4
Autumn
2004

ARABPSYNET
شبكة العلوم النفسية العربية
e.JOURNAL
مجلة

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm Volume 1- N°4, 2004 – - 2004 -4 مجلد 1 عدد

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

مجلة فصلية محكمة في علم النفس

إصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية – تونس

قـراءة سيكولوجيـة العنـف ... تـجاوزا لانجراحـات الـذات العربيـة

د. جمـــال التركـــي – الطـب النفسـي / تونـس

بـــريد إلكترونـــي : turky.jamel@gnet.tn

مقتطـف : شـيء مـن تاريـخ عنـف إنسانـنـا...

مـن الماضـي البعيـد ... كان "السفاح" هو أول خلفاء بني العباس، بويع في الكوفة عام 132 هـ، وقف خطيبا يقول للناس : "استعدوا، فأنا السفاح المبيح و الثائر المبير" (1). و يروي لنا السيوطي كيف استولى على الحكم "بالبيعة أيضا" قتل في مبايعة السفاح من بني أمية و جندهم ما لا يحصى من الخلائق، فتوطدت له الممالك إلى أقصى المغرب!" . . لقد أمر باغتيال جميع كبار بني أمية المستسلمين، ثم لا يخجل أن يجلس على البساط الذي لهم به، فيتناول طعامه فوقهم، وهم يتقلبون في جراحاتهم، و يئنون بآلامهم، و يسبحون بدمائهم و ما زال قائما لا يبرح عنهم حتى فاضت نفوسهم إلى بارئها شاكية ظلم الإنسان و جبروته (2). لقد استهل الرجل حكمه بإخراج جثث خلفاء بني أمية من قبورهم و جلدهم و حرق جثثهم، و نثر رمادهم في الريح! . و لم يكن ذلك في بداية عهده بالحكم فحسب، و إنما كانت سياسته التي سار عليها، "كان السفاح سريعا إلى سفك الدماء، فاتبعه في ذلك عماله بالمشرق و المغرب"! (3)، و مع ذلك كان الرجل شديد التدين و كان نقش خاتمه "الله، ثقة عبد الله، و به يؤمن"! (4) . و لما أتى أبو العباس برأس مروان و وضعها بين يديه سجد فأطال السجود ثم رفع رأسه، فقال : "الحمد لله الذي لم يبق ثأري قبلك، و قبل رهطك، الحمد لله الذي أظفرني بك، و أظهرني عليك"! (5).

(1) "البداية و النهاية" جـ 10 ص 42 - (2) "الكامل في التاريخ" لابن الأثير، الجزء الثالث ص 501-502، دار إحياء التراث بيروت- (3) "تاريخ الخلفاء" ص 257 - (4) د. حسن إبراهيم، "تاريخ الإسلام"، الجزء الثاني ص 25 - (5) "مروج الذهب" للمسعودي، الجزء الثالث ص 271.

مـن الماضـي القريـب و حـاضرنـا ..."و تبقى الذاكرة خير شاهد عن عنف ما وصلنا . . . و ما خفي يبقى الله شهيدا عليه.

و نحن نستعد لإقفال هذا العدد بلغنا نبأ الزلزال الذي هز المحيط الهندي و غمرت أمواجه العاتية جزر جنوب شرقي آسيا، حصلت كارثة من أكبر كوارث إنسان العصر الحديث، قست الطبيعة فسوت بالأرض جزر و قرى أصبحت خاوية، ضربت بأمواج كالجبال فأهلكت الحرث و الناسل و لا عاصم إلا من رحم. تضرب اليوم كما ضربت بالأمس البعيد أقواما أخرى.

و في خضم قراءتنا لسيكولوجية عنف الإنسان فاجأنا عنف الطبيعة بكل قسوتها . . . و نحن نبحث في الدوافع الواعية و المطمورة لتفكيك "عنف الإنسان" تأتي كارثة جزر آسيا لتذكرنا أن قدر الإنسان أن يصارع عنف أخيه و عنف الطبيعة، إنه إن سلم عنف الإنسان قست عليه الطبيعة و إن سلم الكوارث قضى عليه أخيه، مأساة الإنسان أن يعيش صراع العنف منذ لحظة ولادته إلى مماته و قدرنا كأخصائيي الصحة النفسية أن نساهم (بما يسمح به علمنا) في الحد من عنف الإنسان، أما عنف الطبيعة فهو شأن اختصاصات أخرى. إن تضافر جهود الجميع هو السبيل الأوحد لتدني "العنف" المسلط على الإنسان، إنه لم يعد مقبولا في عصرنا أن يتحكم سيكوباتي معتل في قدر إنسان أكرمه الله بالحياة . . إن الإنسان الذي سلبت حريته و اختياره سلبت آدميته، و من تحول إرادة الإنسان إلى عدم يأس كرامته و حرمه من تحقيق ذاته و كينونته، إن الإنسان العربي المنجرح في راهنه و مستقبله تأسره عديد الإضطرابات النفسية انطلاقا من العصاب إلى العقال مرورا بالفكار و السلاك و الفتاف، و يبقى الأمل في سعينا نحو تحقيق لياقة نفسية آن أوانها لتجاوز الانجراحات أضنتنا . . .

مجلة الشبكة الإلكترونية . . . شمعة أولى

هذا العدد (الرابع) تكتمل السنة الأولى من المجلة، كانت البداية مشحونة بعديد الهواجس، كنا نخشى أن نخيب تطلعات الأطباء و أساتذة علم النفس. كانت خشيتنا كبيرة بعد الانطلاقة الموفقة لبوابة الشبكة على الويب (بشهادة أساتذة و أطباء لم يعرف عنهم مجاملة على حساب العلم) ألا تكون المجلة في المستوى الأكاديمي المعترف به و في مستوى المجلات العلمية المحكمة، كنا ندرك طبيعة التحديات و نعلم أنها التجربة العربية الأولى في مجال الإصدار الإلكتروني على مستوى الاختصاص، كنا مهيبين خشية أن نهمش لسبب أو لآخر، و بقدر خشيتنا كانت طموحاتنا، كان التحدي كبيرا لخوض التجربة، عزمنا الأمر و توكلنا على الله. أردناها أن تكون أكاديمية، ثلاثية اللغة، ذو مستوى علمي راق، كانت الإمكانيات محدودة و فريق العمل صغير، كانت المعوقات أكثر من أن تحصى و كانت عزيمتنا أكبر و أصدرنا المجلة، و جاء كل عدد أفضل من سابقيه . . . و كانت الردود ملفتة و مشجعة، كانت في تكاثر على أثر كل عدد و تتالى وصول الأبحاث و المقالات بكثافة تتجاوز قدرة المجلة لنشرها، كان لزاما أن نعتذر عن نشر بعضها، كنا في حرج من الاعتذار و نحن في بداية المسيرة و كان المخرج أن تم "إقرار العمل حسب مبدأ المحاور" و تم قبول جميع الأبحاث مبدئيا على أن يبقى

موعد نشرها رهين المحور الذي يندرج في إطاره هذا البحث أو ذاك.

وكان المحور الرئيسي لهذا العدد "الشخصية العربية . . . قراءة سيكولوجية العنف" حافلا بعديد الأبحاث و المقالات الأصيلة لنخبة من أبرز وجوه الاختصاص في الوطن العربي. إنها بداية واعدة نثمنها خطوة هامة في مسيرة تطور العلوم النفسية في الوطن العربي. إنا و نحن نضع بين أيديكم هذا العدد للدراسة و التقييم نسعدنا تلقي انطباعاتكم و نقدكم تطورا به نحو الأفضل.

فـي هـذا العـدد...

جاء المحور الرئيسي لهذا العدد حول "قراءة سيكولوجية العنف . . . عنف انساننا "، موشحا بإمضاء نخبة من أبرز أهل الاختصاص في أوطاننا بدءا بالاعتراف بحقوق المريض النفسي و التي يعتبرها أحمد عكاشة (مص) جزءا لا يتجزأ من حقوق الإنسان، ليقدم لنا بعد ذلك قاسم صالح (العراق) قراءة سيكولوجية للأسباب التراكمية و المحتملة عن العنف في المجتمع العراقي ساعيا أمام مشهد العنف العراقي القديم/الحديث الإجابة عن تساؤل هل أن العراقيين عدوانيين بطبيعتهم أم هل توجد بخارطتهم الوراثية جينات من العنف و العدوان أكثر من آخرين ينتمون إلى شعوب أخرى. كما يعرض كل من بشير معمرية و إبراهيم ماحي (الجزائر) دراسة أكاديمية مميزة عن أبعاد السلوك العدواني و علاقتها بأزمة الهوية من خلال دراسة أجريت على عينة من شباب الجامعة، أما محيي الرخاوي (مص) فيطرح من خلال "صراعات الآن و جدل الآتي" عديد التساؤلات حول طبيعة الصراعات التي تعيشها الإنسانية اليوم، هل مازال تاريخ الحياة سلسلة من الصراعات المتتالية و المتصلة أو المتباوبة؟ هل يستمر الصراع كما هو مما هو؟ ليؤكد لنا قدري حفني (مص) في نهايته أن "الوعي بالمشكلة . . . خطوة أولى نحو الحل" و أن حل المشكلات التي تبدأ نذرها خفيفة في البداية ثم تأخذ في التراكم و التضخم و الظهور لا يمكن أن تتأتى بجهد فردي مباشر بل لا بد أن يكون ذلك الجهد جماعيا مخططا إلى جانب التصدي لقوى و مؤسسات عاتية تستفيد من استمرار المشاكل، ثم يقدم لنا محمد أحمد النابلسي (لبنان) دراسة ميدانية أصيلة و فريدة من نوعها عن الجمهور العربي و أثر الصدمة النفسية عليه من خلال دراسة الآثار النفسية الآنية ، القريبة و البعيدة الأمد لصدمة السيارة المفخخة ليخلص إلى عرض مفصل لـ "تداخر السيارة المفخخة" ذلك أن أي من التصنيفات الطبنفسية الحديثة لا يفي بالغرض لدى تطبيقه على اللبنانيين و العرب المعاصرين من الآثار النفسية للحرب و للانفجارات. ثم نفسح المجال لإقبال الغربي (تونس) لمقاربة نفسحليلية لمفهوم "فدية إبراهيم" من خلال دراسة موقف الفداء من سيرة إبراهيم عليه السلام حسب وروده في الأديان الثلاث : اليهودية، المسيحية و الإسلام، كما يشاركنا هذا العدد من كندا وجدي لوزا ببحث نادر عن توقع تكرار العنف عند المسجونين و ما لأهمية تحديد المؤشرات الخفية المؤدية لانتكاسة العنف تجنبا للمجتمع من جرائم مستقبلية محتملة، و من لبنان عدنان حب الله في قراءة نفسحليلية لـ "طيف صدام و احتمالات الوحدة و التفكك" مؤكدا أن زوال صدام حرر الناس و لكنه لم يحرر هم من الكراهية التي غذاها و نماها طوال عهده، أما محمد ضو فيقدم لنا من سوريا دراسة ميدانية عن العنف ضد المرأة ليستقطر الأقنعة عن هذا الموضوع/النابو من خلال أرقاما دالة، ليخلص إلى توصيات هامة لمكافحة هذه الظاهرة المهينة للمرأة العربية.

في ختام هذا الملف عن سيكولوجية العنف نعرض لعديد المداخلات الموجزة " المنسلط . . . المسند . . . شخصية مرضية" ، "العنف ... الجريمة... نحو فهم سيكولوجي"، "مداخل نفسية لنبذ ثقافة العنف"، "هوس السلطة . . . رؤية في سيكولوجية الاستبداد"، "مسألة العنف في المجتمع المصري . . . تساؤلات"، " العنف الجنسي . . . مقاربة أنثروبولوجية" ، "في سيكولوجية العنف والعدوان" لكل من سامر جميل رضوان (سوريا)، محمد أحمد النابلسي (لبنان)، إقبال الغربي (تونس)، علي تركي نافل (العراق)، لطفي الشربيني (مص)، فارس كمال نظمي (العراق) و قاسم حسين صالح (العراق).

انتقالا إلى بقية الأبواب، نعرض في باب جمعيات نفسية لجمعية التحليل النفسي المغربية، و في باب مؤتمرات لبرنامج الملتقى المغاربي الأول للتحليل النفسي، و برنامج الملتقى الفرنكفوني الرابع للأطباء النفسانيين إضافة إلى أجندة المؤتمرات النفسية للثلاثية الأولى من سنة 2005 ليأتي باب مراجعة كتب و أطروحات موشحا بملخص كتاب الزين عمارة (الإمارات/السودان) "رحلتي مع الطب النفسي" و ملخص أطروحة من إشراف عدنان فرح (الأردن) حول أثر مركز الضبط في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان، و في باب مراجعة مجلات نعرض لملخصات العدد 59 (يوليو 2004) من "الثقافة النفسية المتخصصة (لبنان) الذي جاء محوره الرئيسي حول "التراث النفسي العربي".

كما نعرض في نهاية العدد في باب جوائز نفسية لجائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية (المركز العربي للدراسات النفسية) و في باب منتدى الحوار لمداخلات المحور الثالث للمنتدى حول "الوظيفة الجنسية من السواء إلى الاضطراب" و في باب الكتاب الذهبي للشبكة لانطباعات أساتذة علم النفس أما في باب مستجدات الطب النفسي فنعرض لملخصات أهم الأبحاث الطبنفسية العالمية الصادرة في الثلاثية الأخيرة لسنة 2004، و في آخر أبواب المجلة "مصطلحات نفسية" نعرض لترجمة مجموعة من المصطلحات من الحرف الأول من اللغات الثلاث العربية، الفرنسية، الإنكليزية.

إلـى أن نلتقـي . . . إضحى مبارك

ON THE OCCASION OF THE INTERNATIONAL DAY FOR HUMAN RIGHTS

PROF. AHMED OKASHA –PSYCHIATRY - EGYPT
WPA President, Director, WHO Coordinating Center for Research and Training in Mental Health
E.MAIL : aokasha@internetegypt.com

The 10th of December marks the International Day for Human Rights. People and organizations worldwide are celebrating this day by recognizing their achievements and listing and reminding the world of the many human rights abuses that remain to be addresses and corrected.

Although not a human rights organization, the WPA has had, and continues to have, its contributions to the advocacy of human rights in its domain, inclusive of the human rights of mental patients and their caretakers, the psychiatrists.

The Declaration of Hawaii was the first positional statement of the psychiatric profession concerning ethical questions. It was prepared by Clarence Blomquist and was adopted by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Hawaii in 1977. Its primary aim was to encourage psychiatrists in conflicts of loyalty in contemporary societies and to help them in conflicts of psychiatric decision-making. A major trigger was the political misuse of psychiatry in countries such as the former Soviet Union, Romania, and South Africa that came to public awareness during the early 1970s.

The Declaration of Hawaii explicates the ethical principles of respect for autonomy and of beneficence: By formulating the components of informed consent, by calling to mind the obligation of confidentiality, by stating rules for forensic evaluation and compulsory interventions, by demanding the possibility of independent proof of compulsory measures and by obliging psychiatrists not to misuse their professional possibilities and particularly to abstain from any compulsory intervention in the absence of a mental disorder.

The efforts of psychiatrists and health politicians initiated in many countries continued to achieve fundamental improvement of care for the mentally ill.

At the 1993 WPA World Congress in Rio, the Ethics Committee, which I was honored to chair, was mandated to update the Hawaii Declaration and to develop guidelines for specific situations. The process involved the collection of data on the issue of professional ethics in the field of medicine and psychiatry from all WPA societies. The literature on ethical codes was complemented in 1994, upon the recommendation of the Long Range Planning Committee, by a mail survey to the different societies, aiming to identify the existence of codes of ethics for psychiatrists in the different countries.

The first section of the Madrid Declaration outlines the ethical commitments of the profession and the theoretical assumptions upon which these are based. It acknowledges that medical professionals are facing new ethical dilemmas resulting from increasingly complex medical interventions, new tensions between the physician and the patients, new social expectations from the physician, development of new research modalities and rapid advancement of research technology with prospects for possible technological interventions especially in the field of genetic research and counseling. However, it also stresses that, despite cultural, social and national differences, the need for ethical conduct and continual review of ethical standards remains universal. It states that as a practitioner of medicine, the psychiatrist must be aware of the ethical implications of being a physician, and of the specific ethical demands of the specialty of psychiatry. As members of society, psychiatrists must balance professional obligations with their responsibilities for the common good. Furthermore, that ethical behavior is based on the individual psychiatrist's sense of responsibility towards the patient and his/her judgment in determining what is correct and appropriate conduct.

The second section contains seven general guidelines that focus on the aim of psychiatry. It states that psychiatry is a medical discipline concerned with the provision of the best treatment for mental disorders, the rehabilitation of individuals suffering from mental illness and the promotion of mental health. It also stresses that the patient should be accepted as a partner by right in the therapeutic process and that the therapist-patient relationship must be based on mutual trust and respect to allow the patient to make free and informed decisions. It is the duty of psychiatrists to provide the patient with relevant information so as to empower the patient to come to a rational decision according to personal values and preferences.

Ensuring the respect of mental patients who constitute research subjects, the Madrid Declaration states that it is unethical to conduct research that is not in accordance with the canons of science is unethical and that research activities should be approved by an appropriately constituted ethical committee.

The third section of the Madrid Declaration deals with guidelines on specific issues, which the World Psychiatric Association Ethics Committee's recognized as important to develop. Those guidelines address case specific issues such as euthanasia, torture, death penalty, sex selection, relationship with the industry, organ transplantation, psychotherapy and protection of mental patients from sexual harassment by therapists.

The Madrid Declaration opposed the participation of psychiatrists in the decision or execution of euthanasia. On the issue of Torture it states that a psychiatrist should not take part in any process of mental or physical torture, even when authorities attempt to force their involvement in such acts, nor should he/she sign a statement indicating that a convict is competent for execution. The Madrid Declaration states that psychiatrists should not under any circumstances participate in legally authorized executions nor participate in assessments of.

competency to be executed for convicts receiving the Death Penalty. Also, aware that preference of male offspring in some societies may lead to a termination of pregnancy assisted by a psychiatric certificate, the Madrid Declaration stresses that under no circumstances should a psychiatrist participate in decisions to terminate pregnancy for the purpose of sex selection

In agreement with the UN Resolution 46/119 on the "Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care", which the WPA distributed to all its member societies, psychiatrists should oppose discriminatory practices against mental patients that limit their benefits and entitlements, deny parity with other groups of patients, curb the scope of treatment, or limit their access to proper medications. The Madrid Declaration states that discrimination by psychiatrists on the basis of ethnicity or culture, whether directly or by aiding others, is unethical. Psychiatrists shall never be involved or endorse, directly or indirectly, any activity related to ethnic cleansing.

Furthermore, the Declaration affirms that the in a symbolic sense the human genome is the heritage of humanity and that it underlies the recognition of people's inherent dignity and diversity, which is why it is imperative to undertake rigorous assessment of the potential risks and benefits pertaining to research, treatment or diagnosis affecting an individual's genome and that in all cases free and informed consent of the person concerned should be obtained in addition to the right of each individual to decide whether or not to be informed of the results of genetic examination. Furthermore the Madrid Declaration calls on psychiatrists to deal with psychotherapy according to the same ethical guidelines that guide any therapeutic process. Abuse of patient's trust and breaching the boundaries of therapist-patient is considered by the declaration as violation of the human rights of mental patients.
While all of the above focuses on the rights of mental patients, the rights or psychiatrists should be equally protected to be able to practice free of coercion and pressure, whether by third party payers, drug companies or state authorities.

Another level of human rights concerns of the WPA has been surfacing over the past few years with alleged abuse of mental health institutions as places of incarceration for political dissidents (the case of the Falon Gong in China), execution of the death penalty against mental patients (the case of the US) and use of brains of deceased mental patients for research without the consent of their families or their consent before their death (the case of the UK). The WPA has been investigating those complaints thoroughly with a view to intervene in collaboration with colleagues in the respective countries.

Not only is the WPA as the largest professional organization of psychiatrists, challenged by national or individual human rights concerns of mental patients; it has also drawn the attention of the world to ongoing conflicts that entail depriving patients of mental health care services, or threatening their safety in cases of war and in conflict zones. In 2003 the WPA issues a statement regarding the cycle of violence in the Middle East shedding light on the consequences, detrimental to the mental health, especially of women and children. Then once again in 2003 the WPA issues a statement warning of the health and mental health hazards to be excepted from the US war against Iraq, highlighting the traumatic impact of that war on the local population and the possible consequence of large sectors of society suffering the psychological consequences of violence, trauma, loss and displacement. While the WPA was successful in the widespread adoption of national psychiatric association to the Madrid Declaration, which in the meantime ahs been translated into many languages and whose endorsement has become a precondition for new association to join the WPA, it is unfortunate that the professional voice of psychiatrists did not echo strongly enough in the field of world politics.

I believe that on the occasion of the international human rights day we should renew our commitment to continue advocating and mobilizing for a world that not only protects the mentally ill, granting them access to treatment and rehabilitation and a better way of life, but also a world that considers the short and long term effects of its political decisions on the mental health of world citizens.

العنـــف فـي المجتمـــع العراقـــي (قـراءة نفستحليليـة للأسبـاب التراكميـة و المحتملـة)

أ.د. قاسم حسين صالح – علم النفس / بغداد – العراق
رئيس الجمعية النفسية العراقية
بريد إلكتروني : iraqipa@hotmail.com

إشارة لابد منها : قد يثير هذا الموضوع عدم رضا بعض السياسيين أو بعض المثديين. غير أنني لست سياسيا، بمعنى الانتماء إلى حزب سياسي. ولست منتميا إلى تنظيم ديني، إنما أنا اختصاصي في تحليل الشخصية وما يصيب الناس من اضطرابات نفسية وسلوكية. ولأن قتل الإنسان صار لدينا لحن العراقيين أسهل من قتل الحيوان، فقد رأيت من واجبي أن أنبه إلى ما في نفوسنا من عنف. ذلك أن التنبيه إلى وجود مرض يفترض أن يساعد على التخلص منه، في ظروف تهيأت فيها أسباب العنف وكأنها قنابل موقوتة إذا ما انفجرت فأن نارها ستلتهم ضحايا أكثر وتجز الوطن إلى أقاليم. والغرض الثاني من هذه الورقة هو الحوار من أجل الوصول إلى رؤية أنضج، تساعد على وضع برنامج نفسي إعلامي لخفض العنف في المجتمع العراقي.

كنت مولعا بالاطلاع على أحوال الشعوب وقراءة روايات الحروب. ثم دفعني فضولي العلمي إلى دراسة(جرائم العنف) نظريا وميدانيا، إذ قمت بتحليل نفسي لعدد من مرتكبي جرائم القتل البشعة.

ولقد وجدت أن العنف موجود لدى الشعوب كافة. غير أنني توصلت إلى استنتاج آلمني حقا هو:

إن العراقيين أكثر الشعوب قسوة في ممارسة العنف.

ففي تاريخنا الحديث :

قتل الملك غازي بحادث سيارة. وقتل الملك فيصل الثاني في قصره برصاص جندي عراقي صبيحة 14 تموز 1958 (ويروى أنه دفن تحت شجرة سدرة في حديقة المقبرة ولم يدفن إلى جانب أبيه وجده تحت القبة في المقبرة الملكية الكائنة في الأعظمية إلا بعد أربعة وعشرين عاما!). وقطع العراقيون جثث الوصي عبد الإله وآخرين، وطافوا بكفوف أيديهم وأشلائهم في شوارع بغداد.

وقتل عبد الكريم قاسم في دار الإذاعة ثم رموا جثته في نهر دجالى، وقيل أنهم أحرقوها فيما بعد. وقتل عبد السلام عارف في حادث تحطم طائرة ، قيل أنه مدبر. وأشيع عن العراقيين بأنهم في عام 1959 سحلوا بالحبال، في الموصل وكركوك، أشخاصا أحياء ثم مزقوا جثثهم. وعرف أيضا أن العراقيين في انقلاب عام 1963 شووا بالنار سكرتير الحزب الشيوعي العراقي وعددا من أعضاء الحزب وهم أحياء، وأنهم استعملوا وسائل عنف وتعذيب بشعة مع كثيرين ما كان لعدد منهم اتجاه سياسي معين.

وفي عام 1991 وعقب هزيمة الجيش العراقي في غزوه الكويت وسقوط السلطة في معظم محافظات العراق، وصل العنف بالعراقيين إلى أنهم وضعوا إطارات السيارات في رقاب عناصر من البعثيين وأحرقوهم وهم أحياء. وجرى تمثيل بتقطيع أجساد آخرين.

وفي عام 2003 تم اكتشاف العشرات من المقابر الجماعية، ذكرت الأخبار أنها تضم رفات آلاف من العراقيين بينهم نساء وأطفال، وأن كثيرا منهم دفنوا وهم أحياء. وتبين أن السلطة في النظام السابق في العراق استعملت مختلف وسائل العنف والتعذيب مع من عارضها أو كان يشتبه به أنه ضدها أو له موقف منها، مثل وضع الشخص وهو حي في الأحماض التي تذيب اللحم والعظم، والكي والحرق وتقطيع الأعضاء، وغيرها من فنون العنف التقليدية والمبتكرة.

وتفيد الأدلة بأن النظام السابق في العراق أستخدم السلاح الكيماوي ضد عشرات الآلاف من الأكراد العراقيين. وأن قائدا في ما كان يسمى (مجلس قيادة الثورة) أضاف الناس إلى اسمه (..... كيماوي) وقيل أنه كان يتباهى بهذا الوصف.

ولو أن صدام حسين، الذي وقع بيد الأمريكيين في الساعة الثامنة والدقيقة السادسة والعشرين من مساء السبت الثالث عشر من كانون الأول 2003- على ذمة مزاع - لو أنه وقع بيد العراقيين من خصومه لتوزعوا جسده قطعا على عددهم.

وجرت لغاية الآن (كانون الثاني 2004) تصفيات جسدية راح ضحيتها المئات من العراقيين بينهم: رجال دين وأطباء وأساتذة جامعة وسياسيون ونواس عاديون. وكان بين الذين تمت تصفيتهم بعثيون محسوبون على النظام السابق، وسياسيون إسلاميون وآخرون وطنيون أو تقدميون وأشخاص تركوا السياسة من زمن بعيد. ووصل الحال أن جرى تصفية أشخاص تحدثوا عبر قنوات فضائية عربية أو محلية بما لا يريح أو يغيض هذا الطرف السياسي أو ذاك. ويشاع أن لدى بعض الأحزاب أو الحركات السياسية **(غرف عمليات)** يتم فيها التداول بخصوص مصير أشخاص. وأن من يتخذ بشأنه قرار بالتصفية فأنه ينفذ في غضون ثلاثة أيام. ويرى كثيرون أن الدعوات التي تطلقها الأحزاب والحركات السياسية فيما يخص المصالحة الوطنية والتسامح، ما هي إلا أقوال فيما الانتقام والاحتراس من الآخر هي الأفعال المعاشة على صعيد الواقع.

وتنبأ الأحداث والقضايا، التي يعدها البعض مصيرية، ومنها الانتخابات وتشكيل الحكومة، بأن الأشهر القادمة حبلى بالمزيد من العنف.

وفي تاريخنا القديم:

قتل الخليفة العباسي العاشر (المتوكل على الله)، والخليفة الحادي عشر (المستنصر بالله)، والخليفة الرابع عشر (المهتدي بالله)، وسملت عينا الخليفة الثالث والعشرين(المستكفي بالله) ثم سجن حتى مات.

وقرأت في كتاب (المنتظم)لأبن الجوزي، أنه في سنة 291هج حدثت وقعة بين أصحاب السلطان وبين القرامطة، فجيء بالقرمطي (الحسين بن زكرويه) ومعه أكثر من ثلاثمائة من أتباعه، وقد وضعوا في فمه خشبة مخروطة وشدت إلى قفاه كهيئة اللجام ((وأمر المكتفي ببناء دكه في المصلى العتيق ارتفاعها عشرة أذرع، وبنى لها درج.. وأمر القواد والغلمان بحضور الدكه، فحضرها الناس، وجيء بالأسرى يتقدمهم

الفرمطـي... فصـعد به إلى الدكه، وقدم له أربعة وثلاثون إنسانا من الأسـرى، قطعت أيديهم وأرجلهم وضربت أعناقهم واحد بعد واحد، ثم قدم كبيرهم فضرب مائتي سوط، وقطعت يداه ورجلاه وكوي ثم أحرق ورفع رأسه على خشبة وصلب بدن الفرمطي في طرف الجسر الأعلى، الواقع في بغداد طبعا.

ولا أضـن أن كاتبا بمستطاعه أن يحصي مشاهد أو حالات العنف التـي حدثـت في العراق. على أن أقساها وأوجعها مشهد الحسين في واقعة كربلاء.

فلمـاذا هـذا العنف والتمثيل بالخصوم والتقطيع والحرق للأجساد والأرواح البشرية؟

هل يعود ذلك إلى أن العراقيين عدوانيين بطبيعتهم، وأنهم من طينة أخرى جبلت على العنف؟

وإذا أخذنـا الحمض النووي (DNA) لعراقي وحللناه، فهل سنجد في خارطـته الوراثية جينات من العنف والعدوان أكثر من آخرين ينتمون إلى شعوب أخرى؟

إن العراق موطن الشعر والأدب والفن والغناء والعلم والحضارة، فهل يقـبلها العقل أن يكون الإنسان شاعرا أو فنانا أو عالما ويمزق خصمه كما يفعل النمر الجائع بضحيته؟

هـناك مـن يقـول إن الشخصـية العراقية تجتمع فيها الصفات في تناقضـاتها.. بمعـنى أنهـا إذا أحبت أحبت حد التضحية، وإذا كرهت كرهـت حـد الحقـد، وقس على ذلك الصفات الأخرى. ومع ذلك فإن المنطق ينأى بنا عن القول بأن العنف من طبيعة الشخصية العراقية، أو أنهـا جبلـت عليه. وأن التحليل السيكولوجي يقودنا إلى أن العنف في الشخصـية العراقية ناجم أساسا عن الصراع على السلطة. وأن وسائل الصـراع هـذه كانت من طبائع الحيوانات المفترسة حين تتنازع على الضحية. . ولنبدأ بأقرب تاريخ لهذا الصراع.

واقعة كربلاء. . وعقدنا الانتقام والذنب

عـندما سـقط الحسـين في أرض المعركة، انهالت عليه الطعنات، وتقدم الشمر بن ذي الجوشن فاجتز رأسه. ودلسوا على صدره ورضوا ضـلوعه ومـثلوا به وحملوا رأسه على رمح إلى عبيد الله بن زياد، ثم إلـى يـزيد بن معاويه. (ويقال إن حمل رؤوس الخصوم إلى السلاطين كان من عادات العرب).

وما يجعلك في أقصى حالات الدهشة والاستغراب والعجب والحيرة وتقليب الأسباب بحثا عن جواب، كيف يخلع الإنسان قيمه في لحظة كما يخلع ثوبه، ويتحول إلى حيوان مفترس في هذا المشهد التراجيدي الفريد فـي بشاعته. فالقاتلون ليسوا من أمة أخرى ولا من دين آخر، إنما هم عـرب ومسـلمون. والقتيل ليس إنسانا عاديا، إنما هو حفيد النبي الذي يدينون بدينه، وأنموذج للتقوى والزهد والأخلاق السامية. ومع كل هذا فأنـه عـندما سـقط قتـيلا صار قاتلوه يتسابقون على التمثيل بجسده وتقطيعه.

كـان العراقـيون يشـهدون ابشـع مشهد عنف يرتكبه بشر. وكان معظمهم يتمزق نفسيا ، لأنهم وضعوا أو وضعوا أنفسهم في أعقد موقف أو مـأزق يتصارع فيه الوجدان ضد الفعل، بين قوة دافعة باتجاه الإقدام و قوة ساحبة باتجاه الإحجام. أو أنهم وقعوا ، فيما نسميه بالمصطلحات الحديـثة، بالتناشـز الإدراكي الذي يعني الحالة التي يكون فيها الإنسان أمـام إجراءيـن متناقضـين لها يتحتم عليه أن يختار واحدا منهما. فقد تصارعت في داخل كل من حضر المشهد، القيم والمبادئ مع التصرف والفعـل. فكـان حلهم لهذا المأزق النفسي_الأخلاقي تغليب الفعل على الوجـدان بقولهـم :(قلوبـنا معك وسيوفنا عليك). أي أنهم مع الحسين عاطفة ووجدانا وقيما ومبادئ، وضده وجودا وكينونة حياتية.

من هذا المشهد نشأ مأزق نفسي لدى العراقيين ترسب في لاوعيهم الجمعي ، تمثل في ثلاث حالات:

الأولى: الشعور بالإثم الناجم عن قتلهم للحسين.

الثانـية: الشعور بالذنب وتأنيب الضمير الناجم عن إدراكهم بـأن في قتلهم للحسين كانوا يقتلون قيمهم الراقية في داخل أنفسهم.

والثالـثة: الشـعور بالانـتقام لدى المتفرجين على المشهد، الناجم عن تخاذلهم عن نصرة الحسين.

ولقد شكل هذا واحدا من أهم الأسباب النفسية التي تفسر العنف لدى العراقيـين. ذلك أن الشعور بالإثم والذنب والانتقام تدفع لا شعوريا إلى ممارسـة آليتيـن نفسـيتين هما **(التطهير)** و **(التكفير)**. ولكي يحصل التطهير والتكفير فأن هاتين الآليتين تدفعان إما إلى :

معاقـبة الذات بإيقاع الألم والأذى بها (الضرب بالزنجيل والقامة مثلا)، أو إيجاد خصم يكون (الضحية) لممارسة العنف عليه.

وفي المقابل، ترسب في اللاشعور الجمعي لدى الطرف الثاني الذي فرض عليه القيام بدور الضحية، بأنه مستهدف وعليه أن يكون في حالة إنـذار وتأهـب نفسي يترصد حركة الطرف الأول. وقد يستبق الحدث ويـبدأ هو بالعنف ضد الخصم ، الطرف الأول، عندما يشك في انه يهم بالنيل منه.

والإشـكالية النفسـية هـي **أن الخصم والضحية** سيظلان يتبادلان الأدوار في اللاشعور الجمعي لدى العراقيين في دائرة مغلقة من العنف لآلاف سنة أخرى، ما لم يواجه العراقيون بإخراج هذه الحقيقة النفسية من لاشعورهم الجمعي ونقلها إلى مستوى الشعور الشخصي، ومكاشفتهم بها للتخلص منها.

جبهتان... في قطيعة نفسية

منذ مشهد العنف الكربلائي (في 61 هج) صار في العراق جبهتان، جبهة **السلطة** وجبهة **العامة** من الناس، كل واحدة منهما ترى نفسها أنها على حق والأخرى على باطل. فجبهة السلطة ترى أن الخليفة أو الملك أو السـلطان إنمـا هو (حمى الله في بلاده وظله الممدود على عباده). وأن (إمـام غشوم خير من فتنة تدوم). (وأن طاعة الأئمة ((=الخلفاء أو السـلطة)) مـن طاعة الله وعصيانهم من عصيان الله). وأنه(إذا كان الإمام ((=الخليفة أو السلطان أو الملك)) عادلا فله الأجر وعليك الشكر، وإذا كان جائرا فله الوزر وعليك الصبر).

وهكـذا رأت السـلطة نفسـها (لا سيما في زمن الدولتين الأموية والعباسـية) أن حكمهـا للنـاس إنما هو حق مفوض من الله، وأنه حق مطلق لها مهما فعلت (=الدكتاتورية المطلقة بالمفهوم الحديث). وأنه ما على الناس إلا الطاعة والخضوع والصبر.

أما جبهة العامة من الناس فقد رأت في السلطة أنها مغتصبة للحكم، وأنهـا جائرة، وأن الإطاحة بها واجبة، وأن القصاص من الذين ارتكبوا الظلم وخرجوا على تعاليم الدين واجب أيضا من أجل إقامة العدل.

وهكذا نشأت قطيعة نفسية بين الجبهتين (السلطة والناس) فاستخدمت كـل واحـدة منهما ما لديها من وسائل العنف والعدوان. فمارست جبهة السـلطة القتل وإشاعة الخوف ، لاسيما بعيد المشهد الكربلائي ، وعلى أيـدي قـادة ، بينهم من كان طامعا في الحكم والثروة ، وبينهم من كان مصابا بعقدة الشعور بالنقص مثل الحجاج وزياد ابن أبيه المجهول الأب (=ابـن زنـا) الـذي تكفل بالقضاء على كل العناصر المناهضة للحكم الأموي في العراق، ولاقى العراقيون على يديه (لاسيما العلويون) ألوان القتل والصلب والتقطيع والتمثيل.

ويكـاد المؤرخون يجمعون على أن الشعب العراقي، ومنذ **المشهد الكربلائـي**، لاقى صنوفا من الضغط لم يلقها شعب آخر جيلا بعد جيل. وأن السلطة ظلت تطحن به لأكثر من ألف سنة. وتوزع العراقيون بين حامل للسلاح محارب للسلطة وبين **مداهن متملق** لها وبين **عاجز يائس**.

إذ تذكـر الروايات أن معظم العراقيين كانوا، في زمن السلطة العباسية، يذهـبون كـل ليلة تقريبا إلى باب السرداب في مسجد سامراء يقرءون السـلام على (صاحب الزمان) ويدعونه للخروج قائلين: (بسم الله، يا صاحب الزمان أخرج، فقد ظهر الفساد وكبر الظلم وقد آن أوان خروجك). ومعـروف أن صاحب الزمان هو –عند الشيعة- الإمام الثاني عشر محمـد بن الحسن العسكري، الذي دخل كهف الاستتار في سامراء سنة 266هج، عقب طلب العباسيين إياه، وكان لا يزال فتى صغيرا.

وبالـرغم من أن السلطات التي تعاقبت على الحكم في العراق كان بعضـها يناهض بعضا (مثل السلطتين الأموية والعباسية) فأن جميعها، بمـا فـيها النظام الأخير الذي سقط في نيسان 2003، كانت في قطيعة نفسية مع العامة من الناس، وان بدرجات. فجميعها كانت تمارس العنف بقسـوة مع الخصوم، بدءا من المشهد الكربلائي وانتهاءا بمشهد المقابر الجماعـية. وسـتظل هـذه القطيعة النفسية قائمة بين الجبهتين (السلطة والشـعب) تمـارس كـل واحدة منها العنف ضد الأخرى ما لم تتخلى السـلطة القادمـة فـي العراق عن الانفراد بالحكم. وأن تقيم العدل بين الـناس لاسـيما فـي مسألة توزيع الثروة على وفق المعايير المعتمدة حضاريا لا على أساس الولاء للسلطة.

الحكم الأموي. . وأزمة القيم

لست معنيا هنا بما حققته الدولة الأموية من مكاسب للإسلام والثقافة العربية، فهذا شأن المؤرخين. إنما أنا معني **بتأثيرات سيكولوجية** أحدثها الحكـم الأمـوي **واستقرت في اللاشعور الجمعي** لدى الإنسان العربي بشكل عام، والإنسان العراقي بشكل خاص. ويمكن القول بأن واحدا من أسـباب البلاء الذي نحن فيه الآن (أعني العرب) وتحديدا : العلاقة بين الفرد والسلطة في المجتمعات العربية ، يعود إلى معاوية بن أبي سفيان فـي جعلـه الخلافـة وراثية. فهو بكسره لأهم مبدأ قامت عليه الخلافة الراشـدة، ونعنـي به مبدأ الشورى، الذي يساوي الديمقراطية بالمفهوم الحديـث، أحـدث فجوة نفسية بين الفرد العربي والسلطة، وجعلهما في قطبيـن متناقضين... القوة مقابل الخضوع. إذ يروى عنه أنه عندما قدم المدينة عام (41هج) تلقاه رجال من قريش فقالوا: (الحمد لله الـذي أعز نصرك وأعلـى كعبك). فما رد عليهم حتى صعد المنبر وقال: (أما بعد، فأنـي والله مـا وليـتها بمحبة علمـتها مـنكم، ولا مسرة بولايتي، ولكن جالدتكم بسيفي هذا مجالدة).

ولعـل أخطر حدثين أثرا نفسيا في شخصية الإنسان العربي وأحدثا أزمة في قيمه هما:

الأول: مـا اصـطلح على تسميته بـ (**الفتنة الكبرى**) في حرب صـفين التي قامت بين علي ومعاوية، وما جرى من سفك لدماء مسـلمين بسـيوف مسـلمين، ومـا نجم عنه من تفرق في وحدة المسـلمين فـي فـرق تطور الصراع فيما بينها إلى أقسى أنواع العنف كما فعلت فرقة الازارقة في خصومها.

والثاني: قول الأمويين بـ (**الجبرية**)، أي **القول بالإرادة الإلهية** المطلقـة ، وأنـه لا إرادة للإنسـان فـيما يفعل. وأن الخليفة أو السـلطان إذا قام بعمل ما –أيا كان نوعه- فإنما هو محتم من الله وحده.

وبعملهـم هـذا فـان الأمويين خلقوا مأزقا نفسيا وأزمة في الضمير الدينـي والأخلاقي لدى الإنسان العربي. فلأول مرة في الإسلام يجري (لـوي) الديـن أو توظـيفه لصالح خدمة السلطة ، وتبرير ما يقوم به الخليفة أو الملك أو السلطان من أعمال، حتى تلك التي تعمد إلى التمثيل بالجثـث وحـرق الخصوم وهم أحياء ولو كانوا من أئمة المسلمين. إذ يذكـر المؤرخـون بأن التمثيل بالجثث والصلب على الأشجار وتقطيع الأيدي والأرجل وألوان القسوة المختلفة، كانت هي لغة الحديث اليومية.

وهـذا يعني، من الناحية النفسية، **دعاية للعنف وإشاعة له بين الناس**، ويجعلـنا نسـتنتج بأن العنف في زمن الحكم الأموي والحكم العباسي، ترسب في (اللاشعور الجمعي) لدى الإنسان العربي. غير أنه كان أكثر سـمكا وأبعـد عمقـا في شخصية الإنسان العراقي لأسباب نأتي عليها لاحقـا، بما فيها **أن النازحين إلى أرض العراق كانوا على مر التاريخ من المحاربين الأشداء**.

وينبغـي التـنويه، ولكـي لا أفهـم **خطـئا، أو يستغل** كلامي هذا مغرضون، فأنني لا **أقصد بأن الإنسان العربي عنيف بطبعه**، إنما اقصد العـنف الـناجم عـن عـنف مضاد تمارسه السلطة بقسوة منافية للقيم الإنسانية، وبعيدة عن أخلاق الدين، حتى لو ادعت أنها سلطة دينية.

التنوع الفكري.. من أسباب العنف

أعتقد أنني على صواب إذا قلت بأنه لا يوجد وطن في الأرض فيه مـن التـنوع والثراء الفكري والسبق التاريخي فيه بمثل ما في الرقعة المعمـورة فـي العراق. ففي تاريخه الإسلامي ظهرت أعظم مدرستين وأكـثرهما تأثـيرا فـي تـاريخ العرب والمسلمين هما **مدرسة الكوفة ومدرسة البصرة.** ففيهما نشأت تيارات فكرية ومذهبية وفقهية.. ومسائل اختلافية لا عد لها ولا حصر. منها مثلا أن أهل البصرة اعتمدوا منطق العدل هو القياس وليس السلف، فيما عارض أهل الكوفة وجعلوا الرواية عن السلف هي الحكم وليس العقلانية التي اعتمدها البصريون.

وفي البصرة ذاتها ظهر **التضاد الفكري بين المعتزلة والخوارج** في مسألة الذنوب الكبيرة، وفي وقت مبكر من القرن الثاني الهجري. وفيها ظهـر (العلاف) شيخ المعتزلة وتلميذه (النظام) الذي تفوق على أستاذه. والحسـن البصـري، ثـم واصـل بن عطاء، الذي اعتزل عن شيخه البصـري.. . وقائمـة طويلـة من رجال الفكر. وما يعنينا هنا أن أهم المسـائل التـي كان الجدل يدور حولها هي (**حرية الإرادة ومسؤولية الإنسـان عن فعله**) لأنها كانت تعزف على وتر (**سياسي وأخلاقي**) هو علاقة السلطة بالفرد ومفهوم ((**العدل**)) عند كليهما.

وكانـت البصـرة هـي أول مدينة عراقية تظهر فيها الأحزاب بعد معركة (الجمل) التي نجم عنها مشكلات فكرية كبيرة، كانت في النهاية تحـدد الموقـف الأخلاقي والسلوكي للفرد من السلطة : هل يكون مع حزب (العثمانية) الذي تقوده عائشة، أم مع أنصار علي الذين منهم نشأ حزب (الشيعة)، أم يكون على الحياد؟

وليـت الـناس اصـطفوا على هذه المواقف الثلاثة فليس في الأمر مشـكلة كبـيرة ، لكنهم تفرقوا بشكل عجيب. فالشيعة توزعوا فيما بعد على أكثر من سبعين فرقة. ومن المحايدين نشأ (الخوارج) الذين تفرقوا في أحزاب فرعية بالغت العشرين، يمثلون –بالمصطلحات الحديثة- من أقصى اليمين إلى أقصى اليسار.

ومدرسـة الكوفـة معروفة بأعلامها من المفكرين. ويكفي أن نقول عـنها إنهـا كانت مقر الخليفة العباسي المنصور ، إلى أن ثارت عليه الراوندية فغادرها إلى حيث اختار بغداد ليتخذها عاصمة لملكه.

وفـي بغداد، ومنذ تأسيس بيت الحكمة في (832م) دخل تيار فكري جديـد على التيارات الفكرية العربية والإسلامية تمثل **بالثقافة اليونانية**، أسـهمت في أن تجعل الإنسان يعيد التفكير في قضايا كثيرة في مقدمتها **علاقـته بالسـلطة**. وتنوعـت الثقافات والمواقف الفكرية بين محافظة ومعتدلة ومتطرفة والحادية.

ما يعنينا هنا استنتاج واحد فقط هو:

إن التنوع الفكري في العراق كان أحد الأسباب الرئيسة في إشاعة العـنف بيـن العراقيين على مدى من الزمن يمتد لأكثر من ألف سنة. وأن أسـلوب العـنف، ولـيس الحوار، هو الذي ترسب في اللاشعور الجمعـي لديهم في المسائل الفكرية الاختلافية، التي هي في محصلتها الأخيرة، تتعلق بالسلطة.

ونبني على هذا الاستنتاج استنتاجا آخر يقوم على حقيقة واقعة في عراق اليوم. فبعد سقوط النظام في التاسع من نيسان (2003) ظهرت في الساحة الثقافية أكثر من (170) صحيفة. وظهر في الساحة السياسية أكثر من مائة حزب وتنظيم سياسي، وأكثر من مائة وخمسين منظمة غير حكومية. وان هذا التنوع الفكري يستجر معه الآن (**الموروث النفسي**) المتمثل بالعنف الذي كان يتعامل به العراقيون. وأن هذا العنف سيتصاعد كلما اقترب موعد استلام العراقيين للسلطة من إدارة الاحتلال، وخلاله وبعده أيضا. وأن العراقيين سيحتاجون إلى زمن للترويض على الحوار في الاختلافات الفكرية والتخلي عن العنف.

الأمراض النفسية لدى جبهتي السلطة والناس

حكمت العراق أربعة أنظمة هي (الأموي، العباسي، العثماني، والبعث) تشترك في أنها كانت تتصف بالطغيان والاضطهاد وممارسة العنف ضد الخصوم، والتمثيل البشع بعدد منهم.

وبالرغم من اختلاف الزمن والظروف، فأن السلطة في أنظمة الحكم هذه تشترك في أنها مصابة بثلاثة أمراض نفسية هي (**السادية**) و (**السيكوباتية**) و(**النرجسية**).

ففيما يخص **السادية**، فإن السلطة في العراق، وعبر أكثر من ألف سنة، مارست مختلف الأساليب التي تجعل الناس ينظرون إلى (الخضوع) لها بوصفه حق للسلطة وواجب عليهم، ويتقبلون آلامهم ولا يشكونها حتى لأنفسهم، ليتحقق من خلال ذلك (معادل)نفسي طرفاه (السادية) و(المازوشية) يمنح السلطة الشعور بالاطمئنان على ديمومتها.

ومن خصائص السادية أن صاحبها يميل إلى ذم الآخرين وازدرائهم، والتقاط عيوبهم وتحقيرهم، والبحث عن أخطائهم وتضخيمها من اجل معاقبتهم بصورة أشد. وتسيطر عليه دوافع تدفعه قسرا نحو تدمير سعادة الآخرين وتبديد آمالهم. وهو حين يرى إشارة، ولو خفيفة، يشعر فيها ما قد يفسر أنه نيل من اعتباره، فأنه يصاب بنوبات من الغيظ الجنوني، ويتفنن في إنزال العذاب بمن يراه مذنبا بحقه ، لأنه يشعر من الداخل بأنه منبوذ مقضي عليه.

وفيما يخص **السيكوباثية**، فإن صاحبها لا يشعر بتأنيب الضمير عندما يرتكب جرائم قتل أو يمارس العنف ضد الخصوم. وهذا ما ارتكبته السلطة في أنظمة الحكم المتعاقبة على العراق، لاسيما النظام الأخير على مدى أكثر من ثلاثة عقود.

أما **النرجسية**، فإن أهم ما يتصف به صاحبها هو (التميز) و(التفرد). فشعاره في الحياة هو:

(**أنا مميز**) الذي ينضي بالضرورة إلى التعالي والعجرفة في التعامل مع الناس.

وتكاد هذه الخصيصة توجد لدى غالبية من حكموا العراق. فهم عمدوا في تجسيد نرجسيتهم إلى توظيف الثروة في تضخيم الملكية الخاصة. ولم يسلم من هذا المرض النفسي حتى من أشاد المؤرخون بدوره. فقد كان عند الخليفة هارون الرشيد –مثلا- آلاف الجواري، اختص ثلاثمائة منهن بالغناء والضرب على آلات الطرب.

وفي الجبهة الأخرى –جبهة الناس-نجم عن أمراض السلطة هذه أمراض مضادة لدى العامة. فمن السادية نجمت (**الاتكالية**) عند العراقيين، فشاع عنهم أنهم يتداولون مفردة (شعلي-أي لا يخصني) حتى لو كلفوا بأمر يعنيهم. لأن العلاقة بين السلطة والفرد كانت أشبه بالعلاقة بين السيد والعبد.

ونجم عن سايكوباثية السلطة اللاشعور لدى العامة من الناس **بالإهانة وتنامي روح الانتقام**. فيما نجم عن نرجسية السلطة شعور الناس بحسد العيش الذي يفضي نفسيا إلى **الحقد على السلطة**.

والإشكالية النفسية هي أننا إذا افترضنا أن السلطة شخص واحد، وان الناس شخص واحد وأن الأول (السلطة) مصاب بالسادية والسيكوباثية والنرجسية، وان الثاني (الناس) مصاب بالأمراض النفسية التي ذكرناها، توضح لنا أن التعايش النفسي السليم مستحيل بينهما، لأن كليهما مريض نفسيا!.

فضلا عن ذلك فأن السلطة في العراق عبر أنظمة الحكم المتعاقبة أشاعت بين الناس أمراضا سلوكية أخرى. ذلك أن طغيان السلطة، في أي مجتمع كان، يؤدي إلى إفساد أخلاق الناس. وأن هذا الفساد في القيم والأخلاق والسلوك ينتشر بين العامة بما يمكن وصفه (**بالوباء النفسي**). فمنذ مئات أو أكثر من السنين وصف العراقيون بأنهم (أهل نفاق). وهذا صحيح، ولكن ليس بصيغة الإطلاق، وليس ذما للعراقيين. فالنفاق موجود في المجتمعات الأخرى لكنه تجسد أكثر لدى العراقيين، لا لعلة في طبيعتهم البشرية، إنما لأن الطغيان في العراق كان بأبشع صوره، ولمدة تزيد على ألف سنة دون زمن مناسب تلتقط فيه الأنفاس لاستعادة التوازن.

وليس النفاق وحده، بل أن الطغيان أشاع بين العامة : التملق، المداهنة، التزلف، الرياء، المواربة، الكذب، التنافس والتغالب (لاحظ السيارات في الشارع)، الانتهازية.... وسرعة التقلب في المواقف. والمثل الشائع عند العامة من العراقيين ((الياخذ أمي يصير عمي)) يعنون به تحديدا أنهم مع من يأخذ السلطة كائنا من كان، لا حبا بهذا (العم) إنما خوفا من جبروته.

الترف السفيه. . مقابل الحرمان

كانت السلطة في العراق ، وعلى امتداد أكثر من ألف و ثلاثمائة سنة، تحتكر الثروة لنفسها. فالحكام الأمويون يوصفون بأنهم أهل دنيا باستثناء الندرة منهم (معاوية الثاني، الذي يعد أول حاكم ديمقراطي في الخلافة الأموية، دعا إلى الشورى في اختيار الخليفة، ولم يمكث في الخلافة سوى أربعين يوما، وعمر بن عبد العزيز). ويعزى للحكام الأمويون تأسيس الأرستقراطية العربية، و إنفاق مال المسلمين على ملذاتهم وشهواتهم في ترف سفيه.

وربما كان الخلفاء العباسيون أكثر منهم تبذيرا لمال المسلمين في ترف اكثر سفها. إذ يذكر ابن الجوزي أن الخليفة المقتدر كان في داره عشرة آلاف خادم خصي. ويروي الحادثة التالية التي تقدم لنا صورة عن بذخ السلطة في العراق زمن الخلافة العباسية التي امتد حكمها لأكثر من ستة قرون.

وملخص الحادثة أن ملك الروم أرسل رسولا في عام (305هج) إلى الخليفة العباسي في بغداد. فأخذه المستقبلون إلى دار نصر القشوري الحاجب ((فرأى منظرا عظيما فظنه الخليفة فدخلته له هيبة حتى قيل له أنه الحاجب! وحمل إلى دار الوزير فرأى أكثر مما رأى ولم يشك أنه الخليفة فقيل له هذا الوزير! وزينت دار الخليفة فطيف بالرسول فيها فشاهد ما هاله وكانت الستور ثمانية وثلاثين ألف ستر ! والديباج المذهب منها اثنا عشر ألفا وخمسمائة. وكانت البسط أثنين وعشرين ألفا! وكان في الدار من الوحش قطعان تأنس بالناس وتأكل من أيديهم. وكان هناك مائة سبع.... ثم أخرج إلى دار الشجرة، وكانت شجرة في وسط بركة فيها ماء صاف. والشجرة ثمانية عشر غصنا لكل غصن منها شاخات كثيرة عليها الطيور والعصافير من كل نوع مذهبة ومفضضة..... إلى أن وصل إلى المقتدر وهو جالس على سرير أبنوس قد فرش بالديبقى المطرز وعن يمنة السرير تسعة عقود معلقة وعن يسرته تسعة أخرى من أفخر الجواهر.....)) (ص 143 –144 من كتاب المنتظم –الجزء الأول).

مقابل هذا الاحتكار للثروة وتبذيرها في بذخ سخيف وترف سفيه، كان العامة من الناس يعانون الحرمان من تأمين حاجاتهم الأساسية من مسكن وطعام لائقين بإنسان مسلم، تشدد تعاليم الإسلام على أن يكون محترما ، وأن يكون (العدل) من أول واجبات السلطة. وبسبب هذا

الغـاط الفـاحش الـذي ارتكبـته سلطة الخلافتين في العراق (الأموية والعباسية) نشأ الشعور بالحيف لدى العامة من العراقيين، قاد إلى تنامي الحقـد لديهم على السلطة والانتقام منها بأشد الوسائل عنفا. وسيبقى هذا الاتجـاه النفسي يوجد العراقيين (سيكولوجيا) ضد السلطة ، وإلى زمن طويل حتى بافتراض مجيء سلطة تعدل في توزيع الثروة.

ثقافة العنف

بـدءا من عام 1980 أخذت ثقافة العنف تشيع بين العراقيين، وتثير فـي لاشـعورهم الجمعـي(غريزة) العدوان. ففي تلك السنة شن النظام السابق في العراق حربا على إيران، استمرت ثمانية أعوام. ولم تقتصر الحـرب على الجيش النظامي، إنما عسكرة الناس فيما يسمى ب(الجيش الشـعبي)، حـتى مـا عاد بيت من بيوت العراقيين في حينه ليس فيه عسـكري فـي الجيش أو منتسب إلى تشكيلات الجيش الشعبي أو قوى الأمـن الداخلـي، فضلا عن الأجهزة الأمنية الخاصة. باختصار، **كان شعبا كاملا قد تمت عسكرته بمن فيه أساتذة الجامعة.**

ومع بدء هذه الحرب جرى توظيف أجهزة الإعلام للإشادة بها ونجم عـنه بالضـرورة **إشـاعة لثقافة العنف**. وسخر لها أيضا رجال فكر وأسـاتذة جامعة وأدباء وشعراء وفنانون ومطربون ، أسهموا بشكل أو بآخـر فـي إشاعة ثقافة العنف، حتى صار الحديث اليومي للناس يدور عن الحرب والقتال والعنف.

وأذكـر أن البيان الأول الصادر عن قيادة القوات المسلحة العراقية فـي أيلـول 1980، أشار بالنص إلى أن (عدد قتلانا كان ستة جنود)، فشـعرنا بـالألم أننـا فقدنـا ستة عراقيين. وباشتداد الحرب وتصاعد المعـارك، صار القتلى بالعشرات والمئات وفي بعضها بالآلاف. واعتاد الإنسـان العراقي على كثرة الضحايا ورؤية النعوش، فكانت حصيلتها النفسـية أن تراجعت (**قيمة الحياة**) لديه، بعد أن خاض معارك ضارية وخـبر العـنف ممارسة، أو في مشاهدته اليومية لمناظر الموت والدم وأشـلاء القـتلى التي كان يعرضها التلفاز في نشرات الأخبار اليومية المصـورة، أو من خلال برنامج يومي أسمه (**صور من المعركة**). هذا فضـلا عـن أن خطب الرئيس العراقي السابق وأحاديثه كانت معظمها تدور حول العدوان والعنف (والمكاون)، وكانت تبث يوميا تقريبا وتتكرر في اغلب الأحيان.

ومـا أن توقفـت هذه الحرب في 1988/8/8 حتى دخل العراق في حـرب أخرى جديدة في غزو الكويت في 1990/8/2، وهي حالة نادرة فـي الـتاريخ أن **تخرج دولة من حرب كارثية لتدخل في حرب كارثية** أخـرى. وكـان من نتائجها النفسية والسلوكية أن جرى **تعزيز وتعميق** لـثقافة العـنف، لاسـيما في جيل المراهقين آنذاك، الذين كانوا فتحوا عـيونهم فـي طفولتهم على مشاهد العنف (في الثمانينات)، وهاهم الآن يعيشـونه في مراهقتهم (في التسعينات). فضلا عن أن الحصار بسنواته الـثلاث عشرة شكل سببا إضافيا وإسنادا لخبرة العنف، حيث كثرت فيه السرقة وبينها حالات شاعت في السنوات الأولى من التسعينيات (1990) هي سرقة السيارات المصحوبة بالقتل.

وإزاء ذلك يمكن أن نستنتج أمرا نفسيا خطيرا هو:

إن جـيل الشباب من العراقيين يعمر ثلاثين سنة فما دون، تشكلت لديه صورة عن أن العالم عدائي وظالم، وأن العنف وسيلة مطلوبة من أجل البقاء.

وبعـد سقوط نظام الحكم في العراق في التاسع من نيسان (2003) والـى الآن (2004)، يعـيش العراقيون حالة من العنف اليومي تقريبا. واختلفت مواقفهم من قضايا أساسية. فمن العراقيين من يؤيد بقاء قوات الاحتلال أو التحالف في العراق ولو إلى حين. ومنهم من يريد مغادرتها العراق في الحال.

وأن الحكومة العراقية الانتقالية المقبلة التي ستستلم السلطة من قوات الاحتلال ستكون بحاجة إلى بقاء هذه القوات في مواقع بعيدة عن المدن، فـيما الكثـير من العراقيين الذين رحبوا بهذه القوات في إسقاطها لنظام الحكم في العراق غيروا موقفهم الآن منها لأسباب بينها:

المـيل إلـى تصديق وجهة النظر القائلة بأن أمريكا ما جاءت إلى العـراق إلا لتـبقى فـيه، ليس فقط لما فيه من ثروات هائلة تمكنها من إكمـال الضلع الثالث بالسيطرة الاقتصادية على أوربا وألمانيا واليابان، بـل ولموقعه الاستراتيجي الذي فتح لها بوابة التاريخ في السيطرة على العالم.

وهـناك مسألة أخرى خطيرة تتعلق بوضوح هدف أساسي لدخول أمـريكا في العراق، هو أنها تنوي تفكيك **البـنى الثقافية** التي ترى فيها أنهـا تنمي العنف وتغذيه، وفي مقدمتها ثقافة (الجهاد) الإسلامية. وهذا سـيقود إلـى صراع ثقافات وقيم تلجأ الأطراف بالضرورة إلى العنف وسيلة للدفاع والسيطرة، وأن العراق سيكون مسرحا لها.

هـذا فضـلا عن أن بعض الجنود الأمريكيين أساءوا التصرف في تعاملهم مع العراقيين ، في عمليات الاعتقال والمداهمات الليلية وترويع النسـاء والأطفـال، وقتلهم الأبرياء بينهم الأطفال أيضا، بالرغم من أن وكـالات الأنـباء أشـارت إلى مثول عدد من الجنود الأمريكيين أمام القضاء العسكري الأمريكي بتهم بينها المعاملة السيئة للعراقيين.

وتباينت المواقف من مجلس الحكم. فمنهم من يرى فيه أنه معين من قبل سلطة الاحتلال وأنه يأتمر بأوامرها ولا سلطة فعلية له، ومنهم من يـرى أن تشكيله قد جرى على أساس طائفي. ومنهم من يؤيده بوصفه خطـوة على الطريق الصحيح، أو إجراء مرحلي لابد منه، ومنهم من يـرى أنه يضم بين صفوفه أحزابا لها تاريخ وطني مشرف، وأشخاصا مشهود لهم بالوطنية والنزاهة.

وبالـرغم من أن الطائفية بين الشيعة والسنة لم تأخذ حالة الصدام، وأن الأخيار من الطرفين يدعون إلى وحدة الطائفتين ويشجبون الأعمال الاسـتفزازية التي تقوم بها عناصر مغرضة، فإن الشعور الطائفي لدى أوسـاط واسـعة فـي الجماعتين يفعل فعله، وأنه يكشف عن نفسه في اللقاءات الخاصة والتنظيمات الحزبية والكتل الدينية. فضلا عن أن قسما كبـيرا مـن السنة يرون أنهم خسروا، بانهيار النظام السابق، امتيازات وسلطة وجاها، وانهم يتخوفون من المتطرفين من الشيعة.

وهـناك المسـألة العرقـية أيضا التي بدأت مشاهدها في كركوك. فبالرغم من أن هذه المدينة التي تضم ثلاث قوميات رئيسة ممثلة بالكرد والـتركمان والعـرب كانوا يعيشون في وئام، فإن مشاهد العنف بدأت فصولها في أواخر عام 2003 بسبب موضوع الفدرالية وعائدية المدينة الغنـية بالنفط. وهو موضوع مرشح لأن يزيد العنف في العراق إذا ما دخلت تركيا طرفا فيه.

وعلى صعيد (**المقاومة**) فإن هناك من يرى فيها أنها مقاومة وطنية تهـدف إلـى طرد المحتلين من العراق، وأنها ستنمو ويتصاعد دورها مسـتقبلا. وهـناك من يرى أن أفرادها من الأجهزة الأمنية والعسكرية للنظام السابق، ومن المتضررين ماديا واعتباريا من سقوطه الذين يرون أنهـم خسروا كل شيء تقريبا. وهناك من يرى أنها عصابات إجرامية، وغـيرهم يرى أنهم أعداء أمريكا من الأصوليين تجمعوا في العراق من بلدان عربية و إسلامية، لاسيما تنظيم القاعدة و جماعة أنصار الإسلام.

وهـناك **قضـايا فكـرية ونفسية** مرشحة لأن تشكل عوامل لإثارة العنف أو قدح زناده، نوجز عددا منها بالآتي:

- **العلمانـية والدين**. بالرغم من أن مفهوم العلمانية أو العلمنة ما يزال غير واضح في الثقافة العراقية، (حتى في أوساط جامعية) فإن هـناك ثلاثـة مواقـف أساسية منها، يتمثل الأول بالرفض المطلق للعلمانـية تتبناه الحركات الدينية لاسيما المتشددة منها. وحجتها في ذلـك أنهـا (العلمانية) مفهوم مستورد من الغرب، الهدف منها هدم ثوابت الأمة والقضاء على الإسلام، وأنها في حقيقتها كفر والحاد.

والثاني يؤيد العلمانية بوصفها شرط لتوافر الحرية والديمقراطية، وأنهـا تعقلـن الدولـة والمجتمع، وتلغي التحيزات بكافة أشكالها ومسـمياتها، وتفضي بالضرورة إلى خفض العنف. والثالث يقف مـن العلمانـية موقـف المـتردد والحذر منها لما يرى فيها من إيجابيات وسلبيات، أو لأنه يتخوف من تأييدها.

- وتتصـل بهذه القضية مسألة في غاية الأهمية هي الدعوة إلى تغيـير **(المـناهج الدراسـية)** ومـا يشـاع عن وجود إسرائيليين وأمريكيـين في وزارتي التربية والتعليم العالي يشرفون على إدخال تغيـيرات جذرية على مفاهيم ذات محتوى ديني أو وطني، بدعوى أنهـا تحـرض علـى الإرهاب والعنف. وإدراك جميع الأطراف، الأجنبـية والوطنـية والدينية والسياسية والتربوية.... بأن بناء قيم وسلوك شعب أو تدميرهما إنما يتم عن طريق التربية.

- **العـزول (الأنا) و(الآخر)**. يعتقد الكثيرون منا أن الإنسان يتسم بالمنطقية والمنهجية عندما يقوم بتعليل سلوك الآخرين. إلا أن الناس في الواقع يتسرعون في ممارسة العزو ويفترفون تحيزات واضحة. فنحن نميل إلى رد الفضل لأنفسنا عندما تسير الأمور على ما يرام، والـى إنكارنا للمسؤولية عندما يسوء الحال. ذلك أن لدى الإنسان نـزعة لعـزو ما هو جيد لنفسه وتكوين صورة إيجابية عن الذات، وعزو ما هو سيئ إلى آخر أو آخرين.

وما الاحظه أن العرب عموما يميلون إلى التحدث عن الماضي أكثر ممـا يتحدثون عن المستقبل. والإشكالية أن لاوعينا الجمعي أو الذاكرة الجمعـية لـدى العراقيـين محملة بما يثير الفتنة بيننا ويفرقنا أكثر مما يجمعـنا ويوحدنـا. وأنـنا في تعاملنا مع الماضي تتحكم فينا خصيصة سـيكولوجية هـي أنـنا نميل إلى أن نعزو الفضائل لأنفسنا، ونعزو ما أصـابنا مـن ظلـم واضطهاد وحيف وفقر..... إلى الآخر. وأن كل جماعـة تسـعى إلـى إجراء مقارنات اجتماعية مع الجماعات الأخرى وتخـرج بنتـيجة أنهـا الأفضل. ومن حيث أن كل جماعة يشغلها هذا الشـاغل مـن تعزيز تقدير الذات وإعلائها، فأن التصادم في الإدراكات لابـد أن يحدث. وبما أننا مجتمع تتعدد وتتنوع فيه الانتماءات، العرقية، الدينـية، المذهبـية، القبلية،.... فأنه حتى في حالة عقلنة مجموعة من الفـئات الاجتماعـية، فأنـه تـبقى فـئات أخـرى تـتحكم فيها هذه السيكولوجيات، التي تفضي بالضرورة إلى العنف، ما لم يتغير الخطاب السياسـي والديني والثقافي، ويتخلص من شحناته الانفعالية، ومن إعلاء صوت الأنا على الآخر.

- **مخاوف طائفية.** تعاقبت على حكم العراق أربعة نظم (الأموي، العباسـي، العثمانـي، وحـزب البعث) تجمعها صفتان، الأولى أن السـلطة فـيها اعـتمدت قوة القمع والإكراه، والثانية أنها مارست الاضـطهاد ضـد الشـيعة. ويسقوط نظام حزب البعث في العراق نشأت حالتان نفسيتان لدى كل من السنة والشيعة نوجزهما بالآتي:

يعتقد الشيعة في العراق أن ما أصابهم من ظلم لم يصب أية جماعة أو طائفـة عربـية أخرى. وأن مصدر هذا الظلم والقسوة والعنف هي السـلطة (السنية) التي حكمت العراق على مدى أكثر من ألف وثلاثمائة سـنة. وأن سـقوط النظام في التاسع من نيسان 2003 وفر لهم فرصة تاريخـية في الوصول إلى السلطة، إن أضاعوها فأنه لن تقوم لهم قائمة لألف سنة أخرى.

ومـا يخشى على الشيعة (جماهيرها الشعبية تحديدا) من هذه الحالة النفسـية، أن نشـوة الانتصـار والخوف من ضياع ما يعدونه فرصة تاريخـية، يعملان نفسيا على الاندفاع والانفعالية والتطرف، وأنهما إذا تمكنا من الفرد فأنهما يفضيان حتما إلى العنف ضد الآخر.

ويعـتقد السنة (جماهيرها الشعبية تحديدا) أن الشيعة إذا ما استلموا السـلطة فـأنهم سـوف ينفردون بها، وأن ما سينجم عن تبادل الأدوار تخوفهم أن ينالهم ما ناله الشيعة من السلطة في حكمها للعراق. وأنهم سـوف يفقدون ، إلى جانب السلطة، امتيازات اعتبارية واقتصادية.... كانوا يحضون بها لمئات السنين.

ومـا يخشى على السنة هو شعورهم **بالإحباط** والغبن السياسي، فأن شـعروا بـه فـأنهم سـيلجئون إلى العنف. ذلك أن الإحباط يؤدي إلى العدوان، وهذه حقيقة نفسية تحدث عند إعاقة جماعة عن تحقيق أهداف تتبـناها وتـراها حقا مشروعا. وأنها ستوجه عدوانها إما إلى المصدر المباشـر للإحباط حيثما كان ذلك ممكنا، أو إلى جماعة أخرى أضعف تكون كبش فداء.

فضـلا عـن ذلـك فأنه يوجد بين السنة والشيعة من يحمل أفكارا خاطئة، منها مثلا أن بعض السنة يرون في الشيعة أنهم غير مؤهلين أو غـير جديرين باستلام السلطة، وأنهم متعصبون، وأنهم سيكونون قساة ضـدهم ليأخذوا (بثأرهم) مما لحق بهم من ظلم وحيف، من نظام حكم محسوب على السنة. فيما يحمل بعض الشيعة أفكارا خاطئة مماثلة نحو السـنة. وبمصطلحات علم النفس الاجتماعي، فأن السنة يحملون صورة نمطـية عـن الشـيعة لا تتطابق مع حقيقتهم الموضوعية. وبالمثل فأن الشـيعة يحملـون صـورة نمطـية عـن السـنة لا تتطابق وحقيقتهم الموضـوعية. وكذلك بين الفئات الاجتماعية الأخرى المتباينة في الدين أو العـرق أو المذهب أو أي تصنيف آخر. ويقصد بالصورة أو القالب النمطـي (STEREOTYPE) تصور يتسم بالتصلب والتبسيط المفرطين عـن جماعـة معينة، يتم في ضوئه وصف وتصنيف الأشخاص الذين ينـتمون إلى هذه الجماعة بناء على مجموعة من الصفات الخاصة بها. أو أنـه تعميمات مفرطة عن خصائص جماعة أو فئة اجتماعية، وعن الطـرائق التي يتصرفون بها. وغالبا لا يوجد فيها قدر من الصدق لأن القوالـب النمطية تنطوي، فقط، على بعض الفروق الحقيقية في الصفات أو الخصال، في صورة مشوهة، فضلا عن أن بعض مظاهرها الأخرى يتم تلفيقها تماما.

وينبغـي التـنويه، ... مـع أن السـبب الرئيس لنشوء الصراع بين الجماعـات هو **تضارب المصالح**، إلا أن العداء بين الجماعات يمكن أن ينشأ حتى في غياب التنافس فيما بينها، فمجرد الانتماء إلى جماعة معينة (دينية، عرقية، طائفية،....) يمكن أن يكون سببا كافيا لأن يتحيز الفرد إلى جماعته ضد الجماعة الأخرى التي يعيش معها.

- **العشـائرية والعصـبية القبلية.** مع أن الإسلام عمل على أن يحـرر العربي المسلم من الولاء إلى القبيلة ويحوله إلى الولاء إلى الإسـلام، فـأن واقع الحال العربي يشير إلى أن السلطة في معظم أنظمة الحكم في الدول العربية تقوم أساسا على الولاء القبلي.

وتشـير الدراسـات إلـى أن العائلات التي كانت تشكل نواة الطبقة الإقطاعـية في العراق قبل ثورة 14 تموز 1958 بلغ عددها 49 عائلة. وأن شـيوخ القبائل العربية وبكوات وأغوات القبائل الكردية، كانوا هم الشـريحة الأهم في طبقة كبار ملاكي الأرض في العهد الملكي، وأنهم كـانوا يـتمتعون بالنفوذ في السلطة السياسية وبالجاه والمكانة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع العراقي.

ومـع أن تـاريخ ثورة العشرين (30 حزيران 1920) في العراق يسـجل دورا رائـدا ومشـرفا لشيوخ العشائر في محاربتهم للاحتلال البريطانـي، إلا أن الإقطاعيـين مارسوا الاستغلال والتسلط والقهر في علاقاتهم بالفلاحين الذين كانوا يشكلون أكثر من نصف المجتمع العراقي آنذاك.

ولقـد تـراجع دور شـيوخ العشائر في العراق عند صدور قانون الإصـلاح الزراعـي بعد عام 1958. وتراجع معه (التباهي) بالقبيلة والأنسـاب. وضعف دورهم في الوصول إلى وظائف أو مراكز سياسية وإداريـة. وكـان موقـف النظام السابق متذبذبا من هذه القضية. ففي السـبعينات صدرت تعليمات تقضي بعدم الإشارة إلى (اللقب أو الكنية) في المخاطبات الرسمية، في محاولة من حزب البعث إلى أن يثقف

العراقيين بالانتماء إلى الحزب وليس إلى القبيلة. غير أنه غير موقفه في الثمانينات ، وأعاد في التسعينات دور شيوخ العشائر وتنصيب عدد كبير من الشيوخ بعملية أطلق عليها العراقيون ساخرين (شيوخ أم المعارك) التي تعني ضمنا أنهم شيوخ مصطنعون.

لنـه لا ضـير من أن يعلن الفرد انتماءه لقبيلة أو عشيرة لاعتبارات اجتماعية، أو يوصفه جزءا من هوية اجتماعية. إلا أن ما يخشى منه هو عودة **العصبية القبلية** بشكل يكون فيه التعبير عن هذا الانتماء مصحوبا بالتعالـي والـتفاخر بالنسب، ونصرة القريب حتى لو كان على باطل، والوصول إلى وظيفة أو مركز سياسي أو وظيفي على أساس النسب لا علـى أساس المعايير المعتمدة حضاريا. وإذا ما تمكنت العصبية القبلية مـن بعضـنا فأنه يخشى علينا جميعا، حتى المثقفين منا، أن يظهر فينا **البدوي** القابع في أعماقنا، الذي يرى أن الاعتداء على أي فرد من أفراد العشيرة هو اعتداء على العشيرة كلها.

فـي ضـوء ذلك يتبين أن أسباب العنف، السياسية والوطنية والدينية والفكـرية..... موجـودة الآن فـي العراق. وأن حطبه كثير وسريع الالـتهاب ونـاره مشتعلة الآن في مناطق من العراق. وأنه ما لم تبذل جهـود سياسـية وفكرية وإعلامية ونفسية واجتماعية.... لإشاعة ثقافة التسامح والمرونة، مقرونة بتطبيقات عملية عادلة ومنصفة، فأن حطب العـنف سيشـتعل في أرض العراق بكاملها، وعندها ستكون هذه أقسى الكوارث في بلاد الكوارث.

خـتـــامـــا

إن الأفكـار الواردة في هذه الورقة لا تعني بالضرورة أنها حقائق مطلقة، إنما هي أفكار للحوار الغرض منها، كما أسلفنا ، الوصول إلى رؤيـة ناضـجة تفتضيها مرحلة انتقل فيها المجتمع العراقي من حال مـتطرف إلـى حال نقيض متطرف. فالتاسع من نيسان 2003 قد ختم مسلسل طغيان السلطة في العراق ، ليبدأ تاريخ جديد من التوافق بين السلطة والفرد، أو في الأقل سيادة لغة الحوار ونبذ العنف.

غير أننا ما لم نغتسل جميعنا من (أمراضنا) أو اختلالاتنا النفسية ، فأنـنا لن نتخلص من العنف المترسب في لاشعورنا الجمعي. وتحتاج المهمـة إلى اختصاصيين في علم النفس والاجتماع والإعلام يجيدون فـن وعلم (الترويض) النفسي والفكري والاجتماعي، في غسل الآلام والأوجاع والفلق والوساوس ونار الضغينة والحقد وتبديد مخاوف هذا مـن ذاك. ومـع أنهـا ستستغرق سنوات إلا أن نجاحها ممكن لتوافر عنصرين، الأول يكمن في أن الإنسان العراقي مسالم مع من لا يتجاوز علـيه أو يغتصب حقه، والثاني يكمن في الوطن.. العراق، إذ فيه من الثروة ما يكفي الجميع.

المعجم الشبكي للعلوم النفسية

الإصدار العربي

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

دليل الارتباطات النفسية العربية و العالمية

الإصدار العربي

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

بحث عن الارتباطات النفسية العربية و العالمية

www.arabpsynet.com

ارتبـــاطات العلـــوم النفسيـــة

Select Category

مـــوافق

ARABPSYNET DICTIONARY

EDITION FRANÇAISE

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm

ARABPSYNET LINKS GUIDE

ENGLISH EDITION

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

ARABPSYNET LINKS SEARCH

www.arabpsynet.com

World Psy Links

Select Category

Go

أبعـاد السلـوك العدوانـي وعلاقتهـا بأزمـة الهويـة (لـدى الشبـاب الجامعـي)

أ.د. بشيـر معمريـة – **أ.د. إبراهيـم ماحـي** – علـم النفـس ، الجزائـــر

بـــريد إلكترونـــي : bashir_psy@hotmail.com

مقدمة : أولى كثير من علماء النفس اهتماما مهما بالعوامل التي تحدد صيغ تعامل الأفراد مع بعضهم البعض. وقد اتجه هذا الاهتمام أساسا للكشف عن محددات تماسك أعضاء الجماعة أو تفككهم، أي الكشف عن الجوانب الإيجابية في تفاعل أعضاء الجماعة في مقابل جوانبه السلبية. فهذه السيكولوجية كارين هورني **K. 1945 Horney**، تشير إلى أن الإنسان في مسعاه لإشباع حاجاته ضمن علاقاته الإنسانية، لا يخرج عن الاتجاهات الثلاثة في تحركه تجاه الآخرين : فهو إما أن يتحرك نحوهم تدفعه الحاجة إلى الحب والانتماء. أو يتحرك بعيدا عنهم تدفعه الحاجة إلى الاستقلال والاكتفاء الذاتي. أو يتحرك ضدهم تدفعه الحاجة إلى القوة والسيطرة. (هول وآخر، 1969). وتحرك الإنسان في هذا الاتجاه الأخير لإشباع حاجاته، يحمل في داخله تهديدا للآخرين، وهو السلوك العدواني.

وقد مارس الإنسان العدوان منذ بداية وجوده على الأرض ليعمرها، أين قتل ابن آدم قابيل أخاه هابيل، إرضاء لشهوته وطاعة لنفسه. قال الله تعالى : " فَطَوَّعَتْ لَهُ نَفْسُهُ قَتْلَ أَخِيهِ فَقَتَلَهُ فَأَصْبَحَ مِنَ الْخَاسِرِينَ" . (المائدة : 30) .

ويلاحظ السلوك العدواني في سلوك الطفل الصغير وسلوك الراشد، وفي سلوك الذكر وسلوك الأنثى، وفي سلوك الإنسان السوي وسلوك الإنسان اللاسوي بغض النظر عن اختلاف الدوافع والوسائل والأهداف والنتائج. (سناء سليمان وآخر، 1989).

والسلوك العدواني واسع الانتشار في هذا العصر، حتى يكاد يشمل العالم بأسره. كما أنه متعدد الأشكال والصور.

فالمخاوف التي تهدد الإنسان كثيرة وحقيقية؛ منها خوفه على حياته وحياة أفراد أسرته، وخوفه على رزقه، وذلك بسبب انتشار أعمال الإجرام والظلم الاجتماعي والبطالة والعنف والخطف والقتل الفردي والجماعي والاغتصاب والتعصب وجنوح الأحداث والقسوة على الأطفال وغيره.

والعدوان كسلوك مضاد للمجتمع، لم يعد مقصورا على الأفراد، بل اتسع نطاقه ليشمل الجماعات داخل المجتمع الواحد، وكذلك المجتمعات في عمومها، وهو ما يلاحظ في أشكال العنف والتطرف والإرهاب، الذي لا يصدر من الأفراد فقط، بل يصدر كذلك من الدول والحكومات، كالنزاعات الدولية.

والسلوك العدواني لا يوجهه الإنسان إلى الأفراد من بني جنسه فقط، بل يوجهه إلى العناصر الطبيعية من حوله بتدميرها أو تلويثها، وكذلك إلى الحيوانات للقضاء عليها وتعريضها للانقراض.

والعدوان مرفوض ومذموم في أحد شكليه، ومقبول ومشجع في شكله الآخر. إذن، نحن أمام عدوان مطلوب لأن نتائجه مفيدة وبناءة، وعدوان مرفوض لأن نتائجه مؤذية ومدمرة.

الحقيقة أن أبشع صور العدوان تدميرا تتشابه في أصولها الدافعية مع الصور الأخرى في مجال الإنجاز البشري. لأن قدرة الإنسان على التحكم في مجرى حياته والتأثير فيها إيجابيا لصالحه، وتحقيق ذاته، وحتى بقائه على قيد الحياة ككائن، لم تكن لتتحقق له لو لم يهبه الله قدرا من العدوان.

فالعدوان ضروري في حياة الإنسان، عندما يكون من أجل البقاء وتحقيق الذات والحرية والعدالة والتقدم والانتصار على القهر، سواء في مواجهة الإنسان أو الطبيعة أو الأمراض (سعد المغربي، 1987). وكما تقول المحللة النفسية كارين هورني : " السلوك العدواني هو محاولة الإنسان حماية أمنه ". (هول وآخر، 1969)

ولذا فإنه عندما يكون العدوان سلاحا في يد الإنسان للدفاع عن نفسه، وعرضه وماله ضد عدوان الإنسان، وضد عنف الطبيعة، وضد افتراس الحيوانات، وضد فتك الأمراض، يكون مطلوبا وشرعيا، إلا أن هذا السلاح قد يمتد إلى الفتك بالإنسان وبالبيئة ظلما وعدوانا، وهنا يصبح مذموما ومرفوضا. ذلك أن الدوافع التي أدت بالإنسان إلى أن يحقق نجاحا باهرا في انتصاراته على العقبات الطبيعية التي تعترضه في سبيل تحقيق ذاته، هي نفس الدوافع التي تؤدي به إلى أن يعتدي على بني جنسه بالظلم والقهر والقتل. فالدافع الذي جعله يزيل جزءا من جبل ليشق طريقا يوصله إلى مصادر الثروة من معادن وبترول وغيرها، هو نفس الدافع الذي يدفعه إلى أن يبيد شعبا أو يقهره لنفس الغرض.

وبما أن هذا الشكل الأخير من العدوان مؤذ ومدمر، فقد نال اهتمام الباحثين، نظرا لما يترتب عليه من آثار سلبية هدامة، تشمل أفرادا وجماعات ومجتمعات.

ويرتبط العدوان بكثير من المتغيرات الشخصية كالشعور بالإحباط بسبب خبرات الحرمان، والتأزم النفسي بسبب الضغوط اليومية المختلفة، والاضطرابات النفسية بسبب استمرار هذه الضغوط.

والحقيقة أن ما تتصف به المجتمعات الحديثة من تعقيد، وعدم قدرة أفرادها على إشباع حاجاتهم الأساسية، إضافة إلى الضغوط الاقتصادية

والاجتماعية التي تنشأ عن هذه الأوضاع المعقدة، أدى إلى ظهور أشكال مختلفة من التنافس والصراع بين الناس من أجل الاستحواذ على الإشباعات المادية والسيطرة عليها، مما أفقد علاقاتهم الاجتماعية التواد والتعاون والتضامن، وحلت محلها العلاقات النفعية والمادية، فشعر الأفراد بالعزلة والوحدانية وخيبة الأمل، فنما لديهم الشعور العدائي تجاه الذات وتجاه الآخرين والمجتمع ككل، فظهر السلوك العدواني وانتشر في المجتمعات على شكل إيذاء للغير بالشتم والقذف والضرب والقتل والاغتصاب، والعدوان على ممتلكاته بالسرقة والتخريب. (جابر عبد الحميد، 1990).

ورغم أن العوامل المثيرة للسلوك العدواني تختلف باختلاف الجنس والسن والثقافة والوضع الاجتماعي الاقتصادي والسياسي، وأسلوب التربية والتنشئة الاجتماعية وسمات شخصية الفرد وغيرها. إلا أنها تصنف كذلك إلى العوامل التالية : فقدان الشعور بالأمن، الحرمان والإحباط، غياب العدالة، تهديد الذات واحتقارها، غياب الحرية، غياب السلطة الضابطة أو اضطرابها، تركيز السلطة والقوة، غياب فرص التعبير عن العدوان البناء المفيد. (سعد المغربي، 1987)

وإذا كان العدوان ظاهرة سلوكية منتشرة إلى جميع الأفراد من الفئات العمرية المختلفة، إلا أنه أكثر انتشارا بين فئات الشباب، لأن هذه الفئة العمرية وخصائصها النمائية، توجد في سياق نفسي ـ اجتماعي يسهل صدور الاستجابة العدوانية، وفقا لتوفر شروط بيئية معينة، كالبطالة والإحباط. ذلك أن خصائصهم النفسية تجعلهم أكثر انفعالا، وأقل قدرة على إخفاء مظاهر غضبهم، فهم يسعون أكثر من غيرهم لتحقيق ذواتهم بالنجاح والتفوق والاستقلال، وأنهم بحكم سنهم أكثر تطلعا للمستقبل، وأكثر انشغالا بفضاياه. وعندما تكون الفجوة كبيرة بين مستويات الطموح والرغبة في التفوق، وبين الإمكانات المتواضعة لتحقيق الذات، فإن هذا الوضع يزيد من حجم التذمر والغضب والعداء، مما يجعلهم أكثر عرضة للاستجابة السريعة للمنبهات المثيرة للعدوان. (ثريا جبريل، 1994)

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى، فإن فئة الشباب التي يتناولها هذا البحث بدراسة أنماط السلوك العدواني لديها، توجد في مرحلة نمائية نفسية ـ اجتماعية ذات خاصية متميزة سماها السيكولوجي الأمريكي إريك هـ. إريكسون E. H. Erikson في كتابه " الطفولة والمجتمع Childhood and Society " الصادر في طبعتين عامي 1950، 1963 وفي كتابه " الهوية والشباب والأزمة Identity Youth and Crisis 1968 "، بـ " مرحلة اكتساب الإحساس بالهوية مقابل تشتت الدور " والمشكلة الحرجة في هذه المرحلة، هي " أزمة الهوية Identity Crisis " أو " هوية الأنا Ego Identity ". ففي مرحلتي المراهقة والشباب المبكر، يظهر بعد نفسي ـ اجتماعي طرفه الإيجابي هو تحديد الهوية، وطرفه السلبي هو تشتت الدور. وفي هذه المرحلة يتساءل الفرد عمن هو ؟ ومن سيكون ؟ وهنا يعيش أزمة صراع بين تحديد الهوية وغموضها. والأفراد الذين يعيشون هذه الأزمة، يعانون فيها من عدم معرفتهم لذواتهم بوضوح، أو عدم معرفة الشاب لنفسه في الوقت الحاضر أو ما سيكون عليه في المستقبل، فيشعر بالضياع والتبعية والجهل بما يجب أن يفعله ويؤمن بـه. (محمد عبد الرحمن، 1998 ـ ب)

أهميـــة الدراســـة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في تناولها للجوانب التالية :

1- أنها تتناول **ظاهرة العدوان** التي زاد انتشارها في المجتمعات المعاصرة، سواء المجتمعات المتقدمة حضاريا وماديا أو المجتمعات المتخلفة. فصار الأفراد والمجتمعات يعيشون في رعب وخوف، مما أعاق كفاءتهم وتوافقهم مع أنفسهم ومع الآخرين وبيئاتهم، الأمر الذي يستوجب دراسة هذه الظاهرة ومعرفة مدى انتشار أبعادها.

2- أنها تتناول متغيرا نفسيا ـ اجتماعيا يصف أزمة نفسية لدى فئة الشباب الذين هم عينة هذا البحث، وهو **أزمة الهوية**، أو **أزمة هويـة الأنا**، التي يشعر فيها الشاب بتشتت دوره في الحياة، فيدخل في صراع حاد مع ذاته ومع المجتمع.

3- أنها كذلك تتناول دراسة **أبعاد السلوك العدواني** وعلاقتها بجانب هام من حياة الشاب، وهو هويته، من يكون ؟ ومن سيكون ؟ وما هدفه في الحياة ؟ بل وبدقة أزمة هوية الأنا لديه، خاصة وأن عينة البحث من شباب الجامعة الذين يعتبرون عاملا هاما في أي مخطط تنموي، ورصيدا قويا في مؤهلات الأمم العلمية والثقافية والاقتصادية.

4- وتتمثل أهمية هذه الدراسة كذلك في كونها الأولى على شريحة من شباب الجامعة في الجزائر ـ في حدود علم الباحث ـ التي تتناول علاقة السلوك العدواني بأزمة هوية الأنا.

5- وتبرز أهمية هذه الدراسة كذلك في ما تسفر عنه من نتائج تساهم في **معرفة أبعاد السلوك العدواني وأبعاد هوية الأنا والعلاقات بينها** لدى شباب الجامعة. قد تقدم بعض العون لمن يعملون على تقديم المساعدة النفسية للشباب الجامعي الذي يقع تحت وطأة الأزمات النفسية.

أهـداف الدراســة :

تسعى الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف تتمثل فيما يلي :

1- التعرف على أبعاد السلوك العدواني الأكثر انتشارا بين شباب الجامعة.

2- التعرف على الفروق بين الجنسين في أبعاد السلوك العدواني.

3- التعرف على الفروق بين الجنسين مراحل النمو النفسي الاجتماعي الستة.

4- التعرف على العلاقة بين السلوك العدواني وتحقيق هوية الأنا لدى شباب الجامعة من الجنسين.

I الإطـار النظـري للدراسـة

أولا : السلـوك العدوانـي :

أ- تعريف السلوك العدواني :

1- يعرف هـ. كوفمان H. Koufman 1970 السلوك العدواني بأنه : " الاستجابة التي تهدف إلى إلحاق الضرر والأذى بالآخرين ". (حسين فايد، 1996)

2- ويعرفه هنري أ. موراي H. A. Murray 1938 بأنه : " التغلب على المعارضة بالقوة، القتال، الثأر لأذى، مهاجمة أو إيذاء أو قتل آخر ". (كالفين هول وآخر، 1969)

3- ويعرفه ج. م. دارلي وآخرون J. M. Darly et al 1983 بأنه : " السلوك الذي يؤدي إلى الأذى والتدمير ويأخذ صورة الهجوم والاعتداء على الغير والممتلكات العامة ". (سعيد بيبس، 1997)

4- أما محي الدين حسين وآخرون 1983 فيرون أن السلوك العدواني يمكن تصنيفه إلى سلوك عدواني بدني وسلوك عدواني لفظي. ويعرفونه بأنه : " أي سلوك يصدره الفرد، لفظيا أو بدنيا، صريحا أو ضمنيا، مباشرا أو غير مباشر، ناشطا أو سلبيا، وحدده صاحبه بأنه سلوك أملته عليه مواقف الغضب أو الإحباط أو الإزعاج من قبل الآخرين، أو مشاعر عدائية، وترتب على هذا السلوك أذى بدني أو مادي أو نفسي للآخرين أو للشخص نفسه ". (محي الدين حسين وآخرون، 1983)

5- أما أحد التعريفات المقبولة فقد قدمه أرنولد باص A. Buss

1961 الـذي يـرى أن السلوك العدواني هو : " أي شكل من أشكال السـلوك يوجـه إلى كائن آخر، ويكون مزعجا له ". (سامي علي، 1995)

ويعرفه مع ماك بيري Mc Perry 1992 بأسلوب أكثر توضيحا بأنه : " أي سـلوك يصدره الفرد بهدف إلحاق الأذى والضرر بفرد آخر ـ أو أفراد آخرين ـ الذي يحاول أن يتجنب هذا الأذى، سواء كان بدنيا أو لفظـيا، تـم بصـورة مباشرة أو غير مباشرة، أو تم الإفصاح عنه في صـورة غضب أو عداوة التي توجه إلى المعتدَى عليه ". (حسين فايد، 1996)

ب- أشكال السلوك العدواني :

يتمـيز الإنسان عن الكائنات الأخرى بالعقل واللغة، يستطيع التعبير عـن نفسـه مستخدما كافة أعضاء بدنه بالإضافة إلى اللغة، فيعبر عن عدوانه بقسمات الوجه أو باليدين أو بالقدمين أو بالألفاظ أو بالإهمال أو بالعناد أو بالمخالفة والمعارضة أو بالتخريب وغيره. (محمد منصور، 1981)

وعلـى هذا الأساس فقد قام الباحثون بتصنيف السلوك العدواني إلى أشكال مختلفة.

صـنفه أرنولد باص 1961 على أساس ثلاثة محاور هي : إيجابي مقابل سلبي، مباشر مقابل غير مباشر، بدني مقابل لفظي. (محي الدين حسين وآخرون، 1983)

وصـنفه ب ر سـابينفيلد Bert R. Sappenfield 1965 إلى عدوان بدني أو مادي صريح مثل إلحاق الضرر بإنسان أو بممتلكاته، وعدوان لفظـي صـريح مـثل الشـتم واللوم والنقد والسخرية والتهكم وترويج الإشاعات الضارة. (جابر عبد الحميد، 1990)

أمـا س. فيشباخ S. Feshbach 1971 فقد صنفه إلى نوعين هما : العـدوان الوسـيلي أو الوسـيطي وهو الذي يهدف إلى استرداد بعض الأشياء أو الموضوعات أو أخذها بالقهر والاغتصاب. والعدوان العدائي الغاضـب الـذي يهـدف إلى إلحاق الضرر بالآخر، ويكون مصحوبا بأحاسيس ومشاعر الغضب والحقد والتذمر. (كوثر رزق، 1992)

ويفرق ب ج رول B. G. Rule 1974 بين عدوان ذي دافع شخصي وعدوان ذي دافع اجتماعي.

وهـناك كذلك من يميز بين العدوان الذي يحدث نتيجة لتخيل الفرد بأنه مهدد أو يوجد في خطر، والعدوان الذي يحدث من أجل الدفاع عن النفس إزاء تهديد وخطر حقيقيين. (أميرة بخش، 1998)

وهـناك العدوان المقصود الذي يتوفر فيه القصد والنية في الأذى. والعـدوان العـارض الذي لا يتوفر فيه القصد والنية في الأذى. وهناك أيضا الفرق بين العدوان وتأكيد الذات.

وهـناك العدوان الموجه إلى الذات لإيذائها ماديا ومعنويا. والعدوان الموجه نحو الآخر لإيذائه في نفسه أو في ممتلكاته.

ويصـنفه جورج إدموندز G. Edmunds 1978 إلى محورين هما : عـدوان وسيطي مقابل عدوان عدائي، وعدوان استجابي مقابل عدوان مـبادئ. ويـتعامد هـذان المحوران وفقا لوجهة نظره بشكل يمكننا أن نستخلص منهما أربع فئات للسلوك العدواني هي : 1) الوسيطي المبادئ مـثل اسـتخدام العنف لاغتصاب المال. 2) الوسيطي الاستجابي مثل الدفـاع عن الملكية. 3) العدائي المبادئ مثل إلحاق الأذى ببريء. 4) العدائـي الاسـتجابي مثل ضرب المعتدي لصده. (محي الدين حسين وآخرون، 1983)

ويقـدم ب ج جالاجر B. J. Gallagher 1982 تصنيفا آخر يرى فيه أن السـلوك العدواني إما أن يكون سلبيا (ضمنيا) مثل أن يبدو الفرد عنـيدا غير متعاون ومتذمر ولكن دون مواجهة. وإما أن يكون إيجابيا (صريحا) مثل أن يواجه الفرد الآخرين بعدوانه. (كوثر رزق، 1992)

أمـا د. زيلمان D. Zilman 1979 فقدم تصنيفا للسلوك العدواني في أربعـة أبعاد هي : العدوان البدني، العداوة التهديدات العدوانية، السلوك التعبيري. (معتز عبد الله وآخر، 1995)

وفي دراسات أكثر تطورا قام أر نولد باص وماك بيري Mc 1992 Perry بتصنيف السلوك العدواني إلى أربعة أبعاد هي : العدوان البدني، العدوان اللفظي، الغضب، العداء (عبد الله وآخر، 1995). وهذه الأبعاد الأربعة هي التي يتولى البحث الحالي دراستها لدى عينة من الشباب الجامعي.

ج- النظريات المفسرة للسلوك العدواني :

تـناول السلوك العدواني الكثير من الباحثين في معظم التخصصات في العلوم الإنسانية، فتباينت تفسيراتهم له، فكان ذلك سببا لظهور العديد من النظريات، نتناولها فيما يلي :

1- **النظريات الغريزية :** وهي من النظريات الأولى التي قدمت تفسيرا للسلوك العدواني. ومن أنصارها (وليام ماكدوجال W. Mc Dougal، س. فـرويد S. Freud، أ. أدلـر A. Adler، كونـراد لورنـز K. Lorenz) يوجـود **حافـز عدواني فطري**. فمكدوجال يرجعه إلى غريزة المقاتلة التي يحركها انفعال الغضب.

أمـا **فرويد** 1915، 1920 فقد فسر **غريزة العدوان باعتبارها غريزة فطـرية**، وهي تعبير عن **غريزة الموت**. وتتجه هذه الغريزة في أصلها إلـى تدمـير الذات (المازوخية). فيرى أن البشر مدفوعون بشكل لا شـعوري نحو تدمير ذواتهم، أي مدفوعون نحو الموت، ولا تتجه هذه الغريـزة إلى الخارج ضد الآخرين (السادية) إلا كظاهرة ثانوية فقط، ويـتم ذلك من أجل حماية الذات عن طريق ميكانيزمات الدفاع. (سامي علي، 1995) (جابر، 1990)

ويـتفق **أ. أدلـر** 1908، 1910 مع فرويد في كون العدوان غريزة فطـرية، ولكنه يختلف معه من ناحية استقلالها التام عن غريزة الجنس، وسـماها " **إرادة القوة** ". أين يمثل القوة بالذكورة والضعف بالأنوثة. ثم تخلـى بعـد ذلك عن إرادة القوة مفضلا عنها مفهوم " **الكفاح في سبيل الـتفوق** ". واعتبر الهدف النهائي للإنسان أن يكون عدوانيا وأن يكون قويا متفوقا. (كالفين هول وآخر، 1969)

أما **لورنز** (1966، 1977) وهو ممثل لعلماء الإيثولوجيا Ethology ، فقـد افترض أن السلوك العدواني ناتج عن **غريزة القتال**، وهو تعبير حتمـي لهـا. وهي غريزة موجودة عند الإنسان والعديد من الحيوانات. وهـذه الغريزة يتم إنتاجها باستمرار داخل الكائن الحي وبمعدلات ثابتة. ولذلـك فهي تتراكم مع الوقت. وهي لا تعمل بمفردها بل توجد مثيرات مولـدة. وعندما تتراكم الغريزة ولا تجد طريقا لتصريفها، فإن أي إثارة يـتعرض لهـا الكائن تجعله ينفجر بالعدوان. إذن، حسب لورنز، هناك عـاملان لحـدوث العـدوان وهمـا : 1) **تراكم الطاقة الغريزية**. 2) **والمثـيرات المولـدة للعـدوان**. وقد حاول تفسير ظواهر عدوانية مثل الحروب والعدوان الفردي والجماعي بهذا المفهوم. (سامي علي، 1995) (عزت اسماعيل، 1988)

2- **نظرية الإحباط ـ العدوان :** وهي من أشهر النظريات التي حاولـت تفسير السلوك العدواني. والتي يطلق عليها غالبا "فرض الإحباط ـ العدوان Frustration - Aggression Hypothesis ."

قـدم هذا الفرض فريق من سيكولوجيي جامعة ييل الأمريكية Yale University، وهم : جون دولارد J. Dollard نيل ميلر N. Miller لونارد دوب L. Doob هوبـرت مورر H. Mowrer روبرت سيزر R. Sears عـام 1939. الذيـن افترضـوا أن الإحـباط كتشريط بيئي يؤدي إلى العـدوان. فالإحـباط وهو إعاقة تحقيق الهدف، يؤدي إلى استثارة دافع الهجـوم على الذين تسببوا في إعاقة تحقيق الهدف وإلحاق الأذى بهم. (محمد عبد الرحمن، 1998 ـ أ) (نبيل حافظ، 1993)

وبالتالـي فإنـه حسـب هـذه النظرية، فإن إزالة مصادر الإحباط الخارجية، تؤدي إلى التخلص من السلوك العدواني أو التقليل منه.

والإحـباط هـو حالة من خيبة الأمل والحرمان والشعور بالمرارة والفشـل ناجم عن إعاقة المرء من تحقيق هدف معين. فالوعي بالإحباط يعني الخطر والتهديد بالحرمان من إشباع حاجات الإنسان الأساسية التي تحمي وجوده وتحافظ على بقائه.

إلا أن هـناك باحثيـن مثل أر نولد باص وكونراد بيركوفيتز 1969 K Berkowitz يرون أن الإحباط لا يؤدي إلى العدوان في كل الأحوال، بـل فـي بعض الظروف فقط، مثل السياق الاجتماعي الذي يوجد فيه الفـرد المحـبط. وفـي حـالات أخـرى يسـتجيب المحبط بالاكتئاب والانسـحاب. وتأخذ الاستجابة للإحباط أشكالا عديدة غير العدوان، مثل التـبلد والقلـق والانسحاب والنكوص والنمطية والخيال. (سامي علي، 1995)

3- **النظرية السلوكية :** يفسر السلوكيون العدوان وفقا لمفاهيمهم التي يستخدمونها لتفسير السلوك. فالسلوك العدواني عندهم **سلوك متعلم عن طريق الإشراط والتعزيز**. وهناك نوعـان من الإشراط هما :

1) **الإشـراط الاسـتجابي** الـذي بحث فيه الروسي إيفان ب. بافلوف I. P. Pavlov ويحدث فيه السلوك كاستجابة لمثير سابق. فالفـرد يصـدر سلوكا عدوانيا كاستجابة لمثير سابق وهو تلقيه لإهانـة مثلا، أو رؤيته لمعزز عند ضحية ضعيف يمكن أخذه بالقوة.

2) **الإشـراط الإجرائـي** بحث فيه السيكولوجي الأمريكي ب. ف. سـكنر B. F. Skinner الذي يقول : يصدر السلوك كإجراء فـي البيئة فيحدث فيها تغيرات، ويتأثر بعد ذلك بما يعقبه ؛ فإذا كـان تعزيـزا زاد احتمال صدوره، أما إذا لم يعزز أو تعرض للعقاب فإن احتمال صدوره يتناقص. فالسلوك العدواني وفقا لهذا الإشراط، يحدث ويستمر عندما يعقبه ثواب.

4- **نظرية التعلم بالمحاكاة :** يرى السيكولوجي الأمريكي ألبرت بـاندورا A. Bandura أن السـلوك العدواني كثيرا ما يتعلم عن طـريق تقليد نماذج عدوانية كالآباء والمعلمين والأفراد المعجب بهـم. لكن تعلم هذا السلوك يتوقف على ما يترتب عليه من ثواب أو عقاب. وقد أجريت دراسات عديدة على العدوان عند الأطفال خاصة، فتبين صدق ما تذهب إليه هذه النظرية. (محمد عطيفي، 1992)

ووفقـا لمـا تذهب إليه هذه النظرية (سامي علي، 1995)، أُجْرِيَ العديـد مـن البحوث حول علاقة مشاهدة السلوك العدواني في الأفلام التلفزيونـية بممارسة الأطفال للعدوان. فجاءت النتائج تبين أن الأطفال الذيـن يتعرضون أكثر لنماذج عدوانية، يظهرون عنفا أكثر في سلوكهم من الذين لا يشاهدون الأفلام العدوانية والمليئة بالعنف.

وتؤكد نتائج هذه البحوث ما يلي :

1- أن الدفعـات العدوانـية يضعف كفها مما يؤدي إلى ارتكاب العدوان.
2- أن مشـاهدة أفـلام العـنف تساهم في تشكيل صورة ونمط السلوك العدواني.
3- يقلـد الطفل السلوك الذي يكافأ فاعله أكثر من تقليد السلوك الذي يعاقب عليه فعله.
4- يقـل الشعور بالذنب إزاء الأفعال العدوانية نتيجة المشاهدة المستمرة لأفلام العنف.

وتـرى أن الإنسان ينخرط في السلوك العدواني تجاه الآخرين لعدة أسباب هي : (محمد غانم، 1996)

1- أنه اكتسب العدوانية خلال خبراته السابقة.
2- أنه توقع أشكالا عديدة من التعزيزات للقيام بهذا السلوك.
3- أنـه تم تحريضه مباشرة بأسباب اجتماعية وبيئية خاصة للقيام بالسلوك العدواني.

5- **نظـرية الـتعلم بالـتوقع وقيمة التعزيز :** هذه النظرية في الـتعلم، وبالتالـي فهي ترى أن السلوك العدواني متعلم. ويضع جوليـان ب. روتـر J. B. Rotter صـاحب هذه النظرية أربعة مفاهـيم لتفسـير السلوك، وهي : 1) إمكان حدوث السلوك. 2) الـتوقع. 3) قـيمة التعزيز. 4) الموقف النفسي. وبهذه المفاهيم الأربعة تفسر السلوك العدواني كما يلي : أنه في (موقف معين) فـإن (إمكان حدوث سلوك عدواني) معين يعتمد على (توقع) الشـخص العدواني بأنه بسلوكه العدواني هذا سوف يحصل على شـيء يرغـب فيه مادي أو معنويا، وأن هذا الشيء الذي سوف يحصـل عليـه، مفضل لديه (قيمة التعزيز) في هذا (الموقف النفسـي) أكـثر من أي شيء آخر يمكن أن يحصل عليه أيضا. (بشير معمرية، 1995)

6- **نظـرية السـمات :** ترى هذه النظرية أن العدوان سمة من سـمات الشخصـية، وهـناك فروق بين الأفراد في هذه السمة. ويعتـبر ايـزنك H. J. Eysenk من أكبر دعاة هذه النظرية الذي يقول بوجود **شخصية عدوانية**. وباستخدامه للتحليل العاملي، قدم براهين علمية على صحة ما يذهب إليه كما يلي :

1. أن جميع الأفراد يولدون بأجهزة عصبية مختلفة، فمنهم من هو سهل الاستثارة ومنهم من هو صعب الاستثارة.
2. الشخصـيات سـهلة الاسـتثارة تصـبح مضـطربة، والشخص المضطرب لديه استعداد في أن يصبح عدوانيا أو مجـرما. وقد توصل ايزنك في أحد أبحاثه (1977) إلى أن العـدوان يمـثل القطب الموجب في بعد ثنائي الاتجاه وأن القطـب السـالب يتمثل في اللاعدوان أو الخجل والحياء. (حسين فايد، 1996)

7- **النظريات البيئية :** تشير هذه النظريات إلى أن العدوان يتأثر بـالعوامل البيئية الفيزيقية. وقد تناولت البحوث ثلاثة موضوعات بيئـية فـي علاقتها بالعدوان والعنف هي ما يلي : (سامي علي، 1995)

1) **الضوضاء** : تبين من نتائج الدراسات في هذا الصدد أن الأفـراد الذيـن يعيشون في الحضر ويتعرضون لضوضاء صـاخبة، يظهـرون مسـتويات أعلـى من العدوانية تجاه الآخريـن أو البيـئة أكـثر من الأفراد الذين لا يتعرضون للضوضاء. فالضوضاء تعتبر نوعا من الضغوط البيئية التي يستجيب لها الأفراد بالعدوان.

2) **الازدحـام** : الازدحام بصفة عامة لا يؤدي إلى ارتكاب السلوك العدواني، ولكن دراسات وإن كانت قليلة وجدت أن الازدحام يدفع الأفراد إلى الإتيان بالسلوك العدواني، خاصة إذا توفـرت ظروف مناسبة كالشعور بالتهديد وتعذر الهرب أو بالضغوط وإدراك الفرد للموقف.

3) **الحـرارة** : يعتـبر الـتعرض باستمرار لدرجة حرارة مـرتفعة كضغط بيئي، أحد العوامل المساعدة على ظهور السلوك العدواني، إلا أن الدراسات في هذا المجال لم تحسم

هذه العلاقة.

د ـ الدراسـات السابقة التي تناولت الفروق بين الجنسين في أبعاد السلوك العدواني :

فـيما يتعلق بعلاقة الجنس بمظاهر السلوك العدواني وجدت دراسة إدموند 1977 Edmound أن الإناث يتسمن بالعدوان اللفظي والعدوان غـير المباشـر مقارنة بالذكور الذين اتسموا بالعدوان البدني والعدوان المباشر.

لكـن دراسة براساد 1980 Prasad على عينة من طلاب الدراسات العلـيا بالهند بينت اتسام الذكور بالعدوان غير المباشر والشك والعدوان اللفظي مقارنة بالإناث.

ووجـد سادوفسكي وآخر 1982 Sadowski & al في دراستهما على عيـنة من طلاب الجامعة من الجنسين باستخدام استبيان باص ودوركي 1957 A. Durkee للعـدوان والعدائـية، أن الذكـور يتميزون بالعدوان والعدائية مقارنة بالإناث.

وفـي دراسة قام بها انفانت وآخرون 1984 Infante & al للمقارنة بين الجنسين في العدوان اللفظي في المواقف الجدلية، تبين تفوق الذكور علـى الإناث في العدوان اللفظي. وتبين من دراسة ثريا جبريل 1994 على طلاب جامعيين بمصر عدم وجود فروق بين الجنسين في العدائية. (جابر عبد الحميد، 1990)

وفي دراسة أخرى في مصر على طلاب جامعيين تبين من نتائجها تفوق الذكور على الإناث في السلوك العدواني. (رشاد موسى، د. ت)

أما بالنسبة لترتيب أبعاد السلوك العدواني لدى الشباب الجامعي، فقد بينـت دراسـة أجريـت في مصر على 257 طالبا وطالبة جامعيين أن ترتيـب أبعـاد السلوك العدواني جاء كما يلي : 1) الطلاب : العدائية، العدوان البدني، الغضب، العدوان اللفظي. 2) الطالبات : 1) الغضب، العدائـية، العدوان البدني، العدوان اللفظي. 3) العينة الكلية : العدائية، الغضب، العدوان البدني، العدوان اللفظي. (حسين فايد، 1996)

وفـي دراسة أخرى تمت على 188 طالبا جامعيا سعوديا من مدينة الـرياض من الذكور. تبين من نتائجها أن ترتيب أبعاد السلوك العدواني هي كما يلي : العداوة، العدوان البدني، الغضب، العدوان اللفظي. (معتز عبد الله، 1998)

هـذا بالنسبة لأحد متغيري هذا البحث وهو السلوك العدواني بأبعاده المخـتلفة، فإذا انتقلنا إلى المتغير الثاني وهو مفهوم الهوية، فإننا نتناوله كما يلي :

ثانيـــا : مفهـــوم الهويـــة :

أ- الأصل النظري للمفهوم :

ظهر مفهوم " الهوية " في نظرية إريك هـ. إريكسون حول مراحل الـنمو النفسـي الاجتماعي للفرد، وقد قسم في هذه النظرية دورة الحياة إلى ثمان مراحل متعاقبة ومنفصلة نسبيا عن بعضها، كل منها لها هدف متمـيز يُعَدّ الوصول إليه دليلا على تحقيق الشخصية السوية. وتمثل كل مـرحلة فـترة حرجة من الصراع وأزمة محتملة لأجل بزوغ خاصية للأنـا. ويظهـر في كل مرحلة بُعْدٌ جديد من التفاعل الاجتماعي يصبح محتملا مع النضج المتزايد. (عبد الرقيب البحيري، 1990)

تسـتغرق مرحلتا الرضاعة والطفولة الصراعات الجوهرية الأربعة الأولى وهي : الثقة مقابل الشك، الاستقلال الذاتي مقابل الخجل، المبادأة مقـابل الشعور بالإثم، الاجتهاد مقابل الدونية. (جابر عبد الحميد وآخر، 1993)

وفـي مـرحلة المـراهقة يكون الصراع بين الهوية مقابل غموض الـدور. أمـا الصـراعات الجوهرية في مرحلة الرشد، فتتضمن الألفة مقابل العزلة، الإنتاجية مقابل الاستغراق في الذات، التكامل مقابل اليأس.

ويـنظر إريكسـون إلـى **المـراهقة علـى أنها البداية الأساسية والمركـزية لتكويـن الهويـة**، فإذا لم ينجح الفرد في التكوين الحقيقي للهويـة، والذي تمتد جذوره في الأسرة والسلالة والإيديولوجيا، تصبح مـرحلة الرشـد صعبة جدا، والألفة الحقيقية مستحيلة تقريبا والعلاقات طويلة المدى غير محتملة. (عبد الرقيب البحيري، 1990)

ففـي المراهقة المتأخرة يواجه الفرد مهام الراشدين مثل البحث عن وظـيفة، والتخطيط للزواج، واتخاذ قرار ذي معنى في الحياة، ويصبح مـن الواجـب عليه أن ينتج ويعطي بدلا من أن يأخذ فقط كما كان من قـبل، وتكون المشكلة المركزية لديه هو تحديد من هو ؟ وما دوره في المجتمع ؟ وهل هو طفل أم راشد ؟ هل لديه ما يمكنه أن يكون إنسانا له قيمة كزوج وأب أو أم ؟ وما ذا لديه من قدرات وكفاءات شخصية تتيح له أن يكون عاملا يكسب رزقه بنفسه.

وينشغل الشباب بمثل هذه التساؤلات، كما ينشغلون بالتوفيق بين ما تعلموه من أدوار ومهارات في المراحل السابقة وما هو مقبول اجتماعيا الآن مـن أدوار ومهـارات. ويطلـق إريكسـون على هذا النوع من الانشـغالات " أزمة الهوية "، لأن اكتساب الإحساس بالهوية ضروري لاتخاذ قرارات الكبار، وهذا يتوقف على أن يصبح الفرد جزءا محسوسا يمكن الاعتماد عليه. (حسن عبد المعطي، 1993)

ب- تعريف الهوية :

يعـرف إريكسـون الهوية بأنها : " المجموع الكلي لخبرات الفرد، وتتكون من عنصرين هما : **هوية الأنا وهوية الذات**. وترجع هوية الأنا إلـى تحقـيق الالـتزام في بعض النواحي كالعمل والقيم الإيديولوجية والسياسـة والديـن وفلسـفة الفرد لحياته. أما هوية الذات فترجع إلى الإدراك الشخصـي لـلأدوار الاجتماعية. ويذكر كذلك أن للهوية بعدان هما : البعد الإيديولوجي والبعد الاجتماعي. (محمد عبد الرحمن، 1998 ـ أ)

ويعـرفها جـيمس إ. مارشـيا J. E. Marcia 1966 بأنها : " تنظيم داخلي معين للحاجات والدوافع والقدرات والمعتقدات والإدراكات الذاتية بالإضافة إلى الوضع الاجتماعي السياسي للفرد ". (محمد عبد الرحمن، 1998 ـ ب)

ويشير مارشيا إلى وجود أربع رتب للهوية هي :

1) **تحقيق الهوية** : وفيها يقضي الفرد وقتا فعالا لتحديد هدفه مـن الحـياة واعتـبار الذات والقيم التي يؤمن بها، ولديه تعهد شخصـي بالكفاح في سبيل الوصول إلى الأهـداف التي يؤمن بها.
2) تشـتت الهوية : حيث يعاني الفرد من أزمة الهوية وليس لديه تعهد لخطة ما من خطط الحياة أو إرساء مبادئ عامة.
3) **انغـلاق الهويـة** : وتعنـي الشخص الذي لا يتعهد بشيء محدد يلتزم به، وليس لديه إحساس بأزمة الهوية.
4) **تعلـيق الهويـة** : وتمثل ميل الفرد إلى البحث عن هويته الشخصـية ومحاولـة التوصـل إلى ذلك مع عدم القدرة على الوصـول إلـى حل لأزمته الشخصية. (أبو المجد الشوربجي، 1992)

ويعـرف أبو بكر مرسي الهوية بأنها : تحديد الفرد لمن هو، بحيث تكـون توقعاتـه المسـتقبلية امتداد واستمرار لخبرات الماضي، وتكون خـبراته الماضـية متصلة بما يتوقعه من مستقبل اتصالا ذا معنى، مع الشعور بكونه قادرا على العمل كشخص متفرد دون انغلاق في العلاقة بالآخـر، مـع الاضـطلاع بدور اجتماعي والتوجه نحو أهداف محددة وإنجازهـا وفق منظور زمني محدد، وتحقيق علاقة ناضجة مع الجنس الآخر، مع تحديد إيديولوجية أو فلسفة ومعنى لحياته. (أبو بكر مرسي، 1997)

ج- تعريف أزمة الهوية :

يصـف إريكسـون أزمـة الهوية بأنها : " نقطة دوران ضرورية ولحظـة حاسمة تحدد ما إذا كان ينبغي أن يتحرك النمو في مسار واحد أو أكـثر، وتسـاعد الفـرد على تنظيم موارده وإعادة اكتشاف الهوية، إضافة إلى التمايز والتفرد ". (محمد عبد الرحمن، 1998 ـ ب)

ويعـرفها أبو بكر مرسي بأنها : " فشل الفرد في تحديد هويته لأنه، مع الشعور بالاغتراب وعدم الجدوى وانعدام الهدف مع عدم القدرة على التخطيط لأهداف مستقبلية، والافتقار إلى العلاقات الاجتماعية أو الحب الناضـج الـذي يتمـثل في الرعاية لموضوع الحب وعدم القدرة على اختـيار المستقبل المهني، وتسود حياته اللامبالاة واللامعنى ". (أبو بكر مرسي، 1997)

د- الدراسات السابقة التي تناولت الفروق بين الجنسين في تحقيق الهوية :

تناولـت عـدة دراسـات الفروق بين الجنسين في تحقيق الهوية، وجـاءت نـتائجها متباينـة. ففي دراسة قام بها ج. إ. مارشيا وآخرون J. E. Marcia & al 1970 وجدوا فروقا في تحقيق الهوية لصالح الإناث. ووجـد ك. ك. واترمان وآخر C. K Waterman & al 1977 أن النساء أكـثر تفوقـا في تحقيق الهوية مقارنة بالرجال. (عبد الرقيب البحيري، 1990) وتبيـن مـن نـتائج دراسة ج. ر. أدامـا وآخرون G. R. Adama & al 1985 أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث من شباب الجامعة فـي تحقـيق الهوية (أبو المجد الشوربجي، 1992). وإلى نفس النتيجة توصـل د. ج. شيدل وآخر D. G. Schiedel & al 1985 في دراستهما علـى شباب الجامعة من الجنسين يدرسون مقررات في علم النفس (أبو المجد الشوربجي، 1992). أما ت. إ. لوبل وآخر T. E. Lobel & al 1987 فقـد وجـدا فـروقا لصـالح الإنـاث في تحقيق الهوية (أبو المجد الشـوربجي، 1992). وفـي مصـر لم يجد البحيري 1990 فروقا بين الجنسـين مـن شباب الجامعة في تحقيق الهوية (عبد الرقيب البحيري، 1990). ولـم يجـد جابـر 1993 فروقا بين تلاميذ وتلميذات المرحلة الإعداديـة بدولة قطر في تحقيق الهوية (جابر عبد الحميد وآخر، 1993). وإلـى نفـس النتـيجة توصل مرسي 1997 في دراسته على شباب الجامعة من الجنسين في أزمة الهوية (أبو بكر مرسي، 1997). إن عدم الاتسـاق بين نتائج البحوث السابقة في الفروق بين الجنسين في تحقيق الهويـة، ربما يعود إلى الاختلاف في أعمار العينات التي أجريت عليها الدراسات، وكذلك إلى تنوع أدوات القياس المستخدمة.

I مشكلة البحث وفروضه :

بعـد اسـتعراض الباحثين للإطار النظري وخاصة نتائج الدراسات السـابقة، وجدا أن السلوك العدواني وأزمة الهوية تم بحثهما مع العديد من المتغيرات السيكولوجية.

فبالنسـبة **للسـلوك العدواني**، فقد تم بحثه مع متغيرات سيكولوجية واجتماعـية مـثل : الجنس، مصدر الضبط، والخوف من الاستهجان، والاستحسـان الاجتماعي، والشعور بالذنب، والتأخر العقلي، والسلالة، والمكانـة الاجتماعـية الاقتصـادية، وتعاطـي المخـدرات والكحول، والاتجاهات التعصبية، وتوكيد الذات، ونمط السلوك " أ "، وتقدير الذات.

أما بالنسبة لمتغير **أزمة الهوية** فقد تم بحثه مع متغيرات سيكولوجية وتربوية مثل : الجنس، أساليب المعاملة الوالدية الاكتئاب النفسي، القلق، تقديـر الـذات، التخصـص الدراسـي، التحصيل الدراسي، المستوى الدراسـي، ومـع بعـض سـمات الشخصـية مثل : الثبات الانفعالي، والمغامـرة، والـتوتر، والسـيطرة، والاندفاعية. إلا أنه تبين للباحثين الحاليين مما تم الاطلاع عليه من الدراسات ما يلي :

1- إن نتائج الدراسات السابقة لم تتسق في ترتيبها لأبعاد السـلوك العدوانـي، وفـي الفـروق بين الجنسين من شباب الجامعة في السلوك العدواني وأزمة الهوية.

2- أن الباحثيـن لم يجدا، فيما استعرضاه من دراسات سابقة، ولـو دراسة واحدة تناولت العلاقة بين السلوك العدواني وأزمة الهوية لدى شباب الجامعة.

ومـن هنا جاءت ضرورة إجراء هذه الدراسة للتعرف على الفروق بيـن الجنسـين في السلوك العدواني ومراحل النمو النفسي الاجتماعي، وللـتعرف كذلـك على العلاقة بين أبعاد السلوك العدواني والهوية لدى شباب الجامعة. ويمكن توضيح مشكلة البحث في التساؤلات التالية :

1- مـا هو ترتيب أبعاد السلوك العدواني لدى شباب الجامعة من الجنسين ؟

2- هـل توجـد فروق بين الطلاب والطالبات في أبعاد السلوك العدواني ؟

3- هـل توجـد فروق بين الطلاب والطالبات في مراحل النفسي الاجتماعي ؟

4- هـل توجـد علاقـة بين السلوك العدواني وأزمة الهوية لدى شباب الجامعة من الجنسين ؟

فروض البحث :

بـناء علـى ما تم عرضه في الإطار النظري والدراسات السابقة، يصيغ الباحثان الفرضيات التالية :

1- يخـتلف ترتيب أبعاد السلوك العدواني عند العينات الثلاثة (الطلاب، الطالبات والعينة الكلية .

2- لا توجـد فـروق بيـن الطلاب والطالبات في أبعاد السلوك العدواني.

3- لا توجـد فـروق بيـن الطلاب والطالبات في مراحل النمو النفسي الاجتماعي.

4- لا يوجد ارتباط بين أبعاد السلوك العدواني وأزمة الهوية لدى الجنسين من شباب الجامعة.

II إجـراءات الدراسـة الميدانيـة

أ- عينة البحث :

تكونت عينة البحث من 220 طالبا وطالبة من كليات جامعة باتنة ـ الجزائر، منهم 115 ذكرا، 105 أنثى. تراوحت أعمارهم بين 17، 22 سنة، بمتوسط حسابي لعينة الذكور مقداره 20.74 وانحراف معياري مقداره 1.16. ومتوسط حسابي لعينة الإناث مقداره 20.57 وانحراف معياري مقداره 1.16.

والجدول رقم (01) يبين توزيع أفراد العينة الكلية على الجنس والتخصص الدراسي.

الجنس / التخصص الدراسي	ذكور	إناث	المجموع
كلية الآداب والعلوم الإنسانية	34	50	84
كلية الحقوق والعلوم السياسة	15	18	33
كلية الاقتصاد	10	06	16
كلية العلوم	35	22	57
كلية الهندسة	11	04	15
كلية العلوم الاجتماعية والإسلامية	10	05	15
المجموع	115	105	220

يبيـن الجـدول رقـم (01) توزيـع أحجام العينات حسب الجنس والتخصص الدراسي.

ب- أدوات البحث :

مـن أجـل تحقيق أهداف البحث، استخدم الباحثان الأداتين التاليتين لقياس المتغيرين، وهما :

1- استبيان السلوك العدواني :

قـام الباحـث الأول بإعداد استبيان لقياس السلوك العدواني لدى شباب الجامعة، وفقا لتصنيف أر نولد باص للسلوك العدواني إلى أربعة أبعـاد، كمـا بينا سابقا وهي : العدوان البدني Physical Aggression، العـدوان اللفظـي Verbal Aggression، الغضـب Anger، العـداوة Hostility. وبعـد اطلاعـه على المراجع التالية (ثريا جبريل، 1994، حسـين فايد، 1996، رشاد موسى (د. ت) محي الدين حسين وآخرون، 1983، معتز عبد الله، 1998، معتز عبد الله وآخر، 1995) قام بصياغة 10 عـبارات لكـل بعد (المجموع 40 عبارة) ومن بينها 20 عبارة من اسـتبيان أر نولـد باص. وتتم الإجابة عن بنوده ضمن ستة اختيارات تـتدرج كمـا يلي : لا، نادرا، أحيانا، متوسطا، غالبا، دائما. وتصحح بنوده كلها في اتجاه واحد بتدرج الدرجات بأوزانها الستة من صفر إلى 5. وتـتراوح الدرجات النظرية على كل بعد من صفر إلى 50 والدرجة الكلية من صفر إلى 200، وارتفاع الدرجة يعني وجود خاصية العدوان. وتم حساب الشروط السيكومترية للاستبيان كما يلي :

1.1- **الصدق :** تم حساب الصدق بطريقتين :

الأولى : طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) : وهي

مـن أساليب حساب الصدق التكويني وصدق المحتوى : فبعد أن تم ترتيب التوزيع من أعلى درجة إلى أقل درجة لعينتي الطلاب والطالبات كل على حدة، تم اختيار مجموعتين من طرفي التوزيع لكل جنس، تمثل إحداهمـا 27 % من الأفراد الذين حصلوا على أعلى الدرجات، وثانيهما 27 % مـن الذين حصلوا على أدنى الدرجات. وبالنسبة لعينة الطلاب كـان حجم كل مجموعة 31 طالبا. ثم استخرجت المتوسطات الحسابية والانحـرافات المعـيارية. وحُسِـبَت دلالـة قـيمة " ت " للفروق بين المتوسـطات. **الجـدول رقـم (02)** يبين دلالة الفروق بين متوسطات الأبعاد الأربعة والدرجة الكلية في السلوك العدواني لدى عينة الطلاب.

العينة / أبعاد العدوان	المجموعة العليا ن = 31		المجموعة الدنيا ن = 31		قيمة " ت "
	م	ع	م	ع	
العدوان البدني	30.00	3.16	15.23	1.76	**22.38
العدوان اللفظي	32.00	2.13	19.42	2.17	**22.46
الغضب	35.39	1.56	18.55	3.50	**24.06
العداوة	31.65	3.63	16.42	1.44	**21.45
الدرجة الكلية	120.19	9.10	76.55	6.69	**21.18

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

يتبين من الجدول رقم (02) أن قيم " ت " كلها دالة إحصائيا، وهذا يشـير إلـى أن الاسـتبيان له القـدرة علـى التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه.

أما بالنسبة لعينة الطالبات فقد كان حجم كل مجموعة 28 طالبة.

الجـدول رقـم (03) يبيـن دلالة الفروق بين المتوسطات للأبعاد الأربعة والدرجة الكلية للسلوك العدواني لدى عينة الطالبات.

العينة / أبعاد العدوان	المجموعة العليا ن = 28		المجموعة الدنيا ن = 28		قيمة " ت "
	م	ع	م	ع	
العدوان البدني	21.32	3.42	10.54	0.50	**16.09
العدوان اللفظي	28.64	2.88	14.71	1.38	**22.84
الغضب	37.46	3.31	18.50	1.82	**25.97
العداوة	30.61	3.34	15.46	1.54	**21.34
الدرجة الكلية	110.3	10.13	63.46	4.29	**22.10

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

يتبين من الجدول رقم (03) أن قيم " ت " كلها دالة إحصائيا، وهذا يشـير إلـى أن الاسـتبيان له القـدرة علـى التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه.

الثانية : طريقة الاتساق الداخلي : وتتم بحساب معاملات الارتباط بيـن درجـة البند والدرجة الكلية للاستبيان. وجاءت معاملات الارتباط لـدى عيـنة الطـلاب (ن = 50) تتراوح بين 0.412 - 0.517 للبنود الأربعين المكونة للاستبيان ولأبعاده الأربعة، وهي دالة كلها عند 0.01. أمـا عـند الطالـبات (ن = 50) فقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.431 - 0.547 للبـنود الأربعيـن المكونة للاستبيان ولأبعاده الأربعة، وهي دالة كلها عند مستوى 0.01.

ومعاملات الارتباط المحصل عليها هي معاملات الصدق، وتشير كلها إلى صدق الاستبيان.

1.2-**الثـبات :** وتم حسابه بطريقة واحدة هي استخراج معامل ألفـا لكرونـباخ لأنه تعذر على الباحثين حسابه بطريقة إعادة التطبـيق. ومعـامل ألفا يشير إلى الاتساق الداخلي للاستبيان، ويرتبط ثباته بثبات بنوده. وكانت معاملات ثبات الاستبيان ككل لدى عينة الطلاب هو : 0.74. أما الاستبيانات الفرعية فكانت معاملات ثباتها كما يلي : 0.79 للعدوان البدني، 0.83 للعدوان اللفظي، 0.78 للغضب، 0.73 للعداوة. أما لدى عينة الطالبات فكـان ثبات الاستبيان ككل هو : 0.69 وثبات العدوان البدني 0.76، والعدوان اللفظي 0.77 والغضب 0.78 والعداوة 0.75.

2- استبيان مراحل النمو النفسي الاجتماعي :

أعد هذا الاستبيان في الأصل د. أ. روزنتال وآخرون عام 1981 D. A. Rosenthal. وترجمه إلى العربية عبد الرقيب أحمد البحيري 1990. ويتكون الاستبيان من 72 بندا موزعة بالتساوي على ستة أبعاد بالتساوي 12 بـندا لكـل بعد وهي : الثقة Trust، الاستقلال الذاتي Autonomy، المبادأة Initiation، المثابرة Industry، الهوية Identity، الألفة Intimacy . قام معرب الاستبيان بحساب صدقه بطريقة التحكيم التي كانت نتيجتها تعديل بعض البنود، وطريقة الصدق التلازمي مع تقدير الذات، فجاءت قـيمة معـامل الارتباط تساوي 0.473 (دال عند 0.01). أما ثباته فتم حسابه بطريقة إعادة التطبيق فكان معامل الارتباط بين التطبيقين بفارق زمنـي قدره ثلاثة أسابيع يساوي 0.450 (دال عند 0.01). وتتم الإجابة عـن بـنوده ضـمن ستة اختيارات تتدرج كما يلي : لا، نادرا، أحيانا، متوسطا، غالبا، دائما. وتصحح الإجابات بتدرج الدرجات بأوزانها الستة من صفر إلى 5 بطريقتين متعاكستين تبعا لاتجاه البند إذا كان موجبا أو سـالبا. وتتراوح الدرجة النظرية لكل بعد من صفر إلى 60، والدرجة الـنظرية من صفر إلى 360. وارتفاع الدرجة يعني أن الفرد حقق نموا ونضجا في مراحل النمو النفسي الاجتماعي كما حددها إريكسون وكما

يقيسـها الاستبيان. وقام الباحثان الحاليان بحساب الشروط السيكومترية للاستبيان كما يلي :

2.1- **الصدق :** وتم حسابه بطريقتين :

الأولـى : طريقة المقارنة الطرفية (الصدق التميزي) : الجدول رقـم (04) يبيـن دلالة الفروق بين المتوسطات للأبعاد الستة والدرجة الكلية للهوية لدى عينة الطلاب.

العينة / أبعاد الهوية	المجموعة العليا ن = 31		المجموعة الدنيا ن = 31		قيمة " ت "
	م	ع	م	ع	
الثقة	41.94	2.57	27.39	2.67	**21.40
الاستقلال الذاتي	52.87	2.37	33.97	3.07	**26.62
المبادأة	51.48	2.43	35.81	3.37	**20.62
المثابرة	50.65	2.08	33.23	3.27	**24.54
الهوية	50.90	2.22	33.87	3.56	**22.12
الألفة	44.13	1.83	30.10	2.54	**24.61
الدرجة الكلية	281.58	8.88	204.26	11.09	**29.85

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

يبين الجدول رقم (04) أن قيم " ت " دالة كلها إحصائيا عند مستوى 0.01 مما يشير إلى أن الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، وهذا دليل على صدقه.

أمـا بالنسبة لعينة الطالبات فقد كان حجم كل مجموعة 28 طالبة. ويبين **الجدول رقم (05)** دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية للأبعاد الستة والدرجة الكلية للهوية.

العينة / أبعاد الهوية	المجموعة العليا ن = 28		المجموعة الدنيا ن = 28		قيمة " ت "
	م	ع	م	ع	
الثقة	42.46	2.74	29.29	1.67	**21.24
الاستقلال الذاتي	50.43	2.40	33.46	3.07	**22.63
المبادأة	51.04	3.41	35.18	2.38	**19.83
المثابرة	50.82	2.91	33.93	2.29	**23.79
الهوية	51.43	2.38	32.43	3.94	**21.35
الألفة	43.43	2.05	29.54	1.85	**26.21
الدرجة الكلية	273.7	10.89	208.4	14.51	**18.70

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

يبيـن الجـدول رقم (05) أن قيم " ت " دالة كلها إحصائيا عند مسـتوى 0.01 ممـا يشير إلى أن الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، وهذا دليل على صدقه.

الثانـية : طـريقة الاتسـاق الداخلـي : وتتم بحساب معاملات الارتـباط بيـن درجة البند والدرجة الكلية للاستبيان. وجاءت معاملات الارتـباط لـدى عينة الطلاب (ن = 50) تتراوح بين 0.487 - 0.592 للبـنود 72 المكونة للاستبيان ولأبعاده الستة، وهي دالة كلها عند 0.01. أمـا عـند الطالـبات (ن = 50) فقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.493 - 0.604 للبـنود 72 المكونة للاستبيان ولأبعاده الستة، وهي دالة كلها عند مستوى 0.01.

ومعاملات الارتباط المحصل عليها هي معاملات الصدق، وتشير كلها إلى صدق الاستبيان.

ج- تطبيق الاستبيانين :

تـم تطبيق الاستبيانين في حصص التطبيق والأعمال الموجهة، أين تراوح عدد الطلبة في كل جلسة بين : 08 إلى 32 طالبا. وتراوحت مدة الإجابـة عن الاستبيانين في جلسة واحدة بين : 20 إلى 35 دقيقة. وتم ذلك في شهور : نوفمبر أكتوبر وديسمبر 2002.

د- الأساليب الإحصائية :

من أجل تحليل نتائج البحث وفقا لأهدافه وفروضه، استعمل الباحثان الأساليب الإحصائية التالية :

1. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
2. اختـبار " ت " لدلالـة الفـروق بين المتوسطات. (زكريا الشربيني، 1995)
3. معامل الارتباط من الدرجات الخام لكارل بيرسون. (فؤاد السيد، 1979)

III- عـرض النتائـج

الفرضـية الأولى : يختلف ترتيب أبعاد السلوك العدواني عند العينات الثلاثة (الطلاب، الطالبات والعينة الكلية)

يبين **الجدول رقم (06)** ترتيب أبعاد العدوان لدى عينة الطلاب.

أ- عينة الطلاب :

أبعاد العدوان	م	ع	الترتيب
الغضب	26.39	6.85	الأول
العدوان اللفظي	25.68	5.18	الثاني
العداوة	23.60	6.32	الثالث
العدوان البدني	21.75	6.36	الرابع

يتبيـن مـن الجدول رقم (06) أن ترتيب أبعاد السلوك العدواني لـدى عيـنة الطلاب جاء كما يلي : الغضب، العدوان اللفظي، العداوة، العدوان البدني.

يبين **الجدول رقم (07)** ترتيب أبعاد العدوان لدى عينة الطالبات.

ب- عينة الطالبات :

أبعاد العدوان	م	ع	الترتيب
الغضب	27.22	7.58	الأول
العداوة	22.31	6.43	الثاني
العدوان اللفظي	21.50	5.67	الثالث
العدوان البدني	14.95	4.84	الرابع

يتبين من الجدول رقم (07) أن ترتيب أبعاد السلوك العدواني لدى عيـنة الطالـبات جـاء كمـا يلي : الغضب، العداوة، العدوان اللفظي، العدوان البدني.

يبين **الجدول رقم (08)** ترتيب أبعاد العدوان لدى العينة الكلية.

ج- العينة الكلية :

أبعاد العدوان	م	ع	الترتيب
الغضب	26.79	7.21	الأول
العدوان اللفظي	23.69	5.51	الثاني
العداوة	23.00	6.35	الثالث
العدوان البدني	18.50	6.64	الرابع

يتبين من الجدول رقم (08) أن ترتيب أبعاد السلوك العدواني لدى العيـنة الكلية جاء كما يلي : الغضب، العدوان اللفظي العداوة، العدوان البدني.

الفرضـية الثانية : لا توجد فروق بين الطلاب والطالبات في السلوك العدواني.

يبيـن **الجـدول رقـم (09)** دلالة قيمة " ت " للفروق بين الطلاب والطالبات في أبعاد السلوك العدواني والدرجة الكلية.

العينة / أبعاد العدوان	الطلاب ن = 105		الطالبات ن = 105		قيمة " ت "
	م	ع	م	ع	
العدوان البدني	21.75	6.36	14.95	4.84	8.83**
العدوان اللفظي	25.68	5.18	21.50	5.67	5.73**
الغضب	26.39	6.85	27.22	7.58	0.86
العداوة	23.60	6.32	22.31	6.43	1.50
الدرجة الكلية	97.50	16.46	86	19.34	4.69**

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

يتبين من الجدول رقم (09) أن الفروق بين الطلاب والطالبات في أبعـاد السـلوك العدوانـي دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في العدوان البدنـي والعدوان اللفظي وفي الدرجة الكلية لصالح الذكور، وغير دالة في الغضب والعداوة.

الفرضية الثالثة : لا توجد فروق بين الطلاب والطالبات في مراحل النمو النفسي الاجتماعي.

يبيـن **الجدول رقم (10)** قيمة " ت " لدلالة الفروق بين الطلاب والطالبات في مراحل النمو النفسي الاجتماعي وفي الدرجة الكلية.

العينة / أبعاد الهوية	الطلاب ن = 115		الطالبات ن =105		قيمة " ت "
	م	ع	م	ع	
الثقة	34.98	6.03	35.75	5.32	1
الاستقلال الذاتي	43.98	7.64	42.65	6.96	1.36
المبادأة	43.90	6.53	43.21	6.56	0.78
المثابرة	42.25	7.28	41.91	6.78	0.36
الهوية	42.48	6.96	42.10	7.72	0.38
الألفة	37.27	5.72	36.81	5.63	0.60
الدرجة الكلية	243.99	30.83	242.44	27.05	0.39

** دالة عند مستوى 0.01 * دالة عند مستوى 0.05

يتبين من الجدول رقم (10) أن الفروق بين الطلاب والطالبات في متغيرات مراحل النمو النفسي الاجتماعي وفي الدرجة الكلية ليست دالة إحصائيا.

الفرضية الرابعة : لا يوجد ارتباط بين أبعاد السلوك العدواني وأزمة الهوية لدى الجنسين من شباب الجامعة.

أ- عينة الطلاب :

يبين **الجدول رقم (11)** معاملات الارتباط بين أنماط السلوك العدواني ومتغير الهوية لدى عينة الطلاب.

متغيرات الدراسة	العدوان البدني	العدوان اللفظي	الغضب	العداوة	الدرجة الكلية
متغير الهوية	0.065	- 0.128	- 0.283**	- 0.155	- 0.169

** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (11) أن معامل الارتباط الدال إحصائيا عند مسـتوى 0.01 كان بين متغير الهوية والغضب وفي الاتجاه السلبي، أما معـاملات الارتـباط الأخـرى فجـاءت غير دالة إحصائيا لدى عينة الطلاب.

ب- عينة الطالبات :

يتبيـن من **الجدول رقم (12)** معاملات الارتباط بين أبعاد السلوك العدواني ومتغير الهوية لدى عينة الطالبات.

متغيرات الدراسة	العدوان البدني	العدوان اللفظي	الغضب	العداوة	الدرجة الكلية
متغير الهوية	- 0.189	- 0.208*	- 0.401**	- 0.445**	- 0.415**

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

يتبيـن من الجدول رقم (12) أن معاملات الارتباط الدالة إحصائيا عـند مستوى 0.01 كانت بين متغير الهوية والغضب والعداوة والدرجة الكلـية فـي الاتجاه السلبي، ودالة عند مستوى 0.05 بين متغير الهوية والعـدوان اللفظـي فـي الاتجاه السلبي كذلك. وغير دالة إحصائيا بين متغير الهوية والعدوان البدني.

ج- العينة الكلية :

يتبيـن من **الجدول رقم (13)** معاملات الارتباط بين أبعاد السلوك العدواني ومتغير الهوية لدى العينة الكلية.

متغيرات الدراسة	العدوان البدني	العدوان اللفظي	الغضب	العداوة	الدرجة الكلية
متغير الهوية	- 0.017	- 0.126	- 0.324**	- 0.290**	- 0.252**

** دالة عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (13) أن معاملات الارتباط الدالة إحصائيا عند مستوى 0.01 كانت بين متغير الهوية والغضب والعداوة والدرجة الكلية في الاتجاه السلبي. أما معاملات الارتباط بين متغير الهوية وكل من العدوان البدني والعدوان اللفظي فجاءت غير دالة.

IV- منافشـــة النتائـــج

الفرضـية الأولى : يختلف ترتيب أبعاد السلوك العدواني عند العينات الثلاثة

تبين من الجداول أرقام (06، 07، 08) أن هناك اختلافا بسيطا في ترتيب أبعاد السلوك العدواني الأربعة لدى العينات الثلاث، فجاءت على نفـس الترتيـب لدى الطلاب والعينة الكلية : الغضب، العدوان اللفظي، العـداوة، العـدوان البدنـي. أما لدى الطالبات فكان ترتيبها كما يلي : الغضب، العداوة، العدوان اللفظي، العدوان البدني.

نلاحـظ أن **الغضـب** جاء في الرتبة الأولى لدى العينات الثلاث، وهذا في الحقيقة ليس غريبا، فالغضب من الانفعالات الأولية والعالمية، شـأنه شأن الخوف والحزن والفرح، فلا يوجد إنسان في أي عمر وفي أي جـنس وفـي أي ثقافـة إلا وتعرض لخبرة الغضب. فالغضب هو المكون الوجداني المركب من حالات السخط والإحباط والكراهية. فحين يفشل الفرد في تحقيق هدفه ينتابه الغضب فيسخط على النتيجة التي آل

إليها، ويشعر بالإحباط والخيبة، كما يشعر بالكراهية تجاه مصدر الفشل، قد يكون شخصا أو ظرفا بيئيا. وطلاب الجامعة من الجنسين يتعرضون كثـيرا لخبرات الإحباط والفشل في حياتهم الجامعية اليومية، سواء فيما يتعلق بصعوبات الدراسة أو بمشكلات الإطعام والإيواء والنقل. فالشباب الجامعـي يشـعر يوميا بالحرمان وغياب العدالة في تحقيق الإشباعات، والـتهديد والمـتهان الذات وفقدان الاعتبار، وكل ذلك من شأنه أن يثير مشـاعر الغضـب والسـخط. ويمكـن أن نلاحظ ذلك في احتجاجاتهم المسـتمرة علـى الأوضاع البيداغوجية والاجتماعية التي يعيشون فيها حياتهم الجامعية. والغضب يعتبر من ناحية انفعال غير سوي ومن ناحية أخـرى قـد يكون ضروريا عندما يتحول إلى دافع ينشط الفرد فيتحرك نحو إزالة أسباب الحرمان والإحباط والسيطرة عليها.

والغضـب مـن ناحية أخرى مكون أساسي للعدوان والعداء، ودافع أساسـي لهمـا. ولـذا جاء العدوان اللفظي في الرتبة الثانية لدى عينة الطـلاب والعيـنة الكلـية. فعـند الغضب يعبر الفرد عن ذلك بالسب والسخرية والتهكم والوشاية وممارسة الجدل في الكلام وإبداء المعارضة فـي الرأي. أما لدى الطالبات فقد جاء العداء في الرتبة الثانية وهذا من طبيعة الأنثى فإنها تكتم غضبها وتحوله إلى غيظ وعداء وكراهية وتذمر داخلـي وغـيرة، وقد تعبر قليلا عن ذلك بالألفاظ ولا تعتدي بدنيا إلا نادرا، ولهذا جاء العدوان اللفظي في الرتبة الثالثة ثم العدوان البدني في الرتبة الرابعة. وقد تعارضت نتائج هذه الدراسة في ترتيب أبعاد السلوك العدواني مع نتائج الدراستين اللتين أجريتا في مصر (حسين فايد، 1996) وفي السعودية (معتز عبد الله وآخر، 1995) مما يشير إلى أن التعبير عـن العـدوان يتأثر بأسلوب التنشئة الاجتماعية الذي تعرض له الفرد وبالأطر الثقافية التي يعيش فيها.

الفرضـية الثانية : لا توجد فروق بين الطلاب والطالبات في السلوك العدواني.

يتبيـن مـن الجدول رقم (09) أن الفروق بين الجنسين (الطلاب والطالـبات) كانت دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 في العدوان البدني والعـدوان اللفظـي والدرجة الكلية لصالح الذكور، حيث حصل الذكور علـى متوسـطات مرتفعة عن متوسطات الإناث في هذه الأبعاد، وغير دالـة في بعدي الغضب والعداوة. ترجع هذه الفروق التي جاءت لصالح الذكـور إلـى طبـيعة التكوين العضلي والبيولوجي (كالهرمونات) للذكـور، وإلـى جـرأتهم وقدراتهم على الاعتداء سواء بالمبادأة أو في الدفـاع عـن أنفسهم. والتنشئة الاجتماعية تشجع الذكور على العدوان الظاهـري سـواء بدنـيا أو لفظـيا، بيـنما تشجب تعبير الإناث عن عدوانيتهن. وقد ذهب في هذا الاتجاه كثير من الباحثين أمثال ت. تيجر T. Tiger 1980 الذي وجد أن السلوك العدواني يختلف باختلاف الجنس، وأن هناك أسبابا بيولوجية وبيئية تجعل الذكور أكثر عدوانية من الإناث (حسـين فـايد، 1996). كما أن الذكور يؤدون أدوارا اجتماعية صعبة تتطلـب مـنهم القـوة والجـرأة والمغامرة والسيطرة أكثر من الإناث، والتنشئة الاجتماعية تُنمط الذكور على هذه الأدوار الاجتماعية الصعبة. وقـد اتسقت هذه النتيجة مع نتائج دراسات أجريت في مجتمعات عربية وغربـية. مـثل نتائج دراسة ادموند 1977 ونتائج دراسة جمال شحاتة 1990 (انظـر : حسين فايد، 1996) اللتين بينتا اتسام الذكور بالعدوان البدنـي مقارنـة بالإنـاث. ونتائج دراسة باراساد 1980 ونتائج دراسة إنفانـت 1984 اللتيـن أسفرتا عن اتسام الذكور بالعدوان اللفظي مقارنة بالإنـاث. ونـتائج دراسـة سادوفسـكي وآخر التي بينت اتسام الذكور بالعدوان العام مقارنة بالإناث.

أما في بعدي الغضب والعداوة فلم تسفر الدراسة عن وجود فروق بين الجنسين فيهما، مما يعني أن الجنسين متساويان في متغيري الغضب والعداوة، فقد احتل متغير الغضب الرتبة الأولى عند الجنسين وعند العيـنة الكلية، واحتلت العداوة الرتبة الثانية عند الإناث، والرتبة الثالثة عـند الذكـور والعينة الكلية. ويفسر الباحثان هذه النتيجة بكون الذكور والإنـاث يوجدون في عمر الشباب، ويعيشون نفس الظروف في الحياة الجامعية ونفس الظروف الاجتماعية كذلك، مما يجعلهم يتعرضون لنفس الضـغوط ونفس المشكلات البيداغوجية والاجتماعية، مما من شأنه أن يثـير لديهـم مشاعر الغضب والعداوة بنفس الدرجة. والعدائية كمكون معرفـي للسـلوكي العدوانـي، تتشكل من إدراك الشباب الجامعي من الجنسـين لمظاهـر الظلم والحـرمان وامتهان الذات، فيتولد لديه الحقد والكراهـية. وقـد اتسقت نتائج هذه الدراسـة مع نتيجة دراسـة (ثريا جبريل، 1994) التي أسفرت عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في العدائية.

الفرضـية الثالـثة : لا توجـد فروق بين الطلاب والطالبات في مراحل النمو النفسي الاجتماعي.

يتبيـن مـن الجـدول رقم (10) أن الفروق بين الجنسين (الطلاب والطالـبات) في متغيرات مراحل النمو النفسي الاجتماعي وفي الدرجة الكلية ليست دالة إحصائيا حسب تقسيم إريكسون. وتتفق هذه النتيجة مع مـا أشار إليه إريكسون في نظريته في انعدام الفروق بين الجنسين في النمط العام للنمو النفسي الاجتماعي.

وتـتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات عديدة بينت عدم وجود فروق بيـن الجنسين في أزمات النمو النفسي الاجتماعي كما حددها إريكسون في نظريته. منها دراسة فرانز وآخر 1985 C. E. Franz & al ودراسة ج. ر. أداما وآخرون 1985 ودراسة د. ج. شيبدل وآخر 1985 ودراسة دوميـنو وآخـر 1989 G. Domino & al ودراسة عبد الرقيب البحيري 1990. ودراسـة جابـر عـبد الحميد وآخر ، 1993. ودراسة أبو بكر مرسي ، 1997.

إلا أن نتائج دراسات أخرى وجدت فروقا بين الجنسين ؛ مثل دراسة ج. إ. ماريشـيا وآخرون 1970 التي وجدوا فيها فروقا في تحقيق الهوية لصـالح الإنـاث. ودراسة ماكلين 1975 E. W. Mc Clain التي وجدت فـروقا لصالح الذكور في الاستقلال الذاتي والشعور بالإنجاز والكفاءة. ودراسة ك. ك. والترمان وآخر 1977 التي وجدت النساء أكثر تفوقا في تحقيق الهوية مقارنة بالرجال. ودراسة روزنتال وآخرين 1981 D. R. Rosenthal & al التي وجدت فروقا لصالح الذكور في الاستقلال الذاتي والمـبادأة. ودراسة أوتشسي وآخر 1986 R. Ochse & al التي وجدت فـروقا بيـن الجنسين في الاستقلال الذاتي والمبادأة والشعور بالإنجاز لصـالح الذكـور. أما ت. إ. لويل وآخر 1987 فقد وجدا فروقا لصالح الإناث في تحقيق الهوية. ودراسة عبد الرحمن 1998 ـ ب التي وجدت فروقا لصالح الذكور في إنجاز الهوية الإيديولوجية ، ولصالح الإناث في تعليق الهوية.

وفـي خضـم هذا التناقض في نتائج الدراسات يشير فرانز وآخر C. E. Franz & al 1985 إلى أن نتائج الدراسات حول الفروق الجنسية في هذه المتغيرات كانت معقدة وغير متسقة. وأن إريكسون ينظر أحيانا إلـى الجـنس على أنه مهم جدا وأحيانا أخرى يرى أنه ليس مهما من حيـث تأثـيره في الشخصية. ويشير هذان الباحثان أيضا إلى أنه طبقا لنظريتـي فرويد وإريكسون ، لا ينبغي أن تكون هناك فروق جنسية من الناحية النفسية والاجتماعية. (جابر عبد الحميد وآخر ، 1993)

ويـرى الباحـثان الحاليان أن تساوي الفرص للجنسين للالتحاق بالتعلـيم الجامعـي والحصـول على نفس المعارف والخبرات العلمية، والحصـول كذلـك على نفس الشهادات ، وإمكان الالتحاق كذلك بنفس الوظـائف ، كل ذلك جعل الجنسان يسيران في نفس خط النمو والنضج النفسي والاجتماعي ويحققان الهوية بنفس الدرجة.

والحقيقة أن مرحلة التعليم الجامعي ، تعتبر مرحلة تحول هامة في

حياة الشباب من الجنسين، حيث تمثل سنوات الدراسة الجامعية فترة نمو نفسـي اجتماعـي هامة، يسهم المناخ الجامعي السائد فيها بدور هام في نمـو الهويـة. فالجامعة مؤسسة علمية متطورة، وهي مصدر المعرفة والـثقافة والخـبرة العلمية، ويحصل طلابها عند تخرجهم على الشهادة التـي تؤهـلهـم لمستقبل. كما أن الجامعة بما يسودها من علاقات وتنظـيمات طلابية، تربط الطالب بمجتمعه، وتشعره بالجو الديمقراطي بمـا تتيحه من فرص للاختيار وحرية الرأي، وهي بداية لمعترك الحياة والمجـتمع. ومن ناحية أخرى فإن في الجامعة فرصا للتعارف وتكوين الصـداقات والعلاقـات الاجتماعية بأنماطها المختلفة، وبما يسودها من نظـام ونشاط فني وثقافي ورياضي تساعد الطالب على الإبداع وتنمية مواهبه وهواياته وتحمل المسؤولية والاستقلال بالشخصية.

فالمـناخ الجامعـي يسـاعد الشباب من الجنسين على الإحساس بالهويـة والالـتزام بمهام محددة منتقاة من بدائل عديدة ويجعل الشاب والفتاة يحققان ولاءهما لوضعهما الجديد كشخصين في مجالاته الأساسية النفسـية والاجتماعـية والاقتصادية والثقافية، ويجدان أملا في مستقبل يـرنوان إليه، وهذا من شأنه أن يحق الهوية التي يسعيان إليها. (هنري ماير، 1981)

الفرضية الرابعة : لا يوجد ارتباط بين أبعاد السلوك العدواني وأزمة الهوية لدى الجنسين من شباب الجامعة.

يتبين من الجدول رقم (11) الخاص بنتائج معاملات الارتباط لدى عينة الطلاب، أن معامل الارتباط الدال إحصائيا عند مستوى 0.01 وفي الاتجـاه السـلبي، كان بين الهوية والغضب. أما معاملات الارتباط بين الهويـة والعـدوان البدنـي والعدوان اللفظي والعداوة والدرجة الكلية، فجاءت غير دالة إحصائيا.

ويتبين من الجدول رقم (12) الخاص بنتائج معاملات الارتباط لدى عينة الطالبات، أن معاملات الارتباط الدالة إحصائيا عند مستوى 0.01 وفـي الاتجـاه السـلبي، كانـت بين الهوية وكل من الغضب والعداوة والدرجـة الكلية، ودالة عند مستوى 0.05 وفي الاتجاه السلبي كذلك بين الهويـة والعـدوان اللفظـي، وغير دالة إحصائيا بين الهوية والعدوان البدني.

ويتبين من الجدول رقم (13) الخاص بنتائج معاملات الارتباط لدى العيـنة الكلـية، أن معاملات الارتباط الدالة إحصائيا عند مستوى 0.01 وفـي الاتجـاه السـلبي، كانـت بين الهوية وكل من الغضب والعداوة والدرجـة الكلـية. أما معاملات الارتباط بين الهوية وكل من العدوان البدني والعدوان اللفظي فجاءت غير دالة إحصائيا لدى العينة الكلية.

بالنسبة لمعاملات الارتباط الدالة إحصائيا بين الهوية والغضب لدى عيـنة الطلاب، وبين الهوية وكل من الغضب والعداوة والدرجة الكلية لـدى عينة الطالبات والعينة الكلية، وكلها في الاتجاه السلبي. تعني أنه عندما يرتفع انفعال الغضب والعداوة عند الشباب الجامعي من الجنسين، يـنخفض الشـعور بتحقـيق الهوية. وترتبط مشاعر الغضب والعداوة بشـعور الفرد بالإحباط والحرمان من إشباع حاجاته. فالطالب الجامعي يضـع لنفسـه أهدافـا يسعى لتحقيقها، تتعلق بأدائه الأكاديمي وبمطالبه المعيشـية، وبطموحاتـه، وبعلاقاته الاجتماعية المتنوعة، واتجاهه نحو دوره الجنسي واكتمال علاقاته بالجنس الآخر وبالتالي دوره ومكانته في الجامعـة، ودوره ومكانـته بعد الجامعة، فمن هو ؟ ومن سيكون ؟ وما هـي تطلعاته في المستقبل ؟ فإذا شعر بالإحباط والفشل من تحقيق هذه الأهـداف والمطالب، ارتفع لديه انفعال الغضب والعداوة ضد الظروف التي يعتقد أنها السبب فيما حدث له، ورافق ذلك إحساسه بتشتت هويته، وبعـدم وضـوح دوره. وعندما ترتفع مشاعر الغضب، تؤثر سلبا على نشـاط الذهـن، فيصبح الفرد عاجزا عن التفكير، وحتى عن إدراك ما يحدث في الموقف المحيط به وفهمه، فيعجز عن التصرف الصحيح.

ويعنـي انخفاض الشعور بالهوية، إحساس الفرد بالفشل والحيرة وعدم الجدوى واللامعنى والاغتراب. فالشاب الجامعي يسأل عن السياق الذي ينبغـي أن يوجد فيه. وتتأثر الهوية في تحقيقها بإدراك الفرد لمكانته في المجـتمع. فالشاب الذي يدرك أن مكانته في المجتمع توجد في الدرجة الثانية، من الصعب عليه أن يكتسب شعورا قويا بهويته.

والشـباب قـابل للتعرض للأذى نتيجة لضغوط التغيرات السريعة الاجتماعـية والاقتصادية التي تضر بهويتهم. ولعل اضطرابات الشباب في الجامعات دليل على إحساسهم بفقدان هويتهم ومحاولة استرجاعها.

وإخفـاق الشـباب فـي تنمية هوية شخصية بسبب خبرات الطفولة السـيئة والظروف الاجتماعية الحاضرة، أدى إلى ما أسماه إريكسون " أزمـة الهويـة ". إن أزمة الهوية، أو تميع الدور، كثيرا ما يتميز بعجز عن اختيار تخصص تعليمي معين أو مواصلة التعليم، أو اختيار مهنة أو الاستقرار فيها.

والشـباب الفـاقد للشعور بالهوية، يخبرون شعورا عميقا بالتفاهة، ويفـتقـر الـتقدير الشخصـي، وغـياب أهداف واضحة لحياتهم. إنهم يشـعرون بالعجـز واللاجدوى. وربما يتحدثون أحيانا عن هوية سلبية ومضـادة للهوية التي تم إنشاؤهم عليها في طفولتهم، أو ينفصلونها عن بيـئاتهم، وربمـا تكـون هذه المشاعر السلبية وراء بعض الانحرافات والمشكلات السلوكية.

أمـا بالنسبة لمعاملات الارتباط غير الدالة إحصائيا بين الهوية وكل مـن العـدوان البدنـي والعدوان اللفظي، فتعني أن شباب الجامعة من الجنسين عندما ينخفض تحقيق هويته، لا يرتبط ذلك لديه بإظهار عدوانه بدنـيا أو لفظيا، بل يكتم غيظه ويعبر عن تشتت دوره في الحياة وتميعه باسـتجابات الغضـب والسخط والعداء. وهي استجابات داخلية تتفاعل داخلـيا مع الشعور بانخفاض مستوى معرفة الشباب الجامعي لدوره في الحياة الحاضرة والمستقبلة، ومدى تحقيقه لأهدافه.

فالشـباب وتماشـيا مـع طبيعته الاندفاعية، قد يطلب تحقيقا فوريا لأهدافـه، أو يشـعر بالفشـل. والفشل يصاحبه الشعور بانخفاض الثقة بالنفس، وبالبلادة الانفعالية، وتوقع سلبي للإنجاز في المستقبل.

فالشباب الجامعي يقوم بتقييم حاجاته وقدراته طبقا لما يتيحه السياق الاجتماعـي، هـل يـتم إشـباع هذه الحاجات والمطالب ؟ هل تتاح له الفرصـة لإظهار قدراته، أم لا ؟ وكيف ذلك ؟ فتبعا لذلك تتشكل الهوية الخاصـة بالفرد. فتحقيق الهوية، يتحدد من خلال اكتشاف الفرد لدوره والالـتزام بـه. وإذا لم يتحقق ذلك تتشتت الهوية ويتميع الدور، وتغزو الشاب مشاعر الغضب والعداء.

المراجـع

1. أبـو المجد ابراهيم الشوربجي (1992). هوية الأنا لدى طلبة التعليم الابتدائـي / الأساسـي بكليات التربية. مجلة كلية التربية بالزقازيق ، 19 ، 95 ـ 128.
2. أبـو بكر محمد مرسي (1997). أزمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشـباب الجامعي. دراسـات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) 3 (7) 323 ـ352.
3. أبـو بكر محمـد مرسي (1998). استبيان هوية الأنا للشباب. مكتبة النهضة المصرية ـ القاهرة.
4. أمـيرة طـه بخـش (1998). فاعلـية بـرنامج إرشـادي فـي خفـض السـلوك العدوانـي لـدى الأطفـال المتخلفيـن عقليا القابلين للتعلم. العلوم التربوية يصدرها معهد الدراسات التربوية بجامعة القاهرة 11 ، 157 ـ 197.
5. بشـير معمرية (1995). نظرية التعلم الاجتماعي لروتر. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية جامعة باتنة ـ الجزائر ، 4 ، 185 ـ 219.
6. ثريا عـبد الـرؤوف جـبريل (1994). العـدوان لـدى طلـبة الجامعة وأثر بعض أسـاليب العـلاج الجشطلتي في التخفيف من حدته. المؤتمر الدولي الأول للإرشاد النفسي جامعة عين شمس ، 2 ، 615 ـ 656.
7. جابـر عـبد الحمـيد جابـر (1990). نظـريات الشخصـية : البـناء ، الديناميات ، النمو ، طرق البحث التقويم. دار النهضة العربية ـ القاهرة.

8. جابر عبد الحميد جابر وآخر (1993). العلاقة بين أزمات النمو النفسي الاجتماعي وأساليب المعاملة الوالدية لدى عينة من التلاميذ القطريين. مجلة مركز البحوث التربوية جامعة قطر ، 3 ، 109 ـ 139.
9. حسن مصطفى عبد المعطي (1993). دراسة لبعض المتغيرات الأكاديمية المرتبطة بتشكيل الهوية لدى الشباب الجامعي. مجلة علم النفس الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 25 ، 06 ـ 37.
10. حسين علي فايد (1996). أبعاد السلوك العدواني لدى شباب الجامعة " دراسة مقارنة ". المؤتمر الثالث للإرشاد النفسي ـ جامعة عين شمس ، 1 ، 135 ـ 182.
11. رشاد علي موسى (د ت). الفروق بين الجنسين في العدوان. مؤسسة مختار للنشر والتوزيع ـ القاهرة.
12. زكريا الشربيني (1995). الإحصاء وتصميم التجارب في البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية مكتبة الأنجلو المصرية.
13. سامي عبد القوي علي (1995). علم النفس الفيزيولوجي. الطبعة الثالثة مكتبة النهضة المصرية ـ القاهرة
14. سعد المغربي (1987). سيكولوجية العدوان والعنف. علم النفس مجلة البحوث والدراسات النفسية الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1، 25 ـ 36.
15. سعيد بن عبد الله دبيس (1997). أبعاد السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليا من الدرجة البسيطة في ضوء متغيري العمر والإقامة. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) 3 (7) 353 ـ 385.
16. سناء محمد سليمان وآخر (1989). ظاهرة العنف لدى بعض شرائح من المجتمع المصري " دراسة استطلاعية ". الكتاب السنوي في علم النفس. تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، 6 ، 67 ـ 85.
17. عبد الرقيب أحمد البحيري (1995). هوية الأنا وعلاقتها بكل من القلق وتقدير الذات والمعاملات الوالدية لدى طلبة الجامعة " دراسة في ضوء نظرية إريكسون ". مجلة التربية بالزقازيق ، 12 ، 165 ـ 211.
18. عزت سيد اسماعيل (1988). سيكولوجية الإرهاب وجرائم العنف. الطبعة الأولى منشورات ذات السلاسل الكويت.
19. فؤاد البهي السيد (1979). علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري. الطبعة الثالثة دار الفكر العربي.
20. فؤاد البهي السيد (1978). الجداول الإحصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخرى. دار الفكر العربي1978.
21. كالفين هول وآخر (1969). نظريات الشخصية. ترجمة : فرج أحمد فرج وآخرون. مراجعة : لويس كامل مليكة. دار الفكر العربي ـ القاهرة.
22. كوثر ابراهيم رزق (1992). في ديناميات الاعتداء على المدرسين : دراسة اكلينيكية متعمقة لمجموعة من التلاميذ العدوانيين في المرحلة الثانوية. بحوث المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر مكتبة الأنجلو المصرية ، 197 ـ 230.
23. محمد السيد عبد الرحمن (1998 ـ أ). نظريات في الشخصية. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ـ القاهرة.
24. محمد السيد عبد الرحمن (1998 ـ ب). سمات الشخصية وعلاقتها بأساليب مواجهة أزمة الهوية لدى طلاب المرحلة الثانوية والجامعية. دراسات في الصحة النفسية الجزء الثاني دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ـ القاهرة ، 2 ، 389 ـ 470.
25. محمد جميل منصور (1981). قراءات في مشكلات الطفولة. الطبعة الأولى ، تهامة.
26. محمد حسن غانم (1998). رؤية عينة من المثقفين المصريين لظاهرة العنف " دراسة سيكولوجية ". مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 45 ، 80 ـ 90.
27. محمد خضر عبد المختار (1998). الاغتراب والتطرف نحو العنف " دراسة نفسية ". دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ـ القاهرة.
28. محمد عاطف عطيفي (1992). دراسة تجريبية لأثر مشاهدة برامج العنف التلفزيونية على استثارة السلوك العدواني لدى أطفال مدرسة الحضانة بدولة قطر. مجلة التربية بجامعة الأزهر ، 25 ، 31 ـ 61.
29. محي الدين أحمد حسين وآخرون (1983). السلوك العدواني ومظاهره لدى الفتيات الجامعيات : دراسة عاملية في : بحوث في السلوك والشخصية. تحرير : أحمد عبد الخالق ، دار المعارف ـ القاهرة ، 3 ، 97 ـ 128.
30. معتز سيد عبد الله (1998). علاقة السلوك العدواني ببعض متغيرات الشخصية. مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 47 ، 64 ـ 87.
31. معتز سيد عبد الله وآخر (1995). أبعاد السلوك العدواني " دراسة عاملية مقارنة ". دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) ، 3 (5) 521 ـ 580.
32. ميشيل أرجايل (1978). علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية. ترجمة : عبد الستار ابراهيم. الطبعة الثانية دار القلم ـ الكويت.
33. ناصر علي السيد (1997). دور الجماعات العلاجية في مواجهة السلوك العدواني عند الطلاب. مجلة التربية تصدر عن مركز البحوث التربوية والمنهج بوزارة التربية ـ دولة الكويت ، 22 ، 55 ـ 71.
34. نبيل عبد الفتاح حافظ وآخر (1993). الإحباط والعدوان. المجلة المصرية للدراسات النفسية. 6 ، 75 ـ 84.
35. هنري ماير (1981). نظريات في نمو الطفل. ترجمة : هدى محمد قناوي. مكتبة الأنجلو المصرية.

صراعـــات الآن، و جـــدل الآتـــي

أ.د. يحيـــي الرخـــاوي – الطـــب النفســـي – القاهـــرة / مصـــر
بـــريد إلكترونـــي : yehia_rakhawy@hotmail.com

فيم يتنافس العالم الآن؟ كيف يتنافس؟ لأي غرض؟ لأي مدى؟ البقاء لمن؟ للأقوى؟ للأشطر؟ للأذكى؟ للأنفع؟ (أنفع لمن؟). للأكثر مالا؟ للأمضى سلاحا؟ ماذا نقدم لأطفالنا ليكونوا أحسن؟ أحسن مِن مَن؟ أحسن من ماذا؟ لماذا؟ لمن البقاء؟

هل ما زال تاريخ الحياة سلسلة من الصراعات المتالية أو المتصلة أو المتباوبة؟ وهل ما زالت قوانين الصراعات هي هي لم تتغير على مر تاريخ التطور؟

بعد كل هذه التغيرات الرائعة الرهيبة: هل يستمر الصراع كما هو بما هو؟ هل كل ما تعلمناه من انهيار الاتحاد السوفيتي هو أن نقدس صراع الأسواق بديلا عن تقديس صراع الأيديولوجيات؟ هل كل ما تعلمناه من فشل الحروب الدينية هو أن نقلبها حروبا تقنية تتذرع بأوهام جديدة تحت عناوين صراع الحضارات أو نهاية التاريخ؟ ليكن الصراع هو قانون الحياة، وليكن العدوان غريزة أساسية لحفظ الذات فالنوع، لكن لكل مرحلة تفاصيلها الفرعية التي تستوعب القانون الأصل لتقوم بتحديثه بما يجعله يؤدي وظيفته الجديدة بما يليق بما أنجز.

حين انهار الاتحاد السوفيتي وتفككت أوربا الشرقية اختفى نوع من الصراع (الحرب الباردة) كان يقربنا من نبل صراع الحيوانات من النوع الواحد. أغلب الحيوانات تكتفي بعلامات الإذعان بديلا عن القتال حتى موت أحد أفراد النزاع. أقرأ الحديث الشريف الذي معناه أن المقاتلين المسلمين (القاتل والمقتول) هما كلاهما في النار (لأن المقتول كان ينوي قتل القاتل)، أقرأه بتعميم يشمل كل البشر، صانعوا 11 سبتمبر وغزاة أفغانستان والعراق وفلسطين (لعلهم واحد، ولسوف نرى!!) هم جميعا في النار (نار الدنيا والآخرة معا).

متى يعلن العمر الافتراضي للحروب؟

إذن ماذا؟ هل يمكن أن نضع فرضا يقول: إن الحروب (بما في ذلك الإرهاب فهو حرب من نوع آخر) قد اقترب عمرها الافتراضي من نهايته؟ ومن ثم فعلينا أن نبحث عن بديل عنها يحتوى حتمية الصراع وغريزة العدوان، وفي نفس الوقت يرتقى بإنسانية الإنسان بما يليق برحلته التطورية، وأيضا بإنجازاته الرائعة الأحدث فالأحدث؟

أحسب أن الإلحاح هذا السعي (البحث عن بديل) قد مرّ على وعى البشر بشكل أو بآخر عبر التاريخ، ربما من هنا بدأ تقليد ما يسمى الألعاب الأولمبية سنة 776 قبل الميلاد، كانت الفكرة هي البحث عن تنافس أرقى، فكان على كل ولاية أن ترسل أفضل رياضييها ليتنافسوا على شرف الإله زيوس بديلا عن الحرب. هل قام هذا الإبدال أو الإزاحة أو التسامي بالواجب بديلا عن الحرب؟

الذين عاشوا أربعينيات مصر والعالم، وعاصروا حلم الاشتراكية وهو يخرج إلى التطبيق، يعرفون ماذا كانت تعنى حركة "أنصار السلام" عبر العالم. منذ ذلك الحين، وقبله بقرون طبعا، وحلم السلام يعاود كل البشر بلا استثناء، حتى مجرمي الحرب الحاليين يقومون بإبادة الأبرياء دون رحمة ودون محاكمة وهم يرفعون شعار السلام. لا يمكن أن يتحقق حلم السلام هذا – رغم إلحاح وظاهر مشروعيته – بمجرد أن نتنازل عن الحرب أو نخاف منها أو نتبين فشل الإرهاب في تحقيق ما نتصور أنه يمكن تحقيقه بهذا الدمار والقتل. الحرب تنتهي حين ينتهي عمرها الافتراضي، (الذي يمكن تحريكه بجهودنا نحو حمل مسئولية إبداع البديل)، والإرهاب يختفي حين تزول أسبابه ويتكرر فشله التطوري (وليس فقط الواقعي أو المرحلي). ربما يكون في تلاحق المصائب والكوارث هكذا – مع تواكب الشفافية الملاحقة – ما يسمح بأن يدرك جميع الأطراف (بما في ذلك أقوى الدول وأغباها) أن الحرب بكل تنويعاتها وتبريراتها الأحدث هي عاجزة عن تحقيق إنسانية المنتصر، بل إنها تعمل في عكس الاتجاه، أليس القاتل والمقتول في النار، نار الدنيا هي أن يعيش القاتل (المنتصر) أدنى من أي حيوان نبيل لا يقتل بنى نوعه مكتفيا بعلامات الإذعان. بهذه الصورة، وبتطوير الحلم البشرى اللوح يمكن أن نقول إن الحروب على وشك بلوغ غاية عمرها الافتراضي، وأنه لم يبق إلا أن يعلن النبأ حين نكون أهلا له، حالة كوننا قد وجدنا البديل الأرقى القادر على أن يحتوى تركيبنا الغائر المبنى على دوام الصراع لاستمرار الحياة.

الحـــرب البـــاردة كانـــت أنبـــل

كان المأمول أن تصلنا هذه الرسالة بدرجة كافية بعد انهيار وتفكك الاتحاد السوفيتي، وهى إعلان يقول: إن ترسانة هذا المعسكر المتهاوي، بكل ما فيها من أسلحة ونخيرة وتعصب (دون استثناء النووية منها) لم تزد ناسه (ولا ناسنا) إنسانية كما وعدت نظريتهم الرائعة. كان المأمول أن يتعلم القاتل في أقصى الناحية الغربية (أعنى المنتصر على الجانب الآخر) أن ترسانته هو أيضا من سلاح وأوهام أيديولوجية هي من نفس النوع، خاصة بعد أن احتوتها راديكالية أصولية سلفية ظاهرة وخفية، كان المأمول أن يتعظ المنتصر وقد اصبح مسئولا عن تعديل مسار العالم باعتباره الوريث الأوحد للقوة المنهارة. الذي حدث للأسف هو عكس ذلك تماما: أصابهم الغرور، فأعلنوا، وتحدثوا وروجوا لما يسمى صراع الحضارات، وراحوا يبحثون عن أعداء حقيقيين حتى لو كانوا تحت الأرض، كما راحوا يصنعون ثم يحاربون أعداء وهميين حتى القتل الجماعي، قتل البشر دون قتل الأوهام.

تصور كثير من الناس أن العالم قد تقدم خطوة أو خطوات نحو السلام مع اختفاء الحرب الباردة، الذي حدث هو العكس تماما. مع اختفاء اختفاء الحرب الباردة (الأرقى) قفزت على السطح أعداد متزايدة من الحروب الساخنة جدا: حروب بين الصغار والصغار، جنبا على جنب مع "حروب" الكبار لإبادة الصغار، ومن ثم اكتسبت الجريمة الصريحة مكسبا سمح لها أن تتسمى بأسماء حركية أو أسماء تدليل مثل

"الحرب الاستباقية" أو "الدفاع عن النفس" أو" في سبيل الديمقراطية" !!!! إلـخ. الصورة – في ظاهرها – تبعدنا عما يسمى السلام المأمول، ولكن بـرغم ذلـك فنحـن نقـترب ممـا أتصوره توقيت إعلان انتهاء العمر الافتراضي للحروب حتى القتل.

الحركيـــة الإيجابيـــة المضـــادة

بـرغم كـل مـا ذكـرنا مما يشير إلى تسارع خطير نحو التدهور فالانقـراض، فـإن حركـية الناس معا عبر العالم في مواجهة السلطات الغاشـمة علـى ناحـية، وفي محاولة احتواء دوافع الإرهاب على ناحية أخـرى، هذه الحركية التلقائية المتشابكة تتزايد باستمرار بفضل إنجازات العقل البشرى العلمية فالتقنية مؤخرا.

إن الـناس، كـل الـناس، بالأصالة والنيابة، يتواصلون مع بعضهم الـبعض مباشرة لأول مرة في التاريخ. هذه الحركية الجماهيرية الجارية فعلا في الوقت الحالي ليس لها أية قوة اقتصادية أو عسكرية أو إعلامية قادرة تطمئننا أنه يمكن أن يكون لها أي أثر قريب، لكن الذي لا شك فيه أنها تتكون، وتتمادى، وأن عبثيتها الضرورية تتراجع لحساب جدية تتزايد قدرتهـا بقدر ما تتسع وعودها. إن ما يجرى على هذا المستوى هو أشبه بـالحمل الذي يتخلق منه مولود غير مضمون سلامته إلا أنه يتشكل، إنه البنـية الأساسـية التـي يمكن أن تمثل أساسا صالحا لوراثة فشل القشرة السـلطوية الصلبة، التي يسمع حفيف تشققها في كل موقع، رغم جبروت قوتها على جانب، (الحروب الإبادية) وجنون اندفاعها على الجانب الآخر (الإرهاب).

افتراضـــات وفـــروض

يمكـن تلخيص الافتراضات الأساسية مع الفروض التي تولدت منها حتى هذه المرحلة على الوجه التالي :

أولا: ما زال الصراع ضرورة حياتية، بقدر ما أن العدوان غريزة بقائية

ثانيا: إن الشكل القديم للصراع لم يعد صالحا لخدمة النوع

ثالثا: التحايل لإنكار الصراع تحت مزاعم الحوار الشكلي، والسلام السلبي فشل وسيفشل أكثر.

(لا بد من التوقف طويلا قبل أن نأمل في أوهام الشعارات الكلامية عـن قـبول الآخـر أو حوار الأديان، هذا كله تسكين كاذب مهما حسنت النوايا، لأن المطلوب هو صراع الإبداع الشريف إلى غاية مشتركة : أنظر بعد).

رابعـا: إن تجلـيات الصـراع في صورتي الحرب الظالمة على ناحـية، والإرهـاب المـتفجر على الناحية الأخرى، يؤكد اقتراب إعـلان نهايـة العمر الافتراضي لهذه الانحرافات السلبية (الحرب والإرهاب).

خامسـا : إن ابـتداع عـداوات مهـددة، وتجيـيش فرق جديدة، واصطناع معارك باعتبارها حتمية، (صراع الحضارات، والخطر الأخضـر بعـد الخطر الأحمر وتجنيبا للخطر الأصفر..إلخ) هي محاولة لتأجيل صور الصراع التناحري الأدنى والأغبى.

سادسـا : إن مـيكانزمات الإزاحـة، والتسامي، والإبدال،..إلخ. (بمحـاولات مـثل حفـز التـنافس الأكاديمـي، أو الرياضي، أو المهاراتـي علمـة) أصـبحت عاجزة عن استيعاب طاقة غريزة العدوان الكامنة وراء الصراع البقائي الحتمي.

سابعا : إن إدراك الوعي العام (البشرى عبر العالم) لخطر كل هذا موجود ومتفاعل ونشط ويتزايد تماسكا، وتعاونا، وتفاهما، وتكاملا، مع أنه شديد البطء، ضعيف التأثير حتى الآن.

ثامـنا: إن علامـات فشل الانحراف بالصراع عن أصله، وتمادى أشكاله السلبية تظهر باستمرار من داخله، فصراع بورصات المال يحذر منه "سورس" نفسه، وإعلان نهاية التاريخ بانتصار نظام أوحـد يتبعها نفس المؤلف "فوكوياما" بتحذير من "نهاية الإنسان"، وحرب العراق تعرى المنتصر أكثر من معايرة المهزوم، **وسجن أبـو غريـب يكشف تنازل المعتدى عن إنسانيته بقدر ما يعلن سلب المعتدى عليه من إنسانيته**...إلخ

بـأي لغـة يمكـن أن نقرأ هذه الافتراضات أو نفهم هذه الفروض، وعلى مدى أي وحدة زمنية؟

الرد على هذا التساؤل يتطلب التذكرة ببعض الأساسيات.

معلومـــات وتاريـــخ

تاريخ الحياة (التطور) تاريخ حافل بما لا نعرف، ما نعرفه عنه هو حـافل أيضا بما لا نستفيد منه. بعض ما نحاول أن نستفيد منه نجهضه قـبل أن يـأخذ دورا إيجابـيا فـي مسيرتنا التطورية. الإنسان عامة، المعاصـر خاصة، أصبح شريكا فاعلا أكثر فأكثر في مسيرة التطور، شـريكا له مواصفات وقدرات لم يُعرف مثلها فيما سبقه من أحياء. من هـنا أصـبح تطوره معرضا للتأثر بأخطائه مساهما في هذه الشراكة، ومرتبطا بمسئوليته وقدرته على الإسهام في تقرير مصيره.

تـاريخ الانقـراض تـاريخ أخطر من تاريخ البقاء، هو تاريخ غير معـروف أيضـا علـى وجه التحديد، بل ولا على وجه التقريب. كلها اجتهادات هامة، وفروض جيدة لا أكثر، ومع ذلك فما نعرفه عنه وعن الطبـيعة البشرية، ينبغي أن يسدد خطانا أكثر فأكثر نحو تحمل مسئولية حياتـنا ومصيرنا. الصراع بين الأنواع موجود عبر التاريخ، والصراع داخـل أفـراد نفس النوع موجود أيضا خاصة بين الذكور، وفي أحوال محـدودة ينشأ مثل هذا الصراع عندما تضيق الموارد فتعجز عن الوفاء بحاجات البقاء لمجموع أفراد النوع، ظل هذا الأمر كذلك حتى ظهر ما (من) يسمى بالإنسان.

الإنسـان حـيوان يحتوى تاريخه. وهو يعيش أغلب وجوده بوعيه الأحـدث، بقـدر ما هو مشروع وعى يتخلق باستمرار: "بالتناوب" من خلال الإيقاع الحيوي، و"بالجدل" من خلال الإبداع على كل المستويات، بينه وبينه (بين مستويات وعيه وبعضها)، وبينه وبين "الآخر البشرى"، حالـة كون هذا الآخر يمارس نفس الإيقاع ذي الحركية النابضة. وبينه وبيـن الطبيعة: خاصة إذا ما استشعر خطرها، أو خشي من انسلاخه عنها. من هذا المنطلق، لا يكون الإنسان إنسانا إلا إذا أضيف هذا البعد الذي يسمى الوعي (بكافة مستوياته) إلى كل نشاطاته ووظائفه وغرائزه، لـيحقق من خلال هذه الإضافة تجليات حضور تركيبه القديم في تشكيل جديـد لا يلغى أو يهمل ما يحتوى من قديم لكنه لا يستسلم له ولا يدعه يقوده.

الـرقم الخطـير الذي يعلنه علماء التطور وعلماء البالبونتولوجيا (الباحثيـن في أشكال الحياة في العصور القديمة) يقول: إنه من بين 50 بلـيون نوعاً من الحيوانات والنباتات التي ظهرت على الأرض لا يوجد حيا إلا ما يقرب من 40 مليون نوعا، أي أن نسبة انقراض الأنواع على مـدى تـاريخ الحياة هي 99.9%. هذا الرقم لا يدعو للاستسلام بقدر ما ينـبه إلى أن دور الجنس البشرى، بما نعرفه عنه حتى الآن، ليس هينا في منع هذا الاحتمال الغالب.

الكائـن البشرى، فيما نعلم، قد أصبح مشاركا أكثر فأكثر في مساره باكتسابه كلا من الوعي والإبداع "معا".

مواجهـــة ومراجعـــة

مـن أهم المناطق الواجب مراجعتها بشجاعة مناسبة منطقة التاريخ الحـيوي الـذي نحتويه نحن البشر "هنا والآن". إن بعض هذا التاريخ يزعجـنا مع أننا لا نكون بشرا بدونه، من بين ذلك ما نسميه "الغرائز"، ومـن أهم ما لم نتصالح معه من بين هذه الغرائز غريزة العدوان التي هي المحور الأساسي لهذه الأطروحة.

نحن نحتاج إلى أن نعرف عن هذه الغريزة أشمل وأعمق خاصة

وأنهـا أهملـت وهمشت وشوهت أكثر بكثير من الغرائز الأخرى بما في ذلـك غريـزة الجنس. ولكن قبل أن نبين بعض ذلك دعونا أولا نراجع إشكالة علاقتنا السيئة بغرائزنا عامة.

نبدأ بمراجعة أشمل لماهية الغرائز وما آلت إليه مما يعد مهربا علميا (شبه علمي) لا يليق.

أيـن موقـع مـا هـو "غريـزة" الآن؟

كاد الغرور الإنساني (العلمي) يصيب "نظرية الغرائز" في مقتل دون وجـه حق، وذلك منذ ثارت نزعة مضادة ضدها، وقد توالت الضربات علـيها مـن مصدرين أساسين، هما الاتجاه السلوكي من ناحية، والاتجاه الاجتماعـي من ناحية أخرى. إن مواقف اتجاهات علم النفس المعاصر، فـي أغلبها، لم تدعم نظرية الغرائز بقدر ما حطت من قدرها أو أهملتها، وحـتى غريـزة الجنس كما هي، أو كما قدمها فرويد، لم تأخذ حقها في الاسـتيعاب البيولوجـي/الوجودي المناسب. إن سيجموند فرويد نفسه لم يعطـها حقهـا على الرغم مما شاع عن فكره، بل جعل كبتها والتسامي فوقهـا (فيما هو "موقف أخلاقي"، أو لصناعة حضارة ما) هو السبيل إلى الـتحكم فـيها، ثـم إنه بالغ في عقلنتها (فيما هو نظرية) على حساب إحيائها باعتبارها لغة تواصل أرقى وأشمل، حتى ليمكن أن نأخذ نقد هـ. لورانـس مـأخذ الجد إذ يقول... "إن تناول فرويد للعمليات الغريزية في الإنسـان كان محملا بثقل الشعور بالذات لدرجة خليقة بأن تكتفي بإعلان المـيل الشـيقي بعيدا عن (فعل) الحياة، لتطيح باحتمال أن يحقق الإنسان بـراعته التلقائية وانبعاثه الخلاق بحق"، ثم يمضي لورنس فيقول "... إن نظـرية التحلـيل النفسي قد أعدت لتصيبنا بحالة من "الجنس في الرأس" (الدمـاغ)، ولا أحسب أن هذا هو المكان اللائق به". برغم كل ذلك فإن غريـزة الجـنس لهـا مجال ومتنفس وتجليات كادت تستوعبها أكثر من غريـزة العـدوان بكثير، ولكن تظل المحاولات لتهميش الغرائز تتمادى تحـت مـبرر أخلاقـي أو مثالـي لاشعوري عادة عند أغلب المفكرين (فالـناس)، الأمـر الذي ترتبت عليه عقلنة أو تشويه الأصل البيولوجي للطبيعة البشرية، بما يحول دون تطورها التلقائي.

بـرغم كـل ذلـك فإن فيما نالته غريزة الجنس من الانتباه والقبول والعـناية والدراسـة ما جعلها تصلح مرجعا للنظر المقارن فيما لم تنله غريـزة العـدوان بالمقابل. الجنس يجد مخرجا شرعيا واجتماعيا ودينيا مباشـرا في الزواج (قبل وبعد فرويد). وهو يجد كذلك مخرجا اجتماعيا (ومدنيا أحيانا) في صورة العلاقات التلقائية قبل وخارج منظمات الأسرة في كثير من المجتمعات شديدة البدائية وفي المجتمعات المتقدمة على حد سـواء، كمـا أن الحديث عن الميل الجنسي بما يحمل من فرص التنفيث والإرضاء الجزئي يعتبر حديثا مقبولا ومحببا، بل وأحيانا فخرا وزهوا - غبـيا- للرجال على الأقل، وللجنس حضور كاف ومطلوب ومرحب به عادة، في صورته الصريحة أو المحورة، في كثير من الأعمال الأدبية والفنية وحتى في بعض مظاهر التدين (العشق الإلهي والغزل في الأنبياء والأولياء... الخ).

أمـا غريـزة العـدوان فسمعتها سيئة على طول الخط، وبالتالي فإن إنكارهـا جاهـز وفوري، فإن لم ينجح فإن ميكانزمات الإبدال والإحلال والإزاحة والترميز جاهزة ونشطة دائما أبدا. وقد بدا مؤخرا أن ما يسمى التـنافس بكافـة تجلـياته هو الأقرب إلى احتواء طاقة العدوان بشكل أو بآخر.

عـن التنافـس

تتجه التربية عموما، إلى حفز التنافس لاستيعاب طاقة غريزة العدوان بشـكل أو بآخـر، يشـمل ذلك التنافس الأكاديمي، والتنافس الرياضي، والتنافس الاجتماعي (الشهرة)، والتنافس الجوائزي (التقدير الرسمي وشبه الرسمي)، لكن يبدو أن كل ذلك ليس (أو لم يعُدْ) كافيا لامتصاص طاقة العـدوان، فضـلا عـن احتمال الضرر من الإفراط في التنافس حتى الانشـقاق أو الاغتراب أو كليهما. فالتنافس الرياضي -مثلا- لا يشمل إلا نسبة ضئيلة من الناس، فهو – حتى لو نجح في احتواء طاقة العدوان – لا يشارك فيه عامة الناس إلا بتقمص المتنافسين من الوضع "جلوسا"، مصفقين على أحسن الفروض (!!)، وهذا غير كاف. فضلا عن احتمال الخداع والتشويه.

الأمـر يـبدو وكأنه لا توجد في عالمنا المعاصر أية فرصة حقيقية لإطلاق غريزة العدوان ولا للتنفيس عنها أو حتى لمجرد الاعتراف بما يسمح باستيعابها، كما أنه يثبت كل يوم أكثر فأكثر أن التنافس – هكذا – لـم يعـد يكفي، وكأننا يمكننا إعلان أن درجة الكبت والمنع والإنكار لغريزة العدوان قد وصلت إلى أضعاف ما أزعج فرويد بالنسبة لغريزة الجنس وآثار كبتها.

تذكـرة مـن غريـزة الجنـس

إن الغريـزة، باعتبارها سلوكا أوليا مطبوعا، ومن ثم موروثا للنوع كافـة، وموروثـا للفرد، مع بعض التفاصيل المختلفة بين الأفراد، هي **تنظـيم "خلـوي نيورنـي"** قائم في ذاته، ثم إن لكل غريزة تعبير بدائي مباشـر، كمـا أن لهـا فـي نفس الوقت، من خلال ارتباطات تنظيمها النيورونى والخلوي، تعبيرات محورة تخدم أيضا المستويات الأعلى من الوجود الحيوي للنوع أو الفرد على حد سواء. إن الغريزة لا تظهر في صـورتها البدائية الأولية الفجة تماما إلا إذا انفصلت عن سائر الغرائز الأخـرى من ناحية، وكذلك إذا انفصلت عن سائر الوظائف الأعلى من ناحية أخرى. ومتى عجزت الغريزة عن التكامل في الارتباطات الأعلى والأشمل فإن وظيفتها تقتصر على دورها الدافعي الأدنى، وهو دور هام جـدا لكـنه لا يكـون كافـيا إلا في أحياء لم تتطور إلى ما تطور إليه الإنسان. وبما أن الإنسان لم يصل بعد إلى التكامل المناسب مع تاريخه فإنه يعامل احتمال شطط غرائزه بالميكانزمات المناسبة لضبطها مرحليا على الأقل.

المسـار الطبيعـي لأي غريـزة هو أن تتسع ترابطاتها مع اتساع وشمولية نمو الوعي حتى تصبح قادرة على الالتحام الولافي في حركية الـتكامل الجدلي، سواء كان ذلك مع ما يبدو نقيضها من غرائز أو مع وظـائف أخرى أحدث وأقدر (فلا تعود تحتاج إلى التعامل بالميكانزمات المناسبة بقدر جسيم أو طول الوقت).

مـن خـلال هـذه الافتراضـات المبدئـية يمكن إعادة النظر في التصـورات والمعلومـات والمظاهـر المتعلقة بغريزة الجنس بوصفها نموذجا نال حظا وافرا من الدراسة، وكذلك بوصفها معرضة لاتهامات أقل بأنها مجرد تعلم مكتسب !!

إن الغريـزة الجنسـية، بكل صورها البدائية والتالية، موجودة في التركيب البشرى بتاريخه الحيوي كله، من أول مضاجعة المحارم حتى أجمل أشكال الحب المبدع "معا" (وليس مجرد الغرام) ، ولقد زعم فرويد أن المـيكانزم الإبدالـي السليم، لحركية الغريزة الجنسية هو "التسامي" الذي اعتبره فرويد بشكل ما أساسا لكثير من مظاهر الحضارة، ومازال هذا التصور يمثل نوعا من الترضية لغريزة الجنس مع أنها ترضية تتم علـى حسـابها وليس لحساب نموها وتكاملها. ليست هذه الغريزة هي موضوعنا الأول هنا على أي حال، نحن نتناول غريزة العدوان أساسا.

قيـاس واجـب

لا يوجـد مبرر علمي (أو حتى أخلاقي) للتعامل مع **غريزة العدوان** بشـكل مختلف عن تعاملنا (الميكانزماتي والحقيقي) مع **غريزة الجنس**. إن غريـزة العـدوان في صورتها البدائية (القتل والالتهام) موجودة في التركيب البشرى بتاريخه الحيوي. وقتل الأكبر سنا (مثلا: الوالد) لتوفير الطعام وإعطاء فرصة للاستمرار الحيوي قد يفسر بعض جذور السلوك

البشرى دون حاجة للتمحك في تفسيرات درامية ذكرياتية فرودية أوديبية تثبيتـية خاصـة. إن وظيفة غريزة العدوان (البدائية) الرئيسة هي حفظ الحـياة (الاستمرار الفيزيائي) ولو بالقتل، أما وظيفتها الأرقى نسبيا فهي السيطرة للتنظيم الطبقي التمييزي المرحلي بالضرورة. إن من أهم أشكال التعبير المعاصر عن هذه الغريزة هو "**تأكيد الذات**" في مواجهة الآخرين، كمـا أن المـيكانزم الإبدالـي فـي حالة عجز هذه الغريزة (النسبي أو المطلق) عن التعبير المباشر وغير المباشر هو التعويض التفوقي بالنجاح والمكسـب والسيطرة والانتصار بكل صوره (كما ذكرنا في البداية)، لكن كل ذلك يمكن أن يندرج تحت الحلول التعويضية أو التوفيقية وهي حلول لا تنتمي إلى التطور الحقيقي الذي أنتج الإنسان ويعد بإنتاج ما بعده. هذه الحلـول ربما كانت تصلح حين كنا نتصور أن العقل هو أرقى ما وصل إلـيه الإنسـان وأنـه قادر على تنظيم حياتنا وحل مشاكلنا بمنطقه السليم وحسـاباته الجاهـزة، أو حين أملنا أنه متى انفصل الدين السلطوي عن الدولـة (السـلطة) فإنـنا – نحن البشر – سنصبح أحرارا قادرين على التخطـيط المطلق دون وصاية كهنوتية فوقية، أو حين تصورنا أن العلم الحديـث هـو علـى درجـة من الموضوعية كافية لحل مآزق الإنسان المعاصـر الآن ومسـتقبلا (تطورا). كل هذا بدأ يتبين أنه ليس كافيا من واقـع المسـار الواقعـي لمجريات الأمور. الذي حدث ويحدث هو ثورة معرفية إبداعية، ليست فقط تقنية علمية، ثورة حقيقية شاملة تعد بتصحيح ما، لعله ينفع.

الوعـي أشمـل من العقـل والمعرفـة أرحـب من العلـم

إن مـا يطلق عليه "**العقل**" لم يعد هو أكثر ما يميز الإنسان ليفخر به كـل هذا الفخر. الأرجح أن ما نسميه العقل هو ليس إلا بعض ما يتجلى ظاهـرا مما يسمح به التواصل الممكن بين البشر، أما عمق الوجود فهو يتمـثل أكثر فأكثر فيما يسمى "**الوعي**" الذي يشمل **عقولنا الكثيرة معا**، كمـا يشـمل ما هو أكثر. هذا ما حقق بعضه ما يسمى العلم المعرفي، والعلـم المعرفـي العصـبي خاصة، والتحليل النفسي التركيبي (وليس التحلـيل النفسـي الفرويدي)، كل هذه العلوم تشير إلى أن **لـنا أكثر من عقـل**، تتضفر معا، جنبا إلى جنب مع مستويات الوجدان والجسد ليتكون منها الوعي البشرى المتخلق باستمرار.

أعلـم أن هـذا تكثـيف مخل، لكنها إشارة شديدة الأهمية للتنبيه إلى ضـرورة تجاوز اختزال الإنسان إلى أنه "حيوان عاقل" أو "حيوان ناطق" أو "حـيوان مفكر". هذه التعريفات (بما وراءها من موقف تنظيري) هي التـي همّشـت الجسـد وسطحت دور الغرائز خاصة في مجال المعرفة والتكامل الجدلي فالتطور.

حتـى لا تحـل الوسيلـة محـل الغايـة

الجهـود البشرية المتواصلة العلمية والممارساتية تجرى– دون اتفاق مسبق – في اتجاهات مختلفة، اتجاهات ضامة في النهاية، إلى ما يبدو أنه يمكن أن يعد بإنقاذ نوعنا من الانقراض ما أمكن ذلك. إن مستقبل الإنسان لـن يـتوقف علـى كم الإنجازات الرائعة المتلاحقة، ولا على الإسراع بالحركة في أي اتجاه، وكل اتجاه، ولا على مدى تمتع أفراد البشر بما يسمى الرفاهية (أو السعادة أحيانا !!)، ولا على إطالة عمر الإنسان في صـحة بدنـية متميـزة، ولا على كم الأدوات ودقتها التي تتاح للشخص العـادي، ولا على تهويمات تصور حرية انطلاقنا (في كل مجال)، ولا على تنمية مهارات أفراد أو جماعات لتحقيق إنجازات نادرة غير مسبوقة (فـي الرياضـة أو فـي أي مهارة كانت)..إلخ. كل هذا غير مرفوض، شريطة أن يكون وسيلة لما يليق بالإنسان، فلا يعيقنا بالتوقف عنده، ولا ينحرف بنا وهو يتعملق فيختزل ما هو أشمل منه.

إننا لن نتطور بدون كل هذا، وأيضا إننا لن نتطور بهذا فحسب !!

حركيـة التطـور وجـدل الآتـي

إنما يتوقف مستقبل الإنسان على مدى استيعاب وعيه لحركية التطور وقوانيـنه، ثـم نجاحـه فـي كف إعاقتها بانحرافات إنجازاته الجزئية (الاختزالية مثل العقل – العلم – التكنولوجيا..إلخ) ، ثم على مدى قدرته على الإسهام في دفعها (دفع قوانين التطور) إلى ما هي، وما تعد به.

لا يمكـن بداهة أن أقدم أية توصيات مفصلة كافية أو مفيدة في هذا الصـدد، كل ما أستطيع حالا هو تقديم خطوط عريضة يمكن أن تكون ملاحظات لبدايات محتملة، في اتجاه المحافظة على حركية جدل التطور ثم ليكن ما يكون، ومن ذلك :

1- **رفـض التسـليم لمقدسات شائعة**، وألا يقتصر الرفض على مسـلمات جـامدة تمـثلها سلطات ميتة فعلا. لا مفر من أن يمتد الرفض إلى أية مسلمات تقدمها لنا السلطة - أية سلطة - على أنها مسـلمات منتهـية، مهما بلغ حسن سمعتها، أو بداهة مشروعيتها، وأيضـا مهما افتقدنا بديلا جاهزا لها (أهم مسلمات معروضة الآن مما يحتاج بحثا مبدعا في اتجاه نقدها فرفضها فتطويرها أو تحديثها أو إبدالها : ما يسمى الديمقراطية وحقوق الإنسان المكتوبة). يشمل ذلـك أيضـا كثيرا من المسلمات التي تهبط علينا من أنفسنا، ومن أفراد حولنا حين نكسل أو نتراجع.

2- **تجـاوز التقسـيمات المرحلية** (الاستقطابية عادة) التي أدت دورها بنجاح حقيقي، لكن يبدو أنها لم تعد قادرة على استيعاب النقلة التطورية الحالية التي تهددنا فعلا بالانقراض إذا نحن لم نستوعبها، والتي – في نفس الوقت - تعد بالطفرة إذا نحن تحملنا مسئوليتها. مـن أشهر ذلك تلك التقسيمات إلى عقل في مقابل عاطفة، ودين في مقـابل علم، وفن في مقابل منطق، وجسد في مقابل روح، كل هذه التقسـيمات أصـبحت غـير مفيدة، وغير حقيقية، بل ومختزلة، ثم معيقة، برغم دورها الرائع حين كانت لازمة لمرحلة ظهورها.

3- **مـع تجاوز ذلك الاستقطاب إلى جسد وروح**، يعود الجسد إلى موقعـه المحـوري في التطور، بدءا بدوره المعرفي (الذي استعاد بعضـه من خلال العلم المعرفي الحديث)، فيتخلص من كونه مجرد أداة لغـيره، أو مجالا لما هو فوقه، أو منفصلا عما يقوم به. الجسد هـو وعـي حركـي مشتمل يتخلق مع، وبما، يقوم به من جنس وحركة ومعرفة وإبداع.

4- **إعادة النظر فيما تصورنا أنه نهاية قوانين البقاء**، نعيد النظر بشـجاعة المهـدد بالانقراض، فننظر –مثلا- في الزعم بأن "البقاء للأقوى" بالمعنى الذي يؤكد على أهمية الأنانية الفردية الدالة على الـتفوق الظاهـر، فنكتشف أنها ليست هي وحدها التي تحافظ على الفرد فالنوع، إن الإيثار هو أيضا غريزة تؤكد أن البقاء للأحرص علـى صغار (وكبار) نوعه، ولو على حسابه مرحليا. إن الأبحاث الجارية في هذه المنطقة تعلن بكل وضوح أن ثمة ما يسمى "**الإيثار البيولوجـي**"، وإن ثمة ما يسمى "**تطور التعاون** " (بيولوجيا) وأيضا أن ثمـة علاقة وثيقة بين الأخلاق والتطور بالمعنى البقائي والمؤكد لهارمونـية الجمـال ولـيس فقـط لاستمرارية الوجود المادي. إن مواجهة الإشكالة الداروينية بمزيد من البحث فيها وفي بدائلها جدير بـأن يقـدم لنا مجالات أرحب للنظر والمراجعة، لعلنا نفيق ونحن نـتعرف من جديد على معنى كيف يكون القاتل والمقتول في النار، للمسلم وغير المسلم.

5- أن يصـبح **إسهام الوعي في حركية كل الوظائف** (والغرائز) جـزءا لا يـتجزأ من سلامة تلك الوظيفة أو هذه الغريزة. لا أقصد بحركـية الوعـي أن نكـون واعين (عندنا علم شعوري بـ !) بما يجرى، بل إن مثل هذه العقلنة الشعورية يمكن أن تكون وصية على حركـية الوظـيفة أو الغريزة حتى تشوهها أو تعوقها، وإنما أعنى بالوعي تلك الإحاطة الكلية الغامضة الفعالة بما هو حالة الوجود

المشتمل، بما في ذلك الإسهام الفعلي في حركية النشاط المعين في أي اتجاه، والإسهام الإدراكي لكلية التعامل مع المحيط (يستحيل التفصيل هنا بداهة).

6- **مـع إسـهام حضـور الوعـي بالمعنى السابق في كل وظيفة** (وغريـزة) على حدة، ثم فيها مجتمعة، تتضفر الوظائف مع بعضها البعض من عمق معين. إن ذلك إنما يسهم في تجاوز الاستقطاب الذي أشـرنا إلـيه في بند "2" حالا. من ذلك كيف يتضفر الجسد مع ما يسمى العقل في مجال المعرفة، وهذا بعض إنجازات العلم المعرفي الأحـدث كمـا ذكـرنا، و أيضـا كيف يتضفر التفكير مع برمجة الوجـدان، وهـذا بعض إنجازات العلم المعرفي العصبي، ومن ذلك أيضـا كـيف يتضـفر الجسـد مع الجنس مع العدوان الإيجابي مع المعـرفة مـع الإيمان وهو بعض ما أظهرته متابعة تطور الوظيفة الجنسـية من التناسل إلى التواصل، وأيضا هو بعض ما كشفت عنه الأسس البيولوجية للإيمان، وهكذا.

7- **مـا دام الإنسـان يتميز أكثر ما يتميز باكتساب الوعي الفائق المـتعدد المسـتويات في آن**، وأن ذلك لا يكون إنسانيا بحق إلا إذا ولكـب وتجـادل مع وعى إنسان آخر، في طريقهما معا إلى الوعي بدوائر المحيط حتى الكون الأوسع بلا نهاية، فإن الأمل ينمو ويتجدد مـع التطور في هذا الاتجاه بديلا عن استعمال الآخر لتثبيت حوصلة الـذات وتفوقهـا، وأيضا ربما يكون حضور الوعي الكوني مشتملا وعـى الأفـراد هو السبيل الأرقى لمرحلة تطور الإنسان المأمولة، الأمر الذي يستحيل تفصيله أيضا في هذه الإشارة.

(لـم اقدم في هذه الخطوط العريضة أية إشارة عن علاقة الإنسان مع الطبـيعة حـتى لا يقتصر مفهوم الطبيعة على المحيط المادي المحدد، أو للإشـارة إلـى مـا يسمى تجنب تلوث الطبيعة..إلخ. إن هذا البعد شديد الأهمـية حين تشمل الطبيعة الإنسان "الآخر" امتدادا إلى الوعي الكوني، مرورا بتجلياتهما معا في كل آن وموقع، وهذا حديث آخر)

وفـي ذلـك فليتنافـس المتنافسـون

أتوقـف عـند هـذه المرحلة لإدراكي مدى ما يمكن أن يترتب على التمادي فيها حتى تبدو شطحا حالما أكثر منها وعدا قائما، ثم إنني إذ أقر وأعـترف كـيف يمكـن أن يكون كل هذا الذي تقدم أبعد عن استقبال الشخص العادي (القارئ العادي) إلا أنه أبعد أكثر عن مدى استقبال العالم المـتحذلق، ومع ذلك فقد تصورت أنه – في نفس الوقت – هو أقرب ما يكون إلى الشخص العادي الذي كتبت له المقال وأنا على يقين من أنه لن يقرأه إلا قليلا.

هذه ليست دعوة للتهوين من شأن إنجازات العلم والتكنولوجيا مثلا، ولا هي دفاع عن قدرة تلقائية لفطرة غامضة.

فـي أطـروحة سـابقة للكاتب عن "العدوان والإبداع" كان الفرض المقترح يزعم أنه يمكن استيعاب العدوان (لا التسامي به أو عنه) فيما أسـميته "الإبداع الخالقي" تمييزا له عن "الإبداع التواصلي"، القادر على استيعاب طاقة الجنس (كما زعم الفرض السابق). فإذا كان لي أن أنهي هـذه الأطروحة الحالية بما هدفت إليه، فإن ذلك قد يكون بدعوة كل من يهمـه الأمـر (فعلا) للمشاركة في توجيه تنافسنا فيما بيننا إلى مجال أرحـب يسـتوعب طاقـة العدوان لنا جميعا بعيدا عن القتل والعدوان، وربما بديلا عن بورصة الأوراق المالية والأولمبياد (دون التقـليل من شأن أي منهما) .

إذا كـان لنا أن نختبر بعض ما ذهبت إليه هذه الأطروحة فلن يكون ذلـك إلا مـن خلال كل إنجازات العقل والعلم والفن والخبرة الإيمانية الوجوديـة واحـترام دور الجسـد والممارسـة جميعا ، ليس بالإضافة المـتجاورة،(فـن + علـم + خـبرة + إيمـان + جسد ..إلخ)، وإنما بالاسـتيعاب المشـتمل القـادر علـى التجلي المتعدد بلغات مختلفة في مجالات مختلفة.

إن التـنافس الـذي أتصور أنه يجرى وسيجرى في مجال التكامل الواعي (وغير الواعي) نحو تجاوز الحلول الحالية الرائعة (التي لم تعد رائعة) هو تنافس آخر يحاول استيعاب التاريخ الحيوي الذي هو بداخلنا كله في انطلاقة التطور التي تعد جهودنا المعرفية والحياتية (وليس فقط العلمـية والتقنـية) بتحقيقها من خلال وعى مشتمل يتنافس إبداعاً في مجالات أصبحت لا تحتمل الانتظار.

أمران يعتبران بداية طيبة لما أدعو إليه :

الأول: ألا نستسـلم للمسـلمات الحديـثة منها والقديمة على حد سواء، حتى لو لم يظهر لها بديل جاهز الآن

الثاني : ألا نكف عن المحاولة عن البحث عن (إبداع) بديل يمكن أن يكون أقدر على استيعاب تاريخنا الواعد بطفرة لاحت معالمها فعلا.

يقينـي – أو لعلـه أملـى الذي يبرر استمراري – يقول: **إنه في إمكـان إنسان اليوم، من خلال التواصل الأحدث والأسرع والمباشر أن يـتجاوز سـجن المـنهج، وجمـود السلف، وأوهام السوق، ووصاية السـلطة، وغـباء الحـرب، بمواصـلة الإبـداع بوعي فائق في كل المجالات. ربما.**

دراسـة في علـم السيكوباثولوجـي

أ.د. يحيـــى الرخـــاوي

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Yahia.B2.htm

موقـع الأعمـال العلميـة للبروفسـور يحيـى الرخـاوي

(جمعيـــة الطـــب النفســـي التطـــوري)

www.rakhawy.com

الوعـي بالمشكلـة خطـوة أولـى نحـو الحـل

(من برنامج محاضرات لجنة علم النفس، المجلس الأعلى للثقافة – ألقيت في 1- 01- 2003)

د . محمـد حفنـي قـدري – علـم النفـس – القاهـــرة / مصـــر

بـــريد إلكترونـــي : kadrymh@yahoo.com

السادة الحضور . . . لموضوع هذا اللقاء قصة لعلها من المناسب روايتها . الموضوع بالنسبة لي فريد من عدة نواح. موضوع لم أخترة بل اختارة لي الصديق الأستاذ الدكتور مصطفى سويف، ربما لأنه رأي فيه ما يناسب صورتي لديه. وكان الأستاذ الدكتور سويف كريما فترك لي أن أعدل في الموضوع أو حتى أن أختار موضوعًا غيرة. ولكني وافقت علي الموضوع كما هو إذ رأيت فيه خبرة جديدة لي. فمنذ سنوات طوال كانت موضوعات كتاباتي و محاضراتي من اختياري الشخصي. موضوع يشدني فأكتب أو أحاضر فيه. ولا شك أن الكتابة في موضوع لم أخترة بهذا الشكل، بل ولم يسبق لي أن حاولت الغوص فيه اقتضى مني استرجاع مناخ انفعالي عاد بي لأيام الدراسة و الامتحانات، وهو أمر لا أنكر أنني استمتعت به كثيرًا.

سادتي الحضور . . . لقد دفع بي إعداد هذة المحاضرة إلى استحضار أول لقاء لي بمقرر علم النفس العام دارسًا له علي يدي و كتاب أستاذنا الراحل الدكتور يوسف مراد. و مازلت أذكر استغراقي المندهش في تأمل تجارب التعلم الشهيرة التي أجريت علي الكلاب و القطران و القردة و ما إلي ذلك. ما زلت أذكر ذلك القرد الذي احتل مكانه في تاريخ علم النفس. ذلك القرد الذي وضعه عالم النفس الشهير كوهلر حيال مشكلة فريدة تتطلب حلًا . القرد جائع و ثمار الموز الشهية معلقة بعيدًا في سقف القفص. و القفص خلو مما تألفه القردة عادة من أشجار تتيح لها التسلق لنيل مبتغاها . ليس في القفص سوي عدة صناديق خشبية متناثرة. كان علي القرد أن يتوصل إلي حل جديد يتلاءم مع تلك المشكلة الجديدة.

على أي حال فإننا لن نقف طويلًا أمام كيفية حل القرد لمشكلته، و لا حتى أمام ما استخلصه كوهلر وصاغه عام 1917 عن التعلم بالاستبصار. و لـن نـتوقف كذلـك أمـام ما أثير و ما زال مثارًا من تحفظات بشأن مشـروعية و حـدود تعمـيم مـثل تلك النتائج المستخلصة من تجارب الحيوانات لنفسر من خلالها سلوك البشر.

مـا يعنيـنا في مقامنا هذا أن انشغال علماء النفس الحديث بقضايا حل المشكلات بدأ منذ وقت بعيد، و إن لم يكن تحت هذا العنوان تحديدًا.

و إذا ما مضينا مع التاريخ لنقترب من الوقت الراهن فإننا لن نجد أن جوهـر الموقـف قد تغير كثيرًا. صحيح أن موقع معالجة موضوع حل المشـكلات فـي إطار علم النفس قد تحرك من مجال قوانين و نظريات الـتعلم ليصبح ضمن الاهتمامات الأساسية للمنشغلين بقوانين و نظريات التفكير. ولكن ظل الطابع العام للتناول محكومًا بملامح ثلاثة.

الملمـح الأول أن نقطـة البداية ظلت تتمثل في وجود مشكلة تتحدى الكائن و عليه أن يسعى لحلها، دون اهتمام بنفس القدر بما يسبق ذلك. أعني بكيفية تواجد المشكلة في وعي ذلك الكائن.

الملمـح الثانـي أن الغالبية العظمى من معالجات قضية حل المشكلات قد انصرفت إلى تلك المشكلات التي تواجه الكائن فردًا، أو علـي الأكـثر تلـك التي تواجه مجموعة معملية صغيرة من الأفـراد، ثـم الانطـلاق إلـي تصـميم الخطـط و الـبرامج و الاسـتراتيجيات التدريبـية لـتطوير قـدرات الأفـراد علي حل المشكلات. و بذلك فقد غاب الاهتمام بنوعية من المشكلات لعلها- فيما أرى- الأهم و الأشد احتياجًا لمثل تلك المعالجات. أعني بذلك المشكلات الاجتماعية.

الملمـح الثالـث أن انصراف الجهد الأكبر من تلك المعالجات إلـي التعامل مع الفرد أدى إلي حصرها في إطار تصور مؤداه أن للمشكلة حلًا أو حتى حلولًا قد تتفاوت من حيث الكفاءة أو الإبداع، ولكـنها لا تتـناقض بتـناقض مواقـع و مصالح و رؤى أطراف المشكلة، و هو ما يحدث عادة في كافة المشكلات التي تدور في إطار علاقات البشر ببعضهم.

في ضوء تلك الملامح الثلاثة أستأذن في عرض الموضوع

السادة الحضور ... يتفق علماء النفس و الإدارة و السياسة، و هي التخصصـات الرئيسـية التـي اقتربت من معالجة الموضوع، على أن اكتسـاب مهـارات حـل المشكلات يعد بمثابة الشرط الأساسي لولوج عصـر المعلومـات. وعلـى سـبيل المـثال فإن عالم الإدارة بارتون جولدسميث يستهل مقالًا له نشر في أغسطس عام 2001 بعبارة منسوبة لألبرت اينشتاين يقول فيها اينشتاين "**إن الخيال أكثر أهمية من المعرفة**" و يمضـي بـارتون ليقرر أن عصر المعلومات الذي يراه وريثًا لعصر الصـناعة يتطلـب تطويـر العديـد من المهارات الجديدة علي رأسها الابتكارية و حل المشكلات.

ويتفق ذلك مع جوهر ما ذهب إليه عالمي النفس فرنش و رودر في كتابهما المنشور عام 1992عن تعليم مهارات التفكير، حين يقرران " أننا حيـن نتحدث عن التفكير، فإن أول ما يتبادر إلي الذهن بالنسبة لأغلبنا هـو موضوعات كحل المشكلات، و التفكير الناقد، و التفكير المبدع، و هي التعبيرات اللامعة ذات الرنين، و الرائجة في تسويق برامج التدريب و الـتدريس، والتـي يحـرص رجال التعليم على إبرازها لتأكيد أنهم يسيرون على الطريق الصحيح".

أمـا المتخصصـون فـي العمل السياسي الدبلوماسي فإن اهتمامهم بأهمـية الطابع المستقبلي لمهارات حل المشكلات قد بدا واضحا خلال دورة المؤتمـر الدولـي لعلـم الـنفس التي شهدتها العاصمة السويدية ستوكهولم في أغسطس عام 2000 و التي كان من أبرز معالمها تدشين مجال جديد من مجالات علم النفس اختار له المؤتمر عنوان "الدبلوماسية وعلـم الـنفس" ولقـد افتتح جان ليلياسون وزير خارجية السويد أولى الجلسـات التـي انعقدت تحت هذا العنوان مشيرًا إلي أن ظروف العالم الجديـد هي التي تدعوه كدبلوماسي محترف إلى الدعوة لتدعيم اقتراب الدبلوماسية من علم النفس. موضحًا أن انفجار الصراعات الداخلية قد

أصـبح بمـثابة السـمة المميـزة لعالم اليوم. وأن "**الدبلوماسية الوقائية** preventive diplomacy" تكتسـب فـي مـثل هذا الموقف معنى جديدا يقتضي تطوير ما أطلق عليه "**ثقافة الوقاية** culture of prevention" التي ينبغـي أن يـتزود بها الدبلوماسي في عالم اليوم. وتشمل تلك الثقافة عدة مكونات منها إنها ينبغي أن تشمل نظمًا لما أطلق عليه الإنذار الحضاري المـبكر بمعـنى الـتقاط وتفسير النذر الأولى التي تنبئ بأن ثمة انفجارا مـتوقعا، أو علـى حـد تعبيره "ضرورة توافر عيون وآذان سيكولوجية لالتقاط تلك النذر المبكرة"

السـادة الحضـور ... يعد موضوع حل المشكلات إذن من القضايا الرئيسـية التي يتناولها علماء النفس و هم بصدد معالجة عمليات التفكير، ونظرًا لأن التفكير بطبيعته لا يمكن دراسته بشكل مباشر فقد انصبت تلك المعالجـة على دراسة التفكير كما يبدو لنا في موقف محدد مضبوط، هو موقـف مواجهـة الكائن الحي لمشكلة تتطلب حلاً. ولذلك فإن التعريف السـائد للتفكـير هـو أنه ذلك الذي يحدث حين يواجه الكائن البشري أو الحيواني مشكلة فيتعرف عليها ويحلها.

إن أول مـا يلجأ إليه الفرد إذا ما وجد نفسه في موقف مشكلٍ يتطلب حلاً، أن يلجأ إلى مخزونه من المعلومات أو الحلول التي سبق أن مارسها و أثبتـت جدواها في مواقف سابقة تبدو مشابهة للموقف الحالي. جميعنا يواجـه يوميًا مثل تلك المواقف التي تنتهي تمامًا فور استعادة المعلومات المناسـبة أو تذكر الحل السابق و ممارسته. وقد لا تستغرق هذه العملية بكاملهـا طـرفة عين. باب المنزل مغلق، المفتاح في الجيب، ليس على المرء سوى أن يستعيد ما يفعله يوميًا. يخرج المفتاح و يفتح الباب فينتهي الموقـف. و لكـن للأسـف فإن هذا الحل الخاطف لمثل ذلك الموقف لا يـتحقق فـي كل المواقف، رغم حقيقة أنه موقف يتضمن مشكلة بالفعل، فضلًا عن أن تحليل كيفية اكتساب المرء للقدرة على ممارسة تلك الحلول السعيدة لا يدخل في نطاق اهتمام علماء النفس بقضية حل المشكلات في موقعها الجديد ضمن قضايا التفكير.

إن تـناول علماء النفس لموضوع حل المشكلات يبدأ مع إخفاق تلك الحلـول الخاطفة السعيدة التي سبق أن تعلمناها في مواقف مشابهة. ترى مـا ذا لو اكتشف المرء مثلًا و للمرة الأولي أن المفتاح ليس في جيبه، أو أن القفل لا يستجيب للمفتاح، ماذا يفعل؟ عندئذ تنفتح البدائل و يضطر إلى البحـث عـن تفسير جديدٍ للموقف، و عن حل جديد للمشكلة. عن حل لم يجده جاهزًا في مخزون ذاكرته. إنه في حاجة لحل مبتكر.

لقد لجأ صاحبنا إلى البحث عن الحل المبتكر لمشكلة واجهته بالفعل و لم يكن أمامه من سبيلٍ إلا أن يجد لها حلًا. لقد لجأ إلى الابتكار مضطرًا. و غالبية البشر كذلك، لا يحاولون ابتكار حلولٍ جديدة للمشكلات طالما أن الحلول التي أَلِفوها تفي بالغرض، بمعنى أنها تقدم حلًا ما لتلك المشكلات. حلًـا ألفوه و ارتضوه. و نستطيع أن نطلق علي تلك الغالبية "المبتكرون اضـطرارًا". فنحـن جميعًا قادرون علي الابتكار بهذا المعنى بدرجة أو بأخرى، و غالبيتنا يضطرون اضطرارًا لممارسة ابتكاريتهم هذه. و قديمًا قالوا و بحق إن الحاجة أم الاختراع.

و لكن تلك "الحلول السعيدة السريعة" ليست الحلول الأفضل أو الأكفأ في كل الأحوال. إنها تنهي المشكلة حقًا، و لكن قد تكون ثمة حلولا أخرى أسرع أو أيسر أو أقل تكلفة. ثمة بدائل للحل التقليدي المألوف. و من هنا تقـوم البرامج التدريبية المتخصصة في مجال حل المشكلات علي تنمية قدرة الفرد على اكتشاف تلك البدائل.

السـادة الحضـور ... لعلكـم تتساءلون، ترى و ما الحاجة إلى تلك الـبرامج المجهـدة و المكلفة؟ لماذا لا يمارس البشر جميعًا تلك الحلول الإبداعـية بشـكلٍ تلقائـي، طالمـا أن إبداعهم يتيح لهم سبلاً أيسر لحل مشـكلاتهم؟ بعـبارة أخـرى هل من تفسير لاستمرار البشر في التمسك بالأساليب التقليدية غير الإبتكارية في حل مشكلاتهم رغم ما يتكلفونه من عـناء؟ قـد تكمـن الإجابة في مخافة الإبداع. فالتفكير الإبداعي يعني الاخـتلاف. يعني الخروج عن النمط المألوف. وكلها أمور قامت أغلب المجتمعات على رفضها والتخويف منها، فالتنشئة الاجتماعية تقوم عادة علـى الـتحذير من الخطأ وعقاب المخطئ. وليس من محك اجتماعي يميز بين الخطأ والصواب إلا اتفاق رأي الجماعة وجماعة الراشدين.

على أي حال فإن ذلك التيار المنهمر من البرامج التدريبية المتركزة علـى إكساب و تطوير مهارات حل المشكلات تنصب أساسًا على شحذ تلك المهارات لدي الفرد ليصبح أكثر كفاءة في التوصل إلى حلٍ مبتكر إذا ما واجهته مشكلة مستعصية كان مضطرًا لحلها. أي أن تلك البرامج تسـتهدف فـي المقـام الأول أولـئك الذيـن أطلقنا عليهم "المبتكرون اضـطرارًا، باعتـبار أنهـم يمـثلون الغالبية الراهنة من زبائن برامج التدريب. لكن ترى هل هؤلاء هم الذين ينبغي أن يتجه إليهم كل الاهتمام إذا ما سلمنا بالأهمية المستقبلية لموضوع حل المشكلات؟ أم أن الاهتمام ينبغـي أن يتجاوز هؤلاء دون إهمالهم بطبيعة الحال، ليتجه صوب فئة أخري، أتصور أنها ينبغي أن تكون الغالبية في عالم الغد.

إنهـا تلك الفئة التي ينتمي إليها أرشميدس، و كوبرنيكوس و نيوتن، و اينشـتاين، و زويـل، إلـى آخـر القائمة. أولئك الذين لم يضطروا اضـطرارًا للبحـث عن حلول لمشكلات اعترضت مجري حياتهم، بل اكتشـفوا هـم من المشكلات ما كان غائبًا عن وعي غيرهم، ثم أبدعوا الحلول لما اكتشفوه هم من مشاكل. الجمهور الجديد الذي نعنيه ليس هو ذلك الذي تضطره الظروف اضطرارًا لابتكار الحلول للمشكلات، ولكنه ذلك الذي يكتشف مشكلة قد لا تكون ظاهرة للآخرين، و من ثم فإنهم لا يفكرون في حلٍ لها، أو ذلك الذي يكتشف سبلاً جديدة أيسر و أوفر لحل مشكلة قد تنجح الطرق التقليدية في حلها ولكن بعناء أشد وبتكلفة أكبر.

السـادة الحضـور... لقد أخذنا الحديث عن حل المشكلات دون أن نـتوقف قليلًا أمام مصطلح "**المشكلة**". ترى ماذا نقصد بتعبير "مشكلة". تعـريفات المتخصصـين فـي علـم النفس عديدة، فإذا ما أضفنا إليها تعـريفات علمـاء الإدارة، و السياسـة، أصبحنا حيال ركام هائل من الـتعريفات لا أظن ثمة نفع كبير في استعراضها. ما يعنينا هو أن نقف على القسمة المشتركة التي تجمع بينها. المشكلة موقف محبط بمعنى أن المـرء يكـون راغبًا في بلوغ هدف بعينه و لكن هناك ما يحول دون بلوغه.

و لعـل مـا يستوقف النظر فيما تكاد أن تجمع عليه تلك التعريفات المـتاحة أنها تبدأ بالتسليم بمعاناة الفرد من الإحباط ثم تقفز مباشرة إلى اقـتراح أسـاليب و استراتيجيات حل المشكلات. أي أنها تبدأ من **نقطة تواجـد الوعي لدى الفرد بوجود مشكلة ما**، و هو أمر يحتاج إلى وقفة متأنـية، يمـتد فيها التأمل إلى ما قبل شعور الفرد بالإحباط. ترى لماذا يرغـب فـرد معيـن في بلوغ هدف بذاته، ثم يعاني ما يعانيه من آلام الإحـباط، و يظل متمسكا بالرغبة في بلوغ الهدف؟ و لماذا قد نجد فردًا آخـر لا يسعى أصلًا لبلوغ الهدف ذاته فيظل سعيدًا بعيدًا عن الإحباط و آلامه؟ وهل في هذه الحالة الأخيرة ينتفي وجود المشكلة موضوعيًا، مع انتفاء الوعي المؤلم بها؟

ليس من شك في أن خبرة الإحباط ليست بالخبرة السعيدة التي يسعى إلـيها البشر عادة، بل يميلون ما وسعهم الجهد إلى تجنبها. و لما كانت المشـكلة بحكم تعريفها إنما تعني ببساطة هدفًا مرغوبًا و لكنه ليس في متـناول اليد، فإن الميل التلقائي قد يكون صوب التنازل عن ذلك الهدف المؤلم، بالتجاهل أو بالتجهيل، و كلاهما معادل في النهاية للجهل. و مع الجهـل يختفـي الهـدف، و تتلاشـي آلام الوعي و الإحباط، و تسود الطمأنينة و السعادة، و لكن تظل المشكلة قائمة بل لعلها قد تتفاقم.

رب من يتساءل، ترى و هل هنالك حقًا من يفضلون سعادة اللحظة الراهنة مهما كانت خطورة المشكلات القائمة و القادمة؟ الإجابة الفورية

نعـم، بـل و لعل هؤلاء يمثلون الغالبية في بعض الأحيان. الأمثلة حولنا تفـوق الحصر. يحضرني منها مثلًا ما تشير إليه الإحصاءات الطبية من أن نسـبة كبـيرة ممن يشعرون بأعراض ارتفاع ضغط الدم، و يعرفون معـنى مـا يشـعرون به،يعزفون عن استشارة الطبيب، مفضلين سعادة التجاهل على آلام الوعي بالمشكلة. و كذلك فإن من يقدمون على تعاطي المخدرات مثلا لا تنقصهم المعلومات عما يتهددهم من مخاطر، بل لعلهم أكـثر الـناس إحاطة بمثل ذلك النوع من المعلومات، ولكنهم في الغالب يحرصون أيضا على تجاهل تلك المخاطر مفضلين سعادة اللحظة الراهنة على تحمل مكابدة آلام الوعي بالمشكلة.و غير ذلك من الأمثلة الكثير.

و لكن ترى هل ما يصدق على مريض ضغط الدم، و على متعاطي المخدرات، يمكن أن يصدق أيضًا على المشكلات الاجتماعية، أو البيئية، أو الاقتصادية، أو السياسية؟ إن مثل تلك المشكلات بحكم حجمها وشمولية تأثـيرها قد تبدو للوهلة الأولي عصية على التجاهل، فضلًا عن التجهيل. ولكن الحقيقة غير ذلك تمامًا، إنها الأكثر قابلية للتجاهل، والأكثر استهدافًا للتجهـيل، خاصة إذا ما كانت من نوعية تلك المشكلات التي لا تبدو في اللحظة الراهنة سوي علاماتها المنذرة فحسب.

إن تلك المشكلات تتميز بأمور ثلاثة:

الأمـر الأول: أنها ذات طابع تاريخي، بمعنى أنه يندر ظهورها فجأة بين عشية و ضحاها، بل **تبدأ بذرها خفية في البداية، ثم تأخذ في التراكم و التضخم و الظهور** شيئًا فشيئًا. و لذلك فإن رصد بداياتها الأولي، ربما يتطلـب توافر عدد من السمات الشخصية، و القدرات العقلية، فضلًا عن بعـض المعـارف المتخصصة، مما قد لا يتاح مجتمعًا سوي لدي نخبة محدودة من الأفراد. ومثل أولئك الأفراد حين يمسكون بنواقيس الخطر، و يرفعون رايات التحذير، لا يلقون في الغالب من مجتمعاتهم ترحيبًا كبيرًا. إنهـم دعـاة التشـاؤم، المنفبون عن المشكلات. وفي أغلب الأحوال فإن هـؤلاء الأفراد يعانون كثيرًا من نبذ أبناء مجتمعاتهم لهم، خاصة و أنهم يـرون أنفسـهم الأكـثر انـتماءًا و الأكـثر حرصًـا على مصالح تلك المجـتمعات. و لذلـك فـإنهم في كثير من الأحيان يختارون في النهاية الحفـاظ على انتمائهم لجماعتهم و على تقبل أبناء جماعتهم لهم و من ثم فـإنهم قـد يقدمـون على طي رايات التحذير، و الكف عن دق نواقيس الخطر. فإذا ما وقع ما كانوا يخشونه و يحذرون منه، انطبق على حالهم مـا قاله الشاعر العربي القديم الذي استشعر خطرا ينتظر جماعته إذا ما اسـتمرت فـي طـريق اختارته، فأهملوا تحذيراته، و حين وقع ما كان يحذرهم منه، و عاني معهم مما حدث، لم يجد أمامه سوي أن يردد:

نصحتهم أمري بمنعرج اللوي فلم يستبينوا النصح إلا ضحي الغد
و ما أنا إلا من غزية إن غوت غويـت و إن تـرشد غزية أرشد

الأمر الثاني: أن حل ذلك النوع من المشكلات لا يمكن أن يتأتى بجهد فـردي مباشـر بل لا بد و أن يكون ذلك الجهد جهدًا **لاجتماعيًا جماعيا مخططـا**. إن فردًا أو حتى مجموعة من الأفراد مهما بلغت قدراتها بل و مهمـا بلغت درجة وعيها و استبصارها واستباقها لمشكلات تتعلق بقضايا الحـرب و السلام، أو بقضايا تلوث البيئة، أو الانفجار السكاني إلى آخر تلك النوعية من المشكلات لا يستطيعون وحدهم التصدي لحلها عمليا، بل ولا حتى تجنيب أنفسهم المعاناة من آثارها بشكل كامل. إنهم لا يستطيعون أن يجنـبوا أنفسـهم كأفراد مخاطر هزيمة عسكرية يتوقعونها، أو كارثة اقتصادية يرون نذرها، أو نضوب متوقع لموارد المياه أو الغذاء.

الأمر الثالث: إن حل ذلك النوع من المشكلات لا يتطلب فحسب وعيًا بالمشـكلة، وبحـثًا عن الطريق الأنسب للتخلص منها، بل انه يتطلب في أغلب الأحيان **تصديًا لقوي ومؤسسات اقتصادية اجتماعية عاتية تستفيد من استمرار تلك المشكلات قائمة بل تدفع بها إلى مزيد من التفاقم**. فثمة مؤسسـات اقتصـادية وإعلامية بل وعلمية ضخمة تقوم عليها صناعة وتجـارة المخـدرات، والسجائر، وكذلك تلك الصناعات المعتمدة على استخدام تكنولوجيا ملوثة.

فضلًا عن تلك المؤسسات الاقتصادية والإعلامية و العلمية العملاقة المرتبطة بصناعة وتجارة الأسلحة والحروب.

السيدات والسادة ... لعلنا لا نبالغ إذن عندما نقرر أن تعثر الوعي، و مـن ثـم التعـثر في حل العديد من المشكلات سواء على المستوى الفـردي أو علـى المستوى الاجتماعي لا يرجع فحسب إلى افتقاد تلك المهـارات النفسية الفردية اللازمة لأداء ذلك، بل يرجع في المقام الأول إلـى أوضاع اجتماعية اقتصادية تاريخية تخلق مصالحًا اقتصادية يقوم بقـاء أصحابها على استمرار الحال على ما هو عليه، و من ثم التصدي بكل الوعي و الحسم لأية محاولة للحل.

و من هنا نستطيع القول بأن **الموقف من المشكلة إنما يتباين بتباين مصالح أطرافها**. فإذا ما تناقضت تلك المصالح، فليس منطقيًا أن يسعى الجمـيع نحـو حـل متفق عليه للمشكلة، بل لا بد و أن تتباين الحلول المطـروحة وفقًـا لتباين المصالح التي يستهدفها كل طرف. بل إنه من الوارد أن تتمثل مصلحة أحد الأطراف في مجرد تجميد المشكلة وتهدئة حدتها فحسب والحيلولة دون تفاقمها و دون حلها في نفس الوقت، و من ثـم فإن مصلحته قد تقتضيه السعي بلا هوادة لإفشال أي حل مطروح، فإذا نجح في مسعاه، واستمر أوار المشكلة مستعرًا، كان ذلك بالنسبة له هـو الحل المثالي لمشكلته هو. و الأمثلة حولنا في عالم اليوم غنية عن أي بيان.

السادة الحضور ... إن تعبير حل المشكلات يحتاج منا لوقفة متأنية. تـرى مـاذا نقصد تحديدًا عندما نقرر أن مشكلة ما قد حلت؟ هل نعني بذلك أنها اختفت من وعي صاحبها؟

لعـل اسـتذكار قصـة من قصص الحيوان التي يفيض بها الأدب الشـعبي قد تساعدنا على توضيح المقصود. إنها قصة الثعلب و بستان العنـب. ثعلب مر ببستان عنب مثمر فحاول الاقتراب من البوابة. وجد حارسًـا يقظًـا مسلحًا يشهر سلاحه كلما أحس باقترابه. ابتعد الثعلب ثم عـاد لـيجد الحارس، وتكرر اقترابه و ابتعاده دون جدوى. أخيرًا نظر الثعلـب إلى عنب البستان في تعالٍ مرددًا لنفسه "إنه حصرم"، و تنتهي القصة بذلك.

لقـد اختفت المشكلة فعلًا. لم يعد الثعلب يحوم حول البستان و يعاني ألم الحرمان من العنب الشهي. إنه لم يحقق الهدف الأصلي حقًا، و ظل محـرومًا مـن العنب، و لكنه ببساطة أقنع نفسه بأن ذلك ليس حرمانًا محبطًا، بل رفضًا متعاليًا، و من ثم فقد أصبح سعيدًا.

هـل هـذا هو المقصود بحل المشكلة؟ أن تختفي فحسب من وعي صـاحبها حـتى لو كان الثمن هو التنازل عن الهدف الأصلي؟ لعلنا لو أعدنـا الـنظر إلـى القصة من وجهة نظر ذلك الحارس اليقظ المسلح لاتضحت لنا رؤية أخرى. لقد كان اقتراب الثعلب يمثل المشكلة بالنسبة للحارس، و لم يكن الحارس في حاجة لابتكار حل جديد لمشكلته. مجرد يقظـته، و تلويحـه بسـلاحه كان كفيلًا بحل المشكلة بالنسبة له و ليس مجرد اختفائها من وعيه.

في كثير من الأحيان نساق إلى ممارسة دور الثعلب، و إلى الضيق بـدور الحارس، متخلين عن الهدف الأصلي، منكرين لرغبتنا الأصيلة. متجاهليـن لحقـيقة أن الآخر الذي تحمل مشقة لعب دور الحارس ظل متمسكًا بهدفه، محققًا لرغبته، مستمتعًا بحل مشكلته حلًا حقيقيًا.

السـادة الحضـور ... لقد كانت أولى كلمات عنوان لقاء اليوم كلمة "الوعـي"، و رغـم ذلك فقد آثرت أن أرجئ الوقوف أمامها حتى الآن. ويرجع ذلك إلى حقيقة أن قضية الوعي تثير من الإشكاليات في علم

الـنفس و الفلسفة على السواء ما يجعل الاستهلال بتناولها منزلقا يبتعد بنا عمـا يمكـن أن تستهدفه مثل هذه المحاضرة العامة. و بدا لي أن إرجاء تـناول قضـية الوعـي قد يتيح لنا تبرير قصر ذلك التناول على حدود الموضوع الأصلي و هو حل المشكلات.

الوعي الذي نعنيه في هذا السياق هو ببساطة أن يشعر الفرد أنه حيال مشـكلة، و من ثم يتصرف على هذا الأساس. والوعي بذلك المعنى يمثل بحـق الخطوة الأولى الضرورية نحو حل المشكلة، أو لنقل نحو التعامل معهـا بشـكلٍ أو بآخر. وينبغي أن نؤكد في هذا المقام أن الوعي شرط ضروري بكل تأكيد و لكنه الخطوة الأولى فحسب نحو الحل. **الحل يعني ممارسة الوعي**، و ليس الاكتفاء بالوقوف السلبي عند تخوم الوعي.

و من ناحية أخرى فإن الوعي الذي نعنيه يختلف اختلافًا جوهريًا عن المعـرفة المعلوماتية المجردة، فكما سبق أن أشرنا قد تتوافر المعلومات عـن أخطـار التدخيـن أو تلـوث البيئة أو حتى التبعية الاقتصادية أو الصهيونية، دون أن تعني تلك المعلومات مهما كانت غزارتها و دقتها أن ثمة وعيًا قد تشكل، طالما أن المتلقي لم يعتبر نفسه حيال مشكلة حقيقية.

إن العالم من حولنا ملئ بالعديد من الظواهر المثيرة للجدل، بمعنى أن البعض يراها مشاكل ينبغي الاجتهاد في معالجتها، بينما لا يراها البعض كذلـك على الإطلاق. و ليس حتمًا أن يكون الصواب حكرًا على أي من الفريقين دائمًا.

ففـي بعـض الأحـيان تكون ثمة مشكلات واقعية قائمة بالفعل يعيها الـبعض، و لكـنها تغيـب عن وعي الآخرين. ربما لأنهم لا يستشرفون المسـتقبل بدرجـة كافـية، و ربما لأنهم لا يقدرون تقديرًا صحيحًا مدي تأثـيرها على حياتهم، و ربما لأنهم يعتبرونها أمورًا طبيعية أو قدرية لا طائل من النبش فيها، أو ربما لأن وجودها يخدم مصالحهم، أو لغير ذلك مـن الأسـباب. و في أحيانٍ أخري قد لا تمثل ظاهرة ما مشكلة حقيقية تسـتدعي حلًـا، و مـع ذلـك يدركها البعض باعتبارها مشكلة، بل وقد يـروجون لذلك ويحشدون القوي لحل تلك المشكلة التي تم اصطناعها و تضخيمها.

و فـي كلـتا الحالتيـن تبرز **قضية التوعية** باعتبارها الوجه المكمل لقضية الوعي. و نعني بالتوعية ذلك الجهد المقصود الذي يستهدف التأثير علـى الوعـي. قد يتمثل ذلك الهدف في إثارة الوعي بمشكلات قائمة أو قادمـة، و قد يكون الهدف هو تغييب ذلك الوعي بجذب الانتباه بعيدًا عما هو قائم أو قادم، و في كلتا الحالتين فالأمر يستلزم جهدًا منظمًا سواء كان ذلك على المستوى الفردي أو على المستوى الجماعي.

السـادة الحضور ... لعل حديثنا عن التوعية يدفعنا إلى الحديث عن موقع علماء النفس من موضوع الوعي بالمشكلات. غني عن البيان أن دور علمـاء الـنفس لـم يكن ليقتصر على إجراء التجارب و اكتشاف القوانيـن العلمية الموضوعية التي تحكم عمليات الوعي و من ثم تكفل أكـبر قـدر مـن نجـاح عمليات أو حملات التوعية و التدريب. تلك الحمـلات التـي يشارك علماء النفس بصورة أساسية في تخطيطها بل وفي تنفيذها و تقييمها أيضًا.

و إذا مـا سـلمنا بـأن عمليات تشكيل الوعي بالمشكلات، تخضع لتأثـيرات غير خافية للمصالح الاقتصادية و السياسية التي تصطرع في المجـتمع، فـإن أحدًا لا يستطيع أن يضع علماء النفس جميعًا في سلة واحـدة مـن حيـث مواقفهـم الفكـرية والسياسية حيال تلك المصالح المتصارعة.

و لقـد سبق أن أشرت بشيء من التفصيل في محاضرة سابقة إلى حقـيقة أن علمـاء الـنفس إنما يتباينون من حيث توجهاتهم الفكرية و مصـالحهم الاقتصادية ومن ثم من حيث توظيفهم لعلمهم· من بينهم من كرسوا أنفسهم لخدمة قوي الشر والتعصب والعدوان موظفين علمهم في عمليات تزييف الوعي بمختلف صورها، ومنهم من دفعوا من أرزاقهم، ومـن حريـتهم، بل ومن قدموا حياتهم استشهادًا في سبيل قوي الخير والعـدل والحرية، موظفين علمهم في تهيئة مجتمعاتهم للوعي بما يحمله المسـتقبل مـن مشكلات، مساهمين بقدر ما يتيحه لهم علمهم في خدمة حركات التحرر أينما كان موقعها.

السـيدات و السـادة ... قـبل أن أختـتم كلمتي شاكرًا لكم تكبدكم الإصغاء إلي، أستأذنكم في أن أهدي هذا العمل تحية و تقديرًا و عرفانًا لاثنيـن مـن شـوامخ تخصصـنا العلمـي. ليس بتلك الصفة فحسب، فالمتخصصـون لديـنا في علم النفس كثر و الحمد لله. إنني أهدي تلك السـطور لهما باعتبارهما من ذلك الفريق من علماء النفس الذين اتسع وعيهم بالمشكلات ليحيط بمشكلات الوطن. و اتخذوا من تلك المشكلات موقفًا حاسمًا في خدمة قضايا الخير و العدل و الحرية.

لقـد أتـيح لي في نهاية الخمسينيات أن أقترب من كل منهما على انفـراد اقترابًا يخرج عن حدود العلم المتخصص. اقترابًا استطعت من خلالـه أن أعـرف يقينًا و على مستوى الممارسة الفعلية و ليس مجرد الكلمـات مـدي الـتزامهما بشرف الوطن و تفديسهما لحرية أبنائه في النضـال مـن أجل مستقبل أفضل مهما تباينت الرؤى و تعارضت. لم أعرف ذلك فحسب بل عايشته في وقت كان اتخاذهما لمثل تلك المواقف يعد مخاطرة قد تكلف صاحبها حياته حقيقة لا مجازًا.

أقف هنا و لا أمضي أكثر

إنني و بكل التواضع **أهدي كلماتي إلى المصطفيان زيور و سويف**

السيدات والسادة ... مرة أخرى شكرا لحسن إصغائكم

حياتنـــا النفسيـــــة

www.hayatnafs.com

المركـــز العربـــي للطـــب المسنـــــد

www.arabicebm.com

الصدمـة النفسيـة التاليـة للانفجـارات (دراسـة عـن الجمهـور العربـي)

أ.د. محمـد أحمـد النابلسـي – الطب النفسـي – لبنـان
أميـن عـام الإتحـاد العربـي للعلـوم النفسيـة
بـريد إلكترونـي : nabulsy@cyberia.net.lb

لعل أولى محاولات تفجير العربات المفخخة هي تلك العربة التي هدفت لإغتيال نابليون وفشلت في تحقيق هدفها . ولقد شهدت الحرب اللبنانية انفجار عشرات السيارات المفخخة، الأمر الذي أتاح لنا إجراء دراسات حول ردود الفعل النفسية لدى الجمهور أمام هذه الانفجارات. وحول الآثار النفسية والإجتماعية لما أسميناه بصدمة السيارة المفخخة.

ونعرض في ما يلي ملخصاً لهذه الدراسات نظراً لحاجة قطاع واسع من الجمهور العربي لها، حيث يمتد تهديد السيارات المفجرة ليطال العديد من الدول العربية وفي مقدمتها العراق والسعودية والجزائر وسوريا، وغيرها من الدول العربية، حيث يبدو الميل إلى هذا النوع من العمليات القذرة أسلوباً لترويع الجمهور في غياب القدرات العسكرية الفاعلة أو في وجود موانع موضوعية لممارسة القوة المباشرة.

في ما يلي نعرض لملخص دراساتنا حول صدمة السيارة المفخخة، علنا بذلك نساهم في دعم الضحايا العرب المتعرضين لمثل هذه الحوادث عن طريق تثقيفهم ومساعدتهم على اتخاذ خطوات الوقاية النفسية وذلك بهدف الحؤول دون تحويل هذه التجربة الصدمية إلى عصاب نفسي يترك أثره على سلوك المصدوم ومستقبله.

1- الانفجـارات والاضطـراب النفسـي:

تـتحدث المـراجع الطـب – نفسية عن الآثار النفسية التي تخلفها الحروب لدى المقاتلين. حتى أن بعض المدارس والمؤلفين يفردون لهذه الآثـار باباً خاصاً في تصنيف الاضطرابات النفسية [1]، فيتكلمون عن **عصـاب** أو **أعصـابة الحـرب** وعن **العصاب الصدمي**. وأخيرا تكلمت الجمعـية الأميركية عن **الشدة النفسية عقب الرضية** (1987) ورمزت لها اختصاراً ب P.T.S.D ولكن أي من هذه التصنيفات لا يفي بالغرض لـدى تطبـيقه علـى اللبنانيين وعلى العرب المعانين من الآثار النفسية للحـرب وللإنفجـارات. فمـن خلال خبرتنا الشخصية في هذا المجال نسـتطيع التأكـيد بأنـنا نجد بعض علائم هذه التصنيفات لدى المريض اللبنانـي والعربي ولكننا لا نجد في أي منها القدرة على استيعاب كافة العلائم المتبدية لدى هذا المريض. وفيما يلي سنعرض **لمتلازمة السيارة المفخخة لدى العرب واللبنانيين** [2].

2- السيـارة المفخخـة واستخدامهـا:

تـتراوح أهـداف العربات المتفجرة ما بين الاغتيال وبين الإرهاب وبيـن تقويـض دعائم السلطة القائمة وتحدي قدرة مسؤوليها على تأمين الـنظام والأمـن. لتحقيق هذه الأهداف لم يقتصر الأمر أو ينحصر في السيارات أو العربات المفخخة بل تجاوزها إلى استخدام العبوات الناسفة وأحـزمة وانفجـارات صوتية تعطي دوي الانفجار وترويعه ولكن دون التسبب بالأذى. وهكذا فإن الانفجارات التي نتناولها في هذا البحث هي تلـك التـي تهـدد المدنين وأمنهم ولقد استبعدنا كافة الانفجارات ذات الأهداف العسكرية والتي لا تطاول المدنيين. واستخدام العربات المفخخة بـات قسما من التاريخ الطبي العسكري فقد تم استخدامها في العديد من الصـراعات ولكـنها اسـتخدمت بشكل خاص في حالات الحروب أو الصـراعات الأهلـية. فقـد استخدمت على نطاق واسع في لبنان وفي الكويت سوريا وايرلندا وأميركا اللاتينية ألخ.

3- الانفجـار والتـوازن النفسـي:

لكـل حاسة من حواس الإنسان حدودها الخاصة (ما يسمى بالعتبة). وذلك بحيث تستطيع هذه الحاسة استقبال المثيرات الحسية الواقعة ضمن هذه الحدود وتعجز عن تحليل واستقبال تلك الواقعة خارج هذه الحدود. وتختلف حاسة السمع عن باقي الحواس من حيث قدرتها على استقبال مثيرات أقوى من المثيرات التي تستطيع باقي الحواس استقبالها كل في اختصاصها. ومن هنا كانت للسمع قدرته الخاصة على استثارة الجهاز العصبي. فلدى سماعنا للأصوات فائقة القوة، مثل الانفجارات، فإننا نلاحظ ردود الفعل التالية:

أ- خفقان القلب
ب- ضيق التنفس و أو عثراته.
ت- الغثيان لغاية الاستفراغ.
ث- الدوار.
ج- الضغط على رأس لغاية الشعور بالصداع.
ح- الاستعداد النفسي للإكثار من المسمات ومن مواد الإدمان.

من الوجهة الطبية تعود هذه المظاهر إلى التغيرات الفيزيولوجية. وفي مثل هذه الحالات يقوم الجسم بتحويل كميات إضافية من الدم إلى الدماغ والعضلات. مما يؤدي إلى توتر العضلات وبخاصة عضلات الظهر والكتفين والعنق، كما يصبح التنفس ضحلا [3].

4- صدمـة السيـارة المفخخـة

4.1- ردود الفعـل الأوليـة:

وفي ملاحظتنا لردود الفعل الأولية نستطيع أن نعدد الردود التالية :

الـتخدير الحسي [4] : يجمع أولئك الذين سمعوا الانفجار عن قرب علـى مـرورهم بفترة لا يستطيعون تحديدها [5]. من التخدير الحسي، حيـث تحولـوا خلال هذه الفترة إلى الجمود التام حركياً ونفسياً وكأنهم تحـت تأثير التخدير / البنج، وذلك مباشرة عقب الإثارة السمعية البالغة الحـدة والمفاجئة المتمثلة بالانفجار. وغالبيتهم يعتقدون أن فترة التخدير هذه أطول كثيراً مما هي عليه بالحقيقة.

عدم الاستيعاب: إن فترة التخدير الحسي المذكورة أعلاها هي فترة عـدم الاسـتيعاب الكلـي. ولكـن بعد مضي هذه الفترة يصبح انعدام الاسـتيعاب جزئـيا . فيبدو الناس وكأنهم فقدوا قدرتهم على التوجه في الزمان والمكان وكأنهم عاجزون عن هذا التوجه ما لم يعرفوا تحديداً

مكان الانفجار وما لم يستبعدوا وقوع ضحايا من بين أعزائهم المقربين.

مظاهـر هستيرية : وغالبا ما تبدأ هذه المظاهر بنوع من الصراخ والـنواح، وتتـأتـى هذه المظاهر بمثابة حيلة دفاعية تخرج الشخص من حالة عدم الاستيعاب، وفي هذه الحالة تأتي الهستيريا كواحدة من علائم الحـياة لـتدعم رأي المدرسـة البسيكوسوماتية البارسية [6]، كما تكون محاولة للهروب من الواقع غير المحتمل كما تقول المدرسة الفرويدية.

مظاهـر نفسـية جسـدية : بعد المراحل السابقة (التي قد تتداخل ببعضـها الـبعض) يصـل الشخص إلى تعقيل الكارثة فيدرك ماهيتها ويـتفاعل معهـا بـالخوف أولاً. وبهذا تتبدى لديه المظاهر النفسية – الجسدية المشار لها أعلاه وهي : خفقان القلب- ضيق التنفس- الغثيان – الـدوار- الضغط على الرأس لغاية الشعور بالصداع – الإكثار من المسـممات. وهـنا يجـب ألا نستبعد إمكانية تسبب الانفجار (بوصفه انفعـال فـائق الحـد) بأمـراض فجائية كمثل الذبحة القلبية والسكتة الدماغية. ألخ.

4.2- ردود الفعـل قريبـة الأمـد:

فـي الأيام التالية للانفجار تتاح لنا معرفة تأثيره الجماعي. فبعد أن تقتصـر مشاهدتنا على الأشخاص الذين تواجدوا معنا صدفة أثناء لحظة الانفجار والساعات التي تليه نجد أنفسنا أمام الآثار التي يخلفها الانفجار على صعيد مجموعة سكان المدينة ككل فنلاحظ ما يلي:

1. صعوبات التفكير الممنطق (مناسبة لظهور أو لإعادة إحياء أمراض جسدية مثل نوبات الربو والقرحة ... ألخ).
2. حالة من التردد تترافق مع معاودة الشكوى من الدوار.
3. مظاهرات القلق الانهياري.
4. نقص القدرة على المبادرة.
5. إهمال على الصعيد المهني.
6. اضطراب النوم.
7. اسـتمرار بعـض المظاهر الهيستيرية من ضمنها المظاهر الخوف الهستيري.
8. ظهور الكوابيس والأحلام المزعجة.
9. ظهـور موجـة عارمـة مـن الفوبيا من نوع الخوف من الانفجارات.

خـلال هـذه الفـترة يمكننا تبين العلائم المذكورة أعلاه من خلال ملاحظتـنا للسلوك العام إذ نلاحظ عدداً من التصرفات التي تعكس وقع كارثـة السيارة المفخخة أو الانفجار والعلائم المرضية الجماعية الناجم عنها، ومن هذه التصرفات العامة نذكر:

أ- تخلـو منطقة الانفجار من المتجولين لمدة أسبوعين كمعدل وسـطي. ولا يـرتاد هـذه المـنطقة سوى الحشريين الذين تعج المـنطقة بهم وبالمنقذين عقب وقوع الانفجار، ولكن هذه المنطقة تصبح قفرا أو شبه في الأيام التالية: وبما أن السيارات توضع في أماكـن الـتجمع فإن بالإمكان ملاحظة الفوارق الكبيرة في عدد رواد المناطق التي تحدث فيها الانفجارات.

ب- فـي الأيام التالية لانفجار السيارة مفخخة يصبح من العسير علـى الشـخص أن يركـن سيارته إذ يمنع وقوف السيارات في غالبية الشوارع وتوضع الحجارة والدواليب لمنعه.

ت- وتزداد الشكاوى المرضية- الوظيفية والهستيرية في عيادات الطب العام.

4.3- ردود الفعـل متوسطـة الأمـد:

خـلال الأسـابيع التالية للانفجار نلاحظ بداية عمل الجهاز النفسي لاستعادة توازنه بعد هذه الرضة، كما نلاحظ اختفاء العديد من العوارض المذكورة أعلاه، ولكننا وفي المقابل نلاحظ بعض الانعكاسات السلوكية على الصعيد الجماعي التي نستطيع تلخيصها كما يلي:

1- **شعور بعدم الاطمئنان** : يؤدي بدوره إلى سلوك يقظة زائدة تهـدف إلى تجنب الخطر احتمال انفجار سيارة أخرى، ويمارس هـذا السلوك على الصعيد الشخصي وعلى الصعيد العائلي. وهو استمرارية للخوف من الانفجارات الذي يظل ملازما للبعض كما سنرى.

2- **الشـعور بالذنـب أمـام ضـحايا الانفجار** إن الذين شهدوا الانفجـار عن قرب يعتقدون بأن نجاتهم منه كانت محض صدفة، وغالبيتهم يظلون لمدة أسابيع يتابعون رواياتهم عن كيفية مرورهم فـي مكان الانفجار قبل دقائق أو عن كيفية تأخرهم لبضعة دقائق فـي الوصـول إلـى مكان الانفجار، كما أنهم يتابعون رواية ما شـهدوه في مكان بعد حدوث الانفجار. وفي مجمل هذه الروايات نلاحـظ أنهـم يشـعرون بالذنـب لاستمرار يتهم في الحياة لأن الصدفة لم تشأ اختيارهم [7].

3- **مشـاعر الغضب والثورة** : وهي مشاعر تعكس العجز أمام الحدث الكارثة وأمام من تتهمه الإشاعة بأنه المنفذ.

4- **الانتكاسـات النفسـية الجسدية**، يؤدي الإرهاق الناجم عن الكارثـة إلـى إعادة إحياء بعض الأمراض الجسدية لدى بعض الذيـن يتعرضون لهذا الإرهاق وعلى هذا الأساس فإن الأسابيع التالـية للانفجـار تشـهد استمرار النوبات لدى هؤلاء المرضى وبخاصـة مـنهم المصـابين بالقـرحة والربو والدوار وتصلب العضلات المحظورية.

5- **اضـطرابات تذكـرية** : وتتـبدى هذه الاضطرابات بأشكال مخـتلفة لـدى المتعرضـين لهـذا الإرهاق وفي هذه الحالة فإن الإصابة الجسدية لأحدهم تلعب دورا في اضطراب الذاكرة لديه.

4.4- ردود الفعـل الطويلـة الأمـد:

إن تحرينا لردود الفعل طويلة الأمد يجب أن يراعي خصائص الأفراد ودرجة معاناتهم من الانفجار لذلك وجب تحري العوالم التالية:

1- هـل عـانى الشخص في اضطراب نفسي ما قبل تعرضه لصدمة الانفجار.؟
2- هل أصيب جسديا ولو إصابة طفيفة.؟
3- هل أصيب أحد أعزائه.؟
4- هل رأى الانفجار لحظة حدوثه.؟
5- على أية مسافة من الانفجار كان الشخص .؟
6- هل شارك في عمليات الإنقاذ.؟
7- هـل كانت له تجارب سابقة مماثلة ؟ وفي حال الإيجاب منذ متى؟. وماذا كان تأثير هذه التجارب قبل وقوع الانفجار الأخير؟.
8- ما هو جنسه؟.
9- ما هو عمر الشخص؟.
10- ما هي الحدود الحقيقية لتعرضه للخطر.؟
11- ما هي درجة انفعاليته التالية للصدمة؟.

فكـل واحد من هذه العوامل من شأنه أن يؤثر تأثيرا مهماً في تحديد معانـاة الشـخص على المدى الطويل، ولقد وضعنا شخصياً اختبارين بهدف تحديد هذه العوامل وتسهيل مهمة الفاحص في تبين الآثار البعيدة المدى لهذه الكارثة.

بالـنظر إلى تنوع هذه الآثار واختلافها فإننا نؤجل الحديث عنها إلى الفقرات التالية. حيث نناقش هذه الآثار لدى أولئك الذين يملكون ميولا مرضية قبل تعرضهم للصدمة كما نناقش هذه الآثار الطويلة المدى لدى 24 شخصا ممن شهدوا هذه الصدمة وعايشوها عن قرب. و ستجري

هـذه المناقشـة علـى الأصعدة النفسية والنفسية والاجتماعية والنفسية، الجسدية.

مـن خـلال تجربتنا التي طاولت ضحايا متعرضين لهذا النوع من الانفجـارات خـلال الفترة الممتدة بين 1985- و1990 نستطيع أن نقدم عرضا وافيا لردود الفعل المرضية الناجمة عن هذه الصدمات ونختصر هذا العرض بتقسيم هذه الردود إلى:

4.4.1- ردود فعـل مرضيـة جسديـة طويلـة الأمـد.

مثلها مثل أية كارثة فجائية عارمة ومهددة بالموت المفاجئ فإن هذه الانفجـارات كفيلة بتفجير كافة الاضطرابات البسيكوسوماتية، وبعد أن عرضـنا لتسـببها بالاضطرابات الوظيفية الهستيرية المجسدة ونوبات الـربو والقـرحة وغيرها فإننا نعرض في هذه الفقرة تسببها بأمراض عضـوية مسـتديمة لم يكن لها وجود قبل الصدمة، ونكتفي بتعداد هذه الأمراض، التي أتيح لنا معاينتها، وهي :

أ- أمـراض انسداد الشرايين الذبحة القلبية والدماغية وجلطة الأطراف الخ
ب- أمراض قلبية انعكست بظهور موجات مرضية على صعيد تخطيط القلب.
ج- ارتفاع ضغط مفاجئ ودائم.
د- نوبات صرعية الشكل دون ظهور أية موجات مرضية في تخطيط الدماغ.
ذ- ظهور نوبات الربو
ر- الموت الفجائي.

4.4.2- ردود فعـل مرضيـة نفسيـة طويلـة الأمـد

بـادئ ذي بدء أود التأكيد على التزامي بالمبدأ القائل، أن أوضاع الشدة النفسية لا يمكنها أن تؤدي لإحداث الذهانات وإن كان بإمكانها أن تـؤدي إلـى ردات فعـل ذهانية عابرة. ونتيجة التعرض للانفجارات استطعنا ملاحظة الحالات التالية:

أ- كانت صدمة الانفجار والتهديد الذي يصاحبها مناسبة لظهور ذهانـات كامـنة مـن نوع الفصام والهوس والهوس الانهياري والذهانات نظيرة المنطقة.
ب- كانت صدمة الانفجار مناسبة لظهور ردود فعل ذهانية مثل تناذر غانسر وردود الفعل الانتكاسية الذهانية الخ.

4.5- تنـاذر السيـارة المفخـخـة.

من خلال متابعتنا ل 24 شخصا ممن شهدوا عن قرب انفجار سيارة مفخـخـة وممن عايشوا نتائجها وساهموا في عمليات الإغاثة استطعنا أن نحـدد علائم تناذر خاص وغير مصنف في أي من التصنيفات العالمية، وقـد اسـمينا هذا التناذر باسم تناذر السيارة المفخخة، ولقد توافرت في الأشخاص المراقبين الشروط التالية:

1- كلهم من الذكور.
2- لم يسبق لأي منهم الخضوع لعلاج نفسي.
3- لم يسبق لهم التعرض لصدمة للسيارة المفخخة
4- تتراوح أعمارهم بين 20- 55 سنة .
5- لا يشـكون مـن أي مرض جسدي أو إصابة جسدية نتيجة الانفجار. وقمنا بتطبيق بعض الاختبارات [8].

إلى جانب الفحص النفسي فكانت النتائج التالية:

4.5.1- الانعكاسـات النفسمرضية (النفسية المرضية).

من خلال الفحص الطبي النفسي ومن خلال اختبارين (وضعنا الشخصي) توصلنا إلى تحديد الانعكاسات النفسية التالية لدى الأشخاص موضوع الدراسة :

أ- **تحـرك هوام الموت** عقب الشعور بتهديد استمرارية الحياة، ففـي حالـة الانفجار يكون كل شيء وارد ومحتمل بما في ذلك موت الشخص، وهذا ما يزعزع تفكير الشخص بأن موته مؤجل ويدفعـه للاعـتقاد بـأن موته وارد في كل لحظة. وهذه العودة المحـتملة إلـى الصفر (أي الموت) تفتح الأبواب عريضة أمام ظهـور أحـلام الموت والموتى كما تفتحها أمام مظاهر النكوص والتثبيـت الـنكوص التـي تؤدي إلى اختلاف التوازن النفسي الجسدي، كما تفتح الأبواب أمام ظهور الأعراض الجسدية [9].

ب- **الشـعور بانخفـاض مسـتوى الأمن الاجتماعي** مما يؤدي بشـعور التهديد إلى الامتداد ليطاول أفراد العائلة والمقربين الذين يعتبرهم الشخص موضع تهديد.

ج- **الشـعور بالذنـب مـن قبل الناجين من الكارثة** وذلك على الـرغم من مساهمتهم الفاعلة في أعمال الإغاثة وإنقاذ الجرحى. وهـذا الموقـف يعكـس وضعية مازوشية ناجمة عن التوحد أو التهامـي بضـحايا الانفجـار وهـو يغذي ويطور علائم القلق الانهياري المتبدية لدى هؤلاء.

د- **موقـف عدائي متطرف إزاء الجهة التي يعتبرها الشخص مسؤولة عن الكارثة.**

ذ- **اضـطرابات تذكـرية** تختلف عن شخص لآخر ومن حالة لأخرى.

ر- بعـد بعضـة أيـام من الحادثة تبدأ في ظهور بعض علائم **اضـطرابات الوعـي** لـدى هؤلاء الأشخاص. كما ظهرت لدى بعضهم علائم الاضطراب النفسي.

ز- خـلال الأشـهر التالية للكارثة أتيح لنا مشاهدة عملية **إعادة تنظـيم للأنـا** فلاحظـنا ظهور الأحلام المرعبة لدى الأشخاص المدروسـين الـذي كانوا ينسون هذه الأحلام أو يتذكرونها بشكل غامض في البداية. إلا أنها كانت تصبح أكثر وضوحا مع الوقت وكذلـك أكثر دقة وغنى بالتفاصيل. وهذا دليل على تحسين جهاز ما قبل الوعي [10].

س- تمـت ملاحظة **الاضطراب السلوكية** لدى معظم المفحوصين وكانت على درجات متفاوتة.

ش- **الخـوف مـن الانفجـارات** الـذي ابتدأ منذ لحظة الانفجار واستمر لسنوات لدى بعض المفحوصين.

ص- **حـالات انهيارية متفاوتة** الحدة وممزوجة مع مظاهر القلق وأحيانا الهلع.

4.5.2- الانعكاسـات النفستماعية (النفسية الاجتماعية)

مـن خـلال مناقشـتنا للانعكاسـات النفسـية لاحظنا محاولة هذه الانعكاسات لتوازن الشخصية. كما لاحظنا عمومية هذه الانعكاسات أي محاولـتها لمعظـم المفحوصين وتاليا لأعداد كبيرة من الأفراد حتى أنه يمكنـنا الحديث عن نوع من الهذيان الجماعي أو الإمراضية الجماعية الـناجمة عن الانفجار. وتحديدا على الصعيد النفسي- الاجتماعي يمكننا الكـلام عن صدمة نفسية جماعية مصدرها الانفجار. الواقع أن أثر هذه الصـدمة ليسـت بالمفاجـئة ولا بالمشـهدية وهي تتلخص بالانحسار والـتراجع الهـائل للحس الجماعي لدى المتعرضين لهذه الصدمة. هذا وتشير ملاحظتنا العيادية، التي استمرت مدة سنتين بعد وقوع الانفجار، إلى العلائم التالية:

1- **غسـيل دمـاغ جماعي**: إن الأعداد الكبيرة من الناس الذين عايشوا الكارثة وجدوا أنفسهم في وضع يشبه المتعرض لغسيل الدماغ، فهم وجدوا أنفسهم فجأة فاقدين لقناعتهم ومواقفهم ونظرتهم للأمور، وهذا

الوضع بسبب عموميته ومطاولته لأعداد كبيرة من الأفراد، يؤدي إلـى نـوع من الشلل الاجتماعي يعود في أسبابه إلى تغييب أو تحويـر النظم المبادئ المتعارف عليها في هذا المجتمع. وينعكس هذا الاضطراب الاجتماعي على أصعدة عدة هي:

أ- على الصعيد الجنسي:
ب- اللجوء إلى المخدرات والإكثار من المسممات.
ت- تنامي الميول القابلية.
ث- ميل الشباب إلى الوجودية والنجاح.

وتـزداد هـذه الآثار خطورة لدى الأشخاص ذوي المستوى الثقافي الاجتماعي الأدنى.

2- **فقـدان الـتوجه في الزمان والمكان**، رأينا أن هذا الفقدان كـان قد بدأ منذ اللحظة الأولى للانفجار. وكانت هذه البداية عن طريق التخدير الحسي ومن ثم انعدام الاستيعاب المظاهر الهستيرية. والواقع أن الكارثـة تخلف آثارا طويلة الأمد لهذا الاضطراب بالتوجه إلى الزمان والمكان، ويتظاهر هذا الاضطراب برفض الشخص أو إهماله لحاضرة وانحسـار تفكـيره فـي المسـتقبل الذي يمكنه أن يأتي بكارثة أخرى خارجية، كما قد يتظاهر هذا الاضطراب بالنكوص إلى الماضي والتعلق ببعض مواقفه نكوص تثبيت.

3- من تجربتنا رأينا أن تطبيق اختبار رسم الوقت استطاع أن يقـدم لـنا مسـاعدة هامة في تحديد مظاهر الاضطراب المشتركة لدى معظـم المفحوصـين وهذه المظاهر وبسبب مطاولتها للقسم الأكبر من المفحوصـين، لا بـد لها وأن تنعكس على الصعيد الاجتماعي، ذلك أن العيـنة قـد اختيرت من بين الناس العاديين المتعرضين لصدمة السيارة المفخخـة وعلـيه فـإن هذه العينة، وإن لم يتجاوز عدد أفرادها ال 24 شخصا.

4- تمثل السواد الأعظم من آلاف عايشوها، كما أن الاختبارين الذيـن وضـعناهما لهذا الغرض قد قدما لنا فوائد عديدة في دراسة هذه الآثار.

4.5.3- الانعكاسـات النفسية (السيكوسوماتية):

سـبقت الإشـارة في أماكن متفرقة إلى وضعيات النكوص والتثبيت الناجمة عن هذه الكارثة والتي يمكنها أن تنشأ عن كوارث أخرى، وفي عـودة إلـى البسيكوسـوماتيك فـإن هذه الوضعيات تمثل المدخل إلى الإصابة بالاضطرابات والأمراض البسيكوسوماتية.

نكتفـي فيما يلي بتعداد الاضطرابات البسيكوسوماتية، التي استطعنا ملاحظـتها لدى أفراد العينة التي درسناها 24 شخصا. لمدة سنتين وهذه الاضطرابات هي:

1- التجسيدات الهستيرية : مثل الشعور بالاختناق ألخ ولاحظت لدى 18 شخصا.
2- اضطرابات قلبية وظيفية تمت ملاحظتها لدى 20 شخصا.
3- اضـطرابات هضـمية، وظيفـي تمـت ملاحظتها لدى 9 أشخاص.
4- تقلصات عضلية، تمت ملاحظتها لدى 13 شخصا.
5- اضطرابات جنسية : تمت ملاحظتها لدى 10 أشخاص.
6- نوبـات ارتفـاع ضـغط انفعالـي تمت ملاحظتها لدى 6 أشخاص.
7- توفـي أحدهم بمرض انسداد الشرايين الدماغية بعد أسبوع واحد من الانفجار.
8- تعرض أربعة منهم إلى نوبات الجلطة القلبية، وذلك في مدى سنتين من الانفجار.

على أن تعدادنـا لهـذه المظاهر لا يعني مطلقا انحسار الأمراض البسـيكوماتية لـدى هؤلاء الأشخاص في حدود الاضطرابات المذكورة أعلاه، وهنا نذكر بما أشرنا له في فقرة الانعكاسات النفسية، حيث أشرنا إلـى أنـنا لاحظـنا، بعد عدة شهور، قيام الأنا بمحاولات إعادة تنظيم الـتوازن النفسـي الجسدي، كما أشرنا إلى هذه المحاولات كانت تنجح جزئـيا وليس كليا وبالتالي فإن أبواب المرض البسيكوسوماتي سرطان، قـرحة، ذبحـة، أمراض دماغية تبقى مشرعة لدى المعترضين لكارثة السيارة المفخخة والانفجارات عموما.

5- مسؤوليـات الطبيـب النفسـي:

تقسم أدوار الطبيب النفسي في أوضاع الكارثة تقسيما زمنيا بالنسبة للكارثـة، فهـنالك مسؤوليات ما قبل الكارثة وأثناءها وهي مستبعدة في وضعنا تجنبا لتسييس الطب وزجه في الصراعات ثم تأتي مسؤوليات ما بعـد الكارثـة وهي مسؤوليات على درجة من التنوع والصعوبة لذلك نكتفي بتعداد بعض وجوهها وبتعبير أدق ميادينها التالية :

أ- في حال تأدية الصدمة النفسية إلى عرقلة قدرة الشخص على الاتصال بالطبيب العضوي الذي يعالجه.
ب- فـي حـال تأديـة الصدمة إلى مظاهر نفسية مرضية تدفع بالمحيط أو بالزملاء لطلب تدخل الطبيب النفسي وفي هذه الحالات علـينا ألا نتعجل الأمور، ذلك أن غالبية هذه الاضطرابات تكون عابـرة، ومن هنا وجب التحفظ في أسلوب المعالجة وفي تصنيف المريض في إحدى فئات المرض النفسي.
ت- علـى الطبيـب أن يحـاول استشـفاف الآثار، بعيدة المدى الممكـنة، المسـتقبلية التـي يمكـن للانفجار تخليفها على صعيد التوازن النفسي، الجسدي للشخص.
ث- إن تكـرار وضعيات الكارثة، خاصة السيارات المفخخة، في مجـتمع ما، يؤدي إلى ظهور أوبئة نفسية تصيب أعدادا كبيرة من الـناس ومنها مثلا الوساوس المرضية والخوف من أمراض القلب أو السـرطان وضيق التنفس المتكرر ألخ وعلى الطب النفسي أن يخوض حملات وقائية ضد انتشار هذه الأوبئة.
ج- اعتماد مبدأ العلاج بالتفريغ، الجماعي للأشخاص المتعرضين للرضة أو ممن دفعتهم انفعا ليتهم للتأثر بها بشكل رضي نفسي.
ح- وحتى بعد مضي سنوات على الرضة فإن من واجب الطبيب النفسي أن يتحرى ما إذا كانت المظاهر المرضية المعروضة عليه ناجمـة عن آثار مثل هذه الرضوض، وهذا التحري ليس إضاعة للوقـت في المجتمع تعرض أعضاؤه لأكثر من انفجار ولأكثر من كارثة من هذا النوع.
خ- علـى الطبيب أن يتابع الحالات التي يملك أصحابها الأخطار التالية:

1- مظاهـر نفسـية (وإن محدودة) قابلة للاستمرار لفترات طويلة.
2- مظاهـر جسـدية أدت الصـدمة إلـى ظهورها أو إلى تطورها.
3- تفجر أعصبة كامنة وبخاصة عصاب الوساوس المرضية.
4- خسـائر مادية أو معنوية ضخمة وكفيلة بتوليد انهيار رد فعلي.
5- العمـل علـى تقنيـن المخـاوف والانفعالات والمظاهر العدائـية. الـناجمة كردود فعل على الانفجار وتوجيهها باتجاه استمرارية الحياة وتخطي الصدمة.

مراجـــع

[1] وبخاصة المحلل فبرنزي الذي كان أول المتكلمين عن عصاب الحرب.
[2] Naboulsi M sequelles pschiques et psychosomatiques de la guerre libanaise Academie Hongroise 1990
[3] د. محمد أحمد النابلسي: الأمراض النفسية وعلاجها، دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، م. د. ن.1987.
[4] في اللبنانية العامية يغبر عن هذه الحالة بالقول أتتني الجمدة) وهو تعبير بليغ جدا لوصف هذه الحالة.
[5] من خلال دراستنا لهذا الوضع رأينا أن المعدل الوسطي لهذه الفترة هو 15 ثانية .
[6] مارتي – ستوار – نابلسي، مبادئ البسكوسوماتيك وتصنيفاته الرسالة، الإيمان ، 1988
[7] وهذا يعكس وضعية مازوشية تدفع بالشخص إلى التهامي التوحد بالضحايا وكلما كان شعور الذنب هذا أكثر حدة كلما تنامت احتمالات الانهيار.
[8] وهذه الاختبارات هي: 1- وودوورث – ماتيوس، واختبارين وضع المؤلف – راجع الفصل الرابع.
[9] ماتري ومشاركيه بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية سلسلة والثقافة النفسية الجزء الثالث دار النهضة العربية، 1990.
[10] مارتي بيار: الحلم والمرضى النفسي والنفسدي م، د. ن، 1987.

دليل الجمعيات النفسية العربية – الإصدار العربي

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

ARABPSYNET ASSOCIATIONS GUIDE - ENGLISH EDITION

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

XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY **EGYPT – Cairo** September 10-15/2005		
Dates to Remember	**DESCRIPTION**	**How to Contact Us**
July 1, 2004	Deadline for submission of proposals Symposia, Workshops and Courses	**Important Addresses** Please address all correspondence concerning the congress to: • XIII World Congress of Psychiatry Scientific and Technical Secretariat **TILESA OPC, S.L.** c. Londres, 17 - 28028 Madrid (Spain) Tel.: +34 913 612 600 Fax: +34 913 559 208 e-mail: secretariat@wpa-cairo2005.com • Travel Agent **EMECO Travel** Accommodation, Tourist Services e-mail: accommodation@wpa-cairo2005.com For the latest information, please visit our web site: http://www.wpa-cairo2005.com
November 1, 2004	Deadline for submission of Abstracts for Lectures, Papers and Posters	
January 1, 2005	Deadline for Fellowship program and award application	
April 1, 2005	Deadline for reduced registration fees. Notification of acceptance of Abstracts and Posters.	

المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

www.wpa-cairo2005.com

ARABPSYNET ASSOCIATIONS GUIDE FRENCH EDITION

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm

LE SACRIFICE D'ABRAHAM ... OU LA FABRICATION CULTURELLE DES ENFANTS.

Approche psychanalytique

DR. IQBAL AL GHARBI - PSYCHOLOGIE - UNIVERSITÉ EZZEYTOUNA - TUNIS

E.MAIL : ahikbal@yahoo.fr

Avant propos *: Le récit du sacrifice est présent, selon des angles et des lectures différentes dans les trois religions du livre. Encore aujourd'hui cet épisode joue un rôle important dans la vies culturelles et dans les grandes fêtes des trois communautés religieuses. Après avoir été rattaché à Pessah, fête de Roch ha Shah pour le judaïsme, où il est appelé la « ligature d'Isaac», fête de Pâque pour le christianisme où Isaak est figure du Christ pascal ; fête de l'Aïd el id ha ou Aïd el Kébir où le sacrifice de mouton, commémore le sacrifice d'Ibrahim.*

L'histoire d'Abraham est ***une histoire très complexe****, ce texte est « l'un des plus énigmatique de l'ancien testament » selon les termes de Stéphane Mosés. Il appelle des questionnements et des interprétations infinis. Il raconte une expérience de l'extravagant , de l'exception, de l'excès , selon les mots d'André LaCoque et de Paul Ricœur .*

En effet, le récit est plein de paradoxes indéchiffrables, ce travail consiste en ***une approche psychanalytique*** *de cet événement qui a pris pour les trois religions monothéistes une valeur de référence.*

Problématique :

Abraham est un fondateur. On s'en souvient, il est un jour sommé par Dieu de détruire les idoles, de quitter la maison de son père et de fonder un nouveau peuple .Nous pouvons lire dans Genèse, XI, versets 1et 2, ***« Va-t-en de ton pays, de ta patrie et de la maison de ton père vers le pays que je te montrerai. Je ferai de toi une grande nation. »***

Mais comment être à l'origine d'une grande lignée lorsqu'on est stérile ?

Etrange contradiction que celle contenu dans l'injonction divine de fonder une lignée tout en condamnant le fondateur à la stérilité?

Par ailleurs, il pourrait paraître stupéfiant que ce soit Abraham, ce père aux pulsions infanticides, qui a abandonné et chassé son premier enfant Ismaïl et qui a failli sacrifier et immoler son second enfant Isaac, qui soit désigné dans la tradition des trois religions monothéistes comme le Père des croyants, qu'il incarne la figure de la paternité par excellence !

Nous savons tous qu'Abraham est considéré, dans la tradition monothéiste, comme un grand prophète parce qu'il aurait accepté d'immoler son fils par obéissance à Dieu. Toutefois, une autre interprétation n'est elle pas envisageable ? Son acte de prophétie, sa grandeur ne sont – ils pas aussi dans la rupture radicale qu'il instaure avec les conceptions ancienne de la famille, de la parentalité, et des enfants ?

Dans cette perspective, l'épisode d'Abraham est certes un guide pour le présent mais c'est aussi un témoignage sur l'évolution psychologique de l'être humain et sur l'historique anthropologique des notions suivantes :

- ***Les structures familiales***
- ***La notion de parentalité***
- ***L'évolution du droit de l'enfant***
- ***L'utilité de l'approche psychanalytique*** :

Au cœur même de l'analyse peuvent surgie des questions anthropologiques qui relèvent davantage du champs religieux que du champs proprement analytique. Dans le huis clos de la séance analytique, le patient reprend et parle de son expérience métaphysique, Surgit, alors, d'une manière imprévisible le sens religieux et le sens éthique qui échappent à l'analyse mais que paradoxalement, elle évoque et convoque. Car justement la psychanalyse c'est « la science de l'inconscient ». Autrement dit la science de ce qui est refoulé, occulté, incompris. En un mot la science de cette angoisse existentielle qui nous relie tous à notre origine.

La place de l'inconscient,

Parce que « la religion est toujours dans une situation de débat avec l'inconscient », le texte de la commission Biblique Pontificale de 1993 reconnaît que la psychanalyse permet de mieux comprendre les textes de la bible « en tant qu'expérience de vie et règles de comportement ». Cette décision permet une nouvelle compréhension (compre hendre) du symbole et de la vérité du langage symbolique dans les textes sacrés.

Il semble aujourd'hui, dans ce domaine, que les avancées les plus prometteuses soient celles de la « mythanalyse », c'est à dire l'analyse appliquée au « mythes » fondateurs-le mot mythe est à prendre ici dans son sens premier de récit fondateur à forte charge symbolique c'est-à-dire que les mythes ne sont pas des histoires fausses, imaginaires, justificatrice d'ignorance, équivalent du fantasme mais des structures fonctionnelles propre à l'humanité.

CADRE THEORIQUE : psychanalyse et religion

Pour le père de la psychanalyse, cette science est en principe neutre par rapport à la religion. Il affirme à ce sujet que ***« en tant que doctrine de l'inconscient psychique elle peut devenir indispensable à toutes les sciences traitant de la genèse de la civilisation humaine et de ses grandes institution, telle que la religion, ordre social.»*** Le point de vue de la psychanalyse sur la religion est donc celui de l'anthropogenèse ; elle entend comprendre la religion en même temps comme un destin collectif dans l'histoire de la culture et comme une fonction psychique dans le rapport individuel au monde .Freud propose de mette à jour les refoulements constitutifs des institutions religieuses et de traduire leur métaphysique en métapsychologie. Son projet est de considérer la religion comme un phénomène total : psychologique et culturel à la fois. Le plus complexe qui soit. Pour l'élucider, il met progressivement en œuvre tous les éléments de sa doctrine .Pour lui la production humaine et la psychologie des profondeurs peut donner la clé pour déchiffrer l'énigme de son origine et de sa signification.

Cependant, il nous faut admettre que Freud qu'envers la religion comme envers toute humaine, adopte le principe psychologique selon lequel l'homme y manifeste une Vérité .Il considère alors *la religion comme un témoignage important sur la réalité psychique.*

Les disciples de Freud ont apporté d'autres interprétations : En opposition avec son maître à penser, **C.Jung** attribue une valeur positive à toutes les religions. Il affirme que l'âme est habitée par des archétypes de nature religieuse et qu'elle est finalisée par eux.

Nombre de psychanalystes, surtout parmi les premiers disciples de Freud tels que **Ernest JONES**, **Théodore Reik** s'attachent à analyser les doctrines religieuses comme des émanations des pulsions psychologiques. Certains comme **Flugel** et **Jones** affirment que l'interprétation psychanalytique de la genèse concrète de la religion ne contredit pas une adhésion philosophique à la foi en Dieu.

Cependant les thèses du psychanalyste **Szondi** affirment que le sens du sacré s'enracine dans la pulsion agressive qui grâce à l'esprit est sublimé dans l'attitude religieuse .Celle-ci instaure dans la culture la loi divine qui impose le respect de la vie, la piété et la tolérance. En outre la fonction de croire selon cet auteur, réalise la participation à l'esprit qui émane de l'expérience archaïque de l'union duelle que l'homme tente de restaurer.

LECTURE DU RECIT DU SACRIFICE DANS LE JUDAISME, LE CHRISTANISME ET L'ISLAM :

Intepretation judaique

Les textes sacrés décrivent l'épisode d'Abraham dans les termes suivants :

Gn22.1 Après ces événements, Dieu mit Abraham à l'épreuve et lui dit : *« Abraham »,* il répondit *: « Me voici ».*

Gn22. Il reprit *: « Prends ton fils, ton unique, Isaac, que tu aimes. Pars pour le pays de Moriyya et là, tu l'offriras en holocauste sur celle des montagnes que je t'indiquerai ».*

Gn22.3 Abraham se leva de bon matin, sangla son âne, prit avec lui deux des jeunes gens et son fils Isaac. Il fendit les bûches de l'holocauste. Il partit pour le lieu que Dieu lui avait indiqué.

Et Gn22.4 Le 3eme jour, il leva les yeux et vit de loin ce lieu.

Gn22.5 Abraham dit aux jeunes gens : *« Demeurez ici, vous, avec l'âne ; moi et le jeune homme, nous irons là-bas pour nous prosterner ; puis nous reviendrons vers vous.*

Gn22.6 Abraham prit les bûches pour l'holocauste et en chargea son fils Isaac ; il prit en main la pierre à feu et le couteau, et tous deux s'en allèrent ensemble.

Gn22.7 Isaac parla à son père Abraham : *« Mon père »,* dit-il, et Abraham répondit *: « Me voici, mon fils ».* Il reprit *: « Voici le feu et les bûches ; où est l'agneau pour l'holocauste » ?*

Gn22.8 Abraham répondit *: « Dieu saura voir l'agneau pour l'holocauste, mon fils ».* Tous deux continuèrent à aller ensemble.

Gn22.9 Lorsqu'ils furent arrivés au lieu que Dieu lui avait indiqué, Abraham éleva un autel et disposa les bûches. Il lia son fils Isaac et le mit sur l'autel au-dessus des bûches.

Gn22.10 Abraham tendit la main pour prendre le couteau immoler son fils.

Gn22.11Alors l'ange du SEIGNEUR l'appela du ciel et cria **:** *« Abraham ! Abraham »* ! Il répondit *: « Me voici ».*

Gn22.12 Il reprit : *« N'étend pas la main sur le jeune homme. Ne lui fais aucun mal, car maintenant je sais que tu crains Dieu, toi qui n'a pas épargné ton fils unique pour moi ».*

Gn22.13 Abraham leva les yeux, il regarda, et voici qu'un bélier était pris par les cornes dans un fourré. Il alla le prendre pour l'offrir en holocauste à la place de son fils.

Gn22.14 Abraham nomma ce lieu *« le seigneur voit » (ARAFAT) ;* ***aussi dit-on aujourd'hui*** *: « C'est sur la montagne que le SEIGNEUR est vu. »*

Gn22.15 L'ange du SEIGNEUR appela Abraham du ciel une seconde fois.

Gn22.16 et dit **:** *« Je le jure par moi-même, oracle du SEIGNEUR. Parce que tu as fait cela et n'as pas épargné ton unique fils unique,*

Gn22.17 *je m'engage à te bénir, et à faire proliférer ta descendance autant que les étoiles du ciel et le sable au bord de la mer. Ta descendance occupera la Porte de ses ennemis ;*

Gn22. 18 *c'est en elle que se béniront toutes les nations de la terre parce que tu as écouté ma voix ».*

La tradition juive octroie une place importante à l'interprétation de la Torah. Les commentateurs affirment que le texte interpelle le lecteur, le texte dit « interprète moi » et dit « la Torah a 70 faces »

Les interprétations ont évolué au cours de l'histoire.

Le livre de la Sagesse qui date du 1er siècle av.J.C met en relief l'extrême fidélité d'Abraham dans l'épreuve et sa récompense.

Aux alentours de l'ère chrétienne, **Philon d'Alexandrie** développe longuement Genèse 22 dans son traité « sur Abraham ». C'est toujours une apologie d'Abraham et de son comportement exemplaire : » Pourquoi fallait –il louer Abraham comme s'il avait entrepris pour la première fois une action que font des rois, des peuples entiers, en Grèce, en Inde même ? » Abraham rétorque Philon, n'a été poussé ni par la coutume, ni par le désir de gloire, ni par la peur. L' amour de Dieu, l'obéissance, la piété, la sainteté ont été ses seuls mobiles. Il a agi en prêtre » sue le meilleur des fils lui le meilleur des pères.

Flavius Josèphe dans les « Antiquités bibliques » insiste lui aussi sur le sens de l'épreuve d'Abraham qui est l'obéissance et la piété. Il ajoute l'espoir en l'immortalité de l'âme d'Isaac

D'autres auteurs juifs voient dans l'épreuve imposée à Abraham, une suggestion de Mastéma, le prince des démons, adressée à Dieu. Abraham a affronté bien des épreuves certes. Toutefois acceptera-t-il de sacrifier son fils bien aimé si Dieu le lui demande ? L'auteur y trouve une similitude avec le récit de Job, où Satan met en épreuve en le frappant avec la permission de Dieu, en ses biens ; ses enfants, puis en son propre corps. La fidélité d'Abraham est ici une victoire sur Masténa.

Interprétations chrétiennes :

Dans le Nouveau Testament, Abraham est très présent. A l'ouverture de la généalogie de Matthieu Jésus est dit « fils de David, fils d'Abraham ». Les commentateurs chrétiens ont illustré le thème de la rédemption par une référence au sacrifice d'Abraham et à l'offrande rédemptrice d'Isaac. Les exégèses sont centrées sur le Christ pascal, mort et ressuscité .Le récit d'Abraham préfigure et annonce le Christ sacrifié. Sa passion sacrificielle, rédemptrice apparaît souvent dans les commentaires chrétiens. Méliton de Sarde 2eme siècle dans une homélie en prose rythmée , évoque les figures de l'Ancien Testament : *« C'est lui qui est la Pâque de notre salut. C'est lui qui supporta beaucoup en grand nombre : c'est lui qui fut*

en Abel tué, en Isaac lié, en Jacob mercenaire, en Joseph vendu, en Moïse exposé, en l'agneau immolé … C'est lui l'agneau sans voix, c'est lui l'agneau égorgé, c'est lui né de Marie agnelle, c'est lui pris du troupeau et à l'immolation traîné et le soir tué et de nuit enseveli, qui sur le bois ne fut pas broyé, en terre ne fut pas corrompu, ressuscita des morts et ressuscita l'homme du fond du tombeau». Pour d'autres commentateurs chrétien tels que Méliton et Origène, se dégagent les mystères de mort et de résurrection, Abraham espérait qu'Isaac ressuscitera, il savait qu'il était à l'avance la figure de la vérité à venir, il savait que le Christ naîtra de sa descendance pour être offert en victime plus authentique du monde entier et ressusciter d'entre les morts.

Interpretation musulmane :

Selon l'islam, le Coran est le point terminal de la Révélation. Il se présente comme la récapitulation et la synthèse des messages antérieurs, et plusieurs récits bibliques y sont relatés de façon condensée et allusive.

Le Coran le dit clairement ceci existe dans les premières qui sont les tables d'Abraham et de Moïse.

Abraham est le patriarche de l'islam comme pour le judaïsme et le christianisme. Abraham est aussi un ancêtre du prophète qui descend de lui par Ismail, fils de Hagar. C'est Abraham qui a fait de la Mecque un lieu de pèlerinage, appelant l'humanité à se rendre à *« l'antique maison »* (Sourate II versets 119, 121, 122)

Abraham, cité 26 fois dans le Coran, a été choisi comme « ami intime de Dieu » ***Khalil Allah*** parce qu'il a subi avec succès mainte épreuves. L'une des plus dramatique a été sans doute celle où il reçut en songe l'ordre divin d'immoler son fils.

Il est dit dans le Coran :

Quand l'enfant eut atteint (l'âge) d'aller avec son père
Celui-ci dit « mon cher fils !en vérité, je vois en songe, en train de t'immoler ! Considère ce que tu en penses ! »
« Mon cher père » répondit-il « fais ce qui t'est ordonné » ! Tu me trouvera, s'il plait à Allah, parmi les Consentants. »
Or quand ils eurent prononcé le Salâm et qu'il eut placé l'enfant front contre terre, Nous lui criâmes : « Abraham »
Tu as cru en ton rêve ! En vérité, c'est là l'épreuve évidente ! »
Nous le libérâmes contre un sacrifice solennel Et Nous le perpétuâmes parmi les Modernes.
Salut sur Abraham ! Ainsi, en vérité, Nous récompenserons les Bienfaisants !

Les commentateurs insistent sur la dimension onirique de la scène qui est absente du récit biblique.

L'épisode du sacrifice d'Abraham illustre le thème coranique de l'épreuve (ibtila) qui agit comme une véritable pédagogie spirituelle à l'adresse des croyants et, a fortiori des prophètes : leur élection et leur investiture ont pour passage obligatoire la purification.

En fait, il n'y a pas dans le Coran de position tranchée et claire sur l'identité du fils d'Abraham. Le texte ne cite pas le nom du fils qu'Abraham devait sacrifier, mais il dit clairement qu'il fût récompensé pour son obéissance.

La plupart des commentateurs déduisent des passages coraniques que le fils dont il s'agit dans le sacrifice est *Ismaïl*, puisque la naissance d'*Isaac*, qui concrétise la récompense, est annoncée à la fin de l'acte et qu'Ismaïl est l'aîné des fils d'Abraham. En outre ceux qui optent pour Ismaïl se basent sur un Hadith du prophète qui dit *« je suis le descendant des deux victimes.»* Les commentateurs tel que Tabari précisent que les deux victimes sont Ismaïl et Abdallah, le père du prophète Mohamed.*

D'autre commentateur, comme le soufi *Ibn Arabi*, pensent que le fils sacrifié est *Isaak*.

Cependant, Abraham n'a pas interprété, cette vision, car selon l'avis des commentateurs, les songes des prophètes relèvent de la révélation. Il est perçu par eux comme une réalité imminente.

Par contre, pour certains soufi, l'épisode d'Abraham nécessite une déchiffrage ésotérique afin d'aller au-delà de la lettre Pour Ibn Arabi dans son livre *« Fouçous al Hikam »,* l'interprétation est un processus spirituel créatif qui recourt à la cosmologie et qui suppose constamment un sens ésotérique sous le sens patent . En effet pour ce mystique, le savoir vrai descend de Umm el Kitab (la mère du livre) l'archétype du coran, puis dans les tables gardées, puis dans le mondes des idéaux et enfin dans la réalité que nous connaissons .

Le rêve d'Abraham, comme le rêve de Joseph appelle une interprétation complexe qui est capable de révéler son sens caché.

Dans cette perspective, la longue tradition soufie considère que le grand sacrifice est le sacrifice de Soi. Le Soi étant le « nafs » qui est la psyché, laquelle est la part animale et mortelle de l'âme dont la représentation est l'agneau paisible du sacrifice, puisque c'est ainsi que le gnostique se laisse mener à l'extinction dans le divin.

C'est donc son moi que Dieu demande à Abraham d'immoler. Il faut remarquer que l'enfant est le symbole de l'âme (le fils est le Secret de son père dit un adage arabe). Abraham doit purifier son âme, cette âme prophétique élevée, certes, mais encore capable d'amour pour un autre que Dieu.

L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE :

Nous remarquons que **le mythe d'Abraham est toujours vivant**. Sa persistance n'est en aucune manière une survivance folklorique. Ce mythe fonctionne et continue d'accomplir son travail : sa tâche est de produire des êtres culturels que sont les humains.

Freud pensait qu'il ne fallait pas considérer les doctrines religieuses comme des fictions. Il serait plus judicieux de se demander **en quoi consiste la force interne de ces doctrines**, à quelles circonstances elles doivent leur efficacité qui ne dépend pas de leur reconnaissance par la raison et de propose une explication de cette force interne à travers l'appareil conceptuel freudien c'est-à-dire à travers **la problématique du désir et de l'effectivité des formations imaginaires**.

Certains peuvent s'étonner que Dieu qui demande à l'homme de ne point tuer semble exiger un meurtre. Ce Dieu qui a promis une postérité innombrable à Abraham condamne sa femme Sarah à la stérilité dans un premier temps, puis après avoir autorisé la conception d'Isaak exige un infanticide !

L'interprétation qui a dominé la tradition allait dans le sens de **la soumission**. Il faut obéir aveuglément pour ne pas déplaire à ce Dieu. Dans le sens du dolorisme aussi : pour rentrer dans les grâces divines, il faut accepter ce qui fait le plus souffrir : la perte d'un enfant.

Nous pouvons comprendre que certaines personnes se sont détournées de la Religion après avoir reçu une telle image en guise de représentation divine. Pourtant ce passage des textes sacrés semble dire autre chose. Certes ils parlent d'épreuve, Dieu mit à l'épreuve Abraham. Mais l'épreuve est inhérente à la vie. Elle est ce qui conduit chacun de nous à développer son humanité. L'injonction divine ne vise le maintien de l'homme dans un état de petitesse et d'assujettissement par rapport à la toute puissance divine. Il veut au contraire favoriser le déploiement de l'être et la libération de son énergie vitale.

Abram père des trois religions monothéistes, fut renommé **Abraham** au moment de sa première alliance avec Dieu. Téhar, son père engendra Abram, Nahor et Haran qui mourut dans son pays natal.

Tehar prit son fils Abram, son petit fils Lot, fils d'Harân, et sa bru Saraï, femme d'Abraham mais aussi fille de Tehar, et les fit sortir de la ville d'Ur pour aller au pays de Canaan. Abram subit cet exil douloureusement, car il dit « Dieu m'a fait errer loin de ma famille ». (Gn20.13)

Abraham est un homme qui souffre. Il subit le déracinement imposé par son père Tehar. Il est marié à sa demi-sœur. Sa femme est stérile, à 85 ans il n'avait toujours pas engendré d'enfants.

Sensible à la souffrance D'Abram, Saraï proposa à celui-ci d'épouser sa servante égyptienne Hagar.

Dés la conception (rapide) d'Ismaïl, fruit de sa liaison avec Hagar (qui est une concubine et qui n'est pas la femme choisie par son père Terah). Abraham peut croire enfin à sa destinée. Il peut présumer qu'il deviendrait le père d'une multitude de nations et un patriarche digne de ce nom. Afin de stigmatiser cette nouvelle position ainsi que sa paternité, il prend le nom d'Abraham. Il marque une distance avec son nom d'origine choisi par son père. **'Abram** deviendra **Abraham**, en gagnant la lettre h.

Ceci n'est pas sans conséquence sur son autonomie psychique vis-à-vis de son père. Abraham se sépara symboliquement de son père afin d'accéder à la maturité psychique et ainsi pouvoir devenir père à son tour.

Quant à Saraï, elle a dut subir elle aussi une modification de son nom de **Saraï**, dont la traduction est par ma princesse, qui se transforme en **Sarah** ou **Sara** dont la traduction est princesse. Le changement du nom, intervenant peu avant l'annonce à Saraï d'un fils, est aussi un signe révélateur d'un changement dans la personnalité de Sara. **Marie Balmary**, dans son livre « le Sacrifice Interdit », interprète la perte du possessif en y voyant une manière pour Sarah de se libérer de la possession par son père qui l'a nommée, ainsi que de son mari qui en a pris l'usage. Le passage « du possessif au génétif » lui aurait ouvert le chemin de l'appropriation d'elle-même.

Les textes sacrés nous informent que Sara est guérie de sa stérilité après la naissance d'Ismaïl.

Il faut mentionner que Hagar, fière de sa maternité, a provoqué sa maîtresse Sarah en stigmatisant sa stérilité.

Dans la culture arabo-musulmane un dicton ancien énonce que ***« c'est grâce à la jalousie féminine que les femmes enfantent. »*** Sara avait besoin d'une autre femme pour être féconde et devenir mère. La recherche de **Michèle Montrelay** a contribué à éclairer la question de la jalousie féminine. Pour cet auteur, au moment où la femme cherche à se reconstruire, cette reconstruction passe par le regard, à partir du corps d'une autre femme qui porte la lumière du désir de l'homme. C'est le corps d'une femme qui est la lumière – la jalousie est dite d'ailleurs « aveuglante » - Cela nous ramène à une période tout à fait archaïque qui se rapporte au relations primordiales avec le corps de la mère. Ce qu'il faut à la femme c'est la possibilité de donner forme à cette lumière, qui est maintenant sur l'autre, pour faire le corps maternel.

Car à ce moment, elle n'est plus qu'un corps, elle n'a plus de mots pour dire sa jalousie, mais il y a le corps de la rivale, de l'autre femme, qui est comme premier pas par lequel il te faut passer pour se reconstruire elle. Cette espèce de clarté aveuglante qui n'est plus rien qui est le vide de la jalousie, elle lui redonne contour du corps de cette femme. Mais cela implique que la femme a eu avec le corps de sa mère des relations constructives. Que son expérience de la jalousie faites avec sa mère aient été fragmentaires et non totalement dévastatrices.

Le recours à Hagar est un fait structurant dans l'histoire familiale d'Abraham. Il a permis à Sarah de liquider ses complexes avec sa propre mère, à travers la figure de l'autre femme Hagar, ce qui permet à Sarah d'accéder à la maturité psychique et d'enfanter Ismaïl sans culpabilité.

Dans cette optique théorique **le récit d'Abraham est un apprentissage de la parentalité** c'est-à-dire de la fonction parentale. Le terme parentalité est un concept récent (René Clement 1985) qui avait été précédé des termes de parentification Serge Stolero, 1983) maternalité (Racamier, 1961) et de paternalité qui recouvraient les mutations psychiques générées par l'arrivée d'un enfant. Winnicott et Serge Lebovici avaient décrit les élaborations psychiques que les parents doivent subir afin de faire place à l'arrivée d'un enfant. Daniel Rousseau définit la parentalité comme l'ensemble des dispositions psychiques des parents à accompagner au mieux leurs enfants avec évidement de fortes références aux modes d'être d'une époque et d'une culture.

Bien entendu, pour cet auteur, la parentalité dépasse la simple fonction éducative.

En outre, la naissance impossible d'Isaac est aussi symbolique. En effet, lorsque Abraham est convaincu qu'il n'aura pas d'enfant légitime puisqu'il est alors âgé de 99 ans et sa femme de 89 ans, Dieu lui apparaît une nouvelle alliance et lui donner un fils Isaac.

La miraculeuse conception d'Isaak est mise en scène en tant que telle par le texte biblique où nous pouvons lire : ***« Abraham tomba la face contre la terre et se mit à rire, car il se disait en lui-même : Un fils naîtra-t-il à un homme de cent ans, et Sarah, qui a quatre vint dix, va-t-elle enfanter ? »***

Ce « miracle » nous montre qu'un enfant n'est pas uniquement une donnée biologique. Il n'est pas le résultat d'une union entre un gamète mâle et un gamète femelle. Ce schéma purement biologique nous voile un fonctionnement psychique et culturel fondamental. Pour **Tobie Nathan**, tout enfant humain est fabriqué au confluent d'une union biologique et d'une alliance symbolique et culturelle, renouvelée à chaque génération. Croisement d'humain et de divinités, tout enfant humain est donc nécessairement un métis. Car c'est avant tout un être de culture.

Nous retrouvons dans ce cheminement théorique la notion anthropologique de **« dette »** qui est omniprésente dans les récits bibliques et coraniques.

La scène du sacrifice d'Isaac ou d'Ismaïl selon les commentateurs, met en situation des conflits psychiques fondamentaux.

Freud pose dans « l'avenir d'une illusion » que les tabous fondamentaux qui fondent la culture sont le tabou du meurtre, le tabou de l'inceste et le tabou du cannibalisme. Il écrit à ce sujet : *« Avec les interdits qui instaurent les privations, la culture a inauguré le détachement avec l'état originaire d'animalité. A notre surprise, nous avons trouvé que ces privations continuent d'être à l'œuvre, continuent de former le noyau de l'hostilité à la culture. Les souhaits pulsionnels qui en pâtissent renaissent avec chaque enfant. De tels souhaits pulsionnels sont ceux de l'inceste, du cannibalisme et du plaisir-désir de meurtre. »*

Les relations parents-enfants sont évidemment régit par les mêmes tabous que nous pouvons convertir en tabou de dévoration, en tabou d'infanticide et en tabou de l'inceste parent-enfant.

Néanmoins, au cours des observations cliniques et leurs études sur terrain, psychanalystes et anthropologues déduisent que ces tabous fondateurs de la culture trouvent toujours des difficultés à être Transposé à la vie intime des familles.

Abraham incarne dans la culture judéo-chrétienne et aussi islamique celui qui a introjecté le tabou de l'infanticide et des sacrifices humains dont les enfants sont le plus souvent victimes.

En effet, si dans l'histoire et la mythologie le meurtre du père est bien connu, celui du fils est plus ou moins occulté. Et pourtant, il en est le pendant. A la base se trouve le désir en chacun d'opérer un déni de la mort et de se placer dans une illusion d'immortalité faite d'intemporel.

La survenue d'un fils peut développer des angoisses particulières de nature inconscientes. Dans l'enjeu inconscient, seul le fils peut menacer le pouvoir du père.

A travers l'histoire, il y a des récits de meurtre du fils par le père, on les retrouve dans toutes les cultures et dans toutes les religions.

La bible évoque d'autre récit de sacrifice d'enfant : Dans Jérémie XXXII, 35 est évoquée la pratique des pères vis-à-vis du dieu Moloch, *« ils ont construit les hauts lieu de baal dans la vallée de Ben Hinnom (le Ge-Henne) pour faire passer par le feu leurs filles et leurs fils en l'honneur de Moloch. »*

Juges XI la fille de Jephté : *« Jephté fit un vœu a Yahvé : si tu livre entre mes mains les Ammonites, celui qui sortira de ma maison pour venir à ma rencontre, je te l'offrirai en holocauste »* Jephté gagne la bataille et avec l'accord de sa fille, son enfant unique, finit par « accomplir sur elle le vœu qu'il avait prononcé ».

Le Coran mentionne quant à lui l'infanticides des enfants. En effet, dans l'Arabie préislamique, certaines tribus arabes pratiquaient l'infanticide des fillettes sur la simple présomption que ces filles pouvaient tomber prisonnières lors des guerres inter -tribales et causer ainsi la honte et le déshonneur à leurs clan. Le Coran a d'ailleurs bien décrit cette attitude misogyne dans la sourate I Abeille, versets 58 et 59 : *« Que l' on annonce à l' un d' eux la naissance d 'une fille dans son foyer, son visage se rembrunit aussitôt : peu s'en faut qu'il n 'éclate de rage ! Il n 'ose plus se montrer aux gens affligé qu il est par cette annonce. Devra-t- il ravalant sa honte, garder la nouveau née ou l'ensevelir sous terre ? Quels piètre jugement que le leurs »* Les versets coraniques mettant fin à cette pratique furent révélés sous la forme de décrets solennels condamnant rigoureusement ces assassinats et instituant **le droit à la vie comme un droit inviolable**. Et nous pouvons lire à la sourate L'Obscurcissement (El Ghachia) les versets suivant : ***« Lorsque à la fillette enterrée vivante il sera demandée, pour quel forfait elle a été tuée. »***

En l'an 621, à la Mecque, le prophète Mohamed prête un serment avec les femmes. Dans ce serment l'islam confirme l'interdit coranique de l'infanticide. « Nous jurons Que nous ne volerons pas … Que nous ne forniquerons pas … Que nous ne tuerons jamais nos enfants. »

La mise en relief de cette interdiction révèle la force des pulsions mortifères des pères qui disposaient d'un droit de vie et de mort sur leurs enfants. Ces pulsions infanticides sont la manifestation de la dramatique oedipienne.

Donc l'intention première du récit d'Abraham vise l'interdiction de sacrifier son enfant à la divinité, car c'était là un rite païens et idolâtres. Or le Dieu monothéiste, ne désire pas qu'on lui sacrifie les enfants. Les textes sacrés, bibliques et coraniques insistent tous sur la limitation du pouvoir du père qui, en ces temps là, était absolu et allait jusqu'à la mise à mort de l'enfant. Les textes sacrés inculquent que même pour Dieu, le père n'a pas le droit d'attenter à la vie de son enfant. **« Vos enfants ne sont pas vos enfants »** écrivait splendidement le poète chrétien et arabe **Gabran Khalil Gabran « Vos enfants sont les enfants de la Vie »** c'est dire qu'ils sont les enfants de Dieu et de L'Amour fécond.

En outre, certaines interprétations montrent que l'épreuve d'Abraham ne pouvait consister, comme on le pense souvent, dans le sacrifice de son fils par soumission à Dieu. Dans un tel cas de figure, il serait plus logique d'exiger la vie d'Abraham comme preuve d'amour et de soumission à la volonté divine ! En réalité Dieu ne demande pas d' « immoler », ni de « sacrifier » l'enfant – comme le comprend Abraham. D'ailleurs dans le Coran, il est bien spécifié qu'Abraham interprète un rêve ou il croit déchiffrer l'ordre divin de sacrifier son fils.

La littérature soufie démontre qu'il a mal expliqué le songe. **Ibn Arabi** a dompté toute la question de l'interprétation du rêve ; il pense que tout d'abord que l'enfant est l'essence de son générateur. Par conséquent lorsque Abraham vit dans un songe qu'il immolait son fils, il se vit en fait se sacrifier lui-même. Et quand il racheta son fils par l'immolation d'un bélier, il vit la réalité, qui s'est manifestée sous la forme humaine, sous l'aspect du bélier. C'est donc ainsi que l'essence du générateur se manifesta sous la forme de l'enfant, ou plus exactement sous le rapport de l'enfant.

Dans la même perspective, Rachi, célèbre commentateur de la Torah, met en relief la signification littérale du verbe en hébreu et fait cette remarque : « Dieu n'a pas dit à Abraham : « égorge le ! », Car Dieu ne désirait pas l'immolation d'Isaac, mais « le faire monter à la montagne ». Quand Abraham fait monter son fils, Dieu lui dit fais le descendre.

Ainsi le sens général du récit s'éclaire : la matérialité du sacrifice n'est pas requise. Dieu n'est pas un dieu tyrannique et meurtrier mais le Dieu qui sauve. Pour la psychanalyste **Marie Balmary**, l'histoire est celle d'un père qui accepte de voir symboliquement mourir le petit enfant imaginaire qu'il portait en lui, de se délier des liens affectifs trop fort, et de l'offrir à Dieu, artisan de toute liberté.

La ligature d'Isaac- titre donné par la tradition juive à ce récit - revoie à celle qui reliait excessivement le fils à son père.

Le couteau est appelé à trancher le lien de dépendance, l'union étouffante entre Abraham et son fils, à rendre le fils plus libre et, par là même, à faire évoluer le père pour qu'il devienne entièrement père.

Grâce à cette épreuve, Abraham se montre capable de

dépasser ses angoisses, d'oublier ses besoins affectifs trop dévorants et d'accepter l'autonomie d'Isaac.

Le message pédagogique qui se dégage des textes sacré est le suivant : Nos enfants ne sont pas nos objets, nos choses, nos biens : il nous faut sacrifier cette jouissance qui nous viendrait de leur possession, pour qu'il se réalisent comme sujet de la parole, du langage et du symbolisme. Pour qu'il puisse s'élever et monter les montagnes.

*Il existe une autre séquence du récit islamique du sacrifice qui concerne la généalogie du Prophète Mohamed. L'historiographie traditionnelle rapporte qu'à l'époque préislamique, le grand père du prophète reçu l'ordre de déterrer un trésor enfoui. Il réussit à creuser un puit et fit le vœu de sacrifier un de ses enfants. Son choix se porta sur le derniers Abdallah son préféré. Au moment où il menait le fils élu vers le lieu du sacrifice pour l'immoler, des membres de la tribu s'interposèrent. Devant l'hostilité générale, il racheta son fils et offrit en expiation un sacrifice animal. Les scrupules du grand père furent si grands qu'il opta pour un mode de fixation du prix du rachat fondé sur le hasard. Il dut payer, par conséquent, une rançon très élevée de cents chameaux qui furent offerts en sacrifice.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDRE Monique, Le sacrifice d'Abraham et la ligature D'Isaac : Lecture de ce récit dans le judaïsme et le christianisme anciens
In L'enseignement du fait religieux Ministère de l'Education nationale www.eduscol.éducation.fr
BALMARY Marie, Le Sacrifice interdit Edit. Grasset, Paris 1986
BENSLAMA Fath, La psychanalyse à l'épreuve de l'islam Edit. Aubier Paris 2002
Le CORAN , Traduction de Salem MAZIGH Maison Tunisienne de l'Edition Tunis 1978
FREUD Sigmund l'avenir d'une illusion (1927) Totem et Tabou (1912) Œuvres complètes PUF 1998
Ibn ARABI, fuçuç al-hikam Edit. Dar el kitab al –arabi Beyrouth
MONTRELAY Michèle, L'Ombre et le nom Edit. Minuit Paris 1977
ROUSSEAU Daniel, Parentalité et structures familiales In site Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent www.medecine.universitaireAngers

PREDICTING VIOLENCE AND RECIDIVISM AMONG FORENSIC/CORRECTIONAL POPULATION

DR. WAGDY LOZA*, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY – CANADA

E.MAIL : wml@post.queensu.ca

Discussed in this paper are issues related to the clinical prediction of violent behavior and recidivism (returning back to prison or psychiatric institution after being released) among forensic populations. First a brief review of some issues related to making predictions. This is followed by a review of problems affecting accurate clinical predictions then a review of the variables associated with these predictions. In conclusion some suggestions are provided regarding ways to increase the accuracy of these predictions.

Introduction

Forensic psychiatry and psychology are subspecialties which, includes many areas where mental health and the Criminal Justice System (CJS) coincide. Organizations incorporated in the CJS is the correctional system and to some extent forensic wards in psychiatric hospitals. In most of the advanced correctional systems, forensic psychiatrists and psychologists carry out many important tasks. This includes (a) assessments aimed at predicting potential violence in the institutions and community after release, mental status examination, assessment regarding issue of self-harm, and other specialized assessments such as neuro-psychological evaluations, assessments of risk of sex offenders, and of substance abusers, (b) treatment via psychotropic medication (restricted to psychiatrists), development and implementation of treatment programs such as treatment to deal with offenders with anger, attitude problems, deficits with their cognition and attributions, sex offenders and substance abusers, (c) Providing critical Incident Stress Management intervention for staff when needed, (d) Consultation with management of the institution regarding issues with psychological implications such as management of crises, hostage taking incidents, riots, threats of self-harm, Mediation and conflict resolution, (e) staff training regarding issues with psychological implications (e.g., identifying offenders who are potentially at risk for harm to others or themselves), (f) training and supervision of graduate students, (g) conducting and participating in research projects.

Presentation in this paper will be restricted to issues related to the clinical prediction of violent behavior and recidivism (returning back to prison or psychiatric institution after being released). First a brief review of some issues related to making predictions. This will be followed by the problems affecting accurate predictions and a review of the variables associated with making these predictions. In conclusion some suggestions to help clinicians make accurate predictions will be provided.

Predicting violence and offenders recidivism is a contribution that forensic clinicians can make to prevent further criminal acts. However, this practice has not been without controversy. The supporters of the use of predictions argue that the benefits to society outweigh the costs to the individual and that predictions could prevent a great number of violent acts. The advocates against its use argue that a) there is no evidence that clinicians can reliably and accurately predict violent/ criminal behavior. b) Prediction violates civil liberties because prediction may result in more individuals being punished, not for crimes they have committed, but for crimes they might commit. c) Prediction destroys the helping role of mental health professionals as their role should be to help their clients, not to act as an agent for social control. d) It is not ethically appropriate to predict violent behavior, given the doubts casted on this practice.

Most of the criticisms against prediction were made when clinical judgment alone was the method commonly used for making these predictions. The last three decades, however, witnessed many improvements in the ability to predict. These improvements are largely credited to the use of the actuarial and other psychological measures which have been demonstrated to improve the predictive accuracy of general recidivism and violent offenders. It is estimated that the predictive accuracy has been improved from 60% to 80% by using actuarial tools when predicting general recidivism, and as high as 53% when predicting violent recidivism. This is an improvement when compared to a success rate of less than 40% when using clinical judgment alone. In addition to improving the accuracy of predictions, the actuarial tools provide several advantages such as objectivity, uniformity, and consistency. They reduce the opportunity for litigation and make the decision process more clear to all involved. They also avoid most of the problems associated with the use of clinical judgment alone, such as assessor biases and limitations and the illusory correlates (appropriate but false correlations between a variable and outcome).

The success of actuarial measures has several researchers urging for the use of actuarials in the prediction process. Others advocate for complete reliance on the actuarial measure for risk assessments, on the basis that actuarial measures "are too good and clinical judgment too poor to risk contaminating the former with the latter". It is now broadly accepted that actuarial measures constitute the most accurate approach to predicting general behavior.

1 - Problems affecting accurate clinical predictions

1.1 - Base rate problem

A behavior that occurs rarely is one that has a low base rate. It is difficult to predict behaviors that have a low base rate. Ideally the predictor wishes to maximize his/her true predictions (i.e., true positives and true negatives), and minimize his false predictions (i.e., false positives and false negatives). A True Positive prediction of violent behavior is a forecast that violent behavior will occur which later materializes. A True Negative prediction of violence is a prediction that violent behavior will not occur which in fact does not. False predictions are incorrect predictions and have undesirable consequences. A

False Positive prediction (e.g., a prediction that violence will occur which turns out to be false) may result in the unnecessary detention of an innocent person. A False Negative prediction (e.g., a prediction that violence will not occur but it does occur) may result in releasing prematurely someone, who will behave violently in the community. Since violent behavior is committed rarely, it has a low base rate and results in a high percentage of false predictions. This means that even when clinicians follow good predictive procedures, they will end up making many more false positives than true positive predictions. Thus, erroneously recommending the detention of many people.

1.2 - Lack of specificity in defining the criterion

There is lack of agreement among clinicians as to what constitutes violent behavior and on the definition of violence or dangerousness. Some scholars have reported existence of more than 250 different definitions of aggression in the literature. Clinicians have been complaining of the lack of an objective legal definition regarding the precise nature, extent or object of the violent act which leave them to operate in a definitional abyss. Some have cited few examples in support of this claim. A violent act has been defined to include only injury to others; to include injury to others or the destruction of property; and both physical and psychological injury. Violent fantasies thoughts or threats have also been considered as dangerous. Writing a bad cheque is seen as dangerous behavior because it affects the economy. It has been pointed out that, due to the lack of definition as to what the clinician is supposed to predict, many personal biases affect his/her prediction. Such lack of agreement causes confusion and conflict among clinicians. This in turn results in arbitrariness and unfairness in the prediction process and decision making with regard to release.

1.3 - Lack of corrective feedback

Clinicians do not get a chance to empirically test the accuracy of their predictions. There is no systematic follow up in place to give predictors feedback about the results of their predictions. This results in clinicians making the same mistake daily and for many years, without improvement.

1.4 - Medical model.

The tendency to over predict violent behavior appears to be related to the practice of prediction in medicine. Clinicians are trained to avoid false negatives and suspect illness whenever in doubt. These clinicians, when requested to make prediction about an individual's violent behavior, take the cautious side and predict that violence behavior will occur.

1.5 - Differential consequences: Predictor vs. Predictee.

It has been suggested that clinicians who make cautious predictions are making much safer recommendations than those who recommend release for someone who later commit violent acts. Similarly, it is suggested that while a prediction that a person will not commit violent acts, which turns out to be wrong may result in severe and prolonged legal, personal, and professional repercussions on the predictor, no negative consequences exist for making the safe prediction that the individual is dangerous. A scholar summarized 17 legal cases brought against clinicians for allegedly failing to follow the "duty to warn" or " duty to protect" principle. The pressures of legal repercussions do not come only from victims of the violent acts, but also from the violent individuals themselves. Another scholar reported a case of discharged mental patient who committed murder, and later filled a law suit on the ground that the releasing authorities should have known better than to release him. It is also reported that there is an increasing emphasis on professional liability where the provider "Knew, or should have known" of the individual tendency towards violent behavior.

1.6 - Illusory Correlations

Individual prior expectations or beliefs bias clinicians and subsequently their decisions. Illusory correlation occurs when clinicians report observing a correlation between two events which, in fact, are not correlated, or correlated to a lesser degree, or in the direction opposite to that reported.

1.7 - Failing to incorporate environmental / situational variables

One of the important problems in predicting violent behavior is ignoring the influence of the environmental factors on the behavior. This is in spite of research indicating the importance of these factors in shaping the individual's behaviors. Failing to consider environmental factors is due to the belief that behavior stems from fixed, enduring traits, stable personality characteristics of the individual suggested that the situational factors and the interaction between them and the personality characteristics be considered in the prediction process.

1.8 - Lack of adequate psychometrics or not using proper psychometrics

Prior to the 1980s psychological measures specifically designed to help in the prediction of violent prone individuals were not widely known. This led clinicians to use measures that were designed for other purposes; developed on other populations or contained questions that were unreliable and misleading (Hinton, 1983). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) is still the most widely used tool by correctional psychologists. It is reported that 87% of psychologists in the United States are using the MMPI, although, none of the original clinical scales have been specifically designed for use with offenders or the prediction of violent behavior. Nevertheless, many clinicians still use some of the original MMPI scales (i.e., the psychopathic deviate, Pd and the Manic, Ma subscales), or other special subscales (i.e., the Over Controlled Hostility, OH and the Megargee's MMPI typologies) to distinguish between violent and nonviolent individuals. These subscales, however, have not been found to be reliable or valid for such use. In addition others found that the MMPI was not useful in the prediction of recidivism. Use of the MMPI (OH) scale. In fact, the use of the MMPI is not supported by the contradictory findings of researchers who reported that MMPI clinical scales have not proven to be particularly good predictors of violent recidivism. The good news however, is that new measures and actuarials have been developed with demonstrated reliability and validity for making predictions regarding violent behavior and recidivism such as the Psychopathy Check List -Revised (PCL-R) and Level of Service Inventory-Revised (LSI-R) and the Self Appraisal Questionnaire (SAQ).

1.9- Lack of Psychological/ Psychiatric classification

There is no psychological/psychiatric classification in existence to classify violent prone individuals. Some have found that most psychiatric decision making in regard to predictions for violent behavior is impressionistic rather than quantitative.

1.10 - Representativeness in the Decision making process

Although usually there are many factors to be considered

before reaching a proper decision, people use a limited number of such factors in reaching their decisions. It has been suggested that usually one factor predominates and has a significant influence in the psychiatric decision process. For instance, in the decision to classify "mentally disordered sex offenders," some found that previous conviction of the person for sexual offences was the only factor, which predominated the psychiatric decision. Others have found that experienced forensic psychiatrists relied primarily on the seriousness of the index offense in the prediction of dangerousness of mentally disordered offenders, and ignored valuable information such as the results of psychological assessments. Two studies demonstrated that factors other than the individual behavior affected the predictors' decisions. In the first study, social class and criminal history influenced evaluation of the individual potential for violence. In the second study, social power variables (e.g., IQ level, marital status, race, education level, urban rural, socioeconomic level, parental status, and age) affected the prediction decisions.

1.11 - Imprecise Training

It seems that the majority of clinicians who are usually involved in the prediction of criminal or violent behavior are not precisely trained for such a task. Psychological and psychiatric training programs do not include the prediction of violent behavior as a part of their routine training. It has been reported that many psychologists have received little training in forensic psychology. It has been reported that experienced forensic psychiatrists disagree among themselves on the prediction of violent behavior of offenders. Furthermore it was found that psychiatrists were no different than the teachers who were used in this study as lay persons, in predicting violent behavior. Psychologists also disagree among themselves. Recently it was reported that 1% of correctional psychologists in the United States (federal & state) have received formal training in forensic psychology.

1.12- The assessor limitations

The assessor's own beliefs, feelings, and biases influence the outcome of his predictions. Some assessors have negative feelings towards the individual they are assessing (i.e., negative counter transference). For instance, some dislike dealing with a particular class of offenders, such as sexual offenders. On the other hand, some assessors have positive counter transeference and are more tolerant to the offenders past than others. Also, assessors differ in their beliefs as to the treatability of violent offenders, which subsequently influences judgment and recommendations.

1.13- Time

It has been argued that time is not an all or none phenomenon. He sees time as an important factor involved in the prediction process. He suggested that some predictions get better with time, such as predicting that everybody "in this room will be dead in a 100 years time." He also suggested that metreologists can predict that it will rain next year. Clearly, such a prediction is not helpful, as the predictor should specify how much it would rain, when and where. It has been suggested that short-term predictions are more accurate than long term ones. Most of the recently developed actuarial measures now specify the time limit for the accuracy of their predictions.

2 - Clinical Variables Associated With Prediction of Violence and Recidivism

2.1 - Age

Findings about existence of a relationship between age of onset and future violent acts have been reported by many researchers. A positive relationship between age of onset and total number of youth convictions has been reported. Youths first convicted at the age of ten to twelve had an average of 7.17 convictions, while those convicted at the age from twenty to twenty four had an average of 1.18 convictions. Furthermore, he reported that there is relationship between the age of onset and the length of the criminal career. Others reported that being a juvenile offender increases the individual's chances of becoming an adult offender by three and one-half times. Also, others suggested that number of arrests up to the age of 18 increased steadily after the age of onset. It has been found that the older the offender at first offence, the lower the probability of further criminal involvement. Another researcher reported that rate of arrests for 18 years olds for further violent charges is six times that of 30 years olds. It has been now accepted that the younger individuals commit more violent behavior and are at higher risk for re-offending.

2.2 - History of Criminal Involvement

Some researchers have reported that recidivism among juveniles up to their eighteenth birthday was 54 percent after the first arrest. This was increased to 56 percent and 72 percent after the second and third arrest respectively. It is also reported that a prior arrest of four times indicates an 80 percent chance of another arrest and 10 prior arrests lead to a 90 percent probability for the eleventh arrest. Also it was found that "chronic" offenders had 6 or more convictions prior to reaching the age of 25.

2.3 - History of Serious Violence

It has been reported that the probability of assaultivness increase with each act of violence and that there is a positive relationship between seriousness of the first conviction and number of subsequent convictions. After a reviewed studies on juveniles and concluded that a relatively serious first offense predicted later serious juvenile offending. It has been suggested to include a history of serious violence as a predictor of the most substantial acts of violence.

2.4 - Number of Earlier Convictions and Prior release failures

A positive relationship between number of convictions at ages from 10 to 17 and number of convictions at the age of 17 to 24 was demonstrated. Similarly, it was demonstrated that future rate of offending was best predicted by the number of past crimes and a link between the number of previous prison terms served and recidivism. Prior release failures have been included in most tools designed for the prediction of violent and non-violent recidivism.

2.5 - History of Childhood Behavioral Problems.

Research has indicated that conduct problems during childhood are among the best predictors of later offending and the development of a criminal career. It has been suggested that enuresis, pyromania, and cruelty to animals were good predictors of future violent behavior. Researchers found that a history of childhood problems such as hyperactivity, enuresis, temper tantrums, fighting, school problems, and an inability to get along with others significantly differentiates chronic aggressive from non-aggressive adults. Others found that aggression at age 8 is the best predictor of aggression at the age of 19. Others reported that 36 percent of the incidences of later violence could be accounted for by childhood predictive factors. These factors are: lack of parental supervision, lack of self-confidence of their mothers and being exposed to parental conflicts and or aggression.

2.6 - Socialization Problems

There are several studies that found that factors relating to child rearing methods such as family management techniques, harsh or erratic parental discipline, cruel, passive, or neglecting parental attitude; and poor supervision were related to later juvenile convictions. Some have reported that negative parent-child relationships, familial criminality, parental illness, and separation from parents increase the likelihood of juvenile delinquency and adult criminality. Furthermore, they suggested that family factors, such as family, marriage, children and holding other social bonds within the community mitigate criminal behavior by providing people with a social investment in conformity. It was also reported that parents' and siblings' antisocial behavior, broken homes, low family income, unsatisfactory housing were other indicators of children later offending. Peer pressure also has been reported to be a predictor of offending. It has been found that pro-criminal association in the community was one of four factors that significantly differentiated between the failure or success of conditionally released offenders. Similarly, associates and social interaction have been suggested as is powerful predictors of recidivism. A high unemployment rate has also been considered as a predictor for criminal acts

2.7 - Educational Achievement and Intelligence

Poor educational achievement and low intelligence have been suggested as predictors of offending and violent behavior. Many research findings have been cited in support of this hypothesis. Similarly, several studies have demonstrated a correlation between low IQ and or school maladjustment and delinquency. Also, it is reported that offenders with low average- IQ and a low level of academic achievement are at high risk for re-offending.

2.8 - History of Substance Abuse

The relationship between substance abuse and crime, violence, and recidivism has been convincingly demonstrated. Alcohol has been implicated in as many as 64 percent of cases of homicide in general; in approximately 35 percent of murders in Canada; in between 34 percent to 72 percent of rape cases; in 52 percent of violent incidents in Canada. The relationship between the use of illegal drugs such as lysergic acid (LSD), amphetamines, cocaine, and Phencyclidine (CP, angle dust) and violent behavior and crime is also well documented. It is reported that approximately 70% of incarcerated American and Canadian offenders have substance abuse problems.

2.9 - Mental Illness

Many studies investigated the link between mental illness and violent behavior and the results are mixed. While some studies reported a relationship between violent behavior and mental illness, other studies did not find that such relationship exists. For example, evidence for a link between mental illness and violence has been reported. Several studies reported a relationship between mental illness and aggressiveness in epileptics, temporal lobe epilepsy psychotic disturbances, in particular paranoid psychoses, and violent behavior and a relationship between affective disturbances and violent behavior. Some researchers found that paranoid schizophrenics are more violent than non-paranoid patients are and that schizophrenics as a group tend to be more violent than other patients. Patients with personality disorders and organic brain syndrome follow this group. Others reported that acute psychotic symptoms have greater predictive validity for violent acts than lifetime diagnoses of schizophrenia. Other researchers reported that mental illness alone is not a reliable predictor of violent behavior. However, researchers found that a record of past violence is the best predictor of future violence among psychiatric patients similar to that reported about prediction of violent acts for the non-psychiatric criminal population. Others reported that mental illness results in only a slightly elevated risk for violence. Another researcher note that thought disordered patients were less violent than other patients. Similarly, a researcher did not find a relationship between thought disorder and violence. In the same vein, several studies have found that the rates of violence to be lower among patients with schizophrenia than among patients with diagnosis of other personality disorder. A recent meta-analysis indicated that mental illness was negatively related to the prediction of violence among offenders.

2.10 - Personality Attributes

Several researchers have reported a relationship between some personality attributes and violent behavior. Some suggested a relationship between an over-controlled character and extreme violent behavior. Others suggested the following characteristics as a framework for clinicians to consider when predicting violent behavior: " reputation defending", "norm enforcing", "self-image compensating," "self-defending," "bullying," "exploitation," "self-indulging," and catharting. Other researchers proposed a link between violent behavior and a number of personality traits. Examples of these traits are: incapacity to feel sympathy, inability to learn from experience, narcissistic traits, paranoid traits, borderline traits, inner rage, over-controlled aggression, external locus of control, and hypertrophied sense of injustice. Others reported that the violent person, who perceives the world as agitating, stressful, or threatening, would justify his violent behavior. Similarly, others suggested that offenders who are temperamental, energetic, adventurer, pleasure seeking, compulsive, egocentric, and who lack problem-solving skills are at high risk of re-offending. Other group of researchers reported that psychopaths are generally convicted for more violent and aggressive crimes such as kidnapping, rape and sexual killing than other criminals. It was also found that the group of offenders with the lowest probability of remaining out of prison for at least one year after release are those classified as psychopaths.

2.11 - Attitudes

Antisocial attitudes, beliefs, behaviors, and feelings are considered central to the major theories of criminality and prediction of recidivism. It was found that the best individual predictors of recidivism were attitudes, values, and behaviors that support a criminal lifestyle. Likewise, some researchers considered antisocial attitudes towards all forms of authority and conventional pursuit (e.g., education, work, and stable pro-social relationships) to be one of the “big four” risk factors for criminal conduct. Furthermore, it was suggested that anti-social attitudes and values are the first two factors of the dynamic predictors for recidivism.

2.12 - Emotional variables and coping styles

Some researchers have reported a link between emotional variables and recidivism. They have identified a host of negative emotions, such as hopelessness, depression, anger, frustration, anxiety, and loneliness as anticedents to recidivism. It has been recommended that a person predicting recidivism should pay attention to people who express concern about losing control over violent urges and those who express process.

fear of causing harm to others. For example, it is reported that 75 percent of males involved in fatally battering babies gave unmistakable warning of their subsequent actions. It is suggested for clinicians to collect information about the offender stressors, coping mechanisms and styles, and the precipitating events, which led others to be concerned about the individual potential for violence. Also, several researchers suggested that the situational factors and the interaction between them and the personality attributes of the offender be considered in the prediction process.

2.13 - Leisure time.

Aimless and unproductive use of leisure time has been found to be link to predicting recidivism. Thus it is suggested that clinician examine the individual recreational hangouts.

2.14 - Availability of Victims and weapons

It is suggested that examiners investigate the future availability of means for committing future violence and the availability of likely victims as a criterion to be investigated when predicting criminal behavior and consider patterns of victim selection and the available means to violence.

3. Suggestions to help clinicians make accurate predictions.

3.1 - Forensic Clinicians must be fully knowledgeable and attain a high level of competency prior to taking on the task of predicting recidivism. As a minimum, clinicians must be fully aware of the variables relating to prediction of recidivism and also the variables that stand in the way of making accurate predictions. Combined, these variables are valuable in helping to make proper predictions. Also, clinicians must maintain their level of competency because developments in this area are changing rapidly. Workshops and journals such as Law and Psychiatry, Law and Mental Health, Criminal Justice and Behavior and Journal of Interpersonal Violence usually provide updated information about developments in the area of predictions.

3.2 - It is better, in particular for beginners, to use some of the already developed approaches, guidelines or processes in their assessments.

3.3 - More attention should be given to the available knowledge about the use of actuarial and other psychological measures in the process of predicting violent behavior. Use of a combination of the actuarial and clinical methods may be the best solution until better methods are developed. Using such methods would eliminate many of the obstacles currently standing in the way of accurate clinical prediction, such as subjectivity, in addition to achieving other advantages (i. e., achieving more accuracy in predictions and providing uniformity, consistency and equity in the decision making process).

3.4 - Clinicians must strive to provide accurate predictions and keep a balance between the potential harm to a victim and the rights of the offender and the benefits of society. An inaccurate prediction may result in harm to a new victim or unnecessary longer incarceration with its negative effects (e.g., unnecessary loss of the offender's freedom, increase the costs on taxpayers, and aggravate the problems of prison over crowding).

3.5 - Clinicians must obtain the offender's informed consent prior to the commencement of an assessment. Similarly, prior to releasing the report clinicians must share their findings with the offenders. Seek his input and possibly correct any mistakes. By following these steps, clinicians avoid unnecessary inconvenience for the offender, others and him/her self.

3.6 - Clinicians are advised to collect as much information as possible before making predictions. Using different methods of collecting the necessary data, such as conducting free and semi-structure interviews, helps the clinician to reach a better prediction. Poor evaluation is sometimes the result of not getting enough information, such as not obtaining police reports, official record of criminal history, information about his current offense, and previous forensic reports. It is further suggested that the clinician examine the detailed description of every crime and not to rely on the legal name of the offense. This is because in the plea bargaining process several charges may be reduced to a smaller number and less serious charges. Also because legal names can be confusing (i. e., assault can mean anything from involvement in a bar room fight to sadistic torture of a victim). Equally important is to examine the situational variables that the offender will face upon release and triggers, stressors, events such as mood state and substance abuse which may lead to criminality in a particular offender (i.e., circumstance under which risk increases for a particular offender). Investigating the offender's future plans (eagerness/arranged for found employment, school) and the available support system on release (wife, parents, work) usually provide an idea about the offender's motivation and seriousness to refrain from further criminal activities.

3.7- Clinicians are advised to consider using multiple predictors when assessing recidivism. It has been demonstrated that predictability improves when one uses a variety of predictors. Similarly, it is reported that using composite measures of risk, which sample several predictor domains, produce higher correlations with recidivism than other scales or measures including antisocial personality scales. Also, it is reported that the assessment of characteristics across multiple domains in populations with a high-risk for violence, has produced more accurate, and therefore, more useful predictions. Some researchers have reported that composite actuarial measures of risk outperform individual static and dynamic predictors, and therefore, should be used in offenders' assessments.

3.8 - It is important to consider both static and dynamic variables. Prediction of recidivism should be based on a) static variables (historical factors which are not generally susceptible to change over time such as age at first offence, gender, race, prior criminal history, and historical family factors such as parental and family criminality, family rearing practices & structured dynamic variables which are also known as criminogenic needs and as those variables that are susceptible to change. Examples of these dynamic variables are antisocial cognition, values & behaviors, social achievement (employment /education), marital status, family support, criminal associates, substance abuse, personal/emotional, inadequate use of leisure time. Several researchers have reported on the relationship between dynamic variables and recidivism. Although research results have generally favored static over dynamic risk factors in making accurate predictions; sudden increase of the dynamic variables are highly predictive of failure on release. Furthermore, some have suggested that dynamic factors have as much predictive accuracy as static risk factors. The consensus is that both static and dynamic variables should be considered for the prediction of recidivism. Changes in the dynamic factors can come about by factors such as treatment

and maturity. It is these dynamic factors that are targeted for interventions and treatment.

3.9 - It is important to consider the base rate issue.Understanding base rate is essential for specific groups of offenders. It has been suggested that accurate prediction is possible if: a) one is able to obtain accurate base-rate of violent or sexual re-offence in a particular subgroup of offenders, b) the base rate of violent or sexual re-offending is approximately 25 to 75 percent for that subgroup; c) one is able to identify specific predictor variables that are positively or negatively related to violent or sexual re-offending for that subgroup.

3.10 - Clinicians would do better if they report their finding on a probability scheme and to refrain from using definitive statements in their predictions, particularly those statements that are not extensively substantiated by research findings. Examples of these statements will be reported later in this paper.

Authors' Note:

**Dr. Loza* is Adjunct Assistant Professor (Psychiatry), Queen's University; Adjunct Professor (Psychology), Carleton University; Chief Psychologist, Kingston Penitentiary, Canada. He is bilingual (Arabic and English) and has published extensively and offered workshops to Forensic psychiatrist and psychologists in several countries. He has published a psychometric measure which helps clinicians with the prediction of violence and recidivism among Forensic /Correctional populations. He provides consultation in the areas of assessments and the development and evaluation of treatment programs for Forensic/Correctional populations. Dr. Loza is currently seeking interested researchers (Psychiatrists & Psychologists) from the Arab world to collaborate with him to complete studies and develop culturally sensitive assessment measures and treatment programs targeting violent individuals. His e-mail address is cited at the end of this article.

The opinions expressed are those of the author and do not necessarily represent the official views of any institution. Address all correspondence to Wagdy Loza, 4 Strathaven Pl., Kingston, Ontario, Canada, K7M 6S6, WML@post.queensu

المجلـة المصريـــة للطـــب النـفســـي

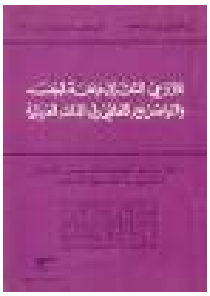
Summaries : www.arabpsynet.com/Journals/EJP/ejp23.1.htm

المجلـــة العربيـــة للطـــب النـفســـي

Summaries : www.arabpsynet.com/Journals/AJP/ajp14.2.htm

اللاوعي الثقافي و لغة الجسد و التواصل اللفظي في الذات العربية

علـــي زيعـــور



Summary : www.arabpsynet.com/Books/Zayour.B12.htm

انـجراحـات السلـوك و الفكـر في الذات العربيـة

علـــي زيعـــور

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Zayour.B13.htm

طيـــف صـــدام واحتمـــالات الوحـــدة والتفكـــك (مـن منظـور التحليـل النفســي)

د عدنـــان حـــب اللـــه – التحليـل النفسـي – لبنـــان
رئيس المركز العربي للأبحاث النفسية والتحليلية – بيروت، لبنـان
بـــريد إلكترونـــي : ahabalah@idm.net.lb

الطاغية صدام حسين سواء كان على قيد الحياة أو قابعاً في أحد الدهاليز، لا يزال طيفه كامناً وراء كل عملية عسكرية، وفي الداخل يعزز الخوف والرعب في ذاتية كل عراقي، لا سيما بعد اكتشاف المقابر الجماعية. وإذا ذكر اسم صدام حسين، طلب المتحدث (كما ورد في مقابلات لبعض الصحافيين) ألا يذكر اسمه، وبدأ يتكلم عن صدام بصوت مخفوض كي لا يسمعه أحد، أو يتلفت يميناً وشمالاً كي يتأكد من أنه غير مراقب. هذا الخوف الداخلي يطاول مجمل الرجال من مدنيين وعسكريين بعدما تأسس في نفسية كل عراقي خلال 30 سنة من القمع والتعذيب أو الإبادة لكل من تسول له نفسه الاعتراض أو الاحتجاج. فكأن نظرات الطاغية تلاحق المواطنين في كل زاوية في كل شارع وفي كل مكتب. لا يفلت منها أي منهم، ولا تخفى عنها أي نية سيئة أو معادية للزعيم وإن كانت امتناعاً عن التصفيق في حفل أو حركات احتجاج. كذلك النساء لم يكن في منأى عن هذه السلطة المطلقة، كما تقول "منسية"، وهي إحدى مخطيات صدام، فإنها اختيرت من بين زميلاتها في المدرسة عندما تعرضت لنظرات صدام، وكان ذلك كافياً لإدخالها في جناح حريمه. وتقول "منسية" إنها قد تكون من ضمن مجموعة من الفتيات وقعت عليهن رغبة القائد. وتزيد أنها لا تستطيع أن تحصي عددهن، وتخاف أن تكتشف أكثر من ذلك لأن خوف صدام حسين لا يزال قائماً في نفسها على رغم غيابه أو ربما موته.

السؤال: إذا كان طيف صدام حسين لا يزال يلاحق العراقيين ويحبط عـزائمهم علـى رغـم يقيـنهم انـه لن يعود إلى السلطة، لا بد لنا من اسـتعراض ما تطرأ إليه سيغموند فرويد في كتابه "التابو والطوطم"، عن الـدب البدائـي ويـزوغ القانون الأول الذي ينسق العلاقات الاجتماعية ويربطها.

يقول **فرويد**: بدأت الإنسانية بالعائلة الأولى المكونة من الأب المتسلط الطاغـية وبقية الأفراد من أبناء وبنات ونساء. وإن هذا الأب كان يعطي لنفسه الحق في ممتلكات القبيلة بمن في ذلك النساء، يتمتع بهن حين يشاء ويسـخر الـرجال أيضا لخدمته، أما الأبناء فمحرومون من أي مكتسب وبصـورة خاصـة من أي حق لإشباع نزواتهم الجنسية. إلى أن أتى يوم ثار فيه الأبناء على الأب واتفقوا على قتله، والتهموا جسده.

لكـن هـذا الفـراغ الناتج من غياب الأب المتحكم، حول الأبناء إلى صراع على السلطة ما أدى إلى حرب أهلية كانت كما يقول فرويد، بداية الحـروب في العالم. وسبب القتال أن الأبناء لم يروا أي فرد منهم معادلاً لسلطة الأب ويمكنه أن يعبئ الفراغ الذي تركه.

لذلك عندما أصيبوا بالعجز بعد قتال مرير، اتفقوا على أن يتخلوا عن مـلء فـراغ هذا الأب المثالي، ونصبوا مكانه القانون الأول الذي يحرم المحـرم الأول (أي الأم). ولئلا يختصموا قرروا أن يتساووا في الحقوق والواجبات.

يـزيد **جـاك لاكان** تعليقاً على ذلك: أن القانون بمفهومه الرمزي، لا يمكـن أن يـبزغ إلى الوجود لولا قتل الأب، وتجسيداً لسلطة هذا الأب المقتول نصبوا مكانه الطوطم لكي يجسد هيبته ورهبته، يقدم إليه الضحايا ويقـيمون حولـه الطقـوس ليكفوا شره ويكسبوا رحمته بعد أن استباحوا استعداءه.

هذه **العائلـة الأسطورية** يقول فرويد، اعتماداً على ما قال داروين في نظرية النشوء، لم توجد في أي من الأزمان، ولا يمكن تحديدها تاريخياً، فهي كناية عن تصور لما يمكن أن يكون بداية التاريخ الإنساني. فرويد اعـتمد علـى هذا التصور انطلاقاً من الخبرة التحليلية التي تؤكد وجود هذا الهدام في كل بنية نفسانية لأي رجل يتمسك بالسلطة الفضيبية. **فقتل الأب رمـزياً هـو عملية نفسية يمر بها كل طفل كي يتخلص من هذا الأب المتخـيل الـذي يحـول بينه وبين متع الحياة**. ولولا هذه العملية النفسـية لبقي الإنسان في العصر الحجري، ولما كان في إمكانه تخطي الأب.

نسـتنتج مـن ذلك، إذا اعتبرنا أن هذا الهدام مشترك بين الذكور، أمرين مهمين:

1- بعـد قـتل الأب رمزياً في الذات يمتنع الشخص عن الحلول مكانـه واغتصـاب سلطته، وبفضل عامل الخصاء يضع حداً لكل الملذات ولامتلاك كل المكتسبات.
2- ولكـي يضـمن ذلـك، يعتمد القانون مخرجاً له كسلطة عليا وسيطة تتحكم بأعماله وأخلاقه، ولا تتجاوز حدود الآخرين، وهذا ما يسمى بالضمير الإنساني.

ولكـن يتبين لنا من خلال التحليل أن الإنسان السوي لا يشفى نهائياً مـن جانبية هذا الهدام، لا سيما إذا تهيأت له الفرصة عند وصوله إلى سـدة السـلطة، وأصبحت تمنياته أوامر ينفذها الآخرون. وهذا ما نراه يحصـل في الأنظمة الديكتاتورية حيث يتعين الحاكم باغتصاب السلطة. فهـو يكـون اسـتباح قـتل الأب الرمزي حينما يقتل فعلاً من يمثلونه ويسـتطيع أن يصبح في حل من أي دين خارجي لا سيما أن وجوده في السلطة لم يأت نتيجة انتخابات تلزمه بدين تجاه جماهيره، أو بالمحاسبة وإسـقاطه إن هو أخطأ. نراه يحكم بفضل سلطته وطغيانه، ويحقق من خلال ذلك نزواته والاستمتاع بلا حدود وبحسب ما يراود ذهنه.

هذا الهدام للأب البدائي نجده لدى كل من وصل إلى السلطة، ولكن، له حدود في البلدان الديموقراطية بفضل الوعي الشعبي والمحاسبة التي تهـدد وجوده باستمرار. أما في بلاد الانقلابات العسكرية، فلا رادع له سوى ضميره لأنه أصلاً يكون قد ألغى المحاسبة الشعبية. والمحيطون

بـه يدينون له بالولاء، لأنه وزع عليهم الرتب والمكاسب والملذات. فهم يعـرفون في قرارة أنفسهم أن ولاءهم له مرهون بالخوف منه وبالملذات التي تكرم بها عليهم.

صـدام حسين، لم يكن يمثل شيئاً قبل وصوله إلى سدة السلطة. لذلك نراه منذ البداية حتى النهاية في حال من الحذر والرعب يعممها على كل مـن حولـه وعلـى عامة الشعب، فالجميع في خانة الاتهام حتى يبينوا ولاءهـم له. وتوصل في النهاية إلى كسر قاعدة 99 في المئة ليصل إلى 100 فـي المئة من التأييد، أي بمعنى آخر لم يبقَ معارض واحد ولو كان مقعداً.

تحـت تأثـير هذا الهدام البدائي استطاع صدام حسين أن يكوّن ثلاث صور في مخيلة الوجدان الشعبي.

1- **صـورة الأب السـلطوي** الـذي لا يرحم أعداءه أو من يخالفه الـرأي، وفـي آن واحـد الأب العادل الخيّر، الذي يوزع المكاسب والملذات على كل من يبدي له الولاء. أي انه أصبح في نظر الجميع المـالك الحق لكل البلاد بثرواتها، وان أعطى فكمن يعطي من جعبته الخاصـة، فالعراق بأكمله أصبح بحكم الهدام تتحكم به ملكية خاصة، يوزع منها صدام كما يشاء.
2- **صورة المستمتع بكل الملذات** - من بناء قصور بجنائنها الغناء، إلى اقتناء السيارات والخيول والطائرات واليخوت الخ... أضف إلى ذلك الاستمتاع بما يحلو له من النساء من دون أي عائق أو محرم كما حصل لـ"منسية"، المتعة من دون حدود، تجعل منه شخصاً لا يخضع لقانون الخصاء الرمزي. أي كما يقال في اللغة المتداولة عند لاكان: يوجد شخص على الأقـل فوق القانون، لأنه هو القانون في حد ذاته.
3- **نصـب صدام نفسه مثالاً أعلى**، انطلاقاً من الأصنام التي بناها فـي كـل ساحة، وهي أشبه بأصنام العبادة أكثر منها بتماثيل، لأنها تبعث الرهبة في نفوس الشعب كطوطم، والصنم كما نعرف لا ينقصه شيء فهو يكتفي بذاته كالجثة الهامدة.

واللافت للنظر أن **التمثال ينصب تخليداً لإنسان بعد الموت** لكن صدام حسـين أراد تخلـيد نفسه في حياته، أي أنه في الصنم قد استبق الموت ليصبح في آن واحد حياً - ميتاً.

السـؤال فـي العراق: ماذا بعد صدام حسين؟ هل زال ما بناه صدام حسين في نفوس الشعب العراقي من هدامات طيلة ثلاثين سنة من الحكم؟ وهل شفي الشعب العراقي من عقدة صدام حسين بمجرد دخول قوات الاحتلال الأميركية؟

الواضـح أن صـدام حسـين فـي سدة الحكم كان يتسبب بشعورين متناقضين:

الأول: الخوف منه كرمز لصورة أبوية بدائية رهيبة يريد الأبناء التخلص منه.

الثاني: إعجاب ومثال أعلى على غرار الأب المثالي، يتماهى به كـل مواطن ويتمنى في لا وعيه أن يصل إليه، لأنه يمثل الموقع الذي يؤمن المتعة المطلقة، كونها لا تطاولها عقدة الخصاء، وهذا الموقـع كمـا نرى عبر الانقلابات العسكرية التي تحصل، يشكل الكميـن الذي يقع فيه كل قائد جديد، فسريعاً تستلب إرادة التغيير لكي تغرق في رمال الملذات وشهوة السلطة (تاريخ الانقلابات في المجتمع العربي وغيره، خير شاهد).

إذا دمـرت الأصـنام وأزيلت الصور عن الجدران، هل في المقابل نزول صورة القائد والخوف منه من النفوس؟

الواقـع الحاضر، يبين لنا الآثار السلبية لهذه التجربة المرة. فزوال صـدام حسين، حرر الناس، ولكنه لم يحررهم من الكراهية التي غذاها ونمّاها طوال عهده، وللكراهية هذه وجهان: وجه عمودي باتجاه القائد، فمـا الخـوف إلا قناع يحتمي به من رد فعل هذا الكراهية. ووجه أفقي يطاول علاقة المواطن بالمواطن فلا أحد يثق بالآخر وإن كان من أفراد أسـرته وعشيرته. أي أن الآخر اصبح يشكل خطراً محتملاً، وقد توسع ذلك ليطاول العشائر في ما بينها والمذاهب والطوائف.

فـي عهد صدام كانت الوحدة العراقية تتحقق بالخوف منه، أما الآن فقـد تحـرر الشـعب مـن الخوف وانطلقت العدوانية أيضاً من خلال الشعارات التي تؤجج التفرقة والتباعد والانفصال.

هذه الظروف تشكل المناخ لاندلاع الحرب الأهلية. لأن العداء نزوة موجهة ضد الآخر، فإذا انطلقت كما شهدنا في الحرب الأهلية اللبنانية، لا بد أن تحرق الأخضر واليابس، حتى تصل إلى مثواها الأخير، نزعة الموت، كما سماها فرويد.

ومن الغريب أن نسأل لماذا إذاً لم تندلع حرب أهلية في العراق؟ هذا أمر لم يدركه علماء النفس من مستشاري بوش: وجود القوات الأميركية كعنصر خارجي محتل، حوّل العداء الداخلي الذي كان يمكن أن يتحول إلـى حرب أهلية، إلى عداء خارجي تجاه الاحتلال الأميركي. استطاع الأميركيون بفضل جهلهم الجوانب النفسية للشعب العراقي، أن يستقطبوا هـذا العداء ويمتصوا كل جوانبه. فأصبحوا بحكم هذا الموقع إن استمر، عـاملاً موحـداً للشـعب العراقي يتحقق به هدفان: عامل التحرير من ناحية، وعامل تطهير الشعب العراقي من الكراهية التي ورثها من نظام صدام حسين.

ولكن هل الأمور ستستمر في هذا الاتجاه وتتحقق وحدة العراق؟ أم إنـنا سنشهد اقتتال المضطهدين سابقاً بين طوائف وعشائر ومذاهب، ما يـؤدي إلى تقطيع العراق إرباً إرباً ويحمل طيف صدام حسين في طياته الموت، لكنه ينتصر.

العنـــف ضـــد المـــرأة فـي سوريـــا (دراسـة ميدانيـة فـي مركـز الطـب الشرعـي – حلـب، سوريـا)

د. محمـد ضـو – الطـب الشرعـي – سوريـا

بـــريد إلكتروني : drdaw-md@scs-net.org

مقدمة : إن تقدير حجم مشكلة العنف ضد المرأة له علاقة بدرجة إحساس المجتمع وإدراكه لهذه المشكلة، إضافة إلى توجهات ثقافة المجتمع نحو المرأة ودورها من ناحية، وحول أساليب تأديب الطفل وتربيته من ناحية أخرى. ويرتبط ذلك بجملة من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتربوية والقيم والعادات السائدة في المجتمع، إضافة إلى التشريعات القانونية المقرة ذات العلاقة المباشرة بتحديد أنماط السلوك الإجرامي وغير الإجرامي وفقاً للنصوص القانونية. من هنا يتضح دور منظومة القيم الاجتماعية والقوانين والتشريعات في تحديد معنى العنف ضد المرأة والطفل، وأنواعه، وصوره وأشكاله في أي مجتمع من المجتمعات، وتختلف ذلك من مجتمع إلى آخر، مما يعتبر من أساليب التربية والتأديب في مجتمع ما، قد يعتبر سلوكاً إجرامياً ومرفوضاً في مجتمع آخر. لذا، يبقى لأسلوب رصد البيانات المتعلقة بالعنف دور بارز في تحديد حجم المشكلة ومدى انتشارها، من حيث جمع البيانات الإحصائية وتبوبها، وتصنيفها، وتحليلها . ونظراً للطبيعة السرية لهذه الموضوع، وطبيعة المجتمعات العربية المتمسكة بالقيم الدينية، وبالتقاليد والعادات، فانه يصعب على هذه المجتمعات الإقرار بالحجم الحقيقي لظاهرة العنف الجسدي والجنسي الذي يقع على النساء والأطفال.

في العقـد الأخـير اصبح هناك اتفاق عام على أن **العنف ظاهرة مرضـية**، و**قضية عالمية وعربية ومحلية**، تشمل النساء والأطفال في كافة مراحل أعمارهم، وهي ليست مرتبطة بالدين أو العرق أو المستوى الثقافـي أو الاقتصـادي بـل تنتشـر فـي مختلف الشرائح والطبقات الاجتماعـية. إن غالبية حالات العنف المجتمعي والمنزلي الموجهة ضد النسـاء والأطفال لا تصل إلى علم الجهات الرسمية المسؤولية ولا يبلغ عنها إلا بنسبة قليلة جداً، وتبعاً لذلك تبقى في منأى عن العناية والاهتمام الجديرة به.

تفتقر المنطقة العربية ومنها سوريا إلى الدراسات العلمية الجادة في موضـوع العـنف ضـد المـرأة وإذا وجدت فإنها تقتصر على العنف الجسـدي. لـذا فـلا تـزال المعلومات حول حالات العنف ضد النساء محـدودة ولا يتم التبليغ عنها. إن تغيير هذا الوضع يقتضي منا تحليلاً علمياً وشفافاً وصولاً إلى وضع الحلول المناسبة للارتقاء بهذا الواقع .

أنجـزنا هـذه الدراسة للوقوف على حجم الظاهرة ومحاولة رصد أسبابها و خلفياتها ووضع المقترحات الكفيلة بالحد منها و القضاء عليها لاحقا .

1. طريقة البحث:

تحليل إحصائي لحالات عنف ضد المرأة تم الكشف عليها في مركز الطـبابة الشرعية في مدينة حلب خلال عامي 2001 و2002. تم تقسيم الفئات العمرية إلى ثلاثة مجموعات :

المجموعة الأولى : من عمر 18 – 30 سنوات
المجموعة الثانية : من عمر 30 - 45 سنة
المجموعة الثالثة : أكبر من 45 عام

2. تعاريف أساسية :

2.1. تعريف العنف ضد المرأة :

أقـر الإعـلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة والذي تبنته الجمعـية العامـة في كانون الأول / ديسمبر 1993 ووافقت عليه جميع الـدول الأعضاء في الأمم المتحدة، التعريف التالي للعنف ضد المرأة : "يعني مصطلح **العنف ضد المرأة** أي فعل عنيف قائم على أساس الجنس ينجم عنه أو يحتمل أن ينجم عنه أذى أو معاناة جسمية أو جنسية أو نفسـية للمرأة، بما في ذلك التهديد باقتراف مثل هذا الفعل أو الإكراه أو الحـرمان التعسفي من الحرية، سواء أوقع ذلك في الحياة العامة أو الخاصة ".

العـنف العائلي : هو كل استخدام للقوة بطريقة غير شرعية من قبل شخص بالغ في العائلة ضد أفراد آخرين من هذه العائلة.

العـنف الجنسي : كل محاولة تحرش سواء تم الاعتداء الجنسي أم لم يتم.

العـنف الشـديد : كل حالة احتاجت إلى أكثر من معاينة بسبب شدة الإصابات.

2.2. حجم مشكلة العنف ضد المرأة :

على الصعيد العالمي :

يقـدر عدد النساء الأمريكيات اللواتي يتعرضن للعنف الجسدي من قبل أزواجهن 30%.

ويقـدر عدد الزوجات اللاتي يتعرضن للعنف الجسدي في الولايات المتحدة سنويا ب 1،8 مليون

في فرنسا 95% من ضحايا العنف من النساء، 51% من النساء يقعن ضحية تعرضهن للعنف من قبل الزوج

في كندا يمارس 6% من الرجال العنف ضد زوجاتهم

في الهند هناك 8 نساء من كل 10 ضحايا للعنف

على الصعيد العربي :

في مصر : واحدة من كل ثلاث نساء مصريات، تعرضت للضرب من قبل زوجها مرة واحدة على الأقل خلال حياتهما الزوجية.

كما تعرضت بعض هؤلاء النساء إلى الضرب مرة واحدة خلال العـام 2001، وتعرضـت 17% منهن للضرب ثلاث مرات في الفترة نفسها.

فـي الضـفة الغربـية وقطاع غزة : 52% من النساء الفلسطينيات تعرضن للضرب على الأقل مرة واحدة خلال العام 1998، 23% منهن للدفع والركل والإيقاع، 33% للصفع، 16% للضرب بعصا أو بحزام و9 % هوجمن بأداة حادة كالسكين أو قضيب الحديد من قبل أزواجهن.

فيما يتعلق بالعنف النفسي، 9% من النساء الفلسطينيات تعرضن إلى شكل من أشكال العنف النفسي :
52% منهـن الـتعرض للإهانة، والسباب، واللغة البذيئة، وتسميتهن بأسـماء مهيـنة مـن قبل أزواجهن، مرة واحدة على الأقل خلال العام السابق.
27% امرأة أجبرت على ممارسة الجنس
وقد تعرضت هؤلاء النساء للأشكال الثلاثة من العنف في آن واحد (حـاج يحي، 1999). كما بينت دراسة حديثه (حاج يحي، 2000) إن النسـاء اللواتـي تعرضن للعنف الجسدي والنفسي والجنسي قد اظهرن مستوى أدنى من تقدير الذات، والاكتئاب، والضيق من أولئك اللواتي لم يتعرضن للعنف، بالنسب التالية على التوالي : 40%، 33%، 37%.

وفـي الأردن : أجاب 86% من طلبة الجـامعة بوجود عنف داخل عـائلاتهم، وان 21% من أمهات طلبة الجامعة (عينة الدراسة) تعرضن للعنف الجسدي. (أروى العامري).
فـي دراسـة ميدانية حول العنف ضد المرأة في المجتمع الأردني اسـتغرقت 19 شـهراً، هدفـت إلى الوقوف على حجم وأسباب ظاهرة العـنف بكافة أشكالها. تألفت عينة الدراسة من 544 امرأة بالإضافة إلى الموقوفـات إداريـا فـي مراكـز الإصلاح وعددهن 46 المرأة (العدد الإجمالـي 590 امرأة)، كما شملت الدراسة 108 من النزلاء في مراكز الإصلاح الموقوفين بقضايا عنف ضد النساء، بالإضافة إلى 40 شخصاً مـن العامليـن في أجهزة العدالة الجنائيـة (شرطة، قضاة، محامون، أطـباء شـرعيون، مدعيـن عامون ـ عاملون في مراكز الإصلاح).
أشارت نتائج الدراسة إلى :
وجـود صلة من الدرجة الأولى بين الجاني والضحية بنسبة 64،8 %
احـتل الأخ المرتـبة الأولـى بين الجناة بنسبة 29،5%، والزوج المرتبة الثانية (28،6%) والأب المرتبة الثالثة (22،3%).
بالنسبة لدوافع جرائم العنف، احتل القتل دفاعاً عن الشرف المرتبة الأولـى (55،8%)، والاغتصاب المرتبة الثانية (23،1%)، وهتك العرض المرتبة الثالثة (21،2%) .
كما أظهرت نتائج الدراسة أن :
الفـئة العمـرية للجناة تركزت بمرحلة الشباب (19 – 30 سنة) بنسبة 73،3%.
أن **الفـئة العمرية للضحايا** بمرحلة الشباب أيضاً (18 – 28 سنة) بنسبة 59%.
كانت نسبة الجرائم التي حدثت في المنزل 72،5%.
فـيما يتعلق بالتبليغ عن الاعتداء، بلغت نسبة الامتناع عن التبليغ 5، 80%، وتنوعـت أسباب عدم الإبلاغ بالمحافظة على السمعة 30،9%، والمحافظـة على كيان الأسرة 25%، وحرصاً على التقاليد والعادات 4، 18%، وعدم الإيمان بجدوى الإبلاغ 7،5%. فيما يتعلق بأسباب ودوافع تعرض النساء للعنف بيّن أفراد أجهزة العدالة الجنائية ما يلي :
التميـيز بيـن المرأة والرجل بنسبة 25%، العادات والتقاليد والقيم السـائدة بنسبة 17،5%، الضعف الجسمي للمرأة بنسبة 15%، الظروف الاقتصـادية بنسبة 12،5%، والابتعاد عن الدين بنسبة 7،5%. (الملتقى الإنساني لحقوق المرأة، 1998) .
كمـا توصـلت دراسة أخرى في الأردن إلى أن نسبة من يتعرضن للضـرب من أزواجهن بصورة دائمة بلغت 47،6% وأحياناً 28،6%، و أن الصفع يشكل اكثر أشكال الضرب شيوعا إذ بلغت نسبته 65،3% في الحـالات الدائمـة، 22،4% أحـياناً، وتقاربت النسب للركل واللكم وشد الشـعر والرمـي أرضـا، إذ بلغت في معظمها 44%، كما بلغت نسبة الضرب بأداة حادة 40،8%.

أمـا فـيما يـتعلق بالفئات العمرية للمرأة التي تتعرض للعنف، فإن أعلى فئة عمرية هي من (15 – 24) (العواودة، 1998).

2.3. جرائم الشرف

تمـثل جـرائم الشـرف التـي تقع في الأردن، وفلسطين، ولبنان، ومصـر، **اكـثر أشكال العنف ضد المرأة خطورة، وأقصاها عنفا**، يتم ارتكابها عند ورود الشك لدى أحد أعضاء الأسرة من الرجال بأن إحدى أقـاربهم من النساء قد قامت بتصرف غير أخلاقي، أو أصبحت حاملا دون زواج، أو اتهمـت بالزنا. وهناك نسبة عالية تثير القلق من الجرائم التـي ترتكب ضد النساء باسم الشرف، وتسجل معظم الأحيان كحالات انتحار أو موت مفاجئ.

في مجتمع مثل **الأردن**، مبني على مفاهيم الشرف المرتبطة بالمرأة، تصبح مشكلة العنف ضد المرأة مضاعفة، حيث تمثل جرائم الشرف في الأردن واحـدة من ابرز أشكال العنف ضد المرأة، فقد بلغ معدل نسبة جرائم الشرف 23% للعام الواحد منذ عام 1986، وشكلت جرائم الشرف 29% مـن جرائم القتل التي تم التبليغ عنها. وفوق ذلك كله فان معظم حـالات انـتحار النسـاء لها علاقة بموضوع الشرف. (ملف إعلامي، 1999) ويـدان مرتكبو جرائم الشرف في العادة **برأفة بالغة**، عملا بما ورد فـي قانون العقوبات من حكم بالسجن لمدة تتراوح بين 6 شهور – 3 سـنوات، وفـي حالة كون مرتكب الجريمة قاصرا فان هذه المدة قد تخفف اكثر.

دراسة ميدانية في مركز الطب النفسي بمدينة حلب : النتائج

مركز الطبابة بحلب

	2001	2002
العدد الجملي للمراجعين	10665	11530
مجموع حالات العنف	7650	8873
عنف ضد المرأة	2155 (%28.1)	2676 (%30)
متزوجات	1795 (%83.2)	2169 (%81)
غير متزوجات	360 (%16.8)	507 (%19)
عنف جنسي	279 (%12.9)	395 (%14.8)
عنف جسدي	1876 (%87.1)	2281 (%85.2)
عنف شديد	1654 (%76.7)	1748 (%66)
عنف بسيط	501 (%23.3)	928 (%34)

التوزع حسب الأداة المستخدمة في العنف

الفئات العمرية / السنة	2001	2002
استخدام الأيدي	1236 (%57.4)	1456 (%54.4)
استخدام عصا أو خرطوم أو حزام	894 (%41.5)	1185 (%44.3)
أدوات حادة	21 (%0,9)	28 (%1)
أدوات أخرى	4 (%0.2)	7 (%0.3)

التوزع حسب المسبب بالعنف :

المسبب بالعنف / السنة	2001	2002
الزوج	1897 (%88)	2065 (%77.1)
غير الزوج	258 (%22)	611 (%22.9)

التوزع حسب الانتماء الجغرافي :

التوزع الجغرافي / السنة	2001	2002
الريف	683 (31.6%)	684 (25.6%)
المدينة	1472 (68.4%)	1992 (74.4%)

التوزع حسب الفئات العمرية :

الفئات العمرية / السنة	2001	2002
من 18- 30 سنة	931 (43.2%)	1266 (47.3%)
من 30 – 45 سنة	745 (34.5%)	965 (36%)
أكبر من 45 سنة	479 (22.3%)	445 (16.7%)

التوزع حسب الحالة الاقتصادية :

الحالة الاقتصادية / السنة	2001	2002
سيئة	1316 (61%)	1543 (57.6%)
متوسطة	546 (25.3%)	789 (29.4%)
جيدة	293 (13.6%)	344 (13%)

التوزع حسب مهنة المتسبب بالعنف :

مهنة المتسبب بالعنف / السنة	2001	2002
العاطلين عن العمل	954 (44.2%)	1341 (50.1%)
يعملون في مهن حرة – غير ثابتة	874 (40.5%)	1074 (40.1%)
يعملون في وظائف ثابتة وجيدة الدخل	327 (15.3%)	261 (9.8%)

التوزع حسب المستوى التعليمي للمتسبب بالعنف :

المستوى التعليمي / السنة	2001	2002
أمي	974 (44.2%)	1157 (43.2%)
يحمل شهادة ابتدائية أو متوسطة	698 (32.3%)	765 (28.5%)
يحمل شهادة ثانوية	358 (16.6%)	509 (19%)
يحمل شهادة جامعية أو أعلى	125 (5.9%)	245 (9%)

التوزع حسب المستوى التعليمي للمرأة :

المستوى التعليمي للمرأة / السنة	2001	2002
أمية	1168 (54.2%)	1393 (52%)
شهادة ابتدائية أو متوسطة	734 (34%)	833 (31.1%)
شهادة ثانوية أو معهد متوسط	175 (8.1%)	308 (11.5%)
شهادة جامعية	78 (3.7%)	142 (5.3%)

التوزع حسب عمل المرأة :

عمل المرأة / السنة	2001	2002
لا تعمل	1753 (81.4%)	1967 (73.5%)
تعمل	402 (13.6%)	709 (26.5%)

التوزع حسب سبب العنف (اعتماد رواية المرأة):

سبب العنف / السنة	2001	2002
أسباب اقتصادية	1564 (72.6%)	1672 (62.4%)
إدمان (مخدرات / الكحول)	478 (22.1%)	603 (25.5%)
أسباب أخرى	113 (5.3%)	401 (12.1%)

التوزع حسب تكرار العنف :

تكرار العنف / السنة	2001	2002
للمرة الأولى	662 (30.7%)	911 (34.1%)
أكثر من مرة	1493 (69.3%)	1765 (65.9%)

مناقشـــة نتائـــج الدراســـة :

نستنتج من نتائج الدراسة الملاحظات التالية:

1- تشـكل حالات العنف ضد المرأة نسبة لا بأس بها من حالات العـنف فـي المجتمع (30%) مع العلم أن ما يصل إلى الطبابة لا يشـكل إلا نسبة ضئيلة من مجموع حالات العنف ضد المرأة التي تحـدث في المجتمع، ذلك أن كثير من الحالات لا يتم التبليغ عنها لأسباب تتعلق بالعادات والأعراف السائدة في مجتمع الدراسة والتي تعتبر أن ممارسة العنف ضد المرأة أمر طبيعي ويسمح به الشرع.

2- تصاعد عدد حالات العنف ضد المرأة من عام 2001 إلى عام 2002 بنسـبة (19%) مـع الحفـاظ على النسبة من حالات العنف الكلية (30%) .

3- ارتفـاع نسـبة الحالات في المدينة عن الريف يعود إلى أن نسـبة الوعي عادة في المدينة أكبر وإلى سبب أكثر أهمية وهو أن ظاهرة ضرب المرأة في الريف تعتبر ظاهرة عادية وإلى كون تقدم المـرأة بشـكوى علـى زوجها يعتبر من ناحية الأعراف والتقاليد العائلية والعشائرية عيباً كبيراً.

4- الـزوج هو المصدر الأكبر للعنف بنسبة تزيد عن 75% من الحالات.

5- الحالـة الاقتصـادية السيئة وبطالة الزوج وعدم وجود دخل مادي مستقر من العوامل الرئيسية التي تصاحب حالات العنف ضد المرأة.

6- أمـية المـرأة والرجل وانخفاض مستوى التعليم من العوامل التي تزيد تعرض المرأة للعنف و من تقبلها له على أنه أمر طبيعي ومن حق الزوج.

7- تـتعرض المرأة لحالات العنف بشكل متكرر (أكثر من 65% من حالات العنف حصلت أكثر من مرة).

8- هـناك مـيلاً للعـنف – وخاصـة للعنف الشديد (66% من الحـالات)– بشـكل ملحـوظ ولا شـك أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية من جهة ووسائل الإعلام المختلفة والتي لا تـتوقف عـن تقديـم كـل ما يشجع العنف وبشكل مقصود وغير مقصود.

9- لـم تتناول حالات العنف المدروسة العنف النفسي ضد المرأة – مـع أنهـا قد تكون الأكثر انتشاراً كالإهمال والعنف اللفظي – وذلـك بسـبب خصوصية العمل في مركز الطبابة الشرعية والذي يقضي بالتعامل مع حالات العنف الجسدية والجنسية فقط .

10- مازلـت المـرأة فـي بلادنا تنظر إلى الحياة الزوجية نظرة تقلـيدية حيـث اعتـبرت في 70% من الحالات أن أسباب العنف اقتصـادية دون الإشـارة إلى الأسباب الأخرى النفسية والعاطفية المتعلقة بالحياة الزوجية .

11- عمـل المرأة يجعلها أكثر قوة وأكثر مشاركة في المسؤوليات وبالتالـي يعطيها نوع من الحصانة والاحترام ويقلل بشكل ملحوظ من تعرضها للعنف (80% من النساء المعنفات لا يعملن) .

12- النسـاء مـن عمـر 18 – 30 سنة هن الشريحة الأكبر التي تتعرض للعنف وهذه ملاحظة يجب التوقف عندها ودراستها بشكل مفصـل مـن ذلك أن تقدم المرأة في السن مع كبر أولادها يعطيها نوع من الحماية من التعرض للعنف من طرف الزوج .

13- المرأة في مجتمع الدراسة ونتيجة لغياب الوعي وللموروث

الاجتماعي السائد (الذي ينظر للمرأة وخاصة في المجتمعات الفقيرة نظـرة دونـية) يعتـبر أن تعرضها للضرب من قبل زوجها أمر طبيعي و مسموح به شرعاً يجعلها تتقبل و لا تلجأ إلى الشكوى إلا في حالات العنف الشديد وفي حالات التهديد بالزواج من أخرى.

14- تشكل حالات العنف الجنسي ضد المرأة نسبة لا بأس بها (14 % من الحـالات) – وحـتى مـن الزوج –ويجب دراستها وتوعية المجتمع بأخطارها.

15- قـد يكـون المتسبب بالعنف ضحية هو الآخر ويجب الانتباه فيبرامج التوعية إلى توعية الطرفين لأن الحفاظ على الأسرة يجب إعطاؤه الأولوية في مثل هذه البرامج .

16- غالباً ما يترافق العنف ضد المرأة مع عنف ضد الأطفال (ففي دراسة أخرى أجريناها بنفس التوقيت على العنف ضد الأطفال ذكر 70% مـن الأطفال المتعرضين للعنف أن الأم تتعرض هي أيضاً للعنف).

توصيات لمكافحة ظاهرة العنف ضد المرأة

1. وضع برنامج وطني لمكافحة العنف ضد المرأة، بالتعاون ما بين الجهات الرسمية المختصة والمنظمات غير الحكومية.
2. مراجعة وتقوية القوانين التي تتعامل مع قضايا العنف الذي تتعرض له النساء والفتيات.
3. مـراجعة شـاملة لكـل القوانيـن والأنظمة والتشريعات والتعلـيمات المـتعلقة بحقـوق المرأة، بهدف إلغاء كافة أشكال التمييـز ضـد المرأة وحمايتها، وإجراء التعديلات والإلغاءات اللازمة والتي تكفل المساواة بين الرجل والمرأة .
4. إجـراء تحلـيل معمق للصلة بين نصوص اتفاقيه القضاء علـى جمـيع أشكال التمييز ضد المرأة وما يقابلها في القوانين الوطنـية من حيث مدى اتفاق أو تعارض المواد التي تم التحفظ عليها مع القوانين والتشريعات الوطنية والشريعة الإسلامية .
5. إنشاء مراكز لحماية وتأهيل النساء ضحايا العنف بالتعاون ما بين الجهات الرسمية المختصة والمنظمات غير الحكومية .
6. التشـجيع علـى إعداد الدراسات والبحوث حول تعرض النساء والأطفال خاصة الفتيات للعنف والإيذاء.
7. توعـية وتدريـب العامليـن فـي أجهزة العدالة الجنائية (الشرطة، القضاة، المدعين العامين، الأطباء الشرعيين، أجهزة المؤسسـات العقابية) بكيفية التعامل مع الصور المختلفة للعنف ضد النساء.
8. دعوة الجهات التربوية المختصة الحكومية وغير الحكومية إلـى الاهـتمام بـتعزيز قيم احترام الذات والاحترام المتبادل، والتعاون بين الجنسين, في المناهج والبرامج التربوية المختلفة .
9. الدعوة إلى إدخال مفهوم الصحة النفسية للمرأة إلى جانب الصحة الجسدية في القوانين والأنظمة المعمول بها.
10. تدريب وتشجيع المنظمات النسائية والمهتمة بشؤون المرأة على إدخال خدمة "الخط الساخن" لإرشاد النساء وتوجيههن إلى الجهـات المعنية بشكواهن، وإرشادهن إلى افضل الطرق لحل مشـاكلهن، مع العمل على تدعيم هذه المنظمات بالكوادر الفنية المتخصصة والكفوءة.
11. التعاون مع وزارة الأوقاف ورجال الدين بهدف توعية أئمة المسـاجد بمخاطر هذه القضية وضرورة تخصيص مساحة من خطـب الجمعـة بهدف توعية أكبر شريحة من المواطنين بأن الـتعامل العنـيف مع المرأة مرفوض شرعاً وتوعيتهم بالطرق البديلة في التعامل .

*أخصائي في الطب الشرعي – أخصائي في الجراحة العامة
عضو المجلس العلمي لاختصاص الطب الشرعي في سوريا
عضو مجلس الإدارة في جمعية رعاية المسجونين وأسرهم بحلب
رئيس مكتب الإشراف الاجتماعي

قـــراءات فـــي سيكولوجيـــة العنـــف

المتسلط ... المستبد ... شخصية مرضية

أ.د. سامر جميل رضوان / سوريا srudwan@hotmail.com

مما لا شك فيه أن لكل إنسان خصائص وصفات تميزه عن غيره في أسلوب تفكيره وتصرفه وإحساسه وإدراكه وردود فعله. وهذه الخصائص والصفات تشكل في مجملها جوهر شخصية الفرد. التي يمكن تعريفها بأنها تلك الشكيلة الفريدة من الانفعالات والأفكار والتصرفات، وهي التي تتيح للإنسان في الحالة السوية النمو والنشاط والتلاؤم مع الحياة، ولكنها قد تنحرف لدى البعض فتصبح جامدة ومنحجرة مكونة أنماطاً مضطربة من الشخصية. ويتفق معظم العاملين في الميدان الإكلينيكي على أنه ينبغي التفريق بين عنصرين مرتبطين يتبادلان التأثير فيما بينهما فيما يتعلق بالشخصية: الأول هو المزاج Temperament والثاني هو الطبع Character.

يمثل المزاج Temperament الاستعداد الوراثي والبيولوجي والمولود. إنه ذلك المظهر "المبرمج" وراثياً بشكل مسبق من مظاهر الشخصية.

أما الطبع (التطبع) Character : فيمثل الخاصية أو المظهر من الشخصية الذي يتم "تعلمه" مع الزمن. إنه تشكيلة نامية من نمط السلوك والتفكير والشعور، يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها الإنسان، أي بالوالدين أو الأهل وأحداث الحياة والثقافة والعالم عموماً.

وعلى الرغم من تأثر نمو الشخصية بسنوات الطفولة إلا أن نموها عملية مستمرة مدى الحياة، إلا إذا تم كبح هذا النمو من خلال اضطرابات الشخصية أو تم تشويهه. حيث أن الأطفال الذين يمتلكون والدين مضطربين نفسياً أو ينمون في محيط مضطرب ومرْهَق، يفعلون ما بوسعهم من أجل البقاء. فهم يحاولون عادة التلاؤم مع هذه المتطلبات والتوقعات غير الواقعية التي وجدوا أنفسهم مواجهين بها بمقدار ما يستطيعون. غير أن التلاؤم مع بيئة صعبة يمكن أن يسبب في بعض الأحيان شخصية مضطربة، ذات عتاد سيئ يعيق تلاؤمها الاجتماعي والمهني مع العالم الخارجي فيما بعد، ويصعب عليها توكيد ذاتها. وبما أن غالبية الأشخاص، حتى أولئك الذين يترعرعون في طفولتهم ضمن ظروف خارجية سيئة جداً تتطور لديهم شخصية طبيعية، وبعض الأفراد تتطور لديهم شخصية مضطربة، مع العلم أنهم قد نموا ضمن ظروف أسرية أو بيئية ملائمة –ظاهرياً على الأقل- يعتقد معظم العلماء بوجود استعداد بيولوجي لدى بعض الناس ممن لديهم اضطرابات في الشخصية، يجعل من الصعب عليهم التلاؤم مع إرهاقات حياتية محددة.

هناك مجالات ستة يتم تقويم صلاحية أو اضطراب الشخصية من خلالها هي **الذات** و**العمل** و**العلاقات البين إنسانية** و**المشاعر** و**الواقع** و**ضبط الدوافع**. و لكل إنسان في كل مجال من هذه المجالات أسلوباً خاصاً في التصرف والتفكير والإحساس يعكس نمط شخصيته أو اضطرابها.

يقوم التصنيف الراهن لاضطرابات الشخصية DSM-IV على نظام "فئوي Categories"، وفي هذه المنظومة التصنيفية التي طورها في جزئها الأكبر الأطباء النفسيون، والتي صممت من أجل التشخيص السريع أو السهل للمرضى و من أجل الأغراض البحثية، يتم التفريق بين أحد عشر اضطراب من اضطرابات الشخصية المصنفة، بالإضافة إلى اقتراح اضطرابين آخرين لأغراض البحث العلمي. غير أنه هذه المنظومة تفتقد لفئة خاصة بنمط **الشخصية الاستبدادية**. وقد يعزى ذلك إلى أن هذا النمط من الشخصية يمثل خليطاً من عدة أنماط من الشخصية تجمع بين : نمط الشخصية الزورية ونمط الشخصية النرجسية و نمط الشخصية السادية.

الشخصية الزورية (بارانوئيدية Paranoid): تتصف بالتوقع الدائم أن الآخرين ينتقصون من قيمتهم، أو يحاولون إلحاق الأذى بهم أو تهديدهم. و يغلب لأصحاب هذا النمط أن يكونوا غيورين (حاسدين) والشك الدائم بإخلاص وصدق المحيطين دون مبرر واضح. وفرط اليقظة والانتباه (صاحون) والانزلاق بسرعة في الحنق ووهم الشهرة وعدم التسامح مع أي سلوك يتم تقييمه على أنه مهين لهم أو حاط من قيمتهم. وعدم الثقة بالآخرين بسبب الخوف الدائم من إمكانية استغلال أية معلومة ضدهم.

الشخصية النرجسية: تتميز بالتعجرف والنقص في التعاطف و فرط الحساسية تجاه آراء الآخرين، والمبالغة في إنجازاتها ومزاياتها ومحاسنها والتوقع من الآخرين أن يعترفوا لهم بالجميل بصورة خاصة، سواء كان هذا الاعتراف مبرراً أم غير مبرر. واستحواذ وهم النجاح والسلطة والتألق. وهؤلاء الأشخاص غالباً ما يمتلكون مشاعر مزعزعة بالقيمة الذاتية، وتعتبر آراء الآخرين حولهم مهمة جداً لهم. وهم يستجيبون لأقل نقد سلبي بالغضب أو بمشاعر من المهانة أو الإذلال. كما يميل هذا النمط لاستغلال الآخرين واستخدامهم جسراً لتحقيق أهدافهم الخاصة. بالإضافة إلى ذلك نقص التعاطف مع الآخرين أو الحساسية لهم. ومع ذلك فهو نمط دائم الإحساس بسوء الفهم وعدم تقدير الآخرين لهم حق قدرهم الذي يعتقدون أنهم يستحقونه.

الشخصية السادية: تتميز بسلوكها العدواني و العنيف والقاسي تجاه الآخر والسادي من أجل تحقيق السيطرة في علاقاتها الشخصية. ويحافظ أصحاب هذا النمط على سيطرتهم على الآخرين من خلال وسائل تتراوح بين الرعب والإرهاب اللفظي

وصـولاً إلـى سوء المعاملة الجسدية. وغالباً ما يستمتعون بإيلام ضـحاياهم أو إهانـتهم. وفـي الغالـب يقيدون حرية الأشخاص القريـبون وهم أشخاص غالباً ما يكونوا مولعين بالأسلحة وأدوات التعذيب والتصفية الجسدية.

ومـن تشـكيلة من هذه الصفات قد يتشكل نمط من الشخصية يمكن تسميته **الشخصية الاستبدادية**، مع عدم ادعاء كمال هذا التصنيف، إذ أن هـذا الوصف ما هو إلا تجريد لصفات تتفاعل فيها العوامل الكامنة مع العوامل البيئية لتولد في النهاية أسلوباً حياتياً فريداً، يمكن أن يتجلى في الممارسة الحياتية على مستوى الأسرة والجماعة و المجتمع والدولة أو الأمة.

مظاهر سمات الشخصية المتسلطة (المنظور الخارجي)

بمـا أن التشـخيص الأمـثل لخصائص الشخصية و بشكل خاص اضـطراباتها لا يمكن أن يتم إلا من خلال المنظور الخارجي كون هذه السـمات جـزء أساسي من الشخص نفسه، وهو ما تطلق عليه تسمية "**لتساق الأنا في اضطرابات الشخصية**". ومن ثم فهي لا يمكن أن تتم من مـنظور الشـخص نفسه وإنما من خلال المنظور الخارجي **للأشخاص المرجعيين أو لشخص متخصص محترف نتيجة للوزن الدقيق لظروف الحـياة وخـبراتها التـي يمكنها أن تكون قد حددت الطبيعة الفردية، وعـندما تشـكل أنمـاط السلوك الملفتة للنظر عند الشخص الذي يتم تقويمـه "شذوذاً"** يستمر لفترة زمنية طويلة ويلاحظ بصورة غير متعلقة بالسياق إلى حد ما ويكون قليل التغير.

صفات الشخصية المتسلطة (الاستبدادية)

الشخص المتسلط هو الشخص الذي يتمتع بقليل جداً من المرونة في الـتعامل مـع الآخريـن، يتعامل مع الآخرين وكأ نهم مسخرين لتلبية رغـباته، ولا يعترف بحاجات الآخرين ورغباتهم ولا يحترم إنسانيتهم. إنـه الشخص الذي لا يرى ما هو صحيح وما هو خاطئ إلا من خلال منظوره الخاص بغض النظر عن حاجات الآخرين ورغباتهم .الشخصية المتسـلطة شخصـية جـامدة وباردة، تقودها الرغبة الدائمة نحو جعل الآخريـن مسـخرين لتحقيق أهدافها الذاتية و لا تعترف بالرأي الآخر وغـير مسـتعدة بالأصل لسماعه أو لأخذه بعين الاعتبار. والشخص المتسـلط يريد تشكيل العالم على هواه وغير مستعد للتنازل عن أفكاره وآراءه حتى لو كانت غير متناسبة مع المنطق والواقع. يحبون دائماً أن تـدور الأشـياء في فلكهم ومستعدون لعمل أي شيء في سبيل أن تظل الأشياء تدور في فلكهم وتحت سيطرتهم .إنها شخصية باردة انفعالياً ، لا تـتأثر بالأشياء الخارجية إلا بمقدار ما تمسها ذاتياً والشخصية المتسلطة لا تعـرف الحلول الوسط، فتفكيرها محصور في إما معي أو ضدي ولا تستطيع التسامح وتتمسك بالتصرفات الشكلية.

سمات النمط التسلطي في التربية

يتصـف النمط التسلطي في التربية أو أسلوب التربية المتسلط من خـلال الإخضـاع الدائـم للآخرين و الأوامر الناهية والنقد غير البناء للآخريـن والعتاب أو اللوم المستمر وعدم الاعتراف بإنجازات الآخرين والتقلـيل مـن قيمتها وتبخيسها. الأمر الذي يفقد الآخرين الثقة بأنفسهم وبمـا يسـتطيعون إنجازه، وقد يصل بهم الأمر إلى العجز المتعلم، أي يفقـدون القدرة على المبادأة ويستسلمون ولا يعودون يقدمون الإنجازات والأفكار طالما أن نتيجة عملهم معروفة لهم مسبقاً، أي طالما يعرفونأن نتـيجة عملهـم لـن تحقق لهم الاعتراف والنتيجة الاجتماعية والمادية المرغوبة.

تأثير الشخصية المتسلطة على المحيطين (الأبناء)

الأسـلوب التسلطي في التربية هو أسلوب قمعي وجامد، يفقد الأبناء القدرة على التفكير الحر وعلى اكتساب الخبرة الحياتية المهمة من أجل الـنمو، ويجعل الأبناء عاجزون عن تقرير ما يرونه مناسباً في الأوقات الحـرجة لأنهم لم يتعلموا كيفية التعامل مع المشكلات الحياتية، إذ كان هـناك دائمـاً مـن يقـرر عنهم بغض النظر عن رغباتهم وإمكاناتهم وقدراتهـم الذاتية. كما ويقود إلى نمو شخصيات باردة انفعالياً، لا تأخذ مصـالح الآخريـن بعين الاعتبار، وغير قادرة على فهم وجهات النظر الأخـرى وعاجـزة عن إدراك أن الحياة ليست سوداء دائماً ولا بيضاء دائماً وأن الناس ليسوا أشراراً بشكل مطلق ولا أخيار بشكل مطلق.

التربـية المتسلطة تقود إلى فقدان الثقة بالنفس و إلى الطاعة العمياء دون إعمـال العقـل بالتصـرفات مع الخضوع الكامل والخوف الدائم والإحسـاس بالـنقص والقصـور والرعب تجاه كل ما يرمز للسلطة، وبالتالـي يظـل هـؤلاء الأشخاص عاجزون عن التعبير عن حاجاتهم والمطالـبة بحقوقهـم المشـروعة، ويتقبلون الرأي الصادر عن مصدر السلطة كالمدير في العمل مثلاً دون نقاش وبغض النظر عن منطقيته أم لا، ولكـنهم في لا شعورهم يظلون كارهين للسلطة وكل ما يرمز لها. وعـن هذا النمط من التربية يخرج التطرف بكافة أشكاله الديني منه أم السياسـي والعنف كحل للمشكلات الحياتية، كنوع من الرفض العلني أو المغطى للقمع الأساسي في التربية.

الشخصية المتسلطة و الشخصية القوية

الشخصية المتسلطة شخصية غير مرنة وضعيفة في أعماقها تتستر خلـف جمودها وسلطويتها من أجل قمع الآخرين وعدم إظهار ضعفها، إنهـا شخصية عاجزة عن النقاش المرن والديمقراطي وعاجزة عن تقبل الآخرين وتقبل الحقائق كما هي. إنها تعيش في قوقعة تحمي نفسها منها. أمـا الشخصـية القوية بالمعنى الذي نفهمه فليس لها علاقة بالشخصية المتسلطة. الشخصية القوية هي الشخصية الواثقة من نفسها وتتعامل مع الأحـداث والناس بمرونة، قادرة على تقبل آراء الآخرين وطرح وجهة نظـرها وتنافشها من حيث منطقيتها وفائدتها وقادرة على تقبل الآخرين حـتى وإن كـانوا مختلفين عنها، وتتقبل أن لكل إنسان طريق يختاره. الشخص الذي يتمتع بشخصية قوية قادر على قيادة الناس بالإقناع وليس بالقهـر والقوة. الشخصية القوية ليست بحاجة لإخفاء ضعفها من خلال تسلطها. إنها تحترم إمكانات الآخرين وتفسح لهم مجال الإبداع والإنجاز وإن فشـلوا فهـي لا تبخسهم حقهم وإنما تحثهم وتشجعهم على الإنجاز والمحاولة مرة أخرى.

الشخصية المتسلطة شخصية مريضة

الشخصـية المتسلطة شخصية تحمل في خصائصها سمات مرضية، وعلاجهـا صـعب لأن اضـطرابات الشخصية بشكل عام عبارة عن اضطرابات لا يشعر بها صاحبها بأنها غريبة عنه، إنها جزء من سماته ... جـزء من أناه وبالتالي فإن العلاج لهذه الحالات مختلف عن علاج الأشكال الأخرى من الاضطرابات النفسية المعروفة.

دور الوراثة والمحيط

نمـط الشخصـية، أي شخصية، عبارة عن نمط مكتسب من خلال التربية، فالإنسان لا يولد متسلطاً أو ديموقراطياً أو متسامحاً. والشخصية المتسلطة تعرضت في طفولتها إلى تربية صارمة وقسرية ولم تتعلم في طفولـتها النمط المتسامح والدافئ والمتعاطف من التربية، ربيت على الصرامة والقسوة والعنف.

العنـف ... الجريمـة... نحـو فهـم سيكولوجـي

أ. د. محمد أحمد النابلسي – لبنـان
ceps50@hotmail.com

لدى دخولي إلى جامعة بوردو في بداية دراستي الجامعية تعرضت وبعض الزملاء لاختبار نفسي أذكر من أسئلته سؤالين كان لهما الأثر في حياتي المهنية لاحقًا:

الأول: ترى امرأة تركب سيارة رجل ما (غير زوجها) يوميًا، ما هي برأيك العلاقة بينهما ؟ وكان جوابنا جميعًا عن السؤال بألها على علاقة به. ومما لا شك به أن محلل الاختبار قد وضعنا يومها في خانة الهوس الجنسي لأنه لم يراع البيئة التي قدمنا منها حديثًا في حينه.

الثاني: يقسم الناس إلى طيبين وأشرار فهل توافق على هذا التصنيف؟ أيضًا أجبنا جميعًا بنعم ! ومما لا شك فيه أن المحلل قد وصفنا بأننا من أصحاب الميول المحافظة.

بعـد نهايـة دراسـتي. عاودتني ذكرى هذا الاختبار وسرعان ما وجدتنـي أفكر في أن الناس صنفان، صنف يعتقد أن الناس يقسمون إلى طيبين وأشرار، وصنف لا يعتقد أنهم يقسمون إلى طيبين وأشرار، وأنا أصبحت من الصنف الثاني. فقد علمنا الاختصاص أن الإنسان ذاته يمر بحـالات عقلـية مخـتلفة يصل اختلافها أحيانًا لدرجة حدوث انقلابات سـلوكية متطرفة. فها هي الأبحاث تشير إلى ارتفاع نسب الجريمة لدى المـرأة في أثناء فترات الحيض. وها هي الأبحاث تشير إلى اختلافات المـزاج وتقلـبه لدى الإنسان بحسب أيام الشهر (دورة بيولوجية)، كما تشير الأبحاث نفسها إلى إمكانية إجراء تعديلات سلوكية جذرية لدى أي شـخص عن طريق تعكير إيقاعاته البيولوجية اليومية (مثل حرمانه من الـنوم أو مـن الضـوء أو من السمع....إلخ). دون أن ننسى التغيرات السـلوكية المتطرفة التي تصاحب حالات السكر والإدمان على أنواعه. ويكفيك لذلك أن تراقب مدخنًا نفذت سجائره.

فـي المقـابل نـرى أبحاثًا أخرى تشير إلى إمكانية استغلال هذه المعـارف لتربية أطفال عباقرة وتدريب رجال من نوع السوبرمان غير المتخصصـين يمكـنهم مشـاهدة فيلم «البرتقالة المعدنية» الذي يشرح اسـتخدام التقنيات السيكولوجية لعلاج المجرمين أي لتحويل المجرم إلى إنسـان مسـالم. فإذا ما تمت مشاهدة الفيلم فإن المشاهد يخرج بانطباع مفـاده ضـرورة الإبقاء على المجرم مجرمًا وعدم علاجه، فهذا العلاج وإن كـان يقوّم الانحراف إلا أنه يعتدي على إنسانية الشخص حتى يكاد يفقـده إياها. وبالتالي فإن العقاب، مهما بلغت قسوته، يبقى أكثر إنسانية من هذا العلاج.

فهـل يسـتحق المجرم الشفقة؟ القانون من جهته يقر مبدأ الأسباب التخفيفـية. أمـا الطـب النفسـي فإنه يقدم عرضًا للأسباب البيولوجية والنفسـية المسؤولة عن دفع الشخص لارتكاب الجريمة. ولكننا في كلتا الحالتيـن نلاحـظ الغموض في تحديد هذه العوامل، الأمر الذي يجعل الجمهـور يطرح أسئلة متكررة حول هذا الموضوع وهذه الأسئلة التي سنحاول الإجابة عنها فيما يلي:

ما هي علاقة الوراثة بالسلوك الإجرامي؟

لقـد تمـت ملاحظة زيادة السلوك العدواني لدى أشخاص يعانون اضـطرابات عضـوية معيـنة كمـثل السلوك الانفجاري لدى مرضى الصـرع ونوبات الهياج الفصامي، وبعض الاضطرابات الكروموزومية وخصوصًا تعدد كروموزومات الذكورة. كما بينت أبحاث الهندسة الوراثـية عـدة تشـوهات كروموزومية متصاحبة مع مظاهر السلوك العدواني. ولكن تجدر الإشارة إلى أن وجود هذه الاضطرابات لا يعني ضرورة ظهور المظاهر العدوانية فهناك حاملون لها دون مظاهر.

هل يلد المجرم مجرمًا؟

قـام الباحـث الفرنسـي «تـرويا» بدراسة شجرة عائلة الأديب ديستيوفسـكي فوجـد فيها تعاقب مجرمين وقديسين فكان بعض أسلافه قديسين وبعضهم الآخر مجرمين (حتى إن عمته قتلت زوجها بالسم).

ولقد استند عالم النفس ليوبوك سوندي إلى هذه الملاحظة وشبيهاتها لـيجزم بهذا التعاقب وليطرح فرضية مفادها أن الأساس البيولوجي هو واحـد في كلتا الحالتين. وإنما الفرق في الخيارات القدرية التي يختارها الشـخص. فالـتطرف المزاجي في عائلة ديستيوفسكي كان يسخر حينًا لخدمـة المثاليات فينتج قديسًا وحينًا آخر ضدها فينتج مجرمًا، لكن هذه الفرضـية تدفعنا للقول باحتمال أن يكون الشخص عينه قديسًا ومجرمًا في آن معًا.

بين المجرم والقديس؟

يجيـب سـوندي عن التساؤل المطروح أعلاه بالقول أن قابيل قتل أخـاه هابـيل وبأنـنا جميعًا أولاد قابيل لذلك فإن نزعة العنف والرغبة بإلغـاء أعدائـنا (أي الرغبة في القتل واعية أم لا واعية) موجودة لدينا جمـيعًا لكن قسمًا منا يسمو بغرائزه وبهذه النزعة فيكون هابيليًا، وقسمًا آخـر مـنا يستسلم لمشاعره السلبية (حقد، ثأر غضب، كراهية....إلخ) فتتغذى لديه الميول القابيلية.

ويخلـص سـوندي إلـى القـول أن البذور الهابيلية موجودة لدى المجرمين كما أن الميول القابيلية موجودة لدى القديسين.

إيذاء الذات (الانتحار)..

كثـيرون يتهمون وجود دوافع تشجع الشخص على ممارسة العنف ضـد الغير لكنهم لا يتهمون بحال ممارسته هذا العنف على ذاته. لذلك فـإنهم يمـيلون إلـى اعتبار العنف الموجه نحو الذات نوعًا مختلفًا من العـنف التقلـيدي الموجـه ضد الغير. لكن هذا الاعتبار خاطئ. فإيذاء الـذات يقع في لحظة لا يكون فيها الشخص راضيًا عن نفسه. وبمعنى آخـر فإنـه يكـون عرضـة للانشطار بين الأنا وبين الذات المعنوية والجسـدية. وهـذا الانشطار يحول الذات آخر مرشح لأن يتلقى غرائز الأنا العنيفة.

التصنيف السيكاتري

فـي العـودة إلـى الأديـان نجد تركيزًا على تحريم إيذاء النفس (خصوصًـا الانتحار)، حيث الروح أمانة الخالق وليست ملكًا لصاحب الجسـد، لذلـك نجد من المفيد أن نعرض التصنيف السيكاتري لحالات إيذاء الذات وهو التالي:

- سـلوك عدوانـي محدد تجاه الذات (مثل تعذيب الذات رفض الطعام... إلخ).
- سلوك انتحاري - تمثيلي (بهدف جلب الأنظار وتعويض عدم الاهتمام).
- الحالات نظيرة الانتحارية (عندما يكون الانتحار غير مقصود مثل التسمم اللاإرادي وغيره).
- حـالات الانـتحار كنوع من أنواع التضحية بالذات لأسباب مثالية.
- حالات الانتحار الفعلية.
- حالات العنف من وجهة الطب النفسي

يصنف الطب النفسي حالات العنف في الخانات التالية :

حالات عنف صريحة:

- عنف جسدي (كدمات رضوض. تكسير.. إلخ).
- عنف معنوي (كلامي شتائم.. إلخ) .
- سلوك هجاني مصاحب للأذى.
- مواقف سلبية مؤذية (رفض الطعام أو الكلام).

حالات عنف مستترة:

- عنف مستتر بمحاولات السخرية والتحقير.
- عنف مستتر بمحاولات الحماية.
- عنف مستتر يصعب استشفافه ويظهر فجأة.

العنف لدى المرضى النفسيين

صـحيح أن احـتمال ارتكـاب أعمال العنف يرتفع عند المرضى النفسيين لكن هذا الارتفاع لا يصل إلى درجة خوف الجمهور من هؤلاء المرضـى. ولـدى هؤلاء أيضًا نلاحظ تقسيمًا سيكاتريًا لحالات العنف وهذا التقسيم بحسب رأينا هو:

حالات عنف صريحة

- الرغبة في الشجار والعراك الجسدي.
- هوس المحاكم (يميل مرضى البارانويا إلى رفع الدعاوى القضائية لأتفه الأسباب).
- محاولات إيذاء الذات.
- محاولات إيذاء الآخرين.

حالات عنف مستترة:

- اتهامات هذيانية موجهة للمحيط والمتعاملين مع المريض.
- رفض الفحص والعلاج (عدوانية تجاه المعالج).
- محاولات السخرية والتحقير.

حالات عنف متوقعة في الأمراض التالية:

- السلوك الصرعي الانفجاري (إيذاء الذات والغير).
- النوبات الفصامية الحادة (إيذاء الذات والغير).
- النوبات الاكتئابية (إيذاء الذات غالبًا).
- اضطرابات الشخصية الحادة (عنف معنوي غالبًا).

بهـذا نأمل أن نكون قد اختصرنا موقف الاختصاص من موضوع العنف والجريمة لكننا لم نتطرق إلى الأبعاد الأخلاقية للموضوع. وبات مـبررًا طـرح السـؤال عن **تصنيف إنساني للعنف**.. بمعنى آخر: **هل نـرفض الإنسـانية العنف رفضًا كليًا، أم أنها تبرره في حالات معينة؟ وما هي هذه الحالات؟**

مداخـــل نفسيـــة لنبـذ ثقافـــة العنـــف

د. إقبـــال الغربـــي – تونـــس

لماذا تشرب الوعي العربي الإسلامي مفهوم العولمة كرهاب وكهدد تآمري؟ هذا ما لاحظه عالم الاجتماع الطاهر لبيب عندما كتب " أن النص العربي جعل من مصطلح العولمة كارثة عامة لا مخلو من امتداد غيبي. لذلك فالحديث عن العولمة هو حديث عن الموت و الفناء و الانتحار."

لماذا تسود التصورات الهوامية و تطغى النزعة الشاؤمية اليوم على الساحة حيث يتخذ الهجوم و العنف اللفظي وسيلة دفاع ؟ حيث يعتقد أن الحماس و الخطابات العاطفية تمثل ردا وظائفيا على منطق العصر. بل هناك من يعتقد أنها أساس ما نملكه من مقومات نصارع بها الآخر. بينما تتمثل العقلانية في الإعداد لامتلاك وسائل القوة الحقيقية التي تؤهل شعوبنا للتنافس الإيجابي مع العالم. إن العنف بأنواعه الرمزية و المادية يبقى هشيما عاطفيا و غريزيا لا يمكن التحكم فيه فضلا عن استحالة البناء عليه.

إنّ المطلـوب الـيوم عقلية تقطع مع "**ثقافة الضغينة**" و تتجاوز من جهـة نظريات المؤامرة لان علم النفس يعلمنا أن الشخص يزداد نضجا كلمـا انـتقل من منطق إلقاء التبعات على الآخرين إلى منطق مراجعة الـذات و نقدهـا. و تهـيؤ الفـرد والمجـتمع من جهة أخرى لحقائق ودينامـيات **عصـر جديـد** هو **عصر العولمة**، عصر التغير المتسارع، عصر المرور من مجتمع الإنتاج إلى مجتمع المعرفة : **عصر ما يسمى بالـثورة التكنولوجـية الثالثة**. هذه الثورة، التي هي من أهم خصائص القرن الواحد والعشرين، تعتمد على المعرفة العلمية المتقدمة والاستخدام الأفضـل للمعلومـات المـتدفقة بوتيرة سريعة (يقدر خبراء الدراسات الاستشـرافية أن حجـم المعـرفة العلمـية سوف يتضاعف كل ثلاث سنوات).

تختلف هذه الثورة التكنولوجية الثالثة عن الثورة التكنولوجية الأولى والثانية:

- **الـثورة الأولـى :** كان عمادها المحرك البخاري واستخدمت الفحم والحديد.
- **الـثورة الثانية** : حررت قدرات الإنسان العقلية اعتمدت على الكهـرباء والـنفط وعلـى الطاقة النووية وكذلك على فن الإدارة الحديث
- **الـثورة التكنولوجية الثالثة** عمادها العقل البشري وهي ترتكز علـى الإلكترونـيات الدقيقة التي أدخلت عقلا وذاكرة على الآلات، وكذلك على توليد المعلومة وتنظيمها واختزانها وتوصيلها بسرعة لا متناهية (الإنترنت).

بما أن العقل البشري هو الركيزة الأساسية في هذه التحولات وبما أنـه طاقـة مـتجددة لا تنضب وإن الثروة لن تكون حكرا على بلدان المحـور أي المجـتمعات الغنـية ببنيـتها التحتـية وبمواردها الأولية وبجيوشها التقليدية. بل بإمكان كل الشعوب – ومنها العربية و الإسلامية – أن تخـوض غمارهـا شـرط أن تحسـن استثمار رأسمالها البشري وإعـداده ذهنـيا لتسـليحه بالآليات العقلية التي تفجر طاقاته وإبداعاته. ونظـرا أن مقياس التقدم والرقي في القرن القادم سيتمثل حتما في **حسن الـتحكم في المعرفة وتوظيفها لصالح التنمية الشاملة والمستديمة** فإن ذلك يستدعي بالطبع توخي طرقا تتلاءم ومقتضيات الحقبة التاريخية.

فما هي الطريقة الأفضل لاستثمار العقل وتحرير طاقاته؟

يمكن إبراز طريقتين تبدوان في نظرنا أساسيتين:

1. توظـيف الاخـتلاف و قـبول الآخر لإثراء الفكر عبر الصـراعات المعرفـية وذلك بتوفير – طبعا – أجواء ملائمة تقوم على مبدأ التعددية والتسامح.
2. تجاوز العوائق النفسية الواعية واللاواعية التي يمكن أن تشكل حاجزا يعيق التواصل السليم.

آليات قبول الآخر التي تنمي القدرات العقلية هي :

- الصراعات المعرفية
- التعددية
- التسامح

مـن المجمـع عليه اليوم أن العقل معطى تاريخي يتطور وينمو في علاقـة جدلـية مع المحيط. وقد أثبتت الدراسات السيكوإجتماعية التي قامـت بهـا مدرسـة جينيف والتي تتعلق بالبناء الاجتماعي للذكاء أن **القدرات العقلية للفرد لا يمكنها أن تتطور إلا مع الآخر المختلف** أي في ظـل الصـراعات المعرفية التي تشكل المجال الأفضل للتطورا لذهني والمعرفـي. ومعـنى ذلـك أن التفاعل الاجتماعي يمكن الفرد من بناء أدوات ذهنـية جديدة تساعده على مزيد المشاركة في تفاعلات اجتماعية أكثر تطورا وأكثر تعقيدا وهو ما يسمى بالسببية اللولبية.

في هذا الصدد تؤكد الأبحاث الميدانية في مجال التربية وعلم النفس والتي قام بها كل من **بياجي** و **لوتراي** أن التقدم المعرفي وإثراء الفكر لا يحصل إلا إذا وجد الأفراد أنفسهم في وضعيات اختلاف ومواجهة مع أفراد متنوعي المستويات والتوجهات. وبناء على ما قدمته هذه الأبحاث من حقائق يمكن أن نستنتج أن أي صراع معرفي بإمكانه أن يؤدي إلى إثـراء الفكر يشترط وجود اختلافات في آراء الأطراف المجتمعة حول عملية بناء المعرفة.

إذ أن الاختلاف يفرز لدى الفرد وعيا مزدوجا:

- مـن ناحية يشعر الفرد أن **نظامـه التأويلي غير متلائم مع ما هـو مطلـوب** منه فيتجاوز بذلك البداهة الخادعة والأفكار المسبقة والمعـارف الحسية المباشرة والسطحية عبر تصحيح الفكر بالوقائع وترشيد الواقع بالفكر في حوار جدلي دائم.
- ومـن ناحية أخرى **يكتشف الفرد أوجه نظر مغايرة وهو أمر جـد هـام** : لأن هـذا الاكتشاف سيعينه على تجاوز التمركز حول الـذات (أي تمركـزه حول ذاته) المضرة بالنمو السليم لفكره لأنها تعتبر من العوائق التعليمية .

إلا أن إثـراء الفكـر عن طريق الصراعات المعرفية يتطلب **مناخا** معيـنا **يقـبل الاختلاف ويسوده التفاهم والتسامح**. وقد بينت الدراسات السيكوإجتماعية منذ تجربة كورت لوين المجرات سنة 1938 مدى تأثير الأجواء السائدة على إنتاج الفكر وإثرائه.

وقـد قدمت لنا هذه الأعمال عدة تجارب تتمحور حول ثلاثة أساليب أو صيغ في أخذ القرارات:

- الأسلوب المتسلط
- الأسلوب الفوضوي
- الأسلوب الديمقراطي

وقد اتضح تفوق الأسلوب الديمقراطي القائم على مبدأ النقاش وقبول الاختلاف مع تفهم الآخر. فالمناخ الديمقراطي:

- يشبع لدى الفرد حاجته إلى الأمن
- ينمي لديه القدرة على الإنجاز
- يغذي مطلبه التواصلي مع آخر
- يذلـل مشـاعر القلـق والاضطهاد التي تزدهر في الأجواء الفوضوية والتسلطية والتي قد تكون عوائق إبستمولوجية تعطل عملية تملك المعرفة وإثراء الفكر.

و فـي ضـل المناخ القائم على الاختلاف يكون القرار في النهاية بتراضي الجميع وهكذا يكون أمر الناس شورى بينهم فعلا ولا قولا.

العوائـق النفسيـة التـي تحـول دون قبـول الآخـــر

الآليات النفسية التي تجعلنا نرفض الاختلاف هي حسب سيكولوجيا الأعماق التالية : **كراهية الأخر، الجمود الذهني، التعصب**

كراهيـــة الآخـــر :

إن اكتشاف الذات وفهمها يمر حتما بتجربة التعايش مع الآخر. هذا الآخـر الذي يمثل دور المرآة العاكسة. لقد وضع كل من **لا كان، فالون وكلايـن** أهمـية طور المرآة في تكوين الذات. فالطفل يلعب أمام المرآة بالصـورة التي تتشكل عليها وعندما يدرك أنها صور وليست أشخاصا واقعيـين وإن بيـن هـذه الصـور واحدة هي له فإنه يتأمل مفتونا تلك الصورة التي تطمئنه على وحدته الجسدية ويستبق بفضلها رسما لجسمه وبالتالـي فهـي تدعم لديه على أساس مرئي مفهوم ذاتيته. بيد أن هذا الطفـل يلتفت دائما وفي كل الحالات إلى الأم، إلى الآخر، لينتزع منها اعـترافا بأن هذه الصورة المنعكسة من المرآة هي صورته هو. فالطفل يرى نفسه دائما بأعين الآخرين. ففي غياب الآخر المرغوب والمرهوب في آن واحد يتحول كل منا إلى وحش هذا إذا استطاع ضمان بقائه. ذلك أن الإنسانية اكتساب ثقافي وليست إرثا بيولوجيا. وفي نفس هذا الإطار النظري يمدنا التحليل النفسي بتفسيره لنشأة كراهية الآخر. فنحن نعرف أن تجربة التعايش مع الأخر المختلف عنا تنشأ عند الطفل بين الشهرين الثامـن والعاشـر بعـد الولادة عندما تنظم الأم طفلها أي ترغمه على الانفصـال عن جسدها جسميا، ذهنيا، ونفسيا. وهنا يكابد الفطيم عملية إقصـائه عـن أحضان الأم المرضعة كمأساة، كإحباط كعزلة وجودية مريرة.

واكتشاف الطفل لأمه ككائن مغاير ومختلفا عنه يسلبه ذلك الإحساس الممـتع الـذي يداعـبه ويشعره أنه مازال جنينا في رحمها أي امتدادا بيولوجـيا لجسد الأم وقطعه منها يأتيه رزقه رغدا. كذلك يكتشف الطفل مفهوم الآخر عند المرور **بعقدة أوديب** بين السن الثالثة والخامسة عندما يصـبح الأب منافسـا له على الاستئثار بحب الأم و يمنعه من التوحد معهـا. فكيف يعيش الطفل تجربة اكتشاف الآخر والتعايش معه؟ هناك إمكانيتان:

- يمكـن للطفـل تجاوز وتعويض جرح الفطام النرجسي بنقل العلاقـة البدائـية المنصهرة والجسدية مع الأم إلى مستوى التبادل الرمـزي أي لاكتساب اللغة. و عندما يقوم الطفل بعمل الحداد على وهـم و توهم الاندماج مع الأم في الواحد المطلق و يقبل الفراغ و يعـيش حالـة الـنقص التـي تسمح له بالامتلاء الدائم يرتقي إلى مستويات نشوئية أخرى. وهو ما يمكنه من التماهي مع الأم الطيبة وذلـك بممارسة اللذة الفموية وبسلوك أفعال تدل على روح العطاء والسـخاء. كمـا يمكـن للطفل إيجاد مخرجا هادئا لعقدة أوديب، بالتماهـي مع الأب واحتواء خصاله ككهل ومنها النضج النفساني والاستقلالية الذهنية أي بالارتقاء إلى نمط آخر من التنظيم الرمزي الذي يؤسس القوانين الطبيعية والاجتماعية (تشرب قانون الأب / السلطة).
- أمـا إذا عجـز الطفل عن احتواء هذه الأزمات و التحولات الضـرورية لـنموه السليم وعاش الآخر كعدو وكمعتد على أمنه، فسـوف يـرد الفعل بمشاعر الاضطهاد وهذيانات التآمر وبالتالي سيسقط على الآخر المختلف عنه عرقيا دينيا أو فكريا مشاعر الحقد والكراهـية التـي عاشها في طفولته المبكرة ويعامله كمسئول عن طرده من الجنة الضائعة (الانصهار في الأم الحنون) أي كتلك الأم

الشـريرة الفاطمة وكذلك الأب المستبد والخاص (حسب الهوامات الطفلـية). وقـد تلاحق التمثلات المرء حتى في الكبر فتجعل منه كائنا متعصبا مختل التوازن رافضا ومقاوما لكل أشكال الاختلاف وفي هذا الصدد يقول **فرويد** " **إن سر شفائنا أننا عشنا أطفالا**".

الجمـــود الذهنـــي :

الآلية الذهنية الثانية التي تعيق الاختلاف هي الجمود الذهنيّ. يعرّف علـم الـنفس هذا العطب في المسار الذهني بأنه عجز المرء عن تغيير وجهـة نظره ووضع نفسه مكان الآخر لفهمه وتفهم وجهة نظره. وهو يوجـد فـي الحالات المرضية مثل العصاب الاستحواذي كما أنه إحدى السـمات الجوهرية في تناذر البرانويا. المصاب بالجمود الذهني تنقصه المـرونة الفكـرية. له رأي ومبادئ ثابتة، منغلق على حجج الآخر لأن مركزيـته الذاتـية جعل الإنسان نفسه مركزا للكون تجعله عاجزا عن وضـع نفسه مكان الآخر أي المختلف عنه في الرأي أو في الدين لفهمه وتفهـم وجهـة نظـره، **المصـاب بالجمود الذهني يرتكز على ثوابت ومسـلمات لا تقبل النقاش** لأنها محاطة بدلالات وجدانية وبشحنات لا شـعورية تجعـل من كل نقاش فيها نقاشا في معنى حياة المتشبث بها. وبالتالـي يصـبح الجـدل والاختلاف مجازفة بسعادة المتصاب وبثقته المفعمـة بنفسـه. وفـي هذا الظرف، يدرك الآخر المختلف عنا ككائن تهديمـي يؤجج هوامات القلق والاضطهاد فلا يمكن أن نستمتع إلى هذا الغريـب مهمـا كان خطابه علميا أو موضوعيا لأنه " في غاية الخبث وكلامـه سمّ ناقع" على حد تعبير **د. أنزيو**. وبما أننا لا نستطيع العيش دون تواصـل مـع الآخرين سوف يبحث المصاب بالجمود الذهني عن آخرين غير مختلفين عنه، يشبهونه ولا يمارسون عليه أي ضغط أو نقد وسـوف يجدهـم فـي عشيرته في شيعته أو في حزبه. والصورة التي تنطوي عليها هذه العلاقة هي صورته و قد عززها و دعمها وبررها الآخـرون . وهـي صـورة نرجسية مطمئنة. ويشكل هؤلاء الآخرون امتدادا يكاد يكون بيولوجيا للأم الحامية ويلعبون دور " **الحضـن الطيب**" حسـب تعبـير **مـيلانى كلين**. كما يمثل الآخرون مجموعة يحاول من خلالهـا الفـرد إعـادة بناء " **نحن جماعية**" يستعيد بها وهميا محاولة الانصـهار مـن جديـد في جسد الأم. وداخل هذه المجموعة المتشابهة الباحـثة عـن الأمـن (الثابتة في الحنين إلى حضن الأم الطيبة) يسود التماثل ويطغى النقاء فهذه المجموعة تجسّد النظام الطبيعي للأشياء وكلّ مـن يـنحرف عـنها (الدخـيل / الغريب / المختلف) أو يحتجّ على معايـيرها أي علـى أوامـرها ونواهيها يمثل خطرا على نظام الكون ويسبب الفوضى والفساد. و نحن نلاحظ أن المجموعة تشعر أنها مهددة نرجسيا عندما يخاطر أحد بمناقشة قناعاتها أو بإبراز نقاط ضعفها التي تفضل إخفاءها حتى على نفسها و عندما تعمل بعناد شديد للمحافظة على صـورتها المثالـية. و من **وجهة نظر الاقتصاد النفسي** يتحول الأتباع المتعصـبين إلـى أبناء روحيين عوضوا أناهم المثالي بصورة الزعيم السياسـي أو الديني الذي أصبح أبا اجتماعيا يحولهم التماهي النرجسي معـه إلـى إخوة متماثلين متشابهين متلاحمين كالبنيان المرصوص لا يزعـزعهم جـدل و لا تفرقهم اختلافات. و يعكس هذا الوهم الجماعي رغبة في الأمان و في حماية الأنا الفردية المهددة تعريفا. لذلك فهو **يبدل هويـة الفـرد بهويـة الجماعـة** و **يرد على تهديد النرجسية الفردية بتشييده نرجسية جماعية**. لذلك نجد في خطابات أقصى اليمين مثلا أن المخـتلف الغريـب المهاجر يرمز إليه في أغلب الأحيان بكلمات مثل "مـيكروب" " فيروس" سرطان" ينخر جسد الأمة / الأم ويدنس طهارتها ونقائهـا (انظـر أيديولوجية أقصى اليمين الفرنسي مثلا). و بفضل هذه الـبداهة الأساسـية يتمكن المصاب بالجمود الذهني من تقسيم العالم إلى قسـمين منفصـلين بجـدار صـيني : **نحن # هم، الطبيعة # المضاد للطبيعة، النظام # الفوضى، الطهارة # الفساد، التماثل # الاختلاف.**

هـذا مـا يؤدي حسب التحليل النفسي إلى تأسس **السلوك التعصبي** المناهض لكل أشكال الاختلاف و الرافض لخوض تجربة الغيرية. فماذا عن التعصب الذي يشكل الآلية الثالثة والأخيرة؟

التعصـــب :

يقدم لنا **ابن منظور** في لسان العرب التعريف التالي : " التعصب هو أن يدعـو الـرجل إلـى نصرة عصبيته والتألّب معهم على من يناوئهم ظالميـن كانوا أو مظلومين " وهذا التحديد لا يختلف في شيء عما قدمه لاحقـا علـم الـنفس حول التعصب إذ أن التعصب من وجهة نظر علم الـنفس هو ميل انفعالي يفرض على صاحبه أساليب وطرق في التفكير والإدراك والسلوك تتفق مع حكم بالتفضيل أو عدم التفضيل لشخص أو جماعـة. وهـذا الحكـم يكون سابقا لوجود دليل منطقي أو دون دليل إطلاقـا. وهـو غـير قابل للتغير بسهولة رغم توفر البراهين المنطقية المعارضـة التـي تشـير إلى عدم صحته لأنه **ينطوي على نسق من القوالـب النمطـية**. أي تصـورات تتسـم بالتصلب والتبسيط وكذلك بالتعمـيمات المفرطة عن جماعة معينة وفي أغلب الحيان مختلفة. إذن التعصـب للعائلة، للعشيرة للجهة للطائفة ضد الغريب ضد المختلف هو عـودة إلـى الـوراء إلى مرحلة من المفروض أننا تجاوزناها (مرحلة الانصـهار مع الأم) هو تنكر لمبدأ الاستقلالية والتفرد. هو نكوص إلى الفطـري ضـد المكتسب، نكوص إلى العتاقة ضد الحداثة القائمة على تعدديـة أشـكال التعبـير والتفكير والسلوك واحترام الحريات الفردية واحـترام حقوق المرأة والطفل وبكلمة حقوق الإنسان وفيما يخصّنا **حق الاخـتلاف** أساسـا. بعـد تحليلـنا للآليات الذهنية التي تدعم الاختلاف وللحواجـز النفسية الواعية واللاواعية التي تقاومه يمكن أن نستنتج أن الفرد يراوح طوال حياته بين غريزة الموت وغريزة الحياة بين التشاؤم والتفاؤل بين الانغلاق على الذات والانفتاح على الآخر.

الانغـلاق والانطـواء على الذات ومعاداة الآخر هو نكوص إلى ما قـبل الفطـام، إلـى ما قبل الحياة الذهنية هو حنين جارف إلى انكماش الجنيـن فـي بطن الأم الحامية هو بكلمة انتصار لغريزة الموت. بينما يمثل الانفتاح على الآخر بحثا عن مشروع مستقبلي.

هـوس السلطـة ... رؤيـة في سيكولوجيـة الاستبـداد

علـي تركـي نافـل / العـراق

السلطة تلك الفاتنة الساحرة، أغوت الكثيرين على مر التاريخ، سواء من كانوا يسعون لها بعد ذاتها، أم يسعون لها من أجل منافعها المادية غير الشرعية، و سواء أكانوا عربا أم من قوميات أخرى، و لنا في التاريخ العربي شواهد تاريخية كثيرة تشير إلى أن للعرب افتتانا خاصا بالسلطة، منها مأساة الإمام حسين (ع) و الثلة التي معه، فما قتله يزيد إلا من أجل أن يثبت أركان حكمه و سلطانه، و ما قتل المأمون أخاه الأمين إلا في صراع من أجل السلطة.

قـد يسـأل سـائل : ألا تكتنف تلكما الحادثتين عوامل أخرى؟ نعم بالتأكيد، لكن الهدف الرئيسي من الصراع كان من أجل الاستحواذ على السلطة و تأمينها.

و للتوضيح فإننا لا نعني بالسلطة رئاسة الدولة أو الحكومة فحسب، بـل نعنـي كذلك أي تدرج للمسؤولية و المكانة في الدولة أو المجتمع. فـالكل يمارس السلطة في مرحلة معينة من حياته في الأقل. فالشخص الذي لديه أطفال يمارس السلطة عليهم لحمايتهم من الأخطار و إرشادهم إلى السلوك الذي يعتقده مناسبا. و لمعظم الرجال سلطة على النساء،

بمعـنى أن الناس يمارسون السلطة بكافة أنواعها و درجاتها في معظم المجتمعات، عدا من هم في أدنى درجات السلم الاجتماعي، إذ يخضعون لسلطة الآخرين و لا سلطة لهم إلا عندما يتحركون لنيل حقوقهم. كما أن حب السلطة مسألة موغلة في عمق التاريخ، فالبطل الوثني الذي يتجسد فـي الملاحم الإغريقية، كان غاية ما يرجو هو أن يغزو و ينتصر، أن يدمر و ينهب و يسرق، فهدف الحياة عنده هو الغرور و التكبر و الأبهة و السلطة و الشهرة و التفوق في القدرة على القتل و سفك الدماء، و لم تكـن الـياذة هوميـروس إلا الوصـف الشـعري للغزاة و اللصوص الممجدين. و قد شبه القديس أوغسطين التاريخ الروماني بتاريخ عصابة من اللصوص.

إن **الحـب المرضـي للسـلطة** سـمة قديمة لكثير من الشعوب و الحضـارات، و لكـنها (للأسف) بالنسبة للعرب سمة قديمة تجدد نفسها حتى هذا اليوم، إلى الحد الذي أجيز فيه أن أطلق على هذه السمة تسمية (المـرض القومي للعرب). مرض تشرب جذوره من العوامل التاريخية و السياسـية و الثقافـية و الاجتماعية و النفسية المكونة للواقع العربي اليوم. إلا أن ما نتناوله بالتحليل هو أن لمسألة الشغف المرضي بالسلطة بعدها السايكولوجي الهام، يعدّ الخوض فيه من الأهمية بحثا عن أسباب هـذا المـرض وسعيا لتحديد خطوات العلاج، منطلقين من أدبيات علم النفس السياسي.

كتـب **أريك فروم** (1900 – 1980 م) في حب السلطة : "إن الأفراد غالبا ما لا يكونون على وعي بما هم مكرسون من أجله، و غالبا ما لا يسـتطيعون أن يمـيزوا بيـن عقيدتهم الرسمية و عقيدتهم الحقيقية ... فمـثلا، إن وجـد رجـل يعبد السلطة بينما في الوقت نفسه يدعو لدين جوهـره المحـبة، فـإن عـبادة السلطة هي دينه السري". **فالمهووس بالسـلطة رجل مريض يعوض نقائصه بالهيمنة على الآخرين**. و يبدو أن محبـي السلطة في الغالب متمركزون حول ذواتهم، يتصورون أنهم محـور العالم و الآخرين يدورون في فلكهم و عليهم أن يقدموا لهم كل شيء و بدون حدود، و لا يتقبلون الآخر و يرفضون وجهات نظره. وقد ركز **الفريد أدلر** (1870-1937 م) على أهمية **دافع السيطرة و القوة** في تحديد مسارات الشخصية، "إن كل إنسان يشعر بالنقص في بداية حياته، فـيعوض عن ذلك بنشاط و سلوك يظهر شخصيته و مكانته، فإذا فشل فـي الـتعويض فإنـه قـد يعاني عندئذ من **عقدة النقص** (Inferiority Complex) التـي هـي مـن أسـباب الأمراض النفسية بوصفها الدافع للرغـبات غير السوية المنبعثة بتأثير **الخوف اللاشعوري من الدونية**". إن لتجـاه الفرد للبحث عن القوة يتحدد عموما بمحاولة تعويض مشاعر الدونـية، و قد يتم مباشرة بتحويل الدونية الأصلية إلى تفوق إيجابي من خلال التدريب و بذل الجهد المستمرين، و قد يلجأ الفرد لا شعوريا إلى المـرض النفسي أو العصاب تجنبا لمطالب البيئة. فالبشر في نظر أدلر لديهم ميل غريب لأن يعوضوا أوجه نقصهم الحقيقية أو المتخيلة بالسعي للحصـول علـى الـتفوق في نفس الميدان الذي يظهر فيه نقصهم، أو التفتيش عن ميدان بديل إذا ما تعذر الخوض في الميدان الأصلي. ينطبق ذلك على شخصية السياسي المتشهي للسلطة، إذ تقدم له السلطة السياسية فرصا لتعويض أوجه الفشل و النقص العميقة و المريرة التي مر بها في طفولـته مع أقرانه و أسرته و عموم المجتمع، ذلك أنها تهيأ له إمكانية التخلص من أعدائه (قذفهم إلى الجحيم) و السخرية السرية من الآخرين بوصـفهم دمـى يستطيع التلاعب بمصائرهم. إن عقد النقص بأنواعها تتأتى من عوامل عديدة، منها الفقر و التفكك الأسري و البيئات المحبطة و المحـرومة اقتصـاديا و اجتماعيا و سياسيا و ثقافيا، التي تعيق الفرد عن الوصول بإمكاناته و قدراته إلى أفضل ما يمكن، مما يجعل من هذه العوامـل أرضـية خصبة لنشأة عقد النقص. و لو تأملنا ذلك لوجدنا أن عالمنا العربي يزخر بهذه العوامل على المستويين النوعي و الكمي، ممـا جعلـه مهـيأ (على الدوام) لظهور زعامات تعبد السلطة إلى حد التضـحية بدمـاء شـعوبها و حقوقهم لأجيال و عقود مقابل الاحتفاظ السـادي بكرسـي الحكـم الملطـخ بالخطايا و الآثام فضلا عن دور الإمبريالـية العالمـية التـي تـرنو إلى المنطقة العربية بعين الطمع و الهيمـنة، فتنتقـي أشخاصـا (بشـكل أو بآخر) يعلنون من عقد نقص مستعصية، لمدهم بالدعم حتى يصلوا سدة الحكم، مدركة أن حاكما مثل هـؤلاء، سـيعيث فـي الأرض فسـادا، و يتمسك بالسلطة نتيجة حبه المرضـي لها، و يكون مستعدا لأي تنازلات أو تحالفات سرية أو علنية معهـا تضـمن له (الخلـود) على رأس السلطة، كل هذا يعني تحقيقا لأغراضـها و اسـتراتيجياتها، و عندما ينتهي السيناريو المحدد للحاكم، يكـون هو نفسه سببا لتدخل الإمبريالية العالمية مباشرة في شؤون هذه الدولـة أو تلـك بدعوى التغيير والإصلاح، و ربما تقوم بتغيير الحكم بـالقوة و إزالة النظام، حاملة شعارات التبشير بالحرية و الديمقراطية، كما حصل في حالة العراق، فلو لا ولع صدام حسين المرضي بالسلطة لما عانى ملايين العراقيين طوال أكثر من ثلاثة عقود كل هذه المعاناة، و لمـا انـتهى به الأمر إلى نهاية بائسة، إذ كان بمقدوره الانسحاب من الحـياة السياسية منذ أن بدأت الأخطاء و الهزائم تلاحق نظامه، معترفا بضـرورة تـرك الأمـر لمن هو أكفأ منه، لكن هوس السلطة و رغبة اسـتعباد الآخريـن، جعلـه يكابر و يرتكب الجرم تلو الجرم و الحرب تلوالحرب و الظلم تلو الظلم.

لكـي يكتمل التحليل لا بد أن ننبه إلى أن **الجماعة المعتلة توصل إلـى سـدة الحكم بالضرورة شخصا معتلا**، فمثلا سّلم الشعب الألماني المعـتل قـبل انـدلاع الحرب العالمية الثانية بنحو ست سنوات مقاليد السـلطة لـرجل معـتل نفسيا هو (ادولف هتلر) الذي قاد الألمان إلى الهاويـة، فضلا عن ضرورة التوكيد أنه لا يمكن لحاكم مستبد أن يبقى في الحكم طيلة عقود طويلة دون أن يتحمل المجتمع الذي يحكمه جزءا من المسؤولية أيضا.

بـناء علـى ما تقدم نؤكد أن **السبب في الحب المرضي للسلطة هو عقـدة الشـعور بالـنقص و التمركز حول الذات**. كما يمكن التنبؤ بأن صـراعات الطفولـة، كعقدة أوديب و أوجه التمرد ضد الأب، غالبا ما تظهر في حياة الفرد (الحاكم) بعد ذلك في صورة الكراهية المكبوتة لكل سـلطة، أو الكراهية لما كان يمثله الأب، و هذه الكراهية للسلطة تجعله يقف ضدها و يحاول أن يضع نفسه مكانها بأن يصبح هو السلطة ذاتها. و هذا يحتم علينا بوصفنا أكاديميين، باحثين، مؤسسات حكومية اجتماعية و تـربوية، و مـنظمات مجـتمع مدني، أن نضع مواصفات و بروفيل نفسـي لمـن تمنع عليهم تبوأ الحكم منهم الأفراد الذين يعلنون من عقد نقـص مرضية أو لديهم مشاعر نرجسية طاغية، فنمنع عليهم أي مواقع قيادية في المجتمع، خاصة تلك المتعلقة بحكم البلاد، و أن نهتم بمعالجة تفشي مثل هذه الاضطرابات النفسية في عموم المجتمع، و نحاول إيجاد الحلـول لها من خلال إشباع الحاجات الفيزيولوجية و النفسية للناس و مسـاعدتهم علـى الوصـول بإمكاناتهم إلى أقصى الحدود التي تسمح بتحقيق ذواتهم و محاولة تحسين البيئة العراقية قدر الإمكان من النواحي الاقتصـادية و الاجتماعـية و السياسية، و تحقيق العدالة الاجتماعية، و تشـجيع الناس على احترام و تقبل الآخر و إقناعهم بأن السلطة و إن كانـت وظـيفة كباقي الوظائف المهنية في الدولة إلا أنها تعد مسؤولية ثقيلة.

و فـي هـذا قال الرسول الكريم محمد (ص) : "كلكم راع و كلكم مسؤول عن رعيته".

و بخلاف ذلك، علينا أن نتوقع ظهور ألف صدا و صدام.

مسألـة العنـف فـي المجتمـع المصـري ... تسـاؤلات

د. لطفـي الشربينـي / مصـر
lotfyaa@yahoo.com

عادت ظاهرة العنف في المجتمع المصري لتكون محل اهتمام بعد أن تزايدت بشكل ملحوظ وتنوعت جرائم العنف بما يري البعض أنه يمثل تهديداً للأمن والسلم الاجتماعي الذي تميزت به الشخصية المصرية علي مدي طويل .. وهنا يجب أن نتوقف أمام هذه الظاهرة ونبحث في الجوانب النفسية والجذور الحقيقية لها، وذلك بطرح بعض التساؤلات كدعوة لمناقشة واسعة لموضوع العنف في مجتمعنا وحجم انتشاره والمقارنة مع بعض المجتمعات الأخرى .. حتى يمكننا أن نحكم إن كان يمثل فعلا وضعاً خطيراً ينذر بعواقب وآثار وخيمة .. ونطرح من وجهة النظر النفسية تساؤلات حول الأسباب والعوامل وراء ظهور وتزايد سلوك العنف في مصر .. وتصور للمواجهة وحل لمشكلة العنف قبل أن تتفاقم.

بدايـة فإن هناك انطباعا من خلال ما تنشره وسائل الإعلام ويتناقله الـناس فـي حديـثهم بـأن حوادث وجرائم العنف على مستوى فئات وقطاعـات المجـتمع المختلفة قد وصلت إلى معدلات عالية، لكن تقدير حجم المشكلة لا بد أن يعتمد على إحصائيات وأرقام لا أعتقد أنها تتوفر بشـكل دقـيق لتغطي كل سلوكيات العنف بداية من مشاجرات الشوارع ووسـائل المواصلات العامة، ومروراً بالبلطجة في الأسواق، وخناقات التلاميـذ بالمدارس، وحتى حوادث القتل والاغتصاب والسرقة المقترنة بالعنف، وفي الولايات المتحدة على سبيل المقارنة تصدر تقارير سنوية تتضـمن أرقامـاً دقيقة عن حوادث العنف التي تصل إلى 2 مليون في المتوسـط كـل عام تتضمن 23 ألف جريمة قتل، ونحو 100 ألف حالة اغتصاب، وتمثل جرائم العنف أول أسباب الوفاة في شريحة الشباب بين 15-24 سـنة، ويكون الرجل هو الجاني في معظم جرائم العنف مقارنة بالمرأة، وفي معظم الحالات أيضاً فإن جرائم العنف تحدث بين أشخاص يعـرف بعضهم بعضاً أو داخل نطاق الأسرة والأقارب .. ويتم دراسة الدوافع النفسية والسلوكية وتحليل أسباب العنف من جانب المتخصصين هناك بصفة مستمرة ومناقشة ذلك علناً على مستوى وسائل الإعلام.

ونحن في تناولنا لـ " **مسألة العنف في المجتمع المصري**" على سبيل المثال نطرح لـ " **تسـاؤلات** " لتكون كل منها مدخلاً للتوصل إلى تحديد جذورها وأسبابها وآثارها، ثم وضع أسس للمواجهة والحل :

- هـل وصـلت ظاهـرة العنف في قطاعات وشرائح المجتمع المصـري إلـى حـد يضعها من الأولويات التي تتطلب الاهتمام والمواجهة العاجلة .. أم أن ذلك تهويل ومبالغة، وفي المقابل هناك التهويـن مـن شـأن ما يحدث وما يقال أن كل الأمر لا يزال في الحدود المعقولة ؟؟
- هـل تم مراجعة أساليب التعامل اليومي ونمط الحياة لقطاعات المجـتمع الدنـيا والعليا للتعرف على دوافع وأسباب الإحباط التي تدفـع إلـى العدوانـية والعـنف؟ - هل توجد خطط للتعامل مع المصـادر المعـروفة للعـنف والخـروج عل القانون مثل انتشار العشـوائيات والمسـاكن المـزدحمة، وكذلك الزحام في الشوارع والأسـواق، والفقـر والـبطالة .. والاسـتفزاز وتدهور العلاقات الأسرية ؟
- هـل وضع في الاعتبار العوامل النفسية والاجتماعية وبعض الظواهـر مثل الإحباط الجماعي، وتخلف مستوى التعليم والتفكير، وتزايد معدلات الاضطرابات النفسية، واستخدام المخدرات، وتأثير التلوث والضوضاء؟
- هل تم التفكير في بعض أسباب الإحباط العام مثل الاستثناءات فـي كـل مجال، والعداء الذي يسيطر على بعض الفئات والحاجز النفسـي بيـن الـناس وأجهـزة الأمـن التي تقوم بتنفيذ القانون والانضـباط، وضـياع هيـبة السلطة، وشعور الظلم نتيجة لكثرة التقاضي والعدالة البطيئة ؟

وبعد طرح هذه التساؤلات كدعوة لمن يريد أن يدرس ويحلل جذور العنف، فإننا نضع الخطوط الرئيسية للمواجهة والإصلاح وتتمثل في:

- الاهـتمام بالتنشئة السليمة وتقوية الوازع الديني وإعلاء القيم ووضع القدوة الملائمة أمام الأجيال الجديدة.
- إعـادة شـعور الأمـن والطمأنينة وإزالة الحاجز النفسي بين المواطنين والسلطة ليتوحد الجميع في المواجهة.

السماح بقدر أكبر من التنفيس الانفعالي الفردي والجماعي وإيجاد السبل للتعبير عن الطاقات بما فيها العدوانية من خلال سبل مقبولة غير مدمرة (المـثال علـى ذلـك الاهتمام بكل أنواع رياضات القوة مثل الملاكمة والمصارعة للتنفيس المنظم عن طاقات العنف الكامنة لدى الشباب).

الوقايـة من الانحراف تجنباً للجوء إلى العقاب، ومن المعروف أن توقـع العقاب الرادع يحول دون ارتكاب نسبة من المخالفات القانونية، والاهـتمام بفلسفة العقاب والإصلاح .. بأسلوب أخر غير السجون التي تنمي العداء والعنف والعدوانية.

هـناك جانـب آخر لا يلتفت له عادة عند الحديث عن مسألة العنف وكيفـية الـتعامل معهـا بالأسـاليب الأمنية والقانونية أو و من خلال المؤسسـات الاجتماعـية .. ذلك هو **ضحايا العنف**، حيث تؤدي **خبرة الـتعرض للعـنف إلـى آثار نفسية ومضاعفات خطيرة تؤثر في حياة الشـخص ومسـتقبلة وعلاقاته الاجتماعية**، ويحتاج هؤلاء إلى وسائل فعالـة لمسـاندتهم تجنـباً لسنوات طويلة (متوقعة) من المعاناة واليأس القـاتل، نأمل أن تكون هذه النقاط التي طرحناها **مـدخلاً** لإثارة اهتمام الباحثيـن فـي الموضوع وبداية مناقشة واسعة من جانب المتخصصين تتناول كل جوانب مسألة العنف في المجتمع المصري و العربي عموما.

الطـب النفسـي المعاصـر

أ.د. أحمـد عكاشـة

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Okasha.B1.htm

نحـو سيكولوجيـة عربيـة

أ.د. محمـد أحمـد النابلسـي

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Nab.B2.htm

العنـف الجنســي ... مقاربـة أنثروبـونفسيـــة

فـارس كمـال نظمـي/ العـراق fariskonadhmi@hotmail.com

متطف: (من تقرير منظمة مراقبة حقوق الإنسان – بغداد / 2003 م)

امرأة في الثالثة والعشرين، اختطفت أثناء سيرها في الشارع مع والدتها وبعض أفراد أسرتها، واقتيدت إلى منزل خارج بغداد، حيث احتجزت ليلة كاملة، واغتصبت. وأبلغ والدها الشرطة باختطافها، ولكنها لم تقم بأي تحريات بشأن ادعائه.

طفلة في التاسعة من عمرها، تعرضت للاغتصاب الوحشي على يد رجل اختطفها من سلم الفندق الذي تقيم فيه عصر الثاني والعشرين من مايو؛ ورفضت إحدى المستشفيات علاجها، كما رفض معهد الطب الشرعي توقيع الفحص الطبي عليها لعدم إحالتها إليه بصورة رسمية.

فتاة في الخامسة عشرة من عمرها، فرت من أحد المنازل خارج العاصمة بغداد في 8 حزيران، حيث ظلت محتجزة لمدة شهر مع شقيقتها وسبعة أطفال آخرين؛ ولم تتعرض للاغتصاب، ولكن شقيقتها اغتصبا . ومن المعتقد أن خاطفيها كانوا يتوون بيعها هي والأطفال الآخرين للمتجرين بالبشر.

على الرغم من أن العنف الجنسي، يعدّ سلوكاً منحرفاً، يتضمن انتهاكاً مادياً ومعنوياً لجسد المرأة دون إرادتها أو رغبتها، يصدر عن رجل أو مجموعة رجال، تحت دوافع عدوانية شتى: بيولوجية، نفسية أو سياسية؛ إلا أن العمق الأنثروبولوجي لهذا السلوك، يكاد أن يحيله الى سلوك نمطي رافق الجنس الذكري في علاقته التأريخية بالجنس الأنثوي، مما يجعل من غير المجدي تناوله في الاطار السيكولوجي المجرد فقط.

تؤمن المجتمعات الشرقية، ومنها المجتمع العراقي، في غالبيتها، ومنذ قرون بعيدة، أن "**شرف المرأة**" يكمن في جسدها بالأساس، وليس في عقلها أو شخصيتها، بل أن جزءاً مهماً من "**شرف الرجل**" نفسه صار يتحدد بمدى "**عفة جسد**" زوجته أو ابنته أو أمه أو أخته أو قريباته. وإذا كان الرجل هو الذي سنّ هذا التشريع أو المعيار أو القيمة لأسباب تتعلق بـ "**سعيه التاريخي**" لتوطيد مكانته القيادية في الأسرة والمجتمع، من خلال تأمين ممتلكاته وتوريثها الآمن إلى ذريته، فإن جسد المرأة كان لا بد له أن يصبح جزءاً من هذه "**الملكية المقدسة**" التي ينبغي أن لا تمس، بوصفه جزءاً ملحقاً بذات الرجل من جهة، ولكونه "**وعاءاً بيولوجياً**" لإنتاج ورثته المنتسبين إلى دمه من جهة أخرى. وبالتدريج استحالت هذه **القيمة الاقتصادية-الاجتماعية** إلى **قيمة نفسية** راسخة لدى الجنسين على حد سواء، **آليتها الكبت الجنسي**، الذي تباينت درجته من مجتمع إلى آخر طبقاً للنظرة إلى المرأة في كونها مفهوماً يتدرج معناه بين قطبي: "**جسد** ↔ **إنسان**". إلا أن المفارقة التي ما زالت تحدث حتى اليوم، هي أن الرجل الذي سنّ هذه القيمة ذات الفعل التحريمي Taboo أصبح ينتهكها، بهذه الكيفية أو تلك، وبهذه الدرجة أو تلك، عندما يتعلق الأمر بـ "**شرف رجال**" آخرين، من خلال توجيه طاقته الجنسية بشكل عدواني نحو نساء يحرّم عليه المجتمع معاشرتهن. إن هذه المفارقة هي جزء من مفارقة أكبر تجسد الواقع البشري بأبعاده المختلفة. فالأقوياء يشرّعون القوانين والمعايير، ويضفون عليها القدسية والسرمدية، وهم أكثر من ينتهكها دون خوف أو حرج، ما داموا يؤدوا دوراً مزدوجاً في مجتمعاتهم: المشرّع والقاضي في آن معاً.

امتداداً لهذا التصور، يمكن القول أن هناك ثلاث سلطات مارست سادتها على المرأة في العراق، معرّضة إياها إلى أنواع متعددة من العنف الجنسي بشقيه الاجتماعي والسياسي، خلال العقود الثلاثة الماضية وحتى اليوم :

1. **السلطة السياسية السابقة**: مارست اغتصاباً مبرمجاً لنماذج منتقاة من النساء العراقيات، بوصفه وسيلة لإخصاء خصومها (الحقيقيين والوهميين) معنوياً، وجعلهم رهائن خاضعين، لقدرتها على انتهاك أعراضهم متى ما شاءت.
2. **سلطة الائتلاف المحتلة** : نفذت مشورة خبرائها في السيكولوجيا السياسية، باغتصاب النساء العراقيات المعتقلات في سجن أبي غريب وغيره، ثم بث الشهادات والصور التي تثبت ذلك على شبكات الانترنيت والقنوات الفضائية، تمريغاً لكبرياء العراقيين، وهدماً لشعورهم بالاعتزاز الوطني، وإقصاءاً لاحتمالات تعافي الشخصية العراقية واستعادتها لهيبتها واحترامها لذاتها.
3. **السلطة الاجتماعية الذكورية** : جعلت من جسد المرأة "**موضوعاً دونياً**" مفضلاً لدى بعض الرجال، يمارسون من خلاله الكثير من التفريغ الانفعالي والبيولوجي. فمحاكم الجنايات في العراق لم تتوقف منذ نشوء الدولة العراقية الحديثة، عن النظر بجرائم الاغتصاب والتحرش المرتكبة ضد المحارم أو الغريبات. يضاف إلى ذلك ما رافق حالة الانهيار الأمني المستمرة منذ نيسان 2003م وحتى الآن، من تفشي جرائم اغتصاب وخطف النساء على يد أفراد أو عصابات، على نحو لم يشهده المجتمع العراقي ذو التقاليد المحافظة من قبل.

يهمنا في هذه القراءة الإنثروبونفسية التركيز على بنية "**السلطة الذكورية**"، وعلاقتها بـ "**الديناميات النفسية**" المحركة للعنف الجنسي في الوقت الحاضر. فقد أدت حرية الصحافة، شفافية الأخبار، وزوال سلطة الرقيب الإعلامي، إلى المجاهرة بفكرة أن الاغتصاب ليس جريمة مندثرة من المجتمع العراقي كما يراد للرأي العام أن يعتقد سابقاً، بل هو واحد من أشكال العنف الاجتماعي الناجمة عن تأسيسات سوسيولوجية عمّقها التاريخ البشري من جهة، وعن ترسبات نفسية اقترنت بالكبت والحرمان والاستبداد والظلم والاغتراب واللامعيارية التي سادت حياة ثلاثة أجيال عراقية من جهة أخرى. لكن الغياب شبه التام للمعطيات الاحصائية والتوثيقية لجرائم الاغتصاب هذه (باستثناء حالات محدودة جداً، منها تقرير منظمة مراقبة حقوق الانسان في تموز 2003م، الذي وثق 25 حالة اغتصاب وخطف تعرضت لها نساء عراقيات في بغداد)، يستدعي التريث في الجزم بأن العنف الجنسي ضد المرأة ظاهرة شائعة في مجتمعنا، مقترحين بدلاً عن ذلك عدداً من "**الأبعاد النفسية الاجتماعية**"، نستعين بها لتفسير القلق المتزايد الذي أمسى الرأي العام ووسائل الإعلام يتناقلان به أخبار جرائم الاغتصاب والخطف هذه، سواء كانت مبنية على حقائق مؤكدة أم تهويلات تستهدف الإثارة، مما أثر سلباً وبشكل ملحوظ على ظهور النساء ومشاركتهن في الحياة العامة، مقارنة بمرحلة ما قبل الاحتلال :

1- تصدع الأنا الأعلى

عندما يضعف المكونان الواقعي والمثالي في الشخصية وينحسران، بسبب التلاقي الذي يحدث بين غياب سلطة القانون العقابية (الخارجية) وبين تهرؤ الضمير (الداخلي) أي الفيصل الأخلاقي بين الحلال والحرام، عندها تنغمر الشخصية بالدوافع الغريزية المنفلتة، ويصبح

السلوك موجهاً في معظمه نحو انتهاك المحرّمات الاجتماعية، انتقاماً أو بحـثاً عن اللذة الآنية (اللا منضبطة). وهذا ما حدث مع فئات معينة من المجـتمع العراقـي نشـأت فـي ظروف الحرمان الاجتماعي، البطش الأعمـى، ازدواج المعايير وتدهور قيمة الحياة البشرية، فوجدت نفسها لاحقاً، تسلب وتنهب وتغتصب وتخطف وتطالب بالفدية، ضمن إطار قوانين الحتمية السلوكية، وكأنها ترد للمجتمع آثامه معها.

2- العنف الاجتماعي العام

يتناسـب عـدد الجـرائم الجنسية طردياً مع إزدياد ظواهر العنف الأخـرى فـي المجـتمع، طـبقاً إلى ما أثبتته عديد الدراسات النفسية الاجتماعـية، إذ توصلت إلى أن نسبة الاغتصاب تزداد في المجتمعات التـي تعانـي ارتفاع معدلات العنف المتبادل بين أفرادها، والتي تدعم سـيادة الذكـور وتشجع الفصل بين الجنسين. وهذا ما ولّـدته الحروب والقمـع السياسـي في العراق، إذ نشأت أنماط من العنف المتناسلة عن بعضـها، صار لها وظيفة دلالية في أغلب ميادين الحياة اليومية للناس، إبتداءاً من مفردات التخاطب اليومي، وإنتهاءاً بتغييب الآخر وإفنائه.

3- التوحد بنماذج الثقافة الإباحية

أثبتـت الدراسـات بشكل متواتر، أن الرجال الذين يتابعون المواد الإباحـية مـن أفـلام أو صـور أو تسجيلات صوتية أو أعمال أدبية، يكونون أكثر عدوانية تجاه النساء لاحقاً، نتيجة ميلهم للاعتقاد أن النساء يتمتعن باغتصابهن. إن هذا النوع من الثقافة الذكورية المنحرفة كان له وجـوده في عراق قبل الاحتلال، ثم ازداد انتشاراً بعده، لغياب الرقابة، وانخفـاض تكلفـة الحصول على وسائله المتنوعة من أقراص ليزرية وقنوات فضائية. كما أن تنامي ظاهرة الإدمان على المخدرات والعقاقير النفسية مؤخراً، ساهم أيضاً في تخدير الضوابط الأخلاقية و تدنيها لدى البعض ممن يمارسون انتهاك الحرمات.

4- شائعات الخوف

إن الطريقة التي يتناقل بها العراقيون أخبار حوادث العنف الجنسي، تـتخذ أحـياناً مسارات تشبه طرائق بث (شائعات الخوف)، التي إما أن تكون إفرازاً تلقائياً من داخل المجتمع لحماية مقدساته في زمن التغيرات الاجتماعـية العنـيفة، أو تكـون نوعاً من حرب نفسية تمارسها القوى المضـادة للتغييرات الجديدة في العراق، بهدف إشاعة الرعب وتعطيل الإيقاع الطبيعي للحياة اليومية.

5- اللوم الموجه إلى ضحايا الاغتصاب

كثيراً ما يوجه الناس، في مجتمعات مختلفة، عبارات اللوم والتقريع لضـحايا الاغتصاب أو الاختطاف أو التحرش، بقولهم: (لماذا وضعتِ نفسـك فـي مثل هذا الموقف المهين؟)، (لماذا كنتِ تسيرين وحدك؟)، (لماذا لم تصرخي؟)، (لماذا لم تقاومي؟). مثل هذه الأقوال تعكس رغبة هـؤلاء لعـزو مسؤولية الاغتصاب الى الضحية نفسها، إذ بينت عديد الدراسـات أن الـناس، ولا سيما الرجال، يحتاجون إلى إيجاد مبرّرات (معقولـة) لمثل هذه الحوادث، ليشعروا بعدها بالاتزان، وبأن العالم (أو الجـلاد) لـيس ظالماً الى هذا الحد، إنما الضحايا هنّ من يستحقن اللوم بسبب قلة حذرهن وعدم حرصهن على تجنب المعتدي. وتنتشر مثل هذه الآراء بشكل واسع في مجتمعنا، إلى حد نسيان جريمة المعتدي، وإنزال العقـاب بالضـحية بـدلاً عنه، والتي غالباً ما تلجأ إلى التكتم والصمت تجاشـياً للعار الاجتماعي، مما يشجعه على تكرار أفعاله بأشكال أقسى وأعنف.

إن الظلـم الاجتماعـي سلسـلة طويلـة، يستحيل فصم حلقاتها إلا لأغـراض التحليل والتأمل. أما الواقع الاجتماعي، فهو التحام جدلي بين كل المفاهيم والوقائع المتناقضة والمتجانسة، ولذلك لا معنى لفصل حقوق المرأة عن حقوق الإنسان عامة. وهذا ما جعلني لا أجد في نفسي حماسـاً كافـياً لحـركات تحريـر المرأة بقدر حماسي لتحرير الرجل، وبالتالي تحرير الإنسان. إن المآسي والانتهاكات والمظالم التي تتعرض إلـيها المرأة لن تنتهي إلا بنهاية عبودية الرجل لإلهين اخترعهما، وما برح يتعبد في أفيائهما : (المال) و (الجنس).

في سيكولوجية العنف والعدوان (ملحق نظري)

أ.د. قاسم حسين صالح – العراق iraqipa@hotmail.com

شغل موضوع العدوان اهتمام رجال الدين والسياسة وعلماء الحياة (البيولوجيا) وعلماء النفس والاجتماع. . . ويبدو أن العنف بين الناس يزداد بتقدم الزمن. ففي عام 1961 كان عدد الموضوعات المنشورة عن العدوان يحدود الأربعين موضوعا، ارتفع في غضون عشر سنوات إلى أربعمائة، ليصل العدد في بداية القرن الواحد والعشرين إلى عشرات الآلاف.

مـع أن هذا الازدياد يرتبط بالتقدم في مجال البحث العلمي، إلا أنه يعنـي أساسـا شيوع أسباب العدوان والعنف المتمثلة أهمها في : القمع السياسـي، والتسلط، وردود أفعال الأكثرية من المحرومين الناجمة عن القهـر والظلـم الاجتماعي والشعور بالحيف، وضعف أو غياب العدالة والمسـاواة، والاحتلال والهيمنة السياسية لدولة على أخرى، وازدواجية المعايـير فـي تعـامل السياسـة الدولـية مع قضايا مصيرية تخص الشعوب..... فضلا عن زيادة جرائم السلب والنهب والاختطاف والقتل والسـرقة. ويعد **العنف أخطر أنواع العدوان**، لكونه يتضمن إلحاق أذى أو دمار مادي جسيم بالشخص الآخر أو بممتلكاته مع توفر القصد. وهو غـير العـدوان المشـروع لحماية النفس، والعدوان لحماية الآخرين، والعـدوان الوسـيلي الذي يعني القيام بفعل عدواني لتحقيق هدف غير عدواني، مثل قيام رجال الأمن بمطاردة مجرم لإلقاء القبض عليه.

والإشـكالية التي لم تحل لحد الآن تتمثل فيما إذا كان العدوان لدى البشـر ناجمـا عـن **أسباب بيولوجية** (أي أنه **وراثي**) أم انه يعود إلى عوامـل تـتعلق **بطبيعة النظام الاجتماعي والسياسي وأساليب التنشئة والتعلم**؟

ينضـوي تحت الصنف الأول الذي يتبنى المفهوم البيولوجي للعنف عـدد كبير من الفلاسفة وعلماء البيولوجيا وعلماء النفس والاجتماع.... فعلـى سـبيل المـثال، تنظر فلسفة **هوبز** إلى الناس على أنهم يميلون بالفطـرة إلى التنافس والعدائية الذي قد يصل إلى التدمير المتبادل بينهم مـا لـم تكن هناك دولة تحول دون ذلك. ويرى **نيتشـه** أن وجود ناس لطفـاء يتصفون بالرقة هي حالة شاذة بين البشر، يرجح أنها تعود إلى خلل أو تلف عضوي. ويرى شاعرنا **المتنبي** الرأي نفسه إذ يقول:

والظلم من شيم النفوس فأن تجد ذا عفة فلعلة لا يظلم

ويقـف **فـرويد** فـي مقدمـة علماء النفس الذين يؤكدون بيو**لوجية العـدوان** فـي مقولـته بوجود غريزتين في الإنسان هما **غريزة الحياة (ايـروس) وغريـزة الموت (ثناتوس)**، يعيشان في صراع دائم، وأن الحـل يكـون بتحويل وجهة غريزة الموت إلى الخارج بنشاط تفريغي ملائـم (الرياضـة مثلا) وإلا فأن الناس يلجئون إلى التصرف بأساليب عدوانية ضد الآخرين لتفريغ ما تراكم لديهم من طاقات عدوانية.

وتوصل **لورنز**، الذي اشتهر بدراسته لسلوك الحيوانات لاسيما الإوز وحصـل علـى جائـزة نوبل عام 1973 عن دراسته الخاصة بالأسس الايثولوجـية للسلوك وأنماط السلوك الغريزية لدى الإنسان.... توصل إلى أن العدوان غريزي ، وأنه طاقة تعمل بصورة مستمرة ومتجددة،

وأنه لابد من تصريف هذه الطاقة وإلا تراكمت إلى مستويات خطيرة.

ومـن طـريف ما توصل إليه : أن معظم الحيوانات تملك ما اسماه **أدوات السـلامة الفطرية** تحول دون قتل أفراد ينتمون إلى النوع نفسه عـندما يحدث صراع بينهم. وأنها تستخدم طريقة **العراك المراسيمي أو الطقوسـي**، يجري من خلالها تفريغ الشحنات العدوانية بأسلوب نمطي محـدد لـدى أفـراد النوع الواحد، ينتهي فيه العراك بالحد الأدنى من الخسـائر، ويفسـح المجال في الوقت نفسه إلى خروج طرف منتصر. فعلى سبيل المثال، ينتهي العراك بين ذئبين عندما يخفض الذئب المهزوم رأسه إشارة إلى استسلامه، فينتهي الصراع.

وهنالك طريقة أخرى تستخدمها الحيوانات للحيلولة دون نشوب قتال بينها أسماها لورنز **(طريقة الاسترضاء أو التهدئة)**. فعلى سبيل المثال، هـناك نوع من طيور الغربان يختلف لون مؤخرة الرقبة لديه عن بقية جسـمه بريشه الملون، ويتوقف العراك لديها حين يطأطأ أحد الطيرين المتنازعيـن عـن رأسه كاشفا ريشه الملون، فيمتنع الطير المهاجم عن الهجوم وينتهي النزاع.

والمفارقـة أن هذه الحقائق تكشف لنا أن الحيوانات أعقل كثيرا من الإنسان في ممارسة العدوان.

وعلـى رأي لورنـز فأن الإنسان يفتقر إلى أدوات السلامة الفطرية لدى الحيوانات، مثل ممارسة الطقوس وأساليب الاسترضاء أو التهدئة. وحـتى علـى افتراض أنها موجودة لدينا فأنها أصبحت غير فاعلة لأن وسـائل الدمار البعيدة المدى صارت تحول دون وجود اتصال بصري بيـن المقاتليـن، فتعطلت الغريزة وسيطر على المقاتل هدف واحد هو تحقيق الانتصار مهما كان حجم الدمار.

وتنضـوي تحت خيمة (الغرائز) **نظرية لومبروزو** الذي حاول فيها ربـط الإجـرام بالمرض العقلي، والاعتماد على الملامح وشكل الرأس والوجه واليد لتشخيص الميول الإجرامية وعلامات التحلل الخلقي. وهو مقتنع بأن النزعة نحو الإجرام تورث بيولوجيا، شأنها شأن لون العينين والشعر.

وينضـوي أيضـا تحـت هـذه الخيمة افتراض مؤداه أن الذكورة والعـدوان أمران متلازمان. وشاع في منتصف ستينيات القرن الماضي اكتشاف مورث ذكري زائد (Y) لدى عدد من المجرمين السيكوبات. غير أن البحوث اللاحقة لم تؤيد ذلك بدرجة قطعية.

علـى أن نظـريات الغرائـز تعرضـت للنقد في تفسيرها للعنف والعـدوان، لاسيما تلك القائمة على وفق الأنموذج (الهيدروليكي) الذي يفسـر العدوان بعملية ميكانيكية. بمعنى أن العدوان يحدث تلقائيا عندما تتراكم الطاقة العدوانية إلى المستوى الذي يحتاج إلى تصريف أو تفريغ.

وجـاء هـذا الـنقد مـن علماء في الاختصاص نفسه(البيولوجيا والايثولوجـيا)، الذيـن رأوا أن العدوان هو استجابة أو رد فعل لعوامل بيئـية، وأنه يمكن السيطرة عليه أو تعديله في ظل توافر شروط داخلية وخارجية محددة.

وإزاء نظـريات الغرائـز طرحـت فرضـية أو نظرية **(الإحباط - العدوان)**، التي ترى أن العدوان ينجم دائما عن الإحباط. وأن وجود الإحـباط يفضـي دائمـا إلى عدوان من نوع ما. فعلى رأي صاحبي الـنظرية **دولارد وميلر** (1939) فأن كل إحباط يفضي إلى عدوان، وكل عدوان يسبقه إحباط. ويعني الإحباط هنا : إعاقة سلوك متجه إلى هدف أو غايـة أو قصـد. أو هو ما يحول دون صدور استجابة متجهة نحو شيء ما قد حانت لحظتها.

وعلـى الـرغم مـن انتشار هذه النظرية، فأنها تعرضت لانتقادات كثـيرة مـنها أن الإحباط لا يؤدي دائما إلى ظهور العدوان، ولا يتجه بالضـرورة إلى مصدر العدوان، إذ يحصل أن يتوجه نحو ضحية تكون **كـبش فـداء**. ويحصل هذا في ظروف الأزمات السياسية والاقتصادية والاجتماعـية، وفـي المجـتمع الـذي تـتعدد فـيه الأديان والأعراق والمذاهب.... وتسود فيه حالات التعصب. وقد يكون اختيار كبش الفداء مقصـودا وقـد يكـون عشـوائيا. فقد كان اليهود هم كبش الفداء في الثلاثينـيات والأربعينيات. وقد قال هيرمان راوشنج أحد كبار النازيين (لـو لـم يكـن اليهودي موجودا لاخترعناه). ومن الجدير بالإشارة أن الدوغماتـية، التي تعني النظرة المتشددة للحياة وعدم التسامح مع ذوي الاعتقادات المعارضة بغض النظر عن موقعهم الاجتماعي أو اتجاهاتهم السياسـية، هـي العامل الرئيس في نشوء التعصب. وأن التعصب ينشأ عن بعد شخصي يتمثل بالتصلب في الرأي. وتفيد الدراسات الأجنبية أن الشخص المتصلب في رأيه ينجذب إلى الأيديولوجيات السياسية التي تقع في أقصى اليمين أو في أقصى اليسار.

وكـان أبرز المنتقدين لنظرية الإحباط العدوان هو **بيركوفيتز**، الذي فسـر العـدوان بمفاهيم النظرية السلوكية للتعلم بقوله : إن العدوان يتم تعلمه من خلال التعزيز. فالشخص المنخرط فيما يسمى قوات المرتزقة يقـتل مـن أجـل المال أو مكافأة مادية. ويرى أن الإحباط يؤدي إلى الغضـب وليس إلى العدوان. غير أن الإحباط يسبب ألما نفسيا، وكل ما يسـبب ألمـا نفسيا أو جسديا قد يؤدي إلى العدوان. وهو يعتقد بوجود شـرطين يعمـلان معا ويقودان إلى العدوان عند حدوث الإحباط هما : الاسـتعداد للسلوك العدواني، ووجود قرائن أو تنبيهات بيئية مرتبطة إما بالسلوك العدواني أو بمصدر الإحباط.

وتحـول الاهتمام نحو التعلم في دراسة العنف والعدوان فظهرت (**نظـرية التعلم الاجتماعي**) صاغت فرضية فحواها أن السلوك العدواني متعلم، وأن تعلمه يتم من خلال تقليد النماذج العدوانية وما تحصل عليه هـذه الـنماذج مـن تعزيز أو مكافئات. واستطاع باندورا وزملاؤه أن يبرهنوا على أن التعزيز يرفع من احتمال التصرفات العدوانية للمعتدي. وأن المـيول العدوانـية للطفل يمكن أن تتقوى من خلال التعزيز غير المباشر حين يرى الآخرون ينالون مكافأة على السلوك العدواني.

وبالرغم من الانتقادات التي وجهت لنظرية التعلم الاجتماعي لاسيما محدوديـة تعميم نتائجها، إلا أنها لاقت دعما من مصادر متعددة، يرى معظمها أن الأجيال المتعاقبة تتعلم العنف من خلال ممارسته في الحياة الأسرية، والدور الذي تؤديه وسائل الإعلام في تعلم السلوك الاجتماعي العدائي.

هذا وسنتناول الموضوع بشيء من التفصيل في مناسبة أخرى.

Société Psychanalytique Marocaine (SPM)

جمعيـــة التحليـــل النفســـي المغربيـــة

Site Web : www.lienpsy.com
E.mail : khalid_elalj@hotmail.com

موقـع الـويـــب : www.lienpsy.com
بـريـــد إلكتـرونـي : khalid_elalj@hotmail.com

▪ Première Annonce de Naissance

Nous avons le grand plaisir de vous informer de la naissance de la Société Psychanalytique Marocaine (SPM). Fondée le 7 décembre 2001 à Rabat, elle a fait récemment l'objet d'une reconnaissance officielle.

Depuis plusieurs années, un groupe composé de praticiens psychiatres et psychologues, se réunit pour réfléchir à la question de la formation. Ce cheminement a abouti à la création de la Société Psychanalytique Marocaine (SPM), structure associative régie par le dahir n° 1-58-376 du 3 Joumada 1 1378 (15 novembre 1958).

Les membres fondateurs de la S.P.M. sont :

Jalil BENNANI, Leila CHERKAOUI, Abdeslam DACHMI, Khalid EL ALJ, Mohamed JAMAI, Ahmed Farid MERINI, Abdellah OUARDINI, Hachim TYAL.

Précédant cette fondation, des journées inaugurales pour la formation se sont tenues du 18 au 20 octobre 2001. Ces journées, intitulées **Les nouvelles rencontres psychanalytiques de Rabat,** se sont déroulées dans le cadre de l'Institut Français de Rabat grâce au concours du Service de Coopération et d'Action Culturelle de l'Ambassade de France.

Au cours de ces journées, la présence régulière d'une assistance nombreuse et motivée, a montré l'intérêt du public pour cette discipline et la nécessité d'aller plus loin dans notre engagement dans la formation, au-delà de la sensibilisation. Le niveau de ces journées a été rehaussé par la participation très active de conférenciers de renom, qui ont tous soutenu ce projet et émis le souhait de rester des partenaires et conseillers. Suite à sa fondation, la SPM leur a réservé le rôle de membres honoraires de la Société.

La Société Psychanalytique Marocaine se donne pour buts et objectifs :

- d'assurer la formation des psychanalystes au Maroc
- de promouvoir et de développer la psychanalyse au Maroc
- de veiller au respect de l'éthique dans le cadre de cette formation.

Pour parvenir à ses objectifs, la SPM se propose de mettre en place les moyens pour assurer :

- la psychanalyse personnelle
- la pratique de " contrôle "
- la formation théorique
- l'habilitation à la pratique de la cure psychanalytique par une commission composée de trois praticiens confirmés.

Les praticiens qui seront amenés à dispenser une formation seront soit des praticiens marocains, soit des praticiens étrangers.

La SPM vise ainsi à faire bénéficier les futurs psychanalystes de la formation la plus ouverte et la plus large possible, tenant compte en cela des différents développements qu'a connu la psychanalyse depuis sa fondation par Freud.

La SPM veillera à :

▪ إعـــلان التأسيـــس

إنـه لمـن دواعـي سرورنا إعلامكم تأسيس جمعية التحليل النفسي المغربـية (الـرباط 7 ديسمبر 2001) حيث تم مؤخرا الاعتراف الرسمي بها.

اجتمعت منذ عدة سنوات مجموعة من الأطباء النفسانيين و أخصائيي علـم النفس للتفكير في مسألة التكوين في التحليل النفسي، و كان منطلق المسـار الـذي أدى إلـى تأسيس جمعية التحليل النفسي المغربية كهيكل جمعياتي مرخص له و خاضع لقانون الجمعيات المغربية (القانون عدد 1-58-376 المؤرخ ب 3 جمادى الأولى 1378 الموافق 15 نوفمبر 1958).

الأعضاء المؤسسون لجمعية التحليل النفسي المغربية :

جلـيل بنانـي، ليلى شرقاوي، عبد السلام داشمي، خالد العلج، محمد الجماعي، أحمد فريد مريني و هاشمي تيال.

سـبق التأسيس القيام بأيام علمية تحسيسية لأهمية التكوين في التحليل النفسـي مـن 18 إلـى 20 أكتوبر 2001، أطلق عليها "**ملتقيات التحليل النفسـي الحديـثة بالـرباط**" فـي المعهد الفرنسي بالرباط بدعم مصلحة التعاون و العمل الثقافي لسفارة فرنسا.

تمـيزت هذه الأيام بمشاركة منتظمة مكثفة و فاعلة وهو مؤشر على اهـتمام المشـاركين بهـذا الفرع من التخصص في العلوم النفسية و إلى ضـرورة المضـي قدما في مسار التكوين في التحليل النفسي إلى ما هو أبعد من مجرد التحسيس.

إن مشـاركة محاضـرين مشهودا بكفاءتهم في التحليل النفسي ساهم بشـكل ملحـوظ في أن تكون هذه الأيام ذو مستوى علمي رفيع، هذا إلى جانب الدعم الكامل لتحقيق مشروع التكوين مع التعبير عن رغبتهم في أن يكونوا طرفا فاعلا في نشاط الجمعية. و من هنا فقد عملت جمعية التحليل النفسي المغربية مباشرة بعد تأسيسها إلى منحهم صفة الأعضاء الفخريين.

لقد وضعت جمعية التحليل النفسي المغربية من جملة مهامها تحقيق الأهداف التالية :

- تكوين المحللين النفسانيين بالمغرب
- تعريف و تطوير التحليل النفسي بالمغرب
- احترام الأخلاقيات في إطار هذا التكوين.

لتحقيق هذه الأهداف تقترح الجمعية توفير الأدوات :

- التحليل النفسي الشخصي
- متابعة و تنفيذ "المراقبة"
- التكوين النظري
- تخضـع أهلـية ممارسـة التحليل النفسي لهيئة مكونة من ثلاثة محللين من الممارسين المعترف بكفاءاتهم :
- المؤهلـين للتكوين في التحليل النفسي يكونون سواء من الأطباء المغاربة أو الأجانب.

تهـدف الجمعـية أيضا إلى أن توفر للمحللين النفسانيين الجدد تكوينا علمـيا متفـتحا متميزا بالشمولية و العمق مع الأخذ في الاعتبار مختلف التطورات التي شهدها التحليل النفسي منذ نشأته من طرف فرويد.

تعمل جمعية التحليل النفسي المغربية على :

- mettre en place les documents de base réglementant les différentes activités de la Société
- instituer des groupes de travail (cartels) composés de quatre personnes au moins, en vue d'assurer un travail régulier entre les membres de la Société
- organiser des séminaires, des conférences, des colloques, des congrès nationaux et internationaux
- organiser la tenue de journées annuelles de la Société et, si possible, semestrielles
- assurer la publication des travaux de ses membres qui réunissent les conditions de publication
- promouvoir différentes actions culturelles au profit de ses membres
- développer le champ de la recherche en psychanalyse
- encourager le travail sur les traductions françaises, anglaises ou espagnoles de textes psychanalytiques allemands. Elle favorisera également toute initiative susceptible d'aider à la traduction en arabe des textes psychanalytiques
- assurer des contacts périodiques avec tous les organismes ou associations ayant des activités similaires
- créer une bibliothèque et se doter d'une banque de données informatisées
- se doter d'un siège social

Condition d'affiliation à la SPM

Membres Adhérents:

- les praticiens de la santé mentale au Maroc
- les psychanalystes exerçant à l'étranger et inscrits dans un processus de formation analytique et dont la pratique fait l'objet d'une reconnaissance, soit dans le cadre d'une institution, soit par leurs travaux.

Pour être Membre Adhérent, il faut présenter sa candidature au Bureau de la Société, être agréé par celui-ci, avoir payé sa cotisation annuelle et se soumettre aux décisions de la Société conformément aux dispositions statutaires et réglementaires.

Seuls les membres adhérents sont habilités à voter dans les différentes institutions de la SPM (Assemblée Générale Ordinaire, Assemblée Générale Extraordinaire…)

Membres Associés :

- les personnes qui, par leurs préoccupations professionnelles ou par leurs recherches personnelles sont intéressées par la psychanalyse
- les étudiants en formation en psychiatrie, en psychologie ou dans une autre branche de la santé mentale.

Pour être Membre Associé, il est nécessaire d'avoir le parrainage de deux membres du Bureau. Les Membres associés n'ont pas de voix élective. Les Membres Associés doivent s'acquitter de leur cotisation annuelle.

Les Membres Bienfaiteurs

Les Membres Bienfaiteurs sont les personnes qui apportent leur soutien moral, matériel ou technique à la Société. Pour être Membre Bienfaiteur, il faut être agréé par le Bureau et avoir réglé sa cotisation annuelle.

Les Membres Honoraires

Les Membres Honoraires sont les personnes qui se sont distinguées par leurs travaux et qui soutiennent la Société. Ils seront choisis sur proposition du Bureau.

- توفير الوثائق الأساسية المنظمة لمختلف أنشطة الجمعية
- تأسيس مجموعات عمل (كارتلز) مكونة من أربعة أفراد على الأقل لتأمين عمل متواصل بين مختلف أعضاء الجمعية.
- تنظيم ندوات تكوينية، مؤتمرات و ملتقيات على مستوى القطر و على المستوى الدولي.
- تنظيم الأيام السنوية للجمعية (نصف سنوية إن أمكن ذلك).
- تأمين نشر الأعمال العلمية لأعضائها المتوفرة فيهم شروط النشر العلمي.
- تشجيع عديد الأعمال الثقافية لفائدة أعضائها.
- تطوير مجالات البحث في التحليل النفسي وتشجيع ترجمة الأعمال الفرنسية، الإنكليزية أو الإسبانية للنصوص الألمانية كما تشجع أيضا مبادرات الترجمة العربية لأعمال التحليلنفسي.
- تأمين لقاءات دورية مع المنظمات و الجمعيات ذو التوجهات المشابهة.
- تأسيس مكتبة تضم بنكا رقميا للمعلومات في التحليل النفسي.
- العمل على توفير مقر خاص للجمعية.

شروط العضوية في الجمعية :

أعضاء منتسبون

- الأطباء الممارسين في ميدان الصحة العقلية و النفسية بالمغرب
- المحللون النفسانيون الممارسين خارج المغرب و المسجلين في التكوين التحليلي (الذين تكون ممارستهم في حاجة إلى الاعتراف سواء من طرف هيكل مؤسساتي أو من خلال أعمالهم و أبحاثهم العلمية).

للاشتراك كعضو منتسب يتم تقديم الترشح لمكتب الجمعية، بعد قبول الترشح يسدد الاشتراك السنوي و عندها يصبح خاضعا لمقررات الجمعية حسب ما يتضمنه بنود القانون الأساسي و تنظيمها.

يتمتع الأعضاء المنتسبون دون سواهم من الأعضاء بحق التصويت في مختلف هياكل جمعية التحليل النفسي المغربية (الجلسة العامة العادية، الجلسة العامة الاستثنائية …)

أعضاء متعاونون

- الأفراد الذين بحكم توجهاتهم المهنية و أبحاثهم العلمية لهم اهتمام بالتحليل النفسي.
- الطلبة الخاضعين للتكوين في ميادين الطب النفسي و علم النفس أو في شعب أخرى للصحة النفسية.

للتمتع بصفة عضو متعاون" ينبغي على المترشح أن يحظّى من طرف عضوين من أعضاء الجمعية، وهو لا يتمتع بحق التصويت و يتوجب عليه دفع معاليم اشتراكه السنوي.

أعضاء داعمين

يتمتع بصفة "عضو داعم" كل فرد ساهم في تقديم دعم معنوي، مادي أو تقني للجمعية.

كما يتمتع أيضا بصفة عضو داعم كل من تم ترشيحه من طرف المكتب التنفيذي و سدد معلوم اشتراكه السنوي.

أعضاء شرفيين

يتمتع بصفة "عضو شرفي" الأفراد الذين تميزوا من خلال أبحاثهم و الذين يدعمون الجمعية، يتم اختيارهم باقتراح من هيئة المكتب التنفيذي.

Les Membres Correspondants

Les Membres Correspondants sont des personnes chargées de diffuser les travaux de la Société et favoriser les relations et les échanges avec d'autres associations au niveau international. Ils peuvent être proposés par le Bureau ou admis, suite à leur propre demande, après acceptation du Bureau

Le bureau de la SPM :

Le Bureau, élu pour trois ans par l'Assemblée Générale, est le suivant :

- Jalil BENNANI : Président
- Abdeslam DACHMI : Vice-président
- Hachim TYAL : Secrétaire Général
- Ahmed Farid MERINI : Secrétaire Général Adjoint
- Mohamed JAMAI : Trésorier
- Abdellah OUARDINI : Trésorier Adjoint
- Khalid EL ALJ : Conseiller

Le Bureau de la SPM - Rabat, le 25 mars 2002

أعضـاء مراسلـون

يتمـتع بصفة "عضو مراسل"، الأشخاص المكلفين بالتعريف بأعمال الجمعية و الذين ساهموا في تطوير العلاقات و التبادل مع جمعيات أخرى على المستوى العالمي، يتم اقتراحهم من طرف هيئة الجمعية أو على إثر تقديم طلب في الأمر على أن يتم قبولهم بعد موافقة المكتب التنفيذي.

المكتـب التنفيـذي للجمعيـة :

يتركب المكتب التنفيذي للجمعية و المنتخب لمدة ثلاث سنوات كالآتي :

- جليل بناني : رئيس
- عبد السلام داشمي : نائب الرئيس
- الهاشمي تيال : الكاتب العام
- أحمد فريد مريني : كاتب عام مساعد
- محمد جماعي : أمين المال
- عبد الله الوردیني : أمين المال المساعد
- خالج العلج : مستشار

عن المكتب التنفيذي للجمعية - الرباط 2002/03/25

▪ Statuts de la Societe Psychanalytique Marocaine

ARTICLE 1 : A l'initiative des membres fondateurs réunis en Assemblée Constitutive le 24 Novembre 2001 au 3, rue Tamesna, quartier Longchamps à Casablanca il est créé une Association dénommée **Société Psychanalytique Marocaine** (S.P.M.) conformément aux dispositions du dahir n° 1-58-376 du 3 Joumada 1 1378 (15 novembre 1958), tel qu'il a été modifié par le dahir portant loi n° 1-73-285 du 6 Rabi' I 1393 (10 avril 1973) réglementant le droit d'association.

Les membres fondateurs sont les personnes suivantes : Abdel Jalil BENNANI, Khalid EL ALJ, Abdeslam DACHMI, Mohamed JAMAI, Ahmed Farid MERINI, Abdellah OUARDINI, Mohamed Hachem TYAL.

Le siège de la SPM est situé à Rabat et domicilié à la Boite Postale de l'Association. Il pourra être transféré en tous lieux dans la même ville ou dans une autre ville par décision de l'Assemblée Générale Ordinaire.

I. BUTS ET COMPOSITION DE LA SPM

ARTICLE 2 : Buts et objectifs

La SPM se donne pour buts :

- d'assurer la formation des psychanalystes au Maroc
- de promouvoir et de développer la psychanalyse au Maroc
- de veiller au respect de l'éthique dans le cadre de cette formation.

Pour parvenir à ses objectifs, la SPM se propose de mettre en place les moyens pour assurer :

- la psychanalyse personnelle
- la pratique de " contrôle "
- la formation théorique
- l'habilitation à la pratique de la cure psychanalytique par une commission composée de trois praticiens confirmés.

Les praticiens qui seront amenés à dispenser une formation seront soit des praticiens marocains, soit des praticiens étrangers.

La SPM vise ainsi à faire bénéficier les futurs psychanalystes de la formation la plus ouverte et la plus large possible, tenant compte en cela des différents développements qu'a connu la psychanalyse depuis sa fondation par Freud.

▪ القانـون الأساسـي لجمعيـة التحليـل النفسـي المغربيـة

البنـد 1 : بمبادرة من الأعضاء المؤسسين و المجتمعين في جلسة تأسيسـه يـوم 24 نوفمبر 2001 – بـ 3 نهج تمسنان – منطقة لونقشان بالدار البيضاء تم إنشاء جمعية سميت **بجمعية التحليل النفسي المغربية** و ذلك حسب ما ينص عليه قانون الجمعيات عدد 376-58-1 الصادر بـ 3 جمـادى الأولى 1378 (15 نوفمبر 1958)، و حسب التنقيح الذي أجرى عليـه تحت قانون عدد 285-73-1 الصادر في 6 ربيع الأول 1393 (10 أفريل 1973) المنظم لحقوق الجمعيات.

يتمـثل الأعضـاء المؤسسون في الأفراد التالي ذكرهم : عبد الجليل بناني، خالد العلج، عبد السلام داشمي، محمد جماعي، أحمد فريد مريني، عبد الله وردني، محمد الهاشمي تيال.

المقـر الرسمي للجمعية بالرباط على عنوان صندوق بريد الجمعية، يمكـن أن يتم تغييره إلى مقر ثان سواء بنفس المدينة أو في مدينة أخرى بقرار من الجلسة العامة العادية.

I. الأهـداف و هياكـل الجمعيـة

البنـد 2 : الأهـداف و التطلعـات

تهدف جمعية التحليل النفسي المغربية إلى :

- ضمان تكوين المحللين النفسانيين في المغرب
- النهوض و تطوير التحليل النفسي بالمغرب
- السهر على احترام الأخلاقيات في إطار هذا التكوين العلمي

لتحقيق هذه التطلعات تعمل الجمعية على توفير الوسائل التالية :

- التحليل النفسي الشخصي
- ممارسة ما يسمى ب"الرقابة"
- التكوين النظري

إن أهلـية ممارسـة التحليل النفسي تخضع لتحكيم لجنة مكونة من ثلاثـة ممارسـين معترف بهم، و يكونون من المحللين الممارسين سواء بالمغرب أو بالخارج.

كما تهدف الجمعية أيضا إلى أن توفر للمحللين النفسانيين المستقبليين تكويـنا شاملا يتميز بالتفتح و سعة الأفق مع الأخذ بعين الاعتبار مختلف المراحل التي شهدها تطور التحليل النفسي منذ تأسيسه من طرف فرويد.

ARTICLE 3 : Les moyens d'action de la SPM sont :

La SPM veillera à :

- mettre en place les documents de base réglementant les différentes activités de l'Association
- instituer des groupes de travail (cartels) composés de quatre personnes au moins, en vue d'assurer un travail régulier entre les membres de l'Association
- organiser des séminaires, des conférences, des colloques, des congrès nationaux et internationaux
- organiser la tenue de journées annuelles de l'Association et, si possible, semestrielles.
- assurer la publication des travaux de ses membres qui réunissent les conditions de publication
- promouvoir différentes actions culturelles au profit de ses membres
- développer le champ de la recherche en psychanalyse
- encourager le travail sur les traductions françaises, anglaises ou espagnoles de textes psychanalytiques allemands. Elle favorisera également toute initiative susceptible d'aider à la traduction en arabe des textes psychanalytiques
- assurer des contacts périodiques avec tous les organismes ou associations ayant des activités similaires
- créer une bibliothèque et se doter d'une banque de données informatisée.

ARTICLE 4 : Adhésion & qualité de membre

Les Membres Adhérents de la SPM

Peuvent être Membres Adhérents de la SPM :

- les praticiens de la santé mentale au Maroc
- les psychanalystes exerçant à l'étranger et inscrits dans un processus de formation analytique et dont la pratique fait l'objet d'une reconnaissance, soit dans le cadre d'une institution, soit par leurs travaux.

Pour être Membre Adhérent, il faut présenter sa candidature au Bureau de l'Association, être agréé par celui-ci, avoir payé sa cotisation annuelle et se soumettre aux décisions de l'Association conformément aux dispositions statutaires et réglementaires.

Seuls les membres adhérents sont habilités à voter dans les différentes institutions de la SPM (Assemblée Générale Ordinaire, Assemblée Générale Extraordinaire…)

Les Membres Associés à la SPM : Peuvent être Membres Associés :

- les personnes qui, par leurs préoccupations professionnelles ou par leurs recherches personnelles sont intéressées par la psychanalyse
- les étudiants en formation en psychiatrie, en psychologie ou dans une autre branche de la santé mentale.

Pour être **Membre Associé**, il est nécessaire d'avoir le parrainage de deux membres du Bureau. Les Membres associés n'ont pas de voix élective. Les Membres Associés doivent s'acquitter d'une cotisation annuelle dont le montant sera fixé par le Bureau.

Les membres Fondateurs : Ce sont les personnes ayant créé l'Association.

Les Membres Bienfaiteurs :

Ce sont les personnes qui apportent leur soutien moral, matériel ou technique à l'Association.

Pour être Membre Bienfaiteur, il faut être agréé par le Bureau et avoir réglé sa cotisation annuelle.

Les Membres Honoraires :

Ce sont les personnes qui se sont distinguées par leurs travaux et qui soutiennent l'Association.

البنـد 3 : الوسائـل العمليـة للجمعيـة

تعمل جمعية التحليل النفسي المغربية إلى :

- توفير الوثائق الأساسية المنظمة لمختلف أنشطة الجمعية
- تأسـيس مجموعات عمل (كارتلز) مكونة من أربعة أفراد على الأقل لتأمين عمل متواصل بين مختلف أعضاء الجمعية.
- تنظيم ندوات تكوينية، مؤتمرات و ملتقيات على مستوى القطر و على المستوى الدولي.
- تنظيم الأيام السنوية للجمعية (نصف سنوية إن أمكن ذلك).
- تأميـن نشـر الأعمـال العلمية لأعضائها المتوفرة فيهم شروط النشر العلمي.
- تشجيع عديد الأعمال الثقافية لفائدة أعضائها.
- تطويـر مجـالات البحـث فـي التحليل النفسي لتشجيع ترجمة الأعمـال الفرنسـية، الإنكليزية أو الإسبانية للنصوص الألمانية كما تشجع أيضا مبادرات الترجمة العربية لأعمال التحليلنفسي.
- تأميـن لقـاءات دورية مع المنظمات و الجمعيات ذو التوجهات المشابهة.
- تأسيس مكتبة تضم بنكا رقميا للمعلومات في التحليل النفسي.
- العمل على توفير مقر خاص للجمعية.

البنـد 4 : الانخـراط وصفـة العضـو

الأعضاء المنتسبون لجمعية التحليل النفسي المغربية

شـروط العضويـة :

- الأطباء الممارسين في ميدان الصحة العقلية و النفسية بالمغرب
- المحلـلـون النفسانيون الممارسين خارج المغرب و المسجلين في التكوين التحليلي الذين تكون ممارستهم في حاجة إلى الاعتراف سواء من طرف هيكل مؤسساتي أو من خلال أعمالهم و أبحاثهم العلمية.

للاشتراك كعضو منتسب يتم تقديم الترشح لمكتب الجمعية، بعد قبول الترشـح يسدد اشتراكه السنوي و عندها يصبح خاضعا لمقررات الجمعية حسب ما تحمله بنود القانون الأساسي و تنظيمها.

الأعضاء المنسبون يتمتعون دون سواهم من الأعضاء بحق التصويت فـي مخـتلف مؤسسـات جمعية التحليل النفسي المغربية (الجلسة العامة العادية، الجلسة العامة الاستثنائية …)

- انتسـاب الأعضاء المتعاونين من الأفراد الذين بحكم توجيهاتهم المهنية و أبحاثهم العلمية لهم اهتمام بالتحليل النفسي.
- الطلبة الخاضعين للتكوين في ميادين الطب النفسي و علم النفس أو في شعب أخرى للصحة النفسية.

للتمـتع بصفة **عضو متعاون**" ينبغي أن يحكم من طرف عضوين من أعضـاء الجمعـية، و لا يتمتع بحق التصويت و يتوجب عليه دفع معاليم اشتراكه السنوي.

انتسـاب الأعضـاء الداعميـن

يتمتع بصفة "عضو داعم" كل فرد ساهم في تقديم دعم معنوي، مادي أو تقنين للجمعية

للانضمام بصفة عضو داعم ينبغي أن يتم ترشيحه من طرف الجمعية و يكون قد سدد معلوم اشتراكه السنوي.

انتسـاب الأعضـاء الشرفيـن.

تمتع بصفة "عضو شرفي" الأفراد الذين تميزوا من خلال أبحاثهم و

Ils seront choisis sur proposition du Bureau.

Les Membres Correspondants :

Ce sont des personnes qui sont chargées de diffuser les travaux de l'Association et favoriser les relations et les échanges avec d'autres Associations au niveau international.

Ils peuvent être proposés par le Bureau ou admis, suite à leur propre demande, après acceptation du Bureau.

ARTICLE 5 : Démission, exclusion

La qualité de Membre Adhérent de la SPM se perd :

- par décès
- par démission
- par radiation prononcée par le Bureau aux 2/3 de ses voix, soit pour refus ou défaut de paiement régulier des cotisations, soit pour motif grave, l'intéressé ayant été préalablement appelé à fournir des explications.

Pourront être exclus de la Société les membres :

- ne participant pas à ses activités
- ne respectant pas l'éthique de la profession
- ne payant pas leur cotisation.

La radiation doit obligatoirement être entérinée par l'AG la plus proche.

ARTICLE 6 : Soutiens

La Société peut recevoir des soutiens, sur le plan théorique et matériel, venant de personnes ou d'Associations marocaines ou étrangères, susceptibles de l'aider à atteindre ses buts et ses objectifs dans le respect des lois en vigueur.

ARTICLE 7 : Affiliation

La Société peut être affiliée à d'autres Sociétés ou Associations internationales après décision du Bureau. Elle pourra aussi établir des relations de partenariat avec ces institutions.

II. ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

ARTICLE 8 : Administration

L'administration de la Société Psychanalytique Marocaine est dévolue à un Bureau. Le programme d'activités de la SPM est défini par celui-ci. Le Bureau est investi des pouvoirs les plus étendus pour l'administration et le contrôle financier de la SPM.

Le Bureau est élu pour trois ans par l'Assemblée Générale et comprend:

un Président / un Vice-Président / un Secrétaire Général / un Secrétaire Général Adjoint / un Trésorier / un Trésorier Adjoint / un conseiller.

ARTICLE 9 : Attributions des Membres du Bureau

Le Président : Il est le responsable et le représentant de l'Association. Il préside les Assemblées Générales, les réunions du Bureau. Il veille à la bonne marche de l'Association, à l'exécution des décisions de l'Assemblée Générale, au respect des directives du Bureau et des statuts. Le Président signe tous les documents et procès-verbaux.

La fonction de Président ne peut être assumée plus de six ans d'affilée. Un ancien Président peut cependant assumer de nouveau la présidence trois ans après la fin de son dernier mandat

Le Vice-Président : Il seconde le Président dans ses tâches et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement avec les mêmes pouvoirs que les siens.

الذين يدعمون الجمعية، يتم اختبارهم باقتراح من هيئة الجمعية.

انتساب الأعضاء المراسلون

يتمتع بصفة "عضو مراسل"، الأشخاص المكلفين بالتعريف بأعمال الجمعية و الذين ساهموا في تطوير العلاقات و التبادل مع جمعيات أخرى على المستوى العالمي، يتم اقتراحهم من طرف هيئة الجمعية أو بتقديم طلب في الأمر من المعنيين، يتم قبول النهائي بعد موافقة المكتب التنفيذي.

البند 5 : الاستقالة و الطرد

تفقد صفة العضو المنتسب في الحالات التالية : الوفاة، الاستقالة، الرفض المعلن من طرف الثلثين من الأعضاء أو عند رفض أو تخلف دفع الاشتراك بصفة منتظمة، أو لأجل سبب جسيم بعد دعوته لتقديم توضيح في الأمر.

كما يتم طرد العضو في الحالات التالية :

- عدم المشاركة في أنشطة الجمعية
- عدم احترام أخلاقيات المهنة
- عدم دفع اشتراكه

ينبغي أن يخضع الطرد وجوبيا إلى موافقة أول جلسة عامة تعقد.

البند 6 : المساعدات الداعمة

يحق للجمعية تقبل مساعدات سواء كانت مراجع نظرية، معدات و تجهيزات متأتية من أشخاص أو جمعيات مغربية أو من دول أخرى. تكون لها عونا في بلوغ أهدافها و تحقيق تطلعاتها في إطار احترام القوانين الجاري بها العمل.

البند 7 : الانتساب و الشراكة

بإمكان الجمعية أن تنتسب إلى جمعيات أخرى محلية و دولية بقرار من المكتب التنفيذي، كما أنه بإمكانها القيام بعلاقات شراكة مع هذه المؤسسات.

II. التنظيم الإداري و سير الجمعية

البند 8 : التنظيم الإداري

يتولى التنظيم الإداري لجمعية التحليل النفسي المغربية مكتب تنفيذي يحدد برنامج نشاطها و يتمتع بصلوحيات واسعة للتسيير الإداري و المراقبة المالية.

يتم انتخاب المكتب التنفيذي كل ثلاث سنوات وهو مكون من :
رئيس / نائب الرئيس / كاتب عام / كاتب عام مساعد / أمين مال / أمين مال مساعد / مستشار

البند 9 : مهام أعضاء المكتب التنفيذي

- **الرئيس** : يعتبر المسؤول و ممثل الجمعية وهو يرأس الاجتماعات العامة، اجتماعات المكتب، و من مهامه السهر على التسيير الحسن للجمعية، تنفيذ قرارات الجلسة العامة، احترام توجيهات المكتب و القانون الأساسي و الإمضاء على جميع الوثائق و محاضر الجلسات.

لا يمكن أن يتمتع الفرد بوظيفة الرئيس لمدة تتجاوز 6 سنوات متتابعة، كما يمكن لرئيس سابق تحمل مسؤولية الرئاسة من جديد بعد ثلاث سنوات على نهاية آخر فترة رئاسته.

نائب الرئيس : يساعد الرئيس في مهامه و ينوب عنه في حالات الغياب و عند تعذر القيام ببعض المهام

Le Secrétaire Général : Il assure l'application des statuts et du règlement. Il effectue l'envoi des convocations et la diffusion de l'ordre du jour pour les Assemblées Générales et les réunions. Il rédige les procès-verbaux et signe éventuellement les correspondances de l'Association. Il a la garde des registres de l'Association.

Le Secrétaire Général Adjoint : IL seconde le Secrétaire Général dans l'accomplissement de sa mission et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

Le Trésorier : Il a la garde des fonds de l'Association et des livres de compte. IL effectue les recettes et les dépenses, recouvre les cotisations, donne quittance et reçu ; Il soumet à l'Assemblée Générale le rapport financier de chaque exercice et prépare le budget annuel. Il dépose dans les institutions choisies par le Bureau les deniers de l'Association et les gère conformément aux Statuts de celle-ci.

Le Trésorier Adjoint : Il seconde le Trésorier dans sa tâche avec les mêmes pouvoirs et le remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

ARTICLE 10 : Réunions

Le Bureau est élu pour trois ans. Il se réunit tous les six mois au minimum, et chaque fois qu'il est convoqué par son Président.

La moitié plus un des membres présents du Comité Directeur sont nécessaires pour la validité des délibérations. Les délibérations sont prises à la majorité des voix. A nombre égal de voix, celle du Président compte double. Ces réunions sont constatées par des procès-verbaux.

En cas de défection d'un ou de plusieurs membres du Bureau d'autres membres adhérents pourront les remplacer. Leur intégration au Bureau se fera par simple cooptation et sera soumise à l'approbation de la prochaine Assemblée Générale.

ARTICLE 11 : Assemblées Générales

L'Assemblée Générale de la Société Psychanalytique Marocaine comprend les Membres Adhérents. Pourront néanmoins participer aux délibérations à titre d'observateurs :

- les Membres Honoraires
- les Membres Bienfaiteurs
- les Membres Adhérents
- les Membres Associés

L'Assemblée Générale Ordinaires se réunit une fois par an à la fin des journées annuelles ; Son ordre du jour sera établi par le Bureau mais il pourra être complété par quelques points rajoutés par les membres de l'Assemblée. L'Assemblée Générale entend les rapports sur le fonctionnement de la Société de Psychanalytique Marocaine et sur sa situation financière. Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour. Elle procède à l'élection du nouveau Bureau tous les trois ans.

Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents. Il est dressé procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

Une Assemblée Générale Extraordinaire peut être convoquée si nécessaire par le Président ou par les 2/3 des Membres du Bureau ou encore par les 2/3 de ses membres à des fins de modification des Statuts de l'Association ou de sa dissolution.

- **الكاتـــب العـــام** : يسهر على تطبيق القانون الأساسي و النظام الداخلي، يتكلف بمهام إرسال الدعوات و تبليغ موضوع الجلسة العامة و الاجتماعات الأخرى كما يتكلف بكتابة محاضر الجلسات و إمضاء رسائل الجمعية و حفظ دفاتر الجمعية.

- **الكاتـــب العـــام المساعـــد** : يساعد الكاتب العام في القيام بالمهام المنوطة بعهدته و ينوبه في حالة الغياب أو عندما يتعذر عليه القيام ببعض المهام.

- **أميـــن المـــال** : مكلف بحفظ أموال الجمعية و دفتر الحسابات و تسجيل المداخيل و المصاريف، يتقبل الاشتراكات، يسلم الوصول (ج. وصـل)، يعـرض على الجلسة العامة التقرير المالي و يعدّ الميزانية السـنوية، بإمكان الجمعية حفظ أموالها في مؤسسات يتم اختيارها من طـرف المكتـب التنفيذي و التصرف فيها حسب ما جاء في القانون الأساسي.

- **أميـن المال المساعـد** : يساعد أمين المال في مهامه بنفس الصلوحيات و ينوب عنه في حالة الغياب أو تعذر القيام ببعض المهام.

البنـد 10 : الاجتماعـات

ينتخـب المكتـب التنفيذي لمدة ثلاث سنوات و يجتمع كل ستة أشهر و عند دعوته من الرئيس.

يشترط تواجد نصف الأعضاء زائد واحد لصلوحية القرارات، تـتم المصـادقة علـى القـرارات بأغلبية الأصوات، عند تساوي الأصـوات، يحسب صوت الرئيس مرتين وتكون هذه الاجتماعات موثقة في محاضر الجلسات.

فـي حالـة الشغور و نقص عضو أو عدة أعضاء من المكتب التنفيذي يتم تعويضهم بأعضاء آخرين منتسبين بالتعيين على أن تتم الموافقة عليهم في أول جلسة عامة مقبلة.

البنـد 11 : الجلسـات العامـة

تـتكون الجلسة العامة لجمعية التحليل النفسي المغربية من الأعضاء المنتسـبين، و يمكـن المشـاركة في الأعمال بصفة ملاحظين الأعضاء الشـرفيين، الأعضـاء الخيريـن، الأعضـاء المنتسـبين و الأعضاء المتعاونين.

تـنعقد الجلسـة العامة مرة في السنة، في نهاية اليوم العلمي السنوي للجمعية، على أن يحدد موضوعها الرئيسي من طرف المكتب و يمكن أن تضاف مواضيع أخرى باقتراح الأعضاء المجتمعين، تعرض في الجلسة العامة التقارير المتعلقة بسير جمعية التحليل النفسي المغربية و بوضعيتها المالـية، و مـن مهامها المصادقة على المحاسبة، التصديق على ميزانية السنة الماضية، عرض و مناقشة أسئلة تتعلق بالموضوع الرئيسي للجلسة و تعمل على انتخاب المكتب التنفيذي الجديد كل ثلاث سنوات.

يـتم التصـديق على القرارات بأغلبية أصوات الحاضرين، يعقب كل جلسـة عامـة محضـر الجلسة يسجل فيه المداولات الخاصة بكل جلسة عامة.

تـتم الدعـوة إلـى جلسة عامة خارقة للعادة عند الحاجة بدعوة من الرئيس أو من ثلثي أعضاء المكتب و أيضا من ثلثي الأعضاء المنتسبين لهدف تنقيح القانون الأساسي أو إلغائه.

III. RESSOURCES DE LA SPM

ARTICLE 12 : la Société Psychanalytique Marocaine pourra posséder tous les biens nécessaires au but qu'elle poursuit et à l'œuvre qu'elle se propose d'accomplir, dans les limites fixées par la Loi.

ARTICLE 13 : Les ressources annuelles de l'Association se composent :

- des cotisations et souscriptions de ses membres
- des subventions qui pourront lui être accordées
- des intérêts de revenus des biens non compris dans le fonds de réserve
- des dons et legs autorisés
- des recettes de toute manifestation organisée par l'Association, dans le cadre de la législation en vigueur.

ARTICLE 14 : Les dépenses de la Société Marocaine de Psychanalyse sont ordonnées par le Président après accord du Bureau.

ARTICLE 15 : Il est tenu au jour le jour une comptabilité des deniers par recettes et par dépenses, et s'il y a lieu une comptabilité matières.

ARTICLE 16 : Les ordres de retrait de fonds sont signés conjointement par le président et le trésorier de l'Association ou à défaut le vice président et le trésorier adjoint

ARTICLE 17 : Les fonctions de membres du Comité Directeur sont gratuites. Toutefois ils peuvent bénéficier du remboursement de leurs frais de déplacement ou de toute autre dépense effectuée pour le compte de l'Association.

IV. MODIFICATIONS DES STATUTS & DISSOLUTION

ARTICLE 18 : Les Statuts ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale Extraordinaire avec l'approbation des 2/3 des membres. Au cas où le quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée Générale est convoquée au moins 15 jours avant par lettre recommandée. Les décisions sont alors prises à la majorité simple des présents.

ARTICLE 19 : La dissolution de la Société Marocaine de Psychanalyse ne pourra être prononcée qu'en Assemblée Générale Extraordinaire, convoquée à cet effet un mois à l'avance, et la délibération doit être prise à la majorité des deux tiers des membres présents.

En cas de dissolution, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'œuvre.

Elle attribue l'actif net à une Association poursuivant le même objet ou à défaut à une oeuvre de bienfaisance.

Casablanca le 24 novembre 2001

III. المصـادر التمويليـة للجمعيـة

البنـد 12 : يحـق لجمعية التحليل النفسي المغربية ملكية ما من شأنه أن يسـاعدها علـى تحقيق أهدافها و أداء مهامها و ذلك حسب الحدود التي يسمح بها القانون.

البنـد 13 : مـصادر التمويـل السنـوي للجمعيـة

- معلوم الاشتراكات بالجمعية
- مساعدات مقدمة للجمعية
- مرابيح أملاك الجمعية
- عطايا و هبات مقدمة للجمعية
- مداخـيل الـتظاهرات العلمية المنظمة من طرف الجمعية في إطار القانون المعمول به.

البنـد 14 : تـنفق مصاريف الجمعية بإذن الرئيس بعد موافقة المكتب التنفيذي.

البنـد 15 : جهوزيـة حسابيات الجمعية بصفة دائمة، تسجل فيها آخر المصاريف و المداخيل و إن أمكن تحديد التفاصيل.

البنـد 16 : يتم الإذن بسحب أموال من خزينة الجمعية بإمضاء الرئيس و الكاتـب العام أو من يمثلهما عند غيابهما أي الرئيس المساعد و الكاتب العام المساعد.

البنـد 17 : القيام بالدعاية لأنشطة الجمعية عمل مجاني إلا انه بالإمكان الاستفادة بتعويض مصاريف التنقل أو تعويض مصاريف أخرى تم إنفاقها لمصلحة الجمعية.

IV. تنقيـح القانـون الأساسـي و التعـاون

البنـد 18 : لا يمكن تنقيح القانون الأساسي إلا خلال جلسة عامة خارقة للعـادة مـع موافقة ثلثي الأعضاء و في صورة عدم توفر النصاب، تقع الدعـوة إلى جلسة عامة ثانية بعد 15 يوما على الأقل و تتم الدعوة إليها بواسطة رسائل مضمونة الوصول.

البنـد 19 : إن توقيف نشاط جمعية التحليل النفسي المغربية بصفة نهائية لا يمكـن الإعـلان عـنه إلا بعد جلسة عامة خارقة للعادة تستدعي لهذا الغرض على أن تكون الدعوة قد توجهت منذ لا يقل عن شهر واحد ، تتم الموافقة بإجماع ثلثي الأعضاء الحاضرين.

فـي صـورة توقـيف نشاط الجمعية تعين الجلسة العامة محاسبا أو مجموعـة محاسـبين لتصفية أملاكها و تعهد بفائض الأرباح إلى جمعية أخرى لها نفس التوجهات و عند تعذر ذلك إلى مؤسسة خيرية.

الدار البيضاء 2001/11/24

1ER COLLOQUE MAROCAIN DE PSYCHANALYSE

PSYCHANALYSE, TRANSMISSION ET LIEN SOCIAL

LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE MAROCAINE

MAROC 10 -11 DÉCEMBRE 2004

الملتقـــى المغربـي الأول للتحليـل النفسـي

تحليـــل نفســـي، تبليـغ و ارتبـــاط اجتماعـــي

جمعيـــة التحليـــل النفســـي المغربيـــة

المغـرب 10- 11 ديسمبـر 2004

▪ ARGUMENT DU COLLOQUE

La transmission de la psychanalyse est une expérience singulière. Depuis Freud, les psychanalystes se sont confrontés à cette question. La transmission se fait par l'expérience d'une analyse personnelle, par la pratique dite de contrôle et par la formation théorique.

Au Maroc une institution psychanalytique existe depuis décembre 2001 : **la Société Psychanalytique Marocaine** (SPM). Elle est née d'un désir de fondation et d'une demande insistante de formation émanant de praticiens exerçant dans le champ de la psychiatrie et de la psychologie. Pour opérer une transmission, il a fallu « réinventer » comme le disait Lacan, chercher de nouveaux abords de **l'inconscient**, en s'appuyant sur un double fonds : **l'histoire du pays et celle de ses institutions.**

Interroger cette transmission conduit inévitablement à soulever des questions relatives **la langue** et à **la culture**, aux **identifications** et aux **identités**. Comment en effet, peut s'opérer la transmission dans un pays **attaché à ses traditions** tout en étant habité par un **désir de modernité** ? Comment être à **l'écoute de la parole** de l'individu tout en accompagnant les mutations sociales ainsi que les avancées de la science notamment dans le domaine des neurosciences et de la biotechnique ?

▪ INTERVENANTS ANNONCES

La transmission de la psychanalyse et « la théorie des climats » - Montesquieu : Jean-Richard FREYMANN

Est-ce que la transmission de la psychanalyse est tributaire de l'histoire, des traditions et des pionniers d'une région ou d'un pays ?

Ou à présent peut-on affirmer que comme « science du particulier » les problèmes de transmission, à savoir : « ce que la psychanalyse nous enseigne, comment l'enseigner » est une constante, une transmission qui n'est pas une filiation et qui échappe.

De la foule comme formation de l'inconscient : Erik PORGE

Le symptôme analysable et donc **l'examen de ce qui s'en transmet**, n'est ni seulement individuel ni seulement collectif, c'est un mixte des deux dont l'abord nécessite justement un dépassement de l'opposition individuel/collectif. C'est ce dont nous essayerons de poser les jalons en tirant les conséquences des lectures par **Lacan** du fameux schéma freudien de l'hypnose (dans le chapitre 8 de Psychologie collective et analyse du moi). De la même façon que l'individuel ne s'oppose pas tant au collectif qu'au singulier, la jouissance particulière **du symptôme** s'oppose à l'universel **d'un dire**.

▪ CONTACT :

Dr. Khalid El ALJ (Conseiller de la SPM)
P.mail : 70, Bd Zerktouni, app.8 – Casablanca 20000
E.mail : khalid_elalj@hotmail.com - **Fax** : 022472585
Web site : www.lienpsy.com

▪ دواعـــي الملتقـــى

يعتـبر تبليغ التحليل النفسي تجربة متفردة واجه المحللون النفسانيون إشـكاليتها مـنذ زمـن فرويد، فهي تتم من خلال معايشة تجربة التحليل الشخصي و الممارسة و ما يسمى بالمراقبة و من ناحية أخرى من خلال التكوين العلمي النظري.

أنشأت مؤسسة التحليل النفسي بالمغرب في ديسمبر 2001 متمثلة في **جمعـية التحليل النفسي المغربية** و جاء تأسيسها استجابة لرغبة عدد من المحلليـن و تلبية لطلب الممارسين في حقول الطب النفسي و علم النفس للتكوين في التحليل النفسي ، و للوصول إلى التبليغ العملي كان لزاما سبر "**إعـادة الاكتشـاف**" كما عبر عن ذلك "**لاكان**" و البحث عن طرق جديدة لمقاربة "**اللاوعي**" بالاعتماد على ثنائية أساسية : **التاريخ** و **المؤسسات**.

إن مسـائلة هذا التبليغ تقودنا حتما لطرح إشكاليات متعددة أهمها تلك المـتعلقة **باللغة و الثقافة، بالمثلنة و الهوية** أي كيف يمكن لنا أن نحقق التبلـيغ فـي التحليل النفسي في بلد **متشبث بالتقاليد، و مسكونا بهاجس الحداثـة** في نفس الوقت، كيف يمكن أن نكون في "**حالة إنصات**" لخطاب الفـرد و في آن واحد متابعين التحولات الاجتماعية و تقدم العلوم خاصة منها العلمعصبية و التقنحيوية.

▪ المداخـــلات المعلنـــة

التبلـيغ فـي التحلـيل النفسي و نظرية المحيط "مونتاسكيو" : جان ريشار فريمان

هـل يخضع التبليغ في التحليل النفسي للتاريخ و العادات و لمعتقدات مـنطقة مـا و بلد محدد؟ أم أنه لا يعدو أن يكون فرعا خاصا من فروع العلوم المتعددة. إن من إشكاليات التبليغ الخاصة كيفية توصيل ما تعلمناه مـن التحليلنفسـي إلى الآخر، أي كيف يمكن تعليمه و تدريسه. تعد هذه الإشكالية في التحليلنفسي أمرا ثابتا، فالقدرة على التبليغ لا تورّث و تخرج عن هذا النطاق.

الجمهور كمكون من مكونات اللاوعي : أريك بورج

إن "**العـرض**" القـابل للتحلـيل هو بمثابة **فحص ما تم تبليغه** (نقله، تحويلـه). فهـو ليس شخصي فقط، كما أنه ليس جماعي. إنه مزيج من الإثنيـن. حيـث أن مقاربته تتطلب تجاوز المعارضة الفردية والجماعية، وهـو مـا سـنحاول وضع معالمه من خلال استخلاص قراءات "**لاكان**" للرسـيمة الفـرويدية الشـهيرة حـول التنويم (الفصل الثامن لعلم النفس الجماعـي و تحليل الأنا)، و في نفس الوقت لكي لا يعارض الفرد ما هو جماعـي و مـا هـو مفرد أيضا، إن ذروة المتعة الخاصة لـ "**العرض**" تعارض في المطلق "**ما يقال**".

▪ للاتصـــال

د. خالد العلج – (مستشار جمعية التحليل النفسي المغربية)
بريد ورقي : 70 جادة زركتوني ، شقة عدد 8 – الدار البيضاء 20000
بريد إلكتروني : khalid_elalj@hotmail.com - **فاكس**: 022472585
الموقع على الويب : www.lienpsy.com

IV RENCONTRE FRANCOPSIES DES PSYCHIATRES PRIVÉS

PSYCHIATRIE, JEUNESSE ET SOCIÉTÉ

Organisé par :

ALFAPSY (Alternative Fédérative des Ass. de Psychiatrie)
L'AAPEP (Ass. Alg. des Psychiatres d'Exercice Privé)

ALGER : 19 - 26 mars 2005 - hôtel Sheraton (Club des Pins, Alger)

الملتقـى الفرنكفونـي الرابـع للأطبـاء النفسانيـيـن

الطـــب النـفـســي – الشبـــاب و المجتـمـــع

تنظيـــم :

اتحاد الأطباء النفسانيين الخواص الناطقين بالفرنسية
الجمعية الجزائرية للأطباء النفسانيين بالممارسة الحرة

الجزائر 19- 26 /03/ 2005 - نزل شيراتون (نادي الصنوبر – الجزائر)

▪ Argument du Congrès

En accueillant les « Rencontres Francopsies » pour leur 4e édition, l'Algérie et l'AAPEP offrent aux professionnels du champ de la psychiatrie un terrain de choix pour aborder un sujet de réflexion et d'échanges sur un thème sensible et complexe : « Psychiatrie, Jeunesse et Société ».

Le choix du thème des IV° Francopies "psychiatrie, jeunesse et société" s'avère particulièrement d'actualité. Il l'est plus encore pour les pays maghrébins où la pyramide des âges met en évidence une nette prédominance de la population juvénile (70% de la population a moins de 30 ans) et que l'incidence des changement socio- économiques et culturels observés durant ces deux dernières décades ne cesse de croître.

L'adolescence est une phase de vulnérabilité par excellence et le creuset de la psychopathologie avec ses expressions individuelles et collectives. Il apparaît par conséquent primordial d'étudier et de tenter d'analyser les liens entre ces différentes notions : psychiatrie, jeunesse et société.

Jusqu'à une période relativement récente, les problèmes que soulevaient le vécu et la prise en charge des jeunes ont été, avouons le, plus ou moins occultés car la priorité était volontairement donnée à la " psychiatrie lourde".

Mais ces aspects deviennent pressants et prennent un caractère aigu, d'autant que les référents sociaux et culturels de base jouent de moins en moins leur rôle. Il est vrai aussi que les mutations socioéconomiques imposées par la mondialisation et l'émergence des conflits politico-religieux, jouent un rôle prépondérant dans les perturbations psychopathologiques de la jeunesse.

Face à cette situation quel rôle doit être dévolu au psychiatre ? S'agissant d'une problématique multifactorielle, sa fonction ne peut se concevoir que comme celle d'un intervenant parmi tant d'autres, faisant partie intégrante d'une approche pluridisciplinaire.

C'est autour de ces thèmes que s'articuleront les interventions et les débats des IV° Francopsies d'Alger.

Dr Farid Bouchène - Président de l'AAPEP
E.mail : bouchene_farid@yahoo.fr

Intervenants : Jalil Bennani, Alain Braconnier, Malek Chebel (sous réserve), Mohamed F. Haffani (sous réserve), Jean-Michel Hirt, Seddik Jeddi (sous réserve), Farid Kacha, Marie-Lise Lacas, Jean-Pierre Lebrun (sous réserve), Raja Stitou

Comité Scientifique AAPEP : Ali Bellakhdar, Nadjib Benlatreche, Farid Kacha, Aïd Maamar, Youssef Merdji, Idriss Sadki, Mohamed Taleb, Zineb Tsouria

▪ دواعـــي المؤتمـــر

باستضـافة الجزائر و الجمعية الجزائرية للأطباء النفسانيين بالممارسة الحـرة "ملتقى فرانكوبسي" في دورته الرابعة، إنما يوفر للمهنيين في ميدان الطـب النفسـي أرضية اختيار لمقاربة موضوع "الطب النفسي، الشباب و المجتمع" داعيا إياهم للتفكير و تبادل وجهات النظر في هذا الموضوع الذي يتسم بالحساسية و التعقيد.

يعـد الموضـوع الرئيسي للمؤتمر الرابع "فرانكوبسي" "الطب النفسي، الشـباب و المجـتمع" مـن مواضيع الساعة الهامة خاصة بالنسبة للبلدان المغاربـية حيث يتبين من خلال التوزيع الهرمي للسكان ارتفاعا في نسبة اليافعيـن (70 % من السكان أعمارهم تقل عن 30 سنة) هذا إضافة إلى أن انعكاسـات الـتحولات الاجتماعية – الاقتصادية – الثقافية المشاهدة خلال العشرينيتين الماضيتين لا تزال في تطور مستمر.

تعـد المـراهقة مرحلة شديدة الخصوصية باعتبارها مكمن الإمراضية النفسـية بتغييراتها الفردية و الجماعية لذا من الأهمية القصوى دراسة و محاولـة تحليل الروابط و العلاقات بين مختلف الجوانب : الطب النفسي ، الشباب و المجتمع.

إلى عهد قريب كان يتم التغاضي عن مشاكل الشباب و رعايتهم النفسية لأن الأولويـة كانـت موجهة للحالات الطبنفسية الجسيمة، إلا أن مظاهر المشاغل النفسية للشباب أصبحت ضاغطة و أخذت شكلا جادا خاصة وأن المرجعـيات المجتمعـية و الثقافـية التي فرضتها العولمة (بما أحدثته من تحولات اجتماعية و اقتصادية) إضافة إلى بروز عديد الصراعات السياسية و النفسية كان لهم دورا أساسيا في الاضطرابات النفس إمراضية لليافعين.

أمـام وضـعية كهـذه ما هو دور الطبيب النفسي و هل أن الإشكالية مـتعددة العوامل لن يكون فيها للطبيب النفسي دورا أكثر من مداخل ضمن عديد المداخلين في نطاق مقاربة متعددة التخصصات.

حـول هـذه المواضيع تتمحور المداخلات و النقاشات للمؤتمر الرابع للأطباء النفسانيين الخواص الناطقين بالفرنسية في الجزائر.

د.فريد بوشان - رئيس ج. ج. للأطباء النفسانيين بالممارسة الحرة
بريد إلكتروني : bouchene_farid@yahoo.fr

المحاضـرون : جـليل بناني، ألان براكونياي، مالك شبل (بعد التأكيد)، محمـد الحفانـي (بعـد التأكيد)، جون ميشال هيرت، الصديق الجدي (بعد التأكـيد)، فـريد كاشا، ماري ليز لكاس، جان بيار لوبراين (بعد التأكيد)، رجاء ستيتو.

الهيـئة العلمية للجمعية الجزائرية: علي بالأخضر، نجيب بن الأطرش، فـريد كاشـا، عيد معمر، يوسف مردجي، إدريس الصادقي، محمد طالب، زينب تسورية.

Conseil Scientifique ALFAPSY : Hatem Achache, Hassen Ati, Chebil Ben Dhia, Jalil Bennani, Antoine Besse, Hervé Bokobza, Hervé Granier, Jean-Paul Guittet, Wahid Koubaa, Mohamed Jamaï, Jean-Jacques Laboutière, Ferid Mrini, Olivier Schmitt, Mahmoud Touari, Hachem Tyal, Sofiane Zribi, Jean-Jacques Xambo

Comité d'Organisation : Ahmed Ahoua, Ahmed Bennegeouch, Rabah Hamadi, Belaïd Herbane

Présidents du congrès : Farid Bouchene et Paul Lacaze

Renseignements : inscriptions, règlement d'acomptes, soumissions de communication sont à adresser à :
ALFAPSY, Allée du Pioch Redon, 34430 Saint Jean de Védas, France

Tel : 00 33 (0)467 423 579 ou 00 33 (0)609 560 603
Fax : 00 33 (0)467 423 231
Email : Paul.Lacaze@wanadoo.fr
Site Web : www.alfapsy.com

- **PRE-PROGRAMME** (Alger 19 au 26 mars 2005)

Samedi 19 mars accueil aéroport **Alger** et transfert vol intérieur vers **Ghardaïa** (dans le pays M'Zab)

Dimanche 20 mars visite de l'oasis (« la perle du désert »)

Lundi 21 mars : découverte des dunes et des thermes de **Zelfana** (palmeraie, dattiers)

Mardi 22 mars : vol de retour vers Alger et installation à l'hôtel
15h accueil des participants et inscriptions locales des congressistes
18h cérémonie d'ouverture : allocutions et conférences inaugurales (tout public)
21h cocktail dînatoire

Mercredi 23 mars :
8h à 11h conférences plénières et débats + pause-café
11h30 à 13h30 ateliers puis déjeuner
15h « rencontres de terrain » ou visite guidée dans le centre et la **Qasbah d'Alger**
20h dîner et **soirée culturelle**

Jeudi 24 mars :
8h à 11h conférences plénières et débats + pause-café
11h30 à 13h30 ateliers puis déjeuner
15h « rencontres de terrain » ou excursion à **Tipaza** (le site antique romain)
20h30 cérémonie de clôture : synthèse - table ronde et allocutions (tout public), suivie du dîner de **gala** avec soirée dansante

Vendredi 25mars :
10h à 12h Assemblée Générale de **ALFAPSY**
Après-midi : libre et premiers transferts vers l'aéroport d'Alger pour le retour

Samedi 26 mars : derniers transferts vers l'aéroport.

الهيـئة العلمـية لـ "ألفابسي" : حاتم العشاش، حسن العاتي، شبيل بن ضياء، جليل بناني، أنتوان بسي، هارفاي بو خبزة، هارفاي قرانياي، جان بول قيتات، وحيد قويعة، محمد جماعي، جان جاك لابوتيار، فريد مريني، أوليفـياي شميث، محمد التواري، الهاشمي تيال، سفيان زريبي، جان جاك كسمي

الهيـئة المـنظمة للمؤتمر : أحمد أهوا، أحمد بن نقواش، رباح حمادي، بلعيد هربان

رئيس المؤتمر : فريد بوشان و بول لكاز

للاستعلام :
ألفابسي، ممر دي بيوش ردون 34430، سان جون دي فاداس – فرنسا

هاتف : 00 33 (0)467 423 579 أو 00 33 (0)609 560 603
فاكس : 00 33 (0)467 423 231
بريد إلكتروني : Paul.Lacaze@wanadoo.fr
موقع الويب : www.alfapsy.com

- **البرنامـج الأولـي** (الجزائر 19- 26 مارس 2005)

السبت 19 مارس : استقبال المشاركين بمطار الجزائر العالمي و التحول على الخطوط الداخلية إلى "غرداية"

الأحد 20 مارس : زيارة الواحات ("جوهرة الصحراء")

الاثنين 21 مارس : لكتشاف المرتفعات و مصطلحات منطقة **زلفانا**

الـثلاثاء 22 مـارس : رحلة العودة بالطائرة إلى الجزائر و التحول إلى الإقامة بالنزل
15 س : استقبال المشاركين و التسجيل المحلي للمؤتمرين
18 س : حفل افتتاح : كلمة الترحيب و محاضرة افتتاحية
21 س : حفل عشاء

الأربعاء 23 مارس :
8 س – 11 س : محاضرات الجلسات الهامة، مناقشة و استراحة
11 س 30 – 13 س30 : ورشات عمل و غداء
15 س : لقـاءات ميدانية أو زيارة سياحية بمرافقة دليل سياحي إلى مركز القصبة بالجزائر
20 س : عشاء – حفل ثقافي

الخميس 24 مارس :
8 س – 11 س : محاضرات الجلسات العامة، مناقشة و استراحة
11 س 30 – 13 س 30 : ورشات عمل و غداء
15 س : "لقاءات ميدانية أو رحلة إلى **تيبازا**" (موقع أثري روماني)
20 س 30 : حفل الاختتام : ملخصات، مائدة مستديرة، كلمة الختام، عشاء، حفل مع سهرة راقصة

الجمعة 25 مارس :
10 س – 12 س : الاجتماع العام لجمعية **"ألفابسي"**
بعد الزوال : فترة حرة و بداية التنقل نحو المطار للعودة.

السبت 26 مارس : آخر تنقل للمطار للعودة

Tarifs des inscriptions de première annonce

- **droits simples professionnels** (inscription congrès + documents + pauses-café) : **150 €**
- **forfait n°1 Francopsies Alger**. congressistes (droits simples + hébergement PC + excursions) : **400 €**
- **forfait n°2 Francopsies Alger + Ghardaïa**. (idem n°1+ vol national + hébergement 1/2P + excursions) : **750 €**
- **option nuit supplémentaire Alger**. (le vendredi en 1/2P) : **100 €**
- **participant non-congressiste**. : réduction sur forfait n°1 ou n°2 moins **100 €**
- tarifs par personne en chambre double, hors voyage international, donnés à titre indicatif selon le choix de prestations hôtelières

Renseignements Pratique

Pour bénéficier de tarifs négociés sur tous les voyages (ou transits) entre la France et l'Algérie s'adresser exclusivement auprès de l'Agence **Bos Voyages**, 49 route de Lavérune, BP5559, 34072 Montpellier Cedex 3.

Tel. : 0033 (0)467 692 069
Fax : 00 33 (0)467 450 558
Email : bosvoyage@wanadoo.fr

معاليم التسجيل للإعلان الأول :

- معلوم فردي للمهنيين (التسجيل في المؤتمر + وثائق + مشروبات الاستراحة) 150 أورو
- معلوم جمعي عدد 1 (الجزائر) : يتضمن المعلوم الفردي + إقامة كاملة بالنزل + رحلات : 400 أورو
- معلـوم جمعي 2 (الجزائر + غرداية) : نفس امتيازات السابق + سـفر بالطائرة + إقامة بالنزل (فطور الصباح + عشاء) + رحلات : 750 أورو
- اختيار إقامة ليلة إضافية بالجزائر (الجمعية نصف إقامة) : 100 أورو
- مشارك مصاحب غير متمتع بالمؤتمر : انخفاض على معلوم 1 و معلوم 2 بـ 100 أورو

للاسترشـــاد

للتمـتع بتعريفات مميزة لجميع رحلاتكم من فرنسا إلى الجزائر اتصلوا حصريا بوكالة "بوفوياج" 49 طريق لافاريني – ص.ب. 5559 – 34072 منتبولياي – سدلكس 3.

هاتف : 0033 (0)467 692 069
فاكس : 00 33 (0)467 450 558
بريد إلكتروني : bosvoyage@wanadoo.fr

ARABPSYNET CONGRESS GUIDE

ENGLISH EDITION

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

دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالمية

الإصدار العربي

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

ARABPSYNET CONGRESS SEARCH

World Psy Congress
Select Category
Go
Congress Form

Send your Congress information via Congress Form

www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

بحث عن المؤتمرات النفسية العربية و العالمية

مـــؤتـمـــرات العلـــوم النفسيـــة
Select Category
مـــوافق
نمـــوذج مـــؤتـمـــرات

Send your Congress information via Congress Form

www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

Psy Congress Agenda

FIRST QUARTLY 2005

January – February – March

أجنـــدة المؤتمـــرات النفسيـــة

الثـلاثيـة الأولـى 2005

جانفـــي – فيفـــري – مـــارس

Arab Psy Congress Agenda

Title: **3rd International Congress on the Improvement of the Quality of Life on Dementia Epilepsy and MS**
Date: January 27, 2005 - January 31, 2005
Country: Egypt - ***City:*** Alexandria
Contact: Forum I.C.O.
Phone: 302-310-257-128 - ***Fax:*** 302-310-231-849
E-Mail: info@forumcongress.com

****

Title: **"Psyche and Art Seminar"**
WPA Section on Art and Psychiatry
WPA SPONSORED SECTION MEETING (Zone 11)
Schattauer Verlag Publishers
Date: February 2005 (Final date pending)
Country: Tunisia - ***City:*** Djerba
Contact: Dr. Hans Otto Thomashoff
E-Mail: thomashoff@utanet.at

****

Title: **IV Rencontre Francopsies Des Psychiatres Prives**
Date: 19-26 Mars 2005
Country: ALGERIE
Contact: Dr Farid Bouchène - Président de l'AAPEP
E-Mail: bouchene_farid@yahoo.fr

****

Title: **IVth Congress of Anxiety Disorders**
Date: 9-13 March 2005
Country: TUNISIA ***City:*** Hamamet - Royal hotel
Contact: President: Assoc.Pr. Nesrin Dilbaz - Ankara; TURKEY director of psychiatry clinic of Ankara State Hospital
E-Mail: dilbaz@superonline.com

International Psy Congress Agenda

Title: **The 3rd Congress of Psychopharmacology**
Date: February 16, 2005 - February 17, 2005
Country: Iran - ***City:*** Isfahan
Contact: Vice chancller department- Isfahan university of Medical Sciences- Hezar jarib St
Phone: 983-117-923-081-2 - ***Fax:*** 98-31-166-879-898
E-Mail: seminars@mui.ac.ir

****

Title: **1st International Congress on Immunodeficiency Disorders**
Date: February 28, 2005 - March 02, 2005
Country: Iran - ***City:*** Tehran
Contact: Nima Rezaei, MD
Phone: 98-216-938-545 - ***Fax:*** 98-216-938-545
E-Mail: congress@iranianpia.org

****

Title: **Psychiatric Update Conference For Family Physicians**
Date: January 09, 2005 - January 16, 2005
Country: Mexico - ***City:*** Mayan Riviera
Contact: Dr. Alan Buchanan
Phone: 604-682-6042 - ***Fax:*** 604-662-7627
E-Mail: info@psychupdate.com

****

Title: **Psychiatric Update Conference For Family Physicians**
Date: January 16, 2005 - January 23, 2005
Country: Mexico - ***City:*** Cancun
Contact: Dr. Alan Buchanan
Phone: 604-682-6042 - ***Fax:*** 6040662-7627
E-Mail: info@psychupdate.com

****

Title: **Suicidology Series: Suicide Interventions with Older Persons**
Date: January 19, 2005 - January 19, 2005
Country: Canada - ***City:*** Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - ***Fax:*** 416-595-6644
E-Mail: ets@camh.net

****

Title: **19th Annual San Diego Conference on Child and Family Maltreatment**
Date: January 24, 2005 - January 28, 2005
Country: United States - ***City:*** San Diego, CA
Contact: Linda Wilson
Phone: 858-576-1700 - ***ext*** 4972 - ***Fax:*** 858-966-8018
E-Mail: SDCONFERENCE@CHSD.ORG

****

Title: **Summit for the Future: Healthcare**
Date: January 26, 2005 - January 28, 2005
Country: Netherlands - ***City:*** Amsterdam
Contact: Felix Bopp
Phone: 31-20-615-4487 - ***Fax:*** 31-20-408-0733
E-Mail: summit2005@clubofamsterdam.com

Title: 3th Congress on Substance Abuse: New Approaches in Prevention and Treatment
Date: January 27, 2005 - January 29, 2005
Country: Iran - *City:* Yazd
Contact: Yazd University of Medical Scienses, Yazd, Iran
Phone: 00-982-417-271-414 - *Fax:* 00-982-417-276-424
E-Mail: congress@irasar.com

****

Title: Bridging: Psychiatry and Environment
Date: January 28, 2005 - January 29, 2005
Country: Portugal - *City:* Lisbon
Contact: Prof. Maria Luisa Figueira
Phone: 351-217-990-611 - *Fax:* 351-217-990-612
E-Mail: canessa@mail.telepac.pt

****

Title: Adolescent Self-Destruction
Date: January 28, 2005 - January 29, 2005
Country: United States - *City:* Boston, MA
Contact: Office of Continuing Education
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: "What Works" in Drug & Alcohol Treatment
Date: February 02, 2005 - February 03, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Edythe Nerlich
Phone: 416-972-1935 - *Fax:* 416-924-9808
E-Mail: enerlich@hincksdellcrest.org

****

Title: Psychiatric Research Annual Meeting
Date: February 09, 2005 - February 12, 2005
Country: United States - *City:* Park City, UT
Contact: Lyn Gardner
Phone: 801-585-0598
E-Mail: Lyn.gardner@hsc.utah.edu

****

Title: Playing with Trouble: Playful Approaches to Working with Challenging Children and Their Families
Date: February 18, 2005 - February 18, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Edythe Nerlich
Phone: 416-972-1935 - *Fax:* 416-924-9808
E-Mail: enerlich@hincksdellcrest.org

****

Title: Procedural Sedation
Date: February 18, 2005 - February 19, 2005
Country: United States - *City:* Albuquerque, NM
Contact: Office of Continuing Medical Education
Phone: 505-272-3942 - *Fax:* 505-272-8604
E-Mail: CMEWeb@salud.unm.edu

Title: Fetal Alcohol Spectrum Disorder National Conference - Equality of Access: Rights and the Right Thing to Do
Date: February 24, 2005 - February 26, 2005
Country: Canada - *City:* Victoria, BC
Contact: Michelle Griffiths
Phone: 604-822 6156 - *Fax:* 604-822-4835
E-Mail: ipdocs@interchange.ubc.ca

****

Title: 2005International Whiplash Trauma Congress
Date: February 25, 2005 - February 26, 2005
Country: United States - *City:* Breckenridge, CO
Contact: Whitney Elkins
Phone: 303-429-6448 ext 119 - *Fax:* 303-429-6373
E-Mail: welkins@spinalinjuryfoundation.org

****

Title: Treating the Addictions
Date: March 04, 2005 - March 05, 2005
Country: United States - *City:* Boston, MA
Contact: Office of Continuing Education
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: Psychiatric Update
Date: March 04, 2005 - March 05, 2005
Country: United States - *City:* Madison, WI
Contact: Terese Bailey
Phone: 608-240-2141 - *Fax:* 608-240-2151
E-Mail: tmbailey@wisc.edu

****

Title: 10th Annual ICPD Conference - Essential Topics in Clinical Psychiatry
Date: March 07, 2005 - March 11, 2005
Country: Mexico - *City:* Mayan Rivieria
Contact: Canadian Psychiatric Association, 141 Laurier Avenue West, Suite 701, Ottawa, ON K1P 5J3
Phone: 613-234-2815 - *Fax:* 613-234-9857
E-Mail: icpd@cpa-apc.org

****

Title: Suicidology Series: Creating Awareness about Youth Suicide: LGBTTTIQ Factor
Date: March 09, 2005 - March 09, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6644
E-Mail: ets@camh.net

Title: "14th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry: Trauma-Attachment- Personality"
World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)
WPA CO-SPONSORED CONFERENCE (Zone 9)
Date: March 16-19, 2005
Country: Poland - *City:* Cracow
Contact: Dr. Maria Ammon
E-Mail: dapberlin@aol.com
Web site: www.dapberlin.de

****

Title: "Financing Mental and Addictive Disorders"
WPA Section on Mental Health Economics
WPA SPONSORED SECTION MEETING (Zone 8)
Date: March 18-20, 2005
Country: Italy - *City:* Venice
Contact: Dr. Massimo Moscarelli
E-Mail: moscarelli@icmpe.org
Web site: www.icmpe.org

****

Title: 7th International Conference on Progress in Alzheimer's and Parkinson's Disease
Date: March 09, 2005 - March 14, 2005
Country: Italy - *City:* Sorrento
Contact: 7th International Conference AD/PD 2005 Kenes International 17 Rue du cendrier P.O. Box 1726 CH-1211 Geneva 1 Switzerland
Phone: 41-229-080-488 - *Fax:* 44-8-451-275-687
E-Mail: adpd@kenes.com

****

Title: Anti-Aging World Conference 2005
Date: March 11, 2005 - March 13, 2005
Country: Monaco - *City:* Monaco
Contact: Catherine DECUYPER
Phone: 00-33-143-345-099 - *Fax:* 00-33-143-345-039
E-Mail: AAWC@euromedicom.com

****

Title: Developmental-Behavioral Pediatrics: Clinical Problems in Primary Care
Date: March 11, 2005 - March 12, 2005
Country: United States - *City:* Cambridge, MA
Contact: Continuing Medical Education, Boston University School of Medicine, 715 Albany Street, A305, Boston, MA 02118
Phone: 617-638-4605 - *Fax:* 617- 638-4905
E-Mail: cme@bu.edu

****

Title: Psychiatry Review Course DISNEY Cruise
Date: March 12, 2005 - March 19, 2005
Country: Barbados - *City:* Bridgetown
Contact: Course Organiser
Phone: 416-237-1427
E-Mail: info@psychiatryreviewcourse.com

Title: XIX Central American Psychiatric Congress
Date: March 15, 2005 - March 18, 2005
Country: Costa Rica - *City:* San Jose
Contact: Dr. Luis Vasquez
Phone: 847-249-2111 - *Fax:* 847-249-2772
E-Mail: milalatin@aol.com

****

Title: 14th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry and 27th International Symposium of German Academy of Psychoanalysis
Date: March 16, 2005 - March 19, 2005
Country: Poland - *City:* Kracow
Contact: Meeting Organiser
Phone: 49-89-539-674
E-Mail: wadcongress2005@dynpsych.de

****

Title: Psychotherapy of Schizophrenia Patients: Foundations, Spectrum, Evidence and Perspectives
Date: March 17, 2005 - March 18, 2005
Country: Switzerland - *City:* Bern
Contact: Mrs. Francine Perret
Phone: 00-41-319-309-915 - Fax: 00-41-319-309-988
E-Mail: francine.perret@gef.be.ch

****

Title: ADAA 25th Annual Conference
Date: March 17, 2005 - March 20, 2005
Country: United States - *City:* Seattle, WA
Contact: Anxiety Disorders Association of America, 8730 Georgia Avenue, Suite 600, Silver Spring, MD 20910, USA
Phone: 240-485-1001 - *Fax:* 240-485-1035

****

Title: Europe Oceania Medical & Legal Conference
Date: March 20, 2005 - March 26, 2005
Country: Italy - *City:* Cervinia
Contact: Jane Hewett
Phone: 00-11-61-732-362-601 - *Fax:* 00-11-61-732-101-555
E-Mail: conference@barweb.com.au

****

Title: First Stage Trauma Treatment: A Gender-Sensitive Approach
Date: March 23, 2005 - March 24, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6444
E-Mail: ets@camh.net

Title: Pan Europe Pacific Medical & Legal Conference
Date: March 28, 2005 - April 03, 2005
Country: Italy - *City:* Venice
Contact: Jane Hewett
Phone: 00-11-61-732-362-601 - *Fax:* 00-11-61-732-101-555
E-Mail: conference@barweb.com.au

****

Title: "XV International Psychiatric Conference"
Pakistan Psychiatric Association
Date: January 28-30, 2005
Country: Pakistan - *City:* Karachi
Contact: Dr. Musarrat Hussain
E-Mail: profdrmusarrat@hotmail.com
Web site: www.ppsconference.com

****

Title: WPA CO-SPONSORED CONFERENCE
"6º Congreso Virtual de Psiquiatria, Interpsiquis 2005"
WPA CO-SPONSORED CONFERENCE (Zone 15)
Date: February 1-28, 2005
Country: Spain
Contact: Dr. Pedro Moreno
E-Mail: pmoreno@psiquiatria.com
Web site: www.interpsiquis.com

Title: "Biensestar y Calidad de Vida en el Siglo 21"
WPA Section on Mass Media & Mental Health
WPA SPONSORED CONFERENCE (Zone 3)
Date: February 3-5, 2005
Country: Mexico - *City:* Tuxtla
Contact: Dr. Miguel A. Materazzi
E-Mail: materazzi@arnet.com.ar

****

Title: "Advances in Psychiatry: State of the Art"
Hellenic Psychiatric Association
All WPA Sections
WPA SPONSORED REGIONAL & INTERSECTIONAL CONGRESS
Date: March 12-15, 2005
Country: Greece - *City:* Athens
Contact: Dr. George N. Christodoulou
E-Mail: gchristodoulou@ath.forthnet.gr - info@era.gr
Web site: www.era.gr/wpa2005athens.htm

****

Title: "IV National Psychiatric Congress" and "XIX Central American Psychiatric Congress"
Costa Rica Psychiatric Association
WPA SPONSORED CONFERENCE
Date: March 16-18, 2005
Country: Costa Rica - *City:* San Jose
Contact: Dr. Rigoberto Castro Rojas
E-Mail: rcastro@racsa.co.cr
Web site: www.asocopsicr.com - www.ccmcr.com/congresos/costarica2005

المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

مصر- القاهرة، 10- 15 سبتمبـــــر 2005

www.wpa-cairo2005.com

دعـــوة إلـى الأطبـاء النفسـانييـن العـرب

حضرة الزميل المحترم

تشهد المنطقة العربية لأول مرة في تاريخها انعقاد مؤتمر عالمي للطب النفسي : "المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي " و ذلك بعد نجاح جهود البروفسور أحمد عكاشة و فريقه على مستوى الجمعية العالمية للطب النفسي باستضافة مصر المؤتمر.

بمناسبة هذا **الحدث الطبنفسي المميز** يشرفني دعوة الزملاء الأطباء النفسانيين العرب في كافة الوطن العربي للعمل على تكوين لجان خاصة لإعداد المؤتمر على مستوى كل قطر يكون هدفها:

1- تحسيس الأطباء النفسانيين بأهمية هذا المؤتمر العلمي العالمي.
2- دعوة أكبر عدد من الأطباء النفسانيين العرب للمشاركة في المؤتمر.
3- تشجيع **المساهمات العلمية** العربية بالمؤتمر و ذلك بتقديم أبحاث ميدانية أصيلة.
4- تكويـن **هيـئة علمية** على مستوى كل لجنة تعمل لمناقشة أوراق البحث المرشحة قبل إرسالها إلى سكرتيرية المؤتمر حرصا على القيمة العلمية للأبحاث البطبنفسية العربية.

آمـل أن تلقـى هذه الدعوة العناية و الاهتمام من زملائي الأطباء النفسانيين العرب للمساهمة في تقديم صورة مشرفة عن تطور الطب النفسي في هذا المؤتمر العالمي .

د. جمـال التركـي - تونـس
عضو الهيئة التحضيرية للمؤتمر- لجنة العلاقات العامة و التظاهرات الاجتماعية

رحلتـــي مـــع الطـــب النفســـي

د. الزيـن عبـاس عمارة – الطـب النفسـي – السـودان / أبـو ظبـي

بـــريد إلكترونـــي : zinomara@hotmail.com - zinomara@emirates.net.ae

فهـرس الكتـاب

مقدمـة الأسـتاذ علـي محمـد شمـو

بـدأت علاقتي بأخي وصديقي الدكتور الزين عباس عمارة، منذ أن كـان طالـبا في كلية الطب في جامعة الخرطوم، وكنت حينها مذيعا في إذاعـة أم درمان وقد كان ذلك في بداية الستينيات، وفي ريعان الشباب وكنـت بحكـم طبيعة عملي وعلاقتي بالمبدعين والموهوبين، آتي على كثـير منهم وتنمو مع بعضهم صلات وأواصر تختلف من حيث المتانة والقـوة والحميمية. وقد تستمر وتمتد، وقد تدوم وتقوى على مر الزمان، كما حدث مع الدكتور الزين فالصلة بيننا لم تنقطع . ولذلك فإنني حين أكتب عنه مقدما له هذا الكتاب، فإنما أتحدث عن قامة شامخة في مجال الأدب والشـعر والفنون، تنافس تلك القامة التي تقف على قمم وسفوح العلـوم وبصفة خاصة الطب النفسي والخبرات العظيمة المتراكمة على مـر الأيـام والسنين في مجال الطب النفسي وعلى الرغم من أنني في الأصـل معلـم بحكم دراساتي الأولى، إلا أنني أعترف بأنني لست في موقـف يمكننـي مـن تقويـم قدرات الزين في مجال التربية والعلوم وبالمنطق نفسه، فإنني كاتصالي أتعامل مع وسائل الإعلام، قرابة نصف قـرن من الزمان، أجد نفسي في موقف مماثل يحول دون تقويمي للزين كأديب وشاعر.

إن القـارئ لسيرة صديقي الزين، كما كتبها بنفسه، وبأسلوب سهل ومباشـر، وفيه كثير من الواقعية والتواضع ليدرك أنه يقرأ سيرة رجل عظـيم نفخـر نحـن في السودان أن يكون من مواطنينا، وتفخر دولة الإمـارات العربـية المتحدة، بأنها وطنه الثاني، والذي بدأ ينازعنا في مواطنة الزين عندما اتصل بي الزين من البحرين إبّان أيامه الأولى في الخلـيج، سعدت بسماع صوته عبر التليفون بعد طول غياب، وازدادت سـعادتي عندما علمت أن ذلك الصوت آت من المنامة، عاصمة أولئك الـنفر الكـريم، وذلك الشعب المثقف المتواضع الرقيق، الذي هو شعب البحرين وعلى الرغم من معزتي لشعب البحرين ومحبتي لهم وسعادتي لوجـود الزين بينهم، إلا أنني والله- كنت في غاية الأنانية وحب الذات عـندما اتصـلت بإخوتـي وأصدقائي في وزارة الصحة في أبو ظبي، وعرضـت عليهم استقدام الزين لا ضنا مني به على أهلي في البحرين وتفضـيل أهلي في أبو ظبي عليهم، ولكنني أردت أن يكون الزين معنا في أبو ظبي نراه مجسدا أمامنا لنتجاذب معه الحديث، ونستمع إلى أدبه وشـعره وتجاربـه الثرية في الحياة وقد كان لي ما أردت ولست نادما على ما فعلت- ولكنني مدين لأهل البحرين باعتذار.

الزيـن عـباس عمـارة، عـندما نسمع اسمه يتردد في الراديو أو التلفزيون أو منشورا في صحيفة أو كتاب، نتساءل، وهل الموضوع هو الزيـن الأديب أم الزين الطبيب ، ذلك الإنسان الرقيق الذي يملأ الأفق بهجـة وجمـالا عـندما يكون حاضرا بين الأصدقاء لقد تصفحت هذا الكـتاب، وهو في مراحله النهائية قبل الطباعة فلم أجد فيه ما يدعو إلى إبـداء الرأي نقدا أو إضافة، بل على العكس تماما، فقد كان سفرا كاملا لسـيرة واحـد من النابهين الذين تفخر بهم أمة السودان وأعجبت جدا بتلك الذاكرة الدقيقة التي تذكر نوعا من التفاصيل قلّ أن تبقى في ذاكرة الكثيرين وأنا منهم .. ولعلّ أصدقاء الزين وزملاءه في مراحل الدراسة، ومن بعدها في مجال العمل في السودان وفي إنجلترا وفي البحرين وفي دولـة الإمارات العربية المتحدة، يصابون بالدهشة عندما يجدون بعض المعلومات عن بعض المواقف التي مضت مع الزمن ولم تتردد سيرتها مع الأيام.

عيبـنا نحن في السودان أننا لا نكتب السير ولا نروي تجاربنا عبر السـنين، ظنّا منّا أنها حديث عن النفس، بينما هي تراث للأمة، تستنبط منه الماضي والتاريخ فالإنسان عندما يتحدث عن فترة الدراسة أو العمل داخل السودان وخارجه أو الفترات التي يقضيها دارسا أو متخصصا في أوروبـا أو أمريكـيا لا يدور حديثه حول نفسه بل حول المجتمع الذي يعيش فيه وما يحدث فيه من أنشطة ووقائع يشترك فيها كل أفراده،

بحيـث تكون رواياتها والحديث عنها بعد مرور الأزمان والحقب جزءا من التاريخ.

لقـد كان الدكتور الزين عباس عمارة في سفره هذا أمينا في سرده لسيرته الإنسانية والعلمية وتجاربه الثرية والمتعددة وعلاقاته مع زملائه وأهلـه وأصـدقائه ومع كل من اشترك معه في ا لحياة داخل السودان وخارجه فقد كتب السيرة بلغة سهلة وموضوعية وشاملة ولم يحاول أن يضـفي علـى نفسه ما لا يستحق. بل إن الزين عباس عمارة لكل من يعـرفه فـي أية مرحلة من مراحل حياته هو أكبر بكثير مما كتب عن نفسه فتحية له على هذا الجهد... وأرجو من كل من يقرأ هذا الكتاب من أقـرانه وأتـرابه وزملائه أن يحذو حذوه ويسجل للتاريخ سيرته ويقدم لمواطنـيه سـجلّه فهـو تراث وطني من حقنا جميعا ومن حق الأجيال القادمة أن تطلع عليه.

مقتطـف أول : برنامـج أخلاقيات الرعايـة الصحيـة

▪ مبـادئ أخلاقيـات المهنـة

لقـد كـان من الثوابت التي ترد في كل النظم والسياسات وتملأ كل المسـاحات فـي القاعات والملصقات والمجلة الطبية مفردات أخلاقيات المهـنة ومواثـيقها التـي كانـت حاضرة في أذهان الجميع ساكنة في وجدانهم وعقولهم بصورة دائمة وهي:

1- قسـم الطبيـب. 2- دليل أخلاقيات المهنة. 3- ميثاق شرف العاملين. 4- حقوق المريض النفسي. 5- إعلان جنيف.

▪ قســم الطبيــب

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم. أن أراقب الله في مهنتي

- أن أصـون حـياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الظروف والأحـوال بـاذلا وسعي في استنقاذ ها من الهلاك والمرض والألم والقلق.
- وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم وأكتم سرهم.
- وأن أكـون علـى الـدوام من وسائل رحمة الله باذلا رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والخاطئ والصديق والعدو.
- وأن أثابر على طلب العلم أسخره لنفع الإنسان لا لآذاه.
- وأن أوقّر من علمني وأعلم من يصغرني وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.
- وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

▪ ميثـاق العامليـن فـي المستشفـى

أعلن بوقار بأنني دائما:

- أكون مجاملا للمرضى والزائرين والعاملين في المستشفى.
- أعمل جبا في توفير الرعاية الصحية ومعالجة المرضى والمصابين.
- أكون مثالا مشرفا.
- أكون شريفا وعادلا مع بقية العاملين.
- أطلع على طرفي المشكل قبل اتخاذ أي قرار.
- أعتمد على العقل أكثر من اعتمادي على النظام.
- أترقب المتطلبات وأتخطى العقبات والصعوبات.
- أقوم بعملي أحسن مما قمت به في السابق.
- لن أرضى إلا بالكمال.
- أساعد على تنمية الخدمات الطبية للمرضى.
- أمدح المستشفى الذي أعمل فيه.

▪ إعـلان جنيـف ص 2 (أخلاقيـات المهنـة)

- أتعهد وأنا انضم إلى سلك مهنة الطب بأن:
- أكرس جل حياتي لخدمة الإنسانية.
- أقدم لأساتذتي الإحترام والتقدير الذي يستحقونه.
- أمارس مهنتي بما يمليه علي الضمير والشرف.
- تكون صحة المريض محل اعتباري الأول.
- أحافظ على الأسرار التي أؤتمن عليها.
- أصون بكل الوسائل المتاحة لي الشرف والتقاليد العريقة لمهنة الطب.
- أعامل زملائي باعتبارهم إخوتي.
- لـن أسـمح لإعتـبارات الدين والجنسية والعرق والسياسات الحزبـية أو المركـز الاجتماعـي أن تـتدخل بيـن أداء واجبي ومرضاي.
- أحـافظ علـى أبعد حدود الاحترام للحياة الإنسانية من بداية الحمل ولن أستعمل معرفتي الطبية حتى ولو تحت التهديد خلافا لما تقتضيه الأعراف والقوانين الإنسانية.
- إننـي أقطع العهد على نفسي هذه العهود بكل رصانة ووقار وبمحض إرادتي وأقسم بشرفي على ذلك.

▪ ميثـاق حقـوق المريـض النفسـي

إن المـريض النفسي الذي يلتمس المعونة النفسية يبقى محتفظا بما لديـه من حقوق مدنية خلال فترة تواجده بالمستشفى، أما المرضى الذي يـتم إدخـالهم قسـريا إلـى المؤسسة النفسية بإيداعهم من قبل الجهات القضـائية أو الأمنـية لارتكابهم جنحة أو جناية فإنهم يفقدون الحق في الحـرية، وفـيما يلـي إجمالا لحقوق المريض أو النزيل في المؤسسة النفسية:

- الحق في تلقي العلاج والرعاية بشكل فردي وإنساني متكامل والحصـول على موافقته الخطية في أي إجراء طبي يتعلق بحالته الجسدية أو النفسية.
- الحـق فـي رفـض العـلاج ما لم يشكل ذلك خطورة على المـريض أو علـى الآخريـن، وحقه في الانسحاب من البرنامج العلاجي إذا أحس بأن مخاطره تفوق فوائده.
- المحافظـة على سرية المعلومات وخصوصية المريض فيما يـتملق بالسـجلات والمراسلات بحيث لا يمكن إفشاء المعلومات الخاصـة بالمريض إلا بالرجوع للمريض والحصول على موافقته الخطية ويستثنى من ذلك الحالات التالية:
  - = عندما يشكل المريض خطورة على نفسه أو على المجتمع.
  - = عند تحويل المريض من مؤسسة علاجية إلى أخرى.
  - = عندما يتطلب إفشاؤها لجهات رسمية أو قضائية كالمحاكم.
  - = إكمال قضايا المطالبة بالتأمين.
  - = مشاركة المريض في البحوث العلمية.
- التواصـل بحـرية مع الآخرين وذلك عن طريق الرسائل أو إجراء المكالمات الهاتفية أو الزيارة ما لم يتعارض ذلك مع الخطية العلاجية للمريض.
- حق المريض في الاحتفاظ بامتيازاته الشخصية:

أ) له الحق في ارتداء الملابس الخاصة به – ب) المحافظة على مظهره وذوقه الشخصي – ج) تقبل كل الضرورات الأساسية للحياة.

- حرية الديانة والتعليم
- المحافظـة على حقوقه المدنية ويشمل ذلك حقه في الحصول على التمثيل القانوني وحقه في التوظف والتمتع بمنصب عام وحقه في الزواج والطلاق وكتابة الوصية والتعاقد مع الآخرين.

- صيانة كرامته واحترامه وكذلك هويته الشخصية.
- المحافظة على سلامته الشخصية وحقه في التظلم.
- التحويل العلاجي مع استمرارية الرعاية.
- حريته في الاطلاع على سجلاته الخاصة.
- شرح وتوضيح التكاليف العلاجية.

بعد العلاج والخروج من المؤسسة النفسية فإن له الحق في المسكن الملائـم وحقه في الرعاية حسب الخطة الموضوعة له من قبل موظفي المؤسسة النفسية.

مفتطـف ثانـي : محطـات في حياتـي

حـتى تستكمل بقايا الصورة التي رسمتها وتتضح أبعاد هذه الرحلة التـي قمـت بها مع القارئ داخل وخارج السودان كان لابد من وجود بطاقـة تعـريف تعطـي خلفـية فكـرية عن جوانب من حياتي ليست بالضـرورة سـيرة ذاتية ولكنها نبذة شخصية مهمة في إطار تقييم هذه الـرحلة وأمل أن يمنحني الله فسحة من العمر وقدرا من العافية لأكمل كتابـي (بيـن الشروق والغروب) وفيه تسجيل كامل لكل تاريخ حياتي بأفراحها و أتراحها.

- ولـدت فـي حـي السكة الحديد في مدينة عطبرة بالمديرية الشمالية عام 1939.
- تلقيـت تعليمـي الابتدائي في مدرسة سنجة الوسطى بمديرية النـيل الأزرق حيث تتلمذت على يدي الأستاذ الأديب حسن نجيلة والأسـتاذ الأديب محمد علي النويري واللذين ورد ذكرهما الحسن فـي محطـات الـرحلة وقد حصلت في امتحان الشهادة السودانية الوسـطى علـى مسـتوى الدولة على المركز الأول مشترك مع البروفيسور شوقي حسن المصري والبروفيسور عبد الجليل محمد عبد القادر وتم توزيعنا على المدارس الثانوية الكبرى آنذاك حسب التوزيع الجغرافي وعلى التوالي.. وادي سيدنا الثانوية وخورطقت الثانوية ثم حنتوب الثانوية ويشاء الله أن نلتقي سويا في كلية الطب جامعة الخرطوم.
- تلقيت تعليمي الثانوي في حنتوب الثانوية وهي المدرسة التي صـقلتني وشكلتني علميا وفكريا وثقافيا و اجتماعيا وكونت ملامح شخصـيتي و أكسبتني كثيرا من الصفات التي أعتز بها والخبرات التـي استفدت منها والعلاقات التي اعتمدت عليها والمهارات التي أصـبحت رصيدا انهل منه حتى مراحل متقدمة من حياتي وأعظم مـن تأثـرت بهـم وأثـروا حياتي مع كل جيل الرواد في التربية والتعلـيم الأستاذ الشاعر الفذ الأديب الهادي آدم والذي كان رئيس الجمعية الأدبية في حنتوب ثم الأستاذ الأديب والذي أولاني رعاية خاصة في الفصل الرابع في (مدام كوري) حتى حصلت على كأس (أحسـن طالـب في الدفعة) وهو تقليد سنوي معروف لدى طلاب حنـتوب يـتم اختـيار الفائز في آخر اجتماع لمجلس الأساتذة بعد امتحانات الثانوية العامة ويقدم في الاجتماع الخير لأبناء الدفعة قبل رحـيلهم مـن السكن الداخلي وقد حصلت على المرتبة الأولى في الشهادة الثانوية العامة من كمبردج.
- تلقيـت تعليمي الجامعي بداية بكلية العلوم ثم تحولت إلى كلية الآداب ثـم رجعت بإيعاز من مسجل الجامعة البروفيسور الأديب عمـر محمد بشير و بعد فوات الأوان في التحويل الذي ورد ذكره دخلت الطب و تخرجت منها في أبريل 1965.

التعليـم و التدريـب

قسـم الطب النفسي في (عيادة بعشر) في الخرطوم بحري ثم عنبر النفسـية في مستشفى (الخرطوم التعليمي) ثم افتتحت قسم الطب النفسي في مستشفى (ود مدني) ثم مستشفى (جوبا) ثم مركز صحي الخرطوم.

- طبيبا متدربا مبعوثا للدراسات فوق الجامعية في عام 1970 في معهد الدراسات النفسية في جامعة لندن ثم عملت في مستشفى فراين بارنت في شمال لندن.
- مستشفى سانت جونز للطب النفسي في أكسفوردشير و معهد الدراسات النفسية في جامعة أكسفورد.
- المنطقة الطبية في لنكلنشير في مستشفيات روسبي و قرانتهام و اسكقنس و بوسطن و مابرلي في نوتنجهام.
- دبلـوم الطب النفسي من جامعة لندن في عام 1973 ثم زمالة كلية الأطباء النفسانيين البريطانية عام 1974.
- عـدت إلى السودان و افتتحت قسم الطب النفسي في مستشفى كوستي
- مستشـفى الطـب النفسي في دولة البحرين و افتتحت العيادة النفسية للأطفال
- استشـاري للطـب النفسـي بالصحة المدرسية بأبو ظبي و افتتحت العيادة النفسية للأطفال
- استشـاري للطـب النفسي بقسم الأمراض العصبية و النفسية بالمستشفى المركزي بأبو ظبي ثم رئيسا للقسم بالمستشفى المركزي و الجزيرة.
- مدير مستشفى الطب النفسي الجديد بمدينة أبو ظبي الطبية.

عضويـة الهيئـات الطبيـة

- المجلس الطبي السوداني / جمعية الأطباء السودانيين / الكلية الملكية البريطانية للأطباء النفسانيين بالمملكة المتحدة / الجمعية الأمريكية للأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة / شعبة الطب النفسي للأطفال والمراهقين بالكلية الملكية البريطانية / مؤسس لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب / الاتحاد العالمي للأطباء النفسانيين / الجمعية الأمريكية لتطوير العلوم (A.A.A.S.) واشنطن يناير 1994 / أكاديمية نيويورك للعلوم ديسمبر 1994 / الاتحاد العالمي للصحة النفسية / تسجيل السيرة الذاتية في موسوعة (WHO'S WHO IN THE WORLD) في الطبعة الثالثة عشرة عام 1996 / اختياري ضمن خمسمائة شخصية عالمية (The Global (500 تم تكريمهم ومنحوا جائزة القرن The New Century Award تقديرا لإسهاماتهم العلمية والاجتماعية والإنسانية في خدمة المجتمع الإنساني وهي عبارة عن شهادة تقدير ودرع تذكاري منقوش الإهداء على تمثال الكرة الأرضية عام 2000 / الاتحاد العالمي للوقاية من الانتحار فيينا النمسا الممثل الإقليمي لدولة الإمارات العربية 1990 / معهد (برايد) لتعليم الأسرة الوقاية من أخطار المخدرات مدينة أتلانتا الولايات المتحدة الأمريكية / الاتحاد الإسلامي للصحة النفسية / اللجنة الوطنية العليا لمكافحة أضرار المخدرات والمسكرات / اللجنة المحلية لوضع الإستراتيجية الوطنية لخفض الطلب على المخدرات / اللجنة الخليجية للصحة النفسية / اللجنة المركزية للصحة النفسية- وزارة الصحة / اتحاد الكتاب والأدباء العرب / مركز الدراسات الأمنية والتدريب- الرياض- المملكة العربية السعودية / نائب رئيس شعبة الطب النفسي- جمعية الإمارات الطبية.

****

The Effect of locus of Control at level of Depression Among Cancer Patients

Prepared by : *Firas Yasein Abu Qa'adan*
Supervisor :*Pr. Adnan Farah*
E.mail : drfarah@arabia.com

The aim of this study was to examine the effect of locus of control (internal- external) on the level of depression in cancer patients and the relation of that with locus of control. The study specifically attempted to answer the following questions:

1- Is there a significant difference in the level of depression among patients of cancer due to their locus of control (internal-external)?
2- Are there significant differences in the level of depression in the patients of cancer with internal and external locus of control due to sex of patient, history of illness, age and type of cancer?

To achieve the objectives of the study, the researcher used two instruments: the Arabic versions of Rotter's scale of internal-External locus of control, and Beck's depression Inventory.

The Population of this study consisted of all cancer patients registered at Al-Bashir Hospital and Al-Amal Center in Amman before may/2001. The sample consisted of 169 female and male patient drawn using the deliberate sampling method.

To answer the research questions, the researcher used t-Test to compare subjects with **internal and external locus of control.** Means, standard deviations and four-way ANOVA were used to answer the second question.

The results revealed significant differences at ($\alpha \leq 0.05$) in the level of depression in patients of cancer due to locus of control (internal – external). These differences were in favor of cancer patients with internal locus of control as they received a mean (20.07). This was higher than that of cancer patients with external locus of control (11.95). This shows that depression level was higher for patients with internal, but not external locus of control.

This indicates that differences regarding the **variable of duration** of infection were between the categories year and more and the following durations (less than three months, 3-6 months, and 6 months- one year). These differences were in favor of patients for one year and more. The results also indicated that there were significant differences between patients in the category (less than 3 months) and those in the category (3-6 months) and (6 months- one year) in favor of the former. This indicates that level of depression becomes high at the beginning of infection and increases with time.

Concerning the results related to **age differences** were in favor of 17-25 years of age and between 26-64 years and older than 65 years of age in favor of those with ages less than 17 years. This shows that depression increases with younger ages.

Regarding **sex, differences** were in favor of females as they got higher means than males. This indicates that females were more depressed than males. In light of the results the researcher introduced the following recommendations.

أثر مركز الضبط في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان

إعـداد : فـراس ياسيـن أبـو قعـدان
إشـراف : أ. د. عدنـان فـرح
بـريد إلكتروني : drfarah@arabia.com

هدفـت هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر مركز الضبط (داخلي-خارجي) في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان والتعرف على مستويات الاكتئاب لدى مرضى السرطان وعلاقة ذلك بمركز الضبط. وبالتحديد إلى الإجابة عن الأسئلة التالية:

1- **هـل هـناك اخـتلاف في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان باختلاف مركز الضبط** (داخلي – خارجي) لديهم؟
2- **هـل يوجـد فـروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين مرضـى السـرطان ذوي الضـبط الداخلـي والضبط الخارجي تعزى لمتغيرات الجنس، مدة الإصابة، العمر؟**

ولتحقـيق أهداف الدراسة، استخدم الباحث مقياسين هما: مقياس روتر للضـبط الداخلي – الخارجي، المعرب والمقنن للبيئة الأردنية. وقائمة بيك (Beck) للاكتئاب المعربة والمقننة للبيئة الأردنية.

تكـون مجـتمع الدراسـة من مرضى السرطان المسجلين لدى مستشفى البشير ومركز الأمل للشفاء في محافظة العاصمة للعام 2000 ولغاية 2001/5/1

تكونـت عينة الدراسة من (169) مصاب بالسرطان من الذكور والإناث والذين لا تقل أعمارهم عن 17 سنة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية المتيسرة.

للإجابـة عـن أسئلة الدراسة، استخدم الباحث اختبار (ت) للمقارنة بين أفراد العينة ذوي الضبط الداخلي وذوي الضبط الخارجي للإجابة عن السؤال الأول واستخدام الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين الرباعي في ضوء متغيرات الدراسة للإجابة عن السؤال الثاني.

أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) في مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان تعزى **لمتغير الضبط** (داخلـي – خارجـي) وأن هـذه الفروق كانت لصالح المرضى المصابين بالسـرطان ذوي الضبط الداخلي بمتوسط حسابي قدره (20.07) وهو أعلى مـن المتوسـط الحسابي لمرضى السرطان ذوي الضبط الخارجي والبالغ (11.95)، وهـذا مؤشر على أن مستوى الاكتئاب يكون مرتفعاً عند المرضى ذوي الضبط الداخلي ويكون منخفضاً عند ذوي الضبط الخارجي. كما أتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) تعزى لكل مـن متغيري مدة الإصابة والعمر. وهذا يعني بأن الفروق في ضوء **متغير مـدة الاصابة** بالمرض كانت ما بين المصابين بالمرض منذ فترة سنة فأكثر ومـا بين المصابين بالمرض منذ الفترات التالية: (أقل من ثلاثة شهور، 3-6 شهور، 6 شهور – سنة)، وان هذه الفروق كانت لصالح المصابين بالمرض مـنذ فـترة سـنة فأكـثر، كما وأشارت النتائج الى ان هناك فروق في مدة الاصابة ما بين المصابين بالمرض بفترة أقل من (3 شهور) وبين المصابين بالمرض بفترة (3-6 أشهر) وفترة (6 أشهر – سنة) وان هذه الفروق كانت لصالح المصابين في المرض بفترة (أقل من 3 أشهر)، وهذا مؤشر على أن مستوى الاكتئاب يزداد ويكون مرتفعاً في بداية الإصابة ثم يزداد بزيادة مدة الإصابة.

أمـا بالنسـبة للنتائج في ضوء **متغير العمر** فقد وجد بأن الفروق كانت لصـالح الأعمار من (17-25 سنة) وما بين المصابين ذوي العمر (26-64 سـنة) والعمـر أكثر من (65 سنة) ولصالح ذوي الأعمار أقل من (17-25 سنة) وهذا مؤشر على أن مستوى الاكتئاب لدى مرضى السرطان يكون أكثر ارتفاعاً لدى صغار السن ثم يصبح أقل مع التقدم بالعمر.

أمـا بالنسبة **لمتغير الجنس** فكانت الفروق لصالح الإناث لحصولهن على متوسـطات حسابية أعلى من الذكور، ويعني هذا أن الإناث اكثر اكتئاباً من الذكور. وفي ضوء نتائج الدراسة تم وضع بعض التوصيات المناسبة.

الثقافـة النفسيـة المتخصصـة – المجلـد الخامـس عشر – العـدد التاسـع و الخمسون – يوليـو 2004

مركـز الدراسـات النفسيـة و النفسيـة – الجسديـة – لبـنـان

بـريد إلكتروني: ceps50@hotmail.com

▪ افتتاحيـة العـدد

في زمن يستباح فيه العرب، وتستهدف فيه ثقافتهم بقصد تهميش تراثهم القيمـي، وصولا إلى سرقته ونهبه ماذا يمكن للاختصاصي النفسي العربي أن يقـدم لأمته !؟. بعض العقول الأسيرة قدمت مساهمات سلبية عن قصد، أو بـدون قصـد، لتبقى البقية الباقية لا مبالية ومنسحبة، وكأنها غير معنية بالموضـوع. ونحـن لا نفهم كيف تطرح معادلة اعتبار أية حركة عربية تحـررية ودفاعية على أنها إرهاب ناجز ومدان، ويبقى الاختصاص خارج الميدان.

اسـتباحة العـرب والمسلمين وصلت إلى حدود إلغاء الأنثروبولوجيا وتجاهلهـا كعلـم مـن العلـوم الإنسانية كخطوة على طريق أمركة العالم وهامبرغرته. وهذا ما دفع المجلة إلى تركيز اهتمامها على هذه المواضيع فكانـت ملفات الأعداد السابقة حول الحروب العربية وعلم النفس السياسي وسيكولوجية الأزمات وغيرها.

هـذا العـدد لا يخرج عن هذه التوجهات، إذ يخصص ملفه للتراث النفسـي العربي، في محاولة للتذكير بأن الاضطرابات النفسية أقدم ظهورا مـن العلـوم النفسية. ويتضمن الملف مواضيع: **العرب والشفاء النفسي/ المجتمعات التقليدية بين العلم والشعوذة/ تاريخ الطب النفسي في العهدين الأموي والعباسي**، ورأي في **المسألة التراثية**.

بالإضافة إلى مواضيع في ميادين الحروب والكوارث (الآثار النفسية لاحـتلال العـراق) وعلـم الـنفس السياسي (خطة شارون لفك الارتباط) والتحلـيل النفسـي. وفي باب المكتبة عرض لكتاب "**أميركا في المستنقع العراقـي**" وكـتاب "**علم النفس والمخابرات** " وكتاب "**الشيزوفرينيا**". هذا بالإضـافة إلـى الأبواب الثابتة: "الندوات والمؤتمرات " و"علم النفس حول العـالم". ومقابلة العدد، وفيها نستضيف البروفيسور الألماني الشهير هانس تومي.

هـذه الجهـود وسـابقاتها قاصرة عن إيفاء الحاجات العربية الراهنة لتفعـيل الاختصاص، لكنها حدود قدرتنا التي لا نجرؤ على اعتبارها أكثر مـن محـاولات مبدئية للمساهمة في تمييز خصوصياتنا الثقافية التي تكاد تتحول إلى الاندثار مع سرقة الآثار والتراث والثروات الطبيعية لبلادنا، مع إعـلان الحرب عليها تحت مسميات ملحدة إنسانيا وسياسيا. وتقصيرنا هذا يفجر لدى المتخصصين العرب عذة الحياء، ويبرر لهم شرعية الخجل من هـذا التقصير. وبهذه المناسبة تسعد إدارة التحرير بالتذكير بأسماء الزملاء المشـاركين في تعويض هذا القصور ومنهم: **جمال التركي** (تونس) **وعبد السـتار إبراهـيم** (السـعودية) **ووفـدري حفـني** (مصر) **وفيصل الزراد** (الإمـارات) **ومحمد الحجار** (سوريا) وغيرهم. وذلك على أمل تكامل هذه التجارب والارتقاء بهذه المساهمات وزيارة فعاليتها في الأعداد القادمة.

محمد أحمد النابلسي

▪ قضيـة حيويـة

محاولات تشويه صورة الإنسان العربي

مدخـل : يعـتمد تشـويه صورة الإنسان العربي على حملة إعلامية مستمرة ومكثفة، تقوم على أسس سيكولوجية محكمة، وتعتمد مبدأ الإفاضة (Flooding)، حيـث تكـرار الفكرة بصور ومناسبات مختلفة يساعد على ترسيخها بشكل إيحائي لا يلزمه التدقيق، لأنه يصبح جزءا من الذاكرة بعـيدة المـدى. التي تضم الذكريات التي لا نستطيع استحضارها، لكنها تحضر حين تجد ما يذكر بها. وهي بالتالي نوع من غسيل المخ الجماعي عـبر وسائل الإعلام. وبمراجعة المحاولات الإسرائيلية المستمرة لتشويه صورة الإنسان العربي نجد أنها تقوم على العناصر التالية:

أ- **التصـور الغربـي للإنسان العربي**: وهي صورة بشعة رسمها الغرب من رؤية المستعمر. وبالتالي فإنها صورة تغلب عليها الدوافع العدوانـية. وهي تتلخص كالآتي: أن العربي هو إنسان منزو ومندفع وراء شـهواته. وهو نزق لا يفيم وزنا إلا لعنجهية عظامية (بارانويا) وهـو لا يحـترم أيـة قيم أو مثل (بما فيها مثل مجتمعه) إلا بمقدار تدعـيمها لعظاميته. وهو متخلف وجاهل وعاجز عن استيعاب مبادئ المسـاواة لدرجة عجزه عن فهم مبدأ الطبقة الوسطى. وهو إما فقير معـدم أو ثري فاحش الثراء. وهو انفعالي يمكن أن يصل إلى حدود الـتطرف الهوسـي. (لابـد من الإشارة إلى أننا مدينون للاستشراق بالجزء الأكبر من هذه الصفات). ومن الطبيعي أن تستغل الصهيونية هـذه الصـورة، وأن توظف إمكانياتها الإعلامية (السينما خصوصا) لترسيخ قباحتها.

ب- **التضـليل الإعلامـي**: وقد مارسته الصهيونية لحدود الاستنفاد. وأخطر صوره:

1- الـيهودية هي قومية (بدليل أن إسرائيل وطن قومي لليهود) أما العروبة فهي ديانة (بدليل أن 80% من الأميركيين يعتقدون أن إيران وباكستان هي دول عربية).

2- إن إسـرائيل تملك تاريخا وأنها أسبق من العرب في ملكيتها لـلأرض. (ولكـن ماذا عن المخطوطات التاريخية التي تخفيها إسرائيل، وتمنع المؤرخين من مجرد الإطلاع عليها؟).

3- إن إسرائيل تحمي مصالح الغرب في المنطقة، وهي بمنزلة الخادمـة لمصـالحه (ولكـن مـاذا عن الفقر الزاحف إلى دولنا النفطية؟).

ج- **الإرهاب العربي**: يقاس نجاح إسرائيل في تسويق صورة العربي كإنسـان عدوانـي إرهابـي عـبر معايـير عديدة، منها أن الإعلام الأميركي، ومعه الرأي العام الأميركي، وجها التهمة إلى العرب فور وقـوع انفجـار أوكلاهوما (ثبت لاحقا أنه كان من صنع الميليشيات الأميركية البيضاء).

والخطـير أن تهمـة الإرهاب العربي تكرست بجملة بحوث أكاديمية تعتبر أن أصل الإرهاب يعود إلى جماعة (الحشاشين) العربية. وبأن، هذه الجماعة هي التي اخترعت الإرهاب.

▪ علم النفس حول العالم :

- طرق موت خلايا المخ تختلف بين الذكور و الإناث
- طرق ذكية
- استخدام البكتيريا لعلاج مرضى التوحد
- المزاج والطعام
- تناول الخضار يساعد على تأخير الشيخوخة
- فـي تقريـر "اليونيسيف" : ثلث سكان العالم لا يصلون إلى ذروة ذكائهم بسبب نقص الفيتامينات

- مواليد ضحايا إدمان الكحول
- وقاية سرطانية
- أمل لعلاج الإدمان
- حماية غذائية للقلب
- جهاز بديل للصدمات الكهربائية لعلاج الاكتئاب
- أدوية الاكتئاب قد تدفع إلى الانتحار
- نجاح تحويل الخلايا الذهنية إلى خلايا عصبية

- **مقابلة العدد : لقاء مع البروفسور الألماني هانس تومي/ ترجمة سامر رضوان**

مدخـل : ولـد هانس تومي Hans Thome في عام 1915 لأب كان يعمـل فـي الجمارك في مدينة فينكل في باير في ألمانيا، كان أستاذاً لعلم الـنفس في جامعات إيرلانغن و بون. و تتصف دراساته الإمبيريقية، ومن بينها التحـليل الكيفـي والكمي لستة آلاف سيرة ذاتية مستقصاة، بالتنوع المضـموني و قـربها مـن الحياة الواقعية وأهميتها العملية. حظي هانس تومـي، الـذي شغل لبعض الوقت رئيس الجمعية العالمية للنمو السلوكي International Society for behavioral Development ، والجمعـية العالمـية لعلـم الشيخوخة International association of Gerontology ، بشهرة عالمية وتخصصية بشكل خاص من خلال دراسة بون الطولية التي بدأت عام 1965 للشيخوخة، التي استمرت حتى ثمانينات القرن العشرين. فـإذا كـان المـرء في السابق يربط بين الشيخوخة والمرض و الفقدان و التقيـيد، فإنه من خلال هذه الدراسة تمركزت بؤرة الاهتمام على الإنسان المـتقدم فـي السن الفاعل الواعي بالصحة و طويل الحياة و القادر على التعلم .

يمثل تومي أجيالاً عدة من علماء النفس وعلماء الشيخوخة. ومن طلابه الباكرين أورسولا لير Usula Lehr، التي أصبحت فيما بعد وزيرة اتحادية للشباب والأسرة والمرأة و الصحة، وفرانس فاينرت المدير اللاحق لمعهد ماكس بلانك لأبحاث علم النفس. ومن بين أكثر من 300 منشور لتومي هناك كتب مثل الشخصية (1951)، الإنسان في القرار (1960)، الفرد وعالمه (1986)، علم النفس في المجتمع المعاصر (1977)، وعلم النفس في الحياة اليومية (1991: بالاشتراك مع أورسولا لير)، والطرق البيوغرافية في العلوم الإنسانية (1999: بالتعاون مع غيرد يوترمان). ويصدر له هذا العام بالتعاون مع أورسولا لير علم نفس الشيخوخة بطبعة منقحة كلية وجديدة. ولا يرتبط كلا باحثا الشيخوخة في التخصص فحسب وإنما زواجياً كذلك: ففي عام 1998 تزوج كل من هانس تومي وأورسولا لير.

يعـد هـانس تومـي واحداً من جدود علم النفس الألماني. فعالم نفس الدوافع وباحث السيرة الذاتية (Biography) في علم نفس الشيخوخة بلغ في 31 تمـوز (يولـيو) عام 2000، خمس وثمانون سنة. وحول حالة حرفته مـازال العالم غير المريح دائماً و الدائب النشاط حتى الآن غير راض – بالمقابل فهو سعيد حول شخصه.

- **علم نفس الاتصال : هل الهاتف النقال وسيلة للتقارب الإنساني/ كينيث غيرغن**

مدخـل : تغـير وسـائل الإعلام واقعنا وعلاقاتنا: فنحن نعيش بشكل مـتزايد فـي عالم، هو في الحقيقة "في مكان آخر". فالتلفزيون والراديو و الفيديو والكمبيوتر والإيميل والإنترنت يقربون منا الغياب والغائبين ويعمون عـن الواقـع المباشر. وبالنسبة لعالم النفس والفيلسوف الاجتماعي كينيث غيرغن لا يوجد إلا بديل واحد فقط: النقال التواصلي الحقيقي.

تدخـل طالبة غرفة زميلاتها في سكن الطالبات لتتسامر معهن، إلا أن زمـيلاتها مشغولات: فواحدة تقرأ كتاباً، وأخرى تسمع الموسيقى بسماعات فـوق الـرأس، وثالثة تتصفح مجلة، والرابعة منشغلة بالكمبيوتر، فتخرج خائبة.

- **التحليل النفسي**
- **شخصـيات الإختصـاص العـريقة الفرنسية وزوجة أمير الـيونان ماري بونابرت تأثرت بفرويد فأسست التحليل النفسي في فرنسا**

مدخـل : من أعضاء أهل الفكر في العشرينات. هذه الأميرة الثائرة التي لم تتردد بفعل أي شيء جلب التحليل النفسي إلى فرنسا، والخضوع لأولـى عمليات التجميل، في وقت كانت النساء يكتشفن، وهن يتضرجن خجـلا، موضـة ثياب تقلد الرجال، في فيلم الأميرة ماري يصف بونوا جاكو علاقة الشغف التي ربطت هذه المرأة بفرويد.

كـان يا ما كان في قديم الزمان أميرة بدأت حياتها على نحو سيئ، كانت غنية بفضل والدتها (وريثة كازينو مونتي كارلو) وأميرة من سلالة بونابـرت بفضـل والدهـا حفـيد أخ نابليون ولكن كي يستطيع والدها الحصـول على ثروة زوجته كان على هذه الأخيرة الموت تاركة والدين. ولكن بعد شهر على ولادة ماري، في العام 1882 توفيت والدتها، وهذا ما سبب للفتاة الصغيرة هوسا مدمرا، إذ تصورت أن والدها قتل والدتها.

في منزل سان كلود الفخم استقرت جدة ماري- المرأة الوحيدة التي أحـبها أبي بحسب قولها، كانت امرأة قاسية مهووسة بالنجاح الاجتماعي وبالمـال. تماما كما في قصة خيالية لبيرو تكبر الصغيرة وحيدة بين هذا الوالـد والجـدة، الخالية العواطف بلا أخوات وأخوة، من دون الاختلاط بـأولاد مـن عمرها. تربيها مجموعة من الحاضنات والمعلمات، وذلك لهـدف وحيد: الزواج يوما ما بأمير، كي يستطيع والدها وجدتها (اللذين نـبذهما مجتمعهما الراقي) الوصول إلى البلاط الملكي في أوروبا، وإلى الامتيازات التي تلي.

قابلت الصغيرة ماري هذه التربية المخيفة بفضول ثقافي مخيف. كان هـذا مفاجئا بما أن أحدا في منزلها ما كان ليهتم بتعليمها: الوراثة الغنية: ليسـت بحاجة للشهادات: ناضلت مطالبة بتعلم اللاتينية، وارتياد المدرسة وتقديـم شهادة البكالوريا، التي تخولها دراسة الطب؟ ولكن هذا كله كان مرفوضـا. بالكـرا، بـدأت مـاري بالقراءة بنهم، وبالدراسة في السر، وبالكـتابة. من الطفولة إلى آخر يوم من حياتها، سيكون شغفها أن تتعلم وأن تفهـم. وهذا الشغف هو ما أنقذها ليس من التعاسة وحسب، بل أيضا من الجنون.

- **سيكولوجيا الحروب والكوارث**
- **الآثار النفسية لممارسات الاحتلال على الجمهور العراقي /** الدكتور محمد احمد النابلسي

مدخـل : عيدا عن مصطلحات الاختصاص التفصيلية، فإن الرغبة في الانتقام هي ردة الفعل الطبيعية لكل إنسان أو مجموعة بشرية تتعرض للظلـم والاضـطهاد. وتهديد الحياة هو شكل من أقسى أشكال الظلم الذي تـتعرض له الجـماعات والأفراد. فإذا ما ثبتت موضوعية هذا التهديد وحقيقته فإنها تلغي كل شك في حقيقية هذا الظلم.

ولقـد تعـرض الشعب العراقي لحرب شعارها "الصدمة والترويع ". وهـذه الحـرب- الكارثة أوقعت عشرات آلاف الضحايا، وهدرت غالبية الشـعب العراقي بحياته وحياة أعزائه وظلمته. ثم أعقبها إعلان الاحتلال وردة الفعل التاريخية الطبيعية عليه، وهي المقاومة.

1) أثر الاحتلال الأميركي على البناء النفسي للإنسان العراقي.

إن الإنسـان العراقي متأثر بسنوات الحصار ويعتب غير يسير على الإهمـال العربـي لمعانـاة حصاره. وتتفاوت درجات هذا العتب بحسب ظـروف الجماعـات العراقية واتجاهاتها. لكن رضوضا عديدة، رافقت الحـرب وتلتها، وأثرت بعمق على البنية النفسية للإنسان العراقي، وأهم هذه الرضوض هي:

1. الترويع المصاحب للعمليات العسكرية والأسلحة غير التقليدية المستخدمة فيها. يليه ترويع التهديدات والاعتقالات الواسعة النطاق.
2. صدمة الاحتلال. ومعها السيطرة على مقدرات البلد وثرواته ومستقبله وسلطته.
3. الفوضى التي تلت الاحتلال، وغياب الأمن الاجتماعي.
4. هيمنة الجماعات المتحالفة مع أميركا وتهديدها للمواطن العادي.
5. الممارسات التمييزية بين الجماعات العراقية.
6. تهديد النظم الرمزية للبلد من اللغة والأرض والتراث، وحتى العلم. وكل واحد منها يشكل صدمة معنوية جماعية.
7. تشريد قطاعات واسعة من الشعب العراقي، بدءا بالجيش، ومرورا ببقية المؤسسات.
8. الصور المذلة لاعتقال صدام حسين. وهي مرفوضة أقله على الصعيد العشائري.
9. إيحاءات اندلاع نزاع أهلي عراقي، والتهديدات المرافقة له.
10. الممارسات المذلة لجيش الاحتلال. وبخاصة منها جرائم الشرف والاغتصابات والإذلال المعنوي.
11. انتهاكات الاحتلال لحقوق الفرد العراقي، بما فيها نقص الغذاء والدواء والرعاية الصحية والاجتماعية والبطالة، وغيرها.
12. الجرائم الأميركية ضد الإنسانية.

وهذه العوامل الصدمية تمتد إلى الجمهور العربي، والمسلم عامة (الحملة الدعائية الممتدة عبر سنوات للنظام السابق مثل دعم الفلسطينيين، وغيرها) بسبب مشاعر الذنب أمام المعاناة العراقية كما بدافع التعاطف. والأهم بسبب كون العراق (الفلوجة نموذجا) خط الدفاع الأول في مواجهة تجاوز المشروع الأميركي لدولة العراق إلى دول أخرى في المنطقة. من هنا فإن مقاتلي الفلوجة والمقاومة العراقية لم يدافعوا عنها فقط، بل أيضا عن دول الجوار العراقي المهددة أميركيا.

- **علم النفس السياسي**
  - **حول "خطة فك الارتباط" / أ. د. قدري حفني**

مدخل : محاولة فهم ما يجري على أرض الصراع العربي الإسرائيلي تتطلب منا أن نستعيد بداية بعض مسلمات علم النفس الاجتماعي. لا توجد جماعة بشرية يمكن أن يتفق أفرادها جميعا على موقف سياسي أو فكري واحد بكافة تفاصيله. إنه قانون شهير من قوانين علم النفس الاجتماعي، فضلا عن أنه تصديق للخبرات المعاشة للناس عبر العصور. ورغم رسوخ هذه الحقيقة فثمة ميل جارف لدى كثرة غالبة من البشر لتجاهلها وطمسها. وهو ميل يفسره قانون شهير أيضا من قوانين علم النفس الاجتماعي، هو الميل للحكم وفقا لأنماط جاهزة مسبقة قفزا على الاختلافات، رغم ما يفيض به الواقع المعاش من تفاصيل، واختلافات، لا حصر لها. ولسنا في صدد الخوض في تفاصيل متخصصة في علم النفس الاجتماعي وتطبيقاته، ولننظر مباشرة إلى مجريات الأمور على ساحة الصراع.

لقد عانت رؤيتنا لمجريات الصراع العربي الإسرائيلي كثيرا بسبب غفلتنا، أو إغفالنا لتلك المسلمات. لقد كنا وما زلنا في كثير من الأحيان نميل إلى وضع كل ما وراء (الخط الأخضر) في سلة واحدة، وبدأنا بعد نصف قرن نفكر في إمكانية قبول التمييز بين عرب 1948 و بقية الإسرائيليين، ويبدو أن الشوط ما زال طويلا أمامنا لقبول فكرة أن التنوع البشري داخل إسرائيل لا يقتصر على التمييز بين العرب المسلمين والمسيحيين، وبين اليهود، وأنه يفوق نظيره في كثير من البلدان لأسباب لسنا في مجال التعرض لها، وأن ذلك التنوع يمتد ويتشعب ليشمل الاتجاهات السياسية، ثم يمتد أكثر ليتغلغل داخل كل اتجاه سياسي. إن التنوع الاجتماعي والسياسي -كما أسلفنا- قانون علمي، بل سنة من سنن الحياة لا تعرف استثناء و يخضع لها الجميع حتى لو كانوا صهاينة، وحتى لو رفعوا شعار (شعب الله المختار). في إسرائيل كما في غيرها يمين ويسار، وثمة أطياف متدرجة داخل كل من اليمين واليسار، دون أن يعني ذلك أنه لا يوجد سقف يضم الجميع، كما هو الحال أيضا في التجمعات البشرية جميعا، وإلا لما أسميت (تجمعات). ثمة ما يجمع الإسرائيليين جميعا دون شك، فالجميع يسعون للحفاظ على دولة إسرائيل كحد أدنى، و فيما يتجاوز هذا الحد تتعدد ألوان الطيف. ولو افتقدنا تلك الرؤية لتعذر علينا الفهم الصحيح للكثير مما جرى ويجري، وتعذر علينا على وجه الخصوص ما يجري بشأن (خطة فك الارتباط). ولنتعرف أولا على صاحب الخطة، آرييل شارون.

- **الطب النفسي- الجنسي : الحياة الجنسية بين الزوجات/ الأشطر. ش، الأشطر. ف، ميزوري م.، العمامي ع. والجرابة أ.**

الخلاصة : لقد اهتممنا بدراسة الحياة الجنسية للزوجين، نظرا لأساسية العلاقة الجنسية في الحياة الزوجية.

- **الأهداف** : البحث عن خصائص الحياة الجنسية في الحياة الزوجية في المجتمع التونسي و دورها في ديمومة وجود الحياة الأسرية و استقرارها.
- **الوسائل** : اعتمدنا على استبيان.
- **المنهجية** : كانت دراستنا استطلاعية و قد اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي في تناول الموضوع.
- **النتائج** : شملت دراستنا 120 شخصا (77 رجلا و 43 امرأة) من أصل 500 استمارة. عبّر 80 % من الأفراد عن رضاهم عن حياتهم الجنسية و قد تواصل هذا الرضا بالنسبة 60 % من ضمن هؤلاء، صرّح 14،5 % من الأفراد بوجود صعوبات جنسية لديهم و يعتقد 30 % منهم أن حياتهم الزوجية غير مستقرّة. لاحظ 19 % من الأفراد وجود اضطرابات جنسية لدى القرين. كانت الصعوبات الجنسية الوحيدة لدى الرجال هي صعوبة الإنعاظ بينما يتمثل ضعف الرغبة الجنسية الصعوبة الأكثر لدى النساء. حوار الزوجين حول الحياة الجنسية يبدو من المواضيع التي يراد السكوت عنها، إذ رفض ثلث أفراد العيّنة الإجابة عن هذا السؤال.
- **المناقشة** : يظهر أن من مميّزات الحياة الجنسية للزوجين في شريحتنا هو : نسبة عالية من الرّضا الجنسي و تواصل لهذا الرّضا مع الزّمن. كما أن هناك تأكيدا لدى الغالبيّة على غياب الاضطرابات الجنسية و غياب الحوار حول هذا الموضوع.

الخاتمة : نوصي بدراسة أشمل عبر جمهرة أوسع و حوار نفسي – جنسي مع الزوجين.

- **مكتبة العدد**

عنوان الكتاب : الشيزوفرينيا.. مقدمة قصيرة جدا

المؤلف : سي فريث واي جونستون.

الناشر : أوكسفورد يونيفيرسيتي بريس، لندن.

ملخص : عنوان هذا الكتاب لا يعطي فكرة صائبة عن محتواه، فعندما يطالع القارئ عبارة (مقدمة قصيرة جدا) في العنوان، يتبادر إلى ذهنه على الفور أن الكتاب لا يضم سوى نظرة سطحية عابرة على مشكلة بالغة التعقيد، لكن قراءة الصفحات القليلة الأولى كافية لتبديد هذا الانطباع.

فالكتاب أبعد ما يكون عن السطحية والارتجال، ومؤلفاه متخصصان ضليعان بموضوعهما، وهما كريستوفر فريث أستاذ علم النفس العصبي في يونيفرسيتي كولدج بلندن، ومؤلف كتاب (السيكولوجيا العصبية الإدراكية للشيزوفرينيا) الصادر عام 1992، ومعه ايف جونستون رئيسة

قسـم علم النفس السريري في جامعة أدنبره، ومؤلفة كتاب (الشيزوفرينيا.. المفاهيم والمعاملة السريرية) الصادر عام 1999.

وفـي هذا الكتاب يقدم هذان الخبيران الممارسان صورة شاملة وبالغة الوضـوح لهذا الاختلال الذي يصيب الدماغ بكل ما يكتنفه من أعراض و آثار، وما يقف وراءه من أسباب محققة ومحتملة.

كمـا يقدمان تاريخا مفصلا لأساليب علاج هذا المرض. وعلى الرغم مـن صـغر حجم الكتاب النسبي، فإن المؤلفين استطاعا أن ينعما صفحات هذا الكتاب الـ 169 بالمعلومات الغنية التي تحيط القارئ علما بالموضوع دون أن تسـبب له أي إربـاك ودون أن تشـعره بـأي وصاية من جانب المؤلفين.

أعراض الشيزوفرينيا

يعـالج الكتاب عددا من الموضوعات المختلفة، من بينها - على سبيل المـثال - كـيف تمـا تعريف المرض وتحديد أعراضه على مر الزمن، ويتناول أيضا الأعراض الإيجابية للمرض مثل الأوهام والهلوسات والتفكير المضـطرب قـبل أن ينـتقل إلى الأعراض السلبية مثل الفراغ العاطفي، وفقـدان الإرادة والهلوسة السمعية (سماع أصوات لا وجود لها في الواقع) وأوهام السيطرة (تخيل وجود سيطرة خارجية على حركات الجسم). ويقدم الكتاب تفسيرا لكل حالة ورش هذه الحالات، موضحا أنها جميعا تعود إلى اخـتلال عمل التغذية الإرتجاعية داخل الدماغ يستعرض المؤلفان مختلف الـنظريات التـي وردت حول مسببات الشيزوفرينيا، ويرجحان التفسيرات البدنية الفسيولوجية (العصبية في هذه الحالة) على التفسيرات النفسية. وفي دراسـتهما لطرق علاج المرض عبر المدة التي انقضت منذ تاريخ اكتشافه نجدهمـا يميلان إلى ترجيح استخدام العقاقير المضادة للاختلالات الوظيفية في الدماغ على استخدام المعالجة النفسية.

ويعـالج المؤلفان أيضا الاعتقاد الشائع، الذي تغذيه الروايات والأفلام وتغطيات صحف الإثارة، بكون المصابين بالشيزوفرينيا يحملون ميلا شديدا لممارسـة العنف. ومع اعترافهما بأن نسبة ممارسة العنف لدى المصابين بهذا المرض أعلى منها لدى الأشخاص العاديين، فأنهما يبذلان جهدا كبيرا لتفنيد ذلك الاعتقاد عن طريق تقديم الأرقام والبيانات الموثقة.

الكتاب : أميركا في المستنقع العراقي.
الناشر : المركز العربي للدراسات المستقبلية. بيروت 2004.
الصفحات: 217 صفحة من القطع الكبير.
عرض : محمود حيدر.
ملخص : تأخذ المسألة العراقية قسطا وفيرا من النقاش والسجال بيـن النخـب العربية والإسلامية. مثلما تأخذ القدر نفسه، وربما أكثر، من الاهـتمام داخل مراكز القرار في أوروبا والولايات المتحدة الأميركية. بعد عـام علـى الاحـتلال سيكون لهذه المسألة مساحة من الجدل، يبحث فيها المشـهد الراهـن للعـراق وإلى الاتجاهات التي يبدو أن هذا البلد الممتلئ بـالأحداث يجـري في اتجاهها. (أميركا في المستنقع العراقي) هو عنوان الكتاب الصادر جديثا عن المركز العربي للدراسات المستقبلية في بيروت. وهـو مجموعة أبحاث قدمت للمؤتمر الذي انعقد في لبنان في بداية مطلع العـام الحالـي، وشارك فيه مجموعة من الباحثين والمتخصصين اللبنانيين والعرب.

تـوزع الكـتاب بحسـب برنامج المؤتمر على مقدمة وثلاثة فصول جـاءت علـى الشـكل التالي: حيث جاء في الفصل الأول: متابعة للحدث وتداعـياته بعـد سنة لمدير معهد العلوم الاجتماعية في الجامعة اللبنانية د. يوسف كفروني. الحرب العداونية على العراق لرئيس اتحاد الكتاب العرب الدكـتور علـي عقلـة عرسان. لماذا كان العراق؟ للنائب والوزير السابق أسطفان الدويهي. احتلال العراق مصلحة أميركية ومطلب صهيوني للباحث غسان وهبة.

وتضممن الفصل الثاني (شرعية الاحتلال وممارساته من منظور قانونـي دولي) د. نزله كبارة. و (إشكاليات القانون الدولي الإنساني) د. سـليمان عـبد المنعم. و (احتلال العراق والقانون الدولي) د. محمد نديم الجسر. و(الديموقراطية الأميركية المشوهة) للباحث مصطفى العجم.

أمـا الفصـل الثالـث فقد ضم البحوث التالية (مستقبل أميركا في العـراق) للنقيـب رشـيد درباس. و(الجغرافيا السياسية والاستراتيجية الجغرافية) للباحث السوري عماد فوزي الشعيبي. و(التداعيات المستقبلية لاحـتلال العـراق) للدكتور محمد أحمد النابلسي، و(أميركا العاجزة عن تحقيق النصر) للدكتور غسان غوشة.

لـدى الذين تحدثوا في المؤتمر المشار إليه، لم يكن مضى سنة على احـتلال العـراق سوى علامة تحولات، تحفر مجراها بعمق في الساحة العراقـية. وبحسب التقديم الذي وضعه رئيس المركز العربي للدراسات المسـتقبلية د. محمـد أحمد النابلسي، ثمة تساؤل عن العلة التي أدت إلى عـدم تسـاقط دول الجوار العراقي كأحجار الدومينو بعد احتلال بغداد، وذلـك علـى غـرار تساقط دول المنظومة الاشتراكية بعد سقوط جدار برلين. وهذه الواقعة تشكل مقاومة بحد ذاتها.

العنوان : علم النفس والمخابرات.
المؤلف : عمر هارون الخليفة.
الناشر : المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
عرض : أ. إخلاص حسن عشرية، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم، السودان.
ملخـص : يعتـبر كتاب (علم النفس والمخابرات) الصادر عن (المؤسسة العربية للدراسات و النشر) بيروت عام 2000 الأول من نوعه فـي المكتبة العربية. مؤلف الكتاب الدكتور عمر هارون الخليفة، الأستاذ والباحث في علم النفس، والذي عمل عضوا في المجلس التنفيذي للرابطة العالمـية لعلـم الـنفس عبر الثقافي، ممثلا إقليميا لشمال أفريقيا والشرق الأوسـط 1998 -2002. نشر المؤلف من قبل أكثر من 40 بحثا في علم الـنفس فـي الدوريات العالمية والإقليمية المحكمة.وسبق أن حاز المؤلف علـى عـدة جوائز عالمية وإقليمية في علم النفس، من بينها جائزة عبد الحمـيد شـومان للباحثين العرب الشبان في علم النفس لعام 1996. يقع كـتاب علم النفس والمخابرات في 315 صفحة، وضم 4 فصول رئيسية وهـي: 1) علـم الـنفس والـتحكم بالجملـة 2) تطبيقات علم النفس في المخابرات 3) مخالب علم النفس والمخابرات الإسرائيلية 4) علماء النفس العـرب والـتحكم بالقطاعي. قدم المؤلف مادة غزيرة ورجع لقرابة 400 مـرجع. ومنها بعض الدراسات الإسرائيلية والأميركية عن تطبيقات علم النفس المذهلة في أجهزة المخابرات: السي آي أي والموساد.

اعـتمد المؤلـف في كتابه، خاصة في عنوان الفصل الأول والرابع، علـى الـنظرة القائلة بأن واحدا من أهم جوانب التطبيقات العالمية لعلم الـنفس وضـوحا هـو المفارقـة بين عملية التطبيق بالجملة، و(التطبيق بالقطاعـي). ويعنـي المؤلـف بالأولى الاستخدام الأكبر لعلم النفس في السياسـة الدولية، وخاصة في الاستعمار والحرب الباردة بقصد التحكم، واسـتخدامه فـي المخابـرات بصورة خفية ومستورة، بينما تعني الثانية الاستخدام الأصغر لعلم النفس في المجال التربوي، والعلاجي، والمهني. وتـبعا لهذا الفهم يذكر المؤلف بأن علماء النفس في الغرب في حالة من الاسـتعداد المهنـي لتطبيق علم النفس بفعالية بالجملة وبالقطاعي. لذلك كانت نتائج علم النفس في الغرب أكبر من طموحاته، لأنه يقوم بأداء كل من (الفرائض، والنوافل) في جدة. وبالمقابل يرى المؤلف بأن هناك عدم تهيـئه نفسية لعلماء النفس في العالم العربي بتطبيق علم النفس في فعالية حتى على مستوى القطاعي، أو المفرق، أو لا يقوم علم النفس بأداء حتى (الـنوافل) بوجهها الأكمل. و تبعا لعد التهيئة النفسية لم ينجح علم النفس فـي العـالم العربي بتحقيق طموحاته المذكورة في مقدمات كتبه، وهي: الفهم، والتنبؤ، والتحكم.

- **ملـف العـدد : التراث النفسي العربي**

1- العرب والشفاء النفسي

مدخـل : علـى امـتداد القرون الوسطى، أو عصور الظلام لعبت الحضـارة العربـية دور حـامل مشعل العلم وحامي استمراريته. ويرجع الفضـل فـي هذا الحفاظ على التراث الإنساني إلى جهود مشتركة قام بها عدد هائل من الفلاسفة، والعلماء تحت رعاية الحضارة العربية التي تمثلت حينا بشخص الخليفة، وأحيانا بالأجواء الحضارية الإسلامية العامة.

ونظرا للتداخل العميق بين الفلسفة وعلم النفس، فقد كان من الطبيعي أن تشـهد عصـور الحضـارة العربية قفزات كبيرة في ميدان علم النفس والشفاء النفسي. ونحن إذ نعرض لهذا الموضوع، فإننا نخشى إلحاق الغبن بعـباقرة أفـذاذ من تراكما الذي وللأسف نكاد نجهله. لذلك فإننا سنعرض وباختصار شديد عطاءات الحضارة الإسلامية التي حصلت على يد الأعلام الكبار لهذه الحضارة. وفي مقدمتهم الشيخ الرئيس أبو علي ابن سينا (980-1037 ب. م.).

أ- ابن سينا:

أبـو علـي ابـن سينا، أو أمير العلماء، أو رأس الأطباء، أو الشيخ الرئـيس. هـو أحـد أهـم وأشهر الأطباء والفلاسفة في عصر الحضارة العربـية. ولد ابن سينا في بخارى عام 980 ميلادية. وقد أرسى ابن سينا دعائم مدرسة طبية متشعبة وقابلة للاستمرار.

وقـد بلغـت مؤلفاته 270 مجلدا ناقش فيها معارف متنوعة، على أن كـتابه القـانون يبقى أشهر مؤلفاته وأبقاها لغاية اليوم. والقانون مؤلف من خمسـة مجلدات تحتوي على ما يقارب المليون كلمة. وسواء في الطب، أم في الفلسفة، فإن ابن سينا اعتمد مبدأ السببية. أما على صعيد الطب النفسي وعلم النفس فإن الشيخ الرئيس يعتبر بحق محطة تاريخية في هذه الميادين. فقـد كـان السباق في تاريخ الطب للإشارة إلى فرعين كبيرين من الفروع النفسية التي لا تزال قائمة لغاية الآن. وهذان الفرعان هما:

- البسيكوسوماتيك.
- العلاج الدوائي عن طريق الصدمة.

- **البسيكوماتيك:** في كتابه القانون يقدم لنا ابن سينا وصفا لتجربة أجراها وفق أصول البحث العلمي كما هي معروفة عليه الآن، فقد جمع بين حمل وذئب في حجرة واحدة، رابطا الذئب على مسافة قصيرة من الحمل بحيث لا يستطيع أن يطاله، ولاحظ ابن سينا أن الحمل بدأ يهزل تدريجيا حتى مات، علما بأن كمية الغذاء المقدمة له كانت هي نفسها المقدمة لحمل آخر استعمل كشاهد تجربة، يعيش ظروفا طبيعية...

2- العلاجـات النفسـيدية بيـن العلم والشعوذة / د. محمد أحمد النابلسي

مدخـل : كثـيرا ما نطالب، نحن معشر الأطباء النفسيين، بإبداء الرأي حـول ما درجت تسميته بالظواهر الخارقة، التي يحاول بعضهم نهجها في علم بديل هو البرابسيكولوجيا، وفي واقع الأمر فإننا نجد صعوبات تواصله جمع تعترض إبداء رأينا الصريح في المجال.

فهذا الحقل مليء بالألغام، وخصوصا بالتأويلات والمواقف المسبقة. مع ذلك سأحاول أن أعرض لآرائي الصريحة في الموضوع، مع ما يمكن أن يلحـق بهـذه الآراء من احتمالات اللبس وسوء التأويل بسبب التبسيط في العرض.

بدايـة: إن إنسان نهايات القرن العشرين لا يختلف كثيرا عن أسلافه في الألوف السابقة للميلاد، فهو لا يزال يأكل، ويتوالد، ويموت دون أي خلاف بيـنه وبيـن أسـلافه، حيـث أن التطور التقني لم يصل بعد إلى الإنسان لانهماكه في استكشاف العالم خارج الذات الإنسانية. هذا الواقع يسقط مقولة الإنسـان المـتطور بموازاة التطور التقني المعاصر. حتى أننا نرى إقبالا غريبا متنامياً على الممارسات التقليدية. هذا الإقبال الذي طال مركز السـلطة فـي الولايات المتحدة من خلال إيمان زوجة الرئيس الأميركي السـابق ريغـان بالتنجـيم. كمـا يـتجلى هذا الإقبال من خلال الكتب والصـفحات المخصصـة للأبـراج الهندية والصينية في أرقى الصحف العالمـية، الأمـر الـذي يوحي بردة غريبة إلى عالم الغيبيات الذي كان موضع سخرية وإدانة من قبل المستشرقين الذين درسوا التراث الشرقي. في إطار هذه التناقضات نجد لزاما علينا توضيح نقاط عديدة قبل الشروع في استخلاص النتائج واتخاذ المواقف.

1) العلم وعالم الخوارق

تتضـارب مواقف العلماء في هذا المجال لتصل إلى حدود الاختلاف الكلي، ففي حين ينظر ألكسي كارل في كتابه (الإنسان ذلك المجهول، إلى الإنسـان المعاصـر، نظـرته إلى الإنسان البدائي العاجز عن استيعاب سـيرورات إنسـانية، نجـد في المقابل الفلسفة الإرادية التي تدعي قدرة الإنسـان على المعرفة، ويتبعها علماء يؤكدون بأن الجنين هو الذي يحدد لحظة ميلاده.

وبمـا أن المجال يضيق هنا لعرض مختلف هذه الآراء، فإننا سنكتفي بعـرض بعض أمثلة التزاوج بين النظريات العلمية المنهجية، وبين عالم الخـوارق عند علماء مشهورين تركوا بصماتهم واضحة في ميدان العلوم النفسية تحديدا، ونبدأ بـ :

1- كارل غوستاف يونغ: طبيب نفسي من مدرسة زوريخ، وتلميذ أحـد أشـهر الأطباء في تاريخ الاختصاص، بلويلر، وصديق فـرويد، عـالم الخـوارق وجـه دراسته نحو حقل الأساطير والخوارق مما أثار الجدل حول علميته....

3- تاريخ الطب النفسي في العهدين الأمويين والعباسيين / د. طارق بن علي الحبيب - استشاري الطب النفسي/الرياض

مدخـل : تـتأكد أهمية هذه المقالة في كونها تلقي مزيدا من الضوء علـى الجانب المشرق المرتبط بإسهامات علماء الحضارة الإسلامية إبان عهـد الدولتيـن الأمويـة والعباسية، وأطروحاتهم المتعلقة بجانب النفس والـروح والوجـدان، وما يرتبط به أو يتفرع عنه،... ولقد أسهم العلماء المسلمون السابقون إسهامات كثيرة هامة في الدراسات النفسانية، لكنها لم تحـظ من قبل باهتمام الباحثين ومؤرخي الدراسات النفسية. فالمؤرخون الغربـيون يـبدؤون، عادة، بالدراسات النفسانية عند المفكرين اليونانيين، وبخاصـة أفلاطون و أرسطو، ثم ينتقلون بعد ذلك مباشرة إلى المفكرين الأوروبيين فـي العصـور الوسطى، ثم في عصر النهضة الأوروبية الحديثة، ويغفلون إغفالا تاما ذكر إسهامات العلماء المسلمين في الدراسات النفسـانية، رغم أنه قد ترجم العديد منها إلى اللغة اللاتينية، وأثرت تأثيرا كبيرا في آراء المفكرين الأوروبيين أثناء العصور الوسطى، وحتى بداية عصر النهضة الأوروبية الحديثة.

ولم يكن إغفال ذكر إسهامات العلماء المسلمين في الدراسات النفسانية مقصـورا فقـط على المؤرخين الغربيين، بل إننا نجد أيضا. أن العلماء العـرب المعاصـرين الذين يدرسون في الجامعات العربية مقررات في تـاريخ الدراسـات النفسـانية يحذون حذو المؤرخين الغربيين في إغفال الإشارة إلى هذه الإسهامات. ويرجع الفضل في معرفتنا الحالية بإسهامات العلمـاء المسـلمين إلى مؤرخي الفلسفة الإسلامية من العرب، ومن غير العـرب، الذين أمدونا بملخصات مفيدة عن نظريات العلماء المسلمين في الـنفس البشـرية. وبالرغم من الأهمية الكبيرة لتلك الملخصات، إلا أنها غـير كافـية لإشـباع رغبة العلماء المعاصرين في معرفة آراء العلماء المسلمين السابقين في الموضوعات النفسانية المختلفة، من أجل أن يمكنهم من تقدير القيمة العلمية لتلك الإسهامات في تقدم عصور التاريخ...

4- رأي في المسألة التراثية / د. محمد أحمد النابلسي

مدخـل : التراث هو القيمة المرجعية الأساسية للأمة. لذلك تعمل الأمم المسـتحدثة بصورة هجينه على اصطناع، ومحاولة خلق تقاليد، تشكل لها ماضـيا تمكن مقارنته بالتراث. وتشغل المسألة التراثية الأمم كافة، بما فيها تلـك التي تفتقر لما يمكنه أن يستوفي شروط ما يسمى بالتراث. خصوصا أن الاهتمام بالتراث يتجاوز أبناء الأمة كافة إلى غيرهم. فالسياح لا تكتمل زيارتهم لبلد ما إذا هم لم يزوروا متاحفه ومعالمه الأثرية والتاريخية، حتى باتـت متاحف بعض البلدان تلجأ إلى الاستعارة وعروض الإعارة والسرقة والاستيلاء، ووضع اليد، بل واصطناع المتاحف.

علـى سبيل المثال فإن زوار المتحف القومي الأميركي ينقلون دهشتهم لعدم احتواء هذا المتحف على ما يمكن تسميته بالآثار أو بالتراث. حتى إن مدخل المتحف يحتوي على مكتب بريد من طراز مجمعات رعاة البقر لما يمض عليه سوى بضعة عقود.

المسـألة التراثية هي هاجس إذا، وهي هاجس إنساني لا يهم فقط الأمة صـاحبة الـتراث، بل يهم الإنسان الذي يعيش ثمار تراكمية المعارف في التراث الإنساني بحضارته المتعاقبة المختلفة. وتراثنا العربي هو جزء من أهم أجزاء هذا التراث الإنساني. لذلك تعرض هذا التراث للسرقة على عدة أصـعدة. فقد ترجمت بعض مؤلفاته لينتحل مترجموها صفه المؤلفين، كما مارس الاستشراق صنوفا عديدة من السلب الثقافي لهذا التراث. أما السرقة المباشرة فمثالها ما أورده محمد كرد علي في كتابه (خطط الشام) إذ يقـول: مـن المصـائب التي أصيبت بها كتب الشام، أن بعض دول أوروبا و منها فرنسا وبريطانيا وهولندا وروسيا، أخذت تجمع منذ القرن السـابع عشر كتبا من تراثنا تبتاعها من الشام بواسطة وكلائها وقناصلها والأسـاقفة والمبشرين من رجال الدين. وكان قومنا، ولاسيما من اتسموا بشـعار الديـن، ومـن كان يرجع إليهم أمر المدارس والجوامع، بلغ بهم الجهـل والـزهد في الفضائل أن يفضلوا درهما على أنفس كتاب. خانوا الأمانة واستحلوا بيع ما تحت أيديهم أو سرقة ما عند غيرهم، والتصرف بـه وكأنه ملكهم. وحدثني الثقة أن أحد سماسرة الكتب في القرن الماضي كـان يغشـى منازل بعض أرباب العمائم في دمشق، ويختلف إلى متولي خزائـن الكتب في المدارس والجوامع فيبتاع منها ما طاب له من الكتب المخطوطة بأثمان زهيدة. و يبقى هذا سنين يبتاع الأسفار المخطوطة من أطراف الشام، ثم رحل بها إلى بلاده فأخذتها حكومته وكافأته عليها.

بهـذه الطـرق، وبغـيرها، انتقلت مخطوطاتنا التراثية إلى المكتبات الأجنبية. ثم تلت ذلك المشاريع الاستشراقية بتكاليفها المادية الهائلة. حتى بلـغ الإنفـاق الأجنبي على تراثنا ما لن نتمكن يوما من الوصول لإنفاق مـواز له. الأمـر الـذي يدفعنا إلى التساؤل عن هذا الاهتمام الأجنبي، ومقارنته ببعض المواقف العربية السلبية من هذا التراث؟...

دليـل الدوريـات النفسيـة العربيـة

الإصـدار العربـي

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

ARABPSYNET JOURNALS GUIDE

ENGLISH EDITION

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

بحث عن الدوريات النفسية العربية

www.arabpsynet.com

مـجـــلات العلـــوم النفسيـــة

Select Category

Go

Send your revues summariers via REVIEWS FORM

www.arabpsynet.com/review/RevForm.htm

ARABPSYNET ENGLISH JOURNALS SEARCH

www.arabpsynet.com

Arab Psy Reviews

Select Category

Go

Send your revues summariers via REVIEWS FORM

www.arabpsynet.com/review/RevForm.htm

جائـــزة مصطفـى زيـــور للعلـــوم النفسيـــة

المركـــز العربـــي للدراســـات النفسيـــة - لبنـــان

بـــــريد إلكترونـــــي : www.arabceps.com

❑ التعريـــف

يخصـص المركـز العربي للدراسات النفسية جائزة سنوية للأعمال المميزة في خدمة الاختصاص وتفعيله في الوطن العربي. وتم إعطائها أسـم الـراحل **مصطفى زيور** اعترافا" بفضل هذا الرائد وتكريما" لواقعة كونـه استاذ الأساتذة العرب في العلوم النفسية. ويتعزز اختيار اسم زيور لهـذه الجائزة من خلال موسوعيته الجامعة بين الطب والفلسفة والتحليل النفسي. وهي اختصاصات جمعها زيور في تكوينه العلمي ليحسن التوفيق والتكامل بينها في عمله. الأمر الذي أهله ليكون رائد السيكوسوماتيك ومن أوائل الباحثين العالميين في مجاله.

ومع أن زيور أشهر من التعريف فقد تطوع كثيرون لعرض تجربتهم معـه ورؤيـتهم لهـذه الشخصـية الفذة. حتى صدرت عدة مؤلفات لهذا الغرض. كما خصصت مجلة دراسات نفسية عددها المزدوج الصادر في يونيو 1998 لمصطفى زيور. إلا أننا إخترنا من بين هذه الشهادات واحدة لتلميذه أحمـد فـائق. كانـت مجلة المركز قد نشرتها تحت عنوان : " **مصطفى زيور...هكذا عرفته** ".

هـذا وتعـود فكـرة الجائـزة الى العام 1992 حيث عرضت الفكرة للمناقشة خلال المؤتمر الاول لمركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية. وكانـت الفكـرة استكمالا" لتوصية المؤتمر بإنشاء الإتحاد العربي للعلوم النفسية. وهي أفكار تكبتها ندرة الموارد وفقر المخصصات. فكان الحديث عـن إطـلاق **جائزة نفسية عربية رمزية**. على أن تستمد الجائزة قيمتها المعـنوية من الإعتراف الذي يتمتع به القائمون عليها. فكان إختيار الهيئة الإستشارية لمركز الدراسات **كلجنة أمناء** مبدئية للجائزة. على أن يتحول مجلـس أمناء الجائزة تدريجيا" إلى الفائزين فيها سابقا". مع السعي لتأمين مـورد مالـي للجائزة شرط أن يكون بعيدا" عن توازنات السلطة وتأثير التمويل. وهو ما لم يتوافر لغاية اليوم. لتبقى **الجائزة رمزية قوامها درع الجائزة وبراعتها.**

ولقـد شـاء الـزملاء المصريون أن تنطلق الجوائز لتشجيع الطلاب والباحثين الشباب في الجامعات المصرية. للدلالة على الآمال المعلقة على شـباب الإختصاصـيين. فكان أن إتخذ المركز وبالإشتراك مع الجمعية اللبنانـية للدراسـات النفسية بادرة إطلاق الجائزة النفسية العربية. وكان إختـيار إسـم مصـطفى زيور لهذه الجائزة إختيارا" طبيعيا" وجماعيا". تأسست الجائزة العام 1995 ونالها الأساتذة الدكاترة التالية أسماؤهم.

❑ الفائـــزون بجائـــزة المركـــز

- **محمـد أحمـد النابلسـي / أستاذ الطب النفسي رئيس اللجنة الاستشارية للجائزة**

لولا أن النابلسي رئيس اللجنة الاستشارية للجائزة لكان **من أوائل من يستحقونها**، لإسهاماته العلمية الجادة والمتميزة، ولجهوده ونشاطه للارتفاع بمستوى التخصص في لبنان والعالم العربي، على نحو ما عرضنا في هذه النبذة المختصرة. وحتى اليوم يجمع محمد احمد النابلسي بين التدريس الجامعي، وبين التأليف، وبين الإسهام في المؤتمرات العلمية وبين الممارسة العيادية للطب والعلاج النفسي، وبين هذا جميعه وبين الانشغال بالهم القومي العربي والهم الإنساني اللذين يداوم التعبير عنهما في مقالاته النفسية - السياسية، سواء أكان هذا في المؤتمرات أم في المجلات الدورية، أم في الصحافة اليومية.

- **جائزة 1995 - علي سعد / أستاذ علم النفس عميد كلية التربية جامعة دمشق.**

نالها عن كتابه " **الشذوذ النفسي** " المعروض في مكتبة مجلة الثقافة النفسية المتخصصة والذي أثار نقاشا" حول مفاهيم الصحة والسواء وعلاقتها بالأجواء الثقافية.

وتم تسليم الجائزة خلال إحتفال أقيم للمناسبة في فندق النورث مارينا بطرابلس. بحضور وزير الشؤون الإجتماعية الأستاذ اسطفان الدويهي الذي سلم درع الجائزة للفائز. كما حضر الحفل أعضاء المركز في لبنان وسوريا إضافة الى حشد من الأساتذة الجامعيين والمتخصصين.

- **جائزة 1996 - عدنان التكريتي / أستاذ الطب النفسي ورئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي.**

نالها عن جهوده الدائبة لإرساء قواعد إتحاد الأطباء النفسيين العرب وتأمين إستمرارية مجلته " **المجلة العربية للطب النفسي** ". عداك عن بحوثه المنشورة والمعروفة عالميا". وخاصة في مجال العلاج الدوائي و السلوكي للرهاب. وتم تسليم الجائزة على هامش مؤتمر اتحاد الاطباء النفسيين العرب المنعقد في لبنان في حينه.

- **جائزة 1997 - محمد عثمان نجاتي / أستاذ علم النفس سيرة علمية مميزة و إنتاج علمي غزير.**

البروفسور نجاتي من الرواد العرب الأوائل للإختصاص. وله سيرته وتاريخه العلمي المميزين. وهو جمع بين التأليف والترجمة والتدريس الجامعي وتطبيق الاختصاص في مجالات مختلفة. مع إهتمام لافت في مجال التراث والثقافة العربية.

أقيم إحتفال الجائزة على هامش مؤتمر الإتحاد العربي للعلوم النفسية.

- **جائـزة 1998 - محمـد حمـدي الحجار / أستاذ علم النفس أكاديمية نايف للعلوم الأمنية.**

البروفسـور الحجـار من طليعة المتخصصين السوريين وأغزرهم إنـتاجا. ولـه كتابات في مختلف مجالات الاختصاص. وهو يعتبر من رواد العـلاج المعرفي السلوكي في البلاد العربية. وله كتابات جادة في الميدان. وتم إختياره للجائزة إستنادا إلى هذا التاريخ العلمي الحافل.

وتم تسليم الجائزة على هامش مؤتمر الجمعية السورية للطب النفسي الذي أقيم في فندق الشام بدمشق.

- **جائزة 1999 - فرج عبد القادر طه / أستاذ علم النفس عضو المجمع العلمي المصري.**

البروفسور طه من الرواد الذين أثروا الإختصاص بجملة إسهامات أساسية ومميزة. بدءها بتطبيقات علم النفس الصناعي ووصل فيها إلى **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. وهي إنجاز بحد ذاتها.

أمـا علـى الصـعيد الأكاديمـي فهـو من أساتذة عين شمس الكبار والمعروفيـن عالمـيا". وإستنادا" إلى هذه المساهمات الفاعلة كان إختياره للجائزة. وتم تسليمها على هامش مؤتمر الإتحاد العربي للعلوم النفسية.

- **جائـزة 2000 - محمـد فاروق السنديوني / أستاذ علم النفس بالجامعة الأميركية - القاهرة.**

بعد غربة طويلة في أستراليا دون أن يتخللها إغتراب عاد البروفسور السنديوني إلى البلاد العربية ليكون رائد الدراسات النفسية عبر الحضارية فـي الوطـن العربـي. مسـتعينا" على ذلك برصيد حاسم من الخبرات المـتراكمة مـنذ إقامـته في المغترب ولغاية اليوم. المؤسف أن مؤلفات السـنديوني لا تجاوز مقدار الذر اليسير من خبراته. وهي الخبرات التي دفعـت بلجـنة الجائـزة لإختياره. وتم تسليم الجائزة على هامش مؤتمر الإتحاد العربي للعلوم النفسية.

- **جائـزة 2001 - أحمـد محمد عبد الخالق / أستاذ علم النفس جامعة الكويت.**

مـن الأسـاتذة العرب المعروفين عالميا في **مجال القياس النفسي**. ويعتـبر رائد هذا المجال في المكتبة العربية. حيث قدم مئات الأعمال في المـيدان. ممـا جعلـه المرجع العربي الأول فيه. وعليه تم إختباره لنيل الجائـزة. وتـم تسليمها على هامش مؤتمر مكتب الإنماء الإجتماعي / الديوان الأميري – الكويت.

- **جائزة 2002 - جمال التركي / أخصائي الطب النفسي، مؤسس بوابـة "شـبكة العلوم النفسية العربية" و "المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية".**

أحـد شباب الأطباء النفسيين العرب وأكثرهم حماسا" للإختصاص وحمـية للمجـتمع العربي وخصوصياته. وله السبق بإطلاقه بوابة "**شبكة العلوم النفسية العربية**" على الانترنت. وكذلك لنشره "المعجم الالكتروني للعلـوم النفسـية بإصداراته الأربعة (الإصدار الكامل عربي-فرنسي-إنكليزي / الإصدار العربي - الإنكليزي / الإصدار العربي - الفرنسي / الإصـدار الإنكلـيزي - الفرنسـي) وهي أعمال تثير إعجاب المطلعين عليها. حيث جاءت نتيجة تضحيات وجهود شخصية من الزميل التركي.

- **جائـزة 2003 - فيصـل خـير الـزراد / أستاذ علم النفس / استشـاري أول و رئـيس قسـم علـم النفس السريري في مستشفى الطب النفسي في أبوظبي**

أسندت جائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية العربية لسنة 2003 إلى الأستاذ الدكتور فيصل محمد خير الزراد تقديرا لسيرته العلمية المتميزة و اعترافا لما قدمه من أبحاث و مؤلفات و ترجمات أصيلة ساهمت في تطوير العلوم النفسية في الوطن العربي.

- **جائزة 2004 - ....**

❑ شـروط الجائـزة

تقدم **جائزة مصطفى زيور** للعلوم النفسية العربية لإختصاصي عربي أو أكـثر عـرفانا" لخدمات قدموها لدعم الإختصاص وتطوير إمكانيات تسخيره لخدمة المجتمع العربي. وهي يمكن أن تمنح إستنادا" الى السيرة العلمـية والمسـاهمات الكاملة. كما يمكنها أن تمنح بناء على مساهمة معينة أو على سبق علمي مميز . كما يجوز أن تمنح لغير المتخصصين ممن يقدمون الدعم والمساندة للإختصاص.

شروط الترشيح

1. تقبل ترشيحات الجامعات والمراكز والجمعيات العلمية لأعضائها. كما يقبل ترشيح الأفراد لأنفسهم مرفقا بتزكية مراجع علمية مشهود لها
2. يقبل الترشيح على أساس **عمل علمي مبتكر** وموثق مهما كان شكل نشره. كما يقبل الترشيح عن **التاريخ العلمي** الكامل للمرشح
3. يعتبر الفائز بالجائزة عضوا في **لجنة أمناء الجائزة**.
4. لا يحق لأي عضو من أعضاء لجنة الأمناء الحصول على الجائزة.
5. تختار لجنة الأمناء ثلاثة من الأسماء المرشحة وتعرضها للتحكيم.
6. تعلن النتيجة ويقدم **درع الجائزة** الى الفائز في النصف الثاني من شهر يناير من العام التالي.

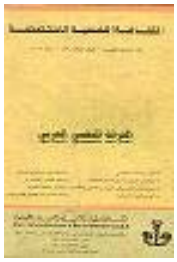
المستندات المطلوبة

1. نسخة عن **السيرة العلمية** للمرشح.
2. **خطاب الترشيح** (مرفقا برسائل التزكية إذا كان الترشيح فرديا).
3. ثلاث نسخ من **العمل المقدم** لنيل الجائزة / أو نسخ من انتاج المرشح عن سيرته العلمية.
4. إقرار من المرشح بأن العمل أو الأعمال المرشحة لجائزة زيور **لم تنل جائزة سابقا** وغير مرشحة لجائزة أخرى.

الثقافـة النفسيـة المتخصصـة

المجلد الخامس عشر – العـدد 59، يوليو 2004

www.psyinterdisc.com



Summaries : www.arabpsynet.com/Journals/ICP/ICP59.htm

المركـز العربـي للعلـوم النفسيـة

www.filnafs.com

مداخـــلات المحـــور الثالث : الوظيفـة الجنسيـة من السـواء إلى الاضطـراب

للمشاركـــة في المنتـــدى
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.Ar.asp

سعيا لتفعيل الحوار نعرض لمواقف و أفكار أساتذة و أطباء نميزوا بمساهمتهم الأصيلة لتطور العلوم النفسية في الوطن العربي.

الثنائيـة الجنسيـة و تكـون الهويـة الجنسيـة

د. مجدي عرفة / أستاذ الطب النفسي – القاهرة / مصر

إن الحديث عن الثنائية الجنسية ليس بالأمر الجديد فقد تداوله "فلايـس" فـي خطاباته مع "فرويد" عن أي لقاء بين رجل و امـرأة هـو في الحقيقة لقاء بين أربعة، لقاء بين رجل بداخله امرأة و امرأة بداخلها رجل ... و نلاحظ أنه من المتواتر أن يشكو الذكور من التلميح إلى شذوذهم الجنسي، في حين تشكو الإناث من التلميح إلى سوء سلوكهم أو الإباحية الجنسية تجاه الـرجال. و في تفسير ذلك يذهب هندرسون إلى أن الأساس هـو ظهـور الجـنس المكبوت إلى الوعي، و أن السبب في الاخـتلاف أن الجنسـية الغـيرية مقبولة ضمنا للرجال، إذا فالمكبوت لديهم هو الجنسية المثلية في حين أن المكبوت لدى الإناث هو الجنسية الغيرية ذاتها.

المسألة ليست تنشيط للرغبة الجنسية المثلية الكامنة كما ذهب فرويد بل تنشيط الجانب الأنثوي من وجودنا.

فـي رأيـي أن المسألة غير ذلك : ذلك أنه في كلتا الحالتين سواء الذكور أو الإناث، تكون الحاجة الأساسية و الظاهرة في كثـير من الأحيان هي الاحتياج للعلاقة مع "ذكر" فتترجم هذه الحاجة لدى الذكور على أنها نوع من الشذوذ، أما لدى الإناث فهـي تظهر على صورة ما يسمى إباحية جنسية (عدم القدرة على الكف) تجاه الرجال.

و هـذا التصـور يضعنا أمام نقطة فاصلة في فهم هيراركية التطور الجنسي ذلك أنه لا يجعل المسألة مجرد تنشيط للرغبة فـي الجنسـية المثلية كما ذهب فرويد، بل هو تنشيط للجانب الأنثوي من وجودنا سواء في الذكور أو الإناث.

الأنثويـة مكونـا أوليـا و الذكوريـة ثانويـا

د. جمـــال التركـــي / الطـــب النفســـي – تونـــس

تفـترض نظـرية التحليلجنسـي وجـود **أنـثوية أوّلـية** Protoféminité مشتركة بين الجنسين و أن **الذّكوريـة** « La masculinité » لا تعـدو أن تكـون **مكوّنـا ثانويـا** Construction secondaire محدثـا بـتراجع نسـق تطوّر المكونـات الأنثوية القاعدية من ناحية و بروز تنام العدوانية القضـيبية مـن ناحـية أخرى، لقد نتج عن هذه الصيرورة اللامتواصلة لنسق المسار التطوري للذكورية هشاشة " **الهوية الذكوريـة** " و كمـا يبدوا فإنّ هذا الطرح يتعارض هذا مع الـنظرية الفـرويدية التـي تعتـبر **الأنـثوية** مكوّنـا ثانويا Deuil Elaboration secondaire نتاج حداد فقد القضيب du manque du phallus.

تصـور هيراركـي لنمـو و تطـور الهويـة الجنسيـة

د. مجدي عرفة / أستاذ الطب النفسي – القاهرة / مصر

يمكننـي أن أضـع التصور الهيراركي التالي لنمو و تطور الهوية الجنسية لدى الذكور و الإناث على النحو التالي :

- **المسـتوى الأول** : اللاتمايـز الجنسـي (Undifferentiated Level) و يمـثل المـرحلة مـن التطور قبل أي تمايز لأي اتجاه جنسي.
- **المسـتوى الثانـي** : المسـتوى الأنـثوي الأول (Primary Feminine Level) بمعنى نمو الجانب الأنثوي لدى الذكور و الجانب الأنثوي الأول لدى الإناث.
- **المستوى الثالث** : مستوى الثنائية الجنسية (Bisexual Level) و يتمـيز بـنمو الجانب الذكري الأول لدى الذكور و الجانب الذكري لدى الإناث
- **المسـتوى الرابع** : مستوى التميز الجنسي و تحديد الهوية (Dominant sex Level) و فـيه يتم تحديد نوع الجنس السائد لكلا النوعين، و ذلك بنمو الجانب الذكري الثاني لدى الذكور و الجانـي الأنثوي لدى الإناث (وهذا المستوى الرابع يتسع لاسـتيعاب المسـتوى الأوديبـي – المحارمي – و المستوى الناضج).

إعـادة تعريـف الانحـراف الجنسـي

أ.د. يحيى الرخاوي / أستاذ الطب النفسي – جامعة القاهرة / مصر

يعتـبر انحـرافا جنسـيا كـل استعمال للجنس، دون الوفاء بمواصـفاته الإنسـانية الأحدث أو في غير ما يؤدي وظيفته البشرية.

و لنبدأ ببعض صور ما كان يسمى انحرافا من قديم :

1- فالجنس الذي يكون الألم فيه أكثر من اللذة، بحيث يصبح – فـي الـنهاية – فعـلا طاردا و لا جاذبا لمن يمارسه هو انحراف (الماسوشية).

2- و الجـنس الذي يحل فيه الجزء أو الرمز محل الشخص كلـه، مـثلما يحـل عشـق كعب القدم (أو الحذاء، أو بعض الملابـس الداخلـية) محل الافتتان بالجسد كله فالشخص كله، يعتبر انحرافا (الفيتيشية أو التوثين).

3- و الجـنس الـذي يتحقق مع غير البشر (مثل الجنس مع الحـيوانات ، أو الجثـث ، أو مع الأطفال الصغار ، لا يؤدي وظيفـته التواصـلية السـالف الإشارة إليها، و بالتالي يعتبر انحرافا.

4- و الجـنس الـذي لا يحتمل أن يحقق وظيفته التناسل و يكتفـي بوظـيفة التواصل يعتبر انحرافا (انظر بعد : الجنسية المثلية).

5- و الجنس الذي لا يرتبط بآخر إذ يلغيه أو يستعمله مسقطا عليه ذاته لا أكثر (أي أنه يصبح نوعا من الاستمناء من خلال آخر) يعتبر انحرافا.
6- و الجنس الذي يمارس عن طريق القهر بأنواعه ضد كل مستويات الإرادة يعتبر انحرافا (يشمل ذلك القهر الشرعي بوثيقة زواج، و القهر العاطفي بالحب (عذرا، لم أستطع أن أشرح كل ذلك وهو يحتاج لعودة تفصيلية).
7- و الجنس الذي يمارس منفصلا عن لغة الجسد، و كأنه مجرد وسيلة ميكانيكية مبرمجة لخفض التوتر يعتبر انحرافا.

قـــــــــــــراءات

عقدة ليليت "الجانب المظلم من الأنوثة"
د. سامـــر جميـــل رضـــوان

www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Samer.DarkFem.OP.htm

الوظيفة الجنسية من التواصل إلى التكاثر
أ.د. يحيـى الرخـاوي – القاهـرة / مصـر

www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Rak.Sexual.Function.htm

الاضطرابات النفسجنسية : مقاربة تصنيفية حديثة
أ.د. كلـــود كريبولـت – ترجمـة د. جمـال التركـــي

www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Turky.PsychoSex-Class.htm

الجنس و النفس في الحياة الإنسانية (مقدمة كتاب)
أ.د. كمـــال علـــي - العـــراق

www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.KamelSexPsy.htm

جدل العلاقة في "اسم آخر للظل" لـ حسني حسن
أ.د. يحيـى الرخـاوي – القاهـرة / مصـر

الجنس الفيض، الجنس الصفقة، الجنس اليأس في "بيع نفس بشرية" لـ محمد قنديل
أ.د. يحيـى الرخـاوي – القاهـرة / مصـر

تطور الهوية الجنسية – رؤية من منظور الصحة و المرض
د. أسامـــة عرفـــة

www.arabpsynet.com/Archives/VP/VP.Arafa.SexEvolution.htm

الانحراف الجنسي : إعادة قراءة مصطلح
أ.د. يحيـى الرخـاوي – القاهـرة / مصـر

www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Rak.SexualDisorder1.htm

تحرير المرأة بالحرمان ...!!!
أ.د. يحيـى الرخـاوي – القاهـرة / مصـر

www.arabpsynet.com/Archives/OP/OP.Rak.SexualDisorder2.htm

ARABPSYNET FORUM
English Edition

www.arabpsynet.com/Homepage/Psy-Forum.asp

منتدى شبكة العلوم النفسية العربية
الإصدار العربي

www.arabpsynet.com/Homepage/Psy-Forum.Ar.asp

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

من المحاور الرئيسية للأعداد القادمة

اضطرابات المرأة النفسية

ندعوكم للمشاركة بأبحاثكم و أعمالكم الأصيلة
ترسل الأبحاث على البريد الإلكتروني للمجلة

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

من المحاور الرئيسية للأعداد القادمة

اضطراب الوسواس القسري ... المستجدات

ندعوكم للمشاركة بأبحاثكم و أعمالكم الأصيلة
ترسل الأبحاث على البريد الإلكتروني للمجلة

انطباعـــــات : أساتـــذة علـــم النفـــس

شـارك برأيك: www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

أ.د. قاسم حسين صالح / بغداد – العراق

تحـية اعتزاز وتقدير ... أسجل إعجابي وتضامني الكبيرين مـع جهـودك الـرائدة والاسـتثنائية لإشاعة الثقافة النفسية الرصـينة فـي عمـوم الوطن العربي. بارك الله هذا العمل التـنويري الـرائع. مع أصدق تحياتي و أمنياتي الطيبة بلقاء علمي و إنساني يجمعنا قريباً في بغداد أو تونس.

الجمعية النفسية العراقية / بغداد – العراق

راجيـن لكم التوفيق الدائم في مساعيكم المخلصة لنشر الثقافة النفسية على مستوى الوطن العربي. مع أجمل أمنياتنا.

أ.د. يوسـف طبـاخ / سوريـا – السويـد

بـت ومـنذ وقت ليس بالقصير أشعر أن ما يعرفه الآخرون بـالعذاب الـذي يحل بالإنسان من فقر وعوز إن هو إلا دليل على إهمال طرف لا يقل إطلاقاً عن الفقر النفسي والإحساس والتفاعل مع آلام الآخرين. وأرى بعين البصيرة، وبعد عقود مـن المعاناة، أن العذاب الذي يحل بالبصير لأكثر شفاء من غيره. فأطمئن نفسي أن لا بأس عليها أن تشقى على أن تنعم. وسـيأتي اليوم الذي يفطن فيه الآخرون وكل الذين لا يولونكم قدركـم إلى أهمية هذا المشروع الضخم. أهنئكم على عملكم الريادي وأنتم في بكرة سنة جديدة تضمر لكم كل النجاحات.

أ.د. سامر جميل رضوان / سوريا – الإمارات

سـأبذل ما بوسعي كي أقدم خدماتي بما يسهم دائماً في تطور علـم الـنفس فـي الوطن العربي والارتقاء بمستوى الخدمة النفسـية. أكـرر شـكري لك للجهود الكبيرة التي تبذلها في الشـبكة العربـية، وهـو جهد يسجل لك شخصياً من الناحية العلمـية والتاريخـية ولـن أتـردد فـي طرح ملاحظاتي، واقتراحاتـي لتطوير الشبكة من منطلق المسؤولية المشتركة. مع خالص مودتي واحترامي.

الدكتور فيصل الزراد / سوريـا – الإمارات

أتابع جهودكم ونعتبركم سنداً للعاملين في مجال الطب النفسي وعلـم الـنفس في الوطن العربي، كما أشكركم على جهودكم الكبـيرة إلى ما نلقاه دائما منكم كأساتذة ودارسين وباحثين من تشـجيع واهتمام علمي. لكم منا بالغ التحية والتقدير على أمل التواصل.

أ. ناصر بن عبد الرحمن النويصر / القصيم – السعودية

بسم الله الرحمن الرحيم، أولا السلام عليكم ورحمة الله وبركاته اقدم شكري للقائمين على الموقع، حيث يعتبر نقلة في مجال علم النفس لسبب واحد انه يضم اكثر من مجال في علم النفس بمختلف مواضيعة المميزة ، ناهيك عن المقالات والتجارب العلمية و الأخبار النفسية التي يوفرها الموقع. اقترح أن يكون هناك أعضاء من كل مجالات العلوم النفسية لكي تعم الخبرات في البلاد الإسلامية. شاكر لكم تقديركم لآرائنا والسلام عليكم ورحمة الله.

طالبة الدكتوراه نهله الصالحي / بغداد – العراق

السلام عليكم، الأخ مسؤول الموقع والاخوة الأساتذة الأعزاء، فـي طريق العلم سرنا ذات يوم فوجدنا لنا اخوة فيكم، سوف يجمعـنا إن شـاء الله فـي خطاه المعلومة الصادقة و الكلمة الطيـبة و الأمانـة العلمـية، أهنئكم على هذا العمل العلمي. الموقـع متميز جدا وآمل له المزيد من التقدم في مجال العلم خطـوة اثر خطوة، كما أتمنى دعوتنا كزملاء لكم في العراق لمشاركتكم مؤتمراتكم وندواتكم والحلقات الدراسية و الأنشطة العلمنفسـية، آمل التواصل معي و سأدعو للدخول إلى الموقع كـل الأقلام العلمية النزيهة. مع فائق تقديري / يشاركني في الـرأي كـل من : - الدكتور محمود كاظم محمود التميمي/ رئـيس قسـم الإرشـاد التربوي في كلية التربية في الجامعة المستنصريه - الدكتور صالح مهدي صالح - الدكتورة شوبو عبد الله الجاف - الدكتور جاسم فياض الشمري/ أستاذ مساعد -كلية الآداب - الجامعة المستنصريه الدكتورة سعاد معروف الـدوري / كلية الآداب - قسم علم النفس، جامعة بغداد / لكم مني ومن كل الأساتذة الأفاضل كل التقدير والاحترام

أ.د عماد الدوسري / الدمام – السعودية

أتقدم لكم بكل احترام وتقدير، يسعدني أن أعبر لكم عن منتهى إعجابي الشخصي بموقعكم الفريد و أشكركم علي المجهودات الكبـيرة التي تبذل في "شبكـة العلوم النفسية العربية"، أسال الله أن ينفعـنا وإيـاكم لمـا فـيه الخير. تقبلوا وافر تحياتي واحترامي.

زينب عبد الله – البحرين

السلام عليكم و رحمة الله ،الموقع جميل و رائع و مفيد و يحـتوي علـى أهم علماء و أطباء علم النفس بالوطن العربـي. اقـترح أولا: إعطـاء فرصـة للطـلاب المتخصصـين بعلم النفس للمشاركة بهذه الشبكة الرائعة بأبحـاثهم و وجهـات نظـرهم، ثانـيا : إضافة بعض الاختـبارات النفسـية و الاسـقاطية المترجمة للعربية بالشبكة و شكرا.

حنان محمد برنس / القاهرة – مصر

أحيـي الأسـتاذ الدكتور جمال التركي على جهده الرائع في إصـدار هـذا الموقـع و كذلك نخبة الأساتذة المشاركين في إعداده و إمداده بمقالات شديدة الرقي و العميقة في المغزى و أقـترح أن تتاح للشباب الباحثين في مجال الإرشاد النفسي و الطـب النفسـي الفرصة للمشاركة بمقالات يعبرون فيها عن وجهـات نظرهم و أفكارهم نحو مختلف قضايا علم النفس . كمـا أتمـنى أن يـتم الإعلان بشكل أوسع عن شبكة العلوم النفسـية العربـية ليتعرف عليها أكبر عدد من المهتمين بعلم الـنفس و الطب النفسي و أن يتم الإسراع في إدخال البيانات الخاصـة بالوظائف لشباب الباحثين في هذا المجال و الربط بيـن المؤسسات المهتمة و العاملة في المجال و الأخصائيين اللذين يرغبون في العمل أو التدريب في تلك المؤسسات.

أ. د. م. عبد الحسين رزوقي / العراق – مقيم في **ليبيا**

الموقع رائع، لا يمر أسبوع على الأقل دون زيارة الموقع فقد جمعـت أفكـار ممـتازة وأخبار علم النفس وهو في مقدمة المواقـع النفسية لما يحتويه من معلومات قيمة. أشكركم على النشـرة الـبريدية التـي وفرت الوقت والجهد. تمنياتي لكم بالـنجاح الدائم. أقترح استحداث قسم للمناقشة شهريا للإطلاع علـى أفكـار الأساتذة الفضلاء ووجهات نظر هم وأعرض كموضـوع أول : علم النفس وطموحات الإنسان العربي، مع محـور للمناقشـة : كيف نجعل من الإنسان العربي يعتقد أن علـم النفس ليس مقالات تكتب ولكن لابد أن تنقل مبادئه إلى حيز التطبيق في حياتنا اليومية.

د. أسعد الامارة / السويد

الإخوة في شبكة العلوم النفسية العربية ... تحية اعتزاز وتقدير، الموقع يستحق المتابعة والتواصل، وهو بحق موقع مميز وادعوا الإخوة الاختصاص متابعة المعلومات الحديثة في دول العالم وخصوصا في مجالات علم النفس المتنوعة و التي تتعلق بالمراحل العمرية المتعددة والاهتمامات النوعية بصحة الإنسان منذ مراحل عمره الأولى حتى بلوغه الرشد والمراحل اللاحقة لها، وتحويلها إلى واقع تطبيقي عبر المتابعة للأفراد بشكل موسع كما هو الحال في بعض التجارب الاسكندنافية وخصوصا السويد. شكراً لكل الجهود المبذولة، مع فائق التقدير والاحترام.

أ. سبيكة يوسف الخليفي / الدوحة – قطر

بسم الله الرحمن الرحيم- تحياتي للعاملين في هذا الموقع، داعية الله لكم بمزيد التطور والنجاح وشاكرة لكم جهودكم في تعريفنا بأخوة لنا في مجالات علومنا وعملنا، آملين أن نستفيد من خبراتهم وإنتاجهم العلمي وأن يكون لنا ولو دور متواضع في تقدم الشبكة وتطورها. أقترح أن يتبنى الموقع تعريفنا بكل الأبحاث والدراسات في المجالات النفسية، وكذلك نبذه عن أهم المؤتمرات النفسية والتربوية التي تعقد في بلد كل أستاذ يشترك في هذا الموقع بحيث يكون فيه إثراء لهذا الموقع، وكذلك أسماء المؤلفات والمترجمات التي يقوم بها المشتركون والمطلعون على هذا الموقع. وشكرا.

عبد الحميد دياب محمد محارب / غزة – فلسطين

بسم الله الرحمن الرحيم، تحية طيبة وبعد، بارك الله فيكم ولكم على هذا الجهد الطيب وجعله في ميزان حسناتكم. أرجو منكم الاهتمام بالمهن النفسية الأخرى حتى تعم الفائدة للجميع كما أتمنى أن تأخذوا إمكانية عمل كورسات لتطوير الكادر العربي في مختلف المهن النفسية وذلك عبر شبكة الانترنت ويمكن أن يكون ذلك نظير اشتراكات تحدد من قبلكم ومع ذوى الاختصاص حيث يوجد من الجامعات تعمل ضمن برامج التعليم المستمر لتطوير الكوادر المحلية لذا أرى من المهم أن تساهموا في هذا المجال عبر شبكة الانترنت وتفضلوا قبول فائق الاحترام.

د. محمد أيمن محمد خير عرقسوسي / سوريا – السعودية

موقع جميل ويحتاج لتضافر الجهود لاستمراريته، أشكر كل القائمين عليه والذين ساندوه لما يحقق من منفعة كبيرة لرفقاء المهنة في الوطن العربي. أقترح أن تكون هناك مواعيد محددة يتم فيها لقاءات وندوات عبر الشبكة لتبادل الخبرات العلمية والاستشارات الصحية العملية بالإضافة إلى منتديات التعارف والتعاضد بين أبناء المهنة الواحدة وفق الله الجميع.

أمة الله عبد الله خليل – مكة / السعودية

الحقيقة الموقع متميز ومفيد وإنشاء الله يتطور ويستمر ويكون منبراً من منابر العلم في المجال النفسي، اقترح أن يكون بالموقع خدمات ترجمة وتزويد بالدراسات في مجالات التخصص تفيد الدارسين في المجال النفسي خدمة لطلاب العلم حتى لو كانت لقاء مقابل مادي معقول.

Dr. Elmostafa REZRAZI - Tokyo , JAPAN

I have the honor to discover and join your colleagues, and wish the concept could move one day to establish an Arab institute of Psychiatry and Behavior Sciences. An institute that will take care of academic research, publications, and annual symposiums. Thank you for your efforts.

Dr. Raymond HAMDANE - EMIRATES

Thank you for your excellence in working for the profession of Psychology in the Middle East and worldwide.

Pr. Dalia A. MOSTAFA – Cairo, EGYPT

Reading through articles and surfing through the URL's links has been a revelation. I have been looking for such a nutritious collection for over two years; and am very thankful to have been able to locate this wonderful archive of fine texts. The website and its links are very well organized, not redundant, to the point, and very 'user-friendly.' The content and translation of articles is very well presented, not to mention immensely interesting. Thank you in advance for your time. / I wish you the best of luck./ With all my respect.

Dr. Musaed Al Najjar / Kuwait city - KUWAIT

First of all congratulation on the establishing the Electronic Arabpsynet Journal, I well be happy to submit something to be published in your respected Journal. / Regards

Dr. Donald Williams /USA- Jungian Society

The resources are extensive; however, even though the website is in Arabic, English and French, many of the most interesting papers are in Arabic only.

Dr. Adnan FARAH / Amman - JORDAN

I would like to take this opportunity to thank you for all what you do to promote psychological sciences in the Arab region. We are proud of you here in Jordan. Keep up the good job. With my best regard

Eating Disorders

Overeating

- **Pathological overeating: an overview.**

Authors : K. Gunnar Götestam, Finn Skårderud, Jan H. Rosenvinge, Einar Vedul-Kjelsås

Summary: An eating disorder apart from anorexia nervosa and bulimia nervosa is «binge eating disorder» (BED): eating in a short period of time a large quantity of food and a feeling of lack of control over food intake. There is also an atypical rest category, «eating disorders not otherwise specified» (EDNOS). Diagnostic criteria for BED and EDNOS are incomplete, particularly with respect to the definition of «bingeing» relative to bulimia nervosa. More restrictive criteria for anorexia nervosa and bulimia nervosa skew the diagnostic distribution towards BED and EDNOS, though the total prevalence of eating disorders remains unchanged.
For BED and EDNOS taken together the lifetime prevalence in women is about 6 %. The relationship between BED, EDNOS and overweight has mainly been overlooked; further investigations are needed.
Lasting treatment effects have been found for overweight people with BED. Other eating disorders apart from anorexia nervosa and bulimia are prevalent and clinically important, and research has opened up a potential for effective treatment.

Leptin & Eating Disorders

- **The role of leptin in regulating neuroendocrine function in humans.**

Authors : Bluher S, Mantzoros CS. - Division of Endocrinology, Department of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA 02215.

Source : J Nutr. 2004 Sep;134(9):2469S-74S

Summary: Eating disorders are a group of disease states including anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating on one end as well as episodic or chronic overeating resulting in obesity at the other end of the spectrum. These disorders are characterized by decreased and/or increased energy intake and are frequently associated with hormonal and metabolic disorders. The discovery of leptin, an adipocyte-secreted hormone acting in the brain to regulate energy homeostasis, and its subsequent study in human physiology have significantly advanced our understanding of normal human physiology and have provided new opportunities for understanding and possibly treating disease states, such as anorexia and bulimia nervosa. It has been recently discovered that leptin levels above a certain threshold are required to activate the hypothalamic-pituitary-gonadal and hypothalamic-pituitary-thyroid axes in men, whereas the hypothalamic-pituitary-adrenal, renin-aldosterone, and growth hormone-IGF-1 axes may be largely independent of circulating leptin levels in humans. In this review, we summarize the latest findings related to the role of leptin in the regulation of several neuroendocrine axes, such as the hypothalamic-pituitary-gonadal and the hypothalamic-pituitary-thyroid axes in humans and discuss its potential pathophysiologic role in eating disorders.

Nutrition & Eating Disorders

- **Nutrition expertise in eating disorders**

Authors : Breen HB, Espelage DL. - Department of Human Nutrition, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, USA. HBBreen@aol.com

Source : Eat Weight Disord. 2004 Jun;9(2):120-5

Summary: Anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN) dominate published reports on disordered eating, although they actually account for a small number of cases. Binge eating disorder (BED) and subclinical syndromes of disturbed eating and distress are far more prevalent. Medical nutrition therapy including education is a cornerstone of therapy, however there has been no evaluation of baseline knowledge of nutrition and diet composition in this population relative to individuals who do not exhibit pathological eating behavior. In addition, previous reports suggest that individuals with clinical eating disorders have above-average knowledge of nutrition. In the present investigation, individuals with subclinical eating disorders did not differ from control participants. Poor scores overall indicate that nutritional counseling may be a useful component of treatment. These results further suggest that nutrition expertise is not an early feature of the disorder and, therefore, does not likely contribute to its development.

CBT & BED

- **Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder.**

Authors : Fossati M, Amati F, Painot D, Reiner M, Haenni C, Golay A. - Division of Therapeutic Education for Chronic Diseases, University Hospital, Geneva, Switzerland

Source : Eat Weight Disord. 2004 Jun;9(2):134-8

Summary: An important problem with obese patients suffering from binge eating disorders (BED) is to treat their dysfunctional eating patterns while initiating a weight loss. We propose to assess a cognitive-behavioral therapy combined with a nutritional and a physical activity program. Our purpose is to verify that the addition of a nutritional and a physical program leads to a significant weight loss and enables psychological improvement. The patients (n=61) participated in a 12 weekly sessions group treatment of either a purely cognitive-behavioral therapy, or a cognitive-behavioral therapy associated to a nutritional approach mainly focused on fat restriction, or to a cognitive-behavioral therapy combined with a nutritional and a physical activity approach. The mean weight loss is significant ($p<0.01$) after the association of the cognitive-behavioral therapy and the nutritional education, but is even more significant ($p<0.001$) after the combination of a cognitive-behavioral therapy with a nutritional education and a physical activity program. Depression scores decrease in the three approaches, anxiety ($p<0.05$) results improve only in the combined nutritional, physical activity and cognitive-behavioral approach. Eating disorders improved significantly in all three approaches even if improvements in subscales seem more important in the combined approach. Finally, exercise seems to be a positive addition to the nutritional cognitive-behavioral therapy since it decreases negative mood, improves eating disorders and leads to an effective body weight loss.

Eating Disorders & Laxative Dependency

- **A blinded laxative taper for patients with eating disorders.**

Authors : Harper J, Leung M, Birmingham CL. - Department of Pharmacy, University of British Columbia. St. Paul's Hospital. Vancouver, B.C., Canada

Source : Eat Weight Disord. 2004 Jun;9(2):147-50

Summary: OBJECTIVE: To evaluate a blinded laxative taper, supervised entirely by pharmacists, in eating disorder patients with laxative dependency. METHODS: All subjects received a blinded laxative taper according to a set protocol, in addition to the usual treatment for their eating disorder. No specific treatment was given for laxative dependency other than the pharmacist's supervisions of the blinded taper. RESULTS: Ten patients were enrolled, of whom seven completed the study. Five of the seven patients (71%) decreased their laxative intake by at least 50%. Of these seven patients, three withdraw completely from laxative use. DISCUSSION: A standardized blinded laxative taper shows promise as a treatment option for laxative dependency in patients with eating disorders. The laxative taper may be less costly and more available than inpatient or psychologically based treatment because it can be given on an outpatient basis under the supervision of a pharmacist.

Orthorexia Nervosa

- **Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon**

Authors : Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. - Istituto di Scienza dell'Alimentazione, Universita degli Studi di Roma La Sapienza, Italy. lorenzomaria.donini@uniroma1.it

Source : Eat Weight Disord. 2004 Jun;9(2):151-7

Summary: AIM: To propose a diagnostic proceeding and to try to verify the prevalence of orthorexia nervosa (ON), an eating disorder defined as "a maniacal obsession for healthy foods". MATERIALS AND METHODS: 404 subjects were enrolled. Diagnosis of ON was based on both the presence of a disorder with obsessive-compulsive personality features and an exaggerated healthy eating behaviour pattern. RESULTS: Of the 404 subjects examined, 28 were found to suffer from ON (prevalence of 6.9%). The analysis of the physiological characteristics, the social-cultural and the psychological behaviour that characterises subjects suffering from ON shows a higher prevalence in men and in those with a lower level of education. The orthorexic subjects attribute characteristics that show their specific "feelings" towards food ("dangerous" to describe a conserved product, "artificial" for industrially produced products, "healthy" for biological produce) and demonstrate a strong or uncontrollable desire to eat when feeling nervous, excited, happy or guilty.

MED & PEM

- **Integrated medical-psychiatric treatment of the "crisis phase" in severe protein-energy malnutrition secondary to major eating disorders**

Authors : Alfano V, Bellini O, De Filippo E, Alfonsi L, Pasanisi F, Contaldo F. - CSIRO, Clinical Nutrition, Department of Clinical and Experimental Medicine, University "Federico II", Napoli, Italy

Source : Eat Weight Disord. 2004 Jun;9(2):158-62

Summary: C.A., a 23-year old male was admitted in the clinical nutrition medical ward for severe, complicated protein-energy malnutrition (PEM) [body mass index (BMI) 11.08 kg/m2; body weight kg 35.81 due to major eating disorders. C.A.'s personality was narcissistic, with a rigid psychic structure. During hospitalitation (lasted 72 days) two acute episodes (a possibly self-inflicted damage and a persecution feeling) occurred that we consider as part of the "crisis phase", the period in which the patient's restrictive behaviour is no longer able to keep his personality equilibrium stable. The patient was treated by an integrated medical and psychiatric approach, including periods of never forced parenteral nutrition, nutritional and intensive psychoterapeutic interventions. For a short period the patient received also a pharmacological support (aloperidol orally). Treatment was successful and the patient was discharged completely autonomous and followed up on an outpatient basis. After about one year follow-up he is still in good clinical condition and in sufficient psychological equilibrium.

Chronic/ Recurrent Headache

Chronic Tension-Type Headache

- **Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache**

Authors : Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJJ, Bouter LM

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 25 May 2004. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.
Background: Non-invasive physical treatments are often used to treat common types of chronic/recurrent headache.
Objectives: To quantify and compare the magnitude of short- and long-term effects of non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headaches.
Search strategy: We searched the following databases from their inception to November 2002: MEDLINE, EMBASE, BIOSIS, CINAHL, Science Citation Index, Dissertation Abstracts, CENTRAL, and the Specialised Register of the Cochrane Pain, Palliative Care and Supportive Care review group. Selected complementary medicine reference systems were searched as well. We also performed citation tracking and hand searching of potentially relevant journals.
Selection criteria: We included randomized and quasi-randomized controlled trials comparing non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headaches to any type of control.
Data collection and analysis: Two independent reviewers abstracted trial information and scored trials for methodological quality. Outcomes data were standardized into percentage point and effect size scores wherever possible. The strength of the evidence of effectiveness was assessed using pre-specified rules.
Main results: Twenty-two studies with a total of 2628 patients (age 12 to 78 years) met the inclusion criteria. Five

types of headache were studied: migraine, tension-type, cervicogenic, a mix of migraine and tension-type, and post-traumatic headache. Ten studies had methodological quality scores of 50 or more (out of a possible 100 points), but many limitations were identified. We were unable to pool data because of study heterogeneity. For the prophylactic treatment of migraine headache, there is evidence that spinal manipulation may be an effective treatment option with a short-term effect similar to that of a commonly used, effective drug (amitriptyline). Other possible treatment options with weaker evidence of effectiveness are pulsating electromagnetic fields and a combination of transcutaneous electrical nerve stimulation [TENS] and electrical neurotransmitter modulation.For the prophylactic treatment of chronic tension-type headache, amitriptyline is more effective than spinal manipulation during treatment. However, spinal manipulation is superior in the short term after cessation of both treatments. Other possible treatment options with weaker evidence of effectiveness are therapeutic touch; cranial electrotherapy; a combination of TENS and electrical neurotransmitter modulation; and a regimen of auto-massage, TENS, and stretching. For episodic tension-type headache, there is evidence that adding spinal manipulation to massage is not effective.For the prophylactic treatment of cervicogenic headache, there is evidence that both neck exercise (low-intensity endurance training) and spinal manipulation are effective in the short and long term when compared to no treatment. There is also evidence that spinal manipulation is effective in the short term when compared to massage or placebo spinal manipulation, and weaker evidence when compared to spinal mobilization.There is weaker evidence that spinal mobilization is more effective in the short term than cold packs in the treatment of post-traumatic headache.
Reviewers' conclusions: A few non-invasive physical treatments may be effective as prophylactic treatments for chronic/recurrent headaches. Based on trial results, these treatments appear to be associated with little risk of serious adverse effects. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of non-invasive physical treatments require further research using scientifically rigorous methods. The heterogeneity of the studies included in this review means that the results of a few additional high-quality trials in the future could easily change the conclusions of our review.

Acupuncture & Idiopathic Headache

Acupuncture for idiopathic headache

Authors : Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 27 November 2000. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.
Background: Acupuncture is widely used for the treatment of headache, but its effectiveness is controversial.
Objectives: To determine whether acupuncture is:more effective than no treatmentmore effective than 'sham' (placebo) acupunctureas effective as other interventions used to treat idiopathic (primary) headaches.
Search strategy: Electronic searches were performed in MEDLINE, EMBASE, the Cochrane Controlled Trials Register, and the database of the Cochrane Field for Complementary Medicine. We also contacted researchers in the field and checked the bibliographies of all articles obtained.
Selection criteria: Randomized or quasi-randomized clinical trials comparing acupuncture with any type of control intervention for the treatment of idiopathic (primary) headaches were included.
Data collection and analysis: Information on patients, interventions, methods, and results was extracted by at least two independent reviewers using a pre-tested standard form. Results on headache frequency and intensity were summarized descriptively. Responder rate ratios (responder rate in treatment group/responder rate in control group) were calculated as a crude indicator of results for sham-acupuncture-controlled trials. Quantitative meta-analysis was not possible due to trial heterogeneity and insufficient reporting.
Main results: Twenty-six trials including a total of 1151 patients (median, 37; range, 10-150) met the inclusion criteria. Sixteen trials were conducted among patients with migraine, six among patients with tension-type headache, and four among patients with various types of headaches. The majority of trials had methodological and/or reporting shortcomings. In eight of the 16 trials comparing true and sham (placebo) acupuncture in migraine and tension-type headache patients, true acupuncture was reported to be significantly superior; in four trials there was a trend in favor of true acupuncture; and in two trials there was no difference between the two interventions. (Two trials were uninterpretable.) The 10 trials comparing acupuncture with other forms of treatment yielded contradictory results.
Reviewers' conclusions: Overall, the existing evidence supports the value of acupuncture for the treatment of idiopathic headaches. However, the quality and amount of evidence are not fully convincing. There is an urgent need for well-planned, large-scale studies to assess the effectiveness and cost-effectiveness of acupuncture under real-life conditions.

Epilepsy

Epilepsy & Behavioral Comorbidity in Children

Defining the problem: psychiatric and behavioral comorbidity in children and adolescents with epilepsy.

Authors : Pellock JM. Division of Child Neurology, Department of Neurology, Virginia Commonwealth University, Medical College of Virginia Campus, Richmond, VA 23298, USA.

Source : Epilepsy Behav. 2004 Oct;5 Suppl 3:3-9.

Summary : A variety of comorbid psychiatric conditions are frequently identified in children and adolescents with epilepsy, including depression, anxiety, psychosis, and attention-deficit hyperactivity disorder. Data regarding the epidemiology and precise prevalence of comorbid disorders in childhood epilepsy are incomplete and just now beginning to be compiled. Psychiatric and behavioral comorbidities are believed to affect approximately 40-50% of children and adolescents with epilepsy. Optimal diagnosis, clinical evaluation, and choice of treatment are predicated on the proper identification of coexisting psychiatric and behavioral disorders. Comorbid conditions in children and adolescents with epilepsy should be evaluated and treated as soon as they are recognized.

Epilepsy & Differential Diagniosis

- **Differential diagnosis and treatment of psychiatric disorders in children and adolescents with epilepsy.**

Authors : Dunn DW, Austin JK. Indiana University School of Medicine, Indianapolis, IN 46202, USA.

Source : Epilepsy Behav. 2004 Oct;5 Suppl 3:10-7.

Summary : Behavioral problems, such as the inattentive form of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), anxiety, and depression, are common in children and adolescents with epilepsy and especially associated with central nervous system damage, family dysfunction, and severe seizures. This article discusses the risk factors to be considered when focusing on the prevalence of behavioral problems, the family factors that influence their incidence, as well as the differential diagnosis of behavioral disorders commonly associated with epilepsy. It also considers the assessment of these behavioral disorders and their treatment with psychotherapy, education, and a variety of psychopharmacological agents.

Epilepsy & Behavioral Comorbidities

- **Effects of epilepsy surgery on psychiatric and behavioral comorbidities in children and adolescents.**

Authors : Shields WD. Division of Pediatric Neurology, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA 90095-1752, USA.

Source : Epilepsy Behav. 2004 Oct;5 Suppl 3:18-24.

Summary : When considering surgery in children, it is important to think about the potential effect on psychiatric and behavioral outcome. A growing body of evidence suggests that the type of epilepsy (benign or catastrophic) and the age of the patient affect developmental outcome. In younger children with catastrophic epilepsy, the primary goal of therapy is not only to control seizures, but also to offer the child the opportunity for the best possible development. In older children with partial seizures, the therapeutic goal is to control seizures, which may allow a more normal life and improve behavior. Epilepsy surgery generally appears to have a positive effect on behavior and development in many younger children with catastrophic epilepsy. Psychiatric and behavioral outcomes in older children with complex partial epilepsy are less clear; many patients improve, but there does appear to be a small risk of developing new psychiatric or behavioral disorders postoperatively.

Epilepsy & Effects of Antiepileptic Medications

- **Effects of antiepileptic medications on psychiatric and behavioral comorbidities in children and adolescents with epilepsy.**

Authors : Glauser TA. Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH 45229-3039, USA.

Source : Epilepsy Behav. 2004 Oct;5 Suppl 3:25-32.

Summary : The three goals of this article are (1) to delineate the limitations in determining the actual incidence of antiepileptic drug (AED) psychiatric and behavioral side effects; (2) to summarize existing data on the direct effects of AEDs on psychiatric and behavioral comorbidities and examine the relationship between these direct effects and specific AED mechanisms of action; and (3) to recognize the indirect effects of AEDs on psychiatric and behavioral medications that can result in aggravation of these comorbidities through drug-drug interactions. All of these data are then combined and formatted into a practical algorithm useful in many clinical situations.

Epilepsy & Behavioral Issues

- **Behavioral issues involving children and adolescents with epilepsy and the impact of their families: recent research data.**

Authors : Austin JK, Dunn DW, Johnson CS, Perkins SM. Indiana University School of Nursing, Indianapolis, IN 46202, USA.

Source : Epilepsy Behav. 2004 Oct;5 Suppl 3:33-41.

Summary : **OBJECTIVE** : Using data from a larger study on new-onset seizures, we reported preliminary findings concerning relationships between family factors and child behavioral problems at baseline and 24 months. We also explored which baseline and changes in family factors were associated with changes in child behavioral problems over the 24-month period. METHODS: Subjects were 224 children and their primary caregivers. Data were collected using structured telephone interviews and analyzed using multiple regression. RESULTS: Deficient family mastery and parent confidence in managing their child's discipline were associated with behavior problems at baseline and at 24 months; they also predicted child behavior problems over time. Decreasing parent confidence in disciplining their child was associated with increasing child behavior problems. Decreases in parent emotional support of the child were associated with increases in child internalizing problems. CONCLUSION: Child behavior problems, family environment, and parenting behaviors should be assessed when children present to the clinical setting with new-onset seizures.

Epilepsy, Carbamazepine & Valproate Monotherapy

- **Carbamazepine versus valproate monotherapy for epilepsy**

Authors : Marson AG, Williamson PR, Hutton JL, Clough HE, Chadwick DW; on behalf of the epilepsy monotherapy trialists

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 18 April 2000. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Background: Carbamazepine and valproate are drugs of first choice for epilepsy. Despite the lack of hard evidence from individual randomized controlled trials, there is strong clinical belief that valproate is the drug of choice for generalized epilepsies and carbamazepine for partial epilepsies.

Objectives: To overview the best evidence comparing carbamazepine and valproate monotherapy

Search strategy: We searched the Cochrane Epilepsy Group trials register (27 June 2003); the Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library issue 2, 2003) and MEDLINE (27 June 2003). In addition, we contacted pharmaceutical companies and colleagues in the field to ascertain any unpublished or ongoing studies. Selection criteria: Randomized controlled trials comparing carbamazepine and valproate monotherapy for epilepsy. Data collection and analysis: This was an individual patient

data review. Outcome measures were time to withdrawal of allocated treatment, time to 12 month remission, and time to first seizure post randomization. Data were analysed using the stratified logrank test with results expressed as hazard ratios (HR) with 95% confidence intervals (CIs), where HR>1 indicates an event is more likely on valproate. A test for an interaction between treatment and epilepsy type (partial versus generalized) was also undertaken.
Main results: Results data were available for 1265 participants from 5 trials, representing 85% of the participants recruited into the 8 trials that met our inclusion criteria. The main overall results (HR) were: time to treatment withdrawal 0.97(95% CI 0.79 to 1.18); 12 month remission 0.87(95% CI 0.74 to 1.02); first seizure 1.09(95% CI 0.96 to 1.25) suggesting no overall difference for these outcomes. The test for an interaction between treatment and epilepsy type was non significant for time to treatment withdrawal and 12 month remission, but significant for time to first seizure. The age distribution of adults classified as having a generalized epilepsy indicate that significant numbers of individuals may have had their epilepsy misclassified.
Reviewers' conclusions: We have found some evidence to support the policy of using carbamazepine as the first treatment of choice in partial epilepsies, but no evidence to support the choice of valproate in generalized epilepsies, but confidence intervals are too wide to confirm equivalence. Misclassification of people with epilepsy may have confounded our results, and has important implications for the design and conduct of future trials.

Epilepsy & Depression

Impairment Of Inhibitory Control Of The Hypothalamic Pituitary Adrenocortical System In Epilepsy.

Authors : Zobel A, Wellmer J, Schulze-Rauschenbach S, Pfeiffer U, Schnell S, Elger C, Maier W. - Klinik und Poliklinik fur Psychiatrie und Psychotherapie, Universitatsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Strasse 25, 53105, Bonn, Germany, astrid.zobel@ukb.uni-bonn.de
Source : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Oct; 254(5):303-11
Summary: Excess comorbidity between depression and epilepsy proposes common pathophysiological patterns in both disorders. Neuroendocrine abnormalities were often observed in depression as well as in epilepsy. Lack of inhibitory control of the hypothalamic pituitary adrenocortical (HPA) system is a core feature of depression; main relay stations of this system are located in the amygdala and hippocampus, which are key regions for both disorders. Therefore we explored the feedback mechanism of the HPA system in epilepsy. In order to control for the impact of depression we focused on epilepsies without depression. We compared patients with epilepsy (subdivided by medication with or without hepatic enzyme inducing antiepileptic medication) with 16 healthy controls and 16 patients with unipolar major depression but without epilepsy. We observed a lack of inhibitory control of the HPA system in patients with epilepsy, also in the absence of enzyme inducing medication. An impact of the temporal lobe location of the epileptic focus could not be observed. Thus, epilepsies share with depression the deficiencies in the feedback mechanism of the HPA system, proposing common pathophysiological features of up to now unknown nature.

Sleep Deprivation & Epileptiform Discharges

Does sleep or sleep deprivation increase epileptiform discharges in pediatric electroencephalograms?

Authors : Gilbert DL, DeRoos S, Bare MA. - Division of Neurology, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, ML 2015, 3333 Burnet Ave, Cincinnati, OH 45229-3039, USA. d.gilbert@cchmc.org
Source : Pediatrics. 2004 Sep;114(3):658-62
Summary: Sleep deprivation before obtaining an electroencephalogram (EEG) is believed both to increase the likelihood of sleep during an EEG and to increase the detection of interictal epileptiform discharges. However, depriving a child of sleep poses a burden on both the parent and the child. The objective of this study was to compare the effects of sleep, standard sleep deprivation, partial sleep deprivation, and no sleep deprivation on the odds of an epileptiform abnormality in outpatient pediatric EEGs. METHODS: Data were collected from all pediatric EEGs performed at a busy, university-based neurologic practice during two 2-month periods. During the first period, all EEGs were performed as ordered, either standard sleep-deprived (SSD) or non-sleep-deprived (NSD). During the second 2 months, SSD EEGs were performed per routine. However, non-SSD families were instructed to keep their children awake 2 hours later the night before the EEG. Those who complied were classified as partially sleep-deprived (PSD). Patient characteristics across protocols were compared with chi(2) and analysis of variance tests as appropriate. The odds of epileptiform and abnormal findings associated with sleep, NSD, PSD, and SSD EEGs were calculated using logistic regression. RESULTS: Of 820 eligible EEGs, sleep occurred in 22% of NSD, 44% of PSD, and 57% of SSD EEGs. The sample size of this study allowed for an 85% power, with alpha of.05, to detect an absolute increased EEG yield of 10%. Neither the presence of sleep (odds ratio [OR]: 0.99; 95% confidence interval [CI]: 0.69-1.42) nor the use of PSD (OR: 0.90; 95% CI: 0.50-1.62) or SSD (OR: 0.96; 95% CI: 0.63-1.47) protocols increased the odds of epileptiform EEGs. CONCLUSIONS: Sleep deprivation should not be used routinely to increase the yield of pediatric EEGs.

Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

CBT & Becoming a Self-Therapist

Becoming a self-therapist: Using cognitivebehavioural therapy for recurrent depression and/or dysthymia after completing therapy.

Authors : Glasman D, Finlay WM, Brock D. University of Surrey, UK.
Source : Psychol Psychother. 2004 Sep;77(Pt 3):335-51.
Summary : OBJECTIVES: To explore the ways in which people use cognitive-behavioural therapy (CBT) for recurrent depression and/or dysthymia after leaving therapy. DESIGN: A qualitative interview was used in this study. METHOD: Semi-structured interviews were carried out with nine people who had completed a course of CBT at least three months previously. The interviews explored their use of CBT techniques or models outside of therapy and their everyday management of

depression. RESULTS: Eight of the nine participants reported engaging in some self-therapeutic activity, and identified depression, or the threat of depression, as a continuing presence in their lives. They used a range of techniques, either directly transferred from therapy or modified in some way, and identified a number of changes in the way they reacted to difficult situations or negative emotions. These included enactive responses such as leaving the room, making self-efficacy statements, or remembering what the therapist had said to them. Participants also described situations in which they could not use the things they had learnt in CBT. Finally, a range of factors that influenced the ways in which participants became self-therapists were identified. CONCLUSIONS: A number of implications for clinical practice are described. An understanding of how people modify CBT and use it (or not) in their everyday lives is important to understanding and improving effectiveness.

CBT & Smoking Cessation

Group behaviour therapy programmes for smoking cessation

Authors : Stead LF, Lancaster T

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 11 December 2001. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Background: Group therapy offers individuals the opportunity to learn behavioural techniques for smoking cessation, and to provide each other with mutual support.

Objectives: We aimed to determine the effects of smoking cessation programmes delivered in a group format compared to self-help materials, or to no intervention; to compare the effectiveness of group therapy and individual counselling; and to determine the effect of adding group therapy to advice from a health professional or nicotine replacement. We also aimed to determine whether specific components increased the effectiveness of group therapy. We aimed to determine the rate at which offers of group therapy are taken up.

Search strategy: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register, with additional searches of PsycInfo and MEDLINE, including the terms behavior therapy, cognitive therapy, psychotherapy or group therapy, in December 2001.

Selection criteria: We considered randomised trials that compared group therapy with self-help, individual counselling, another intervention or no intervention (including usual care or a waiting list control). We also considered trials that compared more than one group programmes. We included those trials with a minimum of two group meetings, and follow-up of smoking status at least six months after the start of the programme. We excluded trials in which group therapy was provided to both active therapy and placebo arms of trials of pharmacotherapies, unless they had a factorial design.

Data collection and analysis: We extracted data in duplicate on the people recruited, the interventions provided to the groups and the controls, including programme length, intensity and main components, the outcome measures, method of randomisation, and completeness of follow-up. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months follow-up in patients smoking at baseline. We used the most rigorous definition of abstinence in each trial, and biochemically validated rates where available. Subjects lost to follow-up were counted as smokers. Where possible, we performed meta-analysis using a fixed effects (Peto) model.

Main results: A total of fifty two trials met inclusion criteria for one or more of the comparisons in the review. Sixteen studies compared a group programme with a self-help programme. There was an increase in cessation with the use of a group programme (N=4,395, odds ratio 1.97, 95% confidence interval 1.57 to 2.48). Group programmes were more effective than no intervention controls (six trials, N=775, odds ratio 2.19, 95% confidence interval 1.42 to 3.37). There was no evidence that group therapy was more effective than a similar intensity of individual counselling. There was limited evidence that the addition of group therapy to other forms of treatment, such as advice from a health professional or nicotine replacement produced extra benefit. There was variation in the extent to which those offered group therapy accepted the treatment. There was limited evidence that programmes which included components for increasing cognitive and behavioural skills and avoiding relapse were more effective than same length or shorter programmes without these components. This analysis was sensitive to the way in which one study with multiple conditions was included. There was no evidence that manipulating the social interactions between participants in a group programme had an effect on outcome.

Reviewers' conclusions: Groups are better than self-help, and other less intensive interventions. There is not enough evidence on their effectiveness, or cost-effectiveness, compared to intensive individual counselling. The inclusion of skills training to help smokers avoid relapse appears to be useful although the evidence is limited. There is not enough evidence to support the use of particular components in a programme beyond the support and skills training normally included.

CBT & Depression In Alzheimer

Cognitive Behavioural Therapy For Depression In A Person With Alzheimer's Dementia

Authors : Deborah A. Walker a1c1 South London & Maudsley NHS Trust, UK

Source : Medline query on article authors walker da

Summary: The treatment of depression in an older person with Alzheimer's dementia using cognitive behavioural therapy (CBT) is described. Treatment focused on identifying beliefs associated with dementia, behavioural experimenting to test the validity of these beliefs, and increasing pleasurable activities. Results were promising, suggesting that it may be possible to treat depression in people with cognitive impairment.

Key Words: Depression; Alzheimer's dementia; behavioural; cognitive; older adults.

CBT of Depression & BPD

Cognitive-Behavioral Treatment of Depression with Comorbid Borderline Personality Traits

Authors : Michelle M. Lee - Department of Psychology, Case Western Reserve University, 10900 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44106-7123 and James C. Overholser - Department of Psychology, Case Western Reserve University, 10900 Euclid Avenue, Cleveland, OH 44106-7123; overholser@po.cwru.edu

Source : Journal of Contemporary Psychotherapy 34 (3): 231-245, Fall 2004

Summary: Personality dysfunction can influence the onset and

maintenance of depressive symptoms. When both depression and personality dysfunction are present, it is important to develop an integrated treatment plan that addresses both conditions. A case example is used to illustrate how features of borderline personality disorder can influence the assessment and treatment of major depression. Specific challenges encountered by the therapist include: 1) differentiating borderline personality from depressive symptoms, 2) maintaining the therapeutic alliance, 3) managing impulsivity and self-destructive tendencies, 4) staying focused on long-term therapeutic goals, and 5) coping with noncompliance. Over the course of 27 sessions, the client was able to make positive changes in mood, self-image, and impulsive tendencies. Although the client's borderline personality traits complicated the course of treatment for depression, neglecting these personality problems would have left the client vulnerable to depressive relapse.
Keywords : depression, borderline personality disorder, cognitive-behavioral treatment

Alcohol Abuse (AA)

Alcohol Dependence & Topiramate

▪ Uses of topiramate in the treatment of alcohol dependence

Authors : BA Johnson
Source : Expert Review of Neurotherapeutics 4(5),751–758 (2004)
Summary: Alcohol dependence is a major cause of morbidity and mortality in the USA and throughout the world. Over the last 10 years there has been an intense interest in developing pharmacotherapies that address the neurochemistry of alcohol dependence. Using a novel pharmacological approach to treating alcohol dependence, topiramate (Topamax®, Ortho–McNeil Pharmaceutical) has recently been shown to improve the drinking outcomes of alcohol-dependent individuals. This drug profile highlights the scientific concepts and clinical evidence in the development of topiramate for treating alcohol dependence. Alcohol dependence, anticonvulsant, craving, pharmacotherapy, topiramate.

Alcohol Dependence & Topiramate

▪ Oral topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals: a randomized controlled trial.

Authors : Johnson BA, Ait-Daoud N, Akhtar FZ, Ma JZ. Department of Psychiatry, The University of Texas Health Science Center at San Antonio, 78229-3900, USA. bjohnson@uthscsa.edu
Source : Arch Gen Psychiatry. 2004 Sep;61(9):905-12.
Summary : BACKGROUND: Topiramate, a fructopyranose derivative, was superior to placebo at improving the drinking outcomes of alcohol-dependent individuals. OBJECTIVES: To determine whether topiramate, compared with placebo, improves psychosocial functioning in alcohol-dependent individuals and to discover how this improvement is related to heavy drinking behavior. DESIGN: Double-blind, randomized, controlled, 12-week clinical trial comparing topiramate vs placebo for treating alcohol dependence (1998-2001). PARTICIPANTS: One hundred fifty alcohol-dependent individuals, diagnosed using the DSM-IV. INTERVENTIONS: Seventy-five participants received topiramate (escalating dose of 25 mg/d to 300 mg/d), and 75 had placebo and weekly standardized medication compliance management. MAIN OUTCOME MEASURES: Three elements of psychosocial functioning were measured: clinical ratings of overall well-being and alcohol-dependence severity, quality of life, and harmful drinking consequences. Overall well-being and dependence severity and quality of life were analyzed as binary responses with a generalized estimating equation approach; harmful drinking consequences were analyzed as a continuous response using a mixed-effects, repeated-measures model. RESULTS: Averaged over the course of double-blind treatment, topiramate, compared with placebo, improved the odds of overall well-being (odds ratio [OR] = 2.17; 95% confidence interval [CI], 1.16-2.60; P =.01); reported abstinence and not seeking alcohol (OR = 2.63; 95% CI, 1.52-4.53; P =.001); overall life satisfaction (OR = 2.28; 95% CI, 1.21-4.29; P =.01); and reduced harmful drinking consequences (OR = -0.07; 95% CI, -0.12 to -0.02, P =.01). There was a significant shift from higher to lower drinking quartiles on percentage of heavy drinking days, which was associated with improvements on all measures of psychosocial functioning. CONCLUSIONS: As an adjunct to medication compliance enhancement treatment, topiramate (up to 300 mg/d) was superior to placebo at not only improving drinking outcomes but increasing overall well-being and quality of life and lessening dependence severity and its harmful consequences.

Alcohol & Hepatitis C

▪ Alcohol and hepatitis C.

Authors : Safdar K, Schiff ER. - Center for Liver Diseases, Division of Hepatology, Department of Medicine, University of Miami, Miami, Florida.
Source : Semin Liver Dis. 2004 Aug;24(3):305-15
Summary: Alcohol abuse and hepatitis C virus (HCV) infection coexist with chronic liver disease in many patients. The mechanism of injury in these patients is probably multifactorial and involves, but is not limited to, a combination of diminished immune clearance of HCV, oxidative stress, emergence of HCV quasi-species, hepatic steatosis, increased iron stores, and increased rate of hepatocyte apoptosis. In patients with HCV infection, alcohol consumption is known to cause accelerated progression of liver fibrosis, higher frequency of cirrhosis, and increased incidence of hepatocellular carcinoma (HCC). These patients also have decreased survival as compared with patients with either alcohol abuse or HCV liver injury alone. Alcohol abuse causes decreased response to interferon treatment in HCV patients. It is therefore necessary for patients with HCV infection to abstain from alcohol consumption.

Alcoholic Liver Disease

▪ Diagnosis and therapy of alcoholic liver disease.

Authors : Levitsky J, Mailliard ME. - University of Nebraska College of Medicine, Department of Internal Medicine, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska.
Source : Semin Liver Dis. 2004 Aug;24(3):233-47
Summary: Alcoholic liver disease (ALD) presents considerable challenges to clinicians. Screening for alcohol abuse and

alcoholism should be routine and repeated annually with close attention to signs and symptoms of liver disease. In patients with evidence of liver dysfunction or injury, consideration should be given to performance of liver biopsy for diagnosis and prognosis and prior to initiation of medication with the potential for significant side effects. Therapy depends on the spectrum of pathological liver injury: alcoholic fatty liver, alcoholic hepatitis, and cirrhosis. Abstention is the foundation of therapy for an alcohol problem. Alcoholic fatty liver should improve with abstention, but the similarity to the pathogenesis of nonalcoholic fatty liver and potential for progressive injury merits consideration of lipotropic agents. The continuing mortality, poor acceptance of corticosteroids, and identification of tumor necrosis factor-alpha (TNF-alpha) as an integral component has led to studies of pentoxifylline and, recently, anti-TNF antibody to neutralize cytokines in the therapy of severe alcoholic hepatitis. Antioxidant therapy of alcoholic cirrhosis has significant promise but will require large clinical trials.

Transplantation & Alcoholic Liver Disease (ALD)

Transplantation in the alcoholic patient.

Authors : Watt KD, McCashland TM. - Departments of Internal Medicine and Hepatology, University of Nebraska Medical Center, Omaha, Nebraska.

Source : Semin Liver Dis. 2004 Aug;24(3):249-55

Summary: Alcoholic liver disease (ALD) is the second leading indication for transplantation in the United States. Most transplant programs in the United States require a minimum of 6 month's abstinence before transplantation is performed. Most studies have shown a recidivism rate of between 20 and 30% by 2 years after orthotopic liver transplantation (OLT). Higher rates of recidivism are reported if pre-OLT abstinence was < 6 months. The impact of recidivism on patient and graft survival is not clear because most reports include patients who consume alcohol in small amounts or infrequently. Equal post-OLT survival for ALD patients and non-ALD patients has been demonstrated, and ALD patients are not thought to suffer greater morbidity post transplant than non-ALD patients. Careful pretransplant assessment for concomitant medical and psychosocial ailments associated with alcoholism is important. Posttransplant monitoring for cardiovascular disease and withdrawal syndromes is required in the early postoperative setting, whereas monitoring for recidivism and malignancy are late postoperative issues.

Immunology & Alcoholic Liver Disease (ALD)

Immunologic Mechanisms of Alcoholic Liver Injury.

Authors : Thiele GM, Freeman TL, Klassen LW. - Professor, University of Nebraska Medical Center, Department of Internal Medicine, Section of Rheumatology and Immunology, Nebraska Medical Center and Department of Veterans Affairs Alcohol Research Center, Omaha Veterans Administration Medical Center, Omaha, Nebraska. gthiele@unmc.edu

Source : Semin Liver Dis. 2004 Aug;24(3):273-287

Summary: Clinically, the association of alcoholic liver disease ALD) with circulating autoantibodies, hypergammaglobulinemia, antibodies to unique hepatic proteins, and cytotoxic lymphocytes reacting against autologous hepatocytes strongly suggests altered immune regulation with an increased activity toward normal self-proteins ((loss of tolerance). Experimentally, there are several immune responses generated specifically recognizing self-proteins that are modified by metabolites of alcohol. These data strongly suggest that immune reactions may play a significant role in inducing and sustaining an inflammatory cascade of tissue damage to the liver. Additional support for this comes from the observation that the histological appearance of livers with ALD is that of a chronic active hepatitis-like inflammatory disease. Therefore, the hypothesis that immune mechanisms are involved in recurrent alcoholic hepatitis, although not summarily proven, is reasonable, supported by clinical and experimental evidence, and the subject of this article.

Nutrition & Alcoholic Liver Disease (ALD)

Nutrition and alcoholic liver disease.

Authors : Halsted CH. - Professor, Departments of Internal Medicine and Nutrition, University of California Davis, Davis, California. chhalsted@ucdavis.edu

Source : Semin Liver Dis. 2004 Aug;24(3):289-304

Summary: Malnutrition is a common finding in chronic alcoholics, and protein calorie malnutrition (PCM) is universal and predictive of survival in patients with established alcoholic liver disease (ALD). These patients also demonstrate frequent deficiencies of folate, thiamine, pyridoxine, and vitamin A, which enhance the likelihood of anemia, altered cognitive states, and night blindness. The etiologies of malnutrition in ALD patients are multiple and interactive and include anorexia with inadequate dietary intake, abnormal digestion of macronutrients and absorption of several micronutrients, increased skeletal and visceral protein catabolism, and abnormal interactions of ethanol and lipid metabolism. Numerous, and mostly inadequately controlled, studies have evaluated the potential efficacies of oral, enteral, and parenteral nutrition approaches to treatment of ALD, with mixed results on liver function, clinical improvements, and short- or long-term survival. Targeted metabolic treatments include supplementation with S-adenosylmethionine (SAM) or phosphatidylcholine derivatives, each with promising experimental bases but inconclusive clinical trials.

Alcohol & ICP

Different CFTR mutational spectrum in alcoholic and idiopathic chronic pancreatitis?

Authors : Casals T, Aparisi L, Martinez-Costa C, Gimenez J, Ramos MD, Mora J, Diaz J, Boadas J, Estivill X, Farre A. - Medical and Molecular Genetics Center-IRO, Hospital DIR, Barcelona, Spain. tcasals@iro.es

Source : PubMed

Summary: Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) mutations are responsible for cystic fibrosis (CF) and have been postulated as a predisposing risk factor to chronic pancreatitis (CP), but controversial results demand additional support. We have therefore investigated the role of the CFTR gene in a cohort of 68 CP patients. METHODS: We have performed the CFTR gene analysis using 2 screening techniques. Fragments showing abnormal migration patterns were characterized by sequencing. Patients were classified in RESULTS: Sixteen mutations/variants were identified in 27 patients (40%), most of them (35%) presenting a single CFTR

mutant gene. The 1716G/A variant showed the highest frequency accounting for 22% in ICP and 5% in ACP, in contrast with other more common mutations such as F508del found in 8% of ACP and the 5T variant identified in 7% of patients. Acute pancreatitis, abdominal pain, tobacco, pancreatic calcifications, and pancreatic pseudocysts showed significant higher values in ACP than ICP patients. No significant differences were found between patients with and without CFTR mutations. CONCLUSIONS: Apart from reinforcing previous findings our data highlight the increased susceptibility of CFTR heterozygous to developing CP. Heterozygosity, combined with other factors, places these individuals at greater risk.

Alcohol & BAP

- **Exocrine pancreatic function after alcoholic or biliary acute pancreatitis.**

Authors : Migliori M, Pezzilli R, Tomassetti P, Gullo L. - Institute of Internal Medicine, University of Bologna, Sant' Orsola Hospital, Bologna, Italy.

Source : PubMed

Summary: There have been various studies of exocrine pancreatic function after acute pancreatitis, but few have examined the relationship between this function and the etiology of the pancreatitis. The aim of this work was to study pancreatic function in patients who had had acute alcoholic or acute biliary pancreatitis.
METHODS: Seventy-five patients who had had a single attack of acute pancreatitis were studied. The etiology was alcohol in 36 and cholelithiasis in 39. Pancreatic function was studied between 4 and 18 months after pancreatitis by duodenal intubation in 18 patients (8 alcohol, 10 lithiasis) and by the amino acid consumption test (AACT) in the remaining 57 (28 alcohol, 29 lithiasis). For those who underwent AACT, the test was repeated 1 year after the first examination.
RESULTS: Among the 36 patients with alcoholic pancreatitis, most had impaired pancreatic function at both duodenal intubation (8/8, 100%) and at AACT (22/28, 78.6%); at the second test, the AACT remained pathological (18/23, 82.1%). Of the 39 patients with biliary pancreatitis, only 4 of the 10 (40%) who underwent duodenal intubation and only 5 of the 29 (17.2%) who performed AACT had pancreatic insufficiency; at the second test, only 4 of the 26 (15.4%) who repeated the AACT were pathological. The differences in the frequency and degree of pancreatic insufficiency between patients with alcoholic and those with biliary pancreatitis were statistically significant.
CONCLUSIONS: The results show that after alcoholic acute pancreatitis, the pancreatic insufficiency was significantly more frequent and more severe than after biliary pancreatitis. These findings together with the fact that the insufficiency was also more persistent suggest that acute alcoholic pancreatitis may occur in a pancreas that already has chronic lesions.

General Anxiety Disorder (GAD)

GAD & Comorbidity

- **Comorbidity of Anxiety and Depressive Disorders: Issues in Conceptualization, Assessment, and Treatment.**

Authors : BELZER, KENNETH PhD; SCHNEIER, FRANKLIN R. MD.

Source : Journal of Psychiatric Practice. 10(5):296-306, September 2004.

Summary : Objectives: The purpose of this review is to provide a clinically relevant analysis of issues concerning comorbidity among anxiety and depressive disorders. The co-occurrence of social anxiety disorder (SAD) and generalized anxiety disorder (GAD) with depressive disorders is highlighted as an illustration. Data on prevalence, rates of comorbidity, order of onset, course, and functional impairment associated with these disorders, in both the general population and clinical samples, are examined. The second half of the review focuses on discussion of practical issues concerning assessment and treatment of comorbid anxiety and depressive syndromes.
Conclusions: Available evidence suggests that comorbidity among SAD, GAD, and the depressive disorders is substantial and pervasive. Co-occurrence of these syndromes is typically characterized by a chronic course with clinically significant impairment in social and occupational functioning. SAD and GAD precede the onset of major depression in a majority of cases and appear to be risk factors for developing major depression. Clinicians encountering patients with primary complaints of anxiety or depression should carefully assess for the presence of comorbid symptoms and syndromes. Treatment outcome research suggests that pharmacotherapy and psychosocial therapy (cognitive-behavior therapy in particular) both represent viable first-line treatment alternatives. However, with increasing severity of depression, pharmacotherapy is indicated as a primary intervention. The authors recommend increased efforts in screening and detection, more clinical trials that include patients with comorbid syndromes and symptoms, and continued research on the integration of pharmacological and psychotherapeutic treatments.

GAD & Somatic Symptoms

- **Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder: an ambulatory monitor study.**

Authors : Hoehn-Saric R, McLeod DR, Funderburk F, Kowalski P. Department of Psychiatry, The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD 21287-7113, USA. rhoehn@mail.jhmi.edu

Source : Arch Gen Psychiatry. 2004 Sep;61(9):913-21.

Summary : BACKGROUND: Physiologic responses of patients with anxiety disorders to everyday events are poorly understood. OBJECTIVE: To compare self-reports and physiologic recordings in patients with panic disorder (PD), patients with generalized anxiety disorder (GAD), and nonanxious controls during daily activities. DESIGN: Participants underwent four 6-hour recording sessions during daily activities while wearing an ambulatory monitor. Physiologic and subjective data were recorded every 30 minutes and during subject-signaled periods of increased anxiety or tension or panic attack. SETTING: Participants' everyday environment. PARTICIPANTS: Twenty-six patients with PD and 40 with GAD, both without substantial comorbidity, and 24 controls. INTERVENTIONS: Recordings obtained during everyday activities. MAIN OUTCOME MEASURES: Recordings of heart interbeat intervals, skin conductance

levels, respirations, motion, and ratings of subjective somatic symptoms and tension or anxiety. RESULTS: Patients with anxiety disorders rated higher on psychic and somatic anxiety symptoms than did controls. Common to both anxiety disorders was diminished autonomic flexibility that manifested itself throughout the day, accompanied by less precise perception of bodily states. The main differences between patients with PD and GAD were a heightened sensitivity to body sensations and more frequent button presses. There also was a trend toward heightened basal arousal in patients with PD, manifesting itself in a faster heart rate throughout the day. CONCLUSIONS: Patients with PD or GAD are more sensitive to bodily changes than nonanxious individuals, and patients with PD are more sensitive than those with GAD. Patients with PD experience more frequent distress than those with GAD and controls, but their physiologic responses are comparable in intensity. The findings suggest that the perception of panic attacks reflects central rather than peripheral responses. The diminished autonomic flexibility observed in both anxiety conditions may result from dysfunctional information processing during heightened anxiety that fails to discriminate between anxiety-related and neutral inputs.

GAD & Venlafaxine XR

Pooled analysis of venlafaxine XR efficacy on somatic and psychic symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder.

Authors : Meoni P, Hackett D, Lader M. - Wyeth Research, Paris, France.

Source : Depress Anxiety. 2004;19(2):127-32.

Summary : We evaluated the relative efficacy of venlafaxine XR on the psychic versus somatic symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder as determined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Data were pooled and analyzed from 1,841 patients with generalized anxiety disorder who participated in five short-term (8-week) double-blind, multicenter, placebo-controlled studies, two of which had long-term (6-month) extensions. Somatic and psychic anxieties were studied using the Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A) factor scores. We examined response rates (> or =50% improvement over baseline severity score) in the overall population and in patients with mainly somatic symptomatology at baseline (somatizers). Venlafaxine XR significantly reduced factor scores for both psychic and somatic HAM-A factors compared with placebo, from the first and second weeks of treatment, respectively. Patients treated with venlafaxine XR had significantly higher rates of response than patients receiving placebo on the psychic (58% vs. 38%, P<.001 at week 8; 66% vs. 35% at week 24, P<.001) and somatic (56% vs. 43%, P<.001 at week 8; 67% vs. 47% at week 24, P<.001) factors of the HAM-A. There was a TreatmentxFactor interaction (P<.027) in response rates: Patients treated with venlafaxine showed similar somatic and psychic anxiety response rates, whereas placebo-treated patients showed higher somatic compared with psychic response rates. Somatizers showed similar rates of response to the total population for the somatic factor of the HAM-A in either treatment group. Patients with generalized anxiety disorder treated with venlafaxine XR showed similar absolute rates of response on somatic and psychic symptoms, but relative to patients treated with placebo, more improvement in psychic than somatic symptoms.

Anxiety disorders & Progesterone

Role of progesterone and other neuroactive steroids in anxiety disorders

Authors : J-M Le Mellédo & GB Baker

Source : Expert Review of Neurotherapeutics 4(5), 851–860 (2004)

Summary: It remains unexplained why a greater prevalence of anxiety disorders exists in women than in men, and how female hormone-related events (i.e., menstrual cycle and postpartum) can influence the course of anxiety disorders. It would appear logical that female hormones and their derivatives play a major role in these observations. The abundance of preclinical data demonstrating a role for sex hormones and their derivatives in anxiety-like behavior is in contrast to the relative paucity of experimental clinical data on the role of female hormones and neuroactive steroids in anxiety disorders. There is a dramatic potential for therapeutic anxiolytic activity of pharmacological compounds derived from powerful anxiolytic agents, such as the progesterone derivative, allopregnanolone. As a result, there is currently tremendous interest from the pharmaceutical industry in developing and testing such agents in anxiety disorders.

anxiety, neuroactive steroids, neurosteroids, panic, progesterone.

GAD & Sertraline

Efficacy of sertraline in a 12-week trial for generalized anxiety disorder.

Authors : Allgulander C, Dahl AA, Austin C, Morris PL, Sogaard JA, Fayyad R, Kutcher SP, Clary CM. - Karolinska Institutet, Neurotec Department, Section of Psychiatry at Huddinge, University Hospital, 141 86 Huddinge, Sweden. Christer.Allgulander@neurotec.ki.se

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1642-9

Summary: OBJECTIVE: Sertraline's efficacy and tolerability in treating generalized anxiety disorder were evaluated. METHOD: Adult outpatients with DSM-IV generalized anxiety disorder and a total score of 18 or higher on the Hamilton Anxiety Rating Scale were eligible. After a 1-week single-blind placebo lead-in, patients were randomly assigned to 12 weeks of double-blind treatment with placebo (N=188, mean baseline anxiety score=25) or flexible doses (50-150 mg/day) of sertraline (N=182, mean anxiety score=25). The primary outcome measure was baseline-to-endpoint change in the Hamilton anxiety scale total score. A secondary efficacy measure was the Clinical Global Impression (CGI) improvement score; response was defined as a score of 2 or less. RESULTS: Sertraline patients had significantly greater improvement than placebo patients on all efficacy measures at week 4. Analysis of covariance of the intent-to-treat group at endpoint (with the last observation carried forward) showed a significant difference in the decrease from baseline of the least-square mean total score on the Hamilton anxiety scale between sertraline (mean=11.7) and placebo (mean=8.0). Significantly greater endpoint improvement with sertraline than placebo was obtained for mean scores on the Hamilton anxiety scale psychic factor (6.7 versus 4.1) and somatic factor (5.0 versus 3.9). The rate of responders, based on CGI improvement and last observation carried forward, was significantly higher for sertraline (63%) than placebo (37%). Sertraline was well

tolerated; 8% of patients versus 10% for placebo dropped out because of adverse events. CONCLUSIONS: Sertraline appears to be efficacious and well tolerated in the treatment of generalized anxiety disorder.

COMT & Phobic Anxiety

Association between catechol-O-methyltransferase & phobic anxiety.

Authors : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1703-5

Source : McGrath M, Kawachi I, Ascherio A, Colditz GA, Hunter DJ, De Vivo I. - Channing Laboratory, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, 181 Longwood Ave., Boston, MA 02115. nhmmc@channing.harvard.edu

Summary: OBJECTIVE: The authors assessed the association between the catechol-O-methyltransferase (COMT) Val158Met polymorphism and scores on the phobic anxiety scale of the Crown-Crisp Experimental Index. METHOD: A total of 1,234 women completed the Crown-Crisp Experimental Index phobic anxiety scale and were genotyped for the COMT polymorphism. The authors used unconditional logistic regression to compute odds ratios and 95% confidence intervals (CIs) to evaluate the association between the COMT genotype and phobic anxiety. RESULTS: The mean scores for the three genotypes were statistically significantly different. Compared to the COMT Met/Met genotype, the age-adjusted odds ratio for scoring >/=6 compared to scoring 0 or 1 were 1.15 (95% CI=0.71-1.85) and 1.99 (95% CI=1.17-3.40) for the COMT Val/Met and COMT Val/Val genotypes, respectively; a significant gene dosage effect was observed. CONCLUSIONS: Our results suggest that the functional COMT polymorphism is associated with the development of phobic anxiety.

OCD & Trichotillomania

Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings.

Authors : Lochner C, Seedat S, Hemmings SM, Kinnear CJ, Corfield VA, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Stein DJ.

Source : Compr Psychiatry. 2004 Sep-Oct;45(5):384-91

Summary: A link between dissociation proneness in adulthood and self-reports of childhood traumatic events (including familial loss in childhood, sexual/physical abuse and neglect) has been documented. Several studies have also provided evidence for an association between dissociative experiences and trauma in patients with various psychiatric disorders, including post-traumatic stress disorder, borderline personality, dissociative identity and eating disorders. Based on the relative paucity of data on dissociation and trauma in obsessive-compulsive disorder (OCD) and trichotillomania (TTM), the primary objective of this study was to examine the relationship between trauma and dissociative experiences (DE) in these two diagnostic groups. Furthermore, the availability of clinical and genetic data on this sample allowed us to explore clinical and genetic factors relevant to this association. A total of 110 OCD and 32 TTM patients were compared with respect to the degree of dissociation (using the Dissociative Experiences Scale[DES]) and childhood trauma (using the Childhood Trauma Questionnaire [CTQ]). Patients were classified on the DES as either "high" (mean DES score >/= 30) or "low" (mean DES score < 30) dissociators. Additional clinical and genetic factors were also explored with chi-square and t tests as appropriate. A total of 15.8% of OCD patients and 18.8% of TTM patients were high dissociators. OCD and TTM groups were comparable on DES and CTQ total scores, and in both OCD and TTM groups, significant positive correlations were found between mean DES scores and mean CTQ subscores of emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, and physical neglect. In the OCD group, high dissociators were significantly younger than low dissociators, and significantly more high dissociators than low dissociators reported a lifetime (current and past) history of tics (P <.001), Tourette's syndrome (P =.019), bulimia nervosa (P =.003), and borderline personality disorder (P =.027). In the TTM group, significantly more high dissociators than low dissociators reported (lifetime) kleptomania (P =.005) and depersonalisation disorder (P =.005). In the Caucasian OCD patients (n = 114), investigation of genetic polymorphisms involved in monoamine function revealed no significant differences between high and low dissociator groups. This study demonstrates a link between childhood trauma and DE in patients with OCD and TTM. High dissociative symptomatology may be present in a substantial proportion of patients diagnosed with these disorders. High dissociators may also be differentiated from low dissociators on some demographic features (e.g., lower age) and comorbidity profile (e.g., increased incidence of impulse dyscontrol disorders). Additional work is necessary before conclusions about the role of monoaminergic systems in mediating such dissociation can be drawn.

Biology (B)

Biology & Endophenotype

Endophenotype--a new concept for biological characterization of psychiatric disorders

Authors : Zobel A, Maier W. Klinik und Poliklinik fur Psychiatrie und Psychotherapie, Universitat Bonn. Astrid.Zobel@ukb.uni-bonn.de

Source : Nervenarzt. 2004 Mar;75(3):205-14.

Summary : In the field of psychiatric genetics, the concept of endophenotypes is presently receiving high popularity. Current difficulties in the search for susceptibility genes of complex diseases have been attributed to the etiological heterogeneity of the clinical, psychopathologically defined phenotype of the disease. Neurobiological correlates of the disease which are genetically influenced and stable over time are considered to be more promising targets of phenotypes. They are more directly influenced by gene effects and presumably defined by a genetic determination which is less complex than the phenotype of the disorder. The endophenotype strategy has already been successful in complex disorders of other areas in medicine, including alcoholism and late-onset Alzheimer's disease. For schizophrenia, a series of endophenotypes for molecular/genetic investigation has been suggested, but the concept "endophenotype" also provides a basis for biological classification of mental disorders.

Biology & Clinical Study

Clinical study: Atypical depression in growth hormone

deficient adults, and the beneficial effects of growth hormone treatment on depression and quality of life.

Authors : Tripti Mahajan1, Anna Crown1, Stuart Checkley2, Anne Farmer2 and Stafford Lightman1
Henry Wellcome Laboratories for Integrative Neuroscience & Endocrinology, University of Bristol 1 and Institute of Psychiatry, London 2
Source : (Correspondence should be addressed to S Lightman)
Summary : Objective: Some growth hormone deficient adults (GHDAs) have an impaired quality of life, which may improve with growth hormone (GH) treatment. The objective of our study was to make an in depth psychiatric evaluation of patients with adult-onset (AO) and childhood-onset (CO) GHD, and to assess the time course of changes in their quality of life and symptoms of depression in response to GH treatment.
Design: The study design was a 4 month, double-blind, cross-over, placebo-controlled trial of GH therapy.
Methods: We used a detailed psychiatric interview to characterise 25 patients with proven GH deficiency at baseline. They were reassessed at monthly intervals during treatment with GH or placebo, using the Nottingham Health Profile and two well-recognised depression rating scales.
Results:11 / 18 (61%) of the patients with AO GH deficiency, but 0 / 7 of the patients with CO GH deficiency, were found to have atypical depression at baseline. There were significant improvements in the depression rating scale scores after 2 months of GH therapy, with significant improvements in emotional reaction and social isolation scores from 1 month, and in energy levels and sleep disturbance from 2 and 3 months respectively.
Conclusions: The results of our study confirm that a large proportion of GHDAs have unequivocal psychiatric morbidity, and suggest that a response to treatment can be seen after a short trial of GH therapy. We hypothesise that this rapid improvement of symptoms of atypical depression represents a direct central effect of GH therapy.

Heschl's Gyrus & SLLI, MDD, BP

Cell density and cortical thickness in Heschl's gyrus in schizophrenia, major depression and bipolar disorder.

Authors : Cotter D, Mackay D, Frangou S, Hudson L, Landau S. - Beaumont Hospital, Dublin 9, Ireland. drcotter@rcsi.ie
Source : Br J Psychiatry. 2004 Sep;185:258-9
Summary: There is evidence that the superior temporal gyrus and Heschl's gyrus within it are implicated in schizophrenia. We investigated neuronal and glial cell density and cortical thickness within Heschl's gyrus, using the optical disector to estimate cell density within cortical layers 3 and 5 in tissue derived postmortem from people with diagnoses of major depressive disorder, schizophrenia and bipolar disorder, compared with normal controls (n=15 per group). No significant difference in neuronal or glial cell density or in cortical thickness was observed between the groups; our findings therefore provide no support for the presence of cellular pathology within Heschl's gyrus in schizophrenia.

Fragile X Syndrome

Neuropsychiatric symptoms of fragile x syndrome: pathophysiology and pharmacotherapy.

Authors : Tsiouris JA, Brown WT. - George A. Jervis Clinic, New York State Institute for Basic Research in Developmental Disabilities, Staten Island, New York, USA
Source : CNS Drugs. 2004;18(11):687-703
Summary: Fragile X syndrome is the leading inherited form of mental retardation, and second only to Down's syndrome as a cause of mental retardation attributable to an identifiable genetic abnormality. Fragile X syndrome is caused by a defect in the fragile X mental retardation 1 gene (FMR1), located near the end of the long arm of the X chromosome. FMR1 normally synthesises the fragile X protein (FMRP), but mutations in FMR1 lead to a lack of FMRP synthesis, resulting in fragile X syndrome. While the specific function of FMRP is not yet fully understood, the protein is known to be important for normal brain development. The physical, cognitive and behavioural features of individuals with fragile X syndrome depend on gender (females have two X chromosomes, one active and one inactive) and the molecular status of the mutation (premutation, full mutation or mosaic). Features of the behavioural profile of individuals with fragile X syndrome include hypersensitivity to stimuli, overarousability, inattention, hyperactivity and (mostly in men) explosive and aggressive behaviour to others or self. Social anxiety, other anxiety disorders, depression, impulse control disorder and mood disorders are the most common psychiatric disorders diagnosed in individuals with fragile X syndrome, although no formal studies have been undertaken.There have been very few psychopharmacological studies of the treatment of behaviours associated with fragile X syndrome. These limited studies and surveys of psychotropic drugs used in individuals with fragile X syndrome suggest that stimulants are helpful for hyperactivity, that alpha(2)-adrenoceptor agonists and beta-adrenoceptor antagonists help to control overarousability, impulsivity and aggressiveness, and that SSRIs can control anxiety, impulsivity and irritability, alleviate depressive symptoms and decrease aggressive and self-injurious behaviour. Typical and atypical antipsychotics in combination with other psychotropics have been used for control of psychotic disorders and severe aggressive behaviours. Mood stabilisers have been found to be useful when mood dysregulation or mood disorders are present with or without aggressive behaviour. Folic acid and L-acetylcarnitine (levacecarnine) have not been found to improve deficits or behaviours. As there is no specific psychotropic drug for any of the deficits or behaviours associated with fragile X syndrome, clinicians are advised to diagnose any psychiatric syndromes or disorders present and treat them with the appropriate psychotropic drug.If no psychiatric disorder can be diagnosed and the patient's challenging behaviours cannot be controlled with environmental manipulation or behaviour modification techniques, the most benign psychotropic drug should be used. Antipsychotics should be reserved for psychotic disorders, for impulse control disorders (used in combination with other psychotropics), or when challenging behaviours constitute an emergency. In the future, new medications targeting molecules implicated in the modulation of anxiety, fear and fear responding will be useful for treating the social anxiety and overarousability exhibited by individuals with fragile X syndrome.

Mood Stabilisers (MS

MS & Valproate

Valproic acid, valproate and divalproex in the maintenance treatment of bipolar disorder

Authors : Macritchie K.A.N., Geddes J.R., Scott J, Haslam D.R.S., Goodwin G.M.

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 19 March 2001. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Background: Although lithium has been the most commonly used maintenance treatment in bipolar disorder for several decades, valproate is being used increasingly - especially in the United States of America. There is a need to clarify whether the increasingly prominent prophylactic role of valproate in bipolar disorder is justified.

Objectives: To review the effectiveness of valproate, relative to placebo, other mood stabilisers and antipsychotics, in the prevention and/or attenuation of acute episodes of bipolar disorder. The effectiveness of valproate was considered in terms of mood symptoms, mortality, general health, social functioning, adverse effects and overall acceptability to patients.

Search strategy: The CCDAN group search strategy was used. The following databases were searched: The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register (CCDANCTR), The Cochrane Controlled Clinical Trials Register (CCCTR), EMBASE , MEDLINE, LILACS , PsycLIT and Psyndex. Reference lists of relevant papers and major textbooks of mood disorder were examined. Authors, other experts in the field and pharmaceutical companies were contacted for knowledge of suitable published or unpublished trials.

Selection criteria: Randomised controlled trials which compared valproate with placebo, alternative mood stabilisers (including lithium and carbamazepine) or neuroleptics, where the stated intent of intervention was the maintenance treatment of bipolar disorder. Participants were males and females of all ages with a diagnosis of bipolar disorder however diagnosed, approximating to ICD 10 Code F31 and DSM IV 296, but including patients diagnosed as ICD-9 manic depressive psychosis and DSM-III and DSM-IIIR bipolar disorder.

Data collection and analysis: Data were extracted from the original reports individually by two reviewers. The main outcomes to be assessed were:1.The effectiveness of valproate treatment in preventing or attenuating further episodes of bipolar disorder, including its effectiveness in rapid cycling disorder.2.The acceptability of valproate treatment to patients.3.The prevalence of side-effects.4.Mortality on valproate treatment.Outcomes concerning relapse/recurrence were analysed excluding data from discontinuation studies, which were to be analysed separately. Sub-group analyses were to be performed to examine the effects of valproate treatment in rapid cycling bipolar disorder and previous mood stabiliser non-responders. Data were analysed using Review Manager version 4.1.

Main results: One trial of 12 months duration with 372 participants was identified comparing lithium, divalproex and placebo. It had several methodological limitations. The primary analysis of time to occurrence of mood episode described in the main trial report found no reliable difference between the treatments, although there was a trend for divalproex to be more effective than lithium. In the analysis in this review, patients taking divalproex who left the study because of the occurrence of an mood episode were significantly less in number than those on placebo (RRR 37%; RR 0.63; 95% CI 0.44 to 0.90). There was no significant difference in the numbers of patients in receipt of divalproex compared with those in receipt of lithium who left the study because they suffered any mood episode. (RRR 22%; RR 0.78; 95% C.I. 0.52 to 1.17). There was insufficient information to allow sub-group analyses of rapid-cycling disorder. The divalproex group had significantly more patients suffering tremor (RRI 223%; RR 3.23; 95% C.I. 1.85 to 5.62), weight gain (RRI 187%; RR 2.87; 95% C.I. 1.34 to 6.17) and alopecia (RRI 143%; RR 2.43; 95% C.I. 1.05 to 5.65) than the placebo group. In comparison with the lithium, divalproex was associated with more frequent sedation (RRI 58%; RR 1.58; 95% C.I. 1.08 to 2.32) and infection (RRI 107%; RR 2.07; 95% C.I. 1.16 to 3.68), but less suffered thirst (RRR 62%; RR 0.38; 95% C.I. 0.18 to 0.81) and polyuria (RRR 57%; RR 0.43; 95% C.I. 0.22 to 0.82).

Reviewers' conclusions: In view of the equivocal findings of this review, conclusions about the efficacy and acceptability of valproate compared to placebo and lithium cannot be made with any degree of confidence. With current evidence, patients and clinicians would probably wish to use lithium before valproate for maintenance treatment. At present, the observed shift of prescribing practice to valproate is not based on reliable evidence of efficacy.

Valproic Acid & Hyperammonemia

Valproic Acid-induced hyperammonemia: a case report.

Authors : McCall M, Bourgeois JA. - Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of California, Davis Medical Center, Sacramento CA.

Source : J Clin Psychopharmacol. 2004 Oct;24(5):521-6

Summary: The authors present a case of a patient treated with valproic acid for seizure disorder who presented with acute mental status changes consistent with encephalopathy. Notably, her serum ammonia level was 3 times the upper limit of normal, despite an only mildly elevated aspartate aminotransferase and normal bilirubin. Her serum valproic acid level was in the therapeutic range. Her symptoms resolved with discontinuation of valproic acid and supportive care. The authors review the possible mechanisms of valproic acid-associated hyperammonemia with encephalopathy and propose clinical practice modifications to minimize the incidence of this adverse reaction to this generally well-tolerated and clinically important psychotropic medication.

Sleep Disorders

Sleep-Related Breathing Disorders

Sleep-related breathing disorders: impact on mortality of cerebrovascular disease.

Authors : Parra O, Arboix A, Montserrat JM, Quinto L, Bechich S, Garcia-Eroles L. - Depts of Pneumology, Hospital del Sagrat Cor, Barcelona, Spain. 22515opo@comb.es

Source : Eur Respir J. 2004 Aug;24(2):267-72

Summary: The aim of the study was to analyse the impact of sleep-related breathing disorders in a 2-yr survival follow-up of patients with a first ever stroke or transient ischaemic attack. The study followed 161 patients. Complete neurological assessment was performed in order to determine cerebrovascular risk factors, functional disability, and parenchymatous and vascular localisation, as well as stroke subtype categorisation. A sleep study was carried out using a portable respiratory recording device, The entire cohort was followed over a mean period of 22.8 months. The main outcome event was death and time of survival since the neurological event. A multivariate Cox's model was estimated. The patients were ages 72+/-9 yrs (mean+/-SD), and had a body mass index of 26.6+/-3.9 kg x m(-2) and apnoea/hypopnoea index (AHI) of 21.2+/-15.7. Overall, mortality occurred in 22 cases, and the survival rate was 86.3%. Vascular disease accounted for 63.6% of deaths. Multivariate analysis selected four independent variables associated with mortality: 1) age; 2) AHI, with an implied 5% increase in mortality risk for each additional unit of AHI; 3) involvement of the middle cerebral artery; and 4) the presence of coronary disease. In conclusion, the findings suggest that sleep-related breathing disorders are an independent prognostic factor related to mortality after a first episode of stroke.

Sleep-Disordered Breathing

Performance vigilance task and sleepiness in patients with sleep-disordered breathing.

Authors : Sforza E, Haba-Rubio J, De Bilbao F, Rochat T, Ibanez V. - Sleep Laboratory, Dept of Psychiatry, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland. Emilia.Sforza@hcuge.ch

Source : Eur Respir J. 2004 Aug;24(2):279-85

Summary: Altered vigilance performance has been documented in patients with sleep-related breathing disorders (SRBDs). Sleep fragmentation, sleepiness, respiratory disturbances and nocturnal hypoxaemia have been suggested as the pathogenesis of these deficits, yet it remains difficult to find a good correlation between performance deficits and the above factors. In the present study, which performance measure better characterised SRBD patients and the main factors implicated in these disturbances were examined. The study group consisted of 152 patients and 45 controls, all examined using a performance vigilance task and subjective sleepiness assessment. Speed and accuracy in the psychomotor vigilance task (PVT) were measured in patients and controls. Objective daytime sleepiness was assessed in the patient group using the maintenance of wakefulness test. In comparison with controls, PVT accuracy rather than speed seems to be affected in SRBD patients, with lapses and false responses significantly greater in patients with more severe objective sleepiness and higher apnoea/hypopnoea index. Although slowing and increased variability in reaction time were associated with shorter sleep latency in the maintenance of wakefulness test, subjective sleepiness, sleep fragmentation, nocturnal hypoxaemia and apnoea/hypopnoea index influenced mainly PVT accuracy. It is concluded that vigilance impairment, sleep fragmentation and severity of disease may partially and differentially contribute to the diurnal performance consequences found in sleep-related breathing disorders. Since the psychomotor vigilance task worsening is more marked in accuracy that in speed, measurement of lapses and false responses would better characterise the degree of diurnal impairment in these patients.

Obstructive Sleep Apnea & Neuropsychological Sequelae

Neuropsychological sequelae of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome: a critical review

Authors : Aloia MS, Arnedt JT, Davis JD, Riggs RL, Byrd D. - Brown Medical School, Providence, Rhode Island 02906, USA. Mark_Aloia@Brown.edu

Source : J Int Neuropsychol Soc. 2004 Sep;10(5):772-85

Summary: Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS) is a well-recognized clinical sleep disorder that results in chronically fragmented sleep and recurrent hypoxemia. The primary daytime sequelae of the disorder include patient reports of excessive daytime sleepiness, depression, and attention and concentration problems. It has been well established that OSAHS negatively impacts certain aspects of cognitive functioning. The primary goals of this article are to (1) clarify the pattern of cognitive deficits that are specific to OSAHS; (2) identify the specific cognitive domains that improve with treatment; and (3) elucidate the possible mechanisms of cognitive dysfunction in OSAHS. At the conclusion of the paper, we propose a potential neurofunctional theory to account for the etiology of cognitive deficits in OSAHS. Thirty-seven peer-reviewed articles were selected for this review. In general, findings were equivocal for most cognitive domains. Treatment, however, was noted to improve attention/vigilance in most studies and consistently did not improve constructional abilities or psychomotor functioning. The results are discussed in the context of a neurofunctional theory for the effects of OSAHS on the brain.

Parkinson Disease (PD)

PD, Therapie & Depression

Therapies for Depression in Parkinson's Disease

Authors : Shabnam Ghazi-Noori, TH Chung, KHO Deane, H Rickards, CE Clarke

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 21 February 2003. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Background: Depression is one of the most common neuropsychiatric disturbances in Parkinson's disease. 40% of observed variation in quality of life is due to depression. However, there is little hard evidence of the efficacy and safety of antidepressant therapies in Parkinson's disease.

Objectives: To assess the efficacy and safety of antidepressant therapies in idiopathic Parkinson's disease. Safety refers to both the direct side-effects of the therapy and also the therapy's interactions with the symptoms of Parkinson's disease and with the antiparkinsonian medications. Search strategy: Relevant clinical trials were identified by electronic searches the Cochrane Controlled Trials Register MEDLINE(1996-2001),

EMBASE (1974-2001), PsychLit (1800's-2001), CINAHL (1982-2001) databases. The reference list of all trial reports and reviews were examined. Queries were sent out to all manufacturers and distributors of antidepressants within the UK requesting information on any relevant clinical trials.
Selection criteria: Randomised controlled trials (RCT) examining licensed oral antidepressants, electroconvulsive therapy (ECT) or behavioural therapy in the treatment of depression in idiopathic Parkinson's disease.
Data collection and analysis: Data was extracted and assessed independently by three of the authors. Disagreements were resolved by discussion.
Main results: Three randomised controlled trials were found examining oral antidepressant medications in Parkinson's disease in a total of 106 patients. No eligible trials of ECT or behavioural therapy were found. In the first arm of the crossover trial by Andersen 1980 (n=22) patients in the nortriptyline group showed a larger improvement than placebo group in median depression score in a self-made 31-item depression rating scale after 16 weeks of treatment but statistical significance was not calculated. A parallel group trial by Wermuth 1998 (n=37) did not show any statistically significant difference between the citalopram and placebo groups in the Hamilton Depression Scale after 52 weeks of treatment. The third study by Rabey 1996 (n=47) was a randomised open-label trial to compare fluvoxamine versus amitriptyline. Similar numbers of patients in amitriptyline and fluvoxamine groups (60% vs 55%) had a 50% reduction of Hamilton score after 16 months of treatment. However, further assessment of this trial was not possible because only summary results were available from an abstract and attempts to contact the authors failed. Visual hallucinations or confusion had been reported in patients with fluvoxamine and amitriptyline. Otherwise, no other major side effects were found in the other two trials.
Reviewers' conclusions: Insufficient data on the effectiveness and safety of any antidepressants therapies in Parkinson's disease are available on which to make recommendations for their use. Further large scale randomised controlled trials are urgently required in this area.

Citalopram & Parkinson's Disease

- **Citalopram treatment of depression in Parkinson's disease: the impact on anxiety, disability, and cognition.**

Authors : Menza M, Marin H, Kaufman K, Mark M, Lauritano M. - Department of Psychiatry, Robert Wood Johnson Medical School, Camden, New Jersey, USA. menza@cmhc.umdnj.edu
Source : J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2004 Summer;16(3):315-9
Summary: Depression in Parkinson's disease (PD) is associated with faster progression of physical symptoms, greater decline in cognitive skills, and greater decline in the ability to care for oneself. The depression in these patients is also frequently comorbid with anxiety. There are no trials that provide data on the impact of depression treatment on anxiety, disability, and cognition in these patients. In this prospective, 8-week, open label trial, 10 patients with PD and major depression, without dementia, were given flexible doses of citalopram. Depression improved significantly and was associated with significant improvements in anxiety symptoms and functional impairment. The drug was well tolerated. This is the first study that provides data suggesting that treating depression in patients with PD may lead to improvements in anxiety and functional capacity. As with all nonrandomized, open-label trials at tertiary research centers, many nonspecific factors may have influenced the results.

Suicide

Suicide & Seasonal differences

- **Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers.**

Authors : Kim CD, Lesage AD, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, Turecki G.
Source : Compr Psychiatry. 2004 Sep-Oct;45(5):333-9
Summary: Suicide is known to vary according to season, with peaks in the spring and troughs in the winter. The presence of psychopathology is a significant predictor of suicidality, and it is possible that the seasonal variation of suicide completion may be related to seasonality in the manifestation of psychiatric disorders common to suicide completers. In the current study, we evaluated 115 French-Canadian male suicide completers from the Greater Montreal Area for DSM-IV psychiatric disorders using proxy-based diagnostic interviews. Subjects were assessed for seasonal differences in the prevalence of DSM-IV psychiatric diagnoses just before their deaths. Diagnoses of major depressive disorder (MDD) without comorbid cluster B personality disorders, and schizophrenia were differently distributed between seasons. Most (63.4%) subjects with MDD committed suicide in the spring/summer (P =.038). However, closer examination revealed that depressed suicides with comorbid cluster B personality disorders did not show seasonality, while 83.3% of depressed suicides without comorbid cluster B personality disorders committed suicide in the spring/summer (P =.019). 87.5% of those suicides with schizophrenia committed suicide in the fall/winter (P =.026), and the only suicide with schizophrenia who died in the spring/summer was also the only one without positive symptomology. Our study is limited to male suicide completers, and results should not be generalized to women. We conclude that seasonal variation in suicide manifests itself differently in patients with different psychopathology. These findings indicate that assessment of suicide risk may need to include consideration of possible seasonal effects, depending on psychopathology.

Attempted Suicide & Personality

- **Personality and attempted suicide in depressed adults 50 years of age and older: A facet level analysis.**

Authors : Useda JD, Duberstein PR, Conner KR, Conwell Y.
Source : Compr Psychiatry. 2004 Sep-Oct;45(5):353-61
Summary: We examined the contribution of personality traits to attempted suicide, the number of suicidal attempts, and suicidal ideation in a sample of depressed inpatients. Personality was assessed via the Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). Bivariate analyses showed that suicide attempters were more self-conscious, self-effacing, impulsive, and vulnerable to stress, and less warm, gregarious, and inclined to experience

positive emotions. Multivariate regression analyses controlling for age, gender, severity of depression, and psychiatric comorbidity showed that patients with a lifetime history of attempted suicide were less inclined to experience positive emotions and be more self-effacing. Patients with more severe suicidal ideation were less warm and more self-effacing. Results indicated that specific
personality traits confer risk for suicidal behaviors in middle age and older adults. Interventions tailored to specific personality profiles in this high-risk group should be developed, and their efficacy examined.

Narcolepsy

Narcolepsy Susceptibility

- **A narcolepsy susceptibility locus maps to a 5 Mb region of chromosome 21q.**

Authors : Dauvilliers Y, Blouin JL, Neidhart E, Carlander B, Eliaou JF, Antonarakis SE, Billiard M, Tafti M. Service de Neurologie B, Hopital Gui-de-Chauliac, Montpellier, France.

Source : Ann Neurol. 2004 Sep;56(3):382-8.

Summary : The genetic basis of human narcolepsy remains poorly understood. Multiplex families with full-blown narcolepsy-cataplexy are rare, whereas families with both narcolepsy-cataplexy and excessive daytime sleepiness without cataplexy are more common. We performed a genomewide linkage analysis in a large French family with four members affected with narcolepsy-cataplexy and 10 others with isolated recurrent naps or lapses into sleep. Only three regions showed logarithm of odds (LOD) scores greater than 1 in two-point linkage analysis (D6S1960, D11S2359, and D21S228). Genotyping additional markers provided support for linkage to 9 markers on chromosome 21 (maximum two-point LOD score, 3.36 at D21S1245). The multipoint linkage analysis using SimWalk2 provided further evidence for linkage to the same region (maximum parametric LOD score, 4.00 at 21GT26K). A single haplotype was shared by all affected individuals and informative crossovers indicated that the elusive gene that confers susceptibility to narcolepsy is likely to be located between markers D21S267 and ABCG1, in a 5.15 Mb region of 21q.

Narcolepsy & Glucose Hypometabolism

- **Glucose hypometabolism of hypothalamus and thalamus in narcolepsy.**

Authors : Joo EY, Tae WS, Kim JH, Kim BT, Hong SB. Department of Neurology, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, 50 Irwon-Dong, Gangnam-Gu, Seoul, Korea.

Source : Ann Neurol. 2004 Sep;56(3):437-40.

Summary : It has been hypothesized that hypothalamus is involved in narcolepsy. The relative difference between cerebral glucose metabolism of 24 narcoleptic patients and 24 normal controls was studied using 18F-fluorodeoxy glucose positron emission tomography. Patients with narcolepsy showed significantly reduced cerebral glucose metabolism in bilateral rectal and subcallosal gyri, the medial convexity of right superior frontal gyrus, bilateral precuneus, right inferior parietal lobule, and in left supramarginal gyrus (uncorrected $p < 0.001$). Bilateral posterior hypothalami and mediodorsal thalamic nuclei showed hypometabolism with significance at the level of corrected $p < 0.05$, with small volume correction. This study showed cerebral glucose hypometabolism of the hypothalamus-thalamus-orbitofrontal pathways in the narcoleptic brain.

Psychotherapy

Psychotherapy & Diabetes Mellitus

- **Integrative treatment of instable diabetes mellitus: education or psychotherapy?**

Authors : Leweke F, Kurth R, Milch W, Brosig B. - Klinik fur Psychosomatik und Psychotherapie der Universitat Giessen. frank.leweke@psycho.med.uni-giessen.de

Source : Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2004 May-Jun;53(5):347-58

Summary: The term "brittle diabetes" describes a subtype of instable type-I diabetes, characterized by high variations of blood sugar without any evident cause and despite careful clinical management. Clear guidelines for a precise definition of the condition are still lacking; this fosters insecurities concerning diagnosis and therapy of the disease. Psychosocial influences, triggering these conditions, were discussed. The patient-doctor-relationship appears to be tensed due to an often missing compliance. Using a paradigmatic case study as background, the specific diagnostic and therapeutic problems in brittle diabetes were presented. Brittle diabetes advocates a close cooperation between internal and psychosomatic medicine units and a combination of patient education and psychotherapy. Seen under a psychosomatic paradigm, brittle diabetes can be detected early and effective treatment may avoid further complications in these young patients.

Psychotherapy & Diabetes Mellitus

- **Integrative treatment of instable diabetes mellitus: education or psychotherapy?**

Authors : Leweke F, Kurth R, Milch W, Brosig B. - Klinik fur Psychosomatik und Psychotherapie der Universitat Giessen. frank.leweke@psycho.med.uni-giessen.de

Source : Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr. 2004 May-Jun;53(5):347-58

Summary: The term "brittle diabetes" describes a subtype of instable type-I diabetes, characterized by high variations of blood sugar without any evident cause and despite careful clinical management. Clear guidelines for a precise definition of the condition are still lacking; this fosters insecurities concerning diagnosis and therapy of the disease. Psychosocial influences, triggering these conditions, were discussed. The patient-doctor-relationship appears to be tensed due to an often missing compliance. Using a paradigmatic case study as background, the specific diagnostic and therapeutic problems in brittle diabetes were presented. Brittle diabetes advocates a close cooperation between internal and psychosomatic medicine units and a combination of patient education and psychotherapy.

Seen under a psychosomatic paradigm, brittle diabetes can be detected early and effective treatment may avoid further complications in these young patients.

Borderline Personality Disorder & Psychotherapy

- **Strategies for Securing Commitment to Treatment from Individuals Diagnosed with Borderline Personality Disorder**

Authors : Denise D. Ben-Porath - Assistant Professor of Psychology, John Carroll University, 20700 North Park Blvd., University Heights, OH 44118; dbenporath@jcu.edu

Source : Journal of Contemporary Psychotherapy 34 (3): 247-263, Fall 2004

Summary: Individuals diagnosed with borderline personality disorder (BPD) are notoriously difficult to engage in treatment. The purpose of this paper is to highlight therapeutic strategies that are likely to facilitate early alliance in therapy with individuals diagnosed with BPD. The seven strategies include, collaborative assessment, the use of contracts, motivational interviewing, linking treatment targets to client goals, commitment strategies, validation, and the use of metaphors. Clinical vignettes are presented to elucidate the concepts described and demonstrate their use in clinical practice.

Keywords : premature termination, borderline personality disorder, psychotherapy, engagement.

BPD & Psychotherapy

- **Avoiding Patient Distortions in Psychotherapy with Borderline Personality Disorder Patients**

Authors : David M. Allen - Department of Psychiatry, University of Tennessee Health Science Center, 135 N. Pauline, Sixth Floor, Memphis, Tennessee; DMAllen@utmem.edu and Stephanie Whitson - Department of Psychiatry, University of Tennessee Health Science Center, 135 N. Pauline, Sixth Floor, Memphis, Tennessee

Source : Journal of Contemporary Psychotherapy 34 (3): 211-229, Fall 2004

Summary: Patients with borderline personality disorder (BPD) have a reputation among psychotherapists for distorted thinking and misleading reports about their interpersonal relationships. This article discusses the difficulty in ascertaining whether seeming distortions are caused by true cognitive deficiencies or are instead caused by purposeful or subconscious manipulation of relationships. The tendency of BPD patients to use an impressionistic cognitive style that leaves out important details and leads to seemingly distorted reports may be related to the phenomenon of family invalidation. Empirical research into BPD distortions is reviewed. The article then describes techniques useful in psychotherapy for obtaining more factual and objective accounts of current relationship episodes. Transcripts from a therapy session are used to illustrate the techniques.

Keywords : borderline personality disorder, psychotherapy, cognitive distortion, Unified Therapy.

S.L.E

Neuropsychiatric Damage & SLE

- **Predictors of neuropsychiatric damage in systemic lupus erythematosus: data from the Maryland lupus cohort.**

Authors : Mikdashi J, Handwerger B. - University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, USA.

Source : Rheumatology (Oxford). 2004 Sep 1

Summary: Objective. To identify factors predictive of significant neuropsychiatric (NP) damage in systemic lupus erythematosus (SLE). Methods. One hundred and thirty patients with SLE were followed at the University of Maryland Lupus Clinic from 1992 until 2003. NP manifestations were defined according to the revised American College of Rheumatology (ACR) nomenclature and case definitions for NP-SLE syndromes. Disease activity was measured using the SLE Disease Activity Index (SLEDAI), organ damage using the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Damage Index SLICC/ACR (SDI); NP damage (NPDI) was measured with the corresponding domain of the SDI. At end of study period, 64 patients exhibited no NP damage (NPDI = 0) and 66 patients developed significant NP damage (defined as NPDI >/=1). The baseline features for these two patient groups were compared, and variables found to be significantly different were examined by multivariable analyses to determine their contribution to NP damage. Results. Significant NP damage is common in SLE; mortality is infrequent and the cause of death is unrelated to NP damage. Independent predictors of significant NP damage were disease activity, Caucasian ethnicity and the presence of antiphospholipid antibodies and anti-Ro/SSA antibody. Certain clinical features at baseline predicted specific NP damage. For example, higher disease activity at baseline was predictive of psychosis and cognitive impairment, anti-dsDNA was predictive of polyneuropathy, and antiphospholipid antibodies were predictive of seizures and cerebrovascular accidents. Conclusions. In this longitudinal SLE cohort, significant cumulative NP damage occurred. Early aggressive therapy targeted towards NP manifestations may prevent the occurrence of NP damage.

Nocturnal Enuresis (NE)

NE & Complex Behavioural

- **Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children**

Authors : Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 26 November 2003. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.

Background: Nocturnal enuresis (bedwetting) is a socially disruptive and stressful condition which affects around 15-20% of five year olds, and up to 2% of young adults. Objectives: To assess the effects of complex behavioural and educational interventions on nocturnal enuresis in children, and to compare them with other interventions.

Search strategy: We searched the Cochrane Incontinence Group trials register (December 2002) and the reference lists of relevant articles. Date of the most recent searches: December 2002.

Selection criteria: All randomised or quasi-randomised trials of complex behavioural or educational interventions for nocturnal enuresis in children were included, except those focused solely on daytime wetting. Comparison interventions included no treatment, simple and physical behavioural methods, alarms, desmopressin, tricyclics, and miscellaneous other interventions.
Data collection and analysis: Two reviewers independently assessed the quality of the eligible trials, and extracted data.
Main results: Sixteen trials involving 1081 children were identified which included a complex or educational intervention for nocturnal enuresis. The trials were mostly small and some had methodological problems including the use of a quasi-randomised method of concealment of allocation in three trials and baseline differences between the groups in another three. A complex intervention (such as dry bed training (DBT) or full spectrum home training (FSHT)) including an alarm was better than no-treatment control groups (eg RR for failure or relapse after stopping DBT 0.25; 95% CI 0.16 to 0.39) but there was not enough evidence about the effects of complex interventions alone if an alarm was not used. A complex intervention on its own was not as good as an alarm on its own or the intervention supplemented by an alarm (eg RR for failure or relapse after DBT alone versus DBT plus alarm 2.81; 95% CI 1.80 to 4.38). On the other hand, a complex intervention supplemented by a bed alarm might reduce the relapse rate compared with the alarm on its own (eg RR for failure or relapse after DBT plus alarm versus alarm alone 0.5; 95% CI 0.31 to 0.80). There was not enough evidence to judge whether providing educational information about enuresis was effective, irrespective of method of delivery. There was some evidence that direct contact between families and therapists enhanced the effect of a complex intervention, and that increased contact and support enhanced a package of simple behavioural interventions, but these were addressed only in single trials and the results would need to be confirmed by further randomised controlled trials, in particular the effect on use of resources.
Reviewers' conclusions: Although DBT and FSHT were better than no treatment when used in combination with an alarm,
there was insufficient evidence to support their use without an alarm. An alarm on its own was also better than DBT on its own, but there was some evidence that combining an alarm with DBT was better than an alarm on its own, suggesting that DBT may augment the effect of an alarm. There was also some evidence that direct contact with a therapist might enhance the effects of an intervention.

Tardive Dyskinesia (TD)

TD & Neuroleptic

▪ Neuroleptic reduction and/or cessation and neuroleptics as specific treatments for tardive dyskinesia

Authors : McGrath JJ, Soares-Weiser KVS
Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 25 February 1998. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.
Background: Since the 1950s neuroleptic medication has been extensively used to treat people with chronic mental illnesses, such as schizophrenia. These drugs, however, have been also associated with a wide range of adverse effects, including movement disorders such as tardive dyskinesia (TD). Various strategies have been examined to reduce a person's cumulative exposure to neuroleptics. These studies include dose reduction, intermittent dosing strategies, such as drug holidays, and neuroleptic cessation.
Objectives: To determine whether, for those people with both schizophrenia (or other chronic mental illnesses) and tardive dyskinesia (TD), a reduction or cessation of neuroleptic drugs was associated with reduction in TD symptoms. A secondary objective was to determine whether the use of specific neuroleptics for similar groups of people could be a treatment for already established TD.
Search strategy: Electronic searches of Biological Abstracts (1982-1997), Cochrane Schizophrenia Group's Register of trials (1997), EMBASE (1980-1997), LILACS (1982-1996), MEDLINE (1966-1997), PsycLIT (1974-1997), and SCISEARCH (1997) were undertaken. References of all identified studies were searched for further trial citations.
Principal authors of trials were contacted.
Selection criteria: Reports were included if they assessed the treatment of neuroleptic-induced tardive dyskinesia in people with schizophrenia or other chronic mental illnesses and already established TD, who had been randomly allocated to (a) neuroleptic cessation (placebo or no intervention) versus neuroleptic maintenance; b. neuroleptic reduction (including intermittent strategies) versus neuroleptic maintenance; or c. specific neuroleptics for the treatment of TD versus placebo or no intervention.
Data collection and analysis: The reviewers extracted the data independently and the Odds Ratio (95% CI) or the average difference (95% CI) were estimated. The reviewers assumed that people who dropped out had no improvement.
Main results: Two trials were able to be included in this review. Sixty two were excluded and 16 are awaiting assessment. Seven trials are still pending classification. No randomised controlled trial-derived data were available to clarify the role of neuroleptics as treatments for TD. This includes the atypical antipsychotics including clozapine. Despite neuroleptic cessation being a frequently first-line recommendation, there were no RCT-derived data to support this. Two studies (Cookson 1987, Kane 1983) found a reduction in TD associated with neuroleptic reduction.
Reviewers' conclusions: The lack of evidence to support the efficacy of neuroleptic cessation as a treatment for TD, combined with the accumulating evidence of an increased risk of relapse should antipsychotic drugs be reduced, makes this intervention a hazardous treatment for TD. Dose reduction may offer some benefit as a treatment for TD compared to standard levels of neuroleptic use. There is a need to evaluate the utility of clozapine and the 'atypical' antipsychotics as treatments for established TD.

TD & Benzodiazepines

▪ Benzodiazepines for neuroleptic-induced tardive dyskinesia

Authors : Walker P, Soares KVS
Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
Summary: A substantive amendment to this systematic review.

was last made on 06 February 2003. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.
Background: Tardive dyskinesia (TD) is a potentially disfiguring movement disorder of the orofacial region often caused by the use of neuroleptic drugs. A wide range of strategies have been used to help manage tardive dyskinesia and, for those who are unable to have their antipsychotic medication stopped or substantially changed, the benzodiazepine group of drugs has been suggested as a useful adjunctive treatment.
Objectives: To determine the effects of benzodiazepines for people with neuroleptic-induced tardive dyskinesia and schizophrenia or other chronic mental illnesses.
Search strategy: Electronic searches of Biological Abstracts (1982-2002), the Cochrane Schizophrenia Group's Register of trials (February 2002), EMBASE (1980-2002), LILACS (1982-2002), MEDLINE (1966-2002), PsycLIT (1974-2002), SCISEARCH (2002), hand searching the references of all identified studies and contacting the first author of each included trial.
Selection criteria: All randomised clinical studies focusing on people with both schizophrenia or other chronic mental illnesses and neuroleptic-induced tardive dyskinesia and comparing benzodiazepines with placebo or no intervention.
Data collection and analysis: Studies were reliably selected, quality assessed and data extracted. Data were excluded where more than 50% of participants in any group were lost to follow up. For binary outcomes a fixed effects risk ratio (RR) and its 95% confidence interval (CI) was calculated. Where possible, the weighted number needed to treat/harm statistic (NNT/H), and its 95% confidence interval (CI), was also calculated. For continuous outcomes, endpoint data were preferred to change data. Non-skewed data from valid scales were synthesised using a weighted mean difference (WMD). If statistical heterogeneity was found by Mantel-Haenszel chi-square test, random effects models were used.
Main results: Two small trials (total n=32) were included. Using benzodiazepines as adjunctive treatment did not result in any clear changes for a series of tardive dyskinesia medium term outcomes (RR not improved to a clinically important extent 1.08 CI 0.57 to 2.05, n=30, 2 RCTs; RR not improved at all 1.19 CI 0.3 to 5.3, n=30, 2 RCTs; RR deterioration 1.85 CI 0.3 to 10.1, n=30, 2 RCTs). Adverse effects were not reported.
Reviewers' conclusions: The 2002 update has added almost no extra data. This is clearly not an area of active research. Benzodiazepines may have something to contribute to the care of people with tardive dyskinesia but the use of this group of compounds should be considered experimental. Large definitive studies are indicated.

Chronic Fatigue Syndrome (CFS)

CFS & Exercise Therapy

- **Exercise therapy for chronic fatigue syndrome**

Authors : Edmonds M, McGuire H, Price J
Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 08 May 2004. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary. Background: Chronic fatigue syndrome (CFS) is an illness characterised by persistent medically unexplained fatigue. CFS is a serious health-care problem with a prevalence of up to 3%. Treatment strategies for CFS include psychological, physical and pharmacological interventions.
Objectives: To investigate the relative effectiveness of exercise therapy and control treatments for CFS.
Search strategy: CCDANCTR-Studies and CENTRAL were searched using "Chronic Fatigue" and Exercise. The Journal of Chronic Fatigue Syndrome and CFS conferences were handsearched. Experts in the field were contacted. Clinicaltrials.gov and controlled-trials.com were searched.
Selection criteria: Only Randomised Controlled Trials (RCT) including participants with a clinical diagnosis of CFS and of any age were included.
Data collection and analysis: The full articles of studies identified were inspected by two reviewers (ME and HMG). Continuous measures of outcome were combined using standardised mean differences. An overall effect size was calculated for each outcome with 95% confidence intervals. One sensitivity analysis was undertaken to test the robustness of the results.
Main results: Nine studies were identified for possible inclusion in this review, and five of those studies were included. At 12 weeks, those receiving exercise therapy were less fatigued than the control participants (SMD -0.77, 95% CIs -1.26 to -0.28). Physical functioning was significantly improved with exercise therapy group (SMD -0.64, CIs -0.96 to -0.33) but there were more dropouts with exercise therapy (RR 1.73, CIs 0.92 to 3.24). Depression was non-significantly improved in the exercise therapy group compared to the control group at 12 weeks (WMD -0.58, 95% CIs -2.08 to 0.92). Participants receiving exercise therapy were less fatigued than those receiving the antidepressant fluoxetine at 12 weeks (WMD -1.24, 95% CIs -5.31 to 2.83). Participants receiving the combination of the two interventions, exercise + fluoxetine, were less fatigued than those receiving exercise therapy alone at 12 weeks, although again the difference did not reach significance (WMD 3.74, 95% CIs -2.16 to 9.64).When exercise therapy was combined with patient education, those receiving the combination were less fatigued than those receiving exercise therapy alone at 12 weeks (WMD 0.70, 95% CIs -1.48 to 2.88).
Reviewers' conclusions: There is encouraging evidence that some patients may benefit from exercise therapy and no evidence that exercise therapy may worsen outcomes on average. However the treatment may be less acceptable to patients than other management approaches, such as rest or pacing. Patients with CFS who are similar to those in these trials should be offered exercise therapy, and their progress monitored Further high quality randomised studies are needed.

Conduct Disorder & Delinquency (CDD)

Family, Conduct Disorder & Delinquency Aged

- **Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17**

Authors : Woolfenden SR, Williams K, Peat J
Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 28 February 2001. Cochrane reviews are

regularly checked and updated if necessary.
Background: Conduct disorder and delinquency are significant problems for children and adolescents and their families, with the potential to consume much of the resources of the health, social care and juvenile justice systems. A number of family and parenting interventions have been recommended and are used for these conditions. The aim of this review was to determine if these interventions are effective in the management of conduct disorder and delinquency in children and adolescents, aged 10-17. Objectives: To determine if family and parenting interventions improve the child/adolescent's behaviour; parenting and parental mental health; family functioning and relations; and have an effect on the long term psychosocial outcomes for the child/adolescent.
Search strategy: Randomised controlled trials were identified through searching the Cochrane Controlled Trial Register (CCTR), databases (MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, Sociofile, ERIC, Healthstar), reference lists of articles and contact with authors.
Selection criteria: Randomised controlled trials with a major focus on parenting and/or family functioning were eligible for inclusion in the review. Trials needed to include at least one objective outcome measure (e.g. arrest rates) or have used a measure that had been published in peer review publications and validated for the relevant purpose. Studies were required to have a control group, which could be a no intervention group, a wait list group or a usual intervention group (e.g. probation).Trials in children and adolescents aged 10 to 17 years with conduct disorder and/or delinquency and their families were considered. Conduct disorder was defined by a standardised psychological assessment (for example, using a child behaviour checklist), or a psychiatric diagnosis. Delinquency was defined by a referral from a juvenile justice or another legal system for a child/adolescent who has committed a serious crime e.g assault and/or offended on at least two occasions.
Data collection and analysis: Two reviewers independently reviewed all eligible studies for inclusion, assessed study quality (allocation concealment, blinding, follow up, clinically important outcomes) and extracted data. Heterogeneity was assessed using the Chi squared test of heterogeneity along with visual inspection of the data. A significance level less than 0.1 was interpreted as evidence of statistically significant heterogeneity. For data where heterogeneity was found the reviewers looked for an explanation. If studies with heterogeneous results were thought to be comparable the statistical synthesis of the results was done using a random effects model. This model takes into account within-study sampling error and between-studies variation in the assessment of uncertainty and will give wider confidence intervals to the effect size and hence a more conservative result.Sensitivity analysis was performed to explore the effects of the varying quality of the studies included on the results.
Main results: Of the nine hundred and seventy titles initiallyidentified through the search strategy, eight trials met the inclusion criteria. A total of 749 children and their families were randomised to receive a family and parenting intervention or to be in a control group. In seven of these studies the participants were juvenile delinquents and their families and in only one the participants were children/adolescents with conduct disorder who had not yet had contact with the juvenile justice system.At follow up, family and parenting interventions significantly reduced the time spent by juvenile delinquents in institutions (WMD 51.34 days, 95%CI 72.52 to 30.16). There was also a significant reduction in the risk of a juvenile delinquent being re arrested (RR 0.66, 95%CI 0.44 to 0.98) and in their rate of subsequent arrests at 1-3 years (SMD -0.56, 95% CI -1.100 to -0.03). For both of these outcomes there was substantial heterogeneity in the results suggesting a need for caution in interpretation. At present there is insufficient evidence that family and parenting interventions reduce the risk of being incarcerated (RR=0.50, 95% CI 0.20 to 1.21). No significant difference was found for psychosocial outcomes such as family functioning, and child/adolescent behaviour.
Reviewers' conclusions: The evidence suggests that family and parenting interventions for juvenile delinquents and their families have beneficial effects on reducing time spent in institutions. This has an obvious benefit to the participant and their family and may result in a cost saving for society. These interventions may also reduce rates of subsequent arrest but at present these results need to be interpreted with caution due to the heterogeneity of the results.

Dysthimia

Dysthimia & Pharmacotherapy

▪ Pharmacotherapy for dysthymia

Authors : Lima MS, Hotopf M

Source : The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Summary: A substantive amendment to this systematic review was last made on 27 April 2003. Cochrane reviews are regularly checked and updated if necessary.
Background: Many drug treatments have been proposed for the treatment of dysthymia, but with so many potential comparisons it is not possible at the present time to determine which is the treatment of choice. There is a need to know whether the different classes of antidepressants have similar efficacy. In addition, the tolerability of treatments may be even more important, since dysthymia is a chronic condition characterised by less severe symptoms than major depression. Objectives: To conduct a systematic review of all randomised controlled trials comparing two or more active drug treatments for dysthymia.
Search strategy: Electronic searches of Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE, PsycLIT and LILACS, Biological Abstracts; reference searching; personal communication; unpublished trials from pharmaceutical industry.
Selection criteria: Only randomised and quasi-randomised controlled trials were included. Trials had to compare at least two active drug treatments in the treatment of dysthymia. Exclusion criteria were: non-randomised studies, studies which included patients with mixed major depression/dysthymia and studies on depression/dysthymia secondary to other disorders (e.g. substance abuse).
Data collection and analysis: The reviewers extracted the data independently and odds ratios, weighted mean difference and number needed to treat were estimated. The reviewers assumed that people who died or dropped out had no improvement and tested the sensitivity of the final results to this assumption. Main results: A total of 14 trials were eligible for inclusion in the review. All studied drugs promoted similar clinical responses, although with different side effect profiles. The evidence for TCAs and SSRIs was the most robust, considering the number of trials and participants. Reviewers'

conclusions: The conclusion is that the choice of drug must be made based on consideration of drug-specific side effect properties.

Somatoform Disorders (SD)

SD & Pharmacotherapy

- **Pharmacotherapy of somatoform disorders.**

Authors : Fallon BA. Department of Psychiatry, Division of Therapeutics, Somatic Disorders Program, New York State Psychiatric Institute, Columbia University, 1051 Riverside Drive, Unit 69, New York, NY 10032, USA. bafl@columbia.edu

Source : J Psychosom Res. 2004 Apr;56(4):455-60.

Summary : OBJECTIVE: This paper reviews the published literature on the pharmacologic management of somatoform disorders. METHODS: Using Medline, the author identified all articles published between 1970 and 2003 on this topic, selecting the best-designed studies for inclusion. RESULTS: The review reveals that patients with the obsessional cluster of somatoform disorders (hypochondriasis and body dysmorphic disorder [BDD]) respond well to serotonin reuptake inhibitors (SRIs). Less is known about the pharmacologic responsiveness of patients with the primarily somatic cluster of somatoform disorders (somatization, pain), a patient group that is common in the health provider's office. CONCLUSIONS: Improvements in the design of future clinical trials are needed. A particular focus needs to be applied to study the neglected area of the pharmacologic treatment of syndromal and subsyndromal somatization and pain disorders. Copyright 2004 Elsevier Inc.

Electro Convulsive Therapy (ECT)

ECT & Value of Diagnostic

- **Value of diagnostic imaging in evaluation of electroconvulsive therapy [Article in German]**

Authors : Frodl T, Meisenzahl EM, Moller HJ. Psychiatrische Klinik, Ludwigs-Maximilians-Universitat, Munchen, Germany

Source : Nervenarzt. 2004 Mar;75(3):227-33.

Summary : Magnetic resonance imaging (MRI), positron emission tomography (PET), and single photon emission computed tomography (SPECT) may be able to investigate the clinical efficacy and underlying neuronal processes of electroconvulsive therapy (ECT). The following review focuses on neuroimaging in ECT. Neuroimaging findings support that ECT does not result in significant macroscopic structural changes. However, in patients with subtle structural changes such as subcortical lesions and dilatation of lateral ventricles before ECT, the possibilities of poor therapeutic outcome, increased incidence of delirium, and longer-lasting cognitive deficits should be considered. Functional studies show reduced blood flow and glucose metabolism during the first days after ECT. Afterwards, their normalization can be observed, which seems to correlate to clinical improvement. The importance of this suppression effect needs to be further elucidated. Future studies of receptor systems and longitudinal studies will open new perspectives in future imaging research.

Huntington Chorea (HC)

HC & Neuropsychiatric Aspects

- **Neuropsychiatric aspects of Huntington chorea. Presentation of 2 cases and review of the literature [Article in German].**

Authors : Tost H, Schmitt A, Brassen S, Wendt CS, Braus DF. NMR-Forschung am Zentralinstitut fur Seelische Gesundheit Mannheim, Universitat Heidelberg.

Source : Nervenarzt. 2004 Mar;75(3):258-66.

Summary : Huntington's disease (HD) is an autosomal, dominant, inherited disorder of the central nervous system with characteristic neurodegenerative alterations in the basal ganglia and cortex. Dependent on the individual CAG expansion load, disease onset occurs between the third or fourth decade of life, entailing an invariably lethal progression within 10 to 20 years. Although the clinical picture is characterized equally by cognitive and psychiatric disturbances, the apparent neurodegenerative alterations and presentation as a choreatic movement disorder account for the traditional link of Huntington's disease to the field of neurology. In contrast to the traditionally emphasized core features of chorea and dementia, recent empirical evidence points to the frequent emergence of nonchoreatic motor signs and subtle cognitive and psychiatric complaints, especially in asymptomatic gene carriers and early disease stages. The case studies presented here emphasize the spectrum of neuropsychiatric phenomena associated with HD and illustrate the resulting difficulties of differential diagnosis in clinical settings. Furthermore, current scientific knowledge of HD pleiotrophy is reviewed and the diagnostic power of specific neuropsychological approaches is explained.

علـــم النفـــس الفيزيولوجـــي

أ.د. أحمـــد عكاشـــة

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Okasha.B2.htm

سيكولوجيـــة السياســـة العربيـــة – العـرب و المستقبليـات

أ.د. محمـد أحمـد النابلسـي

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Nab.B1.htm

المعجـــم الإلكترونـــي للعلـــوم النفسيـــة العربيـــة

مصطلحـــات عربيـــة : عربي – إنكليزي – فرنسي

الدكتـور جمـال التركـي الطـب النفسـي – تونـس

بـريـــد إلكترونـــي: turky.jamel@gnet.tn

ء ا

إستقراء - إستلاب
إستمناء - إسقاط
إشراط - إضطراب

إستقراء (حث، استنتاج، استدلال)	**induction**	**induction**
إستقراء إدراكي	perceptual induction	induction perceptuelle
إستقراء الأفكار	ideas induction	induction des idées
إستقراء الهلع	panic induction	induction de panique
إستقراء تام	complete induction	induction complète
إستقراء ذاتي	self induction	auto-induction
إستقراء قشري	cortical induction	induction corticale
إستقراء موسّع	amplifiant induction	induction amplifiante
إستلاب	**spoliation, despoliation, estrangement, alienation**	**spoliation, altération, étrangement, aliénation**
إستلاب الإرادة	aboulia	aboulie
إستلاب الذّات	self spoliation	auto-spoliation
إستلاب الشّخصية	depersonalization	dépersonnalisation
إستلاب الواقع	disrealization	déréalisation
إستلاب عقلي	mental alienation	aliénation mentale
إستلاب نفسي	psycho-spoliation	psycho-spoliation
إستلاب هوسي	maniacal alienation	aliénation maniaque
إستمناء	**masturbation, onanism**	**masturbation, onanisme**
إستمناء إستيهامي	phantasm masturbation	masturbation fantasme
إستمناء استحواذي	compulsive masturbation	masturbation compulsive
إستمناء الأطفال	infantile masturbation	masturbation infantile
إستمناء باليد	hand masturbation, mentulomania	masturbation à la main, mentulomanie
إستمناء رمزي	symbolic masturbation	masturbation symbolique
إستمناء عصابي	neurotic masturbation	masturbation névrotique
إستمناء قسري، إستمناء قهري	compulsive onanism, compulsive masturbation	onanisme compulsif, masturbation compulsive
إستمناء كاذب	pseudo-masturbation	pseudo masturbation
إستمناء متبادل	mutual masturbation	masturbation mutuelle
إستمناء مخفي	hidden masturbation	masturbation cachée
إستمناء موجّه	directed masturbation	masturbation dirigée
إستمناء نفسي	psychic masturbation	masturbation psychique
إسقاط	**projection, extrajection**	**projection, extrajection**
إسقاط إضطهادي	persecutive projection	projection persécutrice
إسقاط الرّغبة	desire projection	projection du désir
إسقاط العواطف	affects projection	projection des affects
إسقاط القلق	anguish project	projection d'angoisse
إسقاط اللّعب	play projection	projection de jeu
إسقاط المشاعر	feeling projection	projection des sentiments
إسقاط الميول	tendency projection	projection des tendances
إسقاط الهوامات	phantasm projection	projection des fantasmes
إسقاط الوجدان	affection projection	projection des affects
إسقاط جنسي	sexual projection	projection sexuelle
إسقاط ذاتي	egomorphism	egomorphisme
إسقاط رمزي	symbolic projection	projection symbolique
إسقاط شاذ	eccentric projection	projection excentrique
إسقاط علاجي	therapeutic projection	projection thérapeutique
إسقاط لا شخصي	impersonal projection	projection impersonnelle
إسقاط لا واعي	unconscious projection	projection inconsciente
إسقاط مفكّك	dismantled projection	projection morcelante
إسقاط هوامي	fantasmatic projection	projection fantasmatique
إشراط، إشتراط	**conditioning**	**conditionnement**
إشراط إجتماعي	social conditioning	conditionnement social
إشتراط آلي	instrumental conditioning	conditionnement instrumental
إشتراط إيجابي	conditioning positive	conditionnement positif
إشراط إجرائي	operative	conditionnement

condition simultanée	simultaneous conditioning	إشراط متزامن
conditionnement croisé	cross conditioning	إشراط متصالب
préconditionnement	preconditioning	إشراط مسبّق
conditionnement autonome	autonomic conditioning	إشراط مستقلّ ذاتي
contre conditionnement	counter conditioning	إشراط مضاد
conditionnement cognitif	cognitive conditioning	إشراط معرفي
condition décortiquée	decorticate conditioning	إشراط مقشور
conditionnement aversif	aversion conditioning	إشراط منفّر
conditionnement psychique	psychic conditioning	إشراط نفسي
conditionnement instrumental	instrumental conditioning	إشراط وسيلي
trouble, déséquilibre, perturbation	**turbid, muddy, trouble, disorder, disturbance**	**إضطراب**
trouble social	social disorder	إضطراب إجتماعي
trouble réactionnel	reaction disorder	إضطراب إرتكاسي
désordre agressif	aggressive disorder	إضطراب إعتدائي
trouble dépressif	depressed disorder	إضطراب إكتئابي
trouble végétatif	vegetative disorder	إضطراب إنباتي
trouble expansive	expansive disorder	إضطراب إنتشائي
trouble d'involution	involution disorder	إضطراب إنتكاسي
trouble impulsive	impulsive disorder	إضطراب إندفاعي
trouble toxique	toxic disorder	إضطراب إنسمامي
trouble explosif	explosive trouble	إضطراب إنفجاري
trouble affectif, trouble émotionnelle	affective disorder, emotional disorder	إضطراب إنفعالي
trouble métabolique	metabolic disorder	إضطراب أيضي
trouble obsessionnel	disorder obsessive	إضطراب استحواذي
trouble de la communication	communication disorder	إضطراب الإتّصال
trouble de l'excitation	excitation disorder	إضطراب الإثارة
trouble de perception	perception disorder	إضطراب الإدراك
trouble addictif	addictive disorder	اضطراب الإدمان
parabulie	parabulia	إضطراب الإرادة
trouble de l'anticipation	anticipation disorder	اضطراب الإستباق
trouble de l'excitation sexuelle	sexual excitation disorder	اضطراب الإستثارة الجنسية
trouble de l'éjaculation	ejaculation disorder	إضطراب الإمناء
trouble de l'attention	attention disorder	إضطراب الإنتباه
trouble de l'érection	erection disorder	إضطراب الإنتصاب
trouble de la	generality	اضطراب الإنتماء الجنسي

opératoire	conditioning	
conditionnement instrumental	instrumental conditioning	إشراط أداتي
conditionnement réflexe	reflex conditioning	إشراط إنعكاسي
conditionnement d'abstinence	abstinence conditioning	إشراط الإمتناع
conditionnement d'évitement	avoidance conditioning	إشراط التّجنّب
conditionnement différentiel	differential conditioning	إشراط الفارق
conditionnement sémantique	semantic conditioning	إشراط الكلمات
conditionnement aversif	aversive conditioning	إشراط النّفور
conditionnement pavlovien	pavlovian conditioning	إشراط بافلوفي
conditionnement contigu	contiguous conditioning	إشراط بالتّجاور
conditionnement d'évitement	avoid conditioning	إشراط تجنّبي
conditionnement approximatif	approximation conditioning	إشراط تقريبي
conditionnement classique	classical conditioning	إشراط تقليدي
conditionnement sensitif	sensory conditioning	إشراط حسّي
conditionnement sensoriel	sensory conditioning	إشراط حواسّي
condition sémantique	semantic conditioning	إشراط دلالي
conditionnement rétrograde	backward conditioning	إشراط رجعي
conditionnement négatif	negative conditioning	إشراط سلبي
conditionnement inversé	inverted conditioning	إشراط عكسي
condition différentielle	differential conditioning	إشراط فارق
conditionnement opérant	operating conditioning	إشراط فاعل
pseudoconditionnement	pseudoconditioning	إشراط كاذب
conditionnement suffisant	sufficient conditioning	إشراط كافي
conditionnement verbal	verbal conditioning	إشراط لفظي
conditionnement direct	direct conditioning	إشراط مباشر
conditionnement précoce	precocious conditioning	إشراط مبكّر

hystéropie	hysteropia	إضطراب الرّؤية الهستيريائي
trouble du désir	desire trouble	إضطراب الرّغبة
trouble caractérielle	behaviour disorder,	إضطراب الطبع
trouble du comportement	disturbance behaviour	إضطراب السّلوك
trouble du cours de la pensée	thinking context disorder	إضطراب السّياق الفكري
trouble de la personnalité	personality disorder	إضطراب الشّخصيّة
trouble de la conscience	consciousness disorder	إضطراب الشّعور
trouble du caractère	character disorder	إضطراب الطّباع
trouble de l'habitude	habit disturbance	إضطراب العادة
trouble de l'affectivité	affectivity disorder	إضطراب العاطفة
trouble de la pensée	thought disorder	إضطراب الفكر
trouble de la compréhension	comprehension trouble	إضطراب الفهم
trouble de l'éjaculation	ejaculation disorder	إضطراب القذف
trouble anxieux	anxiety disorder	إضطراب القلق
néographisme	neographism	إضطراب الكتابة المستحدث
trouble de la parole	speech disorder	إضطراب الكلام
trouble du langage	language disorder	إضطراب اللّغة
trouble de jugement	judgement disorder	إضطراب المحاكمة
trouble de l'humeur, trouble thymique, dysphorie	humour disorder, mood disorder, dysphoria	إضطراب المزاج
trouble cyclothymique	cyclothymic disorder	إضطراب المزاج الدوري
trouble oppositionnel	oppositional disorder	اضطراب المعارضة
trouble amnésique	amnesic disorder	إضطراب النّساوة
trouble du rythme	rhythm disorder	إضطراب النّظم
trouble du développement	development trouble	إضطراب النّمو
dyssomnie	dyssomnia	إضطراب النّوم
trouble panique	panic trouble	إضطراب الهلع
trouble de l'identité	identity disorder	إضطراب الهويّة
trouble de l'identité sexuelle	sexual identity disorder	إضطراب الهويّة الجنسيّة
trouble de la réalité	reality disorder	إضطراب الواقع
trouble de l'affectivité	affectivity disorder	إضطراب الوجدان
kakergasie, cacergasie, dysfonction	kakergasia, cacergasia, dysfunction	إضطراب الوظيفة
trouble de la conscience	conscious disorder	إضطراب الوعي
trouble de généralité	self conscious disorder	إضطراب الوعي بالذات
trouble de l'impulsion	impulse disorder	إضطراب الإندفاع
trouble de l'orgasme	orgasm disorder	إضطراب الإنعاظ
trouble de stress	stress disorder	إضطراب الإنعصاب
trouble de la synergie	synergy disorder	إضطراب التّآزر
trouble ataxique	ataxic disorder	إضطراب التّآزر الحركي
trouble de conversion	conversion disorder	إضطراب التّحويل
trouble des associations	association disorder	إضطراب التّداعي
trouble de la concentration	concentration trouble	إضطراب التّركيز
trouble du conduit	conduct disorder	إضطراب التّصرّف
trouble de l'imagination	imagination disorder	إضطراب التّصوّر
trouble de l'expression	expression disorder	إضطراب التّعبير
trouble de la reconnaissance	recognition trouble	إضطراب التّعرّف
trouble d'attachement	attachment disorder	إضطراب التّعلّق
trouble de l'idéation	ideation disorder	إضطراب التّفاكر
trouble de la pensée, thymergasie	thinking disorder, thymergasia	إضطراب التّفكير
trouble de l'adaptation	adaptation disorder	إضطراب التّكيّف
trouble de l'articulation verbale	verbal articulation trouble	إضطراب التلفّظ الشّفاهي
trouble de la spontanéité	spontaneity disorder	إضطراب التّلقائية
trouble factice	factitious disorder	إضطراب التّمارض
trouble de l'identification	identification disorder	اضطراب التماهي
trouble d'imitation	imitation disorder	إضطراب التّمثّلات
trouble de la coordination	coordination disorder	إضطراب التّناسق
trouble d'équilibration	equilibration disorder	إضطراب التّوازن
planotopokinésie	planotopokinesia	إضطراب التّوجّه المكاني
trouble du coït	coitus disorder	إضطراب الجماع
trouble de la sexualité	sexuality disorder	إضطراب الجنسيّة
trouble de jugement	judgement disorder	إضطراب الحاكميّة
parakinésie	parakinesia	إضطراب الحركة
trouble sensitif	sensitivity disturbance	إضطراب الحساسية
kakesthésie	kakesthesia	إضطراب الحسّ
trouble sensoriel	sensory disorder	إضطراب الحواس
trouble du caractère	character disorder	إضطراب الخلق
trouble des impulsions	impulse disorder	إضطراب الدّوافع
trouble mnésique	memory disorder	إضطراب الذّاكرة
trouble de l'intelligence	intelligence trouble	إضطراب الذّكاء

conscience du soi	disorder	
trouble de la vigilance	vigilance's disorder	إضطراب اليقظة
trouble de Briquet	Briquet's disorder	إضطراب بريكيت
trouble infra clinique	infraclinical trouble	إضطراب تحت سريري
trouble subliminaire	subliminal disorder	اضطراب تحتعتبي
désordre de conversion	conversion disorder	إضطراب تحوّلي
trouble convulsif	convulsive disorder	إضطراب تخلّجي
trouble conceptuel	conceptual disturbances	إضطراب تصوّري
trouble réactionnel	reactional trouble	إضطراب تفاعلي
trouble dissociatif	dissociative disorder	إضطراب تفكّكي
trouble dégénératif	degenerative disorder	إضطراب تنكّسي
trouble secondaire	secondary trouble	إضطراب ثانوي
trouble bipolaire	bipolar disorder	إضطراب ثنائي القطب
trouble somatique	somatic disorder	إضطراب جسدي
trouble somatoforme	somatoform disorder	إضطراب جسمي
trouble sexuel	sexual disorder	إضطراب جنسي
trouble limite	borderline disorders	إضطراب حدّي
trouble moteur, trouble kinétique	kinetic disorder, motor disorder	إضطراب حركي
paralgie, paralgésie	paralgesia	إضطراب حسّ الألم
trouble sensitive	sensitivity disturbance	إضطراب حسّي
trouble viscéral	visceral disorder	إضطراب حشوي
trouble caché	covered trouble	إضطراب خفيّ
trouble de caractère	character disorder	إضطراب خلقي
trouble phobique	phobic trouble	إضطراب خوافي
trouble sémantogénique	semantogenic disorder	إضطراب دلالي المنشأ
trouble cyclique	cyclic disorder	إضطراب دوري
trouble mnésique	mnesic trouble	إضطراب ذاكري
trouble psychotique	psychotic trouble	إضطراب ذهاني
trouble mental	mental disorder	إضطراب ذهني
trouble paranoïde	paranoid disorder	إضطراب زوراني
trouble comportemental	behaviourism disorder	إضطراب سلوكي
trouble perceptible auditif	auditory perceptual disorder	إضطراب سمعي إدراكي
trouble du cours de la pensée	thought disturbance	إضطراب سياق التفكير
trouble orgastique	orgastic disorder	اضطراب شبقي
trouble de dépersonnalisation	depersonalization trouble	إضطراب ضياع الشخصية
trouble médico-psychique	medicopsychic trouble	إضطراب طبي نفسي
trouble familial	family disorder	إضطراب عائلي
trouble transitoire	transitory disorder	إضطراب عابر
trouble affectif, parapathie	affective disorder, parapathia	إضطراب عاطفي
trouble agressif	aggressive disorder	إضطراب عدواني
trouble symptomatique	symptomatic disorder	إضطراب عرضي
trouble dysthymique	dysthymic trouble	إضطراب عسر الوجدان
désordre névrotique	neurotic disorder	إضطراب عصابي
trouble nerveux	nervous disorder	إضطراب عصبي
trouble neuro-végétatif	neuro-vegetative disorder	إضطراب عصبي نباتي
trouble organique	organic disorder	إضطراب عضوي
trouble paranoïaque	paranoiac trouble	إضطراب عظامي
trouble mentale, psychalie, phrénoblabie, psychonosema mentalie	mental disorder, psychalia, phrenoblabia, psychonosema mentalia	إضطراب عقلي
trouble sémantique	semantic trouble	إضطراب علم الدلالة
trouble latent	latent trouble	إضطراب غير منظور
trouble atypique	atypical disorder	إضطراب غير نمطي
trouble hyperkinétique	hyperkinetic disorder	إضطراب فرط الحركة
trouble physiologique	physiologic trouble	إضطراب فسلجي
trouble schizophrénique	schizophrenic trouble	إضطراب فصامي
trouble amnésique	amnesic trouble	إضطراب فقد الذّاكرة
trouble intellectuel	intellectual trouble	إضطراب فكري
trouble semantogénique	semantogenic disorder	إضطراب فهم المدلول

E.DICTIONARY of PSYCHOLOGICAL SCIENCES
ENGLISH PSY TERMINOLOGIES (ENGLISH – FRENCH – ARABIC)

JAMEL TURKY – TUNISIA

E. Mail : turky.jamel@gnet.tn

A

Agitated – Agitation - Agnosia
Agraphia - Akinetic – Alcohol
Alcoholic – Alcoholism – Amnesia
Amnesic - Amnestic

Agitated	**agité**	**هائج، هياجي، متهيّج**
Agitated cephalalgia	céphalalgie agitée	صداع
Agitated confused	confus agité	مصاب بالاختلاط الهياجي
Agitated dementia	démence agitée	عته هياجي
Agitated depression	dépression agitée	اكتئاب متهيّج
Agitated drunkenness	ivresse agitée	سكر هياجي
Agitated form	forme agitée	شكل هياجي
Agitated melancholia	mélancolie agitée	سوداويّة هياجيّة
Agitated reaction	réaction agitée	استجابة متهيّجة
Agitated senile dementia	démence sénile agitée	عته شيخوخي هياجي
Agitated sleep	sommeil agité	نوم مضطرب
Agitation	**agitation**	**هياج، هيجان، إثارة**
Agitation (acute-)	agitation aiguë	إثارة حادّة، هياج حادّ
Agitation (anxious-)	agitation anxieuse	إثارة قلقة، هياج قلقي
Agitation (confuse-)	agitation confuse	هياج اختلاطي
Agitation (disordered-)	agitation désordonnée	هياج تشوّشي
Agitation (forced-)	agitation forcée	هياج محرّض
Agitation (hysterical-)	agitation hystérique	هياج هراعي
Agitation (maniac-)	agitation maniaque	هياج هوسي
Agitation (melancholy-)	agitation mélancolique	هياج سوداوي
Agitation (mental-)	agitation mentale	هياج عقلي
Agitation (motive-)	agitation motrice	هياج حركي
Agitation (nocturnal -)	agitation nocturne	هياج ليلي
Agitation (psycho- motive-)	agitation psycho -motrice	هياج نفسحركي
Agitation (psychotic-)	agitation psychotique	هياج ذهاني
Agitation (schizophrenic-)	agitation schizophrénique	هياج فصامي
Agitation	agitation	هياج صاخب
(turbulent-)	turbulente	
Agitation conducting	conduite d'agitation	تصرّف هياجي
Agitation depression	dépression agitée	إكتئاب اهتياجي
Agitation leading	conduite d'agitation	سلوك هياجي
Agitation situation	état d'agitation	حالة هياج
Agitation state	état d'agitation	حالة هياج
Agnosia	**agnosie**	**عمه، فقد التّحسّس**
Agnosia (color-)	agnosie des couleurs	عمه الألوان
Agnosia (digital-)	agnosie digitale	عمه الأصابع
Agnosia (finger-)	agnosie digitale	عمه الأصابع
Agnosia (physiognomy-)	agnosie des physionomies	عمه الوجوه
Agnosia (sensitive-)	agnosie sensitive	عمه حسّي
Agnosia) spatial-)	agnosie spatiale	عمه أحاديّ الجانب
Agnosia (tactile-)	agnosie tactile	عمه الحسّ اللّمسي
Agnosia (topographical-)	agnosie topographique	عمه موضعي
Agnosia (unilateral-)	agnosie unilatérale	عمه حيّزي أحادي
Agnosia (visual-)	agnosie visuelle	عمه البصر
Agnosia alexia	alexie - agnosie	عمه قرائي
Agnosia auditory	agnosie auditive	عمه السّمع
Agraphia	**agraphie**	**لاكتابيّة**
Agraphia (absolute-)	agraphie absolue	حبسة كتابيّة مكتسبة، حبسة كتابيّة مطلقة
Agraphia (acoustic-)	agraphie acoustique	*حبسة كتابيّة سمعيّة*
Agraphia (acquired-)	agraphie acquise	حبسة كتابيّة مكتسبة
Agraphia (cerebral-)	agraphie cérébrale	لاكتابة عقليّة
Agraphia (congenital-)	agraphie congénitale	حبسة كتابيّة خلقيّة
Agraphia (jargon-)	jargonagraphie	لاكتابيّة حرفيّة
Agraphia (mental-)	agraphie mentale	لاكتابة هذريّة ذهنيّة
Agraphia (motor-)	agraphie motrice	لاكتابيّة حركيّة
Agraphia (musical-)	agraphie musicale	حبسة كتابيّة موسيقيّة
Agraphia (optic-)	agraphie optique	لاكتابيّة بصريّة
Agraphia (parietal-)	agraphie pariétale	حبسة كتابيّة جداريّة
Agraphia (unilateral-)	agraphie unilatérale	حبسة كتابيّة أحاديّة الجانب
Agraphia (verbal-)	agraphie verbale	لاكتابيّة كلماتيّة
Agraphia	agraphie	حبسة كتابية نسيانية

amnemonica	amnemonique	
Agraphia atactica	agraphie atactique	حبسة كتابية كاملة
Agraphia litteral	agraphie littérale	لاكتابيّة جانبيّة
Akinetic	**akinétique**	**لاحركي، فقد الحركة**
Akinetic abulic syndrome	syndrome akinétique aboulique	متلازمة ضعف الإرادة الحركيّة
Akinetic apraxia	apraxie akinétique	فقد الحركة التّلقائيّة
Akinetic attack	crise akinétique	نوبة لاحركيّة
Akinetic depression	dépression akinétique	اكتئاب لاحركي
Akinetic epilepsy	épilepsie akinétique	صرع لا حركي
Akinetic mania	manie akinétique	هوس لاحركي
Akinetic mutism	mutisme akinétique	بكم لاحركي
Akinetic psychosis	psychose akinétique	ذهان لاحركي
Akinetic seizure	attaque akinetique	نوبة لاحركيّة
Akinetic stupor	stupeur akinetique	ذهول لاحراكي
Akinetic syndrome	syndrome akinétique	متلازمة لاحركيّة
Alcohol	**alcool**	**كحول، كحولي**
Alcohol (dependence-)	dépendance d'alcool	اعتماد كحولي
Alcohol (parental-)	alcool des parents	كحوليّة والديّة
Alcohol (primary-)	alcool primaire	كحول أوّلي
Alcohol (secondary-)	alcool secondaire	كحول ثانوي
Alcohol (tertiary-)	alcool tertiaire	كحول ثالثي
Alcohol abuse	abus d'alcool	فرط الكحول
Alcohol addiction	assiduité alcoolique	إدمان الكحول
Alcohol amnestic	amnésie alcoolique	نساوة كحوليّة
Alcohol delirium	délire alcoolique	هذيان كحولي
Alcohol derivatives	dérivé d'alcool	مشتقّات الكحول
Alcohol epilepsy	alcool épilepsie	صرع كحولي
Alcohol hallucinosis	hallucinose d'alcool	هلاس كحولي
Alcohol idiosyncratic intoxication	intoxication idiosyncratique d'alcool	انسمام كحولي مميّز
Alcohol intoxication	intoxication alcoolique	انسمام كحولي
Alcohol paranoid	paranoïde alcoolique	هذيان زوري كحولي
Alcohol test	alcool test	اختبار كحولي
Alcohol therapy	alcoolothérapie	معالجة بالكحول
Alcohol withdrawal	retrait alcoolique	سحب كحولي
Alcoholic	**alcoolique**	**كحولي، غولي، سكّير، مدمن الكحول**
Alcoholic (dangerous-)	alcoolique dangereux	كحولي خطير
Alcoholic (delirious-)	délire alcoolique	هذيان كحولي
Alcoholic (encephalopathetic-)	alcoolique encéphalopathie	اعتلال الدّماغ الكحولي
Alcoholic (poisoning-)	alcoolique intoxication	تسمّم كحولي
Alcoholic addiction	addiction alcoolique	إدمان كحولي
Alcoholic amblyopia	amblyopie alcoolique	غمش كحولي
Alcoholic amnesic	amnésie alcoolique	نساوة كحوليّة
Alcoholic anonymous	alcoolique anonyme	الكحولي المجهول
Alcoholic appetence	appétence alcoolique	نزعة كحوليّة
Alcoholic ataxia	ataxie alcoolique	رنح كحولي، تخلّج كحولي
Alcoholic beriberi	béribéri alcoolique	بري بري كحولي
Alcoholic blackout	oubli alcoolique	نسيان كحولي
Alcoholic brain syndrome	syndrome du cerveau alcoolique	تناذر الدّماغ الكحولي
Alcoholic coma	coma alcoolique	سبات كحولي
Alcoholic conducting	conduite alcoolique	تصرّف كحولي
Alcoholic convulsion	convulsion alcoolique	*تشنّج كحولي*
Alcoholic delirious	délire des alcooliques	هذيان كحولي
Alcoholic delirious	délire des alcooliques	هذيان كحولي
Alcoholic delirious	délire des alcooliques	هذيان كحولي
Alcoholic delirious	délire des alcooliques	هذيان كحولي
Alcoholic deterioration	détérioration alcoolique	تدهور كحولي
Alcoholic disease	maladie alcoolique	مرض كحولي
Alcoholic drunkenness	ivresse alcoolique	سكر كحولي
Alcoholic encephalopathy	encéphalopathie alcoolique	اعتلال دماغي كحولي
Alcoholic epilepsy	épilepsie alcoolique	صرع كحولي
Alcoholic fury	fureur alcoolique	هياج جنوني كحولي
Alcoholic habituation	habituation alcoolique	اعتياد كحوليّ
Alcoholic hallucination	hallucination alcoolique	هلاس كحولي
Alcoholic hallucinatory psychosis	psychose hallucinatoire alcoolique	ذهان هلسي كحولي
Alcoholic hallucinosis	hallucinose alcoolique	هلاس كحولي
Alcoholic hospitalization	hospitalisation alcoolique	استشفاء كحولي
Alcoholic impregnation	imprégnation alcoolique	إشباع كحولي
Alcoholic intolerance	intolérance alcoolique	لاتحمّل الكحول
Alcoholic intoxication	intoxication alcoolique	تسمّم كحولي
Alcoholic jealousy	jalousie alcoolique	غيرة كحوليّة
Alcoholic Korsakov syndrome	syndrome de korsakov des alcooliques	تناذر كورساكوف للكحوليّين
Alcoholic legislation	législation des alcooliques	تشريع الكحوليّين
Alcoholic melancholia	mélancolie alcoolique	سوداويّة كحوليّة
Alcoholic myopathy	myopathie alcoolique	اعتلال العضلات الكحولي
Alcoholic neuritis	névrite alcoolique	التهاب الأعصاب

		الكحولي
Alcoholic neuropathie	neuropathie alcoolique	اعتلال عصبي كحولي
Alcoholic neurosis	névrose alcoolique	عصاب كحولي
Alcoholic organic mental disorder	trouble mental organique alcoolique	اضطراب عقلي عضوي كحولي
Alcoholic paranoia	paranoïa alcoolique	هذاء كحولي
Alcoholic post-cure	post-cure alcoolique	فترة نقاهة كحوليّة
Alcoholic pseudoparesis	pseudoparésie alcoolique	شلل كحولي كاذب
Alcoholic pseudopellagre	pseudopellagre alcoolique	حصاف كحولي زائف
Alcoholic psychopolyneuritis	psychopolynévrite alcoolique	التهاب الأعصاب النّفسي الكحولي
Alcoholic psychosis	psychose alcoolique	ذهان كحولي
Alcoholic psychotherapy	psychothérapie de l'alcoolique	علاج نفسي للكحولي
Alcoholic satisfaction	imprégnation alcoolique	إشباع كحولي
Alcoholic's stimulant	stimulant alcoolique	مثير كحولي
Alcoholic syndrome	syndrome alcoolique	تناذر كحولي
Alcoholic trance	transe alcoolique	سبات كحولي
Alcoholic trembling	tremblement alcoolique	*رعشة كحوليّة*
Alcoholic twilight- state	état crépuscule alcoolique	حالة التّخنير الكحولي
Alcoholic weaning	sevrage alcoolique	فطام كحولي
Alcoholism	**alcoolisme**	**كحوليّة، إدمان الخمر**
Alcoholism (acute-)	alcoolisme aigu	كحوليّة حادّة، سكر
Alcoholism (alpha-)	alcoolisme alpha	كحوليّة ألفا
Alcoholism (beta-)	alcoolisme bêta	كحوليّة بيتا
Alcoholism (chronic-)	alcoolisme chronique	كحوليّة مزمنة
Alcoholism (delta-)	alcoolisme delta	كحوليّة دلتا
Alcoholism (foetal-)	alcoolisme fœtal	كحوليّة جنينيّة
Alcoholism (gamma-)	alcoolisme gama	كحوليّة قاما
Alcoholism (periodic-)	alcoolisme périodique	كحوليّة دوريّة
Alcoholism (primary-)	alcoolisme primaire	كحوليّة أوّليّة
Alcoholism neurosis	névrose alcoolique	عصاب كحولي
Amnesia	**amnésie**	**نسيان، نساوة، هفاع، فقد الذّاكرة، وهل**
Amnesia (affective-)	amnésie affective	نسيان وجداني
Amnesia (ancient events-)	amnésie des événements anciens	نساوة الأحداث البعيدة
Amnesia (anterior-)	amnésie antérieure	نسيان سابق
Amnesia (anterograde-)	amnésie antérograde	نساوة لاحقة
Amnesia (anteroretrograde-)	amnésie antéroretrograde	نساوة اللاّحق والسّابق
Amnesia (aphasia-)	amnésie aphasie	خرس نسياني
Amnesia (auditory-)	amnésie auditive	نساوة سمعيّة
Amnesia (auto- hypnotic-)	amnésie autohypnotique	وهل تنويمي ذاتي
Amnesia (catathymic-)	amnésie catathymique	نسيان وجداني
Amnesia (circumscribed-)	amnésie circonstancielle	وهل محدّد
Amnesia (continuous-)	amnésie continue	نساوة مستمرّة
Amnesia (cortical-)	amnésie corticale	نسيان قشري
Amnesia (elective-)	amnésie élective	نساوة انتقائيّة
Amnesia (episodic-)	amnésie épisodique	نسيان ظرفي
Amnesia (epochal-)	amnésie époquale	فقد الذّاكرة الإيبوجي
Amnesia (form-)	amnésie des formes	نسيان الأشكال
Amnesia (global -)	amnésie globale	نسيان شامل
Amnesia (hypnotic-)	amnésie hypnotique	نسيان تنويمي
Amnesia (hysterical-)	amnésie hystérique	نساوة هراعيّة
Amnesia (identity -)	amnésie d'identité	نسيان الهويّة
Amnesia (immediate-)	amnésie immédiate	نسيان مباشر
Amnesia (immunity-)	amnésie immunitaire	نساوة مناعيّة
Amnesia (infantile-)	amnésie infantile	نساوة طفوليّة
Amnesia (integration-)	amnésie d'intégration	نسيان الإندماج
Amnesia (lacunar-)	amnésie lacunaire	نساوة فجويّة
Amnesia (late-)	amnésie retardée	نساوة متأخّرة
Amnesia (localized-)	amnésie localisée	نساوة موضعيّة
Amnesia (logophonic-)	amnésie logophonique	نسيان لفظي
Amnesia (memorable-)	amnésie de mémorisation	نساوة اللاّحق
Amnesia (memorisation-)	amnésie de mémorisation	نسيان التّذكير
Amnesia (number-)	amnésie des chiffres	نسيان الأرقام
Amnesia (obstetric-)	amnésie obstétrique	نساوة ولاديّة
Amnesia (olfactory-)	amnésie olfactive	نساوة الشّمّ
Amnesia (organic-)	amnésie organique	نسيان عضوي
Amnesia (partial-)	amnésie partielle	نسيان جزئي
Amnesia (periodic-)	amnésie périodique	نسيان دوري
Amnesia (post emotional-)	amnésie post- émotionnelle	نسيان بعد انفعالي
Amnesia (post hypnotic-)	amnésie post- hypnotique	نسيان بعد تنويمي
Amnesia (post- traumatic-)	amnésie post traumatique	نسيان بعد رضي
Amnesia (precise-)	amnésie précise	نسيان محدّد
Amnesia (progressive-)	amnésie progressive	نساوة متطوّرة، نسيان متقدّم
Amnesia (psychic-)	amnésie psychique	نسيان نفساني
Amnesia	amnésie	نسيان نفسيّ المنشأ

Amnesia axial	amnésie axiale	نساوة محوريّة
Amnesia state	état d'amnésie	حالة نسيان
Amnesic	**amnésique**	**فاقد الذّكرة، نساوي، نسياني**
Amnesic alcoholic	alcoolique amnésique	كحولي فاقد الذّاكرة
Amnesic amimia	amimie amnésique	حبسة إشاريّة نسيانيّة
Amnesic aphasia	aphasie amnésique	حبسة نساويّة
Amnesic apraxia	apraxie amnésique	لاأدائيّة نساويّة
Amnesic cerebral eclipse	éclipse cérébrale amnésique	كسوف دماغي نسياني، تلفيق نساوي
Amnesic confabulation	confabulation amnésique	تخريف نساوي
Amnesic confabulatory syndrome	syndrome confabulatoire amnésique	زملة النّساوة التلّفيقيّة
Amnesic desorder	trouble amnésique	اضطراب نساوي
Amnesic ictus	ictus amnésique	نشبة نساويّة
Amnesic lacuna	amnésique lacune	فجوة نسيانيّة
Amnesic organic syndrome	syndrome amnésique organique	تناذر النّسيان العضوي
Amnesic repression	refoulement amnésique	كبت نساوي
Amnesic syndrome	syndrome amnésique	متلازمة النّسيان
Amnestic	**amnestique**	**مفقد الذّاكرة، نسياني، منس، نساوة**
Amnestic (korsakoff's-)	amnésie de korsakoff	نساوة كرسكوف
Amnestic aphasia	aphasie amnestique	حبسة النّساوة
Amnestic apraxia	apraxie amnestique	نساوة حركيّة
Amnestic syndrome	syndrome amnestique	زملة النّساوة

(psychogenic-)	psychogène	
Amnesia (reading-)	amnésie de la lecture	نسيان القراءة
Amnesia (recent events-)	amnésie des événements récents	نسيان الأحداث القريبة
Amnesia (recent-)	amnésie récente	نسيان حديث
Amnesia (rememoration-)	amnésie de remémoration	نسيان إعادة التّذكير
Amnesia (retroactive -)	amnésie rétroactive	نساوة السّابق
Amnesia (retroagressive-)	amnésie rétroagressive	فقد الذّاكرة المتراجع
Amnesia (retroantérograde-)	amnésie retro- antérograde	نساوة السّابق واللاّحق
Amnesia (retrograde-)	amnésie d'évocation	نساوة السّابق
Amnesia (selective-)	amnésie sélective	نساوة إنتقائيّة
Amnesia (tactile-)	amnésie tactile	نساوة لمسيّة
Amnesia (time-)	amnésie du temps	نساوة الزمن
Amnesia (total-)	amnésie totale	نسيان كلّي
Amnesia (transitory-)	amnésie transitoire	نسيان وقتي
Amnesia (tropical-)	amnésie tropicale	نساوة إستوائيّة
Amnesia (unconscious-)	amnésie inconsciente	نسيان لاشعوري
Amnesia (verbal-)	amnésie verbale	نسيان شفوي
Amnesia (verbalis-)	amnésie verbale	نسيان لفظي
Amnesia (visual-)	amnésie visuelle	نساوة بصريّة
Amnesia (visualis-verbalis-)	amnésie verbale visuelle	نسيان لفظي بصري
Amnesia (words-)	amnésie des mots	نسيان الأسماء
Amnesia aphasia	amnésie-aphasie	خرس نسياني

e.Dictionnaire des Sciences Psychologiques
Terminologies PSY Française (Français – Anglais – Arabe)

Jamel TURKY – TUNISIA

E. Mail : turky.jamel@gnet.tn

A

Anti-
Anxiété -
Apathie -
Aphasie

Anti-	anti-, ant-	سابقة : ضدّ، مضادّ
Antiadrénergique	antiadrenergic	مضادّ الفعل الأدرنالييني
Antialcoolique	anti-alcohol	مضادّ كحولي
Antialcoolisme	teetoalcolism	مقاومة الكحوليّة
Antianalytique	antianalytic	مضادّ التّحليل
Antiandrogène	antiandrogenous	مضادّ هرمون الذّكورة
Antiandrogénique	antiandrogenic	مضادّ هرمون الذّكورة
Antianxiété	antianxiety	مضادّ القلق
Antiasthénique	antiasthénic	مضادّ الوهن
Antiataraxique	anti-ataraxic	مضادّ الاطمئنان
Antiautistique	anti-autistic	مضادّ الذّاتويّة
Anticathexie	anticathexis	مضادّ الشّحنة الانفعاليّة، شحنة نفسيّة مضادّة
Anticathexis	anticathexis	شحن نفسي مضادّ
Anticéphalalgique	antiheadache	مضادّ الصّداع
Anticholinergique	anticholinergic	مضادّ الفعل الكوليني
Anticipatif	anticipatory	سابق لأوانه
Anticipation	anticipation	استباق، سبق، استباقي، استباقيّة
Anticipation (effet d'-)	anticipation effect	أثر الاستباق
Anticipation (méthode d'-)	anticipation method	طريقة السّبق
Anticipation (phénomène d'-)	anticipation phenomenon	ظاهرة الاستباق
Anticipation comportementale	behavioural anticipation	استباق سلوكي
Anticipation de l'anxiété	anxiety anticipation	استباق القلق
Anticipation de la pénétration	penetration anticipation	استباق الإيلاج
Anticipation du désir	desire anticipation	استباق الرّغبة
Anticipation érotique	erotic anticipation	استباق شبقي
Anticipation négative	negative anticipation	تقديم سلبي
Anticipatoire	anticipatory	استباقي، سبقي
Anticipé	early, in advance	مسبق، مستبق
Anticiper	to anticipate	استبق
Anticonformisme	anticonformism	مضادّ الامتثال
Anticonformiste	nonconformist	مقاوم الأعراف، مناهض الامتثال
Anticonformité	anticonformity	عدم المسايرة
Anticonvulsant	anticonvulsant	مضادّ التّشنّج
Anticonvulsif	anticonvulsive	مضادّ الاختلاج
Anticonvulsivant	anticonvulsivant	مضادّ الاختلاج
Anticorps	antibody	مضادّ جسمي
Antidéficitaire	anti-deficit	مضادّ العوز
Antidélirant	anti-delirious	مضادّ هذياني
Antidémentiel	antidemential	مضادّ عتهي، مضادّ الخرف
Antidépresseur	antidepressant	مضادّ كآبة
Antidépresseur hétérocyclique	heterocyclic anti- depressant	مضادّ كآبة متغاير الحلقات
Antidépresseur psychotonique	psychotonic anti- depressant	مضادّ كآبة منعش
Antidépresseur sédatif	sedative anti- depressant	مضادّ كآبة مهدئ
Antidépresseur stimulant	stimulant depressant	مضادّ كآبة منشّط
Antidépresseur tranquillisant	tranquilizing anti- depressant	مضادّ كآبة مهدّئ
Antidépresseur tricyclique	tricyclic anti- depressant	مضادّ كآبة ثلاثي الحلقات
Antidépressif	antidepressive	مضادّ الاكتئاب
Anti-désir	anti-desire	مضادّ للرّغبة
Antidéterminisme	antideterminism	نزعة مضادّة الحتميّة
Antidiscrimination	antidiscrimination	نزعة مضادّة للتّمييز
Antidote	antidote	ترياق، ضدّ السّمّ
Antidromique	antidromic	معاكس
Antidromique (conduction-)	antidromic conduction	توصيل معاكس
Antidynamique	antodynamic	مرهل، خافض للقوّة
Antiémétique	antemetic	مضادّ القيء
Anti-enzyme	anti-enzyme	مضادّ الخميرة
Anti-épileptique	antiepileptic	مضادّ الصّرع
Anti-excitation	antiexcitement	مضادّ التّهيّج
Antifantasme	antifantasm	مضادّ الهوام
Antiféminisme	antifeminism	نزعة مضادّة للأنثويّة

Antifetishisme	antifetishism	نزعة مضادّة للفتشيّة
Antifibrillatoire	antifibrillatory	مضادّ الاختلاج العضلي
Antifusionnel	antifusional	مضادّ الالتحام
Antihistamine	antihistamine	مضادّ الهيستامين
Antihistaminique	antihistaminic	مضادّ هيستاميني
Antihumain	antihuman	مضادّ بشري
Antihystérique	antihysteric	مضادّ الهراع
Anti-intellectualisme	anti-intellectualism	مضادّ المذهب العقلي
Anti-intraception	anti-intraception	عجز تأمّل الذّات
Antiléthargique	antilethargic	مضادّ النّوم، معيق النّوم
Antilogie	antilogy	تناقض الأفكار
Antilogique	antilogic	ضدّ المنطق
Antimachinisme	antimachinism	مناهضة الآليّة
Antimaniaque	antimaniac	مضادّ الهوس، مضادّ هوس
Antimethodologie	anti-methodology	لا منهجيّة
Antimigraineux	anti-head-ache	مضادّ صداع الشّقيقة
Antinarcissisme	anti-narcissism	مضادّ النّرجسية
Antinarcotique	antinarcotic	مضادّ المخدّر
Antinévralgique	antineuralgic	مضادّ الألم العصبي
Antinévrite	antineuritic	مضادّ التهاب الأعصاب
Antinévropathique	antineuropathic	مضادّ اعتلال العصابي
Antinévrotique	antineurotic	مضادّ عصابي
Antinomie	antinomy, paradox	تناقض مذهبين
Antinomique	antinomic	تناقضي، تعارضي
Anti-obsessionnel	anti-obsessional	مضادّ الوساوس
Antipanique	anti-panic	مضادّ هلعي
Antiparkinsonien	anti-parkinsonian	مضادّ البركنسونية
Antipathétique	antipathetic	متنافر
Antipathie	antipathiy	نفور، نفرة
Antipathie cognitive	cognitive antipathy	تنافر إدراكي
Antipathique	antipathetic	ممقوت، مقيت، نافر
Antipathogène	antipathogen	مضادّ الاعتلال
Antiphonie	antiphony	مجاوبة صوتيّة
Antiphrase	antiphrasis	قلب المعنى
Antipode	antipodal	نقيض
Antiproductive	anti-productive	مضادّ التّوليد
Antipsychiatrie	antipsychiatry	مضادّ طبّنفسي
Antipsychiatrique	antipsychiatric	*مضادّ طبّعقلي*
Antipsychose	antipsychosis	مضادّ الذّهان
Antipsychotique	antipsychotic	مضادّ الذّهان
Antirationalisme	antirationalism	مضادّ العقلانيّة
Antirationnel	antirational	مضادّ للعقل، لا عقلي
Antireligieux	antireligious	مضادّ للدّين
Antisémitisme	anti-semitism	عداء السّاميّة
Antisérotonine	antiserotonin	مضاد السيروتونين
Antisociable	antisociable	معادي المجتمع
Antisociale	antisocial	معاد للمجتمع
Antisocial (acte-)	antisocial act	فعل مضادّ للمجتمع
Antisociale (adolescence-)	antisocial adolescence	مراهقة معادية للمجتمع
Antisocial (adulte-)	antisocial adult	بالغ معاد للمجتمع
Antisociale (constitution-)	antisocial constitution	تكوين معاد للمجتمع
Antisociale (personnalité-)	antisocial personality	شخصيّة معادية للمجتمع
Antispasmodique	antispasmodic	مضادّ للتّشنّج
Antispastique	antispastic	ضدّ التّشنّج، مضادّ للتّشنّج
Antispiritualisme	antispiritualism	لا روحانيّة، مذهب مضادّ للرّوحانيّات
Antispiritualiste	antispiritual	لا روحاني
Antistress	anti-stress	مضادّ للضغط
Antisyphilitique	antisyphilitic	مضادّ الإفرنجي
Antithèse	antithesis	نقيض الأطروحة، نقيض الدّعوى، أطروحة مضادّة، طرح مضادّ
Antithétique	antithetical	نقيضي
Antitrémorique	antitremoric	مضادّ الارتعاش
Antivitamine	antivitamine	مضادّ الفيتامين
Anxiété	**anxiety**	**قلق**
Anxiété (échelle d'-)	anxiety scale	سلّم القلق
Anxiété (état d'-)	anxiety state	حالة قلق
Anxiété (inventaire de l'-)	anxiety inventory	استخبار القلق
Anxiété « sans lendemain »	anxiety « without next day »	قلق غير معاود
Anxiété à minima	low-level anxiety	قلق منخفض، قلق متدنيّ
Anxiété actuelle	actual anxiety	قلق آني
Anxiété aiguë	acute anxiety	قلق حاد
Anxiété anticipatoire	anticipatory anxiety	قلق استباقي
Anxiété automatique	automatic anxiety	قلق تلقائي
Anxiété basique	basic anxiety	قلق أساسي، قلق قاعدي
Anxiété brève récurrente	recurrent brief anxiety	قلق ظرفي معاود
Anxiété catastrophique	catastrophic anxiety	قلق الكارثة
Anxiété chronique	chronic anxiety	قلق مزمن
Anxiété consciente	conscious anxiety	قلق واعي
Anxiété continue	continuous anxiety	قلق دائم
Anxiété créative	creative anxiety	قلق مبدع، قلق إبداعي
Anxiété d'abandon	abandon anxiety	قلق الترك، قلق الهجر
Anxiété d'anérotisme	anerotism anxiety	قلق انعدام الشبقية
Anxiété d'annihilation	annihilation anxiety	قلق الإبادة
Anxiété d'échec	failure anxiety	قلق الإخفاق
Anxiété d'évaluation	evaluation anxiety	قلق التّقييم

Anxiété de base	basic anxiety	قلق أساسي
Anxiété de castration	castration anxiety	قلق الخصاء
Anxiété de démasculinisation	demasculinization anxiety	قلق فقد الذّكورة
Anxiété de dépendance	dependency anxiety	قلق الاعتماد
Anxiété de déplaire	displease anxiety	قلق اللاّ إعجاب
Anxiété de destruction	destruction anxiety	قلق التّحطيم
Anxiété de féminisation	feminization anxiety	قلق التّأنيث
Anxiété de féminitude	femininity anxiety	قلق الأنوثة
Anxiété de fond	focind anxiety	قلق قاعدي
Anxiété de la mort	death anxiety	قلق الموت
Anxiété de l'enfant	infant anxiety	قلق الطّفل
Anxiété de l'examen	examination anxiety	قلق الامتحان
Anxiété de performance	performance anxiety	قلق الأداء الجيّد
Anxiété de persécution	persecution anxiety	قلق الاضطهاد
Anxiété de pré- libération	pre-release anxiety	قلق ما قبل الإفراج
Anxiété de questionnaire	questionnaire anxiety	قلق الاستجواب
Anxiété de séparation	separation anxiety	قلق الانفصال
Anxiété de suppression	suppression anxiety	قلق الاستبعاد
Anxiété de surface	surface anxiety	قلق سطحي
Anxiété dépressive	depressive anxiety	قلق اكتئابي
Anxiété des parents	parent anxiety	قلق الوالدين
Anxiété diffuse	diffuse anxiety	قلق منتشر
Anxiété dissociative	dissociative anxiety	قلق تفكّكي
Anxiété du 8 éme mois	the eighth-month anxiety	قلق الشّهر الثامن
Anxiété du ça	id anxiety	قلق الهو
Anxiété du choix du partenaire	partner choice anxiety	قلق اختيار القرين
Anxiété du moi	ego anxiety	قلق الأنا
Anxiété du super-moi	super-ego-anxiety	قلق الأنا الأعلى
Anxiété érotisée	erotized anxiety	قلق مشبق
Anxiété état	state anxiety	قلق-حالة
Anxiété existentielle	existential anxiety	قلق وجودي
Anxiété expérimentale	experimental anxiety	قلق تجريبي
Anxiété fixe	fixed anxiety	قلق مثبّت
Anxiété flottante	floating anxiety	قلق عائم، قلق هائم
Anxiété généralisée	generalized anxiety	قلق معمّم (منتشر)
Anxiété hétéro sexuelle	hetero sexual anxiety	قلق الجنسيّة المغايرة
Anxiété hétérosociale	heterosocial anxiety	قلق اجتماعي مغاير
Anxiété homosexuelle	homosexual anxiety	قلق الجنسيّة المثليّة
Anxiété hystérique	hysteric anxiety	قلق هراعي (هستيري)
Anxiété inconsciente	unconscious anxiety	قلق لا شعوري
Anxiété instinctuelle	instinctual anxiety	قلق غريزي
Anxiété inter critique	inter critic anxiety	قلق ما بين النّوبات
Anxiété justifiée	justified anxiety	قلق مبرّر
Anxiété libre	free anxiety	قلق حرّ
Anxiété majeure	major anxiety	قلق جسيم
Anxiété manifeste	manifest anxiety	قلق ظاهر
Anxiété matinale	morning anxiety	قلق صباحي
Anxiété mineure	minor anxiety	قلق خفيف
Anxiété morale	moral anxiety	قلق أخلاقي
Anxiété morbide	morbid anxiety	قلق مرضي
Anxiété neutralisée	neutralized anxiety	قلق ملغى
Anxiété névrotique	neurotic anxiety	قلق عصابي
Anxiété objective	objective anxiety	قلق موضوعي
Anxiété obsessionnelle	obsessional anxiety	قلق وسواسي
Anxiété orale	oral anxiety	قلق فمي
Anxiété organique	organic anxiety	قلق عضوي
Anxiété originale	original anxiety	قلق أصيل
Anxiété paranoïde	paranoid anxiety	قلق هذائي
Anxiété paroxystique	paroxysmal anxiety	قلق انتيابي
Anxiété patente	patent anxiety	قلق ظاهر
Anxiété pathologique	pathologic anxiety	قلق مرضي
Anxiété permanente	permanent anxiety	قلق دائم
Anxiété phobique	phobic anxiety	قلق رهابي
Anxiété précisée	precise anxiety	قلق موجز، قلق معيّن
Anxiété primaire	primary anxiety	قلق أوّلي
Anxiété prototype	prototype anxiety	قلق نمطي أصيل
Anxiété psychogène	psychogenic anxiety	قلق نفسيّ المنشأ
Anxiété psychosomatique	psychosomatic anxiety	قلق نفسدي
Anxiété réelle	realistic anxiety, real anxiety	قلق واقعي
Anxiété rétrospective	retrospective anxiety	قلق رجعي
Anxiété secondaire	secondary anxiety	قلق ثانوي
Anxiété sexuelle	sexual anxiety	قلق جنسي
Anxiété signal	signal anxiety	قلق تحذيري
Anxiété simple	simple anxiety	قلق بسيط
Anxiété sociale	social anxiety	قلق اجتماعي
Anxiété somatique	somatic anxiety	قلق جسدي
Anxiété spontanée	spontaneous anxiety	قلق تلقائي

Anxiété subjective	subjective anxiety	قلق غير موضوعي
Anxiété subliminaire	subliminal anxiety	قلق تحتعتبي
Anxiété trait	pulling anxiety	قلق-خاصّة
Anxiété vraie	real anxiety, true anxiety	قلق حقيقي
Anxiété-angoisse	anguish-anxiety	قلق-حصر
Apathie	**apathy**	**تبلّد،خمول، جمود الحسّ**
Apathie affective	affective apathy	تبلّد عاطفي
Apathie de la pensée	thought apathy	تبلّد التّفكير
Apathie de la réaction	reaction apathy	تبلّد الاستجابة
Apathie des sentiments	feelings apathy	تبلّد المشاعر
Apathie émotionnelle	emotional apathy	تبلّد انفعالي
Apathie intellectuelle	intellectual apathy	تبلّد ذهني
Apathie mentale	mental apathy	تبلّد الذّهن، تبلّد عقلي
Apathie sensitive	sensitive apathy	تبلّد الحسّ
Aphasie	**aphasia**	**حبسة، صمات، خرس - فقد التّعبير**
Aphasie acoustique	acoustic aphasia	حبسة سمعيّة
Aphasie acoustique-mnestique	acoustic mnestic aphasia	حبسة سمعيّة ذاكريّة
Aphasie afférente	afferent aphasia	حبسة واردة
Aphasie agueusique	agueusic aphasia	حبسة مذاقيّة
Aphasie amnémorique	amnemoric aphasia	حبسة تعبيريّة
Aphasie amnésique	amnesic aphasia	حبسة نساويّة
Aphasie amnestique	amnestic aphasia	حبسة النّساوة
Aphasie anomique	anominal aphasia	حبسة التّسمية
Aphasie anosmique	anosmic aphasia	حبسة شميّة، خرس شميّ
Aphasie associative	associative aphasia	حبسة التّداعي
Aphasie auditive	auditory aphasia	حبسة سمعيّة
Aphasie aveugle	blind aphasia	حبسة عمياء
Aphasie centrale	central aphasia	حبسة مركزيّة
Aphasie centralisée	centralized aphasia	حبسة ممركزة
Aphasie cinétique	kinetic aphasia	حبسة حركيّة
Aphasie complète	complete aphasia	حبسة تامّة
Aphasie composée	composed aphasia	حبسة مركّبة
Aphasie congénitale	congenital aphasia	حبسة ولاديّة
Aphasie corticale	cortical aphasia	حبسة قشريّة
Aphasie d'écriture	writing aphasia	حبسة كتابيّة
Aphasie d'évolution	evolution aphasia	حبسة التّطوّر
Aphasie d'intégration	integration aphasia	حبسة التّكامل
Aphasie de Broca	Broca's aphasia	حبسة بروكا
Aphasie de conductibilité	conductivity aphasia	حبسة توصيليّة
Aphasie de conduction	conduction aphasia	حبسة موصليّة
Aphasie de connection	connection aphasia	حبسة التّوصيل
Aphasie de la signification	meaning aphasia	حبسة المعنى
Aphasie de réception	receptive aphasia	حبسة الإدراك
Aphasie de Wernicke	Wernicke's aphasia	حبسة ورنيك
Aphasie des phrases	sentences aphasia	حبسة الجمل
Aphasie dynamique	dynamic aphasia	حبسة كلاميّة (ديناميّة)
Aphasie écrite	written aphasia	حبسة كتابيّة
Aphasie endocrine	endocrine aphasia	حبسة صمّاء
Aphasie exécutive	executive aphasia	حبسة تنفيذيّة
Aphasie expressive	expressive aphasia	حبسة تعبيريّة
Aphasie fonctionnelle	functional aphasia	حبسة وظيفيّة
Aphasie globale	global aphasia	خرس مطبق، حبسة كلّيّة

قـــواعد النـشـــر بمجلـــة شبكـــة العلـــوم النـفسيـــة العربيـــة

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المتصفح على اتجاهات البحوث العالمية وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصيلة. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المسايرة للمستجدات وللحاجات 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 المتخصصة

المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء نفسانيين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حددتها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

■قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والتوثيق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني APNjournal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص مرن (لا تقبل الأبحاث الورقية).
- إرسال السيرة العلمية المختصرة 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 و الكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

2- يراعي في إعداد **قائمة المراجع** ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم عنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.

3- استيفاء البحث لمتطلبات 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 السيكومترية وخطوات إجراء الدراسة

5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستعينا بالجداول الإحصائية أو الرسومات البيانية متى كانت هناك حاجة لذلك

6- تخضع الأعمال الطبنفسية المعروضة للنشر لتحكيم اللجنة الاستشارية الطبنفسية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمنفسية لتحكيم اللجنة الاستشارية العلمنفسية و ذلك وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.

7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.

8- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.

9- لا تعاد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.

10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر.

قواعـــد التوثيق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكر 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 المرجع يذكر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرون مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius etal., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, etal., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990 : 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيبا أبجديا . دون ترقيم مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولا 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 والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأنجلو المصرية

-عندما يكون المرجع بحثا في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايفة (2002) . تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12، 87 - 114

ج- عندما يكون المرجع بحثا في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث

1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها مرقمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت بها 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 لمست 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 ورؤية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالأصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

- **عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:**

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة وتقدها 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 وإيجابياته وسلبياته

3- تحتوى 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 المعنية بقضايا الطفولة:**

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس و الطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطى التقرير بشكل كامل ومنظم أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتائجها وأهم القرارات والتوصيات

كما تنشر المجلة محاضر الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

XIII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY

XIII WELTKONGRESS FÜR PSYCHIATRIE
XIII CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA
XIII CONGRÈS MONDIAL DE PSYCHIATRIE
XIII ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ
第13届世界精神病学大会
المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

CAIRO, SEPTEMBER 10-15, 2005, EGYPT