	14	36.8	
أكثر من 8	15	39.5	21	55.3	

الديموغرافية

أدوات الدراسة

1- المعلومات الديموغرافية للأطفال

يحتوي هذا الجزء على بعض البيانات الأولية لعينة الدراسة مثل: العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، ومكان وموقع السكن، والمستوى التعليمي، والمهنة، والدخل الشهري لأفراد العينة، كما اشتمل أيضاً على بعض البيانات الأسرية مثل: الوضع الاجتماعي للأسرة والمستوى التعليمي للآبوين ومهنة الوالدين، وعدد أفراد الأسرة، والدخل الشهري للأسرة، ومصدر الدخل الشهري.

2- مقياس سبنس لقلق الأطفال (Spence, 1997)

لقد تطور هذا المقياس بعد جهد كبير لعدة مقاييس كانت تركز على مقياس البالغين، وهذا المقياس يحتوي على عدة بنود مكتوبة في لغة أصدقاء الأطفال، وقد أجريت على هذا المقياس دراسات تجريبية دقيقة قبل اعتماده، ويشمل هذا المقياس على 38 بند للقلق. منها ستة بنود للتعبئة وسؤال واحد مفتوح للإجابة، ليس له درجة. وهذا يُعطي مقياس كامل وشامل للقلق مع التدرج على 6 درجات. وكل درجة تقيس جزئية خاصة بالقلق عند الطفل. وتتم عملية تعبئة هذا المقياس عن طريق الطلب من الأطفال اتباع المعلومات المبينة، ويطلب من الطفل وضع علامة على الخانة التي تنطبق على حالته، وهذه الخانات متدرجة أربع درجات هي (أبداً - أحياناً - غالباً - دائماً).

3- مقياس تأثير الحدث-8 بنود Impact of Events Scale-8 items

قام العالم هورفيتز (Horowitz et al., 1979) باستخدام هذا المقياس لتقويم تأثير الصدمات النفسية على البالغين. ولم يكن أنا ذاك قد تم إدراج كرب ما بعد الصدمة في الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية. وعليه فإن هذا المقياس لا يتوافق مع هذه الصيغة. وبعد ذلك استخدم هذا المقياس في الأطفال من سن 8 سنوات وهو عبارة عن مقياس تقريبي شخصي (Yule et al., 1994).

جدول (3): نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث (كرب ما بعد الصدمة) في القياس البعدي

مقياس تأثير الحدث	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م
كرب ما بعد الصدمة	25.9	8.3	22.3	7.2
استعادة الحدث	15.4	4.9	11.3	4.6
تجنب الحدث	10.9	4.4	11.0	4.9

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

مقياس العنف لدى الأطفال

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس القبلي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي ضد الآخرين ، حيث بلغ قيمة اختبار "ت" للبعدين على التوالي ($t = -0.07, P\text{-value} > 0.05$) ($t = 0.08, P\text{-value} > 0.05$) ، وهذا يدل على وجود تجانس بين أطفال المجموعتين بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي عند الآخرين ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (4): نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس القبلي

مقياس العنف ضد الآخرين	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م
العنف المادي نحو الآخرين	12.7	3.8	12.8	3.0
العنف اللفظي نحو الآخرين	9.3	3.2	9.3	2.6

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس البعدي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي ضد الآخرين ، حيث بلغ قيمة اختبار "ت" للبعدين على التوالي ($t = 1.01, P\text{-value} > 0.05$) ($t = 0.46, P\text{-value} > 0.05$) ، وهذا يدل على الجلسات العلاجية لم يكن لها دور في تخفيف حدة العنف عن أطفال المجموعة التجريبية ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

7. يوم مفتوح: تم تعبئة استبان الصحة النفسية ثم تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين مجموعة نفذت نشاط الميكروفون مفتوح حيث أن كل طفل يعبر عن موهبته من خلال الأناشيد ومجموعة أخرى تم تنفيذ نشاط رسم وجوه و تم تم تبديل المجموعات وبعد ذلك تم ضم جميع الأطفال بتقديم هدايا (قصص وحفائظ مدرسية) .

النتائج

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث

(كرب ما بعد الصدمة) في القياس القبلي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة ($t = 1.53, P\text{-value} > 0.05$) وهذا يدل على وجود تجانس بين أطفال المجموعتين بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة . كما تبين عدم وجود فروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعث تجنب الحدث ، في حين لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعث استعادة الحدث ، الفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (2): نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث (كرب ما بعد الصدمة) في القياس القبلي

مقياس تأثير الحدث	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م
كرب ما بعد الصدمة	26.1	7.4	23.4	8.0
استعادة الحدث	16.3	4.4	12.9	5.2
تجنب الحدث	9.7	5.1	10.5	5.0

// P-value >0.05 *P-value <0.05 ** P-value <0.01

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث

(كرب ما بعد الصدمة) في القياس البعدي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة ($t = 1.99, P\text{-value} < 0.05$) ، والفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، حيث بلغ متوسط درجات كرب ما بعد الصدمة لأطفال المجموعة التجريبية 25.9 درجة ، في حين بلغ متوسط درجات أطفال المجموعة الضابطة 22.3 درجة .

كما تبين وجود فروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعث استعادة الحدث بعد تطبيق الجلسات الإرشادية ، الفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية .

في حين لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعث تجنب الحدث ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

بالنسبة لدرجات القلق الكلي عند الأطفال ($t=3.0, P\text{-value}<0.05$) ، والفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية. كما تبين وجود فروق بين أطفال المجموعتين في الأبعاد التالية (الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة ، خوف الانفصال عن الأم ، المخاوف الاجتماعية ، الوسواس القهري ، القلق العام والزائد) في القياس البعدي، والفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، في حين لوحظ عدم وجود فروق بين أطفال المجموعتين لبعد مخاوف الإصابة الجسدية في القياس البعدي ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (7) : نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس القلق عند الأطفال في القياس البعدي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مقياس القلق عند الأطفال
		ع	م	ع	م	
* 0.02	2.39	7.3	18.8	8.0	23.0	الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة
** 0.001	3.49	5.4	14.6	4.6	18.6	خوف الانفصال عن الأم
// 0.08	1.76	4.2	11.9	4.0	13.5	مخاوف الإصابة الجسدية
* 0.02	2.35	4.2	13.6	4.6	16.0	المخاوف الاجتماعية
** 0.001	3.30	4.2	14.1	3.7	17.1	الوسواس القهري
** 0.001	3.01	4.8	13.7	4.7	16.9	القلق العام والزائد
** 0.003	3.0	25.4	99.9	22.5	116.9	القلق الكلي

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

مدى تأثير جلسات التفرغ الانفعالي في تخفيف حدة كرب ما بعد الصدمة عند أطفال المجموعة التجريبية :

للتحقق من ذلك تم إجراء اختبار "ت" Paired T-Test للكشف الفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين) Paired Sample T-test ، في القياس القبلي والقياس البعدي لأطفال العينة التجريبية ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (8) : نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس تأثير الحدث (كرب ما بعد الصدمة) لأطفال العينة التجريبية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	متوسط الفرق	القياس البعدي		القياس القبلي		مقياس تأثير الحدث
			ع	م	ع	م	
// 0.67	0.43	0.43	8.0	24.3	7.8	24.7	كرب ما بعد الصدمة
* 0.04	2.08	1.26	5.1	13.4	5.1	14.6	استعادة الحدث
// 0.26	-1.15	-0.83	4.6	10.9	5.1	10.1	تجنب الحدث

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

جدول (5) نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس البعدي

مقياس العنف ضد الآخرين	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
العنف المادي نحو الآخرين	13.1	3.7	12.3	3.3	1.01	// 0.31
العنف اللفظي نحو الآخرين	9.6	3.3	9.3	2.6	0.46	// 0.65

// P-value >0.05 *P-value <0.05 ** P-value <0.01

القلق النفسي لدى الأطفال

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس القبلي:

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات القلق الكلي عند الأطفال ($t=1.2, P\text{-value}>0.05$) . وهذا يدل على وجود تجانس بين أطفال المجموعتين بالنسبة للقلق الكلي ، كما لوحظ عدم وجود فروق جوهرية بين أبعاد مقياس القلق بين أطفال المجموعتين وهما (خوف الانفصال عن الأم ، مخاوف الإصابة الجسدية ، المخاوف الاجتماعية ، الوسواس القهري ، القلق العام والزائد) ، في حين وجدت فروق بين أطفال المجموعتين لبعد الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة في القياس القبلي ، والفروق كان لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (6) : نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس القلق عند الأطفال في القياس القبلي

مقياس القلق عند الأطفال	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة	22.9	6.8	19.0	7.4	2.41	* 0.02
خوف الانفصال عن الأم	17.7	4.3	16.3	4.7	1.37	// 0.17
مخاوف الإصابة الجسدية	13.2	4.4	12.2	4.5	0.98	// 0.33
المخاوف الاجتماعية	14.5	4.7	14.0	4.3	0.51	// 0.61
الوسواس القهري	16.7	4.3	16.2	4.1	0.55	// 0.59
القلق العام والزائد	17.8	4.5	15.6	4.9	1.99	// 0.06
القلق الكلي	112.9	22.0	105.9	24.8	1.2	// 0.20

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس البعدي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة

خوف الانفصال عن الأم	17.0	4.5	16.6	5.4	0.41	0.72	//0.47
مخاوف الإصابة الجسدية	12.7	4.4	12.7	4.2	-0.01	0.03	//0.98
المخاوف الاجتماعية	14.2	4.5	14.8	4.5	-0.55	1.27	//0.21
الوسواس القهري	16.4	4.2	15.6	4.2	0.80	1.43	//0.16
القلق العام والزائد	16.7	4.8	15.3	5.0	1.39	2.65	**0.01
القلق الكلي	109.4	23.6	108.4	25.3	1.05	0.46	//0.65

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لأعراض القلق الكلي، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض أعراض القلق لدى الأطفال، كما لوحظ عدم وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض الأعراض التالية (الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة، خوف الانفصال عن الأم، مخاوف الإصابة الجسدية، المخاوف الاجتماعية، الوسواس القهري)، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات القلق العام والزائد عند أطفال المجموعة التجريبية، حيث بلغ متوسط الفرق 1.39 درجة.

المناقشة

تعتبر هذه الدراسة من أول الدراسات التي أجريت على الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة بعد الحرب على غزة وخاصة الأطفال القاطنين في منطقة الزيتون في غزة وهي من المناطق التي تعرضت بشكل كبير لشتى أنواع الصدمات النفسية وذلك لمعرفة تأثير جلسات التفريغ النفسي من خلال المجموعات على تخفيض ردود الفعل النفسية لدى الأطفال في قطاع غزة والعنف بعد تعرضهم للحرب على غزة التي استمرت من 2008-12-28 ولمدة ثلاثة وعشرون يوماً سقط فيها العديد من الشهداء والجرحى. وتبين في هذه الدراسة أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرحلتين بعد التدخل الذي استمر لمدة أسبوعين و شمل العديد من النشاطات التي قد تساعد الأطفال في التغلب على ردود الفعل النفسية المتمثلة في مجموع كرب ما بعد الصدمة، وأعراض تجنب الحدث الصادم بعد التدخل، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض ردود الفعل النفسية عن الصدمة لدى الأطفال، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات أعراض استعادة الخبرات الصادمة المتمثلة في انخفاض استعادة الذكريات المؤلمة للحدث الصادم والذكريات الاقتحامية المتعلقة بالخبرات الصادمة.

و بالنسبة لمستوى العنف لدى الأطفال فلم يكن للجلسات التي أجريت أي أثر في خفض مستوى العنف عند الأطفال تجاه الأطفال الآخرين الذين في سنهم، بينما وجدت الدراسة خفض في درجات القلق العام والزائد عند الأطفال بعد التدخل.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسات سابقة في نفس المجال ففي دراسة ثابت و فوستاس في (2005) في دراسة تهدف إلى تقييم الأثر القصير الأجل من مجموعة التدخل في الأزمات لأطفال تتراوح أعمارهم بين 9-15 سنوات من خمسة مخيمات للاجئين في قطاع غزة خلال الانتفاضة. و تبين أن لا تأثير كبير للجلسات على أعراض الاكتئاب، وردود الفعل ما

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض الاضطرابات الناجمة عن الصدمة لدى الأطفال، وكذلك لوحظ عدم وجود فروق بين درجات القياس القبلي و البعدي على بعد تجنب الحدث، أي أن جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن لها دور في خفض درجات بعد تجنب الأحداث الصادمة التي تعرضوا لها أطفال المجموعة التجريبية، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات بعد استعادة الحدث، حيث بلغ متوسط الفرق لبعده استعادة الحدث 1.26 درجة.

• مدى تأثير الجلسات في تخفيف حدة العنف ضد الآخرين عند أطفال المجموعة التجريبية :

للتحقق من ذلك تم إجراء اختبار "ت" Paired T-Test لكشف الفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين) Paired Sample T-test، في القياس القبلي والقياس البعدي لأطفال العينة التجريبية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (9): نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس العنف ضد الآخرين لأطفال العينة التجريبية

مقياس العنف ضد الآخرين	القياس القبلي		القياس البعدي		متوسط الفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م			
العنف المادي نحو الآخرين	12.8	3.4	12.7	3.5	0.04	0.10	//0.92
العنف اللفظي نحو الآخرين	9.3	2.9	9.5	3.0	-0.18	0.44	//0.66

** P-value <0.01 // P-value >0.05 *P-value <0.05

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي نحو الآخرين، أي أن الجلسات لم يكن لها أثر في خفض درجات العنف الموجودة عن الأطفال تجاه الأطفال الآخرين الذين في سنهم.

مدى تأثير جلسات التفريغ الانفعالي في تخفيف أعراض القلق عند أطفال المجموعة التجريبية :

للتحقق من ذلك تم إجراء اختبار "ت" Paired T-Test لكشف الفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين (غير مستقلتين) Paired Sample T-test، في القياس القبلي والقياس البعدي لأطفال العينة التجريبية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (10): نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس القلق عند الأطفال لأطفال العينة التجريبية

القلق عند الأطفال	القياس القبلي		القياس البعدي		متوسط الفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م			
الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة	20.9	7.3	20.9	7.9	0.04	0.05	//0.96

شكر وتقدير

نتقدم بالشكر للاخوة العاملين في برنامج غزة و مؤسسة القطان و خاصة الاخت ريم أبو جبارة في تنفيذ الدراسة، وأخص بالشكر من برنامج غزة الأخ مساعد البحث الأحصائي خليل مقداد عما قدمه في هذه الدراسة من جهد موفور، و أتقدم بالشكر و التقدير للأطفال الذين شاركوا في هذه الدراسة.

References

- Dyregrov A, Kuterovac G & Barath A. (1996). Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 339-350.
- Dyregrov, A. (1999). Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health* 1: 175-181.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H., & March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 466-476.
- Goenjian, A.K., Karayan, I.L., Pynoos, R.S., Minassian D., Najarian, L.M., Steinber, A.M., & Fairbanks, L.A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536-542.
- Gupta, L., & Zimmer, C. (2008). Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 212-216.
- Horowitz, M. J. (1979). *Psychological response to serious life events*. In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach*. Chichester: Wiley.
- Pynoos, R., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 444-473.
- Salloum, A., Avery, L &., McClainm R. P. (2001). Group psychotherapy for adolescents survivors of homicide victims: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1261-1267.
- Spence, S. H. (1997). The structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 280-297.
- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M.N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.

بعد الصدمة. وتتفق هذه الدراسة مع دراسات سابقة في نفس المجال فقد بينت دراسة العلاج بالكتابة للأطفال المصدمين في قطاع غزة في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط ردود فعل الأطفال النفسية بعد الصدمة بعد انتهاء فترة العلاج ، وأفادت هذه الجلسات المراهقين النفسية. ولكن أعراض مثل الإقحام والتجنب لم تتغير. وكذلك في مستوى الاكتئاب بعد التدخل لم تتغير. وتبين أن الكتابة أدت إلى انخفاض مستوى القلق بعد التدخل. وكذلك في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) في دراسة تهدف إلى تقييم جلسات التدخل في المدرسة للأطفال الذين يعيشون في منطقة الصراع في الحرب الدائرة. وتم أخذ عينة عشوائية من 240 من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 10-16 عاما ممن يعانون من نتائج الصدمات النفسية الناتجة عن النزاع الحالي في قطاع غزة ، و هدفت الجلسات إلى تسهيل الاتصالات بين الأطفال و البالغين، ومناقشة المخاوف والمعتقدات ، وإبراء الذمة من المشاعر ، وتمكينها من أداء دورها في بناء مستقبلهم. والرسم ورواية القصص ، ولعب الأدوار. الأطفال أفادوا بان هذه الجلسات أدت إلى انخفاض مشاكل الصحة النفسية. ومع ذلك لا يتفق هذا مع رأي الآباء والأمهات الذين لم يلاحظوا أي تغيير في المشاكل السلوكية والعاطفية للأطفال بعد التدخل. النتائج التي توصلت إليها الدراسة تبين أن استخدام الجلسات في المدارس في زمن الحرب يمكنها تحسين الصحة النفسية للأطفال، و في دراسة ثابت وآخرون (2009) تحت الطبع) لعدد 84 من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 12-17 لمعرفة تأثير جلسات السيكودراما على الصحة النفسية للأطفال من ضحايا الحرب والصدمات النفسية في قطاع غزة ، وجدت هذه الدراسة أن هناك دلالة إحصائية على انخفاض في مستوى المشاكل النفسية و أعراض فرط النشاط وفقا للمراهقين ، وأظهرت النتائج أن هناك انخفاضا في مستوى القلق و الوسواس بعد التدخل على حسب رأي الوالدين.. إلا أن المدرسين لم يبلغوا عن تحسن في مشكلات الصحة النفسية في معظم المراهقين.

التطبيقات العملية والتوصيات

لقد بينت هذه الدراسة أن هناك فاعلية لبرامج التدخل العلاجية بعد الحرب على الأطفال في التخفيف في حدة ردود الفعل النفسية الناتجة عن الصدمات و لكن نتيجة لعدم وجود جو آمن في قطاع غزة و لاستمرار الحصار و التهديد بالحرب على قطاع غزة فإن فاعلية مثل تلك البرامج تظل محدودة في اطار الأطفال و عليه توصي الدراسة بما يلي:

- 1- يجب إيجاد بيئة آمنة للأطفال في وجود البالغين الذين يثق فيهم الأطفال و يكونون قادرين على تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لهم.
- 2- يجب استخدام برامج تدخل طويلة المدى تعتمد أساليب حديثة مثل العلاج النفسي الإدراكي من خلال المدارس.
- 3- يجب تدريب العاملين في المؤسسات التي تتعامل مع هذه الشريحة على كيفية الاكتشاف المبكر للحالات النفسية التي تحتاج للتدخل و تعليمهم المهارات اللازمة للتدخل النفسي الاجتماعي.
- 4- يجب تدريب المدرسين و الآباء على كيفية معرفة ردود الفعل النفسية و الاجتماعية للأطفال و طرق التعامل مع الأطفال في الظروف الصعبة و إيجاد بدائل للثواب و العقاب بدلا من العقاب البدني.
- 5- الحاجة إلى مزيد من وسائل جديدة للتدخل من أجل الأطفال الذين يعيشون في منطقة الحرب والصراع مثل العلاج الإدراكي والسلوك والتدريب على المهارات الاجتماعية لتمكين الأطفال من التعامل مع الصدمات النفسية الناتجة عن الحرب و الضغوط النفسية المختلفة.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009c in press). Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009d in press). Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents.
- Yule, W. (1994). Post-traumatic stress disorders: In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), Child and adolescent psychiatry : Modern approaches (3rd ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Thabet AA, Khalid Karim, & Vostanis P .(2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. European Child and Adolescent, Psychiatry, 14, 262-269.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009a in press). Manualized expressive writing therapy for Palestinian Adolescents in the Gaza Strip.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009b in press). Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip.

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

غزة... التداخيات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء...

غزة... التداخيات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء...

ePsydict EF – English - FRENCH Edition (CD)

English French - English French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي
www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين

و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- غزة

هند سليمان سالم أبو عيادة - غزة، وكالة غوث وتشغيل اللاجئين

د. عبد العزيز موسى ثابت - الطب النفسي، غزة - فلسطين

Abdelazizt@hotmail.com

الملخص

الهدف: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة بين أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- قطاع غزة، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، التعليم، السكن، الدخل الشهري، عدد أفراد الأسرة و نوع الإعاقة.

العيننة: اشتملت العينة على (306) والد ووالدة بواقع (151) أب و (155) أم و تم اختيارهم بطريقة قصديه غير عشوائية.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس استراتيجيات التأقلم، مقياس تايلور للقلق، و اختبار بيك للاكتئاب

النتائج: أوضحت النتائج أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين، يليها الانتماء، التحكم بالنفس، التخطيط لحل المشكلات و في المرتبة الخامسة يأتي التفكير بالتمني و التجنب، يليها تحمل المسؤولية، و جاءت إستراتيجية الارتباك و الهروب في المرحلة الأخيرة، كما وتبين وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في إستراتيجية الارتباك و الهروب لصالح الآباء. كما و توجد فروق في استخدام إستراتيجي إعادة التقييم و التحكم بالنفس تعزى لعدد أبناء الأسرة، و الدخل الشهري، المستوى التعليمي، نوع السكن و نوع الإعاقة. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق و الاكتئاب. و توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق تعزى لعدد الأبناء، المستوى التعليمي للآباء و الأمهات، و توجد فروق دالة إحصائية في القلق و الاكتئاب تعزى للدخل الشهري، و لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق و الاكتئاب تعزى لنوع السكن، و نوع الإعاقة.

توجد علاقة ارتباطيه بين القلق و استراتيجيات التأقلم (التفكير بالتمني و التجنب، الانتماء، و الارتباك و الهروب) كما توجد علاقة ارتباطيه بين الاكتئاب و استراتيجيات التأقلم (التفكير بالتمني و التجنب، إعادة التقييم و الارتباك و الهروب).

التوصيات: يتضح من خلال ما سبق عرضه و في سياق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أهمية استخدام استراتيجيات تأقلم إيجابية و التي من شأنها أن تخفف من أعراض القلق و الاكتئاب لدى أهالي الأطفال المعاقين، حيث يتضح جلياً من خلال نتائج الدراسة أن إستراتيجية إعادة التقييم تعتبر من أكثر الاستراتيجيات التي يجب التركيز عليها و الحث على استخدامها، و ذلك لما يترتب عليها من نتائج مذهلة لذوي المعاقين للتأقلم مع المواقف الضاغطة التي يتعايشون معها، و هذا لايلغي أهمية استخدام إستراتيجية الانتماء، التحكم بالنفس و التخطيط لحل المشكلات و تحمل المسؤولية هذا و ترى الباحثة أن من ما شأنه أن يخفف من الأعباء النفسية و المادية لأهالي الأطفال المعاقين، هو أن يكون هناك اهتمام أكبر بهذه الفئة، عن طريق تخص المؤسسات المعنية في تقديم الخدمات للمعاق و بالتالي يتم تغطية متطلباتها الأساسية التي تثقل و لديه نفسياً و فكرياً. ويرى الباحثين أن هناك إجراءات يمكن إتباعها لتعزيز الاستراتيجيات الإيجابية، لضمان وقاية أهالي الأطفال المعاقين من القلق و الاكتئاب.

المقدمة

الإسرائيلي للأرض الفلسطينية منذ عدة عقود. (وزارة الصحة، 2004). وحيث كان للانتفاضة الأولى عام 1987 و التي استمرت سبع سنوات و انتفاضة الأقصى 2000 سبباً رئيسياً في تزايد عدد الإعاقات كنتيجة

للممارسات الوحشية للجيش الإسرائيلي الذي يستخدم أحدث الأسلحة حتى المحرمة دولياً في مواجهة المواطنين العزل و التي تصيب الرأس و العمود الفقري و الأطراف بقصد متعمد إما للقتل أو للإعاقة الدائمة. هذا

تتميز مشكلة الإعاقة والمعاقين بخصوصية هامة في المجتمع الفلسطيني وذلك للوضع الاستثنائي الذي يعيشه المجتمع الفلسطيني. حيث يعتبر مستوى نسبة الإعاقة في فلسطين من أعلى مستويات الإعاقة في العالم حيث تبلغ النسبة 2.5% إلى 4% وذلك ناتج عن الظروف البالغة الصعوبة التي يمر الشعب الفلسطيني كنتيجة للحرب و الاحتلال

أنماط التكيف لدى الأمهات اللاتي يعانين من وجود طفل لديه مشاكل مزمنة في التغذية ، تكونت العينة من (35) أم خلال وجود أطفالهن في المستشفى لتلقي العلاج، و استخدم مقياس التكيف (Coping Health Inventory – CHIP) ، وأظهرت أن معظم الأمهات يستخدمن إستراتيجية التكيف القائمة على التركيز على المشاعر، طلب الدعم. و أن معظم الأمهات يستخدمن إستراتيجية التركيز على حل المشكلة بطلب المعلومات عن المرض ، و استخدم نشاطات مع أفراد العائلة.

وفي دراسة (Mathiled Azar, Lina Badr 2006) عن تأقلم الأمهات التي لديهن أطفال ذو إعاقة عقلية في لبنان ، حيث هدفت الدراسة للتعرف على العوامل التي تلعب دورا في تأقلم الأمهات و رعايتهن للأطفال الذين لديهم خلل عقلي. حيث تكونت العينة من (127) أم مسجلة أطفالهم في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة في المدينة في لبنان، حيث تم استخدام أربع أدوات لجمع المعلومات 1- الجرد العائلي لأحداث و متغيرات الحياة، 2- مؤشر الضغط الأسري 3- مقياس التقييم الشخصي الموجه للازمات العائلية، 4- مقياس الاكتئاب و كانت أهم النتائج هي أن (46.5%) من النساء لديهن أعراض اكتئاب و (60%) من النساء سجلوا نسبة عالية من الضغوط ، أيضا بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية ظهر أن النساء الذين لديهم دخل عال و تأمين صحي لديهم ضغط أقل من قليلي الدخل و بدون تأمين ، و أن العائلات الكبيرة من الأمهات ذوات مستوى التعليم المنخفض لديهم مصادر تأقلم أقل من العائلات الصغيرة.

وفي دراسة (Mcconkey et al, 2006) حيث هدفت الدراسة للتعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الأمهات و الدعم الرسمي المتاح لهن، و ذلك من خلال ثلاث ثقافات مختلفة و هي (الأيرلندية-التايوانية - الأردنية) . و أشارت النتائج أن الأمهات يعانين من مستوى عال من النقص في مستوى الصحة النفسية لديهن مرتبط باستخدام استراتيجيات تكيف سلبية مثل الإنكار، التجنب و علاقات اجتماعية قليلة، و أن هناك علاقة واضحة تلعب دورا رئيسيا في استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية مرتبط بالمشاكل السلوكية لدى أطفالهن . وهذه النتائج تنطبق على الثلاث ثقافات.

الدراسات التي تناولت القلق و الاكتئاب لذوي المعاقين و علاقتها بالتكيف ، فقد أظهرت الدراسات وجود مستوى من القلق لدى الأمهات خاصة اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات. ففي دراسة (Aras, S. 2006) التي هدفت لتقييم اضطرابات الشخصية ، مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات اللاتي أطفالهن يعانون من مشكلة رفض الطعام، حيث تم اختيار (30) أعمار أطفالهن (6-1) سنوات ، بالإضافة لوجود مجموعة ضابطة من الأمهات تبلغ (30) أم أيضا، استخدم مقياس (Beck) للاكتئاب و مقياس القلق (State-Trait Anxiety Inventory). و أشارت أهم النتائج أن نسبة القلق و الاكتئاب عند أمهات الأطفال المرضى اعلى من نسبة المجموعة الضابطة ، و أن قدرة الأمهات على أداء المهام العائلية أقل بكثير من أمهات المجموعة الضابطة. و لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في اضطرابات الشخصية. وفي دراسة (Abasiubong et al, 2006) حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات الآتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات التعلم ، تكونت العينة من (106) أم لديهن أطفال ذو مشاكل تعليمية مقارنة ب (106) أم لديهن أطفال و لكن لا يعانون من مشاكل تعليمية حيث تم استخدام مقياس القلق (State- trait Anxiety Inventory) و مقياس (Beck) للاكتئاب . و أهم النتائج: هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق عند الأمهات بين المجموعتين بنسبة (25.5%). و هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند الأمهات بين المجموعتين بنسبة (10.4%). و أن الصعوبات و المشاكل الزوجية تؤثر في مستوى القلق و الاكتئاب. و في دراسة (Dellve et al, 2006)

بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل الوراثة و الزواج المبكر و زواج الأقارب و ازدحام السكان و عوامل البيئة و سوء التغذية، كل هذه الأسباب مجتمعة تؤدي إلى زيادة نسبة المعاقين في صفوف الشعب الفلسطيني.

يصل عدد المعاقين في كل من الضفة الغربية و قطاع غزة إلى 46.063 نسمة حيث تبلغ عدد الحالات في قطاع غزة 16.214 أي بنسبة 1.6% (وزارة الصحة، 2004)

أما عن المنطقة الوسطى يوجد هناك (7373) حالة إعاقة بحسب (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، 2005) و حيث انه هناك أربع مؤسسات تعنى بالمعاقين و لكن تعتبر (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين) هي الأهم في المنطقة الوسطى.

لذا نتيجة لكبر حجم هذه الفئة رأينا أنها تستحق الدراسة و حيث أن هذه الفئة تحتاج لمن يساعدوا في تدبير وسائل عيشها اليومية ، وفي مجتمعنا الفلسطيني يقع العبء الأكبر من المسؤولية على الوالدين و حيث أن الأبوة و الأمومة هي من أكثر الأدوار تحديا التي يواجهها الرجل و المرأة في حياتهما، فتربية الأطفال هي عملية ضاغطة عبر جميع المراحل ، فكون الوالدين لديهم طفل معاق داخل الأسرة فهذا يؤثر على كل أفراد العائلة و على علاقاتهم الداخلية و الخارجية، و نجد أن هناك عائلات تتكيف مع الموقف جيدا و تكون قادرة على إكمال حياتها بشكل طبيعي و هناك عائلات لا تستطيع التكيف و تكون في مرحلة ضغط و تغير كبير (ثومبازون، 2000) حيث أن الوالدين الذين لديهم طفل معاق سجلوا أعلى نسبة من المتطلبات النفسية والعاطفية و الجسدية و المالية. وفي دراسة أخرى ل (Taani et al, 2002) عن التأقلم لدى الوالدين الذين لديهم أطفال ذو إعاقات جسدية أو عقلية. حيث هدفت الدراسة لتوضيح آلية التأقلم لدى العائلات الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات عقلية و جسدية، ما هو نوع استراتيجيات التأقلم؟. أظهرت النتائج أن المعلومات و التقبل و التعاون العائلي الجيد و الدعم الاجتماعي لها علاقة باستراتيجيات التأقلم التي تستخدم بشكل كبير و متكرر، حيث نصف العائلات وجدت طرق ناجحة للتكيف ، بينما النصف الآخر يواجه مشاكل أساسية، و حيث هناك خمس ميادين أو حقول أساسية و حيث أن التكيف العالي أو المنخفض يختلف بمعظمه من شخص لآخر (1) التجربة الأولية للوالدين (2) السمات الشخصية (3) تأثير إعاقة الطفل على حياة العائلة (4) أداء الحياة اليومي (5) الدعم الاجتماعي .

و في دراسة (Nor Zaidah et al, 2004) بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى أمهات أطفال معاقين في مراكز التأهيل في المجتمعات الريفية في موارا-ماليزيا. فقد هدفت الدراسة للوصول للأنواع المختلفة لأنماط التكيف للأمهات التي لديهن أطفال معاقين و العوامل المؤثرة . تم استخدام المنهج الوصفي دراسة مقطعية حيث تم استخدام مقياس التكيف للظروف الضاغطة (Coping Inventory Stressful Situation (CISS) ، العينة تكونت من (81) أم تم اختيارهم من مراكز تأهيل مجتمعية من قرينين. و أهم النتائج استخدمت الأمهات في الغالب استراتيجيات التأقلم المتعلقة بالتجنب ، انخفاض في نسبة اللهو أو التسلية الاجتماعية أما عن النساء المطلقات و ذوات المستوى التعليمي المنخفض كن أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التأقلم العاطفية، بينما الأمهات التي لديهن أطفال أقل من عمر 5 سنوات استخدمن إستراتيجية التجنب، ولم يكن هناك فروق ذو دلالة إحصائية واضحة مرتبطة بعمر الأم ، العرقية ، مدة الزواج، و عدد الأطفال.

في دراسة (Garro, 2004) لأنماط التأقلم لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفال يعانون من مشاكل مزمنة في التغذية. و التي تهدف للتعرف على

وفي دراسة (Webster et al, 2008) بعنوان القلق عن الوالدين لأطفال في مرحلة المدرسة لدى تشخيصهم في مرحلة ما قبل المدرسة بتأخر النمو. وهدفت الدراسة للتعرف على القلق الأبوي لأبناء شخصوا في مرحلة ما قبل المدرسة بتأخر النمو، تكونت العينة من (65) والد ووالدة معدل أعمار أطفالهم (7-7.3) سنوات و تم استخدام مقياس القلق State-Trait Anxiety Inventory، ووأشارت أهم النتائج أن أكثر من 40% من الآباء لديهم مستوى عال من القلق، و تقريباً نصف الآباء أظهروا مستوى هام من القلق طبياً.

وعليه هدفت هذه الدراسة التعرف على استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين وعلاقتها بالقلق والاكنتاب لدى الوالدين في المنطقة الوسطى في قطاع غزة.

طريقة البحث

العينة

قامت الباحثان بتحديد مجتمع الدراسة، وهو يتكون من (153) من الأسر التي يوجد لديها أطفال معاقين حركياً أو عقلياً في المنطقة الوسطى من قطاع غزة، وهم جزء من إجمالي عدد أهالي الأطفال المعاقين والبالغ عددهم (459) من أسر الأطفال المعاقين. وقام الباحثان باختيار عينة البحث بطريقة القصدية (غير عشوائية) حيث تم دراسة جميع أهالي الأطفال شديدي الإعاقة حركياً وعقلياً (sever) ما بين سن (0-18) عام حيث بلغ عددهم (153) طفل و طفلة، و بلغ عدد أفراد العينة (306) من أهالي الأطفال المعاقين، منهم (151) من الآباء بنسبة (49.3%)، ومنهم (155) من الأمهات بنسبة (50.7%) من أهالي الأطفال المعاقين، وتراوح أعمار العينة من 18-64 سنة، (بمتوسط 36.16 سنة وانحراف معياري 8.43).

واقصر البحث الحالي على عينة من أهالي الأطفال المعاقين حركياً وعقلياً في المنطقة الوسطى -قطاع غزة، من الذكور والإناث (آباء وأمهات)، وذلك من خلال تطبيق المقاييس المذكورة لاحقاً وتمت هذه الدراسة في الفترة ما بين (20-1-2008) إلى (15-2-2008).

طريقة البحث

تقدم الباحثان بطلب لجنة هلسنكي بهدف الحصول على الموافقة لإجراء البحث على العينة التي تم تحديدها وتمت الموافقة عليها، وقام الباحثان بالحصول على كتاب خطي من الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، للموافقة على تطبيق الأدوات على عينة البحث. كما وقام الباحثان بالاستئذان الخطي كتابياً من أفراد العينة مباشرة في مقدمة كل مقياس بهدف توضيح كيفية الإجابة عليها وإعطائهم نبذة عن موضوع البحث. تعهد الباحثان للمبحوثين بأن هذه المعلومات التي سيتم جمعها ستبقى سرية، بحيث لم يطلب تسجيل اسم المبحوث على أداة البحث، وأن البيانات التي سيتم جمعها ستقتصر على إجراءات البحث العلمي فقط.

أدوات البحث

مقياس استراتيجيات التكيف

مقياس (استراتيجيات التكيف) Ways of Coping، الصيغة المعدلة، أعدها في الأصل (Folkman, Lazarus, Dunkel, Schetter, 1985) والمقياس الأصلي مكون من (46 عبارة) تغطي (8 أبعاد)، تصف كيفية مواجهة الناس للضغوط النفسية، وقام سميير قوطة (1997) بتعريبها وتقنينها على البيئة الفلسطينية، وتحتوي الصيغة المقننة على (44 عبارة)، حيث طلب مقنن المقياس من عينة التقنين أن يتذكروا المواقف الضاغطة التي مروا بها، ثم الإجابة على عبارات المقياس بطريقة ليكرت، على تدرج رباعي للإجابة كما يلي:

عن الضغط والقلق بين آباء الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة. حيث هدفت هذه الدراسة الطولية إلى تحديد الضغط والقلق لدى الآباء والأمهات اللذين لديهم أطفال يعانون من أمراض نادرة، العينة تتكون من (136) أم و (108) أب، حيث تم استخدام مقياس الضغط (PSI-SF-Abdin 1995) ومقياس (Taylor) للقلق، وأهم النتائج: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات والآباء في مستوى القلق والضغط النفسي. وأن الأمهات العازبات سجلن نسبة أعلى في مستوى القلق (24%).

الأمهات والآباء الذين يعملون بدوام كامل سجلوا نسبة أقل من غير العاملين أو العاملين بدوام جزئي في مستوى القلق بنسبة (16.8%). وفي دراسة (Hong, 2006) والتي بعنوان القلق عند الآباء والأمهات اللذين لديهم أطفال يعانون من تأخر عقلي في فيتنام. وهدفت الدراسة لاختبار مستوى القلق لدى الآباء والأمهات ذوي الأطفال الذين يعانون من تأخر عقلي، حيث تكونت العينة من (106) أم و (93) أب تتراوح أعمار أطفالهن ما بين (3-6) أعوام، و تم استخدام مقياس القلق (State-trait Anxiety Inventory) بعد ترجمته للغة الأفغانية. وأهم النتائج: هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق عند الأمهات عن الآباء. الأمهات اللاتي لديهن أطفال إناث سجلوا نسبة أعلى في القلق عن الأمهات اللاتي لديهن أطفال ذكور.

وأشارت النتائج أن الآباء ذوي الدخل المتدني والذين لديهم شبكات دعم اجتماعي أقل سجلوا مستوى عال من القلق بنسبة (46.3%). وكلا الآباء والأمهات سجلوا مستوى عال من القلق بنسبة (53.23%) فيما يتعلق بموضوع الوصمة (Stigma). وفي دراسة (Dellvel, et al, 2006) والتي بعنوان الاكنتاب لدى آباء الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة وهدفت الدراسة للتعرف على مستوى الاكنتاب لدى والدي الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة، حيث تم استخدام الدراسة الطولية مع قاعدة بيانات أساسية ومن ثم المتابعة فترة (12-6 شهر)، العينة تكونت من (136) أم و (108) أب و تم استخدام مقياس (Beck) للاكنتاب. أهم النتائج تمثلت في نسبة ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكنتاب عند الأمهات العازبات، وأظهرت النتائج مستوى عال من الاكنتاب لدى الآباء مرتبط بعدم الكفاءة، وأن الآباء الذين يتلقون المعرف عن المشكلة يستخدمون أساليب تكيف إيجابية ويتلقون الدعم الاجتماعي سجلوا مستوى أقل من الاكنتاب.

وفي دراسة (Nitta O, et al, 2007) وهي بعنوان الاكنتاب والصحة النفسية لأمهات أطفال يعانون من إعاقات حركية حادة في عمر المدرسة ويعانون من شلل دماغي. وهدفت الدراسة لتوضيح العلاقة بين الاكنتاب والصحة النفسية لأمهات لديهن أطفال في عمر المدرسة ويعانون من شلل دماغي، العينة تكونت من (249) أم و تم استخدام مقياس (Beck) ومقياس (General Health Qustionair-12) للصحة النفسية، وكانت أهم النتائج وجود دلالة إحصائية هامة بين مستوى الاكنتاب والصحة النفسية لدى الأمهات. وفي دراسة (Meijer Am, et al, 2007) والتي بعنوان التنبؤات بسلوكيات التأقلم والقلق عند الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من الصرع. حيث هدفت الدراسة لوصف مستوى القلق وسلوكيات التأقلم المستخدمة من قبل الوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من الصرع. العينة تكونت من (91) والد و والدة متوسط أعمار أطفالهم ما بين (8 سنوات و 5 أشهر) تم استخدام مقياس التكيف (Coping Health Inventory) ومقياس القلق (State-T Anxiety Inventory)، وأهم النتائج ظهرت بوجود أثر مباشر بين سلوكيات التأقلم المستخدمة ومستوى القلق لدى الآباء، حيث أظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية واضحة بين استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية وبين مستوى القلق لدى الآباء.

درجة تعني لا يوجد قلق)، (27 – 32 تعني قلق خفيف)، (33 – 40 درجة تعني قلق شديد)، (41 درجة وفوق تعني قلق شديد جداً). وتم تقدير الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمة ألفا تساوي (0.86)، وكانت قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تساوي (0.79).

و تم استخدام هذا المقياس في البيئة الفلسطينية في دراسة العنف ضد المرأة. (ثابت و آخرون، 2007)

مقياس بك للإكتئاب: إعداد (Beck I, 1984) وتعريب غريب غريب

هذا المقياس يتكون من 21 بند، تقيس شدة الاكتئاب في البالغين، ولقد استخدم في العديد من الدراسات السابقة، و يتم حساب النقاط وفقاً لترتيب ليكرت الرباعي وتتراوح درجات الاستجابة عليه بين (0) وتعني عدم وجود عرض إلى (3) وتعني وجود عرض شديد، و تم حساب مصداقية المقياس الداخلية و كان معامل ألفا = 0.81، ومعامل الثبات = (0.82) (Beck, 1988).

النسخة العربية من هذا المقياس تم حسابها في دراسات على البيئة المصرية وكان مصداقية هذا المقياس باستخدام معامل ألفا = 0.79 (غريب، 2000). و تم استخدام هذا المقياس في دراسات أخرى في البيئة الفلسطينية، و كانت مصداقيته عالية (أبو ليله، 2008 وأبو سيف، 2007)، (ثابت، 2007).

طرق جمع وتحليل المعلومات:

بعد الحصول على موافقة لجنة هلسنكي على موضوع الدراسة وموافقة أهالي الأطفال المعاقين على تطبيق المقاييس عليهم، قام الباحثين بتدريب 5 مهنيين يعملون في مجال الإعاقات للمساعدة في تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة، وبعد الانتهاء من التطبيق استخدم الباحثين برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) لتفريغ البيانات وتصفياتها ومعالجتها، ولتحليل البيانات واختبار الفرضيات استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

1. اختبار (ت) T - Test للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة:

للكشف عن الفروق بين متوسطي درجات أمهات وآباء الأطفال المعاقين في استراتيجيات التأقلم، والفروق بين متوسطي درجات أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً، في كل من استراتيجيات التأقلم، والاكتئاب، والقلق.

2. تحليل التباين الأحادي:

للتحقق من أثر الاختلاف في عدد الأبناء، وتعليم الآباء، وتعليم الأمهات، والدخل الشهري للأسرة، ونوع السكن على كل من استراتيجيات التأقلم، والقلق، والاكتئاب لدى أفراد العينة.

3. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية:

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للمقاييس الفرعية لاستراتيجيات التأقلم وللفقرات الاكتئاب.

4. التكرارات والنسب المئوية:

للتحقق من مدى شيوع كل من الاكتئاب والقلق لدى أفراد العينة.

5. معامل ارتباط بيرسون:

للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التأقلم من جهة وكل من الاكتئاب والقلق من جهة أخرى.

■ لم أفعّل ذلك مطلقاً.

■ فعلت ذلك نادراً.

■ فعلت ذلك أحياناً.

■ فعلت ذلك كثيراً.

وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه ، وذلك بوضع علامة (X) أمام العبارة تحت العمود الذي يتفق مع رأيه .

وتتراوح درجة كل عبارة من عبارات المقياس من 1 إلى 4 درجات ، بحيث إذا وضع المفحوص علامة (X) أمام العبارة في العمود (لم أفعّل ذلك مطلقاً) فإنه يحصل على درجة واحدة، ويحصل على درجتين إذا وضع العلامة في العمود (فعلت ذلك نادراً) ، بينما إذا وضعها في العمود (فعلت ذلك أحياناً) فإنه يحصل على ثلاث درجات ، ويحصل على أربع درجات إذا وضع العلامة في العمود (فعلت ذلك كثيراً).

وتوزع فقرات المقياس في صورته النهائية على سبع استراتيجيات كما يلي:

مسلسل	أساليب مواجهة الضغوط	أرقام الفقرات
1	التفكير بالتمني والتجنب	3، 11، 19، 21، 34، 39، 42
2	التخطيط لحل المشكلات	7، 12، 15، 23، 43، 44
3	إعادة التقييم	5، 8، 9، 16، 20، 31، 32، 38، 40
4	الانتماء	1، 17، 24، 30، 33
5	تحمل المسؤولية	2، 10، 18، 26، 41
6	التحكم بالنفس	6، 13، 14، 22، 28، 35، 37
7	الارتباك والهروب	4، 25، 27، 29، 36

فقد تم تقدير صدق الاتساق الداخلي للمقياس وقد تراوحت معاملات ارتباط فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بين (0.242 – 0.699)، واتضح أن فقرات مقياس استراتيجيات التكيف مع الضغوط حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية لأبعادها. كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.415 – 0.693). كما تم حساب معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية وبلغت قيمة معامل الثبات (0.638)، كما بلغت قيمة كرونباخ ألفا لفقرات المقياس (0.729) ، وهي قيم تدلل على مستوى جيد من الثبات عند مستوى دلالة أقل من 0.01 (النعامي، 2005).

وكان معرب ومقنن المقياس سمير قوتة (1997) ، قد قام بحساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي: التفكير بالتمني والتجنب (ألفا = 0.73) ، التخطيط لحل المشكلات (ألفا = 0.74) ، إعادة التقييم (ألفا = 0.74) ، الانتماء (ألفا = 0.72)، تحمل المسؤولية (ألفا = 0.65)، التحكم بالنفس (ألفا = 0.66)، وأسلوب الارتباك والهروب (ألفا = 0.64).

مقياس تايلور للقلق من إعداد (Taylor J, 1953)

قام تايلور (1953) باعداد قائمة القلق (MAS)، والتي تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين ، وفي هذه الدراسة تم استخدام النسخة العربية والتي تتكون من 50 فقرة، ويتم الاستجابة عليها (بنعم وتصحيح بدرجة واحدة) أو (لا وتصحيح صفر)، ويتم جمع درجات المفحوص على جميع الفقرات لتقدير مستوى القلق لديه، وتقدر الدرجات من (0 – 26

النتائج

الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

يتضح من الجدول التالي (2) أن العينة اشتملت على 306 من أهالي الأطفال المعاقين، منهم 151 من الآباء بنسبة (49.3%)، ومنهم 155 من الأمهات بنسبة (50.7%) من أهالي الأطفال المعاقين، وتراوح أعمار العينة من 18 - 64 سنة، (بمتوسط 36.16 سنة وانحراف معياري 8.43). وأن 92 من أفراد العينة لديهم 4 أبناء فأقل بنسبة 30.1%، وأن 137 منهم لديهم ما بين 5 - 7 أبناء بنسبة 44.8%، وبلغ عدد الأسر التي لديها 8 أبناء وما يزيد 77 بنسبة 25.2%. وتوزيع آباء في أسر أفراد العينة حسب مستوى التعليم كالتالي: لم يتعلم بلغ العدد 28 فرداً بنسبة 9.2%، وتعلم حتى المرحلة الابتدائية 64 بنسبة 20.9%، وتعلم من الآباء حتى المرحلة الإعدادية 67 بنسبة 21.9%، وتعلم الآباء حتى المرحلة الثانوية بلغ 62 بنسبة 20.3%، وتعلم الأب حتى مرحلة الدبلوم 41 بنسبة 13.4%، أما تعليم الأب حتى الجامعة وفوق 44 بنسبة 14.4%. يتضح من الجدول التالي أن توزيع الأمهات حسب مستوى تعليمهن كالتالي، لم تتعلم بلغ العدد 39 فرداً بنسبة 12.7%، تعلمت حتى المرحلة الابتدائية 46 أم بنسبة 15.0%، تعلمت حتى المرحلة الإعدادية 69 بنسبة 22.5%، وتعلمت 89 أم حتى المرحلة الثانوية بنسبة 29.1%، تعليم الأم حتى مرحلة الدبلوم المتوسط 38 بنسبة 12.4%، أما تعليم الأم حتى المرحلة الجامعية وفوق 25 بنسبة 8.2%. الجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة من أهالي المعاقين حسب الدخل الشهري للأسرة، ويتضح أنه بلغ عدد الذين ينتمون لأسر دخلها 250 دولار فأقل 196 بنسبة 64.1%، وبلغ عدد الذين ينتمون لأسر دخلها يتراوح بين 251-500 دولار 45 بنسبة 14.7%، ويتراوح الدخل الشهري عند 35 من الأسر بين 501-750 دولار بنسبة 8.9% من العينة، وبلغ عدد الأسر 30 ممن ينتمون لأسر دخلها أكثر من 751 دولار بنسبة 9.8%. الجدول التالي يوضح توزيع العينة حسب نوع السكن: وتبين أن 40 من أفراد العينة يسكنون في المدينة بنسبة 13.1%، و20 منهم في القرية بنسبة 6.5%، أما المخيم بلغ العدد 246 بنسبة 80.4%. يتضح من الجدول التالي 207 من أسر العينة لديها معاق حركياً في الأسرة بنسبة (67.6%)، وأن 99 من أسر العينة لديها إعاقة عقلية بنسبة (32.4%).

جدول (2) توزيع أفراد العينة

النسبة المئوية	العدد	الجنس
49.3	151	ذكور
50.7	155	إناث
نوع السكن		
13.1	40	مدينة
6.5	20	قرية
80.4	246	مخيم
عدد الأفراد في الأسرة		
30.1	92	4 فأقل
44.8	137	5-7
25.2	77	8 فأكثر
مستوى التعليم للأب		
9.2	28	لم يتعلم
20.9	64	ابتدائي
21.9	67	إعدادي
20.3	62	ثانوي
13.4	41	دبلوم متوسط
14.4	44	جامعة وفوق
مستوى التعليم للأم		
12.7	39	غير متعلمة
15.0	46	ابتدائي

22.5	69	اعدادي
29.1	89	ثانوي
12.4	38	دبلوم متوسط
8.2	25	جامعة وفوق
الدخل الشهري للأسرة		
64.1	196	250 دولار فأقل
14.7	45	251-500 دولار
11.4	35	501-750 دولار
9.8	30	أكثر من 751 دولار
نوع الإعاقة		
67.6	207	حركية
32.4	99	عقلية

جدول (3) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لاستراتيجيات التأقلم (ن=306)

استراتيجيات التأقلم	عدد الفقرات	مجموع الدرجات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
التفكير بالتمني والتجنب	7	5594.00	18.28	3.115	65.3	5
التخطيط لحل المشاكل	6	5484.00	17.92	2.679	74.7	4
إعادة التقييم	9	9142.00	29.87	3.738	82.9	1
الانتماء	5	4940.00	16.14	2.577	80.7	2
تحمل المسؤولية	5	3930.00	12.84	2.679	64.2	6
التحكم بالنفس	7	6669.00	21.79	3.142	77.8	3
الارتباك والهروب	5	3370.00	11.01	2.775	55.1	7

مستوى استراتيجيات التأقلم من قبل أهالي الأطفال المعاقين في المنطقة الوسطى من قطاع غزة

يتبين من الجدول السابق أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي (82.9%)، يليها الانتماء بوزن نسبي (80.7%)، ثم التحكم بالنفس بوزن نسبي (77.8%)، و يليها التخطيط لحل المشكلات بوزن نسبي (74.7%)، وفي المرتبة الخامسة تأتي التفكير بالتمني والتجنب بوزن نسبي (65.3%)، يليها تحمل المسؤولية بوزن نسبي (64.2%)، وجاءت إستراتيجية الارتباك والهروب في المرتبة الأخيرة في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي (55.1%).

جدول (4): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب جنس الأهل (الآباء - الأمهات)

استراتيجيات التأقلم	الآباء (ن=151)	الأمهات (ن=155)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة (ت)	مستوى الدلالة
التفكير بالتمني والتجنب	18.11	3.056	18.44	3.172	0.93	0.351	
التخطيط لحل المشاكل	17.92	2.789	17.92	2.577	0.07	0.995	
إعادة التقييم	29.73	3.802	30.01	3.682	0.64	0.517	
الانتماء	15.96	2.655	16.32	2.493	1.23	0.219	
تحمل المسؤولية	12.74	2.824	12.94	2.536	0.65	0.514	
التحكم بالنفس	21.70	3.178	21.88	3.114	0.51	0.614	
الارتباك والهروب	11.47	2.734	10.56	2.749	2.92	0.004	**

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01

الفروق بين الآباء والأمهات في استراتيجيات التأقلم

وبالمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين (ن=151)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين (ن=155) في استراتيجيات التأقلم، وقد استخدم الباحثين اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين في استراتيجيات التأقلم، إضافة لقيمة اختبار (ت)، مع بيان مستوى الدلالة قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة $0.05 = 1.96$ ، وعند مستوى $0.01 = 2.58$ ويتبين من الجدول السابق أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في استخدامهم إستراتيجية الارتباك والهروب لصالح الآباء عند مستوى دلالة 0.001 في حين لم تجد الدراسة فروقا دالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين في بقية استراتيجيات التأقلم الست، أي أن المجموعتين تستخدمان استراتيجيات التأقلم بنفس المستوى.

استراتيجيات التأقلم تعزي لنوع الإعاقة (حركية - عقلية)

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحثة بالمقارنة بين متوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين حركياً (ن=207)، ومتوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين عقلياً (ن=99) في استراتيجيات التأقلم، وقد استخدم الباحثين اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب نوع الإعاقة (حركية - عقلية)

استراتيجيات التأقلم	أهالي المعاقين حركياً (ن=207)	أهالي المعاقين عقلياً (ن=99)	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي
التفكير بالتمني والتجنب	18.69	3.054	17.41	3.077	3.425
التخطيط لحل المشاكل	18.01	2.690	17.72	2.660	0.877
إعادة التقييم	30.16	3.806	29.26	3.532	1.994
الانتماء	16.43	2.371	15.53	2.879	2.890
تحمل المسؤولية	12.94	2.658	12.62	2.723	0.979
التحكم بالنفس	22.07	3.096	21.20	3.171	2.295
الارتباك والهروب	10.96	2.801	11.12	2.734	0.471

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01
قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة $0.05 = 1.96$ وعند مستوى $0.01 = 2.58$

يتبين من الجدول السابق أنه: توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجية التفكير بالتمني والتجنب لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.001. وتوجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجيتي إعادة التقييم والتحكم بالنفس لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.05. كما توجد فروق دالة

إحصائية بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجية الانتماء لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.01. في حين لم تجد الدراسة فروقا دالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين حركياً وعقلياً في بقية استراتيجيات التأقلم، أي أن المجموعتين تستخدمان نفس استراتيجيات التأقلم.

انتشار الاكتئاب عند أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين

جدول (6): يبين مدى انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة

الاكتئاب	العدد	النسبة %
لا يوجد اكتئاب "0 - 21 درجة"	199	65.0
اكتئاب متوسط "22 - 42 درجة"	106	34.6
اكتئاب شديد "43 درجة فما فوق"	1	0.3
المجموع	306	100.0

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد اكتئاب عند 199 من أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 65.0%، ووجد اكتئاب متوسط عند 106 من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 34.6% من أفراد العينة، كما وجد أن 1 فقط من أهالي الأطفال المعاقين لديه اكتئاب شديد بنسبة 0.3% من أفراد العينة.

انتشار القلق عند أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين

جدول (7): يبين مدى انتشار القلق لدى أفراد العينة

القلق	العدد	النسبة %
لا يوجد قلق "0 - 26 درجة"	104	34.0
قلق خفيف "27 - 32 درجة"	121	39.5
قلق شديد "33 - 40 درجة"	73	23.9
قلق شديد جداً "41 درجة وفوق"	8	2.6
المجموع	306	100.0

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد قلق عند 104 من أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 34.0%، ووجد قلق خفيف عند 121 من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 39.5% من أفراد العينة، كما وجد أن 73 من أهالي الأطفال المعاقين لديهم قلق شديد بنسبة 23.9% من أفراد العينة، في حين وجد قلق شديد جداً عند 8 من أفراد العينة بنسبة 2.6%.

الفروق بين العوامل الديموغرافية للوالدين و مستوى القلق و الاكتئاب

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق والاكتئاب. وتبين أن الفروق في القلق والاكتئاب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين لديهم أبناء (4 أبناء ودون) وأهالي الأطفال المعاقين الذين لديهم (8 أبناء وفوق)، وكانت الفروق لصالح الأسر التي لديها عدد كبير من الأبناء (8 أبناء وفوق) فهي أكثر قلقاً واكتئاباً.

تبين الدراسة أن دلالة الفروق في القلق كانت بين الذين لم يتعلموا والذين أكملوا التعليم الجامعي من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين لم يتعلموا، أي أنهم أكثر المجموعات قلقاً. الفروق في القلق كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين لم تتعلم الأمهات لديهم والذين أكملت الأمهات التعليم لمستوى الدبلوم من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الأهالي الذين لم تتعلم الأمهات لديهم، أي أن الأهالي الذين لم تتعلم الأمهات لديهم هم أكثر المجموعات قلقاً.

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أن دلالة الفروق في القلق والاكتئاب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين ذوي الدخل (250 دولار

أما عن أقل الإستراتيجيات استخداماً وهي الارتباك والهروب فقد اتفقت النتائج مع معظم الدراسات كدراسة (Richard et al, 2005) والتي بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى الآباء والأمهات لأطفال يعانون من التوحد، حيث أن الأمهات كن أكثر استخداماً لإستراتيجية التجنب النشط مثل (الإذعان، استخدام سلوكيات عاطفية، ارتباك وهروب) و اتفقت أيضاً مع دراسة (Gray, 2006) وهي عن التكيف لأهالي أطفال يعانون من التوحد، حيث أن معظم الآباء قد تكيفوا عن طريق الانسحاب الاجتماعي الفردية، و استخدام استراتيجيات عاطفية. وإن استخدام أهالي الأطفال المعاقين لجميع أنواع الاستراتيجيات السبع لهو دليل حي على أن هذه الفئة تتأثر بالوضع الاجتماعي الكائن لديها و إن كانت نسب الاستخدام تتفاوت في كل إستراتيجية.

و لقد تبين من خلال النتائج أن الآباء هم أكثر استخداماً لإستراتيجية الارتباك والهروب، وقد ظهرت هذه النتائج في دراسة (Gray, 2006) وهي بعنوان التكيف طوال الوقت لأهالي أطفال يعانون من التوحد، حيث ظهر أن الآباء كانوا أكثر استخداماً الارتباك والهروب، وقد تكيف الآباء عن طريق الانسحاب الاجتماعي، الفردية و استخدام استراتيجيات عاطفية أخرى،

و دراسة (Richard et al, 2005) وهي عبارة عن استراتيجيات التأقلم لدى الآباء والأمهات، حيث ظهرت أن الأمهات كن أكثر ميلاً لاستخدام التركيز على حل المشكلات من الآباء.

و قد اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة (Ryole-Branolet, 1990) والتي تناقش استراتيجيات التأقلم لدى أمهات لدهن أطفال ذو إعاقات مختلفة حيث أن نتائج الدراسات الحالية تشير إلى أن هناك فروق دالة إحصائية بين أهالي الأطفال المعاقين حركياً في استخدام استراتيجيات التفكير بالتمني والتجنب، لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً. و استراتيجيات إعادة التقييم لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً. فقد أشارت الدراسة إلى أن الأمهات اللاتي استخدمن إستراتيجية التجنب والإنكار هن من كان يعاني أطفالهن من إعاقات نفسية عصبية وليس عقلية. و لكن ربما يرجع هذا الاختلاف لعدم احتواء الدراسة الحالية على نوع إعاقه ثالث يشمل إعاقه نفسية عصبية و إن كان نوعاً ما الإعاقة العقلية في مجتمعنا الفلسطيني تعرف من قبل العديد من الأفراد بأنه نوع من الجنون وكذلك ينطبق الوضع على من يعانون من إعاقات نفسية عصبية.

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (Little, 2002) عن الاختلافات الجندرية بين الآباء والأمهات في التكيف و الاكتئاب ففي الدراسة الحالية لا توجد فروق في القلق و الاكتئاب بين مجموعتي الآباء والأمهات في حين أنه في الدراسة السابقة توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مستوى الاكتئاب حيث سجلت الأمهات نسبة عالية من الاكتئاب وقد اختلفت أيضاً مع دراسة (Dellve et al, 2006) التي تدرس الضغط والقلق بين والدي الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مستوى القلق ومن وجهة نظر الباحثين أن هذا الاختلاف ربما يعزى في مجتمعنا الفلسطيني إلى الإيمان بالقضاء والقدر، ووجود شبكة من العلاقات الاجتماعية للأفراد تقدم للوالدين الدعم والتعاطف سواء كانت ذات صلة قرابة أو علاقة عمل أو جيران.

و اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة (Mupf et al, 2002) التي تدرس تأثير القلق على الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من السرطان، حيث اتفقت نتائج تلك الدراسة مع الدراسة الحالية حول وجود علاقة دالة إحصائية بين مستوى تعليم الأب و مستوى القلق، حيث أشارت النتائج أن الآباء الذين لديهم درجات علمية مساوية أو أعلى من البكالوريوس سجلوا

ودون، (251-500 دولار) وذوي الدخل (أكثر من 751 دولار) من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مجموعتي ذوي الدخل المنخفض (250 دولار ودون 500 دولار)، أي أن ذوي الدخل المنخفض أكثر عرضة للقلق. كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في القلق والاكتئاب تعزى لنوع السكن أو نوع الإعاقة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين.

استراتيجيات التأقلم والقلق والاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين

جدول (8): يبين الارتباطات بين استراتيجيات التأقلم والقلق والاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين

المتغيرات	التفكير بالتمني والتجنب	التخطيط لحل المشاكل	إعادة التقييم	الانتماء	تحمل المسؤولية	التحكم بالنفس والهروب	الارتباك
القلق	** 0.16	0.07	0.03	* 0.11	0.027	0.04	*** 0.20
الاكتئاب	** 0.17	0.08	* 0.11	0.04	0.05	0.07 9	*** 0.22

* دالة عند مستوى 0.05 دالة عند مستوى 0.01
دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجدول السابق أنه: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التفكير بالتمني والتجنب عند مستوى 0.01، والانتماء عند مستوى 0.05، وإستراتيجية الارتباك والهروب عند مستوى 0.001. في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطية دالة بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق، ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التخطيط لحل المشاكل، وإعادة التقييم، وتحمل المسؤولية، والتحكم بالنفس. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التفكير بالتمني والتجنب عند مستوى 0.01، وإعادة التقييم عند مستوى 0.05، وإستراتيجية الارتباك والهروب عند مستوى 0.001. في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطية دالة بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب، ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التخطيط لحل المشاكل، والانتماء، وتحمل المسؤولية، والتحكم بالنفس.

المناقشة

لقد بينت النتائج عن استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل أهالي الأطفال المعاقين، حيث وجد أن أهالي الأطفال المعاقين يستخدمون كافة أنواع استراتيجيات التأقلم وإن كانت إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى من بين الاستراتيجيات المستخدمة، وبحسب رأي الباحثين فإن هذا يعتبر مؤشر إيجابي لدى أهالي الأطفال المعاقين، فهذا يدل على وجود استراتيجيات تأقلم إيجابية يتم استخدامها بالمقارنة مع أقل الاستراتيجيات استخداماً وهي إستراتيجية الارتباك والهروب، وفي نتائج بحثي هذا أجد أنني أتفق مع (Heaman, 1995) حول وجود اختلاف و تعدد في استراتيجيات التأقلم المستخدمة فالدراسة بعنوان استراتيجيات التكيف للوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات في النمو والتطور. فقد وجد أن الوالدين يختلفوا ما بين استخدام إستراتيجيات الانتماء، و إعادة التقييم و التحكم بالنفس.

و كذلك في دراسة (Garroa, 2004) والتي تتحدث عن أنماط التكيف لدى الأمهات لديهن طفل معاق حيث وجد أن معظم الأمهات يملن لاستخدام استراتيجيات إعادة التقييم و التحكم بالنفس.

و لقد قام (Lazarus,1978) بجمع ما توصل إليه الباحثون حول وظائف التكيف، حيث توصلوا إلى أنها تعمل على خفض الضرر للظروف الطبيعية، المحافظة على الوضع الطبيعي، التسامح و التوافق مع الأحداث و الظروف السلبية، الحفاظ على التصور الإيجابي عن الذات، و التوازن الانفعالي، و أخيرا استمرارية الرضا عن العلاقات الاجتماعية الجيدة مع الآخرين.

التوصيات

يتضح من خلال ما سبق عرضه و في سياق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أهمية استخدام استراتيجيات تأقلم إيجابية و التي من شأنها أن تخفف من أعراض القلق و الاكتئاب لدى أهالي الأطفال المعاقين، حيث يتضح جليا من خلال نتائج الدراسة أن إستراتيجية إعادة التقييم تعتبر من أكثر الاستراتيجيات التي يجب التركيز عليها و الحث على استخدامها،و ذلك لما يترتب عليها من نتائج مذهلة لذوي المعاقين للتأقلم مع المواقف الضاغطة التي يتعايشون معها، و هذا لايلغي أهمية استخدام إستراتيجية الانتماء، التحكم بالنفس والتخطيط لحل المشكلات و تحمل المسؤولية هذا و ترى الباحثة أن من شأنه أن يخفف من الأعباء النفسية و المادية لأهالي الأطفال المعاقين، هو أن يكون هناك اهتمام أكبر بهذه الفئة، عن طريق تخصص المؤسسات المعنية في تقديم الخدمات للمعاق و بالتالي يتم تغطية متطلباتها لأساسية التي تنقل والديه نفسيا و فكريا. ويرى الباحثين أن هناك إجراءات يمكن إتباعها لتعزيز الاستراتيجيات الإيجابية، لضمان وقاية أهالي الأطفال المعاقين من القلق و الاكتئاب و هي:

1. تطوير برامج إرشادية منهجية و للمنهجية تأكد على استراتيجيات التكيف الإيجابية التي تساهم في مواجهة مشكلة الإعاقة لدى لوالدين.
2. العمل على تعزيز وضع الطفل المعاق من خلال تطبيق القوانين التي ينص عليها الإعلان العالمي لحقوق المعاق.
3. العمل ضمن خطة متكاملة من قبل المؤسسات الحكومية و الأهلية للمساهمة في توفير احتياجات الطفل المعاق من خلال معاش شهري دائم له.
4. تسخير دور الإعلام و الإذاعات المسموعة في دمج أهالي الأطفال المعاقين مع المجتمع المحلي و التأكيد على الجهود الجبارة التي تتم من قبل أهالي الأطفال المعاقين نتيجة تربية طفل معاق.
5. عقد لقاءات دورية لأهالي المعاقين للتحدث عن تجربتهم و اكتساب معلومات جديدة من بعضهم البعض و التي من شأنها التخفيف من أعراض القلق لديهم.
6. دمج أهالي الأطفال المعاقين داخل القرى أو الذين يقطنون الأماكن النائية، ضمن نشاطات خاصة مع أهالي الأطفال المعاقين في المدينة أو المخيم،و ذلك للاستفادة من خبرة الآخرين.

7. بناء برنامج إرشادي لخفض حدة القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية لدى أهالي الأطفال المعاقين.

توصيات لمزيد من البحث: (الدراسات المقترحة)

1. دراسة مدى علاقة الوصمة بالقلق و الاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالمتغيرات الديموغرافية.

أعلى نسبة قلق حيث بلغت النسبة (34%) و لكن الاختلاف ظهر مع الدراسة الحالية، في أن الآباء الذين سجلوا مستوى من القلق هم غير المتعلمين، وذلك مبرر من وجهة نظر الباحثين فهناك شعور مبهم بالخوف و عدم الأمان نتيجة عدم وجود دخل شهري ثابت لغير المتعلمين، وربما عدم توفير معلومات كافية لديهم عن طبيعة المشكلة هو سبب في مستوى من القلق على النقيض من الآباء المتعلمين.

و اتفقت النتائج مع دراسة (Duvdenyany, 2003) و التي تدرس القلق عند الأمهات العربيات اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات عقلية حيث أن نتائج الدراسة الحالية أشارت لوجود مستوى من القلق عند الأمهات غير المتعلمات أيضا و اتفقت الدراسة السابقة مع نفس النتيجة الحالية أن هناك مستوى من القلق لدى الأمهات غير المتعلمات، وأن الأمهات المتعلمات هن أكثر استخداما للدعم الرسمي (من خلال مؤسسات الرعاية من الأمهات الأقل تعليما في المناطق الريفية.

و اتفقت النتائج مع دراسة (Hong, 2006) و التي أشارت إلى أن الآباء ذوي الدخل المتدني و علاقات اجتماعية و فعاليات اجتماعية قليلة ظهرت لديهم نسبة القلق (46.3%) و من وجهة نظر الباحثين أن الوضع الاقتصادي السيئ الذي يؤثر على شريحة واسعة من السكان في قطاع غزة و خصوصا الذين يقطنون المخيمات، و المستمر منذ انتفاضة الأقصى عام (2000)، حيث يؤثر هذا الوضع تأثيرا مباشرا على أهالي الأطفال المعاقين الذين يقطنون في مخيمات اللاجئين مكان تطبيق الدراسة، و الذين نسبة عالية منهم توقفت عن العمل نتيجة لسياسة الإغلاقات التي تتبع حكومة الاحتلال الإسرائيلية، و التي تأثر بشكل مباشر على الطفل المعاق و أسرته التي تعجز عن تلبية متطلباته التي قد تختلف عن متطلبات الطفل السوي.

اختلفت النتائج في الدراسة الحالية مع دراسة (شعيب 1991) التي تدرس مشاعر القلق و العصائية لدى أمهات أطفال معاقين و غير معاقين حيث تبين وجود زيادة في درجة القلق لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين سمعيا و بصريا و فكريا، و أنهم أكثر إحساسا بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات، و أن أمهات الأطفال المعاقين سمعيا و المتخلفين عقليا لديهم مستوى واضح من القلق عن أمهات الأطفال السويين.

و اختلفت أيضا مع دراسة (Yeh, 2004) و التي أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية هامة بأن (76%) من آباء الأطفال المصابين بالسرطان سجلوا مستوى من الاكتئاب مقارنة بآباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية (11%) . و قد أشار (Richared et al, 2005) أن إستراتيجية التجنب للآباء و الأمهات مرتبطة أكثر بأعراض الضغط و القلق و الاكتئاب. فيما كانت درجة النتائج عالية في دراسة (Ryde-Brandet.B,1990) حيث ظهر أن حوالي (44%) من الأمهات سجلن مستوى من القلق نتيجة استخدام استراتيجيات سلبية كالإنكار و الانسحاب. و كانت النسبة أعلى في دراسة (Wong et al, 2001) حيث أظهرت النتائج أن (49%) من الأمهات لديهن أعراض اكتئاب مرتبطة بالارتباك و الهروب و التجنب.

و تتفق هذه النتائج مع ما تم التطرق إليه في الإطار النظري حيث استخدم كل من (Lazarus & Flokman,1984) مفهوم التكيف ليصف المجهودات التي يبذلها الإنسان من أجل تغيير الطرق الغير مجدية في التعامل مع المشكلات، إلى طرق أكثر نفعاً و فعالية، لذا فقد عرفوا مفهوم التكيف (Coping) بأنه ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية و السلوكية و الانفعالية، من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي تقيم من قبل الفرد بأنها مرهقة و تفوق الإمكانيات.

• Gray, D. E.(2006). Coping over time: the parents of children with autism. Journal of Intellectual Disability Research,50:12-97.

• Hong, H.T, et al.(2006). Parenting Anxiety of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. Journal of Intellectual Disability Research, 50: 748-760

• Heaman, D. J.(1995). Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disability: A comparison of mothers with fathers. Journal of pediatric Nursing,10: 311-320.

• Lazarous, R., & Folkman,S.(1984). Coping and Adaptation in Gentry,W Daily. Behavior Medicine. New York: The Guilford press.

• Little, L.(2002). Differences in depression and coping for mothers and fathers of children with Asperser's syndrome and nonverbal learning disorders. Journal of Pediatric Nursing, 28: 565-570.

• Mathiled, A., & Lina, B.(2006). The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. Journal of Transcultural Nursing,17: 375-380.

• McConkey,R et(2006). The impact on mothers of bringing up A child with intellectual disabilities: across- cultural study. International Nursing Studies,45:65-78.

• Meijer AM , et al .(2007). Parents of children with enduring epilepsy : Predictors of parenting anxiety and parenting coping. Epilepsy Behavior,11:197-207.

• Mupf et al.(2002). Families of children with cancer: The impact on anxiety experienced by fathers. Journal of cancer Nursing,25:66-73.

• Nitta, O. et al. (2007). Relationships of depression and mental health of mothers of severely handicapped school-aged children suffering from cerebral palsy. Journal of Public Health,54:479-485.

• Nor Zaidah , Ah et al.(2004). Coping styles of mothers with disabled children at rural community rehabilitation centers in Muar, Malaysia. Medicine Journal of Malaysia,59: 384-390.

• Qouta, S., Punamaki, R.L., & El Sarraj E .(1997). Experiences and coping strategies among political prisoners. Peace and Conflict: J Peace Psychol 3:19-36

• Richard, P., Hastings, et al.(2005). Systems Analyses of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with Autism. Journal of Autism and Development Disorder,35:635-644.

• Ryde-Brandet. B.(1990). Anxiety and defense strategies in mothers of children with different disabilities. Journal of Medicine Psychology, 63: 183-192.

2. دراسة تأثير وجود طفل معاق في الأسرة على الإخوة و تكيفهم مع البيئة المحيطة بهم.

3. تأثير الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية على أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب.

المراجع

• عبد الفتاح، غريب: (1985). مقياس الاكتئاب. القاهرة، دار النهضة العربية.

• الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين (2005). تقرير حول الإعاقة في فلسطين. غزة، فلسطين.

• النعامي، أين: (2005). الآثار النفسية الناجمة عن الأسر و علاقتها باستراتيجيات التكيف لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين في قطاع غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة-جامعة القدس - غزة.

• وزارة الصحة الفلسطينية (2002). تقرير خاص حول شهداء و جرحى انتفاضة الأقصى في الفترة مابين 28/9/2000 و حتى 28/9/2005. فلسطين.

• وكالة الغوث الدولية: (2006). دليل المؤسسات و المنظمات العاملة في مجال المعاقين و تدريب المعاقين في قطاع غزة، دائرة الإغاثة و الخدمات الاجتماعية بوكالة الغوث الدولية بغزة-قسم الخدمات الاجتماعية-برنامج المعاقين، بنابر.

• Abu Saif, K, Thabet A A, Vostanis P .(2007). Depression among End-stage Renal failure patients in Gaza Strip. Arabpsynet E. Journal, 15-16: 89-94.

• Abasuiubong,F.et al .(2006).A controlled Study of Anxiety and Depression in Mothers of Children with learning disability in Lagos, Nigeria. Niger Journal of Medicine,15: 124-137.

• Abu Laila, Ragheb Ali., Thabet A A, Vostanis P .(2009). Effect of trauma on Mental health of ambulance drivers in Gaza Strip. Arabpsynet E. Journal, Vol. 21-22: 237-243.

• Dellve L, et al.(2006). Stress and anxiety among parents of children with rare diseases : Aprospective study . Journal of Advanced Nursing, 53:392-402.

• Duvderany,I.(2003). Anxiety , Social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfear services in Northren Isreal. Journal of Intellectual Disability Research,47:264-272.

• Folkman,S. (1984). Personal control & stress and coping process: Theoretical Analysis. Journal of Personality and Social Psychology ,46:839-852.

• Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1985)

• The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50: 992-1003.

• Garro,A(2004). Coping patterns in mothers/ caregivers of children with chronic feeding problems. Journal of Pediatric Health Care, 18: 138-144.

- Wong, T.T , et al. (2001). Predictions of maternal for families having a child with epilepsy. Journal of Nursing Research,9:116-126.
- Wortman, C. et al.(1992). Psychology, 4th edition, New york, MCGraw- Hill, Inc,USA.
- Yeh, C.H.(2004). Gender Differences in the use of coping strategies among Taiwanese parents whose children have cancer. Cancer Nursing, 27:100-107.
- Yeh Ch,et al(.2004). Comparing depression levels of parents of children with cancer and parents of children with Physical disabilities. Journal of Psychooncology, 13:898-910.

- Taanila A, et al.(2002). Coping of parents with physically and /or intellectually disabled children. Journal of child Care Health Development, 28: 73-86.
- Taylor J. (1953). A personality scale of manifest anxiety. J Abn Soc Psychology; 48 285-90.
- Thabet, AA., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E. (2007). Domestic violence and mental health of Palestinian women, Arabpsynet E. Journal, Spring, 13, 137-143.
- Webster, RI. et al. (2008) . Child health and parental anxiety in school age children with pre- school diagnosis of development delay. Journal of Child Neurology, 23:32-38.

Arabpsynet Psychiatrist Guide



Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

Arabpsynet Psychologist Guide



Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

EFFECT OF WAR ON PALESTINIAN CHILDREN BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL PROBLEMS

THABET A.A., CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIST

ABU TAWAHINA A*., CLINICAL PSYCHOLOGIST;GAZA COMMUNITY MENTAL HEALTH PROGRAMME

PANOS VOSTANIS, PROFESSOR OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, UNIVERSITY OF LEICESTER, GREENWOOD INSTITUTE OF CHILD HEALTH

abdelazizt@hotmail.com - cftcc@hotmail.com - pv11@le.ac.uk

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the impact of war on children depression and anxiety, and other mental health problems.

Methods: The study was conducted in the entire Gaza Strip two weeks after finishing War on Gaza that lasted for 23 days. The study sample included 374 children aged 6-17 years. Children completed measures of experience of traumatic events (Gaza Traumatic Checklist-War on Gaza), SDQ-self, and SDQ-parents.

Results: Palestinians children experiences variety of traumatic events: 93.9% hear shelling of the area by artillery, 93.9% hear the sonic sounds of the jetfighters, and 69% left home form more safe place, and 24.5% exposed to burn by bombs. Each child reported 12.80 traumatic events. The study showed that mean traumatic events was 13.8, 33.5% of children reported moderate level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

Using SDQ, the study showed that 59.9% of children rated themselves as having psychiatric morbidity compared to 61.5% by parents' report, 17.4% reported hyperactivity compared to 23.5% by parents' report, 57.2% reported emotional problems compared to 51.9% by parents' report, 72.7% reported conduct problems compared to 82.1% by parents report, 32.9% reported peer relationships compared to 40.6% by parents' report, and 8% reported social problems compared to 13% by parents' report.

Total SDQ by self was negatively associated with hearing of arrest of someone or a friend, and positively predicted by witnessing the signs of shelling on the ground and being detained at home during incursion. While total SDQ by parents scores was positively associated with being detained at home during incursion, watching mutilated bodies in TV, and witnessing of own home demolition.

Conclusions: This study revealed that children living in area of conflict and war are the main group at risk of developing mental health problems and the international laws to protect the civilians during the conflict and establishing save haven for children and their families to decrease the effect of war on children. Also, we recommend doing more follow-up study of the same sample after 6 months to evaluate the effect of continuous trauma on children mental health problems. More intervention programs such as expressive writing therapy, mind body, school bases crisis intervention, group's intervention, and cognitive behaviour methods should be applied and evaluated for its efficacy in developing better coping strategies with similar traumatic events.

Key words: War on Gaza, trauma, SDQ self, SDQ parents.

Introduction

Previous studies showed that not only PTSD is the only reaction to trauma, but children reported depression, anxiety, ADHD symptoms. Thabet and Vostanis (1998) in study of social

adversities and anxiety disorders in Palestinian children showed that 21.5% of children scored as anxiety problems. Anxiety disorders varied from study to another study according to type of traumatic events and sample size.

Papageorgiou et al. (2000) in study of 95 children of 8-13 years, who had experienced war in Bosnia found that rate of anxiety was 23.0%; Scholte et al, (2004) in study of a sample of 1011 respondents aged 15 years or older, conducted in Nangarhar province found that 38.5% had anxiety disorders. Also depression was one of the common psychological disorder found in children exposed to political violence, Papageorgiou et al, (2000) described the pattern of psychopathology in a sample of 95 children of 8-13 years, who had experienced war in Bosnia. The study found that 47% scored within the clinical range on the Depression Self-Rating Scale for Children. Thabet et al (2006) in study of 349 children aged 6-15 years from West Bank and Gaza Strip found that 39.2% of children from the Gaza Strip reported post traumatic stress disorder compared to 34% of children from the West Bank. Using SDQ for parents and teachers, 36.9% and 38.5% according to parents and teachers from Gaza were rated as being caseness. Similarly, Thabet et al (2007) in study of 420 children in the Gaza Strip showed that 25.4% reported anxiety scores within the clinical range, 268 children (65.5%) were rated within the clinical PTSD range, and 203 children (49.6%) were rated within the range for likely clinical morbidity according to SDQ-parents. Previous studies in the area showed that there were differences in level of PTSD, depression, and anxiety in children at risk. Other researchers tried to find the effect of trauma on mental health problems, Elbedour et al (2007) in study of 229 Palestinian adolescents living in refugee camps of Rafah and Khan-Younis in the southern region of the Gaza Strip showed that 68.9% of the sample was classified as having developed PTSD, 40.0% of the participants reported moderate or severe levels of depression, 94.9% of the sample was classified as having severe anxiety levels. In another study Thabet and Vostanis (2007) showed that 65.5% of children were rated within the clinical PTSD range. Also, 25.4% of children reported anxiety scores within the clinical range and 49.6% were rated within the likely clinical range, according to the previous SDQ by parents. Also, Thabet et al (2008a) in study of 200 families from North Gaza and East Gaza showed that 70.1% of children were likely to present with PTSD, 33.9% were rated as having anxiety symptoms of likely clinical significance, and 42.7% were rated as having significant mental health morbidity by their parents.

Mater et al (2007) in a study aimed to identify the impact of labor on children general mental health and anxiety. The study showed that 79.2% of children were rating themselves as psychiatric cases, 33.9% of children reported hyperactivity; 38% reported emotion problems, 56.3% reported conduct disorder, 79.1% of them had good peer relationships. Also, 20.6% reported obsessive compulsive problems, 18% reported social phobia, 17.7% had generalized anxiety, and 17.7% had panic and agoraphobia, 10.7% had physical injury and 15.3% had separation anxiety.

The aim of the study was to investigate the impact of war on children behavioural and emotional problems rated by children and their parents.

Methods

Setting and Sample

The Gaza Strip is a narrow elongated piece of land, bordering the Mediterranean Sea between Israel and Egypt, and covers 360 km². It has high population density. About 17% of the population lives in the north of the Gaza Strip, 51% in the middle, and 32% in the south area. There is high unemployment, socioeconomic deprivation, family overcrowding, and short life

expectancy. Nearly two-thirds of the population is refugees, with approximately 55% living in eight crowded refugee camps. The remainder lives in villages and towns. Since September 2005, the population of the Gaza Strip has been exposed to regular incursions and shelling, resulting in at least 200 deaths and many more injuries, in the last six months alone.

The study population included 374 children living in areas exposed to war that lasted for 23 days including the entire Gaza Strip. The total sample was selected using EPI 6 in which the total sample was 380 children. We added 20 children to the sample for missing interviews. Children were selected from randomly families from the five areas of the Gaza Strip. One street was selected in each area, and every third household that fulfilled the selection criteria. In larger buildings, one flat from each floor was selected.

The data collection was carried out by 8 trained professionals, under the supervision of the first author. The data was collected during Feb 2008. Children were interviewed in their homes after getting written consent from parents to participate in the study. One of the difficulties of this study was that, throughout the interviews, there were strong feelings of hostility, anger, and intolerance to interview in the selected areas, for which reason the interviews had to be discontinued with some children and to be repeated later on.

Measures

• Demographic characteristics

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, number of children, and education level.

• Traumatic events were assessed by checklists that reflected the nature of violence, trauma and losses during the war on Gaza. Israeli military violence was assessed by the Gaza Traumatic Events Checklist for Israeli Violence (Thabet, Abdulla, El Helou, & Vostanis, 2006) consisting of 30 items covering three domains of events typical for the Israeli siege: (1) witnessing personally acts of violence (e.g., killing of relatives, home demolition, bombardment, and injuries), (2) having experiences of loss, injury and destruction in family and other close persons, and (3) being personally the target of violence (e.g., being shot, injured, or beaten by the soldiers). In checklist children were asked whether the ^()_n y had been ^()_n exposed to each of these events: 0 no 1 yes during the 23 days of war. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was $\alpha=0.90$ and split half was 0.81.

The *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman R, 1997, 1999) was completed by parents on their children's behavioural and emotional functioning and by children 11 years and old. This standardised questionnaire includes 25 items on a 0-2 scale. The 25 SDQ items are grouped in the scales of hyperactivity, emotional, conduct, and peer relationships problems, as well as a prosocial scale. A score is estimated for each scale and a total difficulties score for the four problem scales. The SDQ has previously been used in the Gaza child population by the research group (Thabet et al, 2000). The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha for parents was $\alpha=0.60$ and split half was 0.58 and for children form Cronbach's alpha was $\alpha=0.59$ and split half was 0.58.

Statistics analyses

Cross tables with Pearson χ^2 –statistics were applied to analyse the associations between demographic factors, trauma, and psychiatric symptoms, and gender differences in exposure to traumatic events, and general mental health. T-tests were applied to analyse gender differences in trauma, and psychiatric symptoms. To analyse the predictive role of traumatic experiences by children, general mental health problems, we used hierarchical multiple regression analyses with main and interaction effects. The estimated main effects indicate direct associations between trauma and psychiatric symptoms. The dependent variables were SDQ parents and Self total scores and independent variables were 30 traumatic experiences.

Results

Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

The sample consisted of 374 children, 197 were males (52.7%) and 177 were females 47.3%. The age ranged from 6 to 17 years with mean age 11.09 (SD = 2.9). According to place of residence, 34.2% were from North Gaza, 24.9% were from Gaza city, 15.8% were from middle area, 7.8% from Khan Younis, and 17.4% were from Rafah area. According to type of living, 44% live in cities, 20.9% live in villages, and 34.8% live in refugee camps. According to family monthly income, 60.9% had less than 300 US \$ monthly, 26.% had 301-650 \$ monthly, and 13.1% had 651 and above

Table 1 :Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

	N	%
1. Sex		
Male	197	52.7
Female	177	47.3
Mean = (SD = 7.48)		
3. Place of residence		
North Gaza	128	34.2
Gaza	93	24.9
Middle area	59	15.8
Khan Younis	29	7.8
Rafah area	65	17.4
4. Type of residence		
City	166	44.4
Village	78	20.9
Camp	130	34.8
No of siblings		
Less than 4	99	26.5
5-7 siblings	172	46.0
8 and more	103	27.5
Family monthly income		
Less than 300 US \$	190	60.9
301-650 \$	81	26.0
651\$ and more	41	13.1
Father job		
Unemployed	109	36.8
Simple worker	54	18.2
Skilled worker	39	13.2
Employee	72	24.3
Merchant	11	3.7
Others	11	3.7

Mother job		
Housewife	296	90.2
Simple worker	10	3.0
Employee	12	3.7
Others	10	3.0

Types of traumatic events

Palestinians children experiences variety of traumatic events: 93.9% hear shelling of the area by artillery, 93.9% hear the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessing the signs of shelling on the ground, 94.9% watched mutilated bodies in TV, 73% were deprived from water or electricity during the war, 69% said they left home form more safe place.

Table 2: The most common traumatic events

Types of traumatic events	No.	%
1. Watched mutilated bodies in TV	335	94.9
2. Heard shelling of the area by heavy	351	93.9
3. Heard the sonic sounds of the jetfighters	351	93.9
4. Witnessed the signs of shelling on the ground	342	91.4
5. Deprivation from water, food, or electricity during the war	273	73
6. Forced to move from home to safer place during the war	258	69
7. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at neighbours homes	239	63.9
8. Witnessed of shelling and destruction of another's home	225	60.2
9. Witnessing assassination of people by rockets	203	54.3
10. Were detained at home during incursion	198	52.9
11. Heard killing of non relative	177	47.3
12. Hearing killing of a relative	167	44.7
13. Heard the arrest of someone or a friend	157	42
14. Threaten by shooting	150	40.1
14. Destruction of personal belongings during the war	133	35.6
15. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at own home	127	34
16. Witnessed shelling and destruction of own home	124	32.2
17. Deprivation of going to toilet and leaving the room at home because of the firing and shelling the area	101	27
18. Witnessed shooting of non relative	89	23.8
19. Witnessed killing of non relative	86	23
20. Witnessed shooting of a relative	85	22.7
21. Exposure to burn by bombs and phosphorous bombs	84	22.5
22. Witnessed killing of a relative	81	21.7
23. Beaten and humiliation by the army during the war	72	19.3
24. Threaten with a family member being killed	69	18.4
25. Shot by bullets, rocket, or bombs	61	16.3
26. Threaten with being killed by the army	61	16.3
27. Physical injury due to bombardment of your home	58	15.5
28. Threatened to death by being used as human shield by the army to move from home to home	54	14.4
29. Detained for hours during the war	49	13.1

Mean of traumatic events

The study showed that mean traumatic events was 13.8 (SD =6.1). The results showed that mean traumatic events reported by males was 13.032 (SD =6.46) compared to mean in female =12.50 (SD = 6.64). No significant differences between males and females in reporting traumatic events ($t=0.78$, $p = 0.44$).

Level of traumatic events

In order to find the severity of traumatic events, 30 items were recoded into 0-9 low level traumatic event, 10-19 moderate level, and 20 and above severe level. The results showed that 33.5% of children reported low level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

Table 3: Level of traumatic events

Traumatic events	No.	%
Low level	125	33.5
Moderate level	191	51.2
High level	57	15.3

Mental health problems according to children above 11 years themselves and parents

Prevalence of general mental health problems using SDQ

Using SDQ by children above 11 years, 59.9% of children rated themselves as having psychiatric morbidity, 17.4% reported hyperactivity, 57.2% reported emotional problems, 72.7% reported conduct problems, and 32.9% reported peer relationships, and 8% reported social problems.

Table 3 : Prevalence of mental health problems according to children 11 years and above

Mental health problem	Normal	Borderlin	Abnormal
SDQ total difficulties	21.9	18.2	59.9
Conduct problems	10.2	17.1	72.7
Emotional problems	27.8	15.0	57.2
Peer relationship problems	39.0	28.1	32.9
Hyperactivity problems	62.6	20.1	17.4
Social problems	73.5	18.5	8

Determinants of mental health of children rated by children and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total SDQ was entered as dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total SDQ scores was negatively associated with hearing of arrest of someone or a friend ($B = -.12$, $p < 0.013$), and positively predicted by witnessing the signs of shelling on the ground ($B = 0.12$, $p < 0.01$), and being detained at home during incursion ($B=.11$, $p < 0.02$).

Table 4:Linear Regression analysis of SDQ-self and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	2.035	.148		13.747	.000
16. Witnessing the signs of shelling on the ground	.372	.150	.127	2.486	.013

5. Hearing of arrest of someone or a friend	-.213	.085	-.128	-2.495	.013
19. Being detained at home during incursion	.185	.085	.113	2.189	.029

$F = 5.4$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.04$

Prevalence of mental health problems according to parents

The study showed that 61.5 % of children rated by their parents as having psychiatric morbidity, 82.1% reported conduct problems, 51.9% reported emotional problems, 40.6% reported peer relationships problems, 23.5% reported hyperactivity, and 13% reported social problems.

Table 5: Prevalence of mental health problems according to parents (N = 374)

Mental health problem	Normal	Borderline	Abnormal
Total SDQ by self	19.5	19.0	61.5
Conduct problems	7.2	10.7	82.1
Emotional problems	32.1	16.0	51.9
Peer relationships	39.3	20.1	40.6
Hyperactivity	55.9	20.6	23.5
Social problems	75.3	11.0	13.7

Determinants of mental health of children rated by parents and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total SDQ scores was entered as dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total SDQ scores was positively associated with being detained at home during incursion ($B = .11$, $p < 0.03$), watching mutilated bodies in TV ($B = .10$, $p < 0.04$), and witnessing of own home demolition ($B=.10$, $p < 0.04$).

Table 6: Linear Regression analysis of SDQ-parent and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	14.170	1.108		12.786	.000
19. Being detained at home during incursion	1.078	.502	.111	2.145	.033
14. Watching mutilated bodies in TV	2.267	1.128	.103	2.009	.045
10. Witnessing of own home demolition	1.063	.530	.104	2.008	.045

$F = 5.15$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.05$

Discussion

This study tried to investigate the effect of war trauma on children anxiety, depression, and general mental health problems. This study showed that Palestinians 93.9% of children hear shelling of the area by artillery, 93.9% hear the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessing the signs of shelling on the ground, 94.9% watched mutilated bodies in TV, 73% were deprived from water or electricity during detention at home, 69% said they left home form more safe place, and 24.5% exposed to burn by bombs. These findings were consistent with most of our previous studies in the area (Thabet et al, 2006; Thabet et al, 2007; Thabet et al, 2008).

Our study showed 59.9% of children rated themselves as having psychiatric morbidity compared to 61.1% rated by parents. Our findings are the highest level of mental health problems in area and it is inconsistent with previous studies which showed lower level of mental health problems, in study of Palestinian children in the Gaza Strip was described by Thabet & Vostanis (1998) where the prevalence of mental health problems rated by teachers was (43.4%). In another study of Palestinian children found that (20.9%) were rated above the cut-off for mental health problems on the Rutter A2 (parent) Scales, and 74 children (31.8%) were above the cut-off on the Rutter B2 (teacher) (Thabet & Vostanis, 2000). Zakrisson, Shahan, Mortaja & Hamel (2004) in a study of prevalence of psychological morbidity among Palestinian children living in the southern Bethlehem District of the West Bank during July 2000, using the Rutter A2 (parent) Scale filled out by a parent of each of the 206 subject children (ages 6 to 13 years) found a rate of psychological morbidity of 42.3% among Palestinian children. Thabet et al (2006) in study of Palestinian children in Gaza Strip and West Bank of using SDQ for parents and teachers, 72 children (36.9%) from Gaza were rated as having caseness (were considered as having a problem) by parents using (17-40) cut-off points compared to 44 (29.3%) from the West Bank. Seventy two children (38.5%) from Gaza were rated as having caseness by teachers using (16-40) cut-off points compared to 46 (30.7%) from the West Bank. Our speculation of this high level of mental health problems could be due to the high intensity of trauma during the war and children feelings that their were no safe place to hide and others cannot protect them. Also, Palestinians are under siege for the last 3 years and children feel that they are in big prison and cannot leave Gaza.

Clinical implications

It appears that traumatic events and other emotional and behavioural problems are common disorders of children living in area of war and conflict. At present, however, it is clear how many of these children will behavioural and emotional problems have.

Also, do we need new types of intervention in wide scale approach in dealing with increasing number of Palestinian children affected by war and trauma. There are needs for more psychoeducation programs for parents to enable them of recognizing their own reactions to war and trauma and their children normal and abnormal reactions to war. This also applicable to professionals working in community based organizations and increase their capacity of early detection of children with mental health problems and giving them the clinical skills to practice these skills in dealing with children in community and schools. Also school based intervention using group counseling and psycho education of adolescents.

We recommend doing more follow-up study of the same sample after 1 year to evaluate the effect of continuous trauma on children mental health problems.

References

- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Ghannam, J., Whitcombed, J. A., and Abu Hein, F. (2007) Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second Uprising (Intifada), *Child Abuse & Neglect*, 31: 719-729.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581-586
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 40, 791-799.
- Khahlout, A., Thabet, AA. (2009 in press). Impact of Political violence on adolescents mental health in the Gaza Strip.
- Mater, S., Thabet A. A., Vostanis P. (2008), Mental Health problems among labour children in the Gaza Strip, *Arabpsych E Journal*, 18-19, 177-189.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Jordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 84-90.
- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of Childhood Diseases*, 78, 439-442.
- Thabet, A.A, Stretch D, & Vostanis P. (2000). Child mental health problems in Arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 46, 266-80.
- Thabet, A. A., Abdulla, T., El Helou, M., & Vostanis, P. (2006). *Effect of trauma on children mental health in the Gaza Strip and West Bank* (Chapter in a Book, (Eds.) Greenbaum, C. W., Veerman, P., Bacon-Shnoor, N (2006). Protection of Children During Armed Political Conflict .A Multidisciplinary Perspective. Pp 123-138.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2007) Children Exposed to Political Conflict: Implications for Health Policy. *Harvard Health Policy Review*, 8), 47-57.
- Thabet, L., Thabet, AA, Vostanis, P.(2007). Mental health problems among Orphanage children in the Gaza Strip. *Adoption and Fostering Journal*. 31, 2, 54

COMORBIDITY OF DEPRESSION AND ANXIETY IN PALESTINIAN CHILDREN VICTIMS OF WAR ON GAZA

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

Aim: The aim of this study was to investigate the impact of war on children with depression and anxiety.

Methods: The study was conducted in the entire Gaza Strip two weeks after the end of the War on Gaza that lasted for 23 days. The study sample included 374 children aged 6 to 17 years. Children completed measures of experience of traumatic events (Gaza Traumatic Checklist-War on Gaza), Birlson Depression Inventory, and Child Revised Manifest Anxiety Scale.

Results: Palestinian children experienced a variety of traumatic events: 93.9% heard shelling of the area by artillery, 93.9% heard the sonic sounds of the jetfighters, 69% left home for a safer place, and 24.5% were exposed to burn by bombs. Each child reported 12.80 traumatic events. The study showed that mean traumatic events was 13.8: 33.5% of children reported low traumatic level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

No gender differences in depression scores, and no statistical association between total trauma and depression scores. However, total depression scores were positively predicted by being forced to leave home under threat of war and being threatened with shooting, while physical injury due to bombardment of their home negatively predicted depression.

Mean anxiety score was 11.05. No gender differences were found in the level of anxiety. Total anxiety scores were negatively associated with shooting by bullets, rockets, or bombs, witnessing a friend's home be demolished and witnessing one's own home demolished, while witnessing the killing of friend was positively correlated with anxiety.

The results showed that 237 of children had no anxiety or depression (63.5%), 95 children had either depression or anxiety (25.5%), and 41 children had comorbidity of depression and anxiety (11%).

Conclusions: This study revealed that children living in areas of conflict and war are the main group at risk of developing depression and anxiety, and the international laws must protect the civilians during the conflict, establishing safe havens for children and their families to decrease the effect of war on children. Also, we recommended doing more follow-up studies of the same sample after 6 months to evaluate the effect of continuous trauma on children's mental health problems. More intervention programs such as expressive writing therapy, mind body, school basis crisis intervention, group's intervention, and cognitive behaviour methods should be applied and evaluated for its efficacy in developing better coping strategies with similar traumatic events.

Introduction

On 27th December 2008 a new chapter of the conflict in the Middle East between the Israelis and Palestinians started to be written in which a new wave of violence erupted where at least 1,330 Palestinians were killed and 5,500 were injured in the Gaza Strip. This war on Gaza continued for 23 days. According to new data that emerged from people working in the field, changes in the types of psychological symptoms were observed such as excessive fears, panic attacks, amnesia, helplessness, hopelessness, uncertainty of the current situation and the future

psychological disorders and exposure to political and military violence in the area. Review of the literature on the relationship between showed that anxiety, psychosomatic, and depression symptoms seem to be shared by most children who were subjected to political or military violence irrespective of their ethnic or cultural background.

Previous studies showed that PTSD is not the only reaction to trauma, but children reported depression, anxiety, and ADHD symptoms. Thabet and Vostanis (1998) in a study of social adversities and anxiety disorders in Palestinian children showed

that 21.5% of children showed anxiety problems. Anxiety disorders varied from study to study according to the type of traumatic event and sample size. Papageorgiou et al. (2000) in a study of 95 children between 8 and 13 years old who had experienced war in Bosnia found that the rate of anxiety was 23.0%; Scholte et al. (2004) in a study of a sample of 1,011 respondents aged 15 years or older conducted in the Nangarhar province found that 38.5% had anxiety disorders. Also, depression was one of the common psychological disorders found in children exposed to political violence. Papageorgiou et al. (2000) described the pattern of psychopathology in a sample of 95 children between 8 and 13 years old who had experienced war in Bosnia. The study found that 47% scored within the clinical range on the Depression Self-Rating Scale for Children. Thabet et al (2004) in a study of comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict in the Gaza Strip Exposure to traumatic events, strongly predicted MFQ scores: 23.9% of children scores were within PTSD range. In another study, Scholte et al. (2004) aimed to determine the rate of exposure to traumatic events; estimated prevalence rates of symptoms of PTSD, depression, and anxiety found that high rates of symptoms of depression were reported by 391 respondents (38.5%); anxiety, 524 (51.8%); and PTSD, 207 (20.4%). Thabet et al. (2007) in a study of 420 children in the Gaza Strip showed that 25.4% reported anxiety scores within the clinical range, 268 children (65.5%) were rated within the clinical PTSD range, and 203 children (49.6%) were rated within the range for likely clinical morbidity according to SDQ-parents. Previous studies in the area showed that there were differences in level of PTSD, depression, and anxiety in children at risk. Other researchers tried to find the effect of trauma on mental health problems, Elbedour et al (2007) in a study of 229 Palestinian adolescents living in refugee camps of Rafah and Khan-Younis in the southern region of the Gaza Strip showed that 68.9% of the sample was classified as having developed PTSD, 40% of the participants reported moderate or severe levels of depression, 94.9% of the sample was classified as having severe anxiety levels. In another study Thabet and Vostanis (2007) showed that 65.5% of children were rated within the clinical PTSD range. Also, 25.4% of children reported anxiety scores within the clinical range and 49.6% were rated within the likely clinical range, according to the previous SDQ by parents. Also, Thabet et al (2008a) in a study of 200 families from North Gaza and East Gaza showed that 70.1% of children were likely to have PTSD, 33.9% were rated as having anxiety symptoms of likely clinical significance, and 42.7% were rated as having significant mental health morbidity by their parents. Similarly, Khamis (2008) in a study aimed to assess the occurrence of PTSD and psychiatric disorders (i.e., anxiety and depression) in Palestinian adolescents following intifada-related injuries found that 137 adolescents (76.5%) in the sample met full criteria for PTSD diagnosis after they had been injured by live ammunition. About 41 (29.9%) of the cases had a delayed onset – that is, the onset of symptoms occurred more than six months after the trauma. In regard to depression and anxiety, significant differences were found between PTSD and non- PTSD adolescents on the depression and anxiety scales. Adolescents who exhibited PTSD symptoms were more likely to report higher levels of depression and anxiety.

In a study of the effect of shelling the Gaza area, Thabet et al. (2008) in a sample of 200 families and children found that 33.9% were rated as having anxiety symptoms of likely clinical significance, and 42.7% of children were rated as having significant mental health morbidity by their parents.

Not only was the effect of violence on children studied, but so was a group of children that were considered children at risk, such as children who lost their parents due to sudden death, children living in orphanages, labour children, and children with physical disabilities. Thabet et al. (2007) in a study to establish the level of emotional problems among 115 orphaned children in the Gaza Strip found that 39.3% reported PTSD, 49.0% reported depression, and 28.5% reported anxiety. Mater et al. (2007) conducted a study that aimed to identify the impact of labor on children's general mental health and anxiety. The study showed that 79.2% of children were rating themselves as psychiatric cases, 33.9% of children reported hyperactivity; 38% reported emotion problems, 56.3% reported conduct disorder, 79.1% had good peer relationships. Also, 20.6% reported obsessive compulsive problems, 18% reported social phobia, 17.7% had generalized anxiety, 17.7% had panic and agoraphobia, 10.7% had physical injury, and 15.3% had separation anxiety.

The aim of this study was to investigate the impact of war on children depression and anxiety and comorbidity of the two disorders.

Methods

Setting and Sample

The Gaza Strip is a narrow elongated piece of land, bordering the Mediterranean Sea between Israel and Egypt, and covers 360 km². It has a high population density. About 17% of the population lives in the north of the Gaza Strip, 51% in the middle, and 32% in the south area. There is high unemployment, socioeconomic deprivation, family overcrowding, and short life expectancy. Nearly two-thirds of the population are refugees, with approximately 55% living in eight crowded refugee camps. The remainder lives in villages and towns. Since September 2005, the population of the Gaza Strip has been exposed to regular incursions and shelling, resulting in at least 200 deaths and many more injuries in the last six months alone.

The study population included 374 children living in areas that were exposed to war that lasted for 23 days including the entire Gaza Strip. The total sample was selected using EPI 6 in which the total sample was 380 children. We added 20 children to the sample for missing interviews. Children were selected randomly from families from the five areas of the Gaza Strip. One street was selected in each area, and every third household that fulfilled the selection criteria. In larger buildings, one flat from each floor was selected.

The data collection was carried out by eight trained professionals under the supervision of the Dr. Thabet. The data was collected during February 2008. Children were interviewed in their homes after getting written consent from parents to participate in the study. One of the difficulties of this study was that, throughout the interviews, there were strong feelings of hostility, anger, and intolerance to interview in the selected areas, for which reason the interviews had to be discontinued with some children and to be repeated later on.

Measures

Demographic Characteristics

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire included gender, age, number of children, and education level.

Traumatic Events

Traumatic events were assessed by checklists that reflected the nature of violence, trauma and losses during the war on Gaza. Israeli military violence was assessed by the Gaza Traumatic Events Checklist for Israeli Violence (Thabet, Abdulla, El Helou, and Vostanis, 2006) consisting of 30 items covering three domains of events typical for the Israeli siege: (1) personally witnessing acts of violence (e.g. killing of relatives, home demolition, bombardment, and injuries); (2) having experiences of loss, injury and destruction of family and/or other close persons; and (3) being the target of violence (e.g., being shot, injured, or beaten by the soldiers). In the checklist, children were asked whether they had been exposed to each of these events: (0) no, (1) yes during the 23 days of war. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was $\alpha=0.90$ and split half was 0.81.

The Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) (Reynolds C, & Richmond B., 1978, 1987)

This is a standardised 37-item self-report questionnaire for children between 6 and 19 years of age (Reynolds C, & Richmond B, 1978). It measures the presence or absence of anxiety-related symptoms ('yes'/'no' answers) in 28 anxiety items and 9 lie items. A cut-off total score of 19 has been found to predict the presence of anxiety disorder (Thabet and Vostanis, 1998). The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was $\alpha=0.89$ and split half was 0.89.

Birleson Depression Inventory (BDI: Birleson, 1981)

This self-completed inventory, also known as the Depression Self Rating Scale for Children, consists of 18 items. The scale has been found to differentiate between depressed and nondepressed British children. A cut-off score of 15 is 6 times more likely to be associated with a diagnosis of depression and provides acceptable specificity and sensitivity (Birleson, Hudson, Buchanan, & Wolff, 1987). The scale has been used with children aged 7 to 18 years and normative data on 250 school children aged 11 to 15 years has been reported (Firth & Chaplin, 1987; Yule, 1992). The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was $\alpha=0.67$ and split half was 0.57.

Statistics analyses

Cross tables with Pearson χ^2 –statistics were applied to analyse the associations between demographic factors, trauma, psychiatric symptoms, and gender differences in exposure to traumatic events, depression and anxiety. T-tests were applied to analyse gender differences in trauma, and psychiatric symptoms. To analyse the predictive role of traumatic experiences by children, depression and anxiety, we used hierarchical multiple regression analyses with main and interaction effects. The estimated main effects indicate direct associations between trauma and psychiatric symptoms. The dependent variables were depressive and anxiety symptoms, and the independent variables were 30 traumatic experiences. Also, children who were rated as having both depression and anxiety were rated, and a prediction of comorbidity by traumatic events was evaluated using multiple regression analysis.

Results

Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

The sample consisted of 374 children, 197 were males (52.7%) and 177 were females 47.3%. The age ranged from 6 to 17 years with a mean age of 11.09 (SD = 2.9). According to place of residence, 34.2% were from North Gaza, 24.9% were from Gaza city, 15.8% were from middle area, 7.8% from Khan Younis, and 17.4% were from Rafah area. According to type of living, 44% live in cities, 20.9% live in villages, and 34.8% live in refugee camps. According to family monthly income, 60.9% had less than 300 US \$ monthly, 26.0% had 301-650 US \$ monthly, and 13.1% had 651 US \$ and above.

Table 1 : Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

Characteristics	#	%
1. Gender		
Male	197	52.7
Female	177	47.3
Mean = (SD = 7.48)		
2. Place of residence		
North Gaza	128	34.2
Gaza	93	24.9
Middle area	59	15.8
Khan Younis	29	7.8
Rafah area	65	17.4
3. Type of residence		
City	166	44.4
Village	78	20.9
Camp	130	34.8
4. No of siblings		
Less than 4	99	26.5
5-7 siblings	172	46.0
8 and more	103	27.5
5. Family monthly income		
Less than 300 US \$	190	60.9
301-650 \$	81	26.0
651\$ and more	41	13.1
6. Father's job		
Unemployed	109	36.8
Simple worker	54	18.2
Skilled worker	39	13.2
Employee	72	24.3
Merchant	11	3.7
Others	11	3.7
7. Mother's job		
Housewife	296	90.2
Simple worker	10	3.0
Employee	12	3.7
Others	10	3.0

Types of traumatic events

Palestinians children experienced a variety of traumatic events: 93.9% heard shelling of the area by artillery, 93.9% heard the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessed the signs of shelling on the ground, 94.9% watched mutilated bodies on TV, 73% were deprived from water or electricity during the war, and 69% said they left home for a safer place.

Types of traumatic events	#	%
1. Watched mutilated bodies in TV	335	94.9
2. Heard shelling of the area by heavy artillery	351	93.9
3. Heard the sonic sounds of the jetfighters	351	93.9
4. Witnessed the signs of shelling on the ground	342	91.4
5. Deprivation from water, food, or electricity during the war	273	73
6. Forced to move from home to a safer place during the war	258	69
7. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at neighbours homes	239	63.9
8. Witnessed the shelling and destruction of another's home	225	60.2
9. Witnessed assassination of people by rockets	203	54.3
10. Were detained at home during incursion	198	52.9
11. Heard killing of a non relative	177	47.3
12. Heard killing of a relative	167	44.7
13. Heard the arrest of someone or a friend	157	42
14. Threatened by shooting	150	40.1
14. Destruction of personal belongings during the war	133	35.6
15. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at own home	127	34
16. Witnessed shelling and destruction of own home	124	32.2
17. Deprivation of going to the toilet and leaving the room at home because of the firing and shelling in the area	101	27
18. Witnessed shooting of a friend	89	23.8
19. Witnessed killing non relative	86	23
20. Witnessed shooting of a relative	85	22.7
21. Exposure to burn by bombs and phosphorous bombs	84	22.5
22. Witnessed killing of a relative	81	21.7
23. Beaten and humiliated by the army during the war	72	19.3
24. Threatened with a family member being killed	69	18.4
25. Shot by bullets, rocket, or bombs	61	16.3
26. Threatened with being killed	61	16.3
27. Physical injury due to bombardment of your home	58	15.5
28. Threatened with death by being used as human shield by the army to move from home to home	54	14.4
29. Detained for hours during the war	49	13.1

Table 2: The most common traumatic events

Mean of traumatic events

The study showed that the mean traumatic events was 13.8 (SD =6.1). The results showed that the mean traumatic events reported by males was 13.032 (SD =6.46) compared to mean in female =12.50 (SD = 6.64). No significant differences between males and females in reporting traumatic events ($t=0.78$, $p = 0.44$).

Level of traumatic events

In order to find the severity of traumatic events, 30 items were recoded into 0-9 low level traumatic events, 10-19 moderate level, and 20 and above severe level. The results showed that 33.5% of children reported low level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

Table 3: Level of traumatic events

Traumatic events	#	%
Low level	125	33.5
Moderate level	191	51.2
High level	57	15.3

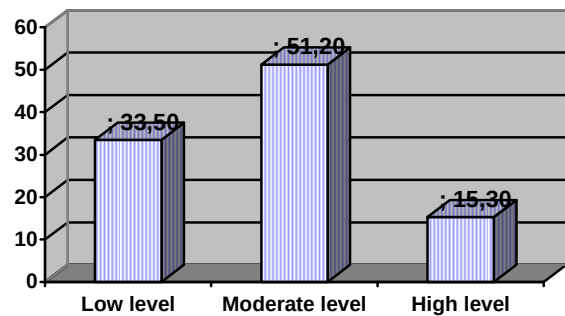


Figure 1: Level of traumatic events

Depression symptoms according to Birlerson depression scale

Palestinian children reported a variety of depression symptoms: 51.5 % said they did not enjoy the things they do as much as they used to, 58.7% said they have no energy, and 44.9% said they do not sleep very well. The child mean depression score was 18.77 (SD =4.7).

Table 4: Depression symptoms according to Birlerson depression scale

	Always	Sometimes	No
I enjoy the things I do as much as I used to	9.4	39.1	51.4
I have lots of energy	10.9	30.4	58.7
I get tummy aches	12.3	48.6	39.1
I sleep very well	13.8	41.3	44.9
I am good at the things I do	13.8	61.6	24.6
I feel so sad I can hardly stand it	13.8	48.6	37.7
I am easily cheered up	14.5	52.2	33.3
I enjoy my food	16.7	45.7	37.7
I look forward to things as much as I used to	17.4	47.8	34.8
I feel very lonely	19.6	44.2	36.2
I think life isn't worth living	22.5	49.3	28.3

I feel very bored	24.6	60.1	15.2
I feel like running away	26.8	38.4	34.8
I feel like crying	27.5	53.6	18.8
I like to go out to play	32.6	38.4	29
I have bad dreams	34.1	48.6	17.4
I can stick up for myself	34.3	42.3	23.4
I like talking with my family	49.3	41.3	9.4

The independent test was done to find gender differences in mean depression scores. The results showed that mean depression in boys was 18.6 (SD = 4.91) compared to 18.93 (SD = 4.57) in girls. There was no significant differences between boys and girls in total depression scores ($t = -0.56$, $p = 0.32$). Also, age of children was recoded into two groups (6-12 years, and 13 years and above). There were no significant differences in depression according to age group of children.

Pearson correlation test was done to find the relationship between total traumatic events and depression. The results showed no statistical association between depression scores and total trauma.

One way ANOVA was performed to find differences between depression as dependent variable and place of residence, type of residence, and family monthly income. The results showed no statistically significant differences in total depression scores and other sociodemographic variables.

Determinants of depression scores and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total depression was entered as a dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total depression score was positively associated with being forced to leave home under threat of war ($B = .13$, $p < 0.02$) and threat of shooting ($B = .11$, $p < 0.03$), while physical injury due to bombardment of their home was negatively associated with depression ($B = -.14$, $p < 0.009$).

Table 4: Linear Regression analysis of depression and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	p
(Constant)	17.700	.459		38.560	.000
30. Forced to leave home during the war	1.337	.528	.130	2.531	.012
18. Physical injury due to bombardment of home	-1.864	.707	-.142	-2.636	.009
22. Threatened with shooting	1.148	.528	.118	2.176	.030

$F = 5.2$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.04$

Anxiety symptoms according to RCMAS

The study showed that 88.1% said they get nervous when things do not go the right way for them, 80.5% said they were worried about what is going to happen, 75.4% afraid of a lot of things, 74.4% said their feelings get hurt easily when they are fussed at, 72.9% worry about what their parents will say to me, and 71.6% said it is hard to get to sleep at night. The mean anxiety score was 11.05 (SD = 6.8). Using a cut-off point of 18

and more as anxiety, 64 children (17.2%) reported themselves as having anxiety and 309 children (82.8%) reported no anxiety.

Table 5: Anxiety symptoms according to RCMAS

	#	%
I get nervous when things do not go the right way for me	118	88.1
I worry about what is going to happen	107	80.5
I am afraid of a lot of things	101	75.4
My feelings get hurt easily when I am fussed at	99	74.4
I worry about what my parents will say to me	97	72.9
It is hard to get to sleep at night	96	71.6
I often worry about something bad happening to me	96	72.2
I wiggle in my seat a lot	92	69.7
I worry a lot of the time	91	67.9
I get mad easily	91	67.9
Others seem to do things easier than I can	90	67.2
I wake up scared some of the time	90	67.7
I worry when I go to bed at night	90	67.7
It is hard to keep my mind on my school work	86	64.7
Other children are happier than I	85	63.9
My feelings get hurt easily	84	63.2
I am nervous	84	63.2
I have bad dreams	80	60.2
I have trouble making up my mind	79	59
I worry about what other people think about me	79	59.4
I feel someone will tell me I do things the wrong way	73	54.9
Often I have trouble getting my breath	62	46.3
I am tired a lot	62	46.6
My hands feel sweaty	56	42.1
I feel that others do not like the way I do things	54	40.3
I feel alone even when there are people with me	47	35.1
Often I feel sick in my stomach	39	29.1
A lot of people are against me	38	28.6

Determinants of anxiety scores and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total anxiety symptoms were entered as a dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total anxiety scores were negatively associated with shooting by bullets, rockets, or bombs ($B = -.14$, $p < 0.006$), witnessing a friend's home be demolished ($B = -.14$, $p < 0.008$), and witnessing one's own home be demolished ($B = -.15$, $p < 0.005$), while witnessing the killing of a friend was positively correlated with anxiety ($B = .15$, $p < 0.02$).

Table 6: Linear Regression analysis of anxiety and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	P
(Constant)	13.771	.685		20.095	.000
30. Forced to leave your home during the war	-2.104	.756	-.144	-2.784	.006
11. Witnessing of a friend home demolition	-2.028	.760	-.147	-2.669	.008

6. Witnessing killing of a friend	2.417	.865	.151	2.795	.005
10. Witnessing of own home demolition	1.948	.834	-.135	2.335	.020

$F = 9.3, p < 0.05, R^2 = 0.09$

Comorbidity of depression and anxiety

In order to find the comorbidity of depression in children, children who scored above 19 on the anxiety scale and 17 in Birlson Depression Inventory were computed and the frequency of depression, anxiety, and comorbidity was calculated. The results showed that 242 of children had no anxiety or depression (64.9%), 95 children had either depression or anxiety (25.5%), and 41 children had comorbidity of depression and anxiety (11%).

Table 7: Comorbidity of depression and anxiety

	#	%
No disorder	237	63.5
Depression or anxiety	95	25.5
Depression and anxiety	41	11.0
Total	373	100.0

Discussion

This study tried to investigate the effect of war trauma on children's anxiety, depression, and comorbidity of the two disorders. This study showed that 94.9% watched mutilated bodies on TV, 93.9% of children heard shelling of the area by artillery, 93.9% heard the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessed signs of shelling on the ground, 73% were deprived from water or electricity during the war, 69% said they moved from home to a safer place, and 24.5% were exposed to burn by bombs. These findings were consistent with most of our previous studies in the area (Thabet et al. 2006; Thabet et al. 2007; Thabet et al. 2008).

Our study showed that 17.2% of children had anxiety problems. The rate of anxiety disorder in this study is inconsistent with and a higher rate than previous studies which showed a high rate of anxiety. The reported prevalence of 'any anxiety disorder' varied substantially between studies. The lowest rate that was reported was 2.6% in the American 11 year olds in the study by Costello et al. (2003), and the highest was 41.2% in the Japanese 7 to 9 year olds reported by Sugawara et al. (1999). These study findings were consistent with similar studies done in the same period after war: Kahlout and Thabet (2009 in Press) in a study of Palestinian children exposed to political violence showed that 20.8% reported anxiety problems. The prevalence of anxiety appears to be less than the previous study by Thabet and Vostains (1998) of Palestinian children in the Gaza Strip: similar instruments showed that 21.5% of children reported anxiety disorders. Also, lower than the rate of anxiety in children from Bosnia, Papageorgiou et al. (2000), in a study of 95 children, between 8 and 13 years who had experienced war in Bosnia, found that the rate of anxiety was 23.0%. Results of anxiety rates were lower than that found in Scholte et al. 2004's study of children in Nangarhar province, which found that 38.5% had anxiety disorders. Also, the rate of anxiety in this time is lower than the previous study by Thabet et al. (2007) which aimed to determine the prevalence of PTSD, anxiety, behavioural and emotional problems of Palestinian

children in relation to traumatic events and other socioeconomic status, and found that the rate of anxiety disorder was 33.9%. The lower rate of anxiety could be explained by the facts that this study was done immediately after the war on Gaza when children were in state of denial and disbelief about what happened to them and their families. Also, chronic adversities, including non-improvement of the socioeconomic situation, the siege of the Gaza Strip, and uncertainty of the post-war situation, increase children's other mental health problems rather than their anxiety.

Depression was one of the common psychological disorders found in children exposed to political violence. Our study showed that 69.5% of children scored above the cut-off point on the depression scale. Our study results for the prevalence of depression were higher than the rate of depression in other studies. Papageorgiou et al. (2000) in a study of children who experienced war in Bosnia found that 47% of children scored within the clinical range on the Depression Self-Rating Scale for Children. Scholte et al. (2004) in a study aimed to determine the rate of exposure to traumatic events, and to estimate prevalence rates of symptoms of PTSD, depression, and anxiety found high rates of symptoms of depression were reported by 391 respondents (38.5%) and anxiety (51.8%).

Our explanation of the high rate of depression in this study is that depression is a result of other chronic adversities and not due to traumatic events, and children in Gaza Strip are living under siege for the last two years with high rates of unemployment among parents, restriction of movements, big families, over-crowdedness, domestic violence, and community violence. This is consistent with a previous study of refugee children in the same area (Thabet et al., 2004). Comorbidity of depression and anxiety was 9.9%.

Other issues and limitations

This study was cross sectional. Cross sectional studies can only ever provide a snapshot of disorder prevalence over one period of time; and it has been argued, therefore, that they might underestimate psychopathology. In order to estimate the full burden of mental health throughout childhood, it has been argued that longitudinal studies are required.

Implications

It appears that traumatic events, anxiety, depression, and other emotional and behavioural problems are common disorders of children living in areas of war and conflict. At present, however, it is not clear how many of these children will have an anxiety disorder that is more than a transient phase, or that will develop into another, equally problematic disorder. Although very few studies have yet reported on the persistence of DSM-III-Rⁱⁱ or DSM-IVⁱⁱⁱ disorders from this early part of childhood, there is evidence to suggest that anxiety can be persistent. Research is now clearly needed to investigate the continuity of anxiety, depression, and other mental health problems in children. What are the consequences of this for children, their families, and for society as a whole?

Also, do we need new types of intervention in a wide-scale approach to dealing with increasing numbers of Palestinian children affected by war and trauma? Are the needs for more psycho-education for parents to enable them to recognize their own reactions to war and trauma and their children normal and abnormal reactions to war? Do we have to do more work with

professionals working in community-based organizations and increase their capacity of early detection of children with mental health problems, giving them the clinical skills to deal with children in community and schools? Also, another question raised, are the scales used in this study and other studies valid for diagnosing children with depression, anxiety, and other mental health problems, or do we need to evaluate the child's function in schools, homes, streets, and their lives.

We recommend doing a follow-up study of the same sample after six months to evaluate the effect of continuous trauma on children mental health problems. More intervention programs such as expressive writing therapy, mind body, school basis crisis intervention, group's intervention, and cognitive behaviour methods should be applied and evaluated for its efficacy in developing better coping strategies with similar traumatic events.

References

- Birlleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-88.
- Birlleson, P., Hudson, I., Buchanan, D. G., & Wolff, S. (1987). Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 43-60.
- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Ghannam, J., Whitcombed, J. A., Abu Hein, F. (2007). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second Uprising (Intifada), *Child Abuse & Neglect*, 31, 719-729.
- Firth, M. A., & Chaplin, L. (1987). Research note: The use of the Birlleson depression scale with a nonclinical sample of boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 43±60.
- Kahlout, A., Thabet, AA. (2009 in press). Impact of Political violence on adolescents mental health in the Gaza Strip.
- Khamis, V. (2008), "Post-traumatic stress and psychiatric disorders in Palestinian adolescents following Intifada-related injuries, *Social Science & Medicine*, 67, 1199-1207.
- Mater, S., Thabet A. A., Vostanis P. (2008), Mental Health problems among labour children in the Gaza Strip, *Arabpsych E Journal*, 18-19, 177-189.
- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 84-90.
- Reynolds C, & Richmond B. (1978). What I Think and Feel: a measure of children's manifest anxiety. *J Abn Child Psychology*, 6, 271-80.
- Reynolds C, & Richmond B. (1987). What I Think and Feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 15-20.
- Scholte, W.F., Olff, M.; Ventevogel, P., de Vries, G.J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., & Crawford, C. A. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA*. 4;292(5):626-8.
- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of Childhood Diseases*, 78, 439-442.
- Thabet, A.A, Abed, Y & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 533-542
- Thabet, A. A., Abdulla, T., El Helou, M., & Vostanis, P. (2006). *Effect of trauma on children mental health in the Gaza Strip and West Bank* (Chapter in a Book, (Eds.) Greenbaum, C. W., Veerman, P., Bacon-Shnoor, N. (2006). Protection of Children During Armed Political Conflict .A Multidisciplinary Perspective. Pp 123-138.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2007) Children Exposed to Political Conflict: Implications for Health Policy. *Harvard Health Policy Review*, 8), 47-57.
- Thabet, L., Thabet, AA, Vostanis, P.(2007). Mental health problems among Orphanage children in the Gaza Strip. *Adoption and Fostering Journal*. 31, 2, 54-62.

ⁱposttraumatic stress disorder

ⁱⁱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third edition, Revised

ⁱⁱⁱ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Forth edition



EFFECTIVENESS OF SCHOOL-BASED DEBRIEFING SESSIONS FOR PALESTINIAN CHILDREN AFFECTED BY WAR AND TRAUMA

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

PANOS 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**

Background: There are no psychosocial interventions to address children psychosocial needs among Palestinian children area of war and conflict.

Aim : To evaluate the school-based debriefing sessions for children living in a zone of ongoing war conflict.

Method : A randomly selected sample of 240 children aged 10-16 years who were affected by the current conflict in the Gaza Strip were interviewed about their war experiences and reactions to the violence before and after participating in the 2-week intervention in schools for 8 session.

Results : Children themselves reported decrease in all mental health problems after the intervention. However parents disagreed with their children and reported no change in behavioural and emotional problems of their children after the intervention

Conclusion: Our findings that using school based counseling setting in time of war and trauma could improve children mental health if they report their feelings themselves and not their parents. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress.

Introduction

There has been increasing number of research on the effectiveness of specific psychological interventions for children living in war zones (Gupta and Zimmer, 2008). However, a number of studies have described or evaluated different models of interventions for PTSD among children who had suffered abuse, experienced natural disasters, or exposed to community violence. These predominantly adopt psychodynamic or cognitive therapeutic frameworks, and a variety of techniques, with the broad aim of enabling the child to make links between trauma, emotions and beliefs, which can subsequently be challenged and modified. Herman (1997) outlined three phases of treatment for traumatized clients: the establishment of safety, remembrance and mourning, and reconnection with ordinary life.

Research on young people who had PTSD as a result of exposure to a disaster includes that by Chemtob, Nakashima, and Carlson (2002) examining adolescents with PTSD 2-3 years following exposure to a disaster, and that by Goninan et al. (1997) in which CBT for PTSD began 1.5 years after exposure to a disaster. These studies both indicate that children who have significant PTSD symptoms benefit from CBT intervention for both the PTSD and related difficulties such as depression, social competence and behavioural problems. Three randomized, controlled psychosocial treatment studies of sexually abused children with acute PTSD symptoms also demonstrate the superiority of CBT compared with non-directive supportive

therapy or usual treatment in the community (Cohen, 2003). A comprehensive review by Ramchandi and Jones (2003) on treatment available for children who have suffered sexual abuse concluded that, 'cognitive behavior therapy for children who are symptomatic' (including suffering from PTSD) 'has the strongest research evidence for efficacy'. In addition, Feeny et al. (2004) established that CBT and related techniques have been empirically proven to benefit the emotional well-being of young clients suffering from trauma-related psychological concerns such as PTSD. relaxation techniques, problem solving, aggression management, grief resolution, narratives, and stress inoculation are examples of ways to help children and teens cope with natural disasters (Feeny et al., 2004). Feeny et al. also supported the use of psychoeducational groups where children experiencing trauma-related symptoms can meet, share their stories and reactions, gain a sense of cohesion and universality, and learn how to better cope with their feelings, thoughts, and behaviors. When using CBT with individual children or groups, Feeny et al. found that short-term counseling (i.e., 4 sessions) was as effective as treatments involving larger numbers of sessions

(i.e., 12 sessions). Also, group interventions were as successful as individual counseling interventions in treating children's symptoms. Finally, the authors found that starting the counseling process soon after the disaster or traumatic event was more effective in the long term. A randomized controlled

study evaluating the effectiveness of a group CBT treatment package for a cohort of schoolchildren in Los Angeles, USA, who had PTSD symptoms as a result of living in a community with high levels of violence, found clinically significant improvements which were maintained at 6-month follow-up (Stein et al., 2003). In another study of Sierra Leone children to determine whether rapid education intervention reduced trauma symptoms found that intrusion and arousal symptoms decreased after such intervention, while avoidance reactions increase (Gupta and Zimmer, 2008).

The aim of the study was to evaluate the school-based counseling sessions for children living in a zone of ongoing war conflict. The hypothesis was that, children receiving the intervention would have significantly reduced mental health symptoms following the intervention.

Methods

Subjects

A total of 240 children aged 10-16 years randomly selected from three public schools in the Gaza Strip schools registration lists provided by the Ministry of Education. All children were interviewed in their schools were selected from. The sampled consisted of 240 children, age ranged from 10 - 16 years the average age (12.2 years). There were 186 boys (77.5%) and 54 girls (22.5%). Of the total children, 33.3% of children live Khan Younis, 35.4% live Deir el-Balah area, and 31.3% live in Gaza city. A total of 80% of the pre-test sample was re-interviewed for the post-test 2 weeks after completing the intervention resulting in a 20% reduction in the post-test sample (n=192). A detailed written and verbal explanation of the purpose of the assessment, confidentiality issues and the voluntary nature of the survey was provided to the teachers and parents of the children prior to administering the interviews. Written authorization to participate in the assessments and the intervention was obtained by the team staff from camp supervisors in the presence of the children. Verbal permission was also obtained from each child before conducting the interviews.

Procedure

Pre-test assessment was applied to children one week before starting the school-based sessions (children were involved in 8 sessions in two weeks time). The sessions consisted of providing a safe environment to share children traumatic experiences, providing accurate information about the trauma to clarify misunderstandings, drawing pictures about one of their worst memories, sharing their drawing, story telling about experiences and discussion among themselves about the meaning and solutions, dream analysis, taking part in role-plays of similar traumatic events, and mentioning last dreams concerning the traumatic events. Each group consisted of 25 children. After one week of finishing the interventions sessions, the same assessment tools were used to find the effectiveness of such intervention on reducing children behavioural and emotional problems. The data collected during the time of Sept 2007- Jan 2008 by 8 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war.

Instruments

Sociodemographic data:

The children demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence.

Gaza Child Health Study Scales (Miller et al, 1999)

The Gaza Child Health Study Scale was developed and validated in the Gaza Strip and West Bank in a sample of Palestinian children (Miller et al, 1999). The original OCHS assesses problem behavior symptoms associated with DSM-III childhood psychiatric disorders (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, & Sanford, 1993) and contains items adapted from the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). The modified GCHSS contains 34 symptom items rated on a 3-point Likert-type scale ranging from 0 (rarely applies) to 2 (certainly applies). Broadband scales are computed to assess internalizing (e.g., worries about things in the future; needs to be told over and over that things are okay) and externalizing (e.g., kicks, bites, or hits other children; defiant, talks back to adults) symptoms. This version consists of 34 items measures (conduct - 15 items, hyperactivity- 6 items, depression-5 items, obsession-4, and overanxious-3 items) the emotional and behavioural problems of children rated by parents if the children 6-11 years and by children themselves if the were 12 years and more. The score range from 0= not true, 1= sometimes, 2= true. The reliability test of the scale was Cronbach's alpha =

Results of the study

Sociodemographic data

The total number of children in the selected for this study were 240 children, children age ranged from 10-16 years with mean 12.2 years (SD=1.36). According to sex, 77.5% were boys and 22.5% were females. According to place of residence, 33.3% of children live in the province of Khan Younis area, 35.4% live in Deir El-Balah, and 31.3% live Gaza city. According to grades, 19.6% were in the fifth grade, 31.3% were in the sixth grade, 13.8% were in the seventh grade, and 35.4% were in eighth grade.

Table 1 : Sociodemographic data for children in the sample (N= 240)

	N	%
Sex		
Male	186	77.5
Female	54	22.5
Level of study		
Five	47	19.6
Sex	75	31.3
Seven	33	13.8
Eight	85	35.4
Place of residence		
Khan Younis	80	33.3
Deir el-Balah	85	35.4
Gaza City	75	31.3

Results of Gaza Child Health Study Scale- children 12 years old and above report

Pre assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, children 12 years old and above were interviewed one week before the intervention. The results showed that mean GCHSS before was 14.82 (SD =7.98), conduct problems mean was 4.27 (SD =4.08); hyperactivity mean was 3.84 (SD = 2.08), depression mean was 2.96 (SD =1.82), obsessive mean was 3.63 (SD = 1.89), and overanxious mean was 1.86 (SD = 1.26).

Post assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, children were interviewed one week after the intervention. The results showed that mean GCHSS was 6.6 (SD =3.83), conduct problems mean was 4.02 (SD =4.32); hyperactivity mean was 2.82 (SD = 2.11), depression mean was 2.31 (SD =1.78), obsessive mean was 3.19 (SD = 1.91), and overanxious mean was 1.45 (SD = 1.26).

Table 2: Paired T test of GCHSS-Child report

	First assessment		Second assessment					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean Diff.	SD	t	p
Gaza Child Health Study Scale	14.82	7.98	6.66	3.83	2.76	9.7	2.9	0.004
Conduct	4.28	4.08	4.02	4.32	0.25	4.7	0.56	0.57
Hyperactivity	3.84	2.08	2.82	2.11	1.01	2.3	4.5	0.001
Depression	2.96	1.82	2.31	1.78	0.65	2.1	3.2	0.002
Obsessive	3.62	1.89	3.19	1.91	0.43	2.1	2.11	0.037
Overanxious	1.86	1.26	1.45	1.26	0.41	1.5	2.77	0.007

Results of Gaza Child Study Scale report-parents form for children 11 years old and less

Pre assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, parents of children 11 years and less were interviewed one week before the intervention. The results showed that mean GCHSS before was 9.45 (SD =7.04), conduct problems mean was 3.34 (SD =4.08); hyperactivity mean was 3.69 (SD = 2.48), depression mean was 1.82 (SD 2.21), obsessive mean was 2.76 (SD = 1.78), and overanxious mean was 1.87 (SD = 1.60).

Post assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, parents of children 12 years old and above were interviewed one week after the intervention. The results showed that mean GCHSS was 6.56 (SD =4.12), conduct problems mean was 3.32 (SD = 4.66); hyperactivity mean was 3.27 (SD = 2.66), depression mean was 1.84 (SD =2.11), obsessive mean was 2.78 (SD = 1.99), and overanxious mean was 1.71 (SD = 1.53).

Differences in child mental health between the two stages of intervention using Paired T test of GCHSS –child

In order to find the effectiveness of the intervention, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period.

The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total GCHSS before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 2.76 (t=2.9, p = 0.004), no statistically significant

differences between the mean of conduct disorder before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.25 (t=4.5, p = ns), there were statistically significant differences between the mean of total hyperactivity disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 1.01 (t=4.5, p = 0.001), there were statistically significant differences between the mean of total depression disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.65 (t=3.2, p = 0.002), there were statistically significant differences between the mean of total obsessive disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.43 (t=2.11, p = 0.03). There were statistically significant differences between the mean of total anxiety disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.41 (t=2.77, p = 0.007).

Differences in child mental health between the two stages of intervention using Paired T test of GCHSS – parents form

In order to find the effectiveness of the intervention, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to parents report.

The results showed that there were no statistically significant differences between the mean of total GCHSS before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.46 (t=0.04, p = ns), the was also applicable to all other subscales (conduct, hyperactivity, depression, obsession, and anxiety)

Table 3: Paired T test of GCHSS-Parents report

	First assessment		Second assessment					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean Diff.	SD	t	p
Gaza Child Health Study Scale	9.458	7.04	6.56	4.12	4.6	8.8	0.64	0.63
Conduct	3.346	3.966	3.32	4.66	0.24	4.5	0.04	0.96
Hyperactivity	3.691	2.483	3.27	2.66	0.41	2.4	0.15	0.13
Depression	1.829	2.216	1.84	2.11	-0.01	2.1	0.051	0.96
Obsessive	2.768	1.780	2.78	1.99	-0.12	2.33	0.047	0.96
Overanxious	1.877	1.608	1.71	1.53	1.16	1.60	0.93	0.36

Discussion

Before discussing the results of this study, it is important to note that the study has number of limitations. During the second phase of the study there was oscillation of the internal fighting the Gaza Strip between the Palestinian factions which affecting data collection of the post assessment stage, added to the repeated incursions of the Gaza Strip by Israelis military forces which may increase the traumatic events and reactions beside the siege of Gaza Strip. Also, the main outcome measures were questionnaire-based self report rather than interview. These limitations leave considerable room for improvement in future studies. Nevertheless, bearing these caveats in mind, there were several interesting findings in the present study.

Children who participated in the school based intervention reported a significant decrease in overall behavioural and emotional symptoms. However, parents Teachers reported did not reported significant improvements in their children' overall behaviour and emotional symptoms following their attendance at the group.

Our study consisted with other studies using other types of therapy, Kimnerly et al (2005) study to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioural therapy (CBT) techniques school-based group intervention designed for children who have experienced trauma. Twenty-six children (aged 11–15 years) who were refugees or asylum-seekers from war-affected countries participated. The manual-based intervention consisted of and was implemented within secondary schools. Children in the CBT group showed statistically significant, but clinically modest improvements following the intervention, with decreases in overall severity of post-traumatic stress symptoms. Significant improvements were also found in overall behavioural difficulties and emotional symptoms. Children in the waiting list control group did not show any improvements over the same period. However, follow-up data, which were only available for a small subset of eight children, suggest that gains in the CBT group were not maintained at 2-month follow-up. In another study of children using debriefing, However others such as Stallard et al (2006) in a study aimed to determine whether an early intervention using a psychological debriefing format is effective in preventing psychological distress in child road traffic accident survivors in which 158 children aged 7–18 were followed-up after completed eight months post accident with 132 (70/82 of the experimental group and 62/76 in the control group). Main outcome measures: Self-completed measures of psychological distress; fulfillment of diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. Results: Children in both groups demonstrated considerable improvements at follow-up. The early intervention did not result in any additional significant gains. Thabet et al (2008 in press) in study the effectiveness of expressive writing therapy technique for Palestinian children in the Gaza Strip found that children anxiety symptoms decreased after 6 sessions of writing, while PTSD and depression did not change.

Conclusion

Our findings that using school based counseling setting in time of war and trauma could improve children mental health if they report their feelings themselves and not their parents. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable the children cope with trauma and stress.

References

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-78.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 189-213.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related post-traumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H., & March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 466-476.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Goenjian, A.K., Karayan, I.L., Pynoos, R.S., Minassian D., Najarian, L.M., Steinber, A.M., & Fairbanks, L.A. (1997) Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536-542.
- Gupta, L., & Zimmer, C. (2008). Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 212-216.
- Kimnerly, A. Ehntholt, P., Smith, A. Yule, W.(2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10 (2), 235-250.
- Miller, T., Masri, M., Allodi, F., & Qouta, S .(1999). Emotional and behavioural problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict and Survival*, 15 (4), 368 - 378.
- Miller, T., Ramchandi, P., & Jones, D.P.H. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children. *British Journal of Psychiatry*, 183, 484-490.
- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H, Wong, M., Tu, W., Elliott, M.N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290, 603-611.
- Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 127-134.
- Thabet, A.A., Khalid Karim, & Vostanis P .(2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child and Adolescent, Psychiatry*, 14, 262-269.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2008 in press). Expressive writing therapy for Palestinian Adolescents in the Gaza Strip.

EFFECT OF TRAUMA ON SCHOOL PERFORMANCE AMONG SCHOOL-AGED CHILDREN IN GAZA STRIP

EL MAJDALAWY, ABDEL KARIM - BA, MCMH - Ministry of Education

ABDEL AZIZ MOUSA THABET*, - Associate Professor of Psychiatry - School of Public Health- Al Quds University

PANOS VOSTANIS - Professor of Child and Adolescent Psychiatry -University of Leicester, UK

abdelaziz@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

ABSTRACT

Background: We examined the relationship between psychic trauma and school performance among preparatory school children in Gaza Strip.

Methods: A cross-sectional study was carried out at eight governmental and United Nations Relief and Work Agency (UNRWA) Preparatory School in Gaza Strip.

Data was collected through indirect method using a structural interviewed questionnaire and reviewing school records . trauma was classified to three levels mild, moderate and severe according to Gaza Traumatic Chick list , if child have 0-4 traumatic events consider mild trauma ,5-10 items consider as moderate trauma ,more than 10 items consider as severe trauma ,the most traumatic events was watching martyrs and injured people on TV , which rated 96.9%of study sample .After that the researcher study the prevalence of post traumatic stress disorder which was71.2% among the study sample developed PTSD .

School performance was assessed by getting scores in Math, Arabic language , and total average in the first half of scholastic year Concentration , attention and participation in class activities .

Results: The study showed that 19.7% of children reported mild trauma, 72.4% of them reported moderate trauma, and 7.9% reported severe trauma. Also, 71.2% of the study sample developed post traumatic stress disorder. A significant association between trauma, PTSD and low school performance was observed.

Conclusion: there is a positive association between trauma, PTSD and school performance, this association was demonstrated through lower means of scores in Math, Arabic language and total average of children after the Intifada events than before it.

Key words: Children, Trauma, PTSD, Low school performance,

Introduction

Palestinian children living in Gaza Strip has been experienced a variety of physical and psychological trauma (Thabet et al., 2002, 2004). The devastating impact of living in violence environments is well documented in earlier studies that link violence to child behavior problems, depression, anxiety, post traumatic stress disorder (PTSD), poor school achievement, and low future expectations (Fitzpatrick and Boldizar, 1993; Freeman et al., 1993; Cooley-quille et al., 1995; Horowitz et al., 1995; Schwab-Stone et al., 1995; Singer et al., 1995; Cambell and Schwarz, 1996; Saigh et al., 1997; Kilewer et al., 1998). In addition to psychological difficulties, childhood bereavement has been found to affect negatively both academic and social functioning (Rafphael, 1983). Although most bereaved youths did not experience significant psychological impairment , those how did also experienced more school and peer difficulties , more health problems , and lower self esteem compared to bereaved youths who were less distress (Martie et al., 1998).

Relationships between mental health problems and learning difficulties, especially reading failure have been well-documented (Boetsch et al., 1996). However, there is a debate about which set of problems leads to which. This seems to be particularly the

case for boys, some of whom enter school with attention and self-regulation deficits, which put them at, risk for failure. Smart et al., (1996) showed that children identified at 7 to 8 years as having reading problems were not more likely than non disable children to develop behavioral problems as a reaction to their school failure but were more likely to have entered school with adjustment problems, which were then followed by the development and persistent of reading problems (Prior et al., 1999).

A link between IQ and delinquency has been hypothesized for decades and has received steadily mounting empirical support in population-based cross sectional studies. Similarly, an extensive literature documents phenotypic overlap between reading\ achievement problems and externalizing behavior problems in children (Joel et al., 1999).

The relation between the level of traumatic experience, degree of active participation in the Intifada, and cognitive and emotional responses were studied among 108 Palestinian children of 11-12 years of age in the Gaza Strip. The result showed that the more traumatic experiences the children had and the more they participated in the Intifada, the more concentration, attention, and memory problems they had (Quota, 2000).

In a study of 271 students aged 13 and 14 years to study school stressors and children's coping strategies. The result found that the most frequent stressors were teacher's abusive behaviors in the classroom teaching and assessment. Student's coping strategies, and their school results, were determined by the intensity of school stress, anxiety, and temperamental characteristic. The researcher concluded that this study demonstrated teacher's psychological abuse as an important component of children's school stress. an over-abundant by the abuse, stress and anxiety subjects regulate their optimal level of stimulation and activation by using survival – coping strategies, destructive for their school achievement, and well being (Piekarska, 2000).

Five years after the Gulf war, the researchers assessed the internalizing, externalizing stress, and post traumatic symptoms of 81 children aged 8-10 years whose homes were damaged in the SCUD missile attack, as well as general and post traumatic symptoms, defensive style and object relations in their mothers to assess the long-term consequences of the SCUD missile attack in Israel on children as a function of their mothers psychological functioning, family cohesion, and the event itself. The result found that there was a significant decrease in severity in most symptom domains and an increase in avoidant symptoms in the children. Greater severity of symptoms was associated with being displaced, living in a family with inadequate cohesion, and having a mother with poor psychological functioning. The association between the symptoms of children and mother was strong among the younger children. Posttraumatic symptoms increased in one third of the children and decreased in one third over the last 30 months of the study. Sever posttraumatic symptoms were reported in 8% of the children (Laor, 2001).

In keeping with society's expectations concerning education and school performance and attendance, most children attend school on a regular and voluntary basis. However, for some children, school attendance is so distressing emotionally that they have difficulty attending school, a problem that often results in prolonged absence from school (Burke and Silverman, 1987; Kingt al., 1995). Fortunately, there have been significant developments over the past decade in relation to science-based assessment and treatment and treatment practices which should help in the early identification and sound management of school refusing children (Bernstein, 2001).

It is clear that children's exposure to war is a risk factor for PTSD and other adjustment problems. However, war exposure involves multiple traumatic events, including experiencing or witnessing violent acts (e.g., killings, rape, torture) or the results of violent acts (e.g., seeing dead bodies, or bombed buildings), as well as experiencing nonviolent trauma such as homelessness or starvation.

In another study 59 children between the ages of 7 and 14 years with a history of trauma and posttraumatic stress disorder symptoms were assessed with the clinician-administered PTSD scale for children and adolescents to examine the frequency and intensity of post traumatic stress disorder symptoms and their relation to clinical impairment, to examine the requirement of meeting all DSM-IV symptom cluster criteria (i.e., criteria B, C, D), and to examine the aggregation of PTSD symptoms clusters across developmental stages.

The result of the study says that children fulfilling requirements for two symptom clusters did not differ significantly from children meeting all three-cluster criteria with regard to impairment and distress. Reexperience (cluster B) showed increased aggregation with avoidance and numbing (cluster C) and hyper arousal (cluster D) in the later stages of puberty. The researchers concluded that frequency and intensity of symptoms might both contribute to the phenomenology of pediatric PTSD. Children with sub threshold criteria for PTSD demonstrate substantial functional impairment and distress (Carrion, 2002).

Exposure to violence in childhood has been associated with lower school grades. However, the association between violence exposure and performance on standardize test (such as IQ or academic achievement) in children. It is also not known whether violence exposure itself or subsequent symptoms of trauma are primarily responsible for negative outcomes (Undersea, 2003).

The aim of the study is to assess the effect of trauma on school performance as one of the indicators for cognitive abilities among middle school children in Gaza Strip.

Methodology

Subjects

The population frame for this study consisted of male and female pupils in the preparatory schools living in three governorates of Gaza Strip in both UNRWA and MoEd schools. The sample selected consisted of 500 Palestinian pupils in preparatory schools from both UNRWA and MoEd schools as follows, 100 pupils from Bet-lahia (village), 300 from Gaza city, and 100 from Al-Nussirate refugee's camp. The sample selection was multi-stages random selection; the first was cluster random selection included all the UNRWA and MoEd schools in Bet-Lahia, Gaza, and Al-Nussirate refugee's camp. The we selected two schools in Bet-Lahia, one was UNRAW and the other was MoEd school, 4 schools from Gaza city, 2 from UNRAW and the other from MoEd, and in Al-nussirate refugees camp two schools for UNRAW. The second stage was stratified cluster selection of classes, in Bet-Lahia and Al-nussirate children were selected randomly from one class, and consider all pupils in this class as subject and invite all pupils in this class to participate in the study, because we need 50 participants from each schools, but in Gaza city we need 75 participants from each schools, so we select three classes from each school then we applicant the third stage in which a systematic random selection of participants inside the class which known as, systematic seat order, by this way, each pupils was given a number, then each pupils who had odd number was given a participation invitation letter. According to the first stage of sampling, cluster random selection of 8 schools, 5 of them for UNRWA and 3 for MoEd. The data was collected on April 2005.

The sample consisted of 482 children, 240 of them were boys (49.8%) and 242 were girls (50.2%). According to age, 72.6% of the sample members were 14 years-old, and 27.4% were 15 years-old. A total of 71.2% of the children live in cities, 27% live in camps, and 1.9% live in villages. According to family income, 27.2% of children family monthly income gain less than 800 NIS, 25.3% between 800-1500 NIS, and 18.9% between 1500-2200 NIS, and 28.6% monthly income more than 2200 NIS.

Table 1: Characteristics of the study population

Variables	No.	%
Sex		
Male	240	49.8
Female	242	50.2
Age		
14 years	350	72.6
15 years	132	27.4
Place of residency		
City	343	71.1
Camp	130	27
Village	9	1.9
Address		
Gaza	285	59.1
North Gaza	106	22
Mid zone	91	18.9
Family monthly income		
Less than 800 NIS	131	27.2
900-1500 NIS	122	25.3
1600-2200 NIS	91	18.9
More than 2300 NIS	138	28.6
Paternal education		
Not educated	12	2.5
Elementary	57	11.8
Preparatory	61	12.7
Secondary	125	25.9
Diploma	54	11.2
University	134	27.8
High education	39	8.1
Maternal education		
Illiterate	21	4.4
Elementary	30	6.2
Preparatory	70	14.5
Secondary	232	48.1
Diploma	37	7.7
University	78	16.2
High education	14	2.9
Paternal job		
Unemployed	165	34.3
Simple worker	79	16.4
Skilled worker	25	5.2
Employee	143	29.7
Trader	70	14.4
Maternal job		
Home wife	421	87.3
Employee	43	8.9
Simple worker	18	3.8

The study was performed in the beginning of second trimester of the scholastic year 2003-2004.

Instruments

The personal and Demographic data

It includes demographic data such as, age, sex, place of residency, level of education, and type of work of parents.

The socio-economic questionnaire contains information contains information about the family assistance resources and monthly income. (Palestinian central bureau of statistics 2003).

The Gaza Traumatic Event Chick list

It is a chick list in which 19 events that commonly occurs during times of political and military violence in Gaza Strip. The original chick list was based on previous chick list used in Gaza Strip (Thabet et al, 2001, 2002).

Few items were not present in the first Intifada check list of 1987 , so we added to the checklist of the current Intifada traumatic events, and was rated by children as a dichotomy, "Yes" or "No". The chick list was rating the children level of exposure to traumatic events , the children who reporting 4 events or less , were classified as " low exposure" , those children who reported 5-10 events were classified as "moderate exposure " and those children who reported 11 events or more classified as " severe exposure " .

Structured Clinical Interview for the DSM-IV (First et al., 1996).

The SCID PTSD module is a structured clinical interview that reflects the DSM-IV criteria for PTSD. Following a preface that provides examples of traumatic incidents that individuals may encounter, situational reactivity is assessed. The next four subtests assess for reexperiencing symptoms, avoidance and numbing symptoms, increased arousal, and duration of symptoms. Clinically significant impairment is determined by the examiner.

It composed of 17 items self reported scale designed to score symptoms of post traumatic stress disorder reactions of children aged (6- 16) years .alpha Cronbach's for Inter- rater reliability for this instrument when administered by a clinician has been reported to be high, with a Cohen k of 0.87 for agreement between items .The CPTSD-RI has been translated into Arabic and validated for this culture. The 17 DSM-4 symptoms items of (CPTSD-RI) can be categorized as follows:

Items 1-4, 17: represents criteria B (intrusive re-experiencing).

Items 5-11: represents criteria C (avoidance and numbness).

Items 12-16: represents criteria D (hyper arousal reaction). This index was developed to measure the two most characteristics aspects of post traumatic psychopathology, namely the strengths of unpleasant, intrusive thoughts and the energy spent in trying to block them out of consciousness. Items are rated as "never" "0", "sometimes" "1", and "often" "2".

We estimated a cut-off point for the presence of post traumatic stress disorder reactions according to DSM-4 diagnostic criteria.

School performance

The components of school performance included scores in language, score in math, and total average of pupils in the first

trimester of the scholastic year, class participation and concentration and attention.

A scoring technique was employed for these components. A total score for school performance was calculated where each of these factors was represented in the total score by equal proportion in relation to other components. The total score will calculate as the mean for these six components scores.

Statistical analysis

The collected data was entered by the statistical package for social sciences (SPSS) software, version 10. Frequency distribution and descriptive statistics were used to presents the data. Statistical significant of the results was established when the P-value was less than 5% (p 0.05).

Categorical data were compared by chi-square. Two groups of normally distributed continuous variables were compared by t-test.

Average and standard deviation for some variables were calculated and presented. Relevant associations were investigated with Pearson product –moment correlations when normally distributed.

Internal consistency of the questionnaire was indexed by means of chronbach (alpha value).

Results

Type of and severity of trauma

The results showed that the most common type of traumatic events were: Watching pictures of martyr in the TV injured persons (96.9%), hearing of incursion of the area (92.5%), and witnessing bombardment by aircraft (82.0%), while the least common events were: witnessing the demolishing of own home (4.8%), watching homes demolishing in TV (3.1%), and being shot by bullets (1.5%).

Table (2): Types and frequency of traumatic events (No = 482 children)

No	Traumatic event	No	%
1.	Watching pictures of martyr in the TV injured persons and	467	96.9
2.	Hearing of incursion of the area	466	92.5
3.	Witnessing bombardment by aircraft	395	82.0
4.	Witnessing targeted assignation by aircraft	298	61.8
5.	Witnessing the incursion	240	49.8
6.	Hearing of the killing of a friend	167	34.6
7.	Witnessing the shooting of a friend	113	23.4
8.	Witnessing the bombardment of people homes	107	22.2
9.	Witnessing the raids of his or neighbor homes	82	17
10.	Witnessing the demolishing of a friend home	71	14.7
11.	Hearing of the killing of close relative	67	13.9

12.	Witnessing destroying of the their lands	62	12.9
13.	Witnessing killing of close relative	58	12.0
14.	Witnessing killing of close family member	45	9.3
15.	Witnessing the killing of a friend	40	8.3
16.	Witnessing the bombardment of own home	35	7.3
17.	Witnessing the demolishing of own home	23	4.8
18.	Watching homes demolishing in TV	15	3.1
19.	Being shot by bullets	7	1.5

In this point the researcher classified the trauma to three degrees mild, moderate and severe according to number of items the child answer it "yes" as follows 0-4 ,the child exposed to mild trauma , 5-11 child exposed to moderate trauma and the child who answer "yes" more than 11 items of trauma chick list exposed to severe trauma .

Table (3) shows that 19.7% of the sample's members reported mild trauma, where as 72.4% reported moderate trauma, and 7.9% reported severe trauma.

Table (3): Severity of the traumatic events

Severity of trauma	No.	%
Mild	95	19.7
Moderate	349	72.4
Severe	38	7.9

The results showed differences between male and female of trauma level these differences explained that males were more traumatized than females where the mean for male 7.154 and standard deviation where 2.86, for female it was lower mean for them = 6.086 and standard deviation =2.36. The differences were statistically significant at (t=4.631, p-value = 0.000).

The relation between trauma and sex

The result showed that there is a positive relation between trauma and sex. Figure (11) explains that 10.8% of males exposed to severe trauma while 5% of female, at the same time 24% of females exposed to mild trauma while 15.4% of males .it was Statistically significant at (chi square= 9.864, p-value = 0.007).

The relationship between place of residency and trauma

The result showed that there is a positive relation between place of housing and trauma, and statistically significant at (chi square = 11.528, p-value = 0.021). figure (12) explains that 12.1% of sample's members who live in mid zone exposed to severe trauma , 11.3% of north Gaza and 5.3% of Gaza exposed to severe trauma , at the same time 23.5% of sample's members live in Gaza exposed to mild trauma , 13.2% of north Gaza , and 15.4% of mid zone exposed to mild trauma .

Child post-traumatic stress disorder reactions

In table (4) we can note that the most common symptoms reported by children were felt as thoughts of events was re-occurring and the second was to be upset by some thing which reminded , but at the same time the most less symptoms occurred were to feel distant or cut off from other people and the second one was to have distressing dreams of the events .

Table (4): Child post-traumatic stress disorder reactions according to DSM IV scale
(No =482 children)

No	Items	Never	Sometimes	Always
1	Have you had painful images memories or thoughts of the event?	15.6	68.7	15.8
2	Have you had distressing dreams of the event?	37.6	53.1	9.3
3	Have you felt as though the event was re-occurring?	21	47.7	31.3
4	Have you been upset by something which reminded?	23.7	45.4	30.9
5	Have you been avoiding any thoughts or feelings about the event?	20.5	43.6	20.5
6	Have you been avoiding doing things or going into situations which remind you about the event?	36.9	47.7	15.4
7	Have you found yourself unable to recall important parts of the event?	72.2	17.8	10.0
8	Have you had difficulty enjoying things?	32.6	45.9	21.6
9	Have you felt distant or cut off from other people?	60.8	30.7	8.5
10	Have you been unable to have sad or loving feeling?	41.7	47.1	11.2
11	Have you found it hard to imagine along life span fulfilling your goals?	33.4	45.6	21.0
12	Have you had trouble falling asleep or staying sleep?	42.7	41.9	15.4
13	Have you been irritable or had outbursts of anger?	25.3	61.0	13.7
14	Have you had difficulty concentrating?	30.7	53.9	15.4
15	Have you felt on edge, been easily distracted, or had to stay on guard?	56.6	33.4	10.0
16	Have you been jumpy or easily startled?	29.9	49.4	20.7
17	Have you been physically upset by reminders of the event?	44.0	41.5	14.5

Prevalence of PTSD

The study revealed that 71.2% of the sample's members developed PTSD, while 28.8% didn't develop PTSD. The results showed that 68.8% of males developed PTSD; where as 73.6% of females developed PTSD. The result shows there was no significant statistically difference between sex ($\chi^2= 1.355$, p-value 0.144).

Relationship between trauma and PTSD

The result showed a positive and statistically significant relationship between trauma and PTSD at (chi square= 13.987, p-value= 0.001), and correlation coefficient of Person =0.753, table (10) appeared that 92.1% of sample's members who exposed to severe trauma developed PTSD, and 71.9% of sample's members who exposed to moderate trauma developed PTSD, where as 60% of sample's members who exposed to mild trauma they developed PTSD.

Average marks of pupils before and after Intifada

Table (11) showed that pupils marks average deteriorated for pupils who exposed to severe trauma more than pupils who exposed to moderate trauma and more than pupils who exposed to mild trauma. This deterioration of marks average increase with increasing of severity of trauma due to Intifada events.

Table (5)
Severity of trauma and marks average

Severity of trauma	Subject	Before Intifada	After Intifada	T	p-value for this	Pearson correlation	SD
Mild	Math	64	47.6	0.126	0.443	-0.077	2.49
	Language	65.1	51.2	0.029	0.481		2.64
	General average	66	63	0.642	0.26		0.97
Moderate	Math	59.4	37.2	4.216	0.00	-0.235	1.44
	Language	60.4	40.8	4.691	0.00		1.57
	General average	63.9	59.7	5.213	0.00		0.611
Severe	Math	59.8	38.9	9.721	0.00	-0.518	3.85
	Language	54.7	34.6	7.364	0.00		3.97
	General average	57.5	50.3	5.297	0.00		1.82

Pupils marks average according to development of PTSD

Table (5) appeared that pupils who exposed trauma and developed PTSD were affected negatively more than pupils who were not developed PTSD, which means that marks average deteriorated severely in pupils who developed PTSD, in comparison of pupils who were not developed PTSD

Table (6): Effect of PTSD on marks averages

Development of PTSD	Subject	Before	After	t	p-value
Not developed	Math	65.8	63.6	1.236	0.108
	Language	64.6	64.4	0.451	0.321
	General average	65.2	64.5	0.324	0.372
Developed	Math	59	47.7	8.45	0.00
	Language	59.8	41.3	9.54	0.00
	General average	60.2	41	7.46	0.00

Table (6) appeared that the mean of school performance for pupils who developed PTSD lower than the mean for pupils who didn't develop PTSD.

The table showed that there is a positive and statistically significant relationship between PTSD and the mean of school performance at ($t = 3.644$, $p\text{-value} = 0.0013$),

Discussion

In this study the researcher found that the most common traumatic events were , children watching the pictures of martyrs and injured people in TV, hearing of incursions , witnessing the bombardments by aircraft and witnessing targeted assignation by aircraft , but on the other hand , the least common traumatic events experienced by children of the study were as follow , being shot by bullets, witnessing home demolishing , witnessing the bombardment of one own home , witnessing the killing of a friends and witnessing the killing of close family members .

It is logic and expected result , because every one can watch TV, but not every one is an active in participation in Intifada events to be shot by bullets , or to be live near Israeli settlements to be home demolishing or to loss one of family members or one of the friends .

There are several studies which supported our findings in the current study , some of these studies were local as, (Thabet et al, 2001) where as they found that the most common type of traumatic events was watching pictures of victims on TV and the last one was to being shot by bullets.

Regional studies as (Macksoud et al, 1996) when they found in a study carried out in Lebanon that children developed post traumatic stress disorder reactions, when they exposed to displacement and when witnessing violent acts.

In world study for (Pfefferbaum, et al 1995) they found that, watching TV of the blast in Oklahoma City was the primary predictor for developing post traumatic stress disorder among the children who watch the event on TV.

In this study, the researcher put 19 traumatic events which represent all possible types of trauma in Al-Aqsa intifada. The researcher classified the severity of trauma as follow , the child who exposed to 0-4 traumatic events known to have mild trauma , child who exposed to 5-11 traumatic events , known to have moderate trauma , and child who has more than 11 traumatic events from 19 traumatic events which represents trauma chick list in the questionnaire known to have severe trauma .

The research findings revealed that 15.4% of boys exposed to mild trauma, where as 24% of girls exposed to mild trauma. For moderate trauma we found 73.8% of boys and 71% of girls, and at the same time, 10.8% of boys exposed to severe trauma, while 5% of girls exposed to sever trauma.

We can interpret these findings to more actively and participation in Intifada events for boys, which increasing the risk to be exposed to more traumatic events, thus to be in severe trauma category, 10.8% of boys have severe trauma in comparison to 5% of girls. On the other hand mild trauma was higher in girls than in boys it was 24% for girls and 15.4% for boys, it is due to the nature of Arab and eastern societies in which girls staying at home most time so, she is most time watching TV, with out actively participating in Intifada.

In Gaza governorate we found 23.5% of sample's members exposed to mild trauma, we should mention here that Gaza governorate consider the best economically area in Gaza Strip, while mild trauma in North Gaza and mid zone were 13.2 and 15.4. At the same time highest level of severe trauma recorded in mid zone which was 12.1%, then in North Gaza which was 11.3 % and the lowest level of severe trauma recorded in Gaza governorate which was 5.3%.

We can interpret these findings for more than one reasons, first, mid zone and North Gaza involved many Israeli settlement, which consider hot points,

Second , many Israeli military invasions happened and re-occupation or parts of North Gaza happened for several days , the last reason we can mention is that targeted assignation by aircraft happened in AL-Nussirate refugees camp two weeks only before data collection more than 15 killed and more than 50 persons injured in those attack , all these reasons affect on the results .this result can be supported by study of (Thabet et al, 2001) when they found that the children living in hot areas and near Israeli settlement were more exposed to trauma than others .

The findings of our study indicated that the most common post traumatic stress disorder reactions experienced by the children was to be felt as thoughts of the events was re-occurring , to be upset by some thing which reminded , to feel difficulty enjoying things , and hard to imagine a long life span fulfilling their goals . In fact these reactions happened due to cumulative trauma through three years of Intifada events and continuous Israeli terrorism against Palestinian people, but we fear from these findings to be complicated to more serious psychological problems such as major depression and others.

our findings here supported by the result of (Thabet, et al ,2001) where , they found that the most common post traumatic stress disorder reactions were , waves of strong feelings about the events , being distressed when thinking about the events and reminder it .

Conclusion

The purpose of this study was to assess a possible relationship between traumatic events of the AL-Aqsa Intifada on school performance among preparatory school children in Gaza Strip.

This study considers as pioneer in this field in Palestine, which investigates the current Intifada events and its consequences in the psychological trend, and its effects on school performance. Trauma, and post traumatic stress disorder reactions were not only a psychological problems, but it is

political, economical, and social in its origins. So we couldn't deal with this important issue separately of the political and general conditions in the area. It is obvious from this study and other studies that children are highly vulnerable to have post traumatic stress disorder reactions, as well as other population categories, as a result of direct and indirect exposure to traumatic events.

This problem was more complex during Al-Aqsa Intifada and they are in great need for immediate interventions. So on the light of these results we recommend of the following:

1- Holding directive public courses, especially for parents to explain how to deal with problems, which appear early and recognize the unfamiliar behaviors.

2- Distributing psycho directive associations and programs all over the governorates and focus on the areas which face the oppression of the occupation.

3-Exerting efforts to obtain a free directive phone line works day and night to give advice direction and reply the public questions.

4- Intensifying informational activity in different national and governmental broad casting stations to present psycho and social rehabilitation programs.

5- Publishing regular leaflets through associations and centers which concern with psych and social sides and distribute it for every person as possible.

6- Activating the role of the associations which concern with this field by opening new branches as much as they can all over the governorates.

7- We ask the ministry of education to do the best to deal with this issue and to activate the teachers and psychologists who work in MoE to discover any behavioral problems in the students.

References

- American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth edition. Washington, D.C. (1999).

- Berliner.L. (1997). Intervention with children who experience trauma .The effect of trauma and the development process, Cicchetti, D., Toth, S (eds.) New York: Wiley, Pp. 491-514.

- Carrion, Victor G.M.D.; Weens, Carl F., Rebecca M.A., Allan, L. (2002). The phenomenology of post traumatic stress disorder symptoms in youth: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.41 (2), 37-44.

- Dougal, Liegey, A., Robert J.MD, Posluszuy, M., Fullerton, S., and Baum, A. (2001). Predictors of Post Traumatic Stress Disorder among Victims of Motor Vehicle Accidents: American Psychosomatic Society.63 (3)117-122.

- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjested, R., Mukanoheli, E., (2000).Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children: Journal of Traumatic Stress .13 (1), 102

- Friedman,M.&Jaranson,J.(1996).The applicability of the post traumatic stress disorder.In Marsella A.J.,Borneman,t.,Ekblad,S., and Orely,J. (Eds.) , Amidst periland pain(207-212). Washington.DC: American Psychologist Association.

- Gavrilovic,J.,Lecic-Tosevski,D.,Knezevic,G.,Priebe,S.(2002).predictors of post traumatic stress disorder in civilian one year after air attacks : A study of Yugoslavian students . Institute of Psycho Trauma.

- Gayala, M., Elana, B. Gordis.(2000). The effects of family and community violence on children: Annual Review of Psychology, 244.

- Gerring, J.,Slomine,B.,Vasa,R.,Gardos,M.,Chen,A., Rising,W., Christensen,J.,Denckla,M.,Erust,M.(2002). Clinical predictors of post traumatic stress disorder after closed head injury in children: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.4 (2), 97-103.

- Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E: Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1369-1380

- Herman,JL.(1992).Trauma and recovery , United state of America : Basic books, 1992,Hilgard,E.R.,Atkinson,R.C.,Atkinson,R.L.,(1975). Introduction to psychology, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 609.

- James, B. (1989). Treating traumatized children: Toronto Lexington Books.

- Kleber, R. & Brom, D. (1992). Coping with trauma. Amsterdam: Swets &Zeitenger.

- Laor, N., Wolmer, LeoM.A, Cohen, Donald J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms five years after a SCUD missile attacks: The American journal of psychiatry, American psychiatric association.158 (7),34,35.

- Lazarus, R.S. &Folkman, S. (1987). Transactional theory and research in emotions and coping: European Journal of Personality.44 (3)128-131.

- Levin, M.D. & Jennings, A. (1991). Keeping a head in school: Student's book about learning abilities and learning disorders, Educators Pub service, New York.

- Lothstein, Leslie M. (1997).The mental health of children in war and command violence: American journal of psychiatry; American psychiatric association.154 (9) PP.1308, 1309.

- Macksoud, M., (1992). Assessing war trauma in children: A case of Lebanese study .Journal of Refugee Studies, 5, 74-85.

- McCloskey, Laura, A., Walker, Marla M.A. (2000). Post traumatic stress disorder in children exposed to family violence and single-event trauma. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 39 (1), 145-149.
- Martie, P. Thompson, Nadine, J., Kimberly, W. (1998). Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation. Journal of Abnormal Child Psychology. Pp.93-97.
- Palestinian center for human rights. Weekly Report on Israeli Human Rights Violations in the Occupied Palestinian Territories: Jan.2004 No. (4),17.
- Palestinian central bureau of statistics. Population, Housing and Establishment Census .2003
- Pfefferbaum, B., Nixon, s., Kurg, R., Moore, V., Brown, J., Pynoos, R., Foy, D., Gurwitch, R., (1999). Post traumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. American Journal of psychiatry, 109, 1069- 1074.
- Piekarska, A., (2000). School stress, teacher's abusive behaviors and children's coping strategies: Child Abuse and Neglect.24 (2).291-298.
- Sack, William H.MD, Clarke, G., Seeley, John MS. (1995). Post traumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 69-74.
- Schwab-Stone M, Chen C, Greenberger E, Silver D, Lichtman J, Voyce C: No safe haven, II: the effects of violence exposure on urban youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 359-367
- Shooter, Michael (1997). The impact of death, divorce, and disaster on young people: Child and Adolescent Psychiatry; 10 (40), 268-274.
- Slone, M., Adiri, M., Arian, A. M. (1998). Adverse political events and psychological adjustment: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry .37 (10), 93-99.
- Suedfeld, P., Pennebaker, James W. (1997). Health out comes and cognitive aspects of recalled negative life events: American Psychosomatic Society; 59 (2).
- Terr, LC. (1991). Childhood trauma: An outline and overview; American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.
- Thabet, A., Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in Gaza Strip. Archives of Disease in Child Hood. 78 (5), 439-442.
- Thabet, A., Vostanis, P. (1999). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: Journal of Child Psychology and Psychiatry. (40),217-222.
- Thabet, A., Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: Child Abuse and Neglect. 24 (2) .291-298.
- Thabet, A., Abed, Y., Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in Gaza Strip: Eastern Mediterranean Journal of Health (32),57-64.
- Thabet, A., Tischer, V., Vostanis, P. (2004). Mal treatment and coping strategies among male adolescent living in Gaza strip: Child Abuse and Neglect (28),77-91.
- Pynoos, R., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implication, Journal of Traumatic Stress Studies, 1, (4), 24-29.
- Thabet, A., Abed, Y., Vostanis, P. (2002). Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: The Lancet.359.

*Correspondence: Abdel Aziz Mousa Thabet, Gaza via Israel, P.O 5314

Arabpsynet Association



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm>



EFFECTIVENESS OF STUDENT MEDIATION PROGRAM TO DECREASE BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL PROBLEMS IN PALESTINIAN CHILDREN AFFECTED BY WAR AND TRAUMA 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

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: There are few psychosocial interventions programs to address children psychosocial needs among Palestinian children area of war and conflict.

Aim : The aim of the study was to evaluate the effectiveness of student mediation program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Method : Participants of the study were 304 schoolchildren aged 6-16 (Mean age = 10.62 years) from grades one tenth from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Pre-test and assessment scales (Sociodemographic scale and Gaza Child Mental Health Scale) were applied to children one week before starting the student mediation sessions on Sep 2007 by 8 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war and at the end of scholastic year on May 2008.

Results : According to children report, the results showed that there was statistically significant decrease in total scores of child mental health and hyperactivity symptoms after student school mediation program. According to parents, the results showed that there was statistically significant decrease in obsessive and overanxious symptoms after student mediation program.

Conclusion : Our findings that using student mediation program in time of war and trauma could improve children mental health. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress.

Key words: Children, Trauma, student mediation, behavioural and emotional problems

Introduction

Research has documented that exposure to traumatic events leads to diverse negative reactions among youth. For example, in the Great Smoky Mountains Study (a

10-year longitudinal study using a large representative sample), exposure to at least one traumatic event by age 16 was reported by 68% of the youth (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007), with 13.4% of these youth reporting posttraumatic stress symptoms (Angold, Costello, Farmer, Burns, & Erkanli, 1999). Lifetime occurrence of anxiety (9.8%), depressive (12.1%), and disruptive behavior disorders (19.2%) for youth exposed to trauma also was found to be high (Copeland et al., 2007) Research on young people who had PTSD as a result of exposure to a disaster includes that by

Treatment research on ameliorating youths' adverse reactions following their exposure to traumatic events is relatively recent.

Effective treatments for traumatized children usually involve cognitive-behavioral

elements, including the psychoeducation of children and parents regarding the nature of the disorder, some form of

exposure work coupled with imagery or relaxation exercises, and a restructuring of cognitive dysfunctions (Laor, 2001; Perrin et al, 2004; Thabet et al, 2005). Empirical data concerning interventions in the area of mental health after disasters clearly support intervention effectiveness.

School-wide prevention/intervention strategies may be more appropriate for intervention for children living in area of continuous war and conflict such as the Gaza Strip. School-wide strategies, if implemented in a comprehensive manner, are designed to affect all aspects of the school community including the teaching staff, administration, support staff, parents/guardians, and student body. School-wide initiatives should include changes in school policies and procedures, staff development, violence and mental health assessments, curriculum support, and programming initiatives. For example, conflict resolution programs are implemented in many schools such as the Second Step Program for prekindergarten and 9th-grade students (Flannery, Huff,&Manos, 1996) and the Peace Builders for grades 1 through 5 (Grossman et al., 1997) with some success in improving school climate. These programs should include discussions of specific examples that involve relational aggression through which students not only learn to successfully resolve conflicts but also build a climate of

disapproving it. Raising awareness within schools and educating students about the detrimental effects of rumors, peer isolation, and other interpersonal manipulation may be an important part of a systematic approach. This would further promote peer mediation, not necessarily teacher- directed intervention that may not be highly desired by some students. Consistent with the systematic approach in creating a positive school climate, class and school rules should reflect strong disapproval of relationally aggressive behaviors and should be clearly communicated to students and parents.

One of the school-based intervention programs is the school mediation. Generally, the process of mediation involves four stages (e.g., Danielsson, 1994; Vanderkooi & Pearson, 1983). During Stage 1, outlining the expectations for the mediator's and disputants' roles and obtaining consent to the ground rules for the procedure help set the tone for a calm and reasoned conflict resolution and create a safe environment in which discussion can proceed. The mediator establishes his or her influence over the process but clearly places the responsibility for resolution on the disputants in this first stage. In Stage 2, dispute issues are identified and areas of agreement are highlighted to help provide the mediator and the disputants an understanding of each party's perspective. In Stage 3, understanding of each disputant's desires, reasons, and emotions is developed through a discussion of each party's perspective, and, as a result, empathy is enhanced between the opponents. Finally, during Stage 4, solutions to disputed issues are formulated. Because of the controlled nature of the mediations up to this point and the potential for increased understanding, solutions that are satisfactory to both disputants may be developed.

It is only within the last 30 years that mediation has been used in North America, originating in attempts to forestall industrial conflict in labor-management disputes and as an alternative to adjudication procedures in the court system. Mediation is now used to resolve interpersonal conflicts as diverse as those between victims and offenders, spouses in divorce cases, peers at school, and parents and their adolescent children (Emery & Wyer, 1987; Irving & Benjamin, 1992; Johnson, Johnson, Cotton, Harris, & Louison, 1995; Umbreit & Coates, 1992). Although there has not been a great deal of research conducted on mediation, the past empirical work has generally shown that mediation results in more constructive outcomes than other forms of conflict resolution, with high levels of disputant compliance and satisfaction (Kressel & Pruitt, 1985). Mediation that involves child participants has been studied in two contexts: parent-adolescent disputes and school based peer mediation programs. Sometimes parent-adolescent conflicts deteriorate and become severe enough to warrant formal third-party intervention. The goals of this type of mediation are to enhance family functioning, to prevent adolescent maltreatment, and to keep children from being placed in shelters or foster care (Smith, 1995). It has been found that mediation is perceived to improve family functioning (e.g., encouragement of independence by parents) and results in high rates of disputant satisfaction with the process (Van Slyck, Stern, & Newland, 1992). In addition, peer mediation programs are increasingly.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of student mediation program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Methods

Subjects

Participants of the study were 304 schoolchildren aged 6-16 (Mean age = 10.62 years) from grades one tenth from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Procedure

After receiving authorization for the intervention program from the Ministry of Education, participant's schools were recruited on the base of the consent of school headmasters and administrators, who acquired written consent from parents. In each school, 4 children from each class were allocated randomly to the intervention group.

Pre-test assessment was applied to children one week before starting the student mediation sessions on Sep 2007 by 8 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war. On May 2008 after finishing the semester the children were assessed again with the same instruments.

The Student Mediation program

The student mediation program described here has developed piloted and evaluated in Hamilton, Ontario by the Collaborative Student Mediation Project. The manual was designed for professionals with experience conducting large scale school-based programs. This manual describes an approach to student mediation programs which has proven effective in a formal trial (Cunningham et al, 1998). There are three types of student mediation programs: First is on line mediation in which teams of students conduct mediation in the playground where conflict occurs. Mediators interrupt emerging disagreements, disputes, or bullying episodes, offer students the opportunity to resolve the problem, outline the rules of mediation, facilitate communication between disputants, encourage students to formulate a resolution to the conflict, and plan a strategy for preventing future problems. Second is Office Mediation which is conducted by appointment with teams of mediators in more private setting. Playground mediators, playground supervisors, teachers, principals, peers, or parents may suggest that students involved in a conflict make an appointment with the office mediation team. Third is the Mediation as an alternative to discipline in which office mediation may be available as an alternative to disciplinary actions. For example, mediators may help students solve conflicts which might result in a suspension (Cunningham et al, 2001). The program consisted of nine steps: 1) the program was presented to the schools administration, 2) presented to staff, 3) principal conducts decision making staff meeting, 4) present the mediation program to parents, 5) complete mediation program contact, 6) complete mediation program worksheet, 7) develop an advertising plan 8) introduce mediation to the student body, 9) develop a mediation uniform. In this project we used the Arabic version of the Manual which had been used in the last three years in Gaza Strip school (GCMHP, 2007).

Instruments of assessment the program

Sociodemographic data:

The children demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence.

Gaza Child Health Study Scales (Miller et al, 1999)

The Gaza Child Health Study Scale was developed and validated in the Gaza Strip and West Bank in a sample of Palestinian children (Miller et al, 1999). The original OCHS assesses problem behavior symptoms associated with DSM-III childhood psychiatric disorders (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, & Sanford, 1993) and contains items adapted from the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). The modified GCHSS contains 34 symptom items rated on a 3-point Likert-type scale ranging from 0 (*rarely applies*) to 2 (*certainly applies*). Broadband scales are computed to assess internalizing (e.g., worries about things in the future; needs to be told over and over that things are okay) and externalizing (e.g., kicks, bites, or hits other children; defiant, talks back to adults) symptoms. This version consists of 34 items measures (conduct – 15 items, hyperactivity- 6 items, depression-5 items, obsession-4, and overanxious-3 items) the emotional and behavioural problems of children rated by parents if the children 6-11 years and by children themselves if the were 12 years and more. The score range from 0= not true,

1= sometimes, 2= true. The reliability test of the scale was Cronbach's alpha = 0.87 and split half was 0.86 .

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 14 for data entry and analysis. Frequency and percentages of the demographic variables were obtained. T- Paired test to compare the intervention program before and after was used.

Results of the study

Sociodemographic data

The total number of children was 304 children, children age ranged from 6-16 years The average age was (12.2 years). There were 285 boys (87.17%) and 39 girls (12.83%). Of the total number of children, 28.29% of children live Khan Younis, 54.93% live Deir el-Balah area, and 16.78% live in Gaza city.

Table 1: Sociodemographic data for children in the sample (N= 304)

	N	%
Sex		
Male	265	87.17
Female	39	12.83
Age Mean = 10.62 (SD =2.90)		
Place of residence		
Gaza City	51	16.78
Deir el-Balah	167	54.93
Khan Younis	86	28.29
Class		
First	25	8.22
Second	42	13.82
Third	38	12.50
Fourth	25	8.22
Five	48	15.79
Six	37	12.17
Seven	31	10.20
Eight	9	2.96
Ninth	5	1.64
Tenth	44	14.47

Results of Gaza Child Health Study Scale- children 12 years old and above report

Pre assessment results

In order to investigate the effectiveness of the school mediation, children 12 years old and above were interviewed one week before the intervention using GCHSS for children. The results showed that mean GCHSS before was 13.93 (SD =8.10), conduct problems mean was 2.85 (SD =3.81); hyperactivity mean was 3.39 (SD =2.18), depression mean was 2.07 (SD =1.87), obsessive mean was 3.93 (SD = 1.60) , and overanxious mean was 3.93 (SD = 1.60).

Post assessment results

After finishing the school mediation, children were interviewed again using the same assessment tools. The results showed that mean GCHSS was 13.46 (SD =8.50), conduct problems mean was 3.06 (SD =3.67); hyperactivity mean was 3.31 (SD = 2.15), depression mean was 2.01 (SD =1.97), obsessive mean was 3.37 (SD = 1.72), and overanxious mean was 3.37 (SD = 1.72).

Differences in child mental health between the two stages of school mediation using Paired T test of GCHSS – child

In order to find the effectiveness of the school mediation, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period.

The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total scores of child mental health before and after school mediation. This mean differences between the two times was 1.42 (t=2.16, p = 0.03) and hyperactivity symptoms mean differences between the two times was 0.73 (t = 3.17, p = 0.001).

Table 2 : Paired T test of GCHSS-Child report

	Mean	SD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale-1	13.93	8.10	0.49	0.62
Gaza Child Health Survey Scale-2	13.46	8.50		
Conduct-1	2.85	3.81	-0.43	0.67
Conduct-2	3.06	3.67		
Hyperactivity-1	3.39	2.18	0.32	0.75
Hyperactivity-2	3.31	2.15		
Depression-1	2.07	1.87	0.25	0.80
Depression-2	2.01	1.97		
Obsessive-1	3.93	1.60	2.82	0.01
Obsessive-2	3.37	1.72		
Overanxious-1	3.93	1.60	2.82	0.01
Overanxious-2	3.37	1.72		

Results of Gaza Child Study Scale report-parents form for children 12 years old and less

Pre assessment results

Before starting the school mediation, parents of children 12 years and less were interviewed one week before the

intervention. The results showed that mean GCHSS before was 12.56 (SD =8.40), conduct problems mean was 2.39 (SD =3.22); hyperactivity mean was 3.72 (SD = 2.72), depression mean was 1.54 (SD =1.64), obsessive mean was 2.82 (SD = 1.73), and overanxious mean was 2.82 (SD = 1.73).

Post assessment results

After finishing the school mediation, parents of children 12 years old and less were interviewed one week after the intervention by parents. The results showed that mean GCHSS was 11.13 (SD =8.22), conduct problems mean was 2.18 (SD = 3.49); hyperactivity mean was 2.98 (SD = 2.78), depression mean was 1.37 (SD =1.57), obsessive mean was 2.79 (SD = 1.56), and overanxious mean was 2.79 (SD = 1.56).

Differences in child mental health between the two stages of school mediation using Paired T test of GCHSS – parents form

In order to find the effectiveness of the school mediation, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to parents report. The results showed that there were statistically significant differences between the mean of obsessive symptoms before and after school mediation. This mean differences between the two times was 0.56 ($t=2.82$, $p = 0.01$) and overanxious symptoms ($t = 2.82$, $p = 0.01$).

Table 3: Paired T test of GCHSS-Parents report

	Mean	SD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale-1	12.56	8.40	2.16	0.032
Gaza Child Health Survey Scale-2	11.13	8.22		
Conduct-1	2.39	3.22	0.71	0.478
Conduct-2	2.18	3.49		
Hyperactivity-1	3.72	2.72	3.17	0.001
Hyperactivity-2	2.98	2.78		
Depression-1	1.54	1.64	1.25	0.214
Depression-2	1.37	1.57		
Obsessive-1	2.82	1.73	0.24	0.814
Obsessive-2	2.79	1.56		
Overanxious-1	2.82	1.73	0.24	0.814
Overanxious-2	2.79	1.56		

Discussion

Before discussing the results of this study, it is important to note that the study has number of limitations. During the study there was siege of Gaza Strip with limitation of materials and fuel which affect the intervention in schools, added to this the repeated incursions of the Gaza Strip by Israelis military forces which may increase the traumatic events and reactions beside the siege of Gaza Strip. Also, the main outcome measures were questionnaire-based self report rather than interview. These limitations leave considerable room for improvement in future studies.

Children reported significant decrease in total scores of child mental health and hyperactivity symptoms after student school

mediation program. Also, parents reported decrease in obsessive and overanxious symptoms after student mediation program. Our study consistent with many studies which have shown that participation in peer mediation programs has positive effects on disputants and mediators in terms of problem solving, communication, academic grades, perspective taking, and conflict resolution skills (Araki, 1990; Lane-Garon, 1998). Peer mediations have also been found to help children reach and maintain agreements and to have high rates of satisfaction (Crary, 1992). As well, children who have been trained as mediators use more constructive strategies for resolving conflict and do so in many different contexts (Gentry & Benenson, 1992; Johnson et al, 1995). Johnson and colleagues found that after formal training in mediation procedures, children were more likely to express feelings, reverse perspectives, formulate multiple agreements, or explain the reasons for their positions (Johnson et al., 1994; Johnson et al., 1995).

Our study consisted with other studies using other types of therapy, Kimmerly et al (2005) study to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioural therapy (CBT) techniques school-based group intervention designed for children who have experienced trauma. Twenty-six children (aged 11–15 years) who were refugees or asylum-seekers from war-affected countries participated. The manual-based intervention consisted of and was implemented within secondary schools. Children in the CBT group showed statistically significant, but clinically modest improvements following the intervention, with decreases in overall severity of post-traumatic stress symptoms. Significant improvements were also found in overall behavioural difficulties and emotional symptoms. Children in the waiting list control group did not show any improvements over the same period. However, follow-up data, which were only available for a small subset of eight children, suggest that gains in the CBT group were not maintained at 2-month follow-up. In another study of children using debriefing, However others such as Stallard et al (2006) in a study aimed to determine whether an early intervention using a psychological debriefing format is effective in preventing psychological distress in child road traffic accident survivors in which 158 children aged 7–18 were followed-up after completed eight months post accident with 132 (70/82 of the experimental group and 62/76 in the control group). Main outcome measures: Self-completed measures of psychological distress; fulfillment of diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. Results: Children in both groups demonstrated considerable improvements at follow-up. The early intervention did not result in any additional significant gains. Thabet et al (2008 in press) in study the effectiveness of expressive writing therapy technique for Palestinian children in the Gaza Strip found that children anxiety symptoms decreased after 6 sessions of writing, while PTSD and depression did not change.

Conclusion

Our findings showed that using school mediation in time of war and trauma could improve children mental health if they reported their feelings themselves and not their parents. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress. Also more involvement of intervention in home based intervention programs and using different tools of assessment which may reflect the new skills the

children can gain from involvement of such conflict resolution programs.

Study implications

Student mediation program may hold great promise as a technique for school based intervention in children's disputes. Therefore, it may be important for future training programs to incorporate more gradual and prolonged mediation training. Interestingly, despite the limitations in our mediation training procedures, children were clearly able to use mediation and influence the way in which children dealt with conflicts as they mediated. Perhaps their extensive experience as third parties to children's conflicts allows schools administration to rapidly incorporate mediation procedures in this domain.

References

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-78.
- Angold, A., Costello, J. E., Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 129-137.
- Araki, C. T. (1990). Dispute management in the schools. *Mediation Quarterly*, 8, 51-62.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 189-213.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Cunningham, C. E., Bremner, B., & Secord-Gilbert, M. (1997). *COPE: The community parent education program. A school-based family systems oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders*. Hamilton: COPE works.
- Cunningham, C. E., Cunningham, L. J., & Martorelli, V. (2001). *COPEing with Conflict at School: The collaborative student mediation project manual. community parent education program. A school-based family systems oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders*. Hamilton: COPE works.
- Danielsson, C. (1994). A holistic approach to dispute resolution at a community mediation center. In D. D. Cahn (Ed.), *Conflict in personal relationships* (pp. 203-221). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Emery, R. E., & Wyer, M. M. (1987). Child custody mediation and litigation: An experimental evaluation of the experience of parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 179-186.
- Flannery, D. L., Huff, C., & Manos, M. (1996). Youth gangs: A developmental perspective. In T. Gullotta, G. Adams, & R. Montemayor (Eds.), *Advances in adolescent development: Delinquency, juvenile justice, and adolescence* (Vol 10). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Irving, H. H., & Benjamin, M. (1992). An evaluation of process and outcome in a private family mediation service. *Mediation Quarterly*, 10, 35-55.
- Gaza Community Mental Health Program. (2007). *Arabic version of COPEing with Conflict at School: The collaborative student mediation project manual. community parent education program*.
- Gentry, D. B., & Benenson, W. A. (1992). School-age peer mediators transfer knowledge and skills to home setting. *Mediation Quarterly*, 10, 101-109.
- Cray, D. R. (1992). Community benefits from mediation: A test of the "peace virus" hypothesis. *Mediation Quarterly*, 9, 241-252.
- Grossman, P. W., Neckerman, H. J., Koepsell, T., Liu, P. Y., Asher, K. N., Beland, K., et al. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1605-1611.
- Kimnerly, A. Ehntholt, P., Smith, A. Yule, W. (2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10 (2), 235-250.
- Johnson, D. W., Johnson, R., Dudley, B., & Acikgoz, K. (1994). Effects of conflict resolution training on elementary school students. *Journal of Social Psychology*, 134, 803-817.
- Johnson, D. W., Johnson, R., Cotton, B., Harris, D., & Louison, S. (1995). Using conflict managers to mediate conflicts in an innercity elementary school. *Mediation Quarterly*, 12, 379-389.
- Johnson, D. W., Johnson, R. T., Dudley, B., Ward, M., & Magnuson, D. (1995). The impact of peer mediation training on the management of school and home conflicts. *American Educational Research Journal*, 32, 829-844.
- Lane-Garon, P. S. (1998). Developmental considerations: Encouraging perspective taking in student mediators. *Mediation Quarterly*, 16, 201-217.
- Laor N. (2001). The role of mental health professionals after mass disasters. Presented at the Congress on The Promised Childhood. Tel Aviv, April 29-May 3, 2001.
- Perrin S, Smith P, Yule W. (2000). Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 41, 277- 89.
- Miller, T., Masri, M., Allodi, F., &

Qouta, S .(1999). Emotional and behavioural problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict and Survival*, 15 (4), 368 - 378.

- Miller, T., Ramchandi, P., & Jones, D.P.H. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children. *British Journal of Psychiatry*, 183, 484-490.

- Smith, M. (1995). Mediation for children, youth, and families: A service continuum. *Mediation Quarterly*, 12, 277-283.

- Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 127-134.

- Thabet, A.A., Khalid Karim, & Vostanis P .(2005). Group crisis intervention for children

during ongoing war conflict. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 262-269.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2008 in press). Expressive writing therapy for Palestinian Adolescents in the Gaza Strip.

- Umbreit, M. S., & Coates, R. B. (1992). The impact of mediating victim offender conflict: An analysis of programs in three states. *Juvenile and Family Court Journal*, 43, 21-28.

- Valsiner, J., & Cairns, R. B. (1992). Theoretical perspectives on conflict and development. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 15-35). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Vanderkooi, L., & Pearson, J. (1983). Mediating divorce disputes: Mediator behaviors, styles and roles. *Family Relations*, 32, 557-566.

Arabpsynet Psychiatrists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp>

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

Arabpsynet Psychologists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp>

THE IMPACT OF SIEGE ON PREVALENCE OF DEPRESSION AND ANXIETY DISORDER AMONG UNIVERSITIES STUDENTS IN GAZA GOVERNORATES

ISMAIL IBRAHIM LUBBAD - RN, MCMH

ABDEL AZIZ MOUSA THABET, MD, PhD - ASSOCIATE PROFESSOR OF PSYCHIATRY-AL QUDS UNIVERSITY

abdelaziz@hotmail.com

Abstract

Aim: The study aimed to examine the impact of the siege on the mental health (anxiety and depression) of universities students in Gaza Strip.

Subjects: The sample consisted of 392 students from the four universities in Gaza strip by representative sample of 183 males and 209 females. The researcher used analytical descriptive design to represent the entire population of the study.

Instruments: The researcher used modified questionnaires and scales to achieve the goal of the study such as socioeconomic questionnaire prepared by the researcher; Siege Checklist by (GCMHP); Taylor Manifestation Anxiety Scale (TMAS); and Beck Depression Inventory (BDI-2).

Results: The results showed that 166 (42.3%) had moderate anxiety, and 62 (15.8%) of had severe anxiety. While 146 (37.2%), had moderate depression, and 12 (3.1%) of them were had sever depression. The results indicated that there were positive significant correlation between siege, anxiety and depression among the universities students. In addition, found that a significant difference in siege and depression according to sex of the study sample in favor of males. While the result found no significant differences in anxiety according to sex of the study sample.

There were a significant difference in total siege and anxiety according to the type of university of Al Aqsa, Al Quds Open and Al Azhar universities.

Conclusion : The siege has several dangerous effects on social, political, economical, educational, as well as psychological impacts. The siege limits the entrance of medical equipments and instruments, drugs and medication, goods, and all life basics. Furthermore, the limited resources in Gaza strip due to siege created socio-economical gap in all life walks. The Palestinian people suffer from poverty, low income, and high prices for every thing they want to achieve. The dramatically changes that occurred due to siege were severe and unbearable in short time which deteriorated all aspects of life inside Gaza Strip. Also, the universities students were considered the most significant group among Palestinian people who complain of several limitations and shortages due to siege that affected these groups. These groups represent the highest cluster among Palestinian people whom suffer of a great anxiety and depression and other mental health problems as a result of confirmed siege on Gaza Strip.

Key words: Siege of Gaza, University Students, anxiety, depression.

اثر الحصار على مدى انتشار الاكتئاب والقلق بين طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة

الملخص:

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الحصار على الصحة النفسية (القلق والاكتئاب) لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في غزة.

العينة: اشتملت عينة الدراسة على 392 طالب وطالبة من الجامعات الأربع في قطاع غزة بواقع 183 طالب , و 209 طالبة. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لعرض البيانات الخاصة بمجتمع الدراسة.

المقاييس: استخدم الباحثان عدة مقاييس معدلة ومتلائمة مع غرض وهدف الدراسة منها: مقياس الحالة الاجتماعية (إعداد الباحث)؛ قائمة الحصار (برنامج غزة للصحة النفسية)؛ مقياس عرض القلق (تايلور)؛ ومقياس بك للاكتئاب.

النتائج: أظهرت النتائج أن 156 (39.8%) يعانون من قلق خفيف، 166 (42.3%) يعانون من قلق متوسط، 62 (15.8%) يعانون من قلق شديد. بينما أظهرت النتائج أن 146 (37.2%) يعانون من اكتئاب متوسط، 12 (3.2%) يعانون من اكتئاب شديد.

كما أظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الحصار، القلق، والاكتئاب بين طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة. كما أفادت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في كل من الحصار والاكتئاب تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور من أفراد العينة. بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في القلق تبعاً لمتغير الجنس بين أفراد العينة.

كما أظهرت النتائج بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية لكل من الحصار والقلق تبعاً لمتغير نوع الجامعة لصالح جامعة القدس المفتوحة، وجامعة الأقصى، وجامعة الأزهر.

الخلاصة: لقد خلصت الدراسة إلى أن للحصار تأثيرات كبيرة على جميع نواحي الحياة في قطاع غزة، ويشمل ذلك الحياة الاجتماعية، والسياسية، والتعليمية، وكذلك الحالة النفسية. إن للحصار تأثيرات كبيرة تتمثل في منع دخول الأدوية والمعدات الطبية، والبضائع المختلفة مما أدى إلى ازدياد المعاناة للفلسطينيين في قطاع غزة. ويعتبر طلاب الجامعات من الفئات التي تضررت نتيجة لفقدان العمل لمعيل الأسرة والفقر وعدم القدرة على دفع رسوم الجامعات مما أدى إلى ظهور أعراض القلق والاكتئاب لديهم؟

Introduction

People are differ in living stander from those are satisfy with little living in a calm happy life with quietness and safety and some of who are not satisfy and running behind world while they have much more than even they make security through power. In our lovely home we have a good promise youth who will carry on themselves to build our civilian nation and future. We have many thousand of university students whom they are our hope for present and future in a situation of secure, monitory, and manner stability.

In this our area-Gaza Strip- siege with most of its types are assignment strongly which affect negatively monitory economically and psychological on our students in universities in Gaza Strip. Siege as language is monopolizing and limiting needs through deconstructed behavior or dealing. Siege as meaning on obstacles punishment in a varieties ways on people, countries, group of people, or communities and companies, done by power countries for their own and properties mostly injustice. The siege had strong impact on the Palestinian children in Gaza strip that they were complaining of various emotional and behavioral problems that encounter them and their parents (Abu-Hein, 2008).

The Gaza Strip has two main crossings that connect it to the whole world, Rafah in the south (To Egypt) and Erez in the north (to Israel). There are three other crossings that are used to exchange goods and bring in food to the Gaza Strip; today all are closed partially or completely. The siege that was imposed on the Gaza Strip has created excessive loss and damage in the different aspects of Palestinian life.

The Gaza Strip has turned into a huge prison with no access to the outside world. Israel has subjected the Gaza Strip to a series of collective punishment measures, the main of which is imposed strict siege on the movement of people and goods.

The suffocating siege imposed on the Gaza Strip leading to disastrous consequences to the physical and mental health of the citizens. The serious consequences of the blockade on the psychological, social and the Palestinian society, where the lead to increased rates of mental disorders in general terms commonly depression, anxiety and psychological disorders caused by physical psychological reasons, as well as contribute to satisfactory setbacks widely among psychopaths. Qouta said; the most powerful results of the study were the negative indicators particularly on children, the sick, students and the unemployed, which were reflected on their behavior and the exacerbated tensions and disturbances (Qouta & Kassab, 2008).

These emotional suffering reflect itself in the high level of domestic violence and clan and the community in general. As well as strengthen the sense of anger and resentment at the international community is unable to intervene just to establish a people and their legitimate rights including their right to self-determination and establish a Palestinian stat with sovereignty over its land natural confiscation. Furthermore, the educational system in Gaza has also been affected by the siege. With the start the new school year, there has been a serious lack of books and shortage of the raw materials needed for printing. According to the United Nations Relief and Works Agency (UNRWA), one-third of students started the school year without the needed text books.

The closures also deprived thousands of students from reaching their universities outside the Gaza Strip. Thousands of students are not allowed to join their universities in the West Bank or abroad due to the siege. Palestinians have gone through repeated traumas of death and destruction of home and life over the past few decades.

The current siege provokes the previous traumas making people re experience the negative feelings that they have previously encountered and passed through. The effects of the siege and blockade on the Palestinian family have different effects 99% found the prices highly risen compared to previously situations, 87% social relation ceased, where psychologically symptoms that most commonly 23% neurological, 17.2% quickly and harassment by initiation, 14% feeling malaise, and 16.2% transitional feature of anger (Thabet, 2008).

The effects of the siege on mental health

Few studies were carried out investigate such unique phenomena of collective punishment of one and half million people. At the psychological and emotional levels, the closure results in psychological pressure and frustrations. Individuals interact with these frustrations and pressures differently according to their bio-psychosocial factors. There are primary reactions such as changes in habits and behaviors and daily routine of the individual including; excessive smoking and alcohol consumption, and excessive eating or lack of it, and excessive or lack of sexual activities.

Nasrallah (2008) who studied "the impact of the Israeli siege on the cultural situation in Gaza provinces". the results of the study showed that the siege had a negative effects. where the acquisition of books had stopped for most of public libraries and the loan services and many others. Also the theatre work reduced from the number of plays and presented shows. The artists production had been effected from their production and participation in exhibitions and workshops for Foreign Affairs.

Nilsson (2008) Who aimed to highlight the constant human rights violations the Palestinian children are subjected to under the siege because the violence and destruction create deep seated psychological consequences that deeply affect the behaviour of the children in fundamental ways. The researcher concluded that to live with constant violence leads to much confusion for children since they live with a confusion they might not understand. The lack of protection for children indicates that there is an acceptance of the violence which also creates confusion. It has been shown that children growing up with so much uncertainty as in Gaza become aggressive, extremely disobedient or compliant.

Taatgen & Kapka (2008) studied the siege and the obstruction right for education and provided a rationale for the creation of a lobby group of educators for international education in Gaza. The authors postulate that every child has a right to an education, and every open society has the duty to provide its children with access to international education. In spite of the obstacles, we left Gaza more convinced than ever that international education should be part and parcel of Gaza's creation and development as an independent state. The siege must surely rank as the largest obstacle to achieving this goal. A country that is occupied cannot properly educate its children.

Fox (2008) studied "Palestinians Under Siege: A Critical Psychology Perspective on Mental Health and Justice". The author discussed the drastic mental health consequences of living under siege are well-known. Although, specific outcomes vary according to local conditions, besieged communities around the globe experience lethal combinations of restricted movement, physical violence, hunger and disease, and disruptions to schools, hospitals, welfare support systems, and other public and community institutions. In whatever combination these and other factors arise, the common result is widespread mental distress.

Thabet et al (2008) in a study aimed to investigate the impact of the siege of Gaza strip on the Palestinian feelings of anger and anger state in relation to psychological symptoms. They found that the most common impact of the siege of Gaza items were: prices were sharply increased (97.67%); I feel I'm in a big prison (92.23%); and I cannot find things I need in the market (91.70%). The results showed that female reported more summarization, obsessive compulsive disorder, and phobic anxiety. Also, Palestinian who live in camps reported more psychological problems, depression symptoms, anxiety, and hostility. However, psychosis symptoms were more common in people who live in villages than in camps or cities. People with who reported high siege scores were correlated positively with high psychopathology including anxiety and depression.

Thabet et al (2009) aimed to study the ways of coping in Palestinian families exposed to siege and stress and mediating effect of coping on mental health problems. They found that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (90.8%), I feel I am in a big prison (88.5%), I can not find things I need in the market (91.70%), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation (73.4%), and I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses (62.58). Each participants reported from 2-20 items of siege with mean siege scores of 10.83 (SD = 4.07). The results showed that people with monthly income less than 350 US \$ were more affected by siege that the other groups. The most common

psychological problems were: Crying easily (21.7%), difficulty falling asleep (16.8%), worrying too much (16.3%), headaches (15.2%), and feeling tense (15.2%). The results showed that mean HSCSL was 53.82, mean anxiety subscale scores was 21.70, and mean depression subscale scores was 32.11 (SD = 8.59), 139 of participants (75.5%) rated as psychiatric cases and 45 were not cases (24.5%). People live in cities reported mental health problems less than those live in villages and camps. Also, the results showed that people with monthly income less than 350 US \$ showed more mental health problems than the other two groups were more affected by siege that the other groups.

The study aimed to assess the effects of the siege on mental health of universities students in Gaza Strip.

Methodology

Subjects

A simple random sample was selected depending on EPI-6 from total number of 57,468 students from Gaza Universities. The proportional ratio was taken among universities (Al Aqsa, Islamic, Al Azhar, and Al Quds Open) as well as the students (male and female). The total number of students was 392 students.

Instruments

The researchers used the following instrument:

Socio-economic questionnaire

This questionnaire developed by the researchers to assess the students' age, gender, name of the university, place of residence, number of family member, father employment and education, mother employment and education, and family income.

Siege Checklist (GCMHP, Thabet et al, 2008)

Siege checklist developed by Community Mental Health Program to assess the siege effects on the Palestinian people who experience persistent siege. This scale consisted of 21 item regarding the daily life living of Palestinian people. The key answer of this scale is "Yes=1" or "No= 0", and no reversal items. In this study, Siege Checklist Cronbach's alpha (No. of items = 21) was 0.72.

The Taylor Manifestation Anxiety scale (TMAS)

Taylor (1953) developed one of the first measures of chronic, manifest anxiety, Taylor's Manifest Anxiety Scale (MAS). Taylor's scale consisted of items selected from the Minnesota Multiphase Personality Inventory Taylor's MAS was reported to be useful in identifying adults with chronic anxiety (Reynolds & Richmond, 1997). We used the Arabic version with 50 items and answer is "Yes= 1" or "No= 0", And there were reversal items. The score ranged from (0- 13 no anxiety), (14- 26 Mild anxiety), (33- 40 moderate anxiety), and (37- 50 very sever anxiety). The reliability of the scale was tested by using Cronbach's alpha which was 0.79.

Beck Depression Inventory (BDI-2)

The long form of the BDI is composed of 21 questions or items, each with four possible responses. Each response is assigned a score ranging from zero to three (0, 1, 2, 3), indicating the severity of the symptom. Individual questions of the BDI-2 assess mood, pessimism, sense of failure, self-dissatisfaction, guilt, punishment, self-dislike, self-accusation,

suicidal ideas, crying, irritability, social withdrawal, body image, work difficulties, insomnia, fatigue, appetite, weight loss, bodily preoccupation, and loss of libido. Items 1 to 13 assess symptoms that are psychological in nature, while items 14 to 21 assess more physical symptoms. The scores of the BDI-2 were, (0- 21 no depression), (22 – 42 moderate depression), and (43 – 63 sever depression). The reliability of the scale was tested by using Cronbach's alpha which was 0.85.

Procedures

An approval letter obtained from the administrations of the universities in response from Al Quds University pre-request to facilitate our mission. An approval letter was obtained from Helsinki committee in the Ministry of Health to allow the researchers to carry out his study. Informed consent was obtained from the respondents printed on the cover page of the questionnaire clarifying the aim of the study and its objectives, and grantee that they will be protected from any harm resulting from their agreement or disagreement for participation. The data was collected on March and April 2009.

Statistical analysis

After data collection the researcher used SPSS program (Ver. 16) for data entry and analysis. In addition, the researcher used descriptive analysis including frequencies, t-independent tests, One Way ANOVA, and Pearson correlation coefficient for explaining the relation and differences between the study variables.

Socio-demographic results of the study sample

The following table, the total numbers of sample selected for the current study was 392 university students. The study showed that 183 (46.7%) of the university students of were males, and 209 (53.3%) were females, the mean of age of the study sample is (20.66 years) and standard deviation SD is (2.51) years. 201 of the university students were live in city (51.3%), 152 live in camp (38.8%) and 39 live in village (9.9%). were study in Al-Aqsa University (23.0%), 126 were in Islamic University (32.1%), 90 of Al-Azhar University were (23.0%), and 86 of sample were of Al-Quds open University (21.9%). Forty five of the university students were have family size 4 persons and less than (11.5%), 107 were 5 – 7 persons (27.3%) and 240 of the sample were have 8 and above of family size (61.2%). There were 154 of university students had family income less than 1000 NIS (39.3%), 100 family income was from 1001-2000 NIS (25.5%), 69 of sample were from 2001-3000 NIS (17.6%), 27 were from 3001-4000 NIS (6.9%), 42 were more than 4000 NIS (10.7%).

Table 1: Socio-demographic results of the study sample (N = 392)

Variable	No.	%
Sex		
Male	183	46.7
Female	209	53.3
Place of residence		
North Gaza	200	51.0
Gaza	87	22.2
Middle area	73	18.6
Khan Younis	15	3.8
Rafah	17	4.3

Type of residence		
City	201	51.3
Camp	152	38.8
Village	39	9.9
University		
Al-Aqsa University	90	23.0
Islamic University	126	32.1
Al-Azhar University	90	23.0
Al-Quds open University	86	21.9
No of siblings		
4 persons and less	45	11.5
5 - 7 persons	107	27.3
8 and above	240	61.2
Family monthly income		
1000 NIS and less than	154	39.3
1001 - 2000 NIS	100	25.5
2001 - 3000 NIS	69	17.6
3001- 4000 NIS	27	6.9
More than 4000 NIS	42	10.7

Frequency of siege among the study sample

The total scores of the siege among the study sample at the level of 54.0%, where the ratio scales plays the role of this step. Where the highest siege items were "we can not finish some construction and repair work in our house due to shortage of cement and building materials" 97.4 %, followed by "One of the family member died due to prevention of traveling for treatment" 86.2 %. I had suffering of not able to receive proper medical care 16.6 %, and I sold some of my furniture and family gold 16.1%.

Table 2: Frequency of siege items

N	Items of siege	Yes		No	
		N	%	N	%
1	We can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials	382	97.4	10	2.6
2	One of the family member died due to prevention of traveling for treatment	338	86.2	54	13.8
3	We can not find some of the necessary things for children (Milk, baby napkins, etc.)	338	86.2	54	13.8
4	I feel I am in a big prison	307	78.3	85	21.7
5	My work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials	303	77.3	89	22.7
6	Social visits are less than before	295	75.3	97	24.7
7	I quitted some purchased daily needs	280	71.4	112	28.6
8	I started doing the papers for immigration	263	67.1	129	32.9
9	My work affected so much due to cut-off of electricity	257	65.6	135	34.4
10	I was not able to reach a place I planned to go to	214	54.6	178	45.4

11	I need to travel outside the Gaza Strip and can not	199	50.8	193	49.2
12	I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	199	50.8	193	49.2
13	I can not find things I need in the market	152	38.8	240	61.2
14	I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	151	38.5	241	61.5
15	My monthly income decreased	144	36.7	248	63.3
16	Prices are sharply increased	139	35.5	253	64.5
17	I thought of immigration	130	33.2	262	66.8
18	I was prevented from visiting one of the family members in Israelis jails	125	31.9	267	68.1
19	I stopped completely working	98	25.0	294	75.0
20	I had suffering of not able to receive proper medical care	65	16.6	327	83.4
21	I sold some of my furniture and family gold.	63	16.1	329	83.9

Frequency of anxiety among the study sample

The total scores of anxiety among the study sample at the level of 56.4%, where the ratio scales plays the role of this step. Where the highest item were "I would like to be happy like others" 92.1 %, followed by "I lost my sleep because of anxiety" 86.7% .While the lowest item were the "I feel no redness face at all" 22.2%, and the "I feel quietness all times" 26.3 %. There were 8 (2.0%) of the study sample of the university students were had no anxiety "0- 13 total scores", 156 (39.8%) had mild anxiety "14- 26 scores", 166 (42.3%) were had moderate anxiety "27- 36 scores", and 62 (15.8%) of the study sample were had sever anxiety "37- 50 scores".

Table 3: Prevalence of anxiety among the study sample

Variable	No.	%
No anxiety "0- 13 scores"	8	2.0
Mild anxiety "14- 26 scores"	156	39.8
Moderate anxiety "27- 36 scores"	166	42.3
Severe anxiety "37- 50 scores"	62	15.8
Total	392	100

Frequency of depression among the study sample

The total scores of depression among the study sample at the level of 32.0%. Where the highest depression effects were "tiredness or fatigue" 64.5 %, followed by "Sadness" 62.8 %, and "guilty feelings" 59.2 %. While the lowest depression effects are the past failure 8.7%, and self—dislike 11.5 %.

There were 234 (59.7%) of the study sample of the university students were had no depression "0- 21 total scores", 146 (37.2%) suffered moderate depression "22- 42 scores", and 12 (3.1%) of them were had sever depression "43- 63 scores".

Table 4: Prevalence of depression among the study sample

Variable	No.	%
No depression "0- 21 scores"	234	59.7
Moderate depression "22- 42 scores"	146	37.2
Severe depression "43- 63 scores"	12	3.1
Total	392	100

The relation between Siege and mental health "anxiety and depression " among the study sample:

There were positive significant correlation between siege and anxiety and among the study sample of university students (Person's correlation "R"= 0.454, P= 0.001).

There were positive significant correlation between siege and depression and among the study sample of university students (Person's correlation "R"= 0.250, P= 0.001).

That means the high incidence of siege will combined with high incidence of anxiety and depression, among the study sample of university students, and reversible is right.

Siege, anxiety and depression according to type of the sex

The researcher demonstrate t-independent test to investigate the differences between male and female in demonstrating Siege and anxiety and depression. The result found that a significant difference in siege according to sex of the study sample, (t= 4.21, p= 0.001), in favor males. In addition; the result found that a significant difference in depression according to sex of the study sample, (t= 3.29, p= 0.001), in favor males. While the result found that no significant difference in anxiety according to sex of the study sample, (t= 0.56, p= 0.576).

Table 5: Independent t-test comparing means of siege and anxiety and depression according to sex

Variable	Male N = 183		Female N = 209		T- value df= 390	Sig. Level
	Mean	SD	Mean	SD		
Siege	12.19	4.238	10.57	3.328	4.21	*** 0.001
Anxiety	28.42	8.437	27.98	7.134	0.56	0.57
Depression	21.95	11.149	18.64	8.705	3.29	*** 0.001

*p< 0.05

**p< 0.01

***p< 0.001

Siege, Anxiety and depression according to university of the study sample:

In order to investigate the difference in siege, anxiety and depression according to university of the study sample (Aqsa, Islamic, Azhar, or Quds) the researchers demonstrate one-way ANOVA analysis. There was a significant difference in siege according to the university of the study sample (f=24.496; P= 0.001). The lowest siege effect was on the Islamic university (mean; 9.25), and the highest siege effect was on Al Quds Open (mean 13.31).

In addition; there was a significant difference in anxiety according to the university of the study sample (f=4.782; P= 0.003). The lowest anxiety effect was on Islamic university (mean 26.50), but the highest anxiety effect was on Al Quds Open university (mean 30.54). While; there was no significant difference in depression according to the university of the study sample (f=1.624; P= 0.183).

Table 6: One-way ANOVA comparing siege, anxiety and depression according to university

Variable	Source of variance	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-value	Sig. Level
Siege	Between Groups	928.214	3	309.405	24.496	*** 0.001
	Within Groups	4900.674	388	12.631		
	Total	5828.888	391			

Anxiety	Between Groups	840.092	3	280.031	4.782	0.003
	Within Groups	22722.558	388	58.563		
	Total	23562.651	391			
Depression	Between Groups	489.161	3	163.054	1.624	0.183
	Within Groups	38965.490	388	100.427		
	Total	39454.651	391			

*p< 0.05

**p< 0.01

***p< 0.001

Post –hoc analysis using Scheffe statistical test was done and indicated; the means of siege and anxiety according to university of the study sample (Aqsa, Islamic, Azhar, or Quds). The group of Islamic university students were significantly lower in siege and anxiety than other groups of universities of the study sample.

Table 7: Means of siege and anxiety according to university

Variable		No.	Mean	S.D
Siege	Aqsa	90	11.82	3.922
	Islamic	126	9.25	3.646
	Azhar	90	11.85	2.798
	Quds Open	86	13.31	3.714
Anxiety	Aqsa	90	28.35	8.288
	Islamic	126	26.50	7.574
	Azhar	90	28.14	7.353
	Quds Open	86	30.54	7.375

Siege, anxiety and depression according to type of residence (City-Camp-Village):

One-Way ANOVA analysis was used to study the differences between siege, anxiety and depression according to the type of residence (City-Camp-Village).

There was a significant difference in anxiety according to the type of residence of the study sample ($f=4.897$; $P= 0.008$). In addition; there was a significant difference in depression according to the type of residence of the study sample ($f=9.445$; $P= 0.001$).

While; there was no significant difference in siege according to the type of residence of the study sample ($f=1.963$; $P= 0.142$).

Table 8: One-way ANOVA comparing siege, anxiety and depression according to type of residence

Variable	Source of variance	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-value	Sig. Level
Siege	Between Groups	58.246	2	29.123	1.963	0.142
	Within Groups	5770.642	389	14.835		
	Total	5828.888	391			
Anxiety	Between Groups	578.722	2	289.361	4.897	0.008
	Within Groups	22983.929	389	59.085		
	Total	23562.651	391			

Depression	Between Groups	1827.161	2	913.580	9.445	0.001
	Within Groups	37627.490	389	96.729		
	Total	39454.651	391			

*p< 0.05

**p< 0.01

***p<0.001

Post –hoc analysis using Scheffe statistical test was done and indicated; the means of anxiety and depression according to type of residence of the study sample (City-Camp-Village). The group of students who live in village were significantly higher in anxiety and depression than other groups the study sample. The lowest anxiety effect was on cities residence (mean 27.76), and the highest was on village residence (31.84). But the lowest depression effect was on camp residence (18.81) and the highest was on village residence (16.46) .

Table 9: Means of anxiety and depression according to type of residence

Variable		No.	Mean	S.D
Anxiety	City	201	27.76	7.444
	Camp	152	27.81	8.099
	Village	39	31.84	7.242
Depression	City	201	20.01	9.560
	Camp	152	18.81	9.737
	Village	39	26.46	11.502

Siege, anxiety and depression according to the family income of the sample

One-way ANOVA analysis was demonstrated to investigate the differences in siege, anxiety and depression according to family income of the study sample (1000 NIS and less than, 1001 – 2000, 2001- 3000, 3001- 4000, and more than 4000 NIS).

There was a significant difference in siege according to the family income of the study sample ($f=8.476$; $P= 0.001$). In addition; there was a significant difference in anxiety according to the family income of the study sample ($f=2.562$; $P= 0.038$).

While; there was no significant difference in anxiety according to the family income of the study sample ($f=1.319$; $P= 0.262$).

Table 10: One-way ANOVA comparing siege, anxiety and depression according to family income

Variable	Source of variance	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-value	Sig. Level
Siege	Between Groups	469.509	4	117.377	8.476	0.001
	Within Groups	5359.379	387	13.849		
	Total	5828.888	391			
Anxiety	Between Groups	607.814	4	151.954	2.562	0.038
	Within Groups	22954.836	387	59.315		
	Total	23562.651	391			
Depression	Between Groups	530.760	4	132.690	1.319	0.262
	Within Groups	38923.890	387	100.579		
	Total	39454.651	391			

*p< 0.05

**p< 0.01

***p< 0.001

Post –hoc analysis using Scheffee statistical test was done and indicated; the means of siege and anxiety according to family income of the study sample (1000 NIS and less than, 1001 – 2000, 2001- 3000, 3001- 4000, and more than 4000 NIS). The students of two lowest family income group (2000 and less than) were significantly more affect by siege than two highest family income groups (3001 and above) of the study sample. The lowest siege affect was on family income that ranged between 3001-4000NIS (mean 8.85), and the highest siege effects was on low family income (less than 1000NIS). In addition; the students of lowest family income group (1000 NIS and less than) were significantly high anxious than two highest family income groups (3001 and above) of the study sample. The lowest anxiety effect was on family income that ranged between 3001-4000 NIS by mean 24.59) and the highest anxiety effects was on low family income (less than 1000 NIS).

Table 11: Means of siege and anxiety according to family income

Variable		No.	Mean	S.D
Siege	Less than 1000 NIS	154	12.17	3.719
	1001 - 2000 NIS	100	11.85	3.691
	2001 - 3000 NIS	69	10.81	4.106
	3001- 4000 NIS	27	8.85	3.644
	More than 4000 NIS	42	9.45	3.132
Anxiety	Less than 1000 NIS	154	29.20	7.779
	1001 - 2000 NIS	100	28.11	7.782
	2001 - 3000 NIS	69	28.39	6.800
	3001- 4000 NIS	27	24.59	7.831
	More than 4000 NIS	42	26.66	8.495

Notes : 3.90 NIS= one Dollar

Discussion

The results demonstrated that the total mean of siege items among the study sample was 11.33 at the level of 54.0%. Where the highest siege effects were "I can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials" 97.4 %, followed by "One of the family member died due to prevention of traveling for treatment" 86.2 %. The researchers hypothesize that related to sustainability of the siege and its expansion all over Gaza and affected all people from different socioeconomic classes. This is a consistent and systematic policy of collective punishment against Palestinian civilians in contradiction with the international conventions. That appear to be consistent with the finding of CMHP (2008) report that reported that the continuations of the closures and restrictions have had catastrophic effects on the living conditions of civilians resulting in exacerbation of the existing problems of poverty and unemployment.

In a report by Butcher (2008) found that Gaza's humanitarian crisis is more acute today than at any time. More Gazans are dependent on food aid than ever before, hospitals suffer the longest power cuts yet experienced, record levels of raw sewage are being pumped daily into the sea and the economy has never been worse.

Furthermore, the World Health Organization (WHO) (2008) in their report found that the lack of electrical power, arising from a fuel shortage, and restrictions on the movement of people and goods, including medicines, jeopardize the continuity of basic health care and curtail access to specialist care outside Gaza.

However, Palestinian Shippers' Council (2007) reported that the economic situation is also affected with closure imposed on

exports and the limitation of imports to basic commodities and processed food, while needed raw materials for industry production are banned from entry.

The results revealed that 2% of the universities students have no anxiety; 39.8% have mild anxiety; 42.3% have moderate anxiety; and 15.8% have severe anxiety. The researcher hypothesize that for the effects of the siege that affected every one in Gaza strip and the majority of the students suffer from the anxiety by all levels. Furthermore, the stressful situation which they live have major affect on those student and also, the students were exposed to different situational stressors that accumulated the anxiety disorders among them. Since they exposed to war crisis, siege with all its dimensions that reflected on their daily living functions. In a study by Abu Hein (2008) who studies the effects of living under siege found that 92% of the Palestinian children of Gaza suffer from feeling of insecurity and feel anxiety and tension that appear consistent with our results.

Also, consistent with the results of CMHP (2008) which reported that the reactions for frustrations and pressure contribute to low self esteem, feeling of worthlessness, powerlessness, loneliness, despair, loss of hope, anxiety and feelings of anger and alienation, panic, fear, nervousness, depressed mood, and feeling overwhelmed, feelings of laziness and apathy, helplessness, and inability to practice the daily routine in an appropriate manner as well as an increased demands and pressures and inability to fulfill such demands in an adaptive manner.

But the results demonstrated that 59.7% of the students have no depression; 37.2% have moderate depression; and 3.1% have severe depression. The researcher hypothesize that related to the siege effects and the restrictions of movements, unavailability of the necessary needs on both social or economical aspects. These results seem to be consistent with the results of CMHP report (2008) which reported that in the case of prolonged psychological pressure and frustrations, and inability to cope with them, the symptoms may develop into more serious psychological disorders such as depressions, anxiety, or somatoform disorders (conversion disorders and hypochondriasis).

Anxiety and depression prevalence have been more prevalent among the universities students in Gaza Strip. These results indicated the critical issue especially when the results appeared among the universities students since these students considered elite among the Palestinian people.

These results seem to be consistent with the results of First (2008) who found that listening to children is difficult for parents under siege because of parental shame at not being able to provide and protect, and confusion over what can be said. Parental anxiety, grief, helplessness, depression or despair may enter in.

The increasing numbers of anxiety and depression cases among universities students related to different situations originated from the siege and as a dangerous consequence of the siege. The deficiency of food supplies; health equipment; educational process; and economical aspects due to siege made different problems to Gazan's population generally and universities students especially. In a study by O'Loughlin (2008) found that nearly 60% suffered post traumatic stress disorder, around 20% suffered anxiety and 51% were depressed.

However, in a study by Abu Hien (2008) He found that 87% of Gaza children feel fear of darkness and they are more clinging to their parents and sharing their beds. 68% of them suffering from school problems like lack of concentration. 76% of them has behavioral problems like isolation, social withdrawal and aggression.

But in another study by Awad (2008) found that feelings of insecurity and distress are all too common for children who witness violence. Often, they perform poorly in school, or drop out altogether.

The results revealed that there were significant positive correlation between siege, anxiety, and depression among universities students. However, that means the high incidence of the siege combined with high incidence of anxiety and depression. The researcher attribute that for the different effects of the siege on all life walks. The siege destroyed the humanity, the economy, social relation, and education.

In a study by Nassrallah (2008) and CMHP report (2008) showed that the siege had a negative effects on the population in Gaza strip that appear consistent with our results.

According to CMHP report (2008) they found that there were other psychological responses including lack of attention, poor concentration, and memory problems, all of which result in lack of decision making and being easily-provoked. For people who are already suffering from psychological problems, their problems are aggravated as a result of the increased pressure and due to lack of medications, particularly for psychotic patients. At the somatic level, there are physical reactions such as pains in some parts of the body including; muscle pains, headaches, stomachaches, and feeling of suffocation and exhaustion etc (CMHP, 2008).

In another study by CMHP (2007) found that children may develop various psychological problems including; anxiety and depression, aggressiveness, poor concentration, withdrawal, clinging to parents, sleep disturbances. Also, children regress to behaviors inappropriate to their stage of development through thumb sucking, nail-biting, enuresis, and aggressiveness.

The results revealed that there were a significant differences in siege and depression according to sex in favor of males; while there were no significance in anxiety according to sex of the study sample. The researcher attribute these results for male dominance in the community and because of the direct participation of males in all life walks and they more prone to stressful situations than female. Males in Gaza face different stressful situations since they participate in work, help their families, their needs expand and they unable to meet the initials of it. These unmet needs lead to depressed mood and other psychological problems that appear more in males. But anxiety seems to be equal in both sexes so any thing in the life due to the deficiency of the necessary needs may lead to anxious mood in both.

However, in a study by CMHP (2007) found that the closure is converting the Gaza strip into what resembles a huge prison, resulting in feelings of intolerance, isolation, alienation, broken social connections, and networks as well as an increased level of community, tribal, and familial violence.

The results revealed that there were a significant difference in siege and anxiety according to the type (name) of the university. Scheffe test indicated that Islamic university students

were significantly lower in siege and anxiety than other universities. The researcher hypothesize that these results reflect the policy of the university and institutional mission for every university. However, these results indicated that the availability of the Islamic university resources diminish the effects of the siege and anxiety, but the other universities affected by the siege and this lead to anxiety because they followed by external resources and policies. Also, the Islamic university governed by local and national policy that differ from other universities. But the other universities exposed to different situational stressors including external or internal stressors that not complied with the procedures of the Islamic university.

The results found that there were a significant differences in anxiety and depression according to type of residence in favor of villages residence. The researcher hypothesize that because the shortage of necessary needs and life requirements for the students who live in villages. The highly demanding life required more needs but the villages residents unable to met these needs during the current crisis. So, the villages resident students more prone to develop anxiety and depression than others.

The results showed that there were no significant differences in siege, anxiety, and depression according to the family size between the study sample. The researcher attribute that for unexpected effects that cover all families without regarding to the number of the family and it is considered general problem not specified for some persons.

The results revealed that there were a significant differences in siege and depression according to father and mother education in favor of not educated (parents). The researcher hypothesized that related to social differences and limited resources in addition to additional thoughts and opinions related to siege and depression.

The results found a significant differences in siege and anxiety according to father work among the study sample. Scheffe test indicated that the universities students who have unemployed fathers have higher degrees of siege and anxiety than others who employed. The researcher attribute these results for accumulated effects of the siege that people suffer from and all life walks lead to increase these problems among unemployed. However, all Gazan's people suffer from different effects of siege and anxiety with variety in its sequence and duration. That seem to be consistent with Palestinian Shippers' Council Report (2007) which reported that unemployment (65%) levels have sharply limited households' ability to buy supplies.

But the results revealed that there were no statistical differences in siege, anxiety, depression according to mother's employments for the universities students. The researcher hypothesize that because mothers didn't play role in work and employment in our community.

The results found that there were a significant difference in siege and anxiety according to family income among the universities students. Scheffe test indicated that universities students with low family income more affected by siege and anxiety than universities students with high family income. The researcher hypothesize that these results because high income families achieve the needs of their students but low income families unable to achieve the basic needs and requirements so they affected by siege and anxiety.

The current study seem to be consistent with the results of Palestinian Shippers' Council Report (2007) which reported that Gaza's high poverty (85% of households are living under the poverty line) and unemployment (65%) levels have sharply limited households' ability to buy supplies. These factors amongst other impediments have affected and impacted the operation and growth of the private sector enterprises. Most of the 3,900 industries in Gaza are manufacturing industries of which there is a 95% dependency on imported raw materials. Also there is an 80% dependency on the imports of machinery and maintenance parts which can lead to the suspension of production lines.

However, As a result, direct and indirect losses are estimated at US\$ 4 million for the Furniture Sector, US\$ 12 millions for the Garment and Textile Sector and US\$ 3 millions for the Processed Food Sector. The summer season is critical for the exports of industrial sectors. The planting season normally starts in June for the upcoming export season in November. If the border terminals remain closed, the sector will face a 100% loss in sales estimated to be more than US\$ 12 million (Palestinian Shippers' Council ,2007).

Conclusion

The siege have several dangerous effects on social, political, economical, educational, as well as psychological impacts. The siege limit the entrance of medical equipments and instruments, drugs and medication, goods, and all life basics. Furthermore, the limited resources in Gaza strip due to siege created socio-economical gap in all life walks. The Palestinian people suffer from poverty, low income, and high prices for every thing they want to achieve. The dramatically changes that occurred due to siege were severe and unbearable in short time which deteriorated all aspects of life inside Gaza Strip. Also, the universities students were considered the most significant group among Palestinian people who complain of several limitations and shortages due to siege that affected these groups. These groups represent the highest cluster among Palestinian people whom suffer of a great anxiety and depression and other mental health problems as a result of confirmed siege on Gaza Strip. On the other hand, Gazan's people generally complained from unavailability of medical help and supplies that must be available for every one in our community. In addition, the Gazan's people developed various medical and mental health problems due to siege. However, they complaining of many psychological problems ranging from anxiety, depression, and other psychological problems including anger, sleep disturbance, aggression. While, the educational process were deteriorated and all the students were unable to achieve their right to learn board or in West Bank. The prolonged prohibition on students leaving the Strip to study has created a grave shortage of skilled personnel, among them specialist physicians and persons engaged in the paramedic professions. Generally, The siege and its accompanying sanctions have led to shortages of food, electricity, medicines and medical treatment, have severely restricted freedom of movement, and have impeded the residents' ability to earn a living and obtain an education.

Recommendations

Community Mental Health Providers:

- It is necessary from community mental health program to take action and provide the main intervention for those complaining from anxiety and other psychological problems.

- It is necessary to provide immediate action regarding psychological problems and mental health problems for those suffering from siege.

- Providing psychological first aid for those complaining from anxiety and depression due to siege and provide them with the necessary requirements.

International Organizations:

- Asking international humanitarian organizations to take action against the siege and follow the international census to relieve the siege.

- Free the main entrance (check points) from and to Gaza, and re-open main borders.

- It is necessary for the international community to pay a close attention to the children right of protection from the negative consequences of siege in order to maintain their psychological and physical well being.

- It is necessary to urge the international community to protect Palestinian children and to break the imposed siege on Palestinian people.

- It is necessary from the international community to pressure Israel to stop violation of Palestinian rights and to allowing free movement of people, goods, and necessary equipment and supplies.

- It is necessary from the international court of justice to pressure Israel to abide by the international conventions regarding human rights and children's rights.

Universities and Colleges

- It is necessary for the universities to train and instruct the students regarding the psychological problems and the effects of the siege and to provide necessary intervention regarding the effects of the siege.

- Provide close attention to the surrounding situations and respect the human right and make a real consideration to university fees and students requests.

References

- Abu Hein, F. (2008): Siege and mental health: Siege Stress Emotional and Behavioral Problems of Palestinian Children and Their Parents Living under Siege "Gaza experience". International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine
- Abu Hein, F. Kh. (2007). Palestinian version of beck depression inventory, study among the students of Al-aqsa University., Gaza Strip.
- Aqsa News (Jan., 2008): Message from Friends of Al-Aqsa. Defense of Al Aqsa and peace in Palestine, issue No. 3
- Barlow, D. H. (2001). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Baroud, Sooma M. (2008). Prevalence of depression and anxiety disorders among women of

childbearing age attending Primary Care Centers in the Gaza Governorates, *Un published master thesis*, School of Public Health - Gaza, Al-Quds University- Palestine.

- Beck, A. (1972): Depression: causes and treatment. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, D. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995): Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Chomsky, N. (2007): Guillotining Gaza. Information Cleaning House. Massachusetts Institute of Technology
- Chomsky, N. (2009): Exterminate all the Brutes. Information Cleaning House. Massachusetts Institute of Technology.
- Christopher, D. (1996): Siege Warfare: Fortress in the Early Modern World, 1494-1660. Routledge and Kegan Paul.
- Dugard, J. (2008): Human Rights Situation In Palestine And Other Occupied Arab Territories. Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967. Human Rights Council, A/HRC/7/17.
- First, Elsa (2008): Listening to Children Under Siege. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine.
- Fox, D. (2008): Palestinians Under Siege: A Critical Psychology Perspective on Mental Health and Justice". International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine.
- Gisha (2008): Gaza Closure Defined: Collective Punishment. Position Paper on the International Law Definition of Israeli Restrictions on Movement in and out of the Gaza Strip. Legal centre For Freedom of Movement.
- Nasrallah, E. (2008): the impact of the Israeli siege on the cultural situation in Gaza provinces". International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine.
- Nilsson, Ann-Charlotte (2008): Children Under Siege. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine.
- Qouta, S. & Kassab, A. (2008): Study on the effects of the Siege on the quality of life of citizens in Gaza. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine.
- Street, P. (2009): Equanimity, Power, Gaza, and The New York Times. Znet, the spirit of resistance Lives.

- Taatgen, H. & Kapka, M. (2008): Culture, Democracy and Civil Society: Siege and the Obstruction to the Right of an Education. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine
- Taylor, J. A. (1953): A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48: 285-290.
- Thabet, A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., and Punamaki, L. (2009 in Press): Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III).
- Thabet, A., Abu Tawahina, A., Vostanis, P. (2008): the relationship between siege of Gaza strip, Anger, and psychological symptoms. *Arabpsychnet Journal*, 20, 174-184.
- Thabet, A.A. (2008): Trauma, PTSD, Mental Health, and Resilience as mediator factor in Palestinian children in the Gaza Strip. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine
- Weisberg, R. B., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2002, May): The occurrence and course of mixed anxiety-depressive disorder in a sample of primary care patients. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.
- World Health Organization (2005): Child and Adolescent Mental Health Policies And Plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package World Health

Internet resources

- Al Mezan Center for Human Rights (May, 2008): Al Mezan Issues Report on Health and Environmental Impacts of Fuel Crisis in the Gaza Strip. http://www.mezan.org/site_en/press_room/press_detail.php?id=847
- Awad, M. (2008): Organized 'recreation days' relieve stress for children in Gaza. http://www.unicef.org/infobycountry/oPt_44863.html
- Britannica encyclopedia (2009): <http://www.britannica.com/bps/search?query=siege>
- Butcher, T. (2008): Human crisis in Gaza 'is worst for 40 years' <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/1580933/Human-crisis-in-Gaza-is-worst-for-40-years.html>
- Dalloul, M. (2008): The Psychological Costs of the Gaza Siege. http://www.islamonline.net/servlet/Satellite?c=Article_C&cid=1203757693944&pagename=Zone-English-HealthScienceFHSELayout
- Erlanger, S. (November, 2007): Gaza's Isolation Takes Toll on Students and Prices. <http://www.end-gaza-siege.ps/Reports/OldReports/GazasIsolation.htm>

- Gaza Community Mental Health Programm (February, 2008): <http://www.end-gaza-siege.ps/SiegeImpact/MentalHealthSector/GazaCommunityMentalHealthProgramm.htm>
- Gaza Community Mental Health Programm GCMHP (2007): Gaza Community Mental Health Programm <http://www.end-gazasiege.ps/SiegeImpact/MentalHealthSector/GazaCommunityMentalHealthProgramm.htm>

- Hanna M. (2005): Middle East Christians: Gaza pastor. BBC News Retrieved on 16-6-2009. http://news.bbc.co.uk/2/hi/middle_east/4514822.stm
- MEDEA (2004): European Institute for Research on Mediterranean and Euro-Arab Cooperation with the support of the European Commission <http://www.medeabe.be/index.html?page=2&lang=en&doc=204>

Arabpsynet Books Guide English Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

دليل الكتب النفسية العربية

الإصدار العربي



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm

EFFECTIVENESS of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents

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

abdelaziz@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Background: There are few psychosocial interventions programs to address adolescent's psychosocial needs among Palestinian adolescents area of war and conflict.

Aim : The aim of the study was to evaluate the effectiveness of school based psychodrama program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Method : Participants of the study were 84 school adolescents aged 12-17 (Mean age = 13.7 years) from grades one tenth from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Pre-test and assessment scales (Sociodemographic scale and Gaza Child Mental Health Scale) were applied to children one week before starting the psychodrama sessions on April and May 2008 by 6 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war and at the end of scholastic year on May 2008.

Results: According to adolescents report, the results showed that there was statistically significant decrease in total scores of child mental health problems and hyperactivity symptoms after psychodrama program. According to parents, the results showed that there was statistically significant decrease in obsessive and overanxious symptoms after student the intervention program. However, teachers did not report improvement in most of adolescent's mental health problems.

Conclusion: Our findings showed that psychodrama program in time of war and conflict was effective and improved adolescents' mental health. However, there were discrepancies between the adolescents, parents, and teachers reports of improvement in mental health problems. Parents and adolescents agreed that the program improved the adolescent's mental health. However, teachers said no effect. This highlighted the need for increasing the number of psychodrama sessions and time between each session. Also, other factors could be studied instead of only studying the mental health such as resilience and social skills.

Key words: Adolescents, Psychodrama, Mental health, Gaza Strip

Introduction

Psychodrama's method is a kind of non-scripted theater and requires extensive training to implement. In brief, it uses action with auxiliaries (specially trained actors) and externalizes inner reality in concrete scenes. This allows for the catharsis of abreaction (emotion releasing), as well as for catharsis of insight (cognitive restructuring). Moreno called it a "science which explores the truth by dramatic means" and deals with interpersonal and private worlds" (Moreno, 1951, p. 102). Witnessing oneself in action does often penetrate defense mechanisms to make subconscious processes a matter of conscious experience (and thus accessible to the free will function.) It is true that in general, empirical data on the effectiveness of psychodrama have been generated infrequently and have often been based on methodologically weak experimental designs. The explanation given for this trend has been that psychodramatists are clinical practitioners and hence are disinclined to be engaged in scientific research. J. L.

Moreno, the founder of psychodrama, himself was not an avid advocate of the traditional scientific research. It has also been suggested that the absence of courses on psychodrama from academic curricula has been. Psychodrama is an umbrella name for a series of techniques presented by the late J.L. Moreno (1977). During a psychodramatic exploration in action, the client and director can together precisely identify the moment at which maladaptive thoughts arise. But psychodramatic treatment does not necessarily target the thought itself. Rather, psychodramatic action evokes the affective packaging or accompanying emotional sequences that make the thought so durable. Because persistent thoughts coil inextricably with their emotional imprint, they will often not easily extinguish until the affective packaging shifts and reprints.

Katz et al (2004) found not different from the controls who received treatment as usual consisting of psychodynamic group and individual therapy. These results indicate that suicidal adolescents might benefit from different types of intervention

Xianchen (2004) using psychodrama found that frequent nightmares were associated with both suicidal ideation and suicide attempts. During treatment, it happened in several cases that by accessing the material of the suicidal state in wakefulness the feelings and images transformed into familiar nightmares. Focusing on the experiences during a nightmare could also suddenly transfer the client into the state experienced during daytime suicidal ideation.

Kipper and Richti (2003) in meta-analysis of studies measuring the effectiveness of psychodramatic techniques found that the overall treatment effect size for the 25 studies was 0.95, above the cutoff level of 0.80 that customarily indicates a large effect (Cohen, 1992). This effect size is slightly higher than the comparable results commonly reported in the group psychotherapy literature for the effectiveness of group therapy in general (0.50–0.70; Fuhrman & Burlingame, 1994). Arguably, the elevated effect size might be partly due to the halo effect often associated with psychodramatic interventions. Nonetheless, the overall effect size is certainly congruent with the tendency reported for group psychotherapy in general, a fact that lends credence to the conclusion that the available research demonstrated the empirical validity of the basic psychodramatic techniques (i.e., role reversal and doubling).

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of psychodrama program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Methods

Subjects

Participants of the study were 84 adolescents aged 12-17 years (Mean age= 13.79 SD= 1.05) from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Procedure

After receiving authorization for the intervention program from the Ministry of Education, participant's schools were recruited on the base of the consent of school headmasters and administrators, who acquired written consent from parents. In each school, 4 adolescents from each class were allocated randomly to the intervention group. Pre-test assessment was applied to adolescents one week before starting the psychodrama sessions on April 2008 by 6 psychologists and psychiatric nurses working the field of children and adolescents victims of trauma and war in the area.

Psychodrama sessions

Psychodrama model

The psychodrama model, described by Carbonell and Partelano-Berehmi (1999), focused on giving adolescents the opportunity to process the trauma through their senses, using a reenactment dramatization which each girl directed. The warm-up phase was a time for the girls to bond, develop a group culture, and learn theatrical skills and core concepts. During the action phase, each girl was given the opportunity to stage, direct, and act out what happened to her. During this reenactment, the therapists had opportunities to reframe the events of the trauma in more adaptive ways. Each client was also given the opportunity to create new, positive endings to her story, in hopes of restoring a sense of personal control to the clients. Alternative formats were offered when a reenactment seemed too

overwhelming for a client. During the final phase of each session, the girls had the opportunity to share their experiences of the dramatization and any feelings it brought up for them. Carbonell and Partelano-Berehmi (1999) advised that, in the sharing phase, it is important for therapists to allow for emotional processing of material without becoming overly analytical about it.

As a treatment process, psychodrama concerns itself with the way an individual responds to a particular situation by focusing on the individual's behavioural responses, his belief system about himself, the other and the world in which he inhabits, his feelings and the consequences of such a response. The process begins by establishing a contract with the client as to what is

wrong and what needs to be addressed in the session;

- moves on to examining the present problem as it relates to the adolescent in the here and now, examining the client's responses to the specific situation in which other persons and objects are involved. It is at this stage that a role analysis is made;
- finds similarities in the recent past in order to check the role analysis and confirm the internal working models operating;
- discovers linkages in the deep past;
- helps the adolescents understand his or her own process in life;
- achieves a catharsis if necessary with regard to repressed emotions;
- concretizes the issues: the choices and action that keep the client in the dysfunctional state;
- helps the adolescent see the choices and option in life;
- aids integration of the cognitive and the affective states;
- achieves closure so that the client can apply what he has learnt within the therapeutic situation.

On May 2008 after finishing the semester the children were assessed again with the same instruments.

Instruments of assessment the program

Sociodemographic data:

The adolescents demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence.

Gaza Child Health Study Scales (Miller et al, 1999)

The Gaza Child Health Study Scale was developed and validated in the Gaza Strip and West Bank in a sample of Palestinian children (Miller et al, 1999). The original OCHS assesses problem behavior symptoms associated with DSM-III childhood psychiatric disorders (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, & Sanford, 1993) and contains items adapted from the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). The modified GCHSS contains 42 symptom items for teachers and 62 items for parents and child himself rated on a 3-point Likert-type scale ranging from 0 (*rarely applies*) to 2 (*certainly applies*). Broadband scales are computed to assess internalizing (e.g., worries about things in the future; needs to be told over and over that things are okay) and externalizing (e.g., kicks, bites, or hits other children; defiant, talks back to adults) symptoms. This version consists of 34 items measures (conduct – 15 items, hyperactivity- 6 items, depression-5 items, obsession-4, and

overanxious-3 items) the emotional and behavioural problems of children rated by parents if the children 6-11 years and by children themselves if the were 12 years and more. The score range from 0= not true,

1= sometimes, 2= true. The reliability test of the scale was Cronbach's alpha = 0.87 and split half was 0.86 .

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 11 for data entry and analysis. Frequency and percentages of the demographic variables were obtained. T- Paired test to compare the intervention program before and after was used.

Results of the study

Sociodemographic characteristics data

The total number of adolescents was 84 children age ranged from 12-17 years, the average age was (13.79 years). There were 56 boys (66.7%) and 28 girls (33.33%). According to class, 33.3% enrolled in the 7th class, 32.1% in the eight class, and 34.5% in the ninth class. Most of them live in cities (71.1%), 24.1% live in villages, and 4.8% live in camps. According to family monthly income, 54.3% had monthly income less than 350 US \$, 25.9% had monthly income 350-740 US \$, and 19.8% had monthly income more than 750 US \$.

Table 1: Sociodemographic data for adolescents in the sample (N= 84)

	No	%
Sex		
Male	56	66.7
Female	28	33.3
Class		
Seven	28	33.3
Eight	27	32.1
Ninth	29	34.5
Type of residence		
City	59	71.1
Village	20	24.1
Camp	4	4.8
No. of siblings		
Less than 4	15	17.9
5-7	42	50.0
8 and above	27	32.1
Family Monthly income		
Less than 350 \$	44	54.3
351-750 \$	21	25.9
751 \$ and above	16	19.8
Paternal education		
Uneducated	3	3.6
Preparatory	8	9.5
Primary	22	26.2
Secondary	12	14.3
University	18	21.4
Master degree	16	19.0
PhD	5	6.0
Paternal job		
Unemployed	31	37.8
Simple worker	8	9.8
Skilled worker	5	6.1
Employee	27	32.9

Merchant	4	4.9
Others	6	7.3
Maternal education		
Uneducated	5	6.0
Preparatory	2	2.4
Primary	19	22.6
Secondary	33	39.3
University	15	17.9
Master degree	10	11.9
Maternal job		
House wife	81	96.4
Simple worker	1	1.2
Employee	2	2.4

Results of Gaza Child Health Study Scales report

Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHSS – parents form

In order to find the effectiveness of the psychodrama, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to parents report. The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total scores of mental health before and after psychodrama. This mean differences between the two times were 9.56 (t=7.6, p = 0.001), conduct (t=3.0, p = 0.001), oppositional deviant disorder (t=3.0, p = 0.001), separation anxiety (t=2.9, p = 0.001), and depression (t=3.0, p = 0.001). However no changes in overanxious and hyperactivity scores after intervention. Table 2.

Table 2: Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHSS –parents form

	Mean	SD	MD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale					
Pre-assessment	26.2	16.3	9.5	7.6	0.001 **
Post-assessment	16.6	11.4			
Conduct					
Pre-assessment	1.3	2.1	0.5	3.0	0.001 **
Post-assessment	0.8	1.8			
Oppositional deviant disorder					
Pre-assessment	4.2	3.8	1.1	3.0	0.001 **
Post-assessment	3.2	3.7			
hyperactivity					
Pre-assessment	3.5	2.7	0.4	1.7	0.10//
Post-assessment	3.1	2.7			
Overanxious					
Pre-assessment	5.7	4.3	0.8	1.8	0.10//
Post-assessment	4.9	3.9			
Separation anxiety					

Pre-assessment	4.8	3.6	1.1	2.9	0.001 **
Post-assessment	3.7	3.4			
Depression					
Pre-assessment	6.1	4.9	1.3	3.0	**0.001
Post-assessment	4.8	4.2			1

Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHS-teachers' form

In order to find the effectiveness of the psychodrama, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to teachers report. The results showed that there were statistically significant negative differences between the mean of total scores of mental health before and after psychodrama. This mean differences between the two times was -4.4 ($t=-4.6$, $p = 0.001$), conduct ($t=-3.4.1$, $p = 0.001$), hyperactivity ($t= -3.2$, $p = 0.001$), and depression ($t=-2.7$, $p = 0.001$). While, there were no significant differences in overanxious problems. Table 3.

Table 3 :Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHSS -teachers form

GCHSS -teachers form	Mean	SD	MD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale					
Pre-assessment	15.5	10.4	-4.4	-4.6	0.001 **
Post-assessment	19.9	9.8			
Conduct					
Pre-assessment	1.1	1.9	-0.8	-4.1	0.001 **
Post-assessment	1.9	2.2			
Oppositional deviant disorder					
Pre-assessment	4.5	3.5	1.0	2.9	0.001 **
Post-assessment	3.5	2.4			
hyperactivity					
Pre-assessment	2.8	2.1	-0.9	-3.2	0.001 **
Post-assessment	3.7	2.0			
Overanxious					
Pre-assessment	3.5	2.4	0.3	1.1	//0.3
Post-assessment	3.2	2.2			
Depression					
Pre-assessment	4.0	4.4	-1.1	-2.7	0.001 **
Post-assessment	5.1	3.7			

Differences in adolescents mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHS-children' form

In order to find the effectiveness of the psychodrama, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to children

report. The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total scores of mental health before and after psychodrama. This mean differences between the two times was 11.8 ($t=6$, $p = 0.001$), oppositional deviant disorder ($t=4.0$, $p = 0.001$), hyperactivity ($t = 2.8$, $p = 0.001$), overanxious ($t = 6.10$, $p = 0.001$), separation anxiety ($t=4.0$, $p = 0.001$), and depression ($t=9.0$, $p = 0.001$). However, there was increase in conduct disorder after the intervention ($t = - 3.6$, $p = 0.001$). Table 4.

Table 4 :Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHS-adolescent' form

GCHSS -child	Mean	SD	MD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale					
Pre-assessment	34.40	17.20	11.80	6.00	0.001 **
Post-assessment	22.60	18.30			
Conduct					
Pre-assessment	1.00	1.70	-1.00	-3.60	0.001 **
Post-assessment	2.00	2.50			
Oppositional deviant disorder					
Pre-assessment	4.30	3.30	1.40	4.00	0.001 **
Post-assessment	2.90	3.30			
Hyperactivity					
Pre-assessment	3.70	2.50	0.90	2.80	0.001 **
Post-assessment	2.80	2.50			
Overanxious					
Pre-assessment	8.20	4.30	3.20	6.10	0.001 **
Post-assessment	5.00	4.10			
Separation anxiety					
Pre-assessment	6.80	3.50	2.10	4.00	0.001 **
Post-assessment	4.70	4.00			
Depression					
Pre-assessment	8.90	5.10	4.30	9.00	0.001 **
Post-assessment	4.60	4.30			

Discussion

The results showed that there were statistically significant decrease in total scores of mental health problems of adolescents according to the adolescents and their parents after one week of psychodrama in schools. However, teachers reported no change in mental health problems after such intervention. This is consistent with similar studies using other types of intervention, Cohen and Mannarino (1992) and Sinclair and colleagues (1995) used trauma-focused cognitive behavioral approaches, and Lindon and Nourse (1994) utilized a multi-dimensional model, which also contains graduated exposure to the trauma, though not labeled as such. Despite lack of controls, these results provide preliminary support for

trauma-focused CBT as an effective intervention for alleviating symptoms of PTSD. Other studies that provided exposure to the trauma did not include PTSD measures. Five studies (Baker, 1987; Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999; Cohen & Mannarino, 1992; Lindon & Nourse, 1994; MacKay et al., 1987) measured anxiety symptoms more generally. Of these, three studies (Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999; Cohen & Mannarino, 1992; Lindon & Nourse, 1994) reported finding significantly reduced anxiety symptoms from pretest to post-test. The study of a psychodrama group (Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999) also found significant improvement in anxiety symptoms in comparison to a control group. The study by Baker (1987) utilized a Rogerian/ humanistic approach and found that anxiety symptoms were reduced by group treatment, but not significantly more than by individual treatment. MacKay and colleagues' (1987) study of a drama therapy group with no control group found no significant improvements in anxiety levels, possibly due to the small sample size. These results appear to indicate that many models of group therapy are associated with decreases in self-reported anxiety symptoms to a moderate degree. Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999 and MacKay et al., (1987) found significant improvement in depression scores. In their controlled study Carbonell and Partelano-Barehmi's (1999) psychodrama group was associated with significantly greater decreases in depression than an arts and crafts waitlist group. MacKay et al.'s (1987) psychodrama group also yielded improvements in depressive symptoms from pretest to post-test, as measured by group members' average scores on the Beck Depression Inventory (BDI). There was no evidence that humanistic/Rogerian or trauma-focused CBT groups alleviated depressive symptoms. There may be something about the way the psychodrama allows the girls to create a happier ending for themselves and process trauma with all five senses that contributes to decreased depressive symptoms.

Conclusion

Our findings showed that psychodrama program in time of war and conflict was effective and improved adolescents' mental health. However, there were discrepancies between the adolescents, parents, and teachers reports of improvement in mental health problems. Parents and adolescents agreed that the program improved the adolescent's mental health. However, teachers said no effect. This highlighted the need for increasing the number of psychodrama sessions and time between each session. Also, other factors could be studied instead of only studying the mental health such as resilience and social skills.

References

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 46, 1-78.
- Baker, C. R. (1987). A comparison of individual and group therapy as treatment for sexually abused adolescent females. *Dissertations and Abstracts International*, B, 4319-4424.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child

Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 189-213.

- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49, 285-306.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1992). *The effectiveness of short-term structured group for sexually abused girls: A pilot study*. Paper presented at a lecture series on therapy for sexually abused children, University of Pittsburgh.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159
- Fuhrman, A., & Burlingame, G. M. (Eds.). (1994). *Group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: Wiley.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S., & Miller, A.L. (2004). Feasibility of dialectical behaviour therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A Meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7 (1), 13-25
- Lindon, J., & Nourse, C.A. (1994). A multidimensional model of group work for adolescent girls who have been sexually abused. *Child Abuse and Neglect*, 4(18), 341-348.
- MacKay, B., Gold, M., & Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescent girls who have been sexually abused. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 77-84.
- Miller, T., Masri, M., Allodi, F., & Qouta, S. (1999). Emotional and behavioural problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict and Survival*, 15 (4), 368 - 378.
- Moreno, J. L. (1951). *Sociometry, experimental method and the science of society*. Beacon, NY: Beacon House.
- Moreno, J.L. (1977). *Psychodrama*. Beacon, NY: Beacon House.
- Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham, K., & Jones, M. (1995).
- Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting: Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(4), 533-542.
- Xianchen, L. (2004). Sleep and adolescent suicidal behaviour. *Sleep*, 27, 1351-1358.

OUTCOME MEASURE in a Child and Adolescent Mental Health Service in GCMHP Clinics

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

abdelaziz@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk**Abstract**

Objective: to examine the usefulness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as an outcome measure for children referred to Gaza Community mental Health Program Clinics

Methods: This was a prospective study of new attendees to Gaza Community Mental Health Centers (N = 54). Questionnaires were completed by parents at initial attendance and after approximately 1 month.

Results: At 1-month follow up, positive change was detected on the SDQ. There was a significant reduction in the 'total difficulties' score as rated by parents. Furthermore, there were lowered levels of perceived difficulties and burden on the SDQ impact supplement, and a decrease in the overall impact score.

Conclusion: The SDQ is a useful outcome measure.

Key words: Child, adolescent, SDQ, parents, outcome.

Introduction

In mental health, the assessment of interventions has been hindered by inadequate outcome measures. However, this limitation has been recently addressed with the development of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1999). Several behavioural and emotional screening questionnaires have been used in child psychiatric epidemiological research. In order to identify children's positive aspects in addition to their weaknesses, Goodman developed the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in 1997. The SDQ covers common forms of child and adolescent psychopathology including emotional, hyperactivity and conduct problems. Despite its brevity, the English-language versions of the SDQ have been shown to be of acceptable reliability and validity, performing at least as well as the Rutter Questionnaires and the Child Behaviour Checklist. (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998; Goodman and Scott, 1999; Koskelainen et al., 2000; Goodman, 2001). In a large British study (n = 7984) of 5–15 year olds in a community setting, multi-informant SDQs (parents, teachers, older children aged 11 or over) detected psychiatric disorders with a specificity of

95% and a sensitivity of 63% (Goodman et al., 2000). Furthermore, the SDQ offers a better coverage of inattention, peer relationships and prosocial behaviour. A single form is suitable for both parents and teachers, which is likely to increase parent-teacher correlations (Goodman, 1997).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a brief questionnaire developed by Goodman [5] for assessing the psychosocial adjustment of children and adolescents. Versions are available for parents and teachers of 4- to 16-year-olds, and a nearly identical version can be completed independently by 11- to 16-years olds. The SDQ differs from related instruments in that: (a) it is very short, with 25 items that are divided into five

scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity-inattention, peer problems and prosocial behaviour; (b) the items concern both strengths and difficulties; and (c) all items fit on one page. These properties may enhance the acceptability for respondents and, consequently,

The response rate and the accuracy of the answers. The SDQ has been translated into more than 40 languages in recent years including the Arabic (Thabet and Vostanis, 2000) (see www.sdqinfo.com), reflecting the field's current need for an economic and user-friendly instrument like this. However, the very properties of the SDQ also have some drawbacks, as only some of the problems that may be assessed in clinical populations or in epidemiological studies are represented in the questionnaire. The aim of the present study was to assess the usefulness of the SDQ as an outcome measure as a part of monitoring system of Gaza Community Mental Health Program following clinical intervention (approximately 1 months after initial referral).

Study design

The present study was a prospective child mental health service evaluation, assessing emotional and behavioural outcomes in the children rated by parents.

Subjects

The first assessment sample consisted of 54 children aged 6-15 years in the first half year of 2008, 2 children data was missing. According to the clinic place, 55.8% of children were from Gaza Center, 27.4% from Bear El Balah, and 16.8% from Khan Younis centre. The mean age of the sample was 9.58, SD = 3.08

Procedure**Method**

A multidisciplinary child and adolescent mental health team.

in Gaza Community Mental Health Centers, administered the SDQ routinely to parents prior to the first clinic attendance. The diagnoses generated by the SDQ algorithm were compared with the diagnoses of clinicians, replicating the methodology used by Goodman et al (2000).

Data were collected over 6 months starting from January 2008 to June 2008 in the Gaza Strip. Due to the small number of children presenting to Gaza Community Mental Health Centers, all new referred cases were included in the study. Self-completion was feasible for parents. Sometimes the therapists administered the SDQ in all instances, with informed consent taken prior to the interview.

Statistical analyses

The SDQ by parents was the primary outcome measures for the children. Within-group pre-post intervention SDQ score changes were statistically tested using paired t-tests.

Effect sizes were calculated by using pre- and post-intervention standard deviations for continuous data or pre- and post-intervention. Statistical analyses were undertaken using SPSS version 13.0.

Measures

Sociodemographic data:

The children demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence, and types of therapy.

The *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* [Goodman, 1999] was completed by parents on their children's behavioural and emotional functioning. This standardised questionnaire includes 25 items on a 0-2 scale. The 25 SDQ items are grouped in the scales of hyperactivity, emotional, conduct, and peer relationships problems, as well as a prosocial scale. A score is estimated for each scale and a total difficulties score for the four problem scales. The SDQ has previously been used in the Gaza child population by the research group (Thabet et al 2000). The same scale was filled by parents one month after coming to clinics.

Results

The study evaluated 52 children in the first assessment in the first half year of 2008, 36 were boys (75%) and 12 were girls (25%). One month later, 26 boys (72.1%) and 10 girls (27.9%) were assessed. According to the clinic place, 55.8% of children were from Gaza Center, 7.55% from Bear El Balah, and 35.85% from Khan Younis center. Other socioeconomic characteristics are showed in table 1.

Figure 1: Sampling of the study population

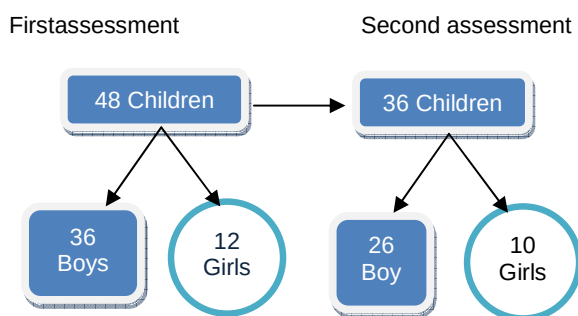


Table 1: Sociodemographic characteristics of the study sample (N = 54)

Items	N	%
Age mean = 9.58, SD = 3.08		
Place of residence		
Gaza	30	56.60
Dear El balah	4	7.55
Khan Younis	19	35.85
Family monthly income		
Less than 300\$	31	63.27
301-500 \$	13	26.53
501-750 \$	3	6.12
751\$ and more	2	4.08
Paternal education		
Not educated	2	3.85
Elementary	9	17.31
Primary	9	17.31
Secondary	16	30.77
Diploma	7	13.46
University	9	17.31
Paternal job		
Unemployed	13	26.00
Simple worker	10	20.00
Skilled worker	11	22.00
Employee	6	12.00
Merchant	4	8.00
Others	6	12.00
Died		
Maternal education		
Less than primary	13	25.49
Secondary	23	45.10
Diploma	10	19.61
University	5	9.80
Maternal job		
House wife	46	88.46
Employee	5	9.62
Simple worker	1	1.92

Diagnostic criteria of children referred to GCMHP according to DSM-IV

According to children assessment by the therapists, 31.50% still undecided, and 16.66% had learning problems, 11.11% had functional enuresis, 9.26% had PTSD, and other children ranged from simple phobia to mood disorders

Table 2: Diagnostic criteria of children referred to GCMHP according to DSM-IV

Diagnosis	No	%
Child abuse	1	1.85
Conduct disorder	1	1.85
Conversion Disorder	1	1.85
ADHD	1	1.85
Parent child relationship problems	1	1.85
Stuttering	1	1.85
Phobia	1	1.85
Acute Psychotic Disorder	2	3.70
Oppositional defiant disorder	2	3.70
Epilepsy	3	5.55
Mood disorder	3	5.55
PTSD	5	9.26
Functional Enuresis	6	11.11
Learning disorder	9	16.66
Undecided	15	27.8
Total	52	100.0

Types of psychological interventions in the centers

Children referred to GCMHP clinics were treated by different methods, 46.3% said that they had family counseling with mean 4.8 sessions, 37.8% had play therapy, 23.5% had behaviour therapy, 22.5% received drugs, 14.8% received individual counseling, 12.3% received cognitive therapy, 9.9% received supportive psychotherapy, and 8.6% received individual psychotherapy

Table 3: Type of intervention in the centers

Types of intervention	Yes		No		Mean sessions
	No	%	No	%	
Family counseling	38	46.3	57	53.7	4.8
Play therapy	31	37.8	64	62.2	4.1
Behaviour therapy	19	23.5	76	76.5	4.3
Medication	18	22.5	77	77.5	-
Individual Counseling	12	14.8	83	85.2	4.5
Cognitive therapy	10	12.3	85	87.7	6.5
Supportive psychotherapy	8	9.9	87	90.1	3.8
Individual therapy	7	8.6	88	91.4	2.4

Impact of intervention in children mental health according to Parent form of SDQ

In repeating after one month the SDQ for parents form, it was obvious that total SDQ mean decreased from 20.9 to 16.4 with mean differences =5.3 ($t = 5.8$, $p = 0.001$), prosocial behaviour was more after month (6.9 to 6.9) ($t = -2.3$, $p = 0.03$), hyperactivity decreased from mean 5.7 to 4.6 ($t = 4.8$, $p = 0.001$), emotional problems significantly decreased from mean 5.5 to 3.8 ($t = 5.5$, $p = 0.001$), conduct problems decreased from mean 5.4 to 4.2 ($t = 4.6$, $p = 0.001$), and also peer relationships problems decreased from mean 4.4 to 3.7 ($t = 2.6$, $p = 0.01$).

Table 4: Paired T test comparing effectiveness of intervention after one month using SDQ-parents

SDQ-parents form	Assessment	Mean	SD	MD	t	p
Total Difficulties Score	Preass.	20.9	5.4	0.001	5.8	4.53
	Postass.	16.4	6.5			
Prosocial Behaviour	Preass.	6.3	2.6	0.03	-2.3	-0.60
	Postass.	6.9	2.6			
Hyperactivity/Inattention	Preass.	5.7	1.7	0.001	4.8	1.04
	Postass.	4.6	2.0			
Emotional Symptoms	Preass.	5.5	2.4	0.001	5.5	1.70
	Postass.	3.8	2.5			
Conduct Problems	Preass.	5.4	1.9	0.001	4.6	1.11
	Postass.	4.2	2.1			
Peer Problems	Preass.	4.4	2.1	0.01	2.6	0.66
	Postass.	3.7	1.5			

Time of difficulties reported by parents

In asking the parents about the time starting had their children difficulties, 3.5% reported difficulties less than one month, 18.6% reported difficulties from 1-5 months, 17.45 reported 5-12 months period, and 60.5% reported difficulties more than one year.

Table 5: Period of difficulties in children

Period of difficulties	N	%
Less than one month	3	3.5
1-5 months	16	18.6
5-12 months	15	17.4
More than one year	52	60.5
Total	86	100.0

Benefit from coming for treatment in the centers

Paents reported different opinion about the benefits from coming for therapy, 18.9% reported that they got very much benefit, 56.8% had much benefit, 20.1% had a little one, and only 4.1% said there was no benefit.

Table 6: Benefit of bringing the child to the clinic

Benefit	N	%
Not at all	3	4.1
Only a little	15	20.3
Much	42	56.8
Very much	14	18.9
Total	74	100.0

Perceived difficulties

In the areas of emotions, concentration, behaviour or social relations, perceived difficulties are rated on a four-point scale: 0, no; 1, minor; 2, definite; 3, severe. As can be seen in Table 7, there was a significant reduction in parents' perception of their child's overall difficulties at follow up (first assessment: $M = 2.85$ ($SD = 0.78$), follow up: $M = 2.26$ ($SD = 0.75$): $t(34) = 3.58$, $p = 0.001$). Table 7.

Children upset

In asking the parents about the changes in children upset after coming to clinics, there was significant reduction in children upset at follow up (first assessment: $M = 2.87$ ($SD = 0.82$), follow up: $M = 2.17$ ($SD = 0.65$): $t(29) = 4.19$, $p = 0.001$).

Burden

Respondents who reported perceived difficulties rated the level of burden. At follow up there was a significant reduction in the burden placed by the child on the family as perceived by parents (Table 7). The mean score reduced significantly from 3.27 at baseline to 2.44 at follow up ($t(28) = 4.16$, $p < 0.001$).

Table 7: Impact of intervention on children difficulties after one month according to parents

Difficulties	Assess.	Mean	Std. Deviation	Mean. D.	t	P
Child have difficulties in emotions, concentration and behaviour	Time 1	2.85	0.78	0.59	3.58	0.001
Over the last month, has your child had difficulties in emotions, concentration	Time 2	2.26	0.75			

Difficulties upset the child-1	Time 1	2.87	0.82	0.70	4.19	0.001
Difficulties upset the child-2	Time 2	2.17	0.65			
Home life-1	Time 1	3.03	0.76	0.80	4.25	0.001
Home life-2	Time 2	2.23	0.77			
Relationships-1	Time 1	2.83	0.83	0.73	3.96	0.001
Relationships-2	Time 2	2.10	0.66			
Learning-1	Time 1	3.37	0.72	0.97	5.71	0.001
Learning-2	Time 2	2.40	0.72			
Leisure activities-1	Time 1	2.77	0.97	0.70	3.17	0.001
Leisure activities-2	Time 2	2.07	0.78			
Burden on family-1	Time 1	3.27	.84	.82	4.160	.0001
Burden on family-2	Time 2	2.44	.82			

Discussion

This is the first study aimed to evaluate the impact of clinical intervention for Palestinian children in the Gaza Strip. The study showed that using the Strengths and Difficulties Questionnaire is promising in monitoring the impact of different intervention strategies used in Gaza Community Mental Health Program centers. The results showed that coming to clinics were very helpful in decreasing mental health problems, burden on families, children being less upset after one month of coming for the clinic. This consistent with previous worked which showed that family procedure in coming for psychiatric help in different mental health clinics lead to improvement of children symptoms. The results showed children referred to Gaza Community Mental Health Program centers had clinically significant problems and appear similar to international outpatient samples. Recent research in Germany and Australia also using the SDQ as a measure of severity generated SDQ scores (Klasen et al, 2000; Mathai, et al, 2004).

Few previous studies have used the SDQ as an outcome measure. One small study (n = 27), using the SDQ to measure the effect of a mental health outreach service on homeless children and families, found that the Total SDQ score improved significantly (Tischler et al 2000). A longer term follow-up study (n 40, mean age-9.5 years) using the SDQ as a repeat measure of change, found all of the highly significant post-intervention SDQ gains had been lost at 3 years (Andreson et al, 2005). Another larger study (n=141) used changes in SDQ scores to measure the effect of videotaped Parent Management Training (PMT) on parent-rated child behaviour (children aged 3-8 years) and demonstrated moderate effect size reductions in Total and conduct SDQ scores (Scott et al, 2001). Taken together, these studies suggest that the SDQ shows sensitivity to change. The present study appears to be first outcome study to date and suggests sufficient sensitivity to change to support using the SDQ as an outcome measure with children.

Conclusion

The Gaza Community Mental Health Program intervention appeared moderately beneficial for a range of common emotional and behavioural problems seen in primary school-age children over the short term.

The results suggest that the SDQ has potential utility as an outcome measure for this age group, although this utility is limited to commonly occurring, broadly defined problems.

Acknowledgements

The authors thank and acknowledge to all children, families, and therapists working in different clinics. Also to our statistician Khalil Megdad for his excellent job.

References

- Anderson, L., Vostanis, P., & O'Reilly, M. (2005). Three-year follow-up of a family support service cohort of children with behavioural problems and their parents. *Child Care Health Dev*, 31, 469-477.
- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9, 271-276.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, 38, 581-586
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7, 125-130
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 40, 791-799.
- Goodman, R., Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire
- and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnormal Child Psychol*, 27, 17-24.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*, 40, 1137-1145.
- Koskelainen, M., Sournader, A., & Kalijonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties

- Questionnaire among Finnish school aged children and adolescents. *Europ Child Adoles Psychiatry*, 9, 277-284.

- Mathai, J., Anderson, P., Bourne, A. (2004). Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Aust N Z J Psychiatry*, 38, 639-643.

- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for

childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ*, 323, 194-198.

- Tischler V, Vostanis P, Bellerby T, Cumella S. (2000). Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Arch Dis Child*, 86, 158-163.

- Thabet, A.A., Stretch, D. & Vostanis, P. (2000). Child mental health problems in Arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 46, 266-280.

Arabpsynet Reviews



Arabic Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

English Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

French Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

Arabpsynet Links



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Fr.htm>

غزة... التدايمات السيكولوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

EFFECTIVENESS OF PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON coping AND MENTAL HEALTH of PALESTINIAN WOMEN IN THE GAZA STRIP

ABDEL AZIZ MOUSA THABET, MD, PHD - ASSOCIATE PROFESSOR OF PSYCHIATRY-AL QUDS UNIVERSITY
THABET, SANA.S -BA, M.P.H - CHILD AND FAMILY TRAINING AND COUNSELING CENTER-GAZA

abdelazizt@hotmail.com - cftcc@hotmail.com

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the effectiveness of psychoeducation program on mental health and coping strategies of Palestinians women affected by War on Gaza .

Methodology:

Subjects: The study sample consisted of 176 women from three areas in the Gaza Strip from total number of 180 women with response rate of 97.7%. The age of women ranged from 18-65 years with mean age 40.42 years. Those women were investigated before starting the intervention and 6 months after the intervention program by the same instruments.

Instruments: We used self-reported questionnaire including demographic questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Ways of Coping scale which was applied before starting the program and after 6 months.

Results: The study showed mean GHQ-28 scores (mental health problems) decreased from 17.15 to 11.99, somatisation scores mean decreased from the first assessment 5.31 to 3.61 in the second assessment, social dysfunction mean scores decreased from 3.79 to 2.29, depression scores decrease from 3.64 to 2.48, mean anxiety in the first assessment was 4.56 compared to 3.77 in the second assessment, but it did not reached significantly statistically differences. The results showed that mental health problems rated by GHQ and all subscales were significantly decreased after the intervention, while, anxiety decreased but it did not reached a significant level. The results showed that there were significant differences in the following ways of coping: mean of total coping increased from 125.15 to 127, problems solving mean scores increase from 16.85 in the first assessment to 17.76, reinterpretation. However, no statistically significant differences in scores of other coping strategies after intervention.

Conclusion: This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. However, those women were continued to take care of their children and family in spite of devastating effect of war by using reinterpretation, self control, and wishful thinking. Those findings highlight the need for establishing community mental health centers to help such women in their area with well designed programs of individual, group, and family therapy. Also there are needs for more psychoeducation for women and their husband on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also psychosocial programs must be established targeting children and husbands.

Also new programs for helping women in developing better coping skills must be established with leaders from the same group who may teach the other women. Community women group should be established and extensive training of the group to be responsible of developing other women in the society.

Key word: War on Gaza, Effectiveness, counseling, psychoeducation, women mental Health, coping strategies

دراسة بعنوان "مدي فاعلية برنامج التدريب النفسي للنساء الفلسطينيات للتكيف مع الخبرات الصادمة وتحسين صحتهن النفسية في قطاع غزة"

الهدف العام: هدفت الدراسة لمعرفة مدي فاعلية برنامج التدريب النفسي للنساء الفلسطينيات للتكيف مع الخبرات الصادمة وتحسين صحتهن النفسية بعد الحرب على قطاع غزة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 176 امرأة من أصل 180 امرأة تم اختيارهن من مناطق تعرضت للقصف المباشر وتهديم بيوتهن (حجر الديك، والعطاطرة، والثوام، وتل الهوا، والشيخ عجلين). تراوحت أعمار النساء من 18-65 سنة بمتوسط عمر بلغ 40.42 سنة.

أدوات الدراسة: لتقييم البرنامج التدريبي النفسي تم استخدام عدة مقاييس قبل البدء في البرنامج و بعد الانتهاء منه و شملت المقاييس: مقياس الحالة الاجتماعية الاقتصادية، مقياس الصحة النفسية العام، ومقياس طرق التكيف مع الضغوط النفسية.

نتائج الدراسة: تبين أن متوسط المشاكل النفسية قد انخفض من 17.15 إلى 11.99، و متوسط الشكوى الجسمية انخفض من 5.31 إلى 3.61، متوسط الاضطراب الاجتماعي من 3.79 إلى 2.29، ومتوسط الاكتئاب انخفض من 4.56 إلى 3.77، و معدل القلق على حسب مقياس الصحة النفسية قد انخفض متوسطه من 4.56 إلى 3.77. ويتضح من الدراسة أن كل المشاكل النفسية قد انخفضت و لكن معدل القلق انخفض و لكن بدون أن يكون هناك دلالة إحصائية.

كذلك تبين أن متوسط التأقلم قد ازداد بعد التدخل و خاصة بنود إعادة التقييم، والتحكم بالذات، و حل المشاكل

الخلاصة: بينت هذه الدراسة أن النساء الفلسطينيات قد تعرضن لأنواع مختلفة من الصدمات النفسية مثل التعرض للقصف، و هدم البيوت، و مشاهدة استشهاد أحياء لهن، الاحتجاز في داخل البيوت أثناء الحرب، و مغادرة البيوت و السكن في المدارس و عند الأصدقاء. و هذه الصدمات النفسية كان لها الأثر الكبير على الصحة النفسية و ظهور بعض ردود الفعل النفسية من قلق، و اكتئاب، و أعراض جسدية. و لكن تلك النسوة استمررن في العناية بالبيت و بالأطفال باستخدام طرق تكيف مثل إعادة تقييم الموقف، و التحكم بالذات، و التمني. هذه النتائج تبين الحاجة إلى وجود مراكز متخصصة في المناطق المتأثرة بالحرب لمساعدة النساء على التغلب على المشاكل النفسية و كذلك إيجاد مشاريع مدرة للدخل للأسر الفقيرة، و عمل نفس البرامج في مناطق أخرى وكذلك إستهداف الأزواج في مثل تلك البرامج، و عمل مجموعات قيادية من النساء لتدريب النساء الأخريات في مجال القيادة، و التكيف مع الأزمات، و مواجهة ضغوط الحياة المختلفة.

Introduction

War on Gaza

On 27 December, the Israeli occupying forces conducted sudden and intensive air strikes on Gaza Strip. The attacks began at approximately 11:30 am and lasted for approximately three hours. These attacks destroyed most of the Gaza security offices including police stations. As a result, more than 230 Palestinians were killed and at least 770 were injured including 100 in critical condition. This military operation continued for 23 days. As a result, 1320 Palestinians, including 446 children and 110 women and 108 elderly, were killed and 5320 others, including 1855 children and 795 women, were injured. This doesn't mean that the rest of the fatalities and injuries were engaged in hostilities, or that they are not innocent civilians. A large number of men and male youth were killed in their homes, in the presence of their families. Its phases resulted in a mass destruction of private properties. At least 4,000 houses were totally destroyed and other 16,000 houses were partially damaged (Humanitarian Duty Report, 2008).

Clients with trauma-related conditions have more difficulty internalizing coping skills through observation than individuals with normal brain functions and need to be taught effective coping skills. Family resources such as understanding of the trauma-related condition, finances, available time and energy, and ability to provide ongoing support also influence the course of recovery (Moller and Rice, 2006).

Group intervention for adult trauma survivors is common (Foy, Eriksson, & Trice, 2001). There is some empirical support for these groups, indicating reduced levels of depression and PTSD symptoms (Foy et al., 2000; Stalker & Fry, 1999).

Group psychotherapies are applied as a treatment option for women with experiences of childhood sexual trauma (Hazard, Rogers, & Angert, 1993), rape (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Foa et al, 1999), and domestic and spouse violence (Rounsaville, Lifton, & Bieber, 1979; Yu' ksel et al., 1999). Although involving different approaches, group therapies share similar goals of balancing the physiological and psychological reactions to the trauma, revealing the related

emotions and perceptions, facilitating remembrance, understanding the negative effects of the past on present well-being and social relationships, and learning to cope with internal stress (Hazzard et al., 1993). The reviving, sharing, and restructuring of painful memories make it possible for trauma survivors to relieve trauma-related emotions in the "arms of the group," which symbolizes safety, respect, and caring. Group dynamics enable trauma survivors to face their earlier losses and repair feelings of hopelessness and loneliness, as well as to express anger that emerges as a result of reworking traumatic memories (Brewin, Andrews, & Rose, 2000).

Some evidence is available on the effectiveness of group psychotherapy among women with multiple traumas in decreasing psychological distress and depression and in improving self-esteem (Lubin & Johnson, 1997; Resnick et al., 1989; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003). Resnick and her group (1989) showed that PTSD and depressive symptoms decreased among women exposed to rape who participated in therapy involving the cognitive structuring model, as compared with women in the waiting list control group. The therapy also had a positive impact on self-esteem and increased effectiveness in dealing with interpersonal

problems. There are demands that group therapy for women with multiple traumatic experiences should be sensitive to the relationship of gender and power and to the uniqueness of cultural needs, attributions, and interpretations (Gavranidou & Resver, 2003). A gender-sensitive approach indicates that group therapy aims at attenuating trauma symptoms and agony by increasing awareness of women's issues and social questions and increasing empowerment and hopefulness. The sensitive approach emphasizes the sustainable development of personal resources, increases in social network participation and discovering multiple strengths in oneself and others (Hazzard et al., 1993; Herman, 1992).

Psychoeducation model

A psychoeducational model specific to coping with the aftermaths of trauma and abuse was developed in recognition of the role of biopsychosocial-spiritual processes in promoting recovery and subsequent health outcomes. In 1999, a pilot group psychoeducational group program based on the Three R's Psychiatric Wellness

Rehabilitation Program (Moller & Murphy, 1997; Murphy & Moller, 1996) was conducted in two independent nurse-managed outpatient clinics. The goal of the pilot program was to develop a curriculum that would specifically address interventions to promote wellness for those living with the aftermaths of trauma and abuse. The original sample involved 16 women, 10 in one site and 6 in another, ranging in age from 21 to 48 years. The pilot curriculum, initially scheduled to be developed within 8 biweekly sessions, actually took 18 months to be developed. The final 12 session curriculum and participant workbook was finished in 2001. The course was named Become Empowered: Symptom Management for Abuse and Recovery from Trauma and is referred to as BE SMART (Moller & Murphy, 2001). Males with trauma-related disorders were invited to participate upon completion of the workbook and with recommendations from women who knew men who were also victims. Similar to the findings of Nicholas and Forrester (1999), the inclusion of men helped diffuse generalized resentments by the women as they realized that men could suffer similar kinds of abuse that they do (Nicholas & Forrester, 1999). The term ordinary heroes Q was

coined by one participant to describe efforts to maintain wellness, practice symptom management, and prevent relapse. Basu et al (2009) in study examined the effectiveness of a 10-week community-based psycho-educational group intervention for women and children. Mothers' (n = 36) and children's outcomes (n = 20) were assessed preintervention and 3- and 6-months postintervention. The results did not find significant differences between women in the intervention group (IG), wait-list control group (CG), and an early termination comparison group (EG: people who completed 4 or fewer sessions but were available for follow up interviews). However, mean differences were in the expected direction. Graphical analyses of the symptom trajectories indicate that the IG condition showed the most decline in anxiety and depression symptoms compared to the CG and EG conditions. The aim of the study was to investigate the effectiveness of psychoeducation, and program on Palestinians women mental health and coping strategies.

Methodology

Subjects

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women who were exposed directly to war experiences and lost their homes with response rate of 97.7%. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza).

Group selection procedure

In order to select the sample, the project coordinator obtained a list of 180 women (60 from each location). The names were obtained from local community base organizations and municipalities and included women who were more affected by war due to direct exposure to traumatic events and as a result they lost partially or completely their homes, some on them lost husband, brother or a son. A Team of three psychologists were trained for 4 hours on using the study instruments and were ready to do the data collection. Women were contacted by telephone to be part of the project which will involve settings of debriefing, psychoeducation sessions including ways of coping with stress and trauma, children rearing, and leadership. Beside women received legal advice training and vocational training. The data collection was divided in two parts, the first include focus group of 20-30 women from each side and themes of the discussion include loss, grief, and reactions to trauma, coping with trauma, feelings after the war, social and family support, and children behaviour during and after war. In the next session women were interviewed using the instruments with written consent to participate in the study and only women signed the consent were interviewed and included in the project. The data collection was conducted at the first week of April for two weeks and data entry and clearing finished at the end of April 2009. The same women were interviewed using the same scales 6 months after the intervention on August 2009.

Psychoeducation program

The sample included 180 women who were selected from the most affected area in the Gaza Strip were divided into 6 groups (30 in each group) and two groups in each geographical area (North Gaza, Middle area, and Gaza). Each group attended 16 sessions biweekly in their area (2 hours each). The subjects include: debriefing for two sessions, meaning of trauma, stress

management, relaxation, coping strategies in war and stressful situations, leadership and women empowerment, family violence, early detection of children with mental health problems, dealing with children and family violence, legal advice, women rights, heritage, divorce, and marital law.

Such session where coordinated and run by three female psychologists with Master Degree in Community Mental Health and one male lawyer. After 4 months of training the women were asked to participate in vocational training in which a trainer in using stitching of Folk clothes and gifts were included.

Instruments

Demographic Questionnaire.

Women completed a background questionnaire that included questions about age,, number of children, and education level, and income .

General Health Questionnaire (GHQ-28) Goldberg, J.P., Hillier, V.F. (1979).

Women maternal mental health ratings were based on the General Health Questionnaire (GHQ-28). It covers severe depression and suicidal risk, anxiety and insomnia, social dysfunction, and somatic symptoms (59). Emphasis is on changes in condition, so items compare the present mental state to the person's normal mental health status. This scale had been validated in Arabic culture and showed reliability and validity. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was $\alpha=0.91$ and split half was 0.88 (Thabet et al, 2005). In this study the Cronbach's alpha was $\alpha=0.88$ and split half was 0.74.

Ways of coping (Folkman et al, 1986)

The revised Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985) differs from the original Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980) in several ways. The response format in the original version was Yes/No; on the revised version the subject responds on a 4-point Likert scale (0 = does not apply and/or not used; 3 = used a great deal). Redundant and unclear items were deleted or reworded, and several items, such as prayer, were added.

The Way of Coping that used in this study shortened to 44 items divided in 7 subscales as follow: Wish and avoidance thinking including the following items (3, 11, 19, 21, 34, 39, 42), problem solving including the following items (7, 12, 15, 23, 43, 44), reinterpretation including the following items (5, 8, 9, 16, 20, 31, 32, 38, 40), affiliation including the following items (1,17,24,30,33), accountability including the following items (2, 10,18, 26, 41), self control including the following items (6, 13, 14, 22, 28, 35, 37), trouble and escape including the following items (4,25,27,29,36).

The validity of this scale was tested before in study by Folkman et al (1986) among community sample of people and showed their alphas independently as follow; confronting coping ($\alpha=0.70$); Distancing ($\alpha=0.61$); self-controlling ($\alpha=0.70$); seeking social support ($\alpha=0.76$); accepting responsibility ($\alpha=0.66$); escape and avoidance ($\alpha=0.72$); planful problems solving ($\alpha=0.68$); and positive reappraisal ($\alpha=0.79$). The eight scales accounted for 46.2% of the variance. In this study the ($\alpha=0.72$). In this study the Cronbach's alpha was $\alpha=0.80$ and split half was 0.70.

Ethical issues

A covering letter was send to women explaining the aim of the baseline study and about their right not to participate in study and ask them to sign the letter if they agree to participate with in the study.

Analysis

SPSS (SPSS win, Ver. 12) was used for data entry and analysis and the validity and reliability of the instruments using split half method and Cronbach's alpha equation.

Frequency distribution was used in statistical analysis. Mean differences between the two times was measures using paired t test. For qualitative data such as structured interviews with women were be analyzed manually by the consultant depending in his previous experiences in similar research. The main themes emerged will be listed and discussed. At the end of the project the women were asked about the effectiveness of the sessions in ways of coping with their problems and mental health problems.

Results

Socideomographic characteristics of the study sample

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women with response rate of 97.7% in the first baseline study and 174 women in the second assessment. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza). The age of women ranged from 18-65 with mean age 40.42 (SD= 11.47). According to house type, 67.6% live in their own house, 22.7% rented a house, 3.4% live in camp area, and 6.3% live with extended family. According to number of children in each family, 24.4% had Less than 4 children, 42% had 5-7 children, and 29.5% had more than 8 children. The study showed that those families are coming from poor sector of the Palestinian society, 88.1% had less than 300\$ monthly income, 6.8% had 301-600\$ monthly, and 5.1% had 601-750 \$ monthly.

Table 1: Socideomographic characteristics of the study sample (N= 176)

	No .	%
1. Place of residence		
Tal El Hawa (South Gaza)	29	16.5
Shekh Ejlien (South Gaza)	28	15.9
Joher Eldeek (Middle area)	60	34.1
Atatra (North Gaza)	29	16.5
Thwam (North Gaza)	30	17.0
2. Age	Mean = 40.42 (SD	
3. Type of residence		
4. House type		
Own	119	67.6
Rented	40	22.7
Camp	6	3.4
With family	11	6.3
5. Number of children		
Less than 4 children	43	24.4

5-7 children	74	42.0
More than 8 children	52	29.5
6. Family monthly income		
Less than 300 US \$	155	88.1
301-600 US \$	12	6.8
601-750 US \$	9	5.1
7. Husband education		
Not educated	22	12.5
Preliminary	57	32.4
Primary	47	26.7
Secondary	36	20.5
Diploma	4	2.3
University	9	5.1
High education	1	0.6
8. Job of husband		
No working	113	64.2
Simple worker	34	19.3
Skilled worker	13	7.4
Employee	9	5.1
Merchant	3	1.7
Others	4	2.3
9. Women education	176	100.0
Not educated	50	28.4
Preliminary	20	11.4
Primary	43	24.4
Secondary	53	30.1
Diploma	4	2.3
University	6	3.4
10. Women's job		
House wife	170	96.6
Employee	4	2.3
Farmer	1	0.6
Merchant	1	0.6

Means and standard deviation of the GHQ-28 in the first assessment

The study showed that mean GHQ-28 was 17.15 (SD = 7.91), anxiety mean was 4.56 (SD = 2.35), somatisation mean was 5.31 (SD = 2.12), social dysfunction mean was 3.79 (SD = 2.27), and depression mean was 3.64 (SD = 3.02).

Means and standard deviation of the GHQ-28 in the second assessment

The study showed that mean GHQ-28 was 11.99 (SD = 9.57), anxiety mean was 3.77 (SD = 2.33), somatisation mean was 3.61 (SD = 2.60), social dysfunction mean was 2.29 (SD = 2.25), and depression mean was 2.48 (SD = 2.08).

Differences in means of GHQ-28 after the interventions

In order to find the differences in general mental in women using GHQ-18, paired t test was performed. The results showed that mean anxiety in the first assessment was 4.56 compared to 3.77 in the second assessment, but it did not reached significantly statistically differences ($t = 1.67$, $p = 0.09$), somatisation scores mean decreased from the first assessment 5.31 to 3.61 in the second assessment ($t = 7.7$, $p = 0.001$), social dysfunction mean scores decreased from 3.79 to 2.29 ($t = 7.3$, $p = 0.0001$), mean depression scores decrease from 3.64 to 2.48

(3.65, $p = 0.001$). Mean GHQ-28 scores decreased from 17.15 to 11.99 ($t = 6.5$, $p = 0.0001$). The results showed that mental health problems rated by GHQ and all subscales were significantly decreased after the intervention, while, anxiety decreased but it did not reached a significant level. Table 2.

Table 2: Differences in means of GHQ-28 after intervention

GHQ	Assessment	Mean	SD	M.D.	t	p
Anxiety	First assessment	4.56	2.35	.79	1.672	.096
Anxiety	Second assessment	3.77	2.33			
Somatization	First assessment	5.31	2.12	1.70	7.787	.0001
Somatization	Second assessment	3.61	2.60			
Social dysfunction	First assessment	3.79	2.27	1.50	7.312	.0001
Social dysfunction	Second assessment	2.29	2.25			
Depression	First assessment	3.64	3.02	1.16	3.658	.0001
Depression	Second assessment	2.48	2.08			
Total GHQ	First assessment	17.15	7.91	5.15	6.655	.0001
Total GHQ	Second assessment	11.99	9.57			

Coping with trauma

Ways of coping items in the first assessment

Ways of coping items

As shown in table 3, the most common ways of coping items used by women were : I wished that stressful situation finished quickly (73.7%), I tried to forget the stressful events (52.9%), I wished there miracle had happened (52.3%), I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation (50.9%), I promised myself that things will be better next time (48.9%), and I asked advice from people I respect (48%).

Table 3: Ways of coping items

	Never	Rarely	Some-times	Always
I wished that stressful situation finished quickly	5.7	8.0	12.6	73.7
I tried to forget the stressful events	15.7	7.6	23.8	52.9
I wished there miracle had happened	16.7	9.2	21.8	52.3
I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation	6.4	13.9	28.9	50.9
I promised my self that things will be better next time	6.9	7.5	36.8	48.9
I asked advice from people I respect	13.1	13.7	25.1	48.0
I slept more hours than usual	53.4	19.0	16.1	11.5
I realized that I make problem for my self	40.0	34.9	15.4	9.7

Means and standard deviations of ways of coping scores in the first assessment

The study showed that mean ways of coping scores was 125.25 (SD = 18.33), mean reinterpretation was 27.04 (SD =5.96), mean self control was 20.75 (SD =3.90), mean wishful thinking was 20.38 (SD =5.59), mean problem solving was 16.83 (SD = 4.04), mean affiliation was 14.79 (SD =3.35), mean accountability was 13.85 (SD =2.53), and mean trouble and escape was 11.18 (SD =3.24)

Ways of coping items in the second assessment

As shown in table 4, the most common ways of coping items used by women were: I prayed and asked God for help (92.35%), I wished that stressful situation finished quickly (70.0%), I wished there miracle had happened (56.47%), I asked advice from people I respect (52.35%), I promised myself that things will be better next time (52.35%), and I discovered recently what is important in life (47.65).

Table 4: Ways of coping items in the second assessment

Coping items	Never	Rarely	Some-times	Always
I prayed and asked God for help	2.94	0.59	4.12	92.35
I wished that stressful situation finished quickly	5.3	10.0	14.7	70.0
I wished there miracle had happened	8.24	17.06	18.24	56.47
I asked advice from people I respect	6.47	10.59	30.00	52.35
I promised myself that things will be better next time	6.47	10.59	30.00	52.35
I discovered recently what is important in life	0.59	4.12	11.18	47.65

Means of coping strategies in the second assessment after the intervention

The study showed that mean ways of coping scores was 127.14, mean (SD = 13.85), reinterpretation was 27.04 (SD =5.96), mean self control was 20.75 (SD =3.90), mean wishful thinking was 20.38 (SD =5.59), mean problem solving was 16.83 (SD = 4.04), mean affiliation was 14.79 (SD =3.35), mean accountability was 13.85 (SD =2.53), and mean trouble and escape was 11.18 (SD =3.24).

Differences in the ways of coping scores after the intervention

In order to find the differences in coping strategies after intervention, t paired dependent test was performed. The results showed that there significant differences in the following ways of coping: problems solving mean scores increase from 16.85 in the first assessment to 17.76 ($t = -2.76$, $p = 0.01$), reinterpretation mean scores from 26.99 to 28.69 ($t = -3.29$, $p = 0.001$). However, no statistically significant differences in scores of other coping strategies after intervention.

Table 5: Differences in the ways of coping scores

		N	Mean	Std. Deviation	Mean Diff.	t	p
Total coping scores	First assessment	134	125.15	18.40	-1.99	-1.09	0.28
Total coping scores	Second assessment	134	127.14	13.85			

Wish and avoidance thinking	First assessment	161	20.51	5.64	0.39	0.82	0.41
Wish and avoidance thinking	Second assessment	161	20.12	3.54			
Problem solving	First assessment	161	16.85	3.97	-0.91	-2.76	0.01
Problem solving	Second assessment	161	17.76	3.37			
Reinterpretation	First assessment	160	26.99	5.94	-1.71	-3.29	0.00
Reinterpretation	Second assessment	160	28.69	4.66			
Affiliation	First assessment	163	14.77	3.37	-0.37	-1.20	0.23
Affiliation	Second assessment	163	15.13	2.92			
Accountability	First assessment	166	13.80	2.52	-0.46	-1.91	0.06
Accountability	Second assessment	166	14.26	2.50			
Self control	First assessment	161	20.75	3.93	-0.01	-0.03	0.97
Self control	Second assessment	161	20.76	3.41			
Trouble and escape	First assessment	164	11.12	3.25	0.30	0.98	0.33
Trouble and escape	Second assessment	164	10.82	3.03			

Discussion

This study is the first study to evaluate the effectiveness of psychoeducation on the long term intervention program with women victims of war and trauma which may improve mental health and coping strategies after war. The sample was selected from women who were exposed to war traumatic events during the war on Gaza which lasted 23 days and left them living mostly with relatives and in tents after their loss their homes. Most of women experiences shelling of their homes, home demolition, directed injury to due shelling, phosphorus inhalation, escaping from homes and living in schools, unable to get the necessary needs to eat and drink during the war, witnessing the killing of relatives and neighbours, hearing shelling of the area, witnessing bombardment of their homes and neighbours homes, being used as human shields, shot by bullets and rockets.

The results showed that the mental health problems rated by GHQ-28 decreased after 6 months of intervention from 17.15 to 11.99 , also mean anxiety decreased from the first assessment from 4.56 to 3.77 in the second assessment, somatisation scores mean decreased from the first assessment 5.31 to 3.61 in the second assessment, social dysfunction mean scores decreased from 3.79 to 2.29, mean depression scores decrease from 3.64 to 2.48 significantly decreased after the intervention, while, anxiety decreased but it did not reached a significant level. This was supported by the women voices from the focus groups.

Sousan from Joher El Deek (middle area) said

"I was more calm before the war.. I was not nervous, and I was coping with all problems.. After the sessions, I changed and

started to cope with our lost and mental health problems after the war.. The sessions give us space to move from homes and not stacked in our homes. I hope that new subjects concerning the adolescent's problems and how to deal with such problems are important".

Om Mohand Joher El Deek (middle area) said

"After war, I was anxious and after lectures I started to count from one to ten. I benefited much from the lectures and what I learn at the sessions I go back and talk to my daughters about the subjects".

Sara from Tel El hawa (Gaza city) said

"We learn the relaxation techniques and I started using this method to overcome the sleep problems, the psychiatrist helped me with sessions and some medications, the lawyer help us in knowing our rights, marriage, and divorce.. he is a good lawyer"

Om Ramy from Tel El hawa (Gaza city) said

"I am better than before, I changed completely and my nerves become better than before, the physician gave me some medications and anxiety is much less than before. All anxiety was after the war".

Samer from Atatra (North Gaza) said

"My psych was not good after the war. After talking to the trainers and sessions I had improved and we learned how to solve our problems and cope between with daily problems".

Halima from Atatra (North Gaza) said

"After war we stayed at home watching every day the destroyed homes. But, after coming for sessions, our worries were less than before and we were happy".

Naema from Atatra (North Gaza) said

"Our hearts were full of sadness and worries and after coming for sessions it opened and become less worried and our hearts were empty. We are more calm and quit".

Howida Atatra (North Gaza) said

"I swear by God I had chest pain and chocking attacks when I am at home, my sister husband was killed and I used to talk to hear about the lectures of the sessions and told her the ways of relaxation when she is distressed by talking very deep breath. I improved after the sessions and become happier and less fearful".

Mazzoza Atatra (North Gaza) said

"I feel more comfortable. Every time I attend the sessions the anxiety become less than before. My chest pain and tightness of chest is less than before".

However some of those women did not report any change in their mental health due to continuity of the trauma and inability to rebuild their homes due to siege of Gaza and prevention of construction material entry to Gaza Strip.

Entisar said

"I am tired due to war and loss of my relatives and my son..How I can forget my son. we come to sessions and listen to lectures and being calm.. After we go to our homes and watching the war effect on our homes we become worried and anxious and we cannot sleep at night and memories of the incursion is coming to our minds and I had stomach-aches due to thinking of our condition".

Faiza said

"When I came to the sessions, the bad images of my destroyed home disappear for a while. When I came back to my home and see the destruction I feel sad and unhappy.

Etaf said

"We are not happy at our places due to destruction of our home.. we improved a little. Now I can control myself.. The images and thoughts of war are still coming to my mind,, sadness become less than before. My home was destroyed so my thinking all the time in how to build our home. I had fears and anxiety sometimes at night. Whatever there is help from all organization, however no hope for future.

Our results showed that Palestinian women after war used reinterpretation, self control, and wishful thinking in coping with trauma resulted from War on Gaza.

Interestingly, 6 months after the intervention session's women used the same types of coping strategies such as reinterpretation, self control, wishful thinking and problem solving. The results showed that there was increase in all the three main coping strategies and this could be the effect of sessions which may increase women ability to understand their symptoms and being able of dealing with their emotion and feelings. This is consistent with previous literature on coping which showed that coping is process which may not change with time or stressful situation (Folkman and Lazarus, 1986).

The effectiveness of the program was highlighted by the women during the focus groups

Entisar said "After sessions, we learned how to deal with our children and other people.. when I face new problem, I face the problem and try to solve it.. before I was withdraw from the situation".

Eman said "Thanks God, many things changed after attending the session, I started to laugh . I make my self busy most of the time so I become calm and quite.

Sara said "We learned about how to cope with problems and we discussed such strategies with the trainers and especially using relaxation and how to deal with our children during the crisis and we applied what we learned on our children".

Tagreed said "The sessions with the lawyer was excellent.. Before the lecturers we did not know about our rights and we know now what to do if our husbands hit us what to do and how to go to the physician and ask him for medical report to be presented to the court.

Nema said "attending the sessions was very helpful and we accept our faith and God well.. Talking during the sessions improved our psych".

Other study in the area found that ideological commitment serves as a contextual resource for active coping responses; it provides the possibility of interpreting and attributing causes and consequences of trauma in meaningful, consoling and encouraging ways, sharing experiences and disclosing emotions with others, all contributing to empowerment and successful recovery (Punamaki et al, 2008). However, Gaza women used different types of coping strategies used by Ethiopian victims, Nordanger (2007) in study using in-depth interviews with 20 victims of the Ethio-Eritrean war, to addresses how psychosocial impacts of political violence are coped with in a Tigrayan context in northern Ethiopia showed that women used commonly diverted thinking, distraction, and future investment as coping strategies.

Conclusion and recommendations

This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to PTSD, anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. The implication such intervention (psychoeducation) was very helpful for those women to be able to continue doing care of their children and family in spite of devastating effect of war. Those findings highlight the need for targeted more women in the affected areas of war and conflict with such low cost projects which decrease depending on highly skilled professionals and decrease burden on professional working during war in helping victims. Also there are needs for more psychoeducation husbands and adolescents on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also, we recommended conducting more group therapy for women, husbands, and adolescents to improve their wellness.

Acknowledgement

We would like to thank Oxfam organization for their support of the project "Helping of Women in Gaza Victims of loss and war" that targeted women in the most affected areas in the Gaza Strip and this study is the final assessment study of the project which evaluated the effectiveness of such project. We also thank the women how participated in this study and in the project. Also our gratefulness extended to the staff of child and Family training and counselling center staff for data collection, entry, and analysis.

References

- Basu, R., Malone, J. C., Levendosky, A. A., Dubay, S. (2009). Longitudinal Treatment Effectiveness Outcomes of a Group Intervention for Women and Children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 90-105, 2009
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 97-107.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, G. B. (1991). Treatment of post traumatic stress disorder in rape victims: Comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-725.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1985).

The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

- Foy, D. W., Eriksson, C. B., & Trice, G. A. (2001). Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5(4), 246-251.
- Foy, D. W., Glynn, S. M., Schnurr, P. P., Jankowski, M. K., Wattenberg, M. S., Weiss, D. S., et al. (2000). Group therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 155-175). New York: Guilford Press.
- Goldberg, J.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Hazzard, A., Rogers, J. H., & Angert, L. (1993). Factors affecting group therapy outcome for adult sexual abuse survivors. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 453-468.
- Lubin, H., & Johnson, D. R. (1997). Group therapy for traumatized woman. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47, 271-290.
- Nordanger, D. Ø. (2007). Coping with Loss and Bereavement in Post-war Tigray, Ethiopia. *Transcultural Psychiatry*, 44(4): 545-565.
- Moller, M. D., & Michael J. Rice, H.J. (2006). The BE SMART Trauma Reframing Psychoeducation Program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20, 21-31.
- Punamak, R-L., jarisalo, K. I., Komproe, I., Qouta, S., El _masri, M., De Jong, J. P. T. (2008). Dispositional and situational coping and mental health among Palestinian political ex-prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(4), 337-358.
- Resnick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., Marhoefer, D., & Dvorak, S. (1989). A comparative outcome study of behavioural group therapy for sexual assault victims. *Behaviour Therapy*, 19, 385-401.
- Rosenthal, S., Feiring, C., & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse and Neglect*, 27, 641-661.
- Rounsaville, B., Lifton, N., & Bieber, M. (1979). The natural history of a psychotherapy group for battered women. *Psychiatry*, 42, 63-78.
- Stalker, C. A., & Fry, R. (1999). A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 44(2), 168-174.
- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (2005). The validity and reliability of Arabic version of General Health Questionnaire in the Gaza Strip. *Palestinian Medical Journal*, 1(1), 33-36.
- Yu` ksel, S., Kora, K., Ozkan, M., Turksoy, N., Gok, S., & Tunalı, D. (1999). Group treatment for domestic violence in Turkish women. *Behavior Therapist*, 22, 167-173.

Coping of PALESTINIAN WOMEN WITH TRAUMA AND LOSS DUE TO WAR ON GAZA

ABDEL AZIZ MOUSA THABET, MD, PHD - ASSOCIATE PROFESSOR OF PSYCHIATRY-AL QUDS UNIVERSITY
THABET, SANA.S - BA, M.P.H - CHILD AND FAMILY TRAINING AND COUNSELING CENTER-GAZA

abdelazizt@hotmail.com - cftcc@hotmail.com

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the effect of trauma including loss of home due to demolition and beloved one on Palestinians women mental health and coping strategies.

Methodology:

Subjects: The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women with response rate of 97.7%. The age of women ranged from 18-65 with mean age 40.42 years.

Instruments: The study used self-reported questionnaire including Demographic questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Ways of coping

Results: The study showed that 68% of the women said that they feel worse to very worse in their general health. 60.7% said they felt ill more than usual, 75% said that had difficulty in staying asleep, 71.1% had headache, 84.8% felt constantly under strain, 86.1% were getting edgy and bad tempered, 70.2% getting scared or panicky for no good reason, 87.4% found everything getting on top of them, 75.7% been feeling nervous and strung-up all the time. 51.5% said they had been satisfied with the way they have carried out their tasks. Using the previous cut-off point of the GHQ-28 (4/5), the result showed that 91.1% of women were rated as psychiatric morbidity cases and need further investigation, while 8.9% were not.

Women used different ways of coping. The most common ways of coping items used by women were : I wished that stressful situation finished quickly (73.7%), I tried to forget the stressful events (52.9%), I wished there miracle had happened (52.3%), I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation (50.9%), I promised myself that things will be better next time (48.9%), and I asked advice from people I respect (48%). While the least common ways of coping items were: I slept more hours than usual (11.5%) and I realized that I make problem for myself (9.7%). The study showed that mean ways of coping scores was 125.25, mean reinterpretation was 27.04, mean self control was 20.75, mean wishful thinking was 20.38, mean problem solving was 16.83, mean affiliation was 14.79, mean accountability was 13.85, and mean trouble and escape was 11.18.

Conclusion: This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. However, those women were continued to take care of their children and family in spite of devastating effect of war by using

Reinterpretation, self control, and wishful thinking. Those findings highlight the need for establishing community mental health centers with such women in their area with well designed programs of individual, group, and

family therapy. Also there are needs for more psycho education for women and their husband on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also psychosocial programs must be established targeting children and husbands.

Also new programs for helping women in developing better coping skills must be established.

Key word: War on Gaza, Women mental Health, coping strategies

Introduction

Palestinian families, especially women are subject to all forms of trauma and stress in the last 6 decades. Studies on the relationship between psychological disorders and exposure to political and military violence showed that women are developing anxiety, psychosomatic, and depression symptoms which seem to be shared by most families who were subjected to political or military violence irrespective of their ethnic or cultural background. Studies including parents showed that high level of mental health problems were rated, in study of Thabet et al (2001) showed that 76.2% of mothers scored within the clinical range of general psychiatric morbidity which similar to recent studies in the same culture in which 75.5% were rated as psychiatric cases. Khamis (2006) in study of 64 Palestinian families from West Bank and Gaza Strip with mean age of participants was 48.6 years. The study revealed that 35% met full criteria of PTSD diagnosis; this rate was higher in women than men (44. % vs. 26.1%). The study showed difference in PTSD, Jerusalemites had lower level of PTSD (20%) than those residents of West Bank and Gaza (31.3%, 47%). The results showed that West Bank residents reported more anger than Jerusalemites and Gazans. No significant differences among the groups on depression. Thabet et al (2008) in study of 200 families from North Gaza and East Gaza who had exposed to continuous shelling in 2006, the results showed that parents reported a mean number of 8.5 traumatic events, 60% of parents had symptoms of potential clinical significance. Of PTSD, and 26.0% reported severe to very severe anxiety symptoms. Thabet et al, (2009a in Press) in study of women victims of abuse showed that 18% of women reported moderate to severe anxiety symptoms. Women who were single were more anxious than women who were married. No differences in reported anxiety were established between type of residence, family type, educational level and monthly income, 5.6% of those women reported moderate to severe depression symptoms.

On 27 December, the Israeli occupying forces conducted sudden and intensive air strikes on Gaza Strip. The attacks began at approximately 11:30 am and lasted for approximately three hours. These attacks destroyed most of the Gaza security offices including police stations. As a result, more than 230 Palestinians were killed and at least 770 were injured including 100 in critical condition. This military operation continued for 23 days. As a result, 1320 Palestinians, including 446 children and 110 women and 108 elderly, were killed and 5320 others, including 1855 children and 795 women, were injured. This doesn't mean that the rest of the fatalities and injuries were engaged in hostilities, or that they are not innocent civilians. A large number of men and male youth were killed in their homes, in the presence of their families. Its phases resulted in a mass destruction of private properties. At least 4,000 houses were totally destroyed and other 16,000 houses were partially damaged (Humanitarian Duty Report, 2008).

Thabet et al (2009b in Press) in study to establish the relationship between war traumatic experiences due to last war on Gaza on January 2009, PTSD, traumatic grief, death anxiety, and general mental health of 374 adults aged from 22 to 65 years with mean age 40.13. The study showed that 66.6 % of the sample reported PTSD and 90.9% were rated as cases according to GHQ-28 and need further investigation.

The conceptual underpinnings of much of the recent empirical developments in the field of coping with stress can be traced to the work of Lazarus and his co-workers (Lazarus & Folkman, 1984). These writers viewed the process of coping as comprised of two distinct phases: first of all; primary appraisal, which refers to a set of cognitions concerning the significance or impact of the stressful event for the individual, and secondary appraisal, which refers to a set of cognitions regarding the availability of resources or options (e.g., coping skills) for dealing with the stressful situation. Billings & Moos, (1981) viewed coping dimensions as comprised of two separate classes, namely, emotion-focused (i.e., efforts directed at affect regulation) and problem-focused (i.e., strategies directed at minimizing or solving the impact of the stressful event) coping.

Earlier research suggests that exposure to severe and uncontrollable trauma, especially combined with feelings of helplessness, is related to emotion-focused and distancing coping strategies, whereas trauma allowing greater degrees of control is associated with problem-focused coping (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993; Mikulincer & Solomon, 1989). In emotion-focused coping, people attempt to manipulate their feelings, perceptions, and attributes to be less threatening and more controllable. In problem-focused coping, people aim at changing the distressing reality and remove the cause of stress and trauma (Folkman & Lazarus, 1985; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Lazarus and Folkman's (1984) theory of coping suggests it is a highly contextual process involving the cognitive appraisal and re-appraisal of threats and whether anything can be done to change the situation. Their model hypothesizes that coping strategies may change from one stage of a complex stressful encounter to another, making measurement difficult.

The aim of the study was to investigate the effect of trauma including loss of home due to demolition and beloved one on Palestinians women mental health and coping strategies.

Methodology

Subjects

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women who were exposed directly to war experiences and lost their homes with response rate of 97.7%. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza).

Instruments

Demographic questionnaire

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, number of children, and education level.

General Health Questionnaire (GHQ-28) Goldberg, J.P., Hillier, V.F. (1979).

Women maternal mental health ratings were based on the General Health Questionnaire (GHQ-28). It covers severe depression and suicidal risk, anxiety and insomnia, social dysfunction, and somatic symptoms (59). Emphasis is on changes in condition, so items compare the present mental state to the person's normal mental health status. GHQ-28 scores above the cut-off of 4/5 are considered to be possible psychiatric 'cases' (Kent et al, 1999). This scale had been validated in Arabic culture and showed reliability and validity. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was $\alpha=0.91$ and split half was 0.88 (Thabet et al, 2005). In this study the Cronbach's alpha was $\alpha=0.88$ and split half was 0.74.

Ways of coping (Folkman et al, 1986)

The revised Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985) differs from the original Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980) in several ways. The response format in the original version was Yes/No; on the revised version the subject responds on a 4-point Likert scale (0 = does not apply and/or not used; 3 = used a great deal). Redundant and unclear items were deleted or reworded, and several items, such as prayer, were added.

The Way of Coping that used in this study shortened to 44 items divided in 7 subscales as follow: Wish and avoidance thinking including the following items (3, 11, 19, 21, 34, 39, 42), problem solving including the following items (7, 12, 15, 23, 43, 44), reinterpretation including the following items (5, 8, 9, 16, 20, 31, 32, 38, 40), affiliation including the following items (1,17,24,30,33), accountability including the following items (2, 10,18, 26, 41), self control including the following items (6, 13, 14, 22, 28, 35, 37), trouble and escape including the following items (4,25,27,29,36).

The validity of this scale was tested before in study by Folkman et al (1986) among community sample of people and showed their alphas independently as follow; confronting coping ($\alpha=0.70$); Distancing ($\alpha=0.61$); self-controlling ($\alpha=0.70$); seeking social support ($\alpha=0.76$); accepting responsibility ($\alpha=0.66$); escape and avoidance ($\alpha=0.72$); planful problems solving ($\alpha=0.68$); and positive reappraisal ($\alpha=0.79$). The eight scales accounted for 46.2% of the variance. In this study the ($\alpha=0.72$). In this study the Cronbach's alpha was $\alpha=0.80$ and split half was 0.70.

Procedure

In order to select the sample, the project coordinator obtained a list of 180 women (60 from each location). The names were obtained from local community base organizations and municipalities and included women who were more affected by war due to direct exposure to traumatic events and as a result they lost partially or completely their homes, some on them lost husband, brother or a son. A Team of three psychologists were trained for 4 hours on using the study instruments and were

ready to do the data collection. Women were contacted by telephone to be part of the project which will involve settings of debriefing, psychoeducation, legal advice, ways of coping with stress and trauma, children rearing, leadership, and vocational training. The data collection was divided in two parts, the first include focus group of 20-30 women from each side and themes of the discussion include loss, grief, and reactions to trauma, coping with trauma, feelings after the war, social and family support, and children behaviour during and after war. In the next session women were interviewed using the instruments with written consent to participate in the study and only women signed the consent were interviewed and included in the project. The data collection was conducted at the first week of April for two weeks and data entry and clearing finished at the end of April 2009. The response rate was 97.7%.

Ethical issues

A covering letter was send to women explaining the aim of the baseline study and about their right not to participate in study and ask them to sign the letter if they agree to participate with their children in the study.

Analysis

SPSS (SPSS win, Ver. 12) was used for data entry and analysis and the validity and reliability of the instruments using split half method and Cronbach's alpha equation.

Frequency distribution was used in statistical analysis. Means and standard deviations of GHQ and subscales, and coping scores were recorded. For qualitative data such as structured interviews with women were be analyzed manually by the consultant depending in his previous experiences in similar research. The main themes emerged will be listed and discussed.

Results

Socideomographic characteristics of the study sample

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women with response rate of 97.7%. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza). The age of women ranged from 18-65 with mean age 40.42 (SD= 11.47). According to house type, 67.6% live in their own house, 22.7% rented a house, 3.4% live in camp area, and 6.3% live with extended family. According to number of children in each family, 24.4% had Less than 4 children, 42% had 5-7 children, and 29.5% had more than 8 children. The study showed that those families are coming from poor sector of the Palestinian society, 88.1% had less than 300\$ monthly income, 6.8% had 301-600\$ monthly, and 5.1% had 601-750 \$ monthly.

Table 1: Socideomographic characteristics of the study sample (N= 176)

	No .	%
1. Place of residence		
Tal El Hawa (South	29	16.5
Shekh Ejlien (South	28	15.9
Joher Eldeek (Middle	60	34.1
Atatra (North Gaza)	29	16.5
Thwam (North Gaza)	30	17.0
2. Age	Mean = 40.42 (SD	
3. House type		

Own	119	67.6
Rented	40	22.7
Camp	6	3.4
With family	11	6.3
4. Number of children		
Less than 4 children	43	24.4
5-7 children	74	42.0
More than 8 children	52	29.5
5. Family monthly		
Less than 300 US \$	155	88.1
301-600 US \$	12	6.8
601-750 US \$	9	5.1
6. Husband education		
Not educated	22	12.5
Preliminary	57	32.4
Primary	47	26.7
Secondary	36	20.5
Diploma	4	2.3
University	9	5.1
High education	1	0.6
7. Job of husband		
No working	113	64.2
Simple worker	34	19.3
Skilled worker	13	7.4
Employee	9	5.1
Merchant	3	1.7
Others	4	2.3
8. Women education	176	100.0
Not educated	50	28.4
Preliminary	20	11.4
Primary	43	24.4
Secondary	53	30.1
Diploma	4	2.3
University	6	3.4
9. Women's job		
House wife	170	96.6
Employee	4	2.3
Farmer	1	0.6
Merchant	1	0.6

Psychological symptoms of women using GHQ-28

As shown in table 2, 68% of the women said that their feelings were worse to very worse in their general health. 60.7% said they felt ill more than usual, 75% said that had difficulty in staying asleep, 71.1% had headache, 84.8% felt constantly under strain, 86.1% were getting edgy and bad tempered, 70.2% getting scared or panicky for no good reason, 87.4% found every thing getting on top of them, 75.7% been feeling nervous and strung-up all the time. 51.5% said they had been satisfied with the way they have carried out their tasks.

In looking to depression symptoms, 40.1% said that found themselves wishing they were dead and away from it all much more than usual and only 9.2% had suicidal idea.

Table 2: Psychological symptoms according to GHQ-28

	1	2	3	4
	Better than before	As usual	Worse than before	More worse than before
A1. Been feeling perfectly well and in good health?	4.7	4.7	54.4	14.0
	No	Less than usual	More than usual	Much more than usual
A2. Been feeling the need of a good tonic?	0.6	24.6	9.9	51.5
A3. Been feeling run down and out of sorts?	8.9	13.6	53.8	23.7
A4. Felt that you are ill?	0.6	24.1	12.9	48.8
A5. Been getting any pains in your head?	14.4	13.8	51.7	20.1
A6. Been getting a feeling of tightness or pressure in your head?	19.3	13.5	46.8	20.5
A7. Been having hot or cold spells?	30.3	16.0	38.3	14.9
B1. Lost much sleep over worry?	15.4	21.7	38.3	24.6
B2. Had difficulty staying a sleep once you are off?	12.2	12.2	42.4	32.6
B3. Felt constantly under strain?	6.4	8.8	46.8	38.0
B4. Been getting edgy and bad-tempered?	5.8	8.1	44.8	41.3
B5. Been getting scared or panicky for no good reason?	24.4	5.4	45.8	24.4
B6. Found every thing getting on top of you?	4.6	8.0	39.1	48.3
B7. Been feeling nervous and strung-up all the time?	14.2	10.1	46.7	29.0
D1. Been thinking of yourself as a worthless person?	35.6	23.6	27.6	13.2

D2. Felt that life is entirely hopeless?	31.8	9.8	29.5	28.9
D3. Felt that life isn't worth living?	30.9	20.6	24.2	24.2
D5. Found at times you couldn't do anything because your nerves were too bad?	8.6	14.9	40.6	36.0
D6. Found yourself wishing you were dead and away from it all?	52.3	7.6	24.4	15.7
	More than usual	As usual	Less than usual	Much less than usual
C1. Been managing to keep yourself busy and occupied?	22.0	31.8	27.7	18.5
	Faster than usual	As usual	Less than usual	Much less than usual
C2. Been taking longer over the things you do?	11.6	27.7	34.7	26.0
	Satisfied	As usual	Satisfied less than usual	Satisfied much less than before
C4. Been satisfied with the way you 12.7	35.8	32.4	19.1	
	More than usual	As usual	Less than usual	Much less than usual
C3. Felt on the whole you were doing things well?	23.8	15.1	50.6	10.5
C5. Felt that you are playing a useful part in things?	14.3	39.4	31.4	14.9
C6. Felt capable of making decisions about things?	10.9	35.6	37.9	15.5

C7. Been able to enjoy your normal day-to-day activities?	5.2	27.2	43.9	23.7
	Never	I don't think	Come to my mind	Certainly
D4. Thought of the possibility that you might make away with yourself?	17.2	13.6	27.2	41.4
	Never	I don't think	More than usual	Much more than usual
D7. Found the idea of taking your own life kept coming into your mind?	69.0	21.3	6.9	2.3

Means and standard deviation of the GHQ-28

The study showed than mean GHQ-28 was 16.86 (SD = 6.91), somatization mean was 5.37 (SD = 2.13), anxiety mean was 4.59 (SD = 2.35), social dysfunction mean was 3.82 (SD = 2.28), and depression mean was 3.39 (SD = 2.11).

Table 3: Means and standard deviation of the GHQ-28

	N	Min	Max	Mean	SD
Total GHQ	158	0	28	16.86	6.9
Anxiety	176	0	12	4.59	2.3
Somatization	171	0	12	5.37	2.1
Social	172	0	7	3.82	2.2
Depression	165	0	12	3.39	2.1

Prevalence of mental health problems

Using the previous cut-off point of the GHQ-28 (4/5), the result showed that 91.1% were rated as psychiatric morbidity cases and need further investigation, while 8.9% were not cases.

Table 4: Psychiatric cases according to GHQ-28

	No.	%
Non psychiatric	14	8.9
Psychiatric morbidity	144	91.1
Total	158	100.0

Coping with trauma

Ways of coping items

As shown in table 5, the most common ways of coping items used by women were : I wished that stressful situation finished quickly (73.7%), I tried to forget the stressful events (52.9%), I wished there miracle had happened (52.3%), I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation (50.9%), I promised my self that things will be better next time (48.9%), and I asked advice from people I respect (48%). While the least common ways of coping items were: I slept more hours than usual (11.5%) and I realized that I make problem for my self (9.7%).

Table 5: Ways of coping items

	Never	Rarely	Some-times	Always
I wished that stressful situation finished quickly	5.7	8.0	12.6	73.7
I tried to forget the stressful events	15.7	7.6	23.8	52.9
wished there miracle had happened	16.7	9.2	21.8	52.3
I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation	6.4	13.9	28.9	50.9
I promised my self that things will be better next time	6.9	7.5	36.8	48.9
I asked advice from people I respect	13.1	13.7	25.1	48.0
I slept more hours than usual	53.4	19.0	16.1	11.5
I realized that I make problem for my self	40.0	34.9	15.4	9.7

Means and standard deviations of ways of coping scores

The study showed that mean ways of coping scores was 125.25 (SD = 18.33), mean reinterpretation was 27.04 (SD =5.96), mean self control was 20.75 (SD =3.90), mean wishful thinking was 20.38 (SD =5.59), mean problem solving was 16.83 (SD = 4.04), mean affiliation was 14.79 (SD =3.35), mean accountability was 13.85 (SD =2.53), and mean trouble and escape was 11.18 (SD =3.24)

Table 6: Means and standard deviation of the ways of coping scores

	N	Min.	Max.	Mean	SD
Total coping	141	67	194	125.2	18.3
Reinterpretation	166	12	69	27.04	5.96
Self control	170	9	28	20.75	3.90
Wishful thinking	167	8	59	20.38	5.59
Problem solving	167	7	24	16.83	4.04
Affiliation	169	5	20	14.79	3.35
Accountability	171	5	19	13.85	2.53
Trouble and escape	170	5	20	11.18	3.24

Discussion

This study is the first study done on the effect of war on women mental health and coping strategies after war on Gaza. The sample was selected from women who were exposed to war traumatic events during the war on Gaza which lasted 23 days and left them living mostly with relatives and in tents after their loss their homes.

Most of women experiences shelling of their homes, home demolition, directed injury to due shelling, phosphorus inhalation, escaping from homes and living in schools, unable to get the necessary needs to eat and drink during the war, witnessing the killing of relatives and neighbours, hearing shelling of the area, witnessing bombardment of their homes and neighbours homes, being used as human shields, shot by bullets and rockets.

Om Mazen from Joher Eldeek said

"When soldiers entered the area they start shooting and shelling the homes by tanks and heavy artillery. It was

incredible they thought that we were died we escaped and went to the hospital. We were scared about our children and we watched the youth people killed in streets of the area. When we come back tour home we did not find any tree, our animals were buried in the ground, chickens were buried, and wood was buried".

Om Hany said

"For me I am still in shock and do not belief that it happened, I was afraid about my sons, our house is about 4 hectares full of olive oils and vegetables. The Bulldozer came and they destroyed all the four buildings of the house and we left the place and went to schools. The army throw phosphorus bomb inside the school. When we come back we didn't recognize the place, my grandson say the airplane is their (zanana) and run away. They destroyed the trees, killed and buried our birds and sheep's, and house.

Om Kamel from El Skekh Ejlein area said

" during the war were big numbers in our home, we cannot sleep. All the days and nights there was sounds of shelling from the sea and from the tanks".

Om Salman said

"We left our home and went to my brother in law home and during our escapes the sounds of shelling from the sea was very high and all the classes of our home fall down"

Om Raed said

" I lost my husband during this war and my home was completely destroyed. I was keeping my self for my children, but now I can not tolerate any more"

Om husam from Atatra said

"I lost my child who was 12 years old.. We were at home and the Israeli army asked us to leave our home. They told us to go to schools.. We took our children and some blankets and went to UNRWA schools.. We did not take any clothes.. we stayed for 23 days and when we come back we did not found our home.. it was demolished and smashed with the ground and now we are living in a tent".

Om Fouad said

"The army throw pamphlets asking us to leave the area which near the border.. We did not move thinking that they are trying to make us anxious.. Then the airplane came and through phosphorus bombs and we stayed at our home and we slept inside the central hall and all night were exposed to shelling.. Next day I was preparing for lunch. I heard sound of explosion and when I went outside my home, I can not see because dust and smokes was all over the street someone said Mum come to me, when I came outside the door. I saw my son and six people lying on the street and his legs were not their. They took him to the hospital. And then they told me that he is dead.

Om Osama from Thwam area said

"when the land incursion stated we stayed three days in our home.. then the airplane hit someone in the street.. I was with my husband and son and one shell hit our home. my husband was injured in front of me and they took him to the hospital"

Nabila said

"when the land incursion started we refused to leave our home and then our home was hit by a missile and fire was everywhere.. and we left our home and the airplane was firing on our home and my son told me do not go because the street is burning and fire is everywhere.. and we escaped and went to schools and stayed for twenty days.. when we come back we found that all the furniture was smashed, our money was lost, our computer was not their.."

Feelings were worse to very worse in their general health. 60.7% said they felt ill more than usual, 75% said that had difficulty in staying asleep, 71.1% had headache, 84.8% felt constantly under strain, 86.1% were getting edgy and bad tempered, 70.2% getting scared or panicky for no good reason, 87.4% found every thing getting on top of them, 75.7% been feeling nervous and strung-up all the time. 51.5% said they had been satisfied with the way they have carried out their tasks. These feelings were reported in women during the focus groups sessions

Om Mazen from Joher Eldeek said

"When we hear the sound of the airplane we become panicky and irritable, after war we had fears of the coming war, uneasiness, sleep problems, the war destroyed our psych."

Om Ramy Joher Eldeek said

"We are depressed and feel hopeless and helpless. I was pregnant and miscarriage during the war. Till now I can belief that this happened to me."

Om Ramy from Shekh Ejlien said

"I am very terrified till now, I can not sleep or eat.. till now I had fears. I afraid to sleep in the room facing the sea fearing that they will shell us from the sea as what happened during the war. I had pain all over my legs."

Om Mohammed said

"I am suffering of fears and forgetfulness. I put things and do not remember where I put it.. Everyday I had bad dreams of the war. I am thinking so much my Diabetes Mellitus become worse also the rheumatic pains increased after the war. "

Om Raed from Atatara area said

"my psych is broken.. I can not tolerate any more.. My memory is not good. I put things and forget where I put it, I can not sleep at night..I had pain in my hands and legs.. my chest is tight and my mind is busy all the time.."

Om housam from Atatara area said

"After war all of us need treatment. My relation with my children changed.. I feel lumb in my throat.. I feel that something is missing".

Sabrin from Thwam area said

"When I lost my husband due to war, I had nervous breakdown and I had repeated fits and lost my conscious.. I am very dizzy most of the time and had fits when someone reminds me of the war".

Om salem said from Thwam area said

"All the time I had fears and can not sleep.. I become very nervous".

The study showed than mean GHQ-28 was 16.86, somatisation mean was 5.37, anxiety mean was 4.59, social dysfunction mean was 3.82, and depression mean was 3.39. Using the previous cut-off point of the GHQ-28, the result showed that 91.1% were rated as cases and need further investigation, while 8.9% were not cases. This study results consistent with our study of effect of war on 374 families from entire Gaza Strip two weeks after the war on Gaza in which mean GHQ-28 was 15.6, somatisation mean was 4.3, anxiety mean was 5, social dysfunction mean was 3.2, and depression mean was 3.2. Using the previous cut-off point of the GHQ-28 (4/5), the result showed that 90.9% were rated as cases and need further investigation, while 9.1% were not cases (Thabet et al, 2009 in Press). In this study, women mental health problems rated by GHQ was higher than the rate mental health problems rated by the same instrument by Cardozo et al (2000) who studied prevalence of psychiatric morbidity associated with the war in Kosovo, estimated mean total score based on a possible GHQ-28 questions was 11.1. Although we found that the GHQ-28 was well accepted and easy to administer, the interpretation of the results for prevalence estimates is not straightforward unless an optimal cut-off score is established for the specific population. Our results were higher than the rate of psychiatric cases found in study of survivor of the Piper Alpha oil platform disaster which took place on 6 July 1988, resulting in the deaths of 167 men and leaving 59 survivors. It involved the complete destruction above sea level of the platform at 193 km northeast of Aberdeen, a city in the Grampian region of Scotland. The study showed that after 10 years 44% of the traced survivors (16/36) scored above 4 in GHQ-28 (Hull et al 2002).

Our results showed that Palestinian women used reinterpretation, self control, and wishful thinking in coping with trauma resulted from War on Gaza. Om barra from Joher El Deek said

"The best thing we used to cope with war was to take care of our children and faith in God"

Om Alla said

"The first thing I used to cope with war effect was faith in Alla and not looking back and put goal in front of me".

This is consistent with previous studies in similar culture. For example, Halcon and colleagues (2004) found that between 50 and 75% of a sample of Somalian and Ethiopian refugees used prayer to relieve their sadness. In some cases, religious beliefs are linked to a style of coping that emphasizes 'enduring' the adversities of the present for the reward of a 'better future' (Colic-Peisker & Tilbury, 2003). In addition, religious beliefs are likely to assist individuals in adapting to life difficulties more broadly. Specifically, Brune et al. (2002) found that refugees who reported holding a firm belief system tended to also report higher educational achievement, better mastery of language and fewer symptoms of PTSD. Cognitive processes, in the form of interpretations and perceptions of oneself and one's situation, have also enabled individuals to cope with traumatic events (Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales, Vidales, & Gaborit, 2005). These include refugees' attitudes toward their internal resources, such as taking a positive approach, identifying strengths, reinforcing the determination to cope and self-perception as a survivor rather than a victim (Gorman et al., 2003). Similarly, adaptive cognitive processing is expressed in being prepared for difficulties, talking about them, or living them

new meaning (Basoglu et al., 1997; Goodman, 2004). Positive cognition focusing on hope and aspirations for the future has been shown to help in overcoming psychological problems (Goodman, 2004). Punamäki (1990) argues, refugees exposed to extreme violence and conflict may adopt very active and purposive coping strategies such as becoming involved in political activities or confronting the opposing force in a conflict. Political and religious beliefs strengthen such involvements. By contrast, others may engage in passive and more ineffective cognitive strategies, such as avoidance, a failure to confront the trauma or a framing of the situation as out of one's control (Basoglu et al., 1997). Also our results consistent with Khawaja et al, 2008 study of 23 Sudanese refugees residing in Brisbane, Australia response to the extreme difficulties they experienced throughout the pre-migration period, refugees were able to identify several strategies that allowed them to cope: the use of religion, social support networks, reframing, and focusing on the future. The first and most commonly identified coping strategy was the use of religion. Refugees also reported that they gave up trying to deal with the situation and placed their fate in God. The second coping strategy, employed by almost half of the participants, was the use of social support networks. The third coping strategy participants used was a cognitive process of reframing the situation. Participants reported two major methods of reframing their personal evaluation of difficulties to allow successful adaptation. The first of these was a belief in their own inner strength. The second type of reframing was the normalization of traumatic experiences and resignation to whatever the future held. These participants reported that they became accustomed to living with their difficulties and adopted the attitude that everyone was in the same situation and there was nothing that could be done about it. Other described how refugee believed that their fate was in the hands of God and that, by maintaining their faith and prayer, their suffering would end through the intervention of God. Spirituality, expressed through prayer, was used to cope with the stress of the environment. Belief systems, political or religious, were of central importance in the lives of these possibly traumatized individuals and influenced the psychological and adaptational outcomes (Brune et al., 2002; Gorman et al., 2003).

These types of coping strategies used by Palestinian women in this study were different from other studies including similar stressful situation such as imprisonment in which strong ideological commitment and collective sharing of national aspirations explained political prisoners' endurance of not succumbing to passive, avoidant, and emotion-focused situational coping (Basoglu et al., 1996; Becker, 1997). Also this time the coping used by women was different from other studies among Palestinians which showed that, exposure to military violence increases rather than decreases active coping and political activity among children (Punamäki & Suleiman, 1989) and adults (Punamäki, 1986, 1988). Ideological commitment serves as a contextual resource for active coping responses; it provides the possibility of interpreting and attributing causes and consequences of trauma in meaningful, consoling and encouraging ways, sharing experiences and disclosing emotions with others, all contributing to empowerment and successful recovery (Punamäki et al, 2008).

Conclusion and recommendations

This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes,

internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. However, those women were continued to take care of their children and family in spite of devastating effect of war by using reinterpretation, self control, and wishful thinking. Those findings highlight the need for establishing community mental health centers with such women in their area with well designed programs of individual, group, and family therapy. Also there are needs for more psychoeducation for women and their husband on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also psychosocial programs must be established targeting children and husbands.

Also new programs for helping women in developing better coping skills must be established.

Acknowledgement

We would like to thank Oxfam organization for their support of the project "Helping of Women in Gaza Victims of loss and war" that targeted women in the most affected areas in the Gaza Strip and this study is the baseline study of the project which will help is evaluation the effectiveness of such projects. We also thank the women how participated in this study and in the project. Also our gratefulness extended to the staff of child and Family training and counselling center staff for data collection, entry, and analysis.

References

- Basoglu, M., Parker, M., O'zmen, E., Tasdemir, O'., Sahin, D., Ceyhanh, Z., et al. (1996). Appraisal of self, social environment, and state authority as a possible mediator of posttraumatic stress disorder in tortured political activists. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 232-236.
- Becker, D. (1997). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human right violations. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics* (pp. 99-110). New York/London: Plenum Press.
- Billings, A., & Moos, R., (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Brune, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E., & Eisenman, D. (2002). Belief systems as coping factors for traumatized refugees: A pilot study. *European Psychiatry*, 17, 451-458.
- Colic-Peisker, V., & Tilbury, F. (2003). Active and passive resettlement: The influence of support services and refugees own resources on resettlement style. *International Migration*, 41, 61-89.
- Endler, N., & Parker, J. .(1992). Multidimensional assessment of coping: A

- critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 844-854.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1985). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Khawaja, N. G., White, K. M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and Coping Strategies of Sudanese Refugees: A Qualitative Approach. *Transcultural Psychiatry*, 45(3), 489-512
- Khamis, V. (2000). *Political violence and the Palestinian family: Implications for mental health and well-being*, New York: Haworth Press.
- Krohne, H., (1996). Individual differences in coping. In lvi Zeidner & N S. End/er (Edsj, Handbook of coping: Theory, research, applications. pp381- 409). New York: John Wiley and Sons.
- Goldberg, J.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goodman, J. H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research*, 14, 1177-1196.
- Gorman, D., Brough, M., & Ramirez, E. (2003). How young people from culturally and linguistically diverse background experience mental health: Some insights for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 194-202.
- Lazarus, RS, & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, 3, 269-284.
- Punamäki, R. L. (1990). *Political violence and psychosocial responses: A study of Palestinian women, children and ex-prisoners*. Tampere Peace Research Institute Research Reports No. 1, Tampere, Finland.
- Punamaki, R. L. (1986). Stress among Palestinian women under military occupation; Women's appraisal of stressors, their coping modes, and their mental health. *International Journal of Psychology*, 21, 445-462.
- Punamäki, R. L. (1988). Experiences of torture, means of coping and level of symptoms among Palestinian political prisoners. *Journal of Palestinian Studies*, 16, 81-96.
- Punamaki, R. L., & Suleiman, R. (1989). Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children. *British Journal of Social Psychology*, 29, 67-77.
- Punamak, R-L., jarisalo, K. I., Komproe, I, Qouta, S., El _masri, M., De Jong, J. P. T. (2008). Dispositional and situational coping and mental health among Palestinian political ex-prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(4), 337-358.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Public Health Journal*, 7, 314-321.
- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (2005). The validity and reliability of Arabic version of General Health Questionnaire in the Gaza Strip. *Palestinian Medical Journal*, 1(1), 33-36.
- Thabet, A. A. Tawahina, A. Abu; El Sarraj, Eyad., & Vostanis, Panos. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 191-199.
- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328.



Coping with STRESS AND SIEGE IN PALESTINIAN FAMILIES IN THE GAZA STRIP (COHORT study III)

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**

Aim: The aim of the study was to investigate the ways of coping in Palestinian families exposed to siege and stress and mediating effect of coping on mental health problems.

Methods: Previously selected sample of 184 households from the Cohort study II 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, Family Coping Oriented Family Coping scale, and John Hopkins Checklist. The data collection was carried out on October and November 2008.

Results : The results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (90.8%), I feel I am in a big prison (88.5%), I can not find things I need in the market (91.70%), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation (73.4%), and I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses (62.58). Each participants reported from 2-20 items of siege with mean siege scores of 10.83 (SD = 4.07). The results showed that people with monthly income less than 350 US \$ were more affected by siege that the other groups.

The most common psychological problems were: Crying easily (21.7%), difficulty falling asleep (16.8%), worrying too much (16.3%), headaches (15.2%), and feeling tense (15.2%). The results showed than mean HSCL was 53.82, mean anxiety subscale scores was 21.70, and mean depression subscale scores was 32.11 (SD = 8.59), 139 of participants (75.5%) rated as psychiatric cases and 45 were not cases (24.5%).

People live in cities reported mental health problems less than those live in villages and camps. Also, the results showed that people with monthly income less than 350 US \$ showed more mental health problems than the other two groups were more affected by siege that the other groups.

The study showed the most common coping strategies used were: having faith in God (85.9%) sharing our difficulties with relatives (83.7%), seeking encouragement and support from friends (83.2%), facing the problems "head-on" and trying to get a solution right away (82.1%), seeking information and advice from persons in other families who have faced the same or similar problems (81.5%), seeking advice from relatives (grandparents, etc.) (80.4%), participating in mosque activities (79.9%), and attending religious meetings (79.3%). The total scores of FCOPE ranged from 71 to 131 (Mean = 106.21), reframing (Mean = 29.35), seeking spiritual support (Mean = 16.08), mobilizing family support (14.76), passive appraisal (Mean = 10.74).

The results showed that the total HSCL scores were positively associated with the following siege items: I sold some of my furniture and wife gold, social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment, I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money, and negatively with the following items: I went to Zaka organizations and other organizations to get the food, I can not find things I need in the market.

Conclusion: The present study shows that Palestinian families are victims of stress and trauma and showed high level of depression and anxiety. However, coping strategies usually used perceived social support have direct effect on families member' outcomes. The reliance on spiritual coping and reframing could be useful for these families to face their difficulties even if we observe adjustment problems. Results also point out to the necessity of elaborating intervention models which include an active participation of significant others.

Key word: Family coping, siege, stress, mental health, Gaza Strip

Introduction

Since the beginning of 2006 the situation in the Gaza Strip 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).

In July 2008 another historical period started when Israel and Palestinian factions agreed on truce period for 6 month ending in 19th December 2008. During this period at the least 22 Palestinians were killed in Gaza Strip and tens were wounded, locally made rocket continued to shell the near Israelis towns close to Gaza Strip border (PHS, 2008). On 19th December the Palestinian fighting factions decided not to prolong the truce for another period and started shelling the Israelis areas with locally mad rockets, Israelis voices inside the minister cabinet and streets started to increase to take military action against the Gaza Strip beside the siege measures which already present for the last 18 months. In the last 2 weeks, the humanitarian condition of the entire Gaza Strip entered into a very serious stage in which most of the bakeries stop working and cues of people are in front of the opened one, electricity is coming for 6 hours daily, no house gas and people started to use woods and kerosene cookers. Beside, there was a shortage in most of food material and UNRWA stopped distribution of food for around one million persons in the Gaza Strip. On 27th December 2008, a new chapter had been opened by new strikes by airplanes on Gaza Strip which left at least 700 people killed and 3000 wounded. Still the war is going on and no clear vision for the countries to end the current war.

All of the above mentioned stressors added new burden on Palestinian families and number of studies in the last 2 years showed that Palestinians are suffering of a variety of stress related psychiatric problems such as depression, anxiety, and PTSD. However, presence of other protective factors such as coping strategies, presence of family support, and community support buffer the effect of stress and trauma on Palestinians (Quota, 2003, Thabet et al, 2008a, 2008b).

McCubbin and Patterson's (1982) postulated that families in crisis must cope with a pile-up of stressors. Their coping responses are affected by precise stressors, existing and new resources, and perceptions of the crisis. Finally, coping leads to adaptation, which is on a continuum from nonadaptation to maladaptation.

The basic function of coping is to manage specific demands that are appraised as taxing and exceeding one's resources in order to protect mental health and psychological integrity (Lazarus & Folkman, 1984). In emotion-focused coping, people attempt to manipulate their feelings, perceptions, and attributes

to be less threatening and more controllable. In problem-focused coping, people aim at changing the distressing reality and remove the cause of stress and trauma (Folkman & Lazarus, 1985; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Other studies among Palestinians have showed that, against general beliefs, exposure to military violence increases rather than decreases active coping and political activity among children (Punamaki & Suleiman, 1989) and adults (Punamaki, 1986, 1988). Recently, Punamaki et al (2008) in study of Participants were 184 men recruited from a Palestinian community sample, 92 were former political prisoners and 92 non-prisoners. The results showed that, compared to non-prisoners, the political ex-prisoners employed less avoidant, denying, and emotion-focused coping strategies. Military trauma was associated with avoidant and denying coping only among non-prisoners. The ex-prisoners showed more mental health and medical problems, especially when exposed to military trauma. None of the coping styles or strategies were effective in protecting the mental health in general or in either groups. However, main effect results revealed that the high level of active and constructive and low level of emotion-focused coping was associated with low levels of psychiatric symptoms and psychological distress.

The aim of the study was to investigate the ways of coping in Palestinian families exposed to siege and stress and mediating effect of coping on mental health problems.

Methodology

Subjects

The sample included 184 parents, 44 of them were fathers (23.5%) and 140 mothers (76.5%). The age ranged from 26 to 65 years with mean age of 41.61 (SD = 8.66).

Procedure

We selected the sample of the parents according to the first and second stage of cohort study in which the names of the families was available for the data collection. We held a meeting and conducted training for 4 hours to 8 professionals working in the filed of community mental health and had previous experience in data collection (4 social workers, 4 psychologist). We explained to them the aim of the study and give them prepared list of number of the families to be interviewed. A cover letter was given to each parent to obtain written permission from them to participate in the study. Sociodemographic information for the study population was collected from parents. Each interview took 45 minutes to be completed. The data collection was done between September and November 2008.

Instruments

The data was collected from couples by using the following questionnaires:

Demographic questionnaire.

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, citizenship, and education level.

Gaza Siege Checklist-Revised version (Thabet, 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. The first checklist was 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 ($r = .78$). The internal consistency of the scale was calculated using Chronbach's alpha, and was also high ($\alpha = .72$). Some items were changed to fulfill the needs of new changes in siege and strikes in Gaza Strip.

Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) (Mollica et al., 1987)

The HSCL-25 contains four possible responses: not at all, a little, quite a bit, and extremely. An individual's score is obtained by summing the scores of all the responses and dividing by the total number of responses (Mollica et al., 1987). The score of 1.75 is generally accepted as indicative clinical symptoms (Mollica et al.; Nicholson, 1997). A 25 items version of HSCL-25 which has been used in wide range of primary health care settings as a valid and reliable measure of psychiatric symptoms, in particular screening of anxiety and depression experienced by client. Symptoms are scored on a 4-point Likert scale. Which has a 10-item anxiety and a 15-item depression scale? The established clinically significant item-average cut-off score of 51.75 for each sub-scale. The Cranach's alpha internal consistency coefficient in this sample was .87 for the HSCL-25 anxiety subscale, .87 for the HSCL-25 depression subscale, Shrestha et al (1998). In other study population, Cronbach's alpha was 0.91 and 0.88 for the anxiety and depression sub-scales respectively (Hollifield et al, 2008). The Arabic translated version has proven to be reliable and valid in a multicultural context (Afana et al 2002).

Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales The Family Crisis Oriented McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1991).

Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES) is a self-report measure used to assess family coping strategies (McCubbin et al., 1991). The F-COPES was used in this study because coping as a construct deals with plans or actions that ameliorate the experience of stress (e.g., McCubbin et al., 1991). The scale is composed of 30 items, which result in five subscale scores and a total score. The five subscales are: (a) Acquiring Social Support; (b) Reframing; (c) Seeking Spiritual Support; (d) Mobilizing Family to Acquire and Accept Help; and (e) Passive Appraisal. A score is obtained for each subscale and the total score by summing the respondents score for each of the items. The norm group for the final F-COPES scale consisted of 2,740 spouses and adolescents. Percentiles, means, and standard deviations are provided for subscales and the total score. Alpha reliabilities for the scales ranged from .63 to .83. The reliability of the total scale was .86. Test-retest reliability estimates range from a low .61 to a high of .95 for the subscales. Total scale test-retest reliability was .81 ($n = 116$, 4-week interval) (McCubbin, et al, 1991).

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 14 for data entry and analysis. Frequencies and percentages of siege items, psychological symptoms, and coping were calculated. T-independent test, ANOVA tests for between-group comparison of continuous variables. Spearman's correlation coefficient tested the association between numbers of siege scores, psychological symptoms, and coping strategies by families' scores. Linear regression investigated the association between

independent (siege items, coping strategies, and sociodemographic variables) and psychological problems as dependent variable.

Results

Sociodemographic characteristic of the study

The sample responded to the interview were 184 participants with response rate of 99%, it consisted of 144 male (52.07%) and 43 mothers (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 26.1% were from North Gaza, 37.5% were from Gaza area, 14.7% from Middle area, 3.8% from Khan Younis area, and 17.9% were from Rafah area (south of Gaza). According to type of residence, 43.5% live in cities, 12.5% live in villages, and 44% live in camps. According to number of siblings, 13.6% of families had less than 4 children, 61.4% had 5-7 children, and 25% had 8 and more siblings. In looking for the family monthly income, 60.9% of the families monthly income was less than 350 US \$ per month, 30.4% earned 351-700 US \$, and only 8.7% earned more than 701 US \$.

Table 1 : Sociodemographic characteristic of the study sample

	No	%
Place of residence		
North Gaza	48	26.1
Gaza	69	37.5
Middle area	27	14.7
Khan Younis	7	3.8
Rafah area	33	17.9
Place of residence		
City	80	43.5
Village	23	12.5
Camp	81	44.0
Siblings		
Less than 4	25	13.6
5-7 children	113	61.4
8 and above	46	25.0
Monthly family income		
Less than 350 US \$	112	60.9
351-700 US \$	56	30.4
More than 701 US \$	16	8.7

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 (90.8%), I feel I am in a big prison (88.5%), I can not find things I need in the market (91.70%), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation (73.4%), and I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses (62.58). Each participants reported from 2-20 items of siege with mean siege scores of 10.83 ($SD = 4.07$). Table 2.

Table 2 : Frequency of Impact of siege of Gaza items

	No.	%
1. Prices are sharply increased	167	90.8
2. I feel I am in a big prison	162	88.5
3. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation	135	73.4

4. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses	115	62.8
5. Social visits are less than before due to shortage of fuel and absence of transportation	115	62.8
6. Social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment	112	60.9
7. Ability to send children to schools due to shortage of money	110	59.8
8. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of medicine and equipment transportation	105	57.1
9. Losing the job due to shortage of cement ,and basic construction materials	105	57.4
10. I can not find things I need in the market	99	53.8
11. I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	94	51.1
12. I sold some of my furniture and wife gold.	87	47.3
13. I started borrowing from banks and people to keep my family demands	85	46.2
14. I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money	84	45.7
15. I postponed the marriage ceremony of my sons due to shortage of furniture and building materials	80	43.5
16. I can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials	80	43.5
17. I thought of immigration	78	42.4
18. I started smoking and using Nargela and abusing drugs due to stress	58	31.5
19. I need to travel outside the Gaza Strip and can not	51	27.7
20. I stopped sending my children to schools due to shortage of money and let them do other jobs	51	27.7
21. I started doing the papers for immigration	32	17.4

Differences between siege other socioeconomic variables (place of residence, number of siblings, and family monthly income)

In order to find the differences between the place of residence, number of siblings, monthly income and siege, one way ANOVA test was performed. Pos hoc Bonferroni test showed that people living in cities were more affected by siege than those in camps and not villages (Mean = 10.5 vs 8.9) ($F=6.1$, $p = 0.001$). There were no differences in siege and number of children in the Palestinian families. Pos hoc results showed that people with monthly income less than 350 US \$ were more affected by siege than the other groups (Mean = 10.6 vs 8.66) ($F=8.94$, $p = 0.001$)

Psychological problems rated by families

The most common psychological problems were: Crying easily (21.7%), difficulty falling asleep (16.8%), worrying too much (16.3%), headaches (15.2%), and feeling tense (15.2%).

Table 3: Percentages of the sample endorsing items of the HSCL

	Extremely	Quite a bit	Somewhat	Not at all
1. Suddenly scared	10.3	19.0	47.3	23.4
2. Feeling fearful	6.5	23.9	48.9	20.7
3. Faintness, dizziness	8.2	27.2	31.0	33.7
4. Nervousness, shakiness	5.4	27.2	46.7	20.7
5. Heart pounding	8.7	23.4	39.7	28.3
6. Trembling	7.1	21.7	34.8	36.4
7. Feeling tense	14.1	23.4	42.9	19.6
8. Headaches	15.2	28.3	40.2	16.3
9. Spells of terror	8.7	16.8	32.1	42.4
10. Feeling restless	11.4	25.0	53.3	10.3
11. Feeling low in energy	9.8	25.0	51.6	13.6
12. Blaming yourself	11.4	22.3	42.9	23.4
13. Crying easily	21.7	25.0	35.9	17.4
14. Loss of sexual interest	8.7	10.3	34.2	46.7
15. Poor appetite	10.3	20.1	48.4	21.2
16. Difficulty falling asleep	16.8	25.5	37.5	20.1
17. Feeling hopeless	12.5	20.7	34.2	32.6
18. Feeling blue	13.0	23.4	38.6	25.0
19. Feeling lonely	12.5	17.9	33.7	35.9
20. Feeling trapped or caught	8.7	8.7	17.9	64.7
21. Worrying too much	16.3	14.1	46.2	23.4
22. Feeling no interest	9.8	29.9	44.6	15.8
23. Thoughts of ending your life	2.7	27.7	34.8	34.8
24. Feeling everything is an effort	10.3	34.8	40.8	14.1
25. Feelings of worthlessness	3.8	12.0	29.9	54.3

Mean and standard deviation of mental health using HSCL

The results showed that mean HSCL was 53.82 (SD = 13.99), mean anxiety subscale scores was 21.70 (SD = 6.38), and mean depression subscale scores was 32.11 (SD = 8.59). Taking in consideration of cutoff point of >1.75 in HSCL, 139 of participants (75.5%) rated as psychiatric cases and 45 were not cases (24.5%).

Table 4: Mean and standard deviation of mental health using HSCL

	N	Min.	Max.	Mean	SD
Total HSCL	184	29	84	53.82	13.99
Anxiety	184	10	38	21.70	6.38
Depression	184	17	58	32.11	8.59

Differences between mental health problems rated by HSCL and other socioeconomic variables (place of residence, number of siblings, and family monthly income)

In order to find the differences between the place of residence, number of siblings, monthly income and mental health, one way ANOVA test was performed. Pos hoc Bonnefroni test showed that people living in cities reported mental health problems less than those live in villages and camps ($F = 18.06$, $p = 0.001$). Also, the results showed that people with monthly income less than 350 US \$ showed more mental health problems than the other two groups were more affected by siege that the other groups ($F = 8.19$, $p = 0.001$). There were no differences in mental health problems of adults and number of children in the Palestinian families ($F = 2.44$, $p = .09$).

Families coping with siege and stress

The study showed the most common coping strategies used were: having faith in God (85.9%) sharing our difficulties with relatives (83.7%), Seeking encouragement and support from friends (83.2%), facing the problems "head-on" and trying to get a solution right away (82.1%), seeking information and advice from persons in other families who have faced the same or similar problems (81.5%), seeking advice from relatives (grandparents, etc.) (80.4%), participating in mosque activities (79.9%), and attending religious meetings (79.3%). While the least common coping items used were: receiving gifts and favours from neighbours (e.g. food, taking in mail, etc.) (27.7%), feeling that no matter what we do to prepare, we will have difficulty in handling problems (21.2%), and watching television (14.1%).

The total scores of FCOPE ranged from 71 to 131 (Mean = 106.21, SD = 11.46), reframing (Mean = 29.35, SD = 4.31), seeking spiritual support (Mean = 16.08, SD = 2.79), mobilizing family support (Mean = 14.76, SD = 4.31), passive appraisal (Mean = 10.74, SD = 2.78).

Table 5: Means and standard deviation of FCOPE and subscales

	N	Min.	Max.	Mean	SD
FCOPE	184	71	131	106.21	11.46
Reframing	184	14	40	29.35	4.31
Seeking spiritual support	184	7	20	16.08	2.79
Mobilizing family to acquire and accept help	184	7	20	14.76	2.78
Passive appraisal	184	4	19	10.74	2.86

Relationship between siege scores, mental health, and coping of families

In order to investigate the relationship between the siege total scores, mental health, and coping of families, Pearson

coefficient correlation test was done. The results showed that there were statistically significant positive correlation between total siege scores and total family coping strategies ($r = 0.19$, $p < 0.001$), total HSCL ($r = .22$, $p < 0.001$), anxiety domain ($r = 0.22$, $p < 0.001$), depression subscale ($r = 0.20$, $p < 0.001$).

Table 5: Pearson correlations coefficient test between siege scores, mental health, and coping of families

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Siege	1									
2. FCOPE	.19**	1								
3. Acquiring -Social Support	-.08	-.18*	1							
4. Reframing	-.04	-.05	.55**	1						
5. Seeking Spiritual Support	-.12	-.07	.63**	.23**	1					
6. Mobilizing Family to Acquire and Accept Help	-.03	.16*	.38**	.57**	.24**	1				
7. Passive Appraisal	-.12	.03	.50**	.25**	.58**	.33**	1			
8. Total HSCL	.22**	.09	-.08	-.12	-.02	-.03	.09	1		
9. Anxiety	.22**	.16*	-.15*	-.12	-.02	-.01	.10	.91**	1	
10. Depression	.20**	.03	-.02	-.11	-.01	-.05	0.08	.95**	.74**	1.00

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 HSCL scores were positively associated with the following siege items: I sold some of my furniture and wife gold ($B = .45$, $p < 0.001$), social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment ($B = .16$, $p < 0.001$), I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money ($B = .14$, $p < 0.001$), and negatively with the following items: I went to Zaka organizations and other organizations to get the food ($B = -.25$, $p < 0.001$), I can not find things I need in the market ($B = -.20$, $p < 0.001$).

Table 6: Linear Regression analysis of psychological symptoms and siege items

	Unstandardize		Standardized		
	B	SE	Beta	t	Sig.
(Constant)	49.743	1.896		26.237	.000
I sold some of my furniture and wife gold.	12.665	2.127	.450	5.953	.000
I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	-7.207	2.040	-.256	-3.534	.001

I can not find things I need in the market	-5.882	1.895	-.209	-3.104	.002
Social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment	4.758	1.935	.165	2.459	.015
I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money	4.144	1.853	.147	2.237	.027

$F = 16.21, p < 0.05, R^2 = 0.56$

Discussion

This study is the third stage of cohort study of Palestinian families in the Gaza Strip trying to highlight the effect of stress and trauma on Palestinians in the last 2 years.

The study showed that Palestinians exposed to variety of stressful events and the siege of the Gaza Strip was one of the last measure inflicted by the Israelis of the entire population namely: prices are sharply increase, feeling being in big prison, was not able to get specific medicine for them or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation, was not able to get specific medicine for them or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses. This results showed that siege as stressful collective situation which increased with shortage of medicine and staff in hospitals due to dispute between the Palestinians in Gaza and West Bank. This is consistent with our previous study in similar sample in last April in Gaza (Thabet et al 2008b, in press).

Our results showed that the 75.5% of the study sample rated as psychiatric cases using HSCL consistent with our previous study in the beginning of Al Aqsa Intifada in which 72.9% of mothers rated as psychiatric caseness according to GHQ (Thabet and Vostanis, 2001). However, this high level of mental health problems is less than the rate of mental health problems in referred psychiatric patients in which 87.7% of the referred cases were scoring above cut off point of GHQ (using 4/5 as a cut-off point compared to only 13 (12.3%) of the controls (Thabet and Vostanis, 2005).

Our results is consistent with studies carried in the area in which in a nationwide epidemiological survey of mental health problems in terms of lifetime prevalence in Iran found that the prevalence of psychiatric disorders using GHQ-12 was 10.8%, (25.9% of the women and 14.9% of the men) using GHQ-28 to be likely 'cases', and 27.3% of the individuals had to be regarded as probably suffering from a psychological disturbance (Mohammadi et al, 2005; Noorbala et al, 2004; Mofidi et al, 2008).

The study showed the most common coping strategies used were: having faith in God, sharing our difficulties with relatives, seeking encouragement and support from friends, facing the problems "head-on" and trying to get a solution right away, seeking information and advice from persons in other families who have faced the same or similar problems, seeking advice from relatives (grandparents, etc.), participating in mosque activities, and attending religious meetings. Studies revealed that in times of disaster, individuals have to focus on survival, day-to-day needs, and basic essential tasks (Figley & Barnes, 2005). Eating well, exercise, self-reflection, and spiritual activities are self-care strategies recommended by mental health

professionals (Coster & Schwebel, 1997; Jennings & Skovholt, 1999; Wright, 1997). Moreover, the literature indicates that one important factor in coping with disaster is the role of social support (Walsh, 1998). Research indicates that actively seeking social support is related to better adjustment postdisaster (Tang, 2006) and that overall levels of social support lead to more positive disaster outcomes (Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006). Individual differences in coping with trauma have been associated with varying degrees of adjustment (Allen, 1999). For example, research on dealing with disasters indicates that more active forms of coping, such as problem solving, are related to better adjustment (Bodvarsdottir & Elklit, 2004; Lopez-Valequez & Marvan, 2003). Research on cognitive forms of coping indicates that cognitive reframing, optimism, and acceptance (when situations cannot change) tend to be successful coping strategies as well (Cryder et al., 2006; Seligman, 1998; Walsh, 1998). The literature also suggests that more emotional forms of coping, such as venting and catastrophizing, do not work well (Bodvarsdottir & Ask, 2004; LaGreca, Prinstein, Silverman, & Vernberg, 1996), but are certainly normal, and this is in line with my observations. This is consistent with study of victims of Asian Tsunami who coped with symptoms and distress by utilising a number of culturally relevant resources, the most common being their own strength, family and friends, the use of a Western-style hospital and their own religious practice (Tang, 2006). Others found that people utilised their own strength (70%), family and friends (56%), a Western-style hospital (56%) or their own religious practice (53%) to cope with symptoms or feelings since the tsunami (Hollifield et al 2008).

Conclusion and clinical implications

The present study shows that Palestinian families are victims of stress and trauma and showed high level of depression and anxiety. However, coping strategies usually used perceived social support have direct effect on families member' outcomes. The reliance on spiritual coping and reframing could be useful for these families to face their difficulties even if we observe adjustment problems. Results also point out to the necessity of elaborating intervention models which include an active participation of significant others. Groups of parents could be a way to include these persons in the adaptation process and reinforce the positive perception of support received. This kind of intervention could increase parents feelings of competence to deal with the and adversities.

References

- Aeaste, M. G., Paste, L. Jacobsson, L., & J. Richter, J. (2001). General mental health, quality of life and attitudes among Kurdish people in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 457-468
- Allen, J. G. (1999). *Coping with trauma*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Bodvarsdottir, I., & Elklit, A. (2004). Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 3-13.
- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 5-13.

- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 65-69.
- Figley, C. R., & Barnes, M. (2005). External trauma and families. In P. McKenry & S. J. Price (Eds.), *Families and change* (pp. 379-402).
- Michael Hollifield, Chandanie Hewage, Charlotte N. Gunawardena, Piyadasa Kodituwakku. (2008). Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *The British Journal of Psychiatry* 192, 39-44.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 423-432.
- Hill, R. (1958). *Families under stress*. Westport, CT: Greenwood.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 423-432.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lopez-Vazquez, E., & Marvan, M. L. (2003). Risk perception, stress, and coping strategies in two catastrophe risk situations. *Social Behavior and Personality*, 31, 61-70.
- Mohammadi, M.R., Davidian, H., Noorbala, A.A., Malekafzali, H., Naghavi, H.R., Pouretemad, H.R. et al. (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorder in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 16.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1982). Family adaptation to crisis. In H. I. McCubbin, A. E. Cabule & J. M. Patterson (Eds.), *Family stress, coping, and social support* (pp. 26-47). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Noorbala, A.A., Bagheri, Yazdi, S.A., Yasamy, M.T. & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Oaks, T., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Qouta, S., Punamäki, R.-L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 265-272.
- Punama`ki, R. L. (1986). Stress among Palestinian women under military occupation; Women's appraisal of stressors, their coping modes, and their mental health. *International Journal of Psychology*, 21, 445-462.
- Punama`ki, R. L. (1988). Experiences of torture, means of coping and level of symptoms among Palestinian political prisoners. *Journal of Palestinian Studies*, 16, 81-96.
- Punama`ki, R. L., & Suleiman, R. (1989). Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children. *British Journal of Social Psychology*, 29, 67-77.
- Punamaki, R-L., , Jaisalo, U., Komproe, I., Qouta, S., El-Masri, M., & De Jong, J. (2008). Dispositional and situational coping and mental health among Palestinian political ex-prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21, 337-358.
- Silverman, W. K., & La Greca, A. M. (2002). *Children experiencing disasters: Definitions, reactions, and predictors of outcomes*. In A. M. La Greca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg, & M. C. Roberts (Eds.), *helping children cope with disasters* (pp. 11-33). Washington, DC: American Psychological Association.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Tang, C. S. (2006). Positive and negative postdisaster psychological adjustment among adult survivors of the Southeast Asian earthquake tsunami. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 699-705.
- Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Public Health Journal*, 7, 314-321.
- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (2005). The Validity and Reliability of Arabic Version of General Health Questionnaire in the Gaza Strip. *Palestinian Medical Journal*, 1, 33-36.
- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, Eyad., & Vostanis, P. (2008a). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 191-199.
- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, Eyad., & Vostanis, P. (2008b In press). The relationship between Siege of Gaza Strip, anger, and psychological symptoms.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.

SIEGE OF GAZA, QUALITY OF LIFE PALESTINIAN CHILDREN 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

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

Aim: The aim of the study was to investigate the effect of siege on Palestinian children and adolescents locus of control and wellbeing.

Method: The sample consisted of 164 Palestinian children and adolescents tested in the Gaza Strip in November and December 2008. The age of children ranged from 8-18 years with mean age 14.69 years.

Instruments: Child and adolescents were interviewed by the following: Sociodemographic scale, Gaza Siege Checklist-children- form, and Kidscreen-52 HRQoL questionnaire.

Results: The results showed that the most common items of siege of Gaza items were: learning problems due to shortage of electricity and teachers unable to come to schools (82.6%), I feel I am in a big prison (79.9%), I quitted purchased daily needs because prices are very high (79.3%), I was not able to go to school due to shortage of fuel and absence of transportation (75%), I cannot find some of the necessary things for study such as books and stationary (68.5%). The children reported from 1-19 siege items with mean =9.07.

The study showed that mean children physical well being was 11.03, psychological well being mean was 13.77, moods and emotions mean was 12.53, self perception mean was 7.28, autonomy mean was 9.56, parent relations and home life 14.75, financial resources mean was 5.45, peers and social support mean was 12.63, school environment mean was 13.79, and social acceptance (Bullying) mean was 2.26.

The results showed that the total siege scores was positively predicted by general mood, self perception and negatively predicted by financial resources.

Conclusion: This study is one of few studies done to evaluate the impact of siege on Palestinian children quality of life. The findings that children depend on parent relations and home life, psychological well being, and school environment to overcome the adversities effect of siege. This highlight the need to involve parents in education programs to increase their awareness of children well-being and psychological needs in time of war and siege.

Also, involving the teachers in well organized courses in the field of child mental health, psychological well-being, coping with stress and siege. Also improving the school environment atmosphere and relationship between students in schools may improve psychological and physical well-being of children.

Key words: Siege, quality of life, children, Gaza Strip

Introduction

Escalation of the crisis in the Gaza Strip was obvious after the capture of an Israeli soldier by Palestinian militant groups in Gaza Strip. As a response to this action, Israeli government started the incursion of the Gaza Strip in a military operation called "Summer Rains campaign" and during this military campaign strict closure by sealing off the entire Gaza Strip was imposed. This included closing the all the crossings for prolonged period of times, and resulted in huge humanitarian suffering for the whole Palestinian population. In this operation, more than 400 people were killed and thousands were injured.

Gaza also suffered from resumption of sonic booms, the shortage of food, fuel and Medical supplies, and the destruction of Electricity Station. Later on, 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 especially children in Gaza Strip have in the last 8 years.

Health-related quality of life in children and adolescents

Quality of Life (QOL) is a complex, abstract, and multidimensional concept which is difficult to define and has relevance to virtually all areas of human function [Evans, 1994]. HRQOL is a main part of QOL and is considered to be an important construct in describing one's overall condition within the health context (von R den, 2007; Fayers et al, 2000). Generally it is conceptualized as a multidimensional construct built up by several domains (Ravens-Sieberer, 1998; Davis, 2007).

There is some consensus considering physical, emotional and social aspects of health to be core domains of HRQOL (Bisegger et al, 2005; Anderson et al, 1993). Others follow the WHO definition of health as a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity (The Kidscreen group, 2006).

Nevertheless, the overall quantity of domains differs in the literature. For example, "behavioural, cultural, and psychological dimensions" as well as "a global perception

of health and well-being" are regarded as important domains of HRQOL (Solans et al, 2007). Depending on the population under study, HRQOL domains consist of several various specific dimensions or factors (Jenney and Campell, 1997). For example, physical factors might include aspects such as self-care, pain, or mobility, while social factors might include aspects such as friends, work, or family. These differences in quantity of domains and dimensions lead to widely varying definitions of HRQOL. Based on a commonly accepted definition by the WHO Quality of Life group (WHO Quality of Life Group, 1993), the following operational definition as stated by von R den (2007) is used in this paper defined HRQOL is a multidimensional construct covering physical, emotional, mental, social, and behavioural components of well-being and functioning as subjective perceived by a person depending on the cultural context and value system one is living in.

The aim of the study was to investigate the effect of siege on Palestinian children and adolescents wellbeing.

Method

Participants

The sample consisted of 184 Palestinian children and adolescents tested in the Gaza Strip in November and December 2008. The sample responded to the interview were 164 participants with response rate of 89.1%, 82 of them were males (50%) and 82 were females (50%). The age of children ranged from 8-18 years with mean age 14.69 years (SD = 2.41).

Procedure

We selected the sample of the children and adolescents according to the second stage of cohort study list of names of the families. We held a meeting and conducted training for 4 hours to 8 professionals working in the children mental health and had previous experience in data collection (4 social workers, 4 psychologists). We explained to them the aim of the study and give them prepared list of number of children to be interviewed. A cover letter was given to each parent to obtain written permission from them to interview their children in the study.

Sociodemographic information for the study population was collected from parents. Each interview took 45 minutes to be completed. Children were informed by data collectors that there was no right or wrong answers and that they were free to withdraw from the study at any time. Children were also informed that if they had questions when completing the scales.

Instruments

The data was collected from children by using the following questionnaires:

Demographic questionnaire

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, and citizenship

Gaza Siege Checklist-children form (Thabet, 2008)

This checklist consisted of 20 items covering a wide range of daily life situation affected by Gaza Siege including the family, education, social life, and economic issues. In this study, the split half reliability of the scale was high ($r = .58$). The internal consistency of the scale was calculated using Chronbach's alpha, and was also high ($\alpha = .54$). Some items were changed to fulfill the needs of new changes in siege of Gaza Strip.

Kidscreen-52 HRQoL questionnaire

It is the first instrument for children and adolescents that was developed simultaneously in several different countries and tested in a large representative sample of children and adolescents (Ravens-Sieberer et al, 2003), thereby helping to provide a broad perspective on the understanding and interpretation of HRQoL across different countries. The KIDSCREEN-52 contains 52 items covering 10 HRQoL dimensions, and has demonstrated its reliability and validity based on classical test theory as well as modern item response theory (Ravens-Sieberer et al, 2005). Although the KIDSCREEN-52 achieved most of the attributes proposed by the Scientific Advisory Committee of the Medical Outcome Trust (Ravens-Sieberer et al, 2003), a shorter HRQoL questionnaire for use in epidemiological and clinical studies was warranted to reduce response burden and to save administration costs. It should enable a wider range of application of a cross-cultural comparable assessment of children and adolescents HRQoL but still permit measurement of the most important components of HRQoL covered by the measurement model of the original KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer et al, 2003). The questionnaire includes the following dimensions (and number of items): Physical well being (5), Psychological well being (6), Moods and emotions (7), Self perception (5), Autonomy (5), Parent relations and home life (6), Peers and social support (6), School environment (6), Social acceptance (Bullying) (3), and Financial resources (3). All items are answered on a Likert-type

scale with five ordered response categories, from "never" to "always" on all frequency answer scales and from "not at all" to "extremely" on intensity answer scales. The recall period for most items is one week. The dimension scores are sum-scores of each item, further transformed into values between 0 and 100, where higher values indicate better HRQL. Dimension scores are calculated when no more than one item is missing. The instrument has shown acceptable reliability and validity coefficients (Ravens-Sieberer et al, 2005). In this study the questionnaire was translated to Arabic by the first author and third author separately and Back Translation was done by the English bilingual translator with BA in English language and words in both languages were compared and showed no major differences between the two. The internal consistency of the subscales was calculated using Chronbach's alpha, the results showed for each subscales as in Table 1.

Table 1: Reliability of the KIDSCREEN-52 (HRQoL) questionnaire

	Alpha	No. of
1. Physical well being	0.84	5
2. Psychological well being	0.81	6
3. Moods and emotions	0.80	7
4. Self perception	0.77	5
5. Autonomy	0.86	5
6. Parent relations and home life	0.86	6
7. Financial resources	0.82	3
8. Peers and social support	0.89	6
9. School environment	0.87	6
10. Social acceptance (Bullying)	0.84	3

Results

Sociodemographic characteristic of the study

The sample responded to the interview were 184 participants with response rate of 99%, it consisted of 92 males (50%) and 92 girls (50%). The age ranged from 6-18 years with mean age was 12.4 years (SD =7.84). According to place of residence 26.1% of children were from North Gaza, 37.5% were from Gaza, 14.7% were from Middle area, 3.8% were from Khan Younis, and 17.9% were from Rafah (south of Gaza). According to type of residence, 43.5% of children live in cities, 12.5% live in villages, and 44% live in camps. According to number of siblings, 13.6% of families had less than 4 children, 61.4% had 5-7 children, and 25% had 8 and more siblings. In looking for the family monthly income, 60.9% of the families monthly income was less than 350 US \$ per month, 30.4% earned 351-700 US \$, and only 8.7% earned more than 701 US \$.

Table 2: Sociodemographic characteristic of the study sample

	N	%
Sex		
Boys	92	50
Girls	92	50
Address		
North Gaza	48	26.1
Gaza	69	37.5
Middle area	27	14.7
Khan Younis	7	3.8
Rafah area	33	17.9

Place of residence		
City	80	43.5
Village	23	12.5
Camp	81	44.0
Number of siblings		
Less than 4	25	13.6
5-7 children	113	61.4
8 and above	46	25.0
Monthly family income		
Less than 350 US \$	112	60.9
351-700 US \$	56	30.4
More than 701 US \$	16	8.7
Paternal education		
Uneducated	11	6.0
Preparatory	25	13.6
Primary	40	21.7
Secondary	53	28.8
University	20	10.9
Master degree	27	14.7
PhD	8	4.3
Father work		
Unemployed	90	48.9
Skilled worker	18	9.8
Employee	59	32.1
Others	17	9.2
Maternal education		
Uneducated	9	4.9
Preparatory	19	10.3
Primary	63	34.2
Secondary	74	40.2
Diploma	13	7.1
University	6	3.3
Mother work		
Housewives	177	96.2
Employee	7	3.8

Frequency of impact of siege of Gaza items

The results showed that the most common items of siege of Gaza items were: learning problems due to shortage of electricity and teachers unable to come to schools (82.6%), I feel I am in a big prison (79.9%), I quitted purchased daily needs because prices are very high (79.3%), I was not able to go to school due to shortage of fuel and absence of transportation (75%), can not find some of the necessary things for study such as books and stationary (68.5%). While the least common siege items reported by children were: I started doing the papers for immigration (18.5%), begging in streets and go to organizations for help (17.9%), stealing from neighbors and shops (10.3%).

The children reported from 1-19 siege items with mean =9.07 (SD =2.8).

Table 3: Frequency of items of siege of Gaza (N = 184)

No.	Items	No.	%
1	Learning problems due to shortage of electricity and teachers unable to come to schools	152	82.6
2	I feel I am in a big prison	147	79.9
3	I quitted purchased daily needs because prices are very high	146	79.3

4	I was not able to go to school due to shortage of fuel and absence of transportation	138	75
5	I can not find some of the necessary things for study such as books and stationary	126	68.5
6	Social visits are less than before	118	64.1
7	I was not able to get my need due to stopped of working of my parents due to siege	107	58.2
8	I can not live in my house due to shortage of cement and building materials and non finishing of our home	106	57.6
9	I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of medicine and equipment transportation	104	56.5
10	Able to get toys and necessary things	84	45.7
11	I thought of immigration	73	39.7
12	Thinking of leaving the school and got to work in streets to help the family	57	31
13	Going to street to sell biscuits, gums, and other things to help family	54	29.3
14	I need to travel outside the Gaza Strip for treatment and other things and can not	48	26.1
15	Using non prescribed medicine to overcome the problems	46	25
16	One of my family members need to travel outside the Gaza Strip for treatment and other things and can not	45	24.5
17	Escape from school and go to work in garages and workshops	40	21.7
18	My parents started doing the papers for immigration for me	34	18.5
19	Begging in streets and go to organizations for help	33	17.9
20	Stealing from neighbors and shops	19	10.3

Means and Standard deviations of Kidscreen

From total number of 184 children only 160 children returned the Kidscreen questionnaire. The study showed that mean children physical well being was 11.03 (SD = 3.38), psychological well being mean was 13.77 (SD = 5.08), moods and emotions mean was 12.53 (SD = 6.32), self perception mean was 7.28 (SD = 3.83), autonomy mean was 9.56 (SD = 4.46), parent relations and home life 14.75 (SD = 5.42), financial resources mean was 5.45 (SD = 3.24), peers and social support mean was 12.63 (SD = 6.23), school environment mean was 13.79 (SD = 5.30), and social acceptance (Bullying) mean was 2.26 (SD = 2.81).

Table 4: Means and Standard Deviations of Kidscreen (N= 160)

Subscales of Kidscreen	Mean	SD
1. Physical well being	11.03	3.38
2. Psychological well being	13.77	5.08
3. Moods and emotions	12.53	6.32
4. Self perception	7.28	3.83
5. Autonomy	9.56	4.46
6. Parent relations and home life	14.75	5.42
7. Financial resources	5.45	3.24
8. Peers and social support	12.63	6.23
9. School environment	13.79	5.30
10 Social acceptance (Bullying)	2.26	2.81

Differences in quality of life and socioeconomic variables

In order to find the differences in quality of life subscales and other socioeconomic characteristics one Way ANOVA was performed in which number of siblings, monthly income, and place of residence as dependent variable and quality of life subscales as independent variables.

Family monthly income and quality of life

Post hoc test showed that there were statistically significant differences in about self toward children from high income (701 US \$ and above) ($F=2.995$, $p=0.05$), family and home life toward children coming from families with 351-700 US \$ ($F=4.3$, $p=0.01$), and money matters toward children coming from families with more than 701 US \$ monthly income ($F=5.28$, $p=0.006$).

Table 5: One way ANOVA of family monthly income and quality of life

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1. Physical Activities and Health	Between Groups	18.423	2	9.212	.804	.449
	Within Groups	1798.420	157	11.455		
	Total	1816.844	159			
2. Feelings	Between Groups	55.774	2	27.887	1.084	.341
	Within Groups	4040.670	157	25.737		
	Total	4096.444	159			
3. General Mood	Between Groups	69.336	2	34.668	.866	.422
	Within Groups	6282.508	157	40.016		
	Total	6351.844	159			
4. About Yourself	Between Groups	85.632	2	42.816	2.995	.053
	Within Groups	2244.712	157	14.298		
	Total	2330.344	159			
5. Free Time	Between Groups	103.936	2	51.968	2.665	.073
	Within Groups					

	Within Groups	3061.558	157	19.500		
	Total	3165.494	159			
6. Family and Home Life	Between Groups	246.855	2	123.428	4.379	.014
	Within Groups	4425.145	157	28.186		
	Total	4672.000	159			
7. Money Matters	Between Groups	105.357	2	52.679	5.280	.006
	Within Groups	1566.243	157	9.976		
	Total	1671.600	159			
8. Friends	Between Groups	194.256	2	97.128	2.555	.081
	Within Groups	5969.244	157	38.021		
	Total	6163.500	159			
9. School and Learning	Between Groups	17.346	2	8.673	.306	.737
	Within Groups	4449.429	157	28.340		
	Total	4466.775	159			
10. Bullying	Between Groups	15.804	2	7.902	1.003	.369
	Within Groups	1236.690	157	7.877		
	Total	1252.494	159			

Place of residence and quality of life

Also, there were statistically significant differences in physical activities and health of children from cities ($F=11.37$, $p=0.0001$), feelings toward children coming from cities ($F=5.68$, $p=0.04$), free time toward children from cities ($F=8.72$, $p=0.001$), family and home life toward children from cities ($F=12.11$, $p=0.001$), money matters toward children from cities ($F=4.04$, $p=0.01$), friends toward children from cities ($F=3.75$, $p=0.03$), and school and learning from children from cities ($F=3.57$, $p=0.03$).

Table 7: One way ANOVA of place of residence and quality of life

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1. Physical Activities and Health	Between Groups	229.978	2	114.989	11.377	.000
	Within Groups	1586.866	157	10.107		
	Total	1816.84	159			
2. Feelings	Between Groups	276.814	2	138.407	5.689	.004
	Within Groups	3819.630	157	24.329		
	Total	4096.44	159			
3. General Mood	Between Groups	98.691	2	49.345	1.239	.293
	Within Groups	6253.153	157	39.829		
	Total	6351.84	159			

4. About Yourself	Between Groups	59.812	2	29.906	2.068	.130
	Within Groups	2270.532	157	14.462		
	Total	2330.344	159			
5. Free Time	Between Groups	316.560	2	158.280	8.723	.000
	Within Groups	2848.934	157	18.146		
	Total	3165.494	159			
6. Family and Home Life	Between Groups	624.622	2	312.311	12.115	.000
	Within Groups	4047.378	157	25.779		
	Total	4672.000	159			
7. Money Matters	Between Groups	81.935	2	40.968	4.046	.019
	Within Groups	1589.665	157	10.125		
	Total	1671.600	159			
8. Friends	Between Groups	782.443	2	391.222	11.414	.000
	Within Groups	5381.057	157	34.274		
	Total	6163.500	159			
9. School and Learning	Between Groups	194.525	2	97.262	3.574	.030
	Within Groups	4272.250	157	27.212		
	Total	4466.775	159			
10. Bullying	Between Groups	1.449	2	.724	.091	.913
	Within Groups	1251.045	157	7.968		
	Total	1252.494	159			

Correlation between siege and quality of life (Kidscreen)

In order to find the association between the total siege items and children wellbeing total screen and subscales. There was positive correlation between total siege and general mood ($r=0.39$, $p<0.001$), about self ($r=0.33$, $p<0.001$), and bullying ($r=0.21$, $p<0.001$).

Table 8: Correlation matrix between siege items and quality of life

	Siege of
1. Physical well being	0.09
2. Psychological well being	0.02
3. Moods and emotions	0.39**
4. Self perception	0.33**
5. Autonomy	0.11
6. Parent relations and home	-0.14
7. Financial resources	-0.17
8. Peers and social support	-0.08
9. School environment	-0.08
10. Social acceptance (Bullying)	0.21**

$p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Determinants of total siege and children well-being

In order to find out the predictive effect of siege on children well-being, total siege was entered as dependent variable in a multiple regression model, with means of KidScreen scores as the independent variables. The results showed that the total siege scores was predicted by general mood ($B = .30, p < 0.001$), self perception ($B = .24, p < 0.01$), and negatively predicted by financial resources ($B = -.28, p < 0.03$). This means that siege lead to increase in mood and emotional problems and self esteem while financial resourced decreased.

Table 9: Linear Regression analysis of siege scores and Kidscreen

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	5.583	1.061		5.264	.000
1. Physical well-being	.091	.076	.107	1.207	.229
2. Psychological well-being	-.027	.058	-.047	-.459	.647
3. Moods and emotions	.137	.041	.303	3.363	.001
4. Self perception	.182	.070	.242	2.604	.010
5. Autonomy	.114	.065	.177	1.747	.083
6. Parent relations and home life	-.002	.057	-.005	-.043	.965
7. Financial resources	-.179	.084	-.202	-2.132	.035
8. Peers and social support	-.036	.046	-.078	-.780	.437
9. School environment	.013	.053	.025	.254	.800
10 Social acceptance (Bullying)	-.001	.090	-.001	-.015	.988

$F = 5.36, p < 0.05, R^2 = 0.26$

Discussion

This is the first study to evaluate the effect of siege on Palestinian children and adolescents quality of life in the Gaza Strip as part of third cohort study done in the Gaza Strip in which families were studied as a part of forming data base of the changes in the Palestinian families across the time (Thabet et al, 2009a, 2009b). In the last 6 decades, Palestinian children are victims of continuous trauma and war. Such experiences may lead to increase of mental health problems and deteriorate the children and adolescents physical and mental wellbeing. Previous studies in the area showed that the adults are suffering of psychological problems due to siege which continued for the last three years (Thabet et al, 2008a, 2008b). In this study similar to adult Palestinians in the Gaza Strip, children reported having learning problems due to shortage of electricity and teachers were unable to come to schools due to shortage of fuel, they felt as if they were in a big prison (79.9%), children quitted purchasing daily needs because prices are very high (79.3%), they were not able to go to school due to shortage of fuel and transportation (75%), and they cannot find some of the

necessary things for continuing study such as books and stationary (68.5%). Such shortages due to siege have adverse impact on the entire life of Palestinian families and increase risk factors for children and adolescents that lead to physical and mental health problems. Such problems may increase state of anger and frustration and may increase violence tendency in children and adolescents. Studies of similar situation are very few and the recent history showed no similar type of collective punishment of one and half million persons in very tiny area.

Our study showed that the highest quality of life subscales reported by Palestinian children living in area of war and conflict and under siege for the last three years were parent relations and home life, psychological well being, and school environment. This was consistent with other studies which found that the most important objective indicators of quality of life in the education domain are access to educational services (Clifton et al., 1996; Beukes & van der Colff, 1997). Mathiti et al (2006) in a study of the quality of life of 'street children' accommodated at three shelters in Pretoria found that two-thirds (68.8%) of the respondents had access to educational services. Lack of access to educational facilities or, where access had been gained, poor and substandard tuition, and lack of access to medical facilities and services were some of the factors that undermined the quality of life of street children. Amine et al (2009) in study of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis showed that in general, children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis had a poorer health related quality of life. The most affected health concepts were psychosocial and motor function.

Conclusion

This study is one of few studies done to evaluate the impact of siege on Palestinian children quality of life. The findings that children depend on parent relations and home life, psychological well being, and school environment to overcome the adversities effect of siege. This highlight the need to involve parents in education programs to increase their awareness of children well-being and psychological needs in time of war and siege.

Also, involving the teachers in well organized courses in the field of child mental health, psychological well-being, coping with stress and siege. Also improving the school environment atmosphere and relationship between students in schools may improve psychological and physical well-being of children.

References

- Anderson, R, Aaronson, N., & Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life, Res*, 2(6) 369-395.
- Bisegger, C, Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberger, U. (2005). The European KIDSCREEN Group: Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Präventivmed*, 50, 281-291.
- Beukes, E. & van der Colff, A. (1997) Aspects of the quality of life in black townships in a South African city: implications for human development, *Social Indicators Research*, 41, 229-250.
- Amine, B., Rostom, S., Benbouazza, K., Abouqal, R., & Hajjaj-Hassouni, N. (2009). Health related quality of life survey about children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol International*, 29, 275-279

- Clifton, R. A., Etcheverry, E., Hasinoff, S. & Roberts, L. W. (1996) Measuring the cognitive domains of the quality of life of university students, *Social Indicators Research*, 38, 29-52.
- Davis, E. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, 16 (5), 863-871.
- Evans, D.R. (1994). Enhancing Quality of Life in the Population at Large. *Social Indicators Research*, 33, 47-88.
- Fayes, P.M., & Machin, D. (2000). *Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation* New York: Wiley.
- Jenney, M.E, & Campbell, S.(1997). Measuring quality of life. *Archives of Diseases of Children*, 77, 347-354.
- Mathiti, V. (2006). 'The quality of life of 'street children' accommodated at three shelters in Pretoria: an exploratory study'. *Early Child Development and Care*, 176, 253- 269.
- Ravens-Sieberger U, & Bullinger M. (1989). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.
- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.D., Serra-Sutton, V., Berra, S, Herdman M, Alonso, J., & Rajmil, L. (2007). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value Health*.
- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2008a), "Siege and Quality of

Life of Palestinians in the Gaza Strip", *Arabpsynet E.Journal*, Vol. 20, pp. 157-164.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2008b), "The Relationship Between Siege Of Gaza Strip, Anger, and Psychological Symptoms, *Arabpsynet E.Journal*, Vol. 20, pp. 174-184.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009a), Palestinian children perception of parenting behaviour in relationship to children mental health problems *Arabpsynet E.Journal*, Vol. 21,22 , pp. 77-83.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009b), Marital satisfaction and mental health of Palestinians in the Gaza Strip *Arabpsynet E.Journal*, Vol. 21,22 , pp. 84-89.

- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires -Quality of Life questionnaires for children and adolescents. Handbook* Lengerich: Pabst Science Publishers.

- von Rüden U: Lebensqualitt als Outcomekriterium in den Gesundheitswissenschaften. Ein Beitrag zur Fragebogenentwicklung für Kinder und Jugendliche in Deutschland [Quality of Life as an outcome criterion in health sciences. (2007). A contribution for the development of questionnaires in children and adolescents in Germany]. In *PhD thesis* Institut für Gesundheitswissenschaften [Institute of Health Sciences], Technische University Berlin.

- WHO Quality of Life Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

Arabpsynet Books



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Fr.htm>

غزة... التداييعات السيكولوجية للحرب والحصار



لكنوا شهداء

PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG CHILDREN ATTENDING CHILDREN CANCER DEPARTMENT IN GAZA STRIP

MANSOUR, MONA, A, BA, MCMH - Head of Nurse Department- Gaza Psychiatric Hospital

ABDEL AZIZ MOUSA THABET, - Associate Professor of Psychiatry - School of Public Health- Al Quds University

PANOS VOSTANIS - Professor of Child and Adolescent Psychiatry -University of Leicester, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

Abstract

Aim: The main goal of this study was to clarify the prevalence of psychiatric disorders among cancer children attending pediatric hospital in the age group from 6-12 years in the oncology department of El-Nasser Hospital.

Method: The study sample consisted of 50 children, 92% of them had Leukemia compared to a control sample of 52 children treated in the hospital for other medical reasons rather than cancer and had no previous mental health disorder or mental retardation. These psychiatric disorders include anxiety, depression and post traumatic stress disorder.

Data was collected by using questionnaire consisted of a number of scales and divided into four parts, the first part contains the demographic data, the second part contains child post traumatic stress disorder scale CPTSD, the third part contains Children Depression Inventory scale CDI, and the fourth part contains Revised Children Manifest Anxiety Scale RCMAS and all these scales were applied on the study sample.

Results: The study showed that most of cancer children 38% live in refugee camps, while 30% of them live in city and 32 % live in the village.

The results of the study show that 56% of cancer children compared by 11.54% of the children in the control group had anxiety disorder, and 64% of cancer children compared with 27% of the children in the control group had moderate to severe depression and 58% of the cancer children compared to 19.2% of the control group had PTSD. The children diagnosed with cancer had more statistically significant differences in anxiety depression PTSD than other control group.

There were no statistically significant difference in the type of residence for anxiety and PTSD variables, but depression was highly rate in children with cancer who live in the city than in village and camps. and there no were statistically significant differences between cancer children and children in the control group in the number of siblings. According to gender, both males and females are affected by psychiatric disorders. The study also shows that the children of cancer live in low socio-economic status as social income than those in the control group. This study can be generalized for other cancer children in Gaza Strip. The researcher recommended that educational, recreational and psychological programs would be developed to decrease the suffering of cancer children and their families. This can be achieved by integrated mental health team from psychiatrists, psychiatric nurse's, psychologists, and social workers to establish individual psychotherapy, group therapy, social programs to cooperative with patients in hospital or home and Prepare education program for family to increase knowledge to support the children with cancer and their families. The researcher also recommended conducting longitudinal study to follow up the psychiatric disorders for children with cancer and their families.

ملخص الدراسة

الهدف الرئيسي: هدفت الدراسة إلى معرفة نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى أطفال السرطان من الفئة العمرية 6-12 سنة في قسم الأورام بمستشفى النصر للأطفال وتشمل القلق والاكتئاب والاضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بأطفال آخرين مصابين بأمراض أخرى ليس لها علاقة بمرض السرطان.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 50 طفل وطفلة مصابون بمرض السرطان وعينة ضابطة 52 من الأطفال الذين يترددون على المستشفى بشرط أن لا يكون الطفل قد أصيب بأي نوع من أنواع السرطان وليس لديه مرض نفسي أو تخلف عقلي.

جمع البيانات : قد تم جمع البيانات الخاصة بالبحث عن طريق تصميم استبانة باستخدام عدد من المقاييس وتشمل أربعة أجزاء , الجزء الأول يتعلق بالعوامل الديموغرافية , والجزء الثاني مقياس كرب ما بعد الصدمة النفسية للأطفال "PTSD" , ومقياس الاكتئاب CDI ومقياس القلق RCMA5

نتائج الدراسة: تبين من الدراسة أن 30% من الأطفال المصابين بالسرطان يسكنون في المدينة , و38% منهم يسكنون المخيمات؛ وبينما المرضى الذين يسكنون القرى 32% .

أما بالنسبة لنوع الإقامة فلا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين بالسرطان والعينة الضابطة لاضطراب القلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة إلا أن مرض الاكتئاب أوجد دلالة إحصائية أكثر للأطفال السرطان الذين يسكنون المدينة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن 56% من الحالات المصابة بالسرطان مقارنة 11.54% من الحالات الغير مصابة لديهم قلق نفسي , وقد تبين أيضا أن 64% من الحالات المصابة بالسرطان مقارنة 27% من الحالات الغير مصابة لديهم اكتئاب نفسي ما بين متوسط وشديد , وان 58% من الحالات المصابة مقارنة 19.2% من الحالات الغير مصابة لديهم اضطراب ما بعد الصدمة.

هناك دلالة إحصائية أن الأطفال الذين يعانون من مرض السرطان يعانون من اضطرابات نفسية أكثر من غيرهم من الأطفال في المجموعة الضابطة.

بينما كان معدل المرضى المصابين بمرض اللوكيميا يمثل نسبة 92% من مجموع الحالات المصابين بمرض السرطان وأن نسبة الشفاء من مرض السرطان للأطفال يمثل 90% من مجموع الحالات المصابة.

وقد وجدت الدراسة أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى السرطان والمرضى الغير مصابين بالسرطان من حيث عدد الأخوة , أي أن جميع المرضى يتأثرون بالاضطرابات النفسية بنفس القدر إذا كان عدد الأخوة كثيراً أو قليلاً.

ولم تجد الدراسة أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنس حيث أن الأطفال سواء كانوا ذكورا أم إناثا فإنهم يتأثروا بالاضطرابات النفسية بنفس القدر سواء كانوا من الأطفال المصابين بالسرطان أو العينة الضابطة. كما أظهرت الدراسة أيضا أن مستوى الدخل الاقتصادي والاجتماعي اقل في مرضى السرطان مقارنة بالعينة الضابطة.

إلا أنه يمكن تعميم هذه الدراسة على أطفال السرطان في قطاع غزة حيث تم جمع العينة من كل الأطفال الموجودين في قسم الأورام في مستشفى الأطفال. كما أوصت الباحثة بعدة اقتراحات والتي توصي بعمل برامج خاصة تثقيفية نفسية وبرامج ترفيهية لتخفيف الآلام لدى مرضى السرطان عن طريق إنشاء فريق نفسي متكامل من أطباء وتمريض وأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي لتقديم الخدمات النفسية للأطفال السرطان وذلك بإنشاء ودعم برامج توعية تعليمية نفسية بإنشاء مجموعات علاجية وبرامج تثقيفية لعائلات المرضى حتى يسهل التعامل مع المريض ومعرفة طبيعة مرضه ومساعدته , سوء في المستشفى أو البيت وذلك للتدعيم النفسي للأطفال المصابين بالسرطان وكذلك عائلاتهم. كما أوصت الباحثة بعمل دراسة طولية تتبعه لمعرفة حجم المشاكل النفسية لدى أطفال السرطان وعلى أمهات المرضى أيضا الذين يعانون بصورة كبيرة.

Introduction

The incidence of cancer in children is lower than that in adults. It is estimated that the overall incidence in children below 14 years was 14.8 per 100 000 of child population for the year 2004 in the USA (Miller et al. 1995; SEER 2007). Malignant neoplasm was the leading cause of death for 30 child aged 0-18 years in 2003, 15 child aged from 0-4 years and 15 child aged from 5-18 years old (MoH, 2004).

Most of children with cancer are passing periods of anxiety and depression during the course of their illness. For many children, anxiety symptoms are related to procedures during the illness period such as receiving chemotherapy. A child may appear depressed during acute exacerbation of the disease. He may feel better when there is physical improvement. Children may also be depressed during staying at the hospital due to missing regular daily activities or not seeing friends (Selter, 1990). Others found that children with cancer did not have higher depression scores than did their healthy peers (Matziou et al, 2008).

Studies showed that children with other medical conditions are showing a degree of mental health problems (Thabet et al, 2005). Ortage, et al (2002) examined the associations between psychiatric disorders and both childhood asthma and other childhood chronic illnesses. The results showed that having a history of asthma was associated with anxiety disorder. Having a chronic illness other than asthma or cancer was associated with affective disorder and dysthymia but not anxiety disorder. Children with a history of asthma were more likely to have anxiety disorder, simple phobia, separation anxiety, and overanxious disorder than children without a history of asthma and no differences by history of asthma were found for affective disorder or disruptive disorders (Mcquaid et al., 2000; Perrin et al., 1992) and psychiatric disorders (Bryant and Panasetis, 2001).

The aim of the study was to compare the prevalence of psychiatric disorders such as anxiety, depression, and PTSD among cancer children with other children attending oncology department in pediatric hospital.

Methodology

Subjects

We selected 57 children with cancer aged 6–12 years from oncology department at El Nasser pediatric hospital in Gaza city. We could not contact seven children because of difficulty in contacting the families. The local research ethics committee approved the study. We selected a control group of 52 children matched for age (6-12 years) and sex from the same pediatric hospital coming for treatment of other medical conditions rather than malignancy.

Study setting

Health services for cancer children in Gaza Strip are provided by El Nasser pediatric hospital and Gaza European hospital.

Measures and procedures

Before we started data collection, official letters from the authorities concerning such studies were issued. Participants received complete oral written explanation about the objectives of study and the time for the interview. A written consent form was signed by parents of the children.

Children sociodemographic and medical information were gathered from parents including parental education, job, and income. Children were interviewed inside the hospital team consisted of 4 people including researcher and other one psychologist and other 2 psychiatric staff nurse. We ensured participants about the privacy and confidentiality of the information. Each interview took 20-25 minutes. There were some difficulties facing the researcher, which some of children with cancer were going under painful procedures and it was difficult to communicate with them. Data collection was conducted in the period from June 2006 to October 2006.

Instruments of the study

Research instrument have two parts:

- (1) Questionnaire of socio-demographic and economics, include age, sex family income, and educational level.
- (2) Instruments used depression, anxiety, and PTSD scale.

Posttraumatic Stress Disorder Scale (DSM-V, 1994)

A standardized 17 items, self report measure designed to assess posttraumatic stress disorder of children of 6-12 years following exposure to a threatening illness and cancer as a traumatic event. It includes three subscales. Intrusion (0-4 items), Avoidance (5-11 items), items and Hyper arousal (11-16 items), the scale has been found to detecting the likelihood of PTSD. The CPTSD used in this study was based on DSM criteria and has already been validated in the Arab culture (Thabet and Vostains, 2004).

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), Reynolds and Richmond, 1997

The anxiety scale is a standardized 37-item, self-report questionnaire for children of 6-19 years of age. It measures the presence or absence of anxiety-related symptoms (Yes, or no answers) in 28 anxiety items and 9 lie items, factor analysis of the items has identified three factors, physiological, worry over sensitivity and concentration. A cut-off 19 of total score to become 28 items has been found to predict the presence of

anxiety disorder (Thabet, and Vostains, 1998).

Children Depression Inventory (CDI) (Gareeb, 2000)

The CDI is a standardized self-report questionnaire of depressive symptomatology (Gareeb, 2000). This has been developed for children and young people of 6-17 years old. The CDI include (27 items), each scored on a 0-2 scale (from not diseased to sever) for the previous 2 weeks. The total score ranges between 0-54, and the score of above 19 has been found to indicate the Likelihood of a depressive disorder.

Statistical analysis

Statistical analyses were performed using SPSS for Windows, Version 10.0 (SPSS, Chicago, Ill). Individual variables were examined by percentage, mean, and standard Differences between the children with cancer and control groups in psychiatric disorders was assessed using t independent test. Statistical relationship between the variables were assessed using P value were calculated for the ordinal level measures ($p < 0.05$).

Results

Sociodemographic characteristics of the study sample.

As shown in table 1, the total number of children with cancer was 50 children, 48% were boys and 52% were girls. While control group children were 52 children, 50% were boys and 50% were girls.

Table 1 : Sociodemographic characteristics of the study sample

	Cancer cases		Control	
	No	%	No	%
Sex				
Male	24	48	26	50
Female	26	52	26	50
Age				
6-9 years	22	44	25	48.08
9 to 12 years	28	56	27	51.92
Place of residence				
City	15	30	19	36.54
Refugee camp	19	38	11	21.15
Village	16	32	22	42.31
Siblings				
more than 8 siblings	15	30	15	28.85
5-7 siblings	23	46	24	46.15
less than 4 sibling	12	24	13	25.00
Family monthly income				
Less than 275 \$	28	56	22	42.31
From 276-570	14	28	16	30.76
From 571-860	8	16	6	11.54
More than 860	0	0	8	15.38
Father education				
Elementary	2	4	1	1.92
Primary	14	28	5	9.62
Secondary	22	44	13	25.00
Diploma	8	16	12	23.08
University degree	4	8	15	28.85
High education	0	0	6	11.54
Mother education				
Elementary	4	8	1	1.92
Primary	10	20	12	23.08

Secondary	21	42	17	32.69
Diploma	11	22	14	26.92
University degree	2	4	8	15.38
High education	2	4	0	0.00
Father job				
Unemployed	12	24	6	11.54
simple worker	15	30	8	15.38
professional worker	14	28	11	21.15
civil employee	8	16	24	46.15
farmer	1	2	3	5.77
Mother job				
House wife	48	96	34	65.38
Farmer	2	4	6	11.54
Employee	0	0	12	23.70

Diagnosis of cancer in children

As shown in table 2, 37 cases were diagnosed as acute lymphoblastic leukemia (74%), 9 cases were diagnosed as acute myeloid leukemia (18%), and the remaining were Hodgkin's, brain tumor, and lymphoma. According to period of treatment, 3 of cancer children treated since 3 months, (6%), 15 cases treated from 3-6 months (30%), 15 cases from 6-12 months (30%), 15 cases treated from one-two years (30%) and the lower cases are treated more than 2 years represent (4%). As shown in table 2 most of cases treated by chemotherapy, 48 children with cancer represent (96%), and by bone marrow transplantation and radiation therapy 2 cases represent (4%).

Table 2: Diagnosis of cancer in children

Diagnosis	No.	%
Acute lymphatic Leukemia	37	74
Acute myeloid leukemia	9	18
Hodgkin's	1	2
Brain tumor	1	2
Lymphoma without Hodgkin's	2	4
Date of exploration		
3 months	3	6
From 3-6 months	15	30
from 6- 12 months	15	30
one - two years	15	30
more than two years	2	4
Types of therapy of		
Chemotherapy	48	96
Radiation therapy	2	4

Psychiatric problems in children

In order to find the differences between the two groups in psychiatric problems, t independent test was performed. The results showed that children with cancer reported more anxiety than the control group (mean = 19.98 vs 9.3). The differences reached statistically significant level toward children with cancer. The results showed that children with cancer depression scores mean was 26.92 and control mean depression scores was 24.31. No statistically significant differences between the two groups ($t = 1.76$, $p = 0.08$). Also, total scores of PTSD mean for children with cancer was 35.06 and for control was 32.79. No statistically significant differences in total PTSD scores between the two groups ($t = 0.97$, $p = 0.34$). Avoidance scores were more in control group mean = 14.17 and children with cancer mean = 13.78. This difference did not reached statistically significant difference ($t = -0.39$, $p = 0.7$). Re-experiences scores mean for cancer children was 11.17 and for control was 8.82. There was statistically significant differences toward control group children ($t = -3.50$, $p = 0.001$).

Arousal scores were more in children with cancer (mean = 11.56) compared to 8.35 in control group children. There were statistically significant differences between the two groups toward the children with cancer ($t = 3.58$, $p = 0.001$).

Table 3: T independent test comparing cancer children and control according the anxiety, PTSD, reexperiences, avoidance, and arousal

		N	Mean	SD	t	p
Anxiety	Cases	50	18.98	6.37	7.82	0.00
	Control	52	9.31	6.12		
Depression	Cases	50	26.92	3.83	1.76	0.08
	Control	52	24.31	9.81		
PTSD	Cases	50	35.06	11.96	0.97	0.34
	Control	52	32.79	11.77		
Avoidance	Cases	50	13.78	5.09	-0.39	0.70
	Control	52	14.17	5.03		
Reexperiences	Cases	50	8.82	3.43	-3.50	0.00
	Control	52	11.17	3.36		
Arousal	Cases	50	11.56	4.56	3.58	0.00
	Control	52	8.35	4.50		

Discussion

This paper aimed to compare psychiatric disorders in children with cancer and control groups children. The results showed that depression scores in children with cancer did not differ from the control group. The results showed that children with cancer reported more anxiety than the control group. This is inconsistent with study of Radcliffe et al (1996) which found that children with brain tumors scored significantly below established norms on measures of anxiety and depression. Given the potential stressors associated with the cancer experience, there has been a burgeoning interest in understanding these counter-intuitive findings that children with cancer report few symptoms of distress. Several ideas have been proposed to explain the relatively low levels of depression, anxiety, and other emotional distress reported among caregivers and children with cancer. One speculation is that various aspects of the cancer experience provide protective influences in fostering hardiness and improved psychosocial outcome (Verrill et al, 2000). Another plausible hypothesis that has received empirical support is that children with cancer and their caregivers are prone to a repressive adaptational style. Other such as of Yeh and Wong (2004) found that children with cancer reported high rates of significant depression. The study of Sawyer, et al (1997) reported that depression in children with cancer were significantly higher than children in the community. It seems likely that depression reflected the impact of treatment, chemotherapy and other invasive medical procedures on the children with cancer. However, our result were in concordance with previous finding by Varni et al (2004) showing that higher pain intensity is associated with higher depression and anxiety symptoms among children with cancer as a comparative study with community children.

Our study found that children with cancer scores more in PTSD and avoidance, but no statistically significant differences in total PTSD scores between the two groups, re-experiences scores mean for cancer children was 11.17 and for control was 8.82. There were statistically significant differences toward control group children. Arousal scores were statistically significant toward the children with cancer. This could be due to the political situation in the Gaza Strip in which non cancer children will stay more at home and will exposed to more

traumatic events than children with cancer staying at hospital for longer period of time protected by the medical teams and parents. This is inconsistent with other studies, Meesk et al (2001), found that children with cancer and survivors reported clinically significant levels with PTSD than the population, and the survivors with PTSD reported poor quality of life.. Yeh and Wong (2004) found that children with cancer have significant PTSD symptoms, including intrusion and avoidance which return to the high tendency of emotional and behavioral problems scores for pediatric oncology patients and suggested that they should receive psychological care.

Conclusion

This study aimed to study the rate of psychiatric disorders among children with cancer compared with case control group of children attending to pediatric oncology department aged 6-12 years old in Gaza strip and differences of these psychiatric disorders particularly anxiety, depression and PTSD to sex, number of sibling, type of residence, educational level, types of cancer, and socioeconomic factors. The study found that children with cancer had more anxiety than the control group and also arousal was more in such children. The findings that there were no differences in PTSD and depression could be due to presence of other factors rather than being diagnosed as cancer is traumatic events such as poverty, abuse and neglect, family violence, cultural factors, and the bad socioeconomic situation of the families in the Gaza Strip.

The findings of this study concluded that we had to recommend the following : 1) Establish multidisplenary team, psychiatrist, psychiatric nurse, psychologist and social worker to promote psychological needs of children and palliative care treatment. 2) Developed the out patient clinic by computerized system for medical cancer index. 3) More psychological programs directed to the children with cancer especially during invasive chemotherapy and educating family about cancer. 4) Health care for children with cancer should include psychological services to prevent long-term psychiatric problems. 5) Enhancing community mental health programs for psychological support for children with cancer and their families especially their mothers through home visits and follow up.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Bryant, RA., Panasetis, P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Journal of Behavioral Research Therapy*, 39, 961-966.
- Gharib, A (1985). Arabic version of CDI. El Nahda El Masrya, Cairo.
- Jackson, J.L., Houston, J.S., Hanling, SR., Terhaar, K.A., & Yun, JS. (2001). Clinical predictors of mental disorders among medical outpatient, *Journal of Internal Medicine*, Vol. 161, 875-879.
- Matziou, V., Perdikaris, P., Galanis, P., Dousis, E., & Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *International Nursing Review* 55, 314-319
- Mcquaid, E.L., Fritz, G.K., & Nassau, J.H. (2000). Stress and airway resistance in children with asthma. *Journal of Psychosomatic*

Research, Vol. 49, 239-245.

- Meeske, K. A., Ruccione, K., Globe, D. R., & Stuber, M. L. (2001). Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 481- 489.
- Miller, R.W., Young, J.L. & Novakovic, B. (1995) Childhood cancer. *Cancer*, 75, 395-405.
- Ministry of health (2004). The status in Palestine. Annual report, Palestine.
- Ministry of health (2005). The status in Palestine. Annual report, Palestine
- Ortage, AN., Huertas, S., Canino, G., Ramirez, R., & Stipek, MR. (2002). Childhood Asthma, Chronic Illness, and Psychiatric Disorders. *Journal of Nervous and mental disease*, Vol.190, 275-281.
- Perrin, J.M., MacLean, W.E., Gortmaker, S.L., & Asher, K.N. (1992). Improving the psychological status of children with asthma, a randomized controlled trial. *Journal of Development Behavior Pediatric* Vol.13, 241-247.
- Radcliffe, J., Bennet, D., Kazak, A. E., Foley, B., & Phillips, P. C. (1996). Adjustment in childhood brain tumor survival: Child, mother, and teacher report. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 529-539.
- Reynolds C, Richmond B. (1997). What I Think and Feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *J Abn Child Psychology* 25: 15-20.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M. (1997). childhood cancer, a two-year prospective study of the psychological Adjustment of children and parents, *American Academy of child and Adolescent psychiatry* Vol. 37,1736-1743.
- SEER (2007) *Age-adjusted SEER Cancer Incidence Rates 1975-2004*.
- Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2004/results_merged/topic_annualrates.pdf (accessed on 18 April 2007).
- Thabet, A., (1999). Vostanis, P., Post-traumatic Stress Reactions in children of War. *Journal of child Psychology and Psychiatry*.
- Thabet A A, & Vostanis P .(2005). Child mental health problems in the Gaza Strip. *Israel Journal of Psychiatry*, 42, 84-87.
- Varni, J.W., Blount, R.L., Waldron, S.A., & Smith, A.J. (1995). Management of pain and distress. *Handbook of pediatric psychology*. (2nded). New York. Guilford.
- Verrill, J. R., Schafer, J., Vannatta, K, & Noll, R. B. (2000). Aggression, antisocial behavior, and substance abuse in survivors of pediatric cancer: Possible protective effects of cancer and its treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 493-502.
- Yeh, CH., and Wang, Y.F. (2004). Competent Emotional/Behavioral problems in Pediatric Oncology. *Nursing Journal of Taiwan Cancer*, vol. 27(5), 413-422.

الأطفال والكوارث: دليل الأطباء للرعاية الأولية

مصطفى شقيب - عالم النفس، المغرب

chagib@yahoo.fr

يحتاج الأطفال والأسر إلى خدمات هامة في أعقاب الكوارث، وذلك لما لهذه الكوارث من وقع مستمر على المدى البعيد..

في التجربة الأمريكية، لدى تنظيم الخدمات استجابة لآثار النفسية الكبيرة الناجمة عن الكوارث، وفي التدخلات لصالح الأطفال كان التركيز يتم أساسا على النظام المدرسي. بل كان الطبيب الممارس غير معترف به في كثير من الأحيان، وغير مرغوب فيه إلى حد كبير.

يمثل هذا الكتيب محاولة لتقديم المعلومات للأطباء لاستكشاف الأدوار المتعددة في الاستجابة للكوارث والتعافي منها، فضلا عن الوسائل الأفضل لتقييم وعلاج احتياجات مرضاهم.

آثار الكوارث الكبيرة تضع ضغطا كبيرا على كامل نسيج المجتمع وسكانه.

مقدم الرعاية الصحية في كثير من الأحيان قد يكون الضحية / الناجي و مصدرا للمساعدة.

والغرض من هذا الكتيب هو توفير الموارد لمساعدة الأطباء والمرضى، ومجتمعاتهم المحلية بصورة أكثر فعالية في مواجهة هذه الأوقات الصعبة للغاية.

المحتويات

مقدمة

1 خصائص الكوارث

2 آثار الكوارث

3 ردود فعل الأطفال/المراهقين على الكوارث

4 مشاكل نوعية وتوصيات

5 توصيات عامة

6 خارج العيادة: قضايا الإشراف المجتمعي

ملحق 1: اختبار للمعلومات

ملحق 2: مبادئ العمل السريري مع الأطفال المصدومين. إرشادات خاصة للوالدين، المعتنقين، والمدرسين.

ملحق 3: إرشادات للمدرسين لمساعدة الأطفال على التكيف والمعاونة.

ملحق 4: الأطفال فاقدو ذويهم

مقدمة

الصغار في حدث الكارثة. وكرائد مجتمعي معترف به، قد يتم اللجوء إلى الطبيب للتكف بحاجيات المجتمع في مثل هذه الحالات. وسيعمل الدليل على مساعدة الطبيب على القيام بهذا الدور.

1. خصائص الكوارث

بين الطبيعي والبشري

تُعرّف الكارثة عادة بأنها حدث:

1. يشمل تدمير الممتلكات.
2. يشمل الضرر و / أو وقوع خسائر في الأرواح.
3. يصيب عددا كبيرا من السكان ويشترك في محنته العديد من الأسر.

كما في فلسطين، حيث يعاني السكان والأطفال من الاعتداءات العسكرية الدائمة التي تخلف القتلى والمصدمين، يعرف العالم أيضا أنواعا من الكوارث طبيعية وبشرية تخلف آلاف القتلى سنويا لتصبح محط اهتمام السلطات الرسمية هناك، وعلى رأسها الولايات المتحدة الأمريكية.

للكارثة تركبة خطيرة فعلا، ولها وقع مادي وعاطفي واسع وعريض. الأطفال قد يشهدون الأعراض المتعلقة بالكارثة سواء في البيت أو في المدرسة. إنها عادة ردود فعل طبيعية تجاه وضعية غير طبيعية، وبالتالي من المهم بالنسبة للطبيب التعرف على الأثر النفسي قصد دعم الطفل والأسرة.

يركز هذا الدليل على كيفية استعداد المعتنق الصحي، تقييم ومعالجة

3. **تهديد الكارثة**، الذي سبق مباشرة التأثير الفعلي.
4. **المرحلة الفورية لما بعد الكارثة**، عندما يشرع الناجون في جرد الأحداث.
5. **مرحلة الإنقاذ**، التي ينضم خلالها الناجون وعمال الطوارئ لإنقاذ أولئك المتضررين من الكارثة.
6. **المعالجة** التي تقوم بها المؤسسات الصحية والحكومية والتأمينات.
7. **فترة الاسترداد-المعافاة**، حيث يعاد بناء الهياكل المادية، و يبدأ الأفراد و الأسر في التكيف لمواجهة الموقف.

2. آثار الكوارث

آثار الكارثة على المجتمع

إذ أن الأطفال لا يعيشون في فراغ ، من المهم اعتبار الآثار المترتبة للكارثة على محيطهم والمساعدين ، المجتمع ، الأسرة ، الطبيب المسعف، وكيف يمكن أن ينعكس ذلك على الأطفال. وتختلف كل كارثة في آثارها تبعاً لنطاقها ، شدتها ، وخصائص المجتمع القبلية للكارثة ، الأسرة ، والشخصيات الفردية.

تكون آثار الكارثة على المجتمع في كثير من الأحيان على نطاق واسع ، وتشمل ما يلي :

تدمير البنيات التحتية .

عدم وجود الكهرباء ، الصرف الصحي ومياه الشرب .

تدمير الاتصال المادي مع العالم الخارجي (مثل الطرق ، الهواتف ، و الجسور) .

تهدد تماسك المجتمع بسبب الموت والإصابة .

احتمال التكرار .

آثار الكارثة على الأطفال وأسرهم

الآثار المحتملة للكارثة على الأسرة متنوعة ومهمة للغاية للطفل. وتشمل الأحداث التالية:

الوفاة أو الإصابة الجسدية لأفراد الأسرة ؛

فقدان الأسرة أو المسكن أو الممتلكات ؛

الانتقال (تغيير المدرسة) ؛

فقدان الوظيفة ،

الخلل الوظيفي أو الأسري

يجب على الطبيب المسعف أن ينظر في الصدمات الجسدية على الطفل والأسرة قبل الآثار العاطفية. ومع ذلك، من المهم أن يسمح الطبيب - كشخص موثوق- لقريب الطفل بالاهتمام باحتياجاته الخاصة بحيث قد يساعد الطفل على التكيف بشكل أفضل. (مماثلة- في حالات طوارئ رحلة طائرة- بوضع قريب الطفل.. قناع الأكسجين أولاً ، وبعد ذلك يضع الطفل القناع).

ويمكن أن يشمل ذلك توجيه القريب للاستشارة النفسية.

من المهم أن نتذكر، أن للأطفال والأسر، في معظم الحالات، رد فعل طبيعي تجاه حالة غير طبيعية. وأنه غالباً ما يكون من الأسهل للأباء أن

الكوارث التي هي من الأحداث التي تخرج عن إرادة وإمكانية التجربة الإنسانية الطبيعية، ومن منظور نفسي، فهي صادمة إلى حد إحداث الضغط الشديد على أي شخص، بغض النظر عن خبرته السابقة ونشاطه الوظيفي. كما أنه قد يكون لها أثر على عشرات الآلاف من الناس ممزقة مجتمعات بأسرها.

وعادة ما تصنف الكوارث حسب الأسباب الطبيعية إلى تلك التي يتسبب فيها الإنسان. ومن الأمثلة على الكوارث التي يسببها البشر وتشمل حوادث النقل الجماعي (الجوي، السكك الحديدية، السفن ، أو السيارات)، النيران ، نشر السموم البيئية ، الاضطرابات الأهلية ، الجريمة والإرهاب.

الكوارث الطبيعية تشمل أحداثاً مثل الأعاصير، الزلازل، الأعاصير، الصواعق.

ويمكن أن يكون مصدراً للتدمير المجتمعي على نطاق واسع، موصفاً بأنه مأساوي على المدى.

وفي بعض الأحيان تحدث كوارث بسبب مزيج من الطبيعة والتكنولوجيا، مثل تحطم طائرة نتيجة لسوء الأحوال الجوية.

وبما أنه لا يوجد أحد لإلقاء اللوم عليه في حال الكارثة الطبيعية ، فقد يوجه الضحايا غضبهم نحو ذواتهم ويشعرون بالذنب لعدم اتخاذ الاحتياطات اللازمة ، أو يمكن أن يعتقدوا أنها "مشيئة الله" وعقابه. وأمام عدم وجود أحد لإلقاء اللوم عليه، فقد ينزل الضحايا غضبهم على المسعفين ، بمن فيهم مهنيي الرعاية الصحية.

أما الكوارث التي يسببها البشر فهي ترتبط بمستويات أعلى لاضطراب الشدة اللاحق للصدمة من الكوارث الطبيعية. على سبيل المثال، في كوارث النقل الجماعي، هناك القتل، الإصابات الخطيرة والتشويه. لكن بعض الناجين يطورون رهابة لهذا النوع من النقل. في هذا النوع من الكوارث ، قد يشعر الضحايا بالغضب ويضعون اللوم على فرد أو مجموعة من الناس الذين يحملونهم مسؤولية الحدث.

أثناء الحرب عامل إجهاد آخر صادم للأطفال والأسر، والذي يمكن أن يؤدي بالطفل إلى تجربة وفاة شخص محبوب وفقدان المنازل والممتلكات ، والتهجير .

أثناء الحرب ، يشهد الأطفال غالباً أعمال العنف. العديد من المشاكل والانفعالات المتعلقة بالحرب التي على الأطفال والمراهقين التغلب عليها هي مماثلة لتلك التي يواجهونها في أعقاب الكوارث الطبيعية والكوارث التي يتسبب فيها الإنسان.

هذا الدليل هو موجه لمساعدة أطباء الرعاية الأولية في الاستجابة لأنواع الكوارث الطبيعية والكوارث التي يتسبب فيها الإنسان الأكثر شيوعاً. أنواع أخرى من الصدمات يمكن أيضاً أن يكون لها أثر مماثل على الأطفال والأسر، ولكن خارج نطاق هذا الدليل. على سبيل المثال ، من ضحايا الاعتداء الأخلاقي على الأطفال والأطفال الذين يتعرضون لحادث سيارة قد يظهرون تحديات مماثلة.

مراحل الكوارث

مراحل كل كارثة ، سواء التي يتسبب فيها الإنسان أو الطبيعية ، كما درسها المعهد الوطني للصحة النفسية-الأمريكي ، يمكن إدراجها على النحو التالي :

1. ظروف المجتمع، الأسرة والفرد لما قبل الكارثة.
2. التحذير من الكارثة الوشيكة التي تقدمها وسائل الإعلام أو الأرصاد الجوية.

• تعليم الآباء والأمهات عن السلوكيات الشائعة التي يُظهرها الأطفال أو المراهقون. توفير الإحالات للأسر التي لديها أطفال يحتاجون إلى خدمات الصحة العقلية.

• التشاور مع المدارس.

• تحديد العلامات النفسية أو البدنية للإجهاد لدى الأطفال، المراهقين والأسر.

مع كل هذه المسؤوليات، قد يكون أيضاً على طبيب الرعاية الصحية الأولية في المجتمع التعامل مع الخسائر والمشاكل الشخصية. هذا الدور/النزاع يشكل عبئا مزدوجا ولا ينبغي تجاهله. والحاجة لعلاج المزيد من المرضى بعدد أقل من اللوازم وفي ظروف أقل من الظروف الطبيعية للعلاج قد يعود سلبا على المجتمع. وبالإضافة إلى ذلك، إذا ما تضرر مكتب الطبيب أو دمر في الكارثة، إعادة بناء البنية والممارسة يشكل ضرورة.

التعامل مع وفاة أحد المرضى قد يكون في غاية الصعوبة. التحدث مع الأطباء الآخرين حول تجاربهم المشتركة قد يكون مفيدا. جماعات الدعم للأطباء ومقدمي الرعاية الصحية، وأسرتهم، هي أيضا كفيلة أيضا بالمساعدة في التغلب في أعقاب الكارثة.

من الناحية العملية، مع إغلاق المدارس بعد وقوع الكارثة، مقدمو الرعاية قد يحتاجون إلى مزيد من الرعاية للطفل. كما قد يكون من الضروري توفير مساكن مؤقتة للمهنيين العاملين في مجال الرعاية والمساعدين في مجال إعادة بناء المجتمع. ومع ذلك ينبغي على الطبيب تقييم باستمرار التوازن بين المطالب الشخصية والمهنية.

الاعتبارات الثقافية، الدينية والعرقية

هناك القليل من البحث عن الوقع الفريد للكوارث على فئات محددة من الأطفال ثقافية أو عرقية، ولكن هناك بعض الملاحظات التي تُظهر الاختلافات. الاتصال بقيادة الجماعات الثقافية المختلفة في المجتمع أمر ضروري في جميع مراحل الكارثة. المعلومات عن الخدمات المتاحة ينبغي توفيرها بكل لغات ولهجات المجتمع. هذه المعلومات قد يكون توزيعها عن طريق المساجد وفئات المجتمع المحلي.

ولأن الدين والعبادات تعتبر مصدرا للكثير للراحة والاطمئنان في مواجهة الخسائر في الأرواح والممتلكات، وأسلوب الحياة في بعض الأحيان، من المهم أن تبقى المساجد ومرشديها في نشاط دائم لانتعاش واسترداد المجتمع أثناء وبعد وقوع الكارثة. الإحالة المتبادلة بين أطباء الرعاية الأولية والمرشدين الدينيين ينبغي إنشاؤها لمساعدة الأسر على المواجهة. والتكيف.

3. ردود فعل الأطفال والمراهقين على الكارثة

مراحل ردود الفعل

تحدث **المرحلة الأولى** أثناء الكارثة وبعدها مباشرة مع ما يترتب على ذلك من مشاعر الخوف، حالة من الصدمة، قلق حاد وحزن-حداد بعد فقدان، أو إسعاف الآخر إذا كانت الأسرة سليمة.

هناك قدر كبير من الإيثار قد يلاحظ لدى الأطفال لمساعدة أحد الأقرباء الأصغر سنا.

تحدث **المرحلة الثانية** لعدة أسابيع بعد وقوع الكارثة. وتشمل السلوكيات الشائعة كالتراجع إلى المستويات السابقة للنمو ومظاهر من الاختلال العاطفي، مثل التعلق الأسري، تغيير في الشهية، سلس البول، الإمساك، الصداع، اضطراب النوم والتهيج.

يلتمسوا العلاج للطفل قبل طلب العلاج لأنفسهم، ولكن في بعض الأحيان سيقدم أحد الوالدين طفلا ذو أعراض كوسيلة لعرض أعراضه ذاتها.

للعلم، التوافق الوالدي اتجاه الكارثة هو عامل هام في عملية توافق الطفل. فإذا كان هناك في السابق نزاعات عائلية أو تاريخ مرضي نفسي، فإن هذا قد يعوق التكيف مع تغيرات الحياة الناتجة عن وقوع الكارثة. العنف المنزلي أو استهلاك أحد الوالدين للكحول أو المخدرات قد يزيد بشدة من إعاقة عملية معافاة الأسرة. فإذا كان الأب يعتمد بشكل كبير على الطفل من أجل الدعم، أو بدلا من ذلك، مفرط الحماية للطفل، فإن حل الطفل لآثار الكارثة قد يتأخر.

رد فعل الأب على سلوك الطفل أمر هام أيضا. والاستجابة الأسرية اتجاه الكارثة مرتبطة جيدا باستجابة الطفل. قد يكون الآباء جد مضطربين إلى حد عدم إدراكهم لمتابعب الطفل.

عوامل التهديد السابقة

من الهام فهم عوامل التهديد السابقة في حياة الطفل أو المراهق، وذلك من أجل تقييم لآثار الكوارث. على سبيل المثال، قد تكون هناك إعاقات بدنية سابقة أو تاريخ مرضي نفسي لدى الطفل أو أحد أفراد الأسرة.

في الأسر المختلة، قد يكون هناك نزوعا متزايدا نحو تعاطي الكحول أو المخدرات الأخرى. الأطفال المتأخرو النمو أو ذوي الإعاقة الجسدية قد يحتاجون إلى رعاية إضافية بسبب انقطاع رعايتهم، فقدان المرافق (مثل مباني ولوج المعوقين) أو تدهور حالتهم تبعا للكارثة. هؤلاء الأطفال والأسر ينبغي أن يكونون هدفا نوعيا للاهتمام بعد وقوع الكارثة، وكذلك في التخطيط قبل الكارثي، للتأكد من إتاحة المرافق والمعدات.

إن تواجدت أية مشاكل صحية عقلية أو بدنية، فمن المرجح أن تزيد الكارثة من تفاقمها، لذا ينبغي أن يحال الأطفال الذين يعانون من هذه المشاكل إلى مختصينهم السابقين من أجل مساعدة محددة.

الأسر التي يولد لديها طفل في وقت وقوع الكارثة أو الذين هم في المراحل الأولى من التمرير والتعلق الأمومي، قد تكون مجموعة أخرى تحتاج إلى عناية خاصة.

قد تحتاج الأم نفسها إلى دعم وتعليم إضافي من أجل تقدير وتقليل أثر المجهودات الإضافية، وكذلك تقديم المساعدة العملية للحصول على الغذاء السليم، المياه، الحليب واللوازم.

الآثار على طبيب الرعاية الأولية

طبيب الرعاية الأولية يمكن أن يكون أحد المصادر الرئيسية للمعلومات والدعم للطفل والأسرة والمجتمع قبل، أثناء، وبعد وقوع الكارثة. ويمكن إجمالها فيما يلي:

- تعليم تقنيات طب الأطفال في حالات الطوارئ للممرضات وفنيي الطوارئ الطبية وغيرهم من المهنيين العاملين في مجال الصحة، (مثل الحفاظات، مناديل التنظيف للطفل، السوائل الوريدية، محاليل فيه..)
- يأمر بلوازم طب الأطفال لأقسام الطوارئ، سيارات الإسعاف وملاجئ الإخلاء.

• مساعدة الأسر على وضع خطط للكوارث.

• مساعدة العاملين في المجال الطبي في عملية الفرز.

• التعامل مع تلك الجروح الطفيفة وتقرير من الذين يحتاجون إلى الاستشفاء.

• أن يكون متاحا للوالدين

- يستغرقون وقتاً أطول للتعافي .
- يظهرون سلوكيات أكثر عدوانية ، عنيفة و معادية للمجتمع .

البنات

- يشعرون بالأسى أكثر .
- أكثر تعبيراً لفظياً عن المشاعر .
- يسألون أسئلة أكثر .
- لديهم المزيد من الأفكار المتكررة عن الكارثة.

الحزن والفجعة

بعد وقوع الكارثة ، على الأطفال والمراهقين التعامل مع فقدان ، وأعظمه ذلك الذي يتمثل في وفاة أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء. كما أن تدمير المنزل والمدرسة، وممتلكاتهم سوف يسبب للطفل الحزن والأسى، الذي ما هو إلا بحث عن معنى.

الأسى، والغضب ردود فعل طبيعية على فقدان، وتجري على نحو مختلف مع كل طفل.

الأطفال الصغار ، والأطفال في سن التمدن، والمراهقون قادرون على التعبير اللفظي على الحزن، ويجب تشجيعهم بقوة على القيام بذلك. شدة رد فعل الحزن عادة ما تكون في ذروتها فور وقوع الكارثة و تتراجع خلال الأسابيع القليلة القادمة.

إلا أنه ، في ذكرى هذا الحدث ، أو ذكرى ميلاد المتوفى العزيز أو الصديق قد يؤدي إلى الأعراض المتكررة للفقدان ، ولكن إلى حد أقل. أما إذا كان الطفل لا يعبر عن مشاعر الحزن أو ينكر الشعور بالفقدان ، أو في حالة امتد الأسى لفترات طويلة، فمن المستصوب الإحالة إلى مهني الصحة النفسية.

وجود أو غياب الدعم العاطفي التي تقدمها الأسرة والمجتمع اتجاه ردود فعل الأطفال على الحزن هو حاسم. رد فعل الأسرة قد يكون مساعداً أو مؤذياً.

الآباء أيضاً شهدوا الصدمات في حالات الكوارث والخسائر، ويمكن في البداية أن يُظهروا عدم التصديق، والإنكار، وأعراض انهيارية مثل فقدان الوزن، الأرق، ضعف الشهية، إدمان الكحول، والسلوك غير المسئول.

قد تستمر الفجعة خلال الفترة من 6 إلى 12 شهراً. إذا كانت الأعراض لا تزال قائمة بعد ذلك ، أو إذا كانت مفرطة مع عدم القدرة على العودة إلى الأداء الوظيفي ما قبل الكارثة ، فإحالة إلى مهني الصحة العقلية ضرورية.

جدول الاعتبارات الإيمانية في فهم الموت لدى الأطفال والمراهقين

المراهقون	الأطفال في سن التمدن	الأطفال ما قبل المدرسة	الرضع	اعتبارات النمو
إنشاء الاستقلالية التفكير المجرد مشاعر القوة	التفكير منطقي مفهوم الوقت ، تفريق النفس عن الآخرين	التفكير السحري ذاتوي ، مفهوم للوقت	دوام الشيء إنشاء الثقة	
فقدان أسلوب الحياة ، والأحباء	تدمير الروتين، فقدان الأحباء	تدمير الروتين، فقدان الأحباء	تدمير الروتين، فقدان الأحباء	أثر الكوارث
المخاطرة، متاعب نفسية جسدية، الانهيار ، الغضب والعناء تجاه الآخرين	مشاكل المدرسة القلق ، شكاوى جسدية الغضب ، تمثيل اضطراب ما بعد الصدمة	انسحاب، فتور الشعور	التراجع - الانسحاب	نتيجة الكوارث

أحاسيس الغضب من فقدان ، الشعور بذنب الناجي، الإحساس بالغربة، اللامبالاة ، الاكتئاب ، والانسحاب قد تحدث أيضاً

اضطرابات أخرى مثل، العداء والعنف تجاه الآخرين ، التشاؤم بشأن المستقبل ، والاضطراب اللاحق للصدمة ليست غير شائعة . هذه الأعراض هي ضمن التوقعات العادية، شريطة استمرارها لأسابيع قليلة فقط، ولكن إذا استمرت المتاعب الطبية إلى ما بعد ذلك، يحتاج الطفل إلى الإحالة إلى مهني الطب النفسي والصحة العقلية.

بعد وقوع الكارثة، فإن الطفل أو المراهق قد يكون له مشاعر قوية من خيبة الأمل أو السخط إذا حدث تأخير في إعادة بناء المنزل أو المدرسة. قد تظهر علامات الإجهاد اللاحق للصدمة على الأطفال، لكن القليل منهم سوف يستمر في تطوير اضطرابات نفسية حقيقية وواضحة.

مرحلة إعادة البناء هي المرحلة الأخيرة، وقد تستغرق عدة سنوات أو عقود من الزمن. إنها الأوقات التي تعمل فيها أفراد الأسرة بشكل فعال في إعادة بناء حياتهم، وينبغي على الطبيب أن يراقب ويكون متاحاً لهذه الأسر. ومن المهم الإشارة إلى أن هذه المراحل لا تحدث دائماً على نحو ترتبي وقد تتراجع الأطفال والأسر.

استجابات الأطفال والمراهقين حسب السن

يعتمد رد فعل الطفل عموماً على العوامل التالية :

- القرب من منطقة وقع الكارثة.
- الوعي بالكارثة.
- الأضرار البدنية التي لحقت به .
- مقدار العجز .
- شهادته لإصابة أو وفاة أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء .
- تصوره للتهديد أو الوجود الفعلي له .
- مدة اختلال العيش اليومي .
- فقدان الممتلكات الشخصية والأسرية.
- ردود فعل الوالدين ومدى التمزق الأسري .
- حالة الطفل ما قبل الصدمة .
- احتمال التكرار .

تعتمد استجابة الطفل لحالات الكوارث على تصوره الذاتي للصدمة والذي بدوره يتأثر بنموه الذهني والبدني .

الخمس الردود الأولية التي تظهر على الأطفال هي نتيجة فقدان، التعرض للصدمات، وتعطل الروتين المعيشي :

1. زيادة الاعتماد على الوالدين.
2. رؤية الكوابيس.
3. التراجع في الانجازات المتعلقة بالنمو .
4. مخاوف محددة من ما يُذكر بالكارثة، مثل صوت أزيز الطائرات في حالة قصف جوي-غزة مثلاً-
5. عرض بعدي للكارثة عن طريق اللعب وإعادة التمثيل.

هذه الأعراض عادة ما تستمر لمدة حوالي شهر بعد وقوع الكارثة. إذا كانت هذه التصرفات لا تزال قائمة، قد يكون من المناسب الإحالة إلى الاستشارة.

الاستجابات على الكارثة قد تختلف أيضاً بحسب الجنس:

الأولاد

4. مشاكل محددة وتوصيات

تعطيل الأنماط العادية

التأثير الأقصى لكثرة على الأطفال والمراهقين هو في تعطيل حياتهم ، سواء كان بسبب الإصابة ، الوفاة ، أو تدمير (البيت، المدرسة أو المجتمع).

وهذا يؤدي إلى فقدان الموثوقية ، التماسك والقدرة على التوقع ، الأمر الذي يؤثر على الأطفال من جميع الأعمار.

الأطفال الصغار عادة ما يستجيبون بالاعتماد المتزايد على الغير . الأطفال في سن الدراسة، بمن فيهم الذين قبل سن المراهقة ، يُظهرون علامات الصدمة عبر الحديث واللعب حول الصدمة ، إظهار العداء اتجاه الأقران وأفراد الأسرة و تجنب الأنشطة التي كانت تمنهم المتعة في السابق.

كما أن المراهقين قد يُظهرون علامات الانسحاب، انخفاض الاهتمام، التعب، ارتفاع ضغط الدم والعوانية. ومن الشائع جدا حدوث اضطرابات النوم ، مثل الأرق -مقاومة توقيت النوم -رفض النوم وحيد-الاستيقاظ في وقت مبكر أو الإفراط في النوم. ازدياد تعاطي المخدرات، انقطاع الطمث واضطراب سلوك المراهقات يحدث أيضا.

ومن المهم للآباء والمدرسين إحداث والحفاظ على جدول زمني لذلك قابل للتوقع للأطفال. في بعض الأحيان ، لا سيما مع اضطرابات النوم ، يحتاج الآباء إلى بعض المرونة ، بل أيضا إلى ضرورة إنشاء روتين يومي. أضواء الليل ، الحيوانات المنزلية ، التظمين ، والتهدة هي جد مفيدة. التعاطف هو مساعد، ولكن العقاب ليس كذلك.

ويمكن إعادة الانضباط كالمعتاد. وقد تدعو الحاجة لاعتبار الاستشارة مع الطبيب النفسي للطفل للأطفال الذين قد يستفيدون من مهنات لطيفة ضد الضيق والاضطراب في النهار؛ المنوم أو المهدي ضد الأرق المستمر في وقت النوم قد يكون من المستحسن أيضا.

الآباء قد يحتاجون إلى استشارات مماثلة.

الأعراض الجسدية

المشاكل الجسدية مثل الصداع ،آلام البطن وآلام الصدر تلاحظ عادة لدى الأطفال في سن المراهقة خلال الأسابيع التي تلت وقوع الكارثة وهي عادة محدودة. فإذا ما بدأت هذه الشكاوى تتداخل في حياة الطفل، ينبغي من ثم إحالة الطفل والأسرة للاستشارة الصحية النفسية. وبإمكان طبيب الرعاية الأولية أن يساعد في طمأنينة الطفل والأسرة إلى أن هذه الشكاوى الجسدية ليست علامات مرض خطير ولكن سيتم تناولها وسُحل مع الوقت المناسب والإرشاد المناسب.

السلوك العدوانية / المتحدي

التصرفات العدائية قد تتخذ شكل الضرب أو العض أو القرص من قبل الأطفال الصغار ماقبل المدرسة؛ الشجار أو عدم الاصطفاف جنباً إلى جنب مع نظرائهم في صفوف المدرسة؛ والانحراف والتمرد المفرط من قبل المراهقين.

فبالنسبة للأطفال الصغار ،توضيح الحدود على السلوكيات غير المقبولة قد يؤدي إلى التغيير المنشود؛ مع المراهقين ، الانهيار والغضب إزاء فقدان الأسرة ، الروتينية ، أو تعطيل المجتمع (مثل المدرسة أو في الحياة الاجتماعية) قد يُعبر عنه بسوء السلوك.عبر إشراكهم في إعادة بناء المجتمع أو مساعدة صغار الأطفال وكبار السن ، قد يمنحهم منافذ إيجابية لمشاعرهم. المجموعات، مثل الكشافة ونوادي المدارس، يمكن أن تشكل أماكن لتوجيه المناقشات التي قد يشعر فيها الأطفال والمراهقون بالارتياح في التعبير عن مخاوفهم ومشاعرهم من فقدان والقلق. الطبيب يمكن له أن يساعد عن طريق تقديم الاستشارة لهذه الأندية، أو عبر تسيير هذه المناقشات.

تكرار السلوك

أكثر أنواع السلوك المتكرر تلاحظ في لعب صغار الأطفال قبل المدرسة بعد وقوع الكارثة. سيعمل الطفل على إعادة تمثيل تفاصيل حاسمة للكارثة كآلية دفاعية للتكيف. على سبيل المثال، يمكن أن تكون النتيجة النهائية ل"لعبة" الطفل حول الكارثة مختلفة عن الكارثة الفعلية للطفل، أو قد يصور نفسه أو أحد أفراد الأسرة أبطالا.

التصرفات الأخرى المتكررة هي الكوابيس المتكررة ، وكثرة الصدمات المحددة مع الاسترجاع والشدة-الأسى مع مذكرات بالحدث. هذه الإقامات قد تؤثر على التركيز وقد تكون مخيفة جدا. اللعب اللاحق للصدمة و إعادة إحياءه يبين أن الطفل لا يزال إلى حد كبير متورط-متداخل مع هذه الكارثة. اللعب و / أو إعادة التمثيل هي ضرورة للطفل رغم عدم وجود أي استمتاع واضح أو انخفاض للأسى. اللعب هنا لا ينبغي فهمه بالمعنى المعتاد في إعطاء السرور أو تخفيف الضيق. على طبيب الرعاية الأولية طمأننة الآباء أن هذا اللعب العلاج يمكن أن يكون علاجيا وقد يساعد على المعافاة.

تراجعية السلوك

أعراض قلق الانفصال ، سلس البول ، مص الإبهام ، فقد التحدث المكتسب ، وزيادة التشبث والآنين ، الخوف من الظلام هي أكثر شيوعا لدى الأطفال في سن المدرسة و الصغار. هذه الأعراض التراجعية معتادة وقصيرة الأجل فورا عقب وقوع الكارثة. ينبغي طمأننة الآباء والأمهات من هذه الأعراض حتى يتم تجنب العقاب والعار . لدى الأطفال الأكبر سنا والمراهقين ، تتخذ هذه السلوكيات التراجعية شكل التناقص مع الأشقاء على اهتمام الوالدين ، تراجع السلوكيات المسؤولة السابقة والاعتماد المفرط.

غالبا ما يكون الطفل قد عانى ارتباكاً عابراً. وإذا حدث ذلك ، ينبغي إعادة توجيه الطفل ، وينبغي على الطبيب توفير الطمأنينة للوالدين. إذا استمرت هذه الأعراض لأكثر من بضعة أسابيع ، من الأفضل توجيه الأسرة والطفل للاستشارة النفسية. هذا ، وإن عود الاستقرار والروتينية إلى البيت ، فضلا عن مرور الوقت ، كفيل عادة بعلاج هذه المشكلة.

القلق

يسود القلق في جميع الفئات العمرية. يجب عدم التقليل أو رفض التعبير عن القلق.ينبغي تشجيع الطفل والمراهق اللفظي على مناقشة مخاوفهم وانشغالاتهم. وفي كثير من الأحيان،الطفل مرآة انشغالات الوالدين أو الأشقاء. ولذلك ، عادة ما يوصى باستشارات أسرية لتمكين الآباء والأطفال لفهم مشاعر بعضهم البعض. الأطفال ، وخصوصا المراهقون ، إذا ما تم إخبارهم بكيفية ملائمة من طرف الطبيب ، قد يشعرون بقلق أقل.

الاكتئاب

الاكتئاب هو شعور عام وشائع بعد وقوع الكارثة. ولكن ، إذا اظهر الطفل أو المراهق أعراضا مستمرة للاكتئاب النفسي ، فإن هناك ما يبرر تدخل الطب النفسي.و إذا كان هناك اكتئاب أو تاريخ مرضي سابق لدى الطفل أو الأسرة ، فإن الكارثة قد تزيد من تفاقمه معرقة بشدة عملية المعافاة. بعض المراهقين والأقل سنا قد تراودهم أفكارا انتحارية أو قد يقومون بحركات انتحارية ، لا سيما إذا توفي قريب لهم. إذا ما عبر مراهق عن العجز،أو اليأس ، أو التفكير الانتحاري ، أو الانعزال ، أو غيرها من الأعراض الاكتئابية ، فإن التقييم يصير حينئذ إلزاميا. الاكتئاب ليس معادلا للحزن ، وهو معتاد بعد وقوع الكارثة. ينبغي على الطبيب تنبيه الآباء للعلامات العامة للاكتئاب ، مثل نقص الشهية ، اضطراب النوم ، الحزن المستمر والتهيج.

الشعور بالذنب

بعد الكارثة ، ليس هناك من لوم على الذات ، ولكن الأطفال والمراهقين قد يشعرون أنهم مذنبون لكونهم على قيد الحياة أو لكون أسرهم ومنازلهم سليمة. كما قد يشعرون بالذنب لكونهم غير قادرين على المساعدة ، أو يضعون اللائمة على الآباء أو السلطات لكونها لم تكن مستعدة لم تقم باتخاذ الاحتياطات اللازمة لحمايتهم. صغار الأطفال قد يعانون من "التفكير السحري" ، المؤدي إلى الشعور بأنهم مسؤولين عن هذه الكارثة لأنهم فعلوا أشياء "سيئة".

وبإمكان الطبيب التخفيف من الشعور بالذنب عبر طمأنة الطفل أو المراهق أن الكارثة لم تكن خطوها ، وأن كل شيء سيتم إنجازه لإعادة الحياة إلى طبيعتها.

كما يصدر تعليمات إلى الطفل أن توجيه اللوم يأتي بنتائج عكسية ، وأن إعادة بناء حياتهم ، الأسر و المجتمعات هو الأهم في كل شيء. وعلى الطبيب أيضا منح الارتياح والدعم للطفل وللأسرة ، ولكن لا ينبغي وقع استجابة إيجابية على الفور.

اضطراب ما بعد الصدمة

يلاحظ اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والبالغين بعد التعرض لحدث صادم مثل وقوع كارثة طبيعية أو حرب ، ولكن ليس جميع الأطفال يظهرون جميع أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. العدد القليل منهم يعانون الاضطراب الكامل. قد يكون البعض قد يتأخر لديهم بداية الاضطراب، في حين أن البعض الآخر قد يعاني اضطرابات القلق ، الاكتئاب أو في السلوك. بعض الأطفال يظهرون الأعراض فقط خلال الفترة الفورية لما بعد الكارثة.

يوصف تشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة عند إظهار الطفل لأعراض مع معايير محددة إضافية في ثلاث أصناف رئيسية مستمرة منذ أكثر من شهر :

1. اقتحامية ، وتكرر اختبار للحدث من خلال اللعب أو عبر كوابيس خاصة أو استرجاع صدمي أو الشعور بالأسى مع أحداث تشبه أو ترمز إلى الصدمة.
2. التجنب الروتيني لما يذكر بالحدث أو نقص عام لانعدام الاستجابة ، على سبيل المثال ، تقلص الاهتمامات أو الشعور بالمستقبل القصير .
3. زيادة الإثارة العامة ، مثل اضطرابات النوم ، التهيج ، ضعف التركيز ، وزيادة رد فعل النفور والتراجع.

5. توصيات عامة

أهم نقطة يجب أخذها في الاعتبار لأي طفل في الكارثة، هي أن الطفل والعائلة يمكن أن يساعدوا على المعافاة الذاتية من خلال العمل معا ، وذلك بمساعدة من مختص نفسي للتكيف مع التبعات النفسية الاجتماعية للكارثة. هناك عادة أطفال طبيعيين عانوا من الإجهاد نتيجة الصدمة و فقدان.

على الأخصائي الحديث على انفراد مع الطفل اللفظي. تصور الطفل لما حدث يختلف في كثير من الأحيان كثيرا عن تصورات الآباء ، الأوصياء أو المدرسين.

على المتدخل النفسي أن يسعى بنشاط إلى جميع الأطفال والأسر المعنية، والسماح لهم بمعرفة الخدمات المتاحة ، والاستماع إلى الأطفال ، وبالتالي العمل على تطبيع مخاوفهم وأحزانهم مع الدعم. وهذا يساعد أيضا الآباء والأمهات على إدراك أن ما يعانونه وأطفالهم ليس غير طبيعي. بعض الآباء جد منزعين لدرجة أنهم قد لا يدركون متاعب أطفالهم.

الاستماع والتأكيد على نقاط القوة

من المهم للطفل الذي عانى من الأعراض المذكورة أعلاه ، والتي عادة ما تكون ذاتية محدودة وتتوقف بعد أسابيع قليلة من وقوع الكارثة ، أن يستمع إليه ويكشف نقاط القوة وقدرات الطفل على مواجهة الخسائر والمحن كما كان يفعل في الماضي.

من المفيد أيضا ملاحظة بطولة وشجاعة الطفل . والهدف طبعاً من ذلك هو التخفيف من الضغط النفسي على الطفل وتسهيل العمل مع الحزن والحداد من خلال بالاستماع والتعاطف مع الطفل والأسرة.

أحيانا رسومات الطفل قد تكون مفيدة في التعبير عن المخاوف. مراقبة الطفل في اللعب يمكن أن يكون مفيداً في التعرف على مشاعر الطفل. اللعب يمكن أن يؤدي دوراً علاجياً للطفل.

الأطفال عموماً سهلوا التكيف ، ومع ذلك، فإنهم يحتاجون إلى النظام عندما تتعطل الروتينية. ينبغي توجيه الآباء والأمهات لمحاولة استئناف النشاط الروتيني في أسرع وقت ممكن ؛ قضاء وقت أطول مع أبنائهم في أنشطة إيجابية حتى مع أصغرهم ، وعدم التدخل في إعادة تمثيل الكارثة من خلال الكلام أو اللعب (ما لم يكن ذلك خطراً) ، لأن الطفل سيعتبر ذلك الاقتحام بمثابة الرفض.

إذا استمرت هذه الأعراض لأكثر من شهر ، أو إذا ما لوحظ اضطراب ما بعد الصدمة أو القلق أو الاكتئاب ، ينبغي النظر في الإحالة إلى مهني الصحة النفسية.

الحالات الأخرى التي قد تحتاج إلى مثل هذا الإحالة هي التي تخص الأطفال أو الأسر الذين لديهم تاريخ مرضي سابق أو صدمات، ذوي التصورات الانتحارية، أو ذوي سلوكيات خطيرة.

تقنيات الفحص

أفضل طريقة سريعة لتقييم مدى تضرر الطفل أو المراهق من الكارثة هو التاريخ استفسار مباشر عن ماضي

الطفل تحديدا إزاء ما يلي:

- التغيرات في أنماط النوم.
- سلوك لا مبالي وانعدام الحافز .
- سلوكيات تراجعية (سلس البول، عض...).
- تغيرات في العلاقات مع أفراد الأسرة أو الأقران (أكثر تعلقاً واعتماداً أو انسحاباً أو انعزالاً) .
- تغيرات في النتائج المدرسية.
- مخاوف وقلق.

بالإضافة إلى التقييم السريري ، يمكن للطبيب استخدام مؤشرات-مقاييس الفرز الأكاديمية لتقييم ما إذا كان الطفل يعاني من مشاكل سلوكية لاحقة للصدمة. وهذه المقاييس عادة ما يقوم بها المدرسون، المرشدون الاجتماعيون والأطباء. وهناك مثالان:

The Child Behavior Checklist for 4-to 18-year old

The Pediatric Emotional Scale –PEDI-

هناك أيضا العديد من مقاييس التقرير الذاتي التي تم اختبارها من حيث مدى قدرتها على تقييم اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال ، مثل ما يلي :

- مقياس وقع الأحداث

• لائحة رد الفعل

• جرد الاضطراب اللاحق للصدمة لدى الأطفال

تحديد الحاجيات والتدخلات

يتمثل دور طبيب الرعاية الأولية في تقييم حالة الطفل والأسرة ، وتوفير الدعم النفسي والطمأنينة لهم. وينبغي على الطبيب أن يصدر توصيات عامة لأسرة من شأنها مساعدة الطفل في نهاية المطاف. الأهداف الرئيسية هي الحفاظ على شمل الأسرة ، تقديم الدعم وتشجيع الاتصالات العائلية.

تعزيز دعم أصدقاء و أقران الطفل هي أيضا مهمة.

يجب على الطبيب التأكيد على أهمية إنشاء روتينية عودة الحياة إلى وضعها الطبيعي إلى أقصى حد ممكن. يمكن للطبيب مساعدة الوالدين عبر إسناد المهام إلى أفراد الأسرة ، مثل الأعمال المنزلية للصغار والمراهقين ، مساعدة الأطفال على أداء الواجبات المدرسية المنزلية وتخصيص أوقات الوجبات العادية ، اللعب ، الكلام ووقت النوم. العديد من الزيارات قد تكون ضرورية لتقييم القدرة على التكيف وارتباط الطفل مع الأسرة.

معرفة حدود التدخل

عندما تستمر الأعراض لفترات طويلة ، تتم الإحالة للعلاج النفسي الفردي والجماعي في هذا الترتيب. الهدف من العلاج هو إزالة أو تخفيف الاضطرابات في نمو شخصية الطفل والعودة إلى نموها كما في السابق.

والحصول على تطوير وتنمية مسارها. يجب إشراك الآباء وأفراد الأسرة الآخرين فيما يبقى التدخل المبكر جد هام.

6. خارج مكتب الطبيب: قضايا مشاركة المجتمع المحلي

التأهب للكوارث

ثمة مهمة هامة لطبيب الرعاية الأولية هي في مساعدة المجتمع في تنفيذ برنامج التأهب للكوارث قبل وقوع الكارثة. وهذه البرامج هي أكثر إلحاحا في الأماكن الحساسة التي هي الأكثر عرضة للكوارث سواء الطبيعية ، مثل ولاية كاليفورنيا الأمريكية (الزلازل، الأعاصير)، أو البشرية مثل قطاع غزة المهدد بالعنوان الدائم من طرف الجيش الإسرائيلي..

مساعدة المجتمعات المحلية في التحضير لكارثة قد تشمل توفير التوجيه الاستباقي لمدرسي المدارس مع تقديم العروض في المدرسة ، والآباء خلال الزيارات الصحية المنتظمة . هذه تشمل مواقع الملاجئ المحلية ، مراجعة إرشادات الإسعافات الأولية ، ومناقشة الأعراض التي قد تصيب الطفل أو المراهق بعد وقوع الكارثة. بوصفه عضوا في اللجنة الطبية المجتمعية ، على الطبيب الممارس المساعدة في تحديد واتخاذ الترتيبات اللازمة لتوفير المعدات الطبية اللازمة للأطفال في الملاجئ ، سيارات الإسعاف وغرف الطوارئ في المستشفيات .

دور المدارس

بعد وقوع الكارثة ، المدارس هي الموقع الطبيعي لرصد سلوك الأطفال و المراهقين، بل حتى في وقت مبكر في أعقاب عندما تستخدم المدارس غالبا كملاجئ مؤقتة لإيواء الأسر. التعاون بين الأطباء وموظفي المدارس في غاية الأهمية. قد يرغب الطبيب في العمل مع موظفي المدارس لبلورة معلومات حول ما يتوقع من الطلاب بعد وقوع الكارثة، ويقدم مقابيس لفحص مشكلات بالغة الخطورة، و يساعد في وضع قائمة لمصادر الإحالة. وقد وضعت مجموعة من الأنشطة ما بعد الكارثة لتلاميذ المدارس الابتدائية لمساعدة الأطفال على التكيف.

وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن إنشاء برامج الاستشارة النفسية للطلاب أو الأسر التي في المدارس في إطار شراكة متبادلة مع طبيب الرعاية الأولية. كما يمكن أن تكون المدرسة قاعدة لنشر المعلومات المكتوبة على الآباء والطلاب. قد يكون الطبيب مفيدا في كتابة أو تقديم الإرشاد في تنظيم هذه المعلومات. كما يمكن اللجوء إليه لغرض استشاري نفسي، على سبيل المثال، للبحث في الوفاة والحزن مع الطلاب والعاملين بالمدارس.

وسائل الإعلام

يمكن لوسائل الإعلام أن تكون فعالة في توعية الرأي العام عن حالة وقوع كارثة ؛ على سبيل المثال ، كيفية الحصول على خدمات الطوارئ. وقد يرغب الطبيب للمساعدة في تصميم إعلانات الخدمات العامة. وعلاوة على ذلك، قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية الكتابة أو الحديث عن آثار الكوارث النفسية والاجتماعية للأطفال في الإذاعة أو التلفزيون.

قد يساعد الطبيب أيضا في حالات الكوارث وإنشاء خطوط هاتفية ساخنة، سبيل آخر لمشاركة الطبيب وتوفير التوجيه. كما قد يتدخل الطبيب لرفع الروح المعنوية للأطفال والأسر في حال بث إعلامي غير مناسب ومحيط عن وقوع الكارثة.

وكالات المجتمعات المحلية

قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية التدخل لفائدة مختلف منظمات المجتمع المحلي للإغاثة ، أو المساجد للتحدث عن الصحة النفسية والآثار النفسية الاجتماعية للكارثة على الأطفال والمراهقين. بوصفه مصدرا للمعلومات، الممارس قد يرغب في العمل بشكل وثيق مع المرشدين الدينيين المحليين لتبادل المعلومات لمساعدة الأطفال والأسر على مواجهة الحزن والفقدان.

معرفة حدود التدخل

عندما تستمر الأعراض لفترات طويلة ، تتم الإحالة للعلاج النفسي الفردي والجماعي في هذا الترتيب. الهدف من العلاج هو إزالة أو تخفيف الاضطرابات في نمو شخصية الطفل والعودة إلى نموها كما في السابق. والحصول على تطوير وتنمية مسارها. يجب إشراك الآباء وأفراد الأسرة الآخرين فيما يبقى التدخل المبكر جد هام.

7. خارج العيادة: قضايا مشاركة المجتمع المحلي

التأهب للكوارث

ثمة مهمة هامة لطبيب الرعاية الأولية هي في مساعدة المجتمع في تنفيذ برنامج التأهب للكوارث قبل وقوع الكارثة. وهذه البرامج هي أكثر إلحاحا في الأماكن الحساسة التي هي الأكثر عرضة للكوارث سواء الطبيعية ، مثل ولاية كاليفورنيا الأمريكية (الزلازل، الأعاصير)، أو البشرية مثل قطاع غزة المهدد بالعنوان الدائم من طرف الجيش الإسرائيلي..

مساعدة المجتمعات المحلية في التحضير لكارثة قد تشمل توفير التوجيه الاستباقي لمدرسي المدارس مع تقديم العروض في المدرسة ، والآباء خلال الزيارات الصحية المنتظمة . هذه تشمل مواقع الملاجئ المحلية ، مراجعة إرشادات الإسعافات الأولية ، ومناقشة الأعراض التي قد تصيب الطفل أو المراهق بعد وقوع الكارثة. بوصفه عضوا في اللجنة الطبية المجتمعية ، على الطبيب الممارس المساعدة في تحديد واتخاذ الترتيبات اللازمة لتوفير المعدات الطبية اللازمة للأطفال في الملاجئ ، سيارات الإسعاف وغرف الطوارئ في المستشفيات .

دور المدارس

بعد وقوع الكارثة ، المدارس هي الموقع الطبيعي لرصد سلوك

- ج. كل من أ و ب
د. لا شيء من المذكور أعلاه
2. مرحلة الكارثة حيث تبدأ الأسر والأفراد في التكيف معروفة ب:
أ. مرحلة الخطر .
ب. مرحلة الاسترداد /المعافاة.
ج. مرحلة الإنقاذ .
د. فترات الإنذار .
- من آثار الكوارث
3. الأحداث المتنوعة والبالغة الأهمية التي قد تؤثر بشكل خطير على الأطفال أثناء وبعد وقوع الكارثة تشمل:
- أ. فقد منزل الأسرة
ب. انتقال السكن/ تغيير المدرسة
ج. الاضطراب الأسري
د. كل ما سبق
4. الأطفال وأفراد الأسرة بسوابق نفسية مرضية ينبغي أن يكون هدفنا _____ بعد الكارثة.
أ. التوعية
ب. ليس خدمات غير طارئة فقط
ج. كل من أ و ب
د. أيًا من فوق
5. بعد وقوع الكارثة، يمكن للأطباء والمهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية أن يساعدون بالآتي:
- أ-تواجدهم للآباء
ب. التشاور مع المدارس
س. كل من أ و ب
د. مساعدة في وضع الخطط المتعلقة بالكوارث
ردود فعل الاطفال والمراهقين على الكارثة
6. رد فعل طفل على الكارثة يعتمد على العوامل التي تشمل:
- أ. الوعي بالكارثة
ب. التصور أو التهديد الفعلي في الحياة
ت. وضعية الطفل قبل وقوع الكارثة
ث. د. احتمال التكرار
ج. كل ما سبق
ح. كل ما سبق عدا واو جيم

الأطفال و المراهقين، بل حتى في وقت مبكر في أعقاب عندما تستخدم المدارس غالباً كملاجئ مؤقتة لإيواء الأسر. التعاون بين الأطباء وموظفو المدارس في غاية الأهمية. قد يرغب الطبيب في العمل مع موظفي المدارس لبلورة معلومات حول ما يتوقع من الطلاب بعد وقوع الكارثة، ويقدم مقاييس لفحص مشكلات بالغة الخطورة، و يساعد في وضع قائمة لمصادر الإحالة. وقد وضعت مجموعة من الأنشطة ما بعد الكارثة لتلاميذ المدارس الابتدائية لمساعدة الأطفال على التكيف.

وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن إنشاء برامج الاستشارة النفسية للطلاب أو الأسر التي في المدارس في إطار شراكة متبادلة مع طبيب الرعاية الأولية. كما يمكن أن تكون المدرسة قاعدة لنشر المعلومات المكتوبة على الآباء والطلاب. قد يكون الطبيب مفيداً في كتابة أو تقديم الإرشاد في تنظيم هذه المعلومات. كما يمكن اللجوء إليه لغرض استشاري نفسي، على سبيل المثال، للبحث في الوفاة والحزن مع الطلاب والعاملين بالمدارس.

وسائل الإعلام

يمكن لوسائل الإعلام أن تكون فعالة في توعية الرأي العام عن حالة وقوع كارثة ؛ على سبيل المثال ، كيفية الحصول على خدمات الطوارئ. وقد يرغب الطبيب للمساعدة في تصميم إعلانات الخدمات العامة. وعلاوة على ذلك، قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية الكتابة أو الحديث عن آثار الكوارث النفسية والاجتماعية للأطفال في الإذاعة أو التلفزيون.

قد يساعد الطبيب أيضاً في حالات الكوارث وإنشاء خطوط هاتفية ساخنة، سبيل آخر لمشاركة الطبيب وتوفير التوجيه. كما قد يتدخل الطبيب لرفع الروح المعنوية للأطفال والأسر في حال بث إعلامي غير مناسب ومحبط عن وقوع الكارثة.

وكالات المجتمعات المحلية

قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية التدخل لفائدة مختلف منظمات المجتمع المحلي للإغاثة ، أو المساجد للتحدث عن الصحة النفسية والآثار النفسية الاجتماعية للكارثة على الأطفال والمراهقين. بوصفه مصدراً للمعلومات، الممارس قد يرغب في العمل بشكل وثيق مع المرشدين الدينيين المحليين لتبادل المعلومات لمساعدة الأطفال والأسر على مواجهة الحزن والفقدان.

ملحق 1: اختبار للمعلومات

أهداف المحاضرة :

1. معرفة المزيد عن خصائص وآثار الكوارث .
2. لكي تصبح أكثر إلماماً بردود فعل الأطفال والمراهقين إزاء حالات الكوارث وبالتوصيات للتعامل معها .
3. للحصول على معلومات عن مشاركة المجتمع المحلي في أوقات الكوارث والموارد المحتملة في بيئة الكوارث.

الأسئلة

خصائص الكوارث

1. الكوارث التي يسببها البشر ترتبط بمستويات أعلى من إجهاد ما بعد الصدمة أكثر من :

أ. الطلاق

ب. الكارثة الطبيعية

13. التدخل المبكر ومشاركة الآباء هي عوامل هامة في تحديد فعالية العلاج النفسي للطفل في أعقاب وقوع كارثة .

أ. صحيح

ب. خطأ

خارج المكتب ...

14. يمكن أن تكون المدارس مكانا بارزا لتقديم برامج الاستشارة التي تستخدم مهارات المهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية و...:

أ. مدراء المدارس

ب. مقدمي الرعاية الأولية

ج. السياسيين

د كل ما سبق

15. الموارد الأخرى التي يمكن للمجتمع أن تكون مفيدة بشكل خاص قبل وبعد الكوارث، تشمل وسائل الإعلام ، والمنظمات المجتمعية وجماعات الإغاثة ، و

أ. المساجد

ب. مجموعات الناجين

ج. المنظمات الدينية الأخرى

د. كل من أ و ج

ملحق 2: مبادئ العمل السريري مع الأطفال المصدمين

إرشادات خاصة للوالدين، المعتنين، والمدرسين

1. لا تخشى من الحديث عن الحدث الأليم

أن تأمر الأطفال بعدم التفكير في الأمر أو تناسيه، لن يفيد شيئا. بل قد يجعل معاناة الطفل أكثر صعوبة في المدى البعيد.

لا تتجنب المناقشة، استمع إلى الطفل، أجب عن الأسئلة، ووفر الارتياح والدعم. قد لا يكون لدينا في كثير من الأحيان تفسيرات لفظية جيدة ، ولكن الاستماع وعدم تحاشي الحديث في الموضوع أو المبالغة في رد الفعل، ومن ثم تطمين الطفل، كل هذا يعتبر حاسما و له تأثير إيجابي يدوم لمدة طويلة

2. اظهر بمظهر الثبات والتحكم

من المهم بما كان بالنسبة للأطفال أن يعلموا أن القائمين على رعايتهم يتحكمون في الأمور.

ومن المخيف للأطفال المصابين أن يحسوا أن الأشخاص الذين يقومون برعايتهم أنفسهم، غير منظمين، مشوشين وقلقين.

لا يمكننا توقع الكمال، ولكن عندما يكون المعتنون بالأطفال معكزي المزاج أو قلقين؛ ليحاولوا ببساطة مساعدة الطفل على الفهم لماذا، و أن ردود الفعل هذه طبيعية وسوف تمر

3. ركن راعيا، مواسيا وودودا-مع اعتبار السياق .

الأطفال المصابون بالصدمات النفسية من جراء العدوان، يعانون مشاعر الارتباك، الألم، الخوف والهجر.

حضن الأطفال الصغار أو تقبيلهم وغيرها من التطمينات للمسبة أمور في غاية الأهمية.

7. الاستجابات على الكارثة قد تكون على أساس نوع الجنس و /أو متعلقة ب _____ الأطفال

أ. السن

ب. الذكاء

ج. العرق

د. أيا من فوق

مشاكل محددة وتوصيات

8. الشكاوى الجسدية تحيل إلى إحاسيس _____ بالمرض أو الاضطراب الناجم عن الاضطراب العاطفي .

أ كاذبة

ب. غير طبيعية

ج. بدنية

د. كل ما سبق

9. بعض المشاكل الأخرى التي ينبغي معالجتها إلى جانب توصيات لمساعدتها تشمل:

أ. العدوانية /سلوك يتسم بالتحدي

ب سلوكيات. ترجعية

ج. القلق، الاكتئاب ، والشعور بالذنب

د كل ما سبق

10. يشخص اضطراب ما بعد الصدمة عند استمرار الأعراض لأكثر من شهر واحد، التي تشمل:

أ. صدمة معينة أو استرجاع الكوابيس

ب. الشعور بمستقبل مقصر

ج. كل من أ و ب

د. تزايد القدرة على التركيز

توصيات عامة

11. ينبغي تشجيع الآباء والأمهات في محاولة لاستئناف قدر معتاد من _____ في أقرب وقت ممكن من أجل مساعدة الأطفال، للتعامل مع الكارثة .

أ. الروتينية

ب. الإنفاق

ج. كل من أ و ب

د. الشجار

12. تقنيات الفرز المدرجة لتقييم مدى تأثر الطفل أو المراهق من الكارثة لا تشمل :

أ. التقييم السريري

ب. مقاييس الطبية. رسمية ج

ج. مقاييس التقييم الذاتي

د. اختبارات طبية .كاملة

8. أعط الطفل خيارات وبعض الشعور بالتحكم

عندما يحس الأطفال، وخاصة الأطفال المصدومين، أنهم لا يملكون السيطرة على الوضع، سوف يكون متوقعا ظهور المزيد من الأعراض.

إذا ما أعطي الأطفال الخيار أو بعضا من عناصر التحكم في أي نشاط أو خلال التفاعل مع الكبار، فإنهم يشعرون بأنهم أكثر أمنا وارتياحا، وسيكونون قادرين على الإحساس، والتفكير والتصرف بطريقة أكثر نضجا.

عندما يلاحظ على طفل صعوبة في الامتثال، اعمل على صياغة النتيجة-المراد- باعتبارها خيارا بالنسبة لهم "لك الخيار- يمكنك اختيار ما طلبت منك أو يمكنك الاختيار..". مرة أخرى، هذه صياغة بسيطة للتفاعل مع الطفل تعطيه بعض الإحساس بالسيطرة ويمكن أن تساعد في نزع فتيل الحالات التي يشعر فيها الطفل بعدم التحكم وبالتالي القلق.

9. إذا كانت لديك أسئلة، اطلب المساعدة

لا يمكن لهذه المبادئ التوجيهية الموجزة إلا أن تعطيك إطارا واسعا للعمل مع الأطفال المصابين بصدمات نفسية. المعرفة قوة؛ كلما زادت معلوماتك، كلما فهمت الأطفال أكثر، وقدمت أفضل الدعم والتوجيهات التي يحتاجونها.

الأطفال والصدمات

ملحق 3: إرشادات للمدرسين لمساعدة الأطفال على التكيف والمعاودة

- الجزء الأول

إقامة ذكرى للكارثة/حرب غزة في الفصل الدراسي

- الجزء الثاني

عندما لا يكفي التحدث: وسائل أخرى لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم عقب الكارثة

- الجزء الثالث

أسئلة لمساعدة الأطفال على الحديث عن الكارثة

- الجزء الأول: إقامة ذكرى للكارثة

في الفصل الدراسي

ترمي هذه الإرشادات مساعدة الأطفال على التمكن من المعافاة السليمة عبر تحفيزها بالذكرى السنوية/الشهرية.. للكارثة-الحرب-العدوان..قصف لبنانية رمزية..

تفيد الأنشطة المقترحة في توقع ومعالجة القضايا المتعلقة بالكارثة. ويمكن تكيفها واستخدامها في أي وقت من اليوم الأول بعد وقوع الكارثة، لسنة واحدة أو لسنوات بعد وقوعها.

تسبب ذكرى الكارثة لكثير من الناس معاودة التفكير، الإحساسات ورؤية الأحداث التي وقعت وقت الهجمات في الأيام والأسابيع والأشهر التي أعقبت ذلك.

ثم هناك سيل الصور عبر وسائل الإعلام بالمناسبة وبدون مناسبة، فضلا عن توقعات تكرار الهجمات العدوانية في المستقبل. وتعمل هذه التغطية على تنشيط مشاعر الناس في جميع أنحاء البلاد.

والأفضل تقديم ذلك للطفل عندما يسعى إليه.

وعلى الجانب الآخر، حاول ألا تقاطع الطفل -عبر انتزاعهم وحملهم- في اللعب الحر أو غيرها من الأنشطة التي يقوم بها.

4. ناقش انتظاراتك للسلوك وطريقتك للانضباط مع الطفل.

تأكد من أن هناك 'قواعد' واضحة ونتائج في حالة مخالفة النظام

تأكد من أن كليكما أنت والطفل يفهمان سلفا النتائج الخاصة للسلوكيات المتوافقة وغير المتوافقة

كن ثابتا عند تطبيق النتائج

استعمل المرونة في استخدام النتائج للفهم وتوضيح الأسباب. استخدام

التعزيز الإيجابي والمكافآت. تجنب العقاب الجسدي

5. التحدث مع الطفل

قدم المعلومات المناسبة حسب سنه. كلما كان الطفل يعرف أكثر حول، من، ماذا، أين، لماذا وكيف يعمل عالم الكبار، كلما من الأسهل عليه إعطاء معنى له.

واللاتنبؤ والمجهول أمران يجعلان الأطفال المصابين بصدمات نفسية أكثر قلقا، وخوفا، وبالتالي يُظهرون المزيد من الأعراض وسوف يكونون أكثر نشاطا حركيا، اندفاعيين، منزعجين، أكثر عدوانية ويعانون مشاكل النوم والمزاج.

دون معلومات واقعية، الأطفال (ومعهم الكبار) إنما يخمنون، ولا يحلون اللغز بشكل كامل قصد الفهم وتقديم التفسير. في معظم الحالات، مخاوف وخيالات الطفل هي أكثر تخويفا وإزعاجا من الحقيقة ذاتها. لنقل للطفل الحقيقة -حتى عندما تكون صعبة عاطفيا- وإن كنت أنت نفسك لا تعرف الجواب، قلها للطفل. الصدق والانفتاح سوف يساعد الطفل على تطوير الثقة

6. راقب عن كثب علامات

إعادة التمثيل: على سبيل المثال، في اللعب والرسم والسلوكيات،

التحاشي: على سبيل المثال، الانسحاب، الاستغراق في أحلام اليقظة وتجنب الأطفال الآخرين، النشاط المفرط الفسيولوجي: مثل القلق ومشاكل النوم، والسلوك الاندفاعي.

جميع الأطفال المصابين بصدمات نفسية يظهر عليهم بعض مزيج من هذه الأعراض في مرحلة الاضطراب الحاد اللاحق للصدمة. العديد منهم يظهرون هذه الأعراض لعدة سنوات بعد ذلك الحدث الصدمي. عندما ترى هذه الأعراض، فمن المرجح أن يكون الطفل قد حصل له تذكر للحدث، سواء من خلال التجربة أو التفكير حاول طمأنة الطفل وإن تكون متسامحا مع مشاكل الطفل النفسية السلوكية. هذه الأعراض قد تتعاظم وتتضاءل في بعض الأحيان دون سبب واضح. أفضل شيء يمكنك القيام به هو الحفاظ على سجل للسلوكيات والعواطف التي تلاحظها -يومية طبية- وحاول تسجيل نمط السلوك

7. حماية الطفل

إذا ما سجل قطع أو وقف الأنشطة التي تزعج أو تعيد صدم الأطفال. وإذا ما سجلت زيادة في الأعراض التي تحدث للطفل في وضع معين أو بعد التعرض لبعض الأفلام، والأنشطة، وما إلى ذلك، تجنب هذه الأنشطة. حاول إعادة هيكلة، أو الحد من الأنشطة التي تسبب تصاعد الأعراض لدى الأطفال المصدومين.

- ما هو الأمر المهم الذي يجب تذكره في حال وقوع عدوان جديد في المستقبل .
- إقامة جداريه تصور مشاعر الأطفال وخبراتهم بشأن الأحداث .
- إصدار كتيب من رسوم وردود فعل الفصول الدراسية حول هذه الذكرى .
- تمرين صياغة جمل ختامية؛ يطلب من الأطفال إما قول أو كتابة إجابات لأسئلة من قبيل:
- بالنسبة لي، أقسى أمر إزاء أحداث الحرب كان: _____.
- بالنسبة لي ، أفضل شيء نجم عن أحداث الحرب كان: _____.

- _____ قبل وقوع الحرب ، كنت .
- خلال الحرب ،كنت .
- منذ وقوع الحرب ، وأنا .
- الآن أشعر _____.
- أسوأ ما حدث لي كان .
- أفضل ما حدث لي كان .

3. المدارس الإعدادية والثانوية

- بالنسبة للمراهقين، مشاريع المجموعات بالفصول، كونه طريقة عملية للربط بين الأقران، واعمل على تنمية حس جماعي حول القضايا المتعلقة بالحرب. ينبغي أن تركز الأنشطة على الخطوات الإيجابية التي تحققت حتى الآن في عملية الشفاء. يمكن تكييف المواضيع التالية لمناقشات الفصول ، المقالات ، والمشاريع :
- الضغوط النفسية العاطفية، الاقتصادية، الخ لأحداث الحرب.
- شهداء هذه الحرب.
- دور الفرد، الأسرة والمجتمع المدني في الشفاء .
- تاريخ حروب البلد .
- الضغوط النفسية المستمرة الناجمة عن خطر الحرب وسبل التصدي لها.
- وأنت تشترك تلامذك في هذه الأنشطة، هناك بعض المبادئ التوجيهية العامة عليك أخذها في الاعتبار:
- الاعتراف بالمفقودين، المخاوف، وغيرها من التعبيرات العاطفية.
- التطمين إلى أن الأفكار ،المشاعر وردود الفعل عند الذكرى طبيعية ، على الرغم من أنها قد تكون مزعجة.
- ساعد التلاميذ على الشعور بالأمان. أخبرهم أنه لا توجد طريقة صحيحة أو خطأ للقيام بهذه الأنشطة، و انه سوف تحترم كل المساهمات.
- التركيز على التقدم المحرز بالفعل في عملية المعافاة خلال التحدث مع تلامذك.

لعلك كمدرس، ربما شاهدت مجموعة واسعة من ردود فعل الأطفال الأحداث منذ وقوع الكارثة. يمكن للاستجابات أن تظهر أو أن تثبط عن طريق الذكريات، الصور، والمخاوف خلال الذكرى .

في الفصول الدراسية تكون ردود الفعل ملاحظة عبر زيادة مستويات النشاط، أو تناقص الاهتمام، مشاكل سلوكية، بل وزيادة العزلة والانسحاب . بعض الأطفال قد لا يظهرون ردود الفعل ملاحظة. البعض الآخر قد تكون ردود فعلهم لافتة و مستمرة من بضعة أيام إلى بضعة أسابيع .

ستختلف درجة ردة فعل الطفل تبعاً لتجارب الطفل وأسرته أثناء وقوع الكارثة. حتى الأسر التي لم تفقد أحد أقاربها تتأثر من نواح أخرى ، مثل الانهيار المالي أو النفسي، فقدان عزيز مؤخرًا، أو التعرض لصدمات نفسية، إضافة إلى عوامل أخرى متصلة بالحياة الفردية وتجربة الطفل تؤثر أيضا على ردود الفعل .

من المفيد تشجيع النشاطات التي تركز على النجاة، على ما تم اكتسابه أو تعلمه منذ وقوع الكارثة. كتابة قصة أو عمل فني للأطفال يمكن أن يساعد الأطفال على المقارنة بين ردود الفعل الأولية على الكارثة مع ما هم عليه الآن .

انجاز خطط طوارئ مدرسية لمواجهة الكوارث هو أيضا مفيد. الحفاظ على التركيز المتفائل على المستقبل يمكن أن يساعد على تطبيع ردود الفعل .

الأنشطة الواردة أدناه قد تكون مفيدة في معالجة قضايا الشفاء لدى الاحتفال بالذكرى، مع الافتتاح دائما بآيات دالة من القرآن الكريم: "ولا تحسبن الذين قتلوا في سبيل الله أمواتا، بل أحياء عند ربهم يرزقون" وآيات أخرى، مع تلاوتها بترتيل رائع.

1. مرحلة قبل المدرسية ورياض الأطفال

- لتصنع قبعات ،توزع الحلويات والمشروبات ، تتشد أناشيد للاحتفال بالذكرى .
- اطلب من الأطفال رسم صورة لأنفسهم وأسرهم الآن ، بعد أحداث الحرب. شجعهم، ولكن دون إرغامهم على المناقشة وتبادل المشاعر .
- اطلب من كل طفل أن يحكي قصة عن كيفية تأثره و أسرته بالأحداث. احترم صمت الأطفال الذين لا يجدون راحة في الحديث.
- لتلعب ألعاب، تؤدي حركات جماعية على إيقاع موسيقى لزلزلة المشاعر المخيفة .

2. المدرسة الابتدائية

- اطو ورقة في النصف، على جانب واحد من الورقة ، اطلب من الأطفال في يوم الحدث .على الجانب الآخر من الورقة ، اطلب منهم رسم صورة لأنفسهم وأسرهم الآن .
- نطلب من الأطفال تكوين قائمة بالأشخاص الذين يساعدونهم على الشعور بالارتياح لدى التحدث معهم حول الأحداث .
- نطلب من الأطفال أن يكتبوا أو يصفوا للفصل :
- التغيرات التي مروا بها ،أنفسهم واسرهم .
- ما تعلموه من الأحداث عن أنفسهم ، عن أسرهم و عن المدرسة .
- كيف يشعرون ، وكيف يعتقدون أن أسرهم تشعر بعد مرور وقت على الحدث-أربعين يوما، شهورا أو سنة

- أخذ الصور التذكارية.

اسمح بكامل التعبير عن هذه الأنشطة. طمأن الأطفال انه يمكن لهم أن يرسموا كيف يشاءون. مارس المراقبة في الحد الأدنى. أكد للأطفال أن إداعاتهم لا تنطبق فيها أو أحكام. لا تعرض الكتابة والأعمال الفنية إذا كان الطفل لا يريد تقاسمها مع الآخرين. عند الانتهاء من هذه الأنشطة، مكن الأطفال من التحدث عنها إذا كانوا يرغبون بذلك. المناقشة يمكن أن تساعد على الانتهاء من التجارب والمشاعر المتصلة بالكارثة/الحرب، والذي يعد خطوة هامة في عملية الشفاء. فيما قد يجد أطفال آخرون في الاستماع إلى أقرانهم وسيلتهم للقطع مع المعاناة السلبية.

ويمكن إنشاء صندوق اقتراحات في كل فصل دراسي - وهو المكان الذي يمكن للأطفال وضع ملاحظات، تساؤلات وانشغالات للمدرس من أجل المعالجة. اجعل الصندوق متاحا في جميع الأوقات. كمدرس، يجب معالجة كل انشغال بشكل أو بآخر.

يجب أن يتوفر فضاءك على سجل أو بطاقات للمعلومات لتتقيد الأطفال أكثر عن الحرب. يجب أيضا أن يكون هذا السجل في مكان متاح للتلاميذ.. تشجيع الأطفال على إضافة معلومات إليه.

من خلال استخدام بعض هذه التقنيات وإضافة أخرى من ابتكارك، يمكنك أن تقوم بدور هام في مساعدة الأطفال على التعافي من الصدمات ذات الصلة بحدث الحرب.

مع الحذر فيما إذا كانت هذه النشاطات كشفت عن مشاكل أكثر خطورة - سلوكيات أو مشاعر الطفل-، تطلب حينئذ المساعدة من نفساني مدرسي أو أخصائي الصحة العقلية.

الجزء الثالث

أسئلة لمساعدة الأطفال على الحديث عن الكارثة/الحرب

الكوارث والحروب تضرب الأطفال بقوة. فمن الصعب بالنسبة لهم فهم وتقبل وجود أحداث في حياتهم التي لا يمكن التنبؤ بها أو السيطرة عليها. ولعل الأسوأ من ذلك، أننا نحن الكبار لا يمكن لنا "ترويض" الكارثة، إيجاد حل لها، أو منعها من الحدوث مرة أخرى.

وبصفتك مدرس فصل دراسي، تستطيع أن تلعب دورا هاما في عملية شفاء الأطفال المتأثرين بوقوع الكارثة. وإحدى هذه التقنية التي يمكنك استخدامها لمساعدة الأطفال على التكيف والشفاء هو في مساعدتهم على التعبير عن المشاعر والتجارب والتحدث عنها. وتعمل هذه التقنية على أفضل وجه عند استخدام أسئلة "مفتوحة-منتهية" التي تحتاج إلى أكثر من إجابة بـ "نعم" أو "لا" هناك العديد من الأسئلة الهامة التي تؤدي يمكنك استخدامها لتشجيع الأطفال على الكلام، مثل:

- أين كنت وماذا كنت تفعل عندما وقعت الكارثة؟
- ماذا كان أول ما فكرت فيه عندما حدث ذلك؟
- ماذا فعل غيرك من الناس من حولك خلال /بعد وقوع الكارثة؟
- هل أصيب احد ممن تعرفه أو قتل؟
- هل حلمت أو تحلم بالكارثة؟
- ما الشيء الذي يختلف منذ الكارثة؟
- ماذا تفعل بشكل مختلف منذ وقوع الكارثة؟
- كيف تشعر الآن؟
- كيف كنت تتصرف في الأوقات القاسية من قبل؟

• جعل الطلاب على وعي بأن الجميع ليس مساويا في عملية الشفاء، وهذا أمر سليم.

• تعزيز شعور لدى طلابك بمواصلة الحياة والعمل بعد الحرب وتشجيعهم على تكيف مع ما تم تعلمه من أحداث الحرب في مواقف الحياة الأخرى.

• استخدام نهج متقائل لطمس الأفكار والمشاعر وردود الفعل التي يمكن أن تنتجها الذكرى.

الجزء الثاني

عندما لا يكفي التحدث: وسائل أخرى لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم عقب الكارثة/حرب غزة

في حين أن العديد من الأطفال يتمثلون للشفاء عبر الحديث عن تجاربهم ومشاعرهم في أعقاب الكارثة، الحديث عند بعض الأطفال لا يفيد. في بعض الثقافات، على سبيل المثال، التحدث صراحة غير مريح وغير مناسب، أو حتى مهذب. بعض الأطفال تربوا في أسر حيث العلاج، التحدث عن المشاعر غير ممكن، غير محتمل، أو حتى ممارسة. أطفال آخرون يفضلون ببساطة عدم مناقشة مشاعرهم علنا، وذلك بسبب طبيعة شخصيتهم، مخاوفهم بشأن الخصوصية، أو انعدام الثقة في العملية ذاتها

لمساعدة الأطفال من خلال عملية المعافاة، عليك إعلامهم وتثقيفهم حول الحرب لجعل آثارها أقل تهديدا. تذكيرهم بقدر الفلسطيني في الخط الأمامي للمواجهة، بشرف الشهادة والأجر على الصبر والتحمل.

نشير إلى أن هناك وسائل عديدة أخرى غير الكلام للتعبير عن المشاعر. الاقتراحات المبينة أدناه ينبغي أن تُعرض على الطفل على نحو خيارات، وليس كأنشطة إلزامية:

- استخدام الدمى لمساعدة الأطفال على حكي قصة أو عيشها.
- قراءة قصص من كتب الأطفال المتعلقة بجهود الإنقاذ والإغاثة.
- إدخال الرسم كوسيلة للتحدث بصمت، تشجيع الأطفال على رسم الأشخاص، الأماكن والأنشطة التي يربطونها مع الحرب.
- تأليف كتاب جماعي ورسم صور كغلاف له.
- القيام بمسرحية أو لعبة، أو تمثيل الأدوار في اتصال بالكارثة.
- توفير ملابس للأطفال في القيام بدور المسعفين خلال الحرب.
- إنشاء الملصقات. لصق صور الأطفال، صور للمجلات، مقالات، اصنع أجزاء حول موضوع رئيسي. اجعل الأطفال يفتخرون بانجازهم: أفضل مجلة، وعمل غني بالرموز.
- رسم جدارية تحكي "القصة الجماعية". الجداريات تشجع العمل الجماعي. كما أن بعض الأطفال يشعرون بأمان أكثر من الفن الفردي.
- عند صنع الجدارية:
- اعتبار دور الدين و الصلوات، الدعوات، القرآن.. في الحياة اليومية.
- كمدرس، اعتبر التفاعل والبين-شخصي، والحدود المتعلقة بالفضاء الشخصي.
- كمدرس، يتعين عليك أن ترسم إلا القليل جدا.
- اسمح للأطفال لقول لك ما يجب رسمه.
- إعطاء الجدارية مكان شرف في الفصل الدراسي.
- علقها في مكان حيث يمكن للأطفال رؤيتها والإضافة إليها كل يوم.
- اجعلها مشروعا مفتوحا.

الطفل ' مختلف السيناريوهات. وهذه الصور سوف تعود وتعود. وهكذا، سوف يسأل الطفل (إذا كان يشعر بالأمان، وبدعم من حوله من الكبار) عن الموت وتفاصيل وفاة قريبه العزيز.

ردد بمهل وقائع واضحة وصادقة للطفل. إذا كنت لا تعرف أمرا ما أو ربما تتساءل أيضا عن طبيعة الوفاة أو تفاصيل محددة في هذا الفقدان، تحدث مع الطفل. ساعد الطفل على استكشاف تفسيرات ممكنة، دع الطفل يفهم أن عليه أن يتقبل أحيانا الأمور كما هي، وفق مشيئة الله، وأن علينا جميعا التسليم بالقدر. ذكره بالمقام الكبير في الحياة الأخرى:جنة عرضها السموات والأرض.

حاول خلال هذه العملية، ذكر محاسن وأمر إيجابية للمفقود من خلال ذكريات وصور أثناء المحادثة.

4. استخدام اللغة والتفسيرات المناسبة حسب الفئة العمرية.

التوقيت واللغة المستخدمة في هذه العملية هام جدا. في الفترة الزمنية التي تلي الوفاة مباشرة، فإن الطفل سيكون أقل استعدادا لتلقي المعلومات ومعالجتها. كلما مضى الوقت بعيدا عن هذا الحدث، فإن الطفل سيكون قادرا على معالجة أكثر، استيعاب أكثر، فهم أكثر. وخلال هذه العملية الطويلة، ستبقى للطفل فرص لإعادة اختبار - بما أنه سيستمع مرارا وتكرارا وفي أوقات مختلفة إلى ما يذكره بذلك.

وعلى المدى البعيد، ستسمح الفرصة لتسهيل إعادة معالجة فهم ناضج لهذا الفقدان.

للأطفال في أعمار مختلفة مفاهيم مختلفة جدا عن الموت.

الأطفال الصغار جدا ربما لهم قليل من التقدير السليم للموت. حاول ألا تربط بين النوم والموت. عندما يرتبط هذان، ليس من المستغرب أن يصبح الأطفال حينئذ يخافون من النوم. ويصبحون يخشون ذهاب محبوبهم إلى النوم. حاول الحصول على بعض الفهم من الطفل لما يعتقد عن الموت، ولحياة الآخرة، هل هناك مخاوف من الموت...الخ. كلما عرفت عن فهم الطفل لمفهوم الموت، كلما كان من الأسهل بالنسبة لك التواصل مع الطفل بطريقة مجدية.

5. ساعد الأطفال على تجنب المنطق الخاطئ حول سبب الوفاة.

في كثير من الأحيان ينشئ الأطفال الصغار افتراضات زائفة عن أسباب الأحداث الكبرى. ومما يؤسف له أن هذه الافتراضات يمكن أن تشمل افتراض كونهم هم المخطئون حول هذا الحدث -- بما في ذلك وفاة الشخص المحبوب. الكبار غالبا ما يفترضون أن العلاقة السببية واضحة - الموت في حادث سيارة، إطلاق الرصاص خلال مظاهرة ضد الاحتلال، الموت في حريق.. لدى الطفل، من السهل جدا أن يعتقد أن

- أباه توفي في حادث سيارة لأنه كان ذاهبا لإحضار حاجيات ابنه، أو بسبب جنون السائق.

-إطلاق الرصاص و قتل شقيقي كان من المفروض أن يتوجه إلي لأني كنت بجانبه، لذا أنا المذنب!

- الحريق قد يكون معاقبة الله لعائلتي.

كن واضحا. استكشف تطور الإحساس بالسببية لدى الطفل. صحح ووضح كلما رأيت منطقا كاذبا يتطور لدى الطفل. مع مرور الوقت، فإن قدرة الطفل على التكيف والمواجهة ترتبط بقدرته على الفهم، وعلى الرغم من أن بعض عناصر الموت والمأساة تبدو خارج نطاق فهم الطفل، يمكننا تقديم تفسير للطفل -- بعض الأشياء لا يعلمها إلا الله سبحانه وتعالى-لحكمة يعلمها هو. قدرنا أن نكون في المواجهة، ومفهوم الشهادة خير تفسير ---.

- ما سوف تفعله بطريقة مختلفة إذا ما حدث ذلك مرة أخرى؟

وحيث يبدأ الأطفال بالانفتاح والتحدث، شجع مختلف الآراء. اعترف بمشاعرهم،طمأنهم بأن ما يشعرون به طبيعي جدا. قم بدور توجيهي، بدلا من محاولة السيطرة على المناقشات.

أعط فرصة للأطفال ذوي المهارات اللغوية الضعيفة والخبولين. وقد يكون من المفيد تشجيع العمل بنظام الثنائي لهؤلاء الأطفال. ينبغي تهيئة أجواء يمكن أن يشعروا معها بالراحة وتبادل الخبرات والمشاعر.

تذكر أن الهدف من هذه العملية هو مساعدة الأطفال على الشعور بالتحسن. إذا ظهرت أية علامات الاضطراب الشديد على أي من الطلاب، يجب التشاور مع نفسياني مدرسي أو أخصائي الصحة العقلية.

ملحق 4: الأطفال فاقدو ذويهم

المبادئ الأساسية للمساعدة

على تجاوز الحداد

يقدم هذا الدليل مبادئ توجيهية عامة للمعتنين بالأطفال، ويسعى إلى طرح مسائل ذات الصلة بفهم مجموعة معقدة من ردود فعل الطفل على الفقد كنتيجة لصدمة الموت.

في حين ركز الدليل على صدمة الوفاة، فإن هذه المعلومات قد تكون مفيدة للأسر، والمدرسين وغيرهم من الراشدين الذين يعملون ويعيشون مع أي طفل يمر بمرحلة الحزن أو الحداد لفقد أحد ذويهم.

1. لا تخشى من الحديث عن الحدث الأليم

أن تأمر الأطفال بعدم التفكير في الأمر أو تناسيه لن يفيد شيئا. بل قد يجعل معاناة الطفل أكثر صعوبة في المدى البعيد.

لا تتجنب المناقشة، استمع إلى الطفل، أجب عن الأسئلة، ووفر الارتياح والدعم. قد لا يكون لدينا في كثير من الأحيان تفسيرات لفظية جيدة، ولكن الاستماع وعدم تحاشي الحديث في الموضوع أو المبالغة في رد الفعل، ومن ثم تظمين الطفل، كل هذا يعتبر حاسما و له تأثير إيجابي يدوم لمدة طويلة.

2. كن صادقا، مفتحا وواضحا

أعط الأطفال الحقائق بشأن الوفاة. في حين ليست هناك حاجة لتفصيل موسع، فقط ينبغي إعطاء التفاصيل المهمة. وهذه غالبا ما تكون مروعة ولكن من المهم إعطاء معلومات واقعية للطفل - حيث أن خيال الطفل قد يعمل على 'ملء' تفاصيل لم تخط. وغالبا ما يتصور هذه التفاصيل مشوهة وغير دقيقة وأكثر ترويعا من التفاصيل الفعلية، ويمكن أن تتدخل مع عملية الشفاء على المدى الطويل.

3. أن تكون على استعداد لمناقشة نفس التفاصيل مرارا وتكرارا.

يُتوقع أن تسمع من الطفل أشياء تشير إلى أنهم لا 'يسمعونك' عندما تحدث معهم في المرة الأولى. الأدهى من هذا، أن المضاعفات المترتبة على الموت بالنسبة للطفل يمكن أن تكون ساحقة. استجابة الطفل لموت أحد، أخ أو أخت أو غيرهم من الأحبة تكون مماثلة لردود فعل الطفل الأخرى تجاه الأحداث الصادمة. وسوف يشمل هذا: الدوهل العاطفي، التجنب، الحزن، التراجع، مظاهر عرضية من الغضب والإحباط، الخوف من المجهول (المستقبل)، العجز والتشويش.

سيكون للطفل تذكر عاطفي متكرر و اجتاعي للعزيز المفقود وحول وفاته. إذا لم تكن لدى الطفل هناك صورة واضحة عن الموت، سيتصور

كن شديد الانتباه، تحلى بالصبر ،كن متسامحا ، كن ودودا: هؤلاء أطفالنا قد أودوا كثيرا ، ومعاناتهم مستمرة دائمة.

9. لا تتجنب الموضوع عندما يثيره الطفل .

مماثلة لمبادئ التعامل مع الصدمات الأخرى، على الكبار حوالي الطفل أن يكونوا متواجدين عندما يرغب الأطفال في الحديث، ولكن تجنب عملية جس النبض عندما لا يرغبون في ذلك.

وهذا قد يعني مجرد الرد على سؤال واحد -- يعني ذلك الرد على سؤال صعب للغاية -- "هل شعرت بالألم عندما شاهدت مقتل أخيك؟". لا تستغرب أن يحدث في منتصف محاولتك الحصول على جواب سليم أن يعود الأطفال للعب ويتصرفون دون اهتمام. لقد كانوا غير قادرين على تحمل مستوى الحدة العاطفية فتجنبوها بطريقة متكيفة.

سيدرك الأطفال إذا كان الموضوع قاس عاطفيا على الكبار من حولهم. سيحاول الطفل إرضاء الكبار -- سواء بتجنب المواضيع العاطفية أو مواصلة المواضيع التي يحسون أنها تحقق رغبة للكبار. حاول القياس بنفسك الشعور بعدم الارتياح وتناول ذلك مباشرة مع الطفل. ومما يبعث على الاطمئنان أن يشعر الأطفال أنهم ليسوا وحدهم في متاعبهم العاطفية. إبق متحمكا في الوضع.

10. كن حاضرا، راعيا، حاضنا، مطمئنا وعند حسن الظن.

اعمل ما في وسعك لتكون حاضرا، ودودا ، داعما وعند حسن الظن. كل هذه الأمور تجعل العمل مع الطفل أسهل. إنهم يشعرون بالرعاية وبأمان أكثر. ففقدان الوالدين، والأشقاء وغيرهم من الأحباء مؤلم وصادم للغاية، ويعمل على تغيير حياة هؤلاء الأطفال إلى الأبد. سيكون للطفل رحلة طويلة في الحياة من معاناة وإعادة معاناة فقدان أحببهم. كل عيد وعطلة -- كل مناسبة عائلية -- ستجلب معها فقدان، الموت وشبح العزيز المفقود لهذا الطفل. المعتنون، المدرسون، المعالجون الحاضنون بإمكانهم جعل كل هذه الرحلة أكثر سهولة.

11. إبلاغ الكبار والأطفال في عالم الطفل بما حدث.

اسمح للمدرسين، والاستشاريين ووالدي أصدقاء الطفل، وعند الاقتضاء، أقران الطفل بمعرفة بعض من الألم الذي يعيش معه الطفل. أحيانا قد يسمح هذا للأشخاص في حياة الطفل بمنح قدر لا بأس به من التحمل أو التفهم أو الرعاية التي من شأنها تمهيد طريق المعافاة. يمكن أن يكون بعض الناس في كثير من الأحيان قلابي التحمل وقاسي الفؤاد عند التعامل مع ألم طفل حزين. عندما ترى أن هذا هو الذي يحدث، لا تتردد من التدخل وتهذيب الأشخاص المعنيين بكل حكمة وتعقل.

12. توقع تجارب حسيّة غير مألوفة

على مدى ستة أشهر بعد فقدان ، سيختبر الأطفال (والكبار) غالبا أحاسيس بصرية، سمعية أو لمسية غير عادية. قد يعتقد الطفل أنه سمع صوت الشخص الفقيد أو يعتقد أنه رآه في حشدا من الناس -- أو صورته المنعكسة على نافذة من زاوية العين. في وقت النوم أو عند الاستيقاظ ، هذه الإدراكات الخاطئة هي أكثر شيوعا. و قد تكون مزعجة للوالدين، المعتنين وللطفل. طمأنة الطفل؛ هذه 'الرؤى' غالبا ما تفسر إيجابيا لدى الطفل -- "إنه عاد ليقول لي أن كل شيء على ما يرام -- أنه ما زال معي". وهذا يمكن أن يكون مهما بالنسبة للطفل ، وليس هناك من سبب لتقويض هذه المشاعر، ففي ديننا، الأموات يحسون بارواحهم، يؤلمهم نوحنا وعويلنا عليهم كما أخبر بذلك الرسول الكريم عليه السلام.

في الطب النفسي، غالبا ما يتم تسمية هذه التجسيدات الهستيرية بالهلوسات السمعية البصرية. إذا لوحظ تقاوم لكذا أعراض الاتصال بمتمرس في الصحة النفسية أو الطبيب النفسي.

6. الأطفال الناجون غالبا ما يشعرون بالذنب

الطفل على قيد الحياة عند موت أو مقتل أفراد الأسرة غالبا ما يشعر بالذنب. وهذا اعتقاد يمكن أن يكون مدمرا ومجتاحا.

مدى الذنب الذي يشعر به الطفل يكون في أحيان كثيرة مرتبطا بالدرجة التي تنمو فيها وتستمر افتراضات زائفة عن الحدث.

مبدأ هام في هذه العملية هو أن الأطفال لا يعرفون كيف يعبرون أو يتحدثون عن الشعور بالذنب بنفس طريقة الكبار. الشعور بالذنب، كتعبير لدى الأطفال، قد يكون ملاحظا بشكل أفضل في السلوكيات والعواطف التي تتعلق بالكره الذاتي والتدمير الذاتي. ومن المرجح أن الطفل لا يكون قادرا على التوضيح أن هذا الشعور بالذنب لدى الناجي يتصل اتصالا وثيقا بإحساسه باللاجئ، الأذى النفسي أو السلوكيات المدمرة.

الأطفال الناجون سيكون شعور عظيم بالذنب لدى الموت أو المقتل المفاجئ لأحد أقاربهم. لماذا ليس أنا- كان يمكن أن أكون هناك- كان ينبغي أن أكون هناك- ستكرر هذه الأفكار وفق تنويعات مختلفة، لتصب جميعها غالبا في الشعور بالذنب. وإذا ما استطاع المعتنون بالأطفال، المعالجون والمدرسون التقليل من هذه الأفكار الكامنة المتصاعدة والمدمرة، حينئذ سوف تكون معافاة الطفل ميسرة.

7. التمييز بين الحزن والحداد.

- الحزن هو طابع لمجموعة من ردود الفعل العاطفية، المعرفية، السلوكية والجسدية التي تلاحظ بعد وفاة عزيز. هناك مجموعة من الاستجابات الطبيعية والتي تشمل:

الإنكار، الذهول، الغضب، اجتياح من القلق-غصة-، الحزن، الخوف، الارتباك،

صعوبة في النوم، متاعب المعدة، وفقدان الشهية،

تجسيدات هستيرية ادراكات سمعية- بصرية خاطئة عابرة -بأن الطفل رأى العزيز المتوفي-

وغيرها من الأعراض المحتملة.

وهذه الأعراض مشابهة لتلك التي غالبا ما نشاهدها في مرحلة الاضطراب الحاد ما بعد الصدمة.

- أما الحداد فهو عملية مرتبة-رسمية كرد على حدث الوفاة. ويشمل ذلك النصب التذكاري، الجنازات، الاحتفال، ثوب الحداد، وهلم جرا. وهذه الطريقة شبه الطقوسية مفيدة جدا في تنظيم وتركيز رد فعل الحزن في الفترة الفورية لما بعد الموت. ومن المهم تمكين الأطفال من المشاركة في مراحل هذه العملية. وثمة عنصر رئيسي للمعافاة من الحداد، هو أن هناك طريقة لتمكين الشخص من التحكم في كيفية معاناة الصدمة. بدلا من الجلوس وحده مرددا لأفكار مجتاحة حول الموت، يمكن للطفل بطريقة متحكم فيها تذكر الفقد دون التركيز على حدث الوفاة. فدرجة التحكم في التعامل مع الحدث الصادم مهم جدا في تحديد مدى الطابع التدميري للحدث مع مرور الوقت.

8. الحزن طبيعي - استمرار ردود فعل الحزن ليست كذلك:

بنفس الشكل إلى أن استمرار وجود رد الفعل الحاد على الصدمات يمكن أن تدل على مشاكل كبيرة، كذلك استمرار رد فعل الحزن. إذا استمرت الأعراض المذكورة أعلاه إلى ما بعد 6 أشهر أو إذا كانت هذه الأعراض تتداخل مع أي جانب من جوانب النشاط الوظيفي للطفل، فإنها تحتاج إلى معالجة. إذا كان الطفل في العلاج ، اخبر المعالج بهذا . اكتشف ما إذا كان أداء الطفل في المدرسة قد تغير ، راقب أية تغيرات في أنماط اللعب ، أي فقدان للاهتمام بالأنشطة ..

مراجع

Department of Health and Human Services; 1990; Publication No. (ADM) 90-537

- Saylor CF. Introduction: Children and Disasters: Clinical and Research Issues. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993:1-10

- Saylor CF, Swenson C, Powell P. Hugo blows down the broccoli: pre-schoolers post-disaster and adjustment. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1992;22(3):139-149

- Saylor CF, Swenson C, Stokes S. The Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS), a brief screening measure for child trauma victims. Presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association; August 1994; Los Angeles, CA Sugar M. Disasters. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1992:178-181

- Sugar M. Adolescents and their reactions to disaster. Presented at the Annual Meeting of the American Society for Adolescent Psychiatry; May 1992; San Francisco, CA Sugar M. A preschooler in a disaster. *Am J Psychother*. 1988;42:619-629

- Swenson CC, Klingman A. Children and war. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993:137-164

- Vogel J, Vernberg EM. Children's psychological responses to disaster. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1993;22:470-484

- Yule W. Technology-related disasters. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. NEW YORK NY Plenum Press 1993 chap 6

- 19. Special Considerations for Parents, Caretakers, & Teachers by Bruce D. Perry, M.D., Ph.D. DRAFT June 2, 1995 version 2.0 ChildTrauma Academy Programs Department of Psychiatry and Behavioral Sciences BAYLOR COLLEGE OF MEDICINE One Baylor Plaza Houston, Texas 7030 (713) 770- 751

- 20. [mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/Emergency Services](http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/EmergencyServices)

- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine.

- *Emergency Medical Services for Children: The Role of the Primary Care Provider*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1992:96-98

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:424- 429

- Finch AJ, Daugherty TK. Issues in the assessment of posttraumatic stress disorder in children. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*, New York, NY: Plenum Press; 1993: chap 3

- Gudas LJ. Concepts of death and loss in childhood and adolescence: a developmental perspective. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993: chap 4 5 Joyner CD, Swenson CC. Community level intervention after a disaster. In:

- Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993:211- 232

- LaGreca AM, Vernberg EM, Silverman WK, Vogel AL, Prinstein MJ. *Helping Children Prepare for and Cope With Disasters: A Manual for Professionals*

- *Working With Elementary School Children*. Coral Gables, FL: University of Miami, Department of Psychology; 1994

- Koocher GP, Berman SJ. Children's perceptions of death. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, Gross RT, eds. *Developmental-Behavioral Pediatrics*.

- Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1983:491-500

- Lystad MH, ed. National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Studies of Emergencies. *Innovations in Mental Health Services to Disaster Victims*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1990; Publication No. (ADM) 90-1390

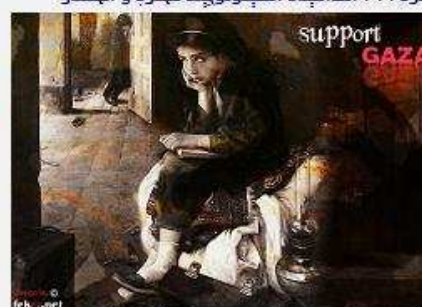
- National Institute of Mental Health. *Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, DC: US

Arabpsynet Journals Guide English Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

غزة... التداييعات السيكولوجية للحرب والحصار



لكنوا شهداء

الرعاية النفسية للأطفال وقت الحرب والنزاعات (الطبيب كمرشد نفسي)

د. مأمون مبيض - الطب النفسي - أيرلندا الشمالية

mobayed@hotmail.com

مقدمة: ينمو الأطفال مع الأسف وفي كل أنحاء العالم في جو من العنف والإرهاب والنزاعات السياسية والعسكرية. ولا شك أن تدور في أذهانهم الكثير من الأسئلة الملحة عن الحرب وأسباب النزاعات وموقف الإنسان منها. ويمكن لهذه الأسئلة والأفكار أن تؤثر كثيرا على نموهم وفهمهم لأنفسهم والآخرين والعالم من حولهم.

ويتعقد الموقف أكثر في هذا الوقت حيث تعج وسائل الإعلام صباح مساء بأخبار هذه النزاعات والحروب، مع نقل الصور الفورية، والأصح أن أقول أن وسائل الإعلام هذه تنقلنا وأولادنا إلى موقع الحدث أو الانفجار أو القتل.

ومما يقلق الأباء والمعلمين والمربين والأطباء كيفية حماية الصغار من التأثيرات الضارة لهذه الأحداث، وطبيعة الطريقة المثلى للتعامل مع الصغار في هذه الظروف الصعبة، وعن كمية المعلومات التي يفيد تقديمها لهم. ويبقى موضوع الصحة النفسية للصغار في هذه الأوقات من القضايا الملحة التي تواجه العاملين في المجال الصحي، بل كامل المجتمع. ويمكن للطبيب أن يقوم بدور المرشد للآباء والأمهات للطريقة الصحية للتعامل مع هذا الموضوع.

ولا ننسى أن الأطفال يتفاوتون كذلك في طبيعة علاقتهم بالحرب أو النزاع، فقد يكون لبعضهم أقارب لهم تدخل مباشر بالحرب أو القتال الدائر، أو يكونوا من نفس الجنسية أو الهوية أو الديانة، ولا شك أن هؤلاء أكثر عرضة للتأثر بالأحداث الدائرة.

وقد يميل الأطفال الكبار إلى ربط أخبار الحرب أو القتال بأمورهم وظروفهم الشخصية وكأنها تتعلق بهم مباشرة.

ومن أكثر ما يشغل ذهن الأطفال الصغار هو الخوف من الافتراق عن الوالدين، ومفهوم الخير والشر، والخوف من العقاب. وقد يسأل الطفل الصغير فيما إذا كان سلوكه في البيت حسن أو سيئ، معتقدا أن الحرب قد وقعت على الأطفال الذين يشاهدهم في الأخبار بسبب أن سلوكهم مع والديهم لم يكن حسن، ولذلك فالحرب عقابا لهم!

وبسبب اهتمام الأولاد الكبار بقضايا السياسة والأخلاق والمبادئ فقد يعمدون إلى التأمل والتفكير في القضايا الفلسفية والأخلاقية العامة، وطبيعة الحكومات والسياسات والخدمة العسكرية...

وهناك من الأولاد من يأخذ الموقف المعاكس عندما يصبح غير مبالي بما يرى أو يسمع من أخبار الاقتتال والدمار. وقد يكون ذلك بسبب كثرة المعلومات والصور والأخبار التي تعرض لها هؤلاء مما جعلهم يشعرون بحس الخدر. وأحيانا وبسبب الألعاب الإلكترونية كالمبيوتر وغيره فقد لا يشعر الطفل أنه أمام مناظر حقيقية وضحايا ودماء وقتلى.

كيف أتصرف على أفكار ومشاعر الأولاد عن الحرب؟

قد لا يكون من السهل معرفة حقيقة ما يدور في ذهن الأطفال عندما يكونوا تحت صدمة أخبار شديدة مرعبة وقد يتردد الطفل في الحديث عن مخاوفه، وخاصة أنه قد لا يكون قد انتبه إلى مدى تأثير الأخبار عليه.

ويمكن أن يشعروا بمخاوف متعددة وبشكل يخالف توقعات الأهل. فقد يخاف الطفل من ركوب الحافلة أو الباص بعد أن رأى في الأخبار باصا ينفجر، أو الخوف من الذهاب إلى المدرسة بعد أن شاهد مدرسة تتعرض للقصف.

تفاعل الأولاد مع الحروب والنزاعات

تختلف ردود أفعال الأولاد لأخبار الحروب والنزاعات والصور المرافقة لها، بسبب اختلاف عوامل كثيرة كعمر الطفل وطبيعة شخصيته والتجارب التي مر بها في حياته ونوعية علاقته بالآخرين من حوله كالوالدين وغيرهما.

فإن أكثر ما يزعج الأطفال قبل المرحلة المدرسية هي المناظر المرعبة والمؤلمة وأصوات الدوي والانفجارات. وليس مستغربا أن يخلط أطفال هذه السن بين الحقيقة والخيال، وبين تقديرهم لحجم الأخطار والتي قد تلحق بهم أو بغيرهم. ومن السهل أن تسيطر مشاعر الخوف والقلق على هؤلاء الأطفال، حيث يصعب عليهم إدراك البعد الحقيقي للأمر، أو صرف الأفكار المخيفة عن أذهانهم.

بينما يمكن لأطفال المرحلة المدرسية التفريق بين الحقيقة والخيال، إلا أنه قد يصعب عليهم أحيانا الفصل بينهما. فقد يخلط الطفل بين مشهد من فلم مخيف وبين منظر من مناظر الأخبار، مما يدفعه للمبالغة في حقيقة الأخبار. وقد لا ينتبه الطفل إلى أن بعض المشاهد الإخبارية يعاد عرضها مرات ومرات وليس أنها تتكرر من جديد. وقد يشعر الطفل وبسبب وضوح الصور المنقولة أن الحدث قريب منه كثيرا وربما في الشارع الذي يسكنه.

بينما نجد الذين في المرحلة الإعدادية والثانوية أكثر اهتماما بالنقاشات السياسية المرافقة للنزاع، ويشعرون بأن عليهم أن يتخذوا موقفا محددا من هذه القضايا. ولذلك قد نجدهم يخرطون في بعض الأعمال السياسية أو الخيرية المتعلقة بحالة الحرب والنزاع.

ويمكن لشخصية الطفل وطبيعته المزاجية أن تؤثر كذلك في تفاعل الطفل مع الحدث، فبعض الأطفال أكثر عرضة بسبب ميلهم للخوف والقلق، وبالتالي نجد أن الخبر يحرك عندهم مشاعر الخطر والخوف والاضطراب.

وعلى الأهل إحترام رغبة الطفل إن لم يرد الحديث في الموضوع في بعض الأوقات عندما لا يكون مرتاحاً للأمر.

وعلى الأيوين الانتباه لبعض المؤشرات الكلامية وغير الكلامية التي ترافق حديث الأولاد ومنها:

- تعبيرات وجه الولد
- طبيعة حركات جسم الطفل وما يحاول التعبير عنه
- سلوك اللعب الذي يقوم به الأولاد
- طبقة صوت الولد
- التعبيرات والكلمات التي يستخدمها الولد للتعبير عما في نفسه

ويدرك معظم الناس الآن أن المعلومات والأخبار أصبحت أكثر انتشاراً وأكثر سهولة في الحصول عليها، وأنها متاحة للصغار والكبار سواء من التلفزيون أو الأنترنت أو الصحف أو المجلات. ويجب الانتباه هنا إلى نوعية وكمية الأخبار التي يتلقاها الأطفال وخاصة الصغار منهم. فإنه لا ينصح أن يتعرض الأطفال لكمية كبيرة من هذه الأخبار، أو أن يتعرضوا للمشاهد المخيفة من القتل والدمار. وقد يحتاج الأهل للحد من كمية هذه الأخبار ونوعيتها، وسنأتي لهذا الموضوع بعد قليل.

والمهم أن يساعد الأهل الولد على هضم هذه المعلومات وفهمها بطريقة إيجابية تساعده على فهم الحقائق، وتصحح لديه سوء الفهم إن جد، وتمكنه من الخروج منها بما يعطيه الأمل في المستقبل. ولا بد من التعرض لمشاعر الطفل عن هذه الأخبار أو الأحداث، وليس مجرد الاهتمام بالجانب الفكري أو المعرفي.

ولا ننسى أن مثل هذه المواضيع تتيح فرصة طبيعية ليتحدث الوالدان عن نظرتهم ورأيهم في أمور متعددة متعلقة بالموضوع، كالعدل والظلم، أو العصبية والموضوعية، أو التسامح والكراهية، أو العنف واللاعنف، أو المواقف النمطية عن الناس، وغيرها من أمور الحياة. ويفيد التحلي بالحوار الصريح والمنفتح، ولكن من دون أن يقدم الأهل آرائهم على أنها حقائق مطلقة، ويجب أن يتيح فرصة لاختلاف الرأي، وفرصة للتعبير عن هذه الآراء المختلفة.

إن إشعار الطفل بخطأ أفكاره أو مشاعره قد يدفعه لينسحب من الحوار أو النقاش، أو قد يجعله يشعر بأنه طفل " سيئ" أو أنه لا يحسن التصرف.

نصائح بسيطة وهامة في جلسة الحديث مع الأولاد

- استمع واستمع، واستمع من جديد لما يقوله ولذك
- أظهر إحترامك للولد بالرغم من عدم موافقتك على ما يقوله " أنا أحترم رأيك هذا"
- حاول النظر في عيني الولد قدر الإمكان أثناء الحوار
- تصيد الظروف المناسبة لشرح بعض الأفكار الأساسية
- قل الحقيقة
- يتعلم الأولاد من خلال مراقبة الآخرين، فكن نعم القدوة لهم
- أقض مع الأولاد وقتاً مشتركاً حراً من دون قيود وتعليمات
- أظهر أنك مهتم حقيقة بالولد
- حاول أن لا تنتقد الولد
- أعط الولد كل إنتباهك وتركيزك
- تذكر أنك تتحاور مع الولد من خلال الكلمات والتعبيرات والحركات جميعاً

ويمكن للأباء أن ينتبهوا إلى المؤشرات التي توحى بكيفية تعامل الطفل مع الأحداث وأخبار المعارك.

وليس بالضرورة أن يكون لعب الأطفال لألعاب القتال والحروب مؤشراً إلى مشكلة نفسية عندهم، فهذا أمر طبيعي عند الصغار، ولكن قد يزداد هذا النوع من اللعب وقد الحروب، حيث يحاول الأطفال من خلال هذا " اللعب" تقليد ومحاكاة ما يشاهدونه، أو الانتقام، أو قد يعتقدون بأنهم يساهمون في حل بعض النزاعات التي يرونها أمامهم.

ومن المؤشرات القوية لتأثير الأطفال بالحرب والقتال:

- تراجع الطفل أو نكوصه إلى سلوك طفلي كان قد نمت وتجاوزته في مرحلة من مراحل نموه السابقة، كالخوف من النوم منفرداً، والتبول اللاإرادي، ومص الإصبع وغيرها من تصرفات تميز من أهم أصغر من سنه
- السلوك العدوانى من الضرب والاعتداء على الأشقاء أو غيرهم.
- التعلق الزائد بأحد والديه أو كليهما، وقلقه كلما ابتعد عنهما ولو لوقت قصير
- الانطواء الشديد والذي لا ينسجم مع طبيعة نفسيته السابقة
- اضطراب النوم والكوابيس الليلية
- الوسواس بأمر الحرب كتكرار الأسئلة المتعلقة بهذه الحرب
- الخوف من أمور لم يكن يخافها من قبل كالظلمة والليل.

كيف أتحدث مع الأولاد عن الحرب؟

هناك معتقد خاطئ عند الناس أن الحديث عن الحرب والقتال مع الأطفال من شأنه أن يزيد لديهم المخاوف والقلق، والعكس هو الصحيح، وإن كان الأمر يتوقف على طريق الحديث والحوار معهم. والأخطر من الحديث المباشر والصريح أن يحتفظ الطفل بمخاوفه الخاصة التي يتحدث عنها للآخرين.

وكما هو الحال مع المواضيع الأخرى في الحياة، يجب الانتباه للمرحلة العمرية ولمرحلة نمو الطفل وفهمه واستيعابه. وبالرغم من أن الأطفال الصغار وحتى الذين في الرابعة أو الخامسة من العمر يمكن أن يدركوا طبيعة أعمال العنف والحرب، إلا أنه ليس كلهم يعرف كيفية الحديث عما يشغله ويقلقه. ولذلك قد يحتاج الأهل أحياناً أن يبدؤوا هم في محاولة الحوار مع الأولاد. ويمكن أن يبدأ الوالدان بسؤال الطفل عما يمكن أن يكون قد سمعه من أخبار، أو عن رأيه فيما يجري من أحداث. وعلى الأهل أن يمسكوا أنفسهم عن محاولات إلقاء المحاضرات على الأطفال حتى يتعرفوا أولاً على الأمور المهمة التي تشغل بالهم، فقد تكون غير ما توقعه الأهل. ويمكن الاستفادة من بعض الظروف الطبيعية ومنها مثلاً عندما يشاهد الجميع نشرة الأخبار، أو عندما تحدث بعض الأمور كظهور النقاشات على شاشة التلفزيون، أو خروج الناس في مسيرات الاحتجاج على الحرب، أو عند جمع التبرعات من المساجد لصالح ضحايا العدوان.

وليس من الطبيعي أن يتم النقاش في هذه المواضيع المشحونة بالعواطف في جلسة واحدة، ولا بد من زيارة الموضوع كلما دعت الحاجة. وقد تستجد بين الحين والآخر قضايا وتفصيل جديدة تستدعي الحديث مجدداً.

ويمكن للأهل محاولة التوسع في فتح مواضيع أخرى وثيقة الصلة بما يجري كمواضيع العدل والسلام واللاعنف في الحياة وقد يتطلب المر في بعض المعلومات التاريخية، أو ثقافة وتقاليد بعض الناس أو الدول.

ولا بأس من محاولة ربط حل النزاعات الدولية بحل النزاعات المحلية في البلد الذي يعيش فيه الطفل، أو الخلافات البسيطة التي تنشأ بين الأولاد، وكيف يمكنهم حل هذه الخلافات بطريقة سليمة.

- ذكر الولد بأن له مكانة خاصة عندك

- شجع الولد على الحديث عن مشاعره " يبدو أنك قلق"، قل لي بماذا تشعر"

- شارك أفكارك ومعتقداتك مع الولد " أنا أشعر... أو أعتقد..."

كيف يمكن أن أطمئن الأولاد؟

من المفيد أن يظهر الأهل للطفل بأنهم يفهمون مشاعره، وعليهم تجنب التقليل من هذه المشاعر فغن هذا قد يشعره بالحرج أو الانتقاد له والحديث عن العواطف والمشاعر من شأنه أن يخفف من شعور الطفل بالقلق والخوف.

ويمكن للوالدين تطمين الطفل من خلال تقديم معلومات وحقائق عما هو متوفر لحماية الناس ومنهم الأطفال كوجود الشرطة ورجال الأمن، ومن خلال ما يمكن أن يقوم به الطفل في حال خوفه كحديثه مع أحد الكبار كوالديه. وليحاول الأبوان تجنب وضع الاحتمالات والافتراضات أمام الطفل، والفضل منها تقديم المعلومات الحقيقية ولكن البسيطة والواضحة.

ومن الأمور المهمة في إدخال الطمأنينة في نفس الطفل والأسرة جميعا الحفاظ قدر الإمكان على الروتين المعتاد للأسرة في تفاصيل حياتها اليومية، فهذا مما يعيد شيئا من الشعور بالأمن السابق للحرب والاحتلال، واشترك أفراد الأسرة في القيام بالأعمال اليومية البسيطة والواضحة.

ومن الأمور المهمة في إدخال الطمأنينة في نفس الطفل والأسرة جميعا الحفاظ قدر الإمكان السابق للحرب والاحتلال، واشترك أفراد الأسرة في القيام بالأعمال اليومية البسيطة، كتناول وجبات الطعام، والنوم المشترك كالمعتاد، والذهاب إلى المدرسة، فكل هذه الأعمال تعطي الطفل شعورا بأن العالم من حوله يسير بشكل طبيعي كالمعتاد.

وإذا كان للطفل قريب أو أحد أفراد أسرته في منطقة الحرب أو النزاع فقد يعرضه هذا للمزيد من القلق أو الخوف. ومما يفيد هذا الطفل معرفة معلومات حقيقية عن هذا القريب وظروف حياته مكان الحرب. ويمكن للطفل أن يتصل بقربيه عن طريق الهاتف أو بالمراسلة إن أمكن هذا. ولا شك أن مما يعين دوما هو النقاء الإنسان وحديثه مع الآخرين الذين يعيشون ظروفًا مثل ظروفه، فهذا يخفف عن الجميع من خلال المشاركة بالمعلومات والتجربة والمشاعر.

ومن الأمور المطمئنة للأطفال أن يروا الكبار من حولهم يشعرون بالمن والأطمئنان، ومن خلال تلقي الدعم النفسي والتشجيع من قبل هؤلاء الكبار.

ولاشك أن هذه فرصة مناسبة لشرح مفهوم التوكل على الله مع اتخاذ الأسباب، وأن المسلم في النهاية يشعر بالأمن من خلال الاعتقاد بأنه " لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا".

نصائح عامة للوالدين تتعلق بحالة الحرب

5- من نعم الله أنه وضع في الأطفال قدرة عالية على التحمل والممانعة أمام الصدمات، فبالرغم من إصابتهم بالانزعاج الشديد وقد الأزمات إلا أنهم قادرون من خلال الزمن ومن خلال وجود فرصة أمامهم للتعبير عن مشاعرهم، قادرون على العودة للحياة الطبيعية، وبشكل أسرع منا نحن الكبار. قد لا يستفيد الأطفال من جلسات طويلة مليئة بالأسئلة، وإنما يفيدهم أكثر معلومات بسيطة مباشرة وواضحة على تساؤلاتهم، وأن يستمع إليهم إذا أرادوا الكلام.

6- لا تسرع في افتراض ما يمكن أن يكون قد فهمه الأولاد من الأحداث، ولا تقترض أن مشاعرهم تجاه حدث ما أشد من مشاعرك أنت.

فردود فعل الأطفال للأحداث تختلف كما ذكرنا سابقا بحسب أعمارهم، وقربهم من الحدث، وشخصيتهم، وتجاربهم في الحياة، وما قد سمعوه عن الأحداث، وأسلوب أسرهم في الحوار والخطاب، وقلة المشاعر التي تظهر على الطفل لا يعني بالضرورة أنه يخفي حقيقة.

1- من أفضل ما يعين الطفل هو أن تفهم تماما سؤاله قبل الإجابة عليه. وقد يشير السؤال أحيانا لمشاعر معينة أو فكرة يحملها الطفل. والأمثل أن تتفهم الدوافع التي تقف وراء سؤاله، وخاصة عندما يكون هذا السؤال صعبا. ويمكنك عندها أن تسأل الطفل مثلا " وما الذي يجعلك تفكر بهذا؟" أو " هل تخبرني بماذا كنت تفكر حتى طرحت هذا السؤال؟" وعندما تعرف مغزى السؤال فستستطيع عندها تقديم الإجابة الفعالة.

2- قد يطرح الأطفال أسئلة لا يستطيع أحد الإجابة عنها، والتي قد تجعل الأهل يشعرون بالارتباك وعدم الراحة، ويقلقون أن الأطفال لن يشعروا بالأمان إذا لم تقدم إليهم الإجابات المناسبة. يرتاح عادة الأطفال والمراهقين، مثلنا نحن الكبار، للحديث المباشر والصريح، فبدل أن تترعرع للطفل جوابا غير دقيق، الأفضل أن تقول: " لا أدري جواب هذا السؤال" أو " سأحاول أن أبحث لك عن الجواب".

3- لا تتردد في حزمك الأمر. فإذا رأيت التقليل من أوقات متابعة نشرات الأخبار، أو الحد من الصور المعروضة على التلفزيون فافعل ما تراه صحيحا لك وللأولاد

4- قد تضطر الأسرة لتغيير نظامها الحياتي المعتاد لبعض الوقت، ولكن احرص على إعادة نمط هذه الحياة لطبيعته المعتادة لما في هذا وكما ذكرنا سابقا من إدخال شيء من الاطمئنان لحياة الأسرة والأطفال

ترشيد التعامل مع وسائل الإعلام

تكثر هذه الأيام النشرات الإخبارية والتغطية الإعلامية وقد الحروب والنزاعات، فهي على مدار الأربع والعشرين ساعة. وتسبب الكثير من هذه المعلومات والصور المرافقة الانزعاج والألم للكبار فمن باب أولي أن تؤثر في الصغار والأولاد. وقد تزداد حساسية بعض هؤلاء الأولاد لمثل هذه المعلومات والصور.

ويمكن للآباء والمعلمين والمربين من الحد من التأثيرات السلبية لوسائل الإعلام بمتابعة ما يتعرض له الأولاد من هذه الوسائل وذلك من خلال:

- لا تقترض أن الأولاد لا يعرفون ماذا يجري من أحداث: من المستحيل تقريبا في هذا العصر أن لا يلاحظ الأولاد ماذا يدور من أحداث معاصرة. فكثير من الصغار الآن يرون ويسمعون أكثر مما نتوقع، ومن هنا تأتي أهمية سؤالهم عما رأوه أو سمعوه، وعن مشاعرهم حول هذه الأحداث.

- تنتبه إلى علامات إصابة الأولاد بالقلق: بعض الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالقلق من غيرهم عندما يتابعون نشرات الأخبار، وذلك بحسب أعمارهم ومزاجهم. ويزداد احتمال تعرض الأولاد للقلق إذا كانوا هو أنفسهم ضحايا للعدوان أو الأذى في السابق كحرب أو أعمال عنف، أو إذا كان لهم أقرباء وأسر تعيش في منطقة الحرب أو النزاع، أو إذا كان لهم أقرباء في الجيش أو خدمات الإسعاف.

- كن اختياريًا فيما يشاهده الأولاد: حاول حماية الأولاد من الصور المأثرة والمعلومات المزعجة في بعض البرامج المعروضة. حاول أن لا ترتكب الخطأ الذي ترتكبه بعض الأسر عندما ييقن التلفزيون أو الراديو يعمل طوال الوقت حتى ولو لم يكن أحد يشاهد أو يسمع. وتجنب متابعة بعض مشاهد التدمير والعدوان والتي تكرر ها وسائل الإعلام مرات ومرات.

أطلس لخرائط البلدان.

- أكد على مبادئ العدل واحترام الحياة: اشرح للأولاد كيف أن الحروب والنزاعات لا شك تسبب عواطف الحزن ومشاعر الموساة مع الضحايا وأسره، وأن كل هذا ينشأ بين الناس مشاعر التعاطف والتضامن والتكافل.

ساعد الأولاد على الشعور بإمكانات العمل: شجع الأولاد على القيام بعمل إيجابي في نطاق الحرب أو النزاع كجمع التبرعات أو الخروج في المظاهرات أو حضور ندوات الحوار أو كتابة رسائل الاحتجاج للصحف أو السياسيين

- ساعد الأولاد الكبار على تحليل بعض اللقطات الإخبارية: فهذه فرصة مناسبة ليتعلم الأولاد كيفية عمل وسائل الإعلام. فيمكنك مشاهدة بعض النشرات الإخبارية مع الأولاد الكبار ومن ثم الحديث عنها وتحليلها. وشرح لهم كيف أن الإعلام مهنة وأن القائمين عليه يسعون لكسب العدد الكبير من الزبائن والمشاهدين، ولذلك يستخدمون وسائل متعددة تؤثر في طريقة الإخراج الفني لهذا الإعلام.

- وسع دائرة جمع المعلومات: حاول أن تتنوع وسائل الإعلام التي تحصل منها الأخبار بين التلفزيون والانترنت والصحف مما يضمن بعض الحيادية للمعلومات. وقد يكون لا بد من الرجوع لبعض كتب التاريخ أو

Arabpsynet Association



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm>

غزة... التداخيات السيكلوجية للحرب والحصار



غزة... التداخيات السيكلوجية للحرب والحصار



لكنوا شهداء

Arabpsynet Reviews



Arabic Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

English Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

French Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm

الجوانب النفسية الاجتماعية للصراع العربي الإسرائيلي¹

مخاضة

قـدري حـفـني - أستاذ علم النفس - القاهرة، مصر

kadry.turky@gmail.com - kadrymh@yahoo.com

السيدات و السادة: لعلي لم أعاني يوماً من الوقوف محاضراً قدر معاناتي و أنا أقف أمامكم اليوم. ليس ذلك لقليل ألفة بالموضوع، و لا لضباب يحول دون وضوح الرؤية، فالموضوع واضح -لدي علي الأقل- وضوحاً ساطعاً يكاد يخترق حدود العقل العلمي البارد ليصل إلي أغوار الانفعال، و من هنا كانت المعاناة بهدف التماس ذلك الخط الدقيق الذي يميز -و لا أقول يفصل- بين الانتماء الوطني بل و الإنساني و ما يثيره من وهج انفعالي، و الالتزام العلمي و ما يقتضيه من برود عقلي.

و الأمر الثالث أن يقتصر حديثي قدر المستطاع -و بحكم الأهمية- علي طرفي الصراع الرئيسيين: فلسطين و إسرائيل.

و لا يعني ذلك الاقتصار بحال إغفال حقيقة أن التغيرات عبر العقود الثلاثة الماضية تكاد تكون قد شملت المنطقة بكاملها إذا لم تكن تأثيراتها قد امتدت لتشمل العالم جميعاً، و أن التغيرات الاجتماعية النفسية لا تمثل سوي جانباً فحسب من جوانب الصراع قد نختلف حول مكانته من حيث الأهمية.

السيدات و السادة

سوف نقف أمام تغييرين أساسيين طرأ علي البنية السكانية ليهود إسرائيل، أري أن لهما علاقة وثيقة بمآل إسرائيل في المستقبل، و بقراراتها في الحاضر، فضلاً عن ارتباطهما بما نشهده أمام أعيننا اليوم:

يتعلق التغير الأول بطبيعة تكوين الأجيال اليهودية في إسرائيل، و بالتحديد جيل الصابرا أي أولئك الذين ولدوا في إسرائيل و تربوا في المستوطنات الصهيونية، و الذين كانوا موضوعاً لأول دراسة منشورة لي عام 1971 بعنوان "تجسيد الوهم" و أود أن أشير في هذا السياق إلي نموذج بارز من أبناء ذلك الجيل من الصابرا القدامى.

في عام 1928 شددت الرحال من روسيا إلي فلسطين أسرة يهودية صهيونية متشددة تضم مزارعاً يدعي صموئيل موردخاي شينرمان و زوجته التي كانت تعمل بالتمريض لتستقر الأسرة في واحدة من أوائل المستوطنات الزراعية اليهودية التي أقيمت في فلسطين، و أنجبت الأسرة إثر وصولها الطفل "أرييل" الذي أصبح بعد أن تخلت عائلته عن لقبها الروسي القديم "أرييل شارون" الذي نعرفه جميعاً. و لعل شارون - من بين قادة إسرائيل - هو الأوثق ارتباطاً بما يجري أمام أعيننا اليوم في غزة: فعلي يدي شارون تم تدمير ما عرف باتفاقيات أوسلو للسلام حين قام بزيارته الشهيرة للمسجد الأقصى في 28 سبتمبر 2000 و التي تفجرت علي إثرها الانتفاضة الفلسطينية الثانية، و هو صاحب ما عرف بقرار "الانسحاب من غزة من طرف واحد"، و هما القرارين الذين ترتب عليهما ما ترتب من أحداث ما زلنا نشهد تداعياتها حتى اليوم.

كان شارون نموذجاً لجيل الصابرا القديم الذي نشأ في أحضان جيل المؤسسين الرواد المقاتلين و تشرب مبادئهم. و توالى أجيال الصابرا و ظلت أعدادهم تتزايد بالتدريج لتصل إلي أن بلغت 60.7% في إحصاءات 1993، ثم إلي 68% عام 2008. أي أنهم يمثلون غالبية يهود إسرائيل

السيدات و السادة

لقد عاش في ظل الصراع العربي الإسرائيلي ما يزيد عن ثمانية أجيال من العرب واليهود: من انتفاضة البراق 1928 إلي مذبحة غزة 2008، بحيث أصبح ذلك الصراع سمة أساسية في حياتهم، تمتد آثاره إلي ما هو أبعد كثيراً من الزعماء السياسيين وصناع الرأي العام لتصل إلي أعماق المجتمع، بحيث يصبح جزءاً من الأغاني والأدب، بل وحتى من اللغة، و بحيث تصبح الأحداث العنيفة جزءاً من التاريخ الشخصي يتوارثه أبناء الطرفين المتصارعين حتى هؤلاء الذين لم يخدموا في الجيش و لم يسهموا إسهاماً مباشراً في القتال، حيث لا تخلو ممارساتهم لأفراحهم وأتراحهم واحتفالاتهم الدينية من تداعيات متصلة بالصراع، و تتغلغل تأثيرات هذا النوع من الصراع الطويل في أبنية المجتمع كافة، بحيث يصبح جزءاً لا يتجزأ من أعماق الهوية القومية لأفراد كل جماعة من الجماعات المتصارعة: يشكل صورتهم عن أنفسهم، وإحساسهم بمكانتهم في العالم، بل وأنماط سلوكهم إلي آخره، و غني عن البيان أن صعوبة دراسة مثل ذلك الصراع تتضاعف إذا ما كان القائم بها - شأن أمن يشرف بالحديث إليكم- قد نشأ و تحددت هويته القومية منذ البداية منتحياً للجماعة المصرية الضالعة في هذا الصراع منذ بدايته.

لقد وقفت في يناير 1974 لأتقدم بأطروحتي للحصول علي درجة الدكتوراه في علم النفس عن "الشخصية الإسرائيلية"، و التي كانت آنذاك عملاً رائداً. و لم يخطر لي وقتها أن حجم التغيرات التي سوف تطرأ علي التركيبة الداخلية لكل طرف من أطراف الصراع، و علي طبيعة العلاقات المتبادلة بين تلك الأطراف؛ سوف تجعل مما كان رائداً بمقاييس عصره، مجرد إنجاز تحطاه الزمن بحيث لا يبق منه -إذا ما بقي شيء- سوي التاريخ و المنهج.

لقد طال التغير ملامح و مواقف و علاقات الأطراف جميعاً، و لا يتسع المقام بطبيعة الحال لسرد شامل لتلك التغيرات، و من ثم فإني أستأذنكم في أمور ثلاثة:

الأمر الأول أن يقتصر حديثي -بحكم الوقت المتاح- علي المتغير دون أن أقف طويلاً أمام الثابت، باعتبار أن ذلك الثابت أقرب إلي المعلوم بالضرورة.

و الأمر الثاني أن يقتصر حديثي - و بحكم التخصص- علي التغيرات الاجتماعية النفسية

يواجه إسرائيل من مخاطر الإبادة على أيدي العرب، و مع تزايد نسبة الصابرا و قدوم المهاجرين الروس أوشكت إسرائيل أن تجد نفسها في وضع شبيه بما واجهته عند نشأتها عندما فتحت أبوابها لاستجلاب ما يمكنها استجلابه من يهود العالم بصرف النظر عن تباين أصولهم الحضارية، و كان على صناع دولة إسرائيل آنذاك صياغة آلية فعالة لصهر ذلك الشتات المتناثر ليصبح سبيكة واحدة متماسكة، و وجدوا ضالتهم في زرع الإحساس بالخطر في أعماقهم بحيث يحسون دوماً أن العالم المحيط بهم -أي العالم العربي- يهددهم بالفناء، مع تأكيد مواز للقدرة العسكرية الإسرائيلية على التصدي لذلك التهديد. وكانت تلك هي المهمة الأساسية التي مارسها باقتدار قادة ومؤسسو إسرائيل: يروعون بها يهود إسرائيل لينصهروا في مواجهة الخطر، و يروعون بها يهود العالم ليزداد التفاهم حول إسرائيل، و يكسبون من خلالها المزيد من تعاطف العالم الغربي مع إسرائيل، فضلا عن محاولة تخدير الشارع العربي، بتدعيم إحساس زائف بأننا -علي ما نحن عليه- الطرف الأقوى الذي يثير رعبا لا قبل لإسرائيل بتحملة.

ولقد بدأت أكذوبة التهديد العربي المرعب لإسرائيل في التآكل منذ زيارة الرئيس السادات للقدس، وتزايد التآكل مع معاهدة السلام، فهاهي مصر كبرى الدول العربية تقيم سلاما مع إسرائيل. ثم تتالت الأحداث إلي مؤتمر مدريد 1990 إلي اتفاقية أوسلو 1993 وإذا بالفلسطينيين أيضا -وهم من هم بالنسبة للشارع اليهودي الإسرائيلي- يقبلون بإقامة سلام مع دولة إسرائيل، ويلبهم الأردنيون. وأخذت التأثيرات الطبيعية لتآكل أكذوبة التهديد العربي المرعب تحدث فعلها في الشارع اليهودي في إسرائيل، وذلك وفقا لقانون سلوكي نفسي اجتماعي بسيط مؤداه أن السلام والاستقرار أدعي لظهور التباينات والصراعات الداخلية، في حين أن الإحساس بالتهديد والخطر أدعي للتوحد والانصهار. و عادة ما تستطيع الكيانات الطبيعية بحكم تكوينها التاريخي أن تتحمل آلام الصراعات الداخلية الطبيعية الناجمة عن السلام باعتبارها في النهاية لا تؤدي إلي ما تؤدي إليه الحرب من دمار.

و إذا كانت تلك الآلية الصهيونية الإسرائيلية قد أخذت في التآكل مع اتفاقيات السلام، فقد تزايد تآكلها مع تزايد أعداد الصابرا و قدوم المهاجرين السوفييت. و لم يكن بد أمام إسرائيل من إعادة تفعيل تلك الآلية، و بدأت العجلة في الدوران بزيارة شارون التي أشرنا إليها للمسجد الأقصى لتنفجر انتفاضة الأقصى و ليحل رصاص كتائب الأقصى التابعة لفتح ثم كتائب القسام التابعة لحماس محل الحجارة سلاح الانتفاضة الأولى، ثم لا يلبث شارون بعد الانتخابات الفلسطينية أن يقدم علي قراره بالانسحاب من غزة من طرف واحد مع استمرار تطويقها. و كان من الطبيعي أن تتداعي الأحداث لتصل إلي ما نحن عليه: انتهاكات إسرائيلية استفزازية تدفع بحماس إلي عدم تجديد الهدنة و إلي ممارسة حقها في مقاومة الاحتلال بالسلاح الذي تمتلكه، و تنهال حمم الجحيم الإسرائيلي علي غزة، ليتحد الشارع الإسرائيلي تحت أشد الشعارات يمينية و تطرفا لمواجهة الخطر الفلسطيني الأصولي الإسلامي.

خلاصة القول أن إسرائيل مازالت تسعى لترويج أكذوبتها الضخمة ومحاولة مخادعتها، ومخادعة العالم، بل ومخادعة الشارع الإسرائيلي أيضا بتصوير ما جري من صمود فلسطيني للمذبحة الإسرائيلية باعتباره قتالا مسلحا بين طرفين، كما لو كانت "القوات المسلحة الفلسطينية" هي البادئة بالحرب الراضة للعودة إلي السلام، وأن كل ما تفعله إسرائيل هو الدفاع عن حياتها وحياة مواطنيها المسالمين.

السيدات و السادة

ها نحن قد عدنا إلي ما استهللنا به حديثنا: العدوان الإسرائيلي علي

اليوم. و لم ينشأ هؤلاء الصابرا الجدد في أحضان جيل أولئك الرواد القدامى المؤسسين، بل نشأت غالبيتهم في ظل دولة قائمة بالفعل، و من ثم فإنهم يفتقدون ذلك التكوين التاريخي المزدوج الذي ميز يهود إسرائيل عند نشأة الدولة.

لقد نشأت في إسرائيل حقيقة سكانية جديدة، وهي أن غالبية سكانها اليوم لا تحمل خبراتهم المعاشة سوي " التاريخ الإسرائيلي" فحسب، و اختفت من أمتعتهم "حقيقة السفر الجاهزة دوما"، و لم يعد في داخلهم ما كان يشعل حماس جيل المؤسسين الصهاينة من ذكريات الهولوكوست و معاناة اليهود في شرق أوروبا علي التحديد. لقد أصبحوا باختصار أكثر ارتباطا بدولة إسرائيل علي أساس برامجتي جديد.

السيدات و السادة

يتعلق التغير الثاني الذي طرأ علي البنية السكانية في إسرائيل باليهود الروس، و هم أولئك الذين توافدوا علي فلسطين منذ أوائل التسعينيات من القرن الماضي إثر انهيار الاتحاد السوفييتي، و الذين تصل نسبتهم العددية حوالي 17% من بين من يحملون الهوية الإسرائيلية، و تفوق نسبة حاصلين علي شهادات جامعية بينهم نظيرتها لدى بقية الإسرائيليين بأربعة أضعاف، و أنهم يضمون نسبة عالية من غير اليهود تبلغ حوالي 30% وفقا لتقديرات الباحث المدقق ماجد الحاج في كتابه عن "الهجرة والتكوين الإثني لدى اليهود الروس في إسرائيل" الصادر عام 2004، و الذي اعتمد فيه على سلسلة من الدراسات الميدانية التي قام بها على مدى عقد من الزمان. و هم بذلك يختلفون كفيفا عن بقية موجات الهجرة اليهودية إلي إسرائيل، إلا فيما يتعلق بتبني مواقف أشد تطرفا حيال الفلسطينيين.

و لعل أهم ما ينبغي الإشارة إليه فيما يتعلق بموضوعنا هو مقاومة هؤلاء المهاجرون الجدد للانصهار في الثقافة العبرية السائدة في إسرائيل و التي حرصت الصهيونية علي ترسيخها لدي أبناء إسرائيل من اليهود. أنهم علي خلاف غيرهم من يهود موجات الهجرة السابقة، لم يتنازلوا عن ثقافتهم الأصلية: إنهم يتحدثون اللغة الروسية التي فرضوها كلغة ثالثة علي أجهزة الإعلام الإسرائيلية الرسمية إلي جانب العبرية و العربية، و هم متمسكون بعاداتهم و تقاليدهم و حتى بمأكولاتهم الروسية حتى اليوم، و يشير ماجد الحاج إلي أنه "في وسط الحي اليهودي بالقدس يوجد متجر لبيع المشروبات و المأكولات المستوردة من روسيا و التي بالتأكيد تخالف الشريعة اليهودية لأنها على سبيل المثال تباع اللحم و السمك الذي لم يشرف عليه حاخام يهودي. واللافات داخل المتجر كتبت بالروسية و إن كانت مكتوبة في الخارج باللغتين الروسية و العبرية".

و لم يقتصر الأمر علي الاحتفاظ باللغة والعادات و التقاليد الروسية القديمة، بل لقد شكلوا داخل إسرائيل تجمعاتهم السياسية الخاصة، و لعل أبرزها هو حزب (إسرائيل بيتينو) أي إسرائيل بيتنا و الذي أسسه في مارس 1999 ، افغودور ليبيرمان، و يكفي أن نشير إلي بعض ما يتضمنه برنامج الحزب فيما يتعلق بالموقف من الفلسطينيين: يطالب الحزب بضرورة "فصل الضفة عن القطاع فصلا تاما، في كل مناحي الحياة و إلى الأبد، بحيث يصبح هناك كيانين منفصلين في الضفة و القطاع، و علي إسرائيل التعامل مع كل كيان بشكل مختلف، وأن المفاوضات مع أبو مازن يجب أن تتركز على الضفة فقط، و اعتبار كافة الاتفاقيات التي وقعتها الحكومات السابقة مع السلطة الفلسطينية لاغية".

السيدات و السادة

لقد جرت تلك التغيرات التي أشرنا إليها في الحقبة التي تلت ما يعرف باتفاقيات السلام و ما ترتب عليها من صعوبة التركيز الصهيوني علي ما

لقد تم انتخاب أبو مازن في يناير 2005 في انتخابات شفافة وتحت إشراف مراقبين دوليين، و تقدمت حماس لانتخابات يناير 2006 التي أجريت أيضا بشفافية ونزاهة و فازت فيها بغالبية مقاعد المجلس التشريعي، و أصبحنا حيال موقف فريد لعله غير مسبوق: شرعيتان فلسطينيتان تحتلان موقع القيادة رغم تناقضهما فكريا و عقائديا و سياسيا. و توالى محاولات البحث عن إيجاد قاسم مشترك بين السلطة المنتخبة و الحكومة المنتخبة، و وجدت تلك المحاولات أنها حيال أمرين كلاهما مستحيل: يستحيل أن تتنازل حماس -شأن أي تنظيم عقائدي- عن منطلقاتها الفكرية الأساسية، ومستحيل كذلك أن تولي السلطة الفلسطينية ظهرها لاتفاقات أوسلو وما تضمنته من اعتراف بحق دولة إسرائيل في الوجود، و إلا فقدت أساس شرعية وجودها و الاعتراف الدولي بها؛ ومن ثم فقد كان سقف تنازلات الطرفين لا يتجاوز الاتفاق علي نصوص غامضة يستطيع كل طرف تأويلها وفقا لرؤيته السياسية الأساسية. وفي خضم ذلك البحث عن المستحيل الفلسطيني سعت إسرائيل و تسعى بدأب لبلوغ الحد الأقصى من الممكن الإسرائيلي، وهو سعي ليس بالجديد.

و سرعان ما تقائل الفريقان، و توجسنا أن يتحول القتال إلي حرب أهلية، و إذا به يتحول إلي ما هو أسوأ فالحروب الأهلية عادة ما تستمر حتى يحقق أحد الأطراف نصرا حاسما علي الطرف الآخر تتحقق به الوحدة بصرف النظر عن هوية الطرف المنتصر، غير أن السيناريو الأسوأ هو أن ينتهي القتال سريعا دون أن يحقق أحد الأطراف نصرا حاسما يوحد به الوطن و بتجمد القتال يتم تكريس الانفصال، و نصبح حيال الاحتمال الأكثر سوءا: أن يتعمق الانفصال فيصل إلي ما يطلق عليه "تفكك الهوية" أو انشطارها

السيدات و السادة

يعد مفهوم "هوية الجماعة" من المفاهيم الأساسية التي تناولتها دراسات علم النفس السياسي، ويكون تماسك الجماعة بقدر اتفاق أفرادها علي ملامح تلك الهوية. و يعد تعدد و تصارع الانتماءات الأساسية للجماعة نذيرا بتفككها ما لم تتفق الجماعة علي تدرج تلك الانتماءات وفقا لأهميتها. و لعلنا لا أتجاوز حين أشير إلي أن ثمة عملية مخاض عنيفة تجري في عالمنا العربي تتصارع خلالها هويات ثلاث:

1- هوية إسلامية عالمية تقوم علي أننا ننتمي للأمة الإسلامية التي ما زالت تتوق إلي استرجاع توحدها تحت راية دولة إسلامية واحدة، و أن ما نعانين من وهن و ما نواجهه من هزائم و ما يعتور تقدمنا من عثرات إنما يرجع إلي ابتعادنا عن صحيح الدين.

2- هوية قومية عربية تري أننا في الحقيقة أمة عربية واحدة تمتد حدودها من الخليج إلي المحيط، و أن ما نعانين من وهن و ما نواجهه من هزائم و ما يعتور تقدمنا من عثرات إنما يرجع إلي تفتتنا و عدم وحدة صفوفنا تحت الراية العربية.

3- هوية وطنية تربط بين الدولة و الوطن، و تري أننا دول مستقلة يجمعنا الجوار و تجمعنا اللغة و يجمعنا أن غالبيتنا من المسلمين السنة، و لكننا في النهاية دول مستقلة تتساوي أصواتنا عند التصويت علي قرارات مجلس الجامعة العربية، حيث لا فرق بين "الشقيقة الكبرى" و الشقيقات الأصغر، و لكل دولة عربية معايير أمنها القومي كما يراه قادتها.

و إذا كانت تلك الدول العربية المستقلة -إيا كانت طبيعة و حدود استقلالها- تستطيع أن تحتوي آلام و مخاطر هذا الصراع، و أن توجل -و لو إلي حين- تحول تلك المخاطر إلي حقائق علي الأرض؛ فإن لنا أن نتساءل وجلبين: هل يمكن أن يكون ذلك الانقسام الفلسطيني دليلا -و لا أقول نذيرا- بحسم ذلك المخاض علي أرض الواقع الفلسطيني علي الأقل؟

غزة الذي خططت له إسرائيل و كان من ضمن أهدافه إلي جانب صهر الداخل الإسرائيلي، إنهاء "أساطير السلام"، و تكريس الانقسام الفلسطيني بقيام كيان فلسطيني رافض للسلام علي حدود إسرائيل.

تري ماذا عن التغييرات التي جرت بالمقابل في الواقع الفلسطيني؟

لقد أصبح من المسلّمات البديهية القول بأن الخطر الذي تستشعره الجماعة يوحدنا في مواجهته: وقائع التاريخ تؤكد ذلك، و أيضا تجارب علم النفس الاجتماعي و السياسي، فضلا عن الخبرات الواقعية اليومية في مختلف مجالات الحياة: من ساحات مباريات كرة القدم إلي ساحات الحروب، و من عصابات التهريب إلي جماعات المقاومة المسلحة.

و لقد أشرنا مرارا إلي أن تراث علم النفس السياسي يبرز الدور الذي يمكن أن يلعبه التحدي الخارجي في تقوية تماسك الجماعات، إلي حد بزوغ ما يطلق عليه في تراث علم النفس السياسي "صناعة صورة العدو" بهدف دفع جماعة معينة يهددها التفكك نحو التماسك و ذلك بتضخيم خطر خارجي أو حتى اختلاقه اختلاقا، و لقد كان قيام دولة إسرائيل بتضخيم "الخطر العربي المحتمل" تجسيدا لتلك الحقيقة العلمية التاريخية، ولم نكن نحن العرب في حاجة لبذل جهد كبير لاختلاق أو تضخيم الخطر الإسرائيلي، فهو متجسد بالفعل أمام العيون و العقول العربية عبر سنوات طوال اجتاحت فيها جيوش إسرائيل حدودنا أكثر من مرة، و ارتكبت فيه ما ارتكبت من مذابح.

لقد بدأ حديثنا عن الخطر الصهيوني قبل قيام دولة إسرائيل و ما زال مستمرا حتى اليوم. و لعلنا لا نبالغ إذا ما قلنا أن الدول العربية لم تتفق علي موضوع قط قدر اتفاقها علي خطورة إسرائيل و الصهيونية، حتى أن كلمة "تحرير فلسطين" قد تحولت إلي أيقونة تلجأ إليها العديد من السلطات العربية لتبرير إحكام قبضتها علي شعوبها، كما تلجأ إليها العديد من التنظيمات المعارضة لحشد صفوف المعارضين للسلطة، و ما أن ينهار نظام عربي إلا و يتضمن البيان الأول للنظام الجديد بشكل مباشر أو غير مباشر وعدا بتحرير فلسطين و تخوينا للنظام السابق الذي تهاون في مواجهة العدو الصهيوني. و لم يحل اعتراف مصر و الأردن بل و منظمة التحرير بإسرائيل، و إقدام عدد من الدول العربية علي إقامة علاقات إعلامية و اقتصادية بل و حتى رياضية مع إسرائيل، دون استمرار انطلاق المظاهرات الشعبية و الإعلامية في كافة الدول العربية دون استثناء تتصاعد هتافاتا إلي عنان السماء تدين التطبيع مع العدو الصهيوني و تدعو لتحرير فلسطين.

و رغم ذلك كله فقد ظل التفتت العربي علي حاله؛ بل و امتدت الشروخ إلي الشعب الفلسطيني فوجدنا أنفسنا حيال المفاضلة بين "غزة الفلسطينية المسلمة" المحتلة و "رام الله الفلسطينية المستسلمة" المحتلة أيضا، و في ظل ذلك التفتت و التناحور المركب ما زال الجميع و دون أي استثناء يواصلون الصراخ محذرين من الخطر الصهيوني، و راح كل طرف يلقي بوزر عرقلة القضية علي الطرف الآخر. و استمرت محرقة غزة ما يزيد عن الأسابيع الثلاثة، فإذا بها تضخم الانقسام العربي، و تجسد الانقسام الفلسطيني.

السيدات و السادة

يفيض تراث علم النفس السياسي بكم هائل من الدراسات النظرية و الميدانية التي تدور حول الديمقراطية نظرية و تطبيقا، و تكاد تلك الدراسات أن تجمع علي أن الانتخابات الشفافة النزاهة هي بمثابة صمام الأمان لضمان امتصاص خلافات الجماعة من خلال التزام الأقلية بما تراه الأغلبية، و لكن ما حدث علي الساحة الفلسطينية يبدو للوهلة الأولى مناقضا لما انتهت إليه تلك الدراسات.

شرفت بالاقتراب منها، و أخري شرفت بالسماع عنها. من أبوجهاد إلي الرنتيسي، و من جواد أبوشعر إلي دلال المغربي، و من أحمد ياسين إلي أبوعمار.

و لكن يختلط الاحترام و الإجلال بكثير من الأسى بل و الغضب لمن سقطوا برصاص عربي بل و فلسطيني من صابرا و شاتيلا إلي تل الزعتر و طرابلس بل و غزة و من الشهيد الفلسطيني احمد موسى أول شهداء حركة فتح 1965 إلي الضابط المصري ياسر فريخ آخر شهداء مصر 2008

شكروا لمن إصغاكم

نص محاضرة عامة أقيمت ضمن برنامج لجنة علم النفس، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 4 فبراير 2009

إن أجيالا متعاقبة من الشعب الفلسطيني عاشت و ما زالت في شتات بالغ التعقيد لا بد و أن يترك -بحكم قوانين التنشئة و السلوك- بصماته علي الجانب المتغير من أنماط سلوكهم و اتجاهاتهم، غير أن الانقسام الفلسطيني الراهن إذا ما استمر يمكن أن يترك بصماته علي الجانب الأعظم من الهوية الفلسطينية الأساسية. و إلي هنا ينتهي الحديث

السيدات و السادة

لعلني قد استغرقت وقتا أطول مما قدرت و قدرتم، و لكنني أستأذنكم في أن أخلع مؤقتا ثوب الالتزام العلمي و ما يقتضيه من عقل بارد، فإنه يعز علي أن ينتهي لقاءنا دون أن أحنى هامتي احتراما لأرواح صعدت إلي بارئها في أنون معارك ممتدة من 1928 إلي 2008، أرواح بالآلاف حصدها آلة الحرب و الاستخبارات الصهيونية. أكاد ألمح من بينها وجوها

Arabpsynet Psychiatrists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp>

غزة... التدمير السيكولوجي للحرب و الحصار



لكنوا شهداء...

Arabpsynet Psychologists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp>

غزة... التدمير السيكولوجي للحرب و الحصار



لكنوا شهداء...

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

مصطفى شكيب - عالم النفس، المغرب

chagib@yahoo.fr

المواضيع :

- بعض أسس النظرية المعرفية السلوكية
- النظريات المعرفية السلوكية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة
- أهم تدخلات العلاج المعرفي السلوكي
 - التعرض العلاجي
 - العلاج المعرفي
- استخدام العلاج المعرفي السلوكي لتشجيع التغير السلوكي

النظريات المعرفية السلوكية : اقتراحات أساسية

- النموذج التربوي
- اضطراب الكرب البعدي للصدمة كتأقلم/استجابة متعلمة
- مرنكات نظريات السلوك الانساني
 - نظريات التعلم
 - العلوم المعرفية
 - أسس بحثية/اختبارات تجريبية
 - تقويم مستمر للتقدم في العلاج

يتضمن العلاج المعرفي السلوكي

- طرائق العلاج السلوكي
- طرائق العلاج المعرفي
- تدخلات من أجل...

الأهداف العلاجية

- تخفيف من أعراض اضطراب الكرب البعدي للصدمة
- زعزة المدركات المتعلقة بالصدمة
- التعايش مع الأعراض
- التقليل من المشاكل المرتبطة، مثل...
 - تقليل التنبيه الفسيولوجي
 - تغيير المدركات
 - تغيير السلوكيات العلنية-الأفعال

- تغيير البيئات

رزمة ادوات التغيير في العلاج المعرفي السلوكي/العمليات

- التعريض
- إعادة البناء المعرفية
- تدبير القلق -مثلا، الاسترخاء-
- التدريب على المهارات -مثلا، التواصل، تفريغ الغضب..-
- حل المشاكل
- الاندماج
- الانعزال الاجتماعي
- الغضب/النزاع
- الذعر
- المشاكل الزوجية/الاسرية
- سلوكيات صحية -التدخين، قلة الرياضة..-

طرائق مستخدمة في العلاج

- الاسترخاء-تدبير القلق
- التدريب على مهارات التواصل
- التدريب على تدبير القلق
- التعريض العلاجي
- العلاج المعرفي
- التكليف بواجبات منزلية
- لعب الادوار
- استخدام مذكرات يومية

العلاج المعرفي:مراحل المعالجة

- العمل على الاستقرار العاطفي والسلوكي
- التدريب الصدمي
- تدبير التوتر
- التركيز الصدمي
- الوقاية من النكوص
- التتبع والاستمرارية

علاقة المعالج-الشخص

- ضرورة تقديم العلاج
- المعالج كمربي،مدرب
- نقاش متبادل حول الاهداف
- نقاش متبادل لأثر العلاج
- التعاون

التقويم

- ما هي المشاكل،وما هي العوامل التي تؤدي الى تطويرها
- أي العوامل تؤدي الى استمرار المشاكل؟
- صياغة لحاجيات الشخص
- بناء اهداف العلاج انطلاقا من الحاجيات
- مناقشة اتفاق للعلاج،اهداف،عمليات

مصادر معلومات التقويم

- النقاش الشفهي مع الشخص
- مناقشة مع اشخاص آخرين مهمين في حياة الشخص
- الملاحظة خلال حصة العلاج،وسط الشخص
- استنقصاءات
- معطيات القيادة الذاتية

عمليات تقويم اساسية

- تحديد العامل المهدد

-أي منيه يخرج المشاكل والانفعالات الى الوجود؟

- توصيف للاستجابة
 - ماذا يفعل الشخص بالضبط وماذا يختبر؟
 - تضمين قنوات معرفية،سلوكية،فسيولوجية
- تحديد النتائج
 - ماذا يحصل بعد الاعراض والسلوكيات
 - ماذا يحصل مع الاشخاص الاخرين في هذه الحالة؟
- التربية الصدمية

• كيف تؤثر الصدمة على الفرد؟

• ما هو الاضطراب الكرب البعدي للصدمة؟

• ماذا يعني الشفاء ؟

• ماذا يحصل في العلاج ؟

• تقديم تبرير منطقي للعلاج

• الهدف:شخص نشيط، مربي، محفز

تدبير التوتر

• التدريب على تدريب القلق/المناعة ضد التوتر

- التنفس العميق

- الاسترخاء

- حبس التفكير

- التحدث الى الذات

- الاستعداد للتوتر

عملية التدخل/التركيز الصدمي

• التعرض العلاجي

• العلاج المعرفي

النماذج العلاجية المعرفية السلوكية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

• النموذج السلوكي

• النموذج المعرفي

- نظرية المعالجة الانفعالي

- نظرية التمثيل الثنائي

- النظرية المعرفية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

النموذج السلوكي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

• مبني على عاملين اثنين:

- العامل الاول:التشريط الكلاسيكي- معاناة مرتبطة

بالصدمة. : حادث صدمي مرتبط بمثير محايد-خارجي ودخلي-

- العامل الثاني:التشريط المؤثر- يتم تحاشي او الهروب

من مثيرات صدمية لتقليل المعاناة في الامد القصير.

النموذج السلوكي: العلاج

- التعود على المعاناة المرتبطة بالصدمة
- التعريض المتكرر للمثيرات الصدمية-خارجية وداخلية في غياب وقوع الصدمة-اطفاء الاستجابة الشرطية
- التمييز بين الحالات الخطيرة والأمنة
- الحاجة لحصار مجنبات السلوك

المعالجة الانفعالية

- بنية خوف مرضي كبير للحدث الصادم
- يتضمن منبهات صدمية، استجابات وعناصر ذات مغزى.
- تنشيط سهل -منبه غامض-وشديد جدا.
- غير منظم ومجزأ
- عناصر غير واقعية
- منبهات غير مؤدية مرتبطة بالهرب او استجابات التجنب.
- يتضمن تقييمات او تأويلات مغلوبة
- "القلق سيستمر الى حين الهرب"
- "الخوف يسبب الضرر" أصبح مجنوناً، مريضاً
- "هذه النتائج رهبة"

المعالجة الانفعالية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة: تطبيق العلاج

- يجب تنشيط بنية الخوف من اجل تغييرها
- التعريض-الثبات عند سماع ازيز الطائرات-
- تصحيح المدركات المتعلقة بالعناصر المرضية لبنية الخوف
- التغيير الحكاياتي في اعادة الحديث
- تفكير غير منتهي، تكرار
- زيادة مستوى القراءة للحكي

نظرية التمثيل الثنائي

- الصدمة قد تقود الى صنفين من الذاكرة:
- ذاكرة شفوية متاحة
- تمثيلات لتجربة واعية للصدمة
- امكانية استعادتها طوعية
- خصوصاً "المعاني"
- ذاكرة ظرفية متاحة

- لا يمكن ولوجها اختياريًا

- التمثيلات متاحة تلقائياً مع ظهور الصدمة/تذكرها-مشاهدة صور القصف-

- استجابات انفعالية شرطية

- نقاط هامة في النظرية:

- الاتمام/التكامل

- المعالجة العاطفية المزمدة/التأمل

- نقاط هامة في النظرية:

- الاتمام/التكامل

-المعالجة العاطفية المزمدة/التأمل

- الانشغال الدائم بتبعات الصدمة والذكريات المقحمة

- المنع المسبق للمعالجة

- نتائج من التجنب

- تحاشي خوف مرضي دائم

- قابلة لإعادة التنشيط في الحياة

التطبيق العلاجي للنظرية-

التمثيل الثنائي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

- يجب تحديد الذكريات الظرفية المتاحة-نقاط ساخنة- وتحويلها الى ذكريات شفوية متاحة
- التعريض: زيارة آثار الدمار والتحدث بايجابية
- هذه الذكريات الجديدة ستفوق على الذكريات الظرفية لدى مواجهة المثيرات.
- النظرية المعرفية للاضطراب البعدي للصدمة
- عمليتان مهمتان تقودان الى الشعور بالتهديد الدائم بعد الصدمة:
- الاختلافات في طبيعة الذاكرة والربط مع نظريات اخرى
- الاختلافات في تقدير الصدمة ووقعها- اختلاف الاعراض مثلاً من شخص لآخر-
- التهديد المدرك يحفز ايضا الاستجابات السلوكية والمعرفية التي تقي التغيير المعرفي وبالتالي تعمل على استمرار الاضطراب
- تتميز الذكريات ب:

- انطباعات حسية رئيسية

- الاحساس بان ذلك "يحدث للتو"

- تتم معاودة معاناة الانفعالات الاصلية والانطباعات الحسية

- تأثر دون استذكار

- تكرار المعاناة غير المتعمدة بمجموعة من المنبهات والظرفيات

- المصابون باضطراب ما بعد الصدمة لهم "تقدير سلبي مميز للحدث الصادم ولوقعه، مما له المفعول الشائع لخلق احساس بتهديد خطير دائم"

التطبيق العلاجي للنظرية المعرفية

- تحتاج ذكرة لصدمة لصياغة وإماج في سياق تجارب فردية سابقة ولاحقة.

- وجوب تعديل اشكالية الاعتبار الي يجعل التهديد قائماً.

- استبدال الاستراتيجيات التي لا تساعد على العلاج

التعريض العلاجي

- مصطلحات اخرى: التعريض المطول، ازالة التحسيس المنهجي، الغمر

- تعريض تخيلي : بمعاناة شديدة المواجهة المتكررة للذكريات الصدمية الى حين عدم ارتباطها-اشتذكار تهدم المباني المهدمة- الموتى والجرحى

- التعريض في الواقع: المواجهة المتكررة لحالات الخوف او المثيرات، الى حين انطفاء الخوف، وذلك غالباً على نحو تدريجي-مثلاً: معاينة آثار الدمار، الثبات لدى سماع هدير الطائرات الحربية زيارة المستشفيات-يارة الموتى والترحم عليهم** مع الاشارات الايجابية**

العلاج فعال لدى الجمع بين التعريض التخيلي والواقعي

تكتيكات التعرض التخيلي

- من 45 الى 90 دقيقة
- اسأل عن تفاصيل حسية للمشهد بغرض الولوج الى الذكريات
- تفاصيل المشهد - طائرات تقصف، مبانى تهدم.. دماء تسيل..
- تفاصيل حسية - جرحى يننون..
- كما لو كان ذلك يحدث الآن.

- اضمن انتباه جيداً للذاكرة العاطفية
- اضمن انتباهها للتفكير، المشاعر، الاحاسيس الجسدية
- راقب التحاشي العاطفي

نقاط التعريض العلاجي

- على الأشخاص ان يمشوا طويلاً قدر ما يكفي تحت حالة التعريض بغرض تخفيف القلق
- يسمح للأشخاص بالتدرج في تحسين مستوى اضطرابهم
- يتم تهيئة المتدربين لعملية التعريض ودفعهم للأفضل
- على المعالج الاعتراف بصعوبة التعريض بالنسبة للشخص المصاب

تعليقات علاجية اثناء التعرض التخيلي

- "احسنت، ابقى مع الصورة".
- "إنك تبلي بلاء حسناً".
- "يتطلب الأمر بعض الشجاعة لإخراج كل ذلك".
- "ابقى مع احساسيك".
- "اعرف أن هذا صعب"، "إنك تقوم بعمل ممتاز".
- "ابقى مع الصورة، إنك في مأمن هنا".
- "أشعر أنك بأمان، لنمض الى احساسيك"

المعالج خلال

عملية التعريض التخيلي

- يقدم حججاً دامغة
- يشجع المصاب على مواصلة العملية
- يساعد على الوقاية من التحاشي
- يساعد على ولوج وتنشيط الذاكرة
- يساعد على ضبط مستوى الاثارة

خلال التعريض الواقعي

- تعرض مخطط له
- اختيار الحالات بعناية
- يجب ان تكون آمنة
- واجبات منهجية
- إمكانية استعمال التسلسل
- إمكانية استخدام نظام الزمالة
- توجيهات للبقاء في حالة الى حين جلاء القلق

العلاج المعرفي او اعادة الهيكلة

- تأويلات الصدمة تؤثر على الحالة الانفعالية للفرد والأفكار المختلفة تقود الى حالات انفعالية مختلفة كذلك
- ثلاث خطوات
- التعرف على الافكار المختلفة
- تقييم سلامة الافكار وتحدي تلك المغلوطة/المنحرفة
- استبدال الافكار المختلفة بأخرى سليمة مساعدة

امثلة لتصورات سلبية

- كان علي التنبؤ بهذه الحالة".
- "سيتيم قصفنا مرة أخرى".
- "أسأير مجنوناً. ذهب كل شيء".
- "أنا منهار تماماً".
- "لقد نسينا الله تعالى فنسينا".
- "أفلسنا تماماً. لم يبق شيء".
- "أنا النحس مسلط علي".
- "أنا ميت بالداخل".
- "ألا يمكن الاعتماد على أحد. تخلى الجميع عنا".

مضامين التصور السلبي

- صنفان اساسيان للتصورات مرتبطان ب:
- خطورة العالم الخارجي
- الكفاءة الشخصية

تغيير الادراكات

- اعادة الهيكلة المعرفية تتضمن مجهوداً مطولاً ومنهجياً:
- التربية حول دور المعتقد في الاحساس بالضرر
- التعرف على المعتقدات المؤذية
- مناقشة، مراجعة اساس هذه الاعتقادات، وتوليد اعتقادات بديلة

الاضطراب البعدي للصدمة: علاج Cognitive-Processing Therapy

- اغلب تطبيقات العلاج المعرفي تتضمن:
- - التعريض
- - العلاج المعرفي
- Cognitive-Processing Therapy
- تم تطويرها لمساعدة ضحايا الصدمات...
- فهم الترابط بين الافكار والانفعالات
- تتقبل وتدمج ان الصدمة حدث يحصل الآن ولا يمكن تجاهله
- تختبر كامل الانفعالات المرتبطة بالصدمة
- تحليل ومواجهة التصورات المعقدة
- تستكشف كيف ان التجارب السابقة والاعتقادات تؤثر على ردات الفعل لدى حصول الصدم

: Cognitive-Processing Therapy

العناصر

• الذات والآخرين

– الامن

– الثقة

– القوة والتحكم

– التقدير

– الالفة

اكتساب مهارات التدريب

• استخراج الافتراضات

– وجوب استبدال الاستجابات السابقة بأخرى أكثر تكيفا

– هل هناك مهارات ناقصة؟

• معرفة ما يجب فعله=معرفة كيف يجب فعله

• عرض صورة اهم من آلاف الكلمات

• دورات من...

– التعلم

– التقديم-العرض

– التمرين/الممارسة

– الاستحضار/التدريب

– الممارسة

امثلة مهارات

• احتواء القلق

• احتواء الغضب

• التدرب على الجزم والتوكيد

• مهارات التواصل

• حل المشاكل

• تسوية النزاع

• تدبير الوقت

• ومهارات اخرى

Arabpsynet



www.arabpsynet.com

Arabic Edition

www.arabpsynet.com/defaultAr.ASP

English Edition

www.arabpsynet.com/defaultEng.ASP

French Edition

www.arabpsynet.com/defaultFr.ASP

غزة... النداءات السيكلوجية للحرب والحصار



لنكونوا شهداء

Arab7.com

هذه هي غزة... شهادة طبيب نفسي

عبد الرحيم الريفي - أخصائي نفسي - مصر

elreefy@gmail.com

إذن .. هذه هي غزة ..
هذه هي شوارعها .. وحاراتها .. وأحيائها .. ومبانيها ..
هذه هي سماؤها ..
هذا هو شجرها .. وحجرها .. وترابها ..
شبابها .. وشيوخها .. وأطفالها .. ونساؤها ..
هذه هي غزة ..
صداع الصهاينة .. واختلاف الحكام .. وعجز الشعوب ..
هذه هي غزة ..
التي استعصت على التدجين ..
منذ أن حُلِمَ (رابين) بإغراقها في البحر ذات كآبة ..
إلى أن خرج (شارون) منها مهزوماً ذات انكسار ..
لم يتغير شيء ..

هنا منذ أسبوع ..
هنا منذ أسبوع ..
هنا منذ أسبوع ..

هنا منذ أسبوع .. رأى الغزاويون الملك عارياً ..

سقطت أوراق التوت الممزقة أصلاً عن عورات أصحاب الدعوى العريضة ..
أدرك الغزاويون كما لم يدركوا من قبل أنهم بمفردهم .. بين السيف
والجدار .. ولا مفر ..

أحرق كل واحد منهم سفن الأمل في أمة لا تملك إلا الشجب
والاستنكار .. والدعاء العاجز ..

ليتجسد فيهم جميعاً (طارق بن زياد) الذي قال لجيشه : البحر
وراءكم والعدو أمامكم ..

إن هذه هي غزة ..

دخلنا من المعبر إليها ..

كانت زيارة خاطفة .. خطفت قلوبنا قبل عقولنا ..

أصرت السلطات المصرية على أن نوقع إقراراً بمسؤوليتنا الكاملة عن
سلامتنا الشخصية .. مع وجوب العودة قبل يوم 5 فبراير 2009 ..

كانت الزيارة تحت مظلة (اتحاد الأطباء النفسيين العرب) الذي
يترأسه الأستاذ الدكتور (أحمد عكاشة) والذي بادر بإنشاء شعبة طب
نفسى للطوارئ والكوارث وأسندت رئاستها للدكتور (وائل أبو هندي)
أستاذ الطب النفسى في جامعة الزقازيق .

هذه الزيارة كانت استطلاعية في مجملها .. أو هي هكذا في الأساس
.. فما الذى يمكن أن يملكه الطبيب النفسى الزائر لغزة غير الاستطلاع

ما زالت غزة أكبر مسرح واقعي لعرض مآسى المظلومين والبؤساء
والراقدين تحت التراب ... والصامدين أيضاً .. لأكثر من ملياري إنسان
من سكان المعمورة الذين لا يملك أكثرهم غير الشجب والإدانة
والمظاهرات .. بينما دماء أبطال المسرحية تسيل من خشبة المسرح
صباح مساء لتصل إلى أقدام المتفرجين الذين يمسك بعضهم (المناديل)
لمسح دموع العجز والذل .. بينما البعض الآخر يمسك (المناديل) أيضاً
لإخفاء نظرات الشماتة والبهجة والفرح حتى لا يراها أصحاب الدموع
العاجزة الذليلة ..

وكانهم في مسرح روماني قديم أطلق فيه امبراطور الديمقراطية
وحوشاً كاسرة لتمزق أجساد أسرى حرب بائسين لا يملكون في أيديهم
غير حجر سرعان ما يتفتت بين أنياب الوحوش ..

يا الله ..

هنا منذ أسبوع كانت الدبابات والطائرات والزوارق الإسرائيلية تدك
البيوت والمساجد والمباني والشوارع والشجر والحجر والرجال والنساء
والأطفال ..

هنا منذ أسبوع ألقي مليون ونصف طن من المتفجرات (بمعدل طن لكل
مواطن) أي أكثر مما ألقي هتلر النازي على لندن في أربع سنوات ..

هنا منذ أسبوع مُحيت من الوجود عائلات بأكملها ..

هنا منذ أسبوع صُفّ المدنيون على الحوائط وأطلقت عليهم النيران ..

هنا منذ أسبوع ركض أبٌ إلى داخل بيته المهدم ليتفقد أسرته فعثر
برأس طفلته ليقع على أشلاء طفله ..

هنا منذ أسبوع هرول طبيب في المستشفى لينقذ جريحاً جاءت به
سيارة الإسعاف وعندما كشف الغطاء عن الجريح وجد جثة بلا رأس
فبحث في الأشلاء عن الرأس لتطالعه رأس ابنته ..

وتقييم الأوضاع النفسية لأهل غزة على أرض الواقع ، وتحديد الاحتياجات النفسية لهم بعد العدوان ..

لقد كنا نعلم أننا في طريقنا إلى مدينة منكوبة ألقي على كل كيلو متر مربع فيها ثلاثة آلاف كيلو من المتفجرات من الجو فقط .. وتعرض أكثر من أربعة عشر ألف منزل ، وثمانية وستون مبنى حكومياً ، وواحد وثلاثون مبنى لمؤسسات أهلية للقصف المباشر .. وأن الانقراض فيها أكثر من 600 ألف طن من الركام .. والشهداء 1440 شهيد .. والجرحى 5380 جريح ..

عندما تخطينا معبر (رفح) إلى الأراضي الفلسطينية قبلنا بحفاوة بالغة من الإخوة المسؤولين عن استقبال الوفود وكان شيئاً لم يحدث ..

كان غريباً أن يصير الغزافيون على أن يوضع كل شيء في مكانه ، وأن تسير الأمور على منوالها .. فهم قد تعودوا على الكوارث .. أو على الأصح .. تعايشوا مع كوارثهم ..

الحياة لا ينبغي أن تتوقف أبداً .. والأمن لا بد له من رجال لحفظه .. والوفود لا بد من استقبالهم .. بل .. وإحسان استقبالهم أيضاً ..

الجميع في أعمالهم من أول يوم .. ولم تمنعهم مشاعرهم .. أو الخوف .. أو القصف المتكرر من الخروج للعمل والتعامل مع الواقع اليومي ..

لم نسمع عن حادث سرقة واحد ، أو اعتداء من أحد المواطنين على أحد المواطنين ، ولم يقع هرج أو مرج مدني بين صفوف الشعب كما يقع مثله في مدن الدول العظمى أوقات الكوارث .. كل شيء يسير على طبيعته ، بل ربما زاد التضامن والتكافل الاجتماعي في غزة أضعافاً مضاعفة لإحساس الناس أن المصيبة عامة ..

وكان من حسن حظي أنني وجدت بين المستقبلين أحد رجال المقاومة — رغم أن جميعهم مقاومة — بادرت إليه فسلمت عليه وقبلت رأسه .. ولو لم يكن من بركات هذه الزيارة عليّ إلا تقبيل رأس أحد الرجال الرجال لكفاني ذلك ..

غزة .. من يحتاج من؟

بدايات عملي كانت في مستشفى الشفاء ... ومستشفى الشفاء هي أكبر مجمع طبي في فلسطين ، تقع وسط غزة ، وخدماتها تغطي مرضى الجنوب والشمال ، ويبلغ عدد الأسرة فيها 600 سرير ، وبها أكثر من 1400 موظف بين طبيب وممرض وإداري وأعمال أخرى .. ومن الطبيعي أن تستقبل هذه المستشفى النصيب الأكبر من الجرحى والشهداء لتفويض بهم مرافقها وطرفاتها .. فضلاً عن أسرته وحجراتها ..

كانت البداية مع مجموعة من الطاقم الإداري للمستشفى .. شيماء ، إيمان ، فؤاد ، محمد ، فاطمة .. كان هؤلاء من الذين عاصروا المجزرة الرهيبة في الأسابيع الثلاثة الماضية ..

بدأت معهم جلسة أولية كانت عبارة عن تفريغ انفعالي لمشاعر نفسية مختلطة تتمحور كلها حول أهوال الأحداث اليومية في أسابيع الحرب ..

قالت شيماء - وهي مبتسمة رغم شحوبها الواضح - : والله أنا محتاجة جداً لنفساني لأنني بموت من الخوف يومياً .. قُصف منزلنا مرتين بإف16 .. كنت بإحدى الغرف .. وفجأة .. اختلط الدخان والتراب والصراخ بدوي الانفجار الرهيب .. لم أفق إلا في المستشفى .. بعدها بيوم قُصفت بقايا المنزل مرة أخرى وتكرر الإغماء .. ومن وقتها صار يغمي عليّ أو أشعر بخوف شديد كلما سمعت صوتاً عالياً أو مدوياً ..

فاطمة تقول : لقد تعلمت كل تعليمي في مصر .. وعند أول فرصة سأرجع من جديد للعيش بعيداً عن هذا الدمار .. لقد كان كابوساً .. وما زال ..

أما إيمان فقالت : صحيح .. لم يقصف منزلنا ، وإنما قصف منزل أختي واستشهد ابن عم لي .. لقد تعودنا على ذلك .. ولكنني أخاف جداً عند النوم من أن أمد أقدامي على طرف السرير فأقوم من النوم وقد بُترت قدمي جراء شظية أو قنبلة أو صاروخ من طائرة .. ومن كثرت ما سمعت عن بتر الأطراف صرت أنام وقدمي في حضني ..

سألتها : هل أنت مخطوبة أو متزوجة ؟؟ قالت : لا .. ولا أريد .. يكفيني تحمل مسؤولية أهلي .. أما أن أتزوج ويقصف زوجي بصاروخ ويترك لي أولاداً .. فهذا مالا أريده ..

تخلت **شيماء** قائلة : ليه ؟؟ هذه سنة الحياة .. ولن نتوقف مهما صار ..

قلت في نفسي : هل تقصد شيماء بسنة الحياة (القصف أم الزواج) فسنن الحياة في غزة تختلف عن سنن الحياة في غيرها ..

فؤاد يقول بتماسك واضح وحزين أيضاً : والله لقد تعودنا على أصوات القصف ، ونحن نحمل أرواحنا بين أيدينا طوال الوقت ومسألة الموت والحياة منتهية .. لقد كنتُ مع صديق محبب إلى قلبي وفي اليوم الثاني جاء إلى المستشفى جثة هامدة مفصلة الرأس .. وقد رأيته ..

ثم يضيف : فوجئنا بأصوات الصواريخ تنفجر في المستشفى ، توقعنا أن المستشفى قُصفت .. خرجنا لنخلي المبنى فوجدنا أن الذي قُصف هو المسجد الذي يقع أمام المستشفى (مسجد الشفاء) .. وعندما رأى الدكتور حسين مدير المستشفى المسجد وهو عبارة عن ركام بكى .. رغم أنه رأي أهوال الحرب في المستشفى ولم يبك .. بكى فقط عندما قُصف المسجد ..

أما محمد الذي يعمل بأمن المستشفى فيقول : لقد رأينا هنا في المستشفى أشلاء وبقياء أجزاء .. وكنا نرفع الرجل فتساقط أجزاء جسمه منه أو يقع رأسه من جسده .. وقد أفاض في الحكي عن هذه المشاهد المروعة ..

ويقول عادل : لقد تعودنا .. قتلنا في الجنة وقتلهم في النار ..

كانت الملاحظة الأعم في أغلب المتحدثين عن هذه الأهوال أنهم قد حيدوا مشاعرهم تماماً .. فقد كانوا يتحدثون عن هذه الفظائع وكأنها أمرٌ عادي يحدث كل يوم .. علمتُ بعدها أن هذا التحديد تلقائي وغير مصطنع .. وهو نوع من الدفاع النفسي الذاتي تتدثر به النفوس الأبية لحمايتها من هول المأسى وبشاعة الذكريات ..

لا مجال للعواطف هنا .. أو لا مجال لإبرازها وتسيبها ..

فلو ظهرت واضحة جليلة لانهار كل شيء منذ اليوم الأول الذي خسر فيه أهل غزة ما يقارب المائتي شهيد تآثرت أشلاؤهم في ساحة مبنى من مباني الأمن في غزة .. وكانت الصورة الشهيرة لأحد الجرحى منهم وهو يرفع سبابته بالشهادة قبل أن يفارق الحياة ..

لقد كنت أسأل نفسي دائماً : ما هي نوعيات نفوس هؤلاء ؟؟ حتى يجتملوا كل هذا .. كيف يرى الإنسان ابنه أو أباه أو أخاه أو أخته أو أمه أو زوجته أو صديقه وقد تحولت أجسادهم إلى كتلة من الفحم لا تكاد تميز عضواً من أعضائها .. ويحكى لك عن كل ما رأى ... ثم يقول : ولكننا صامدون .. سنبقى في هذه الأرض حتى نهايتهم ..

صامدون؟؟؟ كيف؟؟؟

تتذكر الشعارات القديمة الجديدة عن الصمود والتصدي فتراودك نفسك أن هذا الرجل ليس سوى مخدوع آخر بهذه الشعارات التي خدعوا بها الملايين من أبناء الأمة .. ثم يعود إليك وعيك في لحظة صفاء وتجل لتقول لنفسك : إن الذين رفعوا هذه الشعارات لم يرفعوها إلا في المظاهرات وخلف شاشات التلفزة وفي الصالونات الأدبية ومقاهي الكلمة الفارغة والنضال الحنجوري فقط .. فلا يمكن أبداً أن يتساوى هذا وهؤلاء ..

وقال : ألا تزور قبره ؟؟ فتركته وذهبت إلى الحمام وظللت أبكي لأكثر من نصف ساعة ثم مسحت دموعي وغسلت وجهي وعدت مرة أخرى .

لقد لاحظت أن هناك شبه اتفاق على ألا يرى أحد دموع أحد .. البكاء ليس من شيم الرجال .. هكذا يقول أغلبهم .. لا بد من تماسك الجميع أمام الجميع .. وإن كان ولا بد فليكن البكاء بعيداً عن الأنظار حتى لا يفت ذلك في عضد الآخرين ..

تكررت نفس القصص من المسعف و المراسل .. وتكرر معها إحساسي بتلك السحابة الرحيمة التي غطت على مشاعرهم وحيدتها وهم يحكون ويحكون ويحكون ..

وإن كنت أخشى أن تنقش سحابة الرحمة هذه في يوم من الأيام وتظهر شمس الكآبة المحرقة .. فلكل إنسان طاقة .. وقد تحمل هؤلاء ما لا يتحملة البشر .

أما أطفال غزة فهم الرجال الصغار بحق ..

وقد رأينا في بعض القنوات الفضائية تقريراً مفصلاً جميلاً عن أطفال غزة أوضح فيه أصحابه جوانب كثيرة من حياتهم قبل العدوان وبعده ، كما ركزوا تركيزاً لافتاً على طريقة اللعب التي يمارسونها هناك .. فليس أمامهم سوى البنادق الخشبية ، والاختفاء فيما يشبه الأنفاق ، والهجوم على العدو المفترض وأسره أو خطفه ..

لقد صبغتهم الحياة بصبغتها ، وأجبرتهم البيئة على أن يتعاملوا معها بقوانينها وقواعدها .. وما أقسى البيئة التي يلعب أطفالها فيها لعبة الحرب ..

تركزت زياراتي المنزلية في شارع صلاح الدين وسط غزة ، ومخيم الشاطئ ، وبيت حانون ، ووجدت أن أكثر من قابلت من الأطفال أو الصبيان ينظرون إلى القصف نظرة من اعتاده وتعايش معه حتى صار جزءاً من حياته اليومية ..

مفيد جمال الإفرنجي في الصف الأول الثانوي قال لي : لقد تعودنا على القصف .. وعندما أكبر سأكون مهندساً .. نحن شعب الجبارين .. وأكد كلامه محمد باسم في الصف الخامس الابتدائي الذي يرغب أن يكون طبيباً عندما يكبر ..

كان هؤلاء الأطفال من الذين لم تقصف بيوتهم ..

أما الذين قصفت بيوتهم في بيت حانون مثلاً فقد جمع لي أحد المتعاونين معي مجموعة من الأطفال في منزل مقابل تماماً لمسجد عمر بن عبد العزيز الذي قصف عدة مرات من طائرات F16 فوجدت أنهم جميعاً تبدو عليهم مظاهر القلق والاكتئاب .. وقد أخبرني بعض أولياء أمورهم أن بعضهم لديه تبول ليلي لا إرادي ، وهي ظاهرة منتشرة بكثرة لدى الأطفال في مناطق القصف ..

الغريب أن أمنيات هؤلاء جميعاً (أي الأطفال الذين قُصفت منازلهم) كانت تتمحور حول المقاومة ، وأنهم سيلتحقون بها عندما يكبرون .. كانوا يتكلمون بغضب مكتوم ، ورغبة عارمة في الانتقام .. ساعتها تذكرت ذلك الضابط الإسرائيلي الذي قال في الأسبوع الثاني للقصف : لقد خلقنا في غزة جيلاً سيقتلنا .. صدق وهو كذوب .

وقد فُتح حوار مع الأطفال حول مفهوم المقاومة ، وسَّع فيه بعض أولياء الأمور مفهوم المقاومة ليشمل التمسك بالأرض ، والتعليم ، والدين .. فالعدو قد قصف المصانع والمساجد وجرف الأرض .. فلا بد أن تكون المقاومة في كل هذه المجالات .

ولكن الطفل طفل .. فحالات الخوف والرعب الشديدين والتوتر (خاصة في الليل) ما تزال مهيمنة على الأطفال هناك لأنهم لم يفوقوا بعد

هؤلاء لم يخسروا شيئاً .. بينما هذا خسر كل شيء .. هؤلاء يتكئون على أرائكهم ويصرخون بالمقاومة .. بينما هذا يتكى على أشلاء أحبائه ويصرخ بالمقاومة .. وشتان شتان ..

لم أعرف معنى حقيقياً للشعارات التي أتخمت الوطن العربي إلا في غزة .. لأنها وببساطة شديدة تأخذ منحى آخر هناك ..

في غزة .. القول يعقبه الفعل .. بل ربما لا تدري أيهما يعقب الآخر ..

في أحيان كثيرة لا تسمع قولاً .. بل ترى فعلاً .. وفعلاً مدوياً ..

لقد فكرت كثيراً في سر صمود هذه النفوس الأبية التي صقلتها المصائب ومحاصرتها الابتلاءات .. فكان سؤال الأبرز لنفس المجموعة السابقة في اليوم التالي عن هذا السر ؟؟

قلتُ لهم : كيف ؟؟

اتفقوا جميعاً على الآتي :

- الإيمان الشديد بالله وبقضائه وقدره .
- شدة المصيبة كانت أكبر من التفكير فيها أو اجتازها .
- عموم المصيبة التي جعلت الجميع معرضاً للعدوان مما دفع الجميع إلى التكاتف والتماسك .
- تكرار الصدمات أكسبنا مناعة .
- استحضرننا جميعاً آيات القرآن وأحاديث السنة التي تحض على الصبر والتحمل .

إن هو الدين .. الدين ..

الدين الذي قُصِّفوا بسببه .. هو هو الذي يحيون بسببه .

لقد قابلت في المستشفى طبيباً مصرياً كان قد أمضى في غزة ثلاثة أسابيع ختمت بزيارته لأم نضال .. همس لي هذا الطبيب قائلاً : لقد عدت من الحج هذا العام ولقد وجدت في غزة روحانيات أعلى بكثير من روحانيات الحج .. هكذا كانت مشاعره في أرض الرباط .

ولقد أطلعوني على صور العمليات في المستشفى وهي شئ بالغ القسوة .. ولكنها كانت فرصة للتفريغ وإعادة التذكر في موقف مطمئن .. ومع صبرة كبيرة .

المجموعة الثانية التي جلست إليها في المستشفى كانت مع ثلاثة : مراسل .. ومسعف .. ومتطوع .. وكلهم لم يغادروا المستشفى طيلة الحرب .

يحكي أبو نعيم عن دوره فيقول : لقد تطوعت من نفسي لأساند أهل الجرحى والشهداء .. أخذ بأيديهم وأذكرهم بالله .. رأيت كل شئ .. فقد عملت على ثلجة الموتى بالمستشفى ، وشاهدت آلام الجميع فور سماعهم خبر استشهاد أو عند استلام الجثث .. وعادة ما تكون عبارة عن أشلاء .. يصمت كأنه يستحضر الثبات كلما شعر بتزعزعه ثم يقول : فقط .. كلما رأيت شعرت بالغضب الشديد .. أرجو أن ننتقم منهم في يوم من الأيام .. لا بد أن ننتقم .. وفي القريب العاجل .. ثم يقول : في يوم .. وأنا أساند بعض الناس قال لي أحد الأصدقاء : إن فلان استشهد - وفلان هذا من أقرب الناس لي - سكت لحظة ، وقلت : أين هو .. قال : وراءك .. استدرت ورجت إليه ومسحت على وجهه وودعته .. ثم انصرفت إلى ما أنا فيه .. ثلاثة أيام ولم أشعر بشئ ، وفي الليلة الرابعة ذكرني نفس الصديق بصديقي

وقف إطلاق النار ، والخيام التي نصبت على عجل لم يسكن بها أحد في برد غزة القارس ..

مزرعة الفولي – وهي إحدى المزارع التي دمرت تماماً بما تحتويه من مواش – قدرت الخسارة فيها حوالي مليون شيكل .. قال صاحبها : عوضني على الله سأبدأ من جديد ..

آخر زيارة لي كانت مع أحد أفراد الشرطة إلى مكان توجد فيه عدة صواريخ إف 16 ألقيت ولم تتفجر زنة الواحد منها طن متفجرات .. هذا عدا صواريخ أخرى أقل حجماً وبعض المقنوفات التي جاءت من الزوارق البحرية .. مازحني الشرطي قائلاً : أغلقوا معبر رفح كما تريدون فالصاروخ الواحد من هذه الصواريخ يمكن من خلاله صنع عشرات الصواريخ القسامية ..

تذكرت ساعتها قول الشاعر :

من قسوة الأصداف من ظلمتها

تنبلج الدرة

من رحم الهجر

يولد الندى

وفي انتهاء الصوت

يبدأ الصدى

لك الحياة في الردى

لك الحياة في الردى

أيتها الزمرة

أيتها الفكرة

أيتها الأرض التي

تؤمن دوماً أنها حرة

خلاصة

الأمر في غزة يحتاج إلى كثير من الجهود ..

لقد زار غزة كثير من وفود الأطباء النفسيين .. من الأردن والعراق ومصر وغيرها من البلاد العربية والأجنبية .. وهذه الوفود لا بد أن لديها ما تفعله .. فلو توحدت الجهود تحت راية لجنة الإغاثة النفسية باتحاد الأطباء العرب لتمكنا من عمل شيء غير الرصد والمتابعة وكتابة التقارير النفسية التي لن يقرأها من كتبت من أجلهم ..

إن توحيد خطة العمل (إن وحدت) سيتم من خلاله تدريب كوادر فلسطينية قادرة على التعامل مع الآثار النفسية للحرب المستمرة هناك .. والتي لا يعلم إلا الله وحده متى ستنتهي ..

وأخشى أننا إذا طال صمتنا على المآسي التي رأيناها فربما نحتاج إلى أطباء نفسيين لعامة الشعوب العربية بعد ذلك .. وليس لشعب غزة فقط .

من آثار الصدمة التي يتحدثون عنها وكأنها وقعت لغيرهم .. غير أنه من اللافت للنظر أن تعبيرهم عن الحزن والخوف لا يكاد يظهر للأخريين أبداً لأن غالب الآباء قد تربوا أولاً وربوا أبناءهم ثانياً على عدم إظهار مشاعر الحزن والحزن والجزع أمام الأطفال ليظل الجميع متماسكاً .. النساء فقط هن من يبكين هناك أما الرجال فلا ..

وإن كان هذا التصرف أضعف أسلوب من أساليب المقاومة الواقعية إلا أنه أقوى أساليب المقاومة النفسية على الإطلاق ؛ لأنه يحفظ جسد المقاومة القوي ، ويمدده بالدماء النقية يوماً بعد يوم .. إنه يقول للعدو : ربما تسيل دم جسدي ولكنك لن تسيل دمع روحي الذي سأحوله لماء عذب يروي نبتة المقاومة في قلوب أطفالنا ..

وقد وضع ذلك جلياً في جاهزية الطفل الفلسطيني للمجابهة والحديث مع الغرباء وأمام الكاميرات دون حياء أو خجل لشرح ما يفهمه من قضيته العادلة ، والتعبير عنها بكافة الأشكال ..

إلا أن عدد الأطفال الذين يعانون في غزة من الصدمات النفسية أو الاضطرابات يزداد يوماً بعد يوم .. صحيح أن هذه الصدمات لا تصل في معظمها إلى الانهيار الكامل الذي يحول الطفل إلى مريض مزمن (أقول : في معظمها) فهو يرى والده ووالدته وأهله متماسكين نوعاً ما رغم اضطراب كل شيء حولهم .. فالدنيا ليست وردية هناك ، ولكنها صدمات واضطرابات لا بد من احتوائها سريعاً حتى لا تتفاقم وتتحوّل إلى أمراض مزمنة .. خاصة وأن عدد الأخصائيين النفسيين في الميدان قليل .. بل ونادر مقارنة بالحالات المتركمة ، وكثير من العائلات هناك لا تعرف أين تذهب بأطفالها الذين تظهر عليهم أعراض الأمراض النفسية .

ورغم أن المسؤولين في التربية والتعليم قد أعلنوا أن الأسبوع الأول من الدراسة سيكون أسبوعاً ترفيهياً للحديث حول الحرب والرسم واللعب إلا أن هذا الأمر يحتاج إلى أن يكون داخل إطار (الطب النفسي) حتى يخرج بنتائج أفضل ؛ لأن المدرسين العاديين غير مؤهلين لتفعيل هذه الفكرة بالشكل الأمثل .. ولكنها كفكرة تحسب لهم .

غزة عبد ربه

لم أتخيل أن يكون هناك دمار بهذا الشكل .. ما حدث في غزة عيد ربه غير عادي .. وما نقلته القنوات الفضائية كان أقل من الواقع .. لقد دمرت تدميراً شديداً .. وسويت المنازل بالأرض .. شوارع بأكملها لا يرتفع فيها إلا بقايا مصعد للمنزل ، وقطع الفرش والأجهزة المنزلية بين الركام ..

لقد غادر الجميع إلى منازل الأهل والأقرباء في الأحياء الأخرى بعد



غزة... التداخيات السيكلوجية للحرب والحصار: بريد مراسلات الشبكة

شتاء و ربيع 2009

arabpsynet@gmail.com
www.arabpsynet.com/Mailinglist/ConsMailingList.asp
www.arabpsynet.com/maillinglist/MailingListForm.htm

دراسات عن "الحرب النفسية"

نهيب بكل من لديه خبرات أو دراسات عن "الحرب النفسية" موافاتنا بكل ما يستطيع من مادة ومعلومات عن "آليات الحرب النفسية" واستراتيجيات مواجهتها

علينا الانتباه إلى "المأزق الإسرائيلي" الكبير واستغلاله أفضل استغلال في نفس الوقت الذي نتخذ فيه ما يلزم للحؤول دون هزيمتنا نفسياً... أهيب بالجميع أن يتحركوا بسرعة.

أ. د. وائل أبو هندي
الطب النفسي، مـصـر
abohendy@maganin.com

شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث

بناء على توصيات الكثير من الزملاء في العالم العربي ، و نظرا للمأساة التي تحدث في غزة، و التوابع النفسية لما يحدث، و تخاذل الحكام العرب، فقد وافق أ . د. وائل أبو هندي أستاذ الطب النفسي بجامعة الزقازيق على أن يرأس الشعبة الجديدة في إتحاد الأطباء النفسيين العرب **Emergency and Disaster Psychiatry** **شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث**، نظرا لخبرته في هذا المجال و قيامه من قبل بالتدريب و المساعدة و سيبدأ فوراً في تشكيل أعضاء اللجنة ، و التجهيز لقوافل طب نفسية للذهاب إلى غزة بمد الأسعافات الأولية للإرهاب الإسرائيلي

مع تحياتي
أ. د. أحمد عكاشة
رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب
aokasha@internetegypt.com

المساندة بالقول والعمل

أضم صوتي للذين رفعوا أصواتهم عالية للتنديد بالحصار والحرب المجنونة المسلطين على أهاليها في غزة لكسر إرادتهم وتركيعهم لشروط أعدائهم.

يمكن فعل كثير من أعمال الخير والمساندة بالقول والعمل؛
- **بالقول**: من خلال الدعاء الصادق ونشر كلمة الحق ومراسلة إخواننا الزملاء والاتصال بهم بكافة الوسائل: الهاتف، الرسائل الالكترونية بواسطة البريد الالكتروني وكذلك تجديد الرأي العام المحلي والدولي وتقدير الإشاعات والتصدي للحرب النفسية وبكل وسائل الاتصال الحديثة

تفعيل الحوار حول سيكلولوجية العمليات الاستشهادية

من فلسطين لكم التحايا... ومن غزة لكم السلام
أمل و أدعوا إلى تفعيل الحوار حول سيكلولوجية العمليات الاستشهادية... ودوافعها... والتفريق بين الارهاب....؟

د. عبدالله النجار
غزة - فلسطين
mlakk66@yahoo.com

إن الحارق في لجة الحزن

والأمة العربية والإسلامية تتعافى من جراح القطيع وهوان النفس وذل الكرامة وتجد لها مكانا تحت سماء العزة وشمس الكبرياء....
اعزوني فانا غارق في لجة الحزن على غير عادتي، واعفوا عني إن لم أجد ما أقوله لكم سوى أبيات من الشعر...

حتى ساعة الفرج وحل عقدة اللسان ..

أخوكم الزين عماره
استاذ الطب النفسي
أبوظبي - الإمارات العربية / السودان
zinomara@emirates.net.ae

توحيد الجهود لـ"التخفيف من تداعيات الصدمات النفسية"

إن الناظر لما يحدث في أحياء غزة، في فلسطين الجريحة، ويتمتع في المشاهد التي ترسمها آلة الحقد الصهيونية وعلى مر التاريخ - لهي ترسم أبشع جرائم الحقد والقهر والحزن والألم، سيما الفعل الإجرامي في الأطفال يومياً والنساء والرجال وهم أشلاء، أشلاء... أجزاء، أجزاء... تتطاير أجسادهم في السماء في السماء -

أضم صوتي وجهدي للكثيرين من شرفاء العالم من الاختصاصيين والأطباء النفسيين في ضرورة توحيد الجهود لـ"التخفيف من وطئ الصدمات النفسية" التي تحدث بأهلنا وأطفالنا بالتحديد في غزة.

رسالتي للأستاذ الدكتور "جمال التركي" والأستاذ الدكتور "أحمد عكاشة" وكل من يتواصل مع "شبكة العلوم العربية النفسية" أن يُعمل على إيجاد صيغة تجمع جهود من يروا بأنفسهم الخبرة والقدرة والإيمان والانتماء للأمة لتقديم التدخل والدعم النفسي لأطفالنا في غزة.

أحمد دويكات
مرشد نفسي
فلسطين
ahmaddwakat@yahoo.com

الرعاية النفسية للأطفال زمن الحروب و النزاعات

أرسل لكم نشرة خاصة لـ "الرعاية النفسية للأطفال زمن الحروب و النزاعات"، للإستفادة منها في هذا الظرف العصيب الذي يمر به أختنا في غزة.

مع الشكر لكم
د. مأمون مبيض
اختصاصي الطب النفسي - بلفاست، أيرلندا الشمالية
mobayed@hotmail.com

أتمنى ان تستطيعوا تقديم خبراتكم

للذين يهبون ارواحهم دفاعا عنا اكتب...
للذين كلمتهم ابلغ من هجومهم اتجه...
زملائي الاكارم...
بكم الفخر ...
ولكم الشموخ...
واتمنى ان تستطيعوا
تقديم خبراتكم

رجائي من الله السلامة للجميع...
رجائي ان أتواصل بكم لاستطيع تقديم الواجب الممكن...؟؟؟
انا معكم... وهذا ما اتمنى

د. عبدالله النجار
فلسطين
mlakk66@yahoo.com

وكلنا موتى نتنفس

ما الذي حدث
لا شيء جديد
فإن ما الداعي لهذا الألم الضاغط على الصدر كحجر
يموت من يموت
ينتهك من ينتهك
وتلون الدماء ما شاعت من لوحات تتجدد
الأكفان البيضاء لا تخل من الدم الطازج
تحتضن الصغار وتهديم لتراب الوطن
الأكفان لم تعد تخل
ولا تنفذ
والشهداء لا يكفون عن ممارسة فرحهم العلوي
ببراءة وروعة
ليست الأكفان وحدها
نحن أيضا
ما زلنا نصر على توديعهم بالدموع
حريصين على بذل ما استطعنا من النهنات
ولا نخجل
ما الجديد
والشهداء يخرجون بكل هذه الروعة ألسنتهم لرؤوسنا المنكسة
وكلنا موتى نتنفس .

د. وليد طلعت
القاهرة، مصر
waheedtalat1910@yahoo.com

- بالعمـل: من خلال جمع التبرعات المتنوعة والاستعداد للمشاركة في علاج الصدمات النفسية والعلاج الطبي العام عند فتح الحدود

وبالله التوفيق

بروفيسور مصطفى عشوي
أستاذ علم النفس
الجزائري
mustafait@hotmail.com

اجتماع لـ "تحديد محاور التحرك"

إن شاء الله تعالى سنقوم أولا بتجميع أسماء الزملاء والزميلات أعضاء اللجنة، بعد ذلك سنحاول الاجتماع لـ "تحديد محاور التحرك".
الآن عندنا ثلاث نقاط للعمل، وهي الأماكن التي تحوي الجرحى في مصر العريش والإسماعيلية والقاهرة.
بمجرد فتح المعبر سيكون من الممكن إرسال بعض أعضاء اللجنة من الأطباء مع مجموعة من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين المدربين على المساندة النفسية لضحايا الحروب والكوارث
وما نزال في انتظار اقتراحاتكم

أ.د. وائل أبو هندي
maganin@hotmail.com

كونوا على استعداد لتقديم العون

الزملاء في مصر أقرب الناس جغرافيا إلى غزة، فكونوا على استعداد لتقديم العون اللازم عندما تتوفر أية فرصة لذلك.
أقترح جمع تبرعات عن طريق "شبكة النفسية" أو عن أي طريق آخر ترونه مناسباً، لدعمكم مادياً للتحرك وتقديم الخدمات النفسية كما ينبغي إذا كنتم في حاجة لمختصين من بلدان عربية أخرى فهم مستعدون لذلك أيضا
نشد على أيديكم وندعو لكم بالتوفيق

وفقكم الله
بروفيسور مصطفى عشوي
أستاذ علم النفس - الجزائري
mustafait@hotmail.com

المشاركة في إغاثة إخواننا في غزة

أسعدني كما أسعدكم جميعا انطلاق إشارة البدء من أستاذ الأجيال أ.د. أحمد عكاشة -هكذا عهدناه دائما- للمشاركة في إغاثة إخواننا في غزة. و على قدر المهمة كان الاختيار الأمثل لأستاذي أ.د. وائل أبو هندي لخبرته المعروفة في هذا المجال و حماسه المعتاد و الذي أسعدني و شرفني كثيرا اتصاله لأبني النداء على الفور و بدوري أهيب بالأخوة "أعضاء الشبكة الموقرين" إرسال الأسماء عبر الشبكة و الاتصال بـ "أ.د. وائل أبو هندي" حتى يتسنى إعداد الترتيبات اللازمة

دمروا دامت شهامكم وشوكرم

د. محمود الوصيفي
مدرس مساعد الطب النفسي-جامعة المنصورة
E-mail: wasify2005@yahoo.com

نريد وضوحاً أكثر في سرد وتحديد الأدوار

عبر هذه الشبكة الميمونة التي تجمع العرب العاملين في مجال الصحة النفسية الاجتماعية حول العالم، وصلتنا خلال الأيام الماضية "أفكار عامة" حول ما يمكن أن يقوم به العاملون في مجال الصحة النفسية الاجتماعية خلال أزمة أو كارثة كذلك المستمرة في غزة الحبيبة. نريد من السادة أعضاء الشبكة المتصلين وضوحاً أكثر في سرد وتحديد هذه الأدوار، بالإضافة إلى الدور المعروف..... أي بما يتجاوز مجرد الدعم النفسي لضحايا ونوبيهم، أخذين في الاعتبار كمتخصصين أن الجانب النفسي في هذه المعركة شديد الأهمية والوضوح، بل ربما يكون هو المعركة الأكبر والأهم.....

منذ إطلاقنا "النداء" على شبكة العلوم النفسية العربية استجاب في الأربعة والعشرين ساعة الأولى:

- من الأطباء النفسيين كل من:

د. محمد المهدي، د. أحمد عبد الله، د. علي إسماعيل عبد الرحمن، د. عائدة سيف الدولة، د. مشيرة أنيس، د. هبة أبو الوفا ود. رحاب مكي من مصر، د. طارق الكبيسي، من العراق د. عبد الودود خربوش، من المغرب

- ومن العاملين في مجال علم النفس استجاب كل من:

د. داليا مؤمن، د. محمود أبو رحاب، د. عبد الله النجار أ. سها مزيد، أ. عبد الرحمن الريفي، و. أدينا عبد الرحمن مصباح.

وما نزال في انتظار المزيد....

أ.د. وائل أبو هندي

رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث

باتحاد الأطباء النفسيين العرب

maganin@hotmail.com

نستصرخكم أن تستغيثوا معي كل العالم والضمان الحية

اطلقت النداء للمساعدة النفسية شكراً لكم...

ولكن...

أفيدكم أننا في غزة لا ننتظر فقط المساعدة النفسية

ولكن...

نحتاج إلى هبة الجيوش العربية لإيقاف شلال الدماء المنهمر في غزة

هذه ليست أول دماء تنهمر بل كان قبلها في جنين حيث أبيدت عائلات بأكملها

نستصرخكم أن تستغيثوا معي كل العالم والضمان الحية لإيقاف شلالات الدم

د. ابتسام جارا الله الخزندار

غزة، فلسطين

ibtasamjar@yahoo.com

دعوة للعمل بصمت

أجدد التواصل معكم في هذا الظرف العصيب الذي تمر به المنطقة العربية وقد تألبت قوى الاستعمار الصهيوني على غزة بتواطئ أورو-أمريكي وصمت عربي رسمي لافت.

في هذا المرحلة الحرجة تزاح الأقنعة، تعرف الصديق الذي يصدقك من الذي لا يصدقك، قديماً قالوا "جاز الشدائد عنا كل خير" و اليوم نقولها، و لعلنا لم نفاجأ بأعداد الزملاء المتصلين والراغبين تقديم العون الطب النفسي

والرعاية النفسية لضحايا العدوان الإسرائيلي على أهلنا بغزة، لإدراكنا المعدن الأصيل لشعبنا العربي. وسعياً منا استيعاب هذه الرغبات الصادقة و تجميع طاقاتها تم تأسيس "شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية" كإحدى شعب "اتحاد الأطباء النفسيين العرب"، أسندت رئاستها إلى الزميل المقتدر أ.د. وائل أبو هندي لخبرته و كفاءته في هذا الفرع من الاختصاص، وفور تكليفه بادر الزميل أبو هندي بتأسيس "لجنة الإغاثة النفسية" و طلب من الزملاء الراغبين تقديم العون الاتصال على بريده الإلكتروني (maganin@hotmail.com) أو بريد الشبكة (arabpsynet@gmail.com). لتوحيد مرجعية التدخل المساعدة النفسية بشكل متكامل حسب برنامج محدد وفي الزمن الممكن.

زملائي الأفاضل، اسمحوا لي وضع النقاط على الحروف سعياً لتنسيق مسعى رئيس "شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية" و ضم جهودنا حتى نكون فاعلين:

(1) أشكر الأخوة الأطباء النفسيين العرب على حماسهم و محاولاتهم للمساعدة، و لكن هذا الحماس إن لم يكن له مرجعية واحدة فلن يؤدي إلى تقدم.

(2) لن تستطيع وزارة الصحة في مصر القيام بأى مجهود إلا الإسعافات الأولية و في المستشفيات في مصر سواء القاهرة، العريش ... إلخ و من هنا فإن الاعتماد على وزارات الصحة لن يأتي بنتيجة.

(3) العلاج النفسي للمصابين في الكارثة يجب أن يكون في غزة و يقوم به متطوعين ليس لهم علاقة بالحكومات التي ثبت عدم فاعليتها.

(4) "اتحاد الأطباء العرب و مقره في مصر و اتحاد الأطباء النفسيين العرب و مقره في مصر على اتصال دائم لتنسيق الجهود و الأطمق الطبية على الحدود و تمكن اتحاد الأطباء العرب بالإتفاق مع السلطات المصرية من دخول 11 طبيباً أمس و نتوقع اليوم دخول 17 طبيباً إلى غزة في التخصصات المختلفة مثل الجراحة العامة و جراحة المخ، و العظام و طوارئ الأطفال... إلخ على المسؤولية الخاصة للأطباء ودون اتفاق أو حماية من ناحية إسرائيل"

(5) كل من يريد التطوع عليه الإتصال برئيس شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية بالاتحاد الأستاذ الدكتور وائل أبو هندي الذي سينظم هذه العلمي.

(6) قمنا بالاتصال برئيس الجمعية العالمية للطب النفسي حيث أن بها ما يزيد على 18 جمعية نفسية في المنطقة وهو في طريقه لمقر منظمة الصحة العالمية في جنيف و التي لها الخبرة و البرامج الكثيرة للكوارث النفسية و هذا أحد أعمالها الهامة و قد تعاونت معها أثناء رئاستي للجمعية العالمية في الطب النفسي سواء في العراق و كذلك في تسونامي..... و غيرهما. و ستقوم منظمة الصحة العالمية و الجمعية العالمية للطب النفسي و إتحاد الأطباء النفسيين العرب بالتعاون لإرسال متطوعين في الصحة النفسية من أطباء و أخصائيين في علم النفس و أخصائيين اجتماعيين و التمرير لعلاج الصدمات النفسية بعد ما حدث.

بعد هذا التوضيح أمل أن تتوقف المزايدات بالوطنية و لندع الدكتور وائل أبو هندي ينظم العملية في إتحاد الأطباء النفسيين العرب التي سنتسق جهودها مع منظمة الصحة العالمية (فرع الكوارث النفسية) و الجمعية العالمية للطب النفسي. كما أدعوا أن يكف البعض عن المراسلات و التنديد و الشجب، و أن يجعلنا نعمل في صمت خاصة بعد خطاب الأخ العزيز أستاذ الطب النفسي الدكتور عبد العزيز ثابت المقيم في غزة الذي أكد فيه أن حالة الوضع من الناحية النفسية على الأقل في الوقت الحالي الحالة مستقرة (Fine)

مع شكرى و تقديرى على دعمكم و تعاونكم

أ.د. أحمد عكاشة

رئيس اتحاد الأطباء النفسيين العرب

aokasha@internetegypt.com

إلى الزملاء الراغبين في التبرع

كيف نتعامل مع الضغوط؟؟

يا أخي الدكتور وائل .. من صميم عمل الطبيب و الأخصائي النفسي أن يرشد الناس لمصادر الضغوط و تأثيرها على حياتهم و نفوسهم و كذلك هو من يعلمهم كيفية التعامل معها تكيفاً أو حلاً ، إن أمكن هذا الأمر أصبح محورا لدراسات و دورات و أبحاث يقوم بها أحيانا غير المتخصصين ، بعد أن تخلى المتخصصون عن دورهم، و في محرقه غزة لدينا ضغوط رهيبه سواءا على نفسية من تحت القصف و الحصار، أو من يعيش شاعرا بالعجز و المهانة.

ماهي مصادر هذه الضغوط؟؟ و كيف نتعامل معها؟؟ أسئلة حاولت الإجابة عليها عبر مواد كثيرة مسموعة و مكتوبة ، ستجدونها على موقعي ، و سأسعد بإتصال أو استفسار أو استيضاح ممن يريدون المزيد (WWW.ASKDRAHMED.COM)

د. أحمد عبد الله
جامعة الزقازيق - مصر
postacairo@gmail.com

استراتيجيات مواجهة الكروب

أهيب بكل السادة من الزملاء و الزميلات أعضاء الشبكة أن ينتبهوا إلى أهمية الحديث في هذا الوقت بالذات عبر وسائل الإعلام المختلفة عن:

"استراتيجيات مواجهة الكروب"
"Stress Coping Strategies"

فمثل هذه الاستراتيجيات والأساليب تعتبر أهم ما يحتاجه المشاهد في العالم العربي للتعامل مع الكروب الناتج عن رؤية صور الوضع الجاري في غزة.

أدعوا كل من يمتلك أو يتسنى له الوصول إلى أي من المنابر الإعلامية خاصة المحطات الفضائية، أن يعرف المشاهدين أساليب مواجهة الكروب و ألا يقتصر الحديث عن المواضيع المعتادة كالنفاذ الحاد للكروب Acute Stress Disorder واضطراب الكروب التالي للرضح أو الصدمة ... Post-traumatic Stress Disorder

لا بد من التنبيه والشرح فيما يتعلق بالحرب النفسية وبأساليب مواجهة الضغوط. هذا أحد أهم أدوارنا في الوضع الحالي وأتمنى أن يشارك به جميع أهل الاختصاص.

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

استعدادات جمعية الشرق للصحة النفسية والمجتمعية

أهيب بكم وبمملكتكم لنصرة اهلنا في غزة، نحيطكم علما أننا في "جمعية الشرق للصحة النفسية والمجتمعية" لدينا كافة الاستعدادات بالطاقم البشري وبالموارد المتاحة لتنفيذ أي أنشطة تقرها اللجنة المنبثقة عن الشبكة

ونفكر الله وسلا خطكم

ابتسام الزريعي
مديرة مركز الشرق للصحة النفسية والمجتمعية
غزة، فلسطين
inana_tamoz@yahoo.com

بناء على ما وصلني هاتفيا من رغبة بعض الزملاء في "التبرع المالي" من أجل دعم "شعبة طب نفس الطوارئ والكوارث" التي أنشئت دعما لغزة، فقد تواصلت مع رئيس الاتحاد أ.د. أحمد عكاشه الذي أمدني مشكورا رقم الحساب البنكي الخاص بالاتحاد ليكون على ذمة الزملاء الراغبين في التبرع وهو:

NBEGEGCXA002

البنك الأهلي المصري فرع النصر - القاهرة
28 شارع طلعت حرب

National Bank of Egypt - Nasr Branch
A Talaat Harb Street - Cairo 28

رقم حساب إتحاد الأطباء النفسانيين العرب بالإنجليزية و العربية
التبرع بالعملة المصرية
حساب رقم 01005024175
ا التبرع بالعملة الأجنبية
حساب رقم 11005024171

وأعلن أيضًا أن "لجنة طب نفس الطوارئ والكوارث" ستعقد أول اجتماع لها على هامش مؤتمر الطب النفسي المنعقد بمدينة الإسمايلية بفندق إيتاب يوم الخميس القادم 15 يناير 2009

مع شكرى وتقديرى على دعمكم وتعاونكم

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث باتحاد
الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

ما وصلنا كان مجرد أفكار عامة

كنت قد قلت عبر هذه الشبكة "تريد من السادة أعضاء الشبكة المتصلين وضوحا أكثر في سرد وتحديد هذه الأدوار.... بالإضافة إلى الدور المعروف..... أي بما يتجاوز مجرد الدعم النفسي لضحايا وذويهم...." وأشرت إلى أن ما وصلنا كان مجرد أفكار عامة ... كلام عن التفاعلات النفسية للحروب والكوارث كالنفاذ الحاد للكروب و اضطراب الكروب التالي للرضح أو الصدمة وما زلت أكرر النداء أننا نحتاج في هذا الطرف العصيب فضلا عن ذلك إلى أدوار أخرى ربما تكون أهم على المستوى العام ... مثلا من بين الأدوار التي يجب أن ننثبه لها مسألة الأثر الناتج عن مشاهد الدمار المستمرة في غزة والتي تدخل كل بيت تقريبا على أناس قد لا يملكون حتى التظاهر! تعبيراً عن مشاعرهم. ما أثر ذلك على المشاهدين؟ وبعبارة أخرى ما أثر عرض غزة 24 ساعة على قناة الجزيرة على الناس....؟

ولمن لا يعلم فإن الوضع من الجانب الإسرائيلي تحت السيطرة تماما عبر الرقيب العسكري الذي لا تعرض صورة من صور الحرب على غزة بغير موافقته؟ وكذلك أثار قصف الصواريخ الفلسطينية على بساطتها؟؟

ما دورنا في هذا الوضع؟؟

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

الصدمة كبيرة و الحاجة أكبر إلى مختصي الرعاية النفسية

إن أكثر ما شدني إلى أحداث غزة، هو سقوط طيور الجنة الأبرياء وتلوث أجسامها الطاهرة بالدماء وأكثر ما أثر في نفسي مشاهد هؤلاء الأطفال بمختلف الأعمار وهي ملفوفة في نعشها الأبيض ونور يشع من وجهها وكأنه شعاع يجذبني إليهم يطلب مني الإلحاق بهم. اظن أن صدمة الأحياء لكبيرة وهم في أمس الحاجة إلينا كمختصين في ميدان الرعاية النفسية.

أضربوني إلى ذناكم مع خياني

الأستاذة كريمة صيام

مختصة في علم النفس - الجزائر

ksiam_56@yahoo.fr

أهمية التواصل مع العاملين في مجال الصحة النفسية

يجب في المرحلة الحالية الانتباه إلى أهمية التواصل مع العاملين في مجال الصحة النفسية على مستويين:

- أولاً على المستوى العربي: وهذا متحقق بالفعل عبر هذه الشبكة الميمونة ولكننا ما نزال بحاجة إلى تفعيل أكبر للتواصل مع العاملين في مجال الصحة النفسية داخل فلسطين وبالذات قطاع غزة .. علينا أن نتواصل معهم وصولاً إلى كيفية مساعدتهم ... ماذا نطلب منهم؟ وما هو خطابنا لهم؟
- ثانياً على المستوى الدولي: وذلك من خلال المؤتمرات ووسائل الاتصال المختلفة ... علينا التواصل مع العاملين في المجال الآن وتبنيهم لما يجري وتحفيزهم وتنشيطهم للحركة كذلك يجب تنشيط الحملة التي بدأت بالفعل بجامعة بريطانيا والنرويج والتي تهدف إلى مقاطعة إسرائيل أكاديمياً ... هذا هو الوقت المناسب للتحرك....

أ.د. وائل أبو هندي

رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث

باتحاد الأطباء النفسانيين العرب

maganin@hotmail.com

معاذكم صمود غزة

أجدد التواصل معكم في هذه المرحلة الحرجة من تاريخ أمتنا لاحظت أثناء "الاجتماع الأول للجنة" المنبثقة عن شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث تكرر سؤال:

ماذا نفعل مع المتضررين من آثار الحرب على غزة سواء هناك أو هنا في كل مكان وصلته الصور عبر الفضائيات؟؟

مبدئياً أقدم رابطين للراغبين في مطالعة المادة العلمية اللازمة باللغة العربية

- أول الرابطين هو لصفحة تقدم دورة تدريبية للمتعاملين مع ضحايا الحروب وهذا هو الرابط:

معاذكم صمود غزة

ابدأ رحلة التغيير.. مع

مركز تواصل للتدريب

<http://www.tawasoltraining.com/>

استراتيجيات الوقاية من آثار الصدمة و رعاية المصدومين

تحية طيبة وتقدير على جهودكم وبعد بالنسبة للردود التي ترد اعتقد أن نقص الممارسة للبعض هو من الأسباب التي جعلت كل الردود نظرية عموماً، اعتقد بعد إذن سيادتكم بأن الوضع المأساوي لما يحدث من قتل ودمار ومذابح وجرائم حرب في غزة هو تكبير وتقصيل لما كان يحدث بكل فلسطين ولبنان وغيرها من المواقع التي استهدفتها آلة الحرب الإسرائيلية المدعومة من قوى أخرى الأستاذ الدكتور، اعتقد انه علينا:

- 1 - ان نوزع الأدوار على عمل يخص أهل غزة وآخر يخص المشاهدين والمتأثرين بما يحدث عن بعد سواء أكانوا من الأخوة العرب الفلسطينيين بالدول الأخرى أو من غيرهم من المتابعين والمتأثرين بهذه الأحداث التي أصبحت تدخل كل بيت وفي أي وقت
- 2 - ثانياً العمل على التدخل لدى أولياء الأمور بعدم السماح لأطفالهم بالتفرج على أية مناظر تكون مؤلمة جداً وهو الأمر الذي تنصر بعض القنوات على عدم التنبيه إليه قبل عرضه، عملاً بالأعراف الصحية والإعلامية، نحن نعلم مدى حجم الجريمة لكن أطفالنا لا يدرون الكثير ولذلك وجب أن نكثف جهودنا لحماية أطفالنا من الأثر النفسي السلبي لهذه الصور.
- 3 - التدخل لدى وسائل الإعلام لتوضيح مدى تأثير المشاهدين وتقديم النصح والمشورة العلمية حتى لا نزيد مدى القذائف ليصل إلى كل العالم وخاصة الشعوب التي تتعاطف معنا أو شعوبنا العربي
- 4 - ان تطوير آليات لنشر الوعي بين الناس مهمة جداً باستخدام كل الوسائل الممكنة لشرح الأعراض النفسية لمشاهدة مناظر القتل والتشويه لشعبنا في غزة بالرغم من أهميته في فضح ممارسات العدو الصهيوني إلا أننا يجب أن ننبه لخطورة ذلك على أطفالنا.
- 5 - التنبيه على المواطنين بالكيفية التي يشاهدون بها هذه المناظر والمشاهد بطريق توافقية وسليمة
- 6 - وضع الآليات للتفتيس على هذه المجتمعات ومخاطبة المسؤولين فيها إلى خطورة كبت المشاعر وردود الأفعال وإمكانية توافيقها ما بين هو مسموح به قانونياً وإنسانياً حتى لا نضطر إلى الوصول إلى شعوب مقهورة ومحبطة لأن الضغط سيولد الانفجار الخارجي في الشارع أو بالداخل وهو الشائع مما سينتج عنه أعراض وأمراض خطيرة تؤثر في مجتمعاتنا وما سمعناه من حالات اكتئاب وحتى وفيات نتيجة الكبت والشعور بقلّة الحيلة
- 7 - أخيراً لماذا لا نكون مثل أو أحسن من الجانب الآخر، ونحن لدينا العلماء والمختصين فهم يحافظون على نفسيات أهلهم وأطفالهم وجنودهم، العملية ليست حرية إعلام ولكن هي عملية حرب وفق خطط مدروسة جيداً ونحن لا نتقصنا الدراية بالأمور والحرية الإعلامية ومع تقديرنا للدور المهم للإعلام وخاصة في مواقع الحدث وتضحياتهم إلا أن الأمور تكون فوضوية إن تعدت حدودها وساهمت بالجانب السلبي في تدمير نفسيات شعوبنا وهو ما قد تعجز عنه قبائل المهاجمين فقط ما نريد هو العمل في مجموعات وحسب ما عرضناه مسبقاً استاذنا الفاضل لك كل تحياتي واشكركم

د. فرج محمد المهدي - ليبيا

mahdawi44@yahoo.com

لهذا وذاك، أتمنى من الزملاء الأحرار أن يُصار إلى خطط عمل متكاملة لنستطيع التدخل من خلالها مع المتضررين بشكل يضمن وصول المرشدين والأطباء النفسيين لكل من هو بحاجة لهذه الخدمات الطارئة والضرورية، ، ، رسالتي الخاصة للاستاذ الدكتور جمال التركي أن يعمل على تخصيص "لقاءات" يقدم من خلالها الإرشادات والتوجيهات النفسية لأهلنا في غزة إما على فضائية "الجزيرة" أو "العربية"، تيمناً بالبرامج واللقاءات التي نقوم بها حالياً هنا بفلسطين والسبب أن هاتين الشاشتين يصلان ويُنابِعهما الكثير من الناس وهم تحت العدوان .
مع الاحترام

أحمد دويكات

رئيس نقابة الأخصائيين النفسيين

نابلس - فلسطين

ahmaddwakat@yahoo.com

العمل مع "مجموعات من الأطفال

سنحاول في القريب العاجل العمل مع "مجموعات من الأطفال من مدارس الوكالة" من خلال المجموعات الطلابية و العلاج بالكتابة و سرد القصص و لنا خبرة طويلة في هذا المجال .
سيتم ذلك بالتعاون مع مؤسسات كثيرة و منها: مركز الطفل و الأسرة للإرشاد و التدريب في غزة .
برجاء زيارة موقعنا و التفاعل معنا: (www.cftcc.org - cftcc@hotmail.com)
مع الاحترام

د. عبد العزيز موسى ثابت

الطب النفسي - غزة، فلسطين

abdelazizt@hotmail.com

مشروع خيمة المنتصرة (حول نخبك إلى مشروع)

هذا المشروع قائم بالدرجة الأولى على المبادرات "الفردية والشبابية" و مبادرات "مؤسسات المجتمع المدني" لنصرة غزة عملياً، وهو موجه للأشخاص والجهات التي لا تنتظر الآخرين ليعملوا .
هذه أفكار أولية، يمكن لكل فرد تطويرها وتطبيقها والزيادة عليها بما يتلائم مع الإمكانيات المتوفرة، كما يفضل ترجمتها لأكثر عدد من اللغات العالمية .
يهدف المشروع لتطوير أي مبادرة - مهما كانت صغيرة - ومن أي جهة في العالم للإجابة العملية على السؤالين التاليين:
1- ماذا أفعل حتى أوقف الاعتداء على غزة؟
2- ماذا أحضر لغزة بعد انتهاء الاعتداء وإعلان غزة مدينة للانتصار الإنساني؟
المشروع الأول:

سأساهم في بث الأفكار والمفاهيم والمصطلحات الإيجابية في وجه بعض مفاهيم غير الإيجابية مثل بث:

- 1- غزة صمدت وانتصرت مهما كانت النتائج على الأرض، وهي بحاجة للعناية أكثر من حاجتها للعواطف .
- 2- غزة مدينة انتصار القيم الإسلامية والإنسانية على قيم الدمار والوحشية .
- 3- غزة رأس الرمح في مشروع الأمة في المقاومة والانتصار .
هي قدمت كل ما تستطيع. ماذا ساقدم أنا؟

- وثاني الرابطين هو الخاص بالتعامل مع الضحايا من الأطفال في صورة مقال:

الدعم النفسي للأطفال ضحايا الحروب

أ. وفاء أبو موسى

نشرت بتاريخ: 2009/01/18

تزايد الكوارث والأزمات يستدعي بناء برامج المساعدة النفسية لدعم ضحايا الكوارث والأزمات، خاصة الأطفال منهم، لما لهذه الفئة من الكثير من الخصائص الخاصة التي تجعلهم أكثر عرضة من الفئات الأخرى من الضحايا للأزمات النفسية مما يستوجب الاهتمام بهم، ومنهم المزيد من الرعاية، وتوجيه ذويهم نحو معاملة أفضل لهم في ظل الظروف الصعبة .

فيما يلي سنعرض وضعية الأطفال النفسية في ظل الكوارث والأزمات والانعكاسات النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تلحق بهم في تلك الظروف وآليات التعامل معهم، ثم دور المساعدة النفسية في حياة الطفل المتضرر، ونسلط الضوء على دور الأسرة والمؤسسات التطوعية، ثم نقدم إرشادات هامة للتعامل مع الأطفال في ظل الظروف الصعبة، وتوجيهات لفريق الطوارئ للعمل النفسي مع فئة الأطفال .

أولاً : الأطفال في ظل ظروف الكوارث والأزمات :

أ - الانعكاسات النفسية والاجتماعية والمعرفية على الطفل .

ب - آليات التعامل مع الطفل في ظل تلك الانعكاسات .

ثانياً : دور المساعدة النفسية في حياة الأطفال متضرري الكوارث من خلال :

أ - دور الأهل والأسرة .

ب - المؤسسات الأهلية والتطوعية .

ثالثاً: إرشادات هامة للتعامل مع الأطفال في ظل الكوارث والأزمات

رابعاً : نقاط هامة للمتطوعين والعاملين في المساعدة النفسية . . .

المزيد . . .

<http://www.maganin.com/palestine/articlesview.asp?key=361>

مع شكرى وتقديرى على دعمكم وتعاونكم

أ.د. وائل أبو هندي

رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث

باتحاد الأطباء النفسانيين العرب

maganin@hotmail.com

خيمة حزينة جريئة من قلب فلسطين

نشكر لكم في الشبكة النفسية جهودكم المعطاءة لنصرة أهلنا في غزة والعمل الدؤوب في تشكيل لجان الإغاثة والتصدي للكوارث للتخفيف من الضغوط النفسية التي يعيشها أهلنا في غزة -

أود التركيز على مشاهد الصور التي تتوارد يوماً بعد يوم ونحن في الثامن عشر والعذاب والويلات تتزايد على أهلنا وأطفالنا في غزة (الصور للأطفال تتكلم عن نفسها بالفصائيات صور قتال الفسفور الأبيض الذي يحرق ويعرض حياة الإنسان للموت المحقق، وصور الأطفال الذين بترت سيقانهم، وصور الأطفال الذين تعرضوا للتعذيب، وصور الأطفال الذين تعرضوا للصمم إذن إعاقات مستديمة جزئية كانت أو كلية...، وصور الأطفال الذين تعرضوا لاضطرابات نفسية من صدمات نفسية أو اكتئاب أو قلق نفسي أو هلاوس أو هوس أو انهيار عصبي أو اضطرابات سيكوسوماتية والعديد من الاضطرابات النفسية التي بحاجة لجهود جبارة خاصة بعد توقف العدوان الإرهابي على غزة مباشرة، سيما وأن بعض الاضطرابات تظهر جليلة بعد توقف الأزمة والطارئ الذي يعيشه المرء .

- حملة الاتصالات الهاتفية مع سكان غزة لرفع معنوياتهم.
- مشروع "نصرة غزة" من مفكري ومتقفي وفناني الأمة.
- عائلتي تتبنى عائلة في غزة مثل (الاتفاق مع أسرة في غزة لفتح حساب بنكي بين العائلات).
- طفلي سيأخي طفلاً في غزة.

المشروع الرابع:

سأساهم في "حملة الإغاثة العاجلة لغزة":

- حملة الطرد الغذائي (نصف مليون طرد).
- حملة ملابس أطفال غزة (كسوة مائة ألف طفل).
- حملة مدافئ غزة (عشرة آلاف مدفأة).

Ms. Yasmine Wael BURAİK
Dhahran, KSA
yasmine.buraik.1@aramco.com

برمجة تسهيل وصول المختصين

تحياتي لكم و الفريق العامل معكم من المختصين، أقترح عليكم و على رئيس شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية (د. وائل أبو هندي) و رئيس اتحاد الأطباء النفسانيين العرب (أ. د. أحمد عكاشة)، برمجة تسهيل وصول المختصين بشكل تنابعي إلى غزة و لمدة اسبوع، يتم ارسال مجموعة من المتبرعين المختصين لتقديم الدعم النفسي و معالجة ضحايا لفترة، تتبعهم بعد ذلك مجموعة ثانية لأسبوع آخر و هكذا. تجاه ما ما يحدث من انتهاك للبشرية و القيم و الذات العربية و الإسلامية أدعوا بشدة وقف هذا العنف و الظلم و العمل الوحشي.

مع فائق العينة والسلام

د. مهدي الطاهر
السعودية
mahdiat@yahoo.com

المطاطة الفضائية الإخبارية العربية و أحداث غزة ؟

إن المتابع للمحطات الإخبارية العربية بالتأكيد يرى أن هناك تغطية شاملة كاملة لكل صغيرة وكبيرة في الحرب على غزة وردود أفعال العالم واستقبال المختصين العسكريين والسياسيين ومناقشتهم في مختلف المواضيع. ولكن لي بعض الملاحظات البسيطة على هذا الأداء الرائع :

1. أن هناك مبالغة في إظهار الجروح والدم بما يؤثر على معنويات الناس ويجعلهم ينسون الهدف الأكبر وهو مقاومة الاحتلال .
2. إن ذكر أسماء العائلات والأفراد التي قد تكون قصفت ببيوتهم أو جرحوا، فيه رعب كبير لأقاربهم في كل مكان الذين قد ينهاروا بناءً على الخبر ثم يتبين أنه غير صحيح.
3. إن هناك تجاهل كبير لما يحدث في إسرائيل، فلا بد من استضافة العارفين بالشؤون الإسرائيلية لفهم الأثر الكبير الذي تتركه الحرب عليهم وهو أثر سلبي يفوق مئات المرات الأثر على الشعب الفلسطيني.

المشروع الثاني:

سأساهم في إطلاق واحدة من هذا المبادرات، وفكر في تطبيق غيرها لأكمال انتصار غزة

- 1- سبادر لتشكيل مجموعتي الخاصة، أو سأنضم لأي مجموعة شبابية أو هيئة مهنية قائمة عاملة وفق تخصصي واهتمامي.
- 2- سأبدأ مشروع الشخصي مهما كان صغيراً، وأستطيع ان أقدم مشاريع مثل:

- سأطلق موقعي الإلكتروني الخاص بغزة، أو سأحول موقعي الخاص الموجود حالياً ليعبر عن غزة، ضمن مشروع "مائة ألف موقع لغزة"، منها:

- موقع صورة إسرائيل الوحشية.
- موقع تحدي غزة للحصار.
- موقع صور شهداء غزة الأطفال (صورهم قبل استشهادهم وبعد استشهادهم).
- موقع سيدات غزة الصابرات.
- موقع مقاومي غزة.
- موقع صور دمار المؤسسات الطبية.
- موقع صور دمار المؤسسات التعليمية.
- موقع طائرة إف 16 وطفل غزة أيهما أقوى؟؟؟

- سأطلق حملة بوسترات وصور انتصار غزة، ضمن " حملة مليون بوستر لغزة".

- سأساهم في أي حملة تدعو لمقاطعة إسرائيل سياسياً واقتصادياً وأكاديمياً على مستوى العالم، من خلال إطلاق مشاريع مثل:

- مشروع "مخاطبة ألف جامعة أوروبية وأمريكية" عبر مواقعها الإلكترونية لتوضيح صورة إسرائيل وأدعواها لمقاطعة إسرائيل.
- مشروع "مخاطبة 500 وسيلة إعلام رئيسية" في العالم لتوضيح صورة إسرائيل.
- مشروع "صورة مأساة غزة لـ 5000 آلاف مؤسسة ومنظمة دولية" مهتمة بالأطفال وبحقوق الإنسان في العالم.

- سأطلق "الحملة العالمية لرفع الحصار عن غزة".

- سأبدأ حملتي الخاصة لجمع تبرعات مهما كانت بسيطة لغزة.

- سأنظم حملة خاصة لمخاطبة المواقع الرسمية لمسئول منظمة دولية أحدها أنا مثل الأمين العام للأمم المتحدة، أو الاتحاد الأوروبي، أو سأختار رئيس أو مسئول مؤثر في دولتي لدعوته لنصرة غزة.

- مشروع خيمة الاعتصام.

- مشروع المجتمع المدني لـ "محاكمة مجرمي الحرب" من القادة العسكريين والسياسيين الإسرائيليين.

- سأطلق مشروع لـ "التوأمة مع مؤسسة في غزة"، مثل:

- توأمة مدينتي مع مدينة في غزة.
- توأمة جامعتي مع جامعة في غزة.
- توأمة مستشفى مع مستشفى في غزة.
- سأطلق مشروع لـ "التبني الكامل أو الجزئي" (تقاسم المصروف اليومي)، مثل

كان يخالف ذلك والسبب البعد الوطني والديني و الاجتماعي وتكرار المعاناة التي ولدت لديهم حصانة ضد الإضطرابات النفسية إلى حد كبير، جعل نسبة الإصابة محيرة لمن لا يعرف هذا الشعب وقضيته.

أما النفوس الإسرائيلية فهي تعيش في قلق دائم، من السؤال

البديهي: هل يمكن أن نكون في أمان وسط العرب الذين اغتصبنا أرضهم، ونكلنا بهم وذبحناهم وصادروا أرضهم المقدسة؟ وكانت الإجابة التي تصلهم من قياداتهم، هي نعم نعيش فنحن الأقوياء المتقدمين المتحصنين في قلعتنا وهذا جدار الفصل العنصري يثبت لكم قلعكم، ولا عليكم فجيئ الدفاع الإسرائيلي (اسم على غير مسمى) فهو (جيش الهجوم الصهيوني) قادر على حمايتكم، وما عليكم إلا التحصن بالقلعة كما سماها الملك عبدالله الثاني ابن الحسين.

في عام 2006 تزعزت فكرة "القلعة الحصينة" ولكن تقرير صدر عن لجنة للتحقيق طمأنهم أن هذا كان خطأ لن يتكرر، وبدأوا هذا الهجوم على غزة بتأييد شعبي من سكان القلعة الإسرائيلية غير مسبوق وتسابق السياسيون إليه حتى يفوزوا بالانتخابات، ولكن ماذا حدث في غزة؟ لقد تصدعت القلعة الواقعية والنفسية، وأيام وليالي تمر و الصواريخ تطلق ولا يبدو أن هناك نهاية، بل أن الصواريخ أصبحت تطل كل نقطة في إسرائيل، والحسابات في ذهن الإسرائيلي وهو ينظر إلى خريطة (بلاده) أن أي نقطة قد تكون ضمن الصواريخ العربية وليست فقط الغزية و أن الجيش القوي لا يستطيع النصر على أفراد مسلحين بصواريخ بسيطة ولكن بعزيمة قوية تفوق عزيمة الإسرائيلي الذي يخاف من صوت صفارات الإنذار، وليس غريباً أن تعلن إسرائيل إصابة مئات بالهلع بعد إطلاق صاروخ، نعم يصاب بالهلع وهو يعيش في قلعة من الحماية، لا لأنه غير عن البشر في تحمله، بل لأن الصافرة والصاروخ تفند صحة الفكرة الصهيونية وأمن إسرائيل والقلعة التي لا يمكن اختراقها.

بالحسابات النفسية فإن غزة قد انتصرت إنتصاراً سيغير تاريخ المنطقة، وإسرائيل هزمت شر هزيمة سوف تجعلها تعيد النظر بوجودها، وإن لم تفعل فالتاريخ يبتلع القلاع المحصنة، وأما النفوس العربية والإسلامية والحرية في العالم فعليها الدعم وأن لا تستاء من استمرار المعارك فكل ساعة وكل يوم فيه شهداء ودمار لأفراد في غزة، ولكن فيه مسامير تدق في نعش الوجود الصهيوني، وقلق الوجود الإسرائيلي يتصاعد كل دقيقة ولو أنكم لا تروا دماء تسيل منه فالإلام النفسية هي الخوف والندم والهلع والمزيد من التوقع والمزيد من العنف، هذا العنف الذي ينعكس الآن على ارتفاع معدلات الإضطرابات النفسية في مدن إسرائيل الهادئة وارتفاع رغبة الإسرائيليين بالهجرة إلى الخارج أو بالأحرى العودة إلى حيث أتوا.

الميزان النفسي البسيط ميل بسرعة وقوة نحو الكفة الفلسطينية الغزية والعربية

والإسلامية.

د. وليد سرحان
الطب النفسي - عمان، الأردن
www.walidsarhan.com
Sarhan34@orange.jo

سيكلوجية القلعة

تحصّن الإسرائيليون في قلعتهم وبنوا جدار الفصل العنصري ، وزرعوا الحواجز واستعملوا كل وسائل الأمن التي وصل إليها التقدم العلمي في العالم ، وتخذلوا في قلعتهم وفي ملاجئهم داخل القلعة وهم خائفون ، وقياداتهم تعدهم وتؤكد لهم أنها قادرة على حمايتهم وأن وجودهم بين دول عربية لا تحبهم غير مهم لأن القوة العسكرية حول هذه القلعة هي المهمة .

1. إن أسس الحرب النفسية لابد أن يتم الاستفادة منها، فكل محطة تلفزة عربية سواء إخبارية أو عامة لابد أن تلعب دوراً في هذه الحرب النفسية، بما في ذلك البث باللغة العبرية، وإيصال الفكرة الهامة للشعب الإسرائيلي. إن العنف والعدوان سيكون مردوده سلبي على بقاء دولة الكيان الصهيوني .

2. إن تصوير الأطفال وإعادة الصور لابد أن يخضع لشيء من الرقابة التي تقرر فيما إذا كانت الصورة سوف تضر الطفل نفسه، حتى لو وافقوا ولي أمره.

3. إن الكثير من العرب لهم الرغبة في الحديث والتعبير والتتديد، ويتم هذا بالشوارع، ما المانع أن نعطي المواطن المشاهد مساحة من البث لتنفيس غضبه وإبداء رأيه.

4. إن بعض الاستجابات التي تتم لمسؤولين فلسطينيين وعرب تحاول أخذ سبق صحفي في معرفة رد حماس على المقترحات المصرية أو قرار مجلس الأمن وغيرها من مواضيع ساخنة، وبرأيي أن هذا ليس وقت السبق الصحفي.

5. لابد من إظهار الآثار الإيجابية لهذه الحرب بصورة أوضح ، فالمسيرة في مدريد تطالب بقطع العلاقة مع إسرائيل تستحق أكثر من نصف دقيقة، وتمزيق حاخام لجواز سفره الإسرائيلي تحتاج للكثير من التوقف والتحليل .

6. أمل من الفضائيات أن تستمر في متابعة المشاكل المترتبة على العدوان ، حتى لو أن الأخبار الساخنة والعاجلة قد توقفت.

د. وليد سرحان

مستشار الطب النفسي

عمان، الأردن

www.walidsarhan.com

Sarhan34@orange.jo

النفوس الغزية والإسرائيلية

الهجوم الكاسح من قبل رابع جيوش العالم قوة وتسليحاً وأكثرها خبرة في الهجوم والعدوان، وكميات الأسلحة والذخيرة الهائلة، على منطقة سكنية مزدحمة شكل أثراً نفسياً هائلاً على الطرفين.

أما النفوس في غزة فرغم المعاناة والحصار وضعف الموارد فقد ارتفعت معنوياتها، لأنها قادرة على الصمود أمام مثل هذه الحرب، وتلاحمت الناس مع المقاومين واقتسموا لقمة العيش وزادت وحدتهم وتضامنهم، وأصبحوا كلهم حماس وكلهم كتائب شهداء الأقصى، ورغم الحصار الجغرافي إلا أنهم انطلقوا عبر كل بيت على وجه الأرض، وليعرف العالم مؤخراً لماذا يحمل هؤلاء الناس السلاح، إنه أبسط وسائل الدفاع عن النفس، وكل يوم وكل ساعة تمر فالانتصار يصبح حقيقة، طبعاً ليس بلا ثمن من شهداء وجرحى، ولكن أهالي غزة مؤمنون والمؤمن يعرف أنه لا يموت بل هو حي عند ربه، أصبح الإنسان البسيط في غزة رغم انزعاجه وخوفه منتشي لقدرته على رد العدوان، وسوف يستلهم بعد انتهاء العدوان الكثير مما حدث من ردات فعل العالم، فهو يعلم ببعضها ولا يعلم بالكثير منها الآن، لصعوبة التواصل الإعلامي، يضحك الطفل في غزة من منشورات الحرب النفسية السخيفة التي تقول له أن من يقتله هم المقاومون، وكان الضحية لا تعرف الجلاذ!!.

قبل هذا الاجتياح، كانت غزة قد سطرت معجزة أمام الترسانة النفسية الطبية العالمية، لأنه بالمعايير الدولية لابد أن يكون كل مواطن في غزة مصاب بـ "عشرة إضطرابات نفسية" في آن واحد، ولكن الواقع الميداني

تحية طبية إلى الدكتور المناضل في جبهة الطب النفسي، ونحني فيك كذلك انتباهك للجانب الإعلامي الذي له خطره وتبعاته في تغطية الحرب على غزة..

بالفعل أستاذ وائل، ننتبع من بيوتنا وسائل الإعلام على اختلافها وتنوعها، من الوطنية والعالمية وشبه المستقلة والتي تتبع للعائلات الحاكمة.. إلا أننا نحس أن منها من انسحب نهائياً من المعركة-معركة الإعلام-؛ المستقلة المحترفة منها يعاب عليها التهويل وإدعاء الاحتراف الزائد بعرض مقابلات العدو وتقديم تبريراته أحياناً؛ وأخرى أجنبية لم تكن محايدة بل مخادعة..

وكل ذلك له تبعاته وأثاره على النفسية العربية والأطفال خصوصاً.

للتذكير فقط العدو يضع خطة إعلامية لتغطية الحرب يظهر أحياناً أنها منافية لحرية الإعلام والديمقراطية التي يتبحجون بها الولايات المتحدة نفسها غداة إحداث 11 سبتمبر 2001 اجتمع الرئيس شخصياً بجميع وسائل الإعلام وأطلعهم على الأمر الخطير وواجب وطنيتهم.. وقد رأينا ما رأينا كيف تعاملت هذه الوسائل واتحدت في محتنها كما أحياناً في الحرب الظالمة على العراق...

الإعلام المنسحب

واصلت قوات المتعة والترفيه عرض برامجها الغنائية الراقصة والترفيهية مستخدمة كعادتها الفتيات المثيرات، وكان من يموت ليس من العرب أو البشر أو هو مجرد زلزال في الصين البعيدة.. هذا من شأنه أن يصيب بالإحباط والانهزامية واللامسؤولية... حتى قنوات الـ "MBC" بكل باقتها دأبت على عرض الأفلام وبرامج الرقص والترفيه وحتى البرامج الأمريكية المنسوخة التي تمجد أحياناً إسرائيل وتصف المقاومة بالإرهاب... بعض الاستثناءات، قناة "SPACETOON" كانت تقدم أغاني ملحمية حول فلسطين من حين لآخر... قناة "جيس" أحياناً قناة "شام"... قناة السفر العربية "TRAVELCHANNEL" علقت برامجها على اثر الحرب على غزة... قناة "فلسطين" رام الله وان كانت تعرض البث المباشر للعدوان على غزة إلا أن تصريحات المسؤولين هناك-المنشعة للمقاومة وحماس - أثناء حرب شرسة عدوانية على إخوانهم في غزة ابعدهما عن الحكمة والوطنية والإخلاص..

الإعلام الحمر

قد يتبادر إلى الذهن "الجزيرة" و"العربية" بدرجة أقل.. لكن هناك ملاحظات نتركها للآخر:

شاهدنا كل الصور: صور ذبح إخواننا مباشرة من الصباح إلى المساء، التظاهرات، تدخلات المقاومة، عرض صور الفيديو للمقاومة، الضيوف المنددون بالوحشية الإسرائيلية.. الخ باختصار ظهر الأمر كأن قناتنا هي في الميدان كذلك مائة في المائة.. لكن اعتقد أن هناك "فلاشات" و"مصطلحات" سلبية على المشاهد العربي..

الرغبة في "الاحترافية" ذهبت بالقناة إلى عرض العدو المتغترس على أنظار المشاهدين وهو يتوعد ويبرر وكأنه لم يكفه ما فعل في أهلنا من تقتيل ودمار.. الناطقة الرسمية للجيش تتوعد المقاومة، المسؤولون الصهاينة يدخلون شاشاتنا متبجحين مبررين يتبرعون من دماء غزة: وهذا في رأيي خطير جداً على نفسية المشاهد ويصب في زعزعة ثقته بمبادئه وحقوقه الشرعية..

أمر آخر أرجو أن تدرسه "شعبة طب نفسي الكوارث" هو هذا العرض القاسي للصور وتأثيره على أطفالنا ونفسية المواطن.. أنا شخصياً لم أحبذ عرض صورة جثة الشهيد سعيد صيام في ثلاثة الأموات.. هل رأينا صور جثث الأعداء وهي مفحمة محروقة، هل رأينا صور جثث أحداث

ولكن ماذا حدث ؟ قصفت القلعة بالصواريخ من جنوب لبنان ونام سكان القلعة أسابيع في الملاجئ ، ثم بررت إسرائيل هزيمتها مع المقاومة اللبنانية أنها أخطأت عسكرياً سوف يتم تلافيها ، وقد أعدت العدة لاستعادة الهيبة والسيطرة للقلعة وسكانها ، وكانت غزة هي المحطة الثانية ، وأيد سكان القلعة الإسرائيلية قيادتهم بالتخلص من غزة التي تقلق أمنهم وراحتهم فما كان من القيادة إلا أن شمرت عن سواعدها وأقفلت طائراتها وتحركت مدافعها ودباباتها وجنودها المدججين بالسلاح لاقتحام منطقة مدنية محتلة من قبلهم منذ أربعين عاماً ، فيها مليون ونصف من السكان المدنيين المحاصرين الفقراء المتعبين ، ودقت طبول الحرب وصفق سكان القلعة وفرحوا ، ولكن كل دقيقة وكل ساعة مرت منذ بدأ الهجوم بالرغم من القدرة على التدمير والقتل والإرهاب وإصابة الناس بالجروح والاختناق ، إلا أن سكان القلعة في حال أسوأ ، فهم يكرروا السؤال على قيادتهم نحن في القلعة والملاجئ والصواريخ تطاردنا ، فإلى متى ؟ وفي كل تصريح أو مؤتمر صحفي يقول زعماء القلعة المرحلة الثانية والثالثة من الهجوم ما هي إلا أيام ، ولكن لا جدوى الصواريخ مستمرة ، ولا يبدو لها نهاية ولا يبدو أن القلعة هي فعلاً قلعة ، وإنما هي وهم لابد لسكان تلك القلعة أن يكتشفوه ، فلن يكن لهم ما يريدوا من أمن بقوة السلاح ، ولا بد أن يحاولوا بغير قوة السلاح قبل أن يفوتهم القطار ويفوتهم قطار السلام أيضاً .

د. وليد سرحان

مستشار الطب النفسي

عمان، الأردن

www.walidsarhan.com

Sarhan34@orange.jo

عيد الشجرة ورموز غزة

مر عيد الشجرة هذا العام مختلفاً كل الاختلاف ، فأى شجرة هي التي نتحفل بعيدها ، بالتأكيد كنا وما زلنا وسنبقى نحتفل بشجرة الحياة والأمل .

ولكن بالنسبة لسكان قطاع غزة فالشجرة هي العدوان والجذور هي الاحتلال ، والساق هو المدفع والورق هو الطائرات ، أما الأزهار فهي الدم ، وأما الثمار فهي النصر بإذن الله .

والاحتفال بعيد الشجرة سيؤجل في غزة إلى أن يعود الهدوء لها ، ومع الهدوء لابد من غرس شجرة الحياة وإعادة البناء ، وقد أعجبنى السباق نحو استضافة مؤتمر لإعادة إعمار قطاع غزة ، ولكن هل من مؤتمر لإعادة البناء النفسي لأطفال غزة ، هم بلا شك مشاريع أبطال ولكن تعرضهم لكل هذا العنف والحصار والقتل والدمار قد زعزع نفوسهم وحيرهم وجعل الكرة الأرضية بنظرهم مكان غير آمن ، وأشعرهم بالإحباط وحتى فقدان الأمل ، لأن يكون هناك مؤتمر لإعادة إعمار قطاع غزة نفسياً ؟ على الأغلب لن يكون ، ولكني أطالب بهذا المؤتمر ، وأوجه طلبي لكل صناع القرار في أرجاء الأرض وفي العالم العربي وفي أردنا الحبيب ، فكثيراً ما يقوم الأردن بالدور نيابة عن أولئك الذين لا تسعفهم الذاكرة ليتذكروا معاناة الشعب الفلسطيني .

فلنبداً بالإعداد لمؤتمر إعادة البناء النفسي في عمان بأقرب وقت ممكن

خطورة الجانب الإعلامي وتبعاته

تحية لمجهوداتكم خلال هذه الحرب وبشرقي ان اقدم ورقة عن مسألة الاعلام وهذا الحدث الخطير، استجابة لنداء الدكتور وائل ابو هندي.

خلاصة: نرجو من الدكتور وائل أبو هندي العمل على إخراج "لجنة إعلامية" تقدم الاستشارة للهيئات الإعلامية العربية ومجالسها قصد تقنين عرض الصور واستخدام المصطلحات اعتباراً للتأثير النفسي الطويل المدى على الأطفال والكبار، ومراعاة لمسألة الهزيمة النفسية التي قد تضر بالقضية أشد الضرر.

مصطفى شكيب
كاتب في علم النفس

فريق التدخل السريع فصلت بينه وبين الموت بعض الدقائق

يوصل فريق التدخل السريع التابع لمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية أنشطته الإغاثية والخدماتية والنفسية والصحية والترفيهية، لمساندة ومساعدة ضحايا الحرب على قطاع غزة، ضمن مشروع التدخل السريع التي ينفذه المركز والممول من مؤسسة العون الإسلامي في بريطانيا.

لمزيد من التفاصيل .. عبر الرابط
التالي

<http://www.maannews.net/arb/ViewDetails.aspx?ID=138820>

Ahmad Thabet
Palestine - Gaza
ahmad_hossin@hotmail.com

ما يحدث يتطلب التمرن السريع و المبرمج

إن ما يحدث يتطلب التمرن السريع و المبرمج، لمساعدة أهلنا في غزة وسبق أن ترسلنا معكم بشأن استعدادنا للمساهمة في أي عمل يؤكد ما نحن راغبون به في مساعدة أهلنا في الجانب النفسي، ونحن نتابع كل ما ينشر حول هذا الموضوع وإذا كانت هناك عراقيل تمنع تواجدا بجانب زملائنا بغزة وفلسطين، فأني اثني على اقتراح د. علاء فرغلي واجده عمليا جدا بشأن تجميع الأدوية وإرسالها

أمل منكم نشر قائمة بأسماء "الأدوية المطلوبة" نوعياتها حتى نتمكن من تمريرها إلى الجهات المسؤولة في ليبيا والهلل الأحمر الليبي والجهات القادرة على توفيرها بأسرع وقت وإرسالها إلى أهلنا وزملائنا في غزة الذين هم في أمس الحاجة لها.

كذلك نأمل التواصل مع "برنامج غزة للصحة النفسية" و"الهلل الأحمر الفلسطيني" و مدى حاجتهم لأطعم بشرية من أطباء وأخصائيين نفسيين حتى تكون مساعدتنا ومساهمتنا مناسبة، كأداء لواجب وليس حملة عابرة لأن الآثار النفسية كما هو معروف تحتاج إلى وقت لتخفيفها وإعداد التوازن للمحتاجين ولكم كل التحية والله موفق

د. فرج محمد المهدي
استشاري الطب النفسي
بنغازي - ليبيا
mahdawi44@yahoo.com

إنها "مسئولية العاملين في حقل الصحة النفسية جميعا" ..

لكم التحية والود النبيل ..
أتابع بإعجاب شديد تغطيتكم النفسية للحرب على غزة... وليس هذا قدر "المثقف العربي" فقط ولكنه بالدرجة الأولى "مسئولية العاملين في حقل الصحة النفسية جميعا" ..

11 شتبر..على أي هذا أمر للنظر اعتباراً للرغبة في فضح العدو المجرم..ولكن ما زال بالإمكان الاتصال بالهيئات الإعلامية العربية للتسيق حول أمر بث الصور...

أخيراً في هذا الجانب لا ننسى التطاحن الإعلامي بين قناتي العائلات الحاكمة في قطر الجزيرة والعربية التابعة للسعودية، كانت معركة أخرى بين جهتين، حتى في القمم حدث هذا التطاحن، الدوحة ومن أيدها ومن غاب عنها كمصر والسعودية وفلسطين رام الله حيث تدخل حتى صائب عريقات وصب جام غضبه على العرب المشاركين وقطر..الخ

إشارة إلى المصطلحات المستخدمة فقد سقطت العديد من القنوات في الفخ، هل سمعتم عن "الدفاع عن النفس" يتكرر كثيراً، جيش الدفاع الإسرائيلي! تكرار تبريرات العدو في ضرب المدنيين " الرد على نيران أطلقت من المدرسة.." ناهيك عن تقارير المراسلين-جنوب إسرائيل شمال إسرائيل، إسرائيل، داخل إسرائيل-التي تطبعنا معها وان كان البديل موجود طبعاً...الرجوع إلى قناة المنار.. لا يمكن أن نتنصر هكذا أو حتى نصمد..

"المنار"، كانت قناة مقاومة بكل المقاييس، ولا عجب فهي لها تجربة عريقة بالحرب ومع العدو. حتى مع تعدد الآراء المشاركة وعرض أفكار العدو عبر جرائده يبقى الإحساس لديك أنها قناة في الصراع ضد العدو المجرم معطية الانطباع بالثقة والأمل. اعتقد أن القناة تتمتع باحترافية عالية يجب الاستفادة منها.

القناة "السورية" كانت قناة قومية بامتياز على خط الدفاع الأول، تعكس طبعاً رؤية زعيم الدولة.

استحسان كذلك لمواكبة قناة "بغداد" العراقية للحرب على غزة.

القنوات الأجنبية:

تهنأ هذه القنوات أملاً في إحداث تغيير النظرة لدى الغربيين حول قضية العرب الأولى وقضايا الجيش الصهيوني.. إلا أنه للأسف ما زال يجب علينا عمل الكثير في المجال الإعلامي لمضاهاة عمل اللوبيات الصهيونية التي تتجح رغم جرائمها البشعة في إعطاء التبرير وليجاد الأعداء لدى المشاهد الغربي..

قنوات CNN - BBC - TV5 كانت مثار اهتمامي ومتابعاتي:

- الأولى TV5 الفرنسية، كانت تمر مرور الكرام على مئات الأموات الفلسطينيين وكأنهم مجموعة جراد لقي حتفه، بل ويتصدر الأخبار الرئيسية حادث صقيع يصيب المتشردين أو عطب طائرة في نهر هودسون لم يصب فيه أي أحد..أما عن التغطية العابرة فتقدم الحرب على أنها دفاعية لردع ضرب صواريخ حماس..

- الـ CNN الأمريكية، وإن كان لها نفس الخط، إلا أنني فوجئت بعرض لصور الدمار والجرحى، لا بأس مقارنة بالجهود الإعلامي الذي لا نبذله لعرض وجهة نظرنا..

- الـ BBC الإنكليزية، معروف خط تحريرها المفترض حيادي، لكن الضغوط ربما نجحت بعد عرضها منذ سنوات لجرائم صبرا وشاتيلا المدينة للمجرم شارون، فهي تحتاط وإن كانت تعرض وجهات النظر المختلفة حيث أعطت وقتاً جيداً لأسامة حمدان الذي أمعن في فضح الكيان الصهيوني وقدم حالة غزة أحسن تقديم.. (للإشارة أسامة حمدان مكسب إعلامي كبير للحركة لقد رأيناه على كل القنوات...)

أمامي أمثلة لتوضيح ما أرصد وأقصد:.....

... للمزيد

www.maganin.com/news/articlesview.asp?key=1972

د. أحمد عبد الله

مدرس الطب النفسي - كلية الطب - جامعة

الزقازيق - مصر

postacairo@gmail.com - www.askdrahmed.com

نحن ضحايانا: الإعلام التعبوي، والعنف المزاج

المشهد الغزوي شديد الثراء، وغزة كاشفة فاضحة لأشياء كثيرة متوارية تظهر تحت القصف والتعرية التي تبدو فيها نواحي القصور في الأداء الرسمي والشعبي العربي!!

الناس تبدو ضائعة مطحونة بين إعلام ديماجوجي ضد المقاومة يكيل الشتائم، ويفجر في خصومته مع "حماس" ليتحول إلى مضخات عفن وهراء وكليشيهات لفظية مملّة، وتعبيرات ساقطة ومبتذلة، ومن الجهة الأخرى يبدو الإعلام المناصر للمقاومة ديماجوجيا بطريقته الخاصة، ففي حين يقصفنا الإعلام المناهض بأفكار مسمومة، ومعلومات كاذبة ملغومة، وردح يقترب من لغة الشراذيم (جمع شردوحة)، أو الشراشيخ (جمع شرشوحة)، فإن الإعلام الموالي يقصفنا بالصور، والصراخ من عينة: وينكم يا عرب!!!

وتحرك المشاعر بدلا من إكساب المهارات لنضال واسع طويل... صور القتلى والدمار، ومشاهد الصراخ والدماء والدموع، واستعراض تضاريس وتفاصيل وتلافيف ودقائق ومهازيل العجز الرسمي العربي هي المواد التي يعرضها هذا الإعلام طيلة اليوم والليلة!!! والمواطن مضغوط يلهث ويئن بين الإعلام الديماجوجي المناهض للمقاومة، والإعلام الديماجوجي المناصر للمقاومة!!!

... للمزيد

<http://www.maganin.com/news/articlesview.asp?key=1976>

د. أحمد عبد الله

مدرس الطب النفسي

كلية الطب - جامعة الزقازيق - مصر

postacairo@gmail.com

www.askdrahmed.com

تدريب أخصائيات لاكتشاف الحالات المصدومة

اهيب بكم وبحملتكم لنصرة اهلنا في غزة، نحيطكم علما اننا بصدد تدريب 60 اخصائية في 3 مجموعات من الاخصائيات النفسيات اللواتي بدورهن يستهدفن نساء وفتيات مراهقات عابثين احدث الحرب في غزة ويمكن دورهن في التفريغ النفسي والعلاج واكتشاف الحالات المصدومة وبدء التدخل معهم

أدعوا كل من لديه القدرة على تقديم اي مساعدة لى في التدريب المساهمة بذلك عبر الايميل من خلال تزويدى بالاقتراحات لتنفيذ التدريب - او ارسال مواد مطبوعة لتوزيعها على الاخصائيات النفسيات او تقديم اي اقتراح علما مدة التدريب 5 ساعات فقط خلال نهاية الاسبوع القادم ومن ثم يبدأ عمل الاخصائيات في المدارس والبيوت والمؤسسات الاهلية وفقكم الله وسدد خطكم

ابتسام الزريعي

غزة، فلسطين

inana_tamoz@yahoo.com

لقد حضرت "حرب العبور عام 1972" عندما كنت مبعوثا في جامعة لندن للتخصص في الدراسات العليا للطب النفسي ووجدنا صبيحة الحرب أن كل أساتذتنا في القسم من اليهود قد تغيبوا عن المحاضرات، وبعد نهاية الحرب عرفنا أنهم سافروا للمشاركة في "الحرب النفسية في إسرائيل" وهم الآن من أعلام الطب النفسي في العالم...

للأسف كنا نحن مجموعة من الطلاب العرب والمسلمين (من وراء البحار) لم نكن نعلم، ولم يتصل بنا أو يكلفنا أحد أو يطلب منا تقديم خدماتنا في المجهود الحربي أو حتى إن كانت هناك حركة في هذا الاتجاه حتى داخل دول المواجهة...

يسعدني رؤية "عودة الوعي" في منتداكم العامر ولن تكون هذه الحرب الأخيرة.. ويخطئ من يعتقد غير ذلك...

والنصر لقوة الحق لا حق القوة

بروفيسور الزين عباس عماره

استاذ الطب النفسي-أبوظبي - الإمارات العربية

zinomara@emirates.net.ae

الجوانب النفسية للعدوان على غزة

يتشرف "قسم الطب النفسي بكلية الطب جامعة الزقازيق" بالتعاون مع "شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث" باتحاد الأطباء النفسانيين العرب بدعوتكم لنودة وورشة عمل تدريبية حول:

الجوانب النفسية للعدوان على غزة

دار الحكمة شارع القصر العيني بالقاهرة

الأربعاء 2009/1/28

الساعة التاسعة والنصف صباحا

في انظار مشاهير

أ.د. وائل أبو هندي

رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث

باتحاد الأطباء النفسانيين العرب

maganin@hotmail.com

إعلام العدوان على الذات

حكي غزة وتكشفنا جميعا في مرايا النار والدمار، يرتفع الشهداء إلى أعلى عليين، وتظهر عورتنا حين نوضع على المحك فمن يدرك، ومن يتبين، ومن يرصد، ومن يراجع، ومن يتغير؟؟!!

مذهولين كالبلهاء لا نعرف أن الكلمة سلاح، والصورة لغم، وأن القوة أنواع ودرجات، وأن القتال في الميدان يدعمه ويكمل به يستفزه ويحفزه كلام وإعلام وصور ودعم أهلي وأكاديمي ومؤسستي ظاهر وخفي!! الفاهمون يندرجون في هذه الساحات جميعا لأنها ساحات جهاد وقاتل من كلمة لكلمة، ومن صورة لصورة، ومن بيت لبيت، ومن مؤسسة لمؤسسة، ومن دماغ لدماغ!!

والبلهاء ينظرون إليك كالمغشي عليه من الموت أو العجز، ويذرفون دموع الكمد والحسرة، ويتساءلون: يعني نعمل إيه؟؟!! ربنا على الظالم، حسبنا الله ونعم الوكيل!!!

العدو غاشم وفاجر وباطل وغثاء بلا مستقبل إلا في ظل بلاهتنا وجهلنا بالمعارك، وانتظار البعض لفتح باب الجهاد، حجج البلبد، خائر القوي، سقيم الوجدان، معلول الفؤاد!!!

والفاجر يعتدي ويكذب... يكذب... يكذب حتى يصدق الناس، ونحن نلوم الغربيين لأنهم واقعون تحت تأثير إعلام العدو الفاجر في كذبه الفادح والمستمر، فماذا عنا نحن؟؟!!

تنسيق عربي و دولي

التنسيق جار و الإتصالات مستمرة على " المستوى العربي" بين اتحاد الأطباء النفسانيين العرب و برنامج غزة للصحة النفسية لإرسال أول مجموعة من الأطباء و أخصائيي الصحة النفسية لتقديم كامل الرعاية الطبفسية إلي أهلنا غزة ضحايا الإعتداء الإسرائيلي الظالم.

مع تحياتي

أ.د. أحمد عكاشة

أيضا التنسيق جار و الإتصالات مستمرة على "المستوى الدولي" بين اتحاد الأطباء النفسانيين العرب و الهيئات الصحية العالمية و الطبفسية الدولية لتقديم كامل الدعم لمنكوبي مجرمي الحرب الإسرائيلية في غزة.

مرفق لكم الموقف الإيجابي بين "اتحاد الأطباء النفسانيين العرب" و بين "منظمة الصحة العالمية" و "الجمعية العالمية للطب النفسي"

مع تحياتي

أ.د. أحمد عكاشة

أصبح الآن الذهاب إلى غزة ممكن...

بعد إعلان وقف إطلاق النار أصبح الآن الذهاب إلى غزة ممكن...

نأمل من الزملاء الراغبين الالتحاق بغزة و تقديم للرعاية النفسية الصحية لمتضرري الاعتداء الإسرائيلي، تحديد الفترة التي تناسبهم حسب لمجموعات المحددة لشهر فبراير....

تم لحد الآن تحديد أربع مجموعات حسب المواعيد التالية:

المجموعة الأولى: التوجه الى غزة يوم الاحد 1 شباط / فبراير

المجموعة الثانية: التوجه الى غزة يوم الاحد 8 شباط / فبراير

المجموعة الثالثة: التوجه الى غزة يوم الاحد 15 شباط / فبراير

المجموعة الرابعة: التوجه الى غزة يوم الاحد 22 شباط / فبراير

أذكر المشاركين إرسال صورة جواز السفر (نسخة الكترونية)، على الوافدون من خارج مصر الانتباه إلى ضرورة الحصول على تصريح سفارة الدولة التابع لها داخل مصر لاستكمال الأوراق المطلوبة للذهاب إلى غزة....

برجاء سرعة الرد والإفادة.

أ.د. وائل أبو هندي

رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث

باتحاد الأطباء النفسانيين العرب

Dr. Wa-il AbouHendy

maganin@hotmail.com - www.MaGaNiN.COM

مدينة طبية شاملة

مستشفى ميداني أردني على (تل الهوى)

المستشفى العسكري الميداني الأردني (غزة/1)، الذي أمر به جلالة الملك عبدالله الثاني، الى "تل الهوى" في قطاع غزة، ليكون أول مستشفى عربي يحط في القطاع.

وتنفيذا للتوجيهات الملكية السامية، تم تجهيز المستشفى بأطقم طبية متكاملة ومتنوعة ومن ذوي الخبرة الواسعة، معززة بالأجهزة الحديثة" مشيرا الى www.jrms.gov.jo أن المستشفى يعد مدينة طبية شاملة، تحاكي ما هو موجود في مدينة الحسين الطبية، وبين مدير المستشفى العميد الطبيب زهران بدير أن المستشفى يشمل على غرفتي عمليات قادرة على إجراء عمليات كبرى وصغرى في مختلف التخصصات بمعدل (25) عملية يوميا، لافتا الى أن هنالك إمكانية لزيادة عدد الغرف لتصبح ثلاث غرف عمليات، وأوضح أن المستشفى لا تقتصر خدماته على معالجة المصابين والجرحى، إنما تشمل الخدمات الطبية التي سيقدّمها المستشفيات في جميع المجالات، بما في ذلك معالجة من يعانون من الأمراض، لافتا الى أن عدد الاختصاصات الطبية (17) اختصاصا. تشمل الاختصاصات الطبية: جراحة الدماغ والأعصاب وجراحة القلب والأوعية الدموية والجراحة العامة وجراحة العظام وجراحة المسالك البولية وجراحة التجميل وجراحة الأطفال وجراحة الوجه والفكين وجراحة العيون والطوارئ والأنف والأذن والحنجرة والأطفال والأشعة التشخيصية والنسائية والتوليد، والأمراض النفسية.

العقيد الطبيب عماد الدباس

رئيس إختصاص الامراض النفسية

الخدمات الطبية الملكية

رئيس جمعية اطباء الامراض النفسية الاردنية

drmdabbas@hotmail.com

مجموعية أربعة مجموعات من أ.إ.ن.ع

تحية طيبة ،،،

ستبدأ المجموعة الأولى من إتحاد الأطباء النفسيين العرب بالاتفاق مع إتحاد الأطباء العرب للذهاب إلى غزة يوم أول فبراير 2009 و قد تم تنظيم الرحلات بإذن الله و **المجموعة الأولى** تتكون من:

د. وائل أبو هندي أستاذ الطب النفسي جامعة الزقازيق

د. السيد صالح - أستاذ م الطب النفسي - طب المنصورة

د. أحمد محمد عبد الله مدرس الطب النفسي بجامعة الزقازيق

د. داليا عزت مؤمن أستاذ مساعد علم النفس بأداب عين شمس.

أ. ناتسي نبيل محمد أحمد أخصائي اجتماعي لها خبرة في المجال

إن **المجموعة الثانية** تتكون من :

د. محمد المهدي رئيس قسم الطب النفسي جامعة الأزهر فرع دمياط

د. علي إسماعيل عبد الرحمن مدرس الطب النفسي بجامعة الأزهر فرع القاهرة

د. محمود الوصيفي مدرس مساعد الطب النفسي جامعة المنصورة

أ. إيناس نبيل مشعل أخصائي نفسي لها خبرة في المجال

أ. أميرة بدران أخصائي نفسي لها خبرة في المجال

وسيكون الذهاب للمجموعات كالتالي:

المجموعة الأولى: التوجه الى غزة يوم الاحد 1 شباط / فبراير

المجموعة الثانية: التوجه الى غزة يوم الاحد 8 شباط / فبراير

تقنية التدريب على العلاج النفسي

أرجو التوجيه إلى الزملاء ممن يملك تقنية التدريب على العلاج النفسي بـ " EMDR " كتقنية علاجية لأعراض " PTSD " :

<http://video.google.com/videoplay?docid=4969243119809188520>

لإدخالها كوسيلة علاجية لأهلنا الواقعين في ظلال الصدمات

وشكرا

د. ملهم زهير الحراكي

اختصاصي في الطب النفسي

والعلاج النفسي للأطفال والمراهقين

Website: www.LaHam-home.com

drheraki@hotmail.com

دور "النخبة" بين الصلوة والغفوة.

ما كنت أظن ان هذه "الصلوة" كانت وميض نار تحت هشيم الهزيمة التي كنا نعيشها كأمة وهي من نسج أو هامنا.

رب ضارة نافعة، فقد أيقظت فينا غفوة ضمير ذهب في إجازة رسميه وصور دون وعي..

وعاد الغائب في صفحات هذا "المنتدي"، وهذا شرف كبير لا املك الا ان أحبيكم/أحييكم عليه، وأنهه به كل مفكر ومتقف وخاصة العاملين في حقل الصحة النفسية حول دور "النخبة" بين الصلوة والغفوة.

وكلمة الحكيم من الحكمة..(ومن أوتى الحكمة فقد أوتى خيرا كثيرا) صدق الله العظيم

أخوكم

بروفيسور الزين عباس عماره

استاذ الطب النفسي

أبوظبي - الإمارات العربية

zinomara@emirates.net.ae

www.dralzainomara.com

الانتصار على ثقافة الهزيمة

يسعدني ان نتواصل المسيرة حتى نتحقق اهداف الانتصار على ثقافة الهزيمة التي داهمت النخبة بين الغفوة و الصلوة.. وحتى لا ندخل في دوامة الغيبوبة بعد عودة الوعي وبقطة الضمير العالمي..

ورب ضارة نافعة

أخوكم

بروفيسور الزين عباس عماره

استاذ الطب النفسي

أبوظبي - الإمارات العربية

zinomara@emirates.net.ae

www.dralzainomara.com

المجموعة الثالثة: التوجه الى غزة يوم الاحد 15 شباط /

فبراير

المجموعة الرابعة: التوجه الى غزة يوم الاحد 22 شباط /

فبراير

وكل المجموعات لهم خبرة في المعاملة في حالات الكوارث النفسية .
وقد وصلني أيضا من برنامج غزة للصحة النفسية ما يفيد أن عمل المجموعة سيكون كالآتي :

- School visits: 15 school visits per week.
- Kindergarten visits: 15 KG visits per week.
- Home visits 125 home visits per week
- Hospital visits as needed
- Capacity building Holding training courses in (Crisis intervention, war aftermath, group catharsis, family therapy, group counseling)
- Clinical Supervision for 50 volunteers and 20 GCMHP's professionals

مع تحياتي

أ.د. احمد عكاشه

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

نشرة تثقيفية لمن شهد الحرب

الأحباء الكرام

نرفق لكم نشرة تثقيفية نفسية تم إعدادها لكل من شهد الحرب سواء شهودا مباشرا أو غير مباشر، لتسليط الضوء على الآثار النفسية لشهود الحرب ونقاط رئيسية حول كيفية التعامل معها
النشرة الأخرى موجهة خصيصا للأطفال
أرجو لكم الاستفادة والنفع

د. ملهم زهير الحراكي - سوريا

اختصاصي في الطب النفسي

والعلاج النفسي للأطفال والمراهقين

drheraki@hotmail.com

اضطراب الكرب البعدي للصدمة

تحية تقدير إلى الدكتور الجليل جمال التركي، هنيئا لكم/لنا هذا المجهود الودودي على " شبكة العلوم النفسية لعربية" الذي يعطي ثماره . . .

ها هم الإخوان من كل بقاع الأمة يتراسلون ويتدارسون ويتعاونون في أحوال الأمة . انطلاقا من العامل النفسي ولأجل استرداد الكرامة الإنسانية.

أود إخباركم بعملا العلمي تجاه أهل غزة، وذلك بعد نداء السيدة مديرة مركز الشرق للصحة النفسية بغزة الأستاذة ابتسام الزريعي من تقديم اقتراحات ومواد مرجعية في مجال الدعم النفسي، ولقد وفقنا الله تعالى لإرسال إليها بعضا منها، تقبلته بكل سرور وامتنان شاكرة لنا جميعا وفيما يلي أقدم رفقة المواد المرسله للإفادة:

ملفان بـ: مستندات " Word " عن اضطراب الكرب

البعدي للصدمة - المراجع

ملفان بـ: مستندات " PowerPoint " عن ما هو اضطراب

الكرب البعدي للصدمة والتدخلات العلاجية السلوكية المعرفية

أ. مصطفى شكيـب

كاتب في علم النفس - المغرب

chaqib@yahoo.fr

كثير من العشوائية و عدم الانتظام

بعد تقرير أ.د. وائل أبو هندي، أفيدكم علما بأن الموقف في غزة بالنسبة للطب النفسي و الصحة النفسية بعد الزيارة الأخيرة يشير إلى كثير من العشوائية و عدم الانتظام، يوجد الكثير من الجمعيات الأهلية من كل بلاد العالم و يقال إن عدد هؤلاء الذي دخلوا غزة للمساعدة عامة و الصحفيين إلخ، لا يقل عن 1000، و كذلك يوجد حوالي 18 طبيباً نفسياً في غزة، ولا يعمل منهم في مستشفى الصحة النفسية إلا ثلاث و يتباطئون و يبدو لأسباب سياسية. و يوجد الكثير من الأخصائيين النفسيين و لكن لا يوجد تنظيم للقيام بمهامهم، و قد بدأ اليونيسف في محاولة لتنظيم الخدمات الطبية بين وزارة الصحة في غزة مع الجمعيات الأهلية، حيث أن الوضع الحالي بين وزارة الصحة في التعاون مع عشرات من الجمعيات الأهلية التي تعمل في حقل الصحة النفسية كذلك مع برنامج غزة للصحة النفسية غير مرضياً كي يستطيع المرضى الحصول على الخدمات الصحية المناسبة.

وأنني فخور بان إتحاد الأطباء العرب النفسيين بمساعدة إتحاد الأطباء العرب الذي وفر آليات السفر و الإقامة، و الطعام كانوا أول من وصلوا إلى غزة للمساعدة. و سيتجه "الفريق الثاني" إلى غزة يوم الاثنين الموافق 2009/2/9 و المكون من

- أ.د. محمد المهدي رئيس قسم الطب النفسي جامعة الأزهر

- د. اشرف حسين شعراوي أخصائي الطب النفسي بالمنصورة

- د. محمود الوصيفي مدرس مساعد طب المنصورة

- الأستاذة إيناس نبيل مشعل إخصائية نفسية

- الأستاذة اميرة بدران إخصائية نفسية

و كل المجموعة مدربة على الطوارئ و الكوارث النفسية

و نتمنى أن تسمح السلطات المصرية بفتح معبر رفح للمرور إلى غزة بإذن الله. كما نتمنى لهم العودة بالسلامة إن شاء الله.

يجري حالياً تجهيز "الفريق الثالث" و الرابع من أطباء إتحاد الأطباء النفسيين العرب.

مع تحياتي و شكرى و تقديري على دعمكم و تعاونكم

أ.د. أحمد عكاشة

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

aokasha@internetegypt.com

<http://www.arabpsynet.com/maillinglist/ConsMailingList.asp>

القاهرة في: 2009/02/07

ملاحظة:

للإطلاع على التقرير:

<http://www.arabpsynet.com/Associations/1FirstPsyReportGazaStripAr.pdf>

أعدكم بالعودة إلى غزة فور فتح معبر رفح

أعدكم بالعودة إلى غزة فور فتح معبر رفح، حيث أن الوفود المكونة من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والمدربين لمواجهة الكوارث النفسية على أتم استعداد ليكونوا مع إخوانهم وزملائهم في غزة في أقرب فرصة بإذن الله.

أ.د. أحمد عكاشة

رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

aokasha@internetegypt.com

القاهرة في: 20/02/12

الاحتياج النفسي لأهالي القطاع سيظل باقياً لسنوات طويلة

مر على عودتي الى مصر من القطاع يومان ، و لكن فكري و قلبي مازال مليئاً بالقطاع و أحداثه و أهله و المأسى التي يفيض به. و مع مرور اليوم الاول هناك في القطاع لاحظت الفرق الكبير بين تجربة و ظروف تقديم الدعم النفسي في فلسطين و بين تقديمها مع اخواننا العائدين الى الحدود المصرية في رفح و العريش الصورة التي كنا نراها في الاعلام ، اقل بكثير من واقع الدمار المعاش ، و الخسائر الحقيقية بداخل النفوس و في الأجساد و المباني و المقتنيات

انى ادين بكل العرفان و التقدير لكافة الجهات التي ساهمت في تسهيل الاجرائات المطلوبة للسفر للقطاع

و من واقع ما رأيت ازدادت قناعتى بأن الاحتياج النفسي لأهالي القطاع سيظل باقياً لسنوات طويلة حتى فيمن لم تصب اجسادهم بأى أذى تحية من القلب لكل من ساهم و يساهم حالياً من كافة الجهات و الهيئات المشاركة في تقديم الدعم النفسي لأهالي غزة في محتهم، جهودكم في تأدية الواجب لتضميد الجراح النفسية بعد الحرب هي شرف و التزام و واجب على كافة العاملين في مجال الصحة النفسية في الكوارث و الازمات .

شكر خاص لزملائي من اعضاء فريق الصحة النفسية في الكوارث بوزارة الصحة و السكان- المصرية ،من اطباء نفسيين و ترميض و اخصائيين اجتماعيين، و الذين استمروا خلال فترة وجودى بفلسطين في اداء واجبهم بمستشفى العريش العام و بمدينة رفح ، و كذلك في زياراتهم و جلسات الدعم بمستشفيات القاهرة العامة المختلفة ، و كذلك العاملين بالخط الساخن لتقديم الدعم للجرحى و اسرهم ،لكم كل التحية و التقدير . سيظل الدعم النفسي لأخواننا من اهالي القطاع ، مادامت لدينا القدرة على تقديم هذا العون بأذن الله

د. فهمي بهجت يوسف حنا - مصر

fahmybahgat@yahoo.com

<http://www.arabpsynet.com/maillinglist/ConsMailingList.asp>

لم يتم السماح لـ "الوفد الثاني" بالدخول إلى غزة

يؤسفني إبلاغكم أنه حتى الآن، لم يتم السماح لـ "الوفد الثاني" من ممثلي "شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث" باتحاد الأطباء النفسيين العرب بالدخول إلى غزة.

حاول أعضاء الوفد (أ.د. محمد المهدي، د. أشرف حسين شعراوي، د. محمود الوصيفي، أ. إيناس مشعل وأ. أميرة بدران) يوم الاثنين والثلاثاء 9 و 10 فبراير شباط وسيعاودون المحاولة غدا الأربعاء 11 فبراير ...

نسأل الله أن يبسر مهمتهم ...

أ.د. وائل أبو هندي

رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث

باتحاد الأطباء النفسيين العرب

Dr. Wa-il AbouHendy

maganin@hotmail.com

www.MaGaNiN.COM

<http://www.arabpsynet.com/maillinglist/ConsMailingList.asp>

ملاحظة:

ننبه الزملاء أعضاء الوفود القادمة، أن تغييرا سيحدث نتيجة التأخر الحاصل في موعد سفر الوفد الثاني.

INVOLVE THE MENTAL HEALTH
PROFESSIONALS OF THE WEST BANK

Dear Prof. M.Maj

Thank you very much for your interest for what happening in Gaza.

I would like to suggest that you should make use and involve the mental health professionals of the West Bank in all activities concerning Gaza. Many of the mental health workers are eager to serve the population of Gaza. The WHO in Jerusalem and the MOH in Ramallah are in a good position to organise such activities.

This is important because :

1- The West Bank and Gaza are the same people. Actually Gaza are only one and half an hour driving distance from the south of the West Bank. And I assume the Palestinian Population of the West Bank are in no need to obtain a visa to enter Gaza . It seems to me that with the help and some pressure from the international organizations the Israelis will permit their entrance of those professionals to Gaza.

2- It is highly expected by so many observers (hopefully not) that what's happened in Gaza will be repeated in the West Bank in the near future .

On other note many of the mental health professionals in the Arab World have applied to the **emergency and disaster section of the Pan Arab Psychiatric Association** to help them to volunteer to serve in Gaza and you can make use of those professionals.

Thank you again and please let me know if I can be of any help in this project.

Best wishes

Dr.Bassam Al-Ashhab

bassam_ashhab@yahoo.com

The President of the Palestinian Psychiatric Association

like to come to make the official invitations for each of them.

With Respect and Gratitude

Dr. Ahmad Abu tawahina,

Director General

Mahmoud Abu Aisha

Gaza Community Mental Health Programme

www.gcmhp.net

E-mail: mahmoud@gcmhp.net

AFP & AMU ARE PREPARING A TEAM TO
GO TO GAZA

Dear Ahmed,

The Arab federation of psychiatrists (AFP) through the Arab medical Union are preparing a team to go to Gaza once we clear the security permit to go through Rafah. The chairperson of the AFP committee of Disaster and emergency psychiatry is Prof. Waal Abou Hindy who will lead the first group , once we finalize the necessary arrangements I shall send you names and dates, As you are aware any body from the Arab world should go through Rafah and its requires some procedures.

Be sure that all psychiatrists and mental health professionals are backing the heroic standing of our fellows and citizens living in Gaza.

Cordial regards,

Prof. Ahmed Okasha

M.D., PhD, F.R.C.P., F.R.C., Psych.,

F.A.C.P (Hon, .)

E-mail: aokasha@internetegypt.com

Website : www.okashahospital.com



أيما المارون بين الظلمات العابرة

منكم السيوف - ومنا دمنا
منكم الفولاذ والنار - ومنا لحمنا
منكم دبابه اخرى - ومنا حجر
منكم قنبلة الغاز - ومنا المطر
وعلينا ما عليكم من سماء وهواء
فخذوا حصتكم من دمنا وانصرفوا
وادخلوا حفل عشاء راقص..وانصرفوا
علينا ، نحن ، ان نعرض ورد الشهداء
وعلينا ، نحن ، ان نعي كما نحن نشاء

محمد درويش



التهاني بالسنة الهجرية القمرية الجديدة 1431

تهنئة رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

arabpsynet@gmail.com

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نسعد بكم/معكم مهنتين بسنة هجرية قمرية جديدة 1431 وذكرى هجرة الرسول محمد عليه الصلاة والسلام لنش دعوة الحق التي ضاق لها المشركون في موطنه ...

هاجر الموطن الذي رأى النور فيه والذي بدأ تلقي الوحي فيه وشرف بحمل أمانة الرسالة وتبليغها فيه ...
هاجر الموطن الذي قال في حقه " والله إنك لخير أرض وأحب أرض الله إلى الله، ولولا أني أخرجت منك ما خرجت ...

هاجر ليبلغ رسالة الإيمان بالإسلام إلى العالمين ...
نعر أن "لا هجرة بعد الفتح؛ لكن جهاد ونية"، ألا نكون في عصرنا هذا بحاجة إلى هجرة من نوع آخر ...
هجرة فكّر زادنا اغترابا وانباتا ...
هجرة مركود فكري وجود عقلي أعاق انطلاقتنا ...
هجرة الهزام حضاري أعاق نهضتنا ...

وإلا فهل نكون خير سلف لخير أمة أخرجت للناس، يوم أمّر الله لنا ديننا وأكمل علينا نعمته ورضي لنا الإسلام ديننا .
وخن خفيل بذكرى هجرة الرسول عليه الصلاة والسلام وبداية سنة قمرية جديدة "1431"، أعادها الله عليكم بالخير واليمن والبركة
وهذا لما فيه رفعة العلوم النفسية خيرا للعالمين، هل ما زال لنا الخيار في هجرة من نوع آخر ... وكل عام و أنتم خير وأهل الخير والعطاء
دامت ودام عزكم وعطاءكم

الدكتور جمال التريحي

شبكة العلوم النفسية العربية

www.arabpsynet.com

<http://www.arabpsynet.com/Documents/NewHegirYear1431.pdf>

أبحاث ودراسات

أثر الإرشاد النفسي التربوي على مستوى الأداء الدراسي للطلبة

علي كاظم الشمري

سوء استخدام الكمبيوتر والانترنت وأهمية الارشاد التربوي

سوسن شاكر مجيد

تعلّم فنّ الاستماع

أحمد فخري هاني

الأخصائيون النفسيون في السويدان

عمر هارون الخليفة

إنعام أحمد

عسر القراء: الدماع الاستثنائي

مصطفى شفيق

بطارية "K-ABC" لتشخيص صعوبات التعلم

بوفولة بوخميس

THE FACTORIAL STRATEGY: A NEW TECHNIQUE FOR SELECTING
THE GIFTED

سلام الدين عطالله

L'ÉTAT DES LIEUX DES SCIENCES HUMAINES ET LE
BANNISSEMENT DE LA PSYCHOLOGIE

عبد الكريم الحاج

أثر الإرشاد النفسي على مستوى الأداء الدراسي للطلبة دراسة أثر برنامج إرشادي نفسي على الأداء الدراسي لطلبة الجامعة

علي كاظم عجمه الشمري - علم النفس، العراق

alikadhim70@yahoo.com

الملخص: يرى الباحثون إن هناك ضعفاً واضحاً في وجود الإرشاد يعانيه نظام التربية والتعليم في العراق، ومن ذلك التعليم العالي على الخصوص. ويتضح ذلك من خلال مؤشرات عدة أهمها: تدني مستوى الأداء الدراسي في الوسط الجامعي، زيادة حجم المشكلات المعرفية في المحيط الجامعي كالغش، ضعف الالتزام في الدخول للمحاضرات، ضعف المشاركة داخل الصف، إهمال أو تدني مستوى البحوث المقدمة من قبل الطلبة؛ كذلك المشكلات النفسية والاجتماعية كالشعور بصعوبة التفاعل وإقامة علاقات مع الزملاء، صعوبة في التوافق مع الأساتذة المباشرين، والشعور بالفرق الطبقي، والعدوان باللفظ أو العراك بسبب الإثارات الموقفية والعاطفية التي تنتج من الاختلاط. وغير ذلك من المشكلات التي أصبحت تلاحظ اليوم من قبل المختصين في المحيط الجامعي مع غياب واضح للإرشاد في هذا المحيط، الأمر الذي قد يفاقم المشكلة وكل ذلك بالنتيجة ينعكس بالسلب على المستوى العلمي، ومشكلات منها ما قد يستقر لدى الفرد وتترتب عليه آثار نفسية واجتماعية قد تطول إلى ما بعد التخرج وأكثر. لذا جاء البحث الحالي بهدف التعرف فيما إذا كان هناك أثر للإرشاد التربوي والنفسي في مستوى أداء الطلبة في دراستهم الجامعية ؟

لذا تم اختيار عينة عشوائية بلغت (100) فرد، (ذ،ث)، من مجتمع البحث الذي شمل جميع طلبة كلية الآداب- جامعة بغداد. تم توزيعهم عشوائياً أيضاً على مجموعتين واحدة مثلت (مجموعة تجريبية)، والأخرى (مجموعة ضابطة) .

كما تم بناء برنامج إرشاد تألف من خمسة مجالات كانت: التدريب على كفاءة الذات والثقة بالذات، تعليم المهارات الفنية في التعامل مع المادة، القدرة على إدارة العلاقات مع الأساتذة والزملاء، كيفية مراقبة الأداء وتقييمه ذاتياً، الدافعية للإنجاز . أما الأداء الدراسي، فقد قام الباحث ببناء اختبار تحصيلي لمادة علم النفس العام . كذلك تم التحقق من صدق المقياسين وثباتهما .

التوصيات

* ضرورة القصوى بفتح مراكز للإرشاد في جميع الجامعات، وتقوية عمل تلك المراكز بحيث تتولى تنفيذ بحوث و دراسات تقف من خلالها على أداء الطلبة بشكل دوري ومستمر تشخص من خلالها المشكلات التي تعوق هذا الأداء، وتقدم المقترحات للحل والمعالجة .

1 - الإطار العام للبحث

أ - مشكلة البحث وأهميته

يحتل الإرشاد موقعا متميزا بين فروع علم النفس خاصة وبين العلوم بوجه عام (Unesco,1996)، ولعل هذا يعود الى مهمة هذا العلم التي تدخل في جميع ميادين الحياة تقريبا، فالمؤسسة أيا كانت مهنية، إدارية، اقتصادية، قانونية ... الخ توجب أن يكون هناك من يشرف على أداء الأفراد ويراقب مستوى هذا الأداء، ويشخص ما هي المعوقات التي قد تواجهه، فالكُل يقتضي التوجيه، وإلا لا يقال عنه بأنه نظام أو مؤسسة (عاقل، 1983، ص43) .

إن مشكلات العالم اليوم في شتى المجالات أصبحت في تعاضل مع التطور السريع المضطرب فيه، وهذا بالمقابل يستدعي زيادة حجم التصدي لتلك المشكلات، ومهمة ذلك تقع على عاتق المرشدين أو الموجهين التربويين والنفسيين، والأمر ليس مقتصر على مجالات التربية والتعليم،

النتائج

تبين إن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ولصالح الأفراد في المجموعة التجريبية (المتعرضين لشرط المعالجة وهو برنامج الإرشاد) بكونهم أعلى بمستوى الأداء على الاختبار التحصيلي من أقرانهم في المجموعة الضابطة (من دون معالجة). وقد اتفقت تلك النتيجة مع النتائج في معظم الدراسات في هذا المضمار ومنها:

(Franco,et.al,1983)(UNESCO,2006,Report)(الدوسري،1985،ص235). كما عضدت التفسير المعروض من قبل غالبية الأدبيات في مجال الإرشاد: من إن للإرشاد أثر في تزويد الأفراد بتكنيكات تساهم بتطوير قدراتهم في التعامل مع المحيط الدراسي بما فيه من مثيرات معرفية واجتماعية .

المقترحات

* إجراء دراسات ميدانية تتناول واقع الإرشاد التربوي والنفسي في جميع المراحل الدراسية بدءاً بالراحل الأولية صعوداً للمستويات الجامعية

* تناول متغيرات نفسية واجتماعية عدة في أثرها أو علاقتها بمتغيري الإرشاد والأداء مثل: التوافق الجامعي، نمط الشخصية التأملية-الاندفاعي، أساليب التدريس، قلق الامتحان .

* تناول بعض المتغيرات الديموغرافية مثل: (الجنس، مستوى التحصيل، المستوى المعاشي، الاختصاص) .

ولما كانت البرامج الإرشادية أياً كان نوعها تسعى لمساعدة الأفراد لتجاوز مشكلاتهم بأساليب علمية وتنمية ميولهم وإتجاهاتهم ومساعدتهم على التوافق مع البيئة التي يعيشون فيها وتحقيق أهداف واقعية تتفق مع قدراتهم وإمكاناتهم ومساعدتهم على فهم حياتهم وحب الآخرين وتحمل المسؤولية تجاه أنفسهم وتجاه الآخرين في مجتمعهم الذي يعيشون فيه (الدوسري، 1985، ص 235). فقد أشارت دراسة عبد الرحمن وأبو عبادة 1998، حول أثر برنامج إرشادي في الأداء الدراسي لطلبة المعاهد العالية والكليات، إلى فاعلية عالية للبرنامج الإرشادي على أداء الطلبة في الدروس، ذلك أن بنسبة 80% من الطلبة الذين تعرضوا للبرنامج أوضحوا ارتفاعاً في درجاتهم، وكانوا أكثر نشاطاً في الصف وتقديمهم للواجبات بحسب تقييم الأساتذة بعد التعرض للبرنامج عما سبق (عبد الرحمن، 1998، ص 119).

وفي دراسة لـ فرانكو وآخرون 1983 Franco, et.al، استخدم فيها برنامج تدريبي للمهارات الاجتماعية من خلال تراكم الخبرة المتحققة في التفاعلات التي تتطلب من الشخص كفاءة في الحديث، وبعد تقييم فاعلية البرنامج التدريبي من خلال أداء الشخص في المحادثات غير المنتظمة والواسعة مع أشخاص لم يلق بهم من قبل أظهرت نتائج تحليل البيانات المتحققة ارتفاع معدلات مهارة الشخص في الحديث والتفاعل مع أقرانه (Franco, 1983, P.568)، لذا فإن المؤسسات بوجه عام ومنها التربوية بشكل خاص في معظم بلدان العالم أصبحت تعي أهمية توافر الخدمات الإرشادية والتوجيهية فيها، وفي تقرير لمنظمة اليونسكو صدر حديثاً يفيد إن العمل الإرشادي عامل لاغنى عنه للنهوض بمستوى التربية والتعليم، وبات واضحاً من خلال النتائج الملموسة في البلدان المستخدمة للإرشاد بدرجة عالية، فآلمانيا مثلاً تبذل أكثر من 200 مليون يورو سنوياً على خدمات الإرشاد في الميادين كافة وعلى رأسها الحقل التربوي والتعليمي، ويتوقع المختصون هناك زيادة في الإنفاق مستقبلاً، لما لمسته من نتائج في الحصول على مكاسب بشرية بخصائص معرفية عالية المستوى في الأداء والإنجاز بمختلف الميادين، إضافة إلى التطويرات الأخرى على المستوى النفسي والسلوكي الاجتماعي والتي تقاس نتائجها بانخفاض حجم المشكلات النفسية والإعتلالات الاجتماعية المختلفة، وذلك في التبعات سيوفر أموالاً طائلة تمثل الخسائر التي يمتد بها البلد في حالة حدوثها، فضلاً عن الإصلاح للمعاني نفسياً وإجتماعياً من بعض المشكلات المضعفة أو المعطلة لأدوارهم في شتى الميادين، وكذلك المتورطين بالمشكلات السلوكية المنحرفة كالإدمان والجريمة مما يؤدي إلى تحويل الخسائر إلى أرباح عند إصلاح تلك الحالات، وتحويلها إلى طاقات نافعة بعد أن كانت موجهة في نشاطات سلبية مضرّة بالفرد والمجتمع. وفي النهاية فإن التقرير يفيد إن الأموال الموفرة من خلال معالجة المشكلات النفسية والاجتماعية مقاسة بإنجاز الأفراد بعد المعالجة قياساً لما قبلها بلغت 2 مليار دولار، يضاف لذلك إصلاح الأحداث والكبار المعاد تأهيلهم ليصبحوا مواطنين صالحين ونافعين، أما خدمات التطوير في المؤسسات التربوية والمقاسة سنة بعد أخرى في أداء المتخرجين الجدد بمختلف الاختصاصات الذي أخذ منحنا تصاعدياً في الإنجاز كما ونوعاً بمعدل نمو زاد على الـ 20% سنوياً (UNESCO, 2007, Report). من هنا يتضح جلياً الأهمية الكبرى لخدمات التوجيه والإرشاد وأثرها في تطوير الأفراد والمجتمعات في شتى ميادين الحياة، حتى يمكن القول إن لاغنى لعالم اليوم الأكثر تقدماً وإشكالا على حد سواء.

ولقد أشارت دراسات علمية عدة عن أثر للإرشاد على طيف واسع من المجالات كالتربية والتعليم والصحة النفسية والمجال المهني والإداري ودور الأحداث والمحاكم ودور رعاية المسنين ومراكز تعليم المهارات وميادين أخرى كثيرة، حتى يندر أن نجد مجالاً أو حيزاً يوجد فيه

بل إتسع ذلك إلى مجالات الصناعة والزراعة، والصحة فكلها تحتاج وجود الإرشاد فيها. فالإرشاد بمفهومه العام هو توجيه الأفراد بما يخدم الأهداف التي يسعون من أجل تحقيقها بأقصر السبل والجهد، وبمفهومه الخاص أو المتعارف عليه هو ما يشيع في أطر التربية والتعليم وهو الإشراف على العملية التعليمية التربوية، بسبب تطور المعرفة بأثر المدرسة على الجانبين المعرفي وكذلك السلوكي، وتنبيه القائمين على حجم المشكلات التي يتضمنها هذا الميدان، وما ينتج عن ذلك تبعاً من آثار في شتى أوجه الحياة النفسية والمهنية والاجتماعية العامة، كون المدرسة تمثل المصدر الأساس في رفق المجتمع بأجيال تعمل في شتى مؤسساته، إضافة إلى كونها مصدراً حيويًا من مصادر تنشئة السلوك في ذلك المجتمع (عبد الستار، 1998، ص 91). ولذا فإن حجم الإنفاق على عمليات الإرشاد في الدول المتقدمة يفوق التصور، ففي الولايات المتحدة وحدها يبلغ مقدار المال المنفق سنوياً في ميادين الإرشاد بشتى المجالات ما يقرب من 3 مليار دولار، ومثل ذلك في دول أوروبا الغربية واليابان. الأمر الذي أصبح معه مدى التطور في حقل الإرشاد وانتشار الخدمات الإرشادية في المؤسسات يعد واحداً من أهم المعايير التي يُقاس بها تقدم دول العالم اليوم. وإن التقنيات التي تستخدم في مجال الإرشاد وصلت إلى حدود عالية للغاية سواء المستخدمة في إعداد الكوادر للعمل الإرشادي، أو ما يستخدمه العاملين بمجال الإرشاد في مزاولة عملهم (UNpublication, 2006, P.16)، وعلى هذا الأساس فإن دول العالم الثالث ومنها عالمنا العربي تعد متأخرة، إن لم نقل متخلفة بكثير عن باقي دول العالم في هذا الميدان، ولعل هذا يعد السبب برأي الكثيرين في تدني المستوى التعليمي والأدائي العام للأفراد بمختلف الميادين وعلى رأسها ميدان التربية والتعليم (حرشاور، 2005، نت)، والقطر العراقي هو واقع ضمن هذه البيئة ويتحمل جزءاً من المشكلة فيها، كونه يعاني من ضعف واضح في توافر خدمات الإرشاد بمؤسساته المختلفة، ومنها المؤسسة التعليمية بكل درجاتها من الابتدائية صعوداً إلى الجامعة (التعليم العالي، 2007، تقرير).

وإذا كان تأكيد علماء التربية ومنهم (ديوي، 1958) قد أنصب على المرحلة الابتدائية باعتبار أنها تمثل المرحلة الأساس في التعليم، ذلك أن الفرد هنا يكون في بداية نضجه العقلي والنفسي، وإن تشكيل قدراته العقلية وسماته الشخصية والسلوكية يتركز في تلك المرحلة. فإن تأكيداً مماثلاً يركز على المراحل المتوسطة والإعدادية كونها تعد التلاميذ للدراسة الأكاديمية، حيث يصبحوا متخصصين في مجالات الحياة المختلفة. وعلى وفق الإعداد في المراحل الابتدائية والثانوية سيكون الحال في المراحل العليا. ما يضع على العاملين في المجال التعليمي من معلمين ومرشدين مهمة كبرى (Froum, 1962, P.31). ومما يزيد من خطورة وأهمية المشكلة هو إن الفرد في مراحل الثانوية والجامعة يكون ضمن عمر المراهقة، وما معروف سواءاً للمختصين وغيرهم ما تنطوي عليه تلك المرحلة الحرجة من خصائص إنفعالية وسلوكية، ما يشكل أثراً إستثنائياً في حياة الطالب وتوافقه مع المحيط الجامعي الحديث عليه بما فيه من مؤثرات إجتماعية ومعرفية، وبالتالي ما يفرضه هذا الواقع من شروط ومحددات للتصرف تبعاً لذلك، الأمر الذي يجعل من توافق الطالب شأنًا لا يتحقق بسهولة، وللتأكيد المستمر من قبل الدراسات والمختصين بأثر التوافق النفسي في الحياة الجامعية على الأداء الدراسي والاجتماعي على حد سواء كي يجبي الطالب حياة جامعية خالية من المشكلات نسبياً، كل ذلك يحتم أن يكون الإرشاد أمراً مهماً وضرورياً لمساعدة الطالب وتوجيهه سعياً لتحقيق الهدف في الارتقاء بالمستوى العلمي وكذلك الشخصي للطلبة (الإمام وآخرون، 1992، ص 10).

اختبارات الاستعدادات العقلية والمعرفية للاختصاصات والمواد التي تتناسب مع استعداداتهم، وذلك هو دور الإرشاد والتوجيه في تلك المؤسسات والذي هو غائب أو شبه معدوم: وكانت نتائج الاستطلاع كما يلي: أوضح 42% من الطلبة أنهم غير راغبين في الأقسام التي هم فيها وإنها قد فرضت عليهم من خلال نظام القبول والأهل والأصدقاء؛ وكان 70% منهم متعثرين في الدراسة ورسبوا لسنوات متتالية؛ كما صرح 80% من نفس المجموعة بأن إخفاقهم هذا يعود لعدم ميلهم للاختصاص الذي يدرسون، وعند فحص سجلات الغيابات وجد أنهم الطلبة الأكثر تغيباً عن الفصل (نظمي، 2006، تقرير).

لذا جاء البحث الحالي ليثير تساؤلاً مفاده: هل للإرشاد التربوي والنفسي أثر في مستوى أداء الطلبة لدراساتهم الجامعية؟

ب- أهداف البحث

يهدف البحث الحالي التحقق من أثر برنامج إرشادي نفسي في الأداء الدراسي لطلبة الجامعة.

ولتحقيق هدف البحث يتطلب إختبار الفرضية الآتية:

يؤثر البرنامج الإرشادي النفسي في تنمية الأداء الدراسي لطلبة الجامعة.

ج - حدود البحث

تحدد البحث الحالي بالآتي:

- 1- المتغيرات النفسية كل من الإرشاد النفسي والأداء الدراسي .
- 2- طلبة كلية الآداب/جامعة بغداد .
- 3- للعام الدراسي 2006 - 2007 .
- 4- ذكور وإناث

د - تعريف المصطلحات

أولاً - الإرشاد

- 1- عرف باترسون (Pettersson) 1988 (الإرشاد بأنه:-

مقابلة تجري بين المرشد والمسترشد في مكان خاص، حيث يستمع فيها المرشد ويحاول فهم المسترشد، ومعرفة ما يمكن تغييره في سلوكه بطريقة أو أخرى يختارها ويقرها المسترشد، ويجب أن يكون يعان من مشكلة ويكون لدى المرشد المهارة والخبرة للعمل مع المسترشد للوصول إلى حل المشكلة (الهاشمي، 2006، ص 43).

- 2- كما عرف الإرشاد من قبل جلاتر، 1998 (Glatuz) على أنه:-

عملية تفاعلية تنشأ عن علاقة فردين أحدهما متخصص هو المرشد والآخر المسترشد، يقوم المرشد من خلال هذه العلاقة بمساعدة المسترشد على مواجهة مشكلة تغيير ما طرأ لديه أو لغرض تطوير سلوكه وأساليبه في التعامل مع الظروف التي يواجهها. والأسلوب المستخدم في الإرشاد المقابلة وجها لوجه في جو من الثقة والشعور بالتقبل المتبادل والاطمئنان والتسامح بحيث يتمكن المسترشد من التغيير عن كافة المشاعر بحرية وبدون خوف (الدوري، 2006، ص 16) .

- 3- تعريف الجمعية الأمريكية للإرشاد النفسي 1981 على أنه:-

الخدمات التي يقدمها اختصاصي علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون خدماتهم لتأكيد الجانبي الإيجابي بشخصية المسترشد واستغلاله في تحقيق

الإنسان لاحتياج إلى الإرشاد. كما أظهرت ارتباطاً بمتغيرات نفسية وإجتماعية وتربوية لاحصر لها مثل: نمط الشخصية، مركز السيطرة الداخلي، كفاءة الذات، تنظيم الذات، الثقة بالذات، صورة الذات، القلق، الانطواء-الانبساط، الأمن النفسي، السلوك السايكوباتي، الإنجاز، الأداء، الإعتلال البيئشخصي والعائلي، أساليب التنشئة الوالدية، الحرمان الإجتماعي، اليتيم، الإنصياع، الحشد الجمعي وغيرها. وجملة من المتغيرات الديموغرافية مثل العمر، الجنس، التحصيل الدراسي، الطبقة الإجتماعية، المستوى المعاشي، وغيرها (باترسون، 1995، ص 15-17).

أما في مجال الأداء فإن الباحثين في مجال تنمية الكفاءات الذاتية أكدوا على أهمية التدريب بوصفه مصدراً أساسياً من مصادر تعديل السلوك، وبالتالي الأداء للفرد في أي ميدان يكون فيه. ذلك أنه ينمي المهارات والقدرات من أجل الاستثمار الأمثل للطاقة البشرية وتحقيق أكبر قدر ممكن من الإنجاز من خلال تحسين الأداء (حافظ، 1996، ص 12).

كذلك فقد إتفق غالبية المختصين والمعنيين بشؤون الأداء على أن بناء برامج إرشادية وتدريبية فعالة لا يتم إلا في ضوء تقدير علمي للحاجات التدريبية العقلية للعاملين المشاركين في هذه البرامج. كما ويشير الباحثون والمختصون في مجال التدريب إلى عدة وسائل مثل كتقدير الحاجات، ويأتي في مقدمة هذه الوسائل تقويم أداء الأفراد لمهامهم، الذي يتم من خلاله تحديد الأفراد الذين يحتاجون للإرشاد والتوجيه، وذلك من خلال تشخيص جوانب الضعف في أدائهم ليتم في ضوءها تحديد محتوى الإرشاد من معارف ومعلومات ومهارات واتجاهات لمعالجة جوانب الضعف والخلل في الأداء (عبد، 1989، ص 22).

وقد أظهرت الاستطلاعات تدني أو هبوط مستوى الأداء الدراسي في الجامعات مؤخراً، ومع الأخذ بالاعتبار الظروف والأزمات التي واجهت البلد والتي نلتبس فيها العذر لهذا الضعف في الميدان التعليمي العراقي عموماً ومنه الجامعي بوجه خاص، فإن تلك الاستطلاعات تؤكد على إن هذا الضعف يتجلى في مجموعة من المظاهر منها: قصور المناهج في تضمينها للمواد المتنوعة المثيرة للدافعية نحوها، قصور في استعمال طرائق تدريس تتلائم وطبيعة المادة المعطاة والباعثة على الإثارة والتشويق، روتينية ورتابية نظام التعليم الجامعي العراقي وضعف مواكبة للتطورات الحديثة في العالم بمختلف الميادين والتخصصات، ضعف أو غموض في نظام التقييمات لخريجي الكليات بعد التخرج، ضعف أو انعدام الرغبة في القسم أو الكلية المقبول فيها، ضعف في توفر وسائل الإيضاح وعرض المعلومات الحديثة في التدريس. كل ذلك يفرض وجود برامج إرشاد وتوجيه لتنمية كفايات الطلبة في المجال الجامعي (الدوري، 2006، ص 46) .

وهذا بداية يحتاج إلى تركيز البحث على هذا الميدان للوقوف على حجم المشكلة فيه، ذلك إن الخسائر التي نواجهها في المراحل التعليمية المتقدمة في المدارس الثانوية والجامعية تتجلى برسوب نسبة كبيرة من الطلبة. والناجحون منهم لا يرقون إلى الإيفاء بالمعايير العلمية المطلوبة في الكليات، إضافة إلى الكم المعرفي الضئيل للمتخرجين باختصاصاتهم، والذي يمكن الاستدلال عليه من خلال أدائهم وإنجازهم في محيط تخصصهم خلال مدة عملهم فيه بعد التخرج . وللتقرب من حقيقة المشكلة أكثر فإن الباحث أجرى استطلاعاً شمل عدداً من الكليات في جامعة واسط وجامعة بغداد بلغ (200) طالباً وطالبة. فكانت نتائج الملاحظات تتركز في عدة نقاط يمكن عزو المشكلة إليها منها: عدم وجود البرامج الإرشادية في تدريب وتأهيل الطلبة ذوي المشكلات، ضعف في توفر خدمات الإرشاد المقدمة للطلبة، قلة وجود المرشدين النفسيين أو وجود بعض المرشدين ولكن من دون خطة عمل وسياسة نظام تعليم يوفر الآليات المناسبة للعمل الإرشادي، أو ضعف في قدرات العاملين في مجال الإرشاد على مزاوله عملهم الإرشادي، إنعدام تطبيق نظم الاختبار العلمي للأفراد على وفق

على الوضع المادي والمعنوي للفرد، كما يظهر على وضع المؤسسة التي هو فيها ارتفاعاً وانخفاضاً (متولي، 2000، ص123) .

وقد تبني الباحث تعريف نيوكومب، 1990، للأداء .

في حين كان التعريف الإجرائي للأداء الدراسي هو:

الدرجات التي يحصل عليها الطلبة في الاختبار المُعد في هذا البحث

2- الإطار النظري والدراسات السابقة

أ- إطار نظري

يكاد يكون موضوع الإرشاد من بين أول وأكثر الموضوعات التي حظيت باهتمام علماء النفس منذ البدء، بل إن أحد تعريفات علم النفس أنه علم الإرشاد والتوجيه، ولعل ذلك يأتي من مهمة علم النفس الرئيسية وهي معرفة القوانين التي تقف وراء السلوك بغية التحكم به بما يصب في مصلحة الفرد والمجتمع تبعاً. لذا فإن النظريات النفسية على مختلف مشاربها تعرضت للإرشاد كونه الوسيلة في تعديل الظاهرة النفسية وهو الغاية النهائية لعلم النفس كعلم تطبيقي. ويتصدر ذلك عالم النفس الشهير ((وليم جيمس)) حيث أشار إلى أن مهمة علماء النفس الرئيسية هي تطويع إجراءات علم النفس كعلم تجريبي ليلائم مشكلات الأفراد وإبتكار الطرق العملية لحلها، وبقدر النجاح في ذلك سينجح علم النفس ويؤدي ما عليه من مهمة تجاه الإنسانية (العيسوي، 1999، ص28) .

ومع أن النظريات في علم النفس جميعاً تضمنت أو تعرضت أو جعلت للإرشاد مجالاً فيها، إلا أن هذا الخط تباين في درجة التناول والإهتمام من نظرية إلى أخرى، حتى ترك الأمر بعدد من النظريات التي تخصصت بالإرشاد نوعاً ما. وعموماً يرجع المختصون هذا الإهتمام إلى عدة عوامل منها فترة الحربين العالميتين، وما تمخض عنهما من حاجة لوجود الإرشاد سواء في الإعداد والتدريب أو في التعديل والمعالجة ما عاد بالفائدة على الطرفين، فمن جهة أفاد علماء النفس في اختيار وتصنيف وتهيئة الأفراد اللازمين للعمل العسكري والقتالي على وفق أسس علمية سليمة أثبتت فاعليتها ميدانياً، ومن جهة أخرى استفادوا في تدريب وسائلهم في الاختبار والعلاج حيث أتاح لهم الميدان اختبار كفاءتها وتطويرها. وبالتالي انعكس ذلك الحراك بشكل واضح في تطور علم النفس سواء على صعيد القياس والتطبيق، وكذلك على مستوى المعرفة والتطوير. ومن ذلك أيضاً ما انعكس على ميدان الإرشاد بشكل خاص في أن يؤلف علماً متكاملًا مستقلاً بذاته ضمن دائرة علم النفس (الزبيدي، 1988، ص86) .

منظور روجرز، Carl Rogers، 1956

الواقع الذي شهده العالم مع الحربين العالميتين المشار له آنفاً جذب أنظار العلماء والباحثين إلى ميدان الإرشاد، وأثار زخم عالي للبحوث والدراسات أسهم في تقدم ملحوظ بهذا المجال على صعيد التنظير والتطبيق والقياس معاً (الهاشمي، 2006، ص43). ولعل من بين أبرز ما يذكر في هذا السياق هو أسم ((كارل روجرز)) أحد زعماء النظرية الإنسانية وواحد من علماء النفس المشهورين، ذلك إن روجرز إتخذ طريقاً ومنهجاً في دراسة الشخصية، لم يعد محصوراً فقط في ميدان تفسير الشخصية، بل تعدى ذلك إلى أن يصبح روجرز صاحب نظرية في الإرشاد، مع أنه إستمد معظم مفاهيمه سواء في الشخصية أو الإرشاد من خلال عمله العيادي مع المرضى، ولعل أسلوبه في العلاج المتمركز حول العميل (Client Centered Therapy) شاهداً أمثل على ذلك (صالح، 1982، ص97). على أن ذلك المنهج وإن كان قد نشأ في إطار المرض النفسي، إلا أنه لم ينحصر فيه بل إمتد ليتمثل طريقة أو أسلوب

التوافق لدى المسترشد بهدف اكتساب مهارات جديدة تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار، ويقدم الإرشاد لجميع الأفراد في المراحل العمرية المختلفة (الحداد، 2007، نت)

4- كما ورد تعريف الإرشاد النفسي في المجال الدراسي بأنه:

إرشاد عدد من الطلبة الذين تتلائم مشكلاتهم ومنتشابه اضطراباتهم إلى حد كبير، وقد تكون المشكلات التي يعاني منها أفراد المجموعة مشكلات مستمرة، أو مؤقتة فيكون الإرشاد وسيلة لحلها في إطار العلاقة بين المرشد وجماعة المسترشد (القاضي وآخرون، 1981، ص32).

ثانياً- البرنامج الإرشادي، عُرِفَ مصطلح البرنامج الإرشادي من قبل كل من:

أ- روجرز، 1956 Rogers

عملية معاونه وإسناد المفحوص كي يتقبل ذاته وينكشف على خبراته، وعند ذلك سيكون بمقدوره أن يختار. ويقتصر دور المرشد على التوجيه نحو الحلول الملائمة من دون أن يفرض حلاً معيناً أو يضيق شيئاً أو أن يؤول أو يفسر ما يدلي به المفحوص. لأنه إن فعل ذلك يكون قد ابتعد عن حقيقة حالة المفحوص (خطاب، 1987، ص12) .

ب- شو، 1977 Show

هو حلقة من العناصر المعبرة عن نشاطات مترابطة بعضها البعض تبدأ بأهداف عامة وخاصة ومجموعة عمليات تنتهي باستراتيجيات تقويم لما تحققة من أهداف (Show, 1977, P.345).

ج- كود 1982 Good

هو علاقة بين شخصين أو عدة أشخاص لديهم مشكلة يرغبون بمناقشتها لغرض وضع حل لها بمساعدة شخص أو عدة أشخاص (Good, 1982, P.47).

التعريف النظري للبرنامج الإرشادي:

ولقد تبني الباحث تعريف روجرز، 1956 كتعريف نظري للبرنامج الإرشادي .

أما التعريف الإجرائي للبرنامج الإرشادي :

مجموعة النشاطات والفعاليات المخطط لها وضعت في جلسات منتظمة لرفع مستوى الأداء الدراسي لدى الطلبة وفق جدول زمني محدد.

ثالثاً - الأداء: Performance

1 - عُرِفَ الأداء من قبل (Newcomb, 1990) بأنه :-

عمل الفرد في أي محيط يكون فيه، ويقاس بمدى إنجازه كما ونوعاً (Newcomb, 1990, P.145) .

2- كما عرفه (معروف، 1992) بأنه:

مجموع الأنشطة التي يؤديها الفرد في مؤسسة أو وحدة معينة والتي تصب في تحقيق أهدافه في ذلك الميدان، إضافة إلى ما ينعكس من ذلك في تحقيق أهداف المؤسسة والتي تمثل نتيجة أو محصلة ذلك الأداء (معروف، 1992، ص12).

3 - وقد عُرِفَ من قبل (متولي، 2000) بأنه :-

إنجاز الفرد لمهمة ما في إطار عمل معين، ويظهر مستوى الأداء

تقليل الشعور بالخوف من الفشل وأثر ذلك على الثقة بالنفس سواء في الأداء على الإمتحان أو في النشاط داخل الصف (Dounahua, 1990, P.P. 1150-1060).

2 - دراسة جعفر صابر الزامل، 1993

استهدفت الدراسة التعرف على برنامج إرشادي في تنمية الثقة بالنفس لدى طلبة الجامعة.

تكونت عينة الدراسة من طلبة المراحل كافة في كلية التربية-جامعة بغداد، وتم إختيار عينة عشوائية بلغت (100) طالباً وطالبة، حيث بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (50) طالباً وطالبة بالتساوي، وعدد أفراد المجموعة الضابطة (50) طالباً وطالبة بالتساوي أيضاً. وقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، والإختبار التائي لعينتين مستقلتين، ومربع كاي لتحليل البيانات.

وقد أسفرت النتائج عن أثر البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية (الزامل، 1993، ص 9-30).

3-دراسة أميرة جابر الجوفى (1997)

استهدفت الدراسة معرفة أثر برنامج إرشادي في خفض الشعور بالقلق لدى طلبة جميع المراحل في كلية الآداب الجامعة المستنصرية، تألفت العينة من (32) طالباً وطالبة من ذوي القلق العالي، قسمت إلى مجموعتين أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة ضمت كل مجموعة (16) طالباً وطالبة. وطبق مقياس القلق الاجتماعي قبل البرنامج الإرشادي وبعده، وبعد تفريغ البيانات ومعالجتها إحصائياً باستخدام تحليل التباين ومعامل ارتباط بيرسون والارتباط الجزئي، توصل البحث إلى وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.05) بين درجات المجموعتين ولصالح المجموعة التجريبية على مقياس القلق (الجوفى، 1997، ص 2-24).

4-دراسة أميل إبراهيم الخالدي (2002)

استهدفت الدراسة بناء برنامج إرشادي في تأكيد الذات وخفض قلق المستقبل لطلبة كلية التربية-جامعة بغداد، تكونت عينة الدراسة من (40) طالباً قسموا إلى مجموعتين بالتساوي، ضمت كل منها (20) طالباً وطالبة في المجموعة التجريبية، و(20) طالباً وطالبة في المجموعة الضابطة، استخدم معامل الإختبار التائي لعينتين مستقلتين، إختبار مان وتي، معامل ارتباط بيرسون، ومعامل الارتباط الرتبي لتحليل النتائج، وقد أظهرت النتائج عن وجود أثر للبرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية بعد تعرضهم للبرنامج (الخالدي، 2002، ص 63-96).

3 - إجراءات البحث

لتحقيق هدف البحث: قياس أثر برنامج إرشادي نفسي في الأداء الدراسي لطلبة الجامعة

قام الباحث بما يلي:

أ- مجتمع البحث:

تكون مجتمع البحث الحالي من جميع طلبة كلية الآداب - جامعة بغداد للدراسات الصباحية وللمراحل الأربعة، والبالغ عددهم (3204) طالباً وطالبة. بواقع (1496) من الذكور، و(1708) من الإناث (جامعة بغداد، 2007، ص3). والجدول (1) يوضح ذلك.

عام في الإرشاد والتوجيه في العمل مع الأسوياء في حل المشكلات التي تواجههم في مواقف الحياة المختلفة، ومايرتبط بها ومايرتبط عليها من صعوبات نفسية وسلوكية كالنوتر والقلق والحزن والإنزعاج... وغير ذلك من الصعوبات المتعارف عليها، والذي يندر أن نجد فرداً في منأى عنها، أو مشكلات مثل: صعوبات التعلم والتكيف مع المحيط، ومشكلات الطفولة والمراهقة، والصراعات العائلية، والجريمة والإدمان، وغير ذلك من أوجه السلوك اللاتوافقي أو السلوك المنحرف (صالح، والطارق، 1999، ص122).

إن تلك الأساليب والطرق التي صاغها روجرز لتلائم مجمل أنواع السلوك السوي واللاسوي لازالت تحتذى من قبل العاملين في مجال الإرشاد بمختلف الميادين، وخصوصاً مجالات التربية والتعليم. كما أن روجرز يعد أول من أكد على أهمية الإرشاد في الميدان التعليمي والتربوي، ويعزى له الفضل في حث مؤسسات التربية والتعليم بالولايات المتحدة على سن قانون عمل المرشدين في المدارس، خصوصاً المراحل الأولية متمثلة برياض الأطفال والمرحلة الابتدائية، حتى إنتشر ذلك في بقية أنحاء العالم من ذلك الحين. إن روجرز ووفقاً لنظرته في الإنسان بأنه ميل بطبيعته نحو النمو والبناء أكثر منه نحو التردّي والتقهقر، وأنه يمتلك للإرادة والقدرة على تغيير نظراته لذاته وعالمه الذي يعيش فيه فإنه يجعل الفرد في صلب العملية الإرشادية. وإن أساليب الإرشاد مهما بلغت فإنها لن تجدي نفعاً إن لم تتضمن وتترجم تلك الحقيقة إلى إجراءات في العمل مع الأفراد سعياً لإصلاح حالهم وتعديل مسارهم، الذي قد ينحرف نتيجة الصعوبات التي تواجههم في الحياة.

إن عمل الإرشاد هنا ووفقاً لروجرز قائم على النظرة التي تؤمن بأن الفرد لو اتاحت له الفرصة وتوافرت له الظروف البيئية المشجعة فإنه سيتخلص من إحباطاته ويحل مشكلاته. إن مهمة الإرشاد هنا تقوم على إستنهاض قدرات الأفراد الكامنة فيهم والتي ضعفت أو تعطلت بسبب المعوقات التي واجهتهم في بيئاتهم. ولذا فإن الإرشاد يجب أن يتخذ الدور الذي يساعد فيه الأفراد على أن يستبصروا في ذاتهم ويشخصون نقاط الضعف لديهم، وهذا بحد ذاته كافياً لحل المشكلة. ذلك إن الأفراد في ظل المشكلات والإحباطات قد لايعوا أو قد يضعفوا في توظيف قدراتهم للحل، وذلك يعتمد أيضاً على التشخيص الصحيح للمشكلة وكيفية الحل، إذن دور المرشد هنا هو الإشارة على المسترشد بالحل الأنسب لمشكلته، وتعريفه بما لديه من نقاط ضعف ومحاولة تجاوزها والإنتباه لمآلديه من نقاط قوة ومحاولة إستثمارها إلى أقصى درجة ممكنة (Rogers, 1951, P.46).

ب - دراسات سابقة

1 - دراسة دوناهيو، P.A.Donahue، 1990

استهدفت الدراسة معرفة فاعلية برنامج إرشادي جمعي في رفع الأداء الدراسي لدى عينة من الطلبة الذين تتراوح أعمارهم ما بين (13-17) عاماً، بلغ عددهم (200) طالباً وطالبة، تم تعريضهم لبرنامج إرشادي حيث طلب من المشاركين في بداية الجلسات ذكر ثلاثة أو أربعة مواقف تنثير موضوعات عامة للتعرف على الدافعية للإشتراك في النقاش، وقد استخدم أسلوب التحدث أمام المجموعة، وغطاء التغذية الراجعة لكشف القدرة على عرض الموضوع وتنظيم الأفكار، وقد تم تدريب المشاركين على كيفية التعامل مع المواد الدراسية وقرائنها بما يتناسب وطبيعتها فيما إذا كانت علمية أم أدبية، التعريف بأساليب التركيز وترميز المعلومات، والسيطرة على قلق الإمتحان، وقد أشارت النتائج إلى إن استخدام أسلوب العلاج الجمعي كان فعالاً في تشجيع الطلبة المتهيئين من الحديث والمشاركة في الدرس، وإيجاد الصيغ الملائمة للتعامل مع المواد الدراسية المختلفة، واستخدام قدرات التحليل والتركيز بكفاءة عالية، إضافة إلى

جدول (1): مجتمع طلبة كلية الآداب / جامعة بغداد للدراسات الأولية الصباحية للعام الدراسي 2006-2007، موزعين على وفق متغير الجن

ت	الكلية	الجنس		المجموع
		ث	ذ	
	الآداب	1708	1496	3204

ب- عينة البحث

تم اختيار عينة عشوائية من قسم علم النفس / كلية الآداب / جامعة بغداد بلغت (100) طالباً وطالبة جامعية، قسمت إلى مجموعتين أحدهما تجريبية بواقع (50) طالب وطالبة، والأخرى ضابطة بواقع (50) طالب وطالبة. تم إخضاع مجموعة المعالجة إلى البرنامج الإرشادي لمدة شهر ونصف بمعدل جلسة واحدة في اليوم. بينما لم تتعرض المجموعة الأخرى للبرنامج، وكما موضح في الجدول رقم (2).

الجدول (2)

ت	نوع المجموعة	الجنس		المجموع
		ذكور	إناث	
1-	التجريبية	25	25	50
2-	الضابطة	25	25	50
	المجموع	50	50	100

-التصميم التجريبي:

تبنى الباحث تصميم المجموعة الضابطة العشوائية. ذات الاختبار القبلي والبعدي (الكبيسي، 1987، ص 60)، وكما في الشكل (1)، بعد أن تم تعريض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل (البرنامج الإرشادي).

شكل (1)

يوضح التصميم التجريبي للبحث الحالي

اختبار قبلي اختبار بعدي

مجموعة تجريبية عشوائية متغير مستقل

مجموعة ضابطة عشوائية بلا

د - أدوات البحث

لتحقيق هدف البحث قام الباحث بمايلي:

1- بناء برنامج إرشادي تركز في خمسة مجالات كانت: التدريب على كفاءة الذات والثقة بالذات، تعليم المهارات الفنية في التعامل مع المادة، القدرة على إدارة العلاقات مع الأساتذة والزملاء، كيفية مراقبة الأداء وتقييمه ذاتياً، الدافعية للإنجاز. وقد تم اعتماد تلك المجالات بالاستعانة بمجموعة من المصادر وبرامج للإرشاد النفسي والتربوي كانت: المرجع في علم النفس لـ جلال - 1985؛ علم النفس الإرشادي - حسين، 1996؛ برنامج إرشادي لطلبة جامعة القاهرة لـ عبد الستار 2000؛ برنامج الإرشاد التربوي لـ زيور، 1998.

2- متغير الأداء الدراسي فقد اعتمد الباحث اختبار الأداء في مادة علم النفس العام ملحق (1).

هـ - الصدق الظاهري

لاستخراج الصدق الظاهري قام الباحث بتقديم أداة البحث (اختبار تحصيلي في مادة علم النفس العام) لمجموعة من الخبراء بلغ عددهم (9)

خبير ملحق (2)، جميعهم من المتخصصين في مجال علم النفس، (3) منهم كانوا من المختصين بالإرشاد النفسي والتربوي، وهو مايمثل الصدق الظاهري. علماً إن تصحيح الاختبار يأخذ الدرجات (صفر) و (1)، والمدى النظري بين (صفر - 20).

و - صدق المحتوى

إجراء تحليل المحتوى يُعد من الإجراءات الرئيسة في بناء الاختبارات التحصيلية وبرامج تقويم الأداء، لأي مجموعة دراسية أو مهنية، والتي وضعت مبدئياً لتقيس أداء الفرد في مادة منهجية أو مهارية عامة، ومن الأساليب الشائعة في هذا الإجراء هو أسلوب معامل الاتفاق بين المقيمين (Anastasia, 1988, P.223).

وقد قام الباحث باستخراج هذا النوع من الصدق من خلال إعطاء الاختبار لمجموعة مقيمين مختصين بلغوا (5) ملحق (3) لإعطاء (درجة من 100)، تمثل مدى تمثيل الاختبار للمجال المراد قياسه وهو (الأداء)، وبعد حساب الدرجات بلغ معامل الاتفاق (0.86).

ز- التمييز

ويعني قابلية الفقرة على إظهار الفروقات بدقة فيما بين الأفراد المختبرين في السلوك المصمم للاختبار لقياسه. وتُعد طريقة العينتين المتطرفتين هي الشائعة الاستخدام هنا، ويمكن من خلالها التعرف على قابلية الفقرة في المباشرة بين مجموعات محكية { مجموعة المحك الأعلى والأدنى المختارة من المتطرفات في التوزيع، والتطرف الأكبر سيتضمن التمايز { (Discrimination)، وفي التوزيع الطبيعي فإن نقطة التسلسل الموازنة بين الشطين التي تصل بين الأعلى والأوطأ هي (27%) (Winters, 1996, P.4). وباستخدام معادلة تمييز الفقرة بأسلوب العينتين المتطرفتين استخرج الباحث معامل التمييز، وقد عذت جميع الفقرات ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، والجدول (3) يبين ذلك.

ملحق رقم (1): اختبار الأداء

ملحق رقم (2): قائمة الخبراء

ملحق رقم (3): خبراء صدق المحتوى

الجدول (3): معامل التمييز لاختبار الأداء بأسلوب العينتين المتطرفتين

ت	الاختبار	ت	معامل التمييز
		الفقرة	
		1	0.46
		2	0.52
		3	0.51
		4	0.71
		5	0.41
		6	0.48
		7	0.43
		8	0.62
		9	0.59
		10	0.56
		11	0.57
		12	0.70
		13	0.55
		14	0.63
		15	0.67
		16	0.66

الجدول (4) قيم (ت) لعينتين مستقلتين للمجموعتين

ن	المجموعات	الوسط الحسابي	التباين	القيمة المحسوبة	القيمة t	الدلالة
-1	التجريبية	15	5 و 46	11 و 338	1 و 96	0 و 01
-2	الضابطة	10	4 و 25			

التجريبية والضابطة

مناقشة النتائج

اتفقت نتيجة البحث الحالي في العموم مع النتيجة المتوصل لها من قبل معظم الدراسات في ميدان الإرشاد النفسي: من إن البرامج الإرشادية أثر في تحسين الأداء وتعديل السلوك مثل:

(Franco, et.al, 1983) (UNSCO, 2006, Report) (الدوسري، 1985، ص 235) (عبدالرحمن وأبو عباة، 1998) (الإمام وآخرون، 1992). كما إتفقت في عدد من المجالات ذات العلاقة بالأداء الدراسي مع دراسة دوناهيو، 1990، ودراسة الزاملي، 1993، ودراسة فرحات، 2001. كذلك اتفقت مع الاستنتاج المقدم من قبل دراسة عبد الستار، 2000، في إن للتوجيه والإرشاد أثر في أداء الفرد بميادين الحياة المختلفة، ومنها المجال الدراسي والتوافق مع المحيط الجامعي. وبذلك يمكن عزو الفرق بمستوى الأداء لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى محاضرات الإرشاد التي تعرضوا لها، إذ عرفتهم بتكنيكات مكنتهم تباعاً من تطوير قدرات التعامل مع المحيط الدراسي وما فيه من مثيرات معرفية وإجتماعية، حيث أصبحوا أكثر وعياً بنقاط الضعف لديه وتعلموا كيفية تقويتها. وهو يدل بالنتيجة على ارتفاع مستوى كفاءة الذات (Self Efficacy) لديهم في التعامل مع المواقف التعليمية، وكذلك البينشخصية والموقفية التي يتضمنها المحيط الدراسي الجامعي، كونه يتميز عن باقي المحيطات الدراسية بجملة أمور أهمها: التعرض لمناهج علمية تخصصية، ناهيك عن عامل الاختلاط الذي يواجهه الطالب في هذا المحيط. وعامل كفاءة الذات من بين أهم العوامل التي أشار لها الباحثين لا سيما أصحاب المنظور السلوكي المعرفي (Donovan, 1999, P.139) (Miller & et.al, 1994, P.120). ومن جانب آخر طورت لديهم محاضرات الإرشاد إمكانيات إدارة العلاقة بزملائهم من الطلبة، مما يؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر باندفاعهم في دراستهم وشعورهم بالرضا في محيط الدراسة، وهو ما تؤكد عليه جملة من الدراسات في مجال التعلم. كما دلت على أثر واضح في مزاولة تكنيك مراقبة الذات وتقييم الأداء قياساً بالمعايير السائدة ومنها أداء الآخرين المتفوقين سواء في المجال الدراسي أو في مجال العلاقات بالمحيط وهو ما أكدته الدراسات مثل دراسة (Donovan, 1999) و(دراسة بروزونويك، 2001).

6- المقترحات

يقترح الباحث في ضوء بحثه ما يأتي

17	0 و 64
18	0 و 44
19	0 و 70
20	0 و 73

ملاحظة: استخرج الباحث معامل التمييز باستخدام معادلة تمييز الفقرة وكما يأتي:

عدد اللذين أجابوا بـ (صح) المجموعة الأولى - عدد اللذين أجابوا بـ (صح) في المجموعة الدنيا
عدد أفراد المجموعة الدنيا

مثال:

إذا كانت الدرجة العليا 20 والدرجة الدنيا 5 فإن النتيجة تكون كالآتي:

$$15 = 5 - 20$$

$$27 \quad 27$$

$$0.47 =$$

ح- الثبات

يُعرف الثبات بأنه .. الحصول على نفس الاستجابات عند تطبيق الاختبار من قبل نفس الباحث ، أو باحث آخر لنفس الأفراد الذين تعرضوا للاختبار بعد فترة زمنية مناسبة (Winters, 1996 P.13) .

وقد استخرج الباحث الثبات بطريقة إعادة الاختبار ، وذلك بعد فترة أسبوعين من التقييم الأول ، وباستخدام معامل ارتباط بيرسون تم حساب الثبات ، إذ بلغ معامل الارتباط (0,88) بين التقييمين وهو يمثل معامل الثبات للأداء الدراسي، ويعد مثل هذا المعامل مؤشراً لثبات عال نسبياً .

ط- الوسائل الإحصائية

استعمل الباحث في تحقيق مطالب بحثه الوسائل الإحصائية الآتية:-

- 1) معادلة التمييز لاستخراج معامل تمييز الفقرة .
- 2) الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لمعرفة الفروق في الأداء الدراسي بين المجموعتين التجريبية والضابطة .
- 3) معامل ارتباط حاصل ضرب العزوم (بيرسون) لاستخراج الثبات .
- 4) معامل الاتفاق لإعتماد آراء الخبراء في صلاحية للحكم على أدوات البحث .

4 - عرض النتائج ومناقشتها

لتحقيق هدف البحث الذي حُدِّد في الفصل الأول والمتمثل بالتعرف على أثر برنامج إرشادي نفسي في الأداء لطلبة الجامعة فقد ظهر مايلي:

بلغ الوسط الحسابي للمجموعة التجريبية (15) وتباين (5 و 46) ، بينما كان الوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (10) وتباين (4 و 25)، وبعد استخدام الاختبار التائي لعينتين مستقلتين ظهر أن قيمة (ت) المحسوبة والبالغة (11 و 338) أنها أكبر من الجدولية والبالغة (1 و 96) عند درجة حرية (58) ومستوى دلالة (0 و 01)، مما يدل على أن هناك فرق دال إحصائياً بين المجموعتين التجريبية والضابطة، ولصالح الأفراد في المجموعة التجريبية بأنهم أعلى من الأفراد في المجموعة الضابطة في الأداء الدراسي، بما يمكن عزوه إلى أثر البرنامج الإرشادي الذي تعرضوا له . والجدول (2) يوضح ذلك.

12. الدوري، حسين، 2006، إعداد وتدريب القوة البشرية لأهم الأحوال العامة في التنمية الإدارية، الجامعة المستنصرية، بغداد.
13. الزامل، جعفر صابر، 1993، بناء برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، رسالة ماجستير غير منشورة.
14. إحراش، الغالي، 2005، واقع الإرشاد في العالم العربي، دراسة منشورة، نت.
15. حسين، عدنان، 1996، علم النفس الإرشادي، مطبعة جامعة بغداد، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
16. حميد، احمد حميد، (2005)، الرضا في العمل، دراسة وصفية، منشورة، نت.
17. دافيدوف، لندال، 1983، مدخل علم النفس، ترجمة سيد طواب وآخرون، المكتبة الأكاديمية، دار المريخ، الرياض، السعودية.
18. الدوسري، صالح جاسم، 1985، الاتجاهات العلمية في تخطيط برامج التوجيه والإرشاد، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد 15.
19. زيور، مصطفى، 1998، برنامج إرشادي لطلبة جامعة القاهرة، بحث منشور، نت.
20. صالح، قاسم حسين (1982)، الإنسان..... من هو؟، مطبعة جامعة بغداد، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد، صنعاء.
21. صالح، قاسم حسين والطارق، علي (1999): الإضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية من منظوراتها النفسية والإسلامية (أسبابها، أصنافها، قياسها، وطرائق علاجها)، مكتبة الجيل الجديد، صنعاء.
22. عاقل، فاخر، 1983، علم النفس الاجتماعي، مطبعة العلمين، بيروت، لبنان.
23. عبد الرحمن، محمد السيد، 1998، نظريات الشخصية، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
24. عبد الرحمن، محمد وصالح أبو عبادة، 1998، فعالية برنامج إرشادي للتدريب على المهارات الاجتماعية لدى طلبة الجامعة، دراسات في الصحة النفسية، الجزء الثاني، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
25. عبد، حسن مزاحم، 1989، بناء برنامج تدريب المعلمين أثناء الخدمة، مكتبة المنتصر، معهد التدريب والتطوير التربوي، وزارة التربية التعليم، بغداد.
26. العيسوي، عبد الرحمن محمد، 1999: فن الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الراتب الجامعية، بيروت.
27. القاضي، 1983، يوسف مصطفى وآخرون، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، ط1، دار المريخ، الرياض، السعودية.
28. كوجر، جون وآخرون، 1986، أسس سايكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، الطبعة الأولى، مكتبة الفلاح، الكويت.
29. الكبيسي، وهيب مجيد، 1987، طرق البحث في العلوم السلوكية، بغداد، مطبعة التعليم العالي، الجزء الأول.
30. فرحات، مارون 2001، عوامل نفسية مؤثرة في مسار التوجيه والإرشاد المهني، دراسة منشورة، نت.
31. فروم، أرك، 1962، الخوف من الحرية، ترجمة د. مجاهد عبد المنعم، مطبعة بيروت، لبنان، 1988.
32. معروف، هوشيار، 1992، القيادة والتنظيم، دار الشؤون الثقافية، آفاق عربية، بغداد.
33. الحداد، نضال سليمان، 2007، واقع المكاتب إرشادية في مدارسنا - إعداد المرشدة التربوية الأولى

أ- إجراء دراسات ميدانية تتناول واقع الإرشاد التربوي والنفسي

في جميع المراحل الدراسية بدءاً برياض الأطفال صعوداً للمستويات العليا الجامعية، تتناول متغيرات نفسية واجتماعية عدة مثل:

التوافق الجامعي، نمط الشخصية التأملية-الاندفاعي، أساليب التدريس، قلق الامتحان .

ب- دراسة عدد من المتغيرات الديموغرافية مثل:

الجنس، مستوى التحصيل، المستوى المعاشي، الاختصاص .

5 - التوصيات كما يوصي الباحث بما يلي

أ. وزارة التربية

* ضرورة إعداد كوادر من المتخصصين بالإرشاد التربوي والنفسي تزاو مهمة العمل الإرشادي في جميع المراحل على أن يتم متابعة عملهم دورياً، وأن تنظم لهم دورات تدريب باستمرار في النخل والخارج كي يطلعوا على آخر التطورات والأساليب في المجال لتعكس في عملهم بالميدان .

ب . وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

*الضرورة القصوى بفتح مراكز للإرشاد في جميع الجامعات، وتقوية عمل تلك المراكز بحيث تتولى تنفيذ بحوث و دراسات تقف من خلالها على أداء الطلبة بشكل دوري ومستمر تشخص من خلالها المشكلات التي تعوق هذا الأداء، وتقدم المقترحات للحل والمعالجة، على أن تؤخذ مقترحاتها مجال التنفيذ من قبل عمادة الكلية ورئاسة الجامعة .

المصادر

1. إبراهيم، عبد الستار، 1994، العلاج السلوكي المعرفي الحديث، أساليبه ومبادئ تطبيقه، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
2. إبراهيم، عبد الستار، 2000، واقع الإرشاد النفسي والتربوي في العالم العربي، بحث منشور، نت.
3. راجح. احمد عزت، 1986، علم النفس العام، الدار المصرية للطباعة والنشر، القاهرة.
4. باترسون، س، هـ، 1990، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة د. حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، الكويت.
5. التعليم العالي، 2007، المؤتمر العلمي الدولي للتعليم العالي العراقي، أربيل، كردستان العراق، التقرير الختامي للمؤتمر.
6. الإمام، مصطفى محمد وآخرون، 1992، الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، مطبعة دار الحكمة، القاهرة.
7. حافظ، إبراهيم، 1996، التعليم والقوى البشرية والنمو الاقتصادي، دار النهضة العربية، القاهرة.
8. جامعة بغداد، دائرة الإحصاء، (2007)، إحصائية بعدد طلبة كلية الآداب موزعين على وفق متغير الجنس، بغداد، (تقرير مطبوع بالرونق).
9. جلال، سعد، 1985، المرجع في علم النفس، دار الإسكندرية للطباعة، الإسكندرية، مصر.
10. الجوفي، أميرة جابر هاشم، 1997، أثر برنامج إرشادي في خفض القلق الإمتحاني، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، رسالة ماجستير غير منشورة.
11. خطاب، محمد، 1987، دور المرشد في معاونة طلبته على حل مشكلاتهم، مركز البحث والتطوير التربوي، عمان، الأردن.

American Psychiatric Press , Inc. Washington.
41. Miller, K. J.; McCrady, B. S.; Abrams, D. B. & Labouvie, E. W.(1994). Taking an Individualized approach to the assessment of self-Efficacy and the prediction of alcohol relapse. Journal of Psychopathology and Behavioral assessment 16 , 111-120 .
42. Newcomb ,S, 1990, The performance in the education and industrial field , Journal of cognitive behavioral Psychology .Vol.32.No.6
43. Rogers,C.R,1951,Client Centered Therapy, Houghton Mifflin company, New York.
44. Show,M.1977, The Development of Counseling Program ,Priorities ,Progress, and Profession, New Jersey .
45. UNESCO,1996, Counseling and Guidance in education field, report.
46. UNESCO,2007, the world forty nine conference for the education ,UN, Vienna, report.
47. Winters , K.C.(1996).Personal Experience Inventory for Adults Manual (PEI-A). Published by Western Psychological Services (WPS) , Los Angeles , PP.14 , 40

12. بحث منشور ، نت.
34. نظمي، فارس كمال، 2007، القبول المركزي لطلبة الجامعة، الجمعية النفسية العراقية، تقرير ميداني.
35. Anastasia , A. (1988). Psychological Testing (6ed.), McClellan Publishing Company, New York, P. 210-11 .
36. Donovan, 1999 in McCrady S. B. & Epstein , E. E. (1999) . A comprehensive guide book of addiction, Oxford University Press, New York, PP. 187-212.
37. Franco,D,P,Christoff,K.A,Grimmins,D.B. & Kelly,J.A ,1980,Social Skills training for an extremely shy young adolescent ,An empirical case study, Behavior Therapy, Vol.14.
38. Good,C.A,1982.Langitunding study cradles through (10) of school achievement , self - confidence and selected parental characteristics . Dissertation abstract international,Vol.42.
39. Stone,Shertzer,1980,Foundomentiars of Counseling, Houghton Mifflin company, New York .
40. Gabbard , G. O. (2000) . Psychodynamic psychiatry in clinical practice . 3ed.,

ملحق (1)

أسماء السادة الخبراء على صلاحية برنامج الإرشاد ومحكات تقييم الأداء

ت	الاسم الكامل	الدرجة العلمية	موقع العمل
1	جعفر عبد كاظم	أ . د	قسم علم الاجتماع/ آداب / جامعة واسط
2	مهدي خطاب صخي	أ.م. د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
3	عباس مريز وسيج	أ.م. د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
4	عبود جواد راضي	أ.م. د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
5	يوسف عناد زامل	أ. م . د	قسم علم الاجتماع/ آداب / جامعة واسط
6	صالح نهر زامل	م . د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
7	رشيد ناصر خليفة	م . د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
8	جميل رشيد تهوم	م . د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
9	محمد جاسم عبد الأمير	م . د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط

ملحق (2)

أسماء السادة الخبراء على صدق المحتوى

ت	الاسم الكامل	الدرجة العلمية	موقع العمل
1	جعفر عبد كاظم	أ . د	قسم علم الاجتماع/ آداب / جامعة واسط
2	مهدي خطاب صخي	أ.م. د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
3	عباس مريز وسيج	أ.م. د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
4	عبود جواد راضي	أ.م. د	قسم العلوم التربوية والنفسية/ كلية التربية / جامعة واسط
5	يوسف عناد زامل	أ.م. د	قسم علم الاجتماع/ آداب / جامعة واسط

سوء استخدام الكمبيوتر والانترنت وأهمية الإرشاد التربوي أهمية الإرشاد التربوي في الحد من السلوك الأخلاقي لمتصفح الويب

أ.د. سوسن شاكر مجيد ، جامعة بغداد

sawsanmajeed@yahoo.com - sawsanshakir53@yahoo.com

أهمية الدراسة: يعد العصر الحالي عصر تكنولوجيا الاتصالات وتطبيقاتها في جميع المجالات سواء كانت مدنية أم عسكرية. كما انه يتميز بالتغير السريع في جميع مناحي الحياة ، فالتكنولوجيا المعقدة والمتغيرة والتفجر المعرفي وعدم ثباته وثورة الاتصالات سمحت للانسان المعاصر باكثر قدر من الحرية عبر التاريخ واصبح العالم اليوم عبارة عن قرية صغيرة وان كل شيء شفافا متاحا لجميع الناس .

ان التطورات الهائلة والمتلاحقة في مجالات الاتصالات والمعلومات ادى الى إيجاد واقع جديد من شأنه احداث التغيرات الكبيرة في شتى مناحي الحياة الاقتصادية والاجتماعية والعسكرية والقضاء والتعليم وغيرها وبالتالي تم استحداث العديد من التخصصات الجديدة . كما انها اثرت تأثيرا كبيرا على بنية ومستقبل المجتمعات وطبيعة العلاقات الاجتماعية ومستقبل الشباب وسمحت بقدر كبير من تبادل المعلومات وخدمات الاتصال والترفيه والتسليّة والتثقيف . (مكاوي ، ص572) . فبفضل تكنولوجيا الاتصال والانترنت تمكن الانسان من ممارسة اشكال عديدة من الاتصالات بين الاشخاص والجماعات بسهولة ويسر متجاوزا بذلك الحدود الجغرافية والزمن ، فعن طريق البريد الالكتروني ينمو الحوار الجماعي ويدعم التفاعل على مختلف المستويات . وتؤكد الدراسات الحديثة ان استخدام البريد الالكتروني ساهم في تقليل العزلة بين كبار السن والمعاقين ودفعهم الى ممارسة ادوار اجتماعية جديدة من خلال قنوات الاتصال كما ساعدت القنوات المخصصة للحوار على الانترنت فئات عديدة على حل مشكلاتها وخاصة المرضى بالامراض النفسية ومدمني المخدرات (مجلة الانترنت ، ص94-99) .

كما يرى آخرون ان من الظواهر الايجابية للانترنت ووسائل الاتصال الاخرى انها وفرت معلومات متنوعة في جميع نواحي الحياة وهذه المعلومات جعلت الانسان اكثر قدرة على تحسين نوعية الحياة ، وانها أثرت تأثيرا بالغا" على مستقبل الشباب حيث انها ساعدت الشباب على تنظيم اسلوب حياتهم وطريقة تفكيرهم كما انها تعزز التماسك الاجتماعي وتطور انماط التفاعل الاجتماعي في كافة المستويات وزيادة الحوار الاجتماعي بين الشعوب ومن ثم تكوين صداقات جديدة مع مجموعات ذات اهتمام مشترك تسهل عملية الاتصال والتعامل عبر المسافات بين الاجيال (مكاوي ، ص565-572) . كما ان تكنولوجيا الاتصالات أثرت بشكل واضح في تحقيق العلاقات الاجتماعية الالكترونية في مجالات عديدة منها الزواج الالكتروني ، الصداقة ، التعارف ، التفاعل والتواصل الالكتروني . (مجلة الانترنت ، ص96) . وساعدت الشباب على الاندماج في المجتمعات العالمية والاشتراك في المشاريع دولية بما تساعدهم على حل المشكلات المتعلقة بالمجتمعات المحلية (العصيل ، ص26) .

ويرى آخرون ان الانترنت زاد من القدرة الاتصالية والتفاعلية للمستخدم لانها تعزز من قدرته على الاتصال بالآخرين على الجانب الاخر من الكرة الارضية بسرعة هائلة وتكاليف زهيدة حيث يمكن للمستخدم ان يشارك في ألعاب جماعية مع آخرين في انحاء الكرة الارضية وتكوين صداقات جديدة ، ويستطيع ايضا" ان يلتقي بمجموعة تشاركه الاهتمام بموضوعات مشتركة معينة ، الامر الذي يزيد ثقة الانسان في الآخرين هذا بالاضافة الى ما توفره من وسائل للتسلية الاجتماعية مع الآخرين (حافظ ، ص45) .

اما عن الآثار السلبية لتكنولوجيا الاتصالات وخاصة الكمبيوتر والانترنت فقد اشار باحثون الى انها تسهم في تحقيق العزلة الاجتماعية والفردية بين افراد الاسرة الواحدة وتسهم في الادمان على استخدام الشبكة او الكمبيوتر وشعور الفرد بالتوتر والانزعاج اذا توقف عن استخدامها او ابتعد عنها ووضحت احدي الدراسات الى ان 6% من مستخدمي الشبكة في الولايات المتحدة الامريكية مصابون بمرض ادمان الشبكة وهذه الفئة تستخدم الشبكة اكثر من (40) ساعة اسبوعيا" مما يؤثر على اوقات الدراسة . (مجلة الانترنت ، ص97) .

كما يرى بعض من علماء النفس ان الانترنت والكمبيوتر يؤثر سلبا على العلاقات الاجتماعية من حيث انها تزيد من انعزالية الافراد والانسحاب من دائرة العلاقات

الاجتماعية وتعمق احساس الفرد بالوحدة الامر الذي يفقده بمرور الوقت القدرة على ممارسة العلاقات الانسانية الحميمة والقدرة على التعاطف مع الآخرين (مكاوي ، ص565-571) .

اما عن تأثير تكنولوجيا الاتصالات على بنية المجتمعات فيرى البعض انها تعمل على تفكك المجتمعات وزيادة البطالة والعنف وانتشار الجريمة وابتكار اساليب جديدة لتنفيذها وانتشار الافكار الهدامة وزيادة عمليات السرقة والاحتيال والتزوير وتدمير القيم الاجتماعية . (مجلة الانترنت ، ص94-95) .

وبذلك برزت العديد من الاصطلاحات المنتمية لما يعرف باخلاقيات التقنية او اخلاقيات الكمبيوتر والانترنت وبين ما يعرف باساءة استخدام الكمبيوتر والانترنت وظهرت العديد من المشكلات المتعلقة بذلك منها : الاحتيال المعلوماتي ، او غش الحاسوب ، او جرائم الكمبيوتر والانترنت وخاصة مايتعلق بمواقع الانترنت الضارة كالمواقع الاباحية والاحتيال والتهديد والذم والتشهير بالوسائل الالكترونية او باستخدام البريد الالكتروني .

وانطلاقا مما تقدم فان العملية الارشادية ينبغي ان تتوسع في اهدافها وان لاتقتصر على تيسير سلوك الفرد بطريقة فعالة خلال عمليات النمو وتحقيق التوافق النفسي والشخصي والتربوي والاسري ، وانما ينبغي وقاية الافراد من الوقوع بالمشكلات او الاضطرابات النفسية او الانحراف السلوكي التي يمكن ان تنشأ من خلال استخدام الافراد لهذه التقنيات .

انماط الافعال اللااخلاقية التي ترتكب من خلال استخدام الكمبيوتر والانترنت

ان ظاهرة ممارسة الافعال اللااخلاقية باستخدام التقنية العالية المستوى (كالمبيوتر والانترنت) تعد ظاهرة حديثة نسبيا وهي تنذر بأجرام الخطر لتنبه مجتمعات العصر الراهن لحجم المخاطر والخسائر الناجمة عنها باعتبارها تستهدف الاعتداء على المعطيات بدلالاتها التقنية الواسعة (بيانات ، معلومات ، برامج بكافة انواعها) . فهي أفعال ترتكب في الخفاء يرتكبها أناس أذكاء يمتلكون أدوات المعرفة التقنية وتوجه للنيل من الحق في المعلومات وتطال اعتداءاتها معطيات الكمبيوتر المخزنة والمعلومات المنقولة عبر نظم وشبكات المعلومات وفي مقدمتها الانترنت . (عرب ، ص1) .

ولعل ابرز انماط الافعال اللااخلاقية التي تمارس من خلال استخدام الكمبيوتر والانترنت بما يأتي :

اولا : أعمال لااخلاقية تمس الاشخاص

ويمكن تقسيمها الى قسمين :

1. أعمال غير جنسية وتشمل

- القتل بالكمبيوتر
- التحريض على الانتحار
- التحرش والمضايقة عبر وسائل الاتصال
- التهديد عبر وسائل الاتصال
- الاحداث المتعمدة للضرر العاطفي
- الملاحقة عبر الوسائل التقنية
- أنشطة اخلاس النظر أو الاطلاع على البيانات الشخصية
- قنابل البريد الالكتروني
- أنشطة ضخ البريد الالكتروني غير المطلوبة وغير المرغوب بها .
- الانتهاك الشخصي لحرمة الكمبيوتر (الدخول غير المصرح)

اهداف الدراسة

تحدد الدراسة بالاجابة على التساؤلات الآتية :

2. ما انماط الافعال اللااخلاقية التي ترتكب من خلال استخدام الكمبيوتر والانترنت ؟ .
3. ماسمات وخصائص الاشخاص الذين يرتكبون السلوك اللااخلاقي في استخدام الكمبيوتر والانترنت
4. مador العملية الارشادية في معالجة السلوك اللااخلاقي او الحد منه ؟ .

تحديد المصطلحات

1. السلوك اللااخلاقي في استخدام الكمبيوتر والانترنت

هو اي عمل أو سلوك غير مشروع أو غير اخلاقي أو غير مصرح به يضر بالاشخاص أو الاموال ، ويوجه أو يستخدم التقنية المتقدمة لنظم المعلومات

2. الارشاد التربوي والنفسي

عملية واعية مستمرة بناء ومخططة ، تهدف الى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسميا وعقليا واجتماعيا وأنفعاليا ن ويفهم خبراته ، ويحدد مشكلاته وحاجاته ، ويعرف الفرص المتاحة له ، وان يستخدم وينمي إمكاناته بذكاء الى أقصى حد مستطاع ، وأن يحدد أختياراته ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته بنفسه ، بالإضافة الى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين والمربين والوالدين في مراكز التوجيه والارشاد وفي المدارس وفي الأسرة ، لكي يصل الى تحديد وتحقيق أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا . (موقع التوجيه والارشاد) .

وقدتمت الجمعية الامريكية لعلم النفس تعريفا للارشاد التربوي والنفسي بأنه : " مساعدة الافراد على مواجهة العقبات التي تعترض نموهم حيث وجدت ومساعدتهم على تحقيق أقصى درجات النمو لمكانياتهم الشخصية (باترسون ، ص7) .

2. أعمال لأخلاقية جنسية وتشمل

- * حض وتحريض القاصرين على أنشطة جنسية غير مشروعة
- * افساد القاصرين بأنشطة جنسية عبر الوسائل الالكترونية
- * اغواء القاصرين لارتكاب أنشطة جنسية غير مشروعة
- * نشر المعلومات عن القاصرين عبر الكمبيوتر من أجل أنشطة جنسية غير مشروعة .
- * التحرش الجنسي بالقاصرين عبر الكمبيوتر .
- * نشر وتسهيل نشر واستضافة المواد الفاحشة عبر الانترنت وخاصة للقاصرين تحديداً

* نشر الفحش والمساس بالحياة عبر الانترنت .

* تصوير القاصرين ضمن أنشطة جنسية

* استخدام الانترنت لترويج ونشر المواد الفاحشة التي تستهدف استغلال عوامل الضعف والانحراف لدى المستخدم .

* الحصول على الصور والهويات بصورة غير مشروعة لاستغلالها في أنشطة جنسية (. Susan Bernner & Rebecca cochran P.1-5)

ثانياً : أعمال لأخلاقية تمس الاموال :

* اقتحام أو الدخول غير المصرح به لنظام الكمبيوتر .

* تخريب النظم والمعطيات والممتلكات

* خلق البرمجيات الخبيثة والضارة ونقلها عبر النظم والشبكات

* اإذاء الكمبيوتر

* استخدام العلامات التجارية واسماء الغير دون ترخيص

* أنشطة الاعتداء على الخصوصية

* أفشاء كلمة سر للغير

* الحيازة غير المشروعة للمعلومات

ثالثاً : أعمال الاحتيال والسرقة

* استخدام الكمبيوتر للحصول على البطاقات المالية للغير دون ترخيص أو

تدميرها 0

* الاختلاس عبر الكمبيوتر .

* سرقة معلومات الكمبيوتر

* قرصنة البرامج (Susan Bernner & Rebecca cochran P.4-6)

رابعاً : أعمال التزوير

* تزوير البريد الالكتروني

* تزوير الهوية

* تزوير الوثائق والسجلات

خامساً : المقامرة والممارسات الاخرى المخلة للاخلاق والاداب :

* المقامرة عبر الانترنت

* تسهيل مشاريع القمار عبر الانترنت

* استخدام الانترنت لترويج الكحول والمخدرات ومواد الادمان للقاصرين

سادساً : ممارسات واعمال اخرى ضد الحكومة

* تعطيل الاعمال الحكومية

* الحصول على معلومات سرية

* العبث بالادلة القضائية أو التأثير فيها .

* الارهاب الالكتروني .

* الانشطة الثارية الالكترونية (عرب ، ص13-17) Susan Bernner & Rebecca cochran P.3-6

ان الممارسات والافعال للأخلاقية التي تمارس عبر استخدام الكمبيوتر والانترنت يمكن ان تشكل المخاطر الاتية :

1. انها تهدد وتلحق الضرر في الحق باستخدام المعلومات وانسيابها وتدققها واستخدامها وبالتالي فأنها تهدد البناء الثقافي والاقتصادي للدولة مما يؤثر على التنمية .

2. ان بعض الممارسات تمس الحياة الخاصة او مايسمى بحق الانسان في الخصوصية وهذه الممارسات والافعال تخلف وراءها شعوراً لدى الافراد بمخاطر التقنية من شأنه أن يؤثر سلباً في تفاعل الانسان مع التقنية .

3. تطال بعض الممارسات اللااخلاقية الامن القومي والسيدة الوطنية في اطار مايعرف بحروب المعلومات او الاخلاقية الالكترونية (جرائم التجسس والاستيلاء على المعلومات المنقولة خارج الحدود) .

4. أن أخطر الممارسات والجرائم لايمس التقنية ذاتها بل يهدد مستقبل صناعة التقنية وتطورها (البداينة ، ص31-33)

5. ان الاستخدام غير الاخلاقي واللاقانوني للشبكة قد يصل الى مئات المراهقين والهواة مما يؤثر سلباً على نمو شخصياتهم النمو السليم ويوقعهم في ازمت نمو وازمت قيمية لاتتماشى مع النظام الاجتماعي السائد .

6. يمكن النظر الى الانترنت انه مهدد للامن الاجتماعي وخاصة المجتمعات الشرقية والمغلقة حيث ان تعرض مثل هذه المجتمعات لقيم وسلوكيات المجتمعات الاخرى قد تسبب ثلوثاً ثقافياً يؤدي الى تفسخ اجتماعي أو انهيار في النظام الاجتماعي (البداينة ، ص101) .

الاشخاص الذين يرتكبون السلوك اللااخلاقي في استخدام الكمبيوتر

لم يكن هناك قلق مع بدايات ظهور الكمبيوتر والانترنت تجاه افعال لااخلاقية سوف تنتهك على الشبكة وذلك نظراً لمحدودية مستخدميها علاوة على كونها تقتصر على فئة من المستخدمين وهم الباحثين ومنسوبي الجامعات . ولكن مع توسع استخدام الشبكة ودخول جميع فئات المجتمع الى قائمة المستخدمين بدأت تظهر افعال وجرائم لااخلاقية على الشبكة وازدادت مع الوقت وتعددت صورها واشكالها. اذن لابد من التساؤل من هم الاشخاص الذين يرتكبون ذلك وماهي دوافعهم وماهي ابرز سماتهم السيكولوجية ؟ يمكن تقسيم هؤلاء الافراد الى اربعة انواع :

1. المخترقون او المتطفلون Hackers

مالدوافع لارتكاب هذا السلوك من قبل هؤلاء الافراد :

يمكن تصنيف دوافع هؤلاء الافراد الى خمسة انواع وهي :

1.السعي الى تحقيق الكسب المادي .

2.الانتقام من رب العمل والحق الضرر به .

3.الرغبة في قهر النظام والتفوق على تعقيد وسائل التقنية .

4.دوافع سياسية او فكرية .

5.التنافسية بانشطة غير مشروعة .(عرب ، ص25-26) .

ماسمات الشخصية والجوانب السيكلوجية لمرتكي السلوك اللااخلاقي لاستخدام الكمبيوتر والانترنت ؟

يتسم معظم الافراد الذين يرتكبون الجرائم او السلوك اللااخلاقي في استخدام الكمبيوتر او الانترنت بالسمات الاتية :

-التمتع بقدرة عالية من الذكاء .

-المام جيد بالتقنية العالية واكتسابهم معارف علمية وعملية .

-انتمائهم الى التخصصات المتصلة بالحاسوب من الناحية الوظيفية والتمتع بالكفاءة العالية .

-عدم شعورهم بلا مشروعية الطبيعة الاجرامية وبلامشروعية الافعال التي ينفذونها .

-غياب مشاعر الاحساس بالذنب .

-حب العمل بالاعمال البرمجية اكثر من القيام بالاعمال النظرية .

-يمتلكون القدرة على معرفة طريقة برمجة موضوع معين وبسرعة .

-ان الانترنت اصبح من الوسائل الرهيبة التي تعول عليها عصابات جرائم الاطفال الاباحية وجماعات الجريمة المنظمة التي تستهدف ابتزاز الشركات الكبرى والا قاموا بتعطيل خدماتها المذولة ووقف عمل اجهزة الكمبيوتر لديها وبالتالي الحاق الاضرار الفادحة . وان معظم مرتكي العمل غير المشروع يستخدمون تقنية عالية عند ارتكاب افعالهم الجرمية .

واوضحت الدراسات السيكلوجية الى ان عددا كبيرا من مستخدمي الانترنت يسرفون في استخدامه مما يؤثر ذلك على حياتهم الشخصية . وان 6% من مستخدمي الانترنت في العالم هم في عداد المدمنين . وان البعض لديهم قابلية على الارتباط العاطفي مع اصدقاء الانترنت والانشطة التي يقومون بها داخل شاشات الكمبيوتر تمتع هؤلاء بخدمات تتيح لهم مقابلة الناس وتكوين علاقات اجتماعية وتبادل الاراء مع اناس جدد . ان الانترنت يوفر الفرصة لهؤلاء من الهروب من الواقع والبحث عن طريقة لتحقيق احتياجاتهم النفسية والعاطفية والتي تعد غير محققة لهم في الواقع 0

وبينت احدى الدراسات النفسية الى ان اكثر الناس قابلية للادمان على الانترنت هم الافراد الذين يعانون من حالات الاكتئاب واصحاب الشخصيات القلقة او الذين يعانون من الملل والوحدة او التخوف من تكوين علاقات اجتماعية او الاغتراب عن الواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه (عودة ، ص12) .

دور العملية الارشادية في معالجة السلوك اللااخلاقي او الحد منه في استخدام الكمبيوتر والانترنت ؟

ان عملية الارشاد التربوي هي جزء من العملية التربوية وهي عملية انسانية تهدف الى مساعدة المسترشد لفهم نفسه وادراك المشكلات التي يعاني منها ومساعدته بتبصيره للارتقاء بقدراته واستعداداته للتغلب على

وهم فئة الهواة او العابثين بقصد التسلية ويسمون الهاكرز الذين يتحدون اجراءات امن النظم والشبكات لكن لا تتوفر لهم دوافع حاكمة او تخريبية وانما ينطلقون من دوافع التحدي الابداعي واثبات المقدرة ويجدون انفسهم متفوقين الى درجة انهم ينصبون انفسهم اوصياء على امن نظم الكمبيوتر في المؤسسات المختلفة . والسمة الغالبة على هذه الفئة انهم صغار السن وقلة الخبرة وعدم قدرتهم على التمييز بين الانظمة محل الاختراق .

وبرغم هذه السمات فقد تمكن هؤلاء من اختراق مختلف انواع نظم الكمبيوتر التابعة للشركات المالية والتقنية والبنوك والالعب والمؤسسات الحكومية ومؤسسات الخدمة العامة . كما في حالة اختراق احد الصبية الذي لم يبلغ من العمر (14) سنة نظام الكمبيوتر العائد للبنكاغون والآخر لايتجاوز عمره (17) سنة تمكن من اختراق كومبيوترات عديدة من المؤسسات الاستراتيجية في اوروبا والولايات المتحدة الامريكية .

وان السمة الاخرى لهؤلاء الافراد هو تبادلهم للمعلومات فيما بينهم والمشاركة في وسائل الاختراق واليات نجاحها واطلاع بعضهم البعض على مواطن الضعف في نظم الكمبيوتر والشبكات وتجري عمليات تبادل المعلومات فيما بينهم عن طريق النشرات الاعلامية والاليكترونية .

ويتم استغلال هؤلاء النابغين واستغلال ميول التحدي لهم واحيانا احتياجاتهم المادية من قبل منظمات الجريمة لتسخيرهم للقيام بانشطة جرمية تتصل بالتقنية تدر عليهم منافع مادية .

2.فئة المحترفين

الذين يتسللون الى اجهزة مختارة بعناية ويعبثون او يثفون او يسرقون محتويات ذلك الجهاز ، ان اعتداءاتهم تعكس ميولا " جرمية خطيرة تنبئ عنها رغباتهم في احدث التخریب . تتميز هذه الفئة بسعة الخبرة والادراك الواسع للمهارات التقنية كما تتميز بالتنظيم والتخطيط للانشطة التي ترتكب من قبل افرادها ولذلك فان هذه الطائفة تعد الاخطر بين مجرمي التقنية وتهدف اعتداءاتهم الى تحقيق الكسب المادي لهم وللجهات التي كلفتهم لارتكاب جرائم الكمبيوتر كما تهدف اعتداءات بعضهم الى تحقيق اغراض سياسية والتعبير عن موقف فكري او نظري او فلسفي . كما هو الحال في (التجسس الصناعي ، والاحتيال والتزوير) ان افراد هذه الفئة يتسمون بالكتمان والسرية فلا يتبادلون المعلومات بشأن انشطتهم بل يطورون معارفهم الخاصة ويحاولون عدم كشف طرقهم لارتكاب الجرائم ومعظم هذه الفئات من الشباب ما بين عمر (25-40) سنة .

3.الحاققون

ان هؤلاء الافراد تحرك انشطتهم الرغبة بالانتقام والثار كالثار لتصرف صاحب العمل معهم او لتصرف المنشأة المعنية معهم عندما لا يكونوا موظفين فيها . ولايتسم اعضاء هذه الفئة بالمعرفة التقنية الاحترافية وتتركز معظم انشطتهم في زراعة الفيروسات والبرامج الضارة والتخريب والاتلاف لبعض او كل المعطيات او تعطيل النظام او الموقع المستهدف اذا كان على الانترنت .

4.فئة صغار السن

ويسمون (صغار نوابغ المعلوماتية) ومعظمهم دون سن الاهلية مولعين بالحواسيب والاتصال . يدفعهم الشعور بالبهجة والتحدى لكسر الرموز السرية لتراكيب الحاسوب . كما هو الحال ما قام به تلاميذ المدرسة الثانوية في ولاية منهاتن الذين استخدموا غرفة الدرس للدخول على شبكات الاتصالات وبيانات كثيرة من المستخدمين ودمروا ملفات زبائن الشركة الرئيسية في هذه العملية ، وقام اطفال صغار من فرنسا عندما دخلوا على الملفات السرية لبرنامج ذري فرنسي . (محمد ، ص74-76) .

3. أهمية إرشاد الأطفال والمراهقين لكيفية استخدام تكنولوجيا الاتصال وخاصة (الكمبيوتر والانترنت والالعاب) وخاصة فيما يتعلق بمعايير الاختيار والانتقاء للالعاب والواقع والمضامين الكثيرة التي تقدمها وتوجيههم بان استخدام مثل هذه التكنولوجيا ليس مجرد تسلية واداة لتمضية وقت الفراغ بل يمكن استخدامها في التعلم والحصول على مواد ثقافية (مندورة ، ص56-60) .

4. العمل على اكتشاف مواهب وقدرات الطلبة المتفوقين وغير المتفوقين على حد سواء وتوجيه واستثمار تلك المواهب بما تعود بالنفع على المجتمع .

5. توعية الطلبة بنظم الكمبيوتر المستخدمة وخاصة ما يستخدم منها لأغراض سياسية أو اقتصادية أو وطنية أو اجتماعية أو شخصية تتسم بحساسية بالغة ، وان هذه النظم قد تستخدم لاداء ومراقبة مهام معقدة كثيرا ماتتطوي على حالات قد تعرض لخطر الحياة وحقوق الانسان والحريات الاساسية . وان الاستخدام الخاطيء لها قد يهيئ ظروفًا تيسر الى حد كبير من ارتكاب العمليات الاجرامية .

6. التأكيد على الاسرة بضرورة اعتماد نظام الرقابة المباشر على الابناء اثناء استخدامهم للكمبيوتر والانترنت من خلال ملاحظة المواقع المختارة او الاستعانة بكلمة السر التي تمنع دخول الابناء الى المواقع غير المستحبة او ادخال برامج التحكم في مواقع الانترنت .

7. التأكيد على دور الاسرة وأهميتها في عملية التنشئة الاجتماعية التي تقوم بها في ظل العولمة وعصر المعلومات والتكنولوجيا والتحديات التي تطرح عليها من خلال التدفق الاعلامي وثورة المعلومات ونشر القيم الفردية وتهديد الهوية القومية ومخاطر الجريمة المنظمة .

8. ضرورة دعم واثراء التفاعل الاجتماعي بين افراد الاسرة من خلال التشجيع على الحوار والمناقشات باتجاه دعم التماسك والترابط الاسري والاعتزاز بالاسرة والمجتمع والتأكيد على القيم والعادات والتقاليد التي تميز الثقافة العربية الاسلامية عن غيرها من الثقافات . (عمار ، ص88-90) .

9. ان تولي الوحدات الارشادية الى اصدار الدوريات والنشرات والبحوث ذات العلاقة بالاستخدام الاخلاقي للكمبيوتر والانترنت والعمل على نشرها وتعميمها على الطلبة في المدارس والمعاهد والكلية

التوصيات

1. التعاون مع منظمات المجتمع المدني في هذا المجال في وضع قواعد للاداب المتبعة في استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال وتدريب هذه الاداب ضمن المناهج الدراسية .

2. التأكيد على وزارة التربية بايلاء الاهتمام اللازم لاشاعة تعليم المعلوماتية كمقرر دراسي مستقل في مرحلة الثانوية ومقابلها (التعليم الاعدادي والابتدائي) .

3. التأكيد على دور وسائل الاعلام في هذه المرحلة من خلال القائها الضوء على تكنولوجيا الاتصالات وأهميتها والوظائف التي تتيحها والتجارب الناجحة في هذا المجال .

4. التأكيد على الجهات المعنية بضرورة تبني انشاء مواقع تربوية وتعليمية وثقافية موجهة للنشء ودعم تلك المواقع بالكوادر البشرية والمالية واكسابها اولوية في الاهتمام ايماناً بأهمية تلك الخدمة على ابنائنا

5. التأكيد على ضرورة وضع تشريع خاص لحماية البرامج المعلوماتية الالكترونية وحماية الحاسبات نفسها من كل فعل يلحق الضرر بها وبمضامينها .

المشكلات التي يواجهها بغية تحقيق التوافق بينه وبين البيئة التي يعيش فيها ولكي ينمو النمو المتكامل في شخصيته (بار ، ص20) . كما ان العملية الارشادية تتضمن تقديم خدمات ارشادية عبر برامج نمائية وقائية وعلاجية الى الطلاب لمساعدتهم على اختيار الدراسة المناسبة والاستمرار بها والتغلب على المشكلات التي تعترضهم بغية تحقيق التوافق والتحصيل الدراسي (عقل ، ص44) . ولقد ظهرت مشاكل كثيرة لدى استخدام الطلبة للكمبيوتر والانترنت مما كان لها الاثر الكبير على شخصياتهم وسلوكهم وقيمهم وثقافتهم . كما ان التقنيات العالية خلفت مخاطر حقيقية لا بد من الوقاية منها او مواجهتها .

ويواجه الطلبة اليوم مشاكل كثيرة ومتنوعة لدى استخدامهم للكمبيوتر والانترنت وهي بصفة عامة تشمل :

انتحال الشخصية ، المضايقة والملاحقة والتغريب والاستدراج والتشهير وتشويه السمعة والنصب والاحتيال ونشر الصور الاباحية والدعاية للشواذ وتجارة الاطفال جنسيا وترويج المخدرات وتعليم الاجرام والارهاب اضافة الى الفيروسات واقتحام المواقع وغيرها ويتم ذلك عبر البريد الالكتروني وغرف الدردشة والحوار او المنتديات او الماسنجر (الهاجري ، ص3) . كل ذلك يعرض الطلبة الى مخاطر الانزلاق في السلوك اللااخلاقي او غير السوي ولا بد من ارشاد وتوجيه الطلبة بتبصيرهم حول الاساليب التي يمكن التعامل مع هذه المشكلات وتدريبهم على اساليب دراستها وتحليل مضامينها .

ان العملية الارشادية في مدارسنا ومعاهدنا وجامعاتنا تقتصر دورها في الوقت الحاضر على :

- نصيحة الطالب بالالتزام بمواعيد الدروس وتجنب الغياب .

- تعزيز قدرات الطالب في الاعتماد على نفسه .

- التشجيع على اقامة علاقات طيبة مع المدرسين .

- التشجيع في اللجوء الى المرشد التربوي في حالة وجود لية مشكلات دراسية .

- تفسير الامور التي تتعلق بالمستقبل الدراسي .

ان الادوار التي يقوم بها المرشد التربوي تعد ادواراً روتينية رتيبة ويعود ذلك الى :

- ضعف ادراك العاملين في المجال التربوي لمفهوم الارشاد التربوي ودوره في عصر تكنولوجيا الاتصالات وماسببته هذه التقنيات من مشاكل نفسية واجتماعية وانحرافات سلوكية وجرمية لدى الطلبة خاصة والشباب بشكل عام ، خاصة ان معظم مستخدمي هذه التقنيات هم من فئات عمرية صغيرة ومن عمر الشباب .

فلا بد ان من اعادة النظر بمجمل العملية الارشادية من اجل مساعدة الطلبة في التغلب على مشكلاتهم والحيلولة دون انغماسهم في مشاعر العزلة والانطواء والادمان على استخدام الكمبيوتر وشبكة الانترنت .

لذا فان من الادوار الجديدة التي تقع على عاتق الوحدات الارشادية في جامعاتنا ومدارسنا هي :

1. ارشاد وتوجيه الطلبة في جميع النواحي النفسية والاخلاقية والاجتماعية والتربوية والمهنية لكي يصبحوا اعضاء في مجتمع التكنولوجيا والمعلومات .

2. بحث المشكلات التي يواجهها او قد يواجهها الطلبة اثناء استخدامهم لتكنولوجيا الاتصالات سواء كانت مشكلات نفسية او اجتماعية او شخصية والعمل على ايجاد الحلول المناسبة لها .

9. عمار ، حلمي ابو الفتوح وعبد الباقي ابو زيد ، تكنولوجيا الاتصالات وآثارها التربوية والاجتماعية ، البحرين ، 2003 .
10. عودة ، سعيد ، مجلة النبأ المعلوماتية ، 2002 موقع www.markazedu.net .
11. محمد ، عادل ريان ، جرائم الحاسب الالى وأمن البيانات ، مجلة العربي ، العدد 440 ، 1995 .
12. مجلة الانترنت ، اعداد متفرقة ، شبكة العنكبوت هل تستحق الانسان ، ابريل ، 2001 .
13. مكاوي ، حسن عماد ، تكنولوجيا الاتصال الحديثة في عصر المعلومات ، دار المصرية اللبنانية ، الطبعة الثانية ، 1997 .
14. مندورة ، محمد محمود ، جرائم الحاسبة الالية ، مكتب الافاق المتحدة ، 1990 .
15. موقع التوجيه والارشاد ، www.ec18.net .
16. الهاجري ، أياس ، جرائم الانترنت ، موقع Syrian law

17. Susan Bernner & Rebecca cochran , non-sexual crimes against persons , university of Dayton ,2002 .

18. Susan Bernner & Rebecca cochran , sexual crimes , university of Dayton ,2002

19. Susan Bernner & Rebecca cochran , gambling and other offenses against morality , university of Dayton ,2002 .

ملاحظة

ان الباحثة اتصلت ببعض المدمنين على الانترنت وتقمصت دور الخبيبة من اجل الوصول الى الحقيقة ولا حياء في العلم

6.التاكيد على الوزارات المعنية بضرورة ضبط مقاهي الانترنت والزامها باستخدام برامج الترشيح والفلترة اللااخلاقية حرصا على القيم والاخلاق الاسلامية.

المصادر

1. بار ، عبد المنان ملا ، دراسة تقويمية تحليلية لدى فاعلية برامج الارشاد والتوجيه المهني لاعداد المرشدين بقسم علم النفس بكلية التربية جامعة ام القرى ، مكة المكرمة ، 1415هجرية .
2. باترسون ، س . هـ ، ترجمة حامد الفقي ، نظريات الارشاد والعلاج النفسي ، دار القلم ، الكويت ، 1992 .
3. البداينة ، ذياب ، جرائم الحاسب والانترنت ، اجاث الندوة العلمية لدراسة الظواهر الاجرامية المستحدثة ، وسبل مواجهتها ، أكاديمية نايف للعلوم الامنية ، تونس ، 1999 ، ص93-124 .
4. حافظ ، صلاح الدين ، قراءة المستقبل ، صحيفة الخليج ، الشارقة ، العدد 3546 يناير 1997 .
5. عرب ، يونس ، جرائم الكمبيوتر والانترنت ، ورقة مقدمة الى مؤتمر الامن العربي 2002 ، المركز العربي للبحوث والدراسات الجنائية ، ابو ظبي ، 10-12/2/2002 .
6. عرب ، يونس ، جرائم الكمبيوتر ، المعنى والخصائص والصور واستراتيجية المواجهة القانونية ، موقع www.oecd.org .
7. العصيل ن عبد الرحمن ، العرب وتكنولوجيا الاتصال تحدي الثورة المعلوماتية ، الاقتصاد الخليجي ، العدد 97 ، مارس - ابريل ، 2001 .
8. عقل ، محمود عطا ، الارشاد التربوي والنفسي (مداخل نظرية ، الواقع والممارسة) دار الخرجين للنشر والتوزيع ، الرياض 1996 .

Search Thesis



<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Thesis Form

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Arabpsynet Papers Search Papers



<http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp>

Papers Form

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

تعليم فن الاستماع

د. أحمد فخري هانسي - علم النفس والأدمان - القاهرة، مصر

ecfakhri@yahoo.com

هناك بعض المصطلحات التي تتردد في ميدان تعلم الاستماع، ولكل مصطلح منه دلالة اللغوية والاصطلاحية، ولذا كان من الأهمية ومنعاً للخلط والتشتت أن نفرق بين كل مصطلح من هذه المصطلحات بالمناقشة والتعليق. وفيما يلي عرض لهذه المصطلحات :

أ- الاستماع : Listening يقصد بالاستماع في اللغة: الفهم من قولهم "سمعت كلامه أى فهمت لفظه". (1: 314)

فالاستماع عملية من عمليتي الاتصال بين البشر ووسيلة من بين وسيلتي الاتصال اللغوي الذي له جانبان جانب الإرسال وهو: إما أن يكون عن طريق الكلام أو الكتابة وجانب آخر هو الاستقبال: إما أن يكون عن طريق القراءة أو الاستماع، وكلاهما يتطلب عملاً عقلياً هو الفهم.

فالاستماع إذن : "هو فهم الكلام أو الانتباه إلى شيء مسموع مثل الاستماع إلى متحدث، بخلاف السمع الذي هو حاسة وآلة الأذن ومنه السماع وهو عملية فسيولوجية يتوقف حدوثها على سلامة الأذن ولا يحتاج إلى أعمال الذهن أو الانتباه لمصدر الصوت". (2: 182 : 183)

وهناك من يذهب إلى أبعد من ذلك فيعرف الاستماع بأنه "عملية عقلية تتطلب جهداً يبذله المستمع في متابعة المتكلم وفهم معنى ما يقوله واختزان أفكاره واسترجاعها إذا لزم الأمر وإجراء عمليات ربط بين الأفكار المتعددة". (3: 146)

ومن ذلك يتضح أن الاستماع هو عملية استقبال الأذن للكلمات المنطوقة وفهمها وتحليلها والحكم عليها.

ب- السمع : Hearing يعرف السمع هاريس (Harris) بأنه "عملية فسيولوجية يتوقف حدوثها على سلامة الأذن ولا تحتاج إلى أعمال الذهن أو الانتباه لمصدر الصوت". (2: 182)

كما يعرفه (محمود رشدي خاطر) بأنه : "مجرد استقبال الأذن للذبذبات صوتية من مصدر معين دون إعارتها انتبهاً مقصوداً، فالاستماع إذن عملية بسيطة تعتمد على فسيولوجية الأذن وقدرتها على التقاط هذه الذبذبات الصوتية". (4: 165)

ويعرفه كل من (محمد ظافر، يوسف الحمادي) : بأنه "في اللغة إدراك الصوت بحاسة الأذن والسمع فطري ولا يحتاج إلى مهارات خاصة". (5: 127 : 128)

ويتضح مما سبق أن السمع حاسة من حواس الإنسان تتم عن طريق سلامة الجهاز السمعي وقدرته على استقبال هذه الذبذبات الصوتية ولا تحتاج إلى أعمال للذهن أو انتباه لمصدر الصوت

ت- الإنصات : Auding يعرفه (فتحي على يونس) بأنه : "نوع أعلى في الاستماع تتوافر فيه النية والقصد مع الرغبة الشديدة في تحصيل المنصت إليه". (6: 196)

ويعرفه (محمود رشدي خاطر) "الإنصات هو تركيز الانتباه على ما يسمعه الإنسان من أجل هدف محدد أو غرض يريد تحقيقه". (7: 166)

ومما سبق يمكن القول أن هناك فرق بين الاستماع والإنصات (الإصغاء) وهذا الفرق في الدرجة وليس في طبيعة الأداء.

فالاستماع قد يكون متقطعاً كاستماع التلميذ لشرح المعلم أو استماع الطلاب للمحاضرة في جو من الضوضاء والصخب وذلك لأن المستمع يتابع بعض الوقت ثم ينصرف عنه.

أما الإصغاء (الإنصات) فهو استماع مستمر غير متقطع مع شدة الانتباه والتركيز لمصدر الاستماع مع مداومة الفهم لما يسمع.

وبهذا يمكن القول أن الإنصات يتضمن استماعاً وليس كل استماعاً يتضمن إنصاتاً.

1- أهمية الاستماع :

يقول قدماء العرب في فضل الاستماع وأهميته : "تعلم حسن الاستماع قبل أن تتعلم حسن الكلام فإنك إلى أن تسمع وتعي أحوج منك إلى أن تتكلم". (8: 132)

فعن طريق الاستماع انتقل التراث الثقافي والحضاري عبر الأجيال. فلولاً عملية الرواية والاستماع والحفظ هذه لصاغت من التراث الإنساني حضارات ولاندثرت أُمم بتقافتها.

ففي تلك العصور كان المتكلم هو مصدر الثقة والصدق وكان المستمع يفترض الصدق والنزاهة في المتكلم الذي كان يتحلى بهذه الصفات في معظم الأحيان. (9: 163 : 164)

كما أن للاستماع دوراً مهماً ورئيسياً في تعليم فاقدى البصر، فعن طريق الاستماع للعلوم المختلفة أصبحوا قادرين على التعلم مثلهم مثل الأسوياء، وازدهروا في منابر علمية كثيرة ونذكر على سبيل المثال وليس الحصر عميد الأدب العربي طه حسين الذي تبوأ أعلى المناصب عن طريق الاستماع الجيد وإتقان مهاراته المختلفة وتفوق على من لديهم حاسة الإبصار في عصره.

ومع التقدم التكنولوجي في العصر الحاضر واختراع التلفاز والمذياع والأنظمة الحديثة لمخاطبة الجماهير ومتلقى العلوم الحديثة بدا الاهتمام بالاستماع ومهاراته للاستفادة من تلقى المعلومات عن طريق حسن الإنصات والإصغاء إلى المتحدثين من علماء ومتخصصين في شتى العلوم حيث أصبح في المحافل الدولية والمؤتمرات العلمية المتحدث واحد أمام قاعدة عريضة من المستمعين.

فالإنسان العادي يستغرق في الاستماع ثلاثة أمثال ما يستغرقه في القراءة. كما وجد أن الفرد يستغرق 70% من ساعات يقظته في نشاطه اللفظي ويوزع هذا النشاط بالنسبة المئوية التالية 11% من النشاط اللفظي كتابية، 15% قراءة، 30% حديثاً، و 40% سماعاً. فمن الواضح أن 70% من وقت الكبار يذهب في عمليات اتصال لغوي تبلغ مهارات الاستماع 40% وأثبت البحث العلمي أن معظم الناس يستوعبون 30% من استماعهم كما أثبت أن معظمنا يتذكر أقل من 25% مما يصل إلى أذنيه. (10: 95 : 96)

فعندما يطول الحديث ترى كثيراً من الناس ينصرفون عنه وحين يطلب منهم إبداء الرأي في الموضوع الذين استمعوا إليه تجدهم غير قادرين على إبداء الرأي لأنهم لم يستمعوا جيداً ولم يعرفوا كيف يستمعون، مما يدل على أن الاستماع الجيد أساس لإبداء الرأي الموضوعي الصحيح. (6: 195)

ومن سمات هذا العصر أن الكلام والاستماع أهم وسائل الاتصال، لهذا كان من الضروري تدريب الطفل حتى يصبح مستمعاً جيداً يعرف آداب الاستماع ويمارس أنماط الاستماع المختلفة بمستويات تناسب إدراكه ونموه اللغوي واللفظي.

وأن ندرب أطفالنا وتلاميذنا على تنمية هذه المهارة بكفاءة، وفعالية سواء في حياتنا الاجتماعية أو المدرسية. (11: 164 : 165)

حيث دلت أبحاث وليمس (Williams, 1962) على أن قوة التمييز السمعي تتطور تطوراً سريعاً من السنة الثالثة بعد الميلاد حتى العاشرة ثم تكاد تصل إلى نموها الصحيح بعد الثالثة عشرة بقليل.

ولهذه الحاسة أهمية بالغة في الارتقاء بالنمو اللغوي عند الأطفال فهي الركيزة الأولى التي تقوم عليها مهارات الاستماع واللغة. (12: 124)

2- أهمية الاستماع لتلميذ المرحلة الابتدائية :

وأشارت دراسات كثيرة في أوروبا وأمريكا إمكانية تفوق تلميذ المرحلة الابتدائية في الدراسة وفقاً لتفوقه في مهارات الاستماع وعندما يتعرف التلميذ

على نمطه الاستماع فإنه يستطيع أن يطور نفسه في الاستماع وفي فنون اللغة بل وفي عملية التعليم والتعلم وفي تحصيله الدراسي أيضاً. (13: 45 : 49)

ففي دراسة أجرتها "هولو" على تلاميذ الصف الخامس الابتدائي لقياس مدى فعالية برنامج لتدريس الاستماع وجدت إمكانية تنمية مهارات الاستماع لدى هؤلاء التلاميذ وأن التلاميذ قد استفادوا من البرنامج واتضح أن مهارات الاستماع عندما تنمي تعمل على الفهم في القراءة والنشاط اللغوي ككل. (14: 158 : 161)

كما أسفرت دراسة حديثة عن أن تلاميذ المدرسة الابتدائية يقضون حوالي 2.5 ساعة من كل 5 ساعات في اليوم في تنمية مهارات الاستماع. وأوضحت بعض الدراسات أن طلاب المدرسة الثانوية في بعض الدول الأوروبية يخصصون 30% من برنامج تعليم اللغة للحديث، 16% للقراءة، 9% للكتابة و 45% للاستماع داخل فصول الدراسة. (15: 107)

فالاستماع ركن أساسي في استيعاب وتحصيل التلميذ، فأحياناً يتأخر التلميذ في التحصيل الدراسي ليس بسبب نقص في الذكاء بل لأنه لا يفهم ولا يستوعب بوضوح لأنه لا يسمع بوضوح، فهناك ارتباط قوي بين عدم تطور مهارة الاستماع وضعف السمع وبين قلة الاستيعاب والتحصيل الدراسي لدى التلميذ.

فمن الملاحظ أن للاستماع دوراً مهماً في عملية الاستيعاب والتحصيل لدى الأطفال جيل المستقبل وهم في أشد الحاجة إلى تنمية هذه المهارة في بداية مراحل تكوينهم اللغوي والمعرفي لما لها من فائدة ونفع على هؤلاء الأطفال في المراحل الدراسية والحياتية القادمة.

وليس أدل على أهمية الاستماع من تركيز القرآن الكريم على أهمية طاقة السمع. وتقديماً على قوى الإدراك والفهم والحواس الأخرى، ويذكرها في أكثر من سبعة وعشرون موضعاً، وهذا التكرار المتعمد يدل على مدى أهمية هذه الطاقة السمعية التي وهبها الله سبحانه وتعالى للإنسان:

"والله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعلمون شيئاً وجعل لكم السمع والأبصار والأفئدة لعلكم تشكرون" (النحل : 78)

"إن السمع والبصر والفؤاد كل أولئك كان عنه مسئولاً" (الإسراء : 36)

"ولو شاء الله لذهب بسمعهم وأبصارهم" (سورة البقرة : 20)

"أولئك الذين لعنهم الله فأصمهم وأعمى أبصارهم" (محمد : 23)

"إن الله كان سمياً بصيراً" (النساء : 58)

"ليس كمثله شيء وهو السميع البصير" (الشورى : 11)

"مثل الفريقين كالأعمى والأصم والسميع والبصير هل يستويان مثلاً أفلا تذكرون" (هود : 24)

"ما كانوا يستطيعون السمع وما كانوا يبصرون" (هود : بعض الآية 20)

"أمن يملك السمع والأبصار ومن يخرج الحي من الميت" (يونس : 31)

والمأمل لتلك الآيات السابقة يرى أن القرآن الكريم يقدم السمع على البصر لما له من أهمية في الإدراك والفهم والتفحص ويتعرف على النعمة التي أنعم الله بها علينا.

وفي قوله تعالى "قل أوحى إليّ أنه استمع نفر من الجن فقالوا إنا سمعنا قرآناً عجياً يهدي إلى الرشد فأمنا به ولن نشرك بربنا أحداً" (الجن : 1، 2)

وفي قوله تعالى : "قالوا لو كنا نسمع أو نعقل ما كنا في أصحاب السعير" (الملك : 10)

مصحف. فكان صحابة رسول الله صلى الله عليه وسلم يسمعون من الرسول صلى الله عليه وسلم فيحفظوا عن طريق الاستماع والإنصات للنبي صلى الله عليه وسلم. كذلك الحديث النبوي الشريف تم حفظه عن طريق الاستماع قبل كتابته.

عن طريق الاستماع الناقد يستطيع المستمع أن يدرك ويفسر الكلام الذي استمع إليه ويميز بين أفكاره الصحيحة والخاطئة. كذلك يقيم ويحلل ما استمع إليه من موضوعات مختلفة.

وإذا نظرنا إلى ترتيب الفنون الأربعة للغة من حيث وجودها الزماني لدى الطفل في إطار النمو اللغوي.

نرى أن الاستماع شرط أساسي لتطور نمو اللغة لدى الطفل، فالطفل بعد الولادة يبدأ في التعرف على الأصوات المحيطة به وفي نهاية العام الأول تقريباً يبدأ في نطق الكلمات. وعند دخوله المدرسة يستخدم الحصيلة اللغوية التي استمع إليها في التعرف على الكلمات والتمييز بين أصوات الكلمات، فيبدأ في القراءة والكتابة.

ومن المحال أن تتم تنمية فنون اللغة ومهاراتها من تحدث وقراءة وكتابة دون تنمية مهارة الاستماع، فالتنمية في فن من فنون اللغة يستتبعه بالضرورة تنمية بقية فنون اللغة حيث أنها دورة عقلية لغوية لا تتوقف.

وبالتالي فيمكن ترتيب فنون اللغة حسب تطورها وتكوينها الزماني كالتالي:

3- الاستماع - فالتحدث - فالقراءة - فالكتابة.

1.3- علاقة الاستماع بفنون اللغة : (التحدث، القراءة، الكتابة)

اللغة تشتمل على مهارات متداخلة ومتداخلة وتقع إما في جانب الاستقبال (الاستماع والقراءة) وإما في جانب الإرسال (الكلام والكتابة) ويحتوي كلا الجانبين على التفكير الذي يطلق عليه أحياناً الفن اللغوي الخامس حيث أن المهمة الأساسية للغة هي التواصل اللغوي والتفاهم بين أفراد المجتمع. وكلما كانت الرموز اللغوية التي تعبر عن المعاني التي يود كل من المرسل والمستقبل إرسالها للآخر مفهومة كان الاتصال جيداً.

فالارتباط : "يجعل المرسل والمستقبل على موجة واحدة في مواجهة رسالة معينة".

فاللغة عملية متصلة تكمل بعضها البعض الآخر وتتأثر وتتأثر من خلال مهاراتها الأربعة (الاستماع فالتحدث، فالقراءة، فالكتابة).

فالقدرة على الاستماع الجيد والفهم يتبعها القدرة على التحدث ويتبعها القدرة على القراءة والكتابة.

ونلاحظ أن علماء الاتصال قسموا الحضارات في تتابعها من منظور اتصالي على أساس كيفية انتقالها إلى :-

أ- الحضارة السمعية : عندما كانت الاتصالات بين الأفراد تعتمد على الأصوات وعندما كان الإنسان يعيش خبرته الكلية المتكاملة الشاملة قبل ظهور اللغة الحديثة بحروفها الصوتية.

ب- الحضارة الكتابية.

ج- الحضارة الطباعية.

د- حضارة التلغراف والتليفزيون، والإذاعة (وأخيراً الأقمار الصناعية). (16: 48: 49)

ونجد على مستوى الفرد أن الاستماع له دور في إكساب الفرد لغة الحديث، فالطفل في سنوات عمره الأولى يتعلم نطق الكلمات عن طريق

"ربنا إننا سمعنا منادياً ينادي للإيمان أن آمنوا بربكم فآمنوا" (آل عمران : 193)

"وإذا سمعوا ما أنزل إلى الرسول ترى أعينهم تفيض من الدمع مما عرفوا من الحق يقولون ربنا آمنا فآكتبنا مع الشاهدين" (المائدة : 83)

"يطبع على قلوبهم فهم لا يسمعون" (الأعراف : 100)

"وإذا قرئ القرآن فاستمعوا له وأنصتوا لعلكم ترحمون" (الأعراف : 204)

أفلم يسروا في الأرض فتكون لهم قلوب يعقلون بها أو آذان يسمعون بها فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التي في الصدور" (الحج : 46)

وتوضح الآيات الكريمة أهمية الاستماع في التقويم والنقد وعمل الأذن وتلقيها للأصوات والتعرف والتمييز والاستنتاج والتفسير والربط بين الأفكار والخبرة السابقة للمستمعين. ويتضح من خلال تدبر الآيات الكريمة أثر الاستماع على المستمع.

وفي قوله تعالى : "يا أيها الناس ضرب مثل فاستمعوا له" (الحج : 73)

"استمع يوم ينادى المنادى من مكان قريب" (ق : 41)

وفي قوله تعالى لسيدنا موسى : "وأنا اخترتك فاستمع لما يوحى" (طه : 13)

وتركز هنا الآيات الكريمة على أهمية التركيز، والانتباه والاهتمام أثناء عملية الاستماع حيث يتضح هنا أن الاستماع عملية عقلية إيجابية ومقصودة ويتم فيها تدبر وفهم لما يستمع إليه المستمع.

وفي قوله تعالى : "ومن آياته منامكم بالليل والنهار وابتغواؤكم من فضله إن في ذلك لآيات لقوم يسمعون" (الروم : 23)

وتكشف الآية الكريمة عن أهمية السمع في إدراك الليل والنهار حيث أن النهار يسمع فيه الإنسان حركة المعيشة والضجيج والأصوات الصاخبة. أما الليل فتسكن فيه الحركة ويعم فيه السكينة العامة والصمت ويدرك الإنسان أن الليل قد حل به.

فالآية توضح أهمية حاسة السمع في إدراكها الليل والنهار، فالأعمى يدرك الاثنان عن طريق حاسة السمع.

فحاسة السمع هي الحاسة الوحيدة التي جعلها الله عز وجل لا تنام، فالإنسان ينام ويظل سمعه يعمل ويستيقظ على صوت الجرس أو المنبه أو من يوقظه أو على صوت شديد.

ويمكن إيجاز أهمية حاسة السمع والاستماع عامة في النقاط التالية :

1- عن طريق الاستماع انتقلت إلينا حضارات وثقافات القدماء عبر الأجيال وتعرفنا أيضاً على حضارات أمم وشعوب أخرى في الماضي عن طريق الرواة والقصاصين.

2- للاستماع دور هام في تلقي العلم والتعلم عن طريق الوسائل الحديثة في العصر الحاضر من راديو، وتلفاز، وتلقى المحاضرات والمؤتمرات والندوات، وقاعات البحث فغن طريق الاستماع والإنصات يحصل المستمع إلى المعلومات التي تصقله بالخبرة والثقافة والعلوم في شتى الأفرع.

3- التفوق في الدراسة من دعائمه الأساسية الاستماع وتنمية مهاراته مما يعود على التلميذ بنتائج إيجابية في تحصيله الدراسي.

4- فالاستماع أساس فنون اللغة في التعلم والتعليم معاً.

5- للاستماع أهمية كبرى لحفظ القرآن قبل أن يكتب ويجمع في

يستمعون. وهذا يؤكد أن تقدم الاستماع يؤدي إلى تقدم في القراءة وذلك لاعتمادهم على مهارات: التعرف، والفهم والتفاعل، والنقد، والقدرة على استخدام الخبرات في الحياة. (5: 133 : 134)

ويعد إهمال الاستماع وعدم تنميته والتدريب عليه عند بعض الأطفال سبباً من أسباب ضعفهم في القراءة، ولذا نجد أن الكلمات الأكثر سهولة في القراءة هي الكلمات التي سمعها الطفل وتكلم بها من قبل.

وتؤكد دراسة أرمسترونج (Armstrong) أن التدريب على مهارات الإصغاء يحسن مهارات القراءة حيث وجد أن المفردات المكتسبة لدى أطفال المرحلة الابتدائية عن طريق الأذن أكثر من المفردات التي تم حفظها عن طريق البصر. كذلك وجد أن حجم الكلمات المكتسبة من خلال السمع يساعد بدرجة أكبر على القراءة. (21: 37)

ومن خلال حسن الإصغاء والاستماع في المواقف الحياتية المختلفة والدراسية يستطيع الفرد أن يتقن مخارج الألفاظ ونطقها الصحيح ويتعرف عليها من خلال الاستماع الذي ينمي لديه الاستعداد للقراءة وعن طريق القراءة ونموها يتعرف الفرد على شكل الكلمة ووضعها وسط الجملة مما يكسبه مهارة الكتابة.

4.3. علاقة الاستماع بالكتابة :

الكتابة وسيلة هامة من وسائل الاتصال بين البشر فعن طريقها يستطيع الإنسان أن ينقل مشاعره وأن يبرز ما لديه من مفهومات ويسجل ما يود تسجيله من حوادث ووقائع. (22: 8)

فعندما يفهم المتعلم ما يستمع إليه وأن يميز مقاطع الأصوات مما يؤدي إلى الربط بين المخارج والسماع، فالمستمع الجيد يزيد من ثروته اللغوية والفكرية فيزداد تعبيره. (23: 556)

فالشخص الذي يتقن الاستماع جيداً يستطيع التمييز بين الحروف والأصوات ومخارج الكلمات مما يكسبه مهارات فن الكتابة الصحيحة ويزيد من ثروته اللغوية فينعكس ذلك على أدائه التعبيري سواء كلامي أو كتابي، وينقل إلينا نتائج أعماله الفكرية من إبداع وشعر ورواية وقصة.

ولولا الكتابة والنقش على الحجر وتدوين العلوم لدى قدماء المصريين لما عرفنا على حضارتهم العريقة وأسلوب حياتهم والفنون والعلوم المختلفة التي تم تدوينها على حوائط المعابد وورق البردي.

ونلاحظ أيضاً أهمية الاستماع في تطور فن الكتابة من خلال حصة الإملاء، فالاستماع والإصغاء بدقة ومهارة لمخارج الكلمات من المعلم تساعد في كتابة الكلمة كتابة صحيحة خالية من الخطأ ليتمكن التلميذ من مهارة التمييز السمعي لمخارج الكلمات والحروف والتشابه بينهما.

ويتضح أمور مهمة في علاقة الاستماع بفنون اللغة يمكن إجمالها فيما يلي :-

- 1- أن لأسس تنمية اللغة في الحياة بصفة عامة يعتمد على الاستماع والتحدث.
- 2- تعلم اللغة في التعليم يكون بالتركيز على الاستماع، فالتحدث، فالقراءة ثم الكتابة.
- 3- يستخدم غير المتعلمين اللغة عن طريق الاستماع والتحدث فقط من دون القراءة ولا الكتابة.
- 4- اللغة الصانعة هي اللغة الحق ممثلة في التحدث والاستماع.
- 5- استقبال اللغة أهم عملياته الاستماع.

مما سبق يمكن ملاحظة أن هناك علاقة وثيقة بين القراءة والكتابة والتحدث والاستماع لاعتمادهما على أهم حاستين (البصر والسمع) وهما المصدران الأساسيان في تكوين معرفة الإنسان

استماعه لها من أفراد الأسرة المحيطين به ومن حكايات الأم له قبل النوم حيث أن للأمر دور كبير في إثراء النمو اللغوي للطفل عن طريق سرد الحكايات، والقصص الخيالية للطفل، فللاستماع دور كبير في تطور لغة الطفل وتنميتها.

2.3. علاقة الاستماع بالتحدث :

الاستماع الجيد عامل أساسي في تنمية القدرة على التحدث، فمن الصعب أن ينطق الطفل نطقاً صحيحاً إلا إذا استمع إلى من ينطق نطق صحيح. فمن خلال الاستماع الجيد يتقن الطفل لغة الحديث ويصبح لديهطلاقة في التحدث

وتشير بعض الدراسات أن هناك مهارة خامسة في اللغة لها أهميتها في النمو اللغوي وهي مهارة التفكير وذلك للعلاقة الوثيقة بين النمو العقلي واللغوي، فالمعاني التي تمثلها الكلمات المسموعة هي المادة الخام التي يستخدمها العقل في عملية التفكير بصورها المختلفة.

فالطفل يسمع لغته القومية من الصباح إلى المساء، وهو يسمعها واضحة المخارج والمقاطع موحدة الاستعمال في ألفاظها وأساليبها وأن ما يسمعه الطفل في مراحل حياته الأولى يقع موقعاً خاصاً في ذاكرته.

فصار من المؤكد أن المحاكاة أهم عامل في تعلم اللغة عند الفرد وهي العامل الأكبر في تعلم اللغة. (17: 10 : 12)

وأكد بعض التربويين أن الاستماع والتحدث مهارتان تتزمان وتعملان معاً بالتبادل ويكمل بعضهما البعض، فالنمو في مهارات الاستماع يتبعه نمو في مهارات وفنون اللغة. وبالتدريب يحصل الطفل على كفاءة فيها، كذلك توجد فرص تعليم الاستماع في كل مواقف الحديث في الحياة الاجتماعية والدراسية. (18: 51)

فالتحدث والاستماع هما وسيلتان أساسيتان للاتصال في مراحل العمر المبكرة. ويعد الاستماع على الأخص من العناصر الأساسية في تكوين المفاهيم الإدراكية في النمو العقلي في هذه المرحلة. (19: 34)

كما أن الاستماع والكلام في المرحلة الابتدائية مهارتان أساسيتان وتسودان غالبية الأنشطة المدرسية. ولذا ينبغي أن يخطط لهما في البرامج المدرسية كخبرتين هامتين في حياة الطفل، حيث أن الاستماع والكلام وجهان لعملة واحدة ويمثلان فنيين من فنون اللغة الأربعة ويكمل كل منهما الآخر.

3.3. علاقة الاستماع بالقراءة :

فالقدرة على الاستماع الجيد والسليم للغة المتحدث ومخارج الألفاظ والتمييز السمعي بين الحروف والكلمات تزود الطفل بالمعاني وتركيب الجمل ويتبع ذلك استعداده لتعلم القراءة السليمة والنجاح فيها يتوقف أيضاً على مدى ما اختزنه الطفل في ذاكرته من خبرة سمعية سابقة للكلمات.

فالقراءة لها أهميتها البالغة في مجالات النشاط اللغوي في حياة الفرد والمجتمع وهي أدوات التزود بالمعرفة والثقافة والاطلاع على نتائج العقل البشري ثم أنها من أهم وسائل الرقي والنمو الاجتماعي والعلمي. (20: 25)

إن القراءة والاستماع متشابهان أساساً، فكلاهما يشمل استقبال الأفكار من الآخرين، فالقراءة تتطلب النظر والفهم فإن الاستماع يتطلب الإنصات والفهم.

فالاستماع والقراءة معاً مصدران للخبرات التي تستثمر في تعليم اللغة. فنلاحظ أن المادة التي صيغت صياغة خاصة يشد إليها المستمع أو القارئ الذي أعدت له.

ففي الاستماع نشاهد معلماً أو تلميذاً يقرأ وسائر التلاميذ يتابعونه عن طريق الاستماع، وفي القراءة الجهرية نشاهد تلميذاً أو معلماً يقرأ والباقيون

4- مكونات عملية الاستماع :

الاستماع عملية متشابهة ولها مكوناتها وتمثل هذه المكونات في أن الاستماع له بعدان رئيسيان متداخلان لا يمكن الفصل بينها فصلاً تاماً هم :

1- البعد الفسيولوجي : ويتمثل هذا البعد في قدرة الأذن على الاستجابة للموجات الصوتية وترجمتها عن طريق الجهاز العصبي إلى إشارات يفهمها المخ ويستوعبها.

2- البعد العقلي : وهذا البعد يتكون من أربع مكونات عقلية مترابطة وتشمل :

أولاً : فهم المعنى الإجمالي للرموز الصوتية المنطوقة.

ثانياً : تفسير الكلام والتفاعل معه.

ثالثاً : تقويم ونقد الكلام.

رابعاً : ربط المضمون المقبول بالخبرات الشخصية. (24: 119 : 201)

وفيما يلي عرض موجز لكل عملية من هذه العمليات :-

1.4- أولاً : فهم المعنى الإجمالي (الفهم للمادة المستمع إليها) :

عندما يقوم الشخص بالاستماع لموضوع ما يقوم بتوجيه انتباهه وتركيزه وإدراكه لفهم محتوى الموضوع الذي يستمع إليه. مما يتطلب من السامع فهم الأفكار الرئيسية التي يدور حولها الموضوع وإدراك العلاقات بين هذه الأفكار والأفكار الفرعية ومحاولة الربط بينها وبين فكرة الموضوع الرئيسية التي يدور حولها الموضوع.

فعملية فهم الكلام تعد المدخل العقلي الرئيسي لباقي العمليات، فالاستماع الجيد يتطلب من المستمع القدرة على الفهم الحرفي للكلمات والأفكار الرئيسية ويأتي هذا بعد انتباه المستمع أولاً للمعنى العام ككل. (25: 68)

والفهم من الناحية السيكلوجية يتطلب من المستمع معرفة العلاقات القائمة في موقف يواجه الفرد وإدراكه هذا الموقف ككل مترابط ومتداخل. فالفهم يتطلب التكيف الناجح لموقف الاستماع الذي يجابه الفرد. (26: 18)

ويشعر التلميذ بالتكيف والنجاح وفهم المعنى الإجمالي للموضوع الذي استمع إليه عندما: نقدم له المادة المسموعة في سهولة ويسر من حيث ترتيب أفكارها، ووضوح الفكرة الرئيسية للموضوع وسهولتها، ومناسبتها لمستواه العقلي واللغوي ومواكبتها لأهداف الاستماع ومهاراته المطلوبة لهذه المرحلة العمرية لعمر التلميذ، وقربها من خبراته السابقة وسهولة المعاني المقدمة إليه وقربها من ثروته اللغوية الخاصة بالمرحلة العمرية الخاصة بالتلميذ، وهذا بدوره يقرب التلميذ من فهم مادة الموضوع المستمع إليه ونمو مهارات الاستماع إليه عن طريق السهولة والبساطة في تقديم المادة المسموعة وعنصر التشويق فيها.

2.4- ثانياً : تفسير الكلام والتفاعل معه :

تخضع عملية التفسير للخبرات الشخصية في المجال المعرفي ولعوامل مهارات الاستماع حيث العوامل الأولى يبحث المستمع عن مبررات لصدق محتوى الحديث أو مصداقية المتحدث وربما يحدث العكس تماماً ويبحث عن مبررات يفسر بها تناقض المحتوى مع أفكاره ومعتقداته السابقة. ومن هنا يحاول المستمع أن يسأل ويستفسر وهناك من يحاول الاستفزاز بتوجيه الأسئلة لإثبات بطلان أفكار المتحدث.

أما بالنسبة للعوامل الأخرى المتعلقة بمهارات الاستماع وأثرها في التفسير فتتوقف على الجانب اللغوي للمستمع من حيث مدى إلمامه بحصيلته لغوية تمكنه من تفسير الأفكار والعناصر الواردة بشكل أفضل.

حيث أن الذي لا يمتلك ثروة لغوية كافية يواجه صعوبة كبيرة في التفسير بطريقة علمية وموضوعية. (27: 101 : 103)

وتتوقف عملية تفسير الكلام المنطوق على النواحي التالية :-

أ- مدى تقارب واختلاف درجة الثقافة بين كل من المستمع والمتحدث. فكلما كانت متقاربة أصبحت درجة الاتصال قوية.

ب- جودة حاسة السمع لدى المستمع.

ج- مدى اهتمام المستمع بالحديث وتركيزه معه.

د- قدرة المتحدث على جذب انتباه المستمع عن طريق التسلسل في الأفكار وخلوها من عيوب النطق والإلقاء.

هـ- خلو بيئة الاستماع من عناصر التشتيث والضوضاء. (28: 66)

والتفسير والتفاعل مع الموضوع المسموع يتطلب من المتحدث وضوح الصوت، والتنويع في نغمة الصوت حتى لا يصاب المستمع بالملل من النغمة التي على وتيرة واحدة في الصوت، كذلك عدم الإسراع أو الإبطاء في الإلقاء، ومناسبة الموضوع لجمهور المستمعين وللموقف الذي يقدمه له، محاولة من فترة إلى أخرى شد انتباه المستمعين من خلال إلقاء بعض التوضيحات والتفسيرات الخاصة بنقط معينة في الموضوع.

3.4- ثالثاً : تقويم ونقد الكلام :

بناء على المهارات السابقة يتم نقد وتقويم مجال الحديث وموضوعه فأحياناً يتفق السامع مع الحديث أو يختلف معه. ولكي يتوافر التقويم والنقد السليم لابد أن ينتظر السامع آراء الغير ويتوقع ردود الأفعال الإيجابية والسلبية حتى يتمكن من الإلمام بجوانب الموضوع الهامة ويمكن من إصدار الحكم على الموضوع بناحية علمية وموضوعية.

ومن الضروري أن يكون المستمع قادراً على الوعي بنزعة المتكلم الشخصية ومدى حياديته أو انحيازه ولتحقيق ذلك عليه أن يستخدم كل ما لديه من قوة في التحليل الناقد الموضوعي العقلي لما لستمع إليه دون تحيز أو تعصب.

فعملية التقويم ونقد الكلام تتطلب من المستمع وعياً وتقصصاً للموضوع المستمع إليه، وكذلك عدم الانحياز أو التسرع في إصدار الأحكام على الموضوع المستمع إليه، ولكن تتطلب عملية النقد والتقويم للكلام ترتيباً موضوعياً للحكم على الموضوع وإظهار مواطن الضعف وأيضاً القوة وأسبابها وكيفية علاجها لتكتمل النظرة الموضوعية للحكم على جودة الموضوع.

4.4- رابعاً : ربط المضمون المقبول بالخبرات الشخصية :

وهنا نقطة التلاقي بين خبرات المستمع والمتحدث وتحقيق التكامل بينهما وعن طريقها يتم التفاعل الذي يؤكد مدى تفهم المعنى الإجمالي للكلام وتفسير الكلام والتفاعل معه ثم تقويمه ونقده والخروج برابطة مشتركة بين خبرات المستمع وخبرات المتحدث وبذلك تكتمل عملية الاستماع في شكل هرموني متناسب بفيد المستمع من محصلة ما استمع إليه من المتحدث في حياته اليومية أو العملية. كذلك استفادته في إثراء فكره وزيادة حصيلته المعرفية بحقائق وأحياناً أرقام تكسبه رؤية فكرية عميقة في تناولها لمواضيع متشابهة أو قريبة من الموضوع الذي استمع إليه.

5- خلاصة

إعتماداً على ما سبق يمكن القول أن عمليات الاستماع هي :-

1- عمليات الاستماع عمليات مترابطة ومتشابهة ومتكاملة يتم عن طريقها فهم عام وشامل للموضوع المستمع إليه.

12- فؤاد البهي السيد : 1975 الأسس النفسية للنمو (من الطفولة إلى الشيخوخة)، دار الفكر العربي، القاهرة.

13-Dorathy Rubin : 1980 "Teaching elementary - language Arts" 2nd ed., New York, Holt-Rinehart and Winston, pp: 45-48.

14-Hollans M. : 1955 "Listening Comprehension at the Intermediate Grade Level", Elementary School Journal, vol. 56, Dec. p: 158-161.

15- فتحي على يونس وآخرون : 1981 أساسيات تعليم اللغة العربية والتربية الدينية، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.

16- زيدان عبد الباقي : 1979 وسائل وأساليب الاتصال في المجالات الاجتماعية والتربوية والإدارية والإعلامية، ط2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

17- صالح الشماع : 1956 اللغة عند الطفل، ط1، دار المعارف، القاهرة.

18- فتحي يونس ومحمود كامل الناقبة وأحمد حسن : 1986 طرق تعليم اللغة العربية، وزارة التربية والتعليم، جمهورية مصر العربية.

19- محاسن رضا أحمد : 1977 تعلم اللغة العربية ومعامل اللغة الوسائل التعليمية، المركز العربي للوسائل التعليمية، العدد الرابع، السنة الأولى، الكويت.

20- حسن شحاتة : 1984 القراءة، مؤسسة الخليج العربي، القاهرة.

محمد إسماعيل ظافر ويوسف الحمادي : 1984-21- التدريس في اللغة العربية، دار المريخ للنشر، القاهرة.

22- علي أحمد مذكور : 1990 مهارات الاستماع وأثرها على التعبير التحريري لتلاميذ الصف الأول من المرحلة المتوسطة (الإعدادية)، دراسات تربوية رابطة التربية الحديثة، مج5، الجزء (24)، القاهرة.

23- حسن شحاتة : 1984 أساسيات في تعليم الإملاء، مؤسسة الخليج العربي، القاهرة.

24- محمد صلاح الدين مجاور : 1983 تدريس اللغة العربية بالمرحلة الابتدائية، أسسه وتطبيقاته، ط4، دار القلم، الكويت.

25- فتحي يونس ومحمود كامل الناقبة ورشدي طعيمة : 1987 تعليم اللغة العربية أسسه وإجراءاته، مج1، مطابع الطوبجي، القاهرة.

26- جمال مصطفى على العيسوي : 1991 بناء برنامج لتنمية مهارات التحدث وأثره على الاستماع الهادف لدى تلاميذ الصفين الرابع والخامس من التعليم الأساسي، دكتوراه (غ.م)، كلية التربية، جامعة طنطا.

27- ذكرى إسماعيل : 1991 طرق تدريس اللغة العربية، دار المعارف، جامعة الإسكندرية.

28- حسن سليمان قورة : 1981 دراسات تحليلية ومواقف تطبيقية في تعليم اللغة العربية والدين الإسلامي، دار المعارف، القاهرة.

2- تتوقف عملية الاستماع على مدى تجاوب المستمع مع المتحدث ومدى اهتمامه بالموضوع الذي يستمع إليه، والتقارب بينها من حيث الثقافة، واللغة المشتركة في الحوار، والإيجابية في الاستماع وليست السلبية.

3- وتتطلب عملية الاستماع من المتحدث وضوح العبارات، وتسلسل الأفكار وترتيبها وسهولة اللغة وانتقاء العبارات والنطق السليم، والبساطة والسهولة في الإلقاء.

4- كما تتطلب عملية الاستماع من المستمع عدم التحيز أو التسرع في إصدار الأحكام، واستخدام الموضوعية والعقلانية في نقده للموضوع وإظهار مواطن الضعف والقوة فيه.

5- وفي نهاية عملية الاستماع يحصل المستمع على خبرات بموضوعات جديدة قام فيها بإعمال عقله وإثراء لفكره ونمو لمدرجاته وزيادة في حصيلته العلمية والمعرفية، وتدريب على كيفية الإصغاء والتفسير والتحليل والتقويم للموضوعات والخروج منها بنتائج موضوعية تضاف إلى خبراته الحياتية والعلمية حسب نوعية الموضوع المستمع إليه.

المراجع:

1. محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي : 1962
2. مختار الصحاح، ط9، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، القاهرة.
- 2-Harris, T.L. et al. : 1982 "A Dictionary of Reading and Related Terms International Reading Association", New Delevare, p. 182.
- 3- محمد عبد القادر أحمد : 1986 طرق تعليم اللغة العربية، دار النهضة المصرية، ط5، القاهرة.
- 4- محمود رشدي خاطر : 1984 الاتجاهات الحديثة في تعليم اللغة العربية والتربية الدينية، مطابع سجل العرب، القاهرة.
- 5- محمد إسماعيل ظافر ويوسف الحمادي : 1984 التدريس في اللغة العربية، دار المريخ للنشر، القاهرة.
- 6- فتحي على يونس : 2000 استراتيجيات تعلم اللغة العربية في المرحلة الثانوية، مكتبة سفير، القاهرة.
- 7- محمود رشدي خاطر وآخرون : 1981 طرق تدريس اللغة العربية والتربية الدينية في ضوء الاتجاهات التربوية الحديثة، ط2، دار المعرفة، القاهرة.
- 8- محمود علي السمان : 1983 التوجيه في تدريس اللغة العربية، دار المعارف، القاهرة.
- 9- سيد خير الله : 1980 التربية العملية أسسها النظرية وتطبيقاتها، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 10- عبد اللطيف عبد العال القزاز : 1986 "تنمية مهارات الاستماع لدى تلاميذ الصفوف الثلاثة الأولى من التعليم الأساسي"، ماجستير (غ.م)، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 11- علي أحمد مذكور : 1982 سيكولوجية الاستماع والتربية العملية أسسها النظرية وتطبيقاتها، مكتبة الأنجلو، القاهرة.

الأخصائيون النفسيون في السودان

أ.د. عمر هارون الخليفة - علم النفس، السودان

د. إنعام علي أحمد - علم النفس - جامعة أم درمان الإسلامية

okhaleefa@hotmail.com

1. مقدمة

1.1. تمهيد

المأحي، 10% في السلاح الطبي بأمر درمان، و10% في مستشفى الخرطوم. وتبلغ نسبة الاخصائيات الاناث 89% بينما نسبة الذكور 11%. أما بالنسبة للاحتياجات التدريبية في الوسائل التشخيصية فإن 23% لديهم حاجة لمعرفة أنواع المقابلة، وتفقر نسبة 31% لمعرفة طرقها، و31% منهم لا يدرك أهميتها. و57% من الأخصائيين لديهم الرغبة في معرفة منهجية البحث و51% استخدام الاحصاء، و56% طرق كتابة البحث.

وبوسعنا التساؤل لماذا غالبية هؤلاء الأخصائيين النفسيين يفقرون للمهارات التدريبية المهمة في المنهجية والاحصاء وطرق كتابة البحث. ويبدو أن الاجابة الوحيدة في ذلك هي ضعف عمليات التدريب في هذه المجالات المهمة في أقسام علم النفس ولهيمنة سوق الاحصاء وكثرة الجبايات والأتاوات المفروضة التي يأخذها بعض كبار علماء النفس في أرقى الرتب المهنية (الادارية) والعلمية (الأكاديمية). ومن المفترض على هذه القيادات في مؤسسات علم النفس أن تحمي المواثيق الأخلاقية المتعلقة بأخلاقيات التدريب والبحث العلمي. ولكن كما يقول المثل "حاميا حراميا"، ومن المعروف بأن أزمة الاقتصاد السوداني خاصة في مجال الزراعة والرعي والصناعة هو كثرة الجبايات وتتعاكس المسألة نفسها لأزمة في البحث العلمي بكثرة الجبايات المأخوذة من الطلاب والتي تولد في النهاية باحثين ومهنيين ضعاف في علم النفس ليست لديهم الثقة في النفس (الخليفة، 2009).

تم عنونة هذه الدراسة "الأخصائيون النفسيون في السودان" ربما يمكن التساؤل هل هناك حقيقة أخصائيون نفسيون بالمعنى المتعارف عليه عالمياً؟ وهل تنطبق المعايير العالمية على هؤلاء الأخصائيين النفسيين؟ وللإجابة على هذا السؤال سوف نقتبس فقرة مطولة من فرح (2009) الذي عمل لفترة طويلة كمعالج نفسي بمصحة كوبر بالسودان. وفي رسالته الالكترونية المؤرخة بتاريخ 8 يونيو 2009 تسأل فرح كذلك هل يوجد في سجل وظائف حكومة جمهورية السودان وظيفة بالمسمى "أخصائي نفسي"؟ إذا تم البحث في هذا المجال فإن مستشارية الطب النفسي تطلب من وزارة الخدمة العامة تخصيص عدد من الوظائف الإدارية التابعة لها لخريجين من علم النفس للعمل بالمستشفيات العقلية تحت مسمى (خبراء) نفسانيين. إنهم رسمياً مساعداً مفتشين إداريين بالدرجة التاسعة وتكتيكياً خبراء وأخصائيون. وعلى الأقل هذا هو الوضع الذي عمل فيه المعالج فرح من العام 1987 وحتى العام 1994. إن تغيير هذا الوضع يتطلب إضافة هذا المسمى (أخصائي نفسي) لسجل الوظائف المدرجة في ديوان شئون الخدمة بقانون ليس هو قانون المجلس الطبي الذي لا يضم سوى الطبيب النفسي كمستول عن الصحة النفسية في البلد. وإنما بقانون جديد للصحة النفسية يعرف من هو الشخص المعول نفسياً في هذا البلد ومن هم الأشخاص الذين تقع عليهم مسؤولية رعاية ذلك الشخص: تخصصاتهم، تدريبهم، مسميات ووظائفهم، وتوصيف مهامهم، فضلاً عن تدرجهم الوظيفي. وبالقسم مثل هذا القانون سوف يحدد العلاقة بين العاملين في مؤسسات الصحة النفسية ويمنع الصراع القائم على السيطرة والتغول على الاختصاصات بحق بدون وجه حق.

أجريت بعض الدراسات المتعلقة بالأخصائيين النفسيين من حيث التخصص والتأهيل والعدد ونسبة الذكور والاناث منهم في بعض الدراسات الأفريقية والآسيوية والعربية والمحلية منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة بيتر وآخرون (Peter et al, 1996) في نيجيريا، وبريدجيت (Bridget, 2002) في باكستان، وأبو حطب (Abu Hatab, 1992) وكينج (King, 1984) في مصر، ومحمود (2002) والخليفة وأحمد (2009)، (2009ب) في السودان. مثلاً أظهرت دراسة بيتر وآخرون (1996) في نيجيريا بأن معظم الأخصائيين النفسيين والبالغ عددهم (50) تقريباً موجودين في المستشفيات التعليمية الجامعية، وأقسام علم النفس والمصحات النفسية. وركزت الدراسة إلى ضرورة التمييز بين دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي والطبيب النفسي ووفقاً لذلك الدراسة فإن أخصائي علم النفس العلاجي الذي لا يتعامل مع علم الصيدلة فليس بمعالج حقيقي. وكشفت دراسة بريدجيت (2002) في باكستان تقلد معظم الأخصائيين النفسيين وظائف عليا في مجال الإدمان وتأهيل الفصام خاصة في مراكز العلاج النفسي.

كما أكدت دراسة كينج (1984) على الشروط اللازمة في مجال علم النفس الاحترافي في مصر، حيث يصرح فقط للأفراد الحاصلين على درجة الدكتوراه في أي مجال من مجالات علم النفس بالعمل. ويحصل على الترخيص بصورة تلقائية إذا كان حامل الدكتوراة عضواً في كلية تابعة لأحدى الجامعات المصرية. وكشفت دراسة أبو حطب (1992) أن نسبة امكانية تطبيق علم النفس تبلغ حوالي 26.77% وأن أكثر المجالات التطبيقية في مجال طب الأمراض العقلية يليه مجال التربية والتدريس، والقضاء والجريمة، والخدمة الاجتماعية، ومجال الإرشاد النفسي ومجال الصناعة. وقام مليكة (1985) بتلخيص بعض الإحصائيات العالمية عن نسب العاملين في مجالات علم النفس من أعضاء الرابطة النفسية الأمريكية فكانت نسبة الممارسين الإكلينكيين حوالي 58.7%، والأكاديميين بالجامعات من أعضاء هيئة التدريس 20%، والباحثين 4.7%، والمستشارين 4.8%، والمشرفين 2.3%، وفي الإدارة 8.7% وجوانب أخرى 1.4% (محمود، 2002).

وفي السودان، أظهرت دراسة أبتسام محمود (2002) أن 39% من الأخصائيين النفسيين تخرجوا من الجامعة ما بين عام (86-1990)، و32% ما بين (80-1985)، و28% بين (91-1993). وتلقى 78% من الأخصائيين النفسيين تعليمهم الجامعي داخل السودان، و22% خارج السودان. و74% من الأخصائيين ليس لديهم تدريب على مستوى الدراسات العليا في مجال علم النفس بينما يحمل 26% منهم درجة البكالوريوس والماجستير. ويعمل 39% من الأخصائيين النفسيين بمستشفى ودمدني التعليمي، و26% في عيادة بحري العصبية، و15% في مستشفى التجاني

عموما هناك أهمية لهذه العينة من الدراسات المسحية النوعية لمعرفة أعداد ونسب الأخصائيين النفسيين بالمستشفيات والمراكز الخاصة وبوزارة التعليم العام بالسودان ونسبة الذكور والاناث منهم في هذه المؤسسات ومكان تأهيلهم العلمي والدرجات العليا التي نالوها في علم النفس. فضلا عن ذلك هناك أهمية لمعرفة توزيع هؤلاء الأخصائيين النفسيين ما بين الخرطوم (المركز) وبقية الولايات (الهوامش)، ومعرفة أسباب الطرد والجدب كديناميات لعلم النفس في السودان. وتساعد مثل هذه الدراسات الاستراتيجية في رسم السياسات القومية العامة لتطبيقات علم النفس في المجالات المختلفة خاصة العلاجية والتربوية فضلا عن رسم سياسة القبول والتدريب للأخصائيين النفسيين في الجامعات والمعاهد العليا وتعمل كل هذه العينة من الدراسات والبحوث على المساهمة في التنمية المستدامة.

1.2. أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية للإجابة على الأسئلة المركزية التالية:

- (1) ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين في مراكز الطب النفسي حسب طبيعة العمل ؟
- (2) ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين حسب النوع بمراكز الطب النفسي بالسودان؟
- (3) ما هي الدرجات العلمية التي يحملها الأخصائيون النفسيون بمراكز الطب النفسي ؟
- (4) ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين الذي يعملون بالمراكز الخاصة ؟
- (5) ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين بوزارة التعليم العام ؟

2. منهج الدراسة

1.2.1 عينة الدراسة

تألفت عينة الدراسة من 3 أنواع من المؤسسات (أ) 12 مستشفى للطب النفسي منها 6 بولاية الخرطوم و6 ببقية الولايات مجتمعة (جدول، 1، 2، 3)، (ب) 14 مركز للتربية الخاصة بولاية الخرطوم (جدول، 4) (ج) رياض الأطفال الحكومية والخاصة ب 7 محليات بولاية الخرطوم (جدول، 5).

2.2. أدوات الدراسة

تهدف الدراسة الحالية لكشف بعض البيانات المتعلقة بالأخصائيين النفسيين بالسودان، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج المسحي وتم جمع البيانات عن طريق المقابلة الشخصية المباشرة مع رؤساء المؤسسات فضلا عن استخدام المقابلة على الهاتف خاصة بأن هناك انتشار واسع للمؤسسات العلاجية والتدخلية في الخرطوم والولايات. وتمت زيارات مكثفة للمؤسسات في الخرطوم وبعض الولايات خاصة مدني.

2.3 الإجراءات والمشكلات

هناك عدة مشكلات جابهت الباحثين في عملية جمع البيانات وذلك لأنها ثاني دراسة في السودان عن الأخصائيين النفسيين. فمُنذ بداية تطبيق علم النفس في المجال الاكلينيكي في مستشفيات الطب النفسي والعيادات النفسية والعصبية في السبعينيات من القرن العشرين فليس هناك توثيق دقيق من قبل علماء النفس لهيكل علم النفس المرضي (الشواذ) وعلم النفس الاكلينيكي (العلاجي). وقد تكون هناك ثغرات في هذه المحاولة البحثية وعلى المهتمين بدراسة تاريخ علم النفس محاولة سدها في الدراسات اللاحقة. وفي البحث الحالي هناك عدة جهود تمت في سبيل

ويقر فرح (2009) بالفرق الشاسع بين عدد الخريجين من أقسام علم النفس والوظائف المتاحة بالنسبة لهم، وحسب وجهة نظره فإن الفجوة بين الحراك الأكاديمي النشاط والسريع والحراك المهني البطيء والمتوقف في معظم الأحيان أحدث الكثير من الخلل في مجال الصحة النفسية عموماً وزاد من الأزمة أن قيادة العمل النفسي كانت وما زالت من الاكاديميين وهم أناس مع كل الاحترام همومهم تختلف عن أولئك المتمرسون خلف أبواب المستشفيات والمراكز. ولم تحدث الجمعية النفسية السودانية تغييراً نوعياً في هذا المجال إذ يتم تسجيل الخريجين في وزارة الصحة ككوادر طبية مساعدة وهذا يعتبر تقنين للأزمة وتكريس للوضع السابق أكثر منه حل. ويأمل فرح أن تركز البحوث النفسية على هذه الجوانب المهمة رغم اعتقاده بأن البحث العلمي لا يشكل نسبة كبيرة من مصادر اتخاذ القرار عند المسؤولين ولكنه على الأقل سوف يوثق لأوضاع قائمة وتحتاج لمعالج. بناء على ملاحظات فرح (2009) السديدة هناك أهمية كبيرة لعملية توثيق مشهد علم النفس الممارس في مجال العلاج النفسي بمستشفيات الطب النفسي في السودان. ولكن نحن أكثر تفاؤلاً من فرح بأنه سوف تكون لهذه البحوث أهمية كبيرة في رسم السياسات القومية فيما يخص تطبيقات علم النفس فضلا عن المساهمة في عملية التنمية المستدامة في السودان. ولقد اتخذت بعض القرارات الجمهورية والوزارية بناء على بحوث قامت بها "مجموعة طائر السمير" في علم النفس منها على سبيل المثال لا الحصر القرار الجمهوري الخاص بتكوين الهيئة القومية لرعاية الموهوبين وتأسيس مدارس الموهبة والتميز، والقرار الوزاري الخاص بتطبيق برنامج اليوسيماس في المدارس الحكومية والمراكز والمدارس الخاصة. وسوف نترك المجال المتعلق بالرؤى في هذا الجزء من الدراسة للحديث عن البيانات الإحصائية.

أظهرت دراسة الخليفة وأحمد (2009) أن عدد الطلاب الدارسين لعلم النفس بالجامعات السودانية حتى عام 2006 حوالي 3300، وتبلغ نسبة الذكور 21% بينما الاناث 79%، وأن نسبة الدارسين لعلم النفس بالجامعات الموجودة بولاية الخرطوم 87% وبقية الولايات مجتمعة 13%. ويبلغ عدد خريجي أقسام علم النفس حتى عام 2006 حوالي 7000 خريج ونسبة الخريجين من جامعات ولاية الخرطوم 91% وبقية الولايات مجتمعة 9%. وربما يتم التساؤل أين يذهب هؤلاء الخريجين في سوق العمل؟ وكما نسبة الأخصائيين النفسيين من هذه العدد الكلي بالمستشفيات والمراكز الخاصة؟ وكما نسبة الاناث والذكور منهم؟ والسؤال لماذا تهيم ولاية الخرطوم على أعداد هائلة من طلاب وخريجي علم النفس ومن حملة الدكتوراة مقارنة بالولايات الأخرى مجتمعة. وهل تتركز الثروة والسلطة في الخرطوم هو السبب؟ وما هي الحلول تجاه هذا الوضع غير العادل أم المنصف؟

وكشفت دراسة الخليفة وأحمد (2009ب) بأن عدد العاملين في مجال تدريس علم النفس بالجامعات السودانية 132 منهم 50% اناث و50% ذكور. وتبلغ نسبة حملة الدكتوراة 43%، والماجستير 51%، والبكالوريوس 6% ويبلغ متوسط حملة الدكتوراة بقسم علم النفس الواحد 2.7 بينما متوسط حملة الماجستير 3.2 عضو. وتم تدريب 79% من علماء النفس داخل السودان بينما 21% في الخارج. ويبلغ عدد أطروحات ورسائل الماجستير الممنوحة في 4 جامعات سودانية هي جامعة الخرطوم، وجامعة أم درمان الإسلامية، وجامعة الجزيرة، وجامعة النيلين 486 منها 108 أطروحة دكتوراة و 378 رسالة ماجستير. وعموما كشفت دراسات الخليفة وأحمد (2009أ، 2009ب) بأن الاتجاه العام لعلم النفس في السودان هو اتجاه تربوي واكلينيكي. ويلاحظ بأن هناك ندرة في الدراسات التي تتناول أعداد علماء النفس في مختلف المجالات التطبيقية لعلم النفس خاصة المجالات العلاجية والتدخلية في المستشفيات والمراكز الخاصة. وتهدف الدراسة الحالية سد الفراغ في هذين المجالين.

المراكز الذين يعملون بصورة دائمة أو سبق تعيينهم (دوام كامل) بلغ عددهم (67) أما الذين يعملون بنظام التعاقد أو التعاون بلغ عددهم (9) أخصائيا نفسيا بمجموع كلي 76. ويعتبر المستشفى المركزي للطب النفسي (مصحة كوبر) بيئة صالحة لتدريب وتأهيل الكوادر في هذا المجال، حيث يضم حوالي (300) مريض وهم (in-Patient) موزعين في خمسة أقسام بها نظام للعناير . كما أن إدارة المستشفى المركزي ومستشفى التجاني الماحي خصصت وهيأت قاعات للدراسة بغرض عمليات التدريب.

أظهرت نتائج الدراسة بأن مستشفى التجاني الماحي سجل أعلى نسبة لعدد الأخصائيين النفسيين المعيّنين بدوام كامل إذ بلغ عددهم (16) بنسبة 24% مقارنة بالمستشفيات الأخرى. وربما يكون ذلك نتيجة طبيعية لمراقبة المستشفى الذي قام بتأسيسه رائد الطب النفسي في السودان وأفريقيا التجاني الماحي فضلا عن ذلك كونه مستشفى منفصل من ناحية جغرافية مقارنة ببقية مستشفيات الطب النفسي الملحقة بمستشفيات أخرى. ويلي ذلك في العدد مستشفى الخرطوم بحري للأمراض النفسية والعصبية (14) بنسبة 21%. كما أوضحت النتائج أن مستشفى الشرطة ببري حصل على أقل عدد للكوادر النفسية، حيث نجد أخصائيا نفسيا واحدا . علما بأن المستشفى قام بإنشاء عنابر خاصة بالمرضى حديثا كما يلاحظ اعتماد المستشفى التام على الكوادر المتعاونة في العمل النفسي. واختلفت نسبة الدراسة الحالية مع دراسة محمود (2002) التي كشفت بأن أعلى نسبة كانت للأخصائيين النفسيين بمستشفى ود مدني التعليمي 39% يليه بحري العصبية 26%، والتجاني الماحي 15%.

كما كشفت نتائج الدراسة الراهنة أن هناك مستشفيات تعتمد اعتمادا كبيرا على الأخصائيين المتعاونين فقط مثل مستشفى الشرطة بكل من كسلا والقضارف والفاشر. ويتبادر إلى الذهن تساؤل حول قلة أعداد الأخصائيين أو الكوادر النفسية هل يرجع ذلك إلى مسائل متعلقة بالتمويل تحول دون تعيينهم أم أن تلك الكوادر لا تفضل العمل في تلك الولايات؟ خاصة أن بعض هذه المراكز موجودة في ولايات تأثرت بعدة مشاكل داخلية أو سياسية مثل دارفور وكسلا. أيضا توضح نتائج الجدول أعلاه أن مستشفى ودمدني التعليمي، وهو مستشفى عام به عنبر خاص بالأمراض النفسية والعصبية، قد خصص عدد (3) معالج نفسي. وعموما كشفت نتائج الدراسة بأن عدد الأخصائيين النفسيين الذين يعملون بولاية الخرطوم 90% بينما الذين يعملون ببقية الولايات مجتمعة 10% فقط. وقد تعكس هذه النتيجة المقلقة سوء توزيع الخدمات النفسية ما بين الخرطوم والولايات. وتحتاج هذه النتائج للاستفادة منها في إمكانية التوزيع العادل لهذه الخدمات خاصة للقطاع الكبير من السكان في الريف والبادية والذي يساهم بقدر أكبر في الدخل القومي.

2.3 : ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين حسب النوع بمراكز الطب النفسي بالسودان؟

وللاجابة على هذا السؤال تم عرض أعداد ونسبة الأخصائيين النفسيين حسب النوع بالمستشفيات السودانية حتى عام 2006 (جدول، 2).

جدول (2) : أعداد الأخصائيين النفسيين حسب النوع بمراكز الطب النفس بالسودان حتى 2006م .

الجهة	أعداد الذكور	النسبة المئوية	أعداد الإناث	النسبة المئوية	المجموع
مستشفى التجاني الماحي	1	11.11%	15	22.38%	16
مستشفى الخرطوم للأمراض النفسية والعصبية	-	-	13	19.4%	13

جمع البيانات منها 25 زيارة لأقسام علم النفس واجراء حوالي 70 مكالمة هاتفية بخصوص جمع البيانات من الجامعات والمستشفيات والمراكز الخاصة ورياض الأطفال لهذه الدراسة ولدراسات أخرى عن هياكل وبنيات علم النفس في السودان (الخليفة وأحمد، 2009، 2009ب).

3. نتائج الدراسة ومناقشتها

3-1 ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين في مراكز الطب النفسي حسب طبيعة العمل ؟

وللاجابة على هذا السؤال تم عرض أعداد ونسبة الأخصائيين النفسيين المعيّنين منهم والمتعاونون بالمستشفيات السودانية حتى عام 2006 (جدول، 1).

جدول (1) : أعداد الأخصائيين حسب طبيعة العمل بمراكز الطب النفسي حتى 2006م

الجهة	أعداد المعينون	النسبة المئوية	المتعاونون	النسبة المئوية	المجموع الكلي
مستشفى التجاني الماحي	16	23.80%	-	-	16
مستشفى الخرطوم بحري	14	20.89%	-	4.16%	14
مستشفى الخرطوم	13	19.40%	-	4.16%	13
مستشفى السلاح الطبي	6	8.95%	-	8.33%	6
مستشفى الشرطة بود مدني	6	8.95%	-	-	6
المستشفى المركزي للطب النفسي	5	7.46%	-	45.83%	5
مستشفى الشرطة بالفاشر	-	-	3	12.50%	3
مستشفى ود مدني للأمراض النفسية	3	4.47%	-	-	3
مستشفى التعليمي مدني	3	4.47%	-	-	3
مستشفى الشرطة بكسلا	-	-	2	8.33%	2
مستشفى الشرطة ببري	1	1.49%	3	12.50%	4
مستشفى الشرطة بالقضارف	-	-	1	4.16%	1
المجموع الكلي	67	100%	9	100%	76

تم جمع بيانات الجدول أعلاه من رؤساء الخبراء النفسيين بالمستشفيات المشار إليها، أما بيانات مستشفى الشرطة بالقضارف، وكسلا ، والفاشر فقد جمعت من مقر إدارة المصحات من رائد شرطة / معالج عادل عبد الرحمن (ديسمبر 2005). ومن بين أهداف هذه الدراسة معرفة واقع علم النفس العلاجي في السودان من خلال جمع بيانات إحصائية دقيقة عن أقسام علم النفس في مراكز الطب النفسي. وتوضح نتائج الجدول أعلاه طبيعة عمل الأخصائيين النفسيين في اثنتي عشر مستشفى في مختلف الولايات بالسودان. حيث اتضح أن أعداد الأخصائيين في تلك

جدول (3): التأهيل العلمي للأخصائيين النفسيين
بمراكز الطب النفسي بالسودان حتى 2006م

الدرجة	البكالوريوس		دبلوم عالي		الماجستير		العدد الكلي
	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	
مستشفى التاجي الماحي	3	6.81%	10	47.61%	3	27.27%	16
مستشفى الخرطوم	6	13.63%	6	28.57%	1	9.09%	13
مستشفى الخرطوم بحري	7	15.9%	4	19.04%	3	27.27%	14
المستشفى المركزي للطب النفسي	6	13.63%	-	-	-	-	6
مستشفى الشرطة بدني	6	13.63%	-	-	-	-	6
مستشفى السلاح الطبي	3	6.81%	1	4.76%	1	9.09%	5
مستشفى الشرطة بري	4	9.09%	-	-	-	-	4
مستشفى بدني للأمراض النفسية	2	4.54%	-	-	2	18.18%	4
مستشفى بدني التعليمي	2	4.54%	-	-	1	9.09%	3
مستشفى الشرطة بكسلا	2	4.54%	-	-	-	-	2
مستشفى الشرطة بالفاشر	2	4.54%	-	-	-	-	2
مستشفى الشرطة بالقضارف	1	2.27%	-	-	-	-	1
المجموع	44	100%	21	100%	11	100%	76

تم جمع بيانات الجدول أعلاه من رؤساء الخبراء النفسيين بتلك المستشفيات. فمن بين أهداف الدراسة الحالية معرفة التأهيل العلمي لعلماء النفس في السودان في المجال العلاجي حيث أوضحت نتائج الجدول (3) أن الغالبية العظمى (44) من الكوادر النفسية من حملة البكالوريوس بنسبة (57.89%) وأن إحدى وعشرون من حملة الدبلوم العالي (27.63%)، وإحدى عشر من حملة الماجستير (14.47%) موزعين على اثنتي عشر مستشفى. ويوجد عدد 3 من الأخصائيين النفسيين من حملة درجة الماجستير بكل من مستشفى التاجي الماحي والخرطوم وبحري. وإذا وجد هؤلاء فرصة للعمل بالجامعات لالتحقوا بها. كما توجد حالة واحدة تحمل درجة الدكتوراه بمستشفى السلاح الطبي. وتوضح هذه النسب بما لا يدع مجالاً للشك قصور في عملية التدريب بالنسبة للأخصائيين النفسيين الذين يعلمون بمراكز الطب النفسي في السودان.

جاءت هذه النتيجة متسقة لما كشفت عنه دراسة ابتسام محمود (2002) بأن أهم المشاكل التي تواجه الاختصاصيين النفسيين العاملين بمستشفيات الأمراض النفسية والعصبية تتمثل في نقص التأهيل العلمي والمهني ونقص التدريب والتسهيلات المقدمة حيث أوضحت أن حوالي 74% ليس لديهم دراسات عليا بينما هناك فقط 26% لهم دراسات عليا

مستشفى الخرطوم بحري	-	-	14	20.89%	14
مستشفى السلاح الطبي	3	33.33%	3	4.47%	6
المستشفى المركزي للطب النفسي	1	11.11%	5	7.46%	6
مستشفى الشرطة بدني	-	-	6	8.95%	6
مستشفى ود مدني للأمراض النفسية والعصبية	1	11.11%	3	4.47%	4
مستشفى الشرطة بكسلا	-	-	3	4.47%	3
مستشفى الشرطة بالفاشر	3	33.33%	-	-	3
مستشفى ود مدني التعليمي	-	-	3	4.47%	3
مستشفى الشرطة بحري	-	-	1	1.49%	1
مستشفى الشرطة بالقضارف	-	-	1	1.49%	1
المجموع الكلي	9	100%	67	100%	76

إن المعلومات أعلاه قاصرة على الأخصائيين الذين يعملون بدوام كامل أو المعيّنين وتم استبعاد المتعاونون والمتدربون والذين هم في الخدمة الوطنية عدا مستشفى الشرطة بالفاشر وكسلا والقضارف بنسبة للاعتماد الكلي عليهم في العلاج النفسي. لقد أظهرت النتائج بأن الغالبية العظمى من الكوادر النفسية هم من الإناث حيث بلغ عددهن (67) بنسبة (88%) في اثنتي عشر مستشفى مقارنة بأعداد الأخصائيين الذكور حيث تراوح عددهم (9) فقط بنسبة (12%) وتبلغ نسبة الإناث في المجال الأكاديمي حوالي 8 أضعاف مقارنة مع نسبة الذكور. وتتفق هذه النتيجة تماماً مع دراسة ابتسام محمود (2002) والتي كشفت بأن نسبة الأخصائيات بالمستشفيات 89% بينما نسبة الذكور 11%. وهناك مستشفيات كبيرة جداً ليس بها أي ذكور مثل مستشفى الخرطوم بحري ومستشفى الخرطوم.

وتكاد تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة الخليفة وأحمد (2009) التي أظهرت بأن نسبة الطلاب الذكور الدارسين لعلم النفس 21% بينما نسبة الإناث 79%. وأظهرت النتائج بأن نسبة الأخصائيين بولاية الخرطوم 90% بينما نسبتهم في الولايات مجتمعة 10% وتتفق هذه النتائج مع نتائج الخليفة وأحمد (2009) التي أظهرت بأن نسبة الدارسين لعلم النفس بولاية الخرطوم 87% بينما نسبة الدارسين بالولايات مجتمعة 13% وأن نسبة خريجي علم النفس بالجامعات بولاية الخرطوم 91% بينما نسبتهم في بقية الولايات مجتمعة 9%. تكشف هذه الدراسة نتائج مهمة تتعلق بمعرفة نسبة الذكور والإناث في مجال علم النفس العلاجي ربما تعكس الاتجاه القائل "بتأنيث علم النفس" أو "علم النفس المؤنث" في السودان إذا صح التعبير. فإن نسبة الذين يعملون بأقسام علم النفس بالجامعات السودانية في المجال الأكاديمي تكاد تكون متساوية بين الذكور والإناث ولكنها منحازة للإناث في المجال العلاجي. وبوسعنا القول بأن هناك ميول عالية جداً لعمل الخريجات من أقسام علم النفس في العمل الإكلينيكي وربما ينسجم ذلك جزئياً مع طبيعة الأنثى في عملية الرعاية والعناية أكثر من الذكور.

3.3. ما هي الدرجات العلمية التي يحملها الأخصائيون النفسيون بمراكز الطب النفسي؟

وللإجابة على هذا السؤال تم عرض أعداد ونسبة التأهيل العلمي للأخصائيين النفسيين لدرجة البكالوريوس والدبلوم والماجستير حتى عام 2006 (جدول، 3).

المركز لتأهيل الأطفال السوداني	1	3.30%
معهد النور	1	3.30%
مركز ملاذ	1	3.30%
معهد سكيانة	1	3.30%
معهد الأمل	1	3.30%
مركز إيمان الخيري	1	3.30%
مركز عائشة	1	3.30%
مركز الطفل الحديث	1	3.30%
المجموع	30	100%

تم جمع بيانات الجدول أعلاه من وزارة الرعاية الاجتماعية ومن رئيس قسم الخدمة النفسية الاجتماعية بالنسبة لبيانات جمعية أسرتنا. وأوضحت نتائج الجدول (4) أن أعداد الأخصائيين النفسيين في أربعة عشر مركز بلغ (30) أخصائي بولاية الخرطوم بدوام كامل بمتوسط حوالي 2 أخصائي نفسي مقارنة بالعاملين في الجامعات حيث بلغ عددهم (128) والعاملين في مستشفيات الطب النفسي بدوام كامل بلغ عددهم 67. كما يلاحظ أن جمعية أسرتنا التي تعمل في مجال الإعاقة تضم أعلى عدد من الأخصائيين النفسيين بلغ عددهم (6)، يلي ذلك الاتحاد القومي للشباب الصم (5) ثم مدرسة رضا الحديثة (4) أخصائي. وهناك 8 مراكز بها أخصائي نفسي واحد بدوام كامل حتى عام 2006. ولم يتم الحصول على إحصائيات عن أعداد الأخصائيين النفسيين في المراكز الخاصة في الولايات المختلفة خارج الخرطوم أو بقية المراكز العاملة في المجال في الخرطوم. ولكن تعكس هذه النتائج وضع غير مطمئن عن عدية وتأهيل العاملين في مراكز التربية الخاصة.

ربما يمكن القول بأن هناك قلة من الأخصائيين الذي يعملون في مراكز التربية الخاصة مع أن هناك تخصص على مستوى الدبلوم العالي لهذه الفئة في أعرق جامعة بالسودان. وهناك مقررات عن التربية الخاصة تمت أجازتها على مستوى البكالوريوس بقسم علم النفس بجامعة الخرطوم. والسؤال المطروح أين يذهب خريجي هذا التخصص؟ وربما يتم التساؤل كذلك ما هي مؤهلات هؤلاء الأخصائيين بمراكز التربية الخاصة مقارنة بمؤهلات العاملين بالمستشفيات؟ وهل البيئة المهنية مهيأة بالنسبة لهم؟ أم أن عوامل الطرد قوية من هذه المراكز كما بالنسبة للعاملين في المستشفيات النفسية؟ وهل تقدم هذه المراكز خدمات رفيعة المستوى لمن يدخلها وبأخلاقيات علمية ومهنية رفيعة تم اكتسابها بواسطة العاملين أثناء عمليات التدريب؟ ومن يدير هذه المراكز الخاصة وهل لهم رؤية مستقبلية بخصوص تطبيقات علم النفس أم من الذين يفكرون في رزق اليوم باليوم؟ الجدير بالذكر بدأت مشاريع جديدة في السودان تتمثل في مشروع طائر السمير (الخليفة، 2008) وارتبطت بفتح أسواق جديدة لخريجي أقسام علم النفس في مجال التدريب خاصة في برنامج اليوسماس الماليزي الخاص بالحساب الذهني وكذلك في مجال رعاية أطفال مدارس الموهبة والتميز التي تديرها الهيئة القومية لرعاية الموهوبين. ولقد وفرت هذه المشاريع الإبداعية والتجديدية فرص عمل لعشرات خريجي علم النفس وبقية التخصصات المجاورة أكثر من العاملين (97) في كل مراكز الطب النفسي (67) والمراكز الخاصة (30).

5.3 ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين بوزارة التربية والتعليم العام ؟

على مستوى الدبلوم والماجستير. وربما يكون هناك تحسن نسبي في عملية التدريب بين عام 2002 حيث أجرت ابتسام دراستها وبين عام 2006 حيث أجريت الدراسة الحالية وذلك بزيادة نسبة 7% خلال 4 سنوات. كما جاءت نتائج الدراسة متفقة بعض الشيء مع نتائج بعض الدراسات الإقليمية في أفريقيا. مثلاً، أظهرت دراسة بيتر (Peter, 1996) التي هدفت لمعرفة حالة علم النفس السريري في غرب أفريقيا، أن التسهيلات التي تقدم بغرض التدريب في مجال علم النفس السريري بأنها غير كافية من حيث عدد الأفراد المؤهلين لا يتناسب مع مقدار المهام المطلوبة منهم. أما دراسة كينج (1984) فقد عالجت وضعية علم النفس الأكاديمي والاحترافي في مصر والمشاكل التي تعوق تطوره، وهناك معايير صارمة في مهنة العلاج النفسي الاحترافي حيث يسمح فقط للأفراد الحاصلين على درجة الدكتوراه في أي مجال من مجالات علم النفس بالعمل ويحصلون على ترخيص بصورة تلقائية إذا كان عضواً في كلية تابعة لإحدى الجامعات الوطنية. وحسب هذه الشروط الصارمة فهناك فرد واحد في السودان من مجموع 76 يحق له مهنة مزاوله العلاج النفسي لأنه يحمل درجة الدكتوراه في علم النفس الاكلينيكي.

أظهرت نتائج الدراسة بأن نسبة التأهيل العلمي لأخصائيي علم النفس بدرجة الماجستير بولاية الخرطوم لوحدها (72.73%) بينما نسبة التأهيل لبقية الولايات مجتمعة (27.27%). ويلاحظ اتساق هذه النتائج مع نتائج حملة الدكتوراه في الجامعات الولائية مقارنة مع حملتها في جامعة الخرطوم وكذلك أعداد طلاب وخريجي علم النفس وربما التسهيلات والميزانيات المرصدة للجامعات. كما كشفت دراسة الخليفة وأحمد (2009) أن نسبة التدريب للذين يعملون في المجال الأكاديمي من حملة الدكتوراه في علم النفس (57%)، والماجستير (67%)، والبكالوريوس (8%). وتتبع الشؤرة بالنسبة للأخصائيين النفسيين الذين يعملون بالمستشفيات. ربما يمكن القول بأن فرص التدريب عالية جداً للذين يعملون في الجامعات في المجال الأكاديمي مقارنة مع المستشفيات في المجال العلاجي. لذلك السبب يلاحظ الهجرة الجماعية زرافات ووحدانا للاختصاصيين النفسيين الذين يعملون بالمستشفيات بمجرد تدريبهم ونيلهم درجات عليا يقيمون شطر أقسام علم النفس للعمل بالجامعات. وتعني هذه النتيجة زيادة أعداد المتخصصين في علم النفس المرضي وعلم النفس العلاجي مقارنة مع بقية أفرع علم النفس الأخرى بأقسام علم النفس كما تعني كذلك هجرة الكوادر المدربة وذات الخبرة للعمل بالجامعات مع الحاجة لها بالمستشفيات. وبوسعنا القول بأن عوامل الطرد قوية لعلماء النفس من المستشفيات بينما عوامل الجذب قوية في الجامعات ويلعب هذان العاملان دوراً رئيساً في ديناميات علم النفس في السودان.

4.3 ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين الذين يعملون بالمراكز الخاصة ؟

وللإجابة على هذا السؤال تم عرض أعداد ونسبة الأخصائيين النفسيين بمراكز التربية الخاصة بالخرطوم حتى عام 2006 (جدول، 4).

جدول (4): أعداد الأخصائيين النفسيين بمراكز التربية الخاصة حتى 2006

المؤسسة	أعداد الأخصائيين	النسبة المئوية
جمعية أسرتنا	6	20%
الاتحاد القومي للشباب الصم	5	16.60%
مدرسة رضا الحديثة	4	13.30%
اتحاد المكفوفين القومي	3	10%
معهد فرسان الإرادة	2	6.60%
مركز الأنيس	2	6.60%

ولاجابة على هذا السؤال تم عرض أعداد ونسبة الأخصائيين النفسيين برياض الأطفال بولاية الخرطوم حتى عام 2006 (جدول، 5).

الولاية	الأخصائيون (حكومي)	النسبة المئوية	الأخصائيون (خاص)	النسبة المئوية	الكل العدد	النسبة المئوية
ولاية الخرطوم	24	31.16 %	124	32.71 %	148	32.45 %
ولاية أم درمان	13	16.88 %	110	29.02 %	123	26.97 %
ولاية شرق النيل	12	15.58 %	40	10.55 %	52	11.48 %
ولاية بحري	10	12.98 %	29	7.65 %	39	8.55 %
ولاية جبل أولياء	10	12.98 %	25	6.59 %	35	7.67 %
ولاية كرري	4	5.19 %	30	7.91 %	34	7.45 %
مؤسسة الخرطوم	-	-	13	3.43 %	13	2.85 %
ولاية أمبدة	4	5.19 %	8	2.11 %	12	2.63 %
المجموع	77	100 %	379	100 %	456	100 %

جمعت بيانات الجدول أعلاه بإجراء مقابلة شخصية مع كل من الأستاذ جعفر مأمون محمد سعيد المدير الفني للتعليم قبل المدرسي بولاية الخرطوم في يونيو 2007 والأخصائي فاطمة باشري بمؤسسة الخرطوم للتعليم الخاص في أغسطس 2006. أظهرت نتائج الدراسة بأن عدد الأخصائيين النفسيين العاملين برياض الأطفال في ولاية الخرطوم (456) منهم (379) في الرياض الخاصة و(77) في الرياض الحكومية موزعين بولاية الخرطوم. وكشفت النتائج بأن محلية الخرطوم حظيت على أعلى نسبة لأعداد الأخصائيين النفسيين برياض الأطفال (32.45%) بلغ عددهم 148 يلي ذلك محلية أم درمان (26.97%) أما أدنى نسبة تمثلت في محلية أمبدة، ومؤسسة الخرطوم للتعليم الخاص. وتبلغ نسبة العاملين بولاية الخرطوم لوحدها أكثر من 4 محليات مجتمعة.

مما سبق يتضح بأن أعداد الأخصائيين النفسيين برياض الأطفال الخاصة حصلت على أعلى نسبة (83%) مقارنة برياض الأطفال الحكومية (17%). وفي ذات السياق يلاحظ بأن أعداد الأخصائيين النفسيين برياض الأطفال بمؤسسة الخرطوم للتعليم الخاص بلغ عددهم (13). عموماً هذه الأعداد تعكس أهمية هذه المرحلة في إعداد أجيال المستقبل وهي مناسبة لتقابل حاجات الأطفال النفسية، كما يلاحظ من خلال بيانات المقابلة الشخصية للتأهيل العلمي لتلك الأعداد جميعهم من حملة البكالوريوس عدا حالة واحدة تحمل درجة الماجستير في علم النفس بمؤسسة الخرطوم للتعليم الخاص. إن هذه النتيجة اللافتة للانتباه ربما تجعلنا نتساءل ما هي أعداد الأخصائيين النفسيين الذين يعملون ببقية المؤسسات التعليمية الخاصة؟ وبوسعنا القول بأن أكثر فرص العمل المتاحة بالنسبة لخريجي علم النفس هي برياض الأطفال.

وغالبية العاملات في رياض الأطفال هن من خريجات جامعة الأحفاد. كما نعلم بأن لهذه الجامعة تخصص دقيق في علم النفس ورياض الأطفال وربما يكون التخصص الأعرق في السودان. ويلاحظ وجود غرفة ملاحظة صممت بمواصفات عالية في مركز تدريب الطفولة المبكرة بالجامعة شيدت خصيصاً لأغراض الاشراف وربما للبحث العلمي. وملاحظة جديرة هي الاهتمام بغرفة الطفولة المبكرة من قبل خريجات

جامعة الأحفاد مع غياب هذا الاهتمام بالنسبة للباحثين في علم النفس في كليات الآداب وكليات التربية بالجامعات السودانية. إذا يلاحظ بأن غالبية رسائل الماجستير وأطروحات الدكتوراة تتجاهل دراسة هذه الفئة بالبحث نسبة صفر% إذا تهتم غالبية البحوث بالطلاب خاصة في المرحلة الجامعية ويرجع السبب في ذلك لسهولة العمل معها في ملئ الاستمارات والاختبارات. وتعني هذه النتائج المقلقة تهيمش مرحلة الطفولة المبكرة وذلك لصعوبة استخدام أدوات "علم نفس الورقة والقلم" عليها. كما يلاحظ عدم توظيف أو تجاهل أو اغفال الملاحظة العلمية في بحوث علم النفس في السودان. مع العلم بأنهم من أكثر الأدوات دقة في جمع البيانات وتعكس الواقع الحقيقي بدل الاستمارات ذات الصدق والثبات العالي التي تزييف الواقع وتقدم تفسيراً وفهما خاطئاً للسلوك والتفكير والانفعال. وربما يمكن التساؤل هل هناك أي غرفة للملاحظة في أقسام علم النفس حتى العريقة بخلاف الموجودة في جامعة الأحفاد؟ من المعلوم بأن الملاحظة هي نقطة البداية في علم النفس كما يقول هيلقارد وأتكينسون وأتكينسون (Hilgard, Atkinson & Atkinson, 1969) في كتابهم الشهير "مقدمة في علم النفس" أكثر الكتب الذي يدرس في أقسام علم النفس حول العالم.

4. خلاصة وتطبيقات مستقبلية

كشفت الدراسة الحالية عن 5 اتجاهات عامة منها (أ) تبلغ نسبة الأخصائيين النفسيين بولاية الخرطوم 90% بينما نسبة العاملين في بقية الولايات مجتمعة 10% (ب) تبلغ نسبة الأخصائيين النفسيين الإناث 88% بينما نسبة الذكور 12% (ج) غالبية الأخصائيين النفسيين غير مدربين 58% (د) هناك قلة من الأخصائيين النفسيين العاملين في مراكز التربية الخاصة عددهم 30 (هـ) غالبية الأخصائيين النفسيين يعملون في رياض الأطفال (457). عموماً كشفت نتائج الدراسة الحالية أوجه القصور والنقص الشديد بالنسبة للتدريب والتأهيل العلمي. وربما يمكن التساؤل هل يتم تنظيم مهنة الأخصائي النفسي في المجال العلاجي في السودان وفقاً لقانون معين؟ يبدو بأن هناك جهوداً مبذولة في هذا الخصوص مثل محاولة الجمعية النفسية السودانية في تنظيم قانون المهن النفسية وتوصيف الوظائف لممارسة العلاج النفسي، حيث أوضحت الشروط اللازمة التي تتمثل في الحصول على درجة الدكتوراه أو الماجستير في العلاج النفسي أو مؤهل عالي من أي جامعة معترف بها وأن يكون عاملاً أو منتسباً بإحدى جمعيات العلاج النفسي أو أحد معاهد العلاج النفسي أو حاصلاً على بكالوريوس في علم النفس مع خبرة لا تقل عن أربع سنوات بعد الترخيص. كما أوضحت تشكيل المجلس القومي للصحة النفسية ومجالس الصحة النفسية بالولايات. ولكن يتم التساؤل هل تم تطبيق ذلك بالفعل بالنسبة لمزاولة مهنة العلاج النفسي بالسودان؟ أم هي حبر على ورق؟

هناك أهمية لتطبيقات لاحقة في المجال:

- (1) مشكلات التدريب والتأهيل بالنسبة للأخصائيين النفسيين في المستشفيات
- (2) أخلاقيات العلاج النفسي في السودان
- (3) دراسة اتجاهات الإناث في مجال العلاج النفسي
- (4) أماكن العمل بالنسبة للمتخرجين من دبلوم التربية الخاصة وماجستير علم النفس العلاجي
- (5) دراسة حالة عن خريجات جامعة الأحفاد في مجال رياض الأطفال
- (6) عوامل الطرد في العمل في الولايات وعوامل الجذب للعمل في مستشفيات ولاية الخرطوم
- (7) عوامل الطرد من العمل في المستشفيات وعوامل الجذب للعمل في الجامعات السودانية.

والعصبية في السودان. دراسات نفسية 1، 120-103.

مليكة، لويس (1985). علم النفس الاكلينيكي. الجزء الأول: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الاكلينيكية.

القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

Abou Hatab, F. (1992) Psychology in Egypt. In: V.S. Sexton J. D. Hogan (Eds). International Psychology: Views from around the World. Lincoln: University of Nebraska Press .

Bridget, M. (2002). Psychology takes a tenuous in Pakistan. American Psychologist, 13 , 26-31 .

Hilgard, E., Atkinson, R., & Atkinson, R. (1969). Introduction to Psychology. 7th Ed. New York: Harcourt.

King, D. (1984). Psychology in the Arab Republic of Egypt. International Journal of Psychology , 26 (5), 231-245.

Peter, E, et al. (1996). Clinical Psychology in Sub-Saharan Africa. World Psychology .2, 1, 87-102 .

5. قائمة المراجع

باشري، فاطمة (أغسطس، 2006). مقابلة شخصية، مؤسسة الخرطوم للتعليم الخاص، الخرطوم.

الخليفة، عمر هارون . (2009). توطين علم النفس في العالم العربي. الطبعة الأولى. عمان. دار الفكر.

الخليفة، عمر هارون، وأحمد، انعام علي (2009). بعض هياكل علم النفس في السودان. مخطوط غير منشور، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم، السودان.

الخليفة، عمر هارون، وأحمد، انعام علي (2009). بعض بنيات علم النفس في السودان. مخطوط غير منشور، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم، السودان.

سعيد، جعفر مأمون (يونيو، 2007). مقابلة شخصية، وزارة التعليم العام، ولاية الخرطوم.

عبد الرحمن، عادل (ديسمبر، 2006). مقابلة شخصية، مصحة كوبر، الخرطوم بحري.

فرح، علي (2009). رسالة الكترونية بتاريخ 8 يونيو 2009.

حمود، ابتسام . (2002). الاحتياجات التدريبية للأخصائيين النفسيين العاملين في أقسام الأمراض النفسية

Search To APN Database

Papers

<http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp>

[Papers Form](#)

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Books

<http://www.arabpsynet.com/book/default.asp>

[Books Form](#)

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

Thesis

<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

[Thesis Form](#)

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Arab Psychiatrist

<http://www.arabpsynet.com/CV/default.asp>

Arab Psychologist

<http://www.arabpsynet.com/CV/defaultPsychologists.asp>

[CV Form](#)

www.arabpsynet.com/cv/CV.HTM

Search By APN Database

Electronic PSY Dictionary English Dictionary

<http://www.arabpsynet.com/eng/SearchEngForm.htm>

[Add or Revise New English Psyterm](#)

<http://www.arabpsynet.com/propeng/engPropForm.htm>

French Dictionary

<http://www.arabpsynet.com/FR/SearchFrForm.htm>

[Add or Revise New French Psyterm](#)

<http://www.arabpsynet.com/propfr/FrPropForm.htm>

Arabic Dictionary

<http://www.arabpsynet.com/AR/SearchArForm.htm>

[Add or Revise New Arabic Psyterm](#)

<http://www.arabpsynet.com/propar/arPropForm.htm>

Jobs Offer Search

<http://www.arabpsynet.com/joboe/consalljoboe.asp>

[Jobs Offer Form](#)

<http://www.arabpsynet.com/joboe/JobsoEForm.htm>

Jobs Demand Search

<http://www.arabpsynet.com/jobde/consalljobde.asp>

[Jobs Demand Form](#)

<http://www.arabpsynet.com/jobde/JobsoDForm.htm>

عسر القراءة: الدماغ الاستثنائي

أ. مصطفى شقيب - علم النفس، المغرب

chagib@yahoo.fr

يقدر أن عشرة في المائة من الأطفال في سن الدراسة يعانون عسر القراءة؛ تمر دراستهم بسلسلة من الاحباطات، مجهودات غير مكافأ عليها و مستقبل وظيفي في كثير من الأحيان معرض للخطر.

إنه ليس -كما كان يعتقد لفترة طويلة- نتيجة قصور تربوي، ذكاء ناقص أو حتى تقييد نفسي، ولكنه سمة من دماغهم، **دماغ استثنائي**.

يتيح علم النفس العصبي الحديث اليوم فهما أفضل لهذه الميزة، كما تعلمنا أن الصعوبات التي عانها هؤلاء الأفراد لتعلم القراءة والكتابة كثيرا ما تقابلها مواهب أو قدرات هامة في مجالات أخرى، وأنه بإعادة التربية يمكن أن يتغير مستقبل الطفل تغييرا تاما.

ويبدو أن عسر القراءة اليوم كمعضلة طبية واجتماعية وتربوية ذات الأهمية الأولى ومن المجالات ذات الأولوية للبحوث في علم الأعصاب في السنوات القادمة.

عشوائيا. في واقع الأمر، فإنه يمثل بكيفية ثابتة-لدهشة- من دراسة إلى أخرى (أي كان هذا البلد، نوع الثقافة ونوع اللغة) النسبة المئوية للأفراد الذين يستجيبون لتعريف دقيق، تعريف منظمة الصحة العالمية. هذا التعريف يعني تحت نفس اللفظ سكان مختلفين: أولا، لجميع الأطفال، على الرغم من ذكاء طبيعي (مقاس بمعدل الذكاء)، وبيئة مدرسية سليمة (كما هو الحال في الوقت الراهن على أساس إلزامي في جميع البلدان الصناعية)، يظهرون مهارات للقراءة في المتوسط أقل بكثير من المواضيع من نفس الفئة العمرية، ولكن أيضا جميع الكبار الذين اظهروا هذه الخصائص خلال مرحلة الطفولة، ولديهم أداء أقل بكثير من متوسط البالغين.

3. لا خلط بين عسر القراءة والفشل الدراسي

هذا التعريف يستحق بعض التعليقات. أولا، لأنه يستثنى جميع المواضيع التي ربما لم تتعلم القراءة إما بسبب نقص الذكاء (التخلف العقلي)، أو بسبب عدم التمدن (بسبب الغياب أو المرض، على سبيل المثال).

وهكذا، فعسر القراءة يختلف اختلافا واضحا عن مفهوم الفشل الدراسي، الذي قد يكون احد أسبابه المحتملة، ولكن الذي لا يتطابق معه: جميع الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم في المدارس الابتدائية غير مضطربي الكتابة، والعكس بالعكس، يمكن للطفل أن يكون مضطرب القراءة دون أن يعاني فشلا مدرسيا ممتدا (خصوصا إذا كان عسر القراءة خفيفا يمكن تعويضه عن طريق تطوير المهارات الأخرى السليمة). بعض مضطربي القراءة المشاهير خير دليل لإثبات ذلك!

4. عسر قراءة البالغين: السبب: الأمية

وعلاوة على ذلك، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، يهم عسر القراءة البالغين أيضا، بل وإنه من دواعي الاستشارات المتزايدة الوتيرة: أغلب الأطفال مضطربي القراءة، حتى لو تم إعادة تأهيلهم على

1. ما هو عسر القراءة؟

لأكثر من قرن و المدرسون والأطباء يدركون وجود هؤلاء الأطفال الذين، على الرغم من ذكاءهم العادي، يجدون صعوبة كبيرة في تعلم القراءة والكتابة. ما بين 6 و 8 سنوات، معظم الأطفال، بغض النظر عن طريقة التحصيل التعليمية التي يتلقونها، سوف يتعلمون استخدام اللغة المكتوبة، كما تعلموا المشي أو الكلام، أو لا بكيفية متلعثمة، ثم شيئا فشيئا بطريقة خبيرة وتلقائية، بحيث خلال أشهر قليلة سيكونون قد اكتسبوا- تقريبا دون مجهود يذكر- قدرة مذهلة على التعرف على مئات الكلمات المكتوبة، نطقها وفهم معانيها واستحضارها بتلقائية أو عندما تملى.

فلماذا أقلية منهم لا تستطيع ذلك؟ نسبة مئوية ثابتة للغرابة بغض النظر عن البلد، واللغة والثقافة والبيئة الاجتماعية، سوف تستشعر الصعوبة البالغة التي لا يستشعرها آخرون البتة ودون أي جهد يذكر، ويصير التعلم اليومي الذي غالبا ما يأخذ طابع لعبة لآخرين، اختبارا لا يطاق؟

هل هؤلاء الأطفال مجرد كسالى؟ أو لديهم خلل فكري، أو معاناة نفسية مسئولة عن إعاقة ذهنية؟ على أي حال، هذه هي التفسيرات التي كانت تقدم دائما حتى الآن.

في الواقع، إنهم ليسوا كسالى ولا أغبياء، ولا أكثر هشاشة من الناحية النفسية من غيرهم؛ إنهم يعانون فقط، نحن نعرف ذلك الآن، وذلك من عدم نضج ميكانيزم دماغي مسئول خصيصا عن التعامل مع اللغة المكتوبة. التقدم الذي أحرز مؤخرا في مجال علم النفس العصبي يساعد على توضيح طبيعة هذا الخلل، بل حتى على تحديد النظم الدماغية المعنية وبخاصة على تطبيق أساليب إعادة التأهيل النطقي المتكيفة مع كل حالة على حدة.

2. معطيات واعتبارات أولية

قد يبدو الرقم 10 % من مضطربي القراءة لدى عامة السكان

- طور إملائي: تشكل تدريجي لمفردات إملائية.
- الكتابة: تهئي تثبيت إجراء أبجدي.
- طور مكتوب-تصويري: التعرف الشامل بفضل مؤشرات بصرية مثلا.
- طور أبجدي: تعلم أسماء الحروف، الشكل الصوتي، المقطع اللفظي، والكلمات المكتوبة.
- طور إملائي: تشكل تدريجي لمفردات إملائية.
- الكتابة: تهئي تثبيت إجراء أبجدي.

7. التعرف على الكلمات ، ليس قراءة

في هذا الطور التصويري ، لا يعرف الطفل بالطبع القراءة ، ولكنه قادر في بعض الأحيان على التعرف على عدد كبير من الكلمات ، وذلك بفضل بعض المنبهات البصرية فقط. إنها هذه القدرة التي تستخدم خلال الأشهر الأولى في التعلم المدرسي للقراءة في المدارس التي تطبق ما يسمى بالطريقة "الشاملة" أو "شبه الشاملة". يوه للطفل أنه يتعلم القراءة عبر تعليمه التعرف إجمالاً على الكلمات. ولكن حتى الآن ليست هناك قراءة بالمعنى الحقيقي للكلمة لأن الطفل لا يزال لم يقدّم التبادلات بين الحروف والأصوات ، التي هي أساس المرحلة الثانية: الطور الأبجدي.

ومن المفارقات في هذه المرحلة ، هو أن الكتابة من شأنها أن تساعد على تطوير مهارات القراءة : حيث سيعمل الطفل ، بواسطة الكتابة ، على وضع نظام أساسي الذي هو القاعدة الأساسية للقراءة ، والذي يتمثل في وضع رابط أوتوماتيكي بين الشكل البصري (الحروف، مجموعات الحروف، المقاطع) ومقابلته الصوتي. ونحن نعلم الآن بوجود نظام الخلايا العصبية في الدماغ تحديدا مخصص لهذه المهمة. يُستخدم هذا النظام في البداية لمنح اسم (إن صوت) لكل حرف، سيتمكن قريباً من تحويل مجموعات حروف إلى سلسلة أصوات.

8. من الأبجدية إلى الإملاء : القاموس المحمّول "

وأخيراً ، يعني أن المرحلة الأخيرة هي عندما يصبح الطفل قادراً على إدراك كل كلمة ككيان ، وذلك بفضل التشكيل التدريجي لما يسمى القاموس المهجئ/ الإملائي.

تشغيل هذا القاموس لا يزال غير مكتمل المعرفة ، ولكن يبدو أن مثل القاموس المحمّل يُشغل قواموس يحال عليه لكل كلمة تُقرأ ، وذلك وفق إجراء من نوع "قوتوغرافي" ، مما يتيح تحديداً سريعاً (أكثر سرعة كلما كانت الكلمة مألوفة للغاية) ، و من ثم الحصول الفوري على المعنى. إنه هذا الإجراء («أصور، أتعرف، أفهم») الذي يتطور فيما بعد ليصبح أكثر فعالية، حيث تصير القراءة أكثر كفاءة . وفي نهاية المطاف ، فإن القارئ البالغ لن يستخدم تقريباً إلا الإجراء "التصويري" ، وهو بالطبع أسرع بكثير و "الاقتصادي" أكثر بدل المرور عبر جمع الأشكال الصوتية (التي لا تزال ضرورية في كل الأحوال، عندما يكون علينا قراءة كلمات جديدة على سبيل المثال ، أو لا معنى لها ، أو كلمات بلغة أجنبية).

9. الطريقة "الشاملة" أو المقاطع الصوتية؟

من الثابت بالتأكيد الآن أنه إذا كانا كل من هذين النظامين قادرين على العمل بشكل مستقل ، فإن تشكيلهما لدى الأطفال في غاية الترابط: لا يمكن للطفل تكوين قاموس إملائي (نظام "شامل") إلا إذا كان نظام "التحليل" يعمل بشكل صحيح.

وبعبارة أخرى ، استخدام المدرسين للنظام الشامل أو شبه الشامل

نحو صحيح ، سيحتفظون ككبار بآثار من عسر قراءتهم ، وذلك خصوصاً على شكل ضعف في كتابة الإملاء.

أخطر أشكال عسر القراءة ، والحالات التي لم تستطع ، لسبب أو لآخر ، الاستفادة من إعادة تأهيل كافٍ ، سوف تعمل على زيادة عدد صفوف الأميين ، والأمية ، التي تعتبر واحدة من آفات المجتمعات ، لن يتم القضاء عليها إلا بفهم أفضل لاضطراب عسر القراءة.

5. علم الوراثة أم البيئة؟

نتفق في الوقت الراهن على اعتبار عسر القراءة ظاهرة بيولوجية ، بمعنى أنها مرتبطة بحالة مشكلة للجهاز العصبي ، وبالتالي ليست نتيجة لبيئة الطفل. إذ نلاحظ أنه في أكثر من 50 ٪ من الحالات ، وجود أقرباء لمضطرب القراءة واحد أو أكثر -يحمل خصائص مماثلة ، وإن كانت التسمية "عسر قراءة" ليس بالضرورة لصيقة بهم.

كذلك ، على سبيل المثال ، من الشائع اكتشاف الأب لدى عسر قراءة ابنه أنه كان يعاني وهو طفل من نفس النوع من المشاكل. كذلك ، من الشائع وجود لدى هذا الموضوع و / أو الأقارب درجة معينة من الاضطراب في استعمال اليد ، حالة تعتبر ذات أساس عصبي والتي بدأنا نعرفها جدياً. فيما يعتبر البعض أن ارتفاع نسبة الأولاد المضطرب القراءة أكثر من البنات دليلاً على تورط العوامل الهرمونية في نمو الدماغ. فالشروع النوعي لبعض حالات الحساسية أو المضطرب المناعة مثل الإكزيما والربو والحساسية للأدوية ، المعترف بها إحصائياً بين مضطربي القراءة ، يشير إلى وجود صلة بين العملية التي وراء اضطراب عسر القراءة وتلك المسؤولة عن هذه الإصابات، وهنا مع طابع جيني لهذا الربط.

وأخيراً ، فإن هذه السمات الوراثية قد تم تعزيزها في الآونة الأخيرة بدراسات سمحت بتحميل المسؤولية لثلاثة كروموزومات (15 ، 1 ، 6) ناقلات محتملة للجينات لعسر قراءة (ولكن من غير المرجح وجود جين لعسر القراءة).

6. تعلم القراءة والكتابة : آليات تم تحليلها جيداً

لفهم ما يحدث في دماغ مضطرب القراءة ، لنرى أولاً ما هي مراحل التطور الطبيعي للقراءة والكتابة كما تشرحها نظريات علم النفس العصبي الحديثة:

من المفترض أن يمر هذا التعلم بمراحل ، لكل من القراءة والكتابة ، والأهم أن هاتين الآليتين ، القراءة والكتابة ، تعزز كل منهما الأخرى وفق علاقات متبادلة.

- المرحلة الأولى المسماة "تصويرية" تقابل الاتصالات الأولى للطفل مع اللغة المكتوبة

فطفل الثلاث سنوات يظهر أنه يتعرف على كلمة "أ" ، مثلاً دهشة والديه ، وذلك ليس لأنه "قرأها" بالمعنى المعتاد ، ولكن ببساطة تعرف منها على الهيئة العامة بناء على أدلة خارجية : على شكل الحروف، لونها والمظهر العام للكلمة. ولا يحتاج المرء للاقتناع إلا أن تظهر كلمة مختلفة تماماً ، ولكن مكتوبة باستخدام نفس الخصائص ليُدرك أنه لم يكن يقرأ الكلمة ، بما أنه سينطق عموماً من جديد كلمة "أ".

- طور مكتوب-تصويري: التعرف الشامل بفضل مؤشرات بصرية مثلاً.

- طور أبجدي: تعلم أسماء الحروف ، الشكل الصوتي ، المقطع اللفظي ، والكلمات المكتوبة.

لمهاراتهم في هذا النوع من الاختبارات. والواقع أنه من الواضح أن هناك ما يدل الآن على أن التحليل التجزيئي عامل تنبؤي ممتاز بالصعوبات المحتملة للطفل بعد سنتين لتعلم القراءة والكتابة.

وبالإضافة إلى ذلك ، أظهر الاخصائيون النفسيون العصبيون أن التدريب المبكر لقدرات التحليل التجزيئي قد يحسن كثيرا القدرات اللاحقة للقراءة. ولذلك فإن من الأهمية بمكان المعرفة بوجود مثل هذه الاضطرابات لتحليل أصوات الكلمات من أجل الكشف في أقرب وقت ممكن ، حتى قبل بدء تعلم القراءة ، عن الأطفال المعرضين لخطر تطوير اضطراب عسر القراءة .

12. الأصوات، ولكن أيضا الرؤية

يُظهر مضطرب القراءة إذن اضطرابا خاصا جدا ومحددا جدا لمعالجة الأصوات اللغوية، وقادرا على الإخبار بجزء كبير من صعوبات التعلم. بيد أن الكثير من التركيز ينصب حاليا على سمة أخرى من العمل الدماغى لمضطرب القراءة ، وفي هذه المرة على مجال الإدراك البصري. لقد ثبت أن مضطرب القراءة يعاني صعوبات أكثر من الطفل غير المضطرب القراءة لدى معالجة و تمييز المواد البصرية، حتى لو لم يتعلق الأمر بالكلمات، وذلك عندما يقدم الطفل المضطرب القراءة في ظل ظروف معينة، بالضبط خلال التغيرات السريعة وذات التمايز الضعيف.

وهكذا، على سبيل المثال ، إذا كنت تسأل طفلا عسير القراءة للنظر في رقعة شطرنج ذات لونين (أبيض -أسود) ، بينما نعمل على تغيير كثافة التباين (المربعات البيضاء تميل نحو الرمادي الفاتح و المربعات السوداء إلى الرمادي الداكن)، ونقلب بسرعة لون كل مربع (السوداء / الرمادية الداكنة تصبح بيضاء / رمادية فاتحة، والعكس بالعكس) سيجد صعوبة أكبر في تمييز الانتقال من لون لآخر من فرد غير مضطرب القراءة، وهذه الصعوبة تكون أكثر وضوحا كلما كان الانتقال أسرع و التباين أقل صرخا.

وهكذا ، فإن دماغ مضطرب القراءة يُظهر في نفس الوقت خصائص نظم المعالجة الصوتية و خصائص نظم المعالجة المرئية. وانه لا يمكن القول في الوقت الحاضر أي من الاليتين، اضطراب الوعي الصوتي أو اضطراب التمييز المرئي، هي المسؤولة عن اضطراب القراءة. ومن المحتمل أن كليهما مشتركتان في معظم اضطرابات القراءة لكن الاضطراب الصوتي يلعب دورا راجحا في معظم الحالات (ما يسمى اضطرابات القراءة الصوتية) ، و أن الاضطراب البصري ليس حاسما إلا في أقلية من الحالات (اضطرابات القراءة البصرية).

13. الاضطرابات المصاحبة : هل يعاني مضطرب القراءة من نقائص أخرى غير تعلم القراءة والكتابة؟

يتم في الواقع التركيز عادة على الطابع الخاص لاضطراب الكتابة ، أي أن الطفل لا يظهر أية متاعب ذهنية ، قدراته الاستدلالية (تقاس بمعدل الذكاء) عادية ، وقدراته الحسية (البصر والسمع) كذلك، باستثناء الحالات المشار إليها أعلاه ، لكنها ليست حسية، بل إدراكية ، وهذا شيء مختلف : العيون والأذان سليمة ، إنها أجزاء الدماغ المسؤولة عن تلقي المعلومات الحسية هي التي موطن الاختلال.

وفي الواقع ، فإن الطبيعة المحددة لاضطراب اللغة المكتوبة نادرا ما تكون مطلقة ، ومجالات أخرى مختلفة يمكن أن تتأثر بالإضافة إلى اللغة المكتوبة دون تغيير في الذكاء العام.

للتعلم يركز على أساس افتراض أن نظام الدمج شغال تشغيل كاملا ، الأمر الذي قد يكون صحيحا لدى معظم الأطفال ولكن ليس الأمر كذلك ، لدى 10 ٪ من الأطفال الذين يعانون من عسر القراءة ، حيث أن الطريقة من هذا النوع يمكن أن تكون كارثية ، وخصوصا في ضوء حقيقة أنها قد تعمل على إخفاء المشكل وتأخير بداية إعادة التأهيل.

10. كيف نتعرف على الطفل مضطرب القراءة؟

تعلم القراءة، على الأقل لدى الأطفال الذين لا يعانون من عسر القراءة، له شيء مما يشبه السحرية: ما بين نهاية رياض الأطفال، حيث لا يزال لم يعرف عموما جميع أسماء الحروف، وحتى نهاية السنة الأولى المدرسية ، ويبدو بالطريقة الأكثر طبيعية، انه أصبح قادرا على الاستخراج من سلسلة من العلامات ، مئات من الكلمات، كانت قبل بضعة أشهر لا تعني له شيئا ، متمكنا من انجاز آلاف التشكيلات و الوصول إلى الملايين من المعاني المحتملة.

عموما جدا، فإنه خلال هذه السنة الأولى، للأسف في بعض الأحيان، إلا في نهايتها أو حتى وقت لاحق متأخر يدرك المدرس أو الآباء أن الطفل لا يمكن له اكتساب هذه القدرة بالسهولة نفسها مثل زملاءه.

نوع الأخطاء

يرتكب خلطا بين أصوات الحروف، قلب للحروف فيما بينها، قلب المقاطع، الأخطاء التي تشبه إلى حد كبير تلك التي ترتكب في الكتابة، وخصوصا عندما تُملأ على الطفل مقاطع أو كلمات دون معنى.

الأخطاء الأكثر أهمية والأكثر استمرارا هي تلك التي تهم الحروف التي تنطق بطريقة مختلفة تبعا للسياق ، ومجموعات من الحروف الساكنة ، والمقاطع المعقدة (هوا، سبي، سمو، الخ...). في الواقع ، كل هذه الأخطاء هي نفسها تلك التي يرتكبها الأطفال غير مضطربي القراءة في بداية التعلم. وانه استمرارا إلى ما بعد فترة معينة، هو الأمر غير الطبيعي والذي يستوجب الاشتباه في حدوث عسر القراءة. الأخطاء الجد نوعية، و ليس بالضرورة أكثر إزعاجا، هي الأخطاء الفضائية، أي على سبيل المثال، الخلط بين الحروف المتشابهة (ت، ب، ث،) .

11. جذور المشكلة: تمييز الأصوات

في حقيقة الأمر، الميزة الخاصة لعسر القراءة تتعلق للمفارقة ليس بالقراءة ولكن في تمييز أصوات الكلمات: الأصوات القريبة من بعضها (س/ص، ز / ذ، ح/خ..) غير متميزة بشكل سليم ، مما يعيق الطفل بطبيعة الحال لمعرفة تطابقات الحروف / الأصوات. وتتمظهر جليا صعوبات معالجة المكونات الصوتية للكلمات هذه في ما يسمى بقدرات "التحليل التجزيئي" أو "الوعي الفونولوجي - الصوتي".

على سبيل المثال ، إذا سألنا طفلا ما إذا كان يسمع الصوت "ل" في كلمة "لسبيل" أو حذف الصوت الأول من كلمة معينة أو المقطع الثاني منها ، و شفويا على إنتاج ما تبقى ، فإننا نلاحظ أن مضطربي القراءة سيجدون أكبر الصعوبة في أداء هذه الاختبارات التي تتم بسهولة شديدة من جانب الأطفال غير المضطربين.

أهمية هذه الاختبارات هو إظهار أن الوعي بمضمون الأصوات للكلمة ربما يبدو العملية الرئيسية التي يجب أن يتمرن عليها الدماغ للتمكن من تعلم القراءة. فائدة رئيسية أخرى هي أن قدرة التحليل التجزيئي يمكن استكشافها منذ القسم الثاني من رياض الأطفال (4-5 سنوات) ، أي قبل تعلم القراءة. ولذلك فإنه من الممكن الكشف عن الأطفال الأكثر عرضة لاضطراب التعلم واضطراب عسر القراءة، و لتدريبهم على تحسين

يعتبر في الولايات المتحدة حالياً أن هناك ملايين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الانتباه مع أو بدون فرط النشاط. وهناك عنصر جاء لخلط الأوراق في هذا الصدد هو أن مادة كيميائية تسمى جزيء "ريتالين" (الميثيلفينيدات) قد أثبتت فعالية كبيرة تجاه مظاهر الانتباه لدى هؤلاء الأطفال ، بحيث شكل تشخيص فرط النشاط رهانا اقتصاديا حقيقيا (لا سيما بالنسبة للشركة التي تصنع هذا الجزيء).

- المنافع: فيما قد يكون دماغ عسير القراءة أعلى؟

لم يتم التناول خلال هذا المقال إلا العجز أو الاختلالات. وهناك عدد من الأدلة على العكس تدعو للاعتقاد بأن التنظيم النوعي لدماغ عسير القراءة له أيضا بعض الفوائد والمزايا. في المقام الأول ، قد يكون لمضطربي القراءة قدرات إدراك وانتباه فضائية أعلى مما لدى غير مضطربي القراءة ، قدرات عادة ما تنسب إلى أداء النصف الدماغ الأيمن.

حيث نجد لدى مضطربي القراءة أداء أعلى من المتوسط في اختبارات الدوران الذهني ، حيث يستدعي الاختبار إعادة تشكيل مكعبات ثلاثية الأبعاد.

كما أن مضطربي القراءة هم في المتوسط متفوقون على غير مضطربي القراءة للأنقاط مثير بصري موجود في الأجزاء الجانبية للمجال البصري. وبفعل أننا وجدنا عددا مترابطا كبيرا من مضطربي القراءة في المهن التي تتطلب على المهارات المكانية (المهندسين المعماريين والمهندسين) ، و في الأنشطة الرياضية التي تتطلب الدقة المكانية (المسافة والتس) فإن هذا يدعو بلا شك على إقامة الترابط مع هذه القدرات النوعية.

ومن الواضح أن هذه المهارات قد درست أقل بكثير من الاختلالات، وهذا ميدان غير مستكشف يمكن اعتباره مهما جدا سواء بالنسبة لفهم أفضل دماغ-مضطرب القراءة- ولتحسين والرعاية والدعم في التوجيه التعليمي والمهني.

14. أسباب عسر القراءة

في السنوات الماضية، تم اعتبار عسر القراءة كصعوبة تعلم متعلقة باضطراب خاص للذكاء ومدعوم من طرف سياق نفسي وأسري غالبا ما اعتبر حاسما. و نعرف الآن أن هذا غير صحيح. فقد تم في السنين الأخيرة، بفضل الأبحاث المختلفة، توضيح خاصيات البنية الدماغية لمضطرب القراءة. وعلى عكس ما قد يُعتقد ، في معظم الحالات ، فإن نتائج هذا البحث تميل إلى تبيان أن دماغ مضطرب القراءة ، بعيدا عن افتقاره إلى المادة الدماغية ، وخصوصا "المادة الرمادية" التي تحتوي على أصل الخلايا العصبية ، بل له فائض كبير من الخلايا العصبية الإضافية!

- الكثير من "المادة الرمادية" يمكن أن يضر!

أفادت نتائج أبحاث أمريكية قامت بدراسة أدمة تحت المجهر لأشخاص كانوا في حياتهم مضطربي القراءة، بوجود اختلالات في بنية القشرة الدماغية. هذه القشرة الدماغية التي تمتد على كامل سطح الدماغ على شكل شريط من 3 إلى 4 مم سُمكا ، تبدو تحت المجهر كركام من الخلايا المنظمة إلى عدة طبقات منضدة. لدى مضطرب القراءة ، فإننا نلاحظ في الطبقة السطحية العليا كتل من عدة آلاف من الخلايا الزائدة ، مكونة انتفاخات قشرية حقيقية، ومهيمنة على النصف الدماغ الأيسر ، وتحديدًا في المناطق المخصصة لمراقبة تشغيل اللغة . البيانات المتاحة عن التطور الطبيعي للقشرة الدماغية تسمح بتحديد حتى الآن منتصف الشهر السادس من الحمل الآلية غير طبيعية المؤدية إلى إنتاج الخلايا العصبية الزائدة وغير النمطية.

- اللغة الشفوية

كثير من الأطفال مضطربي القراءة لهم أيضا أنواع مختلفة من صعوبات التعبير الشفهي ، نقص متكتم في اللغة ، بل اضطراب هجائي صارخ ، صعوبة متخفية في إيجاد كلماته ، بل اضطراب حقيقي في التسمية، حرج متكتم في فهم بعض مظاهر خطاب الآخر، أو حتى اضطراب حقيقي للفهم.

هذه الاختلالات الممكنة للغة تدعونا لاعتبار عسر القراءة اضطرابا مخففا لشكل آخر من اضطرابات التعلم ، أكثر خطورة و لحسن الحظ نادر (ما يقرب من 3 ٪ من الأطفال) ، يدعى اضطراب الحديث، ويتم ظهوره بمجرد بدء الطفل الحديث.

- الذاكرة

عموما فإن مضطرب القراءة لا يعاني بالمعنى الدقيق للكلمة من اضطراب للذاكرة.

لا توجد صعوبة تُذكر لتذكر أحداث الحياة اليومية أو تعلم قائمة صور أو حتى كلمات. غير أن بعض مضطربي القراءة يعانون صعوبات محددة لتذكر الشكل المرئي للكلمات. ويتم التركيز حاليا بشكل خاص على وتيرة الاضطرابات من شكل معين من الذاكرة ، يدعى "ذاكرة العمل الشفهي". من الشائع جدا لدى الأطفال مضطربي القراءة أن قدرة أداءهم أقل من متوسط الأطفال في مثل سنهم في المهام التي تتطلب تذكر فوراً لقائمة من الأرقام عرضت عليهم شفويا أو خطيا. يتعلق هذا الاضطراب على وجه التحديد بالقدرة على الاحتفاظ لبضع ثوان في الذاكرة بسلسلة من الأصوات اللغوية ، والذي تسهم في اضطراب الوعي الفونولوجي- الصوتي الذي ألمح إليه أعلاه.

- الكتابة والمهارة اليدوية

بعض مضطربي القراءة ، ولكن قلة فقط منهم، يعانون مشاكل الحركية تتراوح من نقص البراعة اليدوية البسيطة إلى عائق حقيقي بالنسبة للحركات المعقدة ، لا سيما اليدوية الثنائية. ولكن الأكثر شيوعا والأكثر معيقا من هذه الاضطرابات يبقى هو حركة فعل الكتابة. وغالبا ما نلاحظ لدى مضطربي القراءة قبضة غير سليمة لقلم الرصاص، مع يد منقبضة ومرتخية، وحركات تستدعي كامل الذراع أو الجذع ، مما يجعل فعل الكتابة أكثر صعوبة.

والنتيجة غالبا ما تنسم بالخربشات ، عدم انتظام بين الحروف وصعوبات في الحفاظ على الخط الأساسي : ويسمى هذا اضطراب الكتابة.

عندما تظهر هذه المشاكل ، قد تدعو الحاجة لإعادة تأهيل محدد من طرف معالج حركي. ونفس الشيء في الحساب الرياضي : في بعض الحالات ، يجد الطفل مضطرب القراءة صعوبات لتعلم القواعد البسيطة في المنطق الحسابي. وهذا الاضطراب الحسابي يتطلب إعادة تأهيل محدد ينبغي أن يتم بالتزامن مع إعادة تأهيل اللغة المكتوبة.

- الأطفال المفرطو النشاط

تم التشديد كثيرا في السنوات الأخيرة ، وخاصة في الولايات المتحدة ، على ازدياد عدد الأطفال -المضطربي القراءة أو من غير المضطربين- الذين يعانون من صعوبات خلال التعلم للحفاظ على اهتمامهم أثناء مهمة أو تمرين ، الصعوبة التي قد تمثل عجزا حقيقيا ، ولدى عسيري القراءة عقبة أمام أي محاولة إعادة التأهيل. في بعض الحالات ، اضطراب الاهتمام هذا له تداعيات حركية ، لن يتمكن الطفل من البقاء في المكان أكثر من بضع دقائق مظهرا في كل موافقه احتياجا غير طبيعي، نتحدث إذ ذاك عن: تناذر إفراط النشاط.

ومن الواضح أيضا أن الخصائص الاجتماعية الثقافية للوسط العائلي قد تلعب دورا حاسما عبر منح الطفل التشجيعات الضرورية وذلك بتوفير حافز كافٍ لتعويض المجهود الإضافي لإعادة التأهيل الشفهي على الأقل مرتان أسبوعيا ولمدة سنوات.

وجاء البعد البيولوجي ليدخل العلوم العصبية في المجال الاجتماعي التربوي ويلوح بأمل كبير لتحسين ظروف أقلية كأنها أقلية دون هوية ودون وجود.

ويجب التذكير أخيرا أن جانب الاضطراب يجب تعويضه بتقديم الخصائص السليمة - والعليا أحيانا - لهذا الدماغ الاستثنائي المعترف به من طرف الطب ولكن ليس من طرف المجتمع.

المراجع

- Apprendre L'orthographe 6e Jean Guion - Hatier - 12/05/2005
- Vive L'éducation ! - Ce Qui Doit Changer Pour Que Nos Enfants Retrouvent Le Goût D'apprendre Edwige Antier - Robert Laffont - 11/08/2003
- L'imagerie Pour Bien Apprendre Emilie Beaumont - Fleurus - 24/08/2007
- Apprendre De 0 À 4 Ans - Un Exposé Pour Comprendre, Un Essai Pour Réfléchir Claudine Teyssède Flammarion - 1993
- J'aide Mon Enfant À Apprendre À Lire Guillaume - Pocket - 01/12/1993
- MODELE D'APPRENTISSAGE ET D'INTERVENTION - LES STYLES D'APPRENTISSAGE TOME 1
- BEDARD, GAGNON, LACROIX, PELLERIN - ED. PSYCHOCOGNITION BGLP
- ENSEIGNER AUX JEUNES ENFANTS DOUES EN CLASSE REGULIERE
- COLLECTIF - CHENELIERE
- APPRENDRE ET FAIRE APPRENDRE
- BOURGEOIS, ETIENNE ET CHAPELLE, GAETANE - PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

Arabpsynet Reviews



Arabic Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

English Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

French Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm

APN eJournal

Index: www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

Reviews FORM

<http://www.arabpsynet.com/review/RevForm.htm>

- شنؤذ مجهري في المسارات البصرية والسمعية

وقد اكتشف أخصائيو الفحص المجهري الدماغى لدى تحليلهم دماغ مضطربي القراءة تشوهات خلوية ليس فقط على السطح القشري ، ولكن في عمق نصفي الدماغ ، داخل نوات تُستخدم لتقوية الممرات السمعية والبصرية. على وجه التحديد، هناك ضمور الخلايا الكبيرة في هذه النواة، والتي يفترض أنها تستخدم لنقل نوع معين من المعلومات ذات الصلة بالإدراك الكلي والنقل السريع للمعلومات، سواء السمعية والبصرية. وقد تم الربط بين هذه الاختلالات و بين الملاحظات المذكورة لإدراك المعلومات البصرية السريعة وذات التباين الضعيف لدى عسير القراءة.

- تجانب الدماغ وعسر القراءة: عندما لا يتحدث الأيمن والأيسر

واحدة من أكثر الخصائص المذهلة للدماغ البشري هو كونه يتكون من نصفين يتصلان بجسر من مادة بيضاء: جسم صلب. هذان النصفان ، على الرغم من التشابه الكبير جدا ، إلا أنهما في الواقع يعملان بشكل مختلف تماما.

فالجانب الأيسر يحتوي على كافة الدوائر والمراكز المتخصصة في اللغة ، في حين أن الجانب الأيمن هو في الواقع غير قادر على أي نشاط لغوي لكنه يحتوي على أكثر الدوائر الممكنة للإدراك الفضائي/ المكاني ، وخصوصا الشكل المرئي للبيئة المحيطة.

لأكثر من قرن ، تساءل الأطباء الذين لاحظوا الأطفال المضطربي القراءة ، دون أن يتمكن من الرد عليه علميا ، إذا كان السبب في عسر القراءة ليس سوى مجرد اضطراب في التوازن بين نصفي الدماغ ، ولا سيما سوء توزيع للمهام بين الأيمن والأيسر، أو سوء الاتصال بين دوائر كل نصف دماغي. مع إدخال التصوير بالرنين المغناطيسي ، أصبح من الممكن الآن الإجابة على هذا السؤال من خلال تحليل الخلافات المورفولوجية/الخارجية تحديدا بين نصفي الدماغ وقياس حجم الجسم الصلب.

وقد أظهرت الأعمال الأخيرة اثنين من الخلافات الجوهرية بين دماغ المواضيع المضطربي القراءة وغيرهم: فمن ناحية تغيير في عدم التطابق بين الجانبين الأيسر والأيمن من مناطق معينة من السطح الدماغى ، ومن ناحية أخرى زيادة حجم الجسم الصلب في الحالتين ، وهذه الميزات تتوافق مع الملايين من الخلايا العصبية الزائدة على دماغ عسيري القراءة مقارنة مع غير مضطربي القراءة. وعلاوة على ذلك ، تبين أن هذه الاختلالات هي المسؤولة عن اضطراب عسيري القراءة ، بما أن أهميتها قد تتناسب مع أهمية اضطراب القراءة.

- التدمير المبرمج تحت تأثير الهرمونات الذكورية

لماذا وكيف يمكن أن يحتوي الدماغ على الملايين من الخلايا العصبية الزائدة ، نحن لا نعرف حتى الآن لماذا ، ولكن كل شيء يشير إلى أن هذه الدماغ التي لم تخضع لعملية طبيعية - خلال تطور الجنين - تميز بالتدمير الطبيعي الفيزيولوجي لملايين الخلايا التي ربما تصمد لدى مضطرب القراءة. ويُعتقد زيادة على هذا، أن الهرمون الذكوري - التستوستيرون - قد يكون عاملا مؤهلا أو العكس حسب الحالة لهذا التدمير المبرمج.

الخاتمة

من الواضح أن الثقل النفسي بشكل سواء بالنسبة للطفل أو لوسطه الأسري، المواجهة اليومية مع الفشل، ثقل الاختلاف، عدم التفهم عموما من طرف المدرسين تجاه ظاهرة تتجاوزهم، وهذا ما يولد نزاعات وتوترات لا يمكن أن تُحل إلا بواسطة علاج نفسي.

بطارية "K-ABC" لتشخيص صعوبات التعلم: التعريف والدور

بوفولة بوخميس - علم النفس - عناية "الجزائر"

boufoulab@yahoo.fr

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى التعريف ببطارية k-ABC والتي تساعد بطريقة عملية في تشخيص حالات "صعوبات التعلم" ووضع استراتيجية للتكفل بها.

إن بطارية k-ABC تظم 16 اختبار فرعي (sub-tests) وتطبق على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 2,6 و 12,6 سنة. لقد تأكد أن بطارية k-ABC لها قدرة على تبيان وتشخيص اضطرابات القدرة العقلية التي تؤدي إلى صعوبات في التعلم، كما تساعد على وضع استراتيجية وملائمة للتكفل بالأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبات.

الكلمات الأساسية: بطارية، بطارية k-ABC، أسلوب معرفي، صعوبات التعلم.

Résumé : l'objectif de cette étude est double, d'une part attirer l'attention sur le k-ABC, comme un nouveau outil en testologie clinique, et d'autre part son aide à diagnostiquer les difficultés de l'apprentissage.

Le K-ABC est une batterie, formée par 16 sub-tests, et administrable aux enfants dont l'âge varie de 2,6 à 12,6 ans.

On admet actuellement que le K-ABC est efficace dans le diagnostic des troubles cognitifs et par conséquent les difficultés de l'apprentissage.

Le K-ABC aide également à mettre en place une stratégie adéquate pour une prise en charge des enfants en difficulté scolaire.

Mots clés : batterie - batterie de k-ABC - Style cognitif - difficulté de l'apprentissage.

ونصف، وتهدف إلى دراسة أهم القدرات المعرفية عنده مثل: الذاكرة، والإدراك، والانتباه.... إلخ

3.2. الأسلوب المعرفي

"هو تلك الأبعاد التي تمثل أنساقا في طريقة الفرد في اكتسابه للمعلومات ومعالجتها" (1) وهو أيضا "أنماط التفكير المعتادة عند الشخص والتي يفضل استعمالها لما يكون في وضعية لا تتطلب نمط معين من التفكير" (2)

4.2. صعوبات التعلم

اختلف العلماء في تحديد مفهوم صعوبات التعلم وهذا لاختلاف تخصصاتهم ومنهجيتهم والزوايا التي يتطرقون من خلالها للموضوع. ومن أهم التعاريف يمكننا اختيار ثلاث تعاريف هي كالآتي:

- تعريف باطمان وكيرك (1962 Betman & Kirk): الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم أطفال "يعانون من صعوبات في القراءة، أو التهجية، أو إجراء بعض العمليات الحسابية" (3)
- تعريف أحمد عبد الله عباس: صعوبات التعلم هي "صعوبات دراسية تعزى إلى الإعاقة في مجال الإدراك، أو اختلال الوظيفة البسيطة بالمخ إلا أن تلك الحالات لترجع أساسا إلى التخلف العقلي أو الإعاقة السمعية أو البصرية أو الإضطرابات الانفعالية أو الحرمان الثقافي" (4)
- تعريف خيرى المغازي: يستعمل مفهوم صعوبات التعلم "لوصف مجموعة من الأطفال في الفصل الدراسي يظهرون انخفاضاً

1- المقدمة

أصبح موضوع صعوبات التعلم من المواضيع التي اهتم بها العديد من المختصين، فقد درسها الأطباء وحاولوا شرح أسبابها، كما درسها علماء التربية الذين حاولوا معرفة علاقة هذه الصعوبات بالمناهج والبرامج التربوية، وعالج المختصين في الأطفونيا الاضطرابات اللغوية وعلاقتها بصعوبات التعلم وفي الأخير حاول علماء النفس وخاصة المعرفيين منهم معرفة خصائص شخصية والتنظيم العقلي لهؤلاء الأطفال.

لقد حاول الممارسين الذين واجهتهم هذه المشكلة إيجاد أدوات تساعد على تشخيص وإيجاد الحلول للتكفل بهذه الفئة. ومن هذه الأدوات بطارية k-ABC التي أثبتت نجاعتها في تشخيص حالات سوء التعلم ووضع استراتيجيات ملائمة للتكفل بها.

2- تحديد المفاهيم

1.2. البطارية: Batterie

هذا المصطلح يستعمل في مجال القياس النفسي والاختبارات، ويقصد به تجميع عدد من الاختبارات لغرض دراستها لظاهرة أو سلوك معين عند الإنسان ويسمى كل اختبار داخل هذه البطارية باختبار فرعي « Sub test » وهكذا البطارية هي عبارة عن مجموعة من الاختبارات الفرعية جمعت لدراسة هدف أو غرض مشترك.

2.2. بطارية كوفمان للقدرات عند الطفل ويقصد به K-ABC

(Kaufman Assessment Battery For Children) تضم هذه البطارية 16 اختبارا فرعي وتطبق على الأطفال بين 2 ونصف و 12

- دراسة معظم القدرات المعرفية (العقلية) كالإدراك، الذاكرة، الانتباه و اللغة...الخ.

- معرفة الاضطرابات المعرفية التي يعاني منها الطفل.

- مساعدة المختصين في مجالات علم النفس المختلفة على وضع استراتيجيات علاجية للأطفال الذين يعانون اضطرابات معرفية.

- دراسة نمط معالجة الفرد للمعلومات التي يستقبلها، هل يعالجها بصورة متسلسلة أم بصورة مترامنة ؟

5.3. الأساس النظري لاختبار K-ABC :

إذا كان اختبار WISC قد قام على الثنائية لفظي-أدائي (verbale/performance) فإن K-ABC هو أيضا يقوم على ثنائية مترامن-متسلسل (simultané/séquentiel). لقد جاء K-ABC للتغطية على نقائص و عيوب الـ WISC، فالتحليل العاملي لهذا الأخير يبين تدخل عامل "القابلية للشرود" (distractibilité) (لم يؤخذ بعين الاعتبار عندما وضع النموذج المرجعي النظري لاختبار الـ WISC) و هذا العامل مرتبط بالذاكرة و القدرات التسلسلية (M Plaza, 1999,99)

و لقد قام الـ K-ABC على عناصر إمبيريقية إكلينكية و هو مبني على نظرية معالجة المعلومة و يأخذ بعين الاعتبار نمطين مختلفين لمعالجة المعلومة : المعالجة المتسلسلة و المعالجة المترامنة.

6.3. مكونات بطارية K-ABC

تتكون بطارية K-ABC من 16 اختبارا فرعيا مقسمة إلى قسمين :

أ- سلم السيرورات المترامنة : و يضم 07 اختبارات و هي :

- النافذة السحرية : يقيس هذا الاختبار

السيرورات المترامنة (المعالجة المتوافقة) - الانتباه إلى التفاصيل البصرية.- التمييز بين التفاصيل الأساسية و غير الأساسية.- النمو المبكر للغة.- الذاكرة طويلة المدى.- العلاقة بين الأجزاء و الكل (التركيب).- الذاكرة الأنوية (البصرية).- الإدراك الحيزي.- التعبير اللفظي.- الإدراك البصري للمثيرات الدالة (أشخاص-مواضيع).

- التعرف على الأشخاص : يقيس :

- السيرورات المترامنة (المعالجة المتوافقة).- الانتباه إلى التفاصيل البصرية.- التمييز بين التفاصيل الأساسية و غير الأساسية.- السيولة.- الذاكرة الأنوية (البصرية).- التنظيم البصري بدون نشاط حركي كبير.- الإدراك البصري للمثيرات الدالة.

- التعرف على الأشكال : و يقيس :

- السيرورات المترامنة (المعالجة المتوافقة).- الانتباه إلى التفاصيل البصرية.- النمو المبكر للغة.

- الذاكرة طويلة المدى.- علاقة الأجزاء بالكل (التركيب).- التنظيم الإدراكي.- الإدراك الحيزي.

- التعبير اللفظي.- التنظيم البصري بدون نشاط حركي هام.

- المثلثات : يقيس :

- السيرورات المترامنة (المعالجة المتوافقة).- القدرة على التحليل.- السيولة.- علاقة الأجزاء بالكل (التركيب).- التنظيم الإدراكي.- الاستدلال.- إعادة تصميم النموذج.- الإدراك الحيزي.

- التنسيق البصري-الحركي.- الإدراك البصري للمثيرات المجردة (علامات-رموز).

- المصفوفات المتشابهة : يقيس :

السيرورات المترامنة (معالجة متوافقة).- التحليل.- الانتباه إلى التفاصيل البصرية.- التمييز بين التفاصيل الأساسية و غير الأساسية.- السيولة.- التنظيم الإدراكي.- الاستدلال.- الإدراك الحيزي.- التنظيم

في التحصيل الدراسي الفعلي عن التحصيل المتوقع له. ويتميزون بذكاء عادي أو فوق المتوسط، إلا أنهم يعانون من صعوبة في بعض العمليات المتصلة بالتعلم: كالقراءة، والنطق، والتهجئة، والفهم والتعبير. كما يواجهون صعوبة في استقبال معلومات ونكاملها واسترجاعها ويستبعدون هؤلاء المتخلفين عقليا" (5).

3 - التعريف ببطارية K-ABC :

1.3. التعريف

بطارية K-ABC عبارة عن اختبار ذكاء و معارف، يطبق فرديا على الأطفال تتراوح أعمارهم بين سنتين و نصف و اثنتي عشر و نصف.

و يدوم وقت إجرائه 45 دقيقة بالنسبة لأطفال الحضنة و حوالي 75 دقيقة للأطفال الآخرين. ظهرت بطارية K-ABC أول مرة عام 1983 بالولايات المتحدة الأمريكية و نشر أول مرة في فرنسا عام 1993، و الجدول (3) الآتي يوضح الأعمار التي يطبق فيها كل اختبارات بطارية K-ABC.

2.3. واضعه

وضعت هذه البطارية من طرف باحثين أمريكيين هما : ألان كوفمان و زوجته نادين كوفمان، و هما مهتمان بالطفل و ساهما في تصميم و تقنين العديد من الاختبارات فقد ساعد ألان كوفمان و عمل مع وشرلر لما راجع سلم WISC و شارك دوروتي مكارتي في تقنين سلم مكارتي لقدرات الطفل النفسو-لغوية.

و كان ألان كوفمان تلميذ لروبير تورندايك و هذا الأخير هو الذي كان مشرفا على أطروحته للدكتوراه في علم النفس من جامعة كولومبيا.

أما نادين كوفمان فهي مديرة عيادة MVP في مستشفى بسان ديبغو و هي أخصائية نفسية و أستاذة و مؤسسة لعيادة نفسية بيداغوجية في كاليفورنيا.

الاختبار	العمر الذي يطبق فيه
1-النافذة السحرية	من 2.6 إلى 4.11
2-التعرف على الأشخاص	2.6 إلى 4.11
3-حركات اليد	2.6 إلى 12.6
4-التعرف على الأشكال	2.6 إلى 12.6
5-الذاكرة الأنوية لأرقام	2.6 إلى 12.6
6-المثلثات	4 إلى 12.6
7-متتالية الكلمات	4 إلى 12.6
8-المصفوفات المتشابهة	5 إلى 12.6
9-الذاكرة الحيزية	5 إلى 12.6
10-سلاسل الصور	6 إلى 12.6
11-التعبير الشائع	6 إلى 12.6
12-الأشخاص والأماكن المعروفة	6, 2 إلى 12, 6
13-الحساب	0, 3 إلى 12, 6
14-الألغاز	0, 3 إلى 12, 6
15-القراءة وحل الرموز	0, 5 إلى 12, 6
16-القراءة والفهم	0, 7 إلى 12, 6

ملاحظة : إن الرقم بعد الفاصلة يدل على الشهور مثال : 2.6 إي عامان و ستة أشهر.

جدول (3) اختبارات السيرورات العقلية في K-ABC و الأعمار التي تطبق فيها الـ K-ABC

3.3. تعليمية K-ABC

كل اختبار له تعليماته الخاصة. تقدم التعليمية لفظيا، إلا في حالة السلم اللفظي فتقدم بلغة الإشارات أو بلغة أخرى لغير الناطقين بلغة الاختبار. وتتبع التعليمية بتقديم بند مثال (Item d'exemple) وبندين للتعليم Deux items d'apprentissage (6)

4.3. أهداف K-ABC :

- قياس الذكاء انطلاقا من أساس نظري صلب و بحوث جدية.
- التمييز بين المعارف المكتسبة و القدرة على حل المشكلات الجديدة.

البصري بدون نشاط حركي هام. - الإدراك البصري لميزات مجردة.

- **الذاكرة الحيزية** : يقيس :

- السيرورات المتزامنة (المعالجة المتوازية). - السبولة. - التنظيم الإدراكي. - إعادة تصميم النموذج.

- الذاكرة الآتية (البصرية). - الإدراك الحيزي. - التنظيم البصري بدون نشاط حركي هام.

- **سلاسل الصور** : يقيس :

- السيرورات المتزامنة. - التحليل. - التمييز بين التفاصيل الأساسية وغير الأساسية. - علاقة الأجزاء بالكل (التركيب). - التنظيم الإدراكي. - الاستدلال. - الإدراك الحيزي. - التنظيم البصري بدون نشاط حركي هام. - الإدراك البصري للمثيرات الدالة.

- **ب-سلم السيرورات المتسلسلة** : و يضم 03 اختبارات و هي :

- **حركات اليد** : و يدرس :

- السيرورات المتسلسلة (المتتابعة). - السبولة. - التنظيم الإدراكي. - إعادة بناء نموذج. - الذاكرة الآتية (البصرية). - الإدراك الحيزي. - التنسيق البصري - الحركي.

- **الذاكرة الآتية للأرقام** : يدرس :

- السيرورات المتسلسلة (المعالجة المتسلسلة). - السبولة. - السهولة في استعمال الأعداد. - إعادة تصميم نموذج. - الذاكرة الآتية (البصرية).

- **متتاليات الكلمات** : يدرس :

- السيرورات المتسلسلة (معالجة متسلسلة). - النمو المبكر للغة. - السبولة. - الذاكرة الآتية (السمعية). - الفهم اللفظي (السمعي). - الإدراك البصري للمثيرات الدالة.

ملاحظة : يجمع سلم السيرورات المتزامنة مع سلم السيرورات المتسلسلة مكونان ما يدعى بسلم السيرورات العقلية المركب.

و تشكل هذه السلاسل الثلاثة مع سلم المعارف ما يعرف بالسلاسل العامة.

- **ج- سلم المعارف** : و عددها ست و هي بلا أساس نظري و إنما صممت وفق أساس عقلائي و منطقي.

- **التعبير الشائع** : و يقيس :

- المعارف - النمو المبكر للغة - ثراء المعلومات - الذاكرة طويلة المدى - القدرات العقلية - تكوين المفاهيم اللفظية - التعبير اللفظي - الإدراك البصري للمثيرات الدالة (أشخاص أشياء) - معرفة الكلمات.

- **أشخاص و أماكن معروفة** : و تدرس :

- المعارف - ثراء المعلومات - الذاكرة طويلة المدى - القدرات العقلية - التعبير اللفظي - الإدراك البصري للمثيرات الدالة (أشخاص أشياء) .

- **الحساب** : يقيس :

- المعارف - النمو المبكر للغة - الذاكرة طويلة المدى - القدرات العقلية - الفهم اللفظي - الإدراك البصري للمثيرات الدالة (أشخاص أشياء) - الاستدلال - الإدراك البصري للمثيرات المجردة (الرموز والعلامات) - الكفاءات التطبيقية (المدرسية).

- **الألفاظ** : يهتم بـ :

- العلاقة بين الكل والجزء - المعارف - النمو المبكر للغة - الذاكرة طويلة المدى - القدرات العقلية - الفهم اللفظي - الاستدلال - التمييز بين التفاصيل الأساسية والثانوية.

- **القراءة وفك الرموز** : و يدرس :

- المعارف - النمو المبكر للغة - ثراء المعلومات - الذاكرة طويلة المدى - القدرات العقلية - التعبير اللفظي - الكفاءة التطبيقية (المدرسية) - الاستعداد للقراءة.

- **القراءة و الفهم** : و يهتم بـ :

- المعارف - الذاكرة طويلة المدى - القدرات العقلية - تكوين المفاهيم اللفظية - التعبير اللفظي - الكفاءة التطبيقية (المدرسية) - الاستعداد للقراءة .

و نظرا لأنه يقوم على أبعاد و أسس ثقافية أمريكية-فرنسية فإن الباحث لم يستعمله في هذه الدراسة.

د - **السلم اللفظي** : يحتوي بعض الاختبارات الفرعية في بطارية K-ABC، بحيث تكون موجهة للأطفال المتخلفين سمعيا أو لديهم صعوبات في الكلام و اللغة أو أطفال ليسوا في بيئتهم اللغوية. ويمكن تقديم التعليم في هذا السلم بواسطة الإشارات .

7.3. الخصائص التي تدرسها بعض الاختبار الفرعية

إن الجدول (4) يبين الخصائص التي تدرسها بعض الاختبارات الفرعية لبطارية K-ABC وقد وضعت العلامة (x) عندما يدرس الاختبار الصفة المناسبة.

السيرورات العقلية	القدرات المعرفية	حركات اليد	التعرف على الأشكال	الذاكرة الآتية للأرقام	المثلثات	متتالية الكلمات	المصفو المتشابهة	الذاكرة الحيزية	سلاسل الصور
التحليل	x						x	x	x
الانتباه إلى التفاصيل البصرية		x					x		x
السبولة	x			x	x	x	x	x	
التنظيم الإدراكي	x		x				x	x	x
الذاكرة الآتية (سمعية)				x		x			
الذاكرة الآتية (بصرية)	x						x		
الإدراك الحيزي (مهارة)	x		x		x		x	x	x
التنسيق البصري الحركي		x			x				
التمييز بين التفاصيل الأساسية و غير الأساسية						x	x		x
النمو المبكر للغة			x						
الذاكرة طويلة المدى			x						
السهولة العددية				x					

9.3. أسلوب تنقيط K-ABC: يتبع الباحث 3 خطوات متتالية وهي:

- يقوم بإيجاد نقطة كل سلم
- ثم يقارن نتائج السلام العامة والبحث عن دلالة الفروق من جهة، بين سلم السيورورات المتسلسلة وسلم السيورورات المترامنة، ومن جهة ثانية بين هذين السلمين وسلم المعارف.(7)
- البحث عن نقاط القوة ونقاط الضعف بواسطة حساب انحراف كل نقطة عن المتوسط وبتجميع هذه المعطيات يمكن تحديد استعدادات الطفل والعوامل العامة أو الخاصة التي تؤثر على أدائه.
- وهكذا يمكن استنتاج جدول دقيق يتضمن الاضطرابات المعرفية والانفعالية المحتملة عند الطفل مثل:

- نقص الذاكرة
- اضطراب التنسيق الحركي (Trouble praxique) .
- اضطراب الكفاءة الضرورية لحل مشكل على الصعيد البصري والحيزي.
- اضطراب كبير في تصميم الاستراتيجيات.
- الحصر والقلق.
- انعدام المرونة في التفكير

4- مساهمة اختبار K-ABC في مجال صعوبات التعليم

1.4. مساهمة K-ABC في التشخيص:

إن اختبار K-ABC هام جدا لتقييم الكفاءات المعرفية للطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم.

إن أهم خاصية في K-ABC أنه يميز بين الذكاء والمعارف لما يقيم حالات صعوبات التعلم(8)، فالأطفال الذين يجدون صعوبات مدرسية ينجحون في اختبارات السيورورات المترامنة ويكونون أقل نجاحا في اختبارات السيورورات المتسلسلة واختبارات المعارف، أما المتخلفين ذهنيا فيفشلون في سلم المعارف وينجحون في اختبارات السيورورات المترامنة.(9).

1.1.4. تحديد الأسلوب المعرفي للطفل: هناك أسلوبان

معرفيان شائعان:

الأول: الارتباط/ الاستقلالية عن الحقل. والثاني: الاندفاعية/ التفكير.

إن المرتبطين بالحقل(10) يفضلون المعلومات ذات المصدر الخارجي أما المستقلين عن الحقل فيعتمدون على مرجعيتهم الخاصة ويظهرون قدرة أكبر على التكيف مع الوضعيات المشككة وبالتالي المستقلين هم أكبر فعالية على الصعيد المعرفي، أكثر نجاحا مدرسيا.

إن الاندفاعيين يميلون إلى الاستجابة بسرعة مع إهمال خطر الوقوع في الخطأ، أما المفكرين فيأخرون ويتحكمون في استجاباتهم، وبالتالي يكونون أكثر فعالية في النشاطات الذهنية والاستراتيجيات التحليلية والتركيبية فينجحون مدرسيا أكثر من الاندفاعيين.

ولقد تحدث مورييس رويشلان (Maurice Reuchlin) (1991)(11)، عن مفهوم الاستبدالية (Vicariance)(12)، ومعناه أن كل فرد يتوفر على العديد من السيورورات التي تستعمل لحل مشكل ما. وكل سيورورة إجابة لها فاعلية مختلفة. إن الفروق في الإنجاز بين الأفراد يرجع إلى اختلاف قدراتهم على استحضار هذه السيورورات.

2.1.4. تشخيص عسر القراءة

تصحب صعوبات القراءة عند المصابين بعسر القراءة (وكذلك عند المتخلفين عقليا) بضعف المستوى في السيورورات المترامنة أو المتسلسلة. لقد أجرى هوبر وهيند (Hooper et Hynd, 1982) دراسة على الأطفال ذوي صعوبات تعلم ووجدا أن في 91%

علاقة الجزء بالكل (التركيب)	x			x				x
الاستدلال	x		x		x			
الفهم اللفظي (السمعي)				x				
التعبير اللفظي						x		
الإدراك البصري للمثيرات المجردة			x		x			
الإدراك البصري للمثيرات الدالة	x			x				
إعادة تصميم النموذج		x			x	x		x
التنظيم البصري بدون نشاط حركي	x	x	x				x	

الجدول (4) بعض اختبارات الـ K-ABC و القدرات المعرفية التي تدرسها

8.3. أهم العوامل المؤثرة في الأداء على الاختبارات الفرعية: الجدول (5) يوضح ما هي أهم العوامل التي قد تؤثر على أداء الطفل في بعض الاختبارات الفرعية وقد وضعت العلامة (x) للدلالة على وجود الأثر.

السرورورات العقلية	القدرات المعرفية	حركات اليد	التعرف على الأشكال	الذاكرة اللفظية للأرقام	المثلثات	متتالية الكلمات	المصفو المتشابهة	الذاكرة الحيزية	سلاسل الصور
القدرة على الاستجابة بلا يقين		x					x		
الوعي بالخيوط			x					x	
الحصر (القلق)		x		x		x		x	
مدى الانتباه - الشرود		x		x		x		x	
التركيز		x				x		x	x
الاستقلال - التبعية للحقل الإدراكي			x		x			x	
المرونة			x		x	x	x	x	
الاندفاعية							x		x
المثابرة (مواضبة)		x							
وضع الاستراتيجيات		x			x	x	x	x	x

الجدول (5) العوامل المؤثرة على الأداء في بعض اختبارات الـ K-ABC

المراجع والهوامش

- جابر عبد الحميد، محمد جمال الدين عبد الحميد، العلاقة بين الأساليب المعرفية وكل من النمط المعرفي المفضل والعادات الدراسية نحو الدراسة والتحصيل في دراسات نفسية في المجال المعرفي والانفعال، جامعة قطر، مركز البحوث التربوية، المجلد 18، 1988، ص 51.
- Dictionnaire Encyclopédique de l'éducation et de la formation 2^e ed, Paris : Nathan, 1998, P 1001.
- خيرى المغازي عجاج، صعوبات القراءة والفهم القرائي، سلسلة صعوبات التكلم، المنصورة (مصر): دار الوفاء، 1998، ص 8.
- خيرى المغازي عجاج، صعوبات القراءة والفهم القرائي، سلسلة صعوبات التكلم، المنصورة (مصر): دار الوفاء، 1998، ص 10.
- خيرى المغازي عجاج، صعوبات القراءة والفهم القرائي، سلسلة صعوبات التكلم، المنصورة (مصر): دار الوفاء، 1998، ص 16.
- Suzanne Guillard, Jean-claude Guillemard, Manuel pratique de psychologie en milieu éducatif, Paris : Masson, 1997, P121.
- Ibid, Pp 112, 123.
- Alan S. Kaufman, Nadeen, L. Kaufman, Batterie pour l'examen
- Psychologique de l'enfant : Manuel d'interprétation,
 - Paris : ECPA , 1993, P. 11.
- Ibid, P. 12.
- Jean-Noël, Serge Mouchon, psychologie de l'éducation, Paris :
- Nathan, 1998, P. 85.
- Maurice Reuchlin, les différences individuelles à l'école. Paris : P.U.F. 1991, P. 85.
- Vicariance, du latin vicarius : Remplaçant.
- Alan S. Kaufman, Nadeen, L. Kaufman, Op.cit. P. 12.
- B. Ddouet, C. Bradant, Application du K-ABC aux enfants sourds Profonds in, K-ABC: pratique et fondements théoriques A.S.Kaufman et Colledif. Grenoble :la pensée sauvage, 1995, P. 195.
- Alan S. Kaufman, Nadeen L. Kaufman, Op.cit. P. 13.

من الحالات يتمكن اختبار K-ABC من التمييز بين أطفال عاديين وأطفال يعانون عسر القراءة؛ ففي هذه الحالة الأخيرة يكون الأداء في اختبارات السيروتات المتسلسلة ناقصاً (13). لقد أصبح بالإمكان الاعتماد على الـ K-ABC وخاصة سلم السيروتات المتسلسلة للتمييز بين العاديين والأطفال عسيرى القراءة.

3.1.4. عند الصم

أجرى كل من ب. دوي و س. بربانت (B. Douet et C. Brabant) (14) دراسة على 50 طفل مصابين بصمم عميق وطبقا اختبار K-ABC على هؤلاء الأطفال بغية معرفة نوع وأساليب التنظيم العقلي عندهم، وتوصلا إلى أن الأطفال الصم ضعيفون في السيروتات التسلسلية مما يؤكد صعوبات إدراك الوقت والبنية (الشكل) عندهم.

2.4. مساهمة K-ABC في التكفل بحالات صعوبات التعلم

إن سلم المعارف هو الذي يملك ارتباط أقوى مع النجاح المدرسي الحالي والمستقبلي.

وتقدم سلاسل السيروتات العقلية مفتاح الاختبارات الأحسن للاستراتيجيات البيداغوجية التي تصلح لطفل معين.

إن نمط معالجة المعلومة المفضل لدى الطفل مرتبط جدا بأسلوبه للتعلم في القسم وبالتالي يساعد على اختبار الطرق الأكثر فعالية لتطبيق برنامج بيداغوجي معين.

ويوجد ارتباط بين أسلوب معالجة المعلومة كما يبينه الـ K-ABC واسلوب التكلم داخل القسم. فالحديد من الدراسات أكدت أن فعالية التعليم مرتبط بتوافقها مع أسلوب التعلم الذي يفضلها الطفل.

ولقد بينت الثائية مترامن/ متسلسل في السيروتات العقلية فعاليتها في اختبار أحسن طريقة لتعلم لغة ثانية واختبار أحسن طريقة لتعليم مفاهيم جديدة (15)

إن تعليم القراءة في القسم التحضير (CP) تكون أكثر فعالية لما يستفاد من سيادة السيروتات البصرية-المتسلسلة والسمعية-المتسلسلة أو الحيزية السمعية-البصرية. إن الفصل بين السيروتات العقلية واكتساب المعارف داخل K-ABC هام جدا على الصعيد البيداغوجي فمثلا انخفاض سنة الذكاء عند الطفل (QI) قد يرجع إلى فقر تجاربه ومعارفه وليس إلى ضعف استعدادته العقلية ولهذا يساهم الـ K-ABC في التخفيض من الأخطاء التشخيصية التي يوجه بموجبها الأطفال خطأ إلى أقسام ومؤسسات المخصصة للمتخلفين عقليا.

5- التوصيات

إن اختبار K-ABC هام جدا وينبغي أن يكون من الأدوات المستعملة في مجال علم النفس المدرسي وعلم النفس الاكلينيكي. لهذا من الضروري أن يوافق البيئة الثقافية والاجتماعية الجزائرية ويوصي الباحث بمشروعين هما:

- تقنين اختبارات سلمى السيروتات المعرفية.

- تقنين وتكييف اختبارات سلم المعارف.

ولبلوغ هاتين الغايتين يوصى بتشكيل لجنة من الباحثين المهتمين بالقياس النفسي والاختبارات، ويكلفون بوضع خطة منهجية وعلمية للتكييف والتقنين، والسهر على تكوين تقنيين في K-ABC حتى يساهموا في الجانب الإجرائي والتطبيقي من المشروعين.

Arabpsynet Journals Guide
English Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

THE FACTORIAL STRATEGY: A NEW TECHNIQUE FOR SELECTING THE GIFTED

DR. SALAH EL DIN FARAH ATALLAH* (SUDANESE) - KING SAUD UNIVERSITY - COLLEGE OF EDUCATION - DEPARTMENT OF SPECIAL EDUCATION

SLH9999@yahoo.com

Abstract : The present study aimed at using the factorial structure of the identification battery as strategy for selecting gifted. Five tools were administered, mathematics test, scholastic achievement tests, SPM, traits rating scales, & circles test to 955 pupils from the second cycle in Qabas schools (52.9% males; 47.1% females) their age ranging from 8 to 12 years. Results revealed that the weight of the variables are 0.86 for scholastic achievement 0.80 for mathematics, 0.77 for traits, 0.63 for intelligence, and 0.30 for creativity; also results revealed that 7.96 of the pupils were gifted.

Introduction

The problem of selecting the gifted is one of the most serious challenges which confronted the experts of the identification, after the development of the Integrative Approach in the identification of the gifted. A problem arose as to the method of the processing of the multiple data; which are related to Intelligence tests, Aptitude, Scholastic Achievement and Creative thinking, behavioural characteristics and other data. The gist of the whole matter is not in the so many diagnostic tools and their precision only, but; also reaching an objective value judgement which permit selecting the gifted; according to acceptable scientific basis. This is dependent upon appropriate statistical techniques. (Richert, 1991; Hany, 1993).

Many of those responsible for the identification and promotion of the gifted, enquire about the best methods of dealing with the collected data; and the best methods of the selecting of the gifted, from amongst the candidates on whom the selection tools had been applied. In fact, many international programmes for the gifted, faced this problem such as (Zorman, 1998; Magendiran and Tan, 2004; Heller, 2005).

This is especially the case with the programmes which approve the multiple techniques of the identification of the gifted.

The strategy of processing the data, aim at the reduction of the flows which occur during the identification process. These are: the false positive (i.e. selecting a person or a student who is not relevant to the criteria for selection) or the false negative (i.e. rejecting a gifted person or student and depriving him of benefiting from the educational programmes for the gifted.) (Jarwan, 2004). There are grave mistakes which are committed when selecting the gifted. The source of these mistakes is the way of processing and treating the collected data, when using several proofs of the identification of the gifted pupils and students.

The Strategy of Processing the Data of the Identification of the Gifted Children

Jarwan (2002, 2004); Jarwan and Asher, (1994) Feldhusen and Jarwan, (1993) summarized and criticized the strategies used in the processing of the data of the identification of the gifted; in five strategies; which are:

- 1- Matrices;
- 2- The Composite Standard Scores;
- 3- The Multiple Cut-off Points;
- 4- The Macro-Case Study
- 5- The Multiple Regression Analysis; and
- 6- Khalifa, Taha and Attallah (2007), added the blancing equation.

Several references had indicated that the matrices are more used in the Arab countries (Suliman, 2000); (Suliman and Ghazi, 2001) and (Al-Uzza, 2002).

Khaleefa, (2003), meanwhile, used the Crossing Points multiple points, in his pioneering identification study; which he conducted in Sudan. It is one of the most frequently used study, when expert of selection reach determining the required limit for performance in proofing (Al-Sayyad, 1986). Likewise, the analytical study conducted by Abu Hashim (2003) for 61 Arab studies, M.A. and Ph.D. dissertations about giftedness and talent, in the period 1990-2002, exposed that none of the techniques of processing the identification of the gifted. As for Khaleefa (2000); in his analytical study of 50 studies about giftedness and talent in the Arab World- which was published in local, regional and international Journals, he did not find a mention of the techniques used in treating and processing the data of he multiple identification of the gifted. Also Suliman (2006) in his analytical study, he did not find a mention of the techniques used in treating and processing the data.

(a) Matrices

These are used in the review of the collected data, from various sources, in the identifying of the gifted children and their selecting, for the educational programmes. Of the most prominent of these matrices, is that of (Baldwin, 1984) in which data are summarized, by the transformation of the raw signs; to smaller ones, on a scale of five points. Hence, the means of these points is found out, in each scope. Then the means are added, to obtain the total sign of the matrix.

But; the technique of the matrix is neither precise nor practical; as the transfer of the raw grades to smaller signs, does not depend upon an acceptable statistical basis.

(a) The Composite Standard Scores

In these indicators, the raw signs are transferred on every core which is used in the identification process about the gifted, to standard indicators; such as, the 'T' Scores. Thus, the comparison will be possible between the children and shall be easy and meaningful. The standard indicator or sign is a relative one; which expresses the position of the individual vis-à-vis his peers, in a certain core. The composite standard Scores application goes according to a series of steps. Through these indicators or signs, it would be possible to determine the number of the gifted who achieve the conditions of the break-even point, on the used method of identification. Of the most important advantages of this technique, is that it allows for the use of the principle of compensation, giving various weights to the level of importance of every core and to determine the specified break-even points.

Yet, of the disadvantage of this technique, according to Jarwan (2002,2004), is its weakness in finding an answer to the questions which are related to the validity of the forecasts of the selection decisions which are based on the macro-indicators.

(b) The Multiple Cut-off Points

These are conducted by placing specific points on every scale, so that they represent the accepted minimum. For example, if there were three scales for identifying the gifted children, and the child scored two of them; while not reaching the break-even point (or the Cut-off point) in the third scale, he shall not be eligible for admission in the gifted and talented children programme. This is because the high faculties in two scales, do not compensate the weakness of the third scale. According to Jarwan (2002,2004), the determination of the break-even points, is often influenced, for the cores of identifying, by the number of children who become candidates; and who would be selected as gifted and talented; regardless of caring for the differences in the used scales as far as validity and objectivity are concerned.

(c) The Case Study

This case study is linked to a basic principle; which is the macro-indicator which prove the existence of gift and talent. It, is reality, larger than the total of the automatic addition of the signs of the cores, or the individual measures. The technique of the case study requires a clinical judgment which is not related, literally, to the collected micro-data, but; with a comprehensive view of the assessment operation. An individual with experience education, may perform the process of the case study; or a committee which is formed according to specific policies. In case of a committee performing such tasks, it would be better that every individual may set a numerical estimate, for each candidate child. Thence, these estimates are tested, so that the difference between any two estimates does not surpass any specified limit. The macro-indicator for each pupil, by adding the three estimates, or the extraction of their equivalence. Then, after the arrangement of the indicators of the children, regressively; and selecting the required number, starting from the highest mark (or indicator). Of the aspects of deficiency of the case study; according to Jarwan (2002,2004) the impact of the personal factors in the case study, the difficulty of consent amongst the committee members and the scoring of the children of varying degrees.

The researcher views that there is an applied problem of the case study, in the survey processes about the gifted children, in the major projects. For example, in Khartoum city, in the year

2005, a process of identification of the gifted and talented children, was conducted. The number of the tested children was 85,000; and for the second stage, only 2500 children were selected while the number simmered to 150 in the third stage. So, from a practical point of view, it is difficult to apply this clinical approach in the major projects, for the identification of gifted and talented children.

(d) The Multiple Regression Analysis

This technique is linked to the analysis of the relation between two or more of the independent variables (the identification cores); and the dependent variables (the success cores) and the study of their nature. In addition, it is the total of the existing connections between the identification cores, and the success cores. This technique is also used in forecasting the more probable value of the success core, through the addition of some known marks on the identification cores.

Accordingly, it is a suitable technique for treating the problem of the summarizing of the various data; and the problem of assessing the forecast capability of both the identification and selection together. This technique is linked to the process of the establishment of strong relation with four main elements for any powerful programme for the gifted and talented children. These are the objectives of the programme and the identification cores; and those of educational programme and the success cores. Of the advantages of this technique, according to Jarwan (2002, 2004) is that it leads to the reduction of the error market, in forecasting, to the minimum. Also, through it, it could be possible to determine the relative importance for each core of the identification and selection, in an empirical way; and it also makes for the achievement of the principle of compensation. Yet, of its disadvantages is how to obtain a success core which is characterized by validity and objectivity. Yet, the statistical technique which is represented by the analysis of the Multiple Regression, is the ideal way which may form a strong base for the process of merging data and making confident decisions in the process of selection.

The Proposed Strategy

The previous review shows that the best scientific method to treat the data of the identification of the gifted and talented children, in the appropriate statistical method, is the Analysis of Multiple regression. But; the difficulty is finding the success core which is characterized by validity and objectivity. As the gifted and talented programmes are in their early stages in the Arab World; and most of them depend venerable relies of the past; and there is a scarcity in the specialized schools for the gifted and talented children (which are few and just starting). Therefore it's very difficult to reach a valid and objective success core.

Next to the Analysis of Multiple Regression, is favoured the technique of the Composite Standard Scores. The weakness of this technique is represented by the none finding of an answer to the questions which are related to the validity of the forecasts of the selection decisions which are based on the macro-indicators. Moreover; this technique gives equal weights to the internal cores in the process of identification. This can neither be accepted theoretically, or practically.

For all these reasons, together, the researcher used the technique of Factorial Analysis. This may provide some logical statistical solutions; which may sweep into the above-mentioned two methods. Thus, the researcher benefited from the above strategies by basically depending on the structured standard grades. Then he tried to benefit from the existing scientific

heritage, in psychology, in the field of the study of capacities; by benefiting from the Factorial Analysis method. This method was used by the early Psychologists, to reach their robust theories of intelligence and mental capacities (spearman, 1905; therstone, 1938; cattel, 1971; Bernon, 1954). (See: Kheiry, 1975; Albahi, 1978; Faraj, 1991 and Murad, 2000).

Moreover, the researcher was encouraged to use this method, because many of the Factorial Analysis techniques adopt the general linear model for the analysis of regression. In fact, one of the results of the Factorial Analysis, lead to linear regression for the observed variables on the deduced hypothetical factors.

In addition, Factorial Analysis are considered as a bi-vectorial regression. The only difference between them, then, is in uses and objectives. So, as the aim of the regression analysis is to forecast a certain phenomenon, by the use of a few number of independent variables Faactorial Analysis aim at summarizing a large group of variables, into a lesser number of relatively independent variables. Thus, it would be possible to explain the group of variables, by the used of the resulting factors of the analysis of the correlations; amongst these variables (Allam, 2000). Likewise, according to the confirmation by experts, in the identification of the gifted and talented children, (Hany, 1993); (Feldhusen and Jarwan, 1993) and (Jarwan, 2002, 2004), the regression analysis method, is more precise for the analysis of the data of the identification of the gifted and talented children. It is also the best statistical model for selection (Al-Sayyad, 1986). Al-Tahan (1990) .

used the concept of the multiple correlation, to find an equation to estimate the socio-economic level. This idea resembles that of the present research.

The Advantages of Using the Factorial Structure of the Identification Battery

The use of the Factorial Structure, in this realm, avails several advantages. These are: they depend on the use of the standard scores and not the raw scores. They also provide an acceptable internal core, statistically. Likewise, the relative importance of each variable of he identification battery, is not determined arbitrarily, but according to their contribution in a common general factor (i.e. the extent of their saturation with this factor, which gives a chance for the principle of compensation in case of the reduction of the grades of a certain variable.

The Steps for Conducting the Factorial Analysis Strategy

- (a) Calculating the 'T' scores of the intervening variables in the identification battery.
- (b) Finding the correlation matrix of the variables.
- (c) Conducting the Factorial Analysis of the correlation matrix, by he method of the basic components; to deduce a general factor on which all variables are to be saturated.
- (d) Investigating the statistical significance of saturation of correlation.
- (e) Multiplication of the 'T' scores for all the variables and their correspondence of the saturation correlations, separately for each individual.
- (f) Adding the scores of each individual, separately.
- (g) The regressive arrangement of the total scores; and then selecting the required number, according to the core

programme, according to the set rating scales, or the available vacancies in the programme.

The Objectives of the Study

- (1) The determination of the weights ratios (the relative importance of the cores; according to the proposed statistical model of the calculation of the mental talent factor.
- (2) The determination of the gifted pupils, according to the factorial structure strategy.

The Research Methodology

The Research Community

This study was conducted in Qabas Schools, on the second cycle pupils, in the school year 2003/2004. The total number of pupils amounted to 1042, of whom 542 (52%) were males and 500 (48%) were females. The second cycle of the school, includes male and female pupils of the fourth class (20.9% and 17.8% respectively), those of the fifth class (18.1% and 15% respectively) and those of the sixth class (13.8% and 14.3% respectively). This group is distributed over 41 classes. But, the actual number of the pupils on whom the study was applied, was 955 subjects (i.e. with a ratio of 91.7% of the total research community). The rest of the pupils were excluded, because of absence, non-completion of the application of the used scales or deficiency in the demographic information.

The age of the pupils ranged between 8-12 years, were (14.2%); 9 years (32.7%); 10 years (37.8%); 11 years (12.8%) and 12 years (2.5%). All the subjects of the sample were from Greater Khartoum State; which included Khartoum City, which acquired the highest ratios (80.3%), Khartoum North (12.7%) and Omdurman (7%). The research community also included 41 teachers and class master, who assisted in the elementary candidature stage of the gifted and talented children. In addition, they filled the traits rating scales of the characteristics of the gifted and talents pupils, in the basic education stage. The number of make teachers and class masters was 19 (46.3%) and females were 22 (53.7%). Most of these teachers and class masters were trained in the First Gifted Pupils Teachers Seminar; which were held in Khartoum, in the month of January 2005.

The Tools of the Research

Several tools were used to identify the gifted children. These included the mathematics test, the scholastic achievement tests, the SPM as an intelligent test, Torrance Circles Tests of Creative Thinking and the Teachers' Traits Rating Scales for the characteristics of the gifted and talented pupils.

First: Scholastic and Mathematical Achievements

For the scholastic achievement indicator, the average of the school scores, was extracted, except for mathematics, for the school year 2003-2004. The scores for mathematics were also extracted for each male and female pupil. This is because there are no scholastic achievement tests, with validity and reliability in Sudan. Meanwhile, the Arab League Educational, Cultural and Scientific Organization (ALECSO), depended, in directory of identification of the gifted children, on the Scholastic Achievements test (Saddig et.al., 1996); as was mentioned in several regional studies; such as, (Jarwan, 2002; Al-Rawsan, 1996; Subhi, 2002 and Al-Nafi et al, 2000). For calculating the statistical, the stability coefficient for mathematics was used as a

measure for the degree of reliability, which ranged between 0.41-0.97; while the value of the auto-validity ranged between 0.64-0.98. Yet; the stability coefficient for the scholastic scores ranged between 0.66-0.98; while the auto-validity for the scholastic tests scored 0.81-0.99.

Second: The SPM Scale

The SPM Scale is one of the most important tool used in the identification of the gifted pupils. (Al-Kaylani and Al-Rawsan, 2006). This scale was applied by many Arab States; such as, Iraq (Aldabbagh, Taqa, and Komaraya; 1982); Kuwait (Awad, 1989; Abu Allam, 1981); Saudia (Abu Hatab, 1979) and Jordan (Al-Safadi, 1973).

The said scale is specifically used to identify the gifted children, in four Arab States (Emirates, Tunis, Iraq and Egypt (Saddig et al, 1996) It was adopted and standardized in Sudan (Al-Khatib and Al-Mutawakil, 2001, 2002) for the age group 9-25 years, for a sample which contained 6877 subjects of males, (with a ratio of 45.6% and females (54.4%). The reliability coefficients by half-one-part, for the age categories, ranged between 0.378 – 0.732; with a significance level of (0.001).

Third: The Tests of Creative Thinking

For this scale, Torrance Circles Test was prepared by (Torrance, 1969, 1968, 1966). This test contains Form (B) of the figural test which is formed of three activities: the formation of the form or figure, completion of the lines and that of the circles. These tests were used in the following study; as this was recommended by the Arab League Educational, Cultural and Scientific Organization, for use. It was also applied in the Emirates, Iraq, Tunis and Egypt. It is considered the freest activity. It also frees the subject of the sample from the angle thoughts, the perspective and the place extension. It also measures three dimensions of creativity: fluency, originality and flexibility (Saddig et.al. 1996). In Sudan, the scale was applied on a pilot sample of 49 subjects of males and females; for measuring the degree of reliability between the first and the second correctors, for fluency (0.78); flexibility (0.83) and originality (0.92)- The total grade was (0.93). The validity degrees for the total scale; amounted to (0.96). The correlation between the measurement were at a level of significance of (0.01).

Fourth: The Traits Rating Scale

This type of scales was used to identify the gifted children in Egypt, Tunis, Emirates and Iraq (Saddig et al, 1996). The scale contains 37 item which treat the cognitive, motivational, temperamental and social aspects of the gifted child. The coefficient of reliability amounted to (0.98) for the estimates scale, through the halt-spilt (Amended by spearman and Brown, Juttman, (0.97) and Alpha Chronbach (0.75). In addition, the scale was distinguished by high degrees of the validity of internal cohesion, through the relation of the items with to total grade of the scale. The results of the validity of the peripheral comparison of the scale exposed a high capacity of distinction between the peripheral group, when applied to the research community, at a level of significance of (0.001). The coefficient of the correlation between the scale and the Behavioural patterns scale for the gifted students, for Rinzulli, at a level of significance of (0.01).

The Study Procedures

The tools of the study were began to be applied in the period first July 2003, until mid April 2004. A number of volunteers

participated in the collection of data. They were all qualified in Psychology and who received an advanced training in a workshop for Psychometrics, which was organized by the Sudanese Psychological Society, at the buildings of Ahfad University- Omdurman- during June, 2003. In addition, there a group of Psychological Extentionists, at Khartoum Institute for Private Education. Assistance was sought of the Pupils Affairs Specialists, in obtaining the demographic data about the pupils, through their school records.

The SPM scale was applied, first, as a strength scale. The said application took 40-80 minutes, while the circles test took 10 minutes. Meanwhile, for the traits rating scale for the characteristics of the gifted pupils, a letter was directed to each class master, to fill the rating scale, according to his experience with the pupils. Formerly, a workshop was organized for the training of 43 teachers and class masters, concerning the identification of the gifted and talented pupils, in January 2003, in Khartoum. They employed their acquired experience in the estimations processes. In addition; there was a positive response by them. The collected data were released, to conduct the statistical analysis for them, wided by the statistical Packages for Social Sciences (SPSS).

The Statistical Methods used in the Study

The statistical indicators (the arithmetic mean, the standard deviation) were extracted according to sex and age, for the 5 variables of the study, which are: the scholastic achievement, the mathematical achievement, intelligence, creative thinking and the behavioural patterns. The 'T' scores were also extracted for these 5 variables; together with the coefficients of correlation for them and conducting the factorial analysis; by the method of the basic components.

The Findings of the Study

First: The determination of the ratio of the different weights

The determination of the ratio of the different weights (relative significance), for the cores, according to the proposed statistical model, for calculating the mental giftedness and talent factor.

After finding the statistical indicators of the 5 variables of the study and finding the 'T' scores for them, the coefficient of correlation between the variables of the study was calculated. The result is shown in Table (1).

Table No. (1): The Result of the Pearson's Coefficient of Correlation to know the significance of the correlation between the 'T' scores of the Quantitatively Measured Variables. (N = 955.)

The Quantitatively measured variables	Traits	Intelligence	Mathematical Achievements	Total Achievement except Mathematics	Creative Thinking
Traits	-	0.294	0.508	0.582	0.136
Intelligence	-	-	0.338	0.419	0.207
Mathematical Achievements	-	-	-	0.630	0.100
Total Scholar Achievement	-	-	-	-	0.138
Creative thinking	-	-	-	-	-

All these correlations are statistically significant at the level (0.01) (one tailed test).

Table (1) shows that the correlation coefficients between the quantitatively measured variables, in the research, are all positive and significantly correlated.

This proves that there is an essential correlation between the variables of the study.

After this, the researcher conducted the Factor Analysis, on the correlations matrix, which include the 5 quantitative variables which are contained in this study; and which resulted from the analysis of the 'T' scores for the research community; which size was (955) male and female pupils, by the use of the basic components- which are frequently used in the psychological and educational research and studies (Al-Bahi, 1978; Faraj, 1991; Murad, 2000). The Factorial Analysis results had shown that there is only one factor which has a distinguished latent root (that is Eigen Value), which exceeds 1 as a proper number. This factor interprets a measure of the total variance, which is seen in the (mental talent) and which amounts to (49.31%). Table No. (1) also shown the common values and the saturations by the first factor, for each of the five quantitative variables.

Table (2): The Common Values and the Saturation Coefficients of the First Factor for the Research Variables

The Quantitatively Measured Variables	The Common Values	The Saturation Coefficients
The Behavioural Traits	0.955	0.77
Intelligence	0.394	0.63
Mathematics Achievements	0.645	0.80
Total Achievement	0.740	0.86
The Total Creativity Grade	0.088	0.30
The Distinguishing Latent root	2.465	-
Percentage of the interpreted Variance	49.309	

could be observed, from Table (2) that all the saturation with the First General Factor, amount to (0.30); or higher. This proves that all the five quantitative variables belong to; and contribute in the First General Factor. For more verification and proof by a precise statistical method, for this product, the researcher applies Burt and Banks equation, (to which Al-Sayed (1978) referred, to know the extent of the essence of the saturations, through the comparison with the weakness of their standard errors. The coming table shows the basic steps for calculating the standard errors.

Table (3): The steps for measuring the standard errors for the saturation by the First General Factor of the quantitative variables

The quantitatively measured variables	Saturations by the First General Factor ®	1-(T) ²	Weakness of the standard error
Behavioural Traits	0.774	0.599	0.026
Intelligence	0.628	0.394	0.039
Mathematical Achievement	0.803	0.645	0.023

Total achievement	0.860	0.740	0.17
The total grade of the creative thinking	0.300	0.088	0.059

The above table, table (3) shows that the saturations of all the quantitative variables, greatly increase, than their weakness of the standard errors. This confirms the statistical significance of the saturation of each of the quantitative variables.

After these procedures, it could be proved that the ratio of the various weights of the identification battery, in calculating the mental giftedness and talent factor, by using factorial analysis, is (0.86) for scholastic achievement, (0.80) for mathematical achievement, (0.77) for behavioural patterns (or traits), (0.63) for intelligence and (0.30) for the creative thinking.

Second: The determination of the ratio of the gifted and talented pupils; according to the strategy of the Factorial Structure

To achieve this objective, a crossing point was determined, in the first place, as a strict degree which distinguishes the gifted and talented pupils, at a reasonable or average degree, from the others. Its value would be a standard deviation of (1) above average; as was determined by some experts (Silverman, 1989; Freeman, 1990; Bento and Moro, 1999).

Accordingly, the 'T' score was determined as 60 for each of the five quantitative variables. It is well known that the grade of the core angle, is multiplied by its weight. So, the 'T' score was multiplied, for each quantitative variable, by its corresponding weight. Then, the result of the multiplication is added to the five variables. The minimum figure, by which a child qualifies as gifted and talented, is (200.6). But; the low 'T' score of a pupil, over a variable, below the 'T' score 60; does not make him lose the opportunity of being gifted and talented, provided that he compensates such deficiency, sufficiently in the other quantitative variables.

After the completion of these procedures, the number of the gifted and talented pupils, reached 76 pupils; with a ratio of (7.96%); with a confidence limit of (6.2%- 9.6%).

Discussion of the Findings

The findings of the study exposed the relative significance of the variable weights. The highest rate for scholastic achievement was (0.86), then the mathematics achievement score (0.80), the traits (or behavioural patterns) scored (0.77), intelligence (0.63) and creative thinking (0.30). the study also exposed that the ratio of the gifted and talented pupils was (7.96); with a confidence limit of (6.2% - 9.6%). These ratios are comparable to those of the study of Khaleefa, Taha and Attalla and (2007); which found that the ratio of the gifted and talented pupils- according to the balancing equation method was (10%); while the ratio amounted to (8%) by the method of Algebraic Addition of the 'T' scores. It seems that the results of the factorial analysis method are closer to reality than the Algebraic Addition method of the 'T' scores. Therefore, the present study recommends that use must be made of the factorial structure of the identification battery; and using same in the data processing strategies, conducting comparative studies of the three methods and conducting a total case study for the pupils who achieve the condition of one of the equations and fail in the others; or those whose scores are closer to the break-even point of giftedness or talent.

References

- Abu Allam, R. (1981). *Ikhtibar Almasfofat Almotatabiah lRaven*. (Arabic). "Standard Progressive Matrices Of Raven". Idart Alkhidmat Aligtimaiah walnfsiah, Dawlat AlKwait, (Un published).
- Abu Hatab, F. (1979). *Bohoth fi tagneen alikhtibarat alnafsih*. (Arabic). "Researches in Standrization of psychological tests" Cairo: Maktabat Alangilo Almasriah.
- Abu Hashim, A. (2003). *Mhakat altaraf ala almohobeen "Dirasa mashie lilbhoth alarabiah fi alfitrah min 1990 ila 2002 "*. "Survey of Criteria Identification for the gifted" (Arabic). *Mujalat akadimiat Altrbiah Alkhasa*, 3, 31 - 73.
- Albahi, F. (1978). *Ilm alnafsa al ihsai wa gias al agl albashri*. (Arabic). "Statistical psychology and human measurement". Third edition. Cairo: Dar alfikr alarabi.
- Aldabbagh, F.; Taqa, M.; and Komaraya, F. (1982). *Ikhtibar Almasfofat Almotatabiah: algiassi aliraqi*. "Iraqi form of SPM". (Arabic). Mawsil: gamiat al Mawsil.
- Al-Kaylani, A.; Al-Rawsan, F. (2006). *Altagweem fi altarbiah alkhassah*. (Arabic). "Evaluation in special education". First edition. Aman: Dar almasirah lilnasher waltawzia.
- Al-Khaleefah, O. (2000). *Twteen ilm alnafsa fi alalm alarabi Dirasah tahliliah li abfhath, alibda, wa alzakaa, wa al mawhibah*. (Arabic). "Indigenization Psychology in Arab World, Analytical Study of Researches in Creativity, Intelligence, & Giftedness". *Mogalat gamiat um algorah lil alom altarbawiah wa alaigtmaeiah wa alinsaniah*, 12, 36 - 52.
- Al-Khaleefa, O.; Taha, A.; and Attalla, S. (2007). *Istiratigiat alkashf aen almawhoopeen fi mashrooa tair alsimber bi al sudan*. (Arabic). "strategies of identification of gifted pupils in alsimber bird project in the Sudan ". *AlMujalah alarabiah liltrbiah Alkhasa*, 10, 147 - 176.
- Al-Khatib, M.; and Al-Mutawakil, M. (2001). *Dalil istikhdam migias Almasfofat Almotatabiah aladi*. (Arabic). "Guide of SPM". Khatoum: shrikat matabi dar alomlah.
- Al-Khatib, M.; and Al-Mutawakil, M. (2002). *Dirasah istitlaiah lilkhassiah algiassiah li ikhtibar Almasfofat Almotatabiah aladi*. (Arabic). " Pilot study of Psychometric Characteristics of The Standard Progressive Matrices", *Dirsat Nafsiyah*, 1, 89 - 102.
- Allam, S. (2000). *Tahlil binat alboth alnafsiyah waltarbawiah waaligtimaiah*. (Arabic). " Analysis of psychological, educational, and social data ". Cairo: dar alfiker alarabi.
- Al-Nafi, A et al. (2000). *Brnamig alkashf en almawhoopeen wa riaithm*. (Arabic). " program of Identification and promotion of gifted". Riyadh: King Abdul-Aziz city for science and Technology.
- Al-Rawsan, F. (1996). *Asaleeb algiass wa altashkhees fi altarbiah al khasa*. (Arabic). " Ways of assessment and Diagnosis in special education". First edition. Aman: Dar Alfikr lil tibah wa alnasher wa al tawzea.
- Al-Safadi, A. (1973). *Tatbig migias Raven fi albiah alardoniah*. (Arabic). "Application of (SPM) in Jordon ". unpublished M.A, algamiah alardoniah: Jordon.
- Al-Sayyad, A. (1986). *Alnmazig alihsaeiah fi alintiga lilbnook wa aligtisad alislami*. (Arabic). "Statistical patterns in banks selection". *Risalt alkhaleeg alarabi*, 19, 53-63.
- Al-Tahan, M. (1990). *Alalagah bain altahseel aldirasi wa klun min alitigahat alwalidiah fi altanshiah walmstawa aligtimai- aligtisadi lilosrah*. *Mugalat gamiat Damascus*, 21, 57-89.
- Al-Uzza, S. (2002). *Tarbiat almawhoopeen walmtfogeem*. (Arabic). " Education of gifted and talented". First edition. Aman: dar althagafa lilnasher wa altawzia.
- Awad, F. (1999). *Ikhtibar Almasfofat Almotatabiah*. (Arabic). "SPM". Idarat alkhidmat aligtimaiah walnafsiyah: Kuwait. Wizart altarbiah.
- Baldwin, A. (1984). *Baldwin identification matrix 2 for the identification of gifted and talented*. New York: Trillium Press.
- Benito, Y. , and Moro, J. (1999). *An empirically - based proposal for screening in the early Identification of Intellectually Gifted students*. *Gifted and Talented International*, 14, 80 - 91.
- Cowles, M. (1989). *Stastics in Psychology: An Historical Perspective*. HOVE & LONDON: Lawrence Erlbaum, publishers.
- Faraj, S. (1999). *Altahlil alamli fi aloloom alslookiah*. (Arabic). "Factor analysis in behavioral sciences ". second edition. Cairo: Maktabat alaglo almasriah.
- Feldhusen, J & Jarwan, F. (1993). *Identification of gifted and talented youth for educational programs*. In K. Heller, F. Monks, A. Passow (Eds.). *Internal handbook of research and development of giftedness and talent*. Oxford: Pergamon.
- Freeman, J. (1991). *Gifted children growing up*. London, UK: Cassell Educational Ltd.
- Hany, E. (1993). *Methodological problems and issues concerning Identification*. In Heller, K. et al (Eds.). *International handbook of research and development of giftedness and talented*. (209 - 232). Oxford: Pergamon.
- Heller, K. (2005). *The Munich Model of Giftedness and its Impact on Identification and Programming*. *Gifted and Talented International*, 20(1), 98 -103.
- Jarwan, F. (2002). *Asaleeb Alkashf an almaohobeen wa almtfogin wa riaithm*. First Edition. (Arabic). " Ways of Identification and promotion of gifted". Aman: Dar alfikr liltibah wa alnasher wa altawzia.

- Jarwan, F.(2004). Almahhibah wa altfawog wa al ibda. (Arabic). " Giftedness, Talent,& Creativity" Second edition. Aman: Dar Alfikr.
- Jarwan, F. & Asher, J. (1994). Evaluating selection systems in gifted education . In J. Hansen & S. Hoover (Eds.). Talent development: Theories and practice.(pp. 47-75). Dubuque, IA: Kendal/Hunt.
- Karnes,A.& Collins,E.(1981). Assesment in Gifted Education. Spring field Illinois: Charlesc,Thomas.
- Kheiry, A.(1975). Al ihsa alnafsi wa altarbawi. .(Arabic). First edition" Psychological & educational Statistics". Riyadh: matboat gamiat al Riyadh.
- Khaleefa.(2003). The Identification of talented children and their care in Alkubs school in Sudan. A paper presented at the Middle East North Africa Regional Conference of Psychology, Dubai, U.A.E : (13 - 18), December.
- Magendiran,S.&Tan,D.(2004). Program Perspective: Asingaporean Perspective of Gifted Education in The USA.). Gifted and Talented International, 19(2), 98 -103.
- Murad, S.(2000). Tahlil binat albhoth alnafsiyah waltarbawiah waaligtimaiah. (Arabic). "Statistical methodology in psychology, education, and sociology". Cairo: Maktabat alangilo almasriah.
- Richert,S.(1991). Rampant Problems and Promising Practices in Identification. In Colangelo,N & Davis.(Eds.). Hand book of Gifted Education. (pp.81-96). Massachusetts: A Davidson of Simon & Schuster,Inc.
- Saddig,A, et al.(1996). Dalil asalib alkashf en almawhoopeen fi altalim alasasi.(Arabic)."Guide of gifted identification". Tuniss:Almonazma alarabiah liltarbiah wa althagafa wa alolom.
- Silverman, L. (1989). The highly gifted. In F. Feldhusen, J. Van Tassel bask & K. Seeley (Eds.). Excellence in educating the gifted. (pp. 71-83). Denver, Co: Love Publishing Company.
- Suliman, A.(2006). Albahth alilmi en almawhoopeen fi alalm alarabi itigahath walsoubat alti twagihaho. (Arabic). "Scientific Research among gifted in Arab world ".A paper presented in the regional conference of giftedness 26-30/8/2006,Jeddah,5-29.
- Suliman,A. (2000). Saikologiat zawi alhagat alkhasa asalip altarof waltashkhees2. (Arabic). "Psychology of person with special needs".Cairo: maktabat Zahra alsharg.
- Suliman,A., and Ghazi,S.(2001). Almotafogeen aglian khasaishm- iktishafhm - trbithm- mshklatihm. (Arabic). Gifted (Traits- Identification- Education- Problems). Cairo: maktabat Zahra alsharg.
- Subhi, T.(2002). Almotamer aldwali alrabia asher lilmaglis alalmi lilmawhoopeen wa almuiddien- Barcelona. 21July - 4Augst 2001. (Arabic)."Review of 14s conference of giftedness and talent " Mujalat alulom altarbawiah,1,247-252.
- Torrance, E. (1966). Torrance Tests of Creative Thinking: Norms. Technical Manual Verbal Tests, Forms A and B, Figural Tests, forms A and B. Princeton, New Jersey: Personnel Press, Inc.
- Torrance, E. (1968). Directions Manual and Scoring Guide. Massachusetts: Personnel Press, Inc.
- Torrance, E. (1969). Guiding creative talent . Englwood : Cliffs ,N.S. Prentice Hall. INC.
- Zorman, R. (1998). A mode for adolescent giftedness identification via challenges (Magic). Gifted and Talented International, 13, 65-72.

*Correspondence about this Article may be addressed to:Dr. Salaheldin Farah Attallah - King Saud University

Guest Book

Ψgists G.B.



www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

Guest Book Form

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

Guest Book

Ψists G. B.



www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

Guest Book Form

www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

L'ÉTAT DES LIEUX DES SCIENCES HUMAINES ET LE BANNISSEMENT DE LA psychologie*

ABDELKARIM BELHA - PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE.

FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES- UNIVERSITÉ MOHAMMED V-AGDAL.

abdelkrimbelhaj@yahoo.fr

Avec la parution du rapport sur l'état des lieux de la recherche en sciences humaines et sociales, la psychologie se retrouve écartée définitivement du champ disciplinaire dans lequel elle a élu domicile depuis son avènement dans l'ordre des sciences, et même qu'elle a constitué une valeur, non pas ajoutée mais indispensable au développement de ces sciences. Bien que le rapport se soit préoccupé de la situation des sciences humaines dans l'université marocaine, les constats et les analyses ont été conduits avec une préméditation épistémologique et conceptuelle qui paraît relever d'une époque révolue ou d'une vision réductionniste de ces sciences. Car il n'est pas normal qu'un rapport précédent et non des moindres rendant compte de l'état des lieux du Système national de recherche avec l'élaboration d'une vision et d'une stratégie de la Recherche à l'Horizon 2025, s'était prononcé sur les sciences humaines avec la psychologie comme discipline à part entière. Alors que le présent rapport l'ignore totalement sans aucune raison apparente. On voudrait croire à la probabilité de choix stratégique quant à la représentation et la catégorisation des sciences humaines, tel que défini et opéré dans l'enquête.

Mais c'est un curieux choix qui intègre les sciences religieuses, en l'occurrence les études islamiques dans le club des sciences humaines !! Les documents du rapport avancent tantôt des études islamiques et tantôt des sciences religieuses, d'autre part ces "sciences" sont considérées tantôt comme sciences humaines tantôt comme sciences sociales. Sans parler des logiques qui prédominent le système des sciences humaines et sociales d'une part et les études islamiques d'autre part, puisqu'il s'agit de deux horizons qui n'ont de commun que le lieu dans lequel ces disciplines sont animées comme enseignements et recherches, et qui ne se reconnaissent aucune passerelle ni pratique interdisciplinaire. Alors que la psychologie qui avait plus de familiarité avec les sciences humaines et sociales n'a pas eu le mérite d'être considérée à sa juste valeur et renvoyée aux calendes grecques. Mais, vraiment, cette discipline se retrouve, maintenant, chassée de l'organisation de ces sciences telle qu'elle est entretenue à l'université depuis longtemps. Est-ce qu'il y a eu une quelconque stipulation épistémologique en dehors de l'ordre qui en a permis, jadis, la légitimation ? Quant aux études islamiques, dites "sciences", s'agit-il de corroborer un état de fait qui prédomine dans nos établissements universitaires accueillant les sciences humaines, et à l'occasion leur trouver une justification qui les range dans un ordre des sciences humaines spécifiquement marocain, tout en composant dans un sens unique avec les tenants qui ont la charge de les animer ? Aussi, se demande-t-on si les sciences de l'éducation font bien partie cet ordre ? La psychologie n'a-t-elle pas une existence effective dans le champ des sciences humaines et dans les établissements qui en assurent la formation et la recherche ? Ou tout simplement parce qu'il n'y a pas de personnes d'une stature proche des

pôles de décisions et pouvant défendre la place qui revient de droit à la psychologie dans le système des sciences humaines tel qu'il est, ou doit être, opéré au Maroc.

A toute fin utile, quelques mises au point relatives à la condition scientifique de la psychologie méritent d'être avancées. Il est vrai que, dans le contexte marocain, parler de la psychologie comporte quelques difficultés, non pas de conceptions et d'explicitation systématiques, mais bien de perception et de compréhension sociales connotées de méconnaissance à multiples formes. Il s'agit d'une attitude très fréquente dans le sens commun et qui reste compréhensible à certains égards, mais que la communauté scientifique et intellectuelle reproduit et s'adapte les mêmes schémas, c'est bien un dommage qui ne se justifie aucunement en ce 3^e millénaire. Depuis plus d'une décennie, on n'a pas cessé de discuter de la situation de la psychologie au Maroc, soit dans des rencontres universitaires (colloques, tables rondes, journées d'études) ou par des écrits scientifiques (articles et ouvrages) et de vulgarisation dans les médias, etc. La réforme de l'enseignement supérieur a permis de placer cette discipline dans le même rail que les autres sciences humaines, bénéficiant aussi d'une même structuration institutionnelle. Mais il paraît que ce n'est pas suffisant pour que cette science fasse l'objet d'une évaluation à la hauteur des sciences humaines diagnostiquées par l'enquête. Il est possible qu'il ne s'agit pas de méconnaissance à l'égard de cette discipline mais tout le contraire, c'est-à-dire d'une science qui ne connaît pas le même malaise et déficit constatés par le rapport au sujet des différentes sciences humaines et sociales.

La situation de la psychologie dans le contexte marocain présente quelques particularités, non sans ambiguïté et qui sont repérables soit au niveau de la science en tant que telle, soit au niveau des perspectives et des professions qui en dépendent ou encore au niveau des représentations sociales. L'une des raisons qui peut expliquer cette situation, c'est que l'histoire de cette discipline est toute récente et n'arrive pas encore à occuper la place qui la caractérise. D'ailleurs, une part importante de cette situation revient à l'université comme lieu privilégié de la transmission et de la construction des connaissances, qui accueillait la psychologie en tant qu'enseignement démunie du pôle recherche et des options pratiques. A ce propos, il y a lieu de rappeler que l'inexistence de laboratoire expérimental dans nos facultés (vu l'insensibilité des responsables considérant qu'une telle structure ne peut exister que dans les établissements de sciences dures, et les laboratoires qu'on connaît ou qu'on veut reconnaître sont ceux qui font l'objet de la nouvelle structuration de la recherche universitaire et qui veut qu'ils soient composés de 3 équipes de recherche) représente un sérieux handicap pour la formation et la recherche scientifique en psychologie.

En outre et compte tenu des différents apports qu'autorise la psychologie, on notera que celle-ci n'est pas l'apanage d'une élite, mais elle est par la force de son statut général et universel l'affaire de tout le monde. Cela dit, il est utile de souligner que la Psychologie est une science dont les applications n'ont de meilleur terrain que la réalité quotidienne de l'individu en particulier et de l'existence sociale en général. Car il s'agit d'une discipline qui comprend la rigueur de la science, la richesse des théories explicatives, une coexistence d'écoles et de perspectives, la diversité méthodologique et l'accord sur l'objet. Elle est aussi une discipline qui a été traversée, pendant longtemps, par des oppositions et des convergences à ce niveau, mais que l'unité a pu gagner du terrain sous forme structurale et en termes de complémentarité entre les sous-disciplines qui la composent. Cela dit, le domaine de la psychologie reste largement chargé de bon nombre d'enseignements scientifiques, idéologiques et culturels qui se posent comme un véritable soubassement. Dans le même temps, il y a lieu de voir dans la variabilité des moyens de transmission et de diffusion des connaissances qui servent cette discipline une opportunité véhiculaire de toute une culture psychologique. Alors que très bien développée, non seulement en tant que connaissances mais aussi en tant qu'usages en Occident, il reste qu'au niveau de la réalité locale quelques observations rendent compte de la nécessité d'inscrire cette culture.

Car la réalité quotidienne marocaine, qu'elle soit décrite dans sa forme sociale ou culturelle, accuse un bon nombre de faits et de phénomènes dont la dimension psychologique est une dominante incontournable. C'est, donc, une réalité qui empile d'éléments multiples suscitant des interrogations quant à sa construction, son fonctionnement et son développement. Mais qu'en est-il de la psychologie dans cette réalité ? Tout d'abord, observons que cette discipline a sa propre réalité qui reste à définir dans ses différentes modalités scientifiques, sociales, culturelles et historiques. Par ailleurs, cette science, bien qu'elle ait une existence universitaire de plus de trois décennies, est encore méconnue, non estimée à sa juste valeur et prête à confusion chez nous. Ainsi la Psychologie se trouve comme discipline disloquée et écartelée dans la situation hétéroclite suivante :

- la considération par la force d'une certaine tradition, qui en fait une philosophie ou une branche de cette dernière (peut-être en raison de son histoire ou de sa place académique dans notre système universitaire);

- la confusion qui la lie à la psychiatrie (vu l'association courante de la psychologie avec la maladie mentale et psychique),

- la simplification qui l'enterre dans l'éducation (familiale, scolaire, spécialisée...etc.) ou dans la pédagogie.

- Une sous-estimation socialement, voire aussi institutionnellement, consommée quant à la capacité d'apporter des réponses et de fournir des explications.

Compte tenu de ces situations, la psychologie demeure entourée de quelques ambiguïtés et insérée dans un cadre qui ne la favorisait nullement, bien que des efforts soient entretenus par quelques chercheurs chevronnés pour clarifier l'identité et le territoire de celle-ci.

La Psychologie ne se définit pas comme étant la science de la maladie mentale. Ce n'est pas une science d'une quelconque interprétation ou explication de l'âme en mal de vivre, ou qu'elle soit fondamentalement destinée à une mission thérapeutique.

De même, qu'elle n'est pas une science propre à l'enfance, à l'adolescence ou à l'handicap ou encore des états pathologiques. Ce n'est pas une branche d'un quelconque domaine de connaissances, ou un champ de bricolage et de confection des théories. Elle est, par les principes épistémologiques qui la fondent, une science qui permet la compréhension et l'explication des comportements et des cognitions. En fait c'est une science du général et du singulier, dans le sens qu'elle admet l'omniprésence d'une antinomie entre les facteurs généraux de l'environnement qui sont d'ordre physique ou social et la singularité de l'individu qui renvoie à sa propre expérience personnelle. C'est aussi une science de l'individu dans sa généralité en valorisant par une approche objectivante sa particularité qui est le cadre exceptionnel de la subjectivation. La psychologie, qu'on ne s'y trompe pas, est belle et bien une science. C'est une science humaine par excellence. D'ailleurs, en partant de l'histoire des sciences et des idées qui la confirment dans sa position et sa mission, on notera qu'il revient à une période de plus d'un siècle que le statut de la Psychologie dans l'ordre des sciences tient pour acquis la révérence épistémologique, dans le même temps qu'elle a été réconfortée par des utilisations largement ancrées dans la vie des sociétés modernes. Le statut et la mission qui lui sont propres participent pleinement à sa consécration.

Aussi, nul besoin de rappeler que la psychologie, par rapport aux autres sciences de l'homme et de la société (Sociologie, Anthropologie...), aux sciences de l'éducation et aux sciences naturelles (Biologie, Physiologie...) et médicales (Neurologie, Psychiatrie...), reste la discipline la plus fréquemment invoquée dès qu'il s'agit de fournir une explication relative aux comportements, aux processus mentaux et aux phénomènes psychiques qui animent la vie en société. Il n'y a pas de domaine de la vie humaine qui lui échappe, et elle pénètre aussi bien les secteurs de la santé et de l'éducation que ceux de l'entreprise et des institutions sociales. Autrement dit, puisque la tâche de la Psychologie consiste en l'étude de l'activité mentale et la dynamique psychique de l'homme, il n'en demeure pas moins que les contextes dans lesquels s'expriment et évoluent ces dernières suscitent des investigations en continu et.

deviennent aussi porteurs d'enseignements. Ainsi, s'agissant de la réalité dont fait figure le rapport de la Psychologie à la compréhension de la société, elle est assez chargée en possibilités prometteuses quant à l'investigation dans les règles de la science. Du côté de l'enseignement et de la recherche, il y a lieu de reconnaître que le propre état des lieux dans lequel la Psychologie trouve son sens pratique laisse beaucoup à désirer.

Mais il n'empêche que c'est une discipline qui marque tout de même une certaine présence en termes de spécialisation. Il est vrai aussi que les deux langues (arabe et français) comme supports de cette discipline participent à inscrire la discipline dans différents secteurs de la vie en société. La réforme universitaire se voulait un cadre prometteur quant la réalisation d'un certain redressement et la mise en œuvre de quelques améliorations, notamment dans les grands domaines, tels que la Psychologie cognitive, la Psychologie clinique, la Psychologie sociale et la Psychologie du travail. D'un autre côté, la volonté et l'acharnement de ceux qui travaillent l'enseignement ne manquent pas de faire quelques honneurs à la discipline. Pour la formation, notamment dans le cycle supérieur (doctorante ou de spécialisation) des efforts sont déployés à pas certains, comme c'est le cas pour certaines disciplines dans les Facultés de lettres et des sciences humaines de Rabat et de Fès. D'autres initiatives sont impulsées par quelques universitaires et associations spécialisées, mais beaucoup reste à faire.

En ce qui concerne la recherche en Psychologie, elle reste très méconnue et manque terriblement de moyens et d'encouragement. Annuellement et depuis longtemps, des travaux (mémoires, thèses) sont menés au Maroc et à l'étranger, mais est-ce qu'on y prête attention? Là est toute la question, voire c'est toute une histoire. Car, c'est un cas qui se rallie à une large réalité, celle de la situation de la recherche scientifique en générale. Il faut noter aussi que non seulement la recherche fondamentale en Psychologie est quasi absente des priorités universitaires ; mais, c'est également son caractère de science qui lui est ôté. Aussi, il est à souligner qu'en dehors de ce cadre institutionnel, la recherche dans le domaine de la Psychologie (qui relève de l'initiative et de l'effort propre de son promoteur) est en quête de reconnaissance ainsi que de preneurs, vu l'inexistence de structures étatique ou autres pouvant mobiliser soit une recherche fondamentale ou une recherche à caractère d'application. L'état et la situation de la Psychologie, que ce soit au niveau du savoir ou au niveau du savoir-faire, accusent un déficit à multiples facettes. Alors qu'il y a tout un manque à gagner, et au lieu de rester en position de réceptifs des réalisations accomplies ailleurs, il faut dire que des adaptations s'imposent à ces niveaux et aux acteurs qui les animent. Cet état de fait s'explique aussi par d'autres facteurs qui ne relèvent pas nécessairement de la discipline elle-même, ni qu'ils soient spécifiques à celle-ci dans le contexte local, mais qui rejoignent la grande problématique concernant la nature du rapport existant entre la société et la science.

Car, il s'avère que c'est un problème symptomatique des adéquations classiques entre un savoir et un savoir-faire, ou plutôt entre la connaissance savante et la réalité sociale et culturelle. Jusqu'à présent on croyait que l'image et les représentations que la société entretient à l'égard de la Psychologie font état d'une certaine ignorance quant à la raison et la valeur réelle de cette discipline scientifique en tant que discours et en tant que corps de connaissances, ainsi qu'en ce qui concerne les applications pertinentes auxquelles elle donne lieu. Mais, il paraît que beaucoup de monde (y compris des acteurs dans le domaine des sciences humaines) fait preuve

d'une certaine forme d'inculture à ce propos. C'est un constat qu'on relève dans différentes situations sociales et dans lesquelles la Psychologie est sollicitée, soit en termes d'approches ou d'apports. On remarque aussi que des résistances se posent, de façon latente ou manifeste, à l'égard de cette discipline, bien qu'une conscience des réalisations prodigieuses de cette dernière ait, plus ou moins, une présence dans les esprits.

De leurs côtés, les institutions, les administrations et les divers secteurs d'activité et de production n'accordent pas encore de place conséquente à la Psychologie. Cette dernière est confinée dans des clichés, étant donné qu'elle se réduit, de l'avis de certains, uniquement à l'utilisation des tests psychotechniques. Pour d'autres, la Psychologie est considérée comme faisant partie de ces domaines qui n'ont de sens ou auxquels on ne prête d'intérêt qu'à la limite du supportable, voire aussi un luxe. Il est vrai aussi que le manque de moyens, la lourdeur ou les contraintes des tâches de l'enseignement et de l'encadrement, ainsi que l'absence de reconnaissance, de légitimation et d'encouragement, constituent des facteurs qui pèsent lourdement et font défaut à la réalisation d'un projet propre à la Psychologie au Maroc.

A bon entendre, qu'on le veuille ou non, nous avons besoin de la Psychologie, et il nous faut des psychologues. C'est un besoin essentiel, notamment pour accompagner le développement de la société. Mais, c'est un besoin qui est largement perceptible dans notre société et qui n'est pas suscité ou incité par les chercheurs ou les professionnels de ce domaine. Dans cette optique, on n'a pas cessé de dire que la Psychologie devait nécessairement trouver sa place chez nous, et mieux valait tôt que tard, notamment quand on se rend compte des opportunités qui lui sont associées, soit pour ce qui va de l'humain ou du social ou aussi du culturel. La Psychologie (ce qu'on oublie ou qu'on ignore) dispose d'un certain nombre d'atouts qui lui permettent d'approcher et d'accompagner l'homme dans son vécu et la société dans sa marche à la fois dans une visée verticale et horizontale. Loin de souscrire à une exaltation infondée, on avait la ferme conviction que la Psychologie pourrait rendre d'immenses services à l'homme et même à la société. Car, elle dispose de moyens théoriques, méthodologiques et opératoires indispensables à cette mission. Puisque, cette discipline traite de la compréhension et de la prévision des comportements humains dans leurs portés individuels et collectifs. Bien évidemment, on ne peut prétendre à la nécessité de la Psychologie et de son emploi utile dans notre pays, sans une "mise à niveau de l'entreprise" de construction et de production du savoir psychologique.

A commencer par les établissements de formation et de recherche comme lieux de gestion de ce savoir. Mais surtout une considération sans appel et une légitimation de la territorialité de cette science ainsi que de ses hommes. Ce sont là, des éléments qui fondent et alimentent les enseignements prodigués aux étudiants, et combien ils sont nombreux à s'inscrire dans cette discipline chaque année. Mais, apparemment, on était dans l'erreur, puisqu'on faisait croire à des générations d'étudiants et de chercheurs que la Psychologie est une science humaine. Cette conviction on la gardera avec nos collègues et partenaires étrangers, car, ailleurs, la Psychologie est toujours une science humaine. Ou, peut-être que les chercheurs vont délocaliser leur travail de recherche vers les pays dans lesquels il y a une reconnaissance, maintenant que les moyens de communication peuvent faciliter

et favoriser cette option. Ce sont deux options qui vont s'installer dans nos pratiques pour pouvoir survivre scientifiquement: Avoir le corps ici et l'esprit outre-Atlantique.

Dans tous les cas, les chercheurs en Psychologie (enseignants et non enseignants) ont toujours assumé leurs responsabilités scientifiques tout en marquant une présence respectable. Juste à titre de rappel, en termes de production, les 3 UFR de Psychologie existant à l'université marocaine avaient leurs propres Sites Web accueillant les activités des chercheurs (ce qui n'a pas fait l'objet de l'évaluation). Mais aujourd'hui avec cette non reconnaissance de la discipline, les deux Sites de la fac de Rabat n'ont d'autre alternative que de fermer et de plier bagage. Aussi, les deux groupes de recherches dans cette faculté vont s'interroger sur l'attitude à suivre, vu que la Psychologie, d'après le rapport, n'a pas de place dans le système des Sciences Humaines et sociales. Les formations doctorales, masters et licence sont à repenser, ou alors les animer en ce qu'elles ne s'identifient aucunement à ces sciences, puisqu'elles n'y font pas partie des lieux. Peut-être, l'enseignement qu'il y a lieu de tirer de l'enquête est que le statut de scientificité de la Psychologie devrait être modifié, vu qu'elle n'a aucun droit de mention dans le champ des sciences humaines. Une autre alternative se pose, et qui consiste à abandonner toute ambition qui habitait les chercheurs en Psychologie afin de contribuer à son développement tout en participant au mouvement de progrès à l'adresse des sciences avec lesquelles ils croyaient que leur discipline partageait la même destinée, ainsi qu'à l'égard de la société avec ses multiples attentes.

L'approche adoptée dans l'enquête s'inscrit, selon son principal auteur, dans la sociologie de la science. Mais est-ce que cette référence autorise-t-elle pour autant qu'il y'ai une exclusion de la Psychologie du champ des sciences qui ont fait l'objet de l'enquête en question ? Encore est-il dans les propos de l'analyse développée dans le rapport, qu'il est question d'un cas d'école pour la recherche scientifique et la communauté qui l'anime au Maroc, mais est-ce que la Psychologie n'est pas concernée par ce cas d'école ou s'agit-il d'une exclusion pure et simple ? Car, si tel est le cas, l'histoire enregistrera la teneur de cette attitude. Se demande-t-on, aussi, si ce ne sont pas les vieux démons du positivisme du début du siècle dernier qui reviennent dans la conception de l'enquête pour signifier qu'il n'y a de psychologie que dans la sociologie ? Par ailleurs, est-ce que la notoriété des promoteurs de l'enquête les autorise-t-elle à décider des sciences humaines et sociales qui ont droit de citer de celles qui ne l'ont pas ?

Cependant, il n'empêche que dans un des rapports la psychologie apparaît, en un mot au passage, et considérée comme science sociale, peut être par oubli ou par égarement.

Ainsi, qu'un pauvre petit tableau, introduit sans aucune explication!, pour relater la production des enseignants et non-enseignants dans le domaine de la Psychologie. Mais alors, l'honnêteté et la rigueur scientifique exige la transparence : ou bien la Psychologie est une science ou elle ne l'est pas ! Si c'est une science, est-ce qu'elle fait partie des sciences humaines ou sociales ? Le rapport souligne dans son introduction que : «La grande enquête nationale sur l'évaluation de la recherche que les pouvoirs publics marocains ont initiée, financée, suivie de près et dont ils attendent à la fois un nouvel éclairage et des propositions pour l'élaboration d'une politique de recherche est un bon exemple de cette écoute attentive et de cet intérêt

grandissant pour les sciences humaines et sociales et leur éventuel apport à la compréhension de la société marocaine comme aux défis qu'elle doit relever». Il conclue avec une plateforme en vue d'une réforme de la recherche en sciences humaines et sociales qui pose ses jalons dans des recommandations et des propositions pour l'université en perspectives. C'est ainsi que ce rapport établit définitivement la cartographie des Sciences Humaines et Sociales et que les pouvoirs publics qui ont manifesté une attention particulière à l'état de ces disciplines ne reconnaitrons que celles qui y figurent et ayant fait l'objet de l'enquête. Quant à la Psychologie que « Dieu ait son âme». Mais, se rend-t-on compte du fait que le champ des sciences humaines et sociales étant ainsi déterminé, constituera le modèle sur lequel se fondera toute politique de développement de ces sciences, puisqu'il s'agissait bien de cet objectif que l'enquête visait depuis ses débuts ?

Il est certain que le rapport sur l'état des lieux des sciences humaines et sociales a été orienté pour servir quelques disciplines et certains intérêts, notamment des équipes qui ont participé à son élaboration. Mais, faire preuve d'une insensibilité, voire jusqu'à procéder par élimination selon la logique de deux poids deux mesures, alors on pourrait dire adieu à toute ambition de faire asseoir une tradition dans la recherche en psychologie qui a été amorcée depuis quelques années. Encore, faut-il rappeler que depuis plus de deux décennies, il y a eu un mouvement et une dynamique engagés par les enseignants-chercheurs pour travailler et développer cette discipline autour d'un projet prometteur. Un projet consistant à faire gagner à la Psychologie les mêmes considérations scientifiques qui lui font honneur dans les grands centres de recherche au niveau international. Seulement, maintenant ce projet va droit à l'enterrement. Compte tenu de la destinée et des suites qui lui sont réservées, ce rapport se veut un message de méconnaissance perpétrée à l'égard de la Psychologie. Il représente, et c'est bien dommage, une option qui fait rater à cette discipline de prendre part aux opportunités qui seront offertes aux sciences humaines et sociales, soit dans la perspective de leur développement institutionnel ou de la restructuration de la recherche qui sera envisagé en leurs faveurs. Toutefois, les enseignants chercheurs en Psychologie ne manqueront pas d'affirmer en dehors de cette nouvelle logique marocaine, que la Psychologie est, bel et bien, une science humaine. Mais, notons bien que, si c'était une discipline qui n'existait pas et qu'il fallait l'inventer, ce n'est surtout pas dans ce contexte avec le type d'esprit et de rationalité qui l'accompagnent qu'elle trouvera son inventeur.

1- Rapport qui fait suite à l'Enquête nationale du système de la recherche dans les Sciences Humaines et Sociales. Projet R&D Maroc SHS, 12/12/05. Rabat, Mars 2009. Il comporte : 9 notes de conjoncture, 9 comptes rendu du focus group, 9 Rapport de synthèse du Focus group, 5 Rapports de Chef de Projets.

2 - Rencontre Nationale sur la recherche scientifique et technologique. MENESFCRS. 3-4/03/06.

3 - La Psychologie au Maroc entre savoirs et pratiques. Rabat, éditions Bouregreg, 2005.

4 - Rapport de la première phase de l'enquête. Mai 2006. p18.

5- Rapport sur l'enquête quantitative. Avril 2007. p27.

6 - Rapport sur la bibliométrie, Décembre 2008. (II,13), p52.

Publié le 12.07.2009



التهاني بالسنة الميلادية الجديدة 2010

تمنئة رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

arabpsynet@gmail.com

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

من أسبوعين احتفلنا بسنة قمرية جديدة أرخها المسلمون بداية "الثوير الهجري" فكانت السنة الهجرية 1431، واليوم نقدم التهنة بسنة شمسية جديدة أرخها المسيحيون بداية "الثوير الميلادي"، أجل الهاني وأطيب الاماني 2010 ... وكلها "مناسبات كريمة" ...

يقف الإنسان عندها، مهما اختلف دينه وعرقه وجنسه ...

يقف عندها هذا الكائن المجرب "ملكة الاعتماد بالغيب" إلى جانب ملكة "إدراك العالم الحسي (عالم الشهادة)" والوحيد دون سائر المخلوقات (لحد علمنا) ...

يقف عندها مكن ما بعد أن فضله "خالقه" على كبير ممن خلق ...

ولن، أخصائي العلوم النفسية ...

الباحثين في مجاهل النفس الإنسانية وشعائها ...

الساعين إلى فك شفرتها وقراءة أجليدها (عل بصيرتنا تبص ما خفي عن بصرنا وسمعنا) ...

هي مناسبة لنا أن نقف وقفة خول فيها وجهة تفكيرنا/بصيرتنا إلى هذا الكون الممتد الشاسع ...

اليوم تكون الأرض قد أكملت دورة كاملة حول الشمس (وهي تدور منذ 4.5 مليار سنة) لنبدأ غدا دورة جديدة، شبيهة بما سبقها وغير شبيهة لها، فنكون سنة جديدة ... لنكمل والمجموعة الشمسية دورة كاملة حول مركز مجرة "درب البانة" كل 200 مليون سنة، ومجرتنا واحدة من بلايين المجرات المنتشرة بين الطاقة المظلمة والمادة المظلمة في هذا الكون العظيم والذي لا يعلم مداه إلا خالقه.

أنار الله بصيرتكم/بصيرتنا وزادنا في العلم بسطته. وكل عام وأنتم شاهدون، سائلون، مشاغلون، ساعون للخير، ضامين

جهودكم لما فيه رفعة الإنسان وعزه وكرامته.

الدكتور جمال الترحي

شبكة العلوم النفسية العربية

معجم العلوم النفسية العربية

جمـال التركـي

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

إصدار عربي

E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES

إصدار إنكليزي

E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

إصدار فرنسي

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

مصطلحات عربية : عربي - إنكليزي - فرنسي

الدكتور جمال التركي - الطب النفسي - تونس

turky.jamel@gnet.tn

régulation, organisation, contrôle, systématisation	control, regulation, organization, systematization	تنظيم
organisation sociale	social organization	تنظيم إجتماعي
organisation	perceptual	تنظيم الإدراك الحسي
perceptive	organization	
réglementation de l'internement	internment	تنظيم الإيداع
organisation	regulating	
personnalité de la organisation de la santé mentale	organization of personality	تنظيم الشخصية
organisation de la santé mentale	mental health organization	تنظيم الصحة العقلية
organisation de la libido	libido organization	تنظيم الطاقة الجنسية
organisation spatiale	spatial organization	تنظيم الفضاء
régulation thymique	thymic regulation	تنظيم المزاج
contrôle des naissances	birth control	تنظيم النسل
systématisation d'un délire	delirium systematization	تنظيم الهذيان
organisation limite	limit organization	تنظيم حدّي
organisation motrice	motor pattern	تنظيم حركي
organisation sensorielle	sensory organization	تنظيم حسي
organisation sensorielle	sensory organization	تنظيم حواسي
organisation défensive	defensive organization	تنظيم دفاعي
organisation dynamique	dynamic organization	تنظيم دينامي
auto-organisation	auto-organization	تنظيم ذاتي
auto-régulation thérapeutique	therapeutic self regulation	تنظيم ذاتي علاجي
organisation mnésique	mnesic organization	تنظيم ذاكري
organisation rationnelle	rational organization	تنظيم عقلاني
organisation mentale	mental organization	تنظيم عقلي

تناسق - تناسل - تناقض - تنظيم - تنقيس
 - تهيد - توام - توازن - توافق - توتر - توحّد
 - توزع - توزيع - توقع

ث

coordination intellectuelle, coordination visuo-motrice, coordination mentale, harmonisation affective, coordination intellectuelle	intellectual coordination, visuo-motor coordination, mental coordination, affective harmonization, intellectual coordination	تناسق، تآزر، تعاضد
coordination intellectuelle	intellectual coordination	تناسق، تآزر، تعاضد
coordination visuo-motrice	visuo-motor coordination	تناسق حركي بصري
coordination mentale	mental coordination	تناسق ذهني
harmonisation affective	affective harmonization	تناسق عاطفي
coordination intellectuelle	intellectual coordination	تناسق فكري
reproduction, génital	reproduction, genital	تناسل
autosynthèse	autosynthesis	تناسل ذاتي
reproduction asexuelle, monogonie	asexual reproduction, monogony	تناسل لا جنسي
gamogénèse	gamogenesis	تناسل مشيجي
contradiction, paradoxe	contradiction, paradox	تناقض
antilogie	antilogy	تناقض الأفكار
ambivalence de la volonté	will ambivalence	تناقض الإرادة
ambivalence	ambivalence	تناقض الاتجاهات
contradiction des associations	association contradiction	تناقض التداخيات
paradoxisme	paradoxism	تناقض جنسي
paradoxe névrotique	neurotic paradox	تناقض عصابي
paradoxe de Fechner	Fechner paradox	تناقض فخر
antinomie	antinomy, paradox	تناقض مذهبي
ambivalence affective	affective ambivalence	تناقض وجداني
antinomique	antinomic	تناقضي (تعارض) (تعارض)

hyperphrénie,	hyperphrenia,	تهيج عقلي
éréthisophrénie	erethisophrenia	
éréthisophrénie	erethisophrenia	تهيج عقلي مفرط
irritabilité alcoolique	irritability alcoholic	تهيج كحولي
surexcitation	excitement	تهيج مفرط
agitation hystérique	hysterical agitation	تهيج هراعي (هستيري)
excitation affective	affective excitation	تهيج وجداني
jumeaux	twin	توأم، توأم
jumeaux fraternels	fraternal twin	توأم إخوة
jumeaux dizygotique	dizygotic twins	توأم ثنائي الأمشاج
jumeaux	identical twin,	توأم حقيقي
identiques, vrais	enzygotic twins	
jumeaux		
faux jumeau	false twin	توأم غيري
jumeaux névrose	neurosis twin	توأم في العصاب
jumeaux	schizophrenia twin	توأم في الفصام
schizophrénie		
jumeaux	fraternal twins	توأم متآخي
hétérozygotes		
vrais jumeaux,	identical twins	توأم متطابق
jumeaux		
monozygotes		
jumeaux	monozygotic twin,	توأم متماثل
monozygotes,	monochorionic	
jumeaux identiques	twins	
psychose	gemellary psychosis	توأمي (ذهان -)
gémellaire		
adaptatif	adaptive	توأمي (تكيفي)
équilibre,	equilibrium,	توازن
stabilité	stability	
stabilité familiale	family stability	توازن أسروي
stabilité émotionnelle	emotional stability	توازن انفعالي
équilibre biologique	biologic equilibrium	توازن حيوي
équilibre interne	internal equilibrium	توازن داخلي
équilibre dynamique	dynamic equilibrium	توازن دينامي
équilibre statique	static equilibrium	توازن سكوني
équilibre du	behavioral	توازن سلوكي
comportement	equilibrium	
neurochimisme	neurochemism	توازن عصبي كيميائي
équilibre musculaire	muscle equilibrium	توازن عضلي
équilibre instinctivo-	instinctivo-emotional	توازن غريزي - انفعالي
émotionnel	equilibrium	
équilibre instable	unstable equilibrium	توازن لا مستقر
équilibre autonome	autonomic equilibrium	توازن مستقل
équilibre psychique	psychic equilibrium	توازن نفساني
stabilité	psychosocial	توازن نفسي اجتماعي
psychosociale	stability	
équilibre psycho-	psychic behavioral	توازن نفسي سلوكي
comportementale	equilibrium	

organisation	cerebral	تنظيم مخي
cérébrale	organization	
régulation thymique	thymic regulation	تنظيم مزاجي
organisation	psychological	تنظيم نفسي
psychologique	organization	
organisation	hysteric	تنظيم هراعي
hystérique	organization	(هستيري)
abréaction,	abreaction,	تنفيس
catharsis	catharsis	
abréaction	emotional	تنفيس انفعالي
émotionnelle	abreaction	
catharsis	conversational	تنفيس تحادثي
conversationnelle	catharsis	
narcocatharsis	narcocatharsis	تنفيس تخديري
abréaction catharsis	abreaction catharsis	تنفيس تقريري
hypnocatharsis	hypnocatharsis	تنفيس تنويمي
abréaction motrice	motor abreaction	تنفيس حركي
autocatharsie	autocatharsis	تنفيس ذاتي
catharsis des	emotions catharsis	تنفيس عن الانفعال
émotions		
abréaction des	abreaction ego	تنفيس عن دوافع الهو
pulsions du ça	pulsions	
prédisposition,	preparedness, set	تهيؤ
préparation,		
disposition		
prédisposition de	response set	تهيؤ إستجابي
réponse		
prédisposition	abstract set	تهيؤ تجريدي
abstraite		
préparation motrice	motor set	تهيؤ حركي
prédisposition	neural set	تهيؤ عصبي
nerveuse		
préparation	organic set	تهيؤ عضوي
organique		
prédisposition	mental set	تهيؤ عقلي
mentale		
prédisposition de	learning set	تهيؤ للتعليم
l'apprentissage		
disposition au	stimulus set	تهيؤ للمثير
stimulant		
disposition objective	objective set	تهيؤ موضوعي
disposition posturale	postural set	تهيؤ وضعي
excitation, agitation,	excitation,	تهيؤ
irritation, irritabilité	agitation, irritability	
excitation-quiétude	excitement-quiescence	تهيؤ - خمود
éréthisme du corps	erethism of body	تهيؤ الجسم
excitation sexuelle	sexual excitation	تهيؤ جنسي
masturbation	onanism	تهيؤ جنسي ذاتي
onanisme	masturbation	

volontaire	tension	توازن نفسي عصبي
tension de colère	anger tension	توازن نفسي عصبي
tension plastic	plastic tension	توازن نفسي عصبي
tension d'auto	auto control	توازن نفسي عصبي
contrôle	tension	توازن نفسي عصبي
orthotonos	orthotonos	توازن نفسي عصبي
tension	emotional tension	توازن نفسي عصبي
émotionnelle		توازن نفسي عصبي
tension corporelle	corporeal tension	توازن نفسي عصبي
tension	reactional tension	توازن نفسي عصبي
réactionnelle		توازن نفسي عصبي
tension sexuelle	sexual tension	توازن نفسي عصبي
tension du besoin	need tension	توازن نفسي عصبي
tension actuelle	actual tension	توازن نفسي عصبي
tension interne	internal tension	توازن نفسي عصبي
cérébrotonie	cerebrotonia	توازن نفسي عصبي
psychentonie	psychentonia	توازن نفسي عصبي
tonico-clonique	tonoclonic	توازن نفسي عصبي
premenstrum	premenstrum	توازن نفسي عصبي
tension superficielle	surface tension	توازن نفسي عصبي
eutonie	eutonia	توازن نفسي عصبي
tension érotique	erotic tension	توازن نفسي عصبي
tension spinale	spinal tension	توازن نفسي عصبي
tension affective	affective tension	توازن نفسي عصبي
holotonie	holotonia	توازن نفسي عصبي
tension nerveuse,	nervous tension,	توازن نفسي عصبي
nervisme	nervism	توازن نفسي عصبي
tension du muscle	frontalis tension	توازن نفسي عصبي
frontale		توازن نفسي عصبي
tension musculaire,	muscle tension,	توازن نفسي عصبي
tonicité musculaire	muscle tonus	توازن نفسي عصبي
tension musculaire	chronic muscular	توازن نفسي عصبي
chronique	tension	توازن نفسي عصبي
tension	physiological	توازن نفسي عصبي
physiologique	tension	توازن نفسي عصبي
tension	premenstrual	توازن نفسي عصبي
préménstruelle	tension	توازن نفسي عصبي
electrotonus	electrotonus	توازن نفسي عصبي
hétérotonie	heterotonia	توازن نفسي عصبي
isotonique	isotonic	توازن نفسي عصبي
tension induit	induced tension	توازن نفسي عصبي
tension futuriste	futuristic tension	توازن نفسي عصبي
tension continue	continuous tension	توازن نفسي عصبي
hyperémotivité	hypertension	توازن نفسي عصبي
tonus	psychological	توازن نفسي عصبي
psychologique	tonicity	توازن نفسي عصبي
tension psychique	psychic	توازن نفسي عصبي
préménstruelle	premenstrual tension	توازن نفسي عصبي

équilibre	psychoneural	توازن نفسي عصبي
psychoneurale	equilibrium	توازن نفسي عصبي
parallélisme	parallelism	توازن نفسي عصبي
parallélisme culturel	cultural parallelism	توازن نفسي عصبي
parallélisme	psychic parallelism	توازن نفسي عصبي
psychique		توازن نفسي عصبي
concordance, adaptation	concordance, adaptation, adjustment	توافق
adaptation sociale	social adjustment	توافق اجتماعي
adaptation de la	person adaptation	توافق الشخص
personne		توافق القياس
adaptation de	measurement	توافق القياس
mesure	adaptation	توافق الميلاد
adaptation de la	birth adjustment	توافق الميلاد
naissance		توافق انفعالي
adaptation	emotional	توافق انفعالي
émotionnelle	adaptation	توافق تفاعلي
adaptation	reactional	توافق تفاعلي
réactionnelle	adaptation	توافق تكاملي
adaptation intégrale	integral adaptation	توافق تلقائي
adaptation	spontaneous	توافق تلقائي
spontanée	adaptation	توافق جنسي
adaptation sexuelle	sexual adaptation	توافق حيوي
adaptation	biological	توافق حيوي
biologique	adaptation	توافق شخصي
adaptation de la	person adaptation	توافق شخصي
personne		توافق عائلي
adaptation familiale	family adaptation	توافق فصامي
adaptation	schizophrenic	توافق فصامي
schizophrénique	adaptation	توافق كلي
adaptation absolue	absolute adaptation	توافق متصالب
adaptation croisée	cross adaptation	توافق مهني
adaptation	vocational	توافق مهني
professionnelle	adjustment	توافق نشأوي
adaptation	ontogenetic	توافق نشأوي
ontogénétique	adjustment	توافق وظيفي
adaptation	functional	توافق وظيفي
fonctionnelle	adaptation	توافقي (تكيفي)
adaptatif	adaptive	توافقي (تكيفي)
tonus	tonus	توتر
tension essentielle	essential tension	توتر أساسي
tension du besoin	need tension	توتر الحاجة
tension vagotonique	vagotonia tension	توتر العصب الحائر
parasympathicotonie	parasympathicotonia	توتر العصب المبهم
parasympathicotonie	parasympathicotoni	توتر العصب نظير الودي
	a, vagotonia	توتر العصب نظير الودي
tension musculaire	muscular tension	توتر العضلات
tension musculaire	voluntary muscular	توتر العضلات الإرادية

résultats		
distribution cumulative	cumulative distribution	توزيع تراكمي
distribution frequency	frequency distribution	توزيع تكراري
distribution répétitive	distribution	
distribution bivariable	bivariate distribution	توزيع ثنائي التتبع
distribution binôme	binomial distribution	توزيع ذو حدين
randomisation	randomization	توزيع عفوي
distribution multivariée	multivariate distribution	توزيع متعدد الأنواع
distribution rangée	ranked distribution	توزيع مرتب
distribution rectiligne	rectilinear distribution	توزيع مستقيم
distribution spatiale	spatial distribution	توزيع مكاني
prospective, prévision, anticipation	prospects, anticipation, estimate	توقع (استباقي)
prévision positive	positive prospects	توقع إيجابي
prévision de l'agressivité	aggressivity forecasting	توقع العدوانية
anticipation de l'anxiété	anxious expectation	توقع القلق
prévision catastrophique	catastrophic expectation	توقع الكارثة
prévision du thérapeute	therapist prospects	توقع المتعالج
prévision de l'avenir	future prospects	توقع المستقبل
prévision fausse	false expectation	توقع خاطئ
prédiction clinique	clinical prediction	توقع سريري
negative prospects	prévision négative	توقع سلبي
unreal prospects	prévision irréaliste	توقع لا واقعي

tension	psychomotor	توتر نفسحركي
psychomotrice	tension	
tension psychique	psychic tension	توتر نفسي
tension affective	affective tension	توتر وجداني
identification	identification	توحد
identification croisé	crossparental	توحد أبوي متصالب
au parent	identification	
identification	primary	توحد أولي
primaire	identification	
identification a la mère	mother	توحد بالأم
identification au sujet	subject	توحد بالموضوع
identification	identification	
cosmique	cosmic	توحد كوني
cosmique	identification	
distribution, répartition	scatter, distribution	توزع
distribution sexuelle	sex distribution	توزع الجنسين
distribution bimodale	bimodal distribution	توزع ذو منوالين
distribution normale	normal distribution	توزع سوي
distribution asymétrique	asymmetrical distribution	توزع غير متناظر
distribution grouper	grouped distribution	توزع مجمع
distribution rectiligne	rectilinear	توزع مستقيم
distribution tronquée	truncated	توزع مقطوع
distribution	distribution	توزيع
répartition	automated	توزيع آلي
automatique	assessment	
distribution des	scotter	توزيع النتائج

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 – Dream – Dreaming – Dressing –
 Drinker – Drive – Driving – Dropping –
 Drowsiness – Drug – Drugged – Drunkenness –
 Dual – Dualism – Duality – Dull – Dying –
 Dynamic – Dynamical – Dynamism – Dysfunction

Dream	rêve	حلم، منام
Dream typical	rêve typique	حلم نمطي
Dream wish	désir du rêve	رغبة الحلم
Dream within a dream	rêve dans le rêve	حلم من داخل الحلم
Dream work	travail de rêve	إخراج الحلم
Dreaming	rêveur	حالم، شارذ الفكر
Dreaming delusion	délire de rêverie	هذيان احتلامي
Dreaming inhibition	inhibition rêveuse	لجم حالم، نهى حالم
Dreaming sleep	sommeil des rêves	نوم الأحلام
Dreaming tendency	tendance à la rêverie	ميل للأحلام
Dressing	habillage	ارتداء
Dressing apraxia	apraxie de l'habillage	لا أدائية الارتداء
Drinker	buveur	سكير، شريب
Drinker (problem-)	ébrier problème	سكير مشكل
Drinker ancient	ancien buveur	شريب قديم
Drinking mania	alcoolomanie	هوس بالخمير
Drive	pulsion, instinct, motivation	دافع
Drive (autonomy-)	motive autonome	دافع استقلالي
Drive (homonomy-)	motive sociale	دافع اجتماعي، حافز اجتماعي
Drive displacement	déplacement des motivations	إزاحة الدافع
Drive reduction	réduction motrice	خفض الدافع
Drive specificity	spécificité des motivations	نوعية الدافع
Drive stimulus	stimulus des motivations	مثير دافع
Driving (training)	entraînement	تدريب، تمرن
Droll action	acte cocasse	فعل سخيف
Dromomania	dromomanie	هوس التجوال
Dromophobia	dromophobie	رهبة الركض، خواف عبور الطريق
Dropping	abaissement	خفض
Dropping out	désinsertion	إزالة الاندماج
Drowning	submersion	غمر
Drowsiness	somnolence, état hypnagogique	نعاس
Drowsiness	somnolence de sur	ترنيق الأنا الأعلى
(super ego-)	moi	
Drowsiness sleep	endormissement	نعاس

Drug	médicament, drogue	عقار، دواء مخدر
Drug (anaesthetic-)	drogue anesthésique	عقار مخدر
Drug (antagonistic-)	médicament antagonistique	عقار مضاد
Drug (ataractic-)	médicament sédatif	عقار مهدئ
Drug (chemical-)	drogue chimique	عقار كيميائي
Drug	médicament	عقار مهلوس
(hallucinogenous-)	hallucinogène	
Drug (hard-)	drogue dure	مخدر جسيم
Drug (hypnotic-)	drogue hypnotique	عقار منوم
Drug (illicit-)	drogue illicite	عقار غير مشروع
Drug (inhibitor-)	médicament inhibiteur	عقار مثبط
Drug (natural-)	drogue naturel	عقار طبيعي
Drug (paralysing-)	médicament paralysant	عقار الشلل
Drug (placebo-)	médicament placebo	عقار إرضائي
Drug (psychic-)	médicament psychique	عقار نفسي
Drug (psychotropic-)	médicament psychotrope	دواء نفسياني
Drug (real-)	médicament réel	عقار حقيقي
Drug (resistant-)	résistant aux médicaments	مقاوم العقاقير، عصي على الدواء
Drug (sedative-)	drogue sédatif	عقار مسكن، عقار مهدئ، عقار مطمئن
Drug (stimulating-)	drogue stimulant	عقار منبه
Drug (sweet-)	drogue doux	مخدر خفيف
Drug (tranquilizing-)	drogue tranquillisant	عقار مسكن
Drug (vegetative-)	médicament végétatif	عقار نباتي
Drug abstinence	abstinence médicamenteuse	إمتناع دوائي
Drug abuse	abus médicamenteux	اعتساف دوائي
Drug addict	addiction	إدمان دوائي، إدمان المخدرات
Drug addiction	addiction au drogue	إدمان المخدرات
Drug dependence	dépendance médicament	تعويل عقاري، تبعية دوائية
	dépendance au drogue	
Drug effect	effet du drogue	تأثير المخدر
Drug habit	accoutumance	اعتياد دوائي
Drug habituation	habituation médicamenteuse	اعتياد دوائي
Drug hallucinogen	drogue hallucinogène	عقار مهلس
	médicament hallucinogène	دواء مهلس
Drug hypnosis	hypnose médicamenteux	تنويم العقاقير
Drug therapy	thérapie médicamenteuse, chimiothérapie	علاج بالعقاقير، علاج دوائي

Drug tolerance	tolérance médicamenteux	تحمل العقار، تحمل الدواء
Drug traffic	trafique des drogues	تجارة المخدرات
Drugged	drogué	مدمن
Drugged weaning	sevrage des drogués	فطام المدمنين
Druggist	pharmacien	صيدلي، عقاقيري
Drug-resistant	chimiorésistant	مقاوم الدواء
Drugs psychosis	psychose médicamenteux	ذهان العقاقير
Drunk	ivre	سكران
Drunkard	ivrogne	سكير
Drunkenness	ébrété, ivresse	سكر
Drunkenness (acute-)	ivresse aiguë	سكر حاد
Drunkenness (alcoholic-)	ivresse alcoolique	سكر كحولي
Drunkenness (cannabic-)	ivresse cannabique	سكر قنبي
Drunkenness (deep-)	ivresse des profondeurs	سكر الأعماق
Drunkenness (delirious-)	ivresse délirante	سكر هاذ، سكر هذياني
Drunkenness (pathological alcoholic-)	ivresse alcoolique pathologique	سكر كحولي مرضي
Drunkenness (sleep-)	ivresse du sommeil	سكر النوم
Dual	duel	أثنائية، كزوج
Dual personality	personnalité double	شخصية مزدوجة
Dualism	dualisme, ambivalente	إثنائية
Dualism (androgyny-)	dualisme sexuel	أثنائية جنسية
Dualism (psychophysical-)	dualisme psychophysique	أثنائية نفسانية فلسفية
Dualism (psychosomatic-)	dualisme psychosomatique	أثنائية نفسية
Dualism state	état ambivalente	حالة ازدواج
Dualist	dualiste	ثنائي، معتنق الثنائية
Dualistic	dualistique	ثنائي
Duality	dualité	ثنائية، أثنائية
Duality criterion	critère de dualité	معيير الثنائية
Dull	idiot, inerte, stupide	متبلد، غبي، هامد
Dull delusion	délire inerte	هذيان هامد
Dull insanity	folie stupide	خبل متبلد
Dull normal	idiot normal	غبي - سوي
Dullness (mind-)	beotisme	بلادة ذهن
Dumbness	mutisme	بكم
Duplicity theory	théorie de duplicité	نظرية الازدواج
Dupre's syndrome	syndrome de dupré	متلازمة دوبري
Durable	durable	دائم
Durable difficulty	difficulté durable	صعوبة دائمة

Duration	durée	ديمومة
Dutchphobia	dutchphobie	خوف الهنود، رهاب الهنود
Dwarf	nain	قزم
Dwarfism	nanisme	قزامة
Dyad (diad)	dyade	زوج
Dying	agonisant	محتضر، منازع
Dying (be-)	agoniser	احتضر، نازع، دنف
Dying out	défaillant	خائر القوى، غائب، متغيب
Dying reaction	réaction des mourants	استجابة المحتضر
Dylalia	dylalie	لغة الحمقى
Dynamesesthesia	dynamesthésie	إحساس بالقوة
Dynamic	dynamique	دينامي، زخمي، نشاطي
Dynamic (analysis-)	dynamique réparatrice	دينامية تحليلية
Dynamic (behaviour-)	dynamique du comportement	دينامية السلوك
Dynamic (conjugal-)	dynamique conjugale	دينامية زوجية
Dynamic (consciousness-)	dynamique de la conscience	دينامية الوعي
Dynamic (feeling-)	dynamique des sentiments	دينامية المشاعر
Dynamic (group-)	dynamique du groupe	دينامية الجماعة
Dynamic (personality-)	dynamique de la personnalité	دينامية الشخصية
Dynamic (psychic-)	dynamique psychique	دينامية نفسية
Dynamic (social-)	dynamique sociale	دينامية اجتماعية
Dynamic (temporal-)	dynamique temporelle	دينامية وقتية
Dynamic (unconscious-)	dynamique inconscient	دينامية لا شعورية
Dynamic aphasia	aphasie dynamique	حبسة كلامية، حبسة دينامية
Dynamic base	base dynamique	أساس دينامي
Dynamic behaviour	comportement dynamique	سلوك حركي
Dynamic complex	complexe dynamique	عقدة دينامية
Dynamic compliance	complaisance dynamique	مطاوعة دينامية
Dynamic concept	concept dynamique	مفهوم دينامي
Dynamic description	description dynamique	وصف حركي
Dynamic effect	effet dynamique	أثر دينامي
Dynamic effect law	loi de l'effet dynamique	قانون الأثر الدينامي
Dynamic equilibrium	équilibre dynamique	توازن دينامي
Dynamic factor	facteur dynamique	عامل دينامي
Dynamic family	dynamique familiale	دينامية الأسرة
Dynamic force	force dynamique	قوة دينامية
Dynamic interaction	interaction dynamique	تفاعل دينامي
Dynamic liberty	liberté dynamique	حرية دينامية
Dynamic method	méthode dynamique	طريقة دينامية
Dynamic organization	organisation dynamique	تنظيم دينامي
Dynamic orientation	orientation dynamique	اتجاه دينامي
Dynamic personality	personnalité dynamique	دينامية الشخصية
Dynamic process	processus dynamique	سيرورة دينامية

Dynamic psychology	psychologie dynamique	علم النفس الدينامي
Dynamic reactive	réactif dynamique	فعال دينامي
Dynamic relation	relation dynamique	علاقة ديناميّة
Dynamic relaxation	relaxation dynamique	استرخاء دينامي
Dynamic situation	situation dynamique	موقف دينامي
Dynamic stimulation	stimulation dynamique	استثارة ديناميّة
Dynamic symbiosis	symbiose dynamique	تكافل دينامي
Dynamic system	système dynamique	منظومة ديناميّة
Dynamic tendency	tendance dynamique	ميل دينامي
Dynamic theory	théorie dynamique	نظرية ديناميّة
Dynamic therapy	thérapie dynamique	علاج دينامي
Dynamic trait	trait dynamique	سمة ديناميّة
Dynamical	dynamique	دينامي، نشاطي
Dynamical law	loi dynamique	قانون دينامي
Dynamical theory	théorie dynamique	نظرية ديناميّة
Dynamism	dynamisme	ديناميّة - نشاطيّة
Dynamism (ego-)	dynamisme du moi	نشاطيّة الأنا
Dynamism (oral-)	dynamisme orale	ديناميّة فمّية
Dynamism	dynamique	ديناميّة نفسانيّة
(psychological-)	psychologique	
Dynamism structure	structure dynamique	بنية ديناميّة
Dynamist	dynamiste	دينامي المذهب، حركي
Dynamo-	dynamo-	سابقة : قوة، زخم
Dynamogenesis	dynamogénèse	توليد الحركة
Dynamogeny	dynamogène	تولد الحركة
Dynamograph	dynamographe	محراك مسجل
Dynamometer	dynamomètre	محراك
Dyphonia	dyphonie	بحة، جش، عسر التصويت
Dys-	dys-	سابقة : عسير، عسر، سوء، خلل
Dysadaptation	désadaptation	عسر التكيف
Dysaesthesia	dysaesthésie	خلل الإحساس
Dysagnosia	dysagnosie	عسر الفهم
Dysaphia	dysaphie	عسر اللمس، ألم اللمس
Dysaptation	dysaptation	عسر التكيف
Dysarithméria	dysarithmétrie	خلل الحسابيّة
Dysarthria	dysarthrie	رثّة، لكنة، عسر التلقظ
Dysarthric	dysarthrique	رثوي، أرب، رثاء، ألكن، لكناء
Dysautonomia	dysautonomie	عسر التلقائيّة، عسر الاستقلاليّة
Dysbarism	dysbarisme	خلل الضّغطيّة
Dysbasia	dysbasie	عسر الخطو، عسر المشي
Dysboulia (dysbulia)	dysboulie, dysbulie	ضعف الإرادة
Dysboullic	dysboulie	متعلق بضعف الإرادة
Dysbulia	dysboulie	خلل الإرادة
Dysbulic (dysboullic)	dysbulique, dysboulie	متعلق بضعف الإرادة
Dyscephalia	dyscéphalie	تشوّه الرّأس
Dyscephaly	dyscéphalie	تشوّه الرّأس
Dyschesia (dychezia)	dyschésie	عسر التّغوّط
Dyschiasia	dyschiasie	عسر حسن التّوضع اللوني

Dyschromasia	dyschromasie	عسر تمييز الألوان، خلل رؤية الألوان، عمي لوني
Dyschromatopsia	dyschromatopsie	عسر تمييز الألوان، خلل رؤية الألوان، عمي لوني
Dyschronometria	dyschronométrie	خلل معرفة التوقيت
Dyscinesia	dyscinésie	عسر الحركة، فقد الحركات الاختيارية
Dyscoimesis	dyscoimésie	عسر التّوم
Dyscolism	dyscolisme	قنوط
Dysconsummation	dysconsommation	سوى الاستهلاك
Dyscontrol	dyscontrôle	عسر المراقبة
Dyscrasia	dyscrasie	حتل، اضطراب الخلط، سوء المزاج
Dyscratic	dyscratique	مختل المزاج
Dysdiadochocinesia	dysdiadochocinésie,	خلل تناوبية الحركات، عسر تعاقب الحركات
(dysdiadochokinesia,	dysdiadochokinésie	
dysdiadochokinesis)		
Dysdipsia	dysdipsie	عسر الشرب
Dysenelia	dysenelie	عسر الطّوق
Dysequilibrium	dysequilibre	عسر التوازن، عسر التّعوط
Dyserrection	dysérection	عسر التّعوط
Dyseresthesia	dyseresthésie	كلل التنبّه الحسيّ
Dyserethism	dyserethisme	ضعف إثارة الحسّ
Dysergasia	dysergasie	سوء انتظام العمل
Dysergastic	dysergastique	ذهاني اختلاطي
Dysergia	dysergie	حركة غير مترابطة
Dyesthesia	dysesthésie	عسر الحسّ
Dysfunction	dysfonction	عسر الوظيفة
Dysfunction (muscular-)	dysfonction musculaire	عسر الوظيفة العضليّة
Dysfunction (sexual-)	dysfonction sexuelle	عسر الوظيفة الجنسيّة
Dysfunctional	dysfonctionnelle	اختلال وظيفي
Dysfunctioning	dysfonctionnement	عسر العمل
Dysgenesis	dysgénésie	إنسال عقيم، خلل القدرة الإنساليّة
Dysgenesis	dysgenèse	خلل التّكوّن، نقص النّمو، تشوّه
Dysgenic	dysgénique	مفسد السّلالة، مفسد عرقي
Dysgenitalism	dysgenitalisme	تشوّه تناسلي، طواشيّة
Dysgenopathy	dygénopathie	خلل التّنشؤ
Dysgeusia	dysgeusie	فساد الدّوق
Dysgnosia	dysgnosie	عسر الفهم
Dysgrammatixia	dysgrammatixie	خلل اتّساق الكلام، عسر نحو الكلام
Dysgrammatism	dysgrammatisme	خلل النّحويّة، ثبوج الكلام
Dysgraphia	dysgraphie	خلل الكتابة، عسر الكتابة
Dysgueusia	dysgueusie	فساد الدّوق
Dysharmonia	dysharmonie	سوء توافق، خلل التّناسق
Dysharmonic	dysharmonique	لا متناسق
Dysharmonic	débilité	إعاقة ذهنيّة لا متناسقة
debility	dysharmonique	
Dysharmonic moron	débile dysharmonique	معاق ذهني لا متناسق
Dysharmony	dysharmonie	خلل التّناسق
Dyshormonal	dysnormale, dysnormique	اضطراب هرموني

Dyshormonic	dyshormonique	هرموني الاضطراب
Dyskinesia	dyskinésie, dyscinésie	عسر الحركة، خلل الحركة
Dyskinesia (algesic-)	dyskinésie algique	خلل الحركة المؤلم
Dyskinesia (late-)	dyskinésie tardive	خلل الحركة المتأخر
Dyskinesia (neurosis-)	dyskinésie névrotique	خلل الحركة العصابي
Dyskinesia intermittent	dyskinésie intermittente	خلل الحركة المتقطع
Dyskinetic	dyskinétique	ضعيف الحركة
Dyskoimesis	dyskoimesie	صعوبة النوم
Dyslalia	dyslalie	عسر النطق، عسر التكلم، عي الكلام
Dyslexia	dyslexie	عسر القراءة
Dyslexic	dyslexique	متعسر القراءة، مختل القراءة
Dyslogia	dyslogie	خلل المنطق، عسر التعبير
Dysmégalopsia	dysmegalopsie	رؤية مبكرة
Dysmenorrhoea	dysménorrhée	عسر الطمث
Dysmenorrhoea (psychogenous-)	dysménorrhée psychogène	عسر الطمث نفسي المنشأ
Dysmetabolic	dysmétabolique	اختلال الأيض
Dysmetropsia	dysmétropsie	خلل عسر رؤية حجم الأشياء
Dysmicropsia	dysmicropsie	رؤية مصغرة مشوهة
Dysmimia	dysmimie	عسر التعبير بالإشارات
Dysmnnesia	dysmnésie	عسر التذكر
Dysmnestic	dysmnésique	ضعيف الذاكرة، اعتلال الذاكرة
Dysmnestic syndrome	dysmnésique syndrome	تناذر اعتلال الذاكرة
Dysmorphosis	dysmorphose	تشويه البنية
Dysmorphia	dysmorphie	تشوه الشكل، شوهة، عيب شكلي
Dysmorphic	dysmorphique	مشوه البنية
Dysmorphism	dysmorphisme	تغير مظهري
Dysmorphomania	dysmorphomanie	هوس التشوه
Dysmorphophobia	dysmorphophobie	رغبة التشوه، رهاب التشوه
Dysmorphopsia	dysmorphopsie	رؤية مشوهة
Dysmorphosis	dysmorphose	تشوه
Dysmyotonia	dysmyotonie	تشنج عضلاتي مرضي
Dysneuria	dysneurie	عطل عصبي، كلل الحواس
Dysnomia	dysnomie	حبسة الأسماء

Dysnusia	dysnusic	نقصان الفهم
Dysocial	dyssociale	سبب التوافق الاجتماعي
Dysomnia	dysomnie	خلل النوم، نوم سبب
Dysophia	dysophie	عسر اللمس، ألم اللمس
Dysopia	dysopie	خلل بصري
Dysopsia	dysopsie	خلل بصري
Dysorexia	dysorexie	خلل الشاهية
Dysorgasmy	dysorgasmie	خلل شيق
Dysorthographia	dysorthographie	خلل الكتابة السوية
Dysorthographic	dysorthographie	عسر النطق السليم
Dysosmia	dysosmie	خلل شمي
Dysostosis	dysostose	خلل التعميم
Dyspareunia	dysparéunie	عسر الجماع
Dyspareunia (deep-)	dysparéunie profonde	عسر الجماع العميق
Dyspareunia (psychogenous-)	dysparéunie psychogène	عسر الجماع نفسي المنشأ
Dyspareunia (psychological-)	dysparéunie psychologique	عسر الجماع النفساني
Dyspareunia (superficial-)	dysparéunie superficielle	عسر الجماع السطحي
Dyspareunia organic	dysparéunie organique	عسر الجماع العضوي
Dyspareunic	dysparéunique	مصابة بعسر الجماع
Dyspepsia	dyspepsie	تخمة، عسر الهضم
Dyspepsia (nervous-)	dyspepsie nerveuse	سوء الهضم العصبي
Dyspepsia (neurasthenic-)	dyspepsie neurasthénique	عسر الهضم العصبي
Dyspeptic	dyspeptique	متخوم، متخم، مصاب بعسر الهضم
Dysphagia	dysphagie	عسر البلع
Dysphagia (hysterica-)	dysphagie hystérique	عسر البلع الهستيري
Dysphagia spastica	dysphagie spastique	عسر بلع تقيضي
Dysphasia	dysphasie	عسر التلقظ، عسر الكلام، عي الكلام
Dysphemia	dysphémie	تأثرة نفسانية المنشأ
Dysphonia	dysphonie	عسر التصويت
Dysphoretic	dysphorétique	مقلقل
Dysphoria	dysphorie	تقلب المزاج
Dysphoria intersexual	dysphorie intersexuelle	تقلب المزاج الخنثي

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

E

Epilepsie – Episode – Epuisement
Equivalence – Equivalent- Erotisation
Erotisme – Erreur – Espace
Esprit – Etape - Etat

Epilepsie	epilepsy	صرع
Epilepsie illusionnelle	illusional epilepsy	صرع انخداعي
Epilepsie infantile	infantile epilepsy	صرع طفلي
Epilepsie jacksonienne	jacksonian epilepsy	صرع جكسوني
Epilepsie kinésogénique	kinesogenic epilepsy	صرع محرض بالحركة
Epilepsie locale	local epilepsy	صرع موضعي
Epilepsie majeure	major epilepsy	صرع كبير، داء كبي، صرع أكبر
Epilepsie masqué	masked epilepsy	صرع مقنع
Epilepsie matinale	matinal epilepsy	صرع صباحي
Epilepsie mentale	mental epilepsy	صرع ذهني
Epilepsie métabolique	metabolic epilepsy	صرع استقلابي
Epilepsie mineur	epilepsy minor	صرع صغير
Epilepsie morphéique	morpheic epilepsy	صرع سباتي
Epilepsie myoclonique	myoclonus epilepsy, myoclonic epilepsy	صرع رمعي عضلي
Epilepsie organique	organic epilepsy	صرع عضوي
Epilepsie paroxysme	paroxysm epilepsy	حدة الصرع
Epilepsie partielle	partial epilepsy	صرع جزئي
Epilepsie petit mal	petit mal epilepsy	صرع الداء الخفيف
Epilepsie post-traumatique	post-traumatic epilepsy	صرع بعد رضّي
Epilepsie psychique	psychic epilepsy	صرع نفسياني
Epilepsie psychomotrice	psychomotor epilepsy	صرع نفسي حركي
Epilepsie pubertaire	pubertal epilepsy	صرع البلوغ
Epilepsie sensori-motrice	sensorimotor epilepsy	صرع حاسي حركي
Epilepsie	sensory epilepsy,	صرع حواسي

sensorielle	sensorial epilepsy	
Epilepsie somatosensible	somatosensible epilepsy	صرع جسدي حسي
Epilepsie statu symptomatique	status epilepticus, symptomatic epilepsy	صرع ثابت
Epilepsie temporale	temporal lobe epilepsy	صرع عرضي
Epilepsie traumatique	traumatic epilepsy	صرع صدغي
Epilepsie uncinée	uncinate epilepsy	صرع رضخي
Episode	episode	عارضة، عارض، حالة، فترة، طور، استطرادي، سورة
Episode boulimique	bulimic episode	طور نهم، فترة شراهة
Episode catatonique	episode catatonic	فترة تخشب، طور تخشبي
Episode délirant	delirious episode	طور هذيان حاد
Episode dépressive	depressive episode	طور همودي، طور اكتئابي
Episode dépressif brève	brief depressive episode	طور اكتئابي موجز
Episode dépressif majeur	major depressive episode	طور اكتئابي جسيم
Episode dysthymique	dysthymic episode	طور اعتلال مزاجي
Episode fécond	fecund episode	طور خصب
Episode maniaque	maniac episode	طور هوسي
Episode psycholeptique	psycholeptic episode	طور انقباض نفسياني
Episode psychotique	psychotic episode	طور ذهاني
Episode résiduel	residual episode	طور متبقي
Episode schizophrénique	schizophrenic episode	طور فصامي
Epuisement	extranstring, exhausting	إنهاء، إنهاك، إضناء، استنفاد
Epuisement (dépression d'-)	exhausting depression	اكتئاب الاستنفاد
Epuisement de l'affectivité	depression affectivity	استنفاد العواطف
Epuisement de l'énergie	exhausting energy	استنفاد الطاقة

Epuisement nerveux	nervous exhaustion	إنهاك عصبي
Epuisement physique	physical exhausting	إنهاك بدني، استنفاد بدني
Epuisement psychique	psychic exhausting	إنهاك نفسي
Epuisement psychologique	psychological exhausting	إنهاك نفسي
Epuisement vital	vital exhaustion	إنهاك حياتي
Equivalence	equivalence	معادلة، مساواة، تكافؤ، تساوي، تعادل القيمة
Equivalence (coefficient d'-)	equivalence coefficient	معامل التكافؤ
Equivalence (fidélité par-)	equivalence reliability	وفاء عبر التكافؤ
Equivalence d'âge	age equivalent	معادل عمري
Equivalence de la personnalité	personality equivalence	تكافؤ الشخصية
Equivalence dépressive	depressive equivalent	معادلة الاكتئاب
Equivalence des réponses	response equivalence	معادل الاستجابة
Equivalence entre les stimulants	stimulus equivalence	تكافؤ بين المثيرات
Equivalence inconsciente	unconscious equivalence	تكافؤ ضدي لا شعوري
Equivalence motrice	motor equivalence	تكافؤ حركي
Equivalence oppositionnelle	oppositional equivalence	تكافؤ ضدي
Equivalence psychique	psychic equivalence	تكافؤ نفسي
Equivalence-uniformité	equivalence-uniformity	تكافؤ - تساوي
Equivalent	equivalent	مكافئ، متكافئ، متساو، متعادل القيمة، مساو، معادل
Equivalent anxieux	anxiety equivalent	معادل قلقي
Equivalent attitude	attitude equivalent	معادل موقف
Equivalent clitoridien	clitoris equivalent	معادل البظر
Equivalent de crise d'angoisse	anguish crisis equivalent	معادل أزمة الحصر
Equivalent de suicide	suicide equivalent	معادل الانتحار
Equivalent dépressif	depressive equivalent	معادل الاكتئاب
Equivalent dose	equivalent dose	مكافئ الجرعة، معادل الجرعة
Equivalent douloureux	painful equivalent	معادل للألم
Equivalent du stimulus	stimulus equivalence	تكافؤ بين المثيرات
Equivalent émotionnel	emotional equivalent	معادل انفعالي
Equivalent épileptique	epileptic equivalent	معادل صرعي، عدل
Equivalent masturbatoire	masturbatory equivalent	معادل استمنائي
Equivalent négatif	negative equivalent	معادل سلبي

Equivalent névrotique	neurotic equivalent	معادل عصابي
Equivalent phallique	phallic equivalent	معادل للقضيب
Equivalent psychomoteur	psychomotor equivalent	معادل نفسحركي
Equivalent régressive	regressive equation	معادلة النكوص
Equivalent somatique	somatic equivalent	معادل جسدي
Equivalent suicidaire	suicidal equivalent	معادل انتحاري
Erection	erection	انتصاب، نعوظ
Erection (inhibition de-)	erection inhibition	لجم انعاطي، تثبيط انعاطي
Erection anhédonique	anhedonic erection	انتصاب خالي من اللذة
Erection douloureuse	painful erection	انتصاب مؤلم
Erection matinale	morning erection	نعوظ نهارى، نعوظ صباحي
Erection nocturne	nocturnal erection, night erection	نعوظ ليلي
Erection partielle	partial erection	انتصاب جزئي
Erection pénienne	penis erection	انتصاب قضيب
Erection permanente	permanent erection	انتصاب دائم
Erotisation	eroticization	اشباق، تشبيق، غلبة، توليد الشبق
Erotisation atypique	atypical eroticization	تشبيق لا نمطي، شبقية لانموزجية
Erotisation de l'agressivité	aggressivity eroticization	إشباق العدوانية
Erotisation de la différence	difference eroticization	تشبيق الاختلاف
Erotisation de la distance	distance eroticization	تشبيق المسافة
Erotisation de la masculinité	Masculinity eroticization	تشبيق الذكورة
Erotisation de la pensée	thinking eroticization	تشبيق التفكير، فكر شهواني
Erotisation de la souffrance	sufferance eroticization	تشبيق الألم
Erotisation du risque	Risk eroticization	شبقية الخطر
Erotisation du transfert	transfer eroticization	إشباق التحول
Erotisation perverse	Perverse eroticization	شبقية شاذة
Erotisation vaginale	Vaginal eroticization	شبقية مهبلية
Erotisme	erotism, eroticism	شهوية، إثارة جنسية، غلمية، تهيج جنسي، شبقية
Erotisme anal	anal eroticism	غلمة شرجية، شبقية شرجية
Erotisme antifusionnel	anti-merging eroticism	شبقية لا التحامية، شبقية التحامية مضادة
Erotisme de la peau	skin eroticism	شبقية الجلد
Erotisme de lèvres	lip eroticism	شبق شفوي
Erotisme féminin	Feminine eroticism	شبقية أنثوية
Erotisme fusionnel	merging eroticism,	شبقية التحامية

	fusional eroticism	
Erotisme génital	genital eroticism	شبق تناسلي
Erotisme imaginaire	imaginary eroticism	شبق خيالي
Erotisme labiale	lip eroticism	شبق لساني، شبق شفوي
Erotisme orale	oral eroticism	شبق فمي
Erotisme organique	organ eroticism	شبق عضوي
Erotisme sensuel	sensual eroticism	شبقية عاطفية
Erotisme sexuelle	sexual eroticism	شبق جنسي
Erotisme urétral	urethral eroticism	شبق احليلي
Erreur	error	خطأ، هفوة، غلط
Erreur (facteur d'-)	error factor	عامل الخطأ
Erreur absolue	absolute error	خطأ مطلق
Erreur accidentelle	accidental error	خطأ عارض
Erreur actuelle	actual error	خطأ حالي
Erreur anticipatoire	anticipatory error	خطأ استباقي، خطأ سبقي
Erreur au hasard	random error	خطأ عشوائي
Erreur compensatrice	compensating error	خطأ معوض
Erreur constante	constant error	خطأ ثابت
Erreur d'échantillonnage	sampling error	خطأ العينة
Erreur d'expectation	expectation error	خطأ التوقع
Erreur d'interprétation	Interpretation error	خطأ التأويل
Erreur de chance	chance error	خطأ الصدفة
Erreur de contraste	contrast error	خطأ التباين، خطأ التباين
Erreur de l'excitation	excitation error	خطأ الإثارة
Erreur de l'observateur	observer error	خطأ المراقب
Erreur de l'estimation	estimation error	خطأ التقدير
Erreur de lecture	paralexia	خطأ القراءة
Erreur de médication	medication error	تداوي خاطئ
Erreur de réfraction	refraction error	خطأ الانكسار
Erreur de relation	processing error	خطأ المعاملة
Erreur de représentation	Representation error	خطأ التصور
Erreur de stimulation	stimulation error	خطأ الإثارة
Erreur de supposition	supposition error	خطأ التقدير
Erreur de temps	time error	خطأ زمني
Erreur de traitement	treatment error	خطأ المعالجة
Erreur de transaction	transaction error	خطأ المعاملة

transaction		
Erreur des mesures	measurement error	خطأ القياس
Erreur des sens	senses error	خداع الحواس
Erreur diligent	diligent error	خطأ مثابر
Erreur du groupement	grouping error	خطأ التجميع
Erreur du stimulus	stimulus error	خطأ الإثارة
Erreur éducative	educative error	خطأ تربوي
Erreur expérimentale	experimental error	خطأ تجريبي
Erreur fondamentale	fundamental error	خطأ جوهري
Erreur motivée	motivated error	خطأ مقصود
Erreur moyenne	average error	خطأ متوسطة
Erreur persévérative	perseverative error	خطأ مثابر
Erreur posée	posed error	خطأ مثار
Erreur saillant	raised error	خطأ مثار
Erreur probable	probable error	خطأ محتمل
Erreur proportionnelle	proportional error	خطأ نسبي
Erreur relative	relative error	خطأ نسبي
Erreur standardisée	standard error	خطأ معياري
Erreur statistique	statistical error	خطأ إحصائي
Erreur subjective	subjective error	خطأ ذاتي
Erreur supportable	supportable error	خطأ محتمل
Erreur systématique	systematic error	خطأ منتظم
Erreur temporaire	temporal error	خطأ زمني
Erreur variable	variable error	خطأ متحول
Espace	space	فضاء، مدى، فسحة، مكان، حيز
Espace (notion d'-)	space notion	مفهوم الفضاء
Espace analytique	analytic space	فضاء تحليلي
Espace auditive	auditory space	فضاء سمعي
Espace culturelle	cultural space	فضاء ثقافي
Espace de comportement	behaviour space	حيز السلوك
Espace de transition	transition space	فضاء عرضي
Espace de vie	life space	حيز الحياة
Espace érotisé	eroticize space	فضاء مشبق
Espace imaginaire	Imaginary space	فضاء متخيل
Espace institutionnel	institutional space	فضاء مؤسساتي
Espace intérieur	interior space	فضاء داخلي
Espace mort	dead space	حيز ميت
Espace psychique	psychic space	مجال نفسي، فضاء نفسي
Espace psychologique	psychological space	مجال نفسي

Espace subjectif	subjective space	فضاء ذاتي
Espace visuel	visual space	فضاء بصري
Espace vital	vital space	مجال حيوي
Esprit	spirit, soul, intellect, mind	فكر، روح، عقل
Esprit actif	active spirit	عقل عملي
Esprit aliéné	insane person spirit	عقل مختل
Esprit animale	animal spirit	روح حيوانية
Esprit collectif	collective mind	عقل جمعي
Esprit contrôleur	control spirit	روح ضابطة
Esprit créateur	creator spirit	ذهن مبتكر
Esprit critique	critical spirit	روح نقدية، فكر نقدي
Esprit croyant	believe spirit	عقلي ماني
Esprit d'humour	humour spirit	روح الدعابة
Esprit d'initiative	initiative spirit	روح المبادرة
Esprit de contrôle	control spirit	روح ضابطة
Esprit de groupe	society mind, group mind	روح الجماعة
Esprit faible	fable mindedness	ضعف عقلي
Esprit faux	false thinking	فكر زائف، تفكير خاطئ
Esprit image	soul image	روح صورة
Esprit large	broad-minded	فكر متسع
Esprit logique	logic spirit	فكر منطقي
Esprit mental	mental spirit	فكر عقلي
Esprit moral	moral spirit	روح معنوية
Esprit positif	positive spirit	روح ايجابية
Esprit pur	pure spirit	عقل صافي
Esprit sain	healthy spirit	عقل سليم
Esprit scientifique	scientific spirit	روح علمية
Esprit social	social mind	روح اجتماعية
Etape	stage	مرحلة
Etape	exhaustion stage	مرحلة الإنهاك
(d'épuisement-)		
Etape d'alarme	alarm stage	مرحلة الاستنفار

Etape d'exhaustion	exhaustion stage	مرحلة الإنهاك
Etape de développement	development stage	مرحلة التطوير
Etape de résistance	resistance stage	مرحلة المقاومة
Etape génitale	genital stage	مرحلة تناسلية
Etape homosexuelle	homosexual stage	مرحلة جنسية مثلية
Etape intermédiaire	intermediate stage	مرحلة متوسطة
Etape magique	magic stage	مرحلة سحرية
Etat	state, condition, situation	حالة
Etat accidentel	accidental state	حالة عرضية
Etat actuel	actual state	حالة معاشة
Etat affectif	affective state	حالة وجدانية
Etat agréable	agreeable state	حالة دعة
Etat aigu	acute state	حالة حادة
Etat ambivalente	dualism state	حالة ازدواجية
Etat amoureux	love state	حالة وجد، حالة حب
Etat anxieux	anxiety state	حالة قلق
Etat asymptomatique	asymptomatic state	حالة لا عرضية
Etat atypique	atypical state	حالة لا نموذجية
Etat autistique	autistic state	حالة ذاتية
Etat auto-hypnotique	auto-hypnotic state	حالة تنويم ذاتي
Etat catatonique	catatonic state	حالة تخشبية
Etat chronique	chronic state	حالة مزمنة
Etat compulsif	compulsive state	حالة حصرية
Etat conflictuel	conflicting state	حالة صراعية
Etat confusionnel	confusional state	حالة اختلاطية
Etat conscient	conscious state	حالة شعورية
Etat constant	constant state	حالة ثابتة
Etat crépusculaire	twilight state, crepuscular state	حالة غلسية، حالة غروبية

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

" PDF doc " **المعجم الإلكتروني النفسي الفرنسي**

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

" PDF doc " **المعجم الإلكتروني النفسي العربي** - المجلد 2

عربية - فرنسية - إنجليزية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1271)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe



سجل التهاني بعيد فطر 1430

تهنئة رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

أطباء نفسيين وأساتذة علم النفس يشاركون الشبكة بتهنئة العيد

arabpsynet@gmail.com

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

و نحن نودع شهر فضيل ...

أولاً مرحته و أوسطه مغفرة و آخره عتق من النار ...

حق لمن قام ليلة و سبح ثماره أن يتخلف بعيد ...

حق لمن صام إيماناً و احساباً أن يفرح بفطره ...

لكن ... من حق آخرين علينا أن نذكرهم ...

من حق من أصابه القرح أن نذكره ...

من حق من لحقه ظلم استكبار منعول أن نذكره ...

من حق من شرد و يئس و ثكل و قمل أن نذكره ...

من حق من ابتلى بالفقد و الفقر و الجوع و المرض أن نذكره

من حق كل هؤلاء علينا و آخرين يكدهون أن نذكرهم ...

نذكرهم بما هم أهل له ...

و أنتم زملائي الأفاضل أساتذة و أطباء ، أنتم يا من خبر معانات النفس الإنسانية في سواءها و اضطرابها ...

خير من يعرف حق ذكره هو لا ...

خير من يعرف كيف تكف دمه محروم ...

خير من يعرف كيف تجبر نفوساً تصدعت ...

خير من يعرف كيف يدفع ذكر من غيبة ظلم ذوي القربى ...

خير من يعرف مرد اعتبار من أذله ظلم استكبار جائئ ...

في هذه المناسبة الكريمة، ونحن نختم بعيد الفطر المبارك

نسأل الله العفو والعافية.....

نسأله تقبل صالح الأعمال والطاعات.....

نسأله تحرير انساننا المسلوب وأوطاننا المغتصبة.....

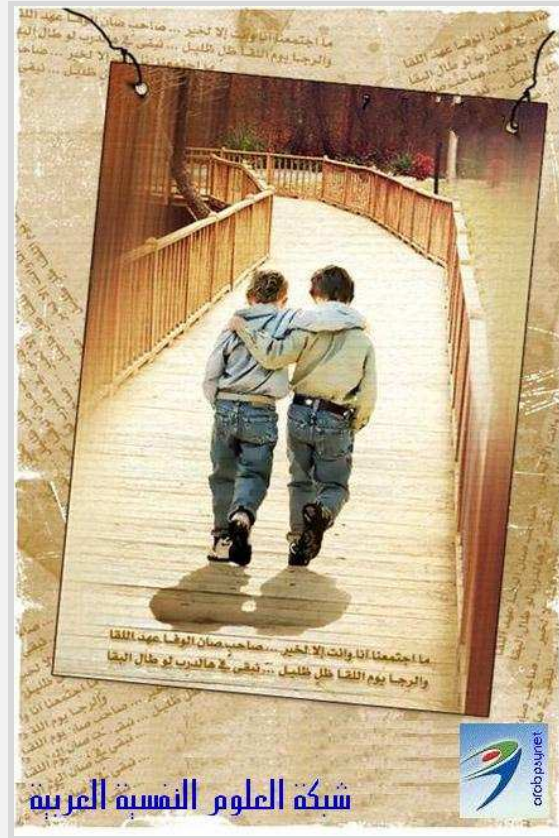
نسأله أن يحسننا زمرة عباده الصالحين

نسأله أن يبشأ يوم تزول الأقدام، يوم لا ينفج.....

..... إلا من أتى الله بقلب سليم.

كل عام و أنتم خير وأهل الخير والعطاء

إنا بكم نرقى ومعكم يسير الدرب.....



..... مرفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا.

دامر في حفظ الله آمين ودامر عزكم وذكركم عطاكم

الدكتور جمال الترحي

شبكة العلوم النفسية العربية

www.arabpsynet.com

<http://www.arabpsynet.com/maillinglist/ConsMailingList.asp>

Arabpsynet eJournal: N°24 - AUTUMN 2009

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 24 - خريف 2009

الرجاء بالسلام في الحق والخير

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

سعادة الدكتور الأكرم رئيس الشبكة العربية للعلوم النفسية

بمناسبة حلول عيد الفطر المبارك، يسعدني أن أعبر لكم عن أحسن التحية لما تقومون به من جهود وما تبذلون من رعاية لشؤون شبكة العلوم النفسية، مع دأبكم المستمر في تطويرها تقنياً، وإثرائها في المضمون، على سهولة في الاستخدام، وانفتاح على ما يدور من نشاط في سائر البلاد العربية .

أعاد الله العيد المبارك بما ينفع الشعوب العربية في التأمل بمعاني العيد، والرجاء بالسلام في الحق والخير .

مع المودة والاحترام

أ.د. نعيم عطية
dr.naim@live.com

خواتم مباركة وعيد سعيد

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

أخي الأستاذ الحبيب رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

خواتم مباركة وعيد سعيد، وأسأل الله أن تكونوا أنتم وكل أهلکم ومحبيكم ومن تعز بكل خير وسرور وصحة جيدة، في الحقيقة إنني أراك بدر أينما أشرقت وأقرأ ما تكتب بإنبهار .

وها أنت اليوم تكتب بلغتك الرائعة أحرف من نور، فمن أين لي أن أجاري بلاغتك وبراعتك فأعيد لك رسالة بنفس البراعة لا أستطيع سوى أن أقدم لك ودي وشغفي الدائم بك واستعدادي أن أكون قلماً معك وصديقاً (حميماً) لك.

أخيراً عيدك مبارك وأرجو أن أراك قريباً في أي مكان يمكننا الالتقاء به. أحبيك من جديد دائماً ويمكنني أن أنشر باستمرار مقالات في شبكتنا (أحبذ تنشيط فكرة المقالات أكثر).

د.عبد الحافظ سيف الخامري - صنعاء، اليمن
d_hafed@hotmail.com - d_hafed@yahoo.com

كل عام و أنتم بخير و عطاء و نفع و ابدان

صديقي العزيز رئيس الشبكة

أنت كما هو أنت

كريم طيب متابع رقيق نبيل

بارك الله فيك ولك وعليك يا شيخ

وفرّحك كما أحب أن أراك

الفرحة قيمة نبيلة مثل العمل،

وإن أدركت ذلك متأخراً

فخذها هدية العيد مني لك ولأسرتك الكريمة

الفرحة تكون أحياناً توقيعا من داخلك على أن عملك جميل وأنك

جميل وأن الله يحبك

ما رأيك في هذه الهدية؟

كل عام وأنت وكل من تحب، بخير وعطاء ونفع وإبداع

وعليكم السلام

أ.د.يحيى الرخاوي - مصر
yehiattrakhawy@hotmail.com

بالصحة والعافية والمسرات

الأساتذة و الزملاء الأفاضل

الزميل الفاضل رئيس شبكة العلوم النفسية

يسعدني بمناسبة حلول عيد الفطر السعيد ان ابعث لكم جميعا أفرادا و أسرا بأجمل التهاني وأحسن الاماني راجيا ان يعيده على الجميع بالصحة والعافية والمسرات

وكل عام وانتم دائما بخير

د. عبد الستار ابراهيم - مصر
drsattaribrahim@yahoo.com

أعطر التهاني وأسمى التبريكات

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

تهديكم الجمعية النفسية العراقية أعطر التهاني

وأسمى التبريكات بمناسبة عيد الفطر المبارك..

أعاده الله عليكم بالصحة والأمان والخير الوفير.. داعينه سبحانه أن يمنّ بالسلام على الشعوب العربية والاسلامية .. ويلمّ شمل العراقيين في عراق مزدهر بأهله وخيراته.

أ.د.قاسم حسن صالح - العراق
qassimsalihi@yahoo.com

أمدحه الله عليكم بالبركات

عيدكم مبارك سعيد وكل عام وانتم بخير
 بأرق العبارات وأصدق العواطف وأحر المشاعر
 يسعدني أن أرسل إليكم أجمل التهاني والتبريكات
 بحول عيد الفطر المبارك أعاده الله علينا وعلى جميع
 المسلمين بالخير والسعادة والتقدم راجيا من العلي
 القدير لكم دوام الصحة و موفور العافية

أ.د. الغالي أحرشاو- المغرب
aharchaou_rhali@yahoo.fr

حتى نكون خير أمة

الأخوة الأساتذة أعضاء الشبكة
 الأخوة الزملاء كل عام وأنتم بخير بمناسبة انتهاء شهر رمضان الكريم
 هذه الأيام وقدم عيد الفطر المبارك اعاده علينا ونحن في عزة ومرفعون
 الرؤس بديننا الحنيف ومتخذين حبيبنا ورسولنا محمد عليه افضل الصلاة
 والسلام قدوة في سلوكنا و افعالنا الله حتى نكون خير أمة أخرجت للناس

أ. خالد الفخراي - مصر
fakhrany61@hotmail.com

اجمل التهاني والتبريكات

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية
 اجمل التهاني والتبريكات لكم بأحبيتي في شبكة العلوم النفسية لولاكم
 لم نعرف مايدور في عالمنا من اخبار في العلوم النفسية
 انقضى شهر رمضان يارب لاتجعل اخر العهد لنا فيه
 ياشهر رمضان ترفق، دموع المحبين تُدقق قلوبهم من
 ألم الفراق تشقق
 عسى وقفة للوداع أن تطفئ من نار الشوق ما أحرق
 عسى ساعة توبة وإقلاع أن ترفو من الصيام ما تخرق
 عسى منقطع عن ركب المقبولين أن يلحق
 عسى أسير الأوزار أن يطلق
 عسى من استوجب النار أن يعتق
 عسى رحمة المولى لها العاصي يوفق
 يارب

جرمي عظيم، وعفوك كبير، فاجمع بين جرمي وعفوك يا كريم

د. عبدالحسين رزوقي الجبوري - العراق
huseinmjeed@yahoo.com

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

الزميل الفاضل رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

اسأل الله أن يعيده عليكم وعلينا وعلى كل الامة المسلمة بالخير
 والبركات، كانت رسالة التهنة من رئيس الشبكة، جد مؤثرة تعبر بصدق
 عن حس إيماني كبير و ذوق راق في انتقاء الكلمات. لا يسعني إلا أن
 أتقدم بالشكر على ما تقوم به في شبكة للعلوم النفسية نعتز بها كثيرا.

أ.سهام محمد العربي بوصبيعات - الجزائر
 استشارية نفسانية
oum_rokaya@yahoo.fr

تمنئة وشجون نفساني

بسم الله الرحمن الرحيم

الأخوة الأساتذة أعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية الكرام

الأخ الأستاذ الدكتور الأمين العام لشبكة العلوم النفسية المحترم

تحية وسلام وتهنئة بعيد هذا العام، الذي ختم الفرحة للصيام، وجدد
 لعهد الإسلام، بهجة وإيماناً ووعداً خطه رب الأنام.

أخوتي يمر العيد هذا العام والعراقيين والعرب معهم ينتظرونه منتفساً
 لتجديد آمالهم بالرحمة الإلهية أن تنقذهم مما هم فيه، وهم يقتنصون أي
 فرصة للترويح عن كاهلهم المثقل بأنواع الهموم، متصورين جوعاً لأية
 فرحة يتشبثون بها كي يردعوا بها عطش السنين التي لازلت عجاف،
 يتأملون الغيث في زمن تمحل بالتراب، ويطلبون الأمن في وطن تطوق
 بالذئاب، ويرتجون الخير من الذين سببوا لهم العداوة والخراب.

أخوتي وأسأتذتي وزملائي لم أجد بداً من أن أضمن تهنئتي لكم بالعيد
 آهات شعبي فقد إصطبغت في كل مناسباتنا وتعايرنا ومواقفنا، فكل عام
 وأنتم بألف خير ومزيد من التألق في الإنتفاضة النفسية التي تقودونها. مع
 امتناني ومعذرتي

د. علي كاظم الشمري- العراق
alikadhim70@gmail.com

أمدحه الله بالخير

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

زميلنا الفاضل الدكتور رئيس الشبكة حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أسمى آيات التهاني

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

بمناسبة حلول عيد الفطر المبارك

أتقدم لكم وجميع اعضاء الشبكة بأسمى آيات التهاني والتبريكات

أعده الله عليكم وعلينا بالخير واليمن والبركات

وعيدكم مبارك .. وكل عام وانتم بخير

Mr. Rahman THABET
rahmana1555@yahoo.com

أعاده الله بالخير واليمن

الأخوة والزملاء في أرجاء العالم العربي و الاسلامي

الأخ العزيز الفاضل الأستاذ الدكتور رئيس الشبكة

كل عام و انتم بخير بمناسبة عيد الفطر المبارك

أعاده الله عليكم وعلى الامة والانسانية جمعاء بالخير

واليمن والبركات

مع خالص تمنياتي الطيبة والسلام عليكم

ورحمة الله وبركاته

د. لطفي عبد العزيز الشربيني - مصر
lotfyaa@yahoo.com - www.alnafasany.com

بطاقة معايدته الى مغرب

الاخوة والاخوات...

أهنئكم بحلول عيد الفطر المبارك أعاده الله عليكم وأسركم الكريمه بالخير

واليسر والبركات ويسعدني مشاركتكم قصيدة (بطاقة معايدته الى

مغرب)...تقول بعض مقاطعها:

سنواته كانت أعز حصادي
حين اغتربت وقد حَزمتُ عتادي
أم أن قَدري كان بالمرصاد ؟
ومرارة الكلمات طعمُ مداي ؟
حين ارتدّيت لهنَّ تَوْبَ حَداد ؟
والآن أَقْلَتَ من يَدَي وقيادي
وكل عام وانتم بخير

د. الزين عمارة - الإمارات - السودان
Dr. Alzain OMARA - EMIRATE -SUDAN
zinomara@eim.ar

Arabsynet eJournal: N°24 - AUTUMN 2009

على الخير متجمعين

الزميلات العزيزات والزملاء الأفاضل اعضاء شبكة العلوم النفسية

الزميل والصديق العزيز رئيس الشبكة

أَسأل الله العليّ القدير أن يجعلنا وإياكم من المقبولين في هذا الشهر الكريم ، ويجعلنا وإياكم ممن فازوا في أوله بالرحمة وفي أوسطه بالمغفرة وفي آخره بالعق من النار ، ووالدينا ووالديكم وأهلينا وأهلكم ومن وصانا بالدعاء له أو من له حق علينا و من أحبنا فيك آمين,,,,,,,,,,,,,

كل سنة و انتم طيبين و علي الخير دايمًا متجمعين

د. علاء فرغلي - مصر
alaa_f@hotmail.com

أعاده الله علينا باليمن

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية

الأخ الدكتور رئيس شبكة العلوم النفسية العربية المحترم

طيبة طيبة وبعد...،،،

بعد أن من الله علينا بإتمام صيام شهر رمضان الكريم فإنه من دواعي سروري ومحبتي أن أبعث التهاني لكم ولزملائي المتخصصين في الطب النفسي وعلم النفس، ونسأل الله تعالى أن يتقبل صالح أعمالنا وطاعاتنا، ويجعلنا من عتقاء هذا الشهر الكريم، كما ونسأل الله تعالى أن يعيده عليكم وعلينا وعلى الأمتين الإسلامية والعربية باليمن والبركات، إنه سميع مجيب

د. زياد بركات - فلسطين
جامعة القدس المفتوحة - طولكرم
zeiadb@yahoo.com

أعاده الله ونمن في أحسن حال

السادة الأساتذة اعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية

الأستاذ الدكتور رئيس الشبكة

بمناسبة عيد الفطر السعيد ، أبعث إليكم بأحلى التهاني واطيب

الأمني ، راجيا أن يعيده الله علينا ونحن في حال أحسن

د. نزار عيون السود - سوريا
nizaros45@yahoo.com

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد 24 - خريف 2009

تهاني الي كل نبراس علم

بسم الله الرحمن الرحيم

يسرني ويسعدني بأن أرفع إيات الود والمحبه واقدم احر التهاني الي كل نبراس علم بحلول عيد الفطر المبارك اعاده الله علينا وعليكم باليمن والبركات

وكل عام وانتم بألف خير

ناجية الحصادي- ليبيا
al hassady@yahoo.com

عيدكم مبارك

الى كل اعضاء شبكة العلوم النفسية العربية

عيدكم مبارك و كل عام وانتم بخير و دامت شبكة العلوم النفسية العربية منارة لنا و على راسها الدكتور الفاضل جمال التركي حفظه الله و رعاه

د. كلثوم بلميهورب - الجزائر
belmihoubkel toum@yahoo.fr

تقبل صالح أعمالكم

الاخوة والزملاء في أرجاءالعالم العربي و الاسلامي

كل عام و أنتم بخير

تقبل الله صيامكم و صلاتكم و صالح أعمالكم

فاطمة عزت - مصر
fezzat97@yahoo.com

شكرو تهنئة

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية

شكرا جزيلا لرئيس الشبكة على هذه التهنة

بارك الله فيه

كل عام و هو وجميع الزملاء بخير

عيد سعيد

مع أجمل التهاني و التبريكات

د. محمد الطويل - فلسطين
tawil1973@yahoo.com

عيد سعيد

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية

عيد سعيد وشكرا

عبد الكريم الإرياني
aleryani@gmail.com

تقبل صيامكم وقيامكم

الاخوة والزملاء في أرجاءالعالم العربي و الاسلامي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أسأل الله العلي القدير أن يتقبل صيامكم وقيامكم ويدخلكم الفردوس الأعلي من الجنة بإذنه تعالى

أخوكم في الله

عاطف محمد علي - السودان
ateefalee@gmail.com

أطيب التمانني

الى اعضاء شبكة العلوم النفسية العربية

بمناسبة عيد الفطر المبارك ، أتقدم لكم بأحر وأطيب التمانني بالمناسبة السعيدة راجية من الله تعالى أن يعيده علينا باليمن والبركات وتقبل منا ومنكم صالح الأعمال .وبلغنا عز وجل رمضان المقبل

د. مزوز بركو - باتنة، الجزائر
mazouz_fouz@yahoo.fr

كل عام وأنتم طيبون

الأفاضل اعضاء شبكة العلوم النفسية

في صبيحة هذا العيد تردد في فكري وعلى لساني التساؤل التالي..

هل نحن نتقن فن الحياة ؟!

أطفالاً، طلاب علم، علمين، أطباء وغيرهم، آباء، إخوة، قُارب، شيوخ

هل نحيا الحياة كما أرادها الله لنا ؟!

بانتظار تفاعلكم

بسم الله والحمد لله

تقبل الله منا ومنكم صالح الأعمال

وكل عام وأنتم صالحون طيبون وبكل خير

د. محمد حراكي - سوريا/ السعودية
drheraki@hotmail.com

بالصحة والسلام والرخاء

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس

عيدكم مبارك وكل عام وانتم بخير

اعاده الله علينا وعليكم وعلى سائر الامة المحمدية بموفور الصحة
والعافية والسلام والرخاء لكافة اقطارنا العربية

أ. دلي عماد بن عمار-الجزائر
delmiimed1600@yahoo.fr

بالنصر والعزة

بسم الله الرحمن الرحيم

اخوتي الأعزاء جميعا

يطيب لي أن اهنئكم بحلول عيد الفطر المبارك أعاده الله علينا
وعليكم بالخير واليمن والسرور وعلى الامة الاسلامية جمعاء بالنصر
والعزة والازدهار..

وكل عام وانتم بخير

د. محمد الحكيم بريك - اليمن
binbrek6@hotmail.com

أنتم بخير

الإخوة الزملاء

الأخ العزيز رئيس شبكة العلوم النفسية

كل عام و انتم بخير

أ.د. مالك بدري - ماليزيا
malik1932@yahoo.com

لأنكم كنتم الأفضل

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس

لأنكم كنتم الأفضل بالنسبة لي، كل عام وانتم بخير

أحلام ليليا
ahlemliia@yahoo.fr

نبارك لكم بعيد الفطر

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية

نبارك لكم بعيد الفطر وتقبل الله صالح الاعمال وغفر الذنوب
والخطايا ولا تنسوا المسارعة بصيام ست من شوال والله يحفظكم والسلام
عليكم ورحمة الله وبركاته

أ. صالح إبراهيم الصنيع - السعودية
drssanie@hotmail.com

عيد سعيد

والزملاء الأفاضل اعضاء الشبكة

عيد سعيد وكل عام وانتم بالف خير

د. محمد الدباس - الأردن
Dr Mohd Al-Dabbas - Jordan
drmdabbas@hotmail.com

كل عام وأنتم بخير

شكرا الف شكر وكل عام وانتم بخير

أحمد الأمري
alameery2005@yahoo.com

باليمن والبركة

الأساتذة و الزملاء الأفاضل

شاكر تفضلكم

أعاده الله عليكم باليمن والبركة

د. مهدي الطاهر- السعودية
mahdiat@yahoo.com

بالصحة والعافية

الى جميع الزملاء والزميلات

عيدكم مبارك وكل عام وانتم بخير

اعاده الله على الجميع بالخير والبركة والصحة والعافية

Dr. Abdullah ALHATHLOUL
amalhathloul@hotmail.com

أنتم وأسركم بخير

عزيزي رئيس الشبكة وجميع الزملاء الأفاضل،
كل عام وأنتم وأسركم بخير وترفلون بالصحة والرضى وهداة
البال.

أ. د. خولة أبوبكر
Khawlaa@bezeqint.net

مبروك العيدكم

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس
الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية
السلام عليكم

في دار السلطان زادت فرحتكم، في وسط الجنان
تفتحت زهوركم، في غابة الشمس شعلت أنواركم
في صباح العيد : مبروك عيدكم

إيمان بو شايب
imenbouchaib@hotmail.com

تقبل الله منا ومنكم

زملائنا الأفاضل في الشبكة

حفظكم الله و رعاكم وادامكم ذخرا لهذه الامة موحدين و
معطائين

تقبل الله منا و منكم و كل عام و انتم بالف خير

د. سعيده إبراهيمي
brahimis01@yahoo.fr

بالخير والبركه والتقدم

الى الزملاء الاعزاء في شبكة العلوم النفسية

يسرني ان اقدم لكم اجمل التهاني بعيد الفطر المبارك اعاده الله
على الجميع بالخير والبركه والتقدم

د. عامر القيسي
ameralqassi@yahoo.com

سعيد للجميع يارب

الاخوة والأخوات الأكارم في أرجاءالعالم العربي و الاسلامي
الأستاذ الدكتور رئيس شبكة العلوم النفسية
كل عام و أنتم بخير
عيد سعيد عالجميع يارب
أعاده الله عليكم وعلى الأمة والإنسانية
جمعاء بالخير واليمن والبركات
د. هاني الغامدي - السعودية
dr.hani.com@hotmail.com

و نحن أقرب للمولى

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس
كل عام و البشر ابعد من أسفل السافلين
كل عام و نحن أقرب للمولى من حبل الوريد
كل عام و الشعوب أرفع من كونهم مجرد عبید
لسادة و اباطرة الظلم و القهر و قلوب من جليد

إيمان محمد
iman_azim@yahoo.com

جزاكم الله الجنة

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية
الاخ العزيز رئيس الشبكة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
وكل عام وانتم بخير

د. محمود العزاي
admin@elazayem.com

أمر وأطيب التمنائي

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس
بمناسبة عيد الفطر المبارك ، أقدم لكم بأحر وأطيب التمنائي بالمناسبة
السعيدة راجية من الله تعالى أن يعيده علينا باليمن والبركات وتقبل منا
ومنكم صالح الأعمال ،وبلغنا عز وجل رمضان المقبل.
د.مزوز بركو - باتنة الجزائر
mazouz_fouz@yahoo.fr

بالخير والبركة والصحة

الى جميع الزملاء والزميلات
عيدكم مبارك وكل عام وانتم بخير
اعاده الله على الجميع بالخير والبركة والصحة
والعافية

د. عبد الله الخثلول
amalhathloul@hotmail.com

تقبل الله طاعتكم

الزملاء الافاضل والاخوة الاعزاء
تقبل الله طاعتكم
واسعد الله اوقاتكم
وكل سنة وانتم بخير جميعا

د. كميل كتالو
psychological departement Hebron Univirsity
katalokamil@yahoo.com

تقبل الطاعات برحمته وكرمه

الزملاء الكرام اعضاء شبكة العلوم النفسية العربية
السلام عليكم
بمناسبة عيد الفطر اتوجه اليكم باحر التهاني متمنية من
الله عز وجل ان يديم الاعياد علينا بالصحة والهناء وعلى كل المسلمين
وان يتقبل منا الطاعات برحمته وكرمه انه على كل شئ قدير
كل عام وانتم بخير

أ. شريفة بن قدفه
ben_ghedfa@yahoo.fr

تَبِّ الْعُفُوفِ فَأَعْفُفْ مُنَا

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية
لَهُمُ أَنْيَكُ عُفُوفٍ تَحِبُّ الْعُفُوفَ فَأَعْفُفْ
عُنَا .. أَللَّهُمَّ آعِزُّ عَلَيْنَا رِمَاضَاتِ أَعْوَامِ
عُدَّةً وَأَزْمِنَةِ مِدَّةً
كل عام والعراق واهله بالف خير

د. تغريد الطائي - العراق
golden_sky2000@yahoo.com

بالسعادة وتحقيق الأمانى

الى جميع الزملاء والزميلات
اعاده الله عليكم بالسعادة وتحقيق الاماني

د. ماجدة الباي - العراق
جامعة بغداد - كلية التربية ابن الهيثم
bm3a2005@yahoo.com

محبكم مبارك

الزملاء الأفاضل الأطباء و أساتذة علم النفس
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
تقبل الله منا ومنكم الصيام والقيام
"عيدكم مبارك"
وكل عام وانتم بخير

د. عبد الرحمان عمري
aaamry2@gmail.com

أنتم وأسرة الشبكة بخير

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية العربية
الأخ الفاضل رئيس الشبكة
كل عام وأنت والأسرة بكل خير وصحة وعافية
كل عام وأنت وأسرة الشبكة العربية بكل خير
كل عام وأمتنا العربية والإسلامية بكل خير وعدل وطمأنينة
أعاد الله عليكم هذه الأيام المباركة بكل يمن وبركة ومن تقدم
إلى مزيد من التقدم
وفقكم الله

وشكراً لتحنينكم الكريمة
أ. سامي عبد القوي
sami_abdelkawi@hotmail.com

سقاكم من حوض الرسول

الزملاء الافاضل والاخوة الاعزاء
شكرا جزيلا وسقاكم ربكم شربة من حوض رسول الله لا تظمؤون
بعدها ابدا

د. محمد سعداوي
mohdsaadah@yahoo.com

EID MUBARAK

Dear Colleagues & Friends,
Assalamu Alykum,

Dear Brothers & Sisters,

I would like to congratulate you all in this great occasion with my best wishes to have a very Happy Eid.
I would also extend my congratulations to all Muslims in all over the world and I hope that all children everywhere they can celebrate their Eid with peace and happiness.
May Allah accept our deeds and let's pray that Palestine and other countries will be in better conditions next Eid.

Mr. Mohamed ATAWIL
Palestine Trauma Centre
www.ptcuk.org - www.ptcgaza.com

EID MUBARAK

Eid Mubarak

Lotfi Gaha
gaha.lotfi@rns.tn

AIDEKOM MABROUK.

Aidekom Mabrouk.

Lilia LABIDI
labidi.lilia@yahoo.com

BONNE FÊTE DE L'AID

A tous mes amis et confrères du monde musulman je souhaite une bonne fête de l'Aid et leur présente en cette occasion mes meilleurs vœux de santé de prospérité et de joie

Dr. Herbane BELAID - ALGERIA
herbane.belaid@hotmail.fr

HAPPY EED AL FITR

Dear colleges

I wish all of you a very happy EED al FITR al- MUBARAK with hope that you will have more success in your human work

Dr. Riyadh AL-BALDAWI
r.baldawi@orienthalsan.nu

Pr. Y. Rakhawy Web Site

http://www.rakhawy.org/a_site/ /
<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/IndexRakAr.htm>
Arabpsynet
www.arabpsynet.com

APN Mails

Fondateur de la liste : webmaster@arabpsynet.com

Envoyer un message au Mailing List : APN-info@arabpsynet.com

Envoyer un message au Journal : APNjournal@arabpsynet.com

بالخير و الصحة والأمان

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية

عيد سعيد أعاده الباري تعالى على الجميع بالخير و الصحة والأمان

نزار م حمد أمين
nazarmh2003@yahoo.com

أطيب التمنيات

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية

تهديكم أطيب التمنيات .. وكل عام وانتم بالف خير عمر مديد واماني حلوة حيثما كنتم

راضي الخضر - العراق
radhy_alkhdr@yahoo.com

عيد سعيد

زملنا الافاضل في الشبكة

عيد سعيد وشكرا

Abdul-Kareem Al-Eryani
aleryani@gmail.com

تقبل الله صالح الأعمال

الأخوة الزملاء في شبكة العلوم النفسية

كل عام أنتم والأسرة الكريمة بخير

تقبل الله منا ومنكم صالح الأعمال

Pr. Samir AL GAZZAR
Saudi German Hospitals Group, KSA
www.samiralgazzar.com - pt1.jed@sghgroup.net

EID GREATINGS: HAPPY EID

Dear BAPA members,
Arab Federation executive team & members
Colleagues & friends in Arab World & all over the globe
On behalf on BAPA president Dr S El-Hilu & BAPA executive team I am honoured to send you our BAPA Eid greetings.
May Allah grant us acceptance & guide our nation to the best.
Wishing you all a wonderful Eid Holidays with all the people you love.

Dr. Mamdouh EL-ADL
Mamdouh.ElAdl@nht.northants.nhs.uk ,
www.BAPAUk.com

الميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس مركز فلسطين للصحة النفسية المجتمعية

التعديل الأول - نوفمبر 2007

تمهيد

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 استجبت 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 وتغطية الجوانب الجديدة وتوضيح 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 الصارّة 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

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.

ونظراً 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 نشاطاً، 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 العميل 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 معقولاً ومتفقاً مع القانون والأعراف السائدة، متجنباً شبهة الاستغلال أو الابتزاز.

لا يقيم الأخصائي النفسي علاقات شخصية - خاصة مع العميل - يشوبها الاستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي، أو الأثاني

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 بالتحقق من دلائل صحة برامج الكمبيوتر إذا كانت مستخدمة في أية معالجات تخص الاختبار والأداء عليه واستخلاص نتائجه، ويتحمل مسؤولية تقريره سواء استعان في

1.7 على الأخصائي النفسي مصارحة العميل بحدود وإمكانات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع.

1.8 لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية، أو طرقاً أو أساليب مهنية لم يتدرب عليها أو لا يجيدها، أو لا يطمئن إلى صلاحيتها للاستخدام.

1.9 لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعد استئذان العميل وبموافقته.

1.10 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).

1.11 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.

1.12 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.

1.13 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.

1.14 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.

1.15 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 تفسيرات الأداء عليه من خلالها وحالات 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 وبفضل 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 يقيسها 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 استخدامها، 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 وملائمة 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، ويتحمل 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 تقديم البحث.
- 5.18 على الباحث أن يتيح 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 الإكلينيكي 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 الإكلينيكي 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 العمل 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 مبادئه التدريبية 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 الاسقاطية، 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 التخمين، 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 التصيب 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 التماسك العلمي الشريف وعلى تطوير المعلومات النفسية من خلال الأبحاث والدراسات.
- 7.13 عند تحمل الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس لمسئولية 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 للعين في أي وقت.

6.11 عندما يشترك في البرنامج العلاجي مساعد أو متدرب فيجب إخبار العميل بذلك، قبل بدء العلاج، وبوضوح له الموقف، مع تحمل المعالج المرحص للمسئولية الكاملة عن البرنامج والإجراءات العلاجية و سلوك مساعديه.

6.12 من الضروري حصول المعالج على موافقة كتابية من العميل تتضمن الاجراءات التي سيخضع لها ومقابلها المادي، على أن تصاغ هذه الموافقة بطريقة مفهومة وواضحة وأن يعلن العميل فيها إحاطته علماً، وموافقته 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 المسئولية 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

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.

(1) يقصد بالعمل في هذا الميثاق كل المستهدفين بعمل الأخصائي النفسي؛ مثل: المرضى النفسيين، طلبة الاستشارات النفسية، الطلاب، الباحثين في الدراسات العلمية، والمرؤسين أو الأشخاص الخاضعين للتدريب أو الإشراف أو التقييم من جانب الأخصائي.

(2) أو موافقة ولي أمره إذا كان طفلا أو غير مسئول.

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 يفتح المسؤولين فيها بأهمية ذلك مستعينا بأساليب الاختيار والتوجيه، والتأهيل، والتدريب المهني. كما يجب عليه -أيضا- أن يعمل على إقناع المسؤولين 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 الإعلانية 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 يتباعد 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.

Arabpsynet Psychiatrists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp>

Arabpsynet Psychologists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp>

المدخل إلى التأصيل الإسلامي لعلم النفس

صالح بن إبراهيم الصنيع - علم النفس - الرياض ، السعودية
الناشر: مكتبة الرشيد

drssanie@hotmail.com

الفهرس

الموضوع

إهداء

مقدمة

الفصل الأول: نظرة تاريخية

المبحث الأول: الدين وعلم النفس في المجتمع الغربي

المبحث الثاني: التراث النفسي عند علماء المسلمين

المبحث الثالث: تاريخ حركة التأصيل الإسلامي لعلم النفس

مراجع الفصل الأول

الفصل الثاني: مصطلحات

المبحث الأول: العلم والمنهج العلمي

المبحث الثاني: مستويات العلم: الفلسفة/ البنية المعرفية/ التطبيقات

المبحث الثالث: المصطلحات

المبحث الرابع: خطوات التأصيل

مراجع الفصل الثاني

الفصل الثالث: المنظور الغربي لتفسير السلوك

المبحث الأول: أهم المداخل الغربية لتفسير السلوك

المبحث الثاني: المسلمات العامة في علم النفس الغربي

مراجع الفصل الثالث

الفصل الرابع: المنظور الإسلامي في تفسير السلوك

المبحث الأول: مصادر المنظور الإسلامي لتفسير السلوك

المبحث الثاني: أساليب علماء النفس المسلمين في الربط بين الأدلة

الشرعية وحقائق علم النفس

المبحث الثالث: المسلمات العامة للتأصيل الإسلامي لعلم النفس

مراجع الفصل الرابع

الفصل الخامس: شروط الباحث المتصدي لعملية التأصيل الإسلامي

مقدمة

المبحث الأول: الشروط المتعلقة بالصفات الشخصية

المبحث الثاني: الشروط المتعلقة بالعلم الشرعي

المبحث الثالث: الشروط المتعلقة بالتخصص

المبحث الرابع: الشروط المتعلقة بمنهجية البحث

مراجع الفصل الخامس

الفصل السادس: القياس والتجريب من منظور إسلامي

المبحث الأول: مدخل تاريخي

المبحث الثاني: التجريب وشروطه

المبحث الثالث: القياس ومشكلاته

المبحث الرابع: نماذج لمقاييس أعدت وفق منظور إسلامي

مراجع الفصل السادس

الفصل السابع: نماذج من التأصيل الإسلامي لتفسير السلوك

المبحث الأول: معايير اختيار النموذج

المبحث الثاني: نموذج محمد قطب للخطوط المتقابلة في النفس البشرية

المبحث الثالث: سيد عثمان والمسؤولية الاجتماعية

المبحث الرابع: كمال مرسي والصحة النفسية

المبحث الخامس: محمد رفقي عيسى والدافعية

المبحث السادس: عبد العزيز النغمشي ومفهومي الدافعية والشخصية

المبحث السابع: صالح الصنيع والتدين

مراجع الفصل السابع

الفصل الثامن: العلاج النفسي من منظور التأصيل الإسلامي

المبحث الأول: مصطلحات

المبحث الثاني: دراسات نظرية

المبحث الثالث: دراسات تطبيقية

مراجع الفصل الثامن

الفصل التاسع: التوجيه والإرشاد من منظور تأصيلي

المبحث الأول: مصطلحات ومجالات

المبحث الثاني: الأهداف والأسس

المبحث الثالث: الصفات والأخلاقيات

المبحث الرابع: الأساليب والطرق:

المبحث الخامس: الإرشاد الطلابي والأكاديمي

مراجع الفصل التاسع

الفصل العاشر: التأصيل نظرة مستقبلية

المعوقات

حلول مقترحة

عوامل مساعدة

مبشرات

مراجع الفصل العاشر

الملاحق

الفهرس

المؤلف في سطور

مقدمة

الحمد لله والصلاة والسلام على من لا نبي بعده، أما بعد:

فهذا الكتاب هو نتاج سلسلة متواصلة من البحوث التي سار بها الباحث في ما يزيد على عقد من الزمن، ففي فصلين من فصوله موضوع المسلمات العامة لعلم النفس الغربي وفي التأصيل الإسلامي، وهي منقولة عن بحث سابق نشر في كتاب دراسات في التأصيل الإسلامي لعلم النفس الذي طبع طبعته الأولى عام 1416 هـ، وكذلك موضوعات أخرى نضجت من خلال مناقشتها وتدريبها لطلاب المرحلتين الجامعية والعليا بجامعة الإمام.

والواقع أن وجود كتاب يضم بين دفتيه أهم موضوعات التأصيل ليكون مرجعا دراسيا لطلاب الجامعة وغيرهم من المهتمين بموضوع التأصيل كان من المطالب التي تتكرر على ألسنة المهتمين بالتأصيل، والباحث واحد منهم، ولذا عزم النية على القيام بهذا الجهد، وتقديم بمشروع تفرغ علمي إلى المجالس العلمية بجامعة الإمام طالبا تفرغا علميا للعام الجامعي (1426 هـ / 1427 هـ) وقد حصل على الموافقة على الخطة التي قدمها، فكان هذا التفرغ هو الميسر، بعد توفيق الله وعونه، لإتمام هذا العمل.

ويشيد الباحث بالدعم والمساندة التي وجدها من العديد من الزملاء المهتمين بموضوع التأصيل والذين استفادوا كثير من مناقشتهم للعديد مما هو موجود بين دفتي هذا الكتاب، ويخص بالشكر أربعة منهم تفضلوا بقراءة مسودات بعض الفصول وعقلوا بعض الملحوظات المفيدة وهو: أ.د. عبد العزيز النغمشي للفصلين الثالث والرابع، ود. سعد الشدوخي للفصل الثاني، ود. عبد الله الصبيح للفصل الأول، ود. صالح اللحيدان للفصلين الخامس والسادس.

والكتاب مؤلف من عشرة فصول تناولت موضوعات هي:

الفصل الأول: تناول نظرة تاريخية في ثلاثة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول الدين وعلم النفس في المجتمع الغربي، والمبحث الثاني: التراث النفسي عند علماء المسلمين، والمبحث الثالث تاريخ حركة التأصيل الإسلامي لعلم النفس.

الفصل الثاني: تناول المصطلحات في أربعة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول العلم والمنهج العلمي والفطرة البشرية، والمبحث الثاني مستويات العلم وهي الفلسفة والبنية المعرفية والتطبيقات، والمبحث الثالث: المصطلحات وهي علم النفس الإسلامي والأسلمة والتوجيه والتفسير الإسلامي للسلوك والتأصيل، والمبحث الرابع: خطوات التأصيل وهي تأسيس الإطار المعرفي ونقد علم النفس وبناء النظرية المؤصلة.

الفصل الثالث: تناول المنظور الغربي في تفسير السلوك في مبحثين هما ما يلي:

- المبحث الأول أهم المداخل الغربية لتفسير السلوك وهي: البنيوي والوظيفي والتحليل النفسي والسلوكي والمعرفي، والمبحث الثاني عن أهم مسلمات علم النفس الغربي.

الفصل الرابع: تناول المنور الإسلامي في تفسير السلوك في ثلاثة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول مصادر المنظور الإسلامي لتفسير السلوك، والمبحث الثاني أساليب علماء النفس المسلمين في الربط بين الأدلة الشرعية وحقائق علم النفس، والمبحث الثالث المسلمات العامة للتأصيل الإسلامي لعلم النفس.

الفصل الخامس: تناول شروط الباحث المتصدي لعملية التأصيل الإسلامي في أربعة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول الشروط المتعلقة بالصفات الشخصية، والمبحث

الثاني الشروط المتعلقة بالعلم الشرعي، والمبحث الثالث الشروط المتعلقة بالتخصيص، والمبحث الرابع الشروط المتعلقة بمناهج البحث.

الفصل السادس: تناول التجريب والقياس من منظور إسلامي في أربعة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول مدخل تاريخي، والمبحث الثاني التجريب وشروطه، والمبحث الثالث القياس ومشكلاته، والمبحث الرابع نماذج لمقاييس أعدت وفق منظور إسلامي.

الفصل السابع: تناول نماذج من التأصيل الإسلامي لتفسير السلوك في سبعة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول معايير اختيار النموذج، والمبحث الثاني نموذج محمد قطب للخطوط المتقابلة في النفس البشرية، والمبحث الثالث سيد عثمان والمسؤولية الاجتماعية، والمبحث الرابع كمال مرسي والصحة النفسية، والمبحث الخامس محمد عيسى والدافعية، والمبحث السادس: عبد العزيز النغمشي ومفهومي الدافعية والشخصية، والمبحث السابع صالح الصنيع والتدين.

الفصل الثامن: تناول العلاج النفسي من منظور التأصيل الإسلامي في ثلاثة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول مصطلحات، والمبحث الثاني دراسات نظرية هي لكل من الشناوي، ومرسي، والمبحث الثالث تطبيقية (نماذج) لكل من: بدري وعلاج القلق والاكتئاب والوسواس، ولمهدي وعلاج الرهاب الاجتماعي، والنملة وعلاج الخجل، والبنّا وعلاج القلق، ومحمد وعلاج القلق، والعكبي وعلاج القلق، والأحمد وعلاج القلق.

الفصل التاسع: تناول التوجيه والإرشاد منظور تأصيلي في خمسة مباحث هي ما يلي:

- المبحث الأول مصطلحات ومجالات، والمبحث الثاني الأهداف والأسس، والمبحث الثالث الصفات والأخلاقيات، والمبحث الرابع الأساليب والطرق، والمبحث الخامس الإرشاد الطلابي والأكاديمي.

الفصل العاشر: والأخير تناول نظرة مستقبلية للتأصيل الإسلامي في أربع فقرات هي: المعوقات والحلول والعوامل المساعدة والمبشرات.

والكتاب موجهة بالدرجة الأولى لأساتذة علم النفس، وخصوصا الذين يدرسون مقررات التوجيه والتأصيل الإسلامي، وما شابهها في جامعات العالم الإسلامي، ومنها جامعات في السعودية واليمن والإمارات العربية المتحدة وغيرها، حيث رتب الكتاب بشكل يغطي مفردات مقرر دراسي، سواء في المرحلة الجامعية أو الدراسات العليا. كما أن الكتاب يخدم طلاب وطالبات علم النفس في المستويين الجامعي والدراسات العليا، وهو في الوقت ذاته موجه لكل من يهتم بموضوع التأصيل الإسلامي للعلوم سواء من أساتذة الجامعات أو عامة القراء.

ولا ينسى الباحث شكر مكتبة الرشد لعنايتها بطباعة الكتاب وإخراجه بصورة حسنة تخدم الغرض من وجوه في الساحة.

والباحث يؤكد أن ما قدمه جهد بشري لا يخلو من النقص، ولذلك يوجه دعوة صادقة لكل من يقرأ هذا الكتاب ويجد فيه ملحوظات أو تصويبات أو تصحيح لمعلومة أنه مسرور لتلقيها بأي طريقة يراها القارئ مناسبة سواء بالبريد العادي أو البريد الإلكتروني المدون أدناه، وختاما أسأل الله العظيم أن يجعل أعمالنا خالصة لوجه الكريم وفق هدى نبينا صلى الله عليه وآله وسلم، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين وصلى الله على نبينا محمد وعلى آله وصحبه ومن تبعه بحسب حسان إلى يوم الدين

المبحث الثالث: المسلمات العامة للتأصيل الإسلامي لعلم النفس

هناك العديد من المسلمات العامة للتأصيل الإسلامي، ولكن العدد يختلف من باحث إلى آخر، حيث يجملها البعض ويفصلها البعض الآخر كل حسب خلفيته ورؤيته للموضوع، ولقد قدم إبراهيم رجب بعض العبارات - التي نوافقه عليها - في بداية حديثه عن المسلمات فقال: " وفيما يلي نسوق مجموعة من المسلمات التي تعطي العلم في المنظور الإسلامي أصالته في إطار الفهم الأشمل لحياة الناس في هذه الدنيا في صلتها التي لا تتفصم بحياتهم في دار الخلود، وقد يختلف الباحثون في صياغة هذه المسلمات فيقدمون فيها أو يؤخرون، أو يفصلون فيها أو يجمعون، ولكننا نظن أن هناك اتفاقاً عاماً على مضمون هذه المسلمات بشكل أو بآخر، مع وجود مجال لقدر محدود من الاختلاف مرده اختلاف الرؤية الشخصية والخبرة الفردية مما يحتمل بعض الأخذ والرد" (رجب، الجزء الثاني، ص3، 1991 م).

وفي تناول هذه المسلمات فلن يكون بالإمكان التحدث بالتفصيل عن كل مسلمة من المسلمات، لذا سنحاول الإيجاز، ومن يرغب في المزيد فيمكنه مراجعة مصادر الدراسة حيث يجد مراده (حيث سبق للباحث تناولها في كتابه دراسات في التأصيل الإسلامي لعلم النفس، 1416 هـ).

أولاً- التوحيد

وهو الحقيقة الكبرى التي جاء الإسلام للتأكيد عليها وإعادة إحياء جذوتها في النفوس بعد أن طمرت الانحرافات التي طرأت على حياة الناس، ونسيانهم للعهد وما جاء به الرسل من آدم إلى عيسى عليهم السلام.

قال تعالى "وَمَا أَرْسَلْنَا مِنْ قَبْلِكَ مِنْ رَسُولٍ إِلَّا نُوحِي إِلَيْهِ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنَا فَاعْبُدُونِ (25) (الأنبياء)

والتوحيد متضمن في الكلمة التي يدخل بها الإنسان الإسلام (لا إله إلا الله محمد رسول الله). وهو بأشواحه الثلاثة (الألوهية والربوبية والأسماء والصفات) مما يجب على المسلم أن يبني عقيدته عليه بشكل صحيح. قول سيد قطب في هذا المجال: " يبين أن الاعتراف بالربوبية لله وحده. والعبادة لله وحده. والدينونة لله وحده. تعني في مجموعها إفراده بالألوهية. أو تعني بالمدلول الاصطلاحي: شهادة أن لا إله إلا الله. وأن الاعتقاد بألوهيته وربوبيته هي كالتوجه إليه وحده بالشعائر التعبدية، كالاعتراف بحاكميته وحده والتحاكم إلى شرعيته وحدها... كلها سواء في تكوين مدلل: أن لا إله إلا الله. أن الذي يعترف بحاكمية غير الله وشرعه ونظامه إنما يعترف لهذا الغير بالربوبية، وبالعبادة وبالدين، فلا يقال حينئذ: أنه يشهد أن لا إله إلا الله" (قطب، ص 150، 1407 هـ). وهكذا إذا وقر التوحيد الصحيح في القلب أثار له الطريق وفتح له المغاليق في دروب العلم والعمل، فينضبط سلوك الإنسان وفق ما أراد الله ويستقيم في حياته كما جاء عن الله بلا إفراط ولا تقريط.

ثانياً- أصل الإنسان

في هذه المسلمة يجد المسلم إجابة شافية لا شك فيها ولا تردد. فإذا كان الإنسان الغربي لازال يبحث عن أصله في محاولات النظريات والفرضيات التي يجدها فيما يطالعه من كتب ودراسات فلا يجد أمامه إلا تكرار لفرضية دارون بصور أو بأخرى فلا يلبث في النهاية إلا أن يستسلم لها وأن يرددتها، حتى وإن لم يقتنع بها. والوحي بمصدره تكفل للمسلم بالإجابة عن ما هو أصله، يقول الله تعالى: **إِنَّ مَثَلَ عِيسَى عِنْدَ اللَّهِ كَمَثَلِ آدَمَ خَلَقَهُ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ قَالَ لَهُ كُنْ فَيَكُونُ** (آل عمران: 59). ويصرح الرسول صلى الله عليه وآله وسلم إلى أن الناس جميع يعودون إلى آدم عليه السلام وأن آدم خلق من تراب، فقد روى الإمام الترمذي في سننه عن ابن عمر

رضي الله عنهما أن رسول الله صلى الله عليه وآله وسلم خطب الناس يوم فتح مكة. فقال: " يا أيها الناس، إن الله قد أذهب عنكم عبية الجاهلية وتعاضمها بأبائها، فالناس رجلان: رجل بر تقي كريم على الله، وفاجر شقي هين على الله، والناس بنو آدم، وخلق الله آدم من التراب قال تعالى **يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ** " (الحجرات: 13). (الترمذي، ج5، ص 389، صححه الألباني: صحيح سنن الترمذي، ج3، ص 108).

وهكذا يصبح جلياً لدى المسلم أن أصله يعود إلى أبيه آدم عليه السلام الذي خلق من تراب ثم نفخ الله فيه من روحه.

ثالثاً- مكونات الإنسان

يتكون الإنسان في الأصل من جانبين هما الجسم والروح، ويدخل كذلك في تركيب الإنسان الجانب العقلي وهو مناط التكليف الشرعي والجانب الوجداني والاجتماعي ومجال إسهامهما في علاقة الإنسان بغيره.

ففي تركيب الإنسان من جسم وروح يقول الله تعالى: **إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَأِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِنْ طِينٍ (71) فَإِذَا سُوِيَتْهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوْحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ** (71- 72)

والإنسان مطالب بالإشباع المعتدل لهذه الجوانب الخمسة بطريقة متوازنة بحيث لا يطغى جانب على غيره، وهذا ما نلاحظه لدى علم النفس الغربي حيث يطغى الجانبان الجسمي والعقلي على الجوانب الروحية والوجدانية والاجتماعية، بينما في الإسلام نجد الإشباع لكل الجوانب الخمسة، ففي الجانب الجسمي يقول الله تعالى: **"يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُبِينٌ" (البقرة 168)**، ولكنه مشروط بالاعتدال الذي يميز الإسلام عن غيره، يقول الله سبحانه **"يَا بَنِي آدَمَ خُذُوا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ" (الأعراف 31)**، كذلك إشباع الرغبة الجنسية، حيث يقول الله تعالى **"وَمَنْ آتَايَهُ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ" (سورة الروم 21)** وغيرها من الحاجات الجسمية. (نجاتي، الفصل الأول، 1405 هـ)

وفي الجانب الروحي جاءت العبادات كلها لإشباع هذا الجانب من الصلوات والزكوات والحج والعمرة والصيام وغيرها من العبادات والأذكار الواجبة والمستحبة.

قال الله تعالى: **"لَيْسَ الْبِرُّ أَنْ تُولُوا وَجُوهَكُمْ قِبَلَ الْمَشْرِقِ وَالْمَغْرِبِ وَلَكِنَّ الْبِرَّ مَنْ آمَنَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَالْمَلَائِكَةِ وَالْكِتَابِ وَالنَّبِيِّينَ وَآتَى الْمَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي الْقُرْبَى وَالْيَتَامَى وَالْمَسَاكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ وَأَقَامَ الصَّلَاةَ وَآتَى الزَّكَاةَ وَالْمُؤْمِنُونَ بَعْضُهُمْ إِذَا عَاثُوا وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ" (البقرة 177)**

يقول المطرودي في تناوله للخلافة هنا: فإن المراد بـ (الخلافة) هو النوع الإنساني ، وإن كان المراد بـ (خليفة) آدم عليه السلام في قوله تعالى : " وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً ". فإن ذلك إنما اكتفاء بذكره عليه السلام عن ذكر أبنائه وذريته، لأن ذكره يشملهم، ويدل عليهم كقولك قبيلة مضر، أي بن مضر... أما جعله خليفة لله تعالى فيراد بكلمة " خليفة " معنى النائب أو المفوض. وهو الذي حل محله في إجراء أحكامه وتنفيذ إرادته في عمارة الأرض، وللمستخلف (الله) القومة على خليفته (الإنسان)، وإن هذه اخلافة من الله تعالى للإنسان فيها تشريف له، لتلتقي إرادته مع إرادة الله جل وعلا الشرعية في إحلال النظام في عمارة الأرض " (المطرودي، ص 334-341، 1410 هـ) كما يذكر ضميريه معاني ذات علاقة بالآلية حيق يقول (وكثيرون لا يجيزون أن يقال لبشر خليفة الله، وحجتهم أنه إنما يستخلف من يغيب أو يموت، قول أبي بكر: لست خليفة الله بينما غيرهم يجوز ذلك لقوله تعالى " وَهُوَ الَّذِي

جَعَلَكُمْ خُلَافَئِ الْأَرْضِ " (الأنعام : 165) وهذا الرأي هو الأصح، إذ لا ينبغي أن يقاس بالبشر من ليس كمثله شيء. وخلافة الإنسان إنما هي تكريم له. أما الاستخلاف الفقهي، فهو النيابة بحسب مدركات البشر الفقهية، وقد حدد الله هذه الوظيفة بقوله: **هُوَ أَنْشَأَكُمْ مِنَ الْأَرْضِ وَاسْتَعْمَرَكُمْ** " (هود 61) والاستعمار معناه في أصل اللغة التمكن والتسلط وطلب العمارة، وفي هذا دليل على وجوب الانتفاع بهذا الكون لما أعطى الله الإنسان من قوى ومدركات " (ضميرية، ص 82، 1405 هـ)

وعلى هذا يجب على الباحث المسلم أن يعي هذه الوظيفة للإنسان ويتعامل معه على أساس هذا التكلف الإلهي الذي يجب أن ينضبط بما جاء في كتاب الله وما ورد عن رسول الله صلى الله عليه وآله وسلم.

سادسا- وحدة المعرفة (الغيب، الشهادة)

المعرفة في التأصيل الإسلامي واحدة لأن مصدرها الأساسي هو الله سبحانه وتعالى المتصف بالوحدانية. ولكن مجال المعرفة يمكن أن يكون في مجالين متصلين لا انفصال بينهما هما عالم الغيب ومصدر المعرفة عنه من الوحي الإلهي، وعالم الشهادة وأدوات معرفته العقل والحواس. يقول محمد قطب : في فطرة الإنسان أن يؤمن بوجوه ما يصل إليه عن طرق الحواس، وفي فطرته كذلك أن يؤمن بوجود أشياء لا تصل إليه عن طريق الحواس وتلك ميزته الكبرى على عالم الحيوان . الحيوان يتعامل مع الوجود بحواسه وحدها- فيما تعلم نحن عن ظاهر حياته- ولا يتعامل معها فيما وراء الحس ولكن الإنسان بعد ذلك يتميز بإدراك وجود أشياء لا تصل إليها حواسه، والإيمان عن وعي بوجود هذه الأشياء. والقرآن يستخدم لوصف هذا المفهوم لفظ الإيمان (بالغيب). قال تعالى : " الم (1)

ذَلِكَ الْكِتَابُ لَا رَيْبَ فِيهِ هُدًى لِلْمُتَّقِينَ (2) الَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِالْغَيْبِ (البقرة : 1-3) (قطب، ص 107-108، 1401 هـ)

ويؤكد أبو سليمان على تكامل عالمي الغيب والشهادة ، لكي يحصل الإنسان على المعرفة التي يحتاج إليها في حياته وكيفية استخدامه لها فيقول: وعلاقة الإنسان وفق مفهوم الإسلام بعالم الغيب، هي علاقة خيرة ببناء، تهدف إلى إقامة الحق والعدل في حياة الإنسانية وأعمار الأرض وصيانة الكائنات والأرض من الفساد " **الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا** " (الملك 2) ... العقل الإنساني والإدراك الإنساني مؤهل للحياة في هذه الأرض وأداة واجبات الخلافة في الإصلاح والأعمار، وهذا العقل وهذا الإدراك هو أداة الإنسان الأساسية وميزته الكبرى لحمل مسؤولية المهمة الملقاة على عاتقه في هذه الحياة، واستخلاف الكون

وفي الجانب العقلي دعوة صريحة للإنسان لأن يستخدم عقله في كل ما ينفعه في الدنيا والآخرة. ففي الدنيا بعمارة الأرض والاستفادة بما فيها من ما سخر الله له، وفي طلب الآخرة بالتعرف على قدرة الله ليزداد الإيمان وترسخ العقيدة، يقول الله تعالى : **"إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَالْفَلَاقِ الَّتِي تَجْرِي فِي الْبَحْرِ بِمَا يَنْفَعُ النَّاسَ وَمَا أَنْزَلَ اللَّهُ مِنَ السَّمَاءِ مِنْ مَاءٍ فَأَخْجَا بِهِ الْأَرْضَ بَعْدَ مَوْتِهَا وَبَثَّ فِيهَا مِنْ كُلِّ دَابَّةٍ وَتَصْرِيفِ الرِّيَّاحِ وَالسَّحَابِ الْمُسَخَّرِ بَيْنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ لآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ"** (البقرة 164)

وقال تعالى: **أَوَلَمْ يَتَفَكَّرُوا فِي أَنْفُسِهِمْ مَا خَلَقَ اللَّهُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ وَمَا بَيْنَهُمَا إِلَّا بِالْحَقِّ وَأَجَلٍ مُّسَمًّى وَإِنَّ كَثِيرًا مِنَ النَّاسِ بِلِقَاءِ رَبِّهِمْ لَكَافِرُونَ** (الروم 8)

والجانبان الوجداني والاجتماعي يشبعان من خلال علاقة الإنسان بالآخرين سواء علاقته بالخالق تارك وتعالى أو بالمخلوقات جميعها. فلو أخذنا الحب مثلا لوجدنا أعلاه محب الله سبحانه وتعالى ثم محب الرسول صلى الله عليه وآله وسلم ثم محبة النفس ثم الوالدين فالذرية فالأقرب ثم الذي يليه في القرابة، قال تعالى : **يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا مَنْ يَرْتَدَّ مِنْكُمْ عَنْ دِينِهِ فَسَوْفَ يَأْتِي اللَّهَ بِقَوْمٍ يُحِبُّهُمْ وَيُحِبُّونَهُ أَذِلَّةٌ عَلَى الْمُؤْمِنِينَ أَعِزَّةٌ عَلَى الْكَافِرِينَ** (الكافرين: 54) . ويقابله الكره، وحيطان العمل، قال الله تعالى: **" ذَلِكَ بِأَنَّهُمْ اتَّبَعُوا مَا أَسْخَطَ اللَّهَ وَكَرَهُوا رِضْوَانَهُ فَأَحْبَطَ أَعْمَالَهُمْ** (محمد: 28) وهكذا يتكرر هذا في أنواع الانفعالات والعلاقات الاجتماعية الأخرى (نجاتي، الفصل الثاني، 1405 هـ)

رابعا- غاية وجود الإنسان

حتى نستطيع أن نفهم الإنسان ونعرف كيف نتعامل معه، علينا أن نعرف الغاية من وجوده، وهذا سؤال يتهرب منه علماء النفس الغربيون ويعتبرونه من الفلسفة، والحقيقة أن هذا التهرب دليل العجز عن الإجابة، بينما المسلم يجد الإجابة الواضحة في القرآن الكريم حيث يقول الله تعالى : **" وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ (الذاريات : 56)** والعبادة هنا مفهوم شامل لكل عمل من أعال الدنيا والآخرة، إذا أخلص فيه الإنسان لله بالنية وكان العمل وفق ما شرع الله على سنة رسول الله صلى الله عليه وآله وسلم وبهذا يصعب حصر المجالات، إلا أن أهمها أركان الإسلام الخمسة، وأركان الإيمان الستة وغيرها من الاعتقادات والأقوال والأعمال دينية كانت أو دنيوية.

لذا يلزم الباحث المسلم أن يعي هذا المعنى عندما يتعامل مع سلوكيات النفس فيسعى إلى تعميق هذا المفهوم وإيصاله إلى الآخرين عند تعامله معهم وتوجيهه لسلوكياتهم، ليكون متوافقا في عمله هذا مع الغاية التي خلق من أجلها جميع المخلوقات.

خامسا- وظيفة الإنسان

إن وظيفة الإنسان في هذه الحياة هي الخلافة وعمارة الأرض بما يرضي سبحانه وتعالى، قال الله تعالى: **هُوَ الَّذِي خَلَقَ لَكُمْ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعًا ثُمَّ اسْتَوَى إِلَى السَّمَاءِ فَسَوَّاهُنَّ سَبْعَ سَمَاوَاتٍ وَهُوَ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ** (29) **وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ** (30) (البقرة)

وفقها، وتعامل مع الكون على أساسها ومن ثم يوجه الله تعالى الأبصار والبصائر إلى تدبر سننه في الكون والتعامل معها بقدر ما يملك الإدراك البشري للانتفاع بهذه النظر في الحياة الواقعية (ضميريه، ص 27، 1405هـ)

تاسعا- السنن الاجتماعية

كما أن الله وضع سننا كونية فقد وضع كذلك سننا اجتماعية تسير وفقها حياة الأمم والشعوب، والمتأمل لآيات القرآن الكريم، يجدها تتحدث عن هذه السنن، التي بها ترفع الأمة بين سائر الأمم أو تنحط وفق سنن أخرى، ولعل أهم معالم السنن الاجتماعية ما يتعلق بالتوحيد والشرك فمتى ما اقتربت الأمة من التوحيد وابتعدت عن الشرك فهي أقرب إلى التوافق مع مخلقات الله الخرى، وبعدها تكون مهينة للسيادة والقيادة لغيرها من المم والعكس صحيح، قال تعالى " وَأَقْسَمُوا بِاللَّهِ جَهْدَ أَيْمَانِهِمْ لَئِنْ جَاءَهُمْ نَذِيرٌ لَّيَكُونُنَّ أَهْدَىٰ مِنْ إِحْدَى الْأُمَمِ فَلَمَّا جَاءَهُمْ نَذِيرٌ مَا زَادَهُمْ إِلَّا نُفُورًا (42) اسْتِكْبَارًا فِي الْأَرْضِ وَمَكْرَ السَّيِّئِ وَلَا يَحِيقُ الْمَكْرُ السَّيِّئُ إِلَّا بِأَهْلِهِ فَهَلْ يَنْظُرُونَ إِلَّا سُنَّةَ الْأُولَيْنِ فَلَنْ تَجِدَ لِسُنَّةِ اللَّهِ تَبْدِيلًا وَلَنْ تَجِدَ لِسُنَّةِ اللَّهِ تَحْوِيلًا (43) أَوَلَمْ يَسِيرُوا فِي الْأَرْضِ فَيَنْظُرُوا كَيْفَ كَانَ عَاقِبَةُ الَّذِينَ مِنْ قَبْلِهِمْ وَكَانُوا أَشَدَّ مِنْهُمْ قُوَّةً وَمَا كَانَ اللَّهُ لِيُعْجِزَهُ مِنْ شَيْءٍ فِي السَّمَاوَاتِ وَلَا فِي الْأَرْضِ إِنَّهُ كَانَ عَلِيمًا قَدِيرًا (44) (فاطر : 42- 44)، يقول سيد قطب في تفسير هذه الآيات: هذه التوجيهات المكررة في القرآن للسير في الأرض والوقوف على مصارع الغابرين، وأثار الداهيين، وإيقاظ القلوب من الغفلة التي تسدر فيها، فلا تقف، وإذا وقفت لا تحس، وإذا أحست لا تعبر، وينشأ عن هذه الغفلة غفلة أخرى عن سنن الله الثابتة، وقصور عن إدراك الأحداث تربطها بقوانينها الكلية وهي الميزة التي تميز الإنسان المدرك عن الحيوان البهيم، الذي يعيش حياته منفصلة للحظات والحالات، لا رابط لها، ولا قاعدة تحكمها، والجنس البشري كله وحدة أمام وحدة السنن والنوميس (قطب، المجلد الخامس، ص 2950، 1406 هـ)

لذا يجب على الباحث المسلم التعرف على هذه السنن والعمل للاستفادة منها لتغيير المجتمع نحو الأفضل، فيما يرضي الله في الدنيا والآخرة، ولا يحدث هذا إلا إذا حدث التغيير في نفوس المسلمين وأخذوا بالأسباب المعينة لهم لتولي قيادة البشرية، قال الله تعالى: **إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ (الرعد : 11).**

هذه هي أهم المسلات التي يرى الباحث لزوم اهتمام علماء النفس المسلمين بها.

أعمارهم والسعي فيه بالإصلاح " وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً " ، وقال " قَالَ يَا آدَمُ أَنْبِئْهُمْ بِأَسْمَائِهِمْ " (البقرة 30-33) فكان مؤهل الإنسان للخلافة هو العلم، والعقل أداة العلم ووسيلته في عالم الشهادة على هذه الأرض " أبو سليمان، ص 110-113، 1412 هـ)

سابعاً- وحدة الحياة (الدنيا، الآخرة)

وهذه المسلمة تفتح المجال واسعا أمام الباحث المسلم، فإذا كانت الحياة عند العالم الغربي تنتهي بالموت ولا يرى بعد الموت شيئا، لذا يتوقف في حساباته عند هذا الحد ولا ينظر إلى وراءه، أما المسلم فهو يرى أن الحياة واحدة ممتدة منذ الولادة فالحياة الدنيا فحياة البرزخ (القبر)، وأخيرا الحياة الآخورية التي لا نهاية لها، يقول ضميريه عن ترابط الحياة الدنيا والآخرة: إن الحياة في الإسلام تمتد في الزمان فتشمل هذه الفترة المشهودة- الحياة الدنيا- وفترة الحياة الآخرة التي لا يعلم مداها إلا الله، وتمتد في المكان فتضيف إلى هذه الأرض دارا أخرى: جنة عرضها السماوات والأرض، ونارا تسع الكثرة من جميع الأجيال التي عمرت وجه الأرض ملايين السنين، وتمتد في العوالم فتشمل هذا الوجود المشهود إلى وجود مغيب لا يعلم حقيقته كلها إلا الله" (ضميريه، ص 49، 1405 هـ)

فالدنيا دار ابتلاء وامتحان والآخرة دار جزاء ومستقر، قال الله تعالى: **تَبَارَكَ الَّذِي بِيَدِهِ الْمُلْكُ وَهُوَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ (1) الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا وَهُوَ الْعَزِيزُ الْعَفُورُ (2) (الملك)** ، ويقول سيد القطب ي تفسير هذه الآيات: والحياة تشمل الحياة الأولى والحياة الآخرة- وكلها من خلق الله كما تقرر الآية، التي تنشئ هذه الحقيقة في التصور الإنساني، وتثير إلى جانبها اليقظة لما وراءها من قصد وابتلاء، فليست المسألة مصادفة بلا تدبير وليست كذلك جزافا بلا غاية ، إنما هو الابتلاء إظهار المكنون في علم الله من سلوك الأناسي على الأرض، واستحقاقهم للجزاء على العمل (قطب، المجلد السادس، ص 3632 ، 1406 هـ)

ثامنا- السنن الكونية

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الكون وفق سنن ثابتة يسير عليها بكل ما فيه من كواكب ونجوم وحركة لهذه الأفلاك بشكل يجعل المجال للإنسان مفتوحا للاستفادة من هذه السنن، بما ينفعه ويرقى بمستوى حياته ما دام في هذه الدنيا، ولتكون دلائل على وحدانية الله تدعوه إلى إخلاص العبادة لله المبدع لهذا الكون وسننه دون سواه من المخلوقات، قال الله تعالى: **"وَأَيَّةٌ لَهُمُ اللَّيْلُ نَسْلَخُ مِنْهُ النَّهَارَ فَإِذَا هُمْ مُظْلَمُونَ (37) وَالشَّمْسُ تَجْرِي لِمُسْتَقَرٍّ لَهَا ذَلِكَ تَقْدِيرُ الْعَزِيزِ الْعَلِيمِ (38) وَالْقَمَرَ قَدَرْنَاهُ مَنَازِلَ حَتَّىٰ عَادَ كَالْعُرْجُونِ الْقَدِيمِ (39) لَا الشَّمْسُ يَنْبَغِي لَهَا أَنْ تُدْرِكَ الْقَمَرَ وَلَا اللَّيْلُ سَابِقُ النَّهَارِ وَكُلٌّ فِي فَلَكٍ يَسْبَحُونَ (40) (يس: 37-40) .**

يقول المطرودي: إن الاطلاع على الدراسات الحديثة عن الكون مما تم إدراكه من بعض المجموعات والمجرات الكونية، ومالها من سنن وقوانين ثابتة ودقيقة، تجعل الإنسان يرى بعينه الإبداع والقدرة على الخلق، وأنه لا يزن جناح بعوضة بالقياس إلى هذا الكون في جانبه المادي، وأن لهذه القوانين والسنن أهمية كبيرة في استمراره في الوجود، واستقراره وأمنه، وفي حياته ومعيشته على الأرض بجميع قواه، وجميع جوانب ومسائل حياته الاجتماعية والاقتصادية (المطرودي، ص 366، 1410 هـ).

ويقول ضميريه عن السنن الكونية: فقد شاعت إرادة الله تعالى المدبرة أن تبين لنا هذه النواميس المطردة والسنن الجارية لنراقبها ونذكرها ونكيف حياتنا

Arabpsynet Books

Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Fr.htm>

APN eBooks

Index:

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

كيف نفهم...الوفاة..ومرارة الفقد والأسى..

قراءة تحليلية نفسية للفقد والأسى والحزن.. من خلال حالات: المرض، الاستشفاء، الجراحة، العجز الجسدي، الوفاة، ...

أ.د. عبده الرحمن إبراهيم - الطب النفسي، علم النفس السلوكي والجنسي

ar.i@laposte.net - dr.abd.ibrahim@gmail.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قُلْ كُلُّ يَعْمَلُ عَلَى شَأْنِهِ فَرُكُّهُ أَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ أَهْدَى سَبِيلًا﴾ (84) وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴾ (85) ﴿الإسراء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الفهرس

الإهداء ..

بين يدي الكتيب

القسم الأول..... نظرتنا للحياة والمعاني الاجتماعية للمرض

الفصل الأول: نظرتنا للحياة والمعاني الاجتماعية للمرض

الفصل الثاني: مفاهيم حول المرض

الفصل الثالث: المساندة الحضارية للطب المعاصر

الفصل الرابع: الحضارة وأدوار المريض والطبيب

الفصل الخامس: المراكز الطبية الحديثة وثقافة المشافي

القسم الثاني..... مشكلات خاصة في الطفولة والمراهقة

الفصل الأول: ارتكاس الأطفال لـ: الاستشفاء، الجراحة، العجز الجسدي

المرحلة التطورية

الشذات النوعية

الفصل الثاني: ارتكاس العائلة والكادر الطبي للشدة

العائلة

الطبيب والطاقم التمريضي

القسم الثالث..... الفقد والأسى و الحداد عند الأطفال

الفصل الأول: الفقد و الأسى و الحداد عند الأطفال

وفاة الجد

الفصل الثاني: مراحل الحداد عند الأطفال

الفصل الثالث: الهجر والاكْتساب في المراحل التطورية

الفصل الرابع: الحداد المرضي عند الأطفال

القسم الرابع..... الطفل والمراهق المختضر

الفصل الأول: الطفل والمراهق المختضر (المنظورات الأخلاقية)

الحياة والموت

معضلة إخبار الطفل

حق الطفل بالمشاركة
حق الطفل بالحياة
الفصل الثاني: الطفل والمراهق المختضر (المنظورات السريرية)
وفاة الطفل
وعى الطفل للوفاة
الفصل الثالث: فقدان جزء من الجسم
الفصل الرابع: فقدان شقيق
الفصل الخامس: فقدان أحد الوالدين
الفصل السادس: فقدان زميل
الفصل السابع: وفاة المراهق
القسم الخامس الفقد والأسى والحداد عند البالغين
الفصل الأول: الأسى والحداد
الفصل الثاني: مراحل الحداد والأسى
الفصل الثالث: الحداد المرضى
الفصل الرابع: الطبيب والعملية الحدادية
القسم السادس البالغ المختضر
الفصل الأول: البالغ المختضر (منظورات تاريخية)
الفصل الثاني: البالغ المختضر (منظورات دينية)
الفصل الثالث: البالغ المختضر وبدايات الطب المعاصر
الفصل الرابع: التطورات المعاصرة للعناية الطبية بالإنسان المختضر
الفصل الخامس: مراحل الاحتضار
الفصل السادس: تفرد الاحتضار

يبين يدي الكتيب

هناك عدة أسباب تدعوني للتحدث عن الجوانب النفسية لسلوك الإنسان خلال حالات الفقد التي قد يتعرض لها خلال مسيرة حياته منذ الطفولة وحتى الشيخوخة وانتهاء بالوفاة..

فالمراجع العربية في هذا المجال نادرة على فرض وجودها، فمن خلال متابعتي خلال ما يقارب العقدين من الزمن لمعظم ما ينشر باللغة العربية عن العلوم النفسية لم أوفق بالعثور على مرجع يتحدث في هذا المجال، وغني عن القول ما لهذا المجال من أهمية بالغة للباحث والمختص في ميدان العلوم النفسية إضافة إلى كل من الطبيب وطالب الطب والتربية والمعلم وقبل كل هؤلاء الأهل والأسرة..

بشكل عام يتظاهر الفقد بعدة مظاهر، فهناك الفقد الحقيقي Real وهو فقد شخص معين ذو أهمية خاصة بالنسبة لنا. وهناك الفقد المهدد Threatened، وهو ظرف الإنسان الذي يتعامل مع خطورة وفاة شخص هام بالنسبة إليه. وعند الإنسان فقط من بين كل الكائنات يوجد ما يمكن أن ندعوه الفقد الرمزي Symbolic، فليس الفقد هنا لإنسان بل لاعتقاد أو فكرة أو طريقة حياة أو حتى لبلد. وهناك أيضاً ما يمكن أن ندعوه الفقد الخيالي Fantased إذ يتعامل الأشخاص كما لو يوجد فقد مع أنه لا يوجد سبب واضح لهذا الاعتقاد¹.

سبق أن تحدثت في كتابي "كيف نفهم الطفل والمراهق" عن تطور الكائن البشري من الولادة وحتى المراهقة² ورأينا كم هي كثيرة أنواع الفقد والحرمان التي تفرضها الظروف التطورية المختلفة: فقد الطفل لوحده مع أمه، وفقد الطفل الدارج لصورة أمه كمهتمين بشؤونهم، ونلاحظ فيما بعد فقد متوسط السن والمتقدم في السن للشباب والصحة الجسدية. وفي الحقيقة، يمكن أن نعتبر كامل دورة الحياة من الولادة إلى الوفاة، كتغيرات في موضوع الحرمان والفردية والفقد..

إضافة لهذه الحرمانات الأساسية المتعلقة بالنمو والتطور، هناك حرمانات أقل توقعا مثل الحرمان غير العكوس لوفاة شخص مهم، يمكن للشخص أن يختبر فقداً دائماً في ظروف الطلاق أو أي نوع من الافتراق يصبح بُعد الشخص فيه طويلاً. وقد يشعر الإنسان بتغير في علاقات الحب، فزوجة كانت معتادة على حب زوجها لها وإظهار هذا الحب؛ سوف تشعر بنوع من الفقد عند انشغاله بعمله.

ونوع كبير من الفقد لأي شخص هو عند تعرضه لمرض جسدي. وبالطبع فإن عمليات البتر أو أي عمليات فيها ضياع لأقسام من الجسم هي مصدر كبير لشعورنا بالفقد. وقد يشعر الإنسان بالفقد عند اضطراب عمل أي من الأعضاء، أو الاضطراب ككل كما يحدث في سن اليأس عند الأنثى.

إن أي مرض عضوي يعطي بعض الفقد للآلية الصحية للفرد، فهذا يبدو صحيحاً تماماً في الأمراض المزمنة حيث يشكل العلاج أيضاً نوعاً من الفقد. مثال ذلك؛ شخص عنده داء قلبي رثوي سيطلب منه تحديد نشاطه، ولكن بتقدم الجراحة القلبية وإمكان إجراء العمل سيعود إلى الشخص استطاعته القيام بحيويته الكاملة تقريباً، وعندها سيشتد ببعض الفقد لحياته السابقة المحددة. وعلى الرغم من أنه عاد صحيحاً لكنه يستصعب عودة التلاؤم لطريقته القديمة في معاملة الناس، وهذا قد يشكل تعقيداً أكبر.

وهناك أيضاً أنواع أخرى من فقدان تسبب ارتكاس حرمان مثل فقد المركز الاجتماعي، فقد العضوية في تجمع أو جماعة معينة، فقد بيت معين، فقد وظيفة، فقد ممتلكات شخصية معينة. وقد شوهدت حالات حرمان في الأشخاص الذين اضطروا لتطور مدني معين، عندها لم يكتفوا بتغيير سكنهم إلى قسم آخر في المدينة مثلاً، أو بتغيير المدينة أو هجرها، ولكن أيضاً افتقدوا طريقة حياتهم السابقة. ومن الفقدانات المعروفة الدلال. وأكثر من ذلك عديد من الأشخاص أصيبوا بالانعزال والانسحاب الاجتماعي بعدما عانوا من فقد ليس لإنسان إنما أيضاً قد يكون من فقد

250

مرحلة الغضب

وصف الارتكاس اللاحق للإنكار بالغضب: (ولماذا أكون أنا، ماذا فعلت؟، لماذا أنا من بين الجميع...) فقد يشعر المريض بشعور شديد من المرارة والحق، وحتى الحسد. بينما قد يكون الغضب في مريض آخر أكثر صمتاً، كما، وقد يحدث هذا الأخير في المريض قليل التقدير لنفسه، مع مشاعر بالذنب أو بتعذيب النفس، والذي قد يرى المرض الأخير كعقاب مستحق.

مرحلة المساومة

خاصة مع القوى غير المرئية المفترضة التي تتحكم بحياتنا والتي عندها قدرات سحرية. وكما نعرف فإن التفكير السحري هو الاعتقاد بأن أفكارنا أو أمانينا يمكن بطريقة ما أن تصيب الحقيقة. وهي مميزة للطفل دون الـ 5 سنوات، وهي متبعة أيضاً عند بعض البالغين الطبيعيين أثناء الشدة الانفعالية. فقد يعود كثير من المرضى للتوجهات الدينية أثناء شبابهم، أو يحاولون البحث عن المعاني العميقة لحياتهم. لقد حدثني والد مريض كان يشغل منصب وزير فيما مضى، وقد أصيب ابنه بابيضاض دم يقول بأنه لو عمل في خدمة الله لكان ابنه قد نجا.

مرحلة الاكتئاب

المرحلة الرابعة لها قسمان الأسى التحضيري والأسى النهائي ففي القسم الأول يبدأ المريض بالابتعاد عن العالم الخارجي ويضيق علاقاته الاجتماعية والمسؤوليات العائلية. وحتى المرضى الذين مضى على فصلهم عن عائلاتهم وقت طويل يعودون للتأثر بالذكريات والعلاقات الماضية، وقد يحاولون تصحيح أخطاء كانوا قد ارتكبوها في الماضي. وفي القسم الثاني يتميز المريض بانشغال فكري يتزايد مع حياته الخاصة القادمة للنهائية، وهذه المرحلة مملوءة بتأثرات عن المعنى العام للحياة والوجود. وكل أشكال الهمود قد تظهر هنا.

مرحلة القبول

تصفها الباحثة الدكتور كوبر - روس بأنها مرحلة متوازنة عاطفياً، ولقد وصفتها إحدى الطبيبات بعد عمل مع المحضرين لسنوات فافتت العقدية بقولها: (... وجدت أيضاً من تجربتي مع الشخص المحضر أنه يصاب بالغبطة والحبور، ونادراً ما يكون قلقاً، وبشكل عام عنده الكثير من السلام...).

(الموت كصديق) Käthe Kollwitz

كما كتبت في مذكراتها: (في بداية عملي كخبيرة في مأوى ديني يختص بالعبادة بالمحضرين، وقد أدهشتني السهولة والراحة التي يتعامل بها الموظفون والمرضى، ولأدعم ملاحظاتي سألت الموظفين عن انطباعاتهم عن الحالة العاطفية النهائية للمرضى المحضرين على اختلاف مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية، الثقافية، والدينية؛ فكان عند الموظفين نفس الانطباع الذي وصفته عن الحالة العاطفية لكثير من هؤلاء المرضى أثناء ساعاتهم الأخيرة).

ربما يكون هذا ما أراد أن يعبر عنه Stewart Alsop حين كتب: (الرجل المحضر يحتاج للموت، كما يحتاج الرجل النعسان للنوم؛ ويأتي وقت يكون من الخطأ ومن عدم الفائدة فيه أن يبقى الإنسان...).

الفصل السادس: تفرد الاحتضار

الاحتضار مثل الحياة مسرى يشمل كل الكائنات الحية، وهذا يعني أن كل مظاهر الشخصية الإنسانية ستختبر وتشارك في هذا المسرى. ومن الصعب جداً بالنسبة لنا، أن يكون هناك أشياء في الحياة لا يمكن التحكم بها مثل الوفاة مثلاً. وهذا صعب خاصة بالنسبة للأشخاص العاملين في حقول الرعاية الصحية حيث تكون المهمة الأساسية إنقاذ الحياة فأياً حالة وفاة تمثل إذا فشلاً في توقعاتنا المهنية، ومواجهة صعبة مع حدودنا، ومع تعرضنا للخطأ، ومع وفاتنا الشخصية.

ومن المهم أن نعرف أن الوفاة جزء تكميلي وطبيعي من التجربة الحياتية الإنسانية، وكأنسان يقترب من المرحلة الأخيرة، تحدث انحرافات نفسية داخلية لا تكون مفهومة للمتفرجين الخارجيين إذا لم ندع الشخص يتكلم عن حالته الداخلية. فإحدى هذه التغيرات التي تحدث هي الإحساس الداخلي بالوقت والذي يكون وحيداً في كل المرضى وعلينا كلنا احترامه. وقد وصفت الباحثة الدكتورة اليزابيث كوبر روس هذه الظاهرة عندما عقدت لقاء مع مريض محتضر أمام الطلاب من أجل مصلحتهم، ثم عرفت أنه لم يكن قادراً على الكلام عندما تواجد الطلاب. فمن الطبيعي لكل منا أن يحترم الوضعيات المتغيرة للمريض فنكون حاضرين عندما يحتاجوننا. وإن كل مؤسساتنا الطبية، النظرية أو التعليمية تهمل حاجات المحتضر وكأننا نريد أن يتلاءم هو معنا وليس أن نتلاءم نحن معه.

سئل 219 طبيب في مشفى مايكل ريز في شيكاغو عن ماذا يفضلون أثناء تعاملهم مع مرضى السرطان أن يخبروا المريض المحتضر بحقائق وضعه الصحي أو أن لا يخبروه بذلك، فقال 12% منهم فقط أنهم يخبروا بينما 88% لا يخبرون، وعلى كل حال أولى 60% منهم أنفسهم بأنهم يفضلون لو أخبروا بهذا فيما إذا كانوا هم مرضى، وفي دراسات مشابهة أولى 80% أنهم يفضلون لو أخبروا. إذا هناك تعارض بين ماذا يفضل الأطباء كأطباء، وبين ماذا يفضلون كمرضى.

ويعتقد جون هنتون أن استكشافاً منظماً للمعرفة المتواجدة عند مريض حول مرضه هي الخطوة الأولى والأهم. بدون الحكم مسبقاً كيف سيكون القرار النهائي.

حقيقة نلاحظ أن بعض المرضى يحتاجون لكل شيء بينما آخرون سيكونون شديدي الخوف لأن يعرفوا الكثير. والباحثة الدكتورة اليزابيث كوبر روس تعبر عن حقيقة أن السؤال ليس فيما إذا كان يجب أن يخبر المريض أو لا يخبر، بل متى يجب أن تقدم له هذه المعلومات. فتقترح أن التكلم بشكل حر مع المريض عن الخبث، بدون إرفاقها مع الموت المتوقع هي الخطوة الواجب إتباعها في البدء، ويركز الباحث الدكتور نورمان كوزينز على نفس النقطة.

(الحياة يمكن أن تصاب بشدة أو حتى تفقد بسبب الطريقة التي تعرض بها المعلومات ومن المعترف به أن الأشخاص يختلفون في قدرتهم على العيش مع الحقيقة، وفي بعض الأحيان فإن الحقيقة قد تتعطل وتعطل العلاج. الحقيقة عندما لا توضع في مكانها الصحيح، أو تعطى بطريقة ضعيفة قد تقضي على عاملين حيويين في العلاج: الأمل وإرادة الحياة. الحقيقة قد تخبر بطريقة تدعم المريض أو تدمره، قد توصل لتحدي أو توصل لمرحلة هزيمة محطمة).

غالباً، السؤال المركزي ليس إذا كان المريض يحتمل قلق الكلام عن الوفاة، ولكن فيما إذا كان الطبيب يحتمل هذا. وكما لاحظ هنتون: (يجب أن نتذكر أنه بينما يحاول الأطباء محاكمة قدرة المريض على احتمال الأخبار غير السارة، كثير من المرضى يحاكمون أنفسهم فيما إذا كان الطبيب يحتمل الأشياء الحساسة ولكن الصعبة). فمن المهم جداً أن يحصل اتصال حر ومفتوح بين المريض والطبيب إلى الدرجة التي يستطيع المريض التعامل معها، فقد لا يكون المريض قادراً على استهلاك أحسن وقته الباقي، ولاحقاً عندما يصبح الأمر متأخراً سيكون قد خسر وقته الثمين النهائي.

ومن الأمثلة الواردة أن إحدى الزوجات طلبت من طبيب زوجها عدم إخباره عن المرض الخبيث المصاب به في بطنه، فقام الطبيب بدوره بإخبار الممرضات عدم قول الحقيقة. وبدأ المريض يفقد وزنه ويجري فحوصات كثيرة فغير عن تساؤله للممرضات، وهذا خلق ضغطاً هائلاً على المريض وأفراد العمل، ومن ثم استدعي باحث نفسي لنصح الزوجة وإفهامها خطأ طريقته.

أنا أستطيع أن أقدر الآن، بشكل أفضل، لماذا يصل كل منا إلى الإحساس بمعنى الوجود بطريق مختلف عن الآخر. بدلاً من أن أصبح أكثر خوفاً من الموت، أصبحت أكثر انفتاحاً على الحياة. إن ابني الآن أكبر وأكثر أماناً، وأشعر بثقة أكبر تجاه مستقبله. إن مرضي جعلنا أكثر قرباً من بعضنا. وربما الأكثر أهمية من كل ذلك، أصبحت أعني بأنني، كفرد، فريدة وخاصة، وبنفس الوقت أنا فقط جزء صغير من الكتلة الكبيرة الإنسانية التي تنتقل من الولادة إلى الموت منذ بدء الحياة. إن سرطاني واجهني مع حقيقة هشاشة وجودي وحتمية موتي. ولكن أيضاً ساعدني على رؤية أكثر وضوحاً لأساسيات حياتي، ولروابطي العامة مع حياة الآخرين الذين وجدوا على هذه الأرض قبلي وحياة الذين سيأتون بعد رحيلي. إن *Norman Cousins* قالها بشكل جيد: "ليس الموت عدونا، بل الحياة بخوف دائم منه هو عدونا. ليس لدي الهدف بلف نفسي بالقطن لأنقص احتمال نوبة مميتة. سأستمر بالعيش والتفكير بشكل فعال وخلاق حسب إمكانياتي الجسدية، من خلال معرفتي بأن الاستمرار بعد ذاته لا يعني شيئاً، وإنما المشاعر والأفكار الحية تعطي معنى وعمقاً للحياة وتزود بإحساس حقيقي لإمكانيات الوجود البشري".

هوامش النص

- سأتناول هذه الأنواع من الفقد بالدراسة والتحليل في حديثي عن الاكتئاب من خلال كتابي "فكرة وجيزة عن الاضطرابات الوجدانية والانفعالية (تحت الطبع)" .. (المؤلف).

² - سبق أن تحدثت في كتابي "كيف نفهم الطفل والمراهق" عن مراحل الطفولة والمراهقة الطبيعية من حياة الإنسان، وسأتحدث عن جميع مراحل حياة الإنسان في حالي الصحة والمرض حتى الوصول إلى المرحلة الأخيرة من الحياة والوفاة ضمن كتب "الموسوعة النفسية الصغيرة للسلوك الإنساني" التي أعكف على تأليفها منذ سنوات تجاوزت العقد من الزمن، وبدأت كتبها ترى النور تبعاً (المؤلف).

كم هو أساسي هذا الوقت الأخير من أجل المريض وعائلته، والذي نتناوله دائماً فقد يكون هناك أشياء يجب أن يقال ولم يقال من قبل، وقرارات يجب أن تصنع لم تصنع من قبل، ويجب أن تقوم علاقة ثقة متبادلة بين الطبيب والمريض. فإذا شعر المريض أن طبيبه شريفاً وموضع ثقة، فسيكون هناك اختلافات سيئة على علاقتهم، خاصة في النهاية عندما يحتاج المريض للدعم من طبيبه أكثر من ذي قبل. وإن تحطماً في العلاقات بين المريض وطبيبه وعائلته سيوصل بشكل محتم إلى شعور بالانعزالية والوحدة، وبشعور قوي بالقلق والخوف، ولما كان الألم هو اللغة المقبولة في المشافي فسيتعامل مع الخوف والوحدة كآلم ويطلب مسكنات، وهو في الحقيقة يطلب اهتمام السلك الطبي والتمريضي. ولهذا لا بد أن يكون السلك الطبي والتمريضي قادراً على التعامل مع حقيقة الوفاة بأنفسهم، وكثيراً ما يتجنبون ذلك لخوفهم من هذه الواقعة النهائية من حياتهم.

ولحسن الحظ، فإن الاهتمام الواسع باكتشاف العناية بالمحتضر، متضمنة إدخال حلقات بحث عن الوفاة والاحتضار في المدارس الطبية والتمريضية سيمنح الممتننين بالعناية الطبية أن يواجهوا قلقهم الخاص مع الوفاة لكي يصبحوا أقدر على مساعدة مرضاهم المحتضرين بمواجهة آخر مراحل حياتهم.

ملخص - خاتمة

لن أضيف على ما عرضت في هذا الكتيب شيئاً سوى مقاطع من رسالة كتبها أستاذة الطب النفسي في جامعة

لقد كتبت: (... لقد تغيرت كل أسبقياتي. إذا قررت أن أفعل شيئاً، سأفعله اليوم، بدلاً من أن أؤجله لوقت آخر. أنا الآن أكثر إدراكاً لوقتي الحياة الإنسانية، ولكن أكثر من ذلك، لفرديتها. أنا الآن أكثر إدراكاً للروابط العامة التي تربطنا جميعاً واحداً بالآخر، ولهذا السبب، فإن توحدي العاطفي مع الآخرين ازداد عمقا.

Arabpsynet Books

Search Books



<http://www.arabpsynet.com/book/default.asp>

Books Form

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

Arabpsynet Books



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Fr.htm>

APN eBooks

Index: <http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

الوسواس القهري

د. وليد سرحان .الطبيب النفسي

sarhan@nets.com.io

معه، أن يتوفر بين يده كتاب علمي مبسط يجب على التساؤلات ، ويؤكد على دور المريض في العلاج، ويحدد للمريض ماذا يتوقع من طبيبه المعالج ومن دوائه؟، والفائدة أن يكون هذا الكتاب علميا دقيقا وسلسا في القراءة ومفيدا للمريض أو أسرته وأصدقائه، ولا بأس أن يعطي بعض الفائدة للدارسين في العلوم النفسية.

وليد سرحان
عمان 2008

الفهرس

1. ما هو الوسواس القهري
2. تاريخ الوسواس القهري
3. الوسواس من منظور إسلامي
4. انتشار اضطراب الوسواس القهري
5. أسباب اضطراب الوسواس القهري
6. أعراض اضطراب الوسواس القهري
7. تشخيص اضطراب الوسواس القهري
8. التشخيص التفريقي لاضطراب الوسواس القهري
9. مقياس تشخيص اضطراب الوسواس القهري
10. أخطاء شائعة حول الوسواس القهري
11. اضطراب الوسواس القهري في الأطفال والمراهقين
12. علاج اضطراب الوسواس القهري
13. مسار ومآل اضطراب الوسواس القهري

الوسواس القهري من منظور إسلامي

يتعذب مريض الوسواس كثيرا بسبب أعراض مرضه المزجة والتي يعرف سخفها، ومع ذلك يجد نفسه مضطرا لتكرارها والرضوخ لها، وعندما تتعلق بالدين والكفر والجنس والحرام فإن العذاب يكون أكبر، خصوصا عند المسلم الممتدين، فمثلا عندما تأتي الوسواس على صورة شكوك في العقيدة أو الرسالة أو الرسول، أو تأتيه على شكل اندفاع سب الذات الإلهية أو إنكار وجودها أو تخيلها في صور لا تليق بها، وعادة ما تأتي هذه الأفكار والوسواس للممتدين وفي أوقات هامة كالصلاة أو الصيام أو أداء مناسك الحج والعمرة، فتفسد على المريض إحساسه بالعبادات وخشوعه فيها وتجعله يشعر بالقلق الشديد والذنب وأنه لم يؤد عبادته على الوجه الأكمل وبشكل ليم، فيعاود أداءها مرات ومرات لعله يحسنها، ولكن دون جدوى، فيدخل في دائرة مفرغة من القلق والتكرار وتآنيب الضمير والخوف الشديد.

والسؤال المهم الذي يسأله المريض لنفسه ولشيخه ولطبيبه: هل أنا مسؤول عن كل هذا وهل مازلت مؤمنا؟ بعد كل هذا الذي حدث؟.. وإذا كنت مسؤولا فكيف أتغلب على ما يحدث وقد حاولت مرارا وفشلت؟ والمريض بالوسواس غالبا ما يميل إلى إلقاء اللوم على نفسه لأنه يملك ضميرا شديدا القسوة والصحة يحمله تبعات كل شيء، وبالتالي يصل إلى

تقديم

المنغمسون في الكتابة بجد وإخلاص يقدررون الجهد الذي يبذله طبيب مشغول مهنيًا كالدكتور وليد سرحان في التصدي لهذا الهم العام لا في الصحافة فحسب بل في تأليف الكتب خاصة حين يقتصد من وراء ذلك رفع سوية الوعي عند الناس فيساهم في " التنقيف الصحي " الذي تضعه منظمة الصحة العالمية في مقدمة مبادئ الرعاية الصحية الأولية.

الطب النفسي كما يشير لنا الدكتور سرحان في كتابه هذا قديم عند علماء وأطباء العرب وكمثال على ذلك قد أسس بعضهم قواعد لفهم " الوسواس " قبل ما يقرب من عشرة قرون، ومع ذلك ظل تداول المعرفة فيه وحوله محدودا وعلى نطاق ضيق بسبب حساسيته عند الكثيرين والنظرة الخاطئة التي يطولون بها عليه، حتى أن منهم من اعتبره خاضعا للإفهام الدينية فحرموا لمسه أو الدنوة منه تفسيراً أو رعاية أو علاجاً.

لقد قرأت " الوسواس القهري " فتعلمت منه وبت أنه يصلح لإطلاع الزملاء الأطباء الذين فاتهم فرصة تعلم جوانب عديدة في الطب النفسي أثناء دراستهم الجامعية التي لم تكن تولي اهتمامها لهذا الفرع من فروع الطب، كما أن التطرق للعلاج الدوائي أمر يهم الأطباء بالدرجة الأولى لا عامة الناس الذين كنت أفضل ألا يقحم عليهم ..

ويأتي هذا الكتاب كذلك دليلاً آخر على قدرة لغتنا العربية ونجاح استخدامها في التعليم الطبي وردا عمليا على المشككين بها من معارضي التعريب والمروجين لاستعمال الإنجليزية كلغة وحيدة في هذا المجال وسواه من العلوم ..

وبعد ... رغم المساهمات المتفرقة هنا وهناك التي مازلنا نذكر أغزرها بقلم الراحل الدكتور علي كمال فإن المكتبة العربية مازالت بحاجة للمزيد من هذا النوع من الإنتاج الأدبي الطبي النفسي، لذلك نتمنى للدكتور وليد سرحان أن يستمر على هذا الدرب ونتمنى له التوفيق.

زيد حمزة

عمان في 2008/06/09

تمهيد

ضمن سلسلة سلوكيات التي عكفت على كتابتها في مواضيع مختلفة من باب نشر الوعي النفسي، سوف أخصص هذا الكتاب لاضطراب الوسواس القهري، وهذا الاضطراب يسبب معاناة كبيرة للمصابين به ومن حولهم أحيانا، وعادة ما يظن المصاب بهذا الاضطراب أنه قد يكون الوحيد في العالم الذي يعاني منه، أو يظن بان هذه أفكار جنونية لا يمكن أن يصرح بها لأحد، وخصوصا لطبيب نفسي لأنه أسرع من يكتشف أنه مجنون، حتى أن بعض المختصين ذهبوا إلى حد تسمية هذا الاضطراب بجنون العقلاء، لأنه بالرغم من غرابة وسخافة بعض أعراض الوسواس القهري إلا أن المريض يعلم ويدرك ذلك، وهو يرفض هذه الأفكار والفعال ولكنها تقهره وتسيطر عليه، من هذا المنطلق فقد وجدت خلال ممارستي للطب النفسي في السنوات الماضية، أن هذه الفئة من المرضى بحاجة للدعم والتوعية مع العلاج، ومن أفضل وسائل وعي المريض لمرضه وفهمه للأساليب الصحيحة في التعامل

الوسوسة فقال: تلك محض الإيمان. فقله صلى الله عليه وسلم: ذلك صريح الإيمان. ومحض الإيمان معناه استعظامهم الكلام به صريح الإيمان، فإن استعظام هذا وشدة الخوف منه ومن النطق به إنما يكون لمن استكمل الإيمان استكمالاً محققاً وانتفت عنه الريبة والشك.

وقيل معناه أن الشيطان إنما يوسوس لمن يئس من إغوائه، فينك عليه بالوسوسة. وهناك مسائل أخرى يعاني منها بعض مرضى الوسواس القهري وهي الخوف الشديد من التلفظ بالطلاق بشكل صريح أو بالتلميح، والرعب من أن يكون الطلاق قد حدث بسبب ذلك، وبالتالي لا يتوقف المريض عن سؤال من حوله والمفتيين والعلماء عن وقوع الطلاق، ويلجأ ويكرر السؤال حتى يمل الجميع من أسئلته، وللإجابة الدينية عن هذا الوسواس نجد الإجابة الصريحة أن الوسوسة بالطلاق لا تعني وقوعه. عن أب هريرة رضي الله عنه قال: إن الله تجاوز عن أمتي ما حدثت به أنفسها ما لم تعمل به أو تتكلم"، وهذا الحديث رواه البخاري وفي كتاب الطلاق، باب الطلاق في الإغلاق، ومسلم في كتاب الإيمان، باب تجاوز الله عن حديث النفس والخواطر بالقلب إذا لم تستقر، وأبو داود في كتاب الطلاق (باب الوسوسة بالطلاق) والترمذي في كتاب الطلاق (باب ما جاء فيمن يحدث نفسه بطلاق امرأته)، وابن ماجه في كتاب الطلاق (باب طلاق المكره والناسي). وقال الصنعاني في كتابه (سبل السلام في شرح بلوغ الحرام): والحديث على أنه لا يؤاخذ الأمة بحديث نفسها وأنه لا يقع الطلاق بحديث النفس، وهو قول الجمهور، وأن الله تعالى لا يؤاخذ الأمة بحديث نفسها وأن (لا يكلف الله نفساً إلا وسعها)، وحديث النفس يخرج عن الوسع، والحديث دليل على أن الأحكام الأخروية من العقاب معفوة عن الأمة المحمدية إذا صدرت عن خطأ أو نسيان أو إكراه، وطلاق المكره لا يقع عند الجمهور، وقد استدلووا بقوله تعالى: "إِنَّا مَنْ أَكْرَاهُ وَقَلْبُهُ مُطْمَئِنٌّ بِالْإِيمَانِ" (النحل: 106) وقال عطاء: الشرك أعظم من الطلاق، وقرر الشافعي الاستدلال بأن الله تعالى لما وضع الكفر عن تلفظ به حال الإكراه وأسقط عنه أحكام لكفر، كذلك سقط عن المكره ما دون الكفر، لأن الأعظم إذا سقط سقط ما هو دونه بطريق الأولى.

وقد سئل الشيخ ابن عثيمين عن الوسوسة في موضوع الطلاق قال: المبتلي بالوسواس لا يقع إطلاقه حتى لو تلفظ به لسانه إذا لم يكن عن قصد، لأن اللفظ باللسان يقع من الموسوس من غير قصد ولا إرادة، بل هو مغلق عليه وكره عليه لقوة الدافعة وقلة المانع. وقد قال النبي صلى الله عليه وسلم: (لا طلاق في إغلاق)، فلا يقع منه طلاق إذا لم يردده إرادة حقيقية بطمأنينة، فهذا الشيء الذي يكون مرغماً عليه بغير قصد ولا اختيار فإنه لا يقع به طلاق، وفسر العلماء الإغلاق على أنه الجنون أو أي حالة تفقد الشخص القدرة على التمييز أو حرية الإرادة، والوسواس القهري على الرغم من أنه ليس جنوناً بالمعنى الدارج، إلا أنه مرض يتميز باقتحام أفكار معينة لوعي الإنسان دون إرادة أو اختيار منه، وهو يدرك عدم منطقيتها، وعدم صحتها، ويحاول مقاومتها دون جدوى، وقد يدفعه المرض لتكرار أفعال بعينها بشكل قهري، ولهذا يدخل في نطاق الإغلاق المذكور وفيما يخص موضوع الوسوسة.

وعن ابن عباس رضي الله عنهما عن النبي صلى الله عليه وسلم: قال (إن الله تعالى وضع عن أمتي الخطأ والنسيان ما استكروها عليه) حديث حسن رواه ابن ماجه في كتاب الطلاق (باب طلاق المكره والناسي). وواضح من تكرار رواية هذه الأحاديث بواسطة الكثيرين من الفقهاء أن الموضوع كان محل تساؤلات ملحة من قبل المرضى، وهذا ما نشاهده حتى اليوم في العيادات النفسية، من مرضى الوسواس الذين أرهقوا وأزعجوا من حولهم في تكرار السؤال عن إمكانية تلفظهم بالطلاق مباشرة أو غير مباشرة.

نتيجة أنه أصبه خارج دائرة الإيمان، أو خارج دائرة الحلال، أو خارج دائرة الرحمة لأنه لا يستحقها، وكل هذه المشاعر تزيد من حدة أعراض الوسواس القهري، وكثيراً ما تؤدي إلى وصول المريض لحالة من الاكتئاب تصاف لحالة الوسواس القهري. ومما يزيد الأمر تعقيداً أن مريض الوسواس قد يلجأ لسؤال علماء الدين دون مصارحتهم بوسواسه ويكتفي بسؤالهم عن الأحكام الشرعية العامة ويجيبونه بما يفيد بضرورة التكرار ومسئوليته عما يحدث، ويطالبونه بتصحيح عقيدته ودوام التوبة والاستغفار مما يفكر فيه أو يهيم به أن يفعله، فيتوجه المريض نحو نفسه بجرعات أكبر من اللوم، وقد يقول قائل لمريض الوسواس إن هذا ضعف إيمان، أو أن هذا ضعف إرادة وغيرها من الأقوال غير المسؤولة التي تدفع بالمريض نحو المزيد من العذاب والتخبط.

ولهذا فقد بحثت الجمعية العالمية للطب النفسي الإسلامي موضوع اضطراب الوسواس القهري مع كبار علماء الدين والمفتيين، وحصلت على فتاوى وإجابات واضحة قاطعة، وعلى سبيل المثال فغن من الشائع أن يكرر المريض بالوسواس في الطهارة والوضوء والصلاة، والإجابة على ذلك أن لا تكرر في الطهارة أو الوضوء أو الصلاة مهما بلغ التشكك ولا سجود للسهو. كما أن هناك اقتراحات بأن يصلي هؤلاء المرضى جماعة، وإذا تعذر أن يقوموا بتسجيل خطوات الوضوء والصلاة على شريط ويتابعوا الشريط المسجل حتى لا يكرروا، وغيرها من الأساليب التي تتمشى مع الأساليب العلاجية السلوكية للوسواس، وهناك العديد من النصوص الدينية الصحيحة التي تعاملت مع الظاهرة الوسواسية لابد أن تكون متاحة لمريض الوسواس.

سئل الشيخ عبد العزيز بن باز السؤال التالي: يخطر ببال الإنسان وسواس وخواطر وخصوصاً في مجال التوحيد والإيمان، فهل المسلم يؤاخذ بهذا الأمر؟... فأجاب فضيلته: ثبت عن رسول الله صلى الله عليه وسلم في الصحيحين أنه قال: "إن الله تجاوز عن أمتي ما حدثت به أنفسها ما لم تعمل أو تتكلم" (متفق عليه)، وثبت أن الصحابة رضي الله عنهم سألوه صلى الله عليه وسلم عما يخطر لهم من هذه الوسواس والمشار إليها في السؤال، فأجابهم صلى الله عليه وسلم بقوله " (ذلك صريح الإيمان) (رواه مسلم) وقال عليه الصلاة والسلام: (لا يزال الناس يتساءلون حتى يقال هذا خلق الله الخالق فمن خلق الله؟ فمن وجد من ذلك شيئاً فليقل أمنت بالله ورسوله) (متفق عليه)، وفي رواية أخرى (فليستعذ بالله ولينته) (رواه سلم). يقول النووي وظاهر الحديث أنه صلى الله عليه وسلم أمرهم أن يدفعوا الخواطر بالأعراض عنها من غير استدلال ولا نظر في إبطالها، فكأنه لما كان أمراً طارئاً بغير أصل دفع بغير نظر في دليل إذ لا أصل له ينظر فيه، وأما قوله: فليستعذ بالله ولينته، فمعناه: إذا عرض له هذا الوسواس فليجأ إلى الله تعالى في دفع شره عنه وليعرض عن الفكر في ذلك. وليبادر في قطعه بالاشتغال بغيره.

وروى عن مسلم عن عبد الله قال: سئل رسول الله عن الوسوسة قال: "تلك صريح الإيمان". (أي كراهية الأفكار الوسواسية والشعور بالألم بسببها دليل على الإيمان بالله تعالى، فالملمد لا يتألم لإنكار الله أو سبه بل يستمتع بذلك ويتباهى به).

وروى الإمام أحمد بسنده عن ابن عباس رضي الله عنه قال: (جاء رجل إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقال: يا رسول الله إني لأحدث نفسي بالشيء لأن آخر من السماء أحب إلي من أن أتكلم به. قال: الله أكبر الله أكبر الحمد لله الذي رد كيده إلى الوسوسة). ورواه أيضاً أبو داود والنسائي والحديث صحيح.

وفي صحيح مسلم يشرح النووي باب: (بيان الوسوسة في الإيمان وما يقوله من وجدها فيه)، عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: "جاء ناس من أصحاب النبي صلى الله عليه وسلم فسألوه: إنا نجد في أنفسنا ما يتعاظم أحدنا أن يتكلم به، قال: وقد وجدتموه؟ قالوا: نعم، قال: (ذلك صريح الإيمان)، وفي الرواية الأخرى: سئل النبي صلى الله عليه وسلم عن

الناقلات العصبية في الدماغ وبحاجة لعلاج كيميائي وسلوكي، وبما أن الوسواس القهري مرض فإن المصاب به يثاب على معاناته في المرض حتى في حالة وجود الأفكار الوسواسية المتصلة بالعقيدة، فهو يتألم فيها ويحاول الخلاص، ولكنه لا يستطيع دون وجود مساعدة متخصصة، وبالتالي يصبح واجبا عليه إتباع العلاج الطبي والأخذ بالرأي الديني المتفق عليه. وهذا فرق كبير بين أن يشعر المريض بالوسواس أنه خرج من دائرة الإيمان وبين أن يعرف أنه في حالة احتسابه لآلام المرض يثاب عليها طالما أنه يتابع العلاج، فإله رحيم بعباده.

وهناك تساؤل دائم لدى مرضى الوسواس القهري ما الفرق بين الوسواس القهري المرضي وبين وساوس الشيطان، ولإجابة على ذلك هي أن وسوسة الشيطان تكون في أشياء محببة إلى النفس خاصة تلك المتصلة بالغرائز والشهوات أو الامتناع عن العبادات، ولكن الوسواس القهري يكون في التدقيق بالعبادات وفي أشياء ترفضها النفس وتتألم بسببها وتقاومها، وفي حين يمكن دفع وسوسة الشيطان بالاستعاذة فإن الوسواس القهري يعاود الإلحاح ولا يتوقف بسهولة، والوسواس القهري مرض يسببه خلل في

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

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 & Summer 06 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ10-11/apnJ1011.exe>

N°12 - Autumn 06 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ12/apnJ12.exe>

N°13 - Winer 07 :

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ13/apnJ13.exe>

FOR SUBSCRIBERS

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

N°20 - Autumn 08

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=20

N°21-22 - Winter & Spring 09

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=21

سلسلة الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 1 : في بيتنا مريض نفسي - أ.د. عادل صادق

Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=101

العدد 2 : العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد

هيلموت كولافيك / ترجمة: أ.د. سامر جميل رضوان

Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=102

العدد 3 : مدخل إلى سببرنطيقا التفكير - د. سليمان جبار الله

Full Text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=103

العدد 4 : إضطرابات الشخصية - أ.د. عبد الرحمن إبراهيم

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=104

العدد 5 : مدخل إلى الطب النفسي - أ.د. الزيتن عباس عمارة

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=105

العدد 6 : التوحد الطفولي - أ.د. سوسن شاكر الجببي

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=106

العدد 7 : الإبداع وتذوق الجمال - أ.د. قاسم حسين سالم

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=107

العدد 8 : الطب المسند - أ.د. محمد أديب العسالي

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=108

العدد 9 : الإكتئاب... المرض والعلاج - د. لطفي الشربيني

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=109

العدد 10 : أحاديث في السلوك الإنساني - د. وليد سرحمان

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=110

العدد 11 : العلم والثقافة والتربية - أ.د. الخالي أمرشاو

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=111

العدد 12 : الحب الرومانسي - أ.د. فارس كمال نظمي

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=112

العدد 13 (تنزيل حر) د. محمد أديب العسالي

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=113

العدد 14 : العلاج النفسي الجوارح: آفاقه وشروطه على طريق الاحتراف

أ.د. نعيم عطية

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=114

العدد 15 : مستقبل العلاج النفسي: معالم علاج نفسي عام - ترجمة:

د. سامر جميل رضوان

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=115

العدد 16 : المرجع الوجيز في اضطرابات النفس والعقل

د. قاسم حسين سالم

FullText: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=116

المجلة العربية للطب النفسي

المجلد العشرون - العدد الأول، مايو 2009

اتحاد الأطباء النفسيين العرب

Atakriti@wanadoo.io - www.arapsychiat.com

CONTENTS

Papers

• Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War

Elie G. Karam, Zeina N. Mneimneh, Hani Dimassi, John A. Fayyad, Aimee N. Karam, soumana ,C. Nasser, Somnath Chatterji, Ronald .Kessler.....1

• The Psychology of Media Bias and Its Impact on Arab-American and Muslim Psyche

Mohammed K. Hamza, Niveen Yaseen, Ashraf El-Houbi, Betty Duncan, Carlos F.Diaz.....18

• Evaluation of Community Psychiatric-Home Visit Treatment versus Outpatient Treatment of Chronic Schizophrenic Patients in Bahrain.

Hussain HAA, Tarada M, Redha M, Sequeira.....34

• Gelotophobia in the Lebanon: The Arabic Version of a Questionnaire for the Subjective Assessment of the Fear of Being Laughed at

Shahe S. Kazarian, Willibald Ruch and Rene T. Proyer.....42

Medical Ethics

• The WPA position statement on the ethics of the use of unmodified electroconvulsive therapy

Mohammed T Abou-Saleh, George Christodoulou 57

Point of view

• George Kelly's constructs system (Loosening – Tightening) related to his perspective in Psychotherapy?

Saad Almoshawah.....66

Book Review

Arab Federation News

• Foundation of Modern Psychiatry in Iraq, Exploring Personal Archives

Maha Sulieman Younis.....83

INSTRUCTION TO AUTHORS

The Arab Journal of Psychiatry (AJP) has been printed since 1989. It is owned by the Arab Federation of Psychiatrists. Original scientific reports, review articles, and articles describing the clinical practice of Psychiatry will be of interest for publication in AJP. The articles may be written in English or Arabic but must always be accompanied by an abstract in English and Arabic. All papers are accepted upon the understanding that the work has been performed in accordance with national laws and International ethical guidelines. .

Manuscripts submitted for publication in the Arab Journal of Psychiatry should be sent to Editor in Chief, Deputy Editor or to Associate Editors. All manuscripts are assessed by qualified international referees.

Manuscripts

Manuscripts must be submitted as an original with two copies and must be typewritten, double-spaced throughout in ISO A4 pages with a margin of 3 cm. Sub-heading in the text should be limited to three grades and should be coded in the left margin. Make the approximate position of figures and tables in the left margin.

The first 3 page of the manuscript should contain the following:

Page1: Title, running head (Max: 40 letters), title or article in English and names of authors, without titles or addresses.

Page 2: Abstract in English (max: 250 words). It should follow a structured format (objectives, method, results and conclusion). It should include key words (max. 5).

Page 3: Names of authors, titles, and full addresses and address for correspondence.

Acknowledgment of financial support and persons who have had major contribution to the study can be included on a separate page.

Arabic abstract follows the references section (last page).

Tables

Tables should be typed with double-spaced in separate pages. They should be numbered with Arabic (e.g. 1, 2, 3) numerals and have a short descriptive headings.

Illustrations

All illustrations (footnotes and line drawings) should be submitted camera-ready; line drawings/diagrams should be approximately twice the size they will appear in print.

Reference List

References should follow the 'Van couver style'. List them consecutively in the order in which they occur in the text (not alphabetically). List all authors, but if the number exceeds six, give six followed by et al.

1. Zeigler FJ, Imboden, JB, Meyer E. Contemporary conversion reactions: a clinical study. Am. J. Psychiatry 1960; 116:901-10.

2. Mosey AC. Occupational therapy. Configuration of a profession. New York: Raven Press, 1981.

3. Gotesman KG. Behavioural aspects of physical illness.* In: Ohman R, Freeman H, Holmkvist AF, Nielzen S, editors. Interaction between mental and physical illness. Needed areas for research. Berlin: Springer Verlag, 1989: 120-34.

Notice: The author should send the final copy of the article in floppy disk matching with IBM-Microsoft.

Mailing Address: The Arab Journal of Psychiatry

P.O. Box 5370, Postal Code 11183

Amman – Jordan

Tel: 00962-6-4624650 - 5609088

Fax: 00962-6-5604677

Email: adnantakriti@hotmail.com

takritia@yahoo.com

Papers

Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War

Elie G. Karam, Zeina N. Mneimneh, Hani Dimassi, John A. Fayyad, Aimee N. Karam, Soumana, C. Nasser, Somnath Chatterji, Ronald C. Kessler.....1

Abstract

Background: There are no published data on national lifetime prevalence and treatment of mental disorders in the Arab region. Furthermore, the effect of war on first onset of disorders has not been addressed previously on a national level, especially in the Arab region. Thus, the current study aims at investigating the lifetime prevalence, treatment, age of onset and its relationship to war in Lebanon.

Methods and Findings: The Lebanese Evaluation of the Burden of Ailments and Needs Of the Nation study was carried out on a nationally representative sample of the Lebanese population ($n = 2,857$ adults). Respondents were interviewed using the fully structured WHO Composite International Diagnostic Interview 3.0. Lifetime prevalence of any Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) disorder was 25.8%. Anxiety (16.7%) and mood (12.6%) were more common than impulse control (4.4%) and substance (2.2%) disorders. Only a minority of people with any mental disorder ever received professional treatment, with substantial delays (6 to 28 y) between the onset of disorders and onset of treatment. War exposure increased the risk of first onset of anxiety (odds ratio [OR]: 5.92, 95% confidence interval [CI]: 2.5–14.1), mood (OR 3.32, 95% CI 2.0–5.6), and impulse control disorders (OR 12.72, 95% CI 4.5–35.7).

Conclusions: About one-fourth of the sample (25.8%) met criteria for at least one of the DSM-IV disorders at some point in their lives. There is a substantial unmet need for early identification and treatment. Exposure to war events increases the odds of first onset of mental disorders.

The Psychology of Media Bias and Its Impact on Arab-American and Muslim Psyche

Mohammed K. Hamza, Niveen Yaseen, Ashraf El-Houbi, Betty Duncan, Carlos F. Diaz.....18

Abstract

Stereotypical degradation and humiliation of minority ethnic groups have been practiced historically by all forms of U. S. media; however, the devastating aftermath of September 11, 2001, heightened the degree of prejudice, discriminatory behavior and misunderstandings, particularly toward Muslims and Arab-Americans. These groups have continued to experience negative societal reactions that run the gamut from suspicion to phobia. This study attempted to determine the extent to which this has affected all members of Arab-American and Muslim- American communities especially children. A survey was conducted to examine American attitudes toward Muslim and Arab-Americans and their potential impact on children's psyche and well being. Statistical techniques were employed to analyze and summarize responses for each survey question. A chi-square test and logistic regression techniques were used to ascertain if there were significant relationships between response variables and the set of independent variables. The study explored these differences in detail and provides statistical analyses of these findings.

Evaluation of Community Psychiatric-Home Visit Treatment versus Outpatient Treatment of Chronic Schizophrenic Patients in Bahrain.

Hussain HAA, Tarada M, Redha M, Sequeira.....34

Abstract

Background: Schizophrenia has a high rate of relapse. Treatment compliance is challenging in the long-term management of schizophrenia. The outcomes of previous studies on Community Psychiatry Service – Home Visit Treatment (CPS-HVT) are inconclusive.

Aims: To evaluate the effectiveness of CPS-HVT in (a) reducing the number of admissions and (b) duration of admissions of chronic schizophrenic patients.

Methods: A retrospective analysis by auditing files of all cases of adult schizophrenic patients in Bahrain who underwent CPS-HVT treatment. A total of 10 years follow-up (5 years of outpatient treatment before the referral to the community service and 5 years follow-up in the community service after the referral) was carried out. The number of admissions and the duration of admissions were compared.

Results: Of the total number of 232 patients 51 (22%) fulfilled the inclusion criteria. The sum total of 77 admissions during 5 years before the referral to the CPS-HVT was 2577 days (50.5 d/patient). After the referral to the CPS-HVT the sum total of 48 admissions was 1383 days (27.1 d/patient), and no patient had more than 3 admissions. The number of non-hospitalized patients doubled during the 5 years follow-up in the CPS-HVT ($n=13$; 4 males vs. $n=27$; 10 males). The proportion of males was 47.1% ($n=24$).

Conclusions: CPS-HVT is effective and superior to standard outpatient treatment of chronic schizophrenic patients in reducing the number and duration of admissions, in Bahrain. Future studies should evaluate a wide range of other outcomes, including the cost effectiveness of CPS-HVT. Considering the massive impact of community-based care on patients, caregivers, clinicians and the community at large, such studies are urgently needed.

Gelotophobia in the Lebanon: The Arabic Version of a Questionnaire for the Subjective Assessment of the Fear of Being Laughed at

Shahe S. Kazarian, Willibald Ruch and Rene T. Proyer.....42

Abstract

Objectives: Gelotophobia, a new clinical construct, is defined as the fear of being laughed at and ridiculed and is measured by the GELOPH<15> scale. The present study describes adaptation of the English version of GELOPH<15> to Arabic, using back-translation methodology, and its validation in the Lebanese context.

Method: The Arabic GELOPH<15> is administered to a group of Lebanese university students (n=198) to assess its factor structure and to a second group of 60 university students to assess its relationship to the Arabic Humor Styles Questionnaire (HSQ), the Arabic Center of Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale, the Arabic Satisfaction with Life Scale (SWL).

Results: The findings support the internal consistency of the scale and its factor structure as a one-dimensional individual differences phenomenon. The findings also elucidated the relationship of the Arabic GELOPH<15>, and to life satisfaction as assessed by the Arabic Satisfaction with Life Scale (SWL).

Conclusion: Overall, the results suggest that the Arabic GELOPH<15> items are relevant in the Lebanese context, especially those that pertain to the intention of controlling oneself strongly and disengagement from social activities for self-protection from derision. As importantly, the findings are suggestive that approximately 7% of the scores exceed a cut-off point of ≥ 2.50 , indicative of at least a slight expression of gelotophobic symptoms.

Key words: Gelotophobia, Fear of being laughed at, depression, life satisfaction, humor styles, Lebanon.

Medical Ethics

The WPA position statement on the ethics of the use of unmodified electroconvulsive therapy

Mohammed T Abou-Saleh, George Christodoulou 57

Abstract

This position statement is an addendum to the one on the use and safety of electroconvulsive therapy that was prepared by the Section of Biological Psychiatry in 2004 and was eventually approved by the WPA General Assembly in 2005¹.

Point of view

George Kelly's constructs system (Loosening – Tightening) related to his perspective in Psychotherapy?

Saad Almoshawah.....66

Abstract

George Kelly developed a theoretical position which is extended from ontological and epistemological arguments to practical applications in psychotherapy^{1;2;3;4}. He presents and

elaborates his position at all levels of theoretical discourse in his two volume book, "The Psychology of Personal Constructs". He calls his philosophical position "Constructive Alternativism". The personality theory he formulated is called "Personal Construct Theory". The most popular part of his work is the technique he developed for elicitation of personal constructs, which is called the "Repertory Grid Technique".

Kelly rejects the notion that human psychology can be divided into separate realms. He suggests that personal construct psychology covers both consciousness and unconsciousness. Moreover, he rejects the classical tricotomy of psychology, that is cognition (intellect), affection (emotion) and conation (action). Although his theory is considered by some others as being in the realm of cognitive psychology but he does not accept that, and consider his theory as a theory of personality which is a whole.

Indeed, Kelly suggests that there are sub-systems in a person's psychological space. These sub-systems can be relatively autonomous from each other as the fragmentation corollary suggests. They also evolve through experience as the experience corollary suggests.

The purpose of this paper is to examine George Kelly's theoretical perspective, especially his constructs system (Loosening – Tightening). The article begins with an outline of Kelly's perspective, and then it discusses constructive alternatives and the loosening – tightening system.

Book Review

1- THE MIND WITHIN THE NET

Models of learning, Thinking and acting

Manfred Spitzer

Arab Federation News

Foundation of Modern Psychiatry in Iraq, Exploring Personal Archives

Maha Suliaman Younis.....78

Abstract

This report aims to explore the beginnings of modern psychiatric services through scrutinizing the life profile of the pioneer psychiatrists in The Kingdom of Iraq.

Data was collected from the personal archive primarily together with personal interviews with some contemporary physicians and patients and scares documents.

Its realized by this study that the pioneer psychiatrists were the cornerstones of mental health establishments around the twentieth century through their contributions in government and private health centers ,also it showed that the personal archives can be helpful in analyzing the cultural atmosphere through historical facts .

الثقافة النفسية المتخصصة

المجلد العشرون - العدد الثامن والسبعون، أبريل 2009

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية - طرابلس، لبنان

ceps50@hotmail.com

المحتويات

- عزيزي القارئ
- قضية حيوية/ ظاهرة التحرش/ البروفسور قدري حنفي
- علم النفس حول العالم
- مقابلة العدد/ لقاء مع البروفسور عبد الستار ابراهيم
- الاختبارات النفسية/ مقياس الصرع النفسي الحركي/ أ.د. سامي عبد القوي
- علم النفس الاجتماعي/ الاهتمام واللامبالاة/ الدكتور سامر رضوان
- علم النفس الحضاري/ الأنثروبولوجيا الثقافية والشخصية الحضارية
- أخلاقيات الطب النفسي/ حول أخلاقيات استجواب المتهمين بالإرهاب
- علم نفس التفويض/ هل تظل فلسطين أرض المزارات؟/ د. جيمي يشاي
- مكتبة العدد
- فرويد والتراث النفسي اليهودي
- في مواجهة الأمركة
- علم النفس العصبي
- ملف العدد/ الصهيونية

عزيزي القارئ

لدى إطلاعنا لهذه المجلة العلمية أردنا أن تكون منبرا للتعريف بالخصوصية الحضارية والثقافية العربية لشأن لا علاقة له برهافة العمل في المجال عبر الحضاري، وإنما لتباين انعكاسات البيئة العربية على الإنسان العربي وعدم تصنيفه في لجان الأمراض بسبب بيئته الثقافية.

وكانت الحرب الأهلية اللبنانية قد ألقت بثقلها على ممارستها وتجربتها العيادية، فكان أول كتابنا بعنوان "دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية"، وتلاه "الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث". ثم تالت بعدها الحروب والكوارث في وطننا العربي، دون أن نستبين لها نهاية لتهديد حياة الإنسان العربي، خاصة بعد تعرضه لصدمة بوش وترويعه المستمرة في العراق، والمهددة بفصول لاحقة في الدول العربية الأخرى.

في حينه رأينا أن العناية بجمهور المتعرضين لصددمات الحروب مسؤولية أشمل من العلاج الفردي في العيادات والمستشفيات، ومكنا من إيجاد دوائر معنية بهذا الفرع، وأخرها الجهود التي برزت في حرب غزة الأخيرة، حين تساعل كثيرون عن عدم مشاركتنا في هذه الجهود.

الجواب يتعلق في مبدأ التدخل الطبي النفسي في هذه الحالات، حيث الأولوية لممثلي القانون والأمن الذين يعطون المناعة والطمأنينة للجمهور،

ليتأخر دور الطبيب النفسي إلى مرحلة لاحقة، وربما إلى مرحلة ما بعد حضنة الصدمة التي يحددها التصنيف الطبقي بثلاثة أشهر. والتدخل النفسي يتحول إلى كوميدي مكي عندما يتم لدى أشخاص فاقد الأمن ومتوقعين لكارثة أعظم قادمة. وهؤلاء يرفضون أصلا مثل هذا التدخل. وهذا ما تبينه التجربة، وما تحدده مبادئ التدخل الكوارث، ولذلك امتنعنا، دون أن يعني ذلك التقليل من جهود الزملاء المتدخلين.

قضية حيوية

- المرأة والسيارة - ظاهرة التحرش - د. قدري حنفي

kadrymh@yahoo.com

كانت أول صور لدي عن العبودية لسيد بمسك سوطا يجلد به عبد أسود، أو لسفينة تمخر البحر مزدحمة بالعبيد والسيات تتها على ظهورهم. ولم البث أن تعرفت في دروسي الأولى عن تاريخ الحضارة والأنثروبولوجيا على حقيقة أن غالبية السادة كانوا يحرصون على تغذية عبيدهم تغذية جيدة. ورعايتهم صحيا، بل ومعاملتهم بلطف باعتبارهم أهم أدواتهم للإنتاج. فالعبد الهزيل المكتئب لا يقوى على العمل، فإذا كانت امرأة فإنها فضلا عن عجزها عن العمل لا تصلح للتسرية عن السادة في مجالسهم. ولم يكن "التحرش الجنسي" بالإماء والجواري يعد آنذاك جريمة "شرف" بحال، بل كان أمرا طبيعيا متاحا للعامة في أسواق النخاسة، باعتبار أنهم لسن إنثا كبقية "الحرائر"، بل مجرد بضاعة للمشتري أن يفحصها قبل الشراء، فإذا اشتراها أصبح محظورا على غيره التحرش بها، وإلا أصبح معتدبا على ممتلكاته.

تداعت تلك الأفكار خلال متابعتي لوقائع التحرش الجنسي التي بدت متناقضة مع ما نشهده من تزايد في القنوات الإعلامية الدينية، فضلا عن تزايد انتشار الممارسات الدينية خاصة بين الشباب. ولقد أرجع البعض الأمر إلى ضغوط الفقر، وانتشار العشوائيات، وتزايد الكبت الجنسي، وارتفاع تكاليف الزواج، وتبرج النساء وانتشار القنوات الإباحية، إلى آخره.

وحين تأملت الظاهرة بهدوء، اكتشفت أن ثمة العديد من أنواع التحرش يمارسها الأثرياء في بلادنا، وفي غيرها، دون أن يكون مرجع ذلك كبت جنسي يعانونه، أو ارتفاع في تكاليف الزواج يعجزون عنها، وأن العديد من جرائم انتهاك النساء تنتشر في بلاد مترفة تكاد لا تعرف للحرية سقفا، كما تنتشر في مجتمعات ينهشها الفقر وافتقاد الحرية. ترى كيف تنتشر تلك الظاهرة بين جماعات تبدو متطرفة في التحرر، وأخرى تبدو متطرفة في المحافظة.

لقد انتهت العبودية والاتجار بالبشر رسميا منذ زمن طويل، ولكن ثقافة النخاسة، وابنتها ثقافة التحرش، مازالتا تليقان بظلالهما على علاقة الرجل بالمرأة في الشرق والغرب، وإن اختلفت الأشكال والمسميات. ومهما حاولت ثقافة النخاسة أن تخفي تحت تفسيرات حديثة استهلاكية، أو تحت

- البدانة والسرطان
- الأطفال الخدج معرضون لمشاكل جسدية وعقلية
- علماء الزوجة عرضة للأمراض في الزيجة المتأزمة
- أوباما يرفع حظر التمويل الفيدرالي لأبحاث الخلايا الجذعية
- العلم والأيدولوجيا
- الخلايا الجذعية
- كشف جيني قد يساعد في علاج أمراض خطيرة
- نصف مليون مصباح

مقابلة العدد

■ لقاء مع البروفيسور عبد الستار إبراهيم - حوار: عماد نصيف

ناقش مجلس الشعب المصري قانون الصحة النفسية، هذا القانون الذي أثار معه كثيرا من الجدل حول بعض نقاطه الفنية، وبعض الخلفيات المتعلقة بطبيعة المرض النفسي، وببيئة العلاج النفسي في مصر من ناحية أخرى، فضلا عن وجود كثير من الأسئلة في هذه المساحة بالأساس: ماذا تعني الصحة النفسية؟ وما هي سبل العلاج التي ينبغي توفيرها للمرضى؟ وكيف نتعامل معهم؟

أجرينا هذا الحوار مع الدكتور عبد الستار إبراهيم، عضو الجمعية النفسية الأمريكية، وأستاذ علم النفس في الجامعات العربية والأمريكية وزميل مركز نيويورك للعلماء، ورجل العقد في مركز السيرة العلمي في ولاية "نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية"، الذي عاد مؤخرا إلى مصر في محاولة لصياغة مستقبل أفضل في ما يخص قضايا العلاج النفسي. ومما ورد في الحوار موضوعات المريض النفسي عندنا الذي يخاف الإفصاح عن مشاكله خوفا من نظرة المجتمع. ورأي إبراهيم في المدرسة الأمريكية التي لا تحتجز المريض النفسي في المستشفى إلا إذا كان خطرا على نفسه أو الآخرين. كما أن قانون الصحة النفسية القديم ضار بالمرضى. وعلى مجلس الشعب مراعاة أطراف العلاج النفسي، وإحصائيات الانتحار والفقر والبطالة عند مناقشة القانون الجديد.

- الجميع يتحدث عن الصحة النفسية، فما معناها؟
- متى يمكن القول أن هذا الشخص يتمتع بصحة نفسية جيدة؟
- أثر الجدل حول قانون الصحة النفسية، فما رأيك في هذا القانون؟
- أيهما أفضل للمريض النفسي أن يحجز في المستشفى، أم يترك للبيئة المحيطة ولمجتمعه؟
- قامت بعض المستشفيات مؤخرا بتسريح بعض المرضى النفسيين، فما تطبيقك على ذلك؟
- تكررت بعض الأحداث الجديدة على المجتمع المصري مؤخرا، مثل التحرش الجنسي والقتل بعنف، وغيرها، فما رأيك وتفسيرك لذلك؟
- وأين تقع المشكلات الاقتصادية من الأمراض النفسية؟
- ما هو واجبنا تجاه المريض النفسي؟
- من خلال متابعتك للانتخابات الأمريكية التي انتهت بفوز أوباما، كيف تقيم تعاطي الشعوب العربية مع هذه الانتخابات؟
- قامت الشعوب العربية بالتهليل والمدح لمنتظر الزيدي لما فعله مع بوش، فلماذا كان رد الفعل هكذا؟
- هل القمع والقهر الذي يعانيه العرب من حكامهم انعكس على رد فعلهم تجاه ما حدث مع بوش؟
- ما خطتك في الفترة القادمة للعمل داخل مصر في مجال الصحة النفسية؟

تأويلات دينية أصولية، فغن من يمارسون التحرش يكتشفون هذا الغطاء. إنهم لا يتحشرون بأنث، بل بأشياء، أو سلع تروقه، فيحاولون الاستمتاع بها، والجريمة أنهم يعتدون على ملكية غيرهم.

إن أصحاب ثقافة النخاسة في الشرق والغرب يتعاملون مع المرأة باعتبارها سلعة شأنها شأن السيارة مثلا. إنها سلعة تخضع لقوانين العرض والطلب، وتتغير مواصفاتها النموذجية من عصر لآخر، بل ومن مستهلك لآخر. قد يفضل البعض سلعة جميلة يتيه بالحصول عليها وامتلاكها، وقد يفضلها البعض متهاودة السعر تقي بالغرض، قد يجد البعض في المنافسة والفصال والمزايدة ثم الفوز بالسلعة المطلوبة متعة لا تعادلها متعة، وقد يفضل البعض التسوق الهادئ البعيد عن صخب المنافسة.

إن أصحاب السيارات يحرصون على "تدليل" سياراتهم، بل ويعبرون عن عجزهم عن الاستغناء عنها، وقد يحرص بعضهم على الاستعراض بها، ويسعدون بالعيون تتطلع إليها، بينما بالافتقار منها، فضلا عن استخدامها دون إذنهم، بل إنهم قد يصرحون بأنهم "يعشقون" هذا الطراز بالذات، وتلك السيارة بالتحديد، ترى هل يمكن القول بأنهم يحبون سياراتهم حقا؟

إن حب المرء لما يملك قد يبلغ حد التقديس، بل والتضحية بحياته ذودا عنه، ولكنه حب يختلف عن حب البشر لبعضهم بعضا. والفارق هو أن المرء مهما بلغ حبه لسيارته لا يتبادل معها المشاعر، فهو لا يستأنسها أو يستطلع "مشاعرها" قبل استخدامها، إذا ما استعصت عليه لجأ لمن يجري لها من العمليات ما يعيدها إلى سيرتها الأولى، وإلا أعادها هو إلى سوق النخاسة من جديد لتبحث عن يشتريها. إنها علاقة السيد بالعبد.

العبيد يبدون للناظر بشرا لا يختلفون عن غيرهم، ولكنهم في ظل ثقافة النخاسة ليسوا سوى ممتلكات لا إرادة لها مستقلة عن إرادة السيد المالك، وكثير من العبيد يستمتعون بأن يسلموا أمرهم لسيدهم الذي يرعاهم ويتولى أمورهم جميعا دون أن يحملهم مسؤولية أي شيء سوى طاعته، ولذلك لم يكن غريبا أن يفضل العديد البقاء في كنف سادتهم حتى بعد أن ألغى الرق.

وفي حقيقة الأمر، فإن الكثير من العلاقات التي تبدو إنسانية لا تعدو أن تكون علاقات امتلاك. كثير من الآباء والأمهات والأزواج والزوجات يتصرفون كما لو كانوا يمتلكون بعضهم البعض، وفي مثل هذا المناخ من العلاقات الإنسانية الزائفة لا ينبغي أن نندهش من وجود ممارسات التحرش بالنساء.

خلاصة القول: إن الدعوة للاحتشام، وتشديد العقوبة على جرائم التحرش الجنسي، والقضاء على الفقر والعشوائيات، كلها أمور مطلوبة على نشر ثقافة إنسانية تتساوى فيها إنسانية الجميع، ويقتصر التملك على "الأشياء" دون البشر، وهي مهمة صعبة، ولكنها ضرورية.

■ علم النفس حول العالم - إعداد: نشأت صبوح وسناء شطح ورمزية نعمان

- دراسة اضمحلال الدماغ- يبدأ في سن الـ 27 عاما
- العلاج بالأوكسجين مفيد لمرضى التوحد
- دراسة الملح دواء طبيعي للاكتئاب
- مليون أردني يعانون من اضطرابات نفسية
- النوم يطرد الفيروسات من الجسم
- هل صحتك النفسية على ما يرام؟
- التدخين ينافس الوزن الزائد على تقصير العمر

الاختبارات النفسية

- مقياس الصرع النفسي الحركي - أ.د. سامي عبد القوي

Sakawi2002@yahoo.com

مقدمة

تعد الأدوات التشخيصية في مجال علم النفس الإكلينيكي من الدعائم الأساسية التي يقوم عليها هذا العلم، بما تقدمه من مساهمة في عمليات تشخيص الأمراض النفسية، وما تشمله هذه العمليات من تشخيص مفارق بين الفئات المرضية المختلفة.

وإذا ما نظرنا إلى موضوع الصرع Epilepsy بشكل عام، نجد أن هذه المشكلة الإكلينيكية يعتمد تشخيصها أساساً على الملاحظات السريرية (الإكلينيكية) التي يلحظها الطبيب على المريض، وكذلك على أدوات تشخيصية ذات تقنية عالية مثل رسام المخ الكهربائي (Electro Encephalo Gram E.E.G)، سواء العادي منه، أو ما هو بالكمبيوتر

الصرع أنواع متعددة، تختلف في أشكالها وأعراضها وأنواعها المرضية. وبعض هذه الأنواع يتم تشخيصه بشكل مباشر وسهل نظراً لطبيعة العرض الذي يظهر على المريض، وخاصة التشنجات Covulsions، والتي إذا ما رآها شخص غير متخصص قد يستطيع أن يعطي انطباعاً بأن المريض يعاني من نوبات تشنج، ومثل ذلك نوبات الصرع الكبرى Grand Mal Fits، وفي هذه الحالة قد لا تبدو العملية التشخيصية صعبة، بل إنها قد لا تتطلب في بعض الأحيان فحصاً برسام المخ الكهربائي. وبالطبع فإن ما نعينه هنا حالات التشنج الصرعية، وليست حالات التشنج الهستيري Hysterical، وعلى الرغم من سهولة تشخيص هذا النوع السابق من الصرع، فإن هنالك أنواعاً أخرى يصعب تشخيصها إلى الحد الذي قد لا يفيد فيه رسام المخ الكهربائي، وهو الأداة التشخيصية الوحيدة القادرة على إعطاء انطباع من النشاط الكهربائي للمخ المسؤول عن إحداث مثل هذه النوبات. بل إن صعوبة التشخيص تكمن في بعض الأحيان في تشابه مظاهر بعض أنواع الصرع مع أعراض بعض الاضطرابات النفسية والعقلية. إلى الحد الذي يمكن أن يحدث نوعاً من الالتباس في تشخيص هذه الحالات، والتي يتم تشخيصها عادة على أنها حالات نفسية أو عقلية، بينما هي في الواقع نوع من الصرع، هو صرع الفص الصدغي Temporal Lobe Epilepsy، أو ما يطلق عليه أحياناً بالصرع النفسي الحركي Pscho Motor Epilepsy.

وتتشابه أعراض الصرع النفسي الحركي مع العديد من الأمراض النفسية، كالهستيريا وخاصة النوع الانشفاقي، أو الانفصالي Dissociative Type، والذي تشمل أعراضه تشوش الوعي Confusion، والهذيان Delirium، والشروع الهستيري Hysterical Fugue، كما قد تتشابه أعراضه مع ما أسماه روث (Roth, 1973) بزملة أعراض قلق المخاوف، واضطراب الإنية Hobic Anxiety، وDepersonalization Syndrome، والتي تأخذ شكل نوبات متكررة من القلق المصحوبة بالخوف واضطراب إحساس الفرد بذاته. كذلك قد تتشابه أعراض الصرع النفسي الحركي مع أعراض عصاب الوسواس القهري Impulses Obsessive Compulsive Neurosis، من حيث ظهور أفكار واندفاعات Impulses وسواسية. وأخيراً، فإن هذا النوع من الصرع تتشابه أعراضه مع أعراض المرض الذهاني المعروف بالفصام Schizophrenia، مثل ظهور أفكار بارانوية Paranoid Ideas، أو ضلالات اضطهادية Persecutory Delusions. (أحمد عكاشة 1982، ص 106، 156)

علم النفس الاجتماعي

- الاهتمام واللامبالاة - الدكتور : سامر جميل رضوان

الاهتمام بالآخرين، والحصول على اهتمام الآخرين، حاجة نفسية إنسانية تمنح الإنسان الشعور بالأمان والثقة، وتعمق روابطه مع المحيط، في حين أن غياب الاهتمام يقود إلى برودة المشاعر والجمود واللامبالاة، بل إلى أشكال متنوعة من الأمراض النفسية والجروح.

فما هو جوهر الاهتمام؟ عندما يهتم إنسان ما بإنسان آخر، أو بحيوان، أو بشيء ما، فإنه يركز انتباهه على هذا الشيء. ولكن هذا التركيز لا يشير بعد إلى أن هذا الاهتمام ينبع من نوايا طيبة أو سيئة.

ولكن عموماً يستخدم مصطلح الاهتمام بالمعنى الإيجابي. فالاهتمام بالآخرين يولد لديهم مشاعر طيبة ومريحة وتداعيات إيجابية.

والاهتمام يعني الحب. فالشخص المحبوب هو الشخص الذي يحظى باهتمام من يحب، علماً أن الحب هو الشكل المكثف من الاهتمام. كما يعني في الوقت نفسه العطف والحنان. والأطفال بشكل خاص يحتاجون إلى مثل هذا النوع من العطف والحنان الذي يشتمل على اللمسات الجسدية. وهو عندما يحصلون على "حبتهم اليومية" من اللمسات والكلمات الطيبة ينمون إنفعالياً بشكل أفضل. كما أن الكبار يحتاجون إلى الاهتمام، فالحنان الذي يحصل عليه الكبار من محبيهم يجعلهم مشحونين بالطاقة أكثر، ويحصنهم ضد مشاعر القنوط والحزن.

ويعتبر الإصغاء شكلاً من أشكال الاهتمام. وهذا الشكل من الاهتمام أصبح يتناقص مع الزمن، بسبب انتشار التلفزيون والكمبيوتر، وطول أوقات العمل، ونقص القدرة عند الناس بالإصغاء لبعضها.. إلخ. وتشير الدراسات أن الراشدين لا يتواصلون في اليوم إلا لدقائق معدودة مع بعضهم. وكثير من الناس يهربون إلى من يصغي إليهم ويسمعهم. ونجدهم متعلقين بمن يصغي إليهم، لا لشيء إلا لمجرد أنه ينصت إليهم، حتى وإن كانت دوافعه أحياناً مشكوكاً فيها. والبعض الآخر يلجأ إلى المعالج النفسي ويدفع له المال من أجل أن يسمح لهم بالاسترخاء عنده والتحدث إليه، من أجل أن ينصت إليهم. وكثير من المشكلات النفسية كان يمكن تجنبها لو أ، الناس يصغون لبعضهم، ولهموم بعضهم. وهنالك اتجاه عام نحو النقص في القدرة على الإصغاء للآخرين، وقيل أن يبدأ الآخر بقول ما يريد قوله تتم مقاطعته وإعطائه النصائح، أو إفهامه بأن لا وقت لدينا للإصغاء إليه. وفي الحقيقة، فإن كثير من الناس لا يحتاجون للنصيحة، لأنهم أقدر الناس على نصيح أنفسهم، وكل ما يحتاجونه هو من ينصت إليهم، ويشعرهم أنه مهتم بما يقولونه، وأن ما يقولونه جدير بالاهتمام.

والالتزام كذلك شكل من أشكال الاهتمام. ويمكن ملاحظة الالتزام على مستويات عدة، في المهنة والسياسية والأعمال الخيرية الاجتماعية. والالتزامات المهنية، أو السياسية، أو غيرها، تتطلب من الإنسان مقدراً عالياً من المقدرة على الإبداع، والتي لا يمكن أن تتم دون وجود نظام دعم اجتماعي للشخص المعني. والاهتمام الموجه نحو الداخل، فمن يقدم الاهتمام للآخرين لابد وأن يحظى باهتمامهم. ولكن لابد من الانتباه كذلك أن الاهتمام بالآخرين قد يكون على حساب الشخص نفسه. وإذا كان لا بد للإنسان من الاهتمام بالآخرين، فإن ذلك يجب ألا يكون على حساب مصلحته الشخصية، وألا يشعر بالاستغلال من الآخرين. ويمكن ملاحظة عواقب نقص الاهتمام بشكل واضح جداً في الأطفال. وتعرف هذه الظاهرة في علم النفس تحت مصطلح الحرمان. فالأطفال الذين يعانون من الحرمان من الاهتمام والدفع الانفعالي تظهر عليهم أعراض الانسحاب، والعزلة، والتباطؤ الذهني، ويموت بشكل أبكر من الأطفال الذين يحصلون على الاهتمام العاطفي والرعاية بدرجة مقبولة. وكثير من الأمراض

أخلاقيات الطب النفسي

■ حول أخلاقيات استجواب المتهمين بالإرهاب

اضطلع الأطباء النفسيون، أكثر من أي أعضاء تخصص طبي آخر، بدور محوري في التحقيقات التي أجرتها المؤسسة العسكرية، ووكالة الاستخبارات المركزية الأميركية، مع الأشخاص المشتبه في كونهم "مقاتلين أعداء"، حيث عمد الأطباء النفسيون إلى تفحص المشتبه فيهم عن قرب، والبحث عن أي مؤشرات توحى بمعاناتهم من خلل عقلي. كما أنهم اقترحوا الخطوط العامة التي ينبغي أن ينتجها أسلوب التحقيق، وساعدوا في تقرير متى ينبغي ممارسة قدر أكبر من الضغوط على المشتبه فيهم، ومتى تكون المواجهة المحتملة بصورة مفرطة وينبغي التوقف عندها. إلا أن الأوساط المهنية الطبية المعنية بالمجال النفسي، التي انقسمت على نفسها منذ أمد بعيد بين مؤيد ومعارض لهذا الدور، تدرس حالياً ما إذا كان ينبغي تجريم ماركة الأطباء النفسيين في التحقيقات العسكرية، باعتبارها انتهاكاً لأخلاق المهنة. وخلال الاجتماع السنوي للاتحاد الأميركي للطب النفسي، المنعقد خلال هذا الأسبوع في بوسطن، ندد بعض الأعضاء البارزين بمثل هذه المشاركة، باعتبارها منافية للأخلاق، بينما أصر البعض الآخر، من مدنيين وعسكريين، على أنه تقييد دور الأطباء النفسيين لن يسفر سوى عن زيادة احتمالات تسبب التحقيقات في أذى أكبر للمحتجزين. ومثلما الحال مع المنظمات المهنية الأخرى، لا يتمتع الاتحاد بقدر كبير من السلطة المباشرة التي تمكنه من تقييد قدرة الأعضاء على ممارسة المهنة. إلا أن مجالس إصدار التراخيص التابعة للولايات بمقتورها تجميد أو إلغاء ترخيص عمل أي طبيب نفسي. ونوه عدد من الخبراء بأن هذه المجالس غالباً ما تأخذ في الاعتبار أي انتهاكات لأخلاقيات الاتحاد. من ناحية أخرى، يجري النظر على نطاق واسع في انتخاب رئيس الاتحاد باعتباره استفتاء حول قضية مشاركة الأطباء النفسيين في التحقيقات مع الإرهابيين المشتبه فيهم.

من ناحيتها، تخطط الجماعات المعنية بحقوق الإنسان، بما في ذلك منظمة العفو الدولية، لتنظيم تظاهرة يوم السبت للاعتراض على هذه المشاركة. جدير بالذكر أن المحامين الممثلين لأحد المحتجزين في قاعدة غوانتانامو في كوبا، أشاروا في الأسبوع السابق، وذلك للمرة الأولى، إلى أحد الأطباء النفسيين باعتباره عنصراً جوهرياً في ما يتعلق بوثائق تزعم تعرض المحتجز لمعاملة تعسفية. في تعليقه على الأمر، أكد براد أولسون، الطبيب النفسي في جامعة نورث ويستون: أن الأمر أشبه بصراع حول روح المهنة. يذكر أن أولسون طرح على الأعضاء التماساً بقضي بتعليق مثل هذه الاستشارات الطبية من جانب الأطباء النفسيين في التحقيقات العسكرية. على الجانب الآخر، أعرب آخرون عن معارضتهم الشديدة لهذه الفكرة. على سبيل المثال قال ويليا جيه. ستريلاند، الذي يمثل جمعية الأطباء النفسيين العسكريين يعون قانون أخلاقيات المهنة، ويدركون تماماً ما الذي ينبغي عليهم فعله وما لا ينبغي فعله إن هذا الأمر أشبه بصراع حول سلوك الأطباء النفسيين الأفراد، وعلينا أن نبقى داخل هذه الحدود.

علم نفس التفـاوض

■ هل نظل فلسطين أرض المزارات - د. جيمي يشاي - بنسلفانيا/الولايات المتحدة

عقود من الغربة لم تنزع البروفيسور جيمي بيشاي من جذوره، ولم تنه حنينه إلى هذه الجذور، التي لا يفوت فرصة للتواصل معها، ويجهد لأن يكون حاضراً في المناسبات في الأرض التي تنعش انتماءه العربي رغم مغريات العيش في مغتربه الأميركي في بنسلفانيا الأميركية. وفي هذا المقال يسرد الزميل بيشاي ذكريات يرى فيها فائدة للباحثين في العلوم الاجتماعية لعلاج الأزمات النفسية الاجتماعية، وقد تفيد العاملين في مجال النقاوض. لكن المقالة تحتوي دعوات وجدانية روحانية تسير على الحافة ما بين ثورة الغضب المتعصبة، وبين سكينه التواصل والانسجام الانساني.

والاضطرابات النفسية ترجع أسبابها إلى فقدان الاهتمام. والذنب لا يكمن في المحيط نفسه، ففي أحيان كثيرة يمكن أن يكون الشخص نفسه مسؤولاً عن ذلك من خلال عجزهم عن التعبير عن مشاعرهم.

ويرى علماء النفس أن الخط الفاصل بين جنوح الأحداث ونقص الاهتمام الأسري ليس بالكبير. كما وأنه خلف السلوك العدواني غالباً ما تكمن الرغبة في الاهتمام. ولفرط الاهتمام كذلك مضار كثيرة، فمن الحب ما قتل، وهو مثل عربي لا يعني بالمعنى الدارج فقط، وإنما يعني كذلك أن فرط الحب يجعل الإنسان مخنوقاً من كثرة الاعتناء والرعاية المقدمة له، إلى درجة لا يعود فيها قادراً على التصرف الحر والعفوي. فالأم التي تفرط في الاهتمام بطفلها، ولا تسمح له بأي مجال من الحركة والحرية، بحجة حمايته من الأخطار المتنوعة التي تتوهمها، أو تتوقعها، تكون بتصرفها هذا قد بدأت تزرع بذور الخوف وعدم الثقة في طفلها، وتمهد لجعله عاجزاً في المستقبل عن التصرف المستقل واتخاذ القرار.

علم النفس الحضاري السياسي

■ سيكولوجية السياسة.. الأثروبولوجيا الثقافية. الشخصية الحضارية - د. عيسى الشماس

ترتبط السياسة بالسيكولوجيا عبر علاقة عضوية تعود إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني، أي إلى ما قبل تشكل المفاهيم النظرية لأي منهما. وبالعودة إلى أرسطو، نجده يصنف السيكولوجيا والسياسة والاقتصاد في إطار العلوم التطبيقية، معرفاً الأخلاق على أنها علم دراسة السلوك الشخصي، والاقتصاد على أنه تدبير معيشة العائلة، والسياسة على أنها علم تدبير المدينة (الدولة). لكن الطابع العضوي لهذه العلاقة يعود عملياً إلى حاجة السياسة الماسة لأية وسيلة تسهل الاتصال الذي يحتاج بدوره إلى أية معلومة تساهم في إكمال فعاليته وتدعيمها.

هذا وتعود البدايات الحديثة لعلم السياسة إلى مطلع الخمسينات، وهي اقترنت ببدايات علم النفس السياسي، فقد نشرت منذ مطلع القرن العديد من البحوث النفسية- السياسية، التي بدأها فرويد بعودة إلى ما قبل الحضارة البشرية، لينتقل بعدها إلى دراسة الأساطير، وتحديد مناقشة الأساطير اليهودية ومسألة التوحيد في كتابه "موسى والتوحيد"، ليدخل بعدها مباشرة إلى السياسة في مقالته "أفكار لأزمة الحرب والموت"، ثم كانت دراسات يونغ الشهيرة حول الأساطير واللاوعي الجماعي وعلاقتها باللاوعي الفردي. وبعدها أتت محاولة أتباع فرويد والمنشقين عنه للتوفيق بين التحليل النفسي والسياسة والنظرية الماركسية خصوصاً. كما تجدر الإشارة إلى الكتاب الذي نشره غراهام والاس في العام 1921 تحت عنوان "الطبيعة الإنسانية في ميدان السياسة..".

لكن البحث العلمي الحقيقي في ميدان السيكولوجيا السياسية بدأ في الولايات المتحدة أثناء الحرب العالمية الثانية، حين تدعمت هذه البحوث بهجرة مكثفة لعلماء النفس الأوروبيين الهاربين من الحرب إلى أميركا. فبدأت هذه البحوث من منطلقات إثنية (عرقية)، وسخرت لدراسة اللاوعي الجماعي والشخصيات الأممية لأصدقاء الولايات المتحدة وأدائها، في محاولة لتسخير سيكولوجية الرأي العام في الاتجاه السياسي في مطلع الخمسينات ولادة توأمية. لكن في هذه الفترة، وتحديدًا العام 1952، سجلت ترسيخ العلوم النفسية كعلم له منهجيته الطبية الصارمة، إذ شهد هذا العام ظهور دواء الكلوربرومازين (دواء معقل)، الذي كان مقدمة لإرساء الطب النفسي كأحد فروع الاختصاصات الطبية، مما أذكى الصراع بين هذا الفرع المستجد (الذي وجد لنفسه التطبيقات في الميادين السياسية والعسكرية والحضارية.. الخ)، وبين بقية الفروع المعنية بهذه الميادين. بل إن الطب النفسي بدا وكأنه يحاول وضع النظم الأخلاقية لهذه الفروع، وخصوصاً السياسية منها، إذ يرى الطب النفسي ضرورة الإفادة من معارفه (وضرورة مساعدة بقية الفروع له).

النيوروسيكولوجي، من حيث متطلباته ومحكات اختيار بطاريات التقييم المختلفة، وتطبيقات هذا التقييم بشكل عام، وفي مجال الأطفال والمسنين بشكل خاص، وينتهي الكتاب بكيفية كتابة التقرير النيوروسيكولوجي. وفي ذيل الكتاب يوجد ثبث بالمصطلحات الخاصة بعلم النفس العصبي مترجمة للغة العربية، كمحاولة لتوحيد ترجمة المصطلحات بما يساعد على لغة تواصل واحدة

ملف العدد

■ الصهيونية - البروفسور قدري حفي

مقدمة

حين شرعت في كتابة هذه الصفحات بدا لي الأمر سهلاً مسوراً، ثم أخذت المهمة تزداد صعوبة كلما تبلورت ملامحها. جوهر تلك الصعوبة هو ذاته ما جعل الأمر يبدو لي في البداية سهلاً، ألا وهو وفرة الكتابات. وعلى شبكة الإنترنت وحدها يوجد حوالي 107000 عنوان عربي يتضمن كلمة "الصهيونية"، أما في اللغة الإنجليزية فإن عدد العناوين التي تتضمن كلمة Zionism تبلغ 783000 عنواناً، فإذا ما أضفنا إلى ذلك العديد من الموسوعات المخصصة للصهيونية، فضلاً عن الكتب المخصصة للموضوع، فإن ذلك يعني أن "المعلومات" عن الصهيونية قد أصبحت بالفعل في متناول كل من يريد معرفة بالموضوع. وتأكد لي ذلك حين نظرت إلى واقعنا الفكري العربي، فالحوار حول الصهيونية واليهود وإسرائيل ل يكاد يتوقف، ولكنني لاحظت أننا في العالم العربي كثيراً ما نندفع تحت تأثير الممارسات الإسرائيلية الوحشية إلى منزلق يتمثل في تبني عدد من الحقائق العلمية الثابتة المتعلقة بقوانين الفكر والسلوك بعامة، ثم أعرض لتطور الصهيونية فكراً وحركة، وأعود بعد ذلك محاولاً إعادة النظر في ذلك التطور في ضوء القوانين التي انطلقت منها معالجتي للموضوع.

- تأسيس نظري
- قوانين نشأة الأفكار وانتشارها ونموها وذبولها.
- الإنسان بين الموروث والمكتسب
- البشر بين التشابه والاختلاف
- الحضارة الدينية و" العقيدة الدينية" و" الدولة الدينية"
- البداية: هرثسل .. المؤسس
- المؤتمرات
- عود على بد الصهيونية بين الأيديولوجية والبرجماتية
- " اليهود" ليسوا استثناء من قوانين البشر
- إسرائيل وقوانين التمايز بين الدولة والعقيدة والحضارة

مجلة الثقافة النفسية المتخصصة



www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

مكتبة العدد

- الكتاب : فرويد والتراث النفسي اليهودي
- الكاتب: دافيد باكان
- ترجمة: د. طلال عتريسي
- الناشر: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع

يهدف هذا الكتاب إلى معالجة فرضية تتعلق بالخلفيات الفكرية للتحليل النفسي الفرويدي الذي يطرح في تاريخ الفكر مشكلة خاصة. فالحركات الفكرية ذات الاتساع الواسع، كالتحليل النفسي، لها عادة سوابق هامة في تاريخ الفكر الانساني. ومع أن لكل حركة فكرية واسعة عمالقتها، فإنه من النادر، كما هي حال التحليل النفسي، أو تنشر نظرية وتزدهر، باعتبارها نتاجاً شخصياً لفرد واحد.

- العنوان: في مواجهة الأمركة
- المؤلف: محمد أحمد النابلسي
- الناشر: دار الفكر - بيروت - دمشق

حول مواجهة الأمركة، وهذه المواضيع المتفرعة عنها، صدر عن دار الفكر كتاب بهذا العنوان للباحث اللبناني الدكتور محمد أحمد النابلسي. وفيه يقدم اقتراحات فكرية نظرية لمواجهة الأمركة، مستنداً إلى مراجعة نقدية- فكرية لمشاريع الأمركة. فهذه المواجهة تقتضي برأي المؤلف وجوب التعرف الدقيق إلى تفاصيل هذه المشاريع وخلفياتها وطموحاتها وأدواتها. حيث يجد النابلسي أنه من الضروري أن يضع بين يدي القارئ العربي نصوص هذه المشاريع مترجمة إلى العربية. إذ لا يجوز أن يسمع هذا القارئ بمشاريع مثل : تغيير الخارطة العربية، وبمشروع الشراكة الأميركية مع الشرق الأوسط (مبادرة بول)، ومشروع الحرب الاستباقية التي أرساها بول وولفويتز، وتبناها بوش لتصبح " مبدأ بوش"، وكذلك فرضية " الحرب الافتراضية" غير المعروفة على نطاق واسع، لكنها كانت فاعلة في حرب العراق. بل إن تلك الحرب كانت أولى تطبيقات هذه الفرضية. التي ينتمي منظورها إلى مؤسسة راند، حيث يزاملون فيها وولفويتز وكيسينجر وغيرهم. كما لا يجوز أن توضع هذه لنصوص أمام القارئ العربي بدون قراءة نقدية لها. ومثال هذا الكتاب كتب تلعب دوراً هاماً في القرار الأميركي، وفي تحريك المخابرات الأميركية في بلادنا، ومنها كتب فوكوياما " نهاية التاريخ" ونهاية الإنسان" وكتاب ساوندروز المعنون " المخابرات في سوق الثقافة.. من يدفع للمزمرين"، الذي يشرح لنا كيف تقوم المخابرات بتصنيع قادة المجتمع في الدول النامية، وفي بلادنا تحديداً .

- العنوان: علم النفس العصبي
- المؤلف: سامي عبد القوي
- الناشر: جامعة الإمارات

يقع الكتاب في 473 صفحة، تتضمن عشرة فصول. ويتناول طبيعة العلاقة بين المخ، بمراكزه ووظائفه المختلفة من ناحية، والسلوك الإنساني من ناحية أخرى. ويبدأ بتعريف لعلم النفس العصبي، وتعريف الاختصاصي النفسي العصبي، وكيفية إعداده، ومتطلبات هذا الإعداد. كما يتناول الكتاب النواحي التشريحية والوظيفية للجهاز العصبي المركزي، وخاصة المخ. ثم يتعرض للتناظر المخي لنصفي المخ، سواء التناظر التشريحي، أو الوظيفي. ويتناول الكتاب في فصوله بعد ذلك العمليات العقلية العليا، كالانتباه والذاكرة واللغة والوظائف الانفعالية والسلوك المكاني، وأخيراً التفكير والوظائف التنفيذية. بعد ذلك يستعرض الكتاب طرق البحث المختلفة في مجال الأبحاث النيوروسيكولوجية، ثم عمليات التقييم

جائزة ابن رشد للفكر الحر الحادية عشر 2009

مؤسسة ابن رشد للفكر الحر: مؤسسة مستقلة تسعى لدعم الحرية و الديمقراطية في العالم العربي

جائزة 2009 تمنح الاقتصادي المصري سمير أمين

رؤية من الجنوب: تتجاوز الرأسمالية

<http://www.ibn-rushd.org> - www.arabpsynet.com/Associations/IbnRushd.ass.pdf

الجائزة الحادية عشر 2009

وسيلقي كلمة التكريم ديتير سينغهااس (Prof. Dieter Senghaas) عالم اجتماع ومتخصص في دراسات السلام وهو أستاذ في معهد دراسات الثقافات المتداخلة والدراسات الدولية في جامعة بريمن وسيكون هناك مؤتمر صحفي ومجال للحوار الشخصي.

سيرة حياة سمير أمين

ولد د. سمير أمين في القاهرة يوم 1931/9/4

الدراسات الجامعية

- دبلوم العلوم السياسية، باريس 1952
- دبلوم إحصائيات وعلوم رياضية، باريس 1956
- دكتوراه في العلوم الاقتصادية، باريس 1957
- أستاذية في العلوم الاقتصادية، باريس 1966

المراكز والوظائف التي شغلها

- رئيس قسم البحوث في المؤسسة الاقتصادية الحكومية، القاهرة 1960-1957
- مستشار لوزارة التخطيط في بامكو/مالي، 1960-1963
- أستاذ في معهد الأمم المتحدة للتخطيط الاقتصادي بـداكار/السنغال، IDEP أستاذ في جامعات بونتييرز، دكار وباريس 1970-1963
- مدير لمعهد الأمم المتحدة للتخطيط الاقتصادي بـداكار IDEP، 1970-1980
- منذ 1980 رئيس منتدى العالم الثالث والمنتدى العالمي للبدائل.

أهم مؤلفات الدكتور سمير أمين باللغة العربية

1. دراسة في التيارات النقدية والمالية في مصر عام 1957 - معهد البحوث والدراسات العربية - الجامعة العربية - القاهرة 1959
2. التراكم على الصعيد العالمي - ترجمة/دار ابن خلدون - بيروت 1973
3. التبادل غير المتكافئ وقانون القيمة - ترجمة عادل عبد المهدي - دار الحقيقة - بيروت 1974
4. التطور اللامتكافئ - ترجمة برهان غليون - دار الطليعة - بيروت 1974
5. الأمة العربية "القومية وصراع الطبقات" - ترجمة كميل قيصر داغر - دار ابن رشد - بيروت 1978 مدبولي 1988

برلين - يفوز بجائزة ابن رشد للفكر الحر هذا العام أحد أهم مفكري العالم الثالث وأكثرهم تأثيراً: الاقتصادي المصري الدكتور سمير أمين والذي وقف دائماً إلى جانب استقلالية قرار الدول النامية في اختيار الطريق للتنمية وخاصة في العالم العربي. وقد دعا باستمرار إلى تضامن أممي جديد ليس لتجاوز الأزمة الرأسمالية فحسب بل للخلاص من النظام الرأسمالي المأزوم.

إن الأزمة المالية التي بدأت منذ أيلول (سبتمبر) 2008 سبق لسمير أمين أن تنبأ بها بكونها وليدة للنظام، وبالتالي هي جزء من أزمة النظام الرأسمالي المتقدم والتي برزت بداياتها في عام 1970.

في نقده للعلامة الرأسمالية ينطلق سمير أمين من التزام ثابت بمصالح ضحاياها. وتبعاً لذلك فهو ينظر إلى الأزمات الكبيرة المعاصرة مثل أزمة الطاقة، أزمة الغذاء، أزمة البيئة وتغير المناخ على أنها نتيجة لنفس المعضلة الأساسية أي العولمة الرأسمالية المعاصرة القائمة على الاستغلال البشع للموارد الطبيعية. ويقول: "الأزمة الراهنة ليست أزمة مالية ولا جمعا لأزمات نابعة من النظام بل هي أزمة الرأسمالية الامبريالية بقيادة أقلية مهيمنة". ويرى أمين بأن الخروج من هذا الوضع المميت هو استتباب عولمة توافقية إنسانية بدون أي نزعة اتجاه الهيمنة والتسلط وضرورة خلق جبهة مشتركة للشعوب وتجديد الماركسية الخلاقة.

تتخذ المؤسسة اسم الفيلسوف ابن رشد (1126 - 1198) وتهتدي بفكره وتدعم حرية الرأي والديمقراطية في العالم العربي عن طريق منحها جائزة سنوية. منحت المؤسسة جوائزها حتى الآن في المواضيع التالية: الصحافة والإعلام، تحرير المرأة، الفكر النقدي، العمل البرلماني، الفلسفة، الأدب الملنزم، الإصلاح الديني، حقوق الإنسان، الإخراج السينمائي والنهضة العربية. وتُمنح جائزة هذا العام (2009) وهي الجائزة الحادية عشر لشخصية اقتصادية من البلدان العربية (امرأة/رجل) تركزت أبحاثها على قضايا التنمية نظرياً أو تطبيقياً.

ولد سمير أمين في القاهرة ودرس وتخصص في الاقتصاد في باريس. بعد الدكتوراه عمل رئيساً لقسم البحوث في معهد التطوير الاقتصادي في القاهرة ومستشاراً اقتصادياً في مالي والكونغو ومدغشقر وغيرها من الدول الأفريقية ومستشاراً لوزارة التخطيط في بامكو ودرّس في جامعات مختلفة. كما عمل مديراً لمعهد التنمية الاقتصادية والتخطيط التابع للأمم المتحدة في دكار (السنغال) لعشر سنوات (1970 - 1980). ثم ومنذ 1980 أصبح مديراً لمنتدى العالم الثالث، منظمة عالمية غير حكومية للبحوث والمناقشات، ويترأس حالياً أيضاً المنتدى العالمي للبدائل.

سوف يحضر الأستاذ سمير أمين من دكار (السنغال) إلى برلين ليتسلم الجائزة شخصياً في الثالث من كانون الأول (ديسمبر) 2009 الساعة السادسة بعد الظهر والعنوان.

Rosa-Luxemburg-Stiftung, Franz-Mehring-Platz 1, Berlin 10243

(U-Bahn 5, Station: Weberwiese or S-Bahn Ostbahnhof, Bus 240 or 347).

الدولية". بعد عودته من عمله كباحث من عام 1968 ولمدة سنتين في مركز الشؤون الدولية في جامعة هارفرد شغل من 1970-1978 منصب المنسق للطايف البحثي في جمعية الأبحاث لشؤون السلام والصراع في ولاية هيسين ألمانيا (Hessischen Stiftung Friedens- und Konfliktforschung - HSKF). العلاقات الدولية في جامعة فرانكفورت. من 1978-2005 بروفيسور للسياسات والمجتمعات الدولية وخصوصاً في أبحاث السلام والصراع والتطوير في معهد دراسات الثقافات المتداخلة والدراسات الدولية (InIIS) في جامعة بريمن ليغدو من عام 2005 حتى اليوم عضواً معتمداً فيها.

عمل زينغهاوس من 1986-1987 ومن 1992-1994 أستاذاً باحثاً في مؤسسة العلم والسياسة Stiftung Wissenschaft und Politik في إنهاوزن قضاء ميونخ.

نشط بأبحاثه بمواضيع السلام من خلال عدة مناصب. منها أنه كان من 1979-1985 عضواً في اللجنة التنفيذية للجمعية الدولية للعلوم السياسية (International Political Science Association - IPSA)؛ من 1985-1990 عضواً في "Issue Group on Peace" في مجلس العلوم الاجتماعية الدولي في باريس (International Social Science Council - ISSC). من 1990-1996 عضواً في اللجنة العليا للأبحاث في السلام والصراع في اتحاد الأبحاث الألماني (Deutschen Forschungsgemeinschaft - DFG)؛ من 1991 عضواً في مجموعة دراسة الأمن العالمي التابعة للجمعية الألمانية للسياسة الخارجية في بون (Deutsche Gesellschaft für Auswärtige Politik)؛ من 1990-1995 عضواً في لجنة حقوق الإنسان للشعوب في منظمة الصليب الأحمر الألماني في بون؛ من 1995-2000 عضواً في اللجنة الاستشارية في الأكاديمية الاتحادية للسياسات الأمنية في بون (Bundesakademie für Sicherheitspolitik). كما أنه عضو في العديد من الجمعيات العلمية واللجان الأكاديمية. منذ 1973 عضواً في تحرير مجلة Leviathan للعلوم الاجتماعية.

حصل عام 1987 على جائزة International Peace Research Award وعام 1999 على Göttinger Friedenspreis من مؤسسة Dr. Roland Röhl.

مراكز ثقل أبحاثه: أبحاث في السلام؛ الاستراتيجية العسكرية؛ ديناميكية التسليح؛ رقابة التسليح؛ تفكيك التسليح؛ العالم الثالث؛ مشاكل العنف؛ تحليل تركيبات الصراعات العالمية؛ نظرية السلام ومشكلات المشاريع الحضارية؛ مشاريع التطوير الأوروبية والدولية ما بعد حقبة الحرب الباردة؛ أبحاث سياسات التنمية؛ مشكلات السلام في الموسيقى الكلاسيكية.

من أعماله (في الأقواس المربعة مكان نشر الترجمات)

- Abschreckung und Frieden (Frankfurt/Main 1969);
- Aggressivität und kollektive Gewalt (Stuttgart 1971);
- Rüstung und Militarismus (Frankfurt/Main 1972) [Mexiko-Stadt 1974];
- Aufrüstung durch Rüstungskontrolle (Stuttgart 1972);
- Gewalt - Konflikt - Frieden (Hamburg 1974);
- Weltwirtschaftsordnung und Entwicklungspolitik (Frankfurt/Main 1977) [Jakarta 1988];
- Von Europa lernen (Frankfurt/Main 1982) [Leamington Spa/Dover 1985; Barcelona/Caracas 1985; Seoul 1990; Damaskus 1996];

6. الطبقة والأمة في التاريخ وفي المرحلة الامبريالية - ترجمة هنريت عبودي - دار الطليعة - بيروت 1980

7. قانون القيمة والمادية التاريخية - ترجمة صلاح داغر - دار الحداثة - بيروت 1981

8. المغرب العربي المعاصر - ترجمة كميل قيصر داغر - دار الحداثة - بيروت 1981

9. الاقتصاد العربي المعاصر - ترجمة ناديا الحاج - دار الرواد - بيروت 1982 - دار الحقائق 1984

10. أزمة الامبريالية أزمة بنوية - دار الحداثة - بيروت 1982

11. علاقة التاريخ الرأسمالي بالفكر الإيديولوجي العربي، دار الحداثة، بيروت/لبنان، الطبعة الأولى 1983

12. الماوية والتحريرية - دار الحداثة - بيروت 1984

13. أزمة المجتمع العربي - دار المستقبل العربي - القاهرة 1985

14. ما بعد الرأسمالية - مركز دراسات الوحدة العربية - بيروت 1988

15. البحر المتوسط في العالم المعاصر - بالاشتراك مع فيصل ياشير - مركز دراسات الوحدة العربية - بيروت 1988

16. نحو نظرية للثقافة - معهد الإنماء العربي - بيروت 1989؛ سلسلة صاد، الجزائر 1992

17. بعض قضايا المستقبل - الفارابي، بيروت 1990؛ مدبولي القاهرة، 1991

18. من نقد الدولة السوفيتية إلى نقد الدولة الوطنية؛ مركز البحوث العربية، القاهرة 1993

19. سيرة ذاتية فكرية - دار الآداب، بيروت 1993

20. حوار الدولة والدين (بالاشتراك مع برهان غليون) المركز الثقافي العربي، 1996

21. في مواجهة أزمة عصرنا، دار سينا، القاهرة 1996

22. نقد روح العصر، الفارابي، بيروت 1998

23. مناخ العصر، رؤية نقدية، دار سينا، القاهرة 1999

24. الاقتصاد السياسي للتنمية في القرنين العشرين والواحد والعشرين، ترجمة فهمية شرف الدين - دار الفارابي، بيروت/لبنان، الطبعة الأولى 2002

25. مذكراتي - الجزء الأول، ترجمة سعد طويل، دار الساقى، بيروت/لبنان 2006

26. مذكراتي - الجزء الثاني، ترجمة سعد طويل، دار الساقى، بيروت/لبنان 2008

27. إشكالية القرن، تأملات حول اشتراكية القرن 21، مركز البحوث العربية والإفريقية، القاهرة 2008

أ.د. ديتير زينغهاوس: سيرة حياته والتعريف بأعمال

ولد الأستاذ د. ديتير زينغهاوس سنة 1940 في بلدة جايزلنجن/ شتايجه. درس علم السياسية والاجتماع، التاريخ والفلسفة في جامعات توبنجن، أمهرست (ماساشوسيتس)، فرانكفورت وأن آربور (ميشيغان). رسالة الدكتوراه عام 1967 بعنوان "في نقد الردع، مساهمة في نظرية في السياسة

للتنمية الاقتصادية والاجتماعية Arab Fund في الكويت وكأستاذ علم اقتصاد في الجامعة الأمريكية في بيروت. حصل على شهادة الدكتوراه في الاقتصاد من جامعة جنوب كاليفورنيا في لوس أنجلوس. له خمسة كتب في الاقتصاد بالإنجليزية صدر آخرها بعنوان "الاقتصاد العربي وتحديات الألفية الثالثة".

كمال حمدان

كمال حمدان (من مواليد 1949) لبناني الجنسية حائز على دبلوم دراسات عليا من كلية الاقتصاد في جامعة القديس يوسف / بيروت (1971) دبلوم من معهد النفط الفرنسي باريس (1973). رئيس القسم الاقتصادي في "مؤسسة البحوث والاستشارات" منذ العام 1977. عضو في عدة "لجان خبراء" حكومية لدراسة حجم القطاع العام ووظائفه، وبرنامج الطوارئ والنهوض الاقتصادي وبرنامج الخصخصة، وإصلاح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والمخطط التوجيهي لاستخدام الأراضي اللبنانية، واستراتيجية التنمية المدنية. مستشار سابق لعدد من وزراء الاقتصاد المتعاقبين حول مواضيع عديدة من بينها تنافسية الشركات، والأسعار والأجور، وحماية المستهلك، ومكافحة الاحتكار، وتطوير الشركات والمؤسسات الصغيرة والميكروية. عمل لفترات طويلة في مهمات استشارية مع العديد من المنظمات الدولية كالبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة (UNDP) والبنك الدولي واليونسف UNICEF والاسكوا UNESCWA ومنظمة العمل الدولية و (UNRISD)، إضافة إلى الاتحاد الأوروبي. له العديد من المؤلفات والمقالات. عضو الجمعية اللبنانية للاقتصاديين، عضو مؤسس في منتدى البحوث الاقتصادية في القاهرة (ERF)، عضو في الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية (مصر)، عضو اتحاد الكتاب اللبنانيين.

http://www.erf.org.eg/cms.php?id=erf_affiliates_research_fellows_details&affiliates_id=68

منير الحمش

من مواليد عام 1938، مدينة القامشلي شمال سوريا. حاصل على بكالوريوس تجارة/إدارة أعمال من جامعة القاهرة 1963 وعلى دبلوم دراسات عليا وماجستير اقتصاد من كلية الاقتصاد جامعة دمشق 1980. دكتوراه في فلسفة الاقتصاد من أكاديمية العلوم السوفيتية موسكو 1990. شغل العديد من الوظائف الإدارية والاقتصادية في الحكومة آخرها مستشار اقتصادي في رئاسة مجلس الوزراء. تولى وظيفة مدير عام الشركة السورية - الليبية للاستثمارات الزراعية والصناعية بدمشق، مدير عام المؤسسة العامة للاستهلاكية. افتتح مكتباً خاصاً للدراسات الاقتصادية بدمشق. شغل وظيفة رئيس الدائرة الاقتصادية في مركز الدراسات والبحوث الاستراتيجية بجامعة دمشق. تولى إدارة المركز العربي للدراسات الاستراتيجية بدمشق. من أعضاء جمعية العلوم الاقتصادية السورية، وشغل عضوية مجلس الإدارة لسنوات عديدة، ثم نائباً لرئيس الجمعية. عضو في الجمعية العربية للبحوث الاقتصادية في القاهرة، وعضواً في مجلس إدارتها لسنوات عديدة، ثم رئيساً للجمعية. له العديد من الكتب الاقتصادية منها تطور الاقتصاد السوري الحديث. الاقتصاد السوري على مشارف القرن الحادي والعشرين. التكامل الاقتصادي العربي. تصحيح مسار التنمية في عالم متغير.

كريمة كريمة

درست السيدة كريمة علي كريمة الاقتصاد في جامعة القاهرة (1965) وجامعة كولومبيا، فانكوفر/كندا (1970) ثم تخصصت في الاقتصاد بجامعة ماكماستر في هاميلتون، أونتاريو/كندا (دكتوراه 1970). حالياً كريمة كريمة أستاذة في علوم الاقتصاد في كلية التجارة (لبنان) جامعة الأزهر بالقاهرة

- Die Zukunft Europas (Frankfurt/Main 1986);
- Europas Entwicklung und die Dritte Welt (Frankfurt/Main 1986);
- Konfliktformationen im internationalen System (Frankfurt/Main 1988); Europa 2000.
- Ein Friedensplan (Frankfurt/Main 1990) [Tokyo 1992];
- Friedensprojekt Europa (Frankfurt/Main 1992) [Venedig 1999];
- Wohin driftet die Welt? Über die Zukunft friedlicher Koexistenz (Frankfurt/Main 1994);
- Zivilisierung wider Willen. Der Konflikt der Kulturen mit sich selbst (Frankfurt/Main 1998) [London/New York 2001; Peking 2004; Tokyo 2006; Seoul 2007; Teheran 2009];
- Klänge des Friedens. Ein Hörbericht (Frankfurt/Main 2001); Zum irdischen Frieden. Erkenntnisse und Vermutungen (Frankfurt/Main 2004) [Oxford/New York 2007].

ما نشر كمحرر

- Den Frieden denken (Frankfurt/Main 1995);
- Frieden machen (Frankfurt/Main 1997);
- Konstruktiver Pazifismus im 21. Jahrhundert (Münster 2006);

ما نشر كمحرر مع آخرين

- Vom hörbaren Frieden (Frankfurt/Main 2005);
- Global Governance für Entwicklung und Frieden (Bonn 2006);
- Sektorale Weltordnungspolitik (Baden-Baden 2009);
- Den Frieden komponieren? (2009 i.V.).

أنصت للسلام! سي دي روم بموسيقى كلاسيكية وتعليقات

- "Frieden hören!" - Listening Peace - Approaching peace via classical music, CD-ROM with musical examples, commentaries and back ground information (Tübingen 2003: www.friedenspaedagogik.de)

أعضاء لجنة التحكيم

هنري عزام

- هنري عزام الرئيس التنفيذي للبنك الألماني دويتشه بنك Deutsche Bank لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. قبل ارتباطه بالبنك الألماني كان د. هنري عزام قد أسس شركة أموال الدولية للاستثمار Amwal Invest عام 2005 في الأردن التي ترأسها وأدار أعمالها لمدة عامين. كذلك كان د. عزام المدير العام لـ "سوق دبي المالي العالمي (DIFE)". من سنة 2001-2004 تولى منصب الرئيس التنفيذي لشركة الثقة للاستثمارات الأردنية Jordinvest، وكان من 1998-2001 المدير التنفيذي للشركة المالية "ميدل ايست كابيتال غروب Middle East Capital Group" و"لشركة" "A.G.M." هندسة قطاع صناعة النفط والغاز) كذلك من 1990 إلى 1998 تولى منصب مدير اقتصاد للبنك الأهلي التجاري في جدة/السعودية. احتل من سنة 1983-1990 منصب نائب رئيس ومدير اقتصاد لبنك الخليج الدولي في البحرين. عمل أيضاً لدى الصندوق العربي

الأستاذية في الاقتصاد من جامعة صنعاء عام 2002. عضو زمالة في منتدى البحوث الاقتصادية للشرق الأوسط التابع للبنك الدولي منذ عام 2002. كان باحثاً زائراً في كل من معهد العالم العربي والإسلامي، أكاديمية العلوم الفرنسية/فرنسا من 1994 إلى 1995 وجامعة بيركلي/كاليفورنيا 1998-1999 وأستاذاً زائراً في جامعة جورج تاون/واشنطن في الولايات المتحدة 2003-2005. وبجانب عمله الأكاديمي نائب رئيس الهيئة الاستشارية غير الحكومية لرئيس الجمهورية منذ عام 2007 ومدير عام الاتحاد العام للغرف التجارية الصناعية بالجمهورية اليمنية منذ عام 2006. عضو الشبكة العالمية للتنمية، برسبن/أستراليا 2008 وعضو لجنة مكافحة غسل الأموال منذ عام 2006. رئيس للجنة التحضيرية لمؤتمر استكشاف فرص الاستثمار في الجمهورية اليمنية من 2005 إلى 2007. نائب رئيس مركز الدراسات والبحوث اليمني 1995-1997. عمل مستشاراً اقتصادياً محلياً لعدد من المنظمات الدولية بما فيها البنك الدولي، صندوق النقد الدولي، البرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، منظمة العمل الدولية، اليونسكو، وغيرها. مؤسس عدد من مؤسسات المجتمع المدني بما فيها نقابة الباحثين اليمنيين، منتدى الشرق الأوسط للديمقراطية بواشنطن. متزوج وله أربعة أبناء. له مؤلفات بالعربية والانجليزية والفرنسية أخرى بالعربية "أثر العولمة والانضمام إلى منظمة التجارة العالمية".

وذلك منذ 1986. وهي عضو لجنة ترقية الأساتذة في قسم الاقتصاد في نفس الجامعة. أستاذة زائرة في عدة جامعات مصرية أخرى وكذلك كندا والولايات المتحدة الأمريكية. برزت أيضاً من خلال إسهاماتها كمستشارة في عدة هيئات تابعة للأمم المتحدة وفي بلدان عربية، ومقر الأمم المتحدة في نيويورك مثل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) الاسكوا UNESWA واليونسيف-UNICEF، كذلك من خلال إسهاماتها في إطار وزارات مصرية عديدة (المالية، الاقتصاد)، البنك الدولي. نشرت لها عدة دراسات وأبحاث على الصعيد العربي والعالمي في مجالات متخصصة وصدر لها بالمشاركة، مجموعات مختارة من الدراسات والكتب، تمثيلاً لا حصراً: - تأثير العولمة على الصعيد الاجتماعي في البلدان النامية. - الفقر والانفجار الاجتماعي في بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط (دراسة مقارنة). - الفقر والعولمة في مصر والبلدان العربية. - أسس التنمية الاقتصادية. - المرأة والعمل في العالم العربي. - السياسة الصينية في الشرق الأوسط.

محمد الميمني

د. محمد عبد الواحد الميمني من مواليد 1956. أستاذ الاقتصاد بجامعة صنعاء ورئيس الجامعة الماليزية الدولية للتكنولوجيا توننك - فرع اليمن، 2009. حصل على دكتوراه في الاقتصاد عام 1986 وعلى درجة

Jobs Offer Search

<http://www.arabpsynet.com/joboe/consalljoboe.asp>

Jobs Offer Form

<http://www.arabpsynet.com/joboe/JobsoEForm.htm>

Jobs Demand Search

<http://www.arabpsynet.com/jobde/consalljobde.asp>

Jobs Demand Form

<http://www.arabpsynet.com/jobde/JobsoDEForm.htm>

Congress FORM

<http://www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm>

Reviews FORM

<http://www.arabpsynet.com/review/RevForm.htm>

Guest Book

Ψgists G.B.

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsGoldBook.asp

Ψists G. B.

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsPsyGoldBook.asp

Guest Book Form

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

Mails of APN Mailing List

www.arabpsynet.com/Mailinglist/ConsMailingList.asp

Send Your Mails

www.arabpsynet.com/maillinglist/MailingListForm.htm



سجل التهاني بعيد إضحى 1430

تهنئة رئيس شبكة العلوم النفسية العربية

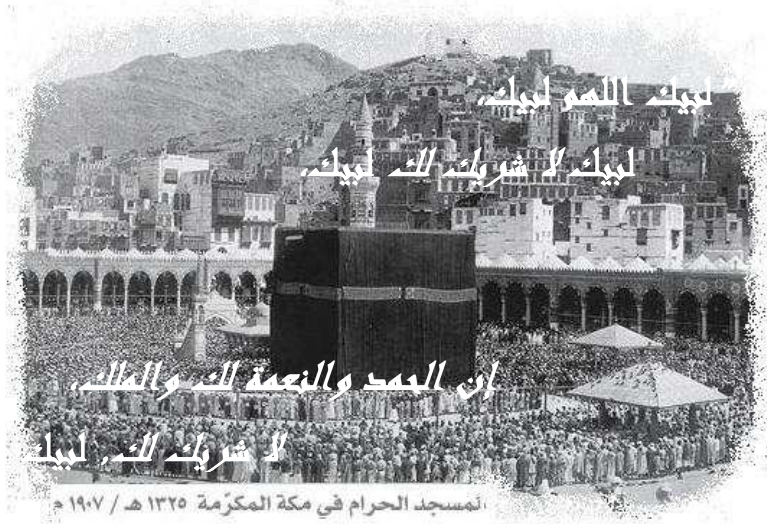
أطباء نفسيين وأساتذة علم النفس يشاركون الشبكة بتهنئة العيد

arabpsynet@gmail.com

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

وإن هذه أمتكم أمة واحدة وأنا منكم فاتقون [المؤمنون: 52]

في هذه الساعات المباركة وأفئدة ملايين حجاج بيت الله الحرام تلج على صعيد عرفة أن:



نتقدم إلى كافة أخصائيي العلوم النفسية بأخلص التهاني وأصدق الأمنيات بعيد إضحى 1430، سائلين العلي القدير أن نسلهم من
 وفتة عرفة ما يوحدنا ويجمع كلمتنا تجاوز الصراعات وخلافات لن تزيدينا إلا ضعفاً وهواناً خلفنا.

كل عام وأنتم بخير وأهل الخير والعطاء.

إنا بكم نرقى ومعكم يسير الدرب مرفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا.

دمتم في حفظ الله آمين ودام عزكم وذكركم عطاكم.

الدكتور جمال التركي

شبكة العلوم النفسية العربية

www.arabpsynet.com
<http://www.arabpsynet.com/maillinglist/ConsMailingList.asp>

ترفلون بالصحة والرضى

جمع الزملاء الأفاضل

كل عام وأنتم وأسركم بخير وترفلون بالصحة والرضى وهذاه البال.

Khawla Abu-Baker (Ph.D)Associate Proffesor. Dept. of Behavioral
Science.
The Max Stern Academic College of Emek Yezreel
khawlaa@yvc.ac.il

أنتم أهل الخير والعطاء

الأخوة أعضاء الشبكة

كل عام وأنتم أهل الخير والعطاء

عيد سعيد أعاده البارئ تعالى على الجميع بالخير والصحة والأمان

Nazar M Mohammad AminUniversity of Sulaimani
nazarmh2003@yahoo.com

تهنئة العيد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

مع تحياتي ، بمناسبة قرب حلول عيد الأضحى السعيد أدعو الله إن
يقبل منا ومنكم صالح الأعمال وإن يعيده عليكم وأنتم بصحة وعافية

وكل عام وأنتم بخير

Musaed Al-Najjarsynergy@kuwait.net

بالخير واليمن والبركات

الزميلات والزملاء الاعزاء..... أعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية

الزميل والصديق العزيز د. جمال التركي رئيس الشبكة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته اعاد الله علينا هذه الأيام المباركة
بالخير واليمن والبركات ويسر لنا حج بيته العظيم اللهم آمين.

وكل سنة وأنتم طيبين

د. علاء فرغلي

إستشاري الطب النفسي- القاهرة
alaa_f@hotmail.com

الحمد لله علينا بخير

الزملاء الاكثاء الاساتذة اخصائيو علم النفس

كل عام وأنتم بخير بمناسبة عيد الاضحى المبارك اعاده الله علينا
وعلى جميع المسلمين بخير

عمرو سليمان

ماجستير اضطرابات التواصل
amrsoliman3000@hotmail.com

أدعوا للعراق بالأمن و الأمان

الاساتذة الافاضل رئيس واعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية المحترمون

بمناسبة حلول عيد الاضحى المبارك يسرني ان اتقدم لرئيس الشبكة
العربية الدكتور جمال تركي والاخوة الافاضل اعضاء الشبكة كل الخير
والمحبة متمنية لهم التقدم ودوام الصحة والعافية واتمنى من الجميع ان
يذكروا العراق بدعائهم له بالأمن والامان والاستقرار ودحر الاحتلال

وففكم الله ورعاكم

البروفسورة سوسن شاكر مجيد

جامعة بغداد كلية التربية ابن الهيثم
baghdadlove52@yahoo.com

تهاني مركز فلسطين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تحياتي وأسرة مركز فلسطين للصحة النفسية المجتمعية و كل عام
وأنتم بخير

ذياب أحمد أبوريش

deyab.abureesh@yahoo.com

دعتم بخير

أساتذتي الزملاء الاكثاء

كل عام و أنتم بخير

قذري حفي

kadrymha2000@yahoo.com

لكم مني اجمل الود

أعضاء شبكة العلوم النفسية العربية

اجمل التهاني بحلول عيد الاضحى المبارك اعاده الله على الجميع
بالصحة والامان وراحة البال وعلى عرفنا الجريح بالشفاء واهلنا بالموده
والمحبة

لكم مني اجمل الود

الدكتور اسعد الامارة

رئيس الاكاديمية الاسكندنافية
asaad.elemara@gmail.com
www.scanac.com

محيد أضيي سعيد

الأخوة الزملاء، الأطباء، الاساتذة

كل عام وأنتم بكل خير وصحة وعافية

اعاده الله عليكم وعلى الأمة الإسلامية بكل يمن وبركة

Prof. Sami AbdulKawisakawi2002@yahoo.com

ولكم مخلص الدعاء وصادق الأمنيات

أحبنا وأخوتنا / النسانيون العرب

سلام من الله العزيز الحكيم

ولكم فاتق التبريكات والتهاني بحلول عيد الأضحى المبارك ، ولكم مخلص الدعاء وصادق الأمنيات أن يعيده الله عليكم م جميعاً وأنتم في وافر الصحة والعافية ، وتمام الأمن والأيمان ، وأن يفيض علي أمتنا الإسلامية عزاً من عزه ، وأمناً من أمنه، ورفاهاً من نعمته ، وأن يسبل علي كافة الشعوب الإسلامية ثوب السلام والأمان داخل النفوس وخارجها ، وندعوه تعالى أن يعيده علينا وأمتنا رائدة وهادية وقائدة لركب البشرية وهي هائلة بصحة النفس وسلامة الروح ، وأن يحقق لنا ما نصبو اليه وما نتوق اليه أنفسنا وهو أن نوفق في تعلم وتطوير علم أصيل نافعا للإنسان موصولاً بهدي الرحمن ، وأن يتقبل الله منا جهدنا خالصاً لوجهه الكريم ، وأن يكمله بالنجاح ، وأن يهدي نفوسنا لمحبة راسخة وأخوة صادقة فيه.

وتحية خاصة بهذه المناسبة للاح الدكتور جمال تركي ولكافة العاملين في الشبكة العربية للعلوم النفسية، ونسأل الله أن يديمها دوحة وارفة الظلال نتألف ونلتقي تحتها ، وأن يثيبهم الله علي ذلك أجراً وعافية وقبولاً.

وكل الأعوام ونحن لربنا ولبعضنا أقرب

محمد عبد العزيز الطالب
Mohammed Abdel-Aziz
mabdelaziz71@hotmail.com

يحذكم مبارك

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

بمناسبة حلول عيد الأضحى المبارك ، أتمنى من المولى العلي القدير أن يعيده علينا باليمن والبركات وعلى الأمة الإسلامية جمعاء، عيدكم مبارك وكل عام وأنتم بألف خير

mazouz fouz
mazouz_fouz@yahoo.fr

شموعاً تنير دروب التائهين

الأخوة أعضاء الشبكة الكرام

بمناسبة عيد الأضحى المبارك يسعدني أن أهنيء جميع الإخوة والأخوات العاملين في مجال علم النفس والعلاج النفسي -خصوصاً الإخوة في شبكة العلوم النفسية العربية- راجياً من المولى العلي القدير أن يديمهم شموعاً تنير دروب التائهين وبلسماً يشفي جراح المصابين ، وأن يعيد علينا هذا العيد بالخير واليمن والبركات.

الأستاذ :سليمان ثابت -الجزائر
tabetslimane@yahoo.fr

أتمنى لكم عيداً سعيداً

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

أتمنى لكم عيداً سعيداً وكل عام وأنتم بخير

Assad Al-Nemer
alnemers@hotmail.com

كل عام وأنتم بخير

زملائي في شبكة العلوم النفسية العربية

تهنئكم وحدة أبحاث الشيوخه في العراق أجمل التهاني بمناسبة عيد الأضحى المبارك اعاده الله على الأمة الاسلاميه بالخير واليمن وعيش رغيدا للشعب العراقي

الدكتور هيثم احمد الزبيدي
استاذ علم النفس المساعد - العراق
alzubaidi72@yahoo.com

أعطر التهنئة و أسمى التبريكات

الزملاء أعضاء شبكة العلوم النفسية العربية

نجدد التهنئة لكم بعيد الأضحى المبارك بأعطر التهنئة و أسمى التبريكات

أ.د. قاسم حسين صالح
رئيس الجمعية العراقية للعلوم النفسية
qassimsalihy@gmail.com

أعاده الله عليكم وعلينا بالخير

بسم الله الرحمن الرحيم الأخوة الأساتذة أعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية

الكرام

الأخ الأستاذ الدكتور الأمين العام لشبكة العلوم النفسية المحترم

رئيس واعضاء جمعية أطباء الأمراض النفسية الاردنية يرفعون لكم ولجميع اعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية الكرام بأسمى آيات التهاني والتبريكات بمناسبة حلول عيد الأضحى المبارك

أعاده الله عليكم وعلينا بالخير واليمن والبركات

.. وكل عام وأنتم بخير

الدكتور محمد حمد الله الدباس
رئيس جمعية أطباء الأمراض النفسية الاردنية
drmdabbas@hotmail.com

ان يعم الامن والسلام

بسم الله الرحمن الرحيم

بمناسبة عيد الاضحى المبارك يطيب لي أن أزف إليكم أجمل التهاني والتبريكات بهذه المناسبة ، سائلين المولى عز وجل ان يمن على الجميع بقبول الأعمال وان يعيد عليكم هذه المناسبة بالخير واليمن والبركات ، وان يعم الأمن والسلام والوئام.

وكل عام والجميع بخير

الاستاذ نعمان عبد الغني- الجزائر
namanea@yahoo.fr

ميدكم مبارك

زملائي الأعزاء

لهم زد هذا الوجه نورا وأجعله دائما مأجورا وبلغه عيد الأضحى وهو مسرورا

nabil sofian
nabilsofian@hotmail.com
www.dr-nabeel.com

تقبل الله منا ومنكم صالح الأعمال

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

كل عام وأنتم بخير بمناسبة عيد الأضحى المبارك وتقبل الله منا ومنكم
صالح الأعمال

Saleh Alsanie
drssanie@hotmail.com

كل عيد و أهل الخير و العطاء

بسم الله الرحمن الرحيم

إلى الأخ العزيز الدكتور جمال التركي و إلى جميع الإخوة و الأخوات
من أطباء و نفسانيين أهدي تهاني بالعيد و أسأل الله تعالى أن يتقبل منا
أعمالنا و أبحاثنا خالصة لوجهه الكريم و لأمتنا الحبيبة

Malik Badri
malik1932@yahoo.com

”ليبك اللهم ليبيك،

كل عام وأنتم بخير

”ليبك اللهم ليبيك،

ليبيك لا شريك لك ليبيك،

إن الحمد والنعمة لك والملك،

لا شريك لك، ليبيك “

كل عام وأنتم إلى الله أقرب

abdo elreefy
elreefy@gmail.com

أطبيب التهاني واجمل الأمانى

السادة الزملاء

الأخوة أعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية الأكارم يسعدني أن أقدم
لكم جميعاً أطيب التهاني واجمل الماني بمناسبة عيد الأضحى المبارك
اعادة الله علينا جميعاً باليمن والخير أعضاء الشبكة العربية للعلوم النفسية
والصحة والإبداع والإنتاج والبركات وكل عام وأنتم جميعاً بألف ألف
خير وبركة

Nizar Oyoun Al Soud
nizaros45@hotmail.com

تهنئة بالعيد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بمناسبة حلول عيد الأضحى السعيد أدعو الله إن يتقبل منا ومنكم
صالح الأعمال وان يعيده عليكم وأنتم بصحة وعافية
وكل عام وأنتم بخير

مع تحياتي

Dr. Musaed Al-Najjar
synergy@kuwait.net

مع تمنياتي لكم بالتوفيق والسداد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

اشكركم على تهنئتك بمناسبة عيد الاضحى المبارك مع تمنياتي لكم
بالتوفيق والسداد

Owaiyed Al Mashaan
o_almashaan@hotmail.com

ميد مبارك

زملاء الأعزاء

يسرني أن أزف لكم أجمل التهاني وأطيب الأمانى بمناسبة "عيد
الاضحى المبارك جعل الله قدومه قدوم الخير والبركة والسعادة لكم ولنا
ولأمة محمد أجمعين.

وكل عام وأنتم بخير

/د. معن عبدالباري قاسم صالح
أستاذ علم النفس الاكلينيكي المشارك
maanymha@yahoo.com

كل عام وأنتم بألف خير..

الفاضل رئيس الشبكة، الزملاء الكرام

بمناسبة حلول عيد الأضحى المبارك، يسعدني أن أقدم إليكم و إلى جميع
الزملاء الأفاضل بأخلص التهاني و أطيب الأمانى. دمتم ودام عزكم وعطائكم

وكل عام وأنتم بألف خير،،،

Dr. Abdul-sattar Ibrahim Al-Zambelely
sattar99@yahoo.com

أعاده الله علينا وعلى الإنسانية

الإخوة الزملاء

كل عام وأنتم جميعاً بألف خير وأعاده الله علينا وعلى الإنسانية جمعاء
بمزيد من السلم والأمن وتحقيق مزيم من الحرية والديمقراطية وسيادة
النظام والقانون

لكم مني جميعاً أجمل الباقات وأغصان الزيتون

Daker Al-Hubail
dalhubail@yahoo.com

تقبل الله طاعتكم وعساكم من عواده

بسم الله الرحمن الرحيم

كل عم وأنتم بخير وتقبل الله طاعتكم وعساكم من عواده

راشد مانع راشد العجمي
rashed_207@yahoo.com

EID SAEED

Dear all Salam
Eid Saeed to all in HIS HOLY days. May Allah SWT Accepts our deeds and Forgives us all.Yours
Abdelmoniem Abdelbagi Ali
abdelmoniem2@hotmail.com

HAPPY EID

Dear BAPA members, Arab Federation members& All Psychiatrists, Psychologists (Arab & Non-Arab) all over the globe

Wishing you a wonderful & Happy times with all the people you love

On behalf of BAPA executive team I am honored to send you all Our cordial congratulations & Eid-UIAdha Greetings. We should feel the Eid Happiness & look for a happy Eid. However we cannot forget about all Human beings who continue to suffer across the globe. We experience with them the pain & suffering.

All monothiestic relegions call for Peace & Justice.

Prohet Mohamed (PBUH), Prohet Eisa (PBUH) & Prohphet Mousa (PBUH)

All taught that all Humans are brothers & sisters, should respect one another & be good to each other. No difference because of race, colour or language. Human life is Sacred & none is superior and all human beings are equal in front of God

Years pass one after the other & still our wounds are bleeding. The Palestine wound is the most agonising & painful. However all parts of our beloved Muslim World are very precious & very important. We look for the time with all Muslims & all humans are able to live together in peace & show the model of a decent & happy society.

Without peace people cannot live a decent life & without Justice Peace would not be possible.

Let us hope that with joint work & mutual support we can secure Justice & live in peace.

I pray to Allah (Alighty God) that we see this era very soon.

Please while celebrating the Eid with the people you love, remeber those suffering & needy all over the world.....in Palestine, Iraq, Chechnya, Afghanistan, Kashmir, Sudan, Somal, Yemen, India, ... Wishing you all a wonderful Eid.

Kindest regards

Mamdouh EL-Adl
www.BAPAUk.comMamdouh.ElAdl@nht.northants.nhs.uk

بالخير واليمن والبركة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أتمنى لكم أن تقضوا عيد الأضحى المبارك وأنتم مع أهلكم وذويكم وأصحابكم بأحسن حال
أعاده الله عليكم وعلي الأمة الإسلامية بالخير واليمن والبركة
وكل عام وأنتم بخير**baty khaliefa**baty_khaliefa@yahoo.com

أرجوه ان يجمعنا في الدنيا على عرفات

بسم الله الرحمن الرحيم

تحية طيبة وبعد

أكرمني الله بمعرفتكم .. وشرفني بصداقتكم واسعدني بمخالطتكم واتعلم منكم .. وأرجوه ان يجمعنا في الدنيا على عرفات وفي الآخرة مع سيد الكائنات فأود أن أرفع كل آيات التهاني وأجمل الاماني الي كافة لخصائي العلوم النفسية بعيد الاضحى اعاده الله علينا وعليكم باليمن والبركات
وكل عام وانت ألف خيرأ. ناجية عقيلة الحصادي
alhassady@yahoo.com

كل عام وأنتم بالآلف خير

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

كل عام وأنتم جميعا بالآلف خير وعيدكم مبارك

Abdullah Alabdulbaqi
abumasar@hotmail.com

أتمنى لكم عيداً سعيداً

بسم الله الرحمن الرحيم

أتمنى لكم عيداً سعيداً وكل عام وأنتم بخير

alnemers@hotmail.com

أرق العبارات وأصدق العواطف وأحر المشاعر

حضرة الزميل الفاضل الدكتور جمال التركي حفظك الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته عيدكم مبارك سعيد وكل عام وأنتم بخير
بأرق العبارات وأصدق العواطف وأحر المشاعر يسعدني أن أبعث إليكم بأجمل التهاني والتبريكات بمناسبة حلول عيد الأضحى المبارك.

أعاده الله علينا وعلى جميع المسلمين بالخير والسعادة والتقدم راجيا من العلي القدير لكم دوام الصحة وموفور العافية.

El Rhali AHARCHAOUaharchaou_rhali@yahoo.fr

EID-ULADHA GREATINGS

Dear All
 Alsalamo Alaikom
 I am wishing you a wonderful & Happy times with all the people you love
 On behalf of Dr Ahmed Abou El Azayem hospital executive team I am honored to send you all Our cordial congratulations & Eid-UIAdha Greatings. We should feel the Eid Happiness & look for a happy Eid. كل عام وانتم بخير اعاد الله عليكم وعلي احباكم عيد (الاضحي) باليمن والبركات

Dr Ahmed gamal Abou El-Aayem
emrcwfmh@hotmail.com

UNE HEUREUSE FÊTE AID EL IDHA

cher amis

je vous souhaite une heureuse fête Aid El idha : Aid Mabrouk

je saisis l'occasion pour vous féliciter ainsi que tous les membres de "arabpsynet " pour l'effort considérable que vous faites pour promouvoir la santé mentale dans nos pays arabes et musulmans.

Bonne continuation

Dr. Yousr Moalla
 Service" de pédopsychiatrie CHU Hédi Chaker
 3029 SFAX TUNISIE
yousr.moalla@rns.tn

Search To APN Database

Search Papers

<http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp>

[Papers Form](#)

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Search Books

<http://www.arabpsynet.com/book/default.asp>

[Books Form](#)

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

Search Thesis

<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

[Thesis Form](#)

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Search Arab Psychiatrist

<http://www.arabpsynet.com/CV/default.asp>

Search Arab Psychologist

<http://www.arabpsynet.com/CV/defaultPsychologists.asp>

[CV Form](#)

www.arabpsynet.com/cv/CV.HTM

Search By APN Electronic PSY Dictionary

English Dictionary

<http://www.arabpsynet.com/eng/SearchEngForm.htm>

[Add or Revise New English Psyterm](#)

<http://www.arabpsynet.com/propeng/engPropForm.htm>

French Dictionary

<http://www.arabpsynet.com/FR/SearchFrForm.htm>

[Add or Revise New French Psyterm](#)

<http://www.arabpsynet.com/propfr/FrPropForm.htm>

Arabic Dictionary

<http://www.arabpsynet.com/AR/SearchArForm.htm>

[Add or Revise New Arabic Psyterm](#)

<http://www.arabpsynet.com/propar/arPropForm.htm>

مؤتمرات العلوم النفسية العربية

المؤتمر الإقليمي الثاني لعام 2008

القاهرة - مصر

برنامج التدريب في مناهج البحث التوجيهية للسياسات والتقييم

القاهرة - مصر

الملتقى الدولي الثاني للمعهد الربيعي

فاس - المغرب

ندوة: التحرش الجنسي في أوساط العمل

وهران - الجزائر

الملتقى الدولي الثالث للطب النفسي ببجاية

بجاية - الجزائر

الملتقى الدولي السادس للطب النفسي

جدة - السعودية

المؤتمر الدولي الأول للعلوم النفسية وتطبيقاتها

الإمارات

الدورة التحضيرية في الطب النفسي

الرياض - السعودية

مركز مطمئن للطبي: الدورات التدريبية

السعودية



المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين (رانم)

القاهرة - 29 نوفمبر - 01 ديسمبر 2010

www.eparanm.org ranm@gmail.com - ranmregconf@gmail.com

فعاليات المؤتمر

- تتضمن فعاليات المؤتمر عددا من الأنشطة على الوجه الآتي :
- (1) جلسات علمية لعرض ومناقشة البحوث المحكمة والمقبولة في المؤتمر .
 - (2) ورش عمل تدريبية في موضوعات ومهارات تقع في إطار محاور المؤتمر المتعددة ، برسوم للمشاركين .
 - (3) ندوات ولقاءات حوارية يشارك في كل منها عدد من المتكلمين لمناقشة قضايا عامة .
 - (4) محاضرات عامة يقدمها عدد من أعلام التخصص مصريين وأجانب .

رسوم المشاركة المبكرة (قبل نهاية يونيو 2010)

(1) المشاركة ببحث

يناقش في إحدى جلسات المؤتمر ، ورسوم الاشتراك كالاتي :

350 جنيه مصري للباحثين من داخل مصر .

350 دولار أمريكي للباحثين من خارج مصر .

(2) المشاركة بدون بحث

250 جنيه مصري للباحثين من داخل مصر .

200 دولار أمريكي للباحثين من خارج مصر .

(يحصل أعضاء الرابطة على تخفيض 20 % من الرسوم الموضحة)

وتغطي رسوم الاشتراك الآتي :

- (1) المشاركة في كل فعاليات المؤتمر العلمية والثقافية .
- (2) الحصول على المطبوعات المقدمة في الجلسات .
- (3) الحصول على مجلد أعمال المؤتمر .
- (4) 10 مستلات من البحث المقدم للمشاركين ببحوث .

(تسدد رسوم الاشتراك المبكر في المؤتمر والحجز في كافة أنشطته المدفوعة حتى منتصف يونيو 2010 ، ويضاف 15 % لقيمة الاشتراكات المبينة للسداد بعد هذا التاريخ وحتى 15 أكتوبر 2010 ، ولا تقبل اشتراكات بعد ذلك وحتى موعد انعقاد المؤتمر ، كما تسدد كافة الرسوم والاشتراكات في الفعاليات الاجتماعية المختلفة إما بشيك مصرفي باسم " رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية " ، أو بإيداع بحساب الرابطة رقم 50334 . بمكتب بريد العباسية ، أو نقدا بمقر الرابطة مقابل إيصال رسمي .)

تتضمن الأعمال التي ستقدم في المؤتمر الإنتاج البحثي التخصصي في مختلف فروع علم النفس التي تدخل في إطار محاور المؤتمر وفقا لما يلي :

((تعرف على الرابطة وأنشطتها من خلال موقعها على شبكة الانترنت))

((www.eparanm.org))

دعوة للمشاركة في أعمال المؤتمر الإقليمي الثاني وفعالياته موجهة للباحثين في علم النفس في مصر والبلاد العربية . وتمتد الدعوة إلى الدول الأوروبية والأمريكية المهمة بتقديم علم النفس وتفعيل دوره الاجتماعي والحضاري .

محاور المؤتمر

خطط للمؤتمر الإقليمي الثاني ليكون مؤتمرا جامعا وشاملا لمحاور متعددة تتيح الفرصة لعرض ومناقشة الإنتاج العلمي الجاد في مجالات علم النفس المختلفة منذ عقد المؤتمر الإقليمي الأول وحتى تاريخ انعقاد المؤتمر الإقليمي الثاني ، بصورة تعكس تعدد الاهتمامات البحثية والتخصصية في المنطقة ، ويتضمن المؤتمر المحاور الآتية

- (1) الطفولة والأسرة .
- (2) قضايا المرأة .
- (3) الإدمان .
- (4) العنف والسلوك الإجرامي .
- (5) التشخيص والعلاج والإرشاد النفسي .
- (6) العلاج السيكايتري والفارماكولوجي .
- (7) علم النفس والعمل .
- (8) الذكاء والموهبة والإبداع .
- (9) سيكولوجية الأزمات وإدارة الصراعات .
- (10) الاهتمامات البحثية عبر الحضارية .
- (11) قضايا المنهج .
- (12) المشكلات النفسية المجتمعية .

والدعوة موجهة للباحثين للمشاركة في المؤتمر في إطار أى من المحاور الموضحة .

موعد ومكان المؤتمر

يعقد المؤتمر خلال النصف الثاني من شهر نوفمبر 2010 ولمدة ثلاثة أيام (أحد / اثنين / ثلاثاء) بمدينة القاهرة - مصر ، وتتضمن المطوية (البرشور) التي تصدر في وقت لاحق تحديد موعد المؤتمر ومكان انعقاده .

الدعوة لتقديم بحث

الباحثون في التخصصات المختلفة من أصحاب الاهتمامات التي تتضمنها محاور المؤتمر مدعوون لتقديم بحوثهم التي يرغبون في المشاركة بها ، وفقا للقواعد الآتية .

- 1) يقدم ملخص للبحث (في 200 كلمة) قبل آخر أكتوبر 2009 .
- 2) بعد إخطار الباحث بقبول موضوع البحث يقدم البحث كاملا من نسختين مصحوبا بديسك كمبيوتر أو CD مكتوبا بنظام word بنط 14 بنظام Simplified Arabic على ورق بحجم الكوارتر بعدد 5000 كلمة (5000 كلمة = 20 صفحة × 250 كلمة) قبل آخر مارس 2010 ولا تقبل أية بحوث بعد هذا التاريخ .
- 3) تتبع قواعد النشر والكتابة العلمية الخاصة برابطة الأخصائيين النفسيين المصرية المعمول بها في دراسات نفسية ودراسات عربية (يمكن طلب نسخة منها بالبريد الإلكتروني من أمانة المؤتمر ranmregconf@gmail.com)
- 4) في حالة زيادة حجم البحث عن 20 صفحة بالمواصفات السابقة يحصل ما قيمته (10 دولارات ، أو 12 جنيهات) عن كل صفحة وبما لا يزيد في أى الأحوال عن 10 صفحات إضافية .

- 5) تتضمن صفحات البحث ملخصين أحدهما بالعربية والآخر بالإنجليزية، وقائمة المراجع، وأية ملاحق أو حواشى .
- 6) يقدم البحث مراجعا ومصححا لغويا على مسؤولية الباحث .
- 7) يخطر الباحث بنتيجة تحكيم بحثه (قبوله أو طلب تعديلات أو تصويبات) قبل نهاية مايو 2010 .
- 8) آخر موعد لوصول البحوث بعد إجراء التعديلات التي يطلبها المحكمون آخر يوليو 2010 .
- 9) تناقش البحوث المقدمة والمقبولة بعد أن تحدد الجلسة التي سيقدم فيها البحث بحضور صاحبه أو أحد المشاركين فيه للعرض والمناقشة، ويستبعد البحث من العرض والمناقشة بالمؤتمر فى حالة غياب صاحبه.
- 10) فى حالة تقديم بحوث مشتركة تكون رسوم المشاركة ببحث فى المؤتمر خاصة بالباحث الرئيسى ، ويحصل من أى من الباحثين المشاركين الراغبين فى حضور المؤتمر رسم اشتراك بدون بحث .

الدعوة لتقديم ورش عمل

الدعوة موجهة للراغبين من الأساتذة والخبراء لتقديم ورش عمل خلال فترة انعقاد المؤتمر فى أى من محاوره المختلفة وفقا للنظام الآتى :

- 1) يقدم موضوع ورشة العمل قبل آخر يناير 2009
- 2) بعد اعتماده من اللجنة المتخصصة بالرابطة تقدم مادة الورشة (المطبوعات) وأية عروض ستقدم بال POWER POINT أو الشفافيات TRANSPERINTS أو الشرائح SLIDES خلال الورشة قبل آخر مارس 2010 .
- 3) تقدم كل ورشة على امتداد 10 ساعة كحد أقصى خلال أيام المؤتمر أو قبله مباشرة وفق النظام والجدول الخاص بالورش وأماكنها .
- 4) يعلن عن ورش العمل التي ستقدم خلال المؤتمر (فى ضوء عدد المشاركين فيها قبل موعد المؤتمر بوقت كاف) .

الاشتراك فى ورش العمل

الاشتراك فى ورش العمل متاح للمشاركين فى المؤتمر وفقا للقواعد الآتية :

- 1) تعلن قائمة الورش المقدمة قبل 15 مايو 2010 ويمكن الاستعلام عنها بواسطة البريد الإلكتروني للمؤتمر .
 - 2) يمكن الاشتراك فى ورشة أو أكثر لا يتعارض وقتها معا .
 - 3) تسدد رسوم الاشتراك قبل آخر أغسطس برسوم التسجيل المبكر .
 - 4) تضاف قيمة 20% لرسوم التسجيل بعد هذا التاريخ وقبل موعد عقد الورشة بـ 15 يوما .
 - 5) يحصل المشترك على شهادة معتمدة بحضوره ومشاركته فى الورشة .
- { ويتضمن البرشور القادم رسوم الاشتراك فى ورش العمل المختلفة }

الندوات والمحاضرات العامة

- 1) تعقد خلال المؤتمر ندوات عامة لمناقشة قضايا مختلفة فى إطار محاور المؤتمر والممارسات المهنية والمتغيرات الاجتماعية ذات الصلة ، ويشترك فى كل ندوة عدد من المتحدثين من الأساتذة والخبراء .
- 2) تقدم يوميا خلال فترة عقد المؤتمر محاضرات عامة فى موضوعات مختلفة يتضمنها البرنامج النهائى للمؤتمر ، يقدمها عدد من أعلام التخصص من المصريين ومن الضيوف الاجانب .

الفعاليات الاجتماعية والترفيهية

تتضمن أنشطة المؤتمر عددا من الفعاليات الاجتماعية والترفيهية للمشاركين كالاتى :

- 1) غداء Lunch للأعضاء المشاركين فى المؤتمر فى اليوم الأول .
- 2) واجبات الضيافة ومشروبات خفيفة خلال اليومين التاليين .
- 3) برنامج مزارات سياحية لمعالم لمدينة القاهرة تشمل : أ. هرام الجيزة — قلعة ومسجد محمد على — المتحف المصرى (برسوم مخفضة) .
ب. أرحلة نيلية — ومعالم القاهرة القديمة — وبرج القاهرة (برسوم مخفضة) .
- 4) حفلة موسيقية فى دار الأوبرا المصرية أو فى أحد المسارح الكبرى (برسوم مخفضة) .
- 5) عشاء احتفالى بانتهاء أعمال المؤتمر للأعضاء المشتركين فى يومه الأخير خلال رحلة نيلية بمركب سياحى خمس نجوم مع برنامج ترفيهى وغنائى (بدون رسوم) .
- 6) الاستفادة من الأسعار المخفضة لمعرض الكتاب النفسى الذى يشارك فيه عدد من الناشرين المصريين والعرب خلال المؤتمر .

خدمات إضافية للمشاركين من خارج مصر

الزملاء المشاركون من خارج مصر يرتب لهم المؤتمر المزايا الإضافية الآتية :

- 1) الحصول على تخفيض على تذاكر السفر بالطائرات على مصر للطيران .
- 2) ترتيبات الإقامة بأسعار مخفضة فى الفنادق فى احد الفئات الثلاثة الآتية :
أ. فنادق خمس نجوم (الاختيار بين فندقين) .
ب. فنادق أربع نجوم (الاختيار بين ثلاثة فنادق) .

اللجنة المحركة للمؤتمر

تشكل اللجنة المحركة للمؤتمر من أساتذة علم النفس والطب النفسي بالجامعات المصرية أعضاء الرابطة الآتية أسمائهم حسب الترتيب الهجائي :

- (1) أ. د. أحمد أبو العزائم استشاري الطب النفسي ومدير مستشفى جمال ماضى أبو العزائم
- (2) أ. د. أسماء عبد المنعم أستاذ علم النفس — كلية البنات جامعة عين شمس
- (3) أ. د. السيد زيدان أستاذ علم النفس ، بكلية التربية النوعية جامعة عين شمس
- (4) أ. د. أحمد خيرى حافظ أستاذ علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس
- (5) أ. د. رزق سند أستاذ علم النفس آداب عين شمس
- (6) أ. د. شعبان جاب الله أستاذ علم النفس آداب القاهرة
- (7) أ. د. صفوت فرج أستاذ علم النفس آداب القاهرة
- (8) أ. د. صفاء الأعسر أستاذ علم النفس — كلية البنات جامعة عين شمس
- (9) أ. د. عبد اللطيف خليفة أستاذ علم النفس ومدير مركز البحوث النفسية جامعة القاهرة
- (10) أ. د. عبد الستار إبراهيم أستاذ علم النفس
- (11) أ. د. عبد الله محمود سليمان أستاذ علم النفس
- (12) أ. د. عزيزة السيد أستاذ علم النفس — كلية البنات جامعة عين شمس
- (13) أ. د. فاروق جبريل أستاذ علم النفس وعميد آداب المنصورة
- (14) أ. د. فادية علوان أستاذ علم النفس آداب القاهرة
- (15) أ. د. فرج عبد القادر طه أستاذ علم النفس آداب عين شمس
- (16) أ. د. فيصل يونس أستاذ علم النفس آداب القاهرة
- (17) أ. د. فتحى الشرفاوى أستاذ علم النفس كلية الآداب ، جامعة عين شمس
- (18) أ. د. قدرى حفنى أستاذ علم النفس — معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس
- (19) أ. د. مایسة النیال أستاذ علم النفس آداب الإسكندرية
- (20) أ. د. محمد نبیل عبد الحمید أستاذ علم النفس آداب المنصورة
- (21) أ. د. محمد سيد خليل أستاذ علم النفس — آداب عين شمس
- (22) أ. د. محمود أبو النيل أستاذ علم النفس آداب عين شمس
- (23) أ. د. محمود حسين نصر نائب رئيس مجلس ادارة الرابطة
- (24) أ. د. مصطفى تركى أستاذ علم النفس — معهد البحوث التربوية — جامعة القاهرة
- (25) أ. د. معتز سيد عبد الله أستاذ علم النفس آداب القاهرة
- (26) أ. د. ممدوحة سلامة أستاذ علم النفس آداب حلوان
- (27) أ. د. ناصر لوزة أمين عام الصحة النفسية

ج. فنادق ثلاث نجوم (الاختيار بين فندقين) .

(3) سيارات مؤجرة بنظام الإيجار ليوم كامل بسائقها بأسعار مخفضة .

(4) مصاحبين للتسوق أو للسياحة للمرافقين للمشاركة (من أفراد الأسرة أو الأطفال) خلال المؤتمر .

وتتاح التيسيرات الفندقية لطالبيها من المشاركين المبكرين بحد أقصى آخر يونيو 2010 نتيجة لانعقاد المؤتمر فى ذروة الموسم السياحى .

خدمات تقدم خلال فترة انعقاد المؤتمر

تقدم خلال فترة انعقاد المؤتمر مجموعة من الخدمات الأخرى المجانية أو مقابل رسوم زهيدة ، منها الآتى :

(1) شهادة موقعة ومعتمدة من المؤتمر بالحضور ونوع المشاركة ، مسجلا بها عنوان البحث المقدم لمقدمى البحوث (بدون رسوم) .

(2) الحصول على نسخ مفردة من بعض البحوث المقدمة فى المؤتمر (بحد أقصى ثلاث بحوث برسوم مخفضة) .

(3) وضع نصوص بحثية أو ملخصات بحوث خارج برنامج المؤتمر على لوحة [بحوث خارج المؤتمر] التى تصدر قاعة استقبال المؤتمر خلال فترة انعقاده، للإعلام ببحوث جديدة أو مشروعات بحثية أو برامج مختلفة أو مواد إعلامية غير مدرجة فى برنامج المؤتمر . (برسوم مخفضة) .

(4) اشتراكات مخفضة فى الدوريات التى تصدرها الرابطة (" دراسات نفسية " ، " دراسات عربية فى علم النفس ") ، وفى قواعد المعلومات الالكترونية (قاعدة " قمر " للبحوث النفسية ، و " القاعدة العربية للمقاييس النفسية والفهرس النفسى التربوى ") .

(5) إمكانية الحصول على تسجيل مصور (شريط فيديو) أو CD أو سمعى (شريط كاسيت) لجلسات المؤتمر برسوم (يطلب قبل الجلسة) .

(6) صور فوتوغرافية مختلفة للمشاركين خلال أنشطتهم فى المؤتمر (فوتوغرافية أو ديجيتال) .

(7) إمكانية الدخول على شبكة الانترنت والاطلاع على البريد الإلكتروني الشخصى خلال أيام المؤتمر فى مركز اتصالات المؤتمر .

(8) توفر العلاقات العامة للمؤتمر ترتيبات الاتصال بأشخاص أو هيئات مختلفة داخل مصر لتليفونيا أو تحديد مواعيد لمقابلات لمن يطلبها .

الاتصالات والاستعلامات

يمكن الاتصال بإدارة المؤتمر لمزيد من الاستعلامات والتفاصيل من خلال أى من الوسائل الآتية :

(1) البريد : رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، رقم (5) امتداد رمسيس ، أبراج الملتقى ، برج (د) العباسية القاهرة — مصر .

(2) البريد الإلكتروني : بريد المؤتمر : ranmregconf@gmail.com .

(3) تليفونيا : 24044755 (00202) / 24044788 (00202) .

(4) فاكس : 24044825 (00202) للفاكس (داخلى 105) .

SECOND REGIONAL CONFERENCE OF THE " EPA "

THE EGYPTIAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION RANM



From November 29th to December 1st 2010 - Cairo, EGYPT

www.e paranm.org ranm@gmail.org - ranmregconf@gmail.com

The Egyptian Psychological Association (EPA) announcing its 2nd Regional Conference on Psychology in Cairo, Egypt starting on Monday, 29th November to Wednesday, 1st December 2010. (Please visit the EPA website: www.e paranm.org)

Invitation to participate in the conference is extended to all Psychologists all over the world who are interested in the advancement of psychology and the stimulation of its social and cultural role.

Areas discussed:

❖ The Regional Conference of the EPA has been organized to include various areas of discussion to provide the opportunity to present and discuss the scientific outcome in the domain of psychology, in a way that reflects the significance of research and specialty in the region.

❖ The Following areas will be addressed in the conference:

- Childhood.
- Woman and Family.
- Addiction.
- Violence and Criminal Behavior.
- Psychiatric and pharmacological Intervention.
- Psychological community - Issues
- Psychology and Work.
- Intelligence, Giftedness, and Creativity.
- Psychology of Stressors and Conflicts.
- Cross-cultural research or Research interest across cultures.
- Methodological Issues.
- Community_ Issues.

Invitation is open to researchers in each of the previous domains.

Activities:

- ❖ The conference will include several activities:
- 1- Sessions for presenting and discussing researches that are previously accepted by the judge committee of the conference.
 - 2- Training workshops related to the subjects and skills addressed in the conference. Additional fees will be required for the workshops.
 - 3- Round tables and seminars discussing general issues.
 - 4- General lectures presented by Egyptian and foreign specialists

5- Exhibitions.

6- Tours and Field visits.

Fees for participation:

❖ There are 2 categories for participation in the conference:

- 1- Participation with a research paper for submission to the conference in one of the sessions.
 - US \$350 for non-Egyptian participants
 - 350 E. L. for Egyptian participants
- 2- Participation without research paper:
 - US \$ 200 for non-Egyptian participants
 - L. E. 250 Egyptian L.E. for Egyptian participants (10 % discount For Ranm members)

❖ Participation fee covers the following:

- 1- Participation in all conference's scientific and cultural events.
- 2- Participation in social and entertainment activities.
- 3- Access to printing materials presented in the sessions.
- 4- Receiving the conference proceedings volume.
- 5- Receiving 10 copies of the research paper submitted by participants.

Note that: Registration fees for the conference and all activities have to be paid prior to June 15, 2010; 15% will be added to the fees registration made after that date and until October, 15 , 2010. Payment is either via money orders or checks paid to: The Egyptian Psychologists Association, or via transfer to acct.# 50334 P.O in Abbasaya, or National bank of Egypt Ramsis branch acct.# 11/11186 or cash by receipt at the EPA office headquarter.

Papers invitations:

Papers from all areas of Psychology and related disciplines (e.g., psychiatry), are welcomed. Accepted reviewed papers will be published in a Special Volume of the Conference Proceedings. Those who think that they can contribute, please send an abstract of about 500 words, via email only to ranmregconf@gmail.com, before the end of January, 2010. All full paper submissions will be peer reviewed and evaluated before the conference, based on originality, technical and/or research content/depth, correctness, relevance to conference, contributions, and methodological considerations. Full accepted papers will be published in the "**SECOND REGIONAL CONFERENCE OF PSYCHOLOGY PROCEEDINGS, 2010**". Prospective authors are kindly invited to submit full text papers including results, tables, figures and references.

In case of participation without presenting a paper, i.e. chair a session, evaluate papers to be included in the conference proceedings or books, contribute to the editing, or any other offer to help, please contact the conference secretary : ranmregconf@gmail.com

Invitation for submitting papers:

❖ Researchers from different psychological domains are welcomed to submit their own research papers to be presented during the conference, complying to the following:

- 1- Summary of research should be submitted before the end of October, 2009.
 - 2- After accepting the submitted abstract, two hard copies (font 14, Simplified Arabic, A4, 5000 words, 20 pages X 250 words), as well as a soft copy on a CD of the research should be submitted before the end of March, 2010.
- For English papers, the same criteria should be followed.
- 3- Editing measures should follow the same rules of "Derasat Nafsayah" (the APA editing rules) request for editing rules should be made to (ranmregconf@gmail.com).
 - 4- If the length of the research happened to be more than the assigned pages (20 pages), the participant is required to pay additional fees (\$10, or L.E.12) for each additional page. Additional pages should not exceed 10 pages.
 - 5- The 20 pages should include 2 abstracts, one in Arabic and the other in English, reference page, and appendices.
 - 6- Submitted research papers will be discussed after judging it and the researcher will be informed of the acceptance before the end of May, 2010. The accepted research papers will be scheduled for discussion in the conference sessions, the first, or one of the co-authors, will be responsible for one of presenting and discussing it.
 - 7- Final copy of the research paper should be received by the end of July, 2010
 - 8- Fees for submitting the research paper will be required from the main researcher. Other authors participating in the research, who would like to attend the conference, will be required to pay fees without submitting a research.
 - 9- The research should be linguistically revised by a specialist before submitting it.

Invitation for submitting workshops:

❖ Invitation is open to professors who are willing to present a workshop during the conference in different domains, according to the following criteria:

- 1- Workshop topic must be submitted before the end of January, 2010.
- 2- After accepting the topic, printed materials, PowerPoint presentation, transparencies, or slides must be submitted before the end of March, 2010.
- 3- Workshops will be presented for a total time of 10 hours throughout the period of the conference, which will be scheduled previously.
- 4- Workshops that will be presented will be announced prior to the conference.

Participation in workshops:

❖ Participation in workshops is available to participants of the conference according to the following:

- 1- The list of workshops presented will be announced before May 15, 2010. Any information will be available through the email address of the conference.
- 2- Participation in more than one workshop, presented in different times, is possible.
- 3- Fees must be submitted before the end of September 2010.
- 4- 20% of the registration fees will be added, after that date until 48 hours before the conference.
- 5- Participants will receive all materials for the workshop.
- 6- Participants will receive a certificate that certifies their attendance to the workshop.
- 7- Each workshop will be presented within 10 hours during the conference till the second last day.

General lectures and sessions:

- ❖ General Sessions will be conducted for discussions of different conference topics, related working practices and social variables. Several speakers will participate in each session.
- ❖ General lectures will be presented daily in different topics, which will be included in the final program of the conference. Lectures will be presented by prominent Egyptian and foreign participants in the field.

Social and entertainment activities:

- ❖ Conference activities include social and entertainment activities for participants, such as:
- 1- One Coffee brake during each session.
 - 2- Lunch for participants in the first day of the conference.
 - 3- Site seeing visits in Cairo, which includes the Pyramids, the Citadel and Mosque of Mohamed Aly, and the Egyptian Museum.
 - 4- Musical concert in the Opera house or a theatre, (special rates to participants).
 - 5- Nile cruise dinner in a tourist boat with a musical and entertaining program in the last day of the conference (special rate for participants).
 - 6- Discounts at the psychology book exhibition presented in the conference, in which a number of Egyptian and Arab publishers are participating.

Advantages for participants from other countries:

- ❖ The conference will arrange the following additional advantages for participants from other countries:
- 1- Discounts for plane tickets to Egypt on the national airline.
 - 2- Lowered prices in accommodation in one of the following hotel categories:
 - Five stars hotel (choice between 2 hotels)
 - Four stars hotel (choice between 3 hotels)
 - Three stars hotel (choice between 2 hotels)
 - 3- Low prices for renting a car with driver.

4- Accompanying persons for people accompanied by participants (family members or children) during the conference.

❖ Reservations for accommodation must be before the end of June, due to conducting the conference in the high season of tourism.

Services offered during the conference:

There are other services provided during the conference (free of charge or with low prices):

1- Certificate for participating in the conference indicating the kind of participation, with the title of the research paper for researchers who submitted ones

2- Receiving a maximum of three copies of a submitted research.

3- Exposure of research text, or abstracts (out of Program) on whiteboard

4- Discounts on memberships on journals published by the association or the electronic database

5- The availability of receiving a video, a CD or a recorded cassette of conference sessions (to be requested prior to the session).

6- Photos of participants during their activities during the conference.

7- Access to internet and personal email during the days of the conference in the communication center for the conference.

8- Public Relations of the conference will manage to arrange appointments with different individuals or agencies in Egypt, if requested by participants

Date and place of the conference:

❖ The conference will be held for 3 days (Sunday/ Monday/ Tuesday), on the second half of November, 2007, in Cairo, Egypt.

❖ A brochure will be released later with the full information including date and place of the conference.

Steering Committee

(In Alphabetical)

- 1) Ahmed AbulAzayem, MD, Professor of Psychiatry, General manger of AbulAzayem Mental Hospital.
- 2) Ahmed Khiree Hafez, PhD, Professor of Psychology, Ain Shams University.
- 3) Asmaa Abdul Monaim, PhD, Professor of Psychology, Girls College, Ain Shams University.
- 4) Abdel Satar Ibrahim, PhD, Professor of Psychology
- 5) Abdalla Soliman, PhD, Professor of Psychology.
- 6) Aziza El Saied, PhD, Professor of Psychology, Ain Shams University.
- 7) Badria Kaal, PhD, Professor and Chairman, Dept.of Psychology, Mansora University.
- 8) Hassan Issa, PhD, Professor of Psychology, Cairo University.
- 9) Sayed Zedan, PhD, Professor of Psychology, Ain Shams University.
- 10) Shaaban Gaballa, PhD, Professor of Psychology, Cairo University.

11) Safwat Farag, PhD, Professor of Psychology, Cairo University.

12) Safaa El Asar, PhD, Professor of Psychology, Ain Shams University.

13) Taha Al Mestikawi, PhD, Chairman, Dept.of Psychol., and vice dean, Assiout University.

14) Abdel Latif Khalifa, PhD Professor of Psychology, Cairo University.

15) Farouk Gabrial, PhD, Prof of Psychology., Dean faculty of Arts, Mansora University.

16) Fadia Elwan, PhD, Professor and Chairman Dept.of Psychol., Cairo University.

17) Farag Taha, PhD, Professor of Psychology, Former Chairman, Dept. of Psychol., Ain Shams University.

18) Faysel Younis, PhD, Professor of Psychology, Vice Dean, Faculty of Arts, Cairo University.

19) Fathi Al Sharkawi, PhD, Professor of Psychology, Vice Dean Faculty Arts, Ain Sham University.

20) Kadry Hafni, PhD, Professor of Psychology, Former Dean of the Institute of higher studies in Childhood, Ain Shams University.

21) Maysa Al Nayal, PhD, Professor and Chairman, Dept. of Psychology, Alexandria University.

22) Nabil Abdel Hamid, PhD, Professor of Psychology, Mansora University.

23) Mohamed Sayed Khalil, PhD, Professor of Psychology, and Vice Dean, Faculty of Arts, Ain Shams University.

24) Mahmoud Abo Alnil, PhD, Professor, Former Chairman, Dept.of Psychology, Ain Shams University.

25) Hussein M. Nasr, B A, Vice Chairman, Egyptian Psychological Association (RANM).

26) Masri Hannoura, PhD, Professor of Psychology, Former Dean, Faculty of Arts, Minia University.

27) Mustafa Turkey, PhD, Professor of Psychology, former Chairman Dept. Psychol, Kuwait University.

28) Moataz Abdulla, PhD, Professor of Psychology, Cairo University.

29) Mamdoha Salama, PhD, Professor of Psychology, Chairman, Dept. Psychol., Helwan University.

30) Naser Loza, MD, Professor of Psychiatry, General Secretary of Mental Health, Ministry of Health.

For further information, contact us:

❖ Contact with conference organizers is available through the following:

1- The Egyptian Psychologists' Association, Abbasaya Sq., Al Moltaqa Towers, Cairo, Egypt

2- Email:

- The association's email : ranm@gmail.com
- Conference's email: ranmregconf@gmail.com

3- Telephone:

- (00202)- 224044755
- (00202)- 224044788

4- Fax:

- (00202)-224044825

TRAINING PROGRAM IN RESEARCH METHODS FOR GUIDING POLICY AND EVALUATION WITH SPECIAL APPLICATION TO POPULATION AND HEALTH



THE AMERICAN
UNIVERSITY IN CAIRO

APPLICATION FORM

www.arabpsynet.com/Congress/CongJ24TrainingProgAnnexAUC.doc

Sponsored by the Wellcome Trust with support from the Hewlett Foundation

May 2– July 22, 2010

www.aucegypt.edu/src/rm.html - rm@aucegypt.edu

SOCIAL RESEARCH CENTER

AMERICAN UNIVERSITY IN CAIRO

The Social Research Center (SRC) of the American University in Cairo (AUC) was established in 1953 to conduct and encourage multi-disciplinary research and training in the social sciences and social policy in Egypt and in the Middle East. It strives to inform policy formulation and implementation while contributing to knowledge. The Center aims to contribute to developing skills and building institutional capabilities in the region, as well as to advance public debate about important social issues.

For five decades, the Center has carried out a broad range of research. Earlier studies included the resettlement of people, the historical and ecological development of Cairo and evaluation of family planning programs. Recent research activities include studies of population and fertility, poverty, political participation of women, the effects of economic liberalization, urbanization, social epidemiology, maternal and child health and the environment.

SRC activities emphasize two directions. The first is a policy support direction, where the research produced by SRC is influencing policies and SRC is a resource center linking research with action. The second is a regional orientation producing quality comparative research, providing multidisciplinary population/health training and building close regional ties.

The policy support direction involves building close ties with civil society in Egypt, linking closely with the National Council for Women, collaborating with ministries and developing service sites on the web.

The regional orientation is captured by close ties with institutions and scholars in the region. These include the Palestinian Central Bureau of Statistics and the School of Health Sciences of the American University of Beirut.

Another important regional activity is the service of SRC as a resource center. Example of such a service includes the collaboration with UNICEF Gulf Office, as well as the conduct of two regional training workshops on Reproductive Health and Research Methods for Guiding Policy and Evaluation.

PROGRAM CONTENT:

The training program consists of four modules:

Module I: Development Challenges in Arab Countries and Introduction to Social Research

This module aims to provide fundamental knowledge and understanding of the nature of the population and health

concerns in Arab countries. It is designed to orient trainees with the research planning process including ethical considerations, as well as developing a research proposal.

Module II: Quantitative Research

This module covers techniques of quantitative research, interpretation and reporting of research findings. It reviews quantitative data collection and analysis as used in the fields of epidemiology, biostatistics, demography, health and social planning. It also includes consideration of the strengths and limitations of the quantitative approach. Special emphasis is placed on computer-assisted applications. It also introduces secondary analysis and writing of a scientific article.

Module III: Qualitative Research

This module seeks to familiarize participants with the basics of qualitative research. The module is designed for the non-specialist adding to quantitative research a complementary and enriching perspective. It also introduces participants to basic concepts and skills in qualitative data collection and analysis focusing on research experiences in the Arab world.

Module IV: Evaluation and Policy Recommendations

This module aims to introduce participants to the policy process and the link between policymaking and evaluation. It is planned to enhance the knowledge, skills and capabilities of participants in evaluation. The module is also concerned with reporting research results and their translation into relevant policy recommendations.

PARTICIPANTS

The course is designed to address a wide audience of practitioners and researchers who are engaged in and/or utilize research for guiding policy. It is also suitable to those with programmatic interests in the development field in the Arab countries, with emphasis on population and health issues.

PROGRAM STRUCTURE

The training program consists of four complementary modules, which are seen as an integrated package that extends from basic elements and skills in the research process up to the ultimate objective of drawing policy implications and presenting them in a format appropriate to the needs of senior policy makers.

Each module provides basic tools and concepts that cut across many policy areas and social science fields, as well as specialized knowledge on population and health issues in the Arab region. In this program, health equity is incorporated into every module rather than being handled as a separate topic.

The program also contains actual applications on topical concerns identified by the trainees. These applications include development of research proposal, design of questionnaire, data entry, data analysis and scientific writing.

AIM

The program offers multidisciplinary training in social science research methods with substantive focus on their application in the field of population and health. The purpose of the course is to acquaint participants with principles of research methods and the use of computer in all stages of research.

The program develops the skills needed for data collection and analysis with an emphasis on orienting research towards producing policy guidelines. The technical skills acquired are illustrated in the field of population and health. Participants are also required to apply the tools and concepts they learn in their special field of interest.

DISTINCT FEATURES

- The integration of skills and tools from different disciplines in social science.
- The use of innovative teaching techniques such as active and cooperative learning, as well as self teaching computer modules.
- The emphasis on development concerns in the Arab region and the utilization of research for guiding policy.

The integration of a health equity lens in the course particularly in terms of the implications for health policies.

LOCATION

The course will be held at the Social Research Center of the American University in Cairo.

COST

Tuition: EGP 18,000 (or equivalent in US \$)

(Tuition does not cover living expenses and travel).

FINANCIAL ASSISTANCE:

Applicants needing financial help to cover tuition and/or living expenses are advised to approach donors, international agencies and regional agencies. Limited full and partial scholarships are offered on competitive basis and are funded by Wellcome Trust and Hewlett Foundation.

HOW TO APPLY:

Detailed information on the course and application form are available at SRC website: www.aucegypt.edu/src/rm.html

Applicants should complete the application form online or return it by email, fax or mail to:

Research Methods Training Coordinator

Social Research Center,

The American University in Cairo,

P.O. Box 74, Cairo 11835, Egypt.

Tel: (+20-2) 2615.1315 - 26151441

Fax: (202) 27974926

E-mail: rm@aucegypt.edu

Arabpsynet

www.arabpsynet.com

Subscribe To APN

<http://www.arabpsynet.com/InfoSubs.pdf>

Subscribe Form

<http://www.arabpsynet.com/subscription/subscribe.htm>

APN eJournal

Index: www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

APN eBooks

Index:

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/index.eBooks.htm>

APN eDictionary

English:

www.arabpsynet.com/eDictBooks/IndexDictBook-Eng.HTM

Arabic :

www.arabpsynet.com/eDictBooks/IndexDictBook-Ar.HTM

French:

www.arabpsynet.com/eDictBooks/IndexDictBook-Fr.HTM

Search To APN Database

Search Papers

<http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp>

Papers Form

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Search Books

<http://www.arabpsynet.com/book/default.asp>

Books Form

www.arabpsynet.com/book/booForm.htm

Search Thesis

<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Thesis Form

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Search Arab Psychiatrist

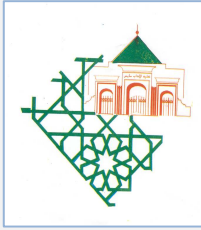
<http://www.arabpsynet.com/CV/default.asp>

Search Arab Psychologist

<http://www.arabpsynet.com/CV/defaultPsychologists.asp>

CV Form

www.arabpsynet.com/cv/CV.HTM



المعهد الربيعي الدولي الثاني

العمل الاجتماعي في مواجهة اختبار التعاون المغلق والتعاون المفتوح: رهانات نظرية وتصورات ميدانية

تنظيم: المملكة المغربية كلية الآداب والعلوم الإنسانية فاس سايس - جامعة سيدي محمد بن أبيلا فاس ، المغرب
بالتعاون: كلية العمل الاجتماعي في جامعة مونكتون (كندا)

فاس 10 - 16 مايو 2010

hichamcogn_99@yahoo.fr

و في ميدان العمل الاجتماعي، يتمظهر فعل التعاون بوضوح بوصفه نشاطا تشاركيا عندما يواجه الفاعل الاجتماعي وضعيات صعبة تتجاوز إمكانياته الذاتية. الشيء الذي يؤدي به إلى إحساس بالعجز والقهر والضعف والعزلة. ومن هنا فهو يبدأ بالنظر إلى كفاءاته بكونها كفاءات غير مجدية... وللخروج من هاته الوضعية القهرية ينخرط هذا الأخير مع فاعلين اجتماعيين آخرين في نوع من التعاون المفتوح ضمن شبكات تحكمها علاقات تآزرية وتبادلية للكفاءات والمعارف، والتي تمكنه من تقليص إحساسه بالعزلة والعجز وتساهم في تنمية كفاءاته الميدانية لمعالجة الوضعيات السابقة الذكر.

2- التعاون المغلق والتعاون المفتوح واتخاذ القرار:

إن مصادرة كون الإنسان ذات أنانية ومتمركز حول ذاتها لهي مصادرة عرضة للنقد والمراجعة. فهو وإن بدا لنا في الكثير من الأحيان يهتم بمصلحته الشخصية فإننا نجده ميلا بشكل دائم للانخراط في أنشطة تعاونية مع محيطه. وتأخذ هاته الأنشطة التعاونية شكلين رئيسيين: الأول تعاون مغلق حيث يلتزم فيه الفرد بالتعاون مع جماعة الانتماء فقط التي تجمعها بها إما علاقة إثنية أو دينية أو سياسية أو عائلية، والثاني تعاون مفتوح يتميز بالجرأة وتجاوز الحدود السابقة الذكر والانفتاح على الآخر البعيد ثقافيا وإثنيا ودينيا...

والسؤال المطروح في هذا الصدد: كيف يفضل الإنسان شكلا من أشكال التعاون دون غيره؟ هل مرد اختياراته هاته لاستراتيجيات واعية وإرادية أم لأمر لا يخرج عن كونه اختيارا انفعاليا عاطفيا وإراديا؟ وكيف يؤثر محيط الشخص في انتصاره لنمط من أنماط التعاون دون آخر واتخاذ قرارات معينة كقبول الآخر الغريب أو رفضه؟ وما أوجه العلاقة بين الهوية الذاتية والهوية الجماعية وميول الشخص لشكل معين من التعاون واتخاذ نمط معين من القرارات؟

لا خلاف في كون الشرط الأساسي للعمل الاجتماعي التزام الفاعل الاجتماعي بنوع من التعاون المفتوح الذي يتأسس على استيعابه الجيد لمختلف مكونات المجتمع الصغير (جماعات إثنية، دينية، شعوب أصلية، نساء، أطفال، شيوخ، معاقين...). ومن هنا على الفاعل الاجتماعي قبل أن يقرر المرور إلى الفعل أن يتعرف من الداخل على مكونات المجتمع تلك، وذلك بأن يتعلم كيف يقرأ حالاتها الذهنية والعاطفية والروحية، وأن يحاول الكشف عن انتظاراتها وأمنياتها وأن يشخص الأسباب الرئيسية التي أدت إلى المشاكل التي تعاني منها. بعبارة أوضح الفاعل الاجتماعي مطالب بالاستثمار الجيد لكفاءة معرفية اجتماعية تدعى: كفاءة الإمساك بمنظور الآخرين... بمعنى قدرته على فهم وجهات نظر الآخر المتلقي والمستهدف.

نبتغي من هاته المدرسة الربيعية الدولية في نسختها الثانية تحقيق هدفين رئيسيين: يتمثل الأول في التقريب بين جملة من الدراسات التي اشتغلت على مفهوم التعاون البيفردي في علاقته بعملية اتخاذ القرار وإدراك وجهة نظر الآخرين.

ويتجلى الثاني في محاولة الكشف عن مدى حضور العلاقة القائمة بين التعاون البيفردي وعلمية اتخاذ القرار وإدراك وجهة نظر الآخرين في القائمة في ميدان العمل الاجتماعي.

1- التعاون، فعل اجتماعي بامتياز

يشكل فعل التعاون والذي يعني إنجاز شيء ما بشكل جماعي لبلوغ هدف مشترك إحدى مقومات الهوية الإنسانية. وإن كان النشاط تعاوني حاضرا لدى بعض الحيوانات، فإن ما يميزه لدى الإنسان كونه غير متحجر ولا نمطي ولا محدود فهو متغير ومتبدل، إذ يشكل مرتكزا أساسيا لنموه وتطوره مستقبلا. فالطفل في أشهره الأولى يتوفر على استعدادات أولية للتعاون الاجتماعي تتمظهر على شكل آلية الاشتراك في فعل الانتباه مع أمه. وتنمو هاته الآلية وتتطور لتأخذ أشكالا أكثر نضجا لفعل التعاون، وذلك من قبيل التعاون المراقب والتدبيري والمخطط له والمتنوع الجزافي. ويتميز هذا الشكل الأخير من التعاون باتساع مداه وارتفاعه وتكلفته، لأنه يتم بين أشخاص لا تجمعهم أية قرابة.

وجدير بالتنكير أن الإنسان قد بلغ هذا النمط من التعاون الواعي والقصدي والمركب لامتلاكه كفاءة اللغة ولكونه ثانيا ذاتا عارفة. الشيء الذي يمكنه من النجاح في تدبير شبكات متنوعة وشاسعة من علاقات التبادل. ومن هنا فمن الخصائص الاجتماعية التي ينفرد بها الإنسان بوصفه ذاتا عارفة، كونه يقدم العون لأفراد نوعه وينتظر بدور تلقى العون من طرفهم. إن علاقة التبادل هاته هي التي أسست لوجودنا الجماعي وتفكيرنا وإحساسنا الجماعيين، وهي التي ساهمت في تشكيل الروابط التي تحكم مختلف الجماعات البشرية.

وفي ذات السياق، إن مرد مجموعة من العمليات الذهنية، التي تشكل إحدى مقومات الفكر الإنساني بوصفه تفكيراً معقناً، إلى مشاركة الناس بعضهم بعض في إنتاج وفهم المعلومات، ومدى توزع تلك المعلومات على فئات عريضة من الناس. ومن بين تلك العمليات الذهنية نذكر: عقلنة الأفراد لعواطفهم وأحاسيسهم والبحث عن التبريرات الملائمة لوضعيات معينة وتقديم تفسيرات لظواهر غير قابلة للتفسير، مثل البحث عن تفسير سببي للتكرار حدوث المصائب، أو الرغبة في محاولة فهم تناقضات تبدو غير قابلة للتذليل. ومن هنا فهاته العمليات الذهنية الجماعية أو بالأحرى المشتركة تمكن الإنسان من الحصول على إجابات لا يستطيع بأي حال من الأحوال بلوغها لوحده.

3- المجالات التي يستغرقها موضوع المدرسة الربيعية الدولية

- التنمية المحلية.
- العمل الاجتماعي.
- التربية الخاصة (الإعاقة)
- الأنثروبولوجيا
- علم الاجتماع
- تنمية الكفاءات التربوية والمهنية
- الميكرو اقتصاد.
- الفاعلون في العمل الجماعي

بناء على ما سبق، نفهم أن الدور المنوط بالفاعل الاجتماعي ليس تقديم حلول سحرية للفئة المستهدفة ولا إسقاط نماذج مشاريع أعدت من قبل ولكن تشجيع تلك الفئة على بناء مشاريعها ذاتية، أي تحفيزها على نوع من التنمية البشرية المبنية على المبادرة الذاتية. ومن هنا فإن نجاعة دور الفاعل الاجتماعي في تعاونه المفتوح عندما يلتزم بدور الوسيط اجتماعي ليس إلا.

لكن صعوبة الوساطة الاجتماعية تتجلى عندما يرفض الآخر التحاور، ويظل حبيس إستراتيجية التعاون المغلق... وهنا على الفاعل الاجتماعي أن يعمل على كسب ثقة الفئة المستهدفة، بأن يحاول فهم مخاوفاتها وهواجسها عبر تنمية كفاءته على إمساك منظور الآخرين... إن الأمر لا يختلف، في هذا الصدد، عن عملية علاجية تازرية جماعية ينخرط فيها الفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

Arabpsynet Psychiatrists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp>

Arabpsynet Psychologists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp>

Arabpsynet Congress



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Fr.htm>

Arabpsynet Links



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Ar.htm>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.htm>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Fr.htm>

LE DEUXIEME Spring INSTITUTE INTERNATIONALE DE FES

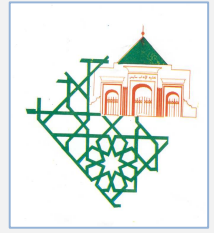
Le travail social à l'épreuve des coopérations ouvertes et des coopérations fermées : enjeux théoriques et perspectives pratiques

ROYAUME DU MAROC -Faculté des lettres et des sciences humaines Fès Sais

Université Sidi Mohammed Ben Abdella Fès- MAROC

En collaboration avec : L'Ecole de travail social de l'Université de Moncton (Canada)

Fès 10 au 16 mai 2010



hichamcogn_99@yahoo.fr

Après la réussite des rencontres annuelles de 2008 et de 2009, la Faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université Sidi Mohamed Ben Abdellah (Maroc) et l'École de travail social de l'Université de Moncton (Canada) sont fières de présenter la troisième édition de l'École d'été internationale de Fès. Cette École réunira différents participants (professeurs, étudiants, praticien et membre de la communauté) afin de réfléchir en grand groupe et en atelier thématique aux enjeux du dialogue entre la théorie et la pratique, thème cher tant à l'anthropologie, à la sociologie qu'au travail social en tant que disciplines universitaires. Sous le thème des coopérations ouvertes et fermées, les participants de cette troisième École d'été pourront échanger à propos de leurs expériences respectives dans différents domaines académiques : enseignement, recherche, stages et travail de terrain.

L'objectif de la troisième édition de l'École d'été organisée par la filière d'assistance sociale de la Faculté des lettres et des sciences humaines Fès Sais et l'École de travail social de Moncton est double : i) aborder les débats théoriques liés à la coopération interindividuelle; ii) présenter des études de cas qui appliquent ces réflexions théoriques au domaine du travail social.

Nous vous invitons donc à participer à nos activités qui auront lieu du 10 au 16 mai 2010, à Fès (Maroc), que ce soit comme participant ou comme présentateur (voir Appel de communication). Dans les deux cas, vous devez absolument vous inscrire à l'aide du formulaire d'inscription (voir Formulaire d'inscription à la troisième École d'été de Fès - 10 au 16 mai 2010) que vous devez nous faire parvenir, accompagné de votre paiement, d'ici le 1^{er} avril 2010.

Principaux thèmes de la troisième École d'été

Thème 1 : La coopération avec les groupes marginalisés

Thème 2: La coopération ouverte, son rôle dans les structures étatiques pour optimiser le processus de prise de décision

Thème 3: Le travail social et l'identité professionnelle

Thème 4: La dispensation et l'évaluation des services

Thème 5: Travail social dans un contexte de pluralité religieuse et culturelle

Thème 6 : Travail social et genre

Descriptif de la troisième École d'été internationale de Fès

La coopération, fait social par excellence

Les humains sont l'unique espèce où l'on peut observer des coopérations fortes, régulières, diverses, risquées¹ étendues et parfois coûteuses² entre individus sans

relations de parenté³. Les formes les plus complexes de la coopération sont rendues possibles par les aptitudes humaines au langage, *Homo sapiens*⁴ pouvant ainsi gérer de très larges réseaux de réciprocité⁵. Cette idée n'est pas nouvelle. On la trouve chez Cabanis⁶ ou, encore, chez Darwin lorsque, dans *The Descent of Man*⁷ il souligne les qualités sociales d'*Homo sapiens*, « qui l'ont conduit à apporter de l'aide à ses semblables et à en recevoir en retour ». Aussi n'est-il pas déraisonnable de voir dans la coopération le fait social par excellence : elle est une des conditions de l'émergence des « formes du partage », c'est-à-dire des manières collectives d'être, de faire, de penser, de sentir. C'est le don qui s'exprime ici comme condition du lien social⁸.

Plus concrètement, dans le domaine de l'action sociale, la coopération comme forme de partage s'élucide ainsi : le sentiment d'impuissance et d'échec naît et se développe quand le travailleur social sent qu'il est confronté, seul, à des difficultés et des obstacles insurmontables. Il commence donc à sous-estimer ses compétences et ses moyens. La coopération ouverte qui s'illustre dans la mise en réseaux de plusieurs intervenants sociaux permet une synergie de compétences optimisant l'action du travailleur social et diminuant son sentiment d'isolement.

Coopération fermée, coopération ouverte et les processus de prise de décision

Le grand problème humain, selon Auguste Comte⁹ est de « subordonner l'égoïsme à l'altruisme ». En fait, définir l'homme par sa nature égoïste est profondément réducteur. En effet, il est probablement impossible qu'un être humain ne s'intéresse qu'à soi, sans être en situation de coopérer à un moment ou à un autre de son existence, au moins avec son entourage immédiat¹⁰. Cette coopération, toutefois, peut s'exprimer sous deux formes opposées : une coopération « de clocher » ou corporatiste, bornée au groupe d'appartenance (famille, « communauté », « ethnie », nation, etc.) et une coopération qui déborde les limites de ce groupe. On appellera la première forme « coopération fermée » et la seconde « coopération ouverte », en référence, bien évidemment, à la distinction bergsonienne puis popperienne¹¹ entre sociétés fermées et sociétés ouvertes. Bien que les théories de Popper aient eu peu de répercussions sur les réflexions en travail social, nous espérons ici pouvoir relier ce cadre dialectique à une des préoccupations les plus prégnante pour cette discipline, la question du comment vivre ensemble.

Les sciences sociales, et notamment l'anthropologie du fait de sa tradition empirique qui l'amène à travailler au plus près des innombrables décisions que les individus sont

amenés à prendre dans leur vie quotidienne, doivent se saisir de ces questions qui sont à longue portée théorique, mais aussi politique. Il s'agit de savoir, en définitive, si les stratégies identitaires prévaudront toujours inéluctablement sur les comportements coopératifs, confinant ceux-ci dans le registre de la fermeture, ou bien si les premières, dans un certain contexte décisionnel, peuvent devenir subalternes des secondes¹², ouvrant alors la voie à des sociétés toujours plus ouvertes.

Par ailleurs, dans le secteur du travail social, la problématique de la coopération fermée, de la coopération ouverte et du processus de prise de décision se justifie par le fait que le travailleur social, qui a pour enjeu de diminuer les effets négatifs de certaines problématiques d'ordre social, doit prendre des décisions concernant la situation des personnes administrées dans le cadre d'un ensemble de missions définies par l'institution qui l'emploie et qui peuvent aller dans le sens d'une coopération plus ou moins ouverte ou, si l'on veut, plus ou moins fermée (e.g. les limitations existant dans certains pays à l'aide sociale apportée aux non-nationaux : immigrés, sans-papiers, etc.).

La coopération ouverte est un acte engagé qui vise, dans un premier temps, à comprendre de près les différentes composantes de la société, que ce soit en terme d'identité (autochtone, femmes, groupe religieux/ethnique...), en terme de groupe d'âge (enfance, vieillesse, etc.) ou en terme de condition de vulnérabilité (handicap, itinérance, analphabétisme, etc.). Ainsi, avant d'agir, l'acteur social tente d'interpréter les états mentaux, cognitifs et affectifs des individus qu'il côtoie, de connaître leurs attentes, de chercher la source de leurs problèmes. Par ailleurs, le profil de l'acteur social exige une flexibilité permettant le processus sociocognitif nommé « perspective taking » à savoir l'effort de compréhension de la manière dont autrui perçoit le monde qui l'entoure¹³.

En ce sens, au lieu d'imposer des projets préétablis ou de donner des « conseils-recettes », le rôle du travailleur social est d'engager la population à trouver ses propres solutions, à monter ses propres projets, à devenir elle-même acteur de son propre développement humain¹⁴. C'est, au final, un rôle de médiateur qui se doit de stimuler les formes de coopération ouverte, et ce quel que soit le type de population sur laquelle le travailleur social doit intervenir.

Si, du point de vue théorique, ce rôle semble évident, il pose plusieurs problèmes pratiques. Certes, le travailleur social doit être « ouvert et flexible », mais encore faut-il que les personnes avec lesquelles il intervient acceptent d'entrer en dialogue avec lui. Il s'agit donc pour lui d'établir un lien de confiance avec les personnes qui sont au cœur de ses interventions ; l'ouverture à la coopération se doit donc d'être réciproque. Cette ouverture n'est possible qu'à travers un processus de dialogue, basé, de part et d'autre, sur des ajustements qui sont indispensables à la réussite de l'interaction entre les différents partenaires.

2. Appel à des études de cas

On peut songer à la présentation de nombreuses études de cas, par exemple dans le domaine du développement local (Barlett, 1980), du travail social, du traitement du

handicap, de l'écologie, de la micro-économie, des pratiques alimentaires, du *racial thinking*, des pratiques religieuses, etc., qui pourraient être proposées aussi bien par des praticiens (e.g. travailleurs sociaux, acteurs du développement social) que par des théoriciens des sciences sociales (anthropologie, sociologie, économie). Ces cas permettront d'explorer comment les institutions étatiques et leurs acteurs peuvent s'ouvrir au dialogue, à travers différentes initiatives de coopération, mais aussi d'aborder la capacité et la volonté de certaines populations vulnérables à collaborer à ce dialogue.

Comité scientifique

- Pr. Brahim Akdim, (Doyen de la faculté des lettres et des sciences humaines Saïs Fès, professeur d'enseignement supérieur), Président du comité scientifique
- Pr. Charles Gaucher (Professeur de travail social : Canada)
- Pr. Roger Smith (Professeur de travail social: England)
- Pr. Ian Shaw (Professeur de travail social : England)
- Pr. Ali Watfa (Psychologie Social: Syrie)
- Pr. Jamel Truky (Psychiatrie: Tunisie)
- Pr. Joël Candau (Professeur d'anthropologie : France)
- Pr. Khabbache Hicham (Professeur de sociologie cognitive: Saïs Fès)
- Pr. Mohamed Ababou (Professeur de Sociologie des religions et de santé : Dhar almhraz Fès)

Comité D'organisation

- Pr. Charles Gaucher (Professeur de travail social : Canada)
- Mme Stephanie Tardif (Organisatrice communautaire : Canada)
- Pr. Khabbache Hicham (Professeur de sociologie cognitive: Saïs Fès)
- Pr. Abdelhamid Nfissi, (Professeur de linguistique et de communication : Saïs Fès)
- Pr. Abdellah hallou, (Professeur de psychologie, CPR, Fès)
- Pr. Mohamed Dokkar, (Professeur de psychologie : Centre de formation des instituteurs, Fès)
- Pr. Abdelmajid Makni, (Coordinateur de l'agence de développement social, région Fès)
- Pr. M. Mohamed Atiche (Ingénieur de programmation, Président de l'association AMJD)
- M. Jebbar Abdelhak (Doctorant en Anthropologie des religions; Département d'anglais)
- M. Najah Mahmi (Doctorant en Anthropologie des religions; Département d'anglais)

Conférenciers invités

- Pr. Charles Gaucher (Professeur de travail social : Canada)
- Pr. Mikko Juhani Mäntysari (Dean of the Faculty of Social Sciences University of Jyväskylä : Finland)
- Pr. Ali Watfa (Psychologie Social: Syrie)
- Pr. Jamel Trukey (Psychologie Clinique : Tunisie)
- Pr. Roger Smith (Professeur de travail social: England)
- Pr. Ian Shaw (Professeur de travail social : England)
- Pr. Joël Candau (Professeur d'anthropologie : France)
- Pr. Roger Smith (Social work: England)
- Pr. Ian Shaw (Social work: England)
- Pr. Haluk Soydan (Director, Hamovitch Center for Science in the Human Services : Sued)
- Pr. Natalie Bolzan (Social Work and Community Welfare : Australie)
- Pr. Susan Dawson (Social Work : USA)
- Pr. Gary Madsen (sociologie des religions : USA)

Appel de communication

Deux types de communication peuvent être présentés au comité scientifique :

• **Les conférences** sont d'un format standard d'article et sont réservées aux communications scientifiques d'une durée de 30 minutes qui doivent avoir lieu entre le 10 et le 16 mai 2010.

• **Les affiches** sont d'un format plus court et sont plus ouverts à des contributions scientifiques en développement (problématique de recherche, résultats provisoires, démarrage de thèses, etc.), des études de cas, des présentations d'expériences, des positions ou réflexions personnelles, des présentations institutionnelles. Les affiches sont donc ouverts à un public plus large : étudiant à la licence ou master, praticiens, militants, etc et doivent être présentées entre le 10 et le 16 mai dans un format n'excédant pas 100 cm par 200 cm.

Présentation des résumés

Les participants souhaitant présenter une **conférence** (communication scientifique) devront d'abord fournir un **résumé de leur présentation de deux pages** comportant la problématique, la méthodologie ou l'approche, les principaux résultats et une bibliographie.

Les participants souhaitant présenter une **affiche** (problématique de recherche, résultats provisoires, démarrage de thèses, études de cas, présentations d'expériences, réflexions personnelles, présentations institutionnelles) devront fournir un **résumé d'une page**.

Ces résumés devront être envoyés à l'adresse suivante : hichamcogn_99@yahoo.fr et seront évalués par les membres du comité scientifique.

Date limite de présentation des résumés : 18 décembre 2009

Avis de décision à la suite de l'évaluation scientifique : 29 /01/ 2010

Pour l'inscription, veuillez remplir le formulaire annexé accompagné de votre paiement et l'envoyer, avant le 1^{er} avril, au Pr. Charles Gaucher à l'adresse suivante :

- Charles Gaucher : Professeur adjoint- École de travail social- Université de Moncton-Pavillon Léopold-Taillon, local 366 - N-B, Canada, E1A 3E9

Critères d'évaluation pour les conférences et les affiches

La proposition contribue à élargir les connaissances sur un des thèmes de l'École d'été 2010 en lien avec les notions de coopérations ouvertes et des coopérations fermées
La proposition traite d'un sujet qui intéressera un grand nombre de participants
La question de recherche ou la problématique est clairement identifiée et soutenue par une mise à jour des connaissances dans le domaine
La méthode est rigoureuse et adaptée au type de recherche. Les divers éléments qui la composent (échantillon, instruments de collecte de données, analyse, etc.) sont décrits
Les résultats sont présentés et sont en rapport avec une des thématiques de l'École d'été 2010
La discussion est suffisamment poussée et s'inscrit dans la logique de la problématique, Elle repose sur une argumentation solide.
La proposition présente des retombées clairement identifiées pour l'un ou plusieurs des domaines liés aux coopérations ouvertes et des coopérations fermées
La proposition est soutenue par des références pertinentes et récentes.

Reference du Congres

Axelrod, R., 1992, *Donnant donnant. Théorie du comportement coopératif*, Paris, Odile Jacob et Kappeler, P. M., Van Schaik, C. P. (éd.), 2006, *Cooperation in Primates and Humans. Mechanisms and Evolution*, Berlin, Springer.

² Le coût de la sanction des non-coopérateurs peut excéder le gain immédiat que représente la coopération.

³ Richerson, P. J., Boyd, R., 2005, *Not by Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution*, Chicago, Chicago University Press, p. 244.

⁴ Boyd, R., Richerson, P. J., 2006, « Solving the Puzzle of Human Cooperation » in Levinson, S. C, Jaisson, P. (éd.), *Evolution and Culture*, Cambridge MA, MIT Press, p. 105-132.

⁵ « La sympathie morale consiste dans la faculté de partager les idées et les affections des autres ; dans le désir de leur faire partager ses propres idées et ses affections ». Cabanis, P.J.G., 1980 (éd. de 1844), *Rapports du physique et du moral de l'homme*, Genève, Slatkine Reprints, p. 549.

⁶ Darwin, C., 2000 (1871), *La filiation de l'homme et la sélection liée au sexe*, Paris, Éditions Syllepse, 2000, p. 148.

⁷ Mauss, M., 1923-1924, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *Année sociologique*, tome I, 2 : 30-186.

⁸ Comte, A., 1852, *Catéchisme positiviste*, Paris, chez l'auteur, p. 82.

⁹ Henrich, J., Henrich, N., 2007, *Why Humans Cooperate: A Cultural and Evolutionary Explanation*, Oxford-New York, Oxford University Press.

¹⁰ Candau, J., 2009, « H2s = N² » in Sébastien Baud, Nancy Midol (éd.), *La conscience dans tous ses états*, Paris, Elsevier Masson, p. 15-31.

¹¹ Candau, J., 1998, *Mémoire et identité*, Paris, PUF et Candau, J., 2005, *Anthropologie de la mémoire*, Paris, Armand Colin

¹² Vorauer, J. D., Martens, V., Sasaki S.J. (2009) *When Trying to Understand Detracts From Trying to Behave: Effects of Perspective Taking in Intergroup Interaction*, *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 96, Issue 4, Pages 811-827

¹³ Khabbache, H. (2007). A View over Childhood by Bridging the Gap between Pluralistic Cognition and Education Sciences. *Journal of Arab Children (JAC) /Kuwait (Referred Academic Research Journal- Vol. 8- N° 32, Sep).*

Formulaire d'inscription à la deuxième École d'été de Fès

10 au 16 mai 2010

Inscription obligatoire pour tous les participants et présentateurs

Nom :

Adresse:

Courriel :

Numéro de téléphone :

Mode de paiement :

*Étudiants du Nord : 100US\$ / Étudiants marocains ou des pays en voie de développement : 30US\$

* Conférencier/ Participants du Nord : 200US\$

* Conférencier / Participants marocain ou des pays en voie de développement : 50US\$

* Représentants de la communauté : 30US\$

* Bénévoles / Conférenciers invités : 0US\$

Chèque \$ Mandat poste \$

Faire le chèque ou le mandat poste à l'ordre de : École d'été Fès-2010

Envoyez votre fiche d'inscription accompagnée de votre chèque ou mandat poste à l'adresse suivante :

Charles Gaucher : Professeur adjoint

École de travail social- Université de Moncton

Pavillon Léopold-Taillon, local 366 - N-B, Canada, E1A 3E9

Des demi-pensions (20€ ou 25€) ou des chambres individuelles (33€) ont été réservées pour les participants de l'École. Nous pouvons les réserver pour vous :

Je désire une demi-pension

☐

Je désire une chambre individuelle

☐

Arabpsynet Papers Search Papers



<http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp>

Papers Form

www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

Arabpsynet Thesis Search Thesis



<http://www.arabpsynet.com/These/default.asp>

Thesis Form

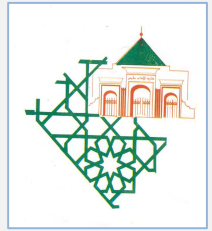
www.arabpsynet.com/These/ThesForm.htm

THE SECOND INTERNATIONAL SPRING INSTITUTE OF FES

Social work in the face of open cooperation and closed cooperation: theoretical issues and practical perspectives

Kingdom of Morocco - University Sidi Mohamed Ben Abdellah Fes - Faculty of Arts and Humanities Fes Sais
In collaboration with : The School of Social Work at the University of Moncton (Canada)

From May 10th to May 16th 2010 - Fes



hichamcogn_99@yahoo.fr

Following the tremendous success of the last two annual meetings held in 2008 and 2009, the Faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université Sidi Mohamed Ben Abdellah (Maroc) and the École de travail social de l'Université de Moncton (Canada) are proud to coorganise the Second edition of the International Spring institute of Fès. This Spring institute aims to make different participants (professors, students, practitioners, community leaders, etc.) meet together in order to share their researches around the stakes related to the links between theoretical and practical issues, which are central to anthropology, sociology and social work. Specifically, this 2010 Spring institute will foster on open cooperation and closed cooperation in order to make participants discuss around their experiences in different academic perspectives, such as: teaching, research, practical and field work.

The purpose of this Second International Spring institute organised by the Filière d'assistance sociale de la Faculté des lettres et des sciences humaines Fès Sais and the École de travail social de Moncton is two-fold: i) explore theoretical debates on interindividual cooperation ii) present specific case studies which are related to those theoretical debates and that are relevant for social work.

We would like to invite you to participate to the activities which will be held between May 10th and 16th, in Fès (Morocco), as participant or speaker (see Call for paper document). In both cases, you must register by filling the registration form (see Registration form for the Second International Spring Institute of Fès - May 10th to 16th 2010) and send it, with your registration check, before April 1st 2010.

Main themes of the Second Spring Institute

- Thème 1 : Cooperation with Marginalized Groups
- Thème 2: Open cooperation, its role in State structural decision making process
- Thème 3: Social work and professional identity
- Thème 4: Providing and evaluating services
- Thème 5: Social Work in the Context of Religious and Cultural Plurality
- Thème 6 : Social work and gender

Rational of the Second International Spring Institute of Fès

1. Cooperation, a social truth for humans

A consensus exists among scientists that cooperation, which consists of several people doing something together

while having a common goal in mind¹ is one of the traits that describes the identity of *Homo sapiens*.² Seen in certain animals, for example capuchin monkeys³ or red colobus monkeys and monkeys of Diana⁴, undoubtedly very ancient among hominids⁵, this social fact has a particular form among humans. Endowed with a capability of cooperation immensely superior than other animals, human beings, notes John Searle⁶, possess a natural ability to engage in cooperative behaviour. Children, as early as only a few months of age, are predisposed to mutual attention, which is a minimum form of sociality due to the fragility of the species, which then evolves towards more complex forms. Humans are the only species in which we can observe strong, regular, diverse, risky⁷, vast and sometimes costly cooperation between individuals who aren't related⁸. The more complex forms of cooperation are made possible by humans' language abilities, *Homo sapiens* being able to manage very large networks of reciprocity⁹. This idea is not a new one. It is found through the works of Cabanis¹⁰ or even Darwin, where, in *The Descent of Man*¹¹, he underlines the social qualities of *Homo sapiens*, which have led them to help fellow man and to receive help in return. Is it not also reasonable to see cooperation as the greatest social truth for humans? It is one of the conditions of emergence of forms of sharing; that is, collective ways of being, of doing, of thinking, of feeling. It is the offering here, that is expressed as a condition of the social bond¹².

If, in an evolutionary perspective, cooperation can be presented as an enigma – wouldn't the adaptive advantage of an individual be one of being egotistical or a *free-rider*, notably in a world of cooperative humans? – It is because another characteristic of *Homo sapiens* wasn't sufficiently taken into account: its deeply cultural nature¹³. At each moment of human existence, the intelligibility of the sensitive, the access to rationality, the explanation of what seems unexplainable – for example, the repetition of misfortune¹⁴ or contradictions impossible to overcome¹⁵ – are only made possible through sharing of practices, of information¹⁶, of representations that will allow members of a group to get answers where man alone could not. Therefore, human cooperation derives from explanations inextricably evolutionary and cultural in nature¹⁷.

A more concrete example of this, in the field of social action, is that cooperation as a form of sharing can be presented as follows: the feeling of powerlessness and failure appears and is further developed when the social worker feels that he is confronted, alone, to difficulties and obstacles that are insurmountable. He then begins to underestimate his capabilities and means to overcome them. Open

cooperation, which can be seen in the networking of several social actors, allows a certain synergy of skills, optimizing social action from the social worker and reducing his feeling of isolation.

2. Closed cooperation, open cooperation and decision-making

The biggest human problem, according to Auguste Comte¹⁸, is to subordinate selfishness to altruism. In fact, describing man by his egotistical nature is very reducing. It is probably impossible for a human being to be solely interested in himself, without cooperating at one moment or another of his existence, with at least his immediate surroundings¹⁹. However, this cooperation can be made under two opposite forms: a corporatist cooperation, restricted towards a particular group (family, community, ethnic group, nation, etc.) and a cooperation that surpasses the limits of this group. We will call the first form "closed cooperation" and the second form "open cooperation", with reference, of course, to the bergsonian and popperian distinction between closed and open societies²⁰.

Some may wonder how members of a group will choose one or other form of cooperation. These choices remain, to follow along the lines of Lévinas' writings²¹, in the universe of non intentional²² consciousness²³, and remain, in variable proportions, under the hold of a deliberative system and an emotional system²⁴, and appear in social environments in which other individuals influence directly or indirectly²⁵, individual decisions²⁶.

Social sciences, and anthropology in particular, because of its empirical tradition that leads it to work closely with an undetermined amount of decisions that individuals face in their daily lives, must understand these theoretical and political questions.

The question is whether we can determine if, with absolute certainty, identity strategies will inevitably prevail on cooperative behaviour, confining it to closeness, or if the identity strategies, in certain decision making, can become subordinate to cooperative behaviour²⁷, therefore paving the way to a more open society.

In the field of social work, the issues of closed cooperation, open cooperation and decision-making can be explained by the fact that the social worker, whose mandate is to reduce negative effects of certain social issues, must answer to a number of obligations defined by the institution with whom he is employed. Can we therefore consider this action as a form of open cooperation even if it is predefined by the institution in which it takes place?

It is clear that open cooperation is a committed process that is interested in closely understanding the different aspects of society, whether it be in terms of identity (native, women, religious or ethnic group...), in terms of age (childhood, old age, etc.), or of being part of a vulnerable group (handicap, poverty, illiteracy, etc.) The social actor is therefore invited to observe, prior to action, the mental, emotional, and spiritual state of others; know their expectations; search the source of their problems. This having been said, the social actor's profile demands flexibility in "perspective taking" in order to understand how others see the world around them²⁸.

In this view, instead of imposing predetermined projects or giving miracle advice, the social worker's role is to encourage people to discover their own solutions, to mount their own projects, to develop self-initiative²⁹. It is finally, a role of mediator that must be performed by the social worker in order to encourage forms of open cooperation, regardless of the population being served.

If theoretically this role seems obvious, it raises many practical issues. Of course the social worker must be "open and flexible", but this only works if the people with whom he is working are willing to dialog with him. Hence, the social worker must create a relationship of trust with the people with whom he is intervening; openness to cooperation must therefore be mutual. This openness can only be possible through a "perspective taking" process, dialogue which is based on a series of adjustments that are fundamental to the creation of a therapeutic alliance.

3. Case study

Many case studies can be presented, for example, in the field of regional development³⁰, of social work, of treatment of disabilities, of ecology, of micro-economy, of nutrition practices, of *racial thinking*, of religious practices³¹ etc., which could just as well be suggested by practitioners (e.g. social workers, social development lobbyists), than by theorists of social sciences (anthropology, sociology, economy). These cases will allow for exploration on how government institutions and their employees can have an open dialogue, through different cooperative initiatives, and also address the capacity and willingness of certain vulnerable populations to collaborate to this dialogue.

Scientific committee

- Pr. Brahim Akdim, (Doyen de la faculté des lettres et des sciences humaines Saïs Fès, professeur d'enseignement supérieur), President of the scientific committee
- Pr. Charles Gaucher (Travail social : Canada)
- Pr. Roger Smith (Social work: England)
- Pr. Ian Shaw (Social work: England)
- Pr. Ali Watfa (Psychologie Social: Syrie)
- Pr. Jamel Trukey (Psychologie Clinique : Tunisie)
- Pr. Joël Candau (Anthropologie des religions : France)
- Pr. Khabbache Hicham (Professeur de sociologie cognitive: Saïs Fès)
- Pr. Mohamed Ababou (Professeur de Sociologie des religions et de santé : Dhar almhras Fès)

Organizational committee

- Pr. Charles Gaucher (Professeur de travail social : Canada)
- Mme Stephanie Tardif (Organisatrice communautaire : Canada)
- Pr. Khabbache Hicham (Professeur de sociologie cognitive: Saïs Fès)
- Pr. Abdellah hallou, (Professeur de psychologie, CPR, Fès)

- Pr. Mohamed Dokkar, (Professeur de psychologie : Centre de formation des instituteurs, Fès)
- Pr. Abdelmajid Makni, (Coordinateur de l'agence de développement social, région Fès)
- M. Mohamed Atiche (Ingénieur de programmation, Président de l'association AMJD)
- M. Jebbar Abdelhak (Doctorant en Anthropologie des religions; Département d'anglais)
- M. Najah Mahmi (Doctorant en Anthropologie des religions; Département d'anglais)

Guest speakers

- Pr. Charles Gaucher (Professeur de travail social : Canada)
- Pr. Mikko Juhani Mänttysari (Dean of the Faculty of Social Sciences University of Jyväskylä : Finland)
- Pr. Ali Watfa (Psychologie Social: Syrie)
- Pr. Jamel Trukey (Psychologie Clinique : Tunisie)
- Pr. Roger Smith (Professeur de travail social: England)
- Pr. Ian Shaw (Professeur de travail social : England)
- Pr. Joël Candau (Professeur d'anthropologie : France)
- Pr. Roger Smith (Social work: England)
- Pr. Ian Shaw (Social work: England)
- Pr. Haluk Soydan (Director, Hamovitch Center for Science in the Human Services : Sued)
- Pr. Natalie Bolzan (Social Work and Community Welfare : Australie)
- Pr. Susan Dawson (Social Work : USA)
- Pr. Gary Madsen (sociologie des religions : USA)

Call for papers

You may submit two types of papers to the scientific committee:

- **Papers** are of standard format and are reserved for the scientific community in order to present a 30 minutes conference between May 10 and 16.
- **Posters** are of shorter length and are more open to scientific contributions in the making (research problematic, provisional results, commencement of thesis, etc.), to case studies, to presentations of experiences, to points of view or personal reflections, to institutional presentations. Posters are therefore open to a larger public, doctoral holders, students, social actors, etc. and must be presented between May 10 and 16 in Fès in a not more bigger format than 100 cm by 200 cm.

Submission of summaries

Participants wishing to present a **paper** (scientific paper) will need to provide a **two page detailed summary** with research problematic, methodology or approach, main results and bibliography.

Participants wishing to present a **poster** (research problematic, provisional results, commencement of thesis, case studies, presentations of experiences, personal reflections, institutional presentations) will need to provide a **one page summary**.

Summaries should be sent to the following address: hichamcogn_99@yahoo.fr and will be evaluated by the members of the scientific committee.

Submission deadline: December 18th, 2009

Notice of decision following scientific evaluation: January 29th, 2010

For registration, please fill out annexed form and send it, prior to April 1st, to Pr. Charles Gaucher at the following address:

Charles Gaucher: Professeur adjoint- École de travail social - Université de Moncton - Pavillon Léopold-Taillon, local 366 - N-B, Canada, E1A 3E9

Evaluation contents						
Criteria	1	2	3	4	5	X
The proposition contributes to the advancement of knowledge on one of the theme of the Fès Spring institute 2010 related to the notions of open and close cooperation.						
The proposition will interest the Spring institute participants.						
The research question or problem is clearly identified and its choice has been supported by a literature review in the field						
The proposed method is rigorous and is adapted to the research problem. Its different aspects are described (sample, data-collection instruments, analysis, etc.)						
The results are clearly presented and are in relation with the themes of the Spring institute.						
The discussion is sufficiently deep and extensive, while in keeping with the rationale of the problem.						
The proposition will clearly benefit the researches interested in the notions of open and close cooperation						
The proposition relies on the recent contributions in the field.						

Conein, C., 2005, Les sens sociaux. Trois essais de sociologie cognitive, Paris, Economica, p. VIII.

² Brosnan, S., de Waal, F., 2003, "Monkeys Reject Unequal Pay", *Nature*, 425 : 297-299.

³ Boyd, R., Silk, J., 2004, *L'aventure humaine. Des molécules à la culture*, Bruxelles, Éd. De Boeck Université, p. 161.

⁴ Lordkipanidze, David & al., 2005, "The earliest toothless hominin skull", *Nature*, 434 : 717-718.

⁵ Searle, J., 2000, « L'ontologie de la réalité sociale », *Raisons pratiques*, Paris, EHESS, p. 199.

⁶ Conein, C., 2005, Les sens sociaux. Trois essais de sociologie cognitive, Paris, Economica.

⁷ Axelrod, R., 1992, *Donnant donnant. Théorie du comportement coopératif*, Paris, Odile Jacob; Kappeler, P. M., Van Schaik, C. P. (éd.), 2006, *Cooperation in Primates and Humans. Mechanisms and Evolution*, Berlin, Springer.

⁸ The cost of the sanction for lack of cooperation can exceed the immediate gain of cooperation.

⁹ Richerson, P. J., Boyd, R., 2005, *Not by Genes Alone: How Culture Transformed Human Evolution*, Chicago, Chicago University Press, p. 244.

¹⁰ Boyd, R., Richerson, P. J., 2006, « Solving the Puzzle of Human Cooperation » in Levinson, S. C., Jaisson, P. (éd.), *Evolution and Culture*, Cambridge MA, MIT Press, p. 105-132.

¹¹ Moral sympathy consists in the ability to share the ideas and affections of others; in the hopes of sharing our own ideas and affections Cabanis, P.J.G., 1980 (éd. de 1844), *Rapports du physique et du moral de l'homme*, Genève, Slatkine Reprints, p. 549.

¹² Darwin, C., 2000 (1871), *La filiation de l'homme et la sélection liée au sexe*, Paris, Éditions Syllepse, 2000, p. 148.

¹³ Mauss, M., 1923-1924, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *Année sociologique*, tome I, 2 : 30-186.

¹⁴ Candau, J., 2009, « $H_2S = N^2$ » in Sébastien Baud, Nancy Midol (éd.), *La conscience dans tous ses états*, Paris, Elsevier Masson, p. 15-31.

¹⁵ Douglas, M., 1992, *De la souillure. Études sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte ; Favret-Saada, J., 1977, *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard, 1977.

¹⁶ Lévi-Strauss, C., 1971, *Mythologiques **** L'homme nu*, Paris, Plon, p. 562.

¹⁷ Danchin, E., Giraldeau, L.-A., Valone, T.J., Wagner, R.H., 2004, « Public Information: From Nosy Neighbors to Cultural Evolution », *Science*, 305 : 487-491.

¹⁸ Henrich, J., Henrich, N., 2007, *Why Humans Cooperate: A Cultural and Evolutionary Explanation*, Oxford-New York, Oxford University Press.

¹⁹ Comte, A., 1852, *Catéchisme positiviste*, Paris, chez l'auteur, p. 82.

²⁰ Henrich, J., Henrich, N., 2007, *Why Humans Cooperate: A Cultural and Evolutionary Explanation*, Oxford-New York, Oxford University Press.

²¹ Candau, J., 2009, « $H_2S = N^2$ » in Sébastien Baud, Nancy Midol (éd.), *La conscience dans tous ses états*, Paris, Elsevier Masson, p. 15-31.

²² Lévinas, E., 1991, *Entre nous. Essai sur le penser-à-l'autre*. Paris, Grasset & Fasquelle.

²³ The choice need only be self-initiated and adaptive. (Heisenberg, M., 2009, « Is free will an illusion? », *Nature*, 459 : 164-165.)

²⁴ Galdi, S., Arcuri, L., Gawronski, B., 2008, « Automatic Mental Associations Predict Future Choices of Undecided Decision-Makers », *Science*, 321 : 1100-1102. ; Pessiglione, M., Petrovic, P., Daunizeau, J., Palminteri, S., Dolan, R.J., Frith, C.D., 2008, « Subliminal Instrumental Conditioning Demonstrated in the Human Brain », *Neuron*, 59 : 561-567. ; Soon, C., Brass, M., Heinze, H.J., Haynes, J.D., 2008, « Unconscious determinants of free decisions in the human brain », *Nature Neuroscience*, 11(5) : 543-545. ; Wilson, T.D., Bar-Anan, Y., 2008, « The Unseen Mind », *Science*, 321 : 1046-1047.

²⁵ Cabanac, M., Bonniot-Cabanac, M.C., 2007, « Decision making: rational or hedonic? », *Behavioral and Brain Functions*, 3 : 45, doi:10.1186/1744-9081-3-45. ; Kepecs, A., Uchida, N., Zariwala, H.A., Mainen, Z.F., 2008, « Neural correlates, computation and behavioural impact of decision confidence », *Nature*, 455, 2008 : 227-231. ; Kuo, W.J., Sjöström, T., Chen, Y.P., Wang, Y.H., Huang, C.Y., 2009, « Intuition and Deliberation: Two Systems for Strategizing in the Brain », *Science*, 324 : 519-522. ; Rustichini, A., 2005, « Emotion and Reason in Making Decisions », *Science*, 310 : 1624-1625. ; Sanfey, A.G., Loewenstein, G., McClure, S.M., Cohen, J.D., 2006, « Neuroeconomics: cross-currents in research on decision-making », *TRENDS in Cognitive Sciences*, 10(3) : 108-116. ; Sharot, T., De Martino, B., Dolan, R.J., 2009, « How Choice Reveals and Shapes Expected Hedonic Outcome », *The Journal of Neuroscience*, 29(12) : 3760-3765. ; Tom, S.M., Fox, C.R., Trepel, C., Poldrack, R.A., 2007, « The Neural Basis of Loss Aversion in Decision-Making Under Risk », *Science*, 315 : 515-518.

²⁶ Denrell, J., 2008, « Indirect Social Influence », *Science*, 321 : 47-48.

²⁷ Biele, G., Rieskamp, Gonzalez, J.R., 2009, « Computational Models for the Combination of Advice and Individual Learning », *Cognitive Science*, 33 : 206-242. ; Kitayama, S., Snibbe, A.C., Markus, H.R., Suzuki, T., 2004, « Is There Any "Free" Choice? Self and Dissonance in Two Cultures », *Psychological Science*, 15(8) : 527-533. ; Lee, D., 2008, « Game theory and neural basis of social decision making », *Nature Neuroscience*, 11(4) : 404-409.

²⁸ Candau, J., 2005, *Anthropologie de la mémoire*, Paris, Armand Colin. ; Candau, J., 1998, *Mémoire et identité*, Paris, PUF.

²⁹ Vorauer, J. D., Martens, V., Sasaki S.J. (2009) [When Trying to Understand Detracts From Trying to Behave: Effects of Perspective Taking in Intergroup Interaction](#), *Journal of Personality and Social Psychology*, Volume 96, Issue 4, Pages 811-827

³⁰ Khabbache, H. (2007). A View over Childhood by Bridging the Gap between Pluralistic Cognition and Education Sciences. *Journal of Arab Children (JAC)*

/Kuwait (Referred Academic Research Journal- Vol. 8- N° 32, Sep).

³¹ A doctoral research is already in the making, under the direction of J. Candau in the industrial district of Biella (Italy, Piemonte), an area that is strongly encrusted in local community, territory and strong traditions, and is now experiencing a decisive turn, forcing it to undergo structural changes with regards to techniques and cooperation. The goal of the research is to understand how organizational innovations appear, by testing the hypothesis that social capital has a role in decision making, through alternatives of closed and open cooperation. Barlett, P. F., 1980, *Agricultural decision making, anthropological contributions to rural development*, New York, Academic Press

³² Emphasis could be placed on this topic to converge (in part, for example, in a day or seminars) the *Spring Institute* program with the *Volubilis* program. In every religion there exists orthodox, even fundamentalist views, and others that are more liberal. The first seem to prefer closeness, the second openness. We can ask ourselves what decision process was utilized that lead people to side with one view or the other?

Registration form for the Second International Spring Institute of Fès

May 10th to 16th 2010

*Registration is obligatory for all participants and speakers

Name :

Address:.....

Email :.....

Phone number :.....

Payment :.....

*Northern countries students : 100US\$ / Moroccan students or southern countries students : 30US\$

* Northern countries speakers or participants : 200US\$

* Moroccan or southern countries speakers or participants : 50US\$

* Community leaders : 30US\$

* Volunteers / guess speakers : 0US\$

Check _____ \$ Money order _____ \$

Make the money order or check at the name of : École d'été Fès-2010

Registration form and payment must be send at :

Charles Gaucher : Professeur adjoint

École de travail social - Université de Moncton

Pavillon Léopold-Taillon, local 366 -N-B, Canada, E1A 3E9

Some double (20€ or 25€) or single (33€) rooms are reserved for the Spring institute participants. Please let us know if you want us to keep one for you:

I would like to have a double room ☐ I would like to have a single room ☐

COLLOQUE: LE HARCÈLEMENT EN MILIEU DU TRAVAIL

Centre Recherche en Anthropologie et sociologie culturelle « Crasc ».Oran –ALGERIE

Groupe de recherche: « Les approches méthodologiques de prise en charge de la violence psychique en milieu du travail ».

Dimanche 2 au lundi 3 mai 2010.

hachelafimed@gmail.com - hachelafih@hotmail.fr

Argumentaire du colloque

Le développement foudroyant qui a englobé l'humanité dans ses différents aspects, a remodelé de manière considérable notre mode de vie, vers une amélioration de notre quotidien, un épanouissement de notre vécu, ceci en apparence car la misère, la pauvreté, les guerres demeurent un diaporama troublant cette gaité à la vie. Dans le monde du travail, on a largement dépassé l'ère de la discrimination raciste, le travail des enfants ou l'inégalité sexiste, actuellement on parle d'autres revendications socioprofessionnelles comme la gestion participative. Les échelles de prévention ont vus un rehaussement de créativité pertinente, telle la conception de modèles ergonomiques adaptés au travailleur pour lui éviter la pathologie du siècle, le cas des troubles musculo-squelettiques.

Des thématiques liées à la santé et à l'organisation du travail sont abordées, alors qu'auparavant étaient sous estimées ou le plus souvent masquées au titre de sujets tabou.

En face du risque psychosocial, des phénomènes de violence, de stress, d'épuisement psychique en milieu du travail, est nait la psychopathologie professionnelle qui a ouvert un cadre de prise en charge pour ce type de contraintes. En plus, les atteintes psychiques consécutives à un accident de travail font aujourd'hui l'objet d'une demande croissante de reconnaissances au même titre que les atteintes physiques.

Nos sociétés sont englobées par la mondialisation, avec des acquis et des interférences contraignantes (économie du marché mais chômage et précarité, mobilité transfrontalière mais émigration clandestine et travail informel, investissement technologique et rentabilité mais charge de travail et stress,...). La violence psychique demeure un facteur de genèse de conflit avec ses conséquences négatives tant individuelles que professionnelles. La communauté scientifique se retrouve dans l'obligation d'œuvrer ensemble dans un cadre pluridisciplinaire pour la prise en charge des maux de l'entreprise et le malaise du travailleur.

Axes du colloque :

1. La violence psychique en milieu du travail.
2. Les stratégies de prise en charge des victimes du harcèlement en milieu du travail.

Dr. Hachelafi HAMID

Instructions aux auteurs :

La langue du colloque est l'Arabe et le Français.

Le résumé de la communication doit être rédigé selon les critères d'IMRED, avec style Times New Roman, taille police 12, marge 2,5 ; n'excédant pas 500 mots.

Les travaux d'enquêtes et originaux sont vivement encouragés.

Le dernier délai de soumission est fixé le : 15-02-2010.

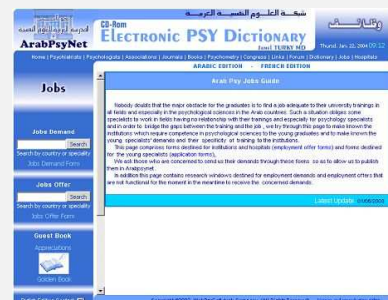
L'envoi des résumés des communications est fait principalement par mail à : hachelafimed@gmail.com ou hachelafih@hotmail.fr

Ou à défaut par fax : +213 -41-58-32-86.

Bulletin d'inscription :

Nom :
 Prénom :
 Fonction :
 Spécialité :
 Institution :
 Adresse :
 Tél :
 Fax :
 E-mail :
 Communiquant :
 Participant :
 Titre communication :
 Auteurs :
 Thème : 1- 2-

Arabpsynet Jobs Guide - English Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-jobs.htm

3^E RENCONTRE INTERNATIONALE DE PSYCHIATRIE DE BEJAIA

THEME: « AUX CONFLUENCES DE LA COGNITION ET DE LA PSYCHIATRIE »

Organized by : Amicale des psychiatres de Béjaia et Université de Béjaia

22 et 23 avril 2010 - Auditorium de l'Université de Béjaia - Algérie

tobbalcity@yahoo.fr - www.apsyb.com

Congress President

- Dr Mohand Tahar AMROUCHE

Organization committee

- Amicale des psychiatres de Béjaia et Faculté de Médecine de Béjaia

Congress Program

1er Appel à communication.

Cher(e) collègue et cher(e) ami(e),

Nous avons le plaisir et l'honneur de vous informer que l'Amicale des Psychiatres de Béjaia, organise la 3e Rencontre internationale de Psychiatrie le 22 et le 23 Avril 2010 à l'Auditorium de l'Université ABOUDAOU de Béjaia, autour du thème : « Aux confluences de la cognition et de la psychiatrie ».

Cette rencontre se propose d'inviter l'ensemble des collègues et des chercheurs venant d'horizons différents pour débattre d'une approche intégrative de la cognition (: le fait de connaître et de reconnaître), des différents modèles théoriques appliqués à la psychopathologie, de la clinique psycho cognitive et des diverses pratiques de soins psychiatriques qui en découlent.

La psychopathologie cognitive se doit de répondre à deux objectifs : Comprendre les troubles psychiatriques en termes de perturbations cognitives (Biais, déficit...) Développer de nouvelles méthodes thérapeutiques : proposer des méthodes de revalidation cognitives (rectification- compensation) Les pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie, la dépression, les troubles bipolaires, l'autisme, l'anxiété, le psychotraumatisme, les troubles obsessionnels compulsifs, et les thérapeutiques telles que les psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs, et neuroleptiques) provoquent des troubles de la cognition dont la réalité est indéniablement reconnue aujourd'hui.

Ces troubles vont concerner les différentes étapes du traitement de l'information : la perception, la mémoire et l'apprentissage, le langage, l'attention et les fonctions exécutives, la conscience, le contrôle de l'action et les émotions.

Un certain nombre d'axes thématiques seront privilégiés : Modèle cognitifs en psychopathologie : schémas, processus et événements cognitifs Approche Cognitive du suicide, de la dépression, du TOC

Analyse cognitive des hallucinations psychotiques Fonctionnement cognitif et antidépresseurs, Anomalies cognitives dans la schizophrénie, Neuroleptiques et

cognitions, Psychopathologie cognitive : Etudes des troubles de la mémoire dans les différentes pathologies : PTSD, Dépression, schizophrénie.... Du développement des techniques thérapeutiques à la réhabilitation cognitive Neurosciences cognitives et psychiatrie La théorie de l'esprit, Conscience et cognition Perception et Cognition sociale De la cognition au comportement.

Thérapie cognitive des troubles psychotiques.

Neuroscience cognitive et psychanalyse Approche neuropsychologique du vieillissement et de la maladie d'Alzheimer Approche cognitive des troubles de la personnalité

Thérapie des schémas précoces inadaptés et Questionnaire des schémas de YOUNG

Nous serons ravis de vous voir parmi nous pour prendre part à l'échange, à la réflexion et à l'enrichissement des débats lors de cette manifestation scientifique. En attendant le plaisir de vous voir, acceptez nos salutations très amicales.

Congress Secretariat

- Dr Mohand Tahar AMROUCHE
Tél/Fax : + 213 34 201 209
E-mail : tobbalcity@yahoo.fr
14, rue Ouabdelkader 06000. Béjaia (Algérie)
- Dr Ahmed TIMIZAR:
Tél: +213 669 596 617
E-mail: timsy2001@yahoo.fr
- Dr Ahmed SFACENE:
Tél : +213 661 630 220
E-mail : kpsy2000@yahoo.fr

Contact

Contact: www.apsyb.com

Congress Emails : tobbalcity@yahoo.fr

Congress Web Site : www.apsyb.com

Subscription

Formulaire De Proposition De Communication 3e Rencontre Internationale de Psychiatrie de BEJAIA 22 – 23 AVRIL 2010 Université de Béjaia THEME: « Aux confluences de la cognition et de la psychiatrie »

TITRE DE LA COMMUNICATION :

Last date to accept papers: 15 mars 2010

THE 6TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON PSYCHIATRY "NEW MODELS OF PSYCHIATRIC MANAGEMENT"



Saudi German Hospital (SGH)-Jeddah, Saudi Psychiatric Association (SPA),
– Jeddah & British Arab Psychiatric Association (BAPA).

In collaboration with Al-Amal Hospital – Jeddah, Arab Federation of Psychiatrists, World Psychiatric Association, Institute of Psychiatry, Ain Shams University Cairo, Federation of Societies of Biological Psychiatry, Egyptian Psychiatric Association

13-15 April 2010 - Intercontinental Hotel, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia

Dear Colleagues

It is our great pleasure to invite you to participate in the 6th International Conference on Psychiatry, organized by Saudi German Hospital (SGH)-Jeddah, Al-Amal Hospital – Jeddah, Saudi Psychiatric Association (SPA) and British Arab Psychiatric Association (BAPA).

Conference theme: " New Models of Psychiatric Management "

Venue: Intercontinental Hotel, Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia

Date: 13 – 15 April 2010

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 New Models in the management of psychiatric disorders (Disease centred versus Symptom centred).

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.
- New Models 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: 01.01.2010

Registration Fees:

- **Early registration (before 31.01.2010):** 70 \$ or 250 Saudi Riyal
- **After 31.01.2010:** 80 \$ or 300 Saudi Riyal
- **For each training course (workshop):** 40 \$ or 150 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

Congress Director

- **Prof. Mahdi Abou Madini:** President, Saudi Psychiatric Association. Associate Professor and Head, Department of Psychiatry, King Faisal University

Head Organizing Committee

- **Dr. Mohamed Shawoosh:** Consultant of Psychiatry, Vice President, Saudi Psychiatric Association.

Scientific Committee

- **Prof. Mostafa Kamel (Egypt)**
- **Prof. Abdullah Al-Sobaie (KSA)**
- **Prof. Farouk Lotaief (Egypt)**
- **Prof. Tarek Alhabeeb (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:** Logistic 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

LOCAL, REGIONAL AND INTERNATIONAL COMMITTEES

- **Saudi Psychiatric Association**
- **President** Prof. Mahdi Said Abou Madini
- **Vice President** Dr. Mohamed Shawoosh

Secretary General Dr. Khaled Bazid

- **Executive Board**
- Prof. Sheikh Edris A. Rehim - Dr. Abdulah Al Hazloul
- Dr. Ahmed Sabr - Dr. Ahmed Hafiz Hafez
- Dr. Mohamed Khaled

- **Egyptian Psychiatric Association**

- **President** Prof. Ahmed Okasha
- **Vice President** Prof. Hussein Morsy
- **Secretary General** Prof. Mustafa Shaheen
- **Executive Board**

Prof. Ahmed Abdel Lataief - Prof. Momtaz Abdel Wahab

Prof. Ahmed Shawky Al Akabawy - Prof. Mustafa Fahmi

Prof. Aref Khoael - Prof. Said Abdel Azim
 Prof. Emad Hamdy Ghaz - Prof. Tarek Asaad
 Prof. Ismail Youssef - Prof. Tarek Okasha
 Prof. Mohamed Ghanem - Prof. Yoursy Abdel Mohsen

▪ **Institute of Psychiatry, Ain Shams University**

WHO Collaborating Center for Mental Health Research & Training

- **Chair of the institute:** Prof. Mohamed Ghanem

- **Board:**

Prof. Ahmed Okasha- Honorary president of the institute

Prof. Moustafa Kamel -Honorary president of the institute

Prof. Zienab Bishry - Chair of the Child Psychiatry Research Unit, Institute of Psychiatry

Prof. Farouk Lotaeif - Chair of the Sociocultural Research Unit, Institute of Psychiatry

Prof. Abdel-Moniem Ashour - Chair of the Psycho-Geriatric Research Unit, Institute of Psychiatry

Prof. Afaf Hamed Khalil- Immediate past president of the institute of Psychiatry

▪ **World Psychiatric Association**

- **President** Prof. Mario Maj (Italy)

- **President elect** Prof. Pedro Ruiz (USA)

- **Secretary General** Prof. Levent Kuey (Turkey)

- **Secretary for Finance** Prof. Tsuyoshi Akiyama (Japan)

- **Secretary for Meetings** Prof. Tarek Okasha (Egypt)

- **Secretary for Education:** Prof. Allan Tasman (USA)

- **Secretary for Publications** Prof. Helen Herman (Australia)

- **Secretary for Sections:** Prof. Miguel R. Jorge (Brasil)

- **Zonal Representative** Prof. Driss Moussawi (Morocco)

▪ **Arab Federation of Psychiatrists**

- **President** Prof. Ahmed Okasha (Egypt)

- **Secretary General** Prof. Abdel Razak Al Hamad (Saudi Arabia)

- **Executive Board**

Prof. Abdullah Abdel Raman (Sudan)

Prof. Momtaz Abdel Wahab (Egypt)

Prof. Abdullah El Sheary (Yemen)

Prof. Mustafa Shaheen (Egypt)

Prof. Adnan Takriti (Jordan)

Prof. Mohamed Rashed Lafta (Iraq)

Prof. Ali El Roai (Libya)

Prof. Saida Douki (Tunis)

Prof. Elie Karam (Lebanon)

Prof. Tarek Asaad (Egypt)

Prof. Essedik Jeddi (Tunis)

Prof. Tarek El Habib (Saudi Arabia)

▪ **British Arab Psychiatric Association**

- **Secretary:** Dr. Mamdouh EL-Adl Consultant Psychiatrist, Northampton

Arabpsynet Dictionaries

Arabic Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm

Arabpsynet Dictionaries

French Edition



www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm

1ST INTERNATIONAL CONFERENCE FOR Psychological Sciences & Application



15-17 March 2010
CIT Building, UAE University -Al- Ain, United Arab Emirates

psyconference@uaeu.ac.ae - psychology@uaeu.ac.ae

The 1st international Conference for Psychological Sciences & Applications, will be held from March 15 to 17, 2010 at College of Information Technology Building, at UAE University. All topics relevant to psychological sciences and their applications and experiences are appropriate for presentation. Other relevant projects from non- psychology majors and departments (such as social work and sociology) are also encouraged for submission. The conference program will feature three days of individual papers, posters, workshops, and keynote presentations . the conference will bring together prominent psychologists, practitioners, researchers and students. All researchers, faculty; professionals and students are invited to submit papers, posters and symposia for presentation .

You can submit research papers and symposia (not more than 300 words abstract). All contributions will be peer- reviewed. Please fill in the attached template and send it by December 11, 2009 to the following email addresses:

psyconference@uaeu.ac.ae and send a cc to:
psychology@uaeu.ac.ae

Fadwa Al Mughairbi, Ph. D
Chair, psychological and Counseling Department

Proposal

Name Affiliation

Address:

Telephone: E-mail Address

Research interests:

Type: research Presentation (), Workshop (); Symposium ()

Language of Presentation:

Title:

Audience :

Requirements :

Flip chart stand ☐ Laptop ☐ Data show ☐ Speakers
☐ Others

Recent Publications :

.....

Please include summary of presentation (not more than 300 words typed on a Microsoft word 2003 or 2007), and short CV with your application

Arabpsynet Congress Guide



Arabic Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Ar.htm

English Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.htm

French Edition

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Fr.htm

Form AddCongress

www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

Arabpsynet Psychologists Guide



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp>

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

Psychiatry Review Course

SKILLS BUILDING CENTER FOR MEDICAL TRAINING
ALONG WITH SAUDI PSYCHIATRY ASSOCIATION
WITH HIGHLY QUALIFIED SPEAKERS



Jan 16-20th 2010 - Marriott Hotel –Sahara Hall - Riyadh Saudi Arabia

Nawal.gm@gmail.com - alsaeidid@hotmail.com

Topics

- General adult psychiatry
- Child & adolescent
- Geriatric psychiatry
- Psychopharmacology
- Substance use disorders
- Consultation liaison
- Forensic psychiatry
- Psychotherapy
- Mood disorders
- Anxiety disorders
- ECT/TMS
- Psychotic disorders
- Eating disorders
- Sleep disorders
- Personality disorders
- Evidence based medicine in psychiatry
- Critical appraisal
- Others

Registration fees

Before Jan 1st 2010 : SR 2000

After Jan 1st 2010 : SR 2500

100 SR shall be deducted for canceling attendance

General Information

This is a 5 days comprehensive review course of psychiatry

To cancel your registration, please notify us in writing before 15th Jan, for refund (100 SR non-refundable processing fee). You may send a substitute if cannot attend

We reserve the right to cancel or reschedule the course due to unforeseen events

Coffee, tea break and lunch buffet will be offered daily

Accommodation could be arranged

This course is designed for

- 1- Physicians who are preparing for Boards of Psychiatry (Saudi , arab, Canadian, ABPN, MRCPsych)
- 2- Practicing Psychiatrist
- 3- Family Physicians

Registration Form

Name:

Address:

City/Country :

Occupation:

Phone:

E-mail:

Payment in Saudi Riyal should be payable to SPC:

Account no. (552797001520) Saudi France Bank. fax the transaction along with your name and mobile no to fax no +966-1-4623572 or scan it and e mail it to nawal.gm@gmail.com

For More Information please contact:

Skills Building Center for medical training

P.O.Box 301754 Riyadh Postal Code:11372 Kingdom of Saudi Arabia

Course Director

Dr Dakhil Alsaeidi

MD , FRCPC - alsaeidid@hotmail.com

Course Coordinator:

Ms Nawal Alghamdi

Tel: (966) 0533443120 - Fax: (966) -1- 4613418

Email:Nawal.gm@gmail.com

This course is accredited by Saudi Commission For Health Specialities 30 CME hour

Arabpsynet Papers Search



Search Papers With Arabic, English & French Words
www.arabpsynet.com/paper/defaultWord.asp



مركز مطمئن - الطب النفسي

www.arabpsynet.com/Hospitals/HospAlHabeeb.htm

الدورات التدريبية : خريف 2009 / شتاء 2010

www.prof-alhabeeb.com
info@prof-alhabeeb.com

ينظم مركز مطمئن للتدريب دورة تكوينية في الصحة النفسية كامل خريف 2009:

قائمة الدورات التدريبية : خريف 2009

اليوم	التاريخ	اسم الدورة	المدرّب	الوقت
الثلاثاء	06-oct	تلك هي ذاتي وأنا أحبها	وليد الزهراني	من 7.30 إلى 9.30
الأربعاء	07-oct	المقاييس النفسية واستخداماتها في التقييم الإكلينيكي	د/وائل + د/رضا	من 7.30 إلى 9.30
الأحد	11-oct	اضطرابات السلوك عند الأطفال	د/ إيمان الخريبي	من 7.30 إلى 9.30
الاثنين	12-oct	فنيات العلاج النفسي (المعرفي-السلوكي-التحليلي)	د/وائل + د/رضا	من 5.30 إلى 9.30
الثلاثاء	13-oct	فهم الشخصيات	د/طارق الحبيب	من 6 إلى 10
الأربعاء	14-oct	تقييم الشخصية بالرسم	د/ وائل محمود	من 7.30 إلى 9.30
الأحد	18-oct	كيف تقي نفسك من أنفلونزا التفكير	وليد الزهراني	من 7.30 إلى 9.30
الاثنين	19-oct	مهارات المقابلة الإكلينيكية لأخصائيين النفسين	د/ ملهم + د/ رضا	من 6 إلى 10
الثلاثاء	20-oct	التدريب على تطبيق مقياس بينيه للذكاء	د/ وائل محمود	من 6 إلى 10
الأربعاء	21-oct	فنيات الاسترخاء	وليد الزهراني	من 6 إلى 10
الأحد	25-oct	علاج الكذب والسرقة عند الأطفال	د/ إيمان الخريبي	من 6 إلى 10
الاثنين	26-oct	اختبار الشخصية المتعدد الأوجه	د/وائل محمود	من 6 إلى 10
الثلاثاء	27-oct	فن التعامل مع النفس والتحكم بضغوط الحياة	وليد الزهراني	من 6 إلى 10
الأربعاء	28-oct	ماذا تعرف عن مرض التوحد	د/ ملهم الخراكي	من 7.30 إلى 9.30
الأحد	01-nov	فرط الحركة عند الأطفال التشخيص والعلاج	د/ إيمان الخريبي	من 5.30 إلى 9.30
الاثنين	02-nov	التربية الدينية للأبناء رؤية نفسية	د/طارق الحبيب	من 7.30 إلى 9.30
الثلاثاء	03-nov	كيف تتعامل مع تغيرات المراهقة	د/طارق الحبيب	من 5.30 إلى 9.30
الأربعاء	04-nov	خوف الطفل من المدرسة	د/إيمان الخريبي	من 5.30 إلى 9.30
الأحد	08-nov	العلاج المعرفي السلوكي للوسواس	نجلاء + د/ رضا	من 5.30 إلى 9.30
الاثنين	09-nov	فن التعامل مع الخلافات الزوجية	د/طارق الحبيب	من 5.30 إلى 9.30
الثلاثاء	10-nov	الشك في الحياة الزوجية	د/طارق الحبيب	من 5.30 إلى 9.30
الأربعاء	11-nov	علاج العناد عند الأطفال	د/ إيمان الخريبي	من 5.30 إلى 9.30
الأحد	15-nov	العلاج الجماعي	د/وائل+د/رضا	من 5.30 إلى 9.30
الاثنين	16-nov	الاختبارات الإسقاطية	د/ وائل محمود	من 5.30 إلى 9.30
الثلاثاء	17-nov	العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الذعر	نجلاء + د/ وائل	من 5.30 إلى 9.30
الأربعاء	18-nov	العلاج المعرفي للإكتئاب	د/ رضا السيد	من 5.30 إلى 9.30

للتواصل

بريد الكتروني: info@prof-alhabeeb.com

الشهادات

* شهادات تدريبية معتمدة

* شهادات حضور

الكتاب الذهبي للشبكة

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsPsyGoldBook.asp
www.arabpsynet.com/propsitions/ConsGoldBook.asp

شاركه برأيك

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

Arabpsynet Congress Guide

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.htm
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Ar.htm
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Fr.htm
Form Add Congress
<http://www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm>

الدورات التكوينية لسنة 2009 - 2010

قائمة الدورات التدريبية: شتاء 2009 - 2010

اليوم	التاريخ	الرسوم	اسم الدورة	المدرّب	الوقت
الأحد	20-Dec	جانية	فنيات العلاج النفسي	أ. أريج المعلم	من 9:00 إلى 5:00
الأحد	20-Dec	جانية	أهمية السنوات الأولى في بناء شخصية الطفل	هيا السويلم	من 9:30 إلى 7:30
الاثنين	21-Dec	جانية	كي نعرف أكثر عن التوحد	د. ملهم الخراكي	من 9:30 إلى 7:30
الثلاثاء	22-Dec	جانية	المقاييس النفسية واستخداماتها	د. رضا السيد	من 9:30 إلى 7:30
الأربعاء	23-Dec	جانية	كيف نحمي أطفالنا من الإخفاف	أ. فراس الحبّيس	من 9:30 إلى 7:30
الخميس	24-Dec	جانية	خططي لحياتك	أ. نجلاء الفهد	من 1:00 إلى 11:00
الخميس	24-Dec	300	فهم الشخصيات	أ. د. طارق الحبّيب	من 9:00 إلى 5:00
الخميس	24-Dec	جانية	كيف تكون ممارساً نفسياً محترفاً	د. طالب خفاجي د. سعيد وهاس	من 1:00 إلى 11:00
الأحد	27-Dec	جانية	كيف تكون محاوراً جيداً	أ. وليد الزهراني	من 9:30 إلى 7:30
الاثنين	28-Dec	300	الخلافات الزوجية	أ. د. طارق الحبّيب	من 9:00 إلى 5:00
الثلاثاء	29-Dec	300	تنمية الحب وعلاج الشك بين الزوجين	أ. د. طارق الحبّيب	من 9:00 إلى 5:00
الأربعاء	30-Dec	150	تعديل الإخفافات السلوكية للمراهقين	د. ملهم الخراكي	من 9:00 إلى 5:00
الخميس	31-Dec	150	الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال	د. إيمان الخريبي	من 8:00 إلى 4:00
الأحد	3-Jan	جانية	كيف تستمتع بتربية أبنائك	د. ملهم الخراكي	من 9:30 إلى 7:30
الاثنين	4-Jan	150	كيف تتعامل مع الوسواس	أ. فراس الحبّيس	من 9:00 إلى 5:00
الاثنين	4-Jan	جانية	تعاملي مع غضبك	أ. نجلاء الفهد	من 9:30 إلى 7:30
الثلاثاء	5-Jan	150	الإضطرابات الجنسية الأسباب والعلاج	د. رضا السيد	من 9:00 إلى 5:00
الأربعاء	6-Jan	جانية	كيف نعلم أطفالنا التفكير	أ. وفاء الطجل	من 7:00 إلى 5:00
الأربعاء	6-Jan	150	فنيات العلاج الجماعي	د. ملهم الخراكي	من 9:00 إلى 5:00
الخميس	7-Jan	150	العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الذعر	د. سعيد وهاس	من 8:00 إلى 4:00
الأحد	10-Jan	150	مهارات المقابلة الإكلينيكية	د. ملهم الخراكي	من 9:30 إلى 7:30
الاثنين	11-Jan	150	كيف تتخلص من الإكتئاب	د. رضا السيد	من 9:00 إلى 5:00
الثلاثاء	12-Jan	150	الإختبارات الإسقاطية	أ. فراس الحبّيس	من 9:00 إلى 5:00
الأربعاء	13-Jan	جانية	بين الحلم والواقع في الحياة الزوجية	هيا السويلم	من 9:30 إلى 7:30
الأربعاء	13-Jan	جانية	(أمسية نسائية)	وسلطانه القحطاني	من 9:30 إلى 7:30
الخميس	14-Jan	150	فرط الحركة لدى الأطفال	د. إيمان الخريبي	من 8:00 إلى 4:00
الأحد	17-Jan	جانية	كيف تتعامل مع الخجل الاجتماعي	أ. وليد الزهراني	من 9:30 إلى 7:30
الاثنين	18-Jan	300	مهارات التعامل مع الضغوط	أ. د. طارق الحبّيب	من 9:00 إلى 5:00
الثلاثاء	19-Jan	300	في بيتنا مراهق	أ. د. طارق الحبّيب	من 9:00 إلى 5:00
الأربعاء	20-Jan	جانية	كوني واثقة	أ. نجلاء الفهد	من 9:30 إلى 7:30
الأربعاء	20-Jan	150	كيف تتخلص من القلق	د. رضا السيد	من 9:00 إلى 5:00
الخميس	21-Jan	300	ردود فعل الأبناء بعد الطلاق	أ. د. طارق الحبّيب	من 8:00 إلى 4:00
الأحد	24-Jan	جانية	تعرفي على الأفكار المخبطة	أ. نجلاء الفهد	من 9:30 إلى 7:30
الاثنين	25-Jan	جانية	رحلة ولكن نحو أعماقك	د. ملهم الخراكي	من 9:00 إلى 7:00
الثلاثاء	26-Jan	150	اختبار الشخصية MMPI	أ. فراس الحبّيس	من 9:00 إلى 5:00
الأربعاء	27-Jan	150	التدريب على مقياس بينيه للذكاء	د. رضا السيد	من 9:00 إلى 5:00
الخميس	28-Jan	150	مدارس العلاج النفسي	د. طالب خفاجي	من 8:00 إلى 4:00

فاكس : 0096614940640

بادروا بالتسجيل فالمقاعد محدودة

E-mail: t.motmaena@gmail.com

للحجز والإستفسار

جميع الدورات ستقام في الرياض بمركز مطمئنة الطبي

هاتف: 0096612296669 تحويلة 301-303

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 والمعالجات الفعلية لمجتمعنا العربي .

تقبل للنشر 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 نفسيين 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 مرص (لا تقبل الأبحاث الورقية) .
- إرسال السيرة العلمية المختصة بالنسبة للكتاب الذين لم يسبق لهم النشر في مجلة الشبكة.

■ قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات والكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
- 2- يراعى في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متنوعه بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر .
- 3- استيفاء البحث لمطلوبات البحوث الميدانية والتجريبية بما يتضمنه من مقدمة والإطار النظري والدراسات السابقة ومشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتعريف مصطلحاته.
- 4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العينة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكمومترية وخطوات إجراء الدراسة.
- 5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستعينا بالجداول الإحصائية أو الـ سومات الـ بيانية متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- تخضع الأعمال الطبفسية المعروضة للنشر لمكبر اللجنة الاستشارية الطبفسية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمفسية لمكبر 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- الأراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث المفروضة لأصحابها .
- 10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر .

قواعد الوثائق:

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 و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, et al., 1965)، وعند الاقتباس بوضع 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 ترقيم متسلسل. 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 غنياً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايبة (2002). تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12،

87 - 114

-ج- عندما يكون المرجع غنياً في كتاب:

- 1- اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث
- 2- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها من قمتة 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 الوثائق

■ 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 الأفكار التي يطرحها وإيجابيات وسلبيات.
- 3- تحتوي 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.

Motmaenna Hospital Center - Riyadh, KSA



مركز مطمنة - الرياض

www.prof-alhabeeb.com