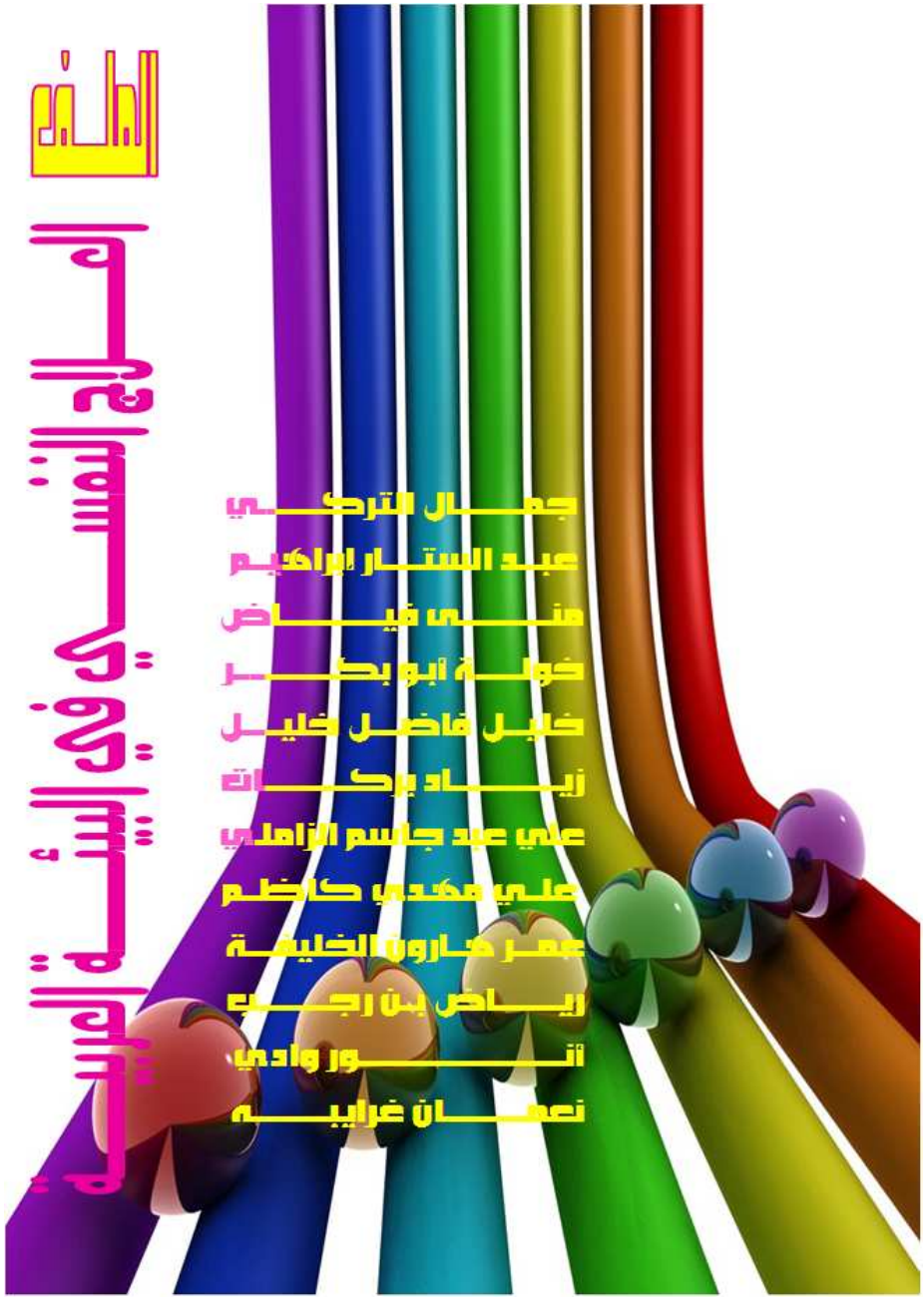
9
WINTER
2006

ARABPSYNET شبكة العلوم النفسية العربية
مجلة e.JOURNAL

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية



العدد التاسع / 9 ° APN Journal N
http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=9

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

مجلة فصلية محكمة في علم النفس

إصدار مؤسسة العلوم النفسية العربية – تونس

العـلاجنفســـــي وأخـــدود الـــــذات المنجـرحـــــة

نحـو علاجنفســي أصيـــل ينتفـــع مـــن الآخريـــن دون التخلـــي عـــن الـــذات للآخريـــن

د. جمـــال التركـــي – الطـــب النفســـي / تونـــس

turky.jamel@gnet.tn - j.turky@gnet.tn

مقتطـــف : إن الجسد ليس شيئا ولا متاعا، لا حالة أو قنصا، ولا غريبا عن الفكر أو ضد العقل، الإنسان يفكر بكل أعضائه لا بدماغه فقط إنه واحد ووحدة: فجسمه منظور وروحه غير منظور. والحادث النفسي بدني وغير بدني معا، والسلوك وعي داخلي وردود فعل عضلية أو حركية جسمية. مرفوضة الثنائية البعيدة في لا وعينا، فالحسي والمعقول لا ينفصلان بل هما يتحدان في مبدأ الوجود، والوجود هو الأول ومتقدم على المثالي والمهاوي والفكراني.

في العلاج النفساني تغير نظرة الزبون إلى جسمه، كتغيرها بالنسبة لماضيه، ضرورة حتمية إن أراد لنفسه الشفاء وأردنا له ذلك. فعبر جسمه تتم التغيرات وبتجاوز المأساة، وعبره يعي الإنسان ذاته، وتتكون الأنا المستقلة. إن معطيات الطبنفسي ألغت الانقسام بين النفس والبدن، والعلاج النفسي يبلغ غايته بعلاج البدن عندما يتمكن من إعادة العميل إلى توازنه النفسي. فالصحة واحدة، لا بدني من جهة ونفسية من جهة أخرى، وهي شمولية ترى البدن كأنه ليس غير الروح، بل كأنه الروح مع اختلاف في الدرجة. والجسد العاجز أو الناقص هو الروح العاجزة أو الناقصة، وهو النفسية المتوترة، والسلوك الاخلالي، والجروح النفسية في أبسط العواطف قد لا تشفى بأسرع من أخرى في هذا العضو أو ذاك. إن كشف العوامل الانفعالية المكبوتة في اللاوعي والتجارب الأولى والنظرات القديمة ومحتويات الأنا الأعلى القامع. ومعرفة الأسباب التي سببت الانجراح ضرورية، لكنها ليست كافية. لا يكفي العلم بالمرض كي يشفي، ولا تكفي النظرة العقلانية للواقع كي تعالجه.. لا بد من إرادة للشفاء، ومعاونة من افكارية جديدة عقلانية ومنفتحة. ولا بد من تغيير في البيئة، في الحقل، في الجماعة بأسرها داخل مجتمعها . ولا بد من المجتمع الصالح الذي يوفر لتلك الذات إعادة شعورها بجسمها، بأن بدنها هو هي، وأنها وبدنها واحد. إنه ذلك المجتمع الذي لا تفرض فيه الأنا العليا الهرمة نظرتها إلى البدن.

علـــي زيـــور / بيروت، لبنـــان – عـــن **"التحليـــل النفســـي للذات العربيـــة "**

بهذا **العـدد التـاسع** تدخل **المجلة الإلكترونية للشبكة** عامها الثالث، آملين تجاوز نقائص، تطورا نحو الأفضل، إن ما تحقق في سنتين وبإمكانات جد متواضعة، إنجاز يحسب لكل من ساهم في تأسيس هذا العمل وإثرائه، رغم أنه مازالت تفصلنا مساحة ممتدة بين ما نأمل تحقيقه وما تحقق، بين تأسيس بوابة إلكترونية جامعة للأطباء والأخصائيين العرب مقيمين ومغتربين وما وصلنا إليه، بين إرساء قواعد مدرسة تبرز خصائص الممارسة العربية للعلوم النفسية وما أدركناه من ملامح مازالت جنينية، بين نحت المصطلح النفسي العربي "المرتبك" على مستوى مراكز الأبحاث والمحاولات الفردية هنا وهناك، بين العمل العلمعربي الأكاديمي المشترك والتعاون المتعثر، بين تأسيس موسوعة الشخصية العربية ودراسات مبعثرة هنا وهناك. قد نكون بعيدين عن هذه الطموحات، ولكن هل المطلوب هذا أو بعض من هذا؟ أليس من باب التضخيم أن نزمع تحقيق كل هذه الأهداف؟ إن ما نصبو إليه لا يعدو أن يكون خطوة في مسيرة الألف خطوة، هذه المسيرة التي بدأت مع جيل الرواد انطلاقا من إسماعيل قباني، أحمد عزت راجح، عبد العزيز القوصي، سليمان نجاتي، عبد العزيز عسكر، مصطفى زيور (مصر)، جميل صليبا، فاخر عاقل (سورية)، محمد سلطان وسليم عمار (تونس) مرورا بعلي زيور، محمد أحمد النابلسي (لبنان) وصولا إلى أحمد عكاشة ويحي الرخاوي (مصر).

حسبنا بهذا المشروع العلمي السعي للمساهمة

في دفع مسيرة العلوم النفسية في أوطاننا حتى تتبوأ مكانة تسمح بإحداث نقلة نوعية لصحة نفسية متردية، وصولا إلى لياقة نفسية تسمح بمشاركة فعّالة في تحقيق نهضة آن أوانها وحفضا لذواتنا من الاندثار والتلاشي، في زمن عولمة متأمركة ملغية الآخر ومهمشة له.

إن تردي الوضع النفسي يدخل ضمن إطار تردي الوضع العربي على جميع مستوياته، إنا لم نصل إلى ما نحن عليه من هوان لو لم يتقوقع الفكر العربي على ذاته، مكتفيا بثقافة "العنعنة" التي أربكت إبداعه وانطلاقته وهمشت واقعه على حساب تضخيم مرضي لماض نحن في حاجة إلى إعادة قراءته وغربلته من شوائب أعاقت نهضتنا، علّنا نساهم في رأب صدع نرجسية متضخمة منحرجة، لقد حفر الزمان على الذات العربية أخاديد عميقة شرختها فأفقدتها ملامحها وخصائصها ومميزاتها وأعاقت نموها عند مرحلة معينة، متمسكة بعقدة التشبيث، رافضة كل محاولة للانعتاق والتجاوز كأن الزمن في المفهوم العربي غير فعال، فهو لا يدور إلى الأمام وصوب الجديد، إن العلاقة بين الزمن والأنا العربية علاقة غير سوية[1]، فالأنا تتشبث بنهضة داخله وتقدسها وترفض الانخراط والتطور مادامت تحن إلى الرحم، وتحلم بالعودة إلى حيث المثل الأعلى. إن الذي تضطرب نظرته للزمن تهزل شخصيته، وتتصلب مواقفه الاجتماعية، فيقدم الحلول المسبقة، ويرفض التكيف، ويفقد المرونة. ذلك هو المريض النفسي. وتلك هي الذات العربية في تصلبها، في جمود نظرتها للمواقف الجديدة، في ترددها في أخذ الحلول الجذرية للتكيف مع الواقع العالمي و نداءات العقلانية والديموقراطية والمجتمعية وما إليها[2].

يأتي هذا العدد متأخرا عن موعد صدوره (مرة أخرى) كأن لعنة الزمن تلاحقنا، فلا نحن أدركنا الدقة والصرامة في التعامل معه ولا أدرك مجتمعنا أن الكل واحد والواحد كل، وأن الفرد لا يعد أن يكون حلقة في سلسلة ممتدة وأن سعيه في تجاوز الزمن السكوني غير كاف ما لم تسعه بقية الحلقات، وستبقى علاقتنا بالزمن غير سوية من الوجهة النفسية ما لم ندرك أن الزمن وسيلة تغيير وإعادة بناء، إنه حقل تزرع فيه الذات التي تتجاوز أخطاءها، وتتمثل تاريخها، وتغسل ذنوبها لتأخذ معنى جديدا[3]، إنه قدرنا أن نسبح ضد تيار استحكم واستوطن، آملين أن نكون بإصرارنا مواصلة الإصدار والمسيرة إضاءة شمعة نمزق بها سواد ليل حالك.

أبـــواب العـــدد التاســـع... قـــراءة سريعـــة

الملـف: "العـــلاج النفســـي فـــي البيئـــة العربيـــة"

▪ يأتي موضوع ملف هذا العدد حول **"العلاج النفسي في البيئة العربية"** في محاولة أن يستوطن العلاجنفسي مكانة بين الطرق العلاجية الأخرى لما يقدمه من خدمات جليلة تعزز تصالح الفرد مع ذاته ومع مجتمعه وترفع مستوى لياقته النفسية.

▪ إنه رغم تعدد مدارس العلاج النفسي ونتائجه الإيجابية، مازلنا نفتقد في مجتمعاتنا هذا النوع من العلاج، خاصة أمام محدودية فعالية العلاج الدوائي الطبنفسي في بعض الحالات، وإنه في غياب أخصائيي العلاج النفسي لمثل هذه الحالات تصدى لعلاج هؤلاء المرضى النفسانيين المشعوذون والدجالون. إن تضخيم أهمية العلاج الدوائي النفسصيدلاني ساهم في تدني العلاقة العلاجية بين الطبيب والمعالج لينحصر دوره في وصفة دواء قد لا تمثل الاستجابة العلاجية المثلى، إن الحاجة إلى نوع آخر من الإنصات، نوع آخر من الرعاية ومن الاهتمام ضرورة في مثل هذه الحالات، إن لشركات الأدوية العملاقة دورا لا يخفى في برمجة العقول وتضخيم دور الكيمياء في المداواة النفسية. قد لا ينكر أحد أهمية العلاج الدوائي في رعاية المرضى النفسانيين، أما أن تقتصر الرعاية على الأدوية النفسصيدلانية دون غيرها فهذا غبط لحق الإنسان في نوع آخر من العلاج، قد يشكل المخرج الحقيقي لاضطرابه وأزمته النفسية.

▪ نستهل الملف **"بمدخل تشخيصي علاجنفسي متعدد المحاور لاضطراب الشخصية"** لـ**عبد الستار إبراهيم** (مصر) بين فيه أن اضطرابات الشخصية تنقسم إلى ثلاثة مجموعات، الأولى يتسم أصحابها بالبرود والغرابة والشكوك، تضم الشخصيات الاضطهادية، الفصاموية، المعادية للجميع. الثانية يتميز أصحابها بالانفعالية والتقلب الوجداني وتضم الشخصيات الحدية، الهستيرية، النرجسية. أما الثالثة فيسيطر على أصحابها القلق، والخوف وتشمل الشخصيات التجنبية، الاعتمادية، الوسواسية، كما يعرض الباحث لمعايير تشخيص هذه الاضطرابات وفقا لنظرية المحاور المتعددة التي تحدد ثلاثة معايير لعملية التشخيص والعلاج متمثلة في أساليب التفكير، المعتقدات الشخصية، المشاعر والانفعالات والمهارات الاجتماعية. تكون أول خطوات العلاج في بناء علاقات تواصل فعالة بالمريض وتحقيق التطابق في الأهداف العلاجية والاتفاق عليها، من ذلك أن نجاح العلاج النفسي يحتاج لمحاور متعددة تشمل أولا وجود معالج يخلق ويؤكد رابطة علاجية تتميز بالاهتمام والاحترام مع إيمان عميق بإمكانية الشفاء، ثانيا للاستفادة من العلاج النفسي. في نهاية البحث يخلص الباحث بشيء من التفصيل إلى عرض مسار العملية العلاجية من خلال صياغة المشكلة المحورية، تحديد أهداف العلاج، اختيار الأساليب العلاجية الملائمة وإلى تبيان

فنيات العلاج المستخدمة مع مختلف الفئات منها العلاج المعرفي، تدريب السلوك الاجتماعي والمهارات التفاعلية.

■ البحث الثاني لهذا الملف لـ**منى فياض** (لبنان) عن **"الأخصائي النفسي وإن كان ضرورة اجتماعية في بيئتنا العربية أو هو عمل من لا عمل له"**، مستهلة بحثها برسم صورة الأخصائي النفسي لدى عامة الناس من خلال استمارة تم تطبيقها من طرف طلبة علم النفس على عينة من الناس العاديين خلصت إلى استنتاجات عدة أهمها: أن زيارة الطبيب النفسي أمر غير طبيعي في المجتمع اللبناني، أن العديد من الأشخاص يترددون على الروحاني، تأكيد أهمية تواجد الأخصائي النفسي في المدرسة وليس في باقي المؤسسات، أن الروحاني ملم بمجال معالجة الأمراض الروحانية التي لا تتعلق بمجال الأمراض النفسية وأخيرا ثقة بالأخصائي النفساني وسعي أن يكون في مرتبة الصديق أو القريب.

■ بعد هذه الدراسة الميدانية ننتقل إلى بحث **خولة أبو بكر** (الناصرة / فلسطين المحتلة) حول **"زنا المحارم في البيئة العربية"** لترفع الستار على المستور، من خلال عرض مشكلة "زنا المحارم" أو "سفاح القربى" وانعكاساته النفسية المدمرة على مستوى تقدير الذات، صورة الجسد والموقف من الجسد وممارسته، مؤكدة في بداية بحثها أن جريمة سفاح المحارم تحصل في جميع المجتمعات وأن الظاهرة طويلة العهد ورافقت تطور الحضارة الإنسانية، مع ميل معظم المجتمعات للتعتيم، إلى أن تمكنت الدراسات النسوية من المساهمة في فك صمت الضحايا وتثقيفهم ولفت نظرهم إلى الإساءة التي حصلت في حقهم وإلى تشجيعهم للتوجه للعلاج أو للقانون أو للاثنين معا، إلا أن هذه الدراسات نادرة في مجتمعنا العربي للتحفظ حول دراسة الجنس واعتبار ما يدور حوله يعيب الباحث والمبحوث. ركزت الباحثة من خلال عرض حالة "وردة" على أهمية عدم إنهاء العلاج قبل أن تصل الضحية لترتيب صحي وبنّاء مع جسدها وإعادة بناء علاقة إيجابية مع موضوع الجنس وما لأهمية تقديم شكوى بحق الجاني ومحاسبته أمام القضاء كوسيلة لمواجهة الحاضر هذا إلى جانب التدريب على تعزيز قدرات حاجة الذات والمدافعة عنها، إلا أن "وردة" قررت عدم مواجهة جسدها وعدم مواجهة والدها وكانت قوية بهذين القرارين وما كان على العلاج إلا أن يحترم خيارها ويوافق على عدم التحرش الإضافي في أجهزتها الدفاعية أو في خبايا عقلها اللاوعي.

■ البحث الرابع عن **"السيكودراما"** كتجربة رائدة في العلاج النفسي (يقوم بها مركز فاصل للطب النفسي منذ 2001). قدمها صاحب التجربة **خليل فاضل خليل** (مصر) من خلال بحثه في الموضوع الذي استهله بتعريفه على أنه إحدى طرق العلاج النفسي ويستخدم طرقا تعتمد على "الطاقة الإبداعية" داخل مجموعة لتحقيق عملية " التشافي" و"التغيير" بالاعتماد على المساندة، التشجيع والديناميكية (الحركة الدائمة) ويتحرك أبعد من مجرد عملية الفحص والعلاج التقليدي. تقدم العملية سبيلا إبداعيا بعيدا عن الروشتات، الملفات، النظريات، المعتقدات الجاهزة، مركزا على الروابط اللاشعورية مع الماضي، والإحساس الواعي بالإجابات التي تظهر مع الحياة بكل قوة إبداعها.

■ شاركنا أيضا هذا الملف من فلسطين كل من **زياد بركات** و**كفاح حسن** بدراسة **"الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه"** لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين، من خلال تطبيق "مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه" وقد خلصت الدراسة إلى أن أغلبية الطلبة أظهروا اتجاهاً إيجابيا نحو المرض والعلاج النفسي حيث أظهر ما نسبته (75,9%) ميلاً موجباً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته (24,1%) ميلاً سالباً نحو ذلك، وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية وهندسية وصيدلة، وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر وذلك لصالح الطلاب صغار العمر وعدم وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري.

■ من مسقط (سلطنة عمان) شاركنا كل من **علي عبد جاسم الزاملي** و**علي مهدي كاظم** بدراسة عن **"سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة واستراتيجيات التعامل معهم"** تضمنت عرضا للخصائص السيكولوجية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام مع التركيز على الإعاقات الأكثر ظهوراً بين الأطفال سواء قبل المرحلة الابتدائية أو بعدها. وبالتحديد ثلاثة من أهم الإعاقات وهي (الإعاقة العقلية، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية)، مستعرضين مختلف الاستراتيجيات والأساليب التربوية لهذه الشريحة التي تستحق كل رعاية واهتمام، على اعتبار أنهم من الشرائح الاجتماعية الواجب رعايتها والاستفادة منها في إطار التنمية الاجتماعية والاقتصادية التي تتطلع لها المجتمعات البشرية.

■ كما نعرض في الملف دراسة **عمر هارون الخليفة** (السودان/اليابان) عن **"البيمارستانات العربية"**

في قراءة تاريخية للمشافي النفسية العربية التي تعتبر أهم المؤسسات في تاريخ الحضارة العربية الإسلامية، وقد كانت وضعية البيمارستانات للمرضى العقليين ممتازة مقارنة بأوضاع المرضى النفسانيين في أوروبا المسيحية، حيث كانوا يحرقون ويلقون بالسلاسل في الأقبية المظلمة حتى الموت أو يوضعون في السجن أو برج المجانين في حين كان يراعى البعد السيكولوجي المعماري عند بناء البيمارستانات من حيث ملائمة المبنى للظروف الخاصة بالعلاج النفسي مثل تهيئة البرك والحياة الخارجية والنوافير والحمامات وبناء الحدائق والاهتمام بالتزهير ومراعاة الهدوء المكاني، كما كان للبيمارستان دورا هاما في التدريب على العلاج النفسي وكانت تجرى فيه المقابلات والاختبارات الطبية والسيكولوجية لاختبار كفاءة الأطباء.

■ من تونس شاركنا **رياض بن رجب** بدراسة عن **"التحليل النفسي في الجامعة: التجربة التونسية"** طارحا إشكالية تدريس التحليل النفسي وإلى من يعود التكوين في هذا الفرع من العلوم، هل إلى الجمعيات النفسية أم الجامعات، مستهلا بحثه بقراءة تاريخية لنشأة جمعيات التحليل النفسي وعلاقتها بالتعليم الجامعي. ليخلص إلى عرض التجربة التونسية من خلال تجربة إدراج سيكودراما التحليلنفسي الفردي والتحليلنفسي في البرنامج التعليمي لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بتونس، مستعرضا عديد المواقف تجاه هذه المبادرة.

■ من فلسطين قدم **أنور وادي** دراسة عن **"العلاج النفسي للمساجين السياسيين بعد خروجهم من سجون الاحتلال الإسرائيلي"** مشيرا إلى أن حوالي 600 ألف فلسطيني تعرض للسجن من طرف المحتل الإسرائيلي على مدى ثلاثين سنة منهم 175 000 أثناء الانتفاضة الأولى، وكان معظمهم قد عانى أنواعا متعددة من التعذيب. وفي محاولة لتقديم الدعم والعلاج النفسي لهؤلاء عمل الباحث من خلال معالجة عديد الروابط العائلية، الجماعية، المجتمعية، المحافظة على الهوية وإعطاء معنى وهدف للحياة، حيث من الصعوبة بمكان المحافظة على معنى التواصل وتأكيد معنى الهوية في ظل تفكك هذه الروابط، خاصة وأنه إلى جانب المعانات النفسية والجسمية نجد السجين السابق يجابه مشاكل اقتصادية واجتماعية وثقافية جديدة. وقد تمثلت المهمة العلاجية في توفير مناخ يجد فيه المتعالج معنى لشبكة علاقاته السابقة وتطويرها لاحقا، الأمر الذي يتطلب من المعالج إضافة إلى فهم الثقافة والكفاءة المهنية، مستوى إنساني راق، موظفا نظرياته العلمية لخدمة حقوق الإنسان والقيم الإنسانية العليا. إن عملية التوقيف والتعذيب وإطلاق السراح تؤدي إلى الصدمة بمستويات متعددة، فهي انتهاك على المستوى الشخصي، وعلى المستوى العائلي (خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يتعرف بهم ويعطون معنى لحياته)، حيث أن الصدمة في المجتمع الفلسطيني يتقاسمها الجميع والجميع يتعاون لتقديم العون إلى الآخرين، داعيا الباحث في نهاية دراسته إلى مساندة المعالجين الفلسطينيين، الذين تقاسموا صدمات أصابت الجميع.

■ نختم هذا الملف بمقالة **نعمان الغرايبة** (أمريكا/الأردن) عن **"الآثار الجانبية والاضطراب الطبابي المنشأ للعلاجنفسي"** مبينا أنه كما للعلاج الدوائي أثارا جانبية مؤقتة، واضطرابات دوائية المنشأ نهائية، فإن للعلاج النفسي آثاره الجانبية المؤقتة وقد يحدث أيضا اضطرابات طبابية المنشأ لا تختفي بانتهاء العلاج، فهي وإن كانت في المعالجة الدوائية مرتبطة بنوعية الدواء ومقادير الجرعات فهي في العلاجنفسي مرتبطة بنوعية هذا العلاج وكفاءة المعالج، من ذلك أنه بقدر ما ترقى كفاءة المعالج بقدر ما تتدنى نسبة الآثار الجانبية والاضطرابات الطبابية المنشأ وترتفع هذه النسبة بقدر ما تتدنى كفاءة المعالج النفسي.

أبحـــاث ومقـــالات أصيلـــة

■ نستهل هذا الباب ببحث أصيل لـ**بشير معمرية** (الجزائر) عن **"تصميم استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين"** هدف إلى تقنين الاستبيان على عينات من البيئة الجزائرية. تأتي أهمية هذه الدراسة من الحاجة الملحة إلى تصميم استبيان لقياس الخصائص النفسية، نظرا للصعوبة التي يجدها الباحث بسبب ندرته مما جعله يلجأ إلى استخدام استبيانات تم تقنينها على مجتمعات أخرى والذي من شأنه أن يجعل نتائج البحوث لا تعبر بصدق عن خصوصيات العينات التي تم دراستها. يتكون الاستبيان في نسخته النهائية من 30 بندا تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي، وقد تكونت العينة من 966 فردا تم تقسيمها على عينتين فرعيتين وفقا للعمر (18-25 سنة و26-37 سنة)، تبين من القيم المستخرجة للاستبيان لحساب شروطه السيكومترية (الصدق والثبات) أنه أداة قابلة للاستخدام لتحديد الأبعاد الثلاثة لقياس الشعور باليأس: الاتجاه السلبي نحو الذات، الاتجاه السلبي نحو الماضي، الاتجاه السلبي نحو المستقبل. وهو قابل للتطبيق بصورة جماعية وفردية ويستعمل خاصة من أجل التنبؤ باحتمال إقبال المفحوص على الانتحار.

■ في المقالة الثانية نواصل مع **يحي الرخاوي** (مصر) قراءته لـ**"الإنسان"** عن الفطرة التي تتضح ملامحها من الصراط المستقيم الذي نطلب من الله تعالى أن يهدينا إليه في كل قراءة فاتحة وكيف أن من يشذ عن الصراط المتناغم مع الجميع في الكون إلى الله يصبح مثل النيزك الضال إذ ينفصل عن أصله، نشازا شاردا، لم يعد يمثل

تلك النغمة الإيمانية التي تشترك في عزف لحن الإيمان الكلي إلى وجهه تعالى.

▪ البحث الثالث في هذا الباب لـ**عمر هارون الخليفة** (السودان / اليابان) عن **"ذكاء الأطفال في اليابان والسودان"** بين فيه من خلال مقارنة ذكاء الأطفال اليابانيين والسودانيين، تفوّق الأطفال في السودان في الاختبارات اللفظية والشفاهية والسماعية في حين تفوق اليابانيون في الاختبارات العلمية والحركية والبصرية والإدراكية ملاحظا تميز الأطفال في اليابان بحس عال في كيفية استخدام عيونهم الصغيرة وأياديهم الماهرة، فضلا عن ذلك يتميزون بقدرة عالية في قراءة وتصميم الخرائط بينما تقل هذه المهارة بالنسبة للطفل في السودان وربما يعود ذلك لفقر التدريب والممارسة والإجراءات. ربما يمكن القول بأن القدرات اللفظية تدرس في المدرسة بينما تعتمد القدرات البصرية- الحركية على التدريب المستمر في الحياة عموما. فهل تركز المدرسة السودانية على آليات الحفظ والتكرار والمشافهة أكثر من المدرسة اليابانية التي لاتعير انتباها لهذه القدرات. في تقدير الباحث، سوف يظل الطفل السوداني في حالة من الفقر في عملية التآزر البصري- الحركي - المكاني ما لم تتم عملية تدريب صارم في مرحلة مبكرة من العمر. ولحد كبير ترتبط المهارة في الصناعة والرياضة والتصميم والاختراع بعملية التآزر هذه. السؤال كيف يمكننا في السودان (خاصة في مدارس الأطفال الموهوبين) تدريب الأطفال على تجويد عملية التآزر البصري المكاني الحركي. يمكن القول أن الثقافة العربية هي ثقافة شفهية ولفظية وسماعية في حين أن الثقافة اليابانية هي ثقافة بصرية وشكلية وإدراكية حركية وهي ثقافة **"أنثى"** للدور الكبير الذي تلعبه الأم في حين أن الثقافة السودانية (العربية) **"ذكر"** يلعب الأب فيه دورا كبيرا. ليخلص الباحث في نهاية دراسته إلى تقديم تعريف بمشروع **"طائر السمبر"** للكشف عن الأطفال الموهوبين في السودان.

▪ من العراق قدم لنا **قاسم حسين صالح** دراسة عن **"التحليل النفسي لثقافة الإرهاب"** معرفا **"الإرهاب"** لغة على أنه إخافة الطرف الآخر في النزاع أو الصراع ولا يعني فعل إيقاع الأذى به، بمعنى أنه أقرب إلى الإنذار الذي يسبق الفعل ليحذر الخصم، في حين أن **"الإرعاب"** يتضمن ترويع الناس وإشاعة الذعر بينهم وهو ما شاع استعماله اصطلاحا على أنه "إرهاب"، فالإنسان لا يولد إرهابيا إنما تصنعه المؤسسات الاجتماعية (الأسرة، النظام التربوي، السلطة)، فالإرهابي عصابي، فقد المرونة في التعامل مع الأحداث ولا يجد إلا حلا واحدا قسريا لكل قضية تسيطر عليه، يجعله حرونا عنيدا حتى لو كان فيه فناؤه، مبينا أن المنحرفين والمجرمين والمتمردين يأتون من الأطفال الذين عاشوا خبرات العقاب الجسدي والترهيب والتهديد والقهر النفسي والازدراء والتخجيل والسخرية والتهكم، فالذي احتقر في صغره وكان موضوعا للسخرية والقمع النفسي يتشكل لديه أسلوب عصابي في التعامل مع الآخرين يدفعه إلى رد الاعتبار لنفسه وإعلاء صوت الأنا من خلال النيل ممن يتخذه ضحية من هؤلاء الآخرين وبتكرار الضحايا يتضخم الأنا إلى أن يكون بصورة البطل في ذهن صاحبه العصابي بلا حدود.

▪ نختم هذا الباب بمقالات موجزة لكل من **يحي الرخاوي** (مصر)، **محمد أحمد النابلسي** (لبنان)، **أحمد لطيف جاسم** (العراق)، **قدري حفني** (مصر)، **سهام بلعارف** (الجزائر)، **فارس كمال نظمي** (العراق)، **عادل صادق جبوري** (العراق)، **خليل فاضل خليل** (مصر) **طارق الكبيسي** (انكلترا) عن **"التكامل المعرفي"**، **"العلاج النفسي لأطفال الانتفاضة"**، **"العلاجنفسي بالتدريب على المهارات الاجتماعية"**، **"دعوة إلى احترام العقائد"**، **"نظرية بيارمارتي"**، **"البيئة العراقية والكرب النفسي"**، **"سيكولوجية ثقافة الطابور"**، **"نحو مفهوم جديد للعلاج النفسي"** و **"دور التدخل الطبنفسي المبكر في خفض اضطراب الشدة التالي للصدمة"**.

وثائـــــق نفسيـــــة

▪ نعرض في هذا الباب وثيقة برنامج **الجمعية العالمية للطب النفسي لمكافحة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام** في نسخته العربية. تأسس هذا البرنامج للقضاء على الخرافات وسوء الفهم الذي أحيط بمرض الفصام، حيث تخلق الوصمة دائرة مغلقة من العزلة والتمييز مما تؤدي بالمريض إلى العزلة النفسية، عدم المقدرة على العمل، استعمال المخدرات والمسكرات، التشرد، أو الإقامة لمدد طويلة داخل مؤسسات مما يقلص فرص الشفاء. يحارب البرنامج التحيز في كل مسارات الحياة لأن هذا التحيز يقلل من كفاءة حياة المرضى بالفصام وعائلاتهم كما يحرمهم من الحياة معنا. صمم برنامج الجمعية العالمية للطب النفسي لزيادة الوعي والمعرفة بطبيعة مرض الفصام وكافة أنواع العلاج المتاحة، لتحسين مواقف العامة من المصابين أو الذين أصيبوا من قبل وعائلاتهم ولاتخاذ إجراءات لمنع التمييز والتحيز ضد هؤلاء المرضى.

مراجعـــة كتـــب

▪ نعرض في بداية هذا الباب أول إصدارات **سلسلة الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية**،

"في بيتنا مريض نفسي" للبروفسور الراحل **عادل صادق** وقد حرصنا أن يكون أول إصدارات هذه السلسلة للراحل اعترافا لما قدمه من خدمات جليلة على مستوى الاختصاص وتكريما لروحه الطاهرة (تكرم الابن البار **هشام صادق** ترشيح هذا الإصدار ومدنا نسخة منه). يعتبر الكتاب مرجعا لكل أسرة ولكل فرد ابتلى أحد معارفه وأصدقائه " بالاضطراب النفسي"، مقدما لهم خدمات جليلة في كيفية التعامل مع هؤلاء المرضى من خلال فهم عديد الاضطرابات النفسية، وكان قد أهدى الأستاذ الراحل هذا الكتاب إلى كل إنسان يعيش في بيت واحد مع مريض نفسي، إلى كل إنسان يعيش في بيت واحد مع مريض عقلي، إلى كل قلب يتألم من أجل عزيز أصابه المرض، إلى كل عقل يريد أن يفهم ليساعد عزيزا أصابه المرض وما أقساه من مرض. رحم الله **عادل صادق** رحمة واسعة، وأسكنه فراديس جنانه، سنبقى مقدرين مسيرته، مكبرين عطاءه العلمي آملين أن يواصل الخلف رسالة سلف أضاؤوا عتمة ليلنا العربي بنور علومهم.

▪ كما نعرض آخر إصدارات **عدنان حب الله** (لبنان) عن **"الصدمة النفسية: أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية"**. يأتي هذا الكتاب في الزمن الأفضل لإنساننا العربي الذي تتوالى عليه الصدمات الواحدة تلوى الأخرى، إن الواقع الصدمي ما إن يدخل فجأة إلى الحقل الذاتي، حتى يخلق تغييرات في ترتيب السلسة الدلالية، لا تستطيع الذات بعد، البقاء في المكان الذي قبعت فيه من قبل، فهي مضطرة إلى تقديم قراءة جديدة لتاريخها وعلاقاتها بالعالم. إن الفرضية التي يدعو لها المؤلف هي فرضية السببية الصدمية وأثرها في الجهاز النفسي، وأن هذا يستدعي عملا علاجيا يتبدى ضروريا لمساعدة الذات على استيعاب الدال الجديد ضمن السلسلة الدلالية، وعلى تمكينه بالتالي من التكيف في مواجهة العالم.

▪ نعرض في خاتمة هذا الباب إصدار **مروان دويري** (فلسطين) عن **"الاستشارة والعلاج النفسي عند العرب والمسلمين: مقاربة ثقافية"** مفصلا فيه خلاصة خبرة علاجية امتدت على مدى خمس وعشرين سنة من العلاج النفسي والممارسة في البيئة العربية وأمريكا (المغتربين العرب). جاء الكتاب في ثلاثة أجزاء: تناول جزؤه الأول الإرث النفسثقافي، جزؤه الثاني التطور النفسي والاجتماعي للشخصية داخل الجماعات، وجزؤه الثالث الممارسة الميدانية مع المعايدين العرب والمسلمين في الولايات المتحدة.

مؤتمـــــرات العلـــوم النفسيـــة

▪ نستهل هذا الباب بعرض برنامج ملتقيات **جمعية التحليل النفسي المغربية** حول **"مقاربات فينيكوت"** كمدخل لفهم نظرية التحليلنفسي لهذه المحللة النفسانية من خلال تسليط بعض الأضواء على المظاهر النظرية والسريرية لفكرها النفستحليلي الذي يبدو معقدا في ظاهره. تنعقد هذه الملتقيات في أربع تظاهرات تتمحور كل واحدة على إحدى فرضيات فينيكوت.

▪ كما نعرض لبرنامج **"اليوم الثاني للأطباء الجامعيين بتونس"** حول: **"حدود الثناقطبية"** الذي يتناول بالبحث الأسس البيولوجية والتطبيقية للثناقطبية مع مقاربة تشخيص تفريقية لهذا الاضطراب مقارنة بالفصام الوجداني، القلق النفسي، المزاج الوجداني واضطرابات الشخصية.

▪ المؤتمر الثالث في هذا الباب نعرض فيه برنامج **"الملتقى الثاني للجمعية البريطانية العربية للطب النفسي"** (البحرين) والذي اهتم بعدة مواضيع أهمها: الصحة النفسية ورعاية الفلسطينيين في ظلال الاحتلال، إعادة تأهيل الصحة النفسية في العراق، الاغتراب والتأقلم والصحة النفسية، الروحانية في الممارسة الطبنفسية والمداخلات النفسعلاجية، الصدمة النفسية والاضطرابات التابعة لها إضافة إلى مجموعة أخرى من المداخلات تتعلق باضطرابات الفصام، القلق، الوجدان، الرهاب والوساوس.

▪ نعرض أيضا برنامج **"مؤتمر الإرشاد في الدول العربية"** (الإمارات) الذي ينعقد تحت شعار **"نمضي قدما لنصنع المستقبل"**، متناولا بالبحث المحاور التالية: الابتكار في ممارسة مهنة الإرشاد، طرق وأدوات التقييم، معايير ممارسة مهنة الإرشاد، العناية الذاتية لمحترفي المهنة، النماذج الدولية وأنظمة ممارسة الإرشاد وتطوير الإرشاد الشخصي والمهني للمؤسسات.

▪ المؤتمر الخامس في هذا الباب نقدم فيه برنامج **اتحاد الأطباء النفسانيين الخواص الناطقين بالفرنسية** (ألفابسي) بالاشتراك مع الجمعية التونسية للأطباء النفسانيين بالممارسة الحرة حول **"العلاقة العلاجية والأدوية في الطب النفسي"** (تونس).

▪ نعرض أيضا البرنامج المفصل لـ**"المؤتمر العالمي التاسع عشر للعلاج النفسي"** (ماليزيا) حول **"العلاج النفسي في عصر البيولوجيا"** الذي ينظمه **الاتحاد الدولي للعلاج النفسي** بالاشتراك مع **الجمعية الماليزية للطب النفسي** متناولا بالبحث مواضيع عدة أهمها: العلاج النفسي العائلي، الجماعي، الزوجي، الدينامي، سوء استعمال المواد، التعب المزمن، الجندر والمرأة، الألم، المشاكل الجسدية، العنف، ضحايا اضطرابات الشدة، إضافة إلى مواضيع أخرى متفرقة.

▪ كما تنظم **"الجمعية المغربية للتحليل النفسي"** ملتقى حول **" الاختلاف الجنسي"** لمجموعة المحللين

الناطقين بالعربية (المغرب).

▪ نختم هذا العرض المفصل للمؤتمرات بـ**"المؤتمر الإفريقي الخاص للعلاج النفسي"** الذي ينظمه **"المجلس العالمي للعلاج النفسي"** بالاشتراك مع **"الجمعية المغربية للتحليل النفسي"** حول موضوع **"الهجرة، الصحة العقلية، العلاجنفسي والثقافة"** (المغرب) والذي يبحث مواضيع تتعلق بالهجرة، الصحة النفسية، العلاج النفسي، التحليلنفسي، الإدماج، التربية، التشريع، الرعاية التقليدية، العقيدة والدين والشفاء، وأخيرا نعرض **"أجندة المؤتمرات العالمية في الطب النفسي وعلم النفس لربيع 2006"**.

أبـــواب أخـــرى

▪ في ما بقي من أبواب نعرض في باب **مراجعة مجلات**، ملخصات العدد الثاني من المجلد السادس عشر (نوفمبر 2005) لـ **"المجلة العربية للطب النفسي"** التي يصدرها اتحاد الأطباء النفسانيين العرب. وملخصات العدد الرابع والستون (أكتوبر 2005) من **"الثقافة النفسية المتخصصة"**، الذي يصدرها مركز الدراسات النفسية والنفسدية بلبنان.

▪ في باب **جمعيات نفسية** نقدم تعريفا **بالمعهد الأعلى للطب النفسي بطهران، بالمعهد الأعلى لتطوير الأبحاث والرعاية الطبنفسية** (لبنان) **وبالجمعية التونسية للأبحاث في الثناقطبية.** أما في **مستجدات الطب النفسي** فنعرض للجزء الأول من ملخصات أبحاث مجلة **"الطب النفسي وعلم النفس السريري"**، ونختم هذه الأبواب **بمعجم العلوم النفسية** بداية بالإصدار العربي (تتمة مصطلحات حرف"أ" وبداية حرف "ب") والإصدار الإنكليزي (بداية مصطلحات حرف "C") وأخيرا الإصدار الفرنسي (بعض مصطلحات حرف "G").

إلـــى أن نلتقـــي

تميزت الثلاثية الأولى لسنة 2006 بإعلان لجنة أمناء **"جائزة مصطفى زيور للعلوم النفسي"** (مركز الدراسات النفسية والنفسدية - لبنان)، فوز **البروفسور يحي الرخاوي** بجائزتها لسنة 2005، التي تعد أرقى الجوائز العربية في ميدانها، وإني إذ أتقدم للبروفسور الرخاوي بأحر التهاني أن ناله هذا الشرف، أتقدم أيضا بالتهاني إلى لجنة أمناء الجائزة أن وشح سجلها باسم هذا العالم العربي مضافا إلى نخبة من أبرز وجوه الاختصاص في الوطن العربي. لقد كنت دوما أعتقد أن القيمة الحقيقية لأي جائزة إنما تقاس بقيمة الشخصيات العلمية التي أسندت إليها، إن إسناد هذه الجائزة إلى شخصيات من قيمة الرخاوي وحفني والزراد وعبد الخالق والسنديوني والنجاتي والتكريتي وغيرهم من الرواد، إنما يعزز القيمة الرمزية العليا لهذه الجائزة. لقد استحق الرخاوي هذه الجائزة بامتياز، وأقر أنها وصلته متأخرة لاعتقادي كأحد أفراد أسرة أمناء الجائزة، أنه كان أبرز مستحقيها من زمان، لقيمته العلمية وأعماله ونظرياته وفلسفته التي تجاوزت الاختصاص إلى الإنسان في سعيه التطوري، إنه منارة في زمن البخس والتشيء. علنا بهذا التكريم نساهم ولو بجزء يسير في إيفاء الرجل حقه علينا لما قدمه على مدى نصف قرن للعلوم النفسية وللإنسان عامة من فكر أصيل تجاوز نفعه الإنسان العربي إلى الإنسان العالمي. كما لا يفوتني رفع تحية تقدير إلى رئيس لجنة أمناء الجائزة محمد أحمد النابلسي وإلى جميع الأمناء لهذه اللفتة الكريمة ولهذا الإسناد الموفق.

وإلى أن نلتقي في افتتاحية العدد القادم، يسعدني دعوتكم مشاركتنا إثراء موضوع الملف الرئيسي للعدد العاشر من المجلة حول **"الصحة النفسية للمرأة العربية وصراعات الحداثة"** آملين تجاوز تأخير صدورها في الأعداد القادمة.

وعليكـــم السلام...

(1) – (2) – (3) : علـــي زيـــور / بيروت، لبنان ،التحليل النفســي للذات العربيــة

مدخل تشـخيصي- علاجنفســي متعدد المحـــاور لاضطرابـــات الشـخـصيـــة*

أ. د. عبد الستار إبراهيم[1] – علـــم النفـــس – القاهـــرة، مصـــر

sattar99@yahoo.com - drsattaribrahim@yahoo.com

اضطرابات الشخصية أنواع وأنماط- الخصائص والعلامات التشخيصية- معايير تشخيص اضطرابات الشخصية وفقا لنظرية المحاور المتعددة- نظرية المحاور المتعددة- المحاور المتعددة الثلاثة في علاج اضطرابات الشخصية- العلاقة العلاجية بمرضي اضطرابات الشخصية- بناء علاقات تواصل فعالة- علاقات تواصل خاطئة معوقة للعلاج- بناء أهداف علاجية متعددة المحاور- مسار العملية العلاجية- فنيات العلاج المتعدد المحاور- استراتيجيات علاجية حسب نوعية الاضطراب.

لعلي لا أحتاج كثيرا من الجهد لتعريفكم بمفهوم اضطراب الشخصية فلا شك أن أي منكم قد تعرف على عدد من الأفراد أو تعامل مع بعض جوانب من السلوك الشخصي فينا أو في الآخرين ممن تنطبق عليها محكات هذا المفهوم. ومن المؤكد أيضا، اننا تعرفنا من خلال ممارساتنا الإكلينيكية لهذه الطائفة من الأشخاص الذين يتسمون بخصائص وصفات لا نستطيع أن نخضعهم بسببها لفئات التشخيص الطبي-النفسي التقليدية المتعارف عليها وفقا للمحور التشخيصي الأول AXIS I كما وصفه الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM IV)، كما لا يمكن أن نصفهم بأنهم أسوياء يستغنون عما نقدمه لهم من رعاية نفسية.

بعبارة أخرى، أفراد هذه الطائفة من الاضطرابات لا يجوز أن نصفهم بالاضطراب العقلي الذهاني ولا بالاضطرابات الوجدانية المتعارف عليها من قلق أو اكتئاب، ومع ذلك لا يمكن ان يوصفوا بأنهم عاديين أو متزنين على الإطلاق إذا نظرنا لهم من وجهة النظر العامة أو حتى من وجهة نظر الفرد ذاته. لكن فيهم بالرغم من أنهم ليسو بذهانيين ولا بعصابيين الكثير من الخصائص الذهانية والاضطرابات الوجدانية. فبعضهم من الاضطراب الوجداني القلب والانفعالات السريعة المدمرة، والاكتئاب والمخاوف الشديدة، وفيهم من فئات أعراض الذهان التصلب والهواجس والعزلة الشديدة، ويسيئون لأنفسهم وللآخرين من حولهم الإزعاج والتوتر وكثيرا من ألوان التعاسة والمعاناة. ومع كل هذه الخصائص والأعراض المضطربة ينصف بعضهم بالتفوق والذكاء و يظهرون لأول وهلة على أنهم قادرون على تحقيق كثير من المكاسب الاجتماعية والمادية التي قد لا ينجح في تحقيقها هؤلاء الذين تنطبق عليهم صفات المرض العقلي والوجداني.

مفهوم اضطرابات الشخصية إذن منسع في غاية الاتساع. يذكر المشرفون على وضع الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع أن 50% أو أكثر من العينات التي استخدمت في تحرير هذا الدليل كانوا ممن تنطبق عليهم صفات اضطراب الشخصية. ومع ذلك وبالرغم من التفاوت الضخم بين انماطهم ونوعياتهم يمكن أن يشاركوا في بعض الخصائص النفسية والعقلية والسلوكية، يوضحها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية في سنة 1994 في النقاط التالية:

1. التصلب في الإدراك والتفكير في الذات والآخرين بشكل يعرض الفرد للصراعات المتكررة مع بيئته المهنية والاجتماعية.
2. الاضطراب في سلوك الفرد وأساليبه في التوافق مع الآخرين والتفاعل معهم.
3. لا يرتبط ظهور الاضطراب بموقف محدد، بل يظهر في مواقف متعددة ويتكرر ظهوره في سياق العديد من المواقف الشخصية والاجتماعية الهامة.
4. يستمر الفرد لفترات طويلة لا يشعر بالاضطراب، وقد لا يرى الفرد في سلوكه الشخصي والاجتماعي شيئا يشذ عن ممارساته العادية.
5. تتسبب اضطراباتهم في شعور الفرد والمحيطين به- بمن فيهم أفراد أسرته المقربين كالزوجة والأطفال، وزملائه في العمل- في المعاناة والتعاسة.
6. ويغلب أن تبدأ مظاهر اضطرابات الشخصية في فترة المراهقة أو قبل ذلك، وتستمر تلك المظاهر معظم فترة البلوغ، ولو أنها تأخذ في التضاؤل – نسبيا – في منتصف العمر أو الشيخوخة.

I. اضطرابـــات الشخصيـــــة أنـــواع وأنمـــاط

تشتمل اضطرابات الشخصية وفقا للدليل التشخيصي الاحصائي الرابع علي عدد من الاضطرابات من أهمها:

- اضطراب الشخصية الحدية (أو البين بين)
- الاضطرابات الاضطهادية- الهجاسية.
- اضطرابات الشخصية السيكوباثية أو الموجهة ضد المجتمع
- اضطرابات استعراضية (هيستيرية)
- الاضطرابات النرجسية
- اضطرابات ذات طابع اعتمادي
- اضطرابات شخصية انفصامية
- اضطرابات شخصية شبه فصامية
- الاضطرابات التجنبية
- اضطرابات وسواسية- قهرية

ونذكر فيما يلي بعض الخصائص والعلامات التشخيصية بكل منها.

1.1. اضطـراب الشخصيـة الحديـة [2] (أو البين بين)

هناك عدة انواع من اضطرابات الشخصية إلا ان أهمها الاضطرابات الشخصية الحدية أو الهامشية، ويتسم هؤلاء المرضى بالاندفاعية والتقلب الوجداني الشديد المصحوب بنوبات متكررة من الاكتئاب والتهيج والقلق، كما قد يغلب عليهم التقلب والاسراف المادي اوالسقوط في فخ الإدمان والانغماس في ممارسات جنسية غير عادية. ويعاني الشخص المصاب باضطرابات الشخصية الهامشية من شعور مزمن بالملل و عدم تحمل الوحدة لدرجة قد تعرض أفرادا منهم لايذاء النفس أو التلميح بحب اذى النفس كإشارة الى الرغبة في الانتحار أو محاولة انتحار جادة خاصة بين الذكور بنسبة تزيد عن النساء 2- 3 مرات.

ومن المشكلات الأساسية التي تواجه الشخص المصاب باضطرابات الشخصية الهامشية ما يتعلق بتحديد الهوية، إذ يظل الفرد عاجزا عن تحديد هويته ودوره في الحياة لفترات طويلة من العمر يشعر خلالها بالتشوش وعدم الاستقرار النفسي والمهني.

وتتأثر أساليب التفاعل الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية عند الشخص المصاب باضطرابات الشخصية الهامشية فغالباً ما تكون علاقاته بالآخرين حادة ولكنها مغلقة ومقصورة بأشخاص معينين مما يسبب له ولمن يدخل معه في علاقة اجتماعية صعوبة في المحافظة على العلاقات الحميمة مما يزيد من التقلب المزاجي وافتقاد الثقة بالنفس. ونتيجة لأن هذا النمط من العلاقات الاجتماعية المتوترة والحادة لا تجعل الفرد قادرا على الثقة فى الآخرين وعاجزا عن تحقيق علاقات دائمة وسليمة بهم نجده يميل للتلاعب بالآخرين والكذب. وغالباً ما يظهر الشخص المصاب باضطرابات شخصية الهامشية على انه ذكي ولماح، كما يبدو حميماً في علاقته وواثق من نفسه وغالباً ما يحافظ على هذا المظهر لسنوات عددة قبل أن تنهار دفاعاته عند حدوث كارثة شخصية كوفاة احد الوالدين او انفصال من علاقة حميمة كالطلاق أو الانفصال أو انتهاء علاقة بالأصدقاء الحميمين. ونتيجة للإجهاد المتطرف او في الحالات الحادة يمكن ان يتعرض الشخص المصاب باضطرابات شخصية الهامشية إلى نوبات ذهانية قصيرة مع فقدان الاتصال بالواقع.

1.2. الاضطـراب الاضطهـادي [3]

ومن أشكال اضطرابات الشخصية ما يسمى الشخصية الاضطهادية (البارانويدية)، والشخص الاضطهادي شديد الحساسية للرفض، أو لسوء نوايا الآخرين. ولهذا فليس نادرا أن تجد هذا الشخص ميالا للتهجم والعدوان علي الآخرين لمجرد إحساسه بأن الآخرين ينتقدونه أو يضمرون له بعض السوء. وتمتلئ المحاكم وأقسام البوليس بهذا النوع من الأفراد بسبب بحثهم عن المتاعب والشكاوى من الآخرين. كما تتسم شخصياتهم بالغرور والكبرياء والشعور بالاضطهاد.

واضطراب الاضطهاد يختلف عن المشاعر المعتادة التي تصيب العاديين من الناس عندما يشعر الواحد منهم بوجود غبن أو ظلم خارجي يحرمه من فرص النموالمتاحة لغيره. فالاحتجاجات في الحالات الأخيرة أمر تتطلبه معايير الصحة النفسية لأنه قد ينتهي بتوقف أذى خارجي وقع بالفعل أو كان وشيك الوقوع. وهو احتجاج وانفعال مشروع، ويرتبط بشخص أو بموقف محدد يدركه الشخص كما يدركه المحيطون به علي أنه "ظالم" أو لا منطقي. أما الاضطراب الاضطهادي فهو لا يرتبط بموقف محدد، ويظهر في سياقات متعددة، ومع طائفة كبري من الأشخاص حتى المقربين منهم (كما في حالات الشك بدون مبرر في إخلاص زوجته أو وفاء صديق عمره، أو حسن نوايا أقاربه وزملاء العمل..الخ).

1.3. الشخصيـة المضـادة للمجتمـع [4]

تضم اضطرابات الشخصية فئة أخري يطلق عليها فئة الشخصية المضادة للمجتمع أو من يسمون السيكوباتيون أو بتعبير الدليل التشخيصي في كتب الطب النفسي المعاصرة: اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وهؤلاء مثلهم في ذلك مثل كل أنواع اضطرابات الشخصية، لا تبدو عليهم أعراض نفسية أو عقلية، أو جسمية، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الإطلاق. والحقيقة أن المجتمع يعاني منهم أكثر من معاناتهم الشخصية، فهم يتميزون بتعمد الأذى و عدم الاكتراث بما يثيروا من مشاكل أو أذى. وأصحاب هذا النوع من الاضطراب يتسمون بالمقارنة بالعاديين من الناس بضعف الضمير، وتجمد المشاعر والتهور وكثرة الكذب وعدم التعلم من الاخطاء واختفاء مشاعر الذنب بالرغم ما يبدر منهم من عنف وقسوة في التعامل مع الآخرين. ويميلون عند مواجهة الإحباط أو الفشل إلي الاندفاع والعدوان دون حساب للنتائج. وهم كذلك يتميزون بضعف المشاركة الوجدانية والتعاطف مع الآخرين، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين.

1.4. اضطـراب الشخصيـة الهستيـري[5]

تنتشرأعراض هذه الشخصية فى الفتيات أكثر من الرجال وتتميز بالعواطف المتقلبة وغير الناضجة تجاه الأشخاص والأشياء، ويميل أصحاب أو صاحبات هذا النمط إلي استدرار العطف والتعامل مع المواقف بعيدا عن المنطق والعقلانية، والرغبة الشديدة في الحصول على اهتمام الجميع بتصرفات مصطنعة وغير ناضجة. ويتخذ اهتمام أفراد هذا النمط بتحقيق الجاذبية طابعا جنسيا مع تفسير المواقف والأحداث بهذه الطريقة. ويشعر الفرد المصاب بهذا النوع من الاضطراب بالنهديد المبالغ فيه عند تعذر الحصول على انتباه الآخرين أو عندما يفشل في ذلك. وتتملك الواحد أو الواحدة منهن مشاعر سريعة بالإحباط والتوتر الشديد عند أي بوادر للفشل في تحقيق أهدافهم أو أهدافهن خاصة إن كانت هذه الأهداف تتطلب تأنيا وصبرا لتحقيقها.

1.5. الشخصيـــة النرجسيـــة [6]

يتسم المصابون بهذا الاضطراب بالعظمة الزائدة والإعجاب المفرط بالنفس والأنانية والبرود والتعالي. فيهم الكثير من الخصائص التي تتشابه مع الشخصية الهستيرية غير أن أصحاب هذا النمط يتميزون بحب الذات والاحساس بالفردية المبالغ فيها، مع الإحساس بالتميز و الرغبة في النجاح النجاح المطلق فى المال والحب والجاه. والشخص النرجسي ينجذب بشدة للوظائف والمهن التي تمنحه قوة وسلطة خارجية، ويحتاج دائما للإطراء والاهتمام. ويشعر صاحب هذا النمط بتهديد مبالغ فيه من النقد أو التقييم الخارجي، وغالبا ما يرد بعنف على أى نقد يوجه له لأنه يعتبره عارا وتقليلا من شأنه وهو لا يتعامل مع الآخرين سواءاً بسواء، ويحب أن يأخذ دون أن يعطي، ويسوده إحساس أن الجميع فى خدمته وأنهم لابد أن يكونوا كذلك.

1.6. الشخصيـــة الاعتماديـــة [7]

يتسم سلوك صاحب هذا النوع من الشخصية بأنه اتكالي ويلقى بأعبائه استحسان. ويجد صعوبة في البدء في أي مشروع أو عمل يخصه بسبب الافتقار إلى الثقة بالنفس والدافعية للعمل بشكل مستقل.

1.7. اضطـــراب الشخصيـــة الفصاميـــة [8]

تتمثل الأعراض الرئيسية للشخصية الفصامية في الانعزال عن العلاقات الاجتماعية وعدم التجاوب الانفعالي في مواقف العلاقات الشخصية المتبادلة. ويبدأ هذا النمط مع بداية البلوغ ويبرز في سياقات اجتماعية عديدة. ولا تبدو لدى مثل هذا الشخص رغبة في التآلف أو تكوين علاقات حميمة بالآخرين ولا يرحب بأن يكون عضواً في أسرة أو جماعة، ويبدى برودا عاطفياً، كما يبدو غير مكترث بالمدح أو النقد، نتيجة للوجدان المتسطح أو الباهت.

1.8. اضطـــراب الشخصيـــة الشبـــه – فصاميـــة [9]

تتميز هذه الشخصية بوجود نمط ثابت من القصور في العلاقات الاجتماعية والعلاقات الشخصية المتبادلة متسمة بعدم ارتياح حاد، أو قصور القدرة على تكوين علاقات حميمة مع االميل إلى البعد عن الاختلاط بالناس، والحساسية الزائدة والخجل واللجوء إلى الخيال وأحلام اليقظة بشكل يتنافى مع معايشة الواقع، مع تحريفات إدراكية ومعرفية تصل لدرجة الغرابة في السلوك، ويبدأ الاضطراب في بداية طور الرشد ويبرز في سياقات متعددة.

1.9. اضطرابـــات الشخصيـــة الانزوائيـــة أو التجنبيـــة [10]

يتصف هذا النوع بوجود نمط شخصي ثابت يتسم بالسلبية الشديدة والعجز عن النشاطات الاجتماعية الإيجابية آلتي تحتاج إلى المشاركة الفعالة، مع الشعور بنقص الكفاية الشخصية، والافتقار إلى القدرة على تحمل المسئولية أو الثقة بالنفس والحساسية الزائدة للتقييمات السلبية والخوف من الانتقاد أو عدم الاستحسان أو الرفض الخارجي. ويبدأ في بداية طور الرشد ويبرز في العديد من السياقات الاجتماعية والشخصية.

1.10. اضطرابـــات الشخصيـــة الوسواسيـــة القهريـــة [11]

يتصف هذا النوع بوجود نمط شخصي ثابت يتسم بالجمود والإسراف في النظام والترتيب والدقة والطموح للمثالية الزائدة والتوق إلى الكمال، ويقظة الضمير وعدم المرونة في الأمور المتعلقة بالأخلاق والقواعد والقيم والشعور الزائد بالذنب مع الميل إلى الروتين وسيطرة الوساوس والأفعال القهرية.

II. تصنيفـــات كبـــرى

تكشف دراسات التحليل العاملي أن هناك ثلاثة عوامل كبرى تجمع مابين انواع اضطرابات الشخصية مقسمة على النحو التالي:

2.1. المجموعـة الأولـى

تضم هذه المجموعة اضطراب الشخصية الاضطهادية، اضطراب الشخصية من النمط الفصامي واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع. و يتسم أصحاب هذه المجموعة بالبرود والغرابة والشكوك، وهم أشبه بالأنماط الذهانية ولكن دون اضطرابات إدراكية وعقلية بالشكل الذي يوجد في حالات الذهان.

2.2. المجموعـة الثانيـة

تضم هذه المجموعة اضرابات الشخصية الهامشية – الشخصية الهيسترية واضطراب الشخصية النرجسية ويوصف اصحاب هذه الشخصيات بالحدة الانفعالية وشدة التقلب الوجداني.

2.3. المجموعـة الثالثـة

تشمل هذه المجموعة اضطراب الشخصية التجنبية، واضطراب الشخصية الاعتمادية، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية. ويوصف أصحاب هذه الشخصيات بأنهم قلقون خائفون.

ثلاثـة تصنيفـات كبـرى

المجموعة الأولى	
تشمل	اضطراب الشخصية الاضطهادية، اضطراب الشخصية من النمط الفصامي واضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع
الخصائص الغالبة	ويتسم أصحاب هذه المجموعة بالبرود والغرابة والشكوك
المجموعة الثانيـة	
تشمل	اضطراب الشخصية الهامشية – اضطراب الشخصية الهيستري واضطراب الشخصية النرجسية
الخصائص الغالبة	انفعاليون وعاطفيون وشديدو التقلب الوجداني
المجموعة الثالثـة	
تشمل	اضطراب الشخصية التجنبية، واضطراب الشخصية الاعتمادية، واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية
الخصائص الغالبة	يوصف أصحاب هذه المجموعة من الاضطرابات بأنهم قلقون خائفون

III. معاييـــر تشخيص اضطرابـــات الشخصيـــة وفقـا لنظريـــة المحـــاور المتعددة

ويمكن وفقا لنظرية المحاور المتعددة أن نحدد ثلاثة معايير أساسية يجب حسابها في عملية التشخيص، كما يجب أن تكون موضوعا لانتباه المعالج خلال العملية العلاجية في حالات أضطرابات الشخصية كالآتي:

- أساليب التفكير والمعتقدات الشخصية
- المشاعر والانفعالات.
- المهارات الاجتماعية وأساليب التفاعل الاجتماعي.

ويبين لنا الجدول الآتي الخصائص النوعية التي تميز كل فئة من فئات اضطراب الشخصية وفقا للمعايير الثلاثة السابقة.

محـــاور التشخيـــص الثلاثـــة				
نوعية الاضطراب	أساليب التفكير والإدراك والمعتقدات	المشاعر والانفعالات	السلوك الاجتماعي	نسبة الشيوع في المجتمع
الحدي أو البين بين	يرى نفسه وحيدا ومعزولا ولا أحد يحبه أو يهتم به. يرى الآخرين غير مكترثين ولا يهتمون بما يحدث له.	التقلب الوجداني وعدم الاستقرار النفسي- الاكتئاب- التهديد بالانتحار او الانتحار الفعلي	علاقات اجتماعية مشحونة بالتوتر والحدة	% 2 (75 % من مرضى هذه الفئة من النساء)
الاضطهادي	يرى ذاته معرضا للتآمر والشر. ويعتقد أن العالم الخارجي شرير ومؤذي ومتآمر. يعزي مصادر مشكلاته للخارج تفسير أحداث بسيطة على أنها تقود لنتائج شديدة الخطورة	شكاك- شديد التيقظ للرفض- حساسية مبالغ فيها.	1. الافتقاد للحميمية 2. الانتماء لجماعات دينية او سياسية متطرفة تشجع على تدعيم الهواجس	% 2.5 : 0.5
المضاد للمجتمع	يرىأن النجاح في الحياة يعتمد على القوة أو الخداع والتلاعب. يري الآخرين إما أشرار أو أغبياء. القوانين عملت لتخرق	البلادة الانفعالية وعدم التعاطف والقسوة	الكذب والخداع والتعدي على حقوق الآخرين- احتمالات الإدمان والإباحية	% 3
النمط الفصامي	يرى أن الانفراد والعزلة والاكتفاء الذاتي أفضل للإنسان. يرى أن الآخرين قد يفسدون حياته إذا اختلط بهم كثيرا. الحياة من وجهة نظره غير مشبعة	البرود وعدم الاكتراث والخلو من المشاعر القوية	منعزلون اجتماعيا ويفضلون ذلك، علاقاتهم بالأسرة والآخرين تخلو من العاطفة	% 2
الاستعراضي الهبستيري	يرى أنه شخص محب للاستثارة ومؤثر في الآخرين. يري الآخرين قابلين للتاثر بالجاذبية الخارجية والملبس والشكل الخارجي إذا لم تكن مركز الاهتمام فأنت غير مهم قيمتك توزن بما تثير من انتباه ومديح وتأييد	سرعة الاستثارة والانفعال ولكن انفعالاتهم سطحية- سرعة الملل.	محبون للظهور ولفت الانتباه- استخدام الإغراء الجنسي كطريقة لشد انتباه الآخرين	% 3 : 2
النرجسي	يبالغ في تضخيم ذاته ومواهبه. يعتقد أنه جدير بمعاملة خاصة. النقد مدمر وبدايه للهدم تضخيم الذات- لاستغلال الآخرين.	الغضب الشديد في مواجهة النقد أو الاستهانة بإمكانيات أي شخص آخر.	البحث عن إعجاب الآخرين- يحققون بعض النجاحات المهنية- الافتقاد للعلاقات العميقة والحميمية	% 1
التجنبي	المبالغة فى إدراك الخطر	الخوف من الرفض والنقد- القلق- الاكتئاب	الهروب- تجنب المواقف التي تتطلب تفاعلات اجتماعية	% 1 : 0.5
الاعتمادي	ايرى أنه ضعيف الشخصية- يصعب عليه اتخاذ قرارات- التفكير في إرضاء الآخرين- يبالغ فى إدراك قوة الآخرين.	الخوف من الاستقلال والخوف من فقدان السندالاجتماعي	الاعتمادية- تجنب التعبير عن المشاعر خوفا من فقدان الدعم - الخضوع الشديد للسلطة-	% 1 : 0.5
الوسواسي- القهري	المبالغة في التخطيط والخضوع للقواعد النظامية- يفكر في نهيار سمعته إذا أخطأ- الكمال عنده أهم من المتعة.	الخوف من الخروج عن القواعد المأوفة- العجز عن الاسترخاء	التردد- الضبط والتحكم الشديد- الافتقاد للعلاقات الحميمية- الإصرار على طرقهم الخاصة في العمل.	% 1

IV. العلاقـــة العلاجيـــة بمرضـــى اضطرابـــات الشخصيـــة

تعتبر فئة اضطراب الشخصية من الاضطرابات الرعيسية التى تكون فيها العلاقة بالمعالج متوترة، وتحتاج لجهد من قبل المعالجين لمعالجة التوتر والشوائب السلبية التى تعتريها. ويظهر اضطراب العلاقة بين المعالجين والمرضى باضطراب الشخصية فى جوانب متعددة منها الانقطاع عن العلاج، الغضب والحدة الانفعالية، والمعاندة، والهروب من أداء الواجبات المنزلية المطلوب أدائها لتحقيق الأهداف العلاجية، ومن أشد المشكلات التي تواجه هذه العلاقة الانقطاع عن العلاج وإلغاء المواعيد مما يعطل مسار العملية العلاجية، وربما إنهائها بشكل مبتور. وللحصول على تعاون المريض أو المريضة توجد أساليب ننصح بها المعالجين النفسيين عند التعامل مع فئات اضطراب الشخصية، منها:

- بناء علاقات تواصل فعالة بالمريض
- تحقيق التطابق في الأهداف العلاجية
- الاتفاق على الأهداف العلاجية المحورية

V. بنـــاء علاقـــات تواصـــل فعالـــة بالمريـــض

ثمة ما يشير إلى أن مرضي اضطرابات الشخصية يحتاجون أكثر من غيرهم إلي بناء علاقات تواصل فعالة بالمعالج حتى تمتد العملية العلاجية إلى ما يتناسب مع تحقيق التغيرات الإيجابية المطلوب تحقيقها في شخصية المريض. ويتوقف النجاح في ذلك على شخصية المعالج، والمحافظة على أسرار المريض بهدف خلق إحساس بالأمان والإطمئنان بشكل يمكن المريض أو المريضة من احتمال مشاعر القلق وبالتالي يمنحه القدرة على مواجهة مصادر مشكلاته وخططه العلاجيه في المستقبل بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع.

ومن المهارات الشخصية المطلوبة في المعالج أن يكون قادرا على بناء علاقة بمريضة تقوم على ثلاثة عناصر هي: التعاطف[12] والدفء والصدق.

ويقصد بالتعاطف القدرة على معايشة نفس ظروف المريض وإدراك العالم من خلال وجهات نظر مريضه. وبالرغم من أهمية التعاطف فإنه لا يجب أن يزيد عن الحد المعقول، لأن العلاج الناجح يتطلب قدراً من الانفصال عن المريض وعالمه حتى يكون المعالج قادراً على الرؤية الموضوعية للظروف المحيطة بمريضه، وهو ما يعجز المريض عنه بسبب ما يتملكه من اضطراب وشكوك. والتعاطف مثله مثل المشاركة الوجدانية يساعد على تأكيد التواصل الوجداني بالمرضى وينقل لهم إحساساً بالقوة والثقة لوجود من يفهم مشكلاتهم فهماً جيداً. والتعاطف يختلف عن العطف[13] لأنه يستند على الاستجابة المتفهمة لمشكلات المريض واحتياجاته ومشاعره، والظروف التي يعيش فيها.

وتشير خاصية الدفء[14] إلى التقدير الإيجابي غير المشروط للمريض. ولعلنا لا ننسي إلي ما تتسم به فئات اضطراب الشخصية من اضطرابات وجوانب من الشذوذ والانحراف التي قد تثير المجتمع ضدهم، وتدفع بالغالبية العظمى من أفراد المجتمع إلي رفضهم وتجنبهم، وربماالنظر لهم باحتقار. لكن المعالج الناجح الذي يهدف إلى إقامة علاقة علاجية ناجحة بمرضاه، هو من يجرد نفسه عن هذه المشاعر السلبية، ليتعامل مع مريضه باحترام وتقدير بغض النظر عن وجود أي جوانب مرضية أو شاذة في شخصيته. وبالطبع فإن دفء مشاعر المعالج وتقبله غير المشروط لمريضه لا يمنعه (أي المعالج) من أن يكون ناقداً أحياناً، وموجهاً. لأن بالإمكان أن نوجـه الناس وننتقد بعض تصرفاتهم دون أن نتعدى حدود الاحترام والتقدير والحب. ومن رأينا أن الدفء والاحترام الإنساني للمريض لا يتعارض مع التوجيه له، بل ويعتبر الخطوة الأولى الضرورية التي تمكننا من النقد، ودحض بعض التصرفات الشاذة، والمواجهة، والاعتراض دون أن يشعر المريض بأن إحساسه بكرامته الشخصية واعتباره لذاته قد جرحا بأي شكل من الأشكال.

ويقصد بالصدق[15] أن يكون المعالج قادرا على تجاوز المهارات والفنيـات الشكلية من العلاج من أجل المساهمة الصادقة مع المريض في حل مشكلاته. ولا يعنى ذلك بالطبع أن يحزن المعالج مع المكتئبين ويكتئب لا كتئابهم، أو يذرف الدموع لا حزان مرضاه ومأسيهم، ولكن أن يكون متفهماً لهم على المستوى النفسي، وأن يكون مدركاً على أن العلاج النفسي ليس بكامله تطبيقاً أعمى لبعض المهارات والفنيات، وإنما هو مشاركة، ومساهمة صادقة ونشطه مع المريض لحل مشكلاته.

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

5.1. أساليـب علاجيـة خاطئـة

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

- التجاهل غير المبرر، إبداء الامتعاض أو مشاعر الحرج أوتجنب الاستمرار في مناقشة موضوعات يثيرها المريض أو يشعر بأهميتها له.
- تكليف المريض بواجبات غير ملائمة لظروفه أو للعملية العلاجية.
- تكليف المريض بأداء واجبات في أوقات غير مناسبة.
- تدعيم مبالغ فيه أو لخصائص غير مناسبة لصحة المريض العقلية ونضوجه (مثل تدعيم الاعتماد علي المعالج، أو تدعيم بعض الهواجس المرضية بهز الرأس أو بإبداء الموافقة عليها).
- الخوف من لحظات الصمت وملئها بأي حديث بدلا من إعطاء الفرصة للمريض للتأمل وإعطاء المعلومات الشارحة لمشاعره.
- خرق القواعد المرتبطة بحقوق المريض مثل القرب البدني الشديد بشكل لا يسمح للمريض أو للمريضة بالمسافة والحدود الشخصية الملائمة له أو لها.
- السيطرة على موضوع أو موضوعات الحديث بما في ذلك تغيير الموضوع وإعطاء اقتراحات علاجية تفسيرية دون أن يشرك المريض في ذلك.

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

VI. بنـــاء أهـــداف علاجيـــة متعـــددة المحـــاور

يمكن تعريف العلاج النفسي لأي مريض من مرضي اضطرابات الشخصية بأنه نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسي بهدف:

- تخلص المريض من الأعراض المرضية.
- تحقيق تغيرات إيجابية في الفرد لتصبح حياته إما أسعد، وإما أكثر فاعلية أو كليهما معاً.

ولتحقيق ذلك لا يوجد هدف واحد للعلاج النفسي لحالات اضطراب الشخصية، بل أهداف متعددة ينبغي الاتفاق عليها مسبقا مع المريض. فقد يأتي المريض وهو يتوقع انطلاقا من مبادئ الممارسات الطبية التقليدية التخلص من الأعراض ولكن أهداف العلاج النفسي تتنوع، وتشمل:

6.1. تقويــة الدافــع للتغيــر

لعل من أول أهداف العلاجات النفسية على اختلاف مناهجها هو أنها تحاول أن تقوئ من دوافع المريض لعمل ماهو صائب أو لائق. وبهذا يكون من الأهداف الرئيسية للعلاج أن نقدم للمريض نصائحنا وإرشاداتنا حتى تقوى دوافعهم للقيام بالتعديلات الملائمة في الجوانب المضطربة من السلوك، ومن ثم أن تقوى دوافع المريض للتغيير من أساليبهم المعطلة للتكيف والتفاعل مع الآخرين.

6.2. إطــلاق الانفعــالات وتيسيــر التعبيــر عن المشاعــر

العلاج النفسي الفعال في حالات اضطرابات الشخصية يجب أن يراعي الخبرة الانفعالية التي يمر بها المريض. وفى اعتقاد الكاتب الحالي أن العلاج النفسي إذا لم تصحبه أو تتخلله مشاعر الغضب، والقلق، والدموع لا يعتبر علاجاً بالمعنى الدقيق. وبهذا المعنى، يصعب أن نتوقع تخفف من مظاهر الاضطراب الانفعالي الذى يميز بعض حالات اضطرابات الشخصية بما فيها القلق والاكتئاب دون التشجيع ومعرفة بعض الفنيات التي تساعد على إثارة خبرات تنطلق خلالها انفعالات الفرد ومشاعره دون قيود.

6.3. إطــلاق إمكانيــات النمــو والتطــور بالذات

من أهداف العلاج النفسي التي ينبغي مناقشتها مع المريض فى مثل هذا النوع من الاضطرابات ان نساعده ونعينه على اكتشاف السبل المؤدية إلى تيسير عملية النمو نحو الأحسن والأفضل. ولهذا يجب على المعالج النفسي هنا أن لا يأخذ مهنته بشكل آلي، وأن لا يكتفي بالتركيز على جوانب الضعف التي تحتاج للترميم، بل أن يأخذ مهنته كما يأخذ البستاني حديقته: يرعاها، ويستأصل الحشائش الضارة فيها، ويمدها بالضوء، والغذاء والماء حتى تنمو أشجاره وتنطلق إمكانياتها على النمو إلى أقصى ما يمكن.

ومن ثم يتطلب التعامل مع حالات اضطرابات الشخصية أن نعرف المريض بإمكانياته ومواهبه وقدراته، وأن نساعده على:

- اكتشاف جوانب القوة والضعف، وأن نبين له- بالاعتماد أحياناً على الاختبارات والمقاييس- ما هي ميوله المهنية، واتجاهاته، وحاجاته.
- تشجيع الفرد على الإبداع والتفتح للخبرات الداخلية والخارجية.
- تيسير القدرة على اتخاذ القرارات واتخاذ مواقف شجاعة للتغير والنمو حتى يكتشف أهدافه وإمكانياته اللانهائية على تنمية مواهبه والتطور بشخصيته.
- إعانته على استكشاف العراقيل القديمة والراهنة التي تتعارض مع نموه.
- وعلى اكتشاف ما ينطوي عليه المستقبل من إمكانيات للتطور بالذات مهنيا أو اجتماعيا.

6.4. تعديــل البنــاء المعرفــي وأســاليــب التفكيــر الخاطئــة

العلاج النفسي الناجح يعلم الفرد كيف يفكر تفكيراً صحياً وبالتالي يستطيع أن يسلك ويتصرف بطريقة ناجحة. ومن ثم فإن نجاح العلاج النفسي لدى هذا البعض- يجب أن يكون مصحوباً بتحسن في طريقة تفكير المريض والتغير فيها. وتتحقق أهداف العلاج النفسي عندما يستطيع المريض أن يفهم ويستوعب جيدا طرقه الخاطئة من التفكير والتي تجعله مستهدفـا للاضطراب، وأن يمكن للفرد أن يتخلص منهـا و يتعرف على الوسائل التي تساعده علي ذلك من خلال توجيهات المعالج الذي يساعد مريضه علي استبدال طرق التفكير السلبية والمرضية بأساليب تفكير إيجابية تساعد علي التطور الصحي والمهني وتحقيق السعادة.

6.5. تغييــر العــادات المرضيــة

المعالج السلوكي المعرفي عادة لا ينظر للاضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز فطرية، أو صراعات داخليه لاشعورية، بل على أنه استجابات وعادات شاذة تكتسب من خلال تعلّم خبرات خاطئة. ولهذا يكون هدف العلاج لدى هذا البعض هو مساعدة المريض- من خلال مبادئ التعلم- على تكوين عادات جديدة للتعامل مع ضغوط الحياة والصراعات الاجتماعية التي يتعرض لها المريض.

6.6. تدريــب المهــارات الاجتماعيــة والعلاقــة بالآخريــن

من الجوانب المحورية في سلوك المرضى باضطراب الشخصية أن علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين تتسم بالتوتر والصراع مما يعرضهم للرفض والتهديد المهني. ولهذا يتطالب المعالج السلوكي المعرفى أن يعرف نفسه جيدا بالأساليب الفنية المستخدمة لتدريب المهارات الاجتماعية والعلاقات الفعالة في التفاعل بالآخرين.

وعلينا هنا أن نعرف جيدا أن أن مصدر الاضطراب النفسي والعقلي في نسبة كبيرة من حالات اضطرابات الشخصية ترتبط باضطراب علاقة المريض بالأشخاص المهمين في حياته كالآباء والأبناء والأزواج وأصحاب العمل. ونظرا لأن الخبرات المبكرة من العمر تعتبر شديدة الأهمية في تحديد أنواع الاضطرابات في العلاقات الاجتماعية وآثارها على مستقبل الفرد فمن المطلوب أن تتجه بعض أهدافنا العلاجية إلى الكشف عن الجوانب السلبية المبكرة في العلاقات الاجتماعية، وبالتالي إعادة إدراكها ومن ثم التمكن من علاجها.

كذلك تتجه اهتماماتهم لابتكار كثير من الوسائل لتحسين أساليب التوصل الفكري والوجداني على أساس أنها حاسمة في تحديد اتجاهات الصحة أو المرض في الشخصية. وقد يجد المعالج أن من الضروري أن يشرك الآخرين في علاج بعض أنماط الاضطراب في الشخصية من خلال العلاج الجمعي والأسري الذي يسمح للمريض وللمعالج سواء بسواء بملاحظة أساليب المريض في التفاعل، وأن يمكن المريض من أن يتعرف- من خلال الجماعة- على أخطائه في السلوك أو التفكير، وبالتالي أن ينمى مهاراته الاجتماعية بإيجابية وفاعلية.

هذه هي فيما يبدو أهم الأهداف العلاجية التي تنتشر يجب التخطيط لها مع هذه الفئة من المضطربين. ومن الصحيح أننا نحتاج أن هدفاً منها أكثر من الأهداف الأخرى وفقا لنمط اضطراب الشخصية ونوعيته، إلا أن من المؤكد أن كثيراً من هذه الأهداف تتداخل فيما بينها بشكل يفرض على المعالج السلوكي المعرفي أن يتعامل مع أكثر من هدف منها عند تعامله مع مرضاه.

VII. مســـار العمليـــة العلاجيـــة

تفترض نظرية المحاور المتعددة أن قطاعا ضخما من السلوك المضطرب والأساليب المرضية تخضع للتعلم الاجتماعي والمعرفي من خلال ما يمر به الفرد من خبرات مستمرة ببيئته الإجتماعية. ووفقا لمسلمات نظرية المحاور المتعددة، لايستطيع المعالج النفسي أن يمارس عمله بفاعلية دون أن يراعى خصائص الإطار الاجتماعي- النفسي الذى ينشأ فيه السلوك المرضى ويتدعم بما في ذلك القيم والإتجاهات الإجتماعية السائدة فى حياة المريض والتى تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم إتجاهاته

المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر.

ويؤدى الإنتباه لدور العوامل الإجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المتعدد المحاور إلى فوائد متعددة فى مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك تحديد المشكلة المحورية[16] موضوع العلاج وإختيار الفنيات العلاجية الملائمة[17]، وأهداف العلاج ومساره[18]. كما سنرى فيما يأتي.

7.1. صياغـــة المشكلـــة وتحديـــد المشكلـــة المحوريـــة

عادة ما يصوغ المريض مشكلاته بطريقة تتفق وتتسق مع إعتقاداته وتصوراته لما هو سليم أو مرضى، وهى تصورات لايمكن فهمها، ومن ثم تعديلها دون اعتبار للإطار النفسي والإجتماعى الذى تكونت من خلاله هذه التصورات. وقد يركزالمعالج ويقتنى مشكلة ثانوية أو تافهة، أذا لم ينتبه لصياغة المريض لمشكلته، مما يقلل من فاعلية المعالج ومصداقيته من وجهة نظر مريضه.

مثال: تقدم زوج إحدى المريضات بإحدى العيادات الخارجية بقسم للطب النفسى بأحد المستشفيات الكبرى بإحدى الدول العربية بشكوى لإدارة المستشفى ضد طبيب نفسى حديث بالقسم لأنه- أى الطبيب- أصر على ان ترفع الزوجة حجابها خلال جلسات العلاج، بحجة أن من الضرورى له أن يرى وجهها كجزء من عملية العلاج وكان من نتيجة ذلك أن نقلت المريضة إلى معالج آخر، وبعدها بقليل إنقطعت المريضة عن العلاج فى فترة حرجة.

فى المثال السابق صاغ الطبيب المشكلة المحورية على نحو مختلف عن تصور المريضة أو أسرتها للمشكلة، وكان من الممكن أن تختلف نتيجة العلاج تماما لو أنه انتبه لدور الإطار الحضارى فى فهم العلاقات الاجتماعية.

7.2. تحديـــد أهداف العـــلاج

إذا اختلفت أهداف المعالج من العلاج عن تلك التى عند المريض، فإن العملية العلاجية ستعانى معاناة سلبية شديدة، وستتأثر مصداقية المعالج بنفس الإتجاه السلبى. ومن المعتقد، أن إنقطاع المرضى المفاجىء عن جلسات العلاج يتزايد بسبب هذا العامل نتيجة لمشاعر عدم الراحة، وخيبة الأمل، والحرج الناتج عن التعارض بين الأهداف المرسومة للعلاج. ومن المؤكد أن كثيرا من الأهداف العلاجيةالتى يبنيها المريض تكون متأثرة إلى حد بعيد بالإطار الحضارى ومايفرضه على الفرد من جزاءات، أو مايمنح من إثابات لسلوك معين، كما سنرى فى الحالات الآتية.

مثال: سيدة سعودية فى الثانية والثلاثين من العمر، حاصلة على شهادة جامعية، ومتزوجة لرجل ناجح بكل مقاييس النجاح الإجتماعى والأكاديمى والمهنى، والذى رقى مؤخرا - وبفترة سابقة بقليل على إلتحاق المريضة للعلاج- لوظيفة حكومية عليا. وقد تركزت شكاوى المريضة على عدد من الشكاوى من بينها: القلق، ومشاعر عدم اللياقة، والملل، وتزايد الوزن، والخوف على مستقبلها الشخصى فى ظل ظروف النجاح الخاص بزوجها، (التى كانت تراها قاصرة عليه ولاتحمل نفس المزايا لها). ذكرت لنا أنها كانت تتردد قبل التحاقها بالعيادة السلوكية على طبيب نفسى فى إحدى المستشفيات المحلية، والذى كان من المعروف عنه ميله لمدرسة التحليل النفسى. من خلال البيانات المسجلة فى ملف المريضة ومن خلال تقريرها الشخصى، كان من الواضح أن أهداف العلاج كما رسمها المعالج التحليلى تركز، فضلا عن العلاج بالعقاقير المهدئة، على مساعدة المريضة على الإستبصار بديناميات علاقتها بزوجها، من خلال تحليل خبراتها الطفولية المبكرة من حيث علاقتها بوالديها، وعلاقة أمها بأبيها. وصفت المريضة خبرتها العلاجية السابقة بأنها كانت غير مريحـة، ولم تكن ملائمـة لحل مشكلاتها " لقد ذهبت للعلاج بهدف محدد، ولكنى وجدت انه يقودنى إلى سكة أخرى." ولهذا فقد شجعنا المريضة منذ البداية ولجلستين متتاليتين على حصر كل شكاياتها، واستطعنا من خلال ماعبرت عنه شخصيا، ومن خلال الأستعانة ببعض المقاييس السلوكية أن نحصر جوانب المشكلات المحورية target- problems، ومن ثم الوصول إلى اتفاق متبادل للأهداف العلاجية. كان ذلك- وفيما عبرت المريضة- بداية ناجحة لجلسات علاج فردى وأسرى (بوجود الزوج)، دربت المريضة خلالها على عدد من الأساليب السلوكية بما فيها التدريب على الأسترخاء، وتصحيح افكارها الخاطئة عن نجاح زوجها، واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية، وتنمية مهاراتها التفاعلية بزوجها وبالبيئة المهنية الجديدة للزوج، فضلا عن مساعدتها على تنمية بعض المهارات السلوكية للتعامل مع أطفالها الذين كانت تشعر بأنها أهملت فى حقهم خلال فترات معاناتها. إنها الآن تؤدى عملا ناجحا حصلت عليه مؤخرا، كما انها- وكما تعبر خلال زياراتها المنتظمة- تنمى علاقة ايجابية ناجحة بزوجها وبأولادها.

فى المثال السابق، يتضح ان من الخطأ الإعتماد على أفكار نظرية جاهزة عند التعامل مع المرضى فى الأطر الحضارية العربية. صحيح أن هذا يصدق على المرضى العرب وغير العرب، إلا أن المشكلة بالنسبة للمرضى العرب تكون أكثر إلحاحا، وتشكل مطلبا علاجيا أهم. فالنظريات العلاجية الكبرى تطورت فى الدول الأنجلو-امريكية لتفى بحاجات مرضاها ولتلتقى- من ثم- أهدافها الكبرى مع الأهداف العلاجية العامة للمرضى فى تلك المجتمعات. أما فى الدول العربية، فقد يؤدى التطبيق الأعمى للنظريات العلاجية الكبرى، وبدون محاولة لتطويع الأهداف العامة لتلك النظريات وفق الأهداف الخاصة والنوعية للمرضى الى نتائج متعارضة مع أهداف المريض، ومن ثم التاثير سلبا فى مصداقية المعالج.

يتضح بجلاء أن صياغة أهداف العلاج بشكل لايتسق مع التوقعات العلاجية يؤدى الى تعطيل العملية العلاجية، وربما إنهائها بشكل مبتور. عندما تدارك المعالج الثاني هذه الثغرة، أصبح هناك تفهم للإطارالشخصي الاجتماعي للمريضة بتوجهاتها الدينية، والجنسية، وعلاقات الإلتزام الأسرى، ومن ثم بدأت العملية العلاجية تتجه إتجاهها الإيجابى الملائم.

7.3. إختيـــار الأساليـــب العلاجيـــة الملائمـــة

قد تتعرض مصداقية المعالج وفاعليته للخطر أو على أحسن الأحوال للتشكك، إذا أصر على أن يستخدم مريضه أساليب علاجية تتعارض أو تتنافر، مع وجهة نظر المريض.

مثال: ذكرت إحدى الطبيبات النفسيات الأمريكيات من ديترويت بولاية ميشيجان لأحد انها كانت تقوم بعلاج إحدى السيدات العربيات. وقد نصحت الطبيبة المريضة، فى إحدى جلسات العلاج بأن تتبنى موقفا حازما مستقلا وبعيدا عما كانت تتصف به المريضة من اعتمادية مرضية مع زوجها الذى كان فيما يبدو يسىء التعامل مع الزوجة، مستغلا هذه النقطة من الضعف فيها. وقد نصحت الطبيبة مريضتها ببعض أساليب التعبير عن الغضب كطريقة من طرق تأكيد الذات، وشجعتها فى مرة أخرى على القيام برحلة محلية خلال أجازة نهاية الأسبوع كانت تقوم بتنظيمها إحدى الجمعيات المحلية للتغلب على حالة الإكتئاب التى كانت تصيبها فى تلك الفترة. وقد تعثر العلاج بشدة، وزاد من المشكلة أن المريضة كانت ترفض الأدوية الطبية على أساس ان حالتها لاتستدعى ذلك. وفى هذه المرحلة الحرجة من العلاج التى كانت مشكلات المريضة خلالها تتفاقم، استشارت الطبيبة الأمريكية معالة نفسية عربية، التي أدركت أن تعبير المرأة عن غضبها نحو الزوج فى البيئة العربية قد لايكون مقبولا كطريقة من طرق حل الصراع فى العلاقات الزوجية بسبب

القيم الخاصة، غيرت اسلوب العلاج باستبداله باسلوب العلاج الأسرى، أى بإدماج الزوج فى جلسات علاجية أسرية تشجع المريضة خلالها عن التعبير عن إحتياجاتها ورغباتها، تحت إشراف مباشر من المعالجة. ومن بعدها بدأ العلاج ينحو نحوا إيجابيا مختلفا. حتى الزوج الذى كان فى البدايات الأولى غير مشجع على أن تستمر زوجته فى العلاج، بدأ بسبب اطلاعه المباشر على ما كان يدور فى جلسات الأسرة، بدأ يتبنى موقفا إيجابيا ومطمئنا للأهداف العلاجية بما فيها إتاحة الفرصة لزوجته لتنمية بعض الاهتمامات الرياضية والإجتماعية خارج الأسرة.

من الواضح فى الحالة السابقة أن العلاج قد أخذ يتعثر، ونشأت عراقيل كثيرة ضده من قبل الزوجة والزوج معا، لأن المعالجةالأولى لجأت وكانت تشجع مريضتها على تبنى فنية علاجية غير مقبولة وفق الإطار الحضارى الذى عاشت فيه المريضة. وعندما تنبهت المعالجة إلى أن العلاج الأسرى قد يكون هو الصيغة المقبولة فى مثل هذا الظرف وتحت هذا الإطار، اتخذت العملية العلاجية اتجاها إيجابيا مختلفا عن السابق.

VIII. فنيـــات علاجيـــة مستخدمـــة مع فئـــات مختلفـــة مـــن اضطرابـــات الشخصيـــة

8.1. فنيـــات العـــلاج المعرفـــي

لاضطراب الشخصية ليس حالة وجدانية نفسية منعزلة بل يعبر عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من الاضطراب والتوتر في النشاط السلوكي الظاهري والنشاط السلوكي الداخلي، فضلا عن أساليب التفكير. لهذا فمن الممكن ضبط مشكلات هذا الاضطراب بأكثر من طريقة. إذا كان هناك مثلا شعور باستثارة انفعالية كالقلق أو الخوف أو الاكتئاب- خاصة بعد توطيد علاقة علاجية بالمريض أو المريضة- من الممكن تحقيق تغييرات إيجابية من خلال الفنيات السلوكية مثل الاسترخاء أو التطمين التدريجي أو تأكيد- الذات. لكن من الممكن أيضا ضبط بعض أنواع الاضطراب الشخصي الداخلي من خلال المناقشة المنطقية مع النفس، أو من خلال التشجيع على تغيير أفكارنا واتجاهاتنا نحو بعض الموضوعات أو التصرفات المؤدية للاضطراب. وقد نمت في السنوات الأخيرة اتجاهات العلاج السلوكي المعرفي التي تتفق في مجملها على تأكيد أن نجاح العلاج النفسي أو نجاح شخص في العلاج يتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد الأشياء ويفكر فيها، أو على توقعه للطرق التي ستحدث بها أشياء معينة في المستقبل، أو عما يحمل من معتقدات واتجاهات عن ذاته وشخصيته. بعبارة أخرى، فإن سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة فضلاً عما نحمله من اتجاهات ومعتقدات عن الذات والعالم.

وإحساساً بأهمية تأثير العوامل المعرفية الإدراكية على إثارة الاضطراب فقد نمت بعض الفنيات العلاجية للتأثير المباشر في طريقة التفكير بهدف العلاج النفسي من أهمها:

- استبدال الأفكار المرضية بأفكار صحية: الاستجابات الانفعالية التي تحدث خلال التفاعل بالمواقف المختلفة، لا تحدث بسبب هذه المواقف ولكن نتيجة لا دراكنا وتفكيرنا في هذه المواقف. فشعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي الشديد إثر العجز عن تحقيق هدف معين أو خسارة شيء أو موضوع هام لا ينشأ بسبب هذه الخسارة أو العجز، ولكن بسبب ما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الحوادث. ومن ثم يستطيع الفرد أن يستبدل تفسيراته المرضية للمواقف التي يمر بها بأفكار أصح تساعده عالي التوافق وتجنب الانفعالات الحادة بما فيه من قلق أو اكتئاب. ويحتاج الفرد لتحقيق هذا التعرف أولا على أفكاره المرضية التي يلجأ لها عادة في تفسيره للأمور.

- التوجيه المباشر والتربية: يتضمن العلاج المعرفي عملية إعادة تربية وضرورة التحاور مع المريض بكل الطرق المنطقية الممكنة حتى يمكنه استبدال فكرة بفكرة، وحتى يتبين له الجانب الخاطئ من معتقداته.

- تعلم طرق جديدة لحل المشكلات العاطفية والسلوكية تؤدى إلى تنمية القدرة على حل المشكلات، واكتشاف أن هناك طرقاً بديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية.

- التغيير من الأهداف نفسها يساعد الشخص على التعديل من سلوكه الاجتماعي والنفسي خاصة إن كانت الأهداف أو التوقعات غير معقولة.

- الممارسة الفعلية للسلوك المرتبط بالأفكار والمعتقدات البديلة بتكليف الشخص بواجبات منزلية يسعى من خلالها إلى ممارسة الأفكار المنطقية التي اكتسبها عمداً وفي مواقف حية. فالشخص الذي يخشى من رفض الآخرين يشجع على الدخول في مواقف حية قد تعرضه للرفض كأن يقوم بنقد متعمد لرأي شخص آخر يعرف أنه قد يهاجمه نتيجة لهذا النقد.

8.2. الفنيـات المرتبطة بتدريـب السلـوك الاجتماعـتي والمهـارات التفاعليـة

- **التوكيديـة (تأكيد الذات)** [19]

الشخص التوكيدي ليس هو فقط من يدرب نفسه على العدوان، وإعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين، بل هو أيضا يستطيع التعبير الإيجابي عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة، والود، والإعجاب والشكر. ولهذا فإن العلاج السلوكي القائم على تدريب التوكيدية في الشخصية لا يقتصر على تعليم التعبير عن الاحتياجات والحقوق، والهجوم، بل ويتضمن تدريب الأشخاص على تنمية الاتجاهات الإيجابية في علاقاتهم الاجتماعية بما فيها تلك الدالة على الاستحسان، والتقبل، وحب الاستطلاع وأداء الواجبات، وإظهار الحب، والتعبير عن المودة، والمشاركة الإيجابية.

وتتضمن التوكيدية قدرا كبيرا من الحرية الانفعالية والتعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية في مواقف الحياة المختلفة, وهي بهذا تعتبر من الأساليب التي يتعارض ظهورها مع القلق في حالات اضطرابات التجنب أو الوسواس القهري، وبعض حالات الهواجس الاضطهادية. فالشخص لا يمكن أن يكون توكيدياً وقلقاً في نفس الوقت. ومن ثم فإن تدريب الشخص على الاستجابات الواثقة والإيجابية عند التفاعل بمواقف أو أشخاص يثيرون القلق والتهديد، سيجرد هؤلاء الأشخاص وهذه المواقف من خصائصها المهددة والمثيرة للقلق. ولهذا يعتبر تدريب التوكيدية علاجا فعالا لمشكلات القلق الاجتماعي بشكل خاص.

ولتدريب القدرة على التوكيدية تستخدم فنيات علاجيـة أخرى منها التدريب على **أداء الأدوار الاجتماعية**، والتدريب على **تنطيق المشاعر** [20] أي تحويل المشاعر الداخلية والانفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية.

ويوجه المعالجون اهتمامهم أيضا إلى تدريب المريض على إتقان مهارات اللغة البدنية[21] وتشكيل الجسم وإيقاعات المشي والنظر وتعبيرات الوجه بتدريبـه على إحداث استجابات بدنية ملائمة مثل نبـرات الصوت

المعتدلة، وأساليب الحركة، والتواصل البصري الملائم.

- **أساليب التنفير** [22]

تبين نظرية التعلم أن الاستجابة التي يصحبها أو يتلوها ألم أو عقاب تضعف وتتلاشى، ومن ثم يمكن إحداث تغيرات سلوكية من خلال عقاب، أو إلحاق ألم بالكائن إثر ظهور بعض الاستجابات غير المرغوبة ويطلق على هذا الأسلوب العلاج بالتنفير و يستخدم في علاج طائفة كبرى من المشكلات السلوكية والاضطرابات السيكوباثية وذلك كالإدمان، والانحراف الجنسي، والسرقات، والميول التخريبية.. الخ.

ويمكن- من الناحية التنفيذية- إجراء التنفير من خلال توجيه صدمات كهربائية إثر ظهور السلوك غير المرغوب أو إعطاء عقاقير أو أدوية تثير القيء والغثيان والضيق عند الانغماس في جانب غير مرغوب من السلوك. ويعاب على أساليب التنفير أنها آلية وعمياء وتثير بعض الاعتراضات الأخلاقية، إلا أن المعالجين السلوكيين قد طوروا أساليب تنفيرية أخرى يمكن للفرد استخدامها بنفسه وذلك مثل عقاب النفس بحرمانها من شيء مرغوب إثر التورط في سلوك غير مرغوب.

- **التدعيم والتعزيز**

أمكن اعتماداً على الأفكار النظرية التي دعا إليها " سكينر" تطوير مناهج العلاج السلوكي من خلال تعديل الجوانب الشاذة والمضطربة لدى المرضى، وتحويلها إلى جوانب مرغوبة، ويتم ذلك من خلال نفس القواعد التي بنى عليها "سكينر" نظريته في التعلم الفعال التي يعتبر التدعيم من أهمها. والتدعيم هو أي فعل يؤدى إلى زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها. وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية. ويشير التدعيم إلى أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة شيوع السلوك المرغوب.

- **العلاج بالقدوة**

التعلم الاجتماعي من خلال مشاهدة الآخرين يعتبر من المبادئ الرئيسية التي يجب حسابها فقد تبين بالأدلة التجريبية أننا نكتسب من مشاهدة الآخرين جوانب ضخمة من السلوك البسيط والمركب على حد سواء. وقد أثبتت هذه النظرية فاعليتها في مجالات التطبيق الإكلينيكي من خلال سلسلة من الدراسات التي أجريت بهدف علاج بعض المخاوف المرضية الشائعة كالخوف الاجتماعي. فلقد أمكن تخفيف الخوف الاجتماعي من خلال تمكين المرضى من ملاحظة أشخاص آخرين- بعضهم في مواقف حية وبعضهم في مشاهد سينمائية- يقومون تدريجياً بممارسة الاقتراب التدريجي من المواقف الاجتماعية المثيرة للتوتر، مع التركيز علي تنمية أساليبهم غي التفاعل والاحتكاك البصري والتحكم في نبرات الصوت.. إلخ. بالاقتراب من الثعابين الزاحفة.

كذلك أمكن استخدام فنية القدوة لعلاج بعض الصعوبات الاجتماعية لدى أحد المرضى وذلك من خلال دفع المريض لملاحظة ما يقوم به المعالج عند التفاعل بنفس المواقف التي أدت إلى المشكلات الانفعالية لدى المريض، ثم أن يطلب منه المعالج القيام بأدائها عدداً كبيراً من المرات حتى يتقن مهارات التفاعل الاجتماعي.

ومن بعض الشروط التي تيسر النجاح في التعلم الاجتماعي أن تكون القدوة (أو النموذج) ناجحة وقوية على حسب المعايير السائدة حتى يسهل تعلم أنواع السلوك التي تصدر منها.

كذلك تبين أن مكافأة القدوة على التصرفات الصادرة تشجع أيضا على أن نتعلم بسرعة التصرفات وجوانب السلوك الصادرة عنها. فالغالب أننا نقتدي في تصرفاتنا بالناس الناجحين وبالأفعال التي يكافؤون عليها أكثـر

من تأثرنا بالناس الفاشلين أو بأنواع السلوك التي لا تؤدى إلى نتائج ايجابية. ويمكن أيضا تيسير التعلم الاجتماعي إذا كان النموذج الذي نقتدي به لا يكتفي بأداء الأفعال بل يصحبها بتعليمات لفظية توجه إنتباه الشخص إلى بعض التفاصيل التي قد تغيب عن ملاحظة المريض.

IX. استراتيجيات علاجية بحسب نوعية الاضطراب (ثلاثة نماذج)

سأناقش في هذا الجزء المتبق من هذا الموضوع بعض الملاحظات العلاجية المرتبطة ببعض أنواع لضطرابات الشخصية، خاصة تلك التي تبين أن تستجيب للعلاج المتعدد المحاور بجانبيه السلوكي والمعرفي والاجتماعي. أي الاضطرابات التجنبية، والاضطرابات الهامشية، والاضطرابات العتمادية.

9.1. الاضطرابات التجنبية

يتصف هؤلاء المرضى بالخوف الشديد من الرفض والنقد الخارجي، ولهذا يصعب إدماج المريض التجنبي في علاقات علاجية منتظمة بسبب ترددهم في بناء علاقات علاجية منتظمة. ولهذا قد يستخدم العلاج الكيميائى باستخدام مضادات القلق Anxioletics إذا كان القلق الاجتماعي شديدا ويعوق من التقبل للعلاقة العلاجية. ولكن يجب عدم الاستعجال بالعلاج الكيميائي، والبدء في بناء علاقات علاجية تدعيمية قوية كبداية لتكوين العلاقة العلاجية، ويجب عدم التعجل في التفسيرات المرتبطة بالتجنب والخوف من الآخرين.

وبالرغم من أن العلاج بالتدعيم الوجداني قد يكون في البداية هو الأسلوب المفضل، لأنهم يستطيعون بعد ذلك تحمل ضغوط العلاج النفسي بما في ذلك أنواع العلاج التى تتطلب مواجهة وخطط طويلة المدى.

الفنيات الممكن استخدامها بنجاح: يمكن استخدام تدريب التوكيدية تدريب المهارات الاجتماعية، فكلاهما يساعد على التغلب على التجنب والقلق وزيادة ثقة المريض بنفسه. كذلك استخدام المجازفات المحسوبة كفنية رئيسية من فنيات العلاج الاجتماعى لمواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية، وتوطيد العلاقات الاجتماعية.

ومن المفيد أيضا استخدام الأساليب المعرفية القائمة على تحدى الأفكار الخاطئة المرتبطة باضطراب التجنب، بما فيها الدحض والتفنيد.

9.2. النمط الاعتمادي

يغلب على افراد هذه الفئة انفعاليا الاكتئاب والقلق، خاصة إذا كان الفرد مفتقدا لوجود الدعم والسند الوجداني المرغوب فيه. وافراد هذا الاضطراب يستجيبون عادة بشكل جيد لكل أشكال العلاج الفردي، وبشكل خاص العلاج المعرفي الذي يركز على دحض مخاوف الاستقلال، ويشجع على تبنى توجهات إيجابية لتكوين علاقات مستقلة، واعتبار الذات وزيادة الفاعلية وتأكيد الذات.

وإذا لم ينتبه المعالج إلى طبيعة هذا النمط ، فقد يدعم على نحو ولو غير مباشر المزيد من الاعتمادية لدى هؤلاء المرضى ، لإذا كان مسرفا في تقديم الحماية والتطوع للمساعدة في حل مشكلات هذه الطائفة من المرضى. ومن مظاهر دعم الاعتمادية التي قد ينفذها المعالجون: إطالة الجلسات أكثر من وقتها الطبيعي، أو أن يتطوع للقيام بتنفيذ بعض متطلبات هؤلاء المرضي الأسرية أو الخاصة بالعمل نتيجة لما يبديه هؤلاء المرضى من جزع و من حاجة شديدة لتعاون المعالج.

ومن الأساليب الفعالة في التعامل مع المرضى الاعتماديين العلاج الجمعـى متعدد المحاور خاصة إن كان موجها لتحسين القيام بنشاطاتهـم

الحيوية بشكل مستقل. ويحتل العلاج الأسري أهمية مماثلة من حيث الفاعلية في التوجيه للستقلال والكفاءة الذاتية، خاصة إن كان الطرف الآخر فى العلاقة الزوجية يدعم سلوك المريض الاعتمادي.

9.3. النمـط القهـري

النمط الوسواسي القهري يتسم بكثير من الدفاعات، والكف، ويجدون صعوبة في التعبير االتعبير عن الإنفعالات والتواصل الوجداني. ومن المعروف عنهم كذلك أنهم يبالغون في استخدام التبريرات والمجادلات النظرية. لهذا يشكل أفراد هذا الاضطراب صعوبة واضحة في عمليات العلاج وتوثيق العلاقة بمعالجيهم. ومن ثم، يحتاج أفراد الاضطراب الوسواسي القهري إلى معالج نشط، يتجنب الدخول في مجادلات لفظية أو إسراف في التحليلات العقلية، ويتجه بدلا من ذلك إلى بذل الجهد لتوجيه هؤلاء المرضى إلي التعبير عن مشاعرهم، وأن يوجههم إلى النشاط العملي، والقيام بمبادرات اجتماعية تمكنهم من التخلص من العزلة والسلبية.

وكون أننا نوجه النصح للمعالج أن يتجنب الدخول في نقاشات عقلية مسرفة مع المرضى من هذا النوع، لا يعني أن العلاج المعرفى لايفيد فى التغلب على مشكلات السلو الوسواسي القهري. العلاج المعرفي له فائدته حت مع أفراد هذه الفئة، خاصة إن اتجه على دحض تفسيرات المريض لما يتسم به من ضبط ونزوع متطرف للكمال والسمو.

وعادة ما يميل أفراد هذه الفئة إلى تجنب أنواع العلاج الجمعي خاصة تلك التي تتطلب تفاعلا بغيرهم من المرضى، وذلك بسبب ميولهم للسيطرة والضبط الشديد. ومع ذلك، فقد كنت أجد أن العلاج الجمعي قد يحقق بعض الفائدة لعلاج مشكلات هذه الفئة على أن يركز على إثارة المشاعر والتعبير عن الوجدان والمشاركة أكثر من التركيز على المناقشات اللفظية والتحليلات العقلية للسلوك المرضي.

[1] للمراسلة: مركز التوجيه والإرشاد النفسي- الجامعة الأمريكية بالقاهرة- 5 شارع يوسف الجندي-الدور السادس- باب اللوق القاهرة

[2] Borderline personality disorder
[3] Delusional personality disorder
[4] Anti social personality disorder
[5] Histrionic personality disorder
[6] Narcissistic personality disorder
[7] Dependent personality disorder
[8] The Schizoid
[9] The Schizotypal
[10] The Avoidant
[11] The Obsessive-Compulsive Disorder
[12] Empathy
[13] Sympathy
[14] Warmth
[15] Genuineness
[16] Target problems
[17] Treatment techniques
[18] Treatment goals and prognosis
[19] Assertiveness
[20] Feelings talk
[21] Body language
[22] Aversion therapy

الإخـــتصاصـــي النفســـي؛ ضـــرورة اجتماعيـــة أو عمـــل من لا عمـــل لـــه؟

أ. د. منـــى فيـــاض – علـــم النفـــس – بيـــروت، لبنـــان

monafayad@hotmail.com

ماذا يمثل الإختصاصي النفسي في بلادنا ؟ هل هو ضرورة اجتماعية، ام أنه عمل من لا عمل له ؟ ما هي صورة الإختصاصي النفسي لدى الناس ؟

صورته في الأفلام العربية هي أقرب الى الكاريكاتور. فكما هو شائع، نجده صاحب شخصية مهزوزة، مضحكة، مبالغة، ونحتاج الى العلاج أكثر من المريض نفسه في معظم الاحيان.

شخصياً، عندما أُسأل عن اختصاصي أو مهنتي، لم أعد أفاجأ كما في البداية، بأن أتلقى اسئلة من نوع: هل في استطاعتك معرفة شخصيتي من النظر الىّ ؟ أو هل تعرفين بماذا أفكر؟ هل باستطاعتك تقدير ما هي مشكلاتي ؟ تشوب هذه الأسئلة مسحة من التحدي المختلط بالحذر والترقب.

علم النفس علم حديث جداً، نسبياً، انه اقدم قليلاً من علم السيرفنيك [1] الذي لا يزال شبه مجهول تحت هذه التسمية في بلادنا، لذا لا يزال خاضعاً لعدم تمييزه عن اجداده المفترضين، السحرة، المشعوذين، المبصرين، وفي أفضل الأحوال عن المنومين المغناطيسيين من ناحية وعن الفلسفة من ناحية اخرى.

تزيد اكتشافات "الباراسيكولوجي" الآن من اختلاط الأمر في أذهان الناس، ونعود مجدداً الى نظرة اثرية.

❖ من هـو الاختصاصـي النفسـي [2]

في قسم علم النفس، السنة الثالثة من الإختصاص التربوي في الجامعة اللبنانية، قررنا أن نستفسر عن هذه المسألة لدى الناس العاديين وذلك من ضمن تدريب الطلاب على العمل الميداني واعداد استمارة وتطبيقها.

سألت طلابي عن موقف اهلهم من اختيارهم فرع علم النفس للدراسة، وحصلت على اجابات لم اعتقد انني كنت سأحصل عليها فعلاً.

لا بد من الإشارة اولا الى انه يصعب جداً اختيار فرع تخصص على المستوى الجامعي، لغياب التوجيه والنقص في المعلومات وغياب اسواق العمل الفعلية؛ ومعظمنا عانى هذه المشكلة قبل أن يعرف ما الذي يريده فعلاً، وهنالك من لم يرض عن اختياراته اللاحقة، لكن أن يلقى ما يعادل 7 من كل 10 طلاب في علم النفس (وفي 3 صفوف أي نحو ثلاثين طالباً) رفضاً او حيرة او ما يشبه الإستهزاء لإختيارهم هذا الإختصاص، جعلني اندهش من " لا شعبية " هذا الإختصاص على المستوى الإجتماعي في بلد مثل لبنان.

فكيف توزعت اجابات الطلاب انفسهم في البداية؟

القبـــول التـــام

اجابة واحدة تعلقت بالقبول التام، هي جومانة: بعدما عملت كحاضنة أطفال اعواماً عدة، قررت متابعة دراستي، كي أحسّن ادائي في مجال عملي. ولم ألق اي اعتراض من الأهل.

أنـا رفضت وأهلـي قبلـوا

اجابة اخرى واحدة تمثلت في قبول الاهل وقبول الطالبة على مضض، قالت هيفاء: اردت دخول كلية الإعلام وفشلت، ثم اخترت الأدب الفرنسي وخفت أن أرسب، نصحني أبي الإنتقال الى علم النفس. وهكذا كان، بعدما عارضت بسبب خوفي من أن يؤثر ذلك فيّ، وأن يدفعني هذا الإختصاص الى الجنون أو ما شابه. لذا اخترت الفرع التربوي، لإعتقادي أنه يبعدني قليلاً عن الجنون. اما من اصادفهم فمعظمهم لا يعارضون اختصاصي، خصوصاً عندما يعلمون انه التربوي وليس العيادي. المعارضون بشدة قلة. انا الآن مقتنعة في اختياري.

خيـــار مترسب ونظـــرة خاصـــة

الكثير من الطلاب لجأوا الى هذا الاختصاص اضطراراً، سهام قالت: أحب هذا الإختصاص، لكنه لم يكن خياري الأول، اضطررت لمتابعته. في البيت لم يتدخلوا، أمي تجد أن ما أتعلمه "جميل كمعلومات"، ولكنها تقول أن لا مجال للعمل فيه. اخوتي يقبلون ما عدا أخي (28) عاما، يقول انه اختصاص لمعالجة المجانين وأن من يدرسه يفقد روح المرح و يصبح معقداً. أصدقائي يجدون أنه يليق بي ولو أنهم لن يدرسوه. أما محيطي فمنهم من يرفض ومنهم من يقبل، ولو أني أشعر أنهم لا يقولون لي رأيهم الصريح.

لميا: أحببت مجال اختصاصي منذ كنت في الثانوي، لكنني فضلت دراسة ادارة الأعمال لأن مجالات العمل فيها أكثر وفرة. وبالفعل بدأت بدراسته في الجامعة العربية, ونجحت. لكن عندما تقدمت الى مباراة المعلمين و المعلمات وقبلوني، قررت أن أغير إختصاصي لأنه يتطلب حضوراً كاملاً . ومع أن الكثيرين شجعوني لدراسة العلوم الإجتماعية، الا أنني صممت على دراسة علم النفس، وشجعني الأهل، وهم فخورون بي.

ما يزعجني كثيراً، نظرة الآخرين الى كل من يدرس علم النفس، فهم يخلطون بين الإختصاصي النفسي والمحلل النفسي والطبيب العقلي، ويقرنون هذه الأسماء بالجنون، سمعت الكثير من الإستهزاء والتعليقات حيال كل من يدرس علم النفس. أحدهم قال " يغط على قلبي " عندما أسمع

بإختصاص نفسي، والبعض يعتقد أنه في استطاعتنا أن نقول له كل شيء عن شخصيته وماضيه وحاضره. وهناك من يطلب أن "أحلل له شخصيته" وأكون قد رأيته لأول مرة في حياتي.

هبة: كنت أريد أن أصبح محامية، لكنني أسكن الجبل وأهلي لم يسمحوا لي بالسكن في بيروت، احترت كثيراً، أي فرع سوف أختار ولا يتطلب مني حضوراً ؟ اخترت علم النفس، لأن ابنة صديق والدي كانت تدرسه، وكنت أقابلها في بيروت مرة كل شهر وآخذ منها "الكورات". وهكذا نجحت في السنتين الأولى والثانية وفي ما بعد صرت أحضر من وقت الى آخر، والآن أشعر أنني مسرورة من اختياري.

ريما: أردت دراسة الطب، كنت من الأوائل في صفي، وعقد عليّ الأهل والأقارب الآمال الكبيرة لدراسة الطب، ولكي يكون في منطقتنا طبيبة – امرأة (البقاع الغربي). دخلت فرع البيولوجيا كي أكمل الطب في ما بعد وعانيت الأمرين من وضع الكلية، فلا مكان للجلوس (500 طالب في القاعة) والقاعة رطبة.

عندما ذهبت الى قريتي لأحضّر لإمتحانات نصف السنة، وجدت أن والدتي مريضة في شكل اضطرني للإنقطاع عن الدراسة مدة شهرين. كرهت العودة الى كلية العلوم، والتحقت بهذا الإختصاص ضمن موجة رفض واستنكار من الأهل والمحيط.

يتفاجأ الجميع أنني أدرس علم النفس بعدما حصلت على الرياضيات ويجدون أن لا صلة اطلاقاً بين الإثنين. امي تقبلت الفكرة أخيراً، لأنها تعرف "هوسي" (على قولها) بهذه المادة، ولأن السنوات اللازمة للدراسة قصير مقارنة بالطب وهذا يعني عودتي السريعة اليها. أما والدي (كان مسافراً) فلم يقبل الفكرة حتى اليوم، ولا يفهم كيف انتقلت من اختصاص الطب الى هذا العلم الذي لا يهتم سوى بالمجانين. وثارت ثائرته عندما علم باختصاصي في فرع المعوقين، ولا يفهم كيف سوف أتمكن من التعامل معهم. لم يهدأ الا عندما اخبرته بأنني سوف اتابع دراستي العليا.

بالنسبة الى اخوتي، الكبير منهم علم بظروفي وتقبّل بالأمر، الأصغر الذي سوف يتخرج مهندساً، يشجعني دائماً ويؤيدني ويعجبه اختصاصي، الا أنه عندما يريد مشاكستي يقول: " مخشخشة ومهبّلة ".

أما الأقارب، فالكثير منهم لامني. والناس في محيطنا يعتبرون أن من يدرس علم النفس سوف يجنّ، وفي حال نجا، تضطرب شخصيته. وهم لا يترددون في إخباري بذلك. وقد وضعت الرهان على نفسي أمامهم.

توفيق: تنوعت ردود الفعل، منهم من ارتأى أن هذا الإختصاص "لا يطعم خبزاً ". اما الأهل فارتضوا ذلك بنوع من التسليم بالأمر الواقع.

الرفـض التـام غيـر المقنـع

هناك من لاقى الرفض التام مثل رلى: لم أكن مقتنعة كثيراً عند اختياري هذا الإختصاص لكنني فشلت في قسم اللغة الفرنسية سنتين متتاليتين. اخترت الفرنسية بسبب إصرار أبي وميوله الأدبية. جعلني فشلي في الأدب الفرنسي أنزل طبقتين في مبنى الكلية، وانتسجل في قسم علم النفس.

لم أخبر أهلي بذلك في البداية، وظنوا أنني ما زلت أتخصص في الأدب الفرنسي. ولكن سرعان ما افتضح أمري وبدأت الصراعات في المعنى الحرفي للكلمة، وكانوا يمنعونني من الذهاب الى الكلية، في فترات أخرى اتهموني بالفشل والكسل لإختياري الإختصاص الأسهل.

وعندما توجت مساعيهم بالفشل، طلبوا المساعدة من أشخاص مثقفين لإقناعي بالعدول عن رأيي، لأنه اختصاص لا قيمة له ولا مستقبل له عندنا ولكني أصبت بمرض العنـاد، ولأول مرة أصررت على موقفـي واختصاصي، وأعاد لي نجاحي في السنة الأولى ثقتي بنفسي. الآن صرت مقتنعة، ومنحني هذا الإختصاص الثقافة والثقة.

نهدية: لدى اختياري دراسة علم النفس، واجهت صعوبات عديدة، من أهلي وأقاربي والأصدقاء. في البداية، رفضت أمي وأعتقد أن ذلك تم بتأثير من خالي. وقالت أنني سوف أصل الى الجنون. طلبت مني أن أغير الإختصاص، ولكني رفضت، احدى قريباتي قالت لي انه اختصاص الفاشلين. عند التسجيل، سجلني خالي في الأدب الفرنسي، لكنني ذهبت وغيرت تسجيلي بنفسي.

بعض أصدقائي يستسيغ اختصاصي والبعض الآخر لا، ويعتقد أنني سأصبح مجنونة. لاحظت أن أهلي وأكثر الناس من حولي يعتقدون أنه بعد انتهائي من دراستي، سوف يصبح بإمكاني قراءة أفكارهم. بعض الناس (من أمّيين ومتعلمين) أول ما يطرحون عليّ السؤال الآتي: هل تستطيعين أن تحللي نفسيتي؟ هل في إمكانك معرفة ما أفكر فيه! البعض الآخر من أصحاب الإختصاصات (هندسة - حقوق) يقولون: اختصاصك؟ شو هالمسخرة ! تفلسف على الفاضي

❖ ردود الفعـل وصعوبـة تطبيـق الإستمـارة

يمكن تبويب الصعوبات التي تعلقت بتطبيق الاستمارة كالآتي:

- أشخاص عديدون رفضوا التعاون وملء الإستمارة، كان العدد يصل أحياناً الى نصف من يتم التوجه اليهم.
- أحياناً كان رفض التعاون يحصل من الجهاز التعليمي نفسه، رفض مثلاً مدير مؤسسة تربوية كبيرة الإجابة عن الأسئلة، "لأن هذا الإختصاص مخيف ".
- تمت ملاحظة عدم الصدق في الإجابة عن اسئلة الإستمارة، أجابت إحداهن أنها لا تذهب الى الروحاني، مع أن من ملأت الإستمارة تعلم تماماً أنها تفعل ذلك.
- لوحظت اجابات غير نابعة عن إقتناع بل للمسايرة.
- عارض أناس كثر (أميون ومتعلمون) الإجابة، لأنهم كما قالوا: لا يؤمنون أصلاً بعلم النفس، ولأنه إختصاص لملأ الفراغ ولا ينفع. البعض إقترح: تعالي نتسلى في هذا الوقت بدل إضاعة الوقت في الإستمارة.
- تطلّب شرح الإستمارة وقتاً، ولم تفهم الأسئلة دائماً بسهولة.
- لم يستغرق ملء الإستمارة وقتاً طويلاً، غالباً لعدم إهتمام الناس بها.
- أبدى البعض وجهة نظر سلبية بالنفساني، ونظروا الى السائلة / سائل في شكل غير مرغوب فيه.
- انتظر البعض مكافأة على ما قام به، البعض الآخر انتظر تقويماً وعلامات.
- شخص فار من الجيش، رفض الإجابة خوفاً من أن يتضرر، وجندي آخر (غير هارب) اجاب لكن إشترط أن لا يذكر إسمه كي لا يتضرر أيضاً.
- تردد البعض وأبدى قلقه من أهداف هذا العمل.
- إعترض الكثيرون على الفكرة ووجدها البعض " سخيفة".
- البعض كان يقبل على ملء الإستمارة بطيبة خاطر، ويغيّر رأيه عندما يعلم موضوعها.
- اعتقد البعض أن علم النفس للمعوقين فحسب.
- اعتقد البعض الآخر أنه للعاجزين جنسياً فحسب.

- أدّعى البعض " غيابه " بحضور المستقصي.
- إظهار القلق دائماً والسؤال، هل أن الإجابة جيدة ؟
- شكر البعض الفكرة (الإستمارة) لكونها توضح للناس الفرق بين المرض والحالة النفسية.

❖ **خصائـص العينـة**

العينة مكونة من 234 فردا توزعوا على الجنسين كالتالي:

الجنـس		
ذكر	109	% 29
أنثى	125	% 71
مجموع	234	% 100

الفئـة العمريـة		
15- 20	7	% 3
21- 40	184	% 79
41- 60	43	% 18
مجموع	234	% 100

المستـوى التعليمـي		
أمي	12	% 5،12
مستوى ابتدائي	39	% 17
متوسط- ثانوي	72	% 31
جامعي و ما فوق	111	% 47
مجموع	234	% 100

المهنـة		
عاطل عن العمل	11	% 4،7
طالب	24	% 10،25
موظف	135	% 57،6
حرف يدوية	55	% 23،5
اطر عليا	9	% 3،5
مجموع	234	% 100

❖ **عرض نتائـج الإستمـارة ونقـاش**[3]

1. **مـاذا تعني لك عبـارة اختصاصـي نفسـي ؟**

يساعد الناس في حل مشاكلهم النفسية	135	% 80
يوحي لي بالمجانين	5	% 4،27
انه طبيب مثل أي طبيب	4	% 5،98
انسان عادي	4	% 2،56
لا اثق به	13	% 5،5
لا جواب	4	% 1،7

2. **هل ترى ضرورة لوجـود اخصائي في المؤسسـة ؟ المدرسـة ؟**

نعم	145	% 95,3
لا	6	% 3,9
احيانا	1	% 0,65

ان القراءة المتسرعة لنتائج الاستمارة، تظهر نوعاً من التفهم أو القبول من الرأي العام للنفساني. إذ أن نحو 80 في المائة من الناس (أنظر السؤال الأول) اجابوا "أن الإختصاصي النفسي يساعد الناس في حل مشكلاتهم النفسية ". و90 في المائة يرون ضرورة وجوده في المؤسسة أو المدرسة.

لا يمكن فهم هذا الموقف الإيجابي من النفساني الا بربطه بالسياق الذي ذكر سابقاً. ان معظم من رفضوا الإجابة كانوا معارضين له، وتالياً فإن من أجاب، فعل ذلك لإقتناعه ربما بالأمر، أو لأنه ساير طالبات جميلات لطيفات أو كي لا يبدو متخلفاً أمامهن أو لأسباب أخرى. وكل هذا له أثره في تغيير وجهة الإستمارة وإعطاء صورة قد تكون مخالفة للواقع. اذا أخذنا هذه المحاذير في الإعتبار، يبقى أن "النفساني" آخذ بالظهور في المجتمع اللبناني، وأن دورنا آخذ بالتبلور، مما حدا بالبعض في المؤتمر المذكور أعلاه الى التساؤل: لم لا تكملون عملكم وتقومون بالتعريف بالإختصاصي النفساني وتغيير نظرة الناس اليه ؟

11. **برايـك هل زادت الحـرب من ضـرورة وجـود اخصائـي نفسـي فـي المؤسسـة؟**

نعم	202	% 86
لا	30	% 13
لا رأي لي	2	% 1

من هنا، يظهر السؤال 11 (أعلاه)، وجهاً ربما يتزايد، يقول بوجود حاجة فعلية اليه ظهرت بعد الحرب خصوصاً، وبعد ازدياد نسبة الإعاقات عن مستواها الطبيعي في أيام السلم.

5. **ما رايـك بارتيـاد عيـادة نفسيـة؟**

امر طبيعي	169	% 72
ظاهرة غريبة	22	% 9
حدث مربك	35	% 15
لا راي لي	8	% 4

6. **هـل انت مستعـد لزيـارة اخصـائي نفسـي عنـد الضـرورة؟**

نعم	186	% 79
لا	31	% 13
احيانا	17	% 8

مع ذلك، لا يمكن فهم بعض الأسئلة من دون أن نأخذ في الاعتبار، الجهة السائلة، طالبات علم نفس، وأثر ذلك في المستجيب وتأثيره المباشر عليه وعلى رأيه. لذا أجد أن هناك مبالغة في الإجابة عن السؤالين: 5- ما رأيك بإرتياد عيادة نفسية و 6- هل أنت مستعد لزيارة اختصاصي نفسي عند الضرورة؟ إذ جاءت الإجابة 72 في المائة و79 في المائة بالإيجاب.

4. **هـل انت قـادر على حـل مشاكلـك النفسيـة بمفـردك؟**

نعم	119	% 55
لا	34	% 14
احيانا	81	% 35

7. **هـل تحبذ ان يعـرف الاخـرون ذلـك؟**

نعم	59	% 40
لا	109	% 47
احيانا	25	% 11
لا رأي لي	5	% 3

8. **هـل تعتقـد بـأن كل من يعانـي من مشكلـة نفسيـة مجنـون**

نعم	2	% 1
لا	218	% 93,4
احيانا	9	% 5,9
لا رأي لي	1	% 0،65

يشكل السؤال رقم 4- هل أنت قادر على حل مشكلاتك النفسية بمفردك،

والسؤال رقم 7- هل تحبّذ أن يعرف الآخرون ذلك، نوعاً من التصحيح الذاتي للإجابة "المتسرعة"، فنجد أن 51 في المائة يعتقد أنهم يحلون مشكلاتهم بأنفسهم و40 في المائة لا يحبون أن يعرف الآخرون ذلك. وفي حين اعتبر الكثيرون من أهالي الطالبات ومحيطهن، أن من يدرس علم النفس يعاني خللاً ما، أو أن هناك خوفاً على صحته النفسية، نجدهم يجيبون عن السؤال 8- هل تعتقد أن كل من يعاني مشكلة نفسية مجنون، بالنفي بنسبة 93 في المائة.

ماذا يعني ذلك؟ أن الإجابة عن سؤال مكتوب ومن شخص مراقب، يستدعي إحساساً أكبر بالمسؤولية، وتالياً إجابة أقل تسرعاً وأقل عاطفية وحماسة، خصوصاً أن من يسأل ليس قريباً نهتم كثيراً لأمره وأمر مستقبله. لذا يعمل الشخص فكره النقدي ولا يتسرع في الإجابة.

9. هل تعتقد ان الروحاني قادر على مساعدتك اكثر من النفساني؟

نعم	28	% 12
لا	166	% 69
احيانا	30	% 13
الاثنان لا يساعدان	10	% 6

وفي حين نعلم في شكل غائم أن الكثيرين يذهبون إلى عيادات الروحاني والمبصر والمشعوذ والشيخ، نجد أن الإجابة الإيجابية عن السؤال 9- هل تعتقد أن الروحاني قادر على مساعدتك أكثر من النفساني؟ هي 12 في المائة. ذلك يعني وجود حرج فعلي في المجتمع اللبناني من الإعتراف باللجوء الى هذه الأشكال من العلاج الذي يتم التوجه نحو اعتبار أنها "متخلفة" أو "غير علمية".

3. هل تجد فرقا بين متخصص في علم النفس وآخر غير متخصص في هذا المجال؟

نعم	181	% 75,6
لا	44	% 19
احيانا	9	% 5,9

10. هل تجد حرجا في زيارة الروحاني؟

نعم	72	% 31
لا	42	% 18
لا ازوره	108	% 46
ازوره بداعي الحشرية	9	% 5,9

هذا مع الإشارة الى أن استخدام تعبير "روحاني"، تمّ عن قصد، كي لا نعطي أي معنى محفّز pejoratif للموضوع، وأن الإتجاهات الحديثة في علم النفس (أو بعضها على الأقل) تعتبر أن العلاجات التقليدية على تنوعها قادرة على المساعدة والعلاج، لذا لم نقصد اتخاذ اي موقف مسبق عبر السؤال. وتبين معنا أن الناس أنفسهم يفرّقون بين " شيخ "، إذ أن النظرة اليه مشوبة بالإحترام و الثقة، وبين "مشعوذ" ذات الإرتباط السيء بالسحر والشعوذة، وبين " منجم " الأكثر قبولاً من مشعوذ والأقل قبولاً من شيخ ربما.

علّمنا ذلك أن نحاول إجراء استمارة مسبقة حول التسميات والتعريفات لمعرفة كيفية استخدام الناس المفاهيم والعبارات وموقفهم منها ومحاولة تحليلها.

❖ **بعض تعليقات الناس الحرفية على العمل**

- أرغب في أن ينصّب الإهتمام على مكافحة أمراض الإكتئاب لأن هذا المرض أخطر من السرطان، فالأخير يميت الإنسان بينما

الأول يجعل منه حياً - ميتاً.

- الطبيب النفساني يعالج السرساب و المجانين.
- لا ضرورة لوجود النفساني في أي مؤسسة.
- الأصحاء ليسوا في حاجة الى النفساني.
- إنه يعالج من هم أقل منه ارادة، أما الآخرون فلا، لأنهم يكونون أقوياء.
- العلاج يعتمد على الأدوية والمهدئات.
- على الطبيب النفساني أن يخفف من ارتفاع سعر معاينته، كي يتمكن الناس من التوجه اليه.
- نرجو الجهات المختصة أن توجه الناس وتشرح لهم دور النفساني، اذ أن الغالبية تعتبر أنه طبيب المجانين.
- تكرار كلمة "لا أرتاح للنفساني".
- ممكن الصديق أن يساعدنا (تكرار).
- نحن في بلد كله حشرية وسلبية ولكن الناس لبعضها.
- أنا آخر شخص أفكر أن أزوره، انه ملغى، خلّي دورهم محصوراً.
- هناك من يجد حرجاً في الذهاب اليه لأن كلام الناس لا يرحم.
- اعتقد البعض أن المجنون يولد مجنوناً والطبيعي يولد طبيعياً.
- رفض مصفف شعر رفضاً قاطعاً أن يستجيب لطالبة زبونته في ملء الإستمارة.

❖ **ملاحظـــات أخيـــرة**

- هناك انطباع عام عن صعوبة ملىء استمارات، وكأن السائل ينتزع "ملكية" خاصة، في المعنى الحرفي للكلمة.
- وجود خوف مما هو مكتوب أو مما يسجل.
- المسايرة وإعطاء اجابات يقصد منها أن تكون متلائمة لما يريده السائل.
- الهروب من الإستمارة عندما تتعارض مع آرائنا وقيمنا. ذلك كله يجعل الإجابات نسبية، كما هي كل إجابة وكما هو كل إحصاء.

❖ **بعض الملاحظـات التـي استنتجهـا الطـلاب مـن المقابـلات**

- ان زيارة الطبيب النفساني في المجتمعات الغربية هو امر طبيعي، اما في مجتمعنا فهو غير ذلك.
- ان العديد من الاشخاص يقوم بزيارة الروحاني لاستمتاعه باحاديثه المستقبلية، علق احد الاشخاص بانه يبصر مرة في الشهر لان ذلك يريحه ويمتعه وبالتحديد" ما بعرف يمر شهر من دون ما بصر".
- الكثير من الاشخاص اجابوا بضرورة وجود اخصائي نفساني في المدرسة وليس في أي مؤسسة، أي للاولاد فقط وليس للبالغين.
- هناك من يجد حرجا بزيارة الروحاني لانه يقوم بشعوذات لا يتقبلها العقل.
- نشكركم على هذا البحث لكونكم توضحون للناس الفرق بين المرض والحالة النفسية التي قد تصيب الشخص من جراء هذه الحياة الصعبة.
- ان الروحاني ملم بمجال معالجة الامراض الروحانية ولا يتعلق بصلة بمجال الامراض النفسانية.

- الروحاني للمستقبل والنفساني يعطي اشياء علمية.
- ضرورة وجود عالم نفساني في كل مؤسسة تعليمية بسبب وجود مشكلات مدرسية اسبابها نفسية.
- نؤيد وجود عالم نفساني في كل مؤسسة عامة وخاصة فالمجتمع اليوم بحاجة ماسة لهاذا النوع لأن الحرب تركت بصماتها ومردودها السيىء في نفوس البشر، لذلك ارى من الضروري تدعيم هذاالعلم وتعميمه لما فيه الخير للجميع (مديرة مدرسة).
- الأخصائي النفساني شخصا أثق به ويمكن أن يكون من الأقرباء أو صديق.

[1] علم متشكل من مجموع النظريات المتعلقة بالاتصال وبالتنظيم على مستوى الكائن الحي والآلة.

[2] اجرى طلاب السنة الثالثة في علم النفس في الجامعة اللبنانية هذا البحث باشرافي في العام 1996 وهو بحث استطلاعي شمل عينة عشوائية – مذكورة في الهامش رقم 2، تضمن أسئلة عن دور الاختصاصي النفسي وكيفية النظر اليه.

[3] هذه الإستمارة طبقت على عينة عشوائية غير ممثلة (234 فردا)، لكن روعي فيها أن تشمل أعداداً متجانسة من الجنسين، ومستويات علمية مختلفة وبعض الأميين، ولو أن نسبة المتعلمين و الموظفين كانت عالية، نظراً الى استسهال الطالبات و لإضطرارنا للإسراع خصوصاً بسبب الإعتداء الإسرائيلي من ناحية، ولإضطرارنا الى إنجاز سريع كي يتسنى لنا عرض النتائج في مؤتمر علم النفس الثاني _ السبت في 1996/05/11 (طرابلس الجامعة اللبنانية فرع 3) لم يكن هذا العمل أكثر من تمرين للطلاب، مع ذلك تبين أن له دلالات عدة. فهو رصد من جهة رأي الأهل، ومن جهة أخرى رأي الطلاب أنفسهم، وأخيراً بعض آراء الناس ولو في شكل محدود.

Arabpsynet Papers Search

http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Arabpsynet Thesis Search

http://www.arabpsynet.com/These/default.asp

المجلـــة العربيـــة للطـــب النفســـي

www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm

مجلـة الثقافـة النفسيـة المتخصصـة

www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

Arabpsynet Psychiatrist Guide

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

Arabpsynet Psychologist Guide

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

زنا المحـارم في البيئـــة العربيـــة : العـــلاج النفســي الأســري للضحايـــا وأسرهـم

مقاربـــة ثقافيـــة للأثـــر النفســـي والاجتماعـــي

د. خولـــة أبوبكـــر* - كليـة عيمـق يزراعيـل

khawlaa@yvc.ac.il

تؤكد الأدبيات العلاجية أن الإساءة الجنسية في الطفولة، وخاصة سفاح المحارم والذي يكون به الجاني من داخل العائلة أو من المعتنين الثابتين في الضحية، تسبب أذى طويل المدى وعميق الأثر في الضحية. يكون هذا الأذى في المستويات التالية: تقدير الذات self esteem للضحية، صورة الجسد body image، الموقف من الجنس ومن ممارسته، تطوير أمراض نفسية عميقة (Finkelhor, 1984, 1986).

تحصل جريمة سفاح المحارم في جميع المجتمعات على الإطلاق (DeMause, 1991 ; Lefley, 1999). كما وأن الظاهرة طويلة العهد ورافقت تطوير الحضارة الإنسانية (كمال, 1994؛ Show, 1999). بالرغم من ذلك، تميل معظم المجتمعات للتعتيم على هذه الظاهرة مدعومة بتردد، وأحيانا عدم قدرة الضحايا في موضوع الكشف عن الجريمة من جهة والوسائل المحكمة التي يتبعها الجاني للتمويه على جريمته (أبو بكر، قيد الطبع). ساهمت الدراسات النسوية في فك صمت الضحايا وإعادة تفسير ظواهر نفسية كانت قد شُخصت خطأ من قبل أخصائيين نفسيين ذكور، مثل فرويد على أنها هيستيرها أو غيرة القضيب. راقبت الباحثات آن برغيس وليندا هولمستروم (1974) ردود الفعل النفسية لضحايا إغتصاب ووصفتا ردودهن ب "ظاهرة صدمة الإغتصاب". من مظاهر هذه الظاهرة: أرق، غثيان، فزع، إنفصال، بلادة وخدر في المشاعر. كل هذه الطواهر تشبه تماما ردود فعل ضحايا الحرب. استعملت الأخصائيات بتشخيص سلوك كرب ما بعد الصدمة PTSD كمفتاح للدخول لتجارب الإساءة الجنسية لحياة الضحية. ترى نظرية "الصدمة" أن الصدمة التي تبدأ في جيل مبكّر وتتكرر حتى سنوات المراهقة تصمم الشخصية وتشوهها لأن الطفل/ة يطور جهازا دفاعيا غير ناضج وفي نفس الوقت يكون مشغولا في الفحص عن قدرته في وضع الثقة في أناس من حوله غير أكفاء لهذا (Herman, 1992).

ساهم النشر حول صدمة الإساءة الجنسية في تثقيف الضحايا ولفت نظرهم الى الإساءة التي حصلت في حقهم والى تشجيعهم للتوجه للعلاج أو للقانون أو للإثنين معا (Wiehe, 1996) . هنالك دراسات قليلة أجريت في المجتمع العربي حول الظاهرة بسبب التحفظ حول دراسة موضوع الجنس واعتبار كل ما يدور حوله هو من الأمور الخاصة التي تعيب الباحث والمبحوث (انظر مثلا، Dwairy,1998؛ حملة تحسيسية ضد التحرش الجنسي في الشغل والتعليم، 2003؛ شرف الدين، 2002).

هنالك إقتراحات لتوجهات علاجية شتى لمساعدة الضحية بالإضافة لاقتراح إجراءات قانونية ثابتة. في هذه الدراسة سوف أتركز في نقاش نقطتين يقترحهما العلاج الغربي وفحص مدى ملاءمتهما لعلاج الضحية العربية: (أ) إقتراح عدم إنهاء العلاج قبل أن تصل الضحية لترتيب صحي وبنّاء مع جسدها وإعادة بناء علاقتها الإيجابية مع موضوع الجنس (Dinsmore, 1991) و(ب) إقتراح تقديم شكوى بحق الوالد الجاني ومحاسبته على فعلته أمام القضاء كوسيلة لمواجهة الماضي، والتدريب على تعزيز قدرات حماية الذات والمدافعة عنها (Herman, 1992).

سوف تقترح هذه الورقة، أن هذين الموضوعين هما ذوي جذور ثقافية تنبت معاني خاصة بالمرأة الضحية العربية (وأحيانا بالضحية الرجل أو الطفل) حيث ترى الضحية الأمور من منظار يختلف عن تركيز الضحية الأجنبية. ستعرض الأفكار بواسطة تحليل حالة عيادية.

بسبب الألم النفسي والجسدي الهائلين الذين تسببهما الإساءة الجنسية، وبسبب فارق العمر، وفرق القدرات الجسدية والحسية والذهنية بين الجاني والضحية، يؤمن الكثير من الضحايا أن للجاني قدرات فوق طبيعية، وأنه يستطيع قراءة افكار الضحية، أو ملاحقتها وفرض ما يريده عليها. تؤدي هذه الأفكار لإستسلام الضحية المطلق، متنازلة عن محاولة تخليص نفسها من سلطة الجاني التي تراها بأنها "أسطورية" في حجم تخويفها لها.

يفسر توجه العلاج الأسري (family therapy approach) الإساءة الجنسية داخل الأسرة كظاهرة تشير لخلل في إدارة الأسرة كمنظومة. عند فحص الظاهرة داخل أي أسرة، يتطرق العلاج للمبنى النفسي الداخلي للضحية، لمبنى العلاقات بين أفراد العائلة، لمبنى علاقة العائلة مع عائلاتها الأصلية ولعلاقة العائلة مع البيئة المحيطة (Maddock & Larson, 1995; Mignon, Larson, & Holmes, 2002).

من أهم الإشكاليات في أسر زنا المحارم هي اختراق الحدود بين الأجيال من جهة وإنغلاق الأسرة وانقطاعها عن العالم الخارجي من جهة أخرى، بالإضافة لمشاكل التواصل بين أفرادها وعدم قدرتهم على مواجهة المصاعب ذات الشأن في الحياة بطريقة بنّاءة. عندما يعرف كل فرد في الأسرة حدوده المرسومة فإنه يستطيع أن يحظى بشعور الخصوصية من جهة والإستقلالية النسبية من جهة أخرى. عندما يحدث زنا المحارم في العائلة فإن الحدود تصبح ضبابية ويصبح الجميع متداخلين في حياة الجميع بطريقة أو أخرى. لا يستطيع الأفراد تمييز أنفسهم عن الآخرين، ويصبح شعور الإنتماء للكل أهم من الخصوصيات أو الفردانية. يخلق هذا جوا من التشبيك العاطفي والتعلق النفسي. يرى الأولاد والبنات الضحايا في أسر زنا المحارم أنفسهم كمسؤولين للإنتقال لأدوار تناسب جيل الأهل (الوالدة أو الوالد) وبهذا هم يتجاوزون الحدود الصحية الموضوعة لكل جيل . في أحيان اخرى، يشعر ولي الأمر الذي ينكّل جنسيا بأولاده أو بناته بأنه تابع إجتماعيا ونفسيا لجيلهم (Haugaard & Reppucci, 1988; McClendon, 1991; Trepper, Neidner, Mika & Barrett, 1996).

تسمح الأسرة السليمة بتمرير معلومات من الخارج لها وبالعكس بواسطة الفعاليات الإجتماعية، الزيارات، والفعاليات في المجتمع. يساعد الإرتباط الثابت مع المجتمع في الحصول على صدى للأخطاء الداخلية ويتم تصحيحها فورا مما يساهم في عملية الضبط الإجتماعي. لكن الأسرة غير السليمة تمنع هذا النوع من العلاقة التبادلية محافظة على مجمل العلاقات الحصرية (فقط) فيما بينها. تفسر الأسرة توجه أحد أفرادها لأي علاقة في العالم الخارجي على أنه نوع من التخلي عنها ويرونه كخيانة لها تساهم في تفككها (Alexander, 1985).

بالرغم من العلاقات الكثيفة، هنالك ميل واضح في أسر زنا المحارم الى الصمت بين أفرادها وتجنب المواجهة والصراعات والمحافظة الشديدة على أسرار الأسرة والى الميل لطرح مواقف متناقضة تجاه نفس الموضوع (Trepper & Barrett, 1986). في عرض الحالة التالي، كان الإستغلال الجنسي للوالد لبناته نوعا من أنواع التنفيس الذي استعمله حتى يحافظ على زواجه الفاشل. ساهمت الأم والبنات الضحايا في الصمت والمحافظة على السرغير المحكي، حتى بينهن، بغرض المحافظة على الأسرة كمبنى وكيانها أمام المجتمع الخارجي. حافظت الضحايا على نفسية وسلوكيات الضحية سنوات طويلة بعد خروجهن من بيت والديهن ولكن كن هشّات نفسيا، عاطفيا وإجتماعيا.

وصف الحالة التالي سوف يوضح أثر زنا المحارم على الضحية وتأثير المبنى الثقافي القيمي على تطور الاضطراب النفسي ومن ثم تأثيره على مراحل العلاج. حيث تناقض مفهوم العيب والممنوع في المفهوم الداخلي للأسرة المغلقة مع شيفرة العيب والممنوع المجتمعي أو العلاجي. سيتم نقاش إهتمام الضحية بمصلحة أهلها وسمعتهم، كسلوك اجتماعي صحيح، أكثر من إهتمامها بصحتها النفسية هي أو بتصليح علاقتها مع جسدها. أخيرا، سوف يعرض موقف العلاج من هذا.

- **وصف الحالـــة**

اتكأت وردة على زوجها وأخيه عند دخولها العيادة. كانت تعاني ولمدة يومين من إنهيار أعصاب شديد. إتضح أن الحدث المعلن الذي سبب مباشرة هذا الوضع هو إصرار إبنة وردة أن تترك دير الراهبات، حيث وجدت سكنا في سنتها الجامعية الأولى لتنتقل للمدينة الكبيرة وتعيش هناك. لم تكن تفسيرات وردة حول مخاوفها الأمومية على ابنتها - مثل مخاوفها على سمعتها، أو أن تصادق أصدقاء السوء ويمنعونها من التركيز في تعليمها—كافية لتبرر الوضع النفسي السيء جدا الذي عانت منه. بعد البحث في تاريخها مع أسرتها ومفهوم السمعة والشرف لديها إتضح أن وردة، التي كانت تبلغ الثانية والإربعين في ذلك الوقت كانت قد عانت من إغتصاب والدها لها لمدة ثماني سنوات، منذ أن كانت في العاشرة من عمرها وحتى زواجها في جيل الثامنة عشر.

كان والد وردة حرفيا يعمل في ورشة كبيرة. كان مدمنا على الكحول وعلى الجنس. من الواضح أنه كان إطفاليا Pedophile. كان فظا سليط اللسان واليد على زوجته التي كانت صامتة ومطيعة. كانت الزوجة تلد مرة كل سنتين أو ثلاثة. ولدت ثماني بنات متواليات وكسر هذا شوكتها أكثر في عينه. وعندما ولدت ثلاثة ذكور متواليين بعد ذلك لم يكسبها هذا الإحترام المنشود. كان الأب قد إعتاد إغتصاب بناته بمعرفة صامتة منها.

حكت وردة لعريسها ليلة زفافها عن إغتصاب والدها لها. كانت تشعر أنها دنسة وكانت تحلم أن تبدأ بداية "نظيفة" مع عريسها. ظنت أنها عندما تصارحه سوف يفهمها ويدعمها وسوف تستطيع تنفيذ خطة الحياة الرومانسية التي طالما حلمت بها. كان رد فعل الزوج مرعبا نتيجة للرعب والصدمة التي ألمت به. طلب منها أن تبتعد وتمهله وقتا حتى الصباح ليفكر فيما عليه أن يفعله. قضت وردة ليلة زواجها الأولى سهرانة تنتظر "إصدار الحكم عليها" وكان ترتجف و تشعر أنها لا تملك جسدها، مشاعرها، عواطفها، ماضيها، حاضرها أو مستقبلها وأصابتها حالة إنفصال (Dissociation) عن جسدها. في الصباح قال لها عريسها أنه سوف "يكمل الحياة معها" حتى لا يتسبب بفضائح له أمام أهله "بعدما أنفقوا ما أنفقوه على مصاريف العرس". ولكنه إشترط عليها أن لا تطلب منه زيارة أهلها وأن تمنع فرص زيارة أهلها لها بكل طريقة. إختار العريس إن ينام في غرفة أخرى ولكنه قرر بشكل مفاجئ ممارسة الجنس معها للمرة الأولى بعد شهر. منذ ذلك الحين كان الزوج يقرر مرة كل شهر أو شهرين القدوم لسرير وردة ليمارس معها الجنس بصمت ويترك السرير بعد دقائق. وبدون ان يخطط لهذا، أصبح سلوك الزوج مشابها ومكملا لسلوك الوالد الذي كان يفرض الجنس ويسرقه من وردة بدون إرادة منها أو مشاركة لها. وهكذا، بالإضافة لإساءة والدها منذ جيل عشر سنوات، دفعت وردة ثمنا باهظا في زواجها جعلها لا تحك عن الموضوع خلال الـ 24 سنة التالية.

كانت وردة من أسرة مسيحية وحاولت بعد زواجها بكل طاقاتها إبراز طهرها ونقائها فأصبحت متدينة بشكل معلن وكانت تلبس ملابس محتشمة تشبه ملابس الراهبات وكانت تحكي عن الورع والعيب والحرام في كل مناسبة وتزور الكنيسة بانتظام وتتبرع لجميع فعالياتها وحظيت باحترام جيرانها وأهل زوجها وأهل بلده. يفسر هذا بأن وردة وعدت نفسها أن تبدأ بداية جديدة بعد الزواج، شملت أيضا "خروجها" للمجتمع وتبني قيمه.

ولكن وردة كانت تعاني من عدم زيارة أهلها لها وطالما تساءل أهل زوجها عن هذا وتهامسوا أن والدها يهمل بناته اللاتي تزوجن غريبات. عانت وردة من عدم إحساسها بالعزوة وبالقطيعة الصامتة لزوجها ضد أهلها. خلال سنوات زواجها الطويلة كان على وردة إيجاد مبررات وأعذار لعدم مشاركة زوجها في مناسبات أسرتها إلا ما كان يتم خارج بيتهم مثل قاعات الأفراح، ولكنه كان يتعمد خلق مواقف تجعله لا يجلس مع والدها وبالتالي، لا يتحدث معه بتاتا. وهكذا دخل الزوج لمنظومة أسرة زنا المحارم التي تحافظ على الصمت وتساهم في المحافظة على سر زنا المحارم. بالمقابل، كانت وردة تبالغ في إحترام أهل زوجها وفي خدمتهم ومساعدتهم وفي المشاركة الفعالة بجميع مناسباتهم.

كانت وردة تقدّر الإنسان المتعلم وشجعت زوجها على الحصول على شهادة في مجال مهنته وبعد هذا شجعته على الإنفصال إقتصاديا عن إخوته والإستقلال الإقتصادي عنهم مما حسّن أحواله المادية كثيرا. بعد هذا بدأت هي تتعلم وكانت ممتازة في دراستها بسبب ذكائها ومواظبتها لأنها كانت تحرص أن لا "ينتقدها" أي أحد على أي نوع من "التقصير". وبالتدريج انتقلت وردة من إطار تعليمي لآخر بتشجيع مدرسيها حتى حصلت على اللقب الأول بامتياز وبدأت في العمل بوظيفة كاملة. ثم صارت تحلم بنجاح إبنتها البكر ثم إبنيها الأصغر سنا في دراستهم الأكاديمية.

عندما وصل إبنها الأوسط للمدرسة الثانوية ظهرت لديه صعوبات تعليمية شديدة حاولت وردة لومه عليها، ثم مساعدته بها، ثم طلب المساعدة من أخصائيين حتى رضخت لفكرة محدودية قدراته. بعد هذا، تركزت أحلام النجاح الأكاديمي في إبنتها البكر وإبنها الأصغر. كانت وردة تتابع دروس أولادها يوميا وتعرف مواعيد إمتحاناتهم والمهام التي يلقيها عليهم المدرسّون وترى نفسها مسؤولة عن نجاحهم المدرسي تماما مثلهم.

منعت وردة إبنتها ان تتعلم في جامعة بعيدة عن البيت، وأرغمتها على التسجيل في الجامعة الأقرب، رغم كره الإبنة لهذه الجامعة. سافرت هي وزوجها ورتبت لاستئجار غرفة في دير راهبات يقع قرب الجامعة بالرغم من تذمر الفتاة. كانت وردة تزور ابنتها بشكل مفاجئ في نزل الراهبات وحتى في غرف الدراسة، حيث كانت تعرف برنامجها وفي أي غرفة تتعلم كل موضوع. قبل إنتهاء السنة الدراسية بدأت إبنة وردة إظهار تذمرها من نزل الراهبات وطلبت الإنتقال للسكن في المدينة الكبيرة. حاولت وردة بكل ثقلها أن تمنع هذا ولكن إبنتها هددت بأنها سوف تترك الدراسة تماما وتتنازل عن فكرة الشهادة الأكاديمية إذا ما أصرت والدتها على موقفها.

- **تعامـــل الضحيـــة مع العـــلاج**

عانت وردة آلاما عضوية بشكل مكثّف ومتواصل خلال الأشهر الخمسة السابقة لتوجهها للعلاج النفسي تنقلت بين أوجاع الشقيقة (Migraine)

وآلام المعدة والشعور بالأوجاع في جميع عضلات الجسم والتعب المزمن (Fatigue Syndrome). كان من الصعب على وردة، كمرأة أجهدت نفسها خلال سنوات زواجها بتجميل شباك العرض للعائلة التي بنتها أن تسمح لأي غريب في الإطّلاع على خبايا تاريخها النفسي والأسري. استغربت جدا عندما طلبت منها ان تحكي لي عن مبنى الأسرة التي نشأت بها. حاولت التهرب ثم حاولت التهجم على السؤال: "أنا صار لي متزوجة 24 سنة وأعاني من قرارات ابنتي. لماذا تضيعين الوقت في الحديث عن أهلي؟ شو أنا بعدني ساكنة معهم؟ هم مسنون الآن وما علي إلا إحترام شيبتهم".

تهربت وردة أيضا في البداية من الحديث عن علاقة زوجها بها، وتركزت في الحديث عن علاقتها به. حيث عرضت العلاقة على أن بها الكثير من التقدير والإحترام والدعم وأنها حققت أمانيها بأن تجعله مهنيا ناجحا، غنيا، محترما بين أقاربه وبيئته. وعندما سؤلت عن طبيعة علاقته هو بها أجابت بلهجة لائمة: "هذا نفس الشيء كما في علاقتي به، أليس كذلك"؟

كان من الواضح أن ما تحاول وردة الإستمرار في إخفائه هو الذي كانت تنوء تحته ولم تعد تنجح في أن تحمله بدون أن تعلن عن معاناتها منه وكان هذا يسبب لها "الإنهيار". طلبت من وردة أن تحضر لي كتاباتها ومذكراتها التي قالت أنها كانت تخطها من وقت لآخر وترددت كثيرا ولكنها أحضرت المذكرات في الجلسة التالية وجلست صامتة ترتجف وأنا اقلّب الصفحات متصفحة المضامين بسرعة.

أحضرت وردة دفترين من المذكرات، واحد عبارة عن دفتر من السنة الأخيرة للمدرسة الثانوية كتبت لها صديقاتها وبعض مدرسيها من المدرسة الثانوية كلمات بها توديع وأمنيات في النجاح بعد التخرج. وكانت الصفحات ملوّنة، جميلة، بها الكثير من المديح لشخصية وردة وطيبتها وذكائها وجديتها وأخلاقها العالية، وتبارى الكتاب في زركشة الصفحات. أما الدفتر الآخر فكان عبارة عن دفتر بائس في شكله، متراص في كتاباته، عُطت هوامشه بخرطشات عصبية بلون الرصاص الأسود. كانت مضامين هذا الدفتر بها وصف لتعاسة مراهقة داخل أسرتها، للعنف الذي تعاني منه، لكرهها لجسدها ووصفه بالنقمة والدنس ولكرهها "لجميع صنف الرجال". عندما طرحت على وردة سؤالا حول حصول إعتداء جنسي عليها في طفولتها سألت فزعة "هل هذا مرئي؟ هل يستطيع أن يكتشف أي شخص هذا على مرأة محترمة؟"

- **الطاقـــة النفسيـــة المستنفـــذة لوردة: إخفـــاء الحـــدث بـــدل إفشـــاء الحـــدث**

تؤكد الدراسات أن تحرير السر من التكتم تحرر الضحية كخطوة أولى ضرورية وحاسمة في الطريق الطويل للعلاج (Angel،1991). ولكن وردة كانت تحاول أن تحمي السر وليس صحتها النفسية. بعد التأكيد لوردة أنها كطفلة كانت ضحية للإعتداء، مهما كان دورها به، بدأت تسرد واقع الإستغلال الجنسي الذي عانت منه. إغتصبها والدها للمرة الأولى عندما كانت في العاشرة من عمرها أثناء وجود والدتها في المستشفى للولادة. أدخلها للحمام وهناك إغتصبها إغتصابا كاملا. بعد هذا كان ينادي عليها وهو في الحمام لتحضر له بعض حاجاته ويقوم بإغتصابها. ولاحقا، صار يطلب منها أن تحضر له الطعام لمكان عمله أو أن تحضر في نهاية يوم العمل حيث يعمل في الورشة لمساعدته في تنظيفها ويقوم بإغتصابها بعد أن يغادر جميع العمال. لم تعرف وردة كيف لم تحمل خلال كل هذه السنوات "كان الله يحبني" أجابت ولم تعرف لماذا لم تخبر والدتها "كان أبي يحتقر أمي ويضربها ويقول لها أنه يذهب لزانيات لأنهن "أشطر منها". كانت الوالدة تشعر أنه لا مكان لها تعود له مع أحد عشر طفلا كما أنها لم تفكر أبدا بترك كل هؤلاء والعودة لبيت أهلها. وهكذا كانت وردة تؤمـن بأن والدتها "ضحت من أجلهم". وكان هذا من القيم المشفرة الداخلية للأسرة. في المدرسة الثانوية كانت وردة خجولة جدا وصامتة، مما جعل زملاءها يصفونها "مهذبة ومؤدبة". لم تكن تجرؤ على دعوة أي زميلة لها للبيت كما وأنها قطعت نفسها عن كل الزميلات لأنها كانت تخجل بأسرتها. كان والدها في نزاع عنيف مع أقاربه وكان قد طرد أقارب زوجته من بيته لذا لم تجد أنه من الممكن اللجوء لعم أو لخال للشكوى. فكرت عدة مرات بالتوجه لأحد المدرسين في المدرسة ولكنها خشيت من وصمها بأنها هي "السافلة" بعد أن كان يراها الجميع على أنها نموذج "للفتاة المثالية".

عندما كانت في الصف الثاني ثانوي تقدم لخطبتها شاب رآها في عرس لأقاربه وأعجب بأخلاقها وبسلوكها المهذب. كان والدها عصبيا جدا وعدوانيا ولكنه وافق على الخطوبة. لم تكن وردة تخرج وحدها مع خطيبها وكانت تجلس معه في صالون البيت الذي كان يترك بابه مفتوحا ويجلس أقاربها مقابلهم في ليوان البيت حيث يستطيعون رؤيتهم من خلال الباب المفتوح. أعجب موقف العائلة هذا الخطيب الذي لم يتذمر وشعر أنه علامة على الإنضباط وعدم التسيّب داخل هذه العائلة كثيرة الأولاد.

ترددت وردة كثيرا في إخبار خطيبها عن الإستغلال الجنسي الذي تعيشه ولكنها خشيت أن يتركها ولا يترك لها فرصة لإصلاح الوضع. قررت أن تقص عليه "كل ما حصل معها" في ليلة الزواج وانشغلت عاطفيا ونفسيا لساعات طويلة وهي تعد السيناريو وتحفظه، ثم تمحو أجزاء منه وتعيد صياغتها بحيث تجعل وقعها أفضل على تفهم العريس لمعاناتها وللظروف التي عاشتها. كانت تحلم أن تبدأ في حياة جديدة بعد الزواج. بالرغم من أنها كانت تتأمل أن يكون عريسها أكثر ثقافة وأوفر علما وأفضل دخلا، إلا أنها أقنعت نفسها بعدم التطلع لأبعد من "هذا النصيب" لأن هذا ما تستأهله. يتضح أن وردة كانت تبذل كل جهدها في مساعدة البيئة على أن تراها بشكل أفضل وليس على مساعدة نفسها أن تصبح فعلا أفضل. لأن رضى البيئة والمجتمع كان أهم لها من رضاها الشخصي.

في يوم الزفاف كان الجميع سعيدين ومشغولين بتفاصيل الطقوس بينما كانت وردة شديدة التجميد وتشعر انها تراقب ما يحدث لها "من فوق". كانت في تلك اللحظات تعاني من حالة إنفصال (Dissociation) شديدة. عندما انفردت بعريسها وأخبرته بكل ما أوتيت من رومانسية وتراجيدية بقصتها هالها برودة وما كان إلا أن دخلت في حالة أشد من الشعور باللا حول وعاشت واقعا لا تستطيع به أن تكون شريكة في القرار بشأن حياتها (Learned Helplessness).

- **علاقـــة وردة بوالدهـــا الجانـــي**

كانت تصف وردة والدها أثناء الحديث عن سلوكه الجنسي المسيء لها وسلوكه الإجتماعي داخل العائلة بأنه "كالوحش". في بداية تنكيله الجنسي لها كانت تشعر بالآلام الشديدة وبكونها ضحيته وبعد عام ولمدة سبع أعوام متوالية كانت تعرف المطلوب منها وتنفّذه بدون تفكير، بدون شعور، وبدون إعتراض. من فترة لأخرى كانت تبكي وتبدأ في رجائه أن يتركها، وكان هذا عندما تخاف أن يكتشف "أمرها" أي أحد مثلا عندما إغتصبها بوجوده في الحمام ووالدتها تعمل في الليوان المقابل للحمام، أو عندما أدخلها لزاوية متوارية في ورشة عمله وبدأ بإغتصابها قبل أن يترك آخر العمال المكان أو عندما كان يطلب منها مداعبة عضوه الجنسي العاري أثناء قيادته السيارة في الشارع العام.

رأت وردة بمن يغتصبها "وحشا" ولكنها بدأت تعتني بتطوير صورة رومنسية لشخصية "الوالد المعتني والمحب" الغائبة عن تجربتها. مثلما عاشت هي تجربة إنفصال (Dissociation) طوّرت كذلك صورتين لشخصية وهميـة للوالد كانت تشارك الناس بهمـا: هذا الذي تعرفـه في

الواقع والذي تعرف كم هو شنيع، عنيف، قاس، لا أخلاقي، مغتصب ومسيء. وذاك الذي كانت تحلم بالحصول عليه: العامل البسيط الذي استطاع أن يعلّم بناته الثماني وأولاده الثلاثة، وأن يزوجهم زواجات جيدة بالرغم من الظروف الإقتصادية الصعبة وبالرغم من أنه لم يحظ بأي مساعدة من أهله ومحيطه. وأتخذت قرارا في نفسها أن يكون والد أطفالها مثاليا ويشبه ما تصورته تماما.

الخدمة النفسية لغض النظر الإنتقائي: كانت الصورة الثانية الرومانسية هي ما رآها زملاء ومعلمي وردة وأهل الزوج. بعد زواجها حاولت أن تلمّع هذه الصورة وتحافظ عليها برّاقة وكي تفعل هذا دفنت عميقا الصورة الأولى، الحقيقية والتي تعرفها من تجربتها تجاه والدها. بهذا دفنت تجربتها وأرادت لها أن تموت. عملت وردة كل ما باستطاعتها لكي تنقل الصورة الرومانسية المشرّفة عن والدها حتى أنها ادّعت لأقارب زوجها بعد سؤالهم عن عدم زيارته لها بأنه يعاني من أزمة صحية تمنعه من الخروج من البيت وأن "كل أهل البلد يزورونه ليسلوه".

خلال كل سنوات معاناتها غضت وردة النظر أمام المشهد ذاته الذي يتكرر مع أخواتها، ثلاثة أكبر منها وأربعة أصغر منها: الوالد ينادي الواحدة منهن بإسمها لتحضر له بعض الحاجات للحمام وإذا لم تطعه يشبعها ركلا وضربا فما يكون منها إلا أن تطيعه في المرة التالية. لم ترد وردة أن تقول لنفسها بأن أخواتها كن ضحايا للإعتداء الجنسي من والدهن مثلها تماما. الفرق هو أنه كان يستدعيها هي "لتنظف الوسخ في الورشة" وصار يستدعي أختها الأصغر بعد زواج وردة. عندما طلبت منها في العلاج أن تسأل أخواتها مباشرة عما لو تعرضن للإساءة الجنسية من قِبل والدهن قاومت هذه الفكرة بكل ما أوتيت من حجج وقالت بأن هذا أصعب عليها من مصارحتي "بأسرارها". كانت وردة ذكية وفهمت أن هذا "السر الجماعي" الذي تحافظ عليه جميع الضحايا لنفس الجاني إنما يخدم الجاني ويمنع الضحية من معالجة الإساءة. رفضت وردة فكرة إستدعاء أخواتها لجلساتها العلاجية المقبلة وبدل ذلك أخذت على عاتقها أن تسأل كل واحدة منهن بشكل مباشر وعلى حدة هذا السؤال. عادت وردة للجلسة التالية تحمل إجابة قاطعة: الوالد اعتدى على الفتيات الثماني. لم تجرؤ وردة على سؤال إخوتها الرجال نفس السؤال، لذا لا نعرف إذا ما اعتدى عليهم أيضا وعلى أطفال وطفلات إضافيين من الأقارب والجيران.

اكتشفت وردة أن أيا من أخواتها لم تشرك زوجها بقصة الإساءة الجنسية مع الوالد وبأنه عندما إكتشف زوج الأخت الكبرى بأن لا غشاء بكارة لعروسته صارت الأم تشرح لقريبات كل عريس ليلة العرس بأن بناتها ولدن بدون غشاء بكارة بحسب تقرير طبيبة النساء. كانت هذه مساهمة كبيرة من الوالدة الصامتة في الحماية الإجتماعية لبناتها الضحايا. ولكن هذه الحماية نفسها ساهمت في المحافظة على أجواء الإساءة ومنعت التغيير. وكانت هذه هي الرواية التي تم تشويشها بواسطة صراحة وردة أمام عريسها لأنها أرادت أن تبدأ بداية "نظيفة وطاهرة".

عندما قرر زوج وردة أن لا يردها لأهلها ليلة الزواج كما هو متبع في مثل هذه الحالات في الأسر التقليدية شعرت أن هذا كرم أخلاق ونبل منه. ولكنه عندما قرر أن لا يحقق لها أحلامها الرومانسية التي نسجتها حول الزواج الذي يطفح حبا، إحتراما، مشاركة، دعما متبادلا، وأطفالا سعداء شعرت بأنه غشّها ويعاقبها يوميا. كان يمارس الجنس معها 6 - 10 مرات في السنة. بهذا لم تكن تستطيع أن تعرف متى يريد ممارسة الجنس معها ومتى يمتنع. بسبب الجفاء الشديد الذي كان يعاملها به كانت تمنحه جسدها وتراقب هل يحبها. عمليا لم يختلف سلوكها تجاه جسدها حين إغتصاب والدها لها عن سلوكها تجاه جسدها حين ممارسة زوجها الجنس معها: في كلي الحالتين كانت تمنح جسدها وتراقب ما يحدث "من بعيد" وكانت تدخل بشكل ثابت لحالة الانفصال (Dissociation) عن جسدها.

كانت اللحظات "الحميمية" في حياة الزوجين عندما كان الزوج يحرص أمام الأقارب والأصدقاء أن يظهر إحترامه وتقديره لقدرات زوجته كوالدة وكربة بيت، ولاحقا، كطالبة نجيبة وكموظفة قديرة. حتى تكسب هذا الشعور أكثر وأكثر، إنشغلت وردة بكل ما أوتيت من قوة أن تجيد دور المثالية في كل واحد من أدوارها وصار المعيار المناسب لها هو فقط معيار المرأة الخارقة. كانت وردة تنهك جسديا، عاطفيا ونفسيا حتى تنجز كل ما هو مطلوب منها بشكل فائق عن الكمال ورغم كونها أما لثلاثة أولاد وربة بيت مسؤولة وحدها وبالكامل عن كل متطلباته وموظفة بوظيفة كاملة، وطالبة متفوقة. بالإضافة لذلك، حرصت وردة على الإستمرار في التطوع في الكنيسة وعلى الزيارات العائلية والإجتماعية المتبادلة حتى تحظى بلحظات "حميمية" هي بحاجة لها.

- **الصحـــة النفسيـــة الداخليـــة أمام صحة المشهد الإجتماعي**

لعب موقف المجتمع وحكمه على وردة الدور الأساس في حياتها لدرجة تبنيها "الصورة" التي رآها بها المجتمع على حساب "الصورة" الأصلية التي عاشتها هي بالفعل. حرصت وردة على المحافظة على الصورة المتبنية وكانت على إستعداد لدفع كل ما كان يتطلب منها لتحسين المشهد، تطويره وتكبيره. كان تعليم أولادها تعليما أكاديميا من مقومات المحافظة على هذه الصورة المتبنية. عندما تأكدت وردة مرغمة من عدم قدرات أحد أبنائها، وضعت كل طاقاتها في إبنتها البكر الى حين إنهاء الإبن الأصغر تعليمه الثانوي. ولكن وجدت إبنتها صعوبات في النجاح في دروسها وكان معدلها منخفضا نسبيا وأعادت كتابة الكثير من الإمتحانات لتحصل على علامة نجاح. أخاف هذا الواقع وردة ووجدت أنه يشكّل خطرا على مشروعها في الحياة: أن تثبت لكل من حولها بأنها أهل للإحترام. عندما بدأت إبنتها تجادل وتصر على الإنتقال من نزل الراهبات للعيش في المدينة الكبيرة بدأت المخاوف من الإستغلال الجنسي من قبل الشباب لإبنتها تطفو على السطح مؤكدة لها بأن ابنتها ستكون ضحية مثلها. لم تجرؤ وردة على مصارحة إبنتها بتجربتها أو بمخاوفها الحقيقية وحاولت المراوغة بكل الطرق لإقناع ابنتها بأنها مخطئة وبأنها غير كفؤة أن تكون مسؤولة عن قراراتها بهذه المرحلة. عندما عرفت أنها فشلت في إقناع ابنتها غلبتها مشاعر الخوف من فقدان مشروع الإحترام الإجتماعي الذي بنته خلال سنوات زواجها ورأت المشروع ينهار أمامها وإنهارت هي بالتالي معه.

- **مواجهـــة الإســـاءة ومواجهـــة المســـئ**

إنشغلت وردة، متبنية النمط السائد في المجتمع العربي، بمضامين الحكم الخارجي للآخرين عليها، أكثر مما إنشغلت في مداواة جرحها النفسي الداخلي (Abu-Baker, 2003, 2003; Dwairy, 1998). منذ كونها مراهقة إهتمت بحكم زملائها ومدرسيها وطورت الصورة التي بنوها هم عنها، ثم طوّرت صورة الزوجة كما رسمها الزوج أمام أهله وأصدقائه وبيئته. هذا النمط وقف حاجزا أمام وردة للإنتقال للتركيز على نفسها، نفسيتها، روايتها الأصلية الحقيقية مع ما تعكسه من عواطف ومشاعر ومواقف صريحة وأصيلة سلبية ومؤلمة.

قاومت وردة الأسئلة العلاجية لمدة طويلة معتبرة إياها "تحكم عليها سلبا" بمجرد طرح السؤال: "هل لديك فكرة سلبية عن عائلتي حتى تطرحي سؤالا عن الإعتداء الجنسي في طفولتي؟ ألا تعرفين كم أن والداي ضحيا من أجلنا؟ ألا تعرفين من هي العائلة المحترمة التي تزوجت بها؟" من جهة أخرى كانت تواصل الحضور للجلسات لأنها كانت تعاني، وأصر طبيب الأسرة أن تتعالج نفسيا، وأرادت أن تعود لدورها كمرأة "خارقة" في أسرع وقت ممكن. تقترح الأدبيات الغربية بأن مواجهة الجاني هي من وسائل التمكين "تدعيم" النفسيـة والإجتماعية المقترحة حتى تنتقل الضحيـة من

نفسية الضحية المستضعفة لنفسية البالغة التي تعالج جراحها وتمسك بزمام الأمور لتكون مسؤولة عن نفسيتها وحياتها (Herman 1992; Furnis, 1992). كان رد وردة لإقتراح مواجهة الوالد بمسؤوليته عن إغتصابتها لمدة ثماني أعوام متواصلة ودوره في تخريب حياتها الزوجية ونفسيتها هو بأن هذا لا يجدي وبأن والدها سوف ينعتها أمام اقاربها بالوقاحة وتجاوز الحدود والعقوق وسوف يجند الجميع ضدها. عندما فهمت وردة العلاقة بين التنكيل الجنسي الذي حصل معها داخل أسرتها وبين صحتها النفسية الآنية، لم تستطع أن تتبنى موقفا به مواجهة مع والدها أو والدتها. رأت وردة بالمواجهة إساءة لوالديها بدل أن ترى بها خدمة علاجية. قالت انها لم تتربى على "الوقاحة" تجاههم ولن تفعل هذا أبدا مهما كانت الظروف. بالمقابل، كانت وردة تحاول أن "تتجنب" والدها فكانت تزور والدتها صباحا عندما لا يكون الوالد في البيت أو ان تطلب من أخواتها أو إخوتها إحضار والدتها لديهم لتراها عندما تزورهم.

كان الأهم لوردة أن تستمر في الحصول على شعور "العزوة" التي تحصل عليها من زيارات إخوتها الشباب لها. كانت هذه الزيارات مهمة لها أمام أهل بلدتها وأهل زوجها. خافت أن يهدد والدها إخوتها ويحرّضهم على مقاطعتها فتخسر بذلك إحترام البيئة لها.

لم تقتنع وردة أبدا بأي ربح نفسي من مواجهة الجاني، على العكس تماما: رأت بأنها سوف تستثمر الكثير من الطاقات النفسية والعاطفية-- التي لم تكن تتوفر لديها أصلا-- ثم تواجه أزمات نفسية وإجتماعية إضافية. كل هذا ضمن بيئة لن تدعمها نفسيا أو إجتماعيا إذا ما عرفت أن وردة تواجه والدها بحقيقته، وبحقيقة وردة ذاتها - أنها كانت طفلة مغتصبة من قبل والدها-. عندما طلبت من وردة سؤال أخواتها عن رأيهن في مواجهة الوالد هددنها وحذرنها من أنها تسعى "لأسباب أنانية تعيشها الآن أن تفضحهن أمام أزواجهن". تأكدت وردة من صحة قرارها من عدم المصارحة والمواجهة ومحت هذه الإمكانية تماما.

رفضت وردة كذلك أن أفتح مع الزوج موضوع طبيعة علاقته العاطفية والجنسية مع وردة لأنه "ينزعج إذا ما عرف أن الآخرين يعرفون ماضي زوجته". كانت على إستعداد أن أتحدث مع كليهما على أدوارهما كأولياء أمر للأولاد الثلاثة وموقف كل منهما من سلوك الإبنة. كانت وردة تحاول أن تحمي الزوج من مواجهة مواقفه حتى لا يتهمها بإحراجه أمام "المجتمع" الذي رآني أنا، المعالجة، ممثلا له.

- **إعـــادة تصميـــم العلاقـــة مع الجســـد**

كمن تبنت السلوك الإجتماعي المعلن للراهبة، كانت وردة تعلن في الجلسات بأنها لا تريد إعادة النظر في علاقتها مع جسدها ومع شعورها الجنسي الذي محي منذ أن توقفت عن الشعور بالألم في أعضائها الجنسية عندما كانت في الحادية عشر من عمرها. رفضت أن تتقبل أنه "من حقها هي أيضا، مثل حق كل إنسان، أن تحب جسدها وتحترمه وأن تحظى باللذة الجنسية منه". أكّدت وردة في كل مرة من جديد بأن ما يهمها هو أن تحظى "بحب زوجها وأولادها والناس وإحترامهم جميعا لها وأن جسدها ليس إلا وسيلة وليس كائنا بذاته. قالت أنها الآن إبنة 42 عاما وأن نصيبها أن تتعذب بسبب الجنس كل عمرها. "لماذا أصر على التعرف أكثر على وسيلة تعذيبي؟ وإذا نجحت في تغييري أنا، فماذا ستفعلين تجاه موقف زوجي؟ لن يحكي عن هذا الموضوع "ولو على قطع رأسه". عندما تحدثت مع زوج وردة عن مفهوم إحترامه وحبه لها تطوع بأن يعمل بعض الخطوات: (أ) المساهمة في بعض أعمال البيت، مما خفف من التعب الجسدي لوردة، (ب) القيام بزيارات متبادلة لأخواتها وإخوتها، مما أشعرها بالعزوة والفرح من "الجانب الجميل" في أسرة منشئها، وكذلك (ج) تأييدها في موقفها أمام ابنتهما بإدعاء أنها تحاول أن حمي سمعة الابنة.

في اللقاءات العلاجية التالية كانت وردة تفتتح اللقاء العلاجي بتمجيد الدعم العاطفي الذي أصبحت تلقاه من أخواتها وأزواجهن الذين عرفوا أن نفسيتها تعبانة بسبب "معاندة إبنتها لها". بطبيعة الحال أدى سؤال وردة لأخواتها حول سلوك والدهن الجنسي تجاههن لفتح الحديث عن الموضوع بينها وبين كل واحدة منهن، وفي مرحلة تالية، بين جميع الأخوات سويا. بعد أن أبدت الأخوات في بداية طرح الموضوع تحفظا من مجرد فتح هذا الملف، صرن يشعرن بالحاجة الملّحة للمشاركة في الألم الشخصي والتخفيف من ألم وردة بالحديث عن أنواع معاناتهن الشخصية والزوجية من جرّاء هذا التنكيل. بعد أن عاشت الأخوات حوالي ربع قرن من البعد العاطفي والتستير على تنكيل الوالد أصبحت كل واحدة تشعر أنها بحاجة للقاء الأخرى "لفتح القلوب". صارت الأخوات يلتقين عدة مرات في الأسبوع ودائما تخبر واحدة الأخرى عن أماكن تجمعهن، سواء في بيوتهن الخاصة أو في جولاتهن للمشتريات أو للترفيه. أحست وردة بأن هذا ما كانت بحاجة له خلال سنوات وأنها حظيت به الآن.

كانت وردة تخجل من أن يكتشف إخوة زوجها بأن ابنتها لا تطيعها، حتى لا تفقد إحترامهم وحكمهم على كونها أما نموذجية. ولكنها شعرت بالأمان بأن تحكي لإخوتها وأخواتها عن هذه المشكلة، طارحة إياها كسبب مركزي لإنهيارها العصبي. أخذ إخوتها وأزواج أخواتها دورا مكثفا في نقاش إبنتها حول قرارها بالإنتقال من نزل الراهبات. كانت نتيجة الأحاديث المتكررة لأقارب وردة أن أعادت الإبنة النظر في قرارها لأن هذا سوف يدعو أقاربها الى الحكم عليها بأنها "لا تعبّر أي أحد حتى لو مرضت أمها من قرارها" فعدلت عنه. وجدت وردة وزوجها بأن العائلة تدعمهما في أسلوب تربيتهما لأولادهما وارتاحا لهذا.

بعد ثماني جلسات قالت وردة بأنها مرتاحة جدا للتطور الإيجابي الذي حصل في حياتها، فهي لم تشعر بالقرب من إخوتها مثل ما هي قريبة الآن، ولم تشعر بالدعم الحقيقي لزوجها لها كما حصل في الأسابيع الثماني الماضية. طلبت وردة أن نُعلن عن إنهاء حاجتها للعلاج لأنها "حققت أكثر مما حلمت به عندما جاءت منهارة تماما". عندما سئلت عن المواضيع الأخرى التي لم تعالجها مثل حياتها الجنسية ومدى تأثير الإساءة الجنسية على مبنى شخصيتها قالت: "أريد أن أحافظ على ما حصلت عليه. لن يفيدني أن أكتشف كم أنا ناقصة. أخواتي وزوجي يدعمونني. أخواتي نجحن في السير بحياة موازية لما حدث في الماضي، ولا يردن العودة لتلك الطريق لفحص ما حدث. أريد أن أكون مثلهن. لن أشتكي على والدي في المحاكم كما يفعل الأجانب ولن أهين شيبته الآن لأني لا أريد أن أعلّم أولادي بإهانتي ولن أكسر كرامتي أمامهم. ما حدث حدث. الله أراد ذلك. تعلمت في العلاج أنني لم أكن شريكة أو مسؤولة عما حدث. هذا أراحني جدا. ولكن الله لن يحب لي أن أفضح أو أن أخسر باقي محبة إخوتي لي. سأتركه لله ليحاسبه هو. أنا ما زلت أظن بأنه وحش. ولكن لا اريد أن ينهشني من جديد".

في متابعة بعد ثلاثة أشهرثم بعد ستة أشهر، كانت وردة تشعر بالرضى لأن ابنتها كانت منتظمة في الدراسة وتعود لتنام في نزل الراهبات، حيث تستطيع الأم أن تتصل وتعرف عن تحركاتها. كان معدّل الإبنة الدراسي على ما يرام وبدأ الزوج في بناء شقتين لأبنائه الذكور مما أبرز أمام أقاربه وبيئته نجاحه الإقتصادي وتدبير زوجته الحكيم لمصروف البيت.

- **نقـــاش الحالـــة**

تؤثر الإساءة الجنسية على الضحية بحيث تمس المبنى النفسي، الإجتماعي، العاطفي والجنسي. ويتعلق عمق الضرر ومدته بحسب جيل الضحية وقت بدء الإساءة، علاقة الجاني بالضحية، مدة الإساءة واستمراريتها، عنف الإساءة الجسدي والجنسي والتعنيف النفسي الناتج عن

التهديدات المرافقة للإساءة (Finkelhor, 1984; Finkelhor & Browne, 1986; Trepper & Barrett, 1986).

كان من المهم لوردة، ومنذ صغرها، أن تظهر بأفضل مظهر أمام زميلاتها ومدرسيها. كانت المدرسة هي كل حياتها الإجتماعية حيث منع والدها أي علاقة مع الأقارب والجيران. ولأن ظروف البيت منعت حضور أي ضيفة من الزميلات، استطاعت وردة أن تقنع زميلاتها بأن بيتها "محافظ ومتدين" ثم بدأت تعيش هذه الشخصية. فرض الوالد على وردة التكتم على التنكيل المتواصل، ثم فرض عليها زوجها التكتم حتى فقدت وردة آلية القرار في الحديث عن المسيئين لها نفسيا، جنسيا وجسديا. فقدت صوتها الحقيقي. تبنت وردة موقف المعتدي وكأنه موقفها هي الشخصي الذي تجد السبل للدفاع عنه. وبهذا تبنت طريقة التضامن مع القامع (Identification with the Oppressor) بدل محاربته ومواجهته. لم تكن وردة على إستعداد لفحص دور والدها كقامع في حياتها، واكتفت بإختصار كل دوره في وصفه "الوحش" وكذلك لم تر أبدا أنه كان لزوجها دور في التعنيف النفسي والجنسي والجسدي تجاهها واكتفت بأن تصفه "منزوي". وإذ لم تنجح وردة، حتى انهيارها العصبي، في إدراك أن والدها وزوجها مسؤولان حتى تلك اللحظة عن تعنيفها بطرق مختلفة فهي بالتالي لم تر في نفسها ضحية مستمرة لكل منهما.

كان الإهتمام بالأخلاق والسمعة الحسنة هو عملية استبدال (Reaction Formation) وهو آلية دفاعية مهمة جدا ساعد وردة على عدم الإنفصال عن أسرتها وبيئتها الجديدة كما كانت قد انفصلت عن مشاعرها (Dissociation). كانت وردة، كما معظم الآباء في المجتمع العربي، ترى في سلوك الإبنة وسمعتها إمتدادا مباشرا لمبنى الأنا الأعلى (Superego) لديها. وعندما ظهرت هناك بوادر لخطر مداهمة هذا المبنى طوّرت وردة ظواهر بعيدة تماما عن سلوكها اليومي المعلن: أصبحت غير قادرة على ضبط أعصابها، وتعلمت البيئة أن إستمرار هذا الوضع يسيء لمن حولها. فلم يكن زوجها معنيا أبدا، بعد كل هذه السنوات أن يعرف الناس عن طفولة زوجته، لأن هذا يمسه هو. ثم أنه كان يخشى أن يتهمه أهله بأنه "دنيء ونذل" لأنه سمع القصة ليلة الزواج ووافق على التكتم على فعلة والد زوجته. كذلك لم تشأ أخوات وردة استمرار إنهيار أختهم لئلا "تفضح القصة" وتدمر ما حاولن بناءه خلال السنوات السابقة. فمن أجل المحافظة على المبنى الاجتماعي القائم، فوجد كل طرف طريقة لتجنيد نفسه والآخرين للتخفيف عن وردة جسديا، معنويا ونفسيا. قالت وردة أن أخواتها صرن يحضرن خصيصا لبلدها لإحضار الطعام لعائلتها لكل الأسبوع، ولإصطحابها معهم في نزهاتهم الخاصة. كما وتطوع أحد أزواج الأخوات بمساعدة الإبنة بإحدى المواد الأكاديمية التي كانت ضعيفة بها حتى يساهم في نجاحها ورفع معنويات وردة. شعرت كل الأخوات بالإمتنان لوردة لأنها اقتنعت برأيهن بأن لا تواجه الأب وبأن لا تحكي للإخوة الشباب ورأين أن بهذا "قوة شخصية" وخاصة أنها عرفت كيف تقنع المعالجة برأيها هذا. وهكذا، بدل الشعور" بتفتيت العائلة" والتسبب في الإنتقاص من قيمتها، خرجت وردة من هذه التجربة متوجة بوصف "التي صانت سمعة العائلة".

لم يكن التركيز في الذات أو خبايا النفس أو البحث في صناديق العقل اللاواعي المغلقة هي اللغة أو الإهتمام الحياتي الحقيقي لوردة. كانت تعرف ما حدث لها وتدرك بأنه "لوّثها" ولم تكن تريد أن تعرف مما يتكون هذا التلويث أو كيف يسمون مركّباته في لغة علم النفس. ولأنها أدركت، حتى كطفلة، بأنها لن تستطيع إبعاد هذا التلويث عن تجربتها الحياتية، اكتفت بأن تجد طريقة لإخفائه بواسطة السلوك الإجتماعي والشخصي التقي، المثالي والخارق. عندما لم تجد في زوجها شريكا لبناء حياة جديدة اكتفت بوجوده "كظل رجل" وبدأت تبني حياتها الزوجية والأسرية ضمن وحدة عاطفية كاملة.

تؤكد الأدبيات المهنية أن الخطة الشاملة الأنسب لعلاج الإساءة الجنسية، وخاصة زنى المحارم، هي في اتباع المسار التالي: 1) تقديم علاج متوازي فردي لكل من الضحية وضحايا آخرين إن وجدوا، للوالدة، وللجاني، ثم 2) تقديم علاج مشترك للزوجين على حدة، للضحية ووالدها على حدة، للضحية ووالدتها على حدة، ثم 3) تقديم علاج للأسرة به إعادة تأهيل لجميع أفراد الأسرة (Maddock & Larson). إقترحت أبويكر ودويري منهجا به حساسية ثقافية للعمل مع الأسر العربية، لا يمس بمبنى الأسرة أو بإنتمائها الحمولي أو بسمعتها الإجتماعية (2003).

في علاج لحالات لنساء كبيرات السن، متزوجات ومسؤولات عن أسرهن الخاصة، مثل حالة وردة، يتضح أن العلاج يجب أن يأخذ بعين الإعتبار عنصرا إضافيا هاما وهو نوعية الإختيار للإستثمار النفسي للضحية. في حالة وردة وحالات مشابهة لنساء في وضعها تكون كل الطاقة النفسية موجهة للنجاح الأسري والإجتماعي وهذا ينعكس إيجابا على الوضع النفسي للمرأة، ولكن العكس لم يثبت أنه الأفضل للمرأة العربية. أي أن الأدبيات العلاجية التي تقترح على النساء التمركز في أنفسهن وآلامهن وحاجاتهن النفسية ومواجهة الماضي بواسطة مواجهة الجاني والعائلة التي سمحت بالتنكيل تنبأن أن يؤدي هذا بأذى طويل الأمد وعميق الأبعاد نفسيا وإجتماعيا لهن. قالت ضحية أصبحت محامية ناجحة بأنها لن تستخدم مهنتها في إدانة أخيها لأن هذا سيثير كل قريتها وكل أقارب زوجها ضدها وستبقى وحيدة ومنبوذة ومطرودة في الوقت الذي سيجد به أخيها الدعم الإجتماعي من أقاربه وأصدقائه. إن إقناع الضحايا بتبني خططا علاجية تناسب مبان أسرية، إجتماعية ومجتمعية مختلفة لا تحقق الهدف الأساسي الذي من أجله أقترحت الخطة العلاجية في الأصل: شعور الضحية بأنها خرجت من دائرة الضحية ودخلت في دائرة المسؤولية عن الذات. نفس المحامية قررت شهرا بعد الحديث عن تأثير أخيها المدمر في حياتها أن تزوره في بيته الجديد لأنه دعا جميع العائلة للإحتفال في العيد الأول في بيته. قالت أنها تذهب الآن كمن يعرف تماما ما حدث ولا تزوره كضحية. وحتى تؤكد قوّتها اكتفت بأن تتصل به أسبوعا قبل الزيارة وتحدثت معه لمدة عشر دقائق معلنة له بأنها تتذكر كل إستغلاله الجنسي لها وأنها تعالجت من أثره. واليوم تفرض زيارتها عليه حتى تقول له أن لها عليه حق الأخت على أخيها بالصيغة الإجتماعية والدينية المقبولة وليس في الصيغة التي فرضها هو عليها كطفلة. شعرت المحامية بأن صيغة هذه المحادثة جعلت زمام الأمور في يدها وأنها بدأت تربك أخيها في وجودها في كل لقاء أسري بعد أن اربكها هو لسنوات. شعرت أن جملتها لجمت لسانه وأمسكت هي بلجام العلاقة، تسير بها حيث أفضل لها عاطفيا، نفسيا وإجتماعيا. مثل وردة، هذه المحامية فكّرت مليا بأشكال الإساءة التي سوف تفرضها على أسرتها جميعا وقررت أن لا تكون أنانية وأن لا تتسرع. خلافا لوردة، كانت على إستعداد للعمل على إعادة بناء علاقتها مع جسدها مع حياتها الجنسية مما حسّن من نفسيتها وحررها من الإحساس بأن التنكيل تملّك جسدها للأبد. سبب هذا لأنها ذات رضى أوفر على نفسها، وذات علاقة حميمية أعمق مع زوجها ولديها مجمل نجاحات مهنية وإجتماعية تفتخر بها.

هنالك بعض الحالات التي نستطيع معها القيام بعلاج نفسي عميق وطويل الأمد مع الضحية وهنالك بعض الحالات الأخرى التي يؤدي مثل هذا العلاج لفقدان الضحية لتوازنها ولا يوفر لها أجهزة دفاعية بديلة أو وسائل مقاومة بنّاءة. في مثل هذه الحالات، تقوم آليات الدعم الإجتماعي في المجتمع العربي مقام الأجهزة الدفاعية أو مقام آليات المواجهة النفسية، وتدعم بالتالي أيجابيا المبنى النفسي. يساعد الإصغاء لتفسيرات المعالَج/ة لما يريد تبنيه من الخطة العلاجية وما يختار تجنبه فهم البيئة الداعمة والبيئة المهددة، تماما كما نحاول فهم الأجهزة الدفاعية البنّاءة مقابل الهدّامة في نفسيته.

لم تشخص وردة كشخصية "انهزامية" لأنها في نهاية المطاف نجحت أن تحطى بما أرادته بشكل متكامل مع نجاحات إضافية لم تكن تحلم بها، بينما كان أي إختيار غير مدروس آخر سوف يجلب لها حتما الإساءة الإجتماعية، وبالتالي، الإساءة النفسية. في حياتها الزوجية كانت وردة مطمئنة نوعا ما لأن زوجها عاش أيضا نوعا من التعفف ولم يحاول أن يجد لذته الجنسية لدى مرأة أخرى لأنه يخاف من "كلام الناس". "لقد أحترمني وصان زواجنا وسمعتنا وعلى هذا أنا أقدّره. زوج آخر كان تركني وبحث له عن مرأة أخرى".

التذليل الإجتماعي لدورها كمرأة بدّلته بفرض تقدير من حولها لها. بيئتها حكمت على سلوكها بأنه ممتاز وبه تفاني ولم تحكم بلغة وبمسطرة المعالجين النفسيين. بهذا كانت مقولة المجتمع أن التعفف والزهد والتفاني في الخدمة والعطاء والنجاح هي أشكال هامة من الصحة النفسية.

- **هل ربح الزوج والوالد من الموقف الإجتماعي العام؟**

كان زوج وردة ضحية لتعامل القيم العربية والثقافة العامة مع موضوع العفة والشرف والطهارة. ولقد عانى منذ ليلة زواجه صراعا بين حبه واحترامه لها وكرهه واحتقاره لنشأتها داخل أسرتها. لقد ربّى المجتمع الزوج أن يرفض المرأة "الدنسة" التي مسّها غيره. وهو رفضها نفسيا وقبلها اجتماعيا وهكذا كان هو أيضا مغتصب الإرادة النفسية ويعيش في صراع بين مشاعره الأولى تجاه خطيبته التي أحبها ومشاعره التالية تجاه الزوجة المدنسة. ولكن، بسبب موقفه التقليدي منع نفسه من فرصة الفضفضة في العلاج عن هذا الموضوع لأنه يرى به مسا لصورته كرجل، وكان هذا سيؤذيه نفسيا أضعاف الوضع الذي كان يعاني منه. أما بالنسبة للوالد، فلقد ربح من موقف المجتمع المتكتم قبل، أثناء وبعد العلاج. وطبعا لم يذنبه أي أحد مباشرة خلال هذه المدة. ولكن ضمن المنظومة هذه، ربحت وردة عندما تبنت نفس النهج القيمي لهذا المجتمع وتبنت التكتم وبناء الذات الناجحة البديلة للذات المشروخة المأذية.

تقع مسؤولية تغيير تعامل المجتمع مع سلوك الوالد وسلوك الزوج تجاه وردة على المجتمع خارج إطار العلاج حيث لا يمكن الطلب من إنسانة في ضائقة نفسية، تعاني من إنهيار أعصاب، أن تكون مسؤولة عن رفع حملة إجتماعية في أحد أهم أسس عدم المساواة الإجتماعية داخل المجتمع العربي. هذه الإنسانة تبحث عن راحتها النفسية هي. وهي كانت تعلم تماما كيف ستجد راحتها النفسية داخل إطار الدعم المجتمعي لها. إن محاولة إقناعها تبني خطة أخرى، مثل رفع دعوى قضائية ضد والدها الجاني، كانت حتما ستخدم الأدبيات العلاجية، ولكنها سوف تؤذي المعالَجة. ومن هنا فبإمكان المعالجون الذين يؤمنون في مصلحة المعالَج/ة كأساس التدخل العلاجي العمل على تمكينه/ا ضمن مجالات إختيار يستمر بها المعالج/ة بالشعور بدعم المجتمع له/ا والمساهمة في صحته النفسية.

من أهم أسس علاج الصدمة هي أولا وقبل كل شيء تصديق رواية الضحية فيما يخص التنكيل الجنسي وتقبّل عالمها الماضي بدون محاسبته والإصغاء إليها بدون الإسراع لتشخيص كل كلمة أو مسلك بحسب دليل التشخيص للأمراض النفسية (DSM IV). الخطوة الثانية هي "تمكين الضحية وإكسابها من جديد شعور السيطرة على جسدها وحياتها". في حين أن المعالج يبقى حياديا فيما يخص قرارات في حياة الضحية، يفرض علاج المنكّل بهن وبهم جنسيا إلتزاما قيميا خاصا من المعالِجين. يختلف هذا نوعا عن إلتزام علاج باقي الإضطرابات والأمراض النفسية. يقف المعالج أمام الضحية كشاهد/ة مباشر على التنكيل وكموثّق له. يطلب الضحية من المعالج أن يرى هذا التدخل وأن يشعر بموقف المعالج وأن لا يبقى هذا الأخير حياديا. من الضروري أن يطوّر الطرفان علاقة بها نيّة صادقة للعمل المشترك على العلاج، لثقة متبادلة وشعور وجداني (Empathy) صادق من قبل المعالِج. قررت وردة عدم مواجهة جسدها وعدم مواجهة والدها وكانت قوية بهذين القرارين. كانت وردة في المراحـل الأخيرة مـن العلاج قوية وسعيدة. شعرت أن لديها الطاقات المطلوبة لإكمال دورها الذي كان مشروع حياتها وما كان على العلاج إلا أن يحترم هذا ويوافق على عدم التحرش الإضافي في أجهزتها الدفاعية أو في خبايا عقلها اللاواعي.

* دكتوراه في علاج مشاكل الأسرة.
معالجة مؤهلة لمشاكل الأسرة. مرشدة مؤهلة لمشاكل الأسرة.
أستاذة محاضرة في قسم العلوم السلوكية، كلية عيمق يزراعيل.

■ مـــراجـــــع

- أبوبكر ، خولة. (قيد الطبع). الإساءات الجنسية ضد الأطفال في المجتمع العربي: المشكلة والعلاج. القدس: أشاليم.
- كمال، علي. (1994). الجنس والنفس في الحياة الإنسانية (جـ.1، ط. 3). عمان: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- شرف الدين، فهيمة. (2002). اصل واحد وصور كثيرة: ثقافة العنف ضد المرأة في لبنان. بيروت، لبنان: الفارابي.

- Abu-Baker، K. (2003). Marital problems among Arab families: Between cultural and family therapy interventions. *Arab Studies Quarterly* 25 (4): 53-74. Special Issue: Social Work in the Arab World.
- Abu-Baker، K. (2003). "Career women" or "working women"? Change versus stability for young Palestinian women in Israel *The Journal of Israeli History*. H. Naveh (ed.) *Women's Time* (Special Issue). (Part II)، 85-109.
- Abu-Baker، K.، & Dwairy M. (2003). Cultural norms versus state law in treating incest: a suggested model for Arab families. *Child Abuse & Neglect، 27*. 109-123.
- Alexander، P. C. (1985). A systems theory conceptualization of incest. *Family Process*، 24، 79-88.
- Angel، B. (1991). *The right to innocence – Healing the Trauma of childhood sexual abuse*. New York: IVY Books.
- Burgess، A. W. & Holmstrom، L. L. (1974). "Rape trauma syndrome". *American Journal of Psychiatry، 131*، 981-86.
- DeMause، L. (1991). The universality of incest. The Journal of Psychohistory، 19(2).
- Dinsmore، C. (1991). From surviving to thriving: Incest، feminism and recovery. New York: State University of New York.
- Dwairy، M. (1998). *Cross-cultural counseling: The Arab-Palestinian case*. N. Y.: The Haworth Press.
- Finkelhor، D. (1984). *Child sexual abuse: The new theory and research*. New York، London: The Free Press.
- Finkelhor، D. (1986). *A sourcebook on child sexual abuse*. Newbury Park: Sage Publications.
- Furnis، T. (1992). *The multi-professional handbook of child sexual abuse. Integrated management، therapy and legal intervention*. London and New York: Routledge.
- Haugaard، J. J. & Reppucci، N. D. (1988). *The sexual abuse of children*. California: Jossey-Bass.
- Herman، J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Maddock، J. W. & Larson. N. R. (1995). *Incestuous families: An ecological approach to understanding and treatment.* New York: Norton.
- Mignon، S. I.، Larson، C. J. & Holmes، W. M. (2002). *Family abuse: Consequences، theories and responses*. Boston: Allyn and Bacon.
- Lefley، H. P. (1999). Transcultural aspects of sexual victimization. In J. - A. Shaw. *Sexual aggression*. Washington D.C.: American Psychiatric Press. 129-166.
- Shaw، J. A. (1999). *Sexual aggression*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Trepper، T. S.، & Barrett، 1986). Vulnerability to incest: A framework for assessment. In T. S. Trepper & M. J. Barret (Eds.). *Treating incest: A multiple systems perspective*. New York: The Haworth Press pp 13-25.
- Trepper، T. S.، Neidner، D.، Mika، L. & Barrett. M. J. (1996). *Family characteristics of intact sexually abusing families: An exploratory study. Journal of Child Sexual Abuse*، 5(4)، 1-18.
- McClendon، P.D. (1991). Systems theory and incest/sexual abuse of children: Focus on families and communities. Retrieved January 25، 2004 from: http://www.clinicalsocialwork.com/systems.html
- Wiehe، V. R. (1996). *Working with child abuse and neglect*. Thousand Oaks: Sage Publications.

العـــــــلاج بالسيكـودرامـــــــــا (تجربـــة مركـــز فاضـــل للطـب النفســـي)

خليـــل فاضـل خليـــل – الطـب النفســـي ، القـــاهـرة – مصـر

kmfadel@menanet.net

مدخـــل : السيكودراما هي إحدى طرق العلاج النفسي بدون أدوية، تستخدم طرقا تعتمد علي " الطاقة الإبداعية" داخل مجموعة لتحقيق عملية (الشفاء) و (التغير) . يعتمد جو المجموعة علي المساندة، التشجيع والديناميكية (الحركة الدائمة) يتحرك أبعد من مجرد عملية الفحص والعلاج التقليدي. تقدم العملية سيلا إبداعيا بعيدا عن الروشتات، الملفات، النظريات، المعتقدات الجاهزة، مركزا على الروابط اللاشعورية مع الماضي، والإحساس الواعي بالإجابات التي تظهر مع الحياة بكل قوة إبداعها .

تعريـــف و خصائـــص

• بدأها (مورينو Moreno) الذي ولد عام 1889 وتوفي عام 1974، أمريكي من أصل روماني، أدخل علم وطريقة السيكودراما بمزجه الرائع بين المسرح وبين الطب النفسي وكان له تأثير علاجي بالغ القوة علي طرق علاجية أخري مثل (العلاج الأسري، العلاج السلوكي، وطرق العلاج الإبداعية الفنية، وكون أول جمعية للعلاج النفسي السيكودراما عام 1942 ومازالت حتى الآن منبرا عالميا يعلم الأجيال ولدت عنها جمعيات ومؤسسات إبداعية سيكودرامية في كل أنحاء العالم.

• السيكودراما عملية إبداعية تعتمد وتهتم بالحركة تطور نفسها والمشتركين فيها وتذهب إلي أبعد الحدود، أبعد من مجرد حل المشكلات أو الوعي بها، وتفهم بعمق كل تعقدات حياتنا الحاضرة، حيث أنها تعتمد علي الصدق الخالص الذي ينشأ من مفهوم أننا جزء من منظومة حياتية عامة يشترك عامة يشترك فيها معنا الآخرون علي اختلاف مذاهبهم وحياتهم.

• السيكودراما ليست تلك الأفلام أو التمثيليات أو الأعمال التليفزيونية أو المسرحية التي تتناول أبعاد النفس الإنسانية ، بمعني أنها غير تلك التي تسمي بـ Psychological thriller لكنها إحدى أشكال العمل الجماعي بمعني (الجماعة) أو الجمعي (بمعني جمع الناس) حول فلسفة تتيح للإنسان أن يحقق تغييرا مرغوبا في شكل حياته الخاصة والعامة.

• مصطلح " السيكودراما " ذا شقين : السيكو وهي النفس Psyche والدراما وتعني الحركة، وكلاهما يقرران إعادة تمثيل الواقع لامحالة، وإعادة تمثيل مواقف بعينها وأحداث حدثت في الماضي والحاضر وحتى المستقبل يمكن استدعاؤها أو التعمق فيها والتنبؤ بها في ضوء المعطيات التي أمامنا وليس من باب التكهن بما قد يحدث فقط، كل هذه التجارب ومن يشاركون فيها يرون الأحداث بعيون جديدة، يجنون الوعي المتكامل والاستبصار والاستنارة بكل دوافعها وكوامنها، ومن ثم يبدأ الإنسان في التفكير والإحساس بشكل مختلف تجاه مواقف وأشخاص سببوا عمدا أو عن غير قصد آلام نفسية للشخصية المحورية.

• السيكودراما طريقة حية تكتشف المجموعات والأنظمة التي نكون أجزاءها والتي تلعب دورا أو أدوارا فيها. حتى لو لم نتمكن من التحكم في مصادر التوتر والقلق الخارجية بكل ما يكتنفها من ظروف فلسوف نحددا اختيارتنا بما يكفل لنا حرية لعب الدور الصحي لنا داخل دوائر الأسرة، المجتمع، المؤسسة التعليمية، العمل، الوطن ...

• إن العملية الحيوية الديناميكية تدور داخل إطار الحركة وضمن تجارب تعتمد علي التخيل، بحيث تكون وتخلق جوا من الأمان والمساندة وأيضا دفع وحفز "الطاقة الإبداعية". إن العملية ككل تضمن تغيرا وانتقالا مبهرا وسريعا في الإدراك، الإبداع، والقدرة علي التخلص من الأزمات والتحرر من آثارها السلبية والخروج من خضم المشكلات بشكل قوي وقادر.

• المعالج بالسيكودراما Psychochamatist إما أن يكون محللا نفسيا، طبيبا نفسيا أو معالجا نفسيا له خبرة في الحركة والفعل والعمل التجريبي مما يتيح له القفز فوق أسوار الدفاعات المرضية دافعا (الشخص المهموم) أو (المريض) كما يراه البعض إلي (الفعل الدرامي) وهو آمن ومسنود بأعضاء المجموعة الآخرين وكلما كانت العملية الدرامية (جمالية) وذات طابع خاص، وكلما كان الإخلاص في أداء الدور دون تزييف ، كلما كانت القدرة علي مواجهة الصراعات المختلفة والتوترات الكامنة. إن المعالج - المخرج المدرب جيدا يتمكن من إشعال فتيل الطاقة الإبداعية مما يدفئ الجو الدرامي ولا ينجره ، ويدفع بفرصة قوية للبحث عن بدائل لمشاكل، وعن حلول لها قد لا يمكن العثور عليها بمناقشات عادية داخل مجموعة تتحاور فقط دون حركة.

السيكودرامـــا الحديثـــة (تجربـــة مركـز فاضـل للطب النفســي)

السيكودراما الحديثة بمعناها الأرحب هي ذلك المسرح النفسي وتأخذ شكل الورشة التي يشارك فيها أناس (عاديون) لا يتلقون علاجاً نفسياً مع أناس (متعبون) يتلقون جلسات فردية مع معالج، محلل نفسي، أو طبيب في حلقة واحدة تدور رحاها على أرض مركز فاضل للطب النفسي وتعتمد على التلقائية، العفوية، والانسيابية دون تخطيط أو إعداد مسبق – يمكن لأي شخص الاشتراك فيها شريطة لقاء الطبيب(د. خليل فاضل) الذي يتحول إلى مخرج ليحدد مدي صلاحية المجموعة له ومدي ملاءمته هو لها. ويتباين العدد ويختلف من 6 إلى 22 أحياناً.

بدأت فعلياً في مارس 2001 بمجموعات تجريبية ثم ثبتت وتطورت وصارت منتظمة كل يوم ثلاثاء الساعة 7.00 مساء وتستمر حوالي ساعتين ونصف. تبدأ بالتسخين وفيها يمسك المخرج (د. خليل) بكرة متخيلة ويرميها على أحد الأعضاء الذي يعرف نفسه إما شكل البطاقة أو (وجدانياً) أو بما مر به في الأسبوع الفائت وهكذا فيما يسمي أيضاً بعملية (الإحماء) يبرز شخص أو يرشـح مشارك نفسه أو يرشـح المخرج أحداً

ليكون (البطل) أي (الشخصية المحورية) وعندئذ في المرحلة الثانية من جلسة السيكودراما يجلس (البطل). على كرسي متميز عن باقي المجموعة أسود وضخم ويركز عليه ضوء مباشر Spotlight ويرجع باقي الأعضاء إلى الخلف ليكونوا الجمهور الذي ما يبرح بعصر ذهن (البطل) ويمطره بالأسئلة للتعرف عليه، وأحياناً ما يستغرق (البطل) في (مونودراما) بمعنى أن يحاور نفسه يعرضها ويقدمها بحيث يتعرف عليه المشاركون في العمق وبعدها يبدأ الجزء الثاني من جلسة السيكودراما وهو (الفعل الدرامي) بحيث يمثل مشاهد من حياة (البطل) يختار منها من المشاركين من يمثلون مفاتيح مهمة في حياته، كما تستخدم فيها تكنيكات مثل (الكرسي الخالي) و(المرآة) وينتفض الآخرون لمشاركته (تأييده) أو (مهاجمته) وهكذا يوقف المخرج الدراما بعد أن يري استنفاذها للشحنة الانفعالية أو تحريكها للمكنون (ما يكتم عادة فلا يقال). بعدها يلتئم عري المجموعة في دائرة مرة أخري يتوسطها (البطل) و(المخرج) وتبدأ مرحلة المشاركة والتقييم) تدور فيها الكرة المتخيلة بين الأعضاء تباعاً كل يقول (رأيه النقدي) في الجلسة يضاف إليه (الرأي العام) في (لعبة السيكودراما) من قبل الأعضاء الجدد، يشارك الأعضاء بالبطل بالرأي التحليلي، الانطباع، وما يمكن أن يكون قد (لُمس) مع حياتهم السابقة أو الحالية بعيداً عن (الوعظ والنصح والإرشاد)، ثم يلخص (المخرج) رأيه الفني والتحليلي وتنتهي الجلسة بـ (البطل) موضحاً ما حدث له ومدي الاستفادة والتحرك الذي قد يكون قد أحس به.

- عمليـــة الإحمـــاء، أو (التسخيـــن) في السيكودرامـــا

"إن لحظة الولادة هي أقصى درجات الإحماء للفعل التلقائي لعملية الانبثاق إلى الحياة ومنها يجب على الفرد أن يحقق التكيف السريع مع واقعه " (مورينو - 1946)

الإحماء أو التسخين ليس مجرد تقنية (تكنيك) لكنه عملية فاعلة ومؤثرة يحمي فيها المخرج وتحمي المجموعة.

فـــن الإحمـــاء (التسخيـــن): لمورينو نظرية في تطور الطفل، يقول: "أن أول مظاهر التلقائية هي عملية الإحماء إحماء الرضيع لمواكبة المواقف الجديدة والتلقائية هنا تعني حسب تعريف مورينو استجابة جديدة لموقف قديم كانت تحكي تهاني (وهذا ليس اسمها الحقيقي) عن صراعها مع والدتها وكيف أنها شبهتها بأمينة رزق (الممثلة المصرية التي اشتهرت بأدوار البكاء) ثم تراجعت عن ذلك التشبيه وشبهت أمها بنجمة إبراهيم (الشريرة) في دور (ريا وسكينة) القاتلتان، تهاني هنا لا تسرد وإنما داخل الجماعة تكتسب وتشحن ردود فعل جديدة تختلف باختلاف الأفراد شركاء المكان والزمان، ومن ثم ومن خلال التفاعل لا يكون رد الفعل (جديداً) فقط وإنما (سوياً) ليس بالمعنى الأخلاقي ولكن بمفهوم الصحة النفسية أي أن تتحرر (تهاني) من خوفها من أمها وأن تنزع عن نفسها شوائب العلاقة معها وأن تراها (صح) وهو ما حدث بعد ذلك في إطار (الدراما) نفسها عندما تحدث (البطل) عن أمه وحبه الشديد لها وفقدانها بالموت وطريقة دفنها بوصف تفصيلي جرافيكي مؤثر للغاية شدّد عليه وعززه بكاء البطل (الرجل).

إن العلاقة بين عملية الإحماء والتلقائية حيوية للغاية بمعنى قدرة الطفل والراشد على الاشتراك لإنهاء أمور حياتية تخصهما ويأتي هنا مثال لاعب الكرة أو الرياضي بشكل عام إذا لم (يجري في المكان) و(يسخن) قبل النزول إلى الملعب أو الحلبة فلن يتمكن من الفوز بل قد يصاب لأن عضلاته كانت باردة تفتقر إلى الدم الكافي للتنافس كذلك سيكون معرضاً (للإصابة النفسية) بمعنى عدم تهيؤه وعدم لياقته بشكل كاف لكي يصل إلى ذروة التلقائية وهو ما اصطلح عليه مورينو بعامل S .

- مُقبـــلات (مشهيات) ـ ذهنيـــة وجسديـــة

مقبـــلات جسديـــة: تبدأ منذ لحظة الولادة، وربما قبلها، وهي نشاطات جسدية مثل (عملية المصّ) (المشي) (الشمّ) وهكذا هي عمليات إحماء تستمر مع إنسان منذ لحظة ولادته وخلال مسيرة حياته.

مشهيـــات ذهنيـــة: تبدأ حينما يبدأ الطفل في التفرقة بين نفسه وبين البيئة المحيطة به (أشياء، وناس، علاقات، أمور داخل الشخص، محفزات سيكولوجية، خيالات، أحلام، طموحات ومحفزات اجتماعية وثقافية، ضغوطات من الجماعة، الوضع الاجتماعي، الأمور الأخلاقية والأدبية المتفق عليها..) كل ذلك مما يؤثر ويشكل ويكون الأمور النفسية البادئة.

يضيف مورينو إلى ذلك الأبعاد الاجتماعية و(النفسي كيميائية)، فالأمور الاجتماعية تختلف بالطبع من بلد إلى آخر ومن ثقافة لأخرى لذلك فإنني لم أطبق بالحرف ما تعلمته من مبادئ السيكودراما على (المجموع المصري) وألاّ بدا الأمر خائباً كما لم أستهجن قيام أوربيين بمحاولات سيكودرامية غير ناجحة مع جمهور مصري من خلال الحركة والترجمة مما أفقد الأمر حيويته وتلقائيته لكنني تركت التجارب تغلي في مراحلها وما أفرزناه في مجموعتنا (2001-2003) كان متطوراً نامياً بالضبط كالطفل في نموه وتطوره ونضجه أما ما عناه (Kipper)بالأمور النفسي كيميائية فهو يقصد الشاي والقهوة وفي أماكن أخرى الكحول وهي محفزات سلبية لا يدرك صاحبها نتيجة إيجابية ومن هنا كانت مجموعتنا ـ بشكل مطلق تقريباً خالية من ذلك الأثر الكيميائي النفسي للحزم والانضباط الشديدين.

- فوائـــد السيكودرامـــا

1. تعطي ثقافة عامة ممتازة
2. تمكن من البوح بالكثير مما يكتمه الفرد مما يخفف من حدة الانفعالات لديه والآلام النفسية.
3. تحسين التكيف والقدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية.
4. زيادة الإستبطار بدوافع نفسي وحالتي عموماً
5. تدعيم الشعور بالانتماء إلي مجموعة من الزملاء ولم أكن أشعر بالانتماء من قبل إلي أحد في حالات كثيرة.
6. يتمكن الدكتور المعالج من فهم شخصيتي وحالتي أكثر مما يتمكن من معرفته في الجلسات الفردية حيث أن فترة جلسة السيكودراما تعادل 5 أو 6 مرات الجلسة الفردية من الناحية الزمنية
7. تساعدني على التمتع بجمال عدم التكليف والتخلص من كلمة الأستاذ...المهندس....الخ والشعور بحلاوة المنادة علم اسم الشخص مجرد أو سماع اسمي مجرداً من الألقاب
8. التحسن الواضح في العلاقة الزوجية نتيجة زيادة فهم طبيعة النساء وطبيعة علاقتي مع زوجتي وخبرات متشابهة .

- السيكودرامـــا و "فلسفـــة اللحظـــة"

اضطربت المرآة بعد جلسة أولى ووحيدة للسيكودراما غذّى اضطرابها أقرانها من الجهلاء بعلم البوح و الانفعال تمثيلياً. وقالت النسوة في معرض أحاديثهن الهاتفية: لقد انهارت، لقد جعلها هذا النوع من العلاج بالتمثيل المسرحي أسوأ. يذكرني هذا بالاتهام المتكرر لـ "مورينو" مؤسس ومبدع السيكودراما بأنه قد تسبب في جعل مرضاه "أكثر مرضاً"، بمعنى أقل تحكماً في أعراضهـ ـم، رد "مورينـ ـو" على هذا الادعاء السطحي "بالموافقة"، ثم التصريح قائلاً: (نعم.. أعطي المشاركين جرعة صغيرة من الجنون تحت مظلة من التحكم. لم أخف قط من الجنون، لأنهم

عندما يمارسونه خارج دائرة السيكودراما يكون الأمر خطراً عليهم وعلى الآخرين. والناس لا يتعلمون التحكم في انفعالاتهم إلا إذا مروا بالتجربة كاملة وخاضوها حتى اللاب والنخاع منها، إنهم يعيشون حيوا تهم النفسية الخالصة داخل إطار السيكودراما، وأيضاً يتعلمون كيف يتحكمون في كافة انفعالتهم).

تعتمد السيكودراما أكثر ما تعتمد على "فلسفة اللحظة" ،على الإيمان العميق جداً بالتلقائية المطلقة والإبداع الفذّ، لبنى البشر جميعاً وهم متساوون جميعاً كأسنان المشط . وهكذا قد يتساءل عضو نشط في لحظة إبداع في السيكودراما: (هل أنا مجرد جثة حية ستتعفن يوماً ما وتتحول إلى تراب بلا معنى؟ أم أنه ذلك الشعور الجميل الذي أحسه، يتمدد فيّ، وينفخ في صورتي ويحولني إلى شيء جميل وحقيقي للغاية، شيء محقق ورائع؟. بمعنى آخر هل أنا قبض الريح أم أنى كل شئ في هذا العالم؟ أنا هنا حيث يتمكن البطل من خلق عالم خاص به، من صنعه هو وحده، يشاركه فيه الآخرون بمساعدة المخرج أو الميّسر أو المرشد، وهو وحده الذي يصنع أحداثه ومشاهده. بمعنى آخر كلٌ منا يتمكن من إسقاط عالمه الجواني على العالم المحيط به خارجيا.

بالطبع لا تتوقف عملية الإبداع العلاجي عند هذا الحدّ، لكنها تتجاوزها وتَعبرها لتصحح أي تشوهات نجمت عن تفاعلنا مع العالم وعن رؤيتنا للآخرين. وهكذا تسمح السيكودراما بتطور إنسانى فائق و مستمر، كما تسمح بإحساس حقيقي متمكن بالحياة .

إن المرحلة السابقة للسيكودراما كانت ما يسمي بالأكسيودراما Axiodrama وكانت تكتشف العلاقات والقيم الجمالية والأخلاقية، وهى ما شكلت فلسفة مورينو التي انبثقت منها فكرة السيكودراما وتطورت، ومنها على سبيل المثال لا الحصر فكرة (الشخصية المحورية Protagonist) هذا الذى يراجع ويعيد حساباته مع القوى المطلقة، مع الحياة، ومع الكون، مع الشيطان، مع المستقبل أو مع الكمال المطلق.

إن حياة الإنسان تتطور على خلفية الجماعة التى تعيش وتتفاعل مع البيئة المحيطة والثقافة المباشرة لتصل إلى ما يمكن الاصطلاح عليه بـ ـ "الفوضى المثمرة". وهنا يفسر عالم النفس البريطانى باينس Pines1987 رؤية مورينو على ضوء الثقافة الإغريقية الأسطورية التى تتصور التخلص النهائى من الطاقة المبدعة من أجل الاحتفال بالحياة، وهذا بدوره يؤدى الرغبة فى التدمير من أجل التغيير، ويحدث هذا فى خضم الزحمة، و التنفيس الإنفعالى، والتحرر من القهر ذلك الذى يسببه الإنسان لنفسه إما بالتواطؤ أو بالخضوع وعدم المقاومة. اب السيكودراما كما أكد عليه مورينو هو "تجربة الحقيقة"، العيش فيها وخوضها بدلاً من الحديث عنها، بمعنى إعطاء الأهمية القصوى للجسد.

حدد مورينو تسعة مفاهيم أساسية للسيكودراما في خطاب وجهه إلى إيرجرينبيتج Ira Greenberg معالجة السيكودراما الأمريكية فى 17 يونيو 1970 كالتالي:

1. مبدأ التسخين.
2. الإبداع.
3. التلقائية.
4. العفوية.
5. "من على بعد Tele "وهى كلمة إغريقية معناها (بعيد) أو (من على مسافة) و قد قصد بها مورينو تلك الجاذبية، الرفض، اللامبالاة، التى تحدث بين الناس، وهى ضدّ ومعنى التفاعل مع الآخر، بمعنى حساسية شخص لآخر كما لو كانا مربوطين بسلسلة روح واحدة .
6. الشعور المشارك واللاشعور المشارك.
7. الدور.
8. الدور في مقابل (الأنا).
9. الدور المعكوس.
10. أما المبدأ العاشر الذي أضافته العالمة (Kate Bradshaw Tauvon) فكان الفعل الدرامى.

مبـــدأ التسخيـــن Warming up

تظهر التلقائية وتتجلى عندما يسخن الشخص نفسه فى إطار وضع جديد. فإذا نظرنا إلى كل النشاطات الإنسانية لوجدنا أن لها مرحلة تسخين، فمثلاً إذا نويت الذهاب إلى المسرح لمشاهدة عرض ما، فستراودك الفكرة قبل الذهاب، ستحاول تحديد المسرحية التى تود رؤيتها، وستحدد من سيذهب معك، ستطالع صحيفة الصباح لتختار العرض الذى يناسبك، وما إلى ذلك من التفاصيل الصغيرة التى تمرّ بها وتمرّ بك، قبل أن تجد نفسك على كرسى المسرح قبل بدء العرض الذى ستراه، وهكذا....

نعم وهكذا من الممكن تطبيق ذلك بسهولة على السيكودراما، تحوي مرحلة التسخين تفاصيل تيسر وتخلق الجو المناسب لإبداع السيكودراما الحقيقى مما يزيد التلقائية داخل الجماعة.

التسخين الغير مكتمل وغير الصحيح يؤدى إلى دراما غير مكتملة وغير صحيحة، ولأهمية هذه المرحلة سماها مورينو " التعبير العملياتى للتلقائية ".

الإبـــداع والتلقائيـــة

نعود مرة أخرى إلى خطاب مورينو الشهير إلى جرينبرج حيث حدد عاملين منفصلين هامين مرتبطين داخلياً برباط وثيق: (الإبداع – التلقائية). التلقائية نبت الحاضر ـ هنا والآن. إنها الطاقة التى تدفع بالإنسان إلى الاستجابة الصحيحة فى موقف لم يخضه من قبل، أو أنها تيسر الطاقة لكى يأتى الإنسان باستجابة جديدة فى موقف مألوف لديه. وللتلقائية تلك أربعة خصائص تعبيرية هامة حددها مورينو كالآتى:

1. التلقائية التي تؤدي إلى تحفيز الموروثات الثقافية والأنماط الاجتماعية.
2. التلقائية التي تدعو إلى خلق كائن جديد، بمعنى الخلق الإبداعى وإعادة بناء الشعور واللاشعور وقد يتخذ هذا أشكالاً مختلفة وجديدة فى التعبير الفني، وفى خلق أشكال مبتكرة للبيئة المحيطة.
3. التلقائية الداعية إلى تكوين صيغة حرّة للشخصية.
4. التلقائية الداعية إلى تكوين الاستجابات السوية للمواقف الجديدة

أما عن الإبداع فقد يتأتى كثمرة خالصة بمساعدة التلقائية، وكأنها تلك التلقائية تيسر وتسهل مادتها. إن درجة الاستجابة السوية لأحداث بعينها تيسرها التلقائية، لكنها فى نفس الوقت تعتمد إلى حد كبير على التآلف مع الموقف. فإذا ما واجه شخص ما تجربة جديدة لها طابع الحداثة فإنه إما:

-لا يستجيب أو
- يستجيب كما استجاب لموقف آخر زمان أو
- أن يستجيب بموقف جديد لم يعهده من قبل.

الفكرة إن رد الفعل الجديد والسوى يتطلب إحساساً بالوقت، إحساساً بالاستقلالية والمناسبة.

التلقائية هى المحرك للنشاط الإبداعي، وإذا ما وضعت على خط تخيلى يمثل الاستمرارية، فلسوف تكون تلك التلقائية على طرف والتوتر والقلق على التوتر الآخر من ذلك الخط التخيلى. إذا تخيلنا مرتكزاً للعتلة وسط هذا الخط، ستعنى زيادة درجة التوتر انخفـاض التلقائيـة والعكس

صحيح، لأن العلاقة بينهما كالأرجوحة ترتفع وتنخفض بالجلوس على أحد طرفيها، وعموماً وجب التفريق بين الاندفاعية والتلقائية، لأن الاندفاعية تفتقر إلى الإبداع كليةً وهى كالمستجير من النار بالرمضاء، فقد تتكون لدى فرد ما فكرة إبداعية دونما تلقائية ومن ثم لا يتمكن من تنفيذها عملياً ولا تتحقق واقعياً.

غالباً ما يتحقق الفعل الإبداعى فى صورة قصيدة، سيمفونية، لوحة تشكيلية، مسرحية، كل هذه الصور هى تلك التى اصطلح عليها مورينو بـ "الموروث الثقافي"، وفى لحظة انتهائها ينتهى الفعل الإبداعى، وقد تفقد تلك الصور خاصتها الإبداعية إذا فقدت التلقائية منها.

وإذا إفترضنا أن أكثر من عازف سيعزفون قطعة موسيقية محددة بدرجات متفاوتة من التلقائية؛ فإن النتائج ستكون متفاوتة بالطبع. وكذلك فإن درجة تلقائيتنا ستتفاوت إذا ما طالعنا لوحة معروفة كالموناليزا مثلاً، والحدث العادى قد يكون غير عادي بكل المقاييس إذا ما مررنا بتجربة عميقة، بينما الحدث الجلل قد يبدو مسطحاً إذا كان شعورنا الداخلى انسيابياً، ومن ثَم متعاملاً مع ذلك الحدث الجلل بشكل مختلف.

وهنا فإن الإبداع يقذف إلى الحيز النفسى بسرعة السهم تدفعه التلقائية إلى ذلك دفعاً. والتلقائية هنا ليست مخزوناً موجوداً للطاقة النفسية الجنسية كما قد يراه بعض المحللين النفسيين، ولا طاقة عادية تخضع للقوانين الفيزيائية السائدة. " إنها ليست العملية الدينامية وحدها داخل نفس الإنسان لكنه ذلك التدفق الغامر من المشاعر باتجاه التلقائية كحالة للآخر" مورينو 1946.

إن فكرة تكوين وتطوير التلقائية بوعى قد تبدو ذات مفارقة ضدية، لأن مفهوم التلقائية مرتبط بمفهوم الاندفاعية. لكن السيكودراما تعمل أساساً على تدريب أعضاء الجماعة على الإبداع والتلقائية من أجل استجابة صحيحة فى لحظة محددة للأحداث الحياتية، يحدث هذا بشكل مستمر عن طريق وضع أعضاء الجماعة فى مواقف تتطلب استجابة وتعطى الفرصة لهم كى يحاولوا ويختبروا بدائل كثيرة بمساعدة المخرج والجماعة، ويذكرنا فى هذا المجال مورينو بطرحه بأن ما هو "وظيفى" فى "التداعى الحر" ليس بمعنى بربط الكلمات بالأحداث لكنها التلقائية التى تدفع بالإنسان لعملية ربط المكان بالزمان، والحدث بالانفعال وهكذا...

المناوشـــة Encounter

ما بين عامي 1914 و1915 نشر مبتكر السيكودراما ("مورينو") مرجعاً من ثلاثة أجزاء تحت عنوان (دعوة إلي المناوشة)، عبر فيه عن أول مصطلح للمناوشة هذا المصطلح الـ encounter الذي صار فيما بعد مركزياً للحركة الوجودية، أما عن الجزء الأول فلقد حوي شعاره الأشهر عن السيكودراما مستخدماً فكرة اثنين من الناس يتبادلان العينين من أجل فهم أعمق لكل منهما من أجل أن يعرف كلاً منهما الآخر أفضل:

"لقاء اثنين: عين لعين، وجه لوجه
وعندما تقترب أنت مني سوف أنتزع عينيك منك
ولسوف أضعهما مكان عيني أنا
ولسوف تنتزع أنت عيني أنا لتضعهما مكان عينيك أنت
عندئذ سوف أنظر إليك بعينيك أنت
وأنت سوف تنظر إليَ بعيني أنا " (مورينو 1946 – 1980.)

مبدأ المناوشة أساسي ومحوري لفلسفة السيكودراما، القدرة علي لقاء الآخرين، القدرة علي أن تكون متواجداً وواعياً بكل طاقتك قدر الإمكان وأن كل فرد يكون أيضاً ـ قادراً ـ علي عكس حالته الذهنية ـ وعكس دوره الذي يلعبه أمام الآخرين. لقد زحزح مفهوم المناوشة اهتمام العلاج النفسي بالحوار وجعله غير قاصر على المعالـج و المعالـج ولم يجعلـه منفصلاً ومقتصراً علي اثنين (الطبيب، المريض) (المعالج والزبون)، ابتعد بمفهوم العلاج النفسي بدون دواء عن تلك الدائرة الثنائية الأولية ومضي بها إلي مستويات أخري داخل الشخصية نفسها (شخصية المعالج والمعالَج) ومن هنا نبحث نظرية "مورينو" في العلاقات البينشخصية من أجل الإسهام في تطوير وتحقيق حقبة جديدة من العلاج النفسي بالحوار.

يقول "مورينو" في هذا الصدد" أن نظرية العلاقات البينشخصية تعتمد أساساً علي "ثنائية أولية" فكرة وتجربة اثنين من الممثلين يلتقيا.

إن تلك اللحظة وذلك الحدث يمهد لما بعده، لكل العلاقات البينشخصية. إن العامل المحدد داخل الفرد هنا يتمحور حول ذلك الجو النفسي المحيط به عندما يختفي الآخر من حوله. من خشبة المسرح أو من ساحة التمثيل. ومن خلال هذا الطرح السابق يتبين لنا الفرق بين السيكودراما وبين سبل العلاج النفسي الأخرى.

المناوشة تجربة إنسانية علاجية نفسية تحدث عندما يواجه الإنسان نفسه في التو واللحظة وبكل ما يحمله من معاني يشحذها في مواجهة آخرين مهمين في حياته أو يعملون من خلال السيكودراما. والمساعدين له يكونون عالمه الخاص ويقوون دفاعاته وربما في لحظات ومضية يكشفون عوراته النفسية التي ما لبث أن خجل منها طوال العمر.

والمناوشة في السيكورداما ليست ـ فقط ـ مع الآخر لكنها أيضاً مع النفس، بمعني أن يناوش البطل نفسه أن يعاكس ويشاكس (جواه) و(داخله) وينبش في عمقه باحث عن الدر واللؤلؤ وعن الوسخ والعفن عن الكذب والخداع وعن الصدق والنقاء، عن المواربة والكذب عن التوتر والقلق وعن الحب والطهارة. من ضمن طرق العلاج المسرحي تقنية (الكرسي القاضي) بمعني أن يحاور نفسه الافتراضية الجالسة علي هذا الكرسي المتمثل أمامه رمزاً وميسراً للبوح والفضفضة وقول ما يكتم فلا يقال عادة ويكون هذا بشكل تلقائي بل وبدائي دون فلسفة أو إزعاج أو تزويق كلام أو حرص أو انتقاء أي القول المفتوح دون قيود.

ودور قائد العمل أو المخرج هنا أن يسهل عملية الدراما وأن يبتعد وينحي عن السرد قدر الامكان وأن يركز الجميع على أن النفس ليست وجهاً واحداً لكنها في حقيقة الأمر أوجه عدة. يتمثل هذا على خشبة المسرح العلاجي في إطار الحوار (الديالوج) بين الأطراف المتعددة في خضم تعدد الأدوار وتبدلها وجهاً لوجه أو من علي بعد (مثل حوار مع الأب المتوفى ـ مع الزوج السابق ـ مع الأخ المهاجر ـ مع الهيروين الذي عشقه المدمن وتركه وهو في المستشفي... وهكذا)، وكذلك يقوم الحوار بين (البطل) وبين (نفسه) في إطار علاقاته الاجتماعية والوظيفية، حياته بشكل عام، وهنا تتطور النفس الداخلية وتتوهج في محيط التفاعلات الحياتية والإنسانية بشكل عام. إن الحوار بين أجزاء النفس الداخلية بعضها البعض وبينها وبين العالم الخارجي المحيط بها يسمي علمياً (الحوار ـ التلقائي عن بعد. Auto –tele)

أما الواقعية الملموسة والتجريد الطبيعي فهو من تحويل (الدور) (الرمز) (المستعار ـ الميتافور) أو المشهد إلي (صورة ملموسة) علي خشبة السيكودراما.

إن أبعاد النفس وعالمها في الإنسان يمكن تحويلها إلي شكل ملموس بالدراما بالتركيز علي أدوار ملعوبة وحية باستخدام إيحاءات وأشكال مثل (الوسائد والحشايا والملايات) ويخلق واقع بأنماط متعددة من العلاقات التبادلية مع أدوار مختلفة.

الطـــرح و "التيلـــي Transference and Tele "

وفضلنا عدم ترجمة Tele حرفياً لأن ذلك سيفقدها كثيراً من المعنـى

وهي اصطلاح ابتدعه "مورينو" من خلال عمله في القياس الاجتماعي (قياس العلاقة بين الناس Tele). يصف تدفق المشاعر بين الناس ويعبر عن ذلك في إطار هنا والآن (Here and Now) أي الآن وهنا تبادلية، أو ضمن مناوشة، والـ Tele تكاد تكون العامل المحدد لنجاح السيكودراما ولتطورها العلاجي وهي التي تجذب أطراف العمل المسرحي العلاجي لبعضهم البعض وأيضاً هي التي تنفرهم من بعضهم البعض. وهنا فإن معظم طرق التواصل تحوي مزجاً بين (الطرح) وبين الـ Tele لكن هدف السيكودراما هو تقليل الطرح (المشاعر التي يطرحها المعالج على معالجه) وإعلاء التواصل الأصيل.

كلمة Tele التي تستخدم في التليفون وفي التليفزيون والتليسكوب وغيرهم مستمدة من اللغة الإغريقية القديمة وتعني (البعيد، التأثير من علي بعد أو مسافة) وتمثل القدرة على الاستيعاب العام للإحساس دون كلمات، تلك العلاقة المستترة بين الناس وذلك الوشاح المسحور الذي ربط أعضاء الجماعة بعضهم بالبعض دون تكلف أو مشقة أو عناء. وأنها عملية ـ بحق ـ ذات اتجاهين وليس اتجاهاً واحداً كما في حالة المعالج والمعالج أو الإنسان والفرد يحس بالآخر ـ فقط.

أما عن "الطرح" فهو اصطلاح ابتدعه فرويد في إطار نظريته في التحليل النفسي.

- **References:**

- [-Moreno, J.L. (1946), Psychodrama, First volume Beacon,NY Beacon House
- Rogers,C.A (1959) Psychology, A study ofscience, vol.III, new York : MC Graw- Hill

شهادة عضو مشارك السيكودراما (ع.ش . عضو شارك في جلسة (2002/7/15

"السيكودراما مية مية، حلاوتها إن فيها ناس كتير من مختلف الأعمار والوظائف والاتجاهات، كأنك قاعد مع مصر كلها، فيها حاجات كتير قوي من الدين، ولأنها قعدة علم فإن الملائكة تحفها، وهي غير قعدة الصحاب، أحسست إن البطل فيه كتير مني، يا سبحان الله، رغم أني لم أملك الشجاعة للتصريح بذلك " إنها ليست علاج، والمشاركين ليسوا مرضي، إنهم أناس متميزون، المريض هو الذي لا يواجه نفسه، المتميز هو من يحب أن يري كل شئ ويريد أن يعرف ويبحث ويدور ولا يسكت أبداً"

الاتجـــاه نحـــو المـــرض النفســـي و علاجـــه (لدى عينة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين)

د. زيـــاد بركـــات / علـم النفـــس – فلسطيـــن
د. كفـــاح حســـن / علـم النفـــس – فلسطيـــن
zeiadb@yahoo.com - Kefa1121@hotmail.com

ملخـص الدراســة : هدفت الدراسة الراهنة إلى معرفة اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية والتربوية: الجنس، والتخصص، والعمر، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة. لهذا الغرض تم تطبيق مقياس الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه على عينة بلغت (228) طالباً وطالبة، ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين: النجاح الوطنية بنابلس، والقدس المفتوحة بطولكرم، والأمريكية العربية بجنين، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم. وقد خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- أظهر أغلبية الطلبة اتجاهاً أيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي حيث أظهر ما نسبته (75, 9%) ميلاً موجباً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته (1, 24) ميلاً سالباً نحو ذلك.
- وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص وذلك لصالح الطلاب الذين يدرسون تخصصات طبية وهندسية وصيدلة.
- وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر وذلك لصالح الطلاب صغار العمر.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغيرات: الجنس، والتحصيل، ومكان السكن، ودخل الأسرة الشهري.

Attitudes Towards Mental Illness and Psychotherapy

Abstract : *This study aimed to identify the university students attitudes towards mental illness and the psychotherapy in related with some variables: Gender, specialization, academic achievement, age, residence, and income. To achieve this purpose the attitudes towards mental illness and the psychotherapy test applied at a sample consisted of (228) from north of Palestine universities students: An – Najah national university, Al – Quds Open University, Arabic American university, and Khadoury university. The results showed the following:*

- *The (75, 9 %) from study subject showed positive attitudes towards the mental illness and psychotherapy, but only (24, 1 %) of them showed negative attitudes.*
- *There were statistical significant differences in students attitudes towards the mental illness and psychotherapy due to speciaization variable, in favor of the students who study medical, engineering, and pharmacy speciaization.*
- *There were statistical significant differences in students attitudes towards the mental illness and psychotherapy due to age variable favor of the young students.*
- *There were no statistical significant differences in students attitudes towards the mental illness and psychotherapy due to the variables: Gender, academic achievement, residence, and income.*

❖ مقدمـــة

إن جوانب السلوك المضطرب متسعة غاية الاتساع وتشتمل على طائفة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية، على أن بعض حالات هذه الاضطرابات نادر كحالات الفصام والذهان الشديد وجنون العظمة والهوس والهلوسات الحسية والعقلية، على حين أن بعضها يشيع شيوعاً كبيراً في المجتمع مما يجعلها موضوعا جديراً بالاهتمام والمتابعة، وهذه الاضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق والملل والتعاسة والخوف، لتمتد لتشمل حالات عقلية خطرة كالفصام والاكتئاب وجنون العظمة والاضطهاد والهلوسات الوجدانية والهوس تتطلب عادة اللجوء لعيادات الطب النفسي أو مصحات العلاج النفسي (إبراهيم، 1980).

من المعروف لدى علماء النفس الاجتماعي أن سلوك الأفراد نحو موضوع معين يتأثر بتوجههم ومعتقداتهم نحو هذا الموضوع، ومن هنا يمكن اعتبار دراسات الاتجاهات والمعتقدات من الدراسات المهمة من أجل التيقن بالمكانة الاجتماعية والتربوية والصحية المهمة والبارزة في موضوع الأمراض النفسية والعقلية وعلاجها، حيث تشير الدراسات إلى تغير النموذج الطبي التقليدي (Traditional medical model) في دراسة المرضى النفسيين إلى نموذج آخر هو نموذج الصحة العامة من الطب النفسي (Public health psychiatry)، حيث النظر إلى المريض النفسي على أنه يعيش في مناخ يجب الاهتمام به ودراسة اتجاهاته واتجاهات الآخرين المحيطين به (الطراونة، 2002).

إن دراسة الاتجاهات تعتبر من المواضيع الهامة في مجال علم النفس

الاجتماعي، إذ أن الاتجاهات والآراء والميول والمعتقدات تلعب أدوارا هامة في المواقف الاجتماعية التي يتفاعل بها الفرد مع الآخرين، وتؤثر في رضاه عن علاقته بهم ومدى تكيفه معهم. وكباقي المفاهيم والمصطلحات النفسية والتربوية فانه يصعب إعطاء تعريف دقيق للاتجاهات، لان الاتجاهات تتداخل مع أنواع أخرى من الاستعدادات النفسية للقيام بالاستجابة المطلوبة في موقف ما أو إزاء شيء معين (كفافي، 1994) . لقد قدم علماء النفس أطر واتجاهات عديدة لتفسير تكوين الاتجاهات النفسية والاجتماعية يمكن توضيح أهمها فيما يأتي:

1. نظريـــة الاشـــراط والتعزيـــز
Conditioning and Reinforcement

تقوم هذه النظرية على إفتراض أساسي هو أن الإنسان يتعلم الاتجاهات بنفس الطريقة التي يتعلم بها العادات، فكما يكتسب الناس المعلومات والحقائق يتعلمون المشاعر والقيم المرتبطة بهذه المعلومات والحقائق. وتتكون الاتجاهات وتتطور تبعا لهذا المنظور عن طريق ثلاث عمليات هي: الترابط (Association) والتعزيز (Reinforcement) والتقليد (Imitation) (عقل، 1985). ومن أهم النظريات في هذا الاتجاه نظرية العالم سكنر (Skinner) في التعلم الإجرائي للاتجاهات والتي تشير إلى أن الاتجاهات تتشكل نتيجة لعملية التعلم المعزز خلال تفاعل الفرد مع الآخرين (Salomon , 1992).

ومن النظريات التي تبحث في هذا المجال أيضا نظرية دولارد و ميللر(Dollard & Miller) إذ يفسران الاتجاهات بلغة المثير والاستجابة على أنها " تعميم الاستجابة من موضوع مثير معين إلى موضوع مثير آخر مشابه له". أما ماورر (Mowrer) فيشير إلى أن الاتجاهات ما هي "إلا روابط بين المثير والاستجابة تتشكل عن طريق التعلم" (هول وليندزي، 1978) .

2. نظريـــة المجـــال Field Theory

ترجع أصول هذه النظرية إلى العالم كيرت ليفين (Lewin) الذي يرى أن أفكارنا ومعتقداتنا وتصورتنا توجد في مجال حيوي نشط، وهي تضغط الواحدة منها على الأخرى من أجل التغيير فإذا لم تتكامل أو تتناسب فكرتان، أو اعتقادان، أو تصوران لدى الفرد فان حالة من القلق والتوتر تصيبه والذي يجد نفسه بالتالي مدفوعا بالرغبة لإعادة حالة الانسجام المفقود. فالاتجاهات من وجهة هذه النظرية تتغير نتيجة لتواجد الفرد في مواقف تتعارض فيها دوافعه وحوافزه، فينشأ عن ذلك لديه صراع يظهر على شكل توتر، يجد نفسه الفرد أن يختار أكثر الاستجابات فائدة بالنسبة له فيتجه نحوها (عقل ، 1985).

3. النظريـــة الوظيفيـــة Functionlism

تتكون اتجاهات الفرد - حسب ما يراه أصحاب هذه النظرية- نتيجة لقيمة أو ما تقدمه له هذه الاتجاهات من وظيفة نفسية في موقف محدد وإلا فإنه يغيرها بأخرى أكثر نفعية (نشواتي، 1984). ووفقا لهذه النظرية فان الفرد يختار الاتجاه أو يغيره أو يعدله نتيجة للوظائف التالية (Goldstein, 1980):

1. إذا كان الاتجاه بمثابة أداة لتحقيق بعض الأهداف لديه مثل المصالح الاقتصادية والسياسية والاجتماعية.
2. إذا كان الاتجاه يخدم عملية التكيف الاجتماعي.
3. إذا قام الاتجاه بوظيفة دفاعية عن الأنا كما في حالات الاتجاهات المستسلمة ضد العنف أو الإرهاب أو التمييز العنصري.
4. إذا كان الاتجاه يحقق وظيفة معرفية كتسهيل فرصة فهم العالم وحل المشكلات بطرق ناجعة والتعامل مع الأشياء المحيطة بفعالية.

4. الاتجـــاه الادراكـــي Cognitive Consistancy Aproach

ويقوم هذا الاتجاه على إفتراض أساسي لنظرية الجشتالت (Gestlalt) وهو أن الناس بحاجة لأن ينظموا تصوراتهم ويكملوا إدراكاتهم ويبسطوها في المواقف التي تواجههم، لهذا تتكون الاتجاهات تبعا لهذا التصور عندما يوجد الفرد في موقف ما، ويحاول إدراك هذا الموقف ليتم فهمه له من خلال إعادة ترتيب وتنظيم أجزاء هذا الموقف من جديد، فيضيف عليه من خبراته السابقة وهذه الإضافات أو التكميلات للمواقف التي يمر بها الفرد تفسر إتجاهاته نحوها، وأهم النظريات في هذا المجال (عقل، 1985):

4.1. نظريـــة التـــوازن لهايـــدر Hieder's Balannce Model

وتفسر تكوين الاتجاهات بحالة التوازن في درجة الشبه بين الأشخاص خلال قيام علاقة وجدانية بينهم ، حيث تختل هذه العلاقة في حالة عدم التشابه، إلي جانب ذلك يذكر هايدر علاقة يسميها أحادية العلاقة (Unit - Relation) حين تكون العلاقة بين فرد وشيء أو موضوع أخر.

4.2. نظريـــة التنافـــر لفيستنجـــر
Festinger Cognitive Dissonance

وتعتبر هذه النظرية مكملة للنظرية السابقة، إذ يدعي فيستنجر أن نظريته هذه أكثر عمومية من نمط التوازن الذي اعتمدت عليه النظرية السابقة، وقد نالت هذه النظرية حظا أوفر من البحث والدراسة، بسبب إمكانية تطبيقها على عدد كبير جدا من المواقف الشخصية والاجتماعية. وهي تفسر الاتجاهات على أساس التنافر الادراكي الذي يتفاوت في درجته وشدته، وان هذه الشدة تعتمد على أهمية الادراكات المتناقضة وحسب هذه النظرية فإن الناس يميلون مدفوعين إلى تجنب المواقف التي تجلب لهم عدم الانسجام أو التنافر الادراكي (Dissonance)، والى الإقبال على المواقف التي تجلب لهم الانسجام الادراكي (Consonance)، فالفرد يميل إلى متابعة الأفكار والآراء التي تدعم اختياره، ويتجنب تلك التي تؤدي به إلى التنافر حول قراره الذي اتخذه، وهذا ما يسمى بالانتقاء المعرفي أو الادراكي (Selective Exposure to Information)، وقد اقترح فيستنجر ثلاث طرق للتقليل من التنافر الادراكي وهي: تغيير السلوك المسبب، أو تغيير البيئة أو مجال التنافر، أو إضافة عنصر جديد ايجابي إلى البيئة (Rekeach, 1981).

❖ تعقيـــب على النظريـــات السابقـــة

يتضح من مراجعة النظريات السابقة الأمور التالية:

1. إن الاتجاهات تماثل في تعلمها واكتسابها أنماط السلوك والعادات الأخرى، حيث يكون ذلك عن طريق عمليات التعلم والتقليد، والتي تتأثر بدرجة كبيرة بأساليب التنشئة الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي داخل المجتمع الواحد وخارجه.
2. تقدم الاتجاهات النفسية والاجتماعية خدمات جليلة للفرد، من حيث تحقيقها لأهداف التكيف الاجتماعي من جهة، ومن حيث تعتبر آليات للدفاع عن الذات من جهة أخرى، إضافة إلى كون هذه الاتجاهات أدوات لتحقيق المصالح الذاتية، وذات وظائف معرفية مختلفة.
3. تؤثر الاتجاهات في عدد من العمليات النفسية: كعملية الإدراك (Perception)، وعملية التعلم (Learnning).

4. قد تعمل الاتجاهات كموانع أو معوقات لظهور بعض أنماط السلوك غير المرغوبة، فهي تعمل كميكانيزمات دفاعية اختيارية في أنماط التفاعل الاجتماعي.
5. إن الاتجاهات لدى الأفراد يؤثر بعضها على بعض، وتكون النتيجة، هي التغير الاجتماعي المتمثل بالأدوار الاجتماعية للأفراد وما ينتج عن ذلك من عملية تغيير أو حراك اجتماعي لدى أفراد الطبقات الاجتماعية المختلفة.

إن علاج السلوك المرضي مهمة معقدة يمكن أن تستخدم لها وسائل كثيرة مختلفة وبعضها يتضمن طرق وأساليب بيولوجية كالعلاج بالجراحة أو العلاج بالصدمات الكهربائية والعلاج الكيميائي، والاعتقاد وراء هذه الأساليب هو أن التغيرات الجسمية أو البيوكيميائية التي تحدث في الجسم يمكن أن تؤدي إلى تغيرات دائمة في السلوك المرضي (Salomon, 1992). وبعضها يتضمن الوسائل النفسية والتي تتركز على الافتراض القائل بأن التغير الذي يكون له معناه وفاعليته أنما يتحقق على أحسن وجه من خلال التعلم (الريحاني، 1988)، وهذا المنهج يشار إليه بالعلاج النفسي الذي يساء فهمه بدرجة كبيرة مقارنة بالنوع الأول نتيجة لعدم وجود عملية علاجية متكاملة لهذا النوع من العلاج، وقد مر مفهوم المرض النفسي والمريض النفسي والعقلي حتى أصبح يعامل معه كمرض ومريض في مراحل عديدة (هول وليندزي، 1978؛ أرجايل، 1987؛ نشواتي، 1984؛ Pollock, 2004):

1. مرحلة الخرافات حيث كان ينظر إلى المرض النفسي على أنه مس من الشيطان وأن هناك أرواح وأشباح تؤثر بالنفس البشرية وتصيبها بالجنون، وأن علاج هذه الحالات كان باللجوء إلى العرافين والمشعوذين والكهنة، وكان المريض النفسي يعامل معاملة سيئة ويسجن ويعزل عن الآخرين.
2. مرحلة عصر النهضة وفي هذا العصر اشتملت النهضة جميع مناحي الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والعلمية، وبديهي أن تشتمل هذه النهضة في الطب والعلاج النفسي كما شملت جميع فروع الطب الأخرى، وفي هذه المرحلة أصبح ينظر إلى المريض النفسي والعقلي كأي مريض يجب توفير الخدمة الصحية والعلاج المناسب له.
3. مرحلة المستشفيات: وفي عصر النهضة تم التركيز على فتح المستشفيات والمصحات النفسية حيث أصبح في أوائل القرن التاسع عشر التخطيط لإنشاء المستشفيات النفسية المتخصصة كما في فروع الطب الأخرى.
4. مرحلة العيادات الخاصة والخارجية: ففي أواسط القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين بدأ الاهتمام بعملية تشخيص الأمراض النفسية والعقلية، وبدأت الدراسات التجريبية والبحوث النفسية تجرى في المستشفيات المتخصصة وفي المختبرات التي أنشأها الرواد في هذا المجال، وقد لعبت مدرسة التحليل النفسي دوراً مهماً في هذا الشأن، تلا ذلك ظهور العديد من المدارس والاتجاهات النفسية والفلسفية والطبية لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، حتى أصبح ما يسمى بالصحة العامة والصحة النفسية التي تمارس خدماتها في العيادات الخاصة والعامة وتحت مسميات عديد من مثل عيادات الصحة النفسية المدرسية وعيادات تنظيم الأسرة وعيادات الزواج وعيادات التثقيف النفسي وعيادات الإرشاد والتوجية الأسري وعيادات قياس الذكاء والقدرات العقلية. ونتيجة لهذا التطور في مفهوم المرض النفسي والمريض النفسي تطورت عدة نماذج ونظريات في العلاج النفسي بينها من أوجه الاختلاف قدر أكبر مما بينها من أوجه التشابه، ومن هذه النماذج العلاجية (هول وليندزي، 1978؛ ابراهيم، 1980؛ جامعة القدس المفتوحة، 1994؛ Wood, 2004 ؛ Merkel, 1986):

1. نظريـــة العـــلاج التحليلـــي Analytical Psychology

تنتمي هذه النظرية إلى علم النفس التحليلي الفرويدي حيث يركز الفرويديون على الطفولة وما يعتريها من إحداث ومشاكل وتصورات، وترجع في رأيهم جذور معظم الصعوبات النفسية والسلوكية غير العادية إلى هذه المرحلة المبكرة من حياة الفرد، ويهدف العلاج التحليلي في العادة إلى تمكين الفرد لان يكتشف ذاته ويتعرف على القواعد البيولوجية والنفسية المسببة لسلوكه العصابي أو غير العادي وذلك عن طريق حوار المعالج النفسي، وعليه يطلق بعض العلماء على النظرية الحالية واستخداماتها بالعلاج أو علم النفس الجدلي (Dialectical Psychology or Therapy). يعتمد المعالج النفسي في حوار مباشر مستخدماً عددا من الأساليب منها: المواجهة (Confrontation)، والتفسير(Interoperation)، وإعادة البناء (Reconstruction)، في المواجهة يعمد المعالج النفسي إلى استعمال لهجة مباشرة ومتحدية، ومن رواد هذه النظرية فرويد (Frued)، و أدلر (Adler)، و يونغ (Jung)، ورانك (Rank)، وهورني(Horny).

2. نظريـــة العـــلاج السلوكـــي Behavioral Theory

ركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الإيجابية والسلبية على السواء، ثم حصر مسببات أو مثيرات السلوك السلبي (المرضي) (التي يطلق عليها السلوكيين عادة بالمنبهات) ومعالجتها تدريجيا حتى المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك السلبي، ومكونا في نفس الوقت لدى المريض بديلا إيجابيا له أن أهم المبادئ النفسية السلوكية المستخدمة في العلاج السلوكي اثنان هما الاشتراط السكنري الإجرائي والاشتراط البافلوفي التقليدي. بينما يعتمد الاثنان على المبدأ العام الذي يشكل جوهر علم النفس السلوكي وهو المنبه أو المثير (St) والاستجابة (R)، الا إنهما يختلفان في توقيت تقديم المنبه لإنتاج ما يسمى بالاستجابة أو السلوك، فالاشتراط التقليدي مثلا يعمد إلى تقديم المنبه قبل الاستجابة، بينما الاشتراط الإجرائي فيقدم المنبه بعد حدوثها مباشرة، ومن رواد هذه النظرية سكنر (Skiner)، وواطسون (Watson)، وبافلوف (Pavlov)، وثورندايك (Thorndike) وموورر (Mowrer)، وبندورا (Bandura).

3. نظريـــة العـــلاج الذاتـــي Self Theory

تنتمي هذه النظرية بصفة عامة إلى النظرية السابقة، وبينما تركز النظرية السلوكية على الاستجابة الظاهرية للفرد، تهتم النظرية الذاتية بملاءمة أو تناغم سلوك الفرد مع الواقع البيئي والاجتماعي الذي يعيش فيه، وبالذات مع الأخلاقيات والتقاليد العامة التي يمارسها المجتمع من خلال مؤسساته الدينية والتربوية والاقتصادية والإدارية المختلفة. وفي هذا النوع من العلاج يعمل المعالج على تقديم الاقتراحات المتتابعة للفرد المريض والتي توجهه إلى تحليل سلوكه الواعي للوصول إلى حلول يراها مناسبة لسلوكه الناجح، إن ابرز الأساليب التي تدخل تحت هذا النوع من العلاج النفسي السلوكي هي: التنويم المغناطيسي، والعلاج الواقعي، والعلاج العاطفي الواعي الذي يشجع التلميذ على تحليل الافتراضات والمظاهر الواعية لسلوكه لتمكينه من وضع خطط هادفة معقولة تحقق الرضاء والارتياح النفسي الملحوظ في نيل أماله وأهدافه وليتحول كذلك إلى فرد أكثر إصرارا ومثابرة وتأكيدا في تحقيق ما يرغب أو يريد. على أن هذا النوع من العلاج غالباً ما يستخدم في عملية الإرشاد والتوجيه النفسي والاجتماعي لأنه منبثق من نظرية روجرز.

4. نظريـــة العـــلاج العضويـــة Organismic Theory

تؤكد هذه النظرية العلاجية بان سلوكنا وعواطفنا ترجع في جذورها

إلى الأنظمة العصبية والغددية الصماء، حيث أن تأثر هذه الأنظمة سلبا أو إيجابا يؤثر على نوع السلوك أو الشعور النفسي للفرد، والجدير بالذكر أن هذه الأنظمة العصبية والغددية لا تعمل بمفردها بصيغ مستقلة، بل ترتبط مباشرة بطبيعة الأنظمة الجسمية الأخرى كالهضم والتنفس والدم، وان التأثير على هذه الأنظمة والغددية للإنسان وبالتالي على أحاسيسه وسلوكه الظاهري، وهذا يوصلنا بالطبع إلى أهمية المعززات الأساسية التي يمكن استعمالها من المعلم في الاستجابة للحاجات البيولوجية للإفراد في مجالات تحفيزهم وتوجيههم أو تعديل سلوكهم.

5. نظريـــة العـــلاج الإنســانـــي Humanistic Theory

نشأت هذه النظرية كردة فعل للعلاجيين التحليلي والسلوكي الذين يجزءان الشخصية الإنسانية أو سلوكها إلى عناصر ونتف صغيرة ليبدأ من ذلك بتعديل السلوك الفردي، تركز النظرية الإنسانية وأساليبها بدل ذلك على مجمل الفرد وخبايا شخصيته، وعلى مظاهرة وخصائصه الصحية والعصبية والإدراكية لمعاونته في توجيه نفسه وتكوين ميول إيجابية نحو ذاته. والجدير بالذكر إن المدرسة الإنسانية في علم النفس تؤكد على إن الإنسان الفرد هو كائن إيجابي وقادر بناء في حقيقة ذاته، ويميل في طبيعته إلى إنتاج سلوك اجتماعي ناضج، ومن هنا تتلخص مهمة المعالج عند تعرض الإنسان لمشكلة شخصية أو عامة يعجز مبدئيا عن معالجتها في توفير بيئة اجتماعية أو تعليمية مناسبة تمكنه من تقييم ذاته وقدراته مرة أخرى ومن وعي ملابسات مشكلته ثم المبادرة الذاتية لاقتراح الحلول المناسبة للاستجابة إليها وعلاجها، ومن رواد هذه النظرية روجرز (Rogers)، وماسلو (Maslaw).

6. نظريـــة العـــلاج الجشطالتـــي Gestalt Theory

لقد اشتقت هذه النظرية من علم النفس الكلي أو الجشتالتي وبينما يحصر علم النفس الجشتالتي اهتمامه بالإدراك والقدرة على الفهم لدرجة رئيسية يتعداه العلاج الجشتالتي إلى الأحاسيس والعواطف التي يتصف بها الفرد بوجه عام، والعلاج الجشتالتي هو انتقائي في طبيعته حيث يشترك مع قرينه التحليلي بالتعرف على جذور السلوك غير السوي للفرد، ومع هذا يختلفان بكون الأول يرى هذه الجذور آو العوامل كحاجات ضرورية لهوية الفرد يجب تحقيقها أو الحصول عليها، بينما يراها الثاني كنزوات مكبوتة. كما إن العلاج الجشتالتي على عكس التحليلي الذي يأخذ حياة الفرد بكاملها منذ الطفولة، يركز على وعي الفرد لحاضره أو واقعه الآني، وبهذا نجده أيضا يشترك مع العلاج الموجه السابق في هذه الخاصية ولدرجة معقولة أيضا مع العلاج الإنساني في نظرته لمجمل الفرد وحقه الفطري في التعبير والاختيار وتوجيه نفسه، ومن رواد هذه النظرية كوهلر (Kohler).

7. نظريـــة العـــلاج الاجتماعـــي Social Theory

إن الفرد كائن اجتماعي بذاته ينتمي إلى من حوله بخصائصه النفسية والمادية والتي أهمها في رأينا مفهوم ذاته الذي يتشكل لديه تدريجيا من خلال تفاعله مع المجتمع ومعاملة الآخرين، وعليه نجد هذا النوع من العلاج السلوكي أو النفسي متميزا بأسلوب المجموعات الصغيرة على اختلاف صيغها ومبادئ عملها، ويتفاعل الفرد بأسلوب النظرية الحالية مع من حوله في المجموعة بشكل مفتوح متعرفا على مشاكله ومظاهر سلوكه من خلال التغذية الراجعة الحرة، ناتجا عن هذا التبادل تفهم الواحد وقبوله للآخر كما هو بمواطن ضعيفة أو قوية، ومؤديا في نفس الوقت إلى مساعدة الفرد على مواجهة صعوباته النفسية أو السلوكية، وحلها بما يتلاءم مع واقعه وخصائصه الحقيقية والأدوار المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والتربوية المتوقعة منه، ومن رواد هذه النظرية ساز (Sasz).

8. النظريـــة التطوريـــة Developmental Theory

طور بياجيه (Piaget) هذه النظرية حول النمو المعرفي لدى الأطفال وهي تعتبر من أكثر النظريات المتكاملة في هذا المجال، حيث يرى بياجيه أن النمو المعرفي هو نتاج التفاعل بين البيئة والقابليات البيولوجية، وأن النمو المعرفي يشتمل على قدرات عديدة من أهمها التفكير والتكيف والتعليل والانتباه وتنظيم المعلومات والتذكر وتعلم المفاهيم وحل المشكلات وتطبيق القوانين والإبداع والتوقع والنية والإرادة، وأن النمو المعرفي لا ينفصل عن مظاهر النمو الأخرى اللغوي والاجتماعي والانفعالي، فمظاهر النمو متداخلة ومتكاملة ومترابطة يؤثر كل واحد منها بالآخر ويتأثر بها. ولعل المفهوم الرئيس الذي قامت عليه النظرية المعرفية في العلاج النفسي هو أن بنية العقل عند الطفل تتطور من خلال التفاعلات الحسية والحركة والنشاط مع البيئة، ومن خلال هذه التفاعلات يصبح الطفل قادر على التنبوء بسلوك الأشخاص والأشياء من حوله، ومن هنا كان تركيز بياجيه على سيكولوجية اللعب وتأثيرها على الحياة النفسية للطفل.

9. نظريـــة السمـــات والعوامـــل Traits and Factors Theory

تعتبر نظرية السمات والعوامل من النظريات الأساسية في دراسة وتحليل الشخصية حيث اهتمت بتحديد سمات الشخصية وتصنيفها وتشخيصها وتحليلها إلى عواملها الأساسية، من أجل تسهيل عملية قياس السلوك المنبثق عنها وضبطه والتبوء به، ويظهر أن هذه النظرية اعتمدت بشكل أساسي على حركة القياس النفسي والتحليل الإحصائي في استخلاص سمات الشخصية، ومن أهم رواد هذه النظرية أيزنك (Eysenck)، وكاتل (Cattell)، ووليامسون (Williamson)، وجيلفورد (Guilfered)، وتمر عملية العلاج النفسي تبعاً لهذه الطريقة في خطوات مباشرة تتمثل في: تحليل المعلومات الخاصة بالمريض، وترتيب المعلومات لتظهر السمات المميزة له، وتشخيص المشكلة المرضية بالاستعانة بالمقاييس والاختبارات النفسية، والتنبوء بالتطور المتوقع للمرض في المستقبل، وإرشاد المريض لإعادة التكيف والتوافق، والمتابعة لتقييم فعالية العلاج.

10. العـــلاج الدينـــي (الإسلامـــي) Islamic Modle

ينطلق التصور الإسلامي الخاص بطبيعة الإنسان وفهم سلوكه من عدة مسلمات ومبادئ تتمثل في تقويم العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع على مبدأ الأخذ والعطاء من أجل تحقيق الأمن الاجتماعي، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة وضمان حياة كريمة للأفراد كافة، ومن علاقة الطفل بوالديه، ومن التكافل الاجتماعي بين أفراد المجتمع الإسلامي، قل ذلك من أجل تغيير السلوك عن طريق المساعدة بالنصح والإرشاد أو بالدعاء للآخرين بالهداية. هذا بالإضافة إلى منطلق أساسي آخر لهذا التصور وهو أن السلوك الإنساني محكوم بنزعتي الخير والشر كما خلقه الله تعالى،فالإنسان يميل بالفطرة إلى الخير لذلك على المرشد أو المعالج أن يستغل هذه الخاصية وهذا الاستعداد في تعديل سلوك المريض، كما ينطلق العلاج الديني في الإسلام من تعاليم الدين الإسلامي المستمدة من القرآن الكريم والأحاديث الشريفة، وذلك باستخدام العبادات والشعائر الدينية والإقتداء بسلوك العلماء والصالحين والقادة والنماذج القدوة، واستخدام اللعب البريء والثواب والعقاب في التربية والإرشاد والعلاج، ومن أهم معالم العلاج الديني لدى المسلمين: الاعتراف بالذنب، التوبة وطلب المغفرة وعدم الرجوع للخطيئة، تجنب المثيرات والمنبهات التي تسبب الشقاء والتعاسة، اكتساب مهارات وقيم واتجاهات جديدة لضبط الذات وقبحها عند اللزوم، الدعاء وانتظار الرحمة من الله، التفاؤل والأمل والصبر والتوكل على الله.

❖ مشكلـــة الدراســـة أهميتهـــا

تلعب المعلومات دوراً أساسياً في التعرف على اتجاهـات الأفراد نحو

المواضيع المختلفة كما تؤثر في طريقة وفاعلية تغيرها أو تعديلها أو التحكم بها أو تفسيرها على الأقل، وبالتالي فإنه من المهم جداً الإطلاع على اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي والعقلي وطرق علاجه، فإن كان يغلب عليه الطابع السلبي فهذا يعني أنه من المحتمل أن يرجع ذلك إلى النقص في المعلومات في مجال الصحة النفسية والعقلية، أو أن المعلومات التي توفرت عن ذلك فيها الكثير من التضليل والتشويه (الطراونة، 2001). ويتأثر الاتجاه والاعتقاد نحو المرض النفسي والمعالج النفسي والطبيب النفسي أحياناً بما يسود لدى الأفراد في أي مجتمع وما يشاع عن هؤلاء، الأمر الذي قد ينعكس سلبياً على الاتجاه نحو فعالية عملية العلاج النفسي والعقلي (King, 1983)، وتشير الدراسات والبحوث أن عدد العصابيين والمرضى النفسيين يتراوح بين (30 – 35%) من عدد سكان أي مجتمع (إبراهيم، 1980)، حيث تشيع الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية جميع المجتمعات دون استثناء الصناعية منها والنامية، الفقيرة والغنية، المتحضرة والمتأخرة، فهي ليست حكراً على مجتمعات بعينها دون الأخرى وهي تشكل مشكلة وأزمة صحية واجتماعية واقتصادية لكل المجتمعات الإنسانية.

وتشير الدراسات والبحوث العربية والعالمية إلى ارتفاع نسب الأمراض النفسية والعقلية، ففي دراسة مسحية على خمس آلاف فرد أمريكي وجد أن ما نسبته (4%) منهم كانوا يعانون من الاضطرابات النفسية المزمنة، وأن ما نسبته (11%) يشعرون بالاكتئاب والتعاسة، وما نسبته (19%) تتملكهم المخاوف المرضية وبعض الأزمات العصبية، بينما (13%) منهم صادفتهم مشكلات احتاجت تدخل أخصائي علاجي أو اجتماعي، و(1%) منهم يعانون من الإصابة بمرض ذهاني فصامي (أرجايل، 1987)، وفي دراسة هندية بينت نتائجها أن (9%) من عدد السكان مصابون بالفصام مقابل (8%) في أوروبا وأمريكيا، أن ما نسبته (37%) من السكان يعانون من الاضطرابات النفسية بشكل أو بآخر إبراهيم (1980)، وفي دراسة مسحية عربية أخرى قام بها إبراهيم (Ibrahim, 1979) لمقارنة الاضطرابات الشخصية لدى ثلاث مجموعات من الطلاب: مصريين وانجليز وأمريكان، تبين أن الطلاب المصريين أكثر إصابة من غيرهم بالعصاب والقلق، كما تبين أغلب الدراسات والبحوث في هذا المجال أن الإناث أكثر إصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية من الذكور، وأن كبار السن أكثر إصابة من صغار السن (عبد الباقي، 1992؛ أرجايل، 1987؛ إبراهيم، 1980).

هذه المعطيات تستدعي معرفة اتجاهات الأفراد نحو المرض النفسي والمريض النفسي وفعالية المعالجة النفسية فإنه يجب الاهتمام بمواقف عدد من الفئات الاجتماعية كأسر المرضى النفسيين، وأفراد المجتمع بعامة المحيطين بالمريض والذين يتعاملون يومياً معه، لما لذلك من أثر كبير على تطور حالة المريض النفسي إذ تشير الدراسات وملاحظات الأخصائيين النفسيين وأطباء النفس بأن المرضى النفسيين يواجهون صعوبات كبرة في فهم وجهة نظر الآخرين لهم ومدى تقلاهم لهم ، نتيجة للوصمة الاجتماعية التي يحملونها مجرد دخولهم للمصحات أو المستشفيات النفسية أو حتى مراجعة العيادات الخاصة بالطب النفسي والعقلي (الكافي، 1994؛ الريحاني، 1988؛ الطراونة، 2002). وبذلك تكمن مشكلة الدراسة الراهنة في التعرف على اتجاهات الطلاب الجامعيين الفلسطينيين الايجابية والسلبية نحو المرض النفسي والعلاج النفسي والعقلي، كما هو محدد من استجابات الطلاب على المقياس المعد لغرض هذه الدراسة وذلك في ضوء بعض المتغيرات المرتبطة بالطالب الجامعي.

❖ هـــدف الدراســـة

تسعى الدراسة الراهنة إلى معرفـة اتجاهـات الطلاب الجامعيين نحو المرض النفسي وعلاجه وبذلك فإن أهدافها تتحدد بما يأتي:

1. توفير أداة قياس لجمع المعلومات للتعرف على الاتجاهات السائدة لدى طلاب الجامعة نحو المرض النفسي والعلاج النفسي.
2. الكشف عن الاتجاهات الايجابية والسلبية لدى طلاب الجامعة نحو المرض النفسي والعلاج النفسي.
3. الكشف عن اتجاهات لطلاب الجامعيين نحو المرض النفسي والعلاج النفسي في ضوء بعض المتغيرات المرتبطة بالطالب الجامعي: الجنس، والتخصص، والعمر، ودخل الأسرة، والعمل، ومكان السكن ومهنة الأب والأم، ومستوى تعليم الأب والأم.

❖ أسئلـــة الدراســـة

لتحقيق أهداف الدراسة تحاول الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1. ما مستوى اتجاهات الطلاب الجامعيين الإيجابية والسلبية نحو المرض النفسي والعلاج النفسي؟
2. هل تتباين اتجاهات الطلاب الجامعيين الإيجابية والسلبية نحو المرض النفسي والعلاج النفسي بتباينهم في المتغيرات الآتية: الجنس، والتخصص، والعمر، ودخل الأسرة، والعمل، ومكان السكن ومهنة الأب والأم، ومستوى تعليم الأب والأم.

❖ مصطلحـــات الدراســـة

1. الاتجاهـــات Attitudes

يعرف نيوكمب (Newcomb) الاتجاه بأنه " تنظيم لمجموعة من المعارف تصحبها ارتباطات سالبة أو موجبة، أو حالة من الاستعداد لاستثارة الدافع الذي يتبع بالموضوع المحدد"، أما البورت (Allport) فيعرف الاتجاه بأنه "حالة من التهيؤ العقلي والنفسي والعصبي توجه استجابات الفرد نحو الأشياء والمواقف المختلفة "، في حين يعرفه إجزن (Ajzen) بحالة من التهيؤ المتعلم للاستجابة بانتظام بشكل محبب بخصوص موضوع معين (عقل، 1985). وبنفس المعنى يعرف ويز (Weiss) الاتجاه بأنه" تنظيم لمجموعة من المعارف المكتسبة من خلال الخبرة والتعلم، تصحبها ارتباطات موجبة أو سالبة نحو موضوع معين، يرى داورس (Dawers) أن الاتجاه هو تأثير أو تهيؤ للاستجابة بطريقة معينة نحو موضوع أو ظاهرة ما (Goodwin & Klausmeier, 1975).

أما روكش (Rokeach) فيعرف الاتجاه بأنه "طاقة منظمة نسبيا حول معتقدات متداخلة، ومرتبطة بجوانب متعددة فمنها ما يشتمل على الجانب الادراكي (Cogntive)، ومنها ما يشتمل على الجانب الانفعالي (Afective)، ومنها ما يشتمل على الجانب السلوكي (Behavioral)، وكل هذه المعتقدات تعتبر تهيؤا او استعدادا لنشاط معين وبطريقة مناسبة (Rokeach, 1981).

ويرى مويلي (Mouly, 1982) أن الاتجاهات تشير إلى " نزعات تؤهل الفرد للاستجابة بأنماط سلوكية محددة، نحو أشخاص أو أفكار أو حوادث أو أوضاع أو أشياء معينة، وتؤلف نظاما معقدا تتفاعل فيه مجموعة كبيرة من المتغيرات المتنوعة، وأن أية محاولة لتحليل طبيعة هذه الاتجاهات أو ديناميكيتها سينطوى على تبسيط مخل بهذه الطبيعة، وان أفضل طريقة للوقوف على طبيعة هذه الاتجاهات دون الإخلال فيها، هي أن ننظر إليها من خلال مكوناتها وخصائصها ووظائفها ".

ويعرف راجح (1987) الاتجاه النفسي بمعناه العام بأنه "استعداد وجداني مكتسب، ثابت نسبيا يحدد شعور الفرد وسلوكه إزاء موضوع ـات

معينة من حيث تفضيلها أو عدم تفضيلها". بينما يعرف زهران (1977) الاتجاه بأنه" تكوين فرضي أو متغير كامن أو متوسط بين المثير والاستجابة، وهو استعداد نفسي أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم للاستجابة الموجبة أو السالبة نحو الأشياء، أو الأشخاص، أو الموضوعات، أو المواقف، أو رموز في البيئة التي تستثير هذه الاستجابة. وقد عرف زايد الحارثي الاتجاه (عن الديب، 1997) بأنه "استعداد عصبي خفي متعلم منظم حول الخبرة للاستجابة بانتظام بطريقة محببة أو غير محببة "، مضيفا أن هناك محكات مهمة للتعريف الجيد للاتجاه وهي: القابلية للاختيار، والاقتصادية في التعبير، والاستكشافية المثيرة، والعلاقة بين المفاهيم الافتراضية، والتعميم. ويعرفه خليفة ومحمود (خليفة ومحمود، 1993) بأنه " الحالة الوجدانية للفرد والتي تتكون بناء على ما يوجد لديه من معتقدات أو تصورات ومعارف، وتدفعه تلك الحالة أحيانا للقيام ببعض الاستجابات أو بعض أنماط السلوك في موقف معين بحيث يتحدد من خلالها مدى التحبيذ أو الرفض لهذا الموقف.

بعد استعراض التعريفات السابقة وتحليلها يمكن الاستنتاج أن طبيعة الاتجاه تتكون من العناصر التالية:

1. الاتجاه عبارة عن تكوين فرضي، بمعنى أن وجوده مفترض تُبرر افتراضه مجموعة السلوكيات اللفظية وغير اللفظية حيال مواقف وأشياء معينة.
2. أنه عامل وسطي، أي أنه يتوسط بين المثير والاستجابة.
3. أنه سمة أو استعداد أو تهيؤ نفسي وعقلي وعصبي.
4. ينشأ بفعل التنشئة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي في ثقافة معينة ومجتمع محدد.
5. يعبر الاتجاه عن نفسه بالسلوك الملاحظ.
6. يمكن للاتجاه أن تفعل فعل العامل المستقل والتابع ، بمعنى ان الاتجاه يمكن فهمه كدافع للسلوك ومؤشر ومفسر لهذا السلوك في نفس الوقت.

وبعد، فإن الدراسة الراهنة تتبنى تعريف الاتجاه بأنه: **نمط السلوك الذي يتمثل برغبة الفرد الموجبة أو السالبة للأشياء أو الموضوعات من حوله في نطاق تفاعله الفعال معها.**

2. الاتجـاه نحـو المـرض Attetude toward mental illness

وهو استعداد مكتسب يتكون عند الفرد نتيجة لعوامل مختلفة تواجهه في حياته بحيث يوجه استجاباته سلباً أو إيجابا نحو المرض والمريض النفسي، ويقاس باستخدام المقياس المعد لتحقيق أغراض هذه الدراسة.

3. المـــرض النفســـي Mental disorder

وهو أي خلل في الوظائف النفسية (العصابية) أو الوظائف العقلية (الذهانية)، ويظهر على سلوك الفرد المريض ويحكم عليه بأنه سلوك غير سوي ويحتاج إلى تشخيص وعلاج نفسي وعقلي.

4. العـــلاج النفســـي والعقلـــي

هو أي نوع من أنواع أو أي أسلوب من أساليب العلاج المتبعة لمساعدة المريض النفسي والعقلي، وذلك تبعاً لإجراءات النموذج العلاجي المتبع في المستشفى أو في العيادة النفسية الخاصة أو العامة أو في المصحة النفسية المتخصصة، وهنا لابد من التفريق بين شكلين من العلاج هما العلاج النفسي والطب النفسي، فالعلاج النفسي (Psychotherapy) وهو نوع من العلاج يقوم به متخصص في علم النفس العيادي (Clenical Psychology) وتستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات النفسية الانفعالية الحادة، حيث يقوم المعالج بإزالة الأعراض المرضية أو تعديلها أو تعطيل أثرها في سلوك المريض، ومن ثم مساعدته في حل مشكلاته وإعادة عملية التوافق الذاتي والاجتماعي لديه، واستغلال أفكاره بطريقة منتجة بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدرة على مواجهة واقع الحياة (زهران، 1986). أما الطب النفسي (Psychiatrist) فهو نوع من العلاج النفسي والعقلي يقوم به طبيب متخصص في علم النفس والأعصاب وذلك باستخدام أساليب علاجية فسيولوجية وعضوية تعتمد غالباً على الأدوية.

❖ الدراســـات السابقـــة

من الدراسات المبكرة في هذا المجال أجرى أمين (1964) الواردة في شقير (1994) دراسة بهدف التعرف على اتجاهات طلبة الجامعة نحو العلاج النفسي مستخدماً عينة من طلبة الكليات النظرية وأخرى من الكليات العلمية، وقد بينت الدراسة وجود اتجاهات سلبية لدى الطلاب بصفة عامة نحو أساليب العلاج النفسي، كما بينت النتائج وجود فرق جوهري بين الطلاب من التخصصات النظرية والعلمية لمصلحة الطلاب العلمية حيث أظهر طلاب التخصصات النظرية اتجاهات سلبية أكثر نحو العلاج النفسي.

كما هدفت دراسة سويف (1967) للكشف عن طبيعة الأفكار الشائعة عن العلاج النفسي لدى عينة من الطلاب الجامعين من تخصصات مختلفة من غير المتخصصين في الدراسات النفسية، وقد أشارت الدراسة إلى وجود اتجاهات سالبة نحو المعارف والمفاهيم النفسية والعقلية.

أما دراسة جابر (1979) التي هدفت إلى التعرف على المعتقدات والاتجاهات نحو المعلومات النفسية لدى الطلاب الجامعيين، وقد أوضحت النتائج أن معلومات الطلاب ومعتقداتهم النفسية تزيد كلما زادت خبرة الطالب وتقدمه في التعلم الجامعي، وأن التخصص ليس له أثر في ذلك.

دراسة عبد الخالق (1982) بهدف التحقق من العلاقة بين الاتجاه نحو المرض العقلي وبعدي الانبساط والانطواء لدى طالبات التمريض، وقد تكشفت الدراسة عن اتجاهات ايجابية لدى طالبات تخصص التمريض بصرف النظر عن سمة الشخصية لديهن.

وتوصلت دراسة ميركل (Merkel, 1986) التي هدفت إلى الكشف عن معتقدات والاتجاهات ذوي المرضى النفسيين نحو المرض النفسي، أن هناك اتجاهات سلبية ومعتقدات خاطئة نحو المرض النفسي والمريض النفسي والعلاج النفسي، وأن للمستوى التعليمي أثر في هذه الاتجاهات.

دراسة شوماكير (Schumaker, 1987) بهدف التعرف على العلاقة بين المعتقدات الدينية وبين الصحة العقلية لدى عينة من الطلاب الجامعيين، وقد كشفت الدراسة عن علاقة ارتباطية سلبية بين المعتقدات غير الدينية مع أعراض الاضطرابات النفسية المرضية.

كما أجرى خليفة (1987) دراسة بهدف التعرف على المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى الأفراد ممن لهم صلة مباشرة بالمرضى النفسيين وغيرهم ممن ليس لهم علاقة مباشرة بهؤلاء المرضى، وقد تكشفت الدراسة عن نتائج كثيرة كان من بينها عدم وجود فرق بين اتجاهات الأفراد ممن لهم صلة أو ليس لهم صلة مباشرة بالمرضى النفسيين نحو المرض النفسي، كما تبين أن لمتغير مستوى التعليم أثر ايجابي في اتجاهات الأفراد نحو العلاج النفسي وفعاليته، حيث تبين أنه كلما أرتفع المستوى التعليمي يزداد الوعي عند الفرد حول المرض النفسي وعلاجه، بينما كلما انخفض هذا المستوى عند الفرد كان أكثر اعتقاد بعدم جدوى العلاج النفسي، وأن متغير الجنس ليس له أثر على الاتجاهات نحو المرض والعلاج النفسي.

وفي نفس الهدف أجرى خليفة (1989) دراسة للتعرف على المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي والعلاج النفسي لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية العلمي والأدبي، وقد تمخضت الدراسة عن وجود اتجاهات سلبية لدى الطلاب نحو المرض النفسي وأساليب العلاج النفسي، وأن الطلاب يحملون معتقدات وتصورات خاطئة عن طبيعة المرض النفسي وطرق وأساليب علاجه، كما بينت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في اتجاهاتهم السالبة نحو المرض والعلاج النفسي في اتجاه الإناث اللاتي أظهرن اتجاهات أكثر سلبية حول الأفكار والمفاهيم حول المرض والعلاج النفسي.

وأجرى بومدين (1989) دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين التخصص والمستوى الدراسي والجنس وبين اتجاهات طلاب الجامعة نحو المرض النفسي لدى عينة من الطلاب الجامعيين الأردنيين، وقد توصلت نتائجها إلى أن لمتغير التخصص والمستوى التعليمي أثر جوهري في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي لمصلحة مجموعة الطلاب من التخصصات ذات العلاقة بالمرض النفسي كعلم النفس، وفي اتجاه الطلاب من مستوى السنة الرابعة في الدراسة، بينما أظهرت النتائج عدم وجود أثر جوهري لمتغير الجنس في الاتجاه نحو المرض النفسي.

وهدفت الدراسة التي أجراها والكير (Walker, 1993) لمعرفة العلاقة بين المعتقدات والاتجاهات نحو المرض العقلي والعلاج النفسي لدى الطلاب من مستويات تعليمية مختلفة، حيث أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اتجاهات الطلاب نحو المرض وعلاجه وبين المستوى التعليمي وذلك في اتجاه المستويات العليا، بينما كشفت النتائج عن عدم وجود علاقة بين اتجاهات الطلاب نحو المرض ومتغيرات الجنس والتحصيل الدراسي والتخصص.

كما وقامت شقير (1994) بدراسة بهدف التعرف على المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية والجامعية، حيث أشارت نتائجها إلى وجود معتقدات وتصورات خاطئة وسلبية حول المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية مقارنة مع طالبات المرحلة الجامعية، كما بينت النتائج أن للتخصص الدراسي أثر جوهري في بناء اتجاهات ايجابية نحو المرض النفسي لمصلحة التخصصات ذات العلاقة بفروع علم النفس.

وفي دراسة مشابهة أجراها كفافي (1994) بهدف التعرف على اتجاهات طلبة المرحلة الثانوية والجامعية نحو المرض النفسي وطرق علاجه، بينت نتائجها وجود فروق جوهرية في هذه الاتجاهات في اتجاه طلبة الجامعة.

كما هدفت دراسة عبد الرحمن وعبد الجواد (1998) إلى التعرف على اتجاهات ذوي أقارب المرضى النفسيين نحو المرض والعلاج النفسي، وقد توصلت إلى أن هناك معتقدات واتجاهات سلبية نحو المرض النفسي والعلاج النفسي.

وقد توصلت دراسة هيرسين (Hersin, 2001) التي سعت لمعرفة العلاقة بين اتجاهات الطلاب نحو المرضى العصابيين والذهانيين وطرق علاجهم، إلى أن هناك اتجاهات سلبية نحو هذه الأمراض باعتباره يمثل وصمة عار للعائلة، كما أظهرت النتائج عدم وجود أثر لمتغيرات الجنس والتخصص والمعدل الدراسي في هذه الاتجاهات.

وفي الأردن قام الباحث الطراونة (2002) بدراسة بهدف التعرف على اتجاهات ذوي المرضى النفسيين وغير ذوي المرضى النفسيين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقد توصلت نتائجها إلى وجود فروق جوهرية بين اتجاهـات الأفراد من ذوي المرضى النفسيـن والأفراد من غيـر ذوي المرضى النفسيين نحو العلاج النفسي والنظرة الاجتماعية للمريض النفسي لصالح الأفراد من غير ذوي المرضى النفسيين، كما بينت النتائج وجود أثر لمتغير المستوى التعليمي في الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاجه لصالح المستوى العالي.

وفي دراسة قام بها كل من كلوكيل و هيدر (Kluegel & Heider, 2002) بهدف مقارنة اتجاهات الطلاب الجامعيين نحو الأفراد المرضى النفسيين مع غيرهم من العاديين، بينت الدراسة وجود فروق جوهرية بين اتجاهات الطلاب نحو المرضى والعاديين حيث أظهروا اتجاهات سلبية نحو المرضى بصفتهم أفراد مزعجون وغير مرغوب فيهم في المجتمع.

كما قام زوزوفسكي (Zuzovsky, 2003) بدراسة لمعرفة اتجاهات عينة من الطلاب الجامعيين نحو المرض النفسي وعلاجه، حيث أشارت نتائجها إلى أن الطلاب الأكبر سناً وذوي المستوى التعليمي المرتفع لديهم اتجاهات ايجابية أكثر نحو المرض النفسي وعلاجه مقارنة بغيرهم من الطلاب، كما بينت النتائج وجود فرق جوهري لأثر متغير الجنس في هذه الاتجاهات لمصلحة الطالبات حيث أظهرن اتجاهات ايجابية أكثر من الذكور نحو المرض النفسي وعلاجه.

وفي دراسة أخرى أجراها وود (Wood, 2004) لمعرفة أثر متغيرات التخصص والجنس ومستوى التعليم والعمر في اتجاهات الطلاب الجامعيين نحو المرض النفسي العلاج العقلي والعصبي، بينت نتائجها أن هناك علاقة ارتباطية بين هذه الاتجاهات وبين مستوى التعليم في اتجاه المستوى العالي، بينما لم تظهر الدراسة تأثير جوهري للمتغيرات: الجنس والعمر والتخصص في هذه الاتجاهات.

كما أشارت دراسة ليفنسون (Levenson, 2004) التي هدفت لمقارنة اتجاهات الطلاب من الكليات النظرية والكليات العلمية نحو المرض النفسي وكيفية علاجه، إلى أن هناك اتجاهات سلبية نحو المرضى النفسيين ونحو المستشفيات النفسية وطرق العلاج المستخدمة لعلاج هؤلاء المرضى لدى الطلاب من الكليات المختلفة، وأن لا أثر جوهري لمتغير الجنس والتحصيل الدراسي في هذه الاتجاهات.

والى عكس من ذلك توصلت الدراسة التي قام بها بولوك (Pollock, 2004) لمعرفة اتجاهات طلاب الجامعة في الكليات الأدبية نحو المرض النفسي، حيث أشارت إلى وجود اتجاهات ايجابية لدى هؤلاء الطلاب نحو المرض النفسي، كما أبدوا قناعة كبيرة في فعالية الطرق العلاجية المستخدمة مع المرضى النفسيين.

❖ تعقيـب على الدراســات السابقــة

1. أشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود اتجاه موجب لدى طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي: عبد الخالق، 1982؛ Walker, 1993؛ الطراونة، 2002؛ Zuzovsky, 2003؛ Pollock, 2004؛ Wood, 2004. بينما أظهرت نتائج دراسات أخرى وجود اتجاه سالب لدى طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي: أمين، 1964؛ سويف، 1967؛ Merkel, 1986؛ Schumaker, 1987؛ خليفة، 1989؛ شقير، 1994؛ عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Hersin, 2001 ؛ Kluegel & Heider, 2002؛ Levnson, 2004.
2. أظهرت نتائج بعض الدراسات وجود أثر إيجابي لمتغير الجنس في اتجاهات طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي: عبد الرحمن و عبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002 ؛ Pollock, 2004 وذلك في مصلحة الطالبات، بينما أشارت أغلب الدراسات الأخرى إلى عدم وجود أثر لمتغير الجنس في اتجاه الطلبة نحو المرض والعلاج النفسي:

أمين، 1964؛ سويف، 1967؛ خليفة، 1987، بومدين، 1989، Walker, 1993 ؛ كفافي، 1994؛ Hersin, 2001؛ Zuzovsky, 2003؛ Levnson, 2004 ؛ Wood 2004.

3. أما بخصوص تأثير متغير التخصص في اتجاه الطلبة الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي فقد أظهرت بعض الدراسات وجود أثر إيجابي لهذا المتغير: أمين، 1964؛ بومدين، 1989؛ شقير، 1994؛ عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002؛ Pollock, 2004، بينما أظهرت دراسات أخرى عدم وجود أثر لهذا المتغير: سويف، 1967؛ جابر، 1979؛ Wslker, 1993 ؛ Hersin, 2001 ؛ Zuzovsky, 2003؛ Wood, 2004.

4. كما أظهرت نتائج بعض الدراسات وجود تأثير لمتغير مستوى التعليم في اتجاه الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي: جابر، 1979؛ Merkel, 1986؛ خليفة، 1987؛ بومدين، 1989؛ Walker, 1993؛ شقير، 1994؛ كفافي، 1994؛ الطراونة، 2002؛ Zuzovsky, 2003، حيث أشارت جميع هذه الدراسات إلى أن مصلحة هذا التأثير هو لصالح الطلاب ذوي مستوى التعليم العالي، في أظهرت دراسة واحدة فقط إلى عدم وجود تأثير لهذا المتغير هي دراسة سويف (1967).

5. أما عن متغير التحصيل فقد بينت بعض الدراسات وجود أثر لهذا المتغير: Kluegel & Heider, 2002؛ Zuzovsky, 2003؛ Pollock, 2004؛ وذلك لصالح الطلاب ذوي التحصيل المرتفع، بينما أشارت دراسات أخرى إلى عدم وجود أثر لهذا المتغير: Walker, 1993؛ Hersin, 2001؛ Levnson, 2004.

6. وقد أظهرت دراسات قليلة ووجود أثر لمتغير العمر: عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002، وذلك في صالح كبار العمر، بينما أشارت دراسات أخرى إلى عدم وجود أثر لهذا المتغير: Zuzovsky, 2003؛ Levnson, 2004.

7. كما لم تظهر المراجعة لأدبيات الموضوع دراسات تناولت متغيرات أخرى اهتمت بها الدراسة الراهنة وهي: الدخل ونوع عمل الطالب ومكان السكن ومستوى تعليم الأب والأم ومهنة الأب والأم.

❖ فرضيـــات الدراســـة

في ظل تباين نتائج الدراسات السابقة وتحقيقاً لأهداف الدراسة الراهنة تم فحص الفرضيات الصفرية الآتية:

1. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير الجنس.
2. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير التخصص.
3. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير العمر.
4. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير التحصيل.
5. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مكان السكن.
6. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير نوع عمل الطالب.
7. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأب.
8. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مستوى تعليم الأم.
9. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مهنة الأب.
10. لا توجد فروق دالة إحصائياً (α = 0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مهنة الأم.

❖ إجـــراءات الدراســـة

1. مجتمـــع الدراســـة

تكون مجتمع هذه الدراسة من الطلاب الجامعيين الملتحقين للدراسة في الجامعات في شمال الفلسطينية وهي: جامعة القدس المفتوحة بطولكرم، وجامعة النجاح الوطنية بنابلس، والجامعة الأمريكية العربية بجنين، وكلية خضوري الجامعية بطولكرم.

2. عينـــة الدراســـة

تكونت عينة الدراسة الراهنة من (228) طالباً وطالبة ملتحقين للدراسة في جامعات شمال فلسطين، من الفصل الدراسي الثاني للعام الدراسي 2006/2005، منهم (58) طالباً وطالبة من كلية خضوري الجامعة، و(74) من جامعة النجاح الوطنية، و(32) من الجامعة الأمريكية العربية، و(64) من جامعة القدس المفتوحة، وقد تم اختيار لأفراد هذه العينية بالطريقة العشوائية المتيسرة، وهي موزعة تبعاً لمتغيرات الدراسة كما هو مبين في الجدول (1):

جدول (1): توزيع عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات الدراسة المستهدفة

المتغيرات	مستوياتها	العدد	النسبة المئوية
الجنس	الذكور	106	46 .49
	الإناث	122	53 .51
التخصص	أدبية (نظرية)	51	22 .37
	علمية	72	31 .58
	تجارية	31	10 .76
	حاسوب	34	14 .91
	هندسة وطب وصيدلة	40	17 .54
العمر	أقل من 20	78	34 .21
	25 - 21	131	57 .46
	30 - 26	12	5 .26
	أكثر من 30	7	3 .07
مستوى التحصيل	أقل من 67 (منخفض)	18	7 .89
	74 - 68 (جيد)	87	38 .16
	84 - 75 (جيد جداً)	74	32 .46
	85 فأكثر (ممتاز)	49	21 .49
مستوى الدخل	أقل من 250	43	18 .86
	400 - 250	91	39 .91
	500 - 401	67	29 .39
	أكثر من ذلك	27	11 .84
مكان السكن	مدينة	72	31 .59
	قرية	123	53 .95
	مخيم	33	14 .47
المجموع الكلي		228	100

3. أداة الدراســـة

لم يتوصل الباحثان لتوفير مقياس خاص بالمرض النفسي وعلاجه من

خلال الدراسات السابقة التي توفرت لديهم، فقاما بتطوير مقياس خاص بهذه الدراسة للتعرف على اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض النفسي وعلاجه، وذلك تبعاً للخطوات الإجرائية الآتية:

1. تم صياغة مجموعة من البنود تصف اتجاه الأفراد نحو المرض النفسي وعلاجه بطريقة إيجابية، وقد بلغ عدد هذه البنود في الصورة المبدئية للمقياس (26) بنداً، يجيب عليها المفحوص من خلال ثلاثة بدائل هي: موافق (3 درجات)، وإلى حدٍ ما (درجتان)، وغير موافق (درجة واحدة).
2. تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (6) من أساتذة الجامعات في علم النفس والطب النفسي، طلب منهم الحكم على مدى صلاحية ومناسبة بنود هذا المقياس لموضوعه.
3. بعد تحليل إجابات المحكمين تم تعديل بعض البنود تبعاً لملاحظاتهم، بينما تم استبعاد (6) منها لعدم إجماع المحكمين عليها بالمستوى المطلوب، حيث وضع الباحثان معياراً كحد أدنى يمكن قبول البنود على أساسه وهو (75%).
4. عرض المقياس في صورته النهائية على أستاذين متخصصين في اللغة العربية لتصويبه لغوياً، وبذلك تكون المقياس بصورته النهائية من (20) بنداً، تم صياغتها بالصيغة الايجابية، حيث تراوحت الدرجة الكلية على هذا المقياس بين (20 – 60) درجة.
5. للتحقق من ثبات المقياس تم استخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test – test) على عينة استطلاعية تكونت من (43) طالباً وطالبة لم يدخلوا في عينة الدراسة الفعلية، وقد بلغ معامل الثبات بعد فاصل زمني بلغ أسبوعين (0,84) وهو مؤشر جيد لثبات هذا المقياس.
6. للتحقق من صدق المقياس فقد تم استخدام طريقة صدق المحكمين بأن طلب من ستة محكمين وهم من أساتذة علم النفس الجامعيين وأطباء نفسيين للحكم على صلاحية المقياس ومناسبته لموضوعه، وقد تراوحت النسب الكلية على بنود المقياس ما بين (78% - 98%) وهي مؤشرات مقبولة لصدق المقياس.

4. منهـــج الدراســـة ومتغيراتها

استخدم المنهج الوصفي لمناسبته طبيعة هذه الدراسة وأهدافها، وقد إشتمل تصميم الدراسة على المتغيرات الآتية:

4.1. المتغيـــرات المستقلـــة

الجنس: ذكر / أنثى.

العمر: أقل من 20 سنة / 20-25 / 26-30 / 31 فأكثر.

التخصص الجامعي: أدبية (ظرية) / وعلمية/ وتجارية/ وحاسوب/ وهندسة وطب وصيدلة

دخل الأسرة: أقل من 250 / 250 - 400 / 401 - 500 / أكثر من ذلك

مكان السكن: مدينة / قرية / مخيم.

مستوى التحصيل الأكاديمي: أقل من 67 (منخفض) / 68 - 74 (جيد) / 75 – 84 (جيد جداً) / 85 فأكثر (ممتاز)

4.2. المتغيـــرات التابعـــة

وهو اتجاه الطلاب الجامعيين الموجب والسالب نحو المرض والعلاج النفسي والمقاس بمتوسط استجابات الطلاب على المقياس المعد لهذا الغرض..

5. المعالجـــة الإحصائيـــة

من أجل معالجة البيانات إحصائيا استخدم برنامج الحزم الإحصائية المحوسبة (SPSS)، وذلك باستخدام المعالجات الإحصائية الوصفية والتحليلية الآتية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، والنسب المئوية، واختبار (t للعينات المستقلة) (T-test)، واختبار تحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA)، واختبار (LSD) للمقارنات البعدية.

❖ نتائـــج الدراســـة

- النتائج المتعلقة بسؤال الدراسة الرئيس ونصه: ما مستوى اتجاهات الطلاب الجامعيين الإيجابية والسلبية نحو المرض النفسي والعلاج النفسي؟

للإجابة عن هذا السؤال اعتمد معياراً محدداً للحكم على الاتجاه الموجب أو السالب نحو المرض والعلاج النفسي، حدد هذا المعيار باستجابة أفراد الدراسة على المقياس المعد لهذا الغرض، حيث اعتبرت الدرجة (40 فأقل) مؤشراً سالباً للاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي، بينما اعتبرت الدرجة (41- 60) مؤشراً موجباً للاتجاه نحو المرض والاتجاه والعلاج النفسي. وبعد حساب تكرار استجابات أفراد عينة الدراسة والنسب المئوية لهذه التكرارات كانت كما هي مبينة في الجدول (2):

جدول رقم (2): اتجاهات الطلاب الجامعيين الموجبة والسالبة نحو المرض والعلاج النفسي

الاتجاه	عدد الطلاب	النسبة المؤوية
ايجابية	173	% 75 .9
سلبية	55	% 24 .1
المجموع	2228	% 100

يبين جدول (2) أن الاتجاه السائدة بين الطلاب الجامعيين عينة هذه الدراسة هو بصفة عامة الاتجاه إيجابي، حيث أظهر ما نسبته (75. 9%) اتجاهاً ايجابياً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته (24.1%) من الطلاب اتجاهاً سالباً نحو المرض والعلاج النفسي.

من أجل فحص فرضيات الدراسة الراهنة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الدراسة المستهدفة والمبينة في الجدول (3):

جدول (3): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب أفراد العينة تبعاً لمتغيرات الدراسة المستهدفة

المتغيرات	مستوياتها	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الجنس	الذكور	106	44 ,302	6 ,123
	الإناث	122	45 ,090	5 ,889
التخصص	أدبية (نظرية)	51	44 ,745	6 ,161
	علمية	72	44 ,667	6 ,039
	تجارية	31	42 ,387	6 ,092
	حاسوب	34	44 ,529	6 ,175
	هندسة وطب وصيدلة	40	46 ,800	4 ,869
العمر	أقل من 20	78	46 ,103	5 ,821
	21- 25	131	44 ,473	5 ,754
	26- 30	12	41 ,583	7 ,477
	أكثر من 30	7	39 ,571	4 ,791
مستوى التحصيل	أقل من 67 (منخفض)	18	44 ,333	5 ,487
	68 - 74 (جيد)	87	44 ,253	5 ,921
	75 - 84 (جيد جداً)	74	46 ,203	5 ,161
	85 فأكثر (ممتاز)	49	43 ,489	7 ,074

مستوى الدخل	أقل من 250	43	44 ,931	5 ,152
	400 - 250	91	43 ,934	6 ,562
	500 - 401	67	45 ,642	5 ,658
	أكثر من ذلك	27	44 ,814	5 ,844
مكان السكن	مدينة	72	43 ,986	5 ,555
	قرية	123	45 ,504	5 ,867
	مخيم	33	43 ,455	7 ,037
المجموع الكلي		228	44 ,728	5 ,984

- نتائج الفرضية الأولى ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائياً (α=0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب على مقياس الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس، كما تم استخدام اختبار "ت" لفحص دلالة الفروق بين هذه المتوسطات والمبينة نتائجه في الجدول (4):

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير الجنس وقيمة "ت" المحسوبة ومستوى الدلالة

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى الدلالة
الذكور	106	44 ,302	6 ,123	1 ,003	0 ,645
الإناث	122	45 ,090	5 ,889		

يتضح من الجدول (4) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات الطلاب الذكور والإناث في الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه، بالرغم من الاتجاه الإيجابي لكل من الذكور والإناث فإنه لا يمكن عزو هذا الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لمتغير الجنس.

- نتائج الفرضية الثانية ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائياً (α=0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير التخصص.

من أجل فحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص والمبينة نتائجه في الجدول (5):

جدول (5): نتائج تحليل التباين لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	343 ,229	4	85 ,807	2 ,458	* 0,046
داخل المجموعات	7783 ,912	223	34 ,905		
المجموع	8127 ,141	227			

*دالة عند مستوى الدلالة (α = 0, 05)

يلاحظ من الجدول (5) أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لتخصص الطالب، ولمعرفة اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية والمبينة نتائجه في الجدول (6):

جدول (6): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لمتوسطات درجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التخصص

	أدبية	علمية	تجارية	حاسوب	هندسة وطب ..
أدبية		0 ,942	0 ,081	0 ,869	0 ,101
علمية			0 ,074	0 ,911	0 ,068
تجارية				0 ,146	* 0 ,002
حاسوب					0 ,101
هندسة وطب ..					

يلاحظ من نتائج المقارنات البعدية في الجدول (6) جميع المقارنات بين المتوسطات الحسابية تبعاً لمتغير الجنس غير دالة إحصائياً، باستثناء مقارنة واحدة وهي ما بين طلبة ذوي التخصصات التجارية والطلاب ذوي التخصصات الطبية والهندسية والصيدلة، وذلك في اتجاه الطلاب ذوي التخصصات الطبية والهندسية (انظر جدول المتوسطات رقم 3)، بمعنى أن الطلاب ذوي التخصصات الطبية والهندسية والصيدلة هم أكثر اتجاهاً نحو تقبل المرض والعلاج النفسي.

- نتائج الفرضية الثالثة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائياً (α=0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير العمر.

من أجل فحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر والمبينة نتائجه في الجدول (7):

جدول (7): نتائج تحليل التباين لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	460 ,673	3	153 ,558	4 ,487	* 0 ,004
داخل المجموعات	7666 ,467	224	34 ,225		
المجموع	8127 ,141	227			

*دالة عند مستوى الدلالة (α = 0 ,01)

يلاحظ من الجدول (7) أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً عمر الطالب، ولمعرفة اتجاه هذه الفروق تم استخدام اختبار (LSD) للمقارنات البعدية والمبينة نتائجه في الجدول (8):

جدول (8): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية لمتوسطات درجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العم

	أقل من 20	25 - 20	30 - 26	أكثر من 30
أقل من 20		0 ,053	*0 ,013	* 0 ,05
25 - 20			0 ,103	* 0 ,032
30 - 26				0 ,470
أكثر من 30				

*دالة عند مستوى الدلالة (α = 0 ,05)

يلاحظ من نتائج المقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير العمر ما يأتي:

1. وجود فروق دالة إحصائياً بين الطلاب من عمر أقل من (20) سنة والطلاب من فئة عمر (26 - 30) وفئة الطلاب من عمر (أكثر من 30) سنة وذلك لمصلحة الطلاب من فئة (أقل من 20) سنة (انظر المتوسطات الحسابية جدول 3).
2. وجود فروق دالة إحصائياً بين الطلاب من عمر (20 - 25) وبين الطلاب من فئة (أكثر من 30) سنة وذلك لمصلحة الطلاب من المجموعة الأولى (انظر المتوسطات الحسابية جدول 3).
3. وهذا يعني أن اتجاه الطلاب نحو المرض النفسي وعلاجه يتناسب عكسياً مع عمر الطالب، فهو أكثر ايجابية لدى فئة الطلاب الأصغر عمراً وقل هذا الاتجاه تدريجياً مع تقدم العمر (انظر جدول المتوسطات رقم 3).

- نتائج الفرضية الرابعة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائياً (α=0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير التحصيل.

من أجل فحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي والمبينة نتائجه في الجدول (9):

جدول (9): نتائج تحليل التباين لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير التحصيل الأكاديمي

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	268 ,499	3	86 ,166	2 ,453	0 ,064
داخل المجموعات	7868 ,641	224	35 ,128		
المجموع	8127 ,141	227			

يتضح من الجدول (9) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي وعلاجه تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي.

- نتائج الفرضية الخامسة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائياً (α=0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مكان السكن.

من أجل فحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير مكان السكن للطالب والمبينة نتائجه في الجدول (10):

جدول (10): نتائج تحليل التباين لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير مكان السكن للطالب

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	224,167	2	612,83	363,2	096,0
داخل المجموعات	916,7959	225	377,35		
المجموع	141,8127	227			

يتضح من الجدول (10) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي وعلاجه تعزى لمتغير مكان سكن الطالب.

- نتائج الفرضية السادسة ونصها: لا توجد فروق دالة إحصائياً (α=0,05) في اتجاه طلبة الجامعة نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لمتغير مستوى دخل الأسر للطالب.

من أجل فحص هذه الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير دخل الأسرة للطالب والمبينة نتائجه في الجدول (11):

جدول (11): نتائج تحليل التباين لدرجات الطلاب في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير الدخل للأسرة

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة "ف" المحسوبة	مستوى الدلالة
بين المجموعات	115 ,268	3	38 ,423	2 ,074	0 ,361
داخل المجموعات	8011 ,873	224	35 ,767		
المجموع	8127 ,141	227			

يتضح من الجدول (11) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في اتجاهات الطلاب نحو المرض النفسي وعلاجه تعزى لمتغير دخلة الأسرة للطالب.

❖ مناقشـــة النتائـــج

عني سؤال الدراسة الرئيس بالإجابة عن مستوى اتجاه الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي، حيث كشفت النتائج أن ما نسبته (9, 75%) من الطلاب أظهروا اتجاهاً إيجابياً نحو المرض والعلاج النفسي، بينما أظهر ما نسبته فقط (1, 24%) اتجاهاً سلبياً نحو ذلك. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدرسات السابقة تبين أنها تتفق مع دراسات: عبد الخالق، 1982؛ الطراونة، 2002؛ Zuzovsky, 2003 ؛ Pollock, 2004؛ Wood, 2004). بينما تعارضت هذه النتيجة مع دراسات: أمين، 1964؛ سويف،1967؛ Merkel, 1986؛ خليفة، 1989؛ شقير، 1994؛ عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002؛ Levnson, 2004).

وقد يرجع ذلك إلى توفر المعلومات والمعارف العلمية حول المرض النفسي والعقلي وكيفية علاجه لدى طلاب الجامعة، سواء كان ذلك من خلال المقررات الدراسية التي يدرسونها في الجامعة، أم من خلال المطالعات الخارجية الثقافية. هذه المطالعات جميعها تفضي للطالب الجامعي بعض الأفكار والمفاهيم الصحيحة حول المرض النفسي، وخصائصه وطبيعته، وطرق وأساليب علاجه، وكيفية التعامل مع المرضى والمضطربين نفسياً، كل ذلك يجعل الطالب أكثر ميلاً نحو تفهم المرض النفسي والعقلي وأكثر إيجابية في التعامل معه. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات العربية في هذا المجال والتي أشارت إلى وجود ارتباط موجب بين تصورات الطالب الجامعي حول المرض النفسي ومستوى تعليمه مقارنة بالطالب في مراحل التعليم الثانوي (خليفة، 1987؛ شقير، 1989؛ الطراونة، 2002)، والتي أكدت على تأثير المرحلة التعليمية في بناء معتقدات وتصورات واتجاهات أكثر إيجابية نحو الاضطراب والمرض النفسي.

ولا نغفل هنا الدور التثقيفي التي تقوم به وسائل الإعلام المختلفة وبخاصة

الفضائيات وما تقدمه من برامج ثقافية باستمرار عن المرض النفسي والأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية، كل ذلك يساعد الطالب الجامعي في تعديل اتجاهه نحو بعض المفاهيم الخاصة لديه نحو المرض النفسي وعلاجه.

عنيت الفرضية الأولى بالفروق بين درجات الطلاب الجامعيين نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير جنس الطالب، وقد بينت النتائج الراهنة عدم وجود فروق في اتجاه الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تُعزى لجنس الطالب، بمعنى أن الطلاب الجامعيين ذكوراً وإناثاً متشابهين من حيث اتجاهاتهم الإيجابية نحو المرض النفسي وكيفية علاجه. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق مع دراسات: أمين، 1964؛ سويف، 1967؛ خليفة، 1987؛ بومدين، 1989؛ Walker, 1993 ؛ كفافي، 1994؛ Hersin, 2001؛ Zuzovsky, 2003؛ Levnson, 2004؛ Wood, 2004. بينما تعارضت مع دراسات: خليفة، 1989، عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002؛ Pollock . ويمكن تفسير هذه النتيجة من خلال معرفتنا بالبيئة التي يعيش بها هؤلاء الطلبة والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر عليهم، فهذه الظروف هي متشابهة إلى حدٍ كبير وبالتالي ليس غريباً أن تترك هذه العوامل والظروف المتشابهة أثرها الإيجابي نفسه في حياة الطلاب، ومنها اتجاهاتهم حول المرض والعلاج النفسي.

عنيت الفرضية الثانية بالفروق بين اتجاهات الطلاب الجامعين نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لتخصص الطالب، وقد بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً وذلك لصالح الطلاب من ذوي التخصصات الطبية والهندسية والصيدلة. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق كلياً أو جزئياً مع دراسات: أمين، 1964؛ بومدين، 1989؛ شقير، 1994، عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002 ؛ Pollock, 2004. بينما تعارضت مع دراسات: سويف، 1967؛ جابر، 1979؛ Walker, 1993؛ Hersin, 2001؛ Zuzovsky, 2003؛ Wood, 2004. وقد ترجع هذه النتيجة إلى أن الطلاب ذوي التخصصات ذات العلاقة بالطب والهندسة والصيدلة أكثر اهتماما بالقضايا والمفاهيم المتعلقة بالمرض النفسي، بسبب طبيعة الدراسة الملتحقين فيها حيث تحتم عليهم هذه الدراسة تطوير في معتقداتهم واتجاهاتهم نحو المرض النفسي وكيفية علاجه.

بينما عنيت الفرضية الثالثة بالفروق بين اتجاهات الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير عمر الطالب، وقد بينت النتائج الراهنة وجود فروق دالة إحصائياً وذلك لمصلحة الطلاب وذلك لصالح فئة الطلاب صغار العمر بينما يقل تدريجياً هذا الاتجاه مع تقدم العمر. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق مع دراسة سويف (1967). بينما تعارضت مع دراسات: عبد الرحمن وعبد الجواد، 1998؛ Kluegel & Heider, 2002؛ Zuzovsky, 2003؛ Wood, 2004. جاءت هذه النتيجة مفاجئة وغير متوقعة حيث توقع الباحثان أن يكون اتجاه الطلاب الأكبر عمراً أكثر إيجابية من الطلاب الأصغر عمراً نحو المرض والعلاج النفسي، وقد يعود سبب ذلك إلى التعديل والتغير في اهتمامات الطلاب الجدد في الجامعات الفلسطينية نتيجة للعوامل المساعد كما أسلفنا، من حيث سهولة الوصول للمعرفة والثقافية من وسائل مختلفة.

كما اهتمت الفرضية الرابعة بالفروق بين اتجاهات الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير مستوى التحصيل الأكاديمي الطالب، وقد بينت النتائج الراهنة عدم وجود فروق دالة إحصائياً في هذه الاتجاهات، بمعنى أنه سواءاً كان الطالب الجامعي ذو تحصيل منخفض أو متوسط أو مرتفع فإن ذلك لا يؤثر في اتجاهه الإيجابي نحو المرض والعلاج النفسي. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أنها تتفق مع دراسات: Walker, 1993؛ Hersin, 2001؛ Levnson, 2004. بينما تعارضت مع دراسات: Kluegel & Heider, 2002؛ Zuzovsky, 2003 ؛ Pollock, 2004. وتفسير هذه النتيجة بتشابه الظروف التعليمية والمفاهيم المكتسبة لدى الطلاب الجامعين الذين يخضعون لنفس عوامل التنشئة والأسرية والاجتماعية، وبالإضافة إلى سهولة حصول الطلبة للمفاهيم الثقافية حول المرض والعلاج النفسي بصرف النظر عن تحصيلهم، وذلك من خلال وسائل الإعلام وشبكة المعلومات العالمية (الانترنت) والمطالعات اللامنهاجية.

وعنيت كذلك الفرضية الخامسة بالفروق بين اتجاهات الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير مكان سكن الطالب، وقد بينت النتائج الراهنة عدم وجود فروق دالة إحصائياً في هذه الاتجاهات، بمعنى أنه سواءاً كان الطالب الجامعي سكن في المدينة أو القرية أو المخيم فإن ذلك لا يؤثر في اتجاهه الإيجابي نحو المرض والعلاج النفسي. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أن هذا المتغير لم يدخل في اهتمام أي من الدراسات سابقة التي تم الوصول إليها. وتعود هذه النتيجة إلى تشابه القطاعات والتوزيعات السكانية التي يعيش فيها أفراد المجتمع الفلسطيني، وهي توزيعات سكانية قريبة من بعضها البعض ولا ينفصل بينها حواجز طبيعية وجغرافية كبيرة، فالمجتمع الفلسطيني يعيش تقريباً في طبقة اجتماعية واقتصادية وثقافية وجغرافية واحدة تقريباً، هذا التشابه والقرب الطبقي والجغرافي يحد من تأثير التوزيعات السكانية في اكتساب المعرفة للفرد.

كما عنيت الفرضية السادسة بالفروق بين اتجاهات الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي تبعاً لمتغير دخل الأسرة الشهري للطالب، وقد بينت النتائج الراهنة عدم وجود فروق دالة إحصائياً في هذه الاتجاهات، بمعنى أنه سواءاً كان الطالب الجامعي من أسرة ذات دخل شهري منخفض أو متوسط أو مرتفع فإن ذلك لا يؤثر في اتجاهه الإيجابي نحو المرض والعلاج النفسي. ولدى مقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة تبين أن هذا المتغير لم يدخل في اهتمام أي من الدراسات سابقة. جاءت هذه النتيجة منطقية وواقعية وترجع إلى ضيق الفجوة الاقتصادية بين طبقات المجتمع الفلسطيني، فالمجتمع الفلسطيني معروف أنه مجتمع فقير لأسباب معروفة أيضاً، فالدخل الشهري للمواطن الفلسطيني محدود وبسيط بشكل عام ولا توجد تباينات واسعة بين الأفراد، وبخاصة إذا علمنا أن أفراد هذه الدراسة هم في الغالب العام من طبقة واحدة تقريباً ومن بيئة اجتماعية وجغرافية متقاربة، وبالتالي فمن الطبيعي أن لا يترك عامل الدخل الشهري أثراً متبايناً في اتجاهات الطلاب نحو المرض والعلاج النفسي.

مقيـــاس الاتجـــاه نحـــو المـــرض والعـــلاج النفســـي

عزيزي الدارس:

يقوم الباحثان بدراسة بهدف التعرف على اتجاهات الطلاب الجامعيين نحو المرض العلاج النفسي، وهو بذلك يشكر لك اهتمامك وتعاونك بالإجابة عن فقرات المقياس الآتي بعد قراءتها بعناية وتحديد وجهة نظرك الشخصية عليها بالموافقة أو عدمها، علماً بأن هذه الفقرات ليس لها إجابة صحيحة أو خاطئة وإنما

وإنما تعكس اتجاهك الموضوعي نحو المرض و العلاج النفسي، كما وأطمئنك بأن أجابتك هي فقط لغرض البحث العلمي ولك جزيل الشكر.

بيانـــات شخصيـــة

1. الجنس: ذكر ..... أنثى .....
2. العمر: أقل من 20 سنة .... 20 – 25 ..... 26 – 30 ..... 31 – 35 .... 36 فأكثر ...
3. دخل الأسرة: .....
4. التخصص: .....
5. المعدل التراكمي: أقل من 67 .... 68 – 74 .... 75 – 84 .... 85 فأكثر .....
6. مكان السكن: مدينة ..... قرية ..... مخيم .....

الرقم	البنـــود	أوافق	إلى حدٍ ما	لا أوافق
1	نظرتي للمرض النفسي هي ذاتها لأي مرض أخر			
2	من الخطأ أن يلجأ المريض النفسي للعرافين لحل مشكلاته النفسية			
3	لا أتردد لطلب العلاج النفسي إذا واجهتني مشكلة أو أزمة نفسية			
4	لا أشعر بالحرج عند الحديث عن مشكلاتي النفسية			
5	يضايقني أن أرى بعض الأفراد يخجلون من طلب المعالجة النفسية			
6	لا أشعر بضيق أو اشمئزاز عندما أرى مريض نفسياً			
7	مجرد ذهاب المريض النفسي لعيادة المعالج (الطبيب) النفسي يشعر بالراحة والاطمئنان			
8	المرض النفسي مثله مثل أي مرض لا يستدعي إخفائه أو الخجل منه			
9	يجب عدم التردد من مراجعة المعالج (الطبيب) النفسي حتى ولو كانت المشكلة التي نواجهها بسيطة			
10	المريض النفسي كغيره من المرضى له الحق في العلاج والرعاية الصحية			
11	من الصعب علي تقبل أن يقال عني مريض نفسي (مجنون)			
12	أعتقد أن للشياطين والأرواح أثر في المرض النفسي والعصبي			
13	أفضل الذهاب للعرافين والمشعوذين بدل المعالج (الطبيب) النفسي لحل مشكلتي النفسية			
14	الأزمات الشديدة والمزمنة فقط هي التي تحتاج إلى العلاج النفسي			
15	الحل الأمثل للمريض النفسي هو حبسه حتى لا يؤذي غيره			
16	دراسة الطب النفسي مضيعة للوقت وهدر للجهد			
17	أنزعج كثراً عندما أرى مريض نفسياً			
18	أعتقد بخطورة الأدوية العلاجية التي يصفها أطباء النفس والأعصاب			
19	نادراً ما يستفيد المريض من مراجعة عيادات الطب النفسي			
20	ما يخيفني من مراجعة الطبيب النفسي هو نظرة الناس لي عندما يعرفون ذلك			

المراجـــع

- إبـراهيم، عبـد الـستار (1980) العـلاج النفـسي الحـديث قـوة للإنـسان. الكويت: سلسلة عالم المعرفة (27)
- أرجايـل، ميـشيل (ترجمـة عبـد الـستار إبـراهيم) (1987) علـم الـنفس ومشكلات الحياة اليومية. ط. 2، الكويت: دار القلم
- بومـدين، سـليمان (1989) العلاقـة بـين التخـصص والمـستوى الدراسـي والجنس وبين اتجاهات طلبة الجامعة نحو المرض النفسي. رسـالة ماجـستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن
- جابر، عبد الحميد (1979) الإجابـة الـشائعة لـبعض الأسـئلة النفـسية فـي دراسات علم النفس التربوي.القاهرة: عالم الكتب
- جامعـة القـدس المفتوحـة (1994) التكيـف النفـسي والـصحة النفـسية. القدس: منشورات جامعة القدس المفتوحة
- خليفة، عبد اللطيف (1989) "المعتقدات والاتجاهات نحـو المـريض النفـسي لدى عينة من الطلبة والطالبات: دراسة وصفية مقارنة". مجلـة علـم الـنفس، 3 (11) 103 – 117
- خليفـة، عبـد اللطيـف (1987) " المعتقـدات والاتجاهـات نحـو المـرض النفسي". مجلة علم النفس، 1 (1) 95-96
- خليفـة، عبـد اللطيـف و محمـود، عبـد المـنعم شـحادة (1993) سـيكولوجية الاتجاهات. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
- عبد الخـالق، أحمـد (1982) "الاتجـاه نحـو المـريض العقلـي لـدى عينـة مـن طالبات علم النفس: دراسة استطلاعية". بحوث السلوك والشخصية، المجلد الثاني، 97-118
- عقـل، عبـد اللطيـف (1985) علـم الـنفس الاجتمـاعي. عمـان: دار البيـرق للطباعة والنشر
- شـقير، زينب محمود (1994) "المعتقدات والاتجاهـات نحـو المـرض النفـسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية". مجلة علم الـنفس، 8 (30) 124-139
- راجح، أحمد عزت (1987) أصول علم النفس.القاهرة: دار المعارف
- الريحاني، سليمان (1988) اتجاهات النـاس نحـو الاضـرابات النفـسية. ورقـة عمل مقدمة لندوة المجتمع والاضطرابات النفسية، الجامعة الأردنية
- شيلدون، كاشدان (ترجمة أحمد عبد العزيز سـلامة) (1984) علـم الـنفس الشواذ. بيروت: دار الشروق

- King, J (1983) Treatment and communication health beliefs in the conaulation. London: Academic press
- Kluegel, T & Heider, F (2002) " Attitudes of teachers and the public toward mental illness". Mental Hygiene, 155(3) 333-341
- Levenson, H (2004) "Opinions about mental illness in the personal of tow large mental hospital". Journal of Abnormal and Social Psychology, 162(3) 349-360
- Merkel, R (1986) "The effect of patients beliefs about their illness on compliance in psychotherapy". The American Journal of Psychiatry, 43(3) 340-344
- Mouly, G (1982) Psychology for teaching. Boston: Allyn & Bacon
- Salomon, G (1992) "New challenges for educational research: Studying the individual wthin learning envirements Scandinavian". Journal of Educational Research, 36(3) 167-182
- Schumaker, F (1987) "Mental health deficit compensation and personal beliefs". Journal of Psychology, 2 (5) 451-457
- Rokeach, M (1981) Beliefs, attitudes and values. San Francisco: Jessey – Bass
- Pollock, K (2004) "Sex and mental illness: The generosity of females". Journal of Conslting and Clinical Psychology, 146(5) 887-889
- Wood, F (2004) " Relation of age and education to attitudes toward mental illness". Psychological Reports, 178(1) 354
- Walker, L (1993)"Opinions about mental illness in related with som variables". Psychology Reports, 11 (1) 75-83
- Zuzovsky, R (2003) "Peoples reaction to aformer mental patient moving to thier neighbor hood". Journal of Cmmunity Psychology, 20(1) 128-136

- عبد الرحمن، لطفي و عبد الجواد، محمد (1998) "مدى معرفة أقارب المريض النفسي للأمراض النفسية". المجلة العربية للطب النفسي, 1 (1) 22 – 29
- زهران، حامد (1986) التوجيه والارشاد النفسي. القاهرة: دار الكتب
- الكفافي، علاء الدين (1994) "الاتجاه نحو المرض النفسي عند الطلبة القطريين في المرحلتين الثانوية والجامعية". مجلة جامعة قطر، 7 (2) 30 – 54
- نشواتي، عبد المجيد (1984) علم النفس التربوي. اربد: دار الفرقان
- الديب، علي محمد (1997) "اتجاهات الطلاب المعلمين نحو علم النفس التربوي وعلاقته بالانجاز الأكاديمي". مجلة علم النفس، 11 (42) 8 – 31
- سويف، مصطفى (1967) علم النفس الحديث معالمه ونماذج من دراسته. القاهرة: الأنجلو المصرية
- الطراونة، حسين مد الله (2002) "اتجاهات ذوي المرضى النفسيين وغير ذوي المرضى النفسيين وعلاقتها ببعض المتغيرات". مجلة علم النفس، 16(64) 22 - 39
- هول، كالفين و ليندزي، جارد (ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون) (1978) نظريات الشخصية. ط. 2 ،القاهرة: دار الشايع 0) النفس، (1994) "المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى طالبات المرحلة الثانوية وطالبات المرحلة الجامعية". صلاحية المقياس

- Ibrahim, A (1979) "Extroversion and neuroticism across cultures". Psychological Reports, 44 789-803
- Hersin, D (2001) "Knowledge and opinions families about mental illness and patient". Journal of Psychiatry, 8 (1) 140-166
- Goldstein, J (1980) Social psychology. New York: Academic Press
- Goodwin, W & Klausmeier, H (1975) Facilitaing student learning. New York: Harper & Row , Publishers

المجلـــة الإلكترونيـــة لشبكـــة العلـــوم النفسيـــة

محـــاور الأعـــداد القادمـــة

يشرفنا إعلامكم مواضيع ملفات الأعداد القادمة و دعوتكم للمشاركة فيها بدراساتكم وأبحاثكم الأصيلة :

- سيكولوجية المرأة العربية . . . صراعات الحداثة
- اضطرابات السلوك الجنسي
- اضطراب الوجدان الثاقطبي في البيئة العربية

ترسل الأبحاث على عنواني المجلة الإلكترونية ورئيس التحرير للتأكد من وصولها .

turky.jamel@gnet.tn - APNjournal@arabpsynet.com

التحليـــل النفســـي للـــذات العربيـــة

علـــي زيعـــور

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

انجراحـات السلـوك و الفكـر في الـــذات العربيـــة

علـــي زيعـــور

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

سيكـولوجيـــة الأطفـــال ذوي الاحتياجـــات الـــخـاصـــة: خصائص واستراتيجيـات التعامـــل

د. علـي عبـد جاسـم الزاملـي / علـم النفـس، جامعـة السلطـان قابـوس – عمـان
د. علـي مهـدي كاظـم / علـم النفـس، جامعـة السلطـان قابـوس – عمـان
amkazem@yahoo.com - www.amkazem.com

لم يعطى الأطفال المعاقين اهتماماً كالاهتمام الذي تعطيه اليوم المؤسسات التربوية في معظم أقطار العالم لهذه الشريحة التي كتب القدر عليها أن تواجه الحياة في نقص أو خلل في وظائف أجهزة أو أعضاء معينة من أجسامهم. سواء جاء ذلك موروثاً منذ الولادة، أو تعرض البعض الآخر منهم لمشاكل حياتية أدت إلى ذلك الخلل أو العوق. وبالإضافة للاهتمامات المادية والبرامج والمعينات التعليمية والتدريبية فإن إطلاق مصطلح (ذوي الاحتياجات الخاصة) لهو دليل رائع على تلك الاهتمامات، حيث فكر العلماء والمربون أن يبدأوا بإطلاق مصطلح له وقعٌ وتأثير نفسي إيجابي على أفراد هذه الشريحة لا يخدش شخصياتهم ولا يوقع في نفوسهم أي أثر سلبي، كذلك الذي توقعه عليهم المصطلحات القديمة من مثل المعوقين والمقعدين، ومن هنا نرى أن هذه الثقافة التربوية جاءت تماشياً مع المنطلقات السيكولوجية والإنسانية، وخففت الكثير من مشكلات أفراد هذه الشريحة. ومن الجدير الإشارة له هنا أن من المهم وقبل أن نفكر في ماذا نقدم لذوي الحاجات الخاصة؛ علينا أن نعرف على شخصياتهم والعمليات النفسية التي تتفاعل بداخلهم، ومم تتركب الظروف السيكولوجية لهؤلاء، سواء كانت الخارجية المحيطة بهم أو الداخلية التي تتكون في المحصلة شخصياتهم وتدفعهم أما لمواجهة الحياة والتقدم إلى الأمام، أو الوقوف والمراوحة بالمكان نفسه، وبذلك تحبس المجتمع الكثير من أعضائه بدلاً من استغلال طاقات الجميع لخدمته وتقدمه واستمرار وجوده.

1. مـن هـم ذوي الاحتياجـات الخاصـة؟

يستخدم المربون مصطلحات عدة للإشارة إلى الأطفال أو الأفراد من ذوي الاحتياجات الخاصة، ومنها "الطفل غير العادي exceptional أو "غير القادر disabled" أو "المعاق handicapped".

فمصطلح "**الطفل غير العادي**" يطلق على الطلبة الذين يزيد تحصيلهم الدراسي أو يقل عن مستوى التحصيل العادي بشكل ملحوظ، حيث يتطلب وضعهم في عناية خاصة، وتضم هذه الفئة كلاً من الطلبة المتفوقين من جهة والطلبة المتخلفين بشكلٍ حاد من جهةٍ أخرى. أما (**الطفل غير القادر**) فيقصد به الطفل الذي حددت لديه فاعلية حسية معينة (بصرية، حركية، سمعية). وأما (**المعاق**) فهو اصطلاح يشير إلى الصعوبات التي يواجهها الطلبة غير العاديين بسبب النقص الفسيولوجي الموجود عندهم والذي يعيق تعاملهم مع البيئة.

ومن الضروري أنه ورغم هذه المصطلحات فهي قد لا تنحصر في فئة محددة، بل تتجاوز الفئات في كثير من الاحتياجات حيث يتداخل بعض الأفراد أو الطلبة من فئةٍ إلى أخرى، فالطالب غير القادر يمكن أن يكون معاقاً في موقفٍ ما لكنه ليس معاقاً في موقفٍ آخر. فمثلاً الطالب الذي يستخدم الكرسي المتحرك لعدم قدرته على السير بشكل طبيعي، قد لا يكون معاقاً في حالة اشتراكه بنقاشٍ معين؛ وقد يكون الطفل معاقاً سمعياً (كأن يكون أصم) لكنه متقن وفنان في رسم اللوحات أو الأشخاص وغير ذلك.

2. تصنيـف الأطفـال ذوي الاحتياجـات الخاصـة

يستخلص عدس (1999) تصنيفاً أجمع عليه غالبية المختصين في مجال الاحتياجات الخاصة، حيث قد يصنف الطفل إلى واحد أو أكثر من الفئات التالية:

1. الإعاقة العقلية.
2. صعوبات التعلم.
3. اضطرابات سلوكية.
4. اضطرابات التواصل (الكلام واللغة).
5. اضطرابات السمع.
6. اضطرابات النظر.
7. الإعاقات الصحية والجسدية.
8. الإعاقات الحادة أو المتعددة.
9. التفوق والموهبة.

ورغم ذكر هذا التصنيف ووجود غيره من التصنيفات إلا أن عدد آخر من العلماء يميلون إلى عدم محاولة تصنيف الإعاقات إلى فئاتٍ مختلفة وإعطاء جميع الأفراد وصفاً عاماً موحداً.

ولأجل مساعدة هؤلاء الأطفال بغض النظر عن التصنيف الذي ينتمون إليه، فإن برامج التربية الخاصة في دول العالم المتقدمة تهدف إلى مساعدتهم لبلوغ أخطر غايات القدرة الذاتية والنجاح الأكاديمي لتتناسب مع كل فئة من هذه الفئات، ومن هنا جاءت أهمية التصنيف لكي تتلائم البرامج مع ظروف واحتياجات كل فئة. وكذلك تحديد برامج تدريب للمعلمين لتتناسب حالة كل فئة من تلك الفئات.

3. الخصائـص السيكولوجيـة لفئـات ذوي الاحتياجـات الخاصـة

تختلف عملية تشخيص الإعاقات بين الجسمية الواضحة للعيان الممكن تحديدها بمجرد فحص الطفل الذي يعاني منها، وبين الإعاقات التي يصعب تشخيصها لأنها غير واضحة العيان، بل يستدل عليها من سلوكات معينة، ومنها (التأخر العقلي، وصعوبات التعلم، والاضطرابات السلوكية).

وسنحاول في الصفحات القادمة تحديد بعض الخصائص الجسمية والسيكولوجية لثلاث من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك تماشياً مع أهداف هذه الورقة.

3.1. التأخـــر العقلـــي Mind Retard

عرّفت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMD) American Association for Mind Disabled هذا النوع من الإعاقة على أنه "قدرة ذكائية عامة تحت المتوسط بشكل ملحوظ، ناتجة عن، أو مرتبطة مع، نقص مصاحب في السلوك التكيفي، بحيث يكون ظاهر خلال فترة التطور".

ويلاحظ أن هذا التعريف يضع معيارين أن توافر يعتبر الطفل متخلف عقلياً، وهما:(1) القدرة العقلية تحت مستوى المتوسط، و(2) النقص في السلوك التكيفي (أي تعامل الفرد مع متطلبات البيئة المحيطة به). ولابد من الإشارة هنا إلى أن المستوى العقلي دون المتوسط يعني إجرائياً حصول الفرد على معامل ذكاء مقداره (70 فأقل) في اختبارات الذكاء، وقد عملت AAMD على تصنيف التخلف العقلي إلى: (بسيط، ومتوسط، وشديد).

فالبسيط، يشير إلى فئة الأطفال والمراهقين الذين ينظر إليهم المربون أحياناً بأنهم قابلون للتعلم، وأن غالبيتهم يمكن أن يصبحوا مستقلين وأن يتعلموا القراءة والكتابة ومبادئ الحساب الأساسية. من ناحية أخرى يلاحظ أن جانباً هاماً من تعريف التخلف العقلي يرتبط بتأثير السلوك التكيفي، فشخص معين قد يحصل على درجة متدنية على اختبار الذكاء ويكون لديه في الوقت ذاته سلوك تكيفي مقبول. وهذه السلوكات تكون في العادة خاصة بالأعمار والمواقف مثل (الأكل، استخدام الحمام، استخدام النقود، مهارات الشراء، والتطور اللغوي)، ويوجد العديد من مقاييس السلوك التكيفي، منها: AAMD Adoptive behavior scale، وهو الذي طورته الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي وغيره من المقاييس.

أما حالات التخلف العقلي من النوع المتوسط والشديد، فقد لا تكون أسبابه معروفة، ويعتقد الأخصائيون النفسيون بأن تأثير البيئات الفقيرة اجتماعياً وثقافياً في وقت مبكر من حياة الأطفال يمكن أن تؤدي إلى تطور التخلف، لذلك يهتم الباحثون بدراسة أثر نوعية التغذية وبعض التأثيرات الوالدية مثل (تناول الكحول، المخدرات، التدخين) على تشوهات الجنين ونموه العقلي.

وقد أبرزت AAMD بعض الأسباب ومنها (الأورام، الأسباب الفيزيقية "الحوادث قبل أو أثناء الولادة وبعدها"، التغذية، أمراض الدماغ ومنها "أورام الدماغ"، العدوى، الإصابة بالحصبة الألمانية التي قد تصيب الأم وهي حامل خلال الأشهر الثلاثة الأولى يمكن أن تتسبب بإعاقة بصرية أو سمعية أو تخلف عقلي، إضافة إلى تشوهات خلقية لدى الطفل.

ويعتقد باحثون آخرون أن أكثر الصفات شيوعاً والتي يمكن ملاحظتها بين الطلبة الذين يعانون من درجات متفاوتة من التأخر العقلي هي مشكلات اجتماعية وأكاديمية، لذلك يحتاجون إلى تدريب وخبرة أكثر من الطلبة العاديين من فئة أعمارهم. وقد أورد كل من كوفمان وهالان (Kauffman & Hallahan, 1988) عدد من الإرشادات للمعلم الذي يقوم بتدريس عدد من الطلبة المتأخرين عقلياً ومنها:

1. تقسيم المادة التعليمية إلى خطوات صغيرة ترتب بشكل مناسب، لكي يقوم المعلم بتعليم كل مهارة منها على حدة.
2. ضرورة استخدام التدريب والإعادة في التعليم.
3. الطلب من الأطفال مراجعة ما تعلموه بشكل شفهي، إذ أن هذا الأسلوب قد يساعد ذاكرتهم.
4. إثارة دافعية المتعلمين وفق خطة مدروسة ومشجّعة لمساعدتهـ م على التعلم وإحداث التغير السلوكي المطلوب.
5. استخدام (التعزيز) بشكل مستمر، وخاصةً عند تطور مهارات التعلم مثل (العمل باستقلال لإنجاز الوظائف وإنهائها في الموعد المحدد).
6. ضرورة قيام المعلم بتقويم مستوى أداء الأطفال المتخلفين بشكل مستمر بحيث يمكن إحداث تغيرات في الأهداف وطرق التدريس والتدريب التي يستخدمها.
7. ويقترح باحثون آخر بعض الاقتراحات الخاصة بإعداد برامج التأهيل المهني لهؤلاء الأطفال تشمل تقديم الخدمات المهنية كالإرشاد والتوجيه والتدريب والتشغيل، ولتحقيق الكفاية الاقتصادية للمعوق عن طريق العمل والارتباط بمهنة أو حرفة أو وظيفة معينة والاستمرار بها. على أن يقوم بعملية التأهيل فريق من المتخصصين يحددون الأعمال التي تتناسب مع إمكانات الفرد وعمره واستعداده وفق مبادئ تربوية نفسية محددة. (أبو فخر، 2004، ص145).

3.2. صعوبـــات التعلـــم Learning Disabilities

نجد في أحيانٍ كثيرة طفل لا يعاني من إعاقة عقلية أو اضطراباً سلوكياً، ولديه قدرات سمعية وبصرية عادية، لكنه ومع ذلك لا يمكنه أن يقرأ أو يجري عملياتٍ حسابية، حيث تُفسر حالة هذا الطفل بأنه يعاني من صعوبات تعليمية محددة.

ويلاحظ في أدبيات صعوبات التعلم عدم وجود تعريف موحد متفق عليه من قِبل الباحثين، إذ أشار كارترايت وكارترايت وورد (Cartwright (Cartwright & Word, 1981 إلى وجود (38 تعريفاً مختلفاً لهذا المصطلح). بطرح (البيلي 2001) بعضها كما يأتي:

أ. بطء التعلم Slow Learning
ب. الإصابة المخية أو الدماغية Brain injury
ج. الإعاقة العصبية Neurological Handicap
د. الإعاقة الأكاديمية Educational Handicap

لقد كان مصطلح الإصابة المخية أو الدماغية أول مصطلح حاز على قبولٍ عام، ولكن الفحوصات لم تظهر وجود إصابة دماغية لدى الكثير من الحالات، وتبين عدم مناسبته للتخطيط التربوي، وقد تعرض إلى نقد وهجوم الكثير من المتخصصين، وحين تمت إعادة تعريف هؤلاء الأطفال على أن لديهم خللاً وظيفياً مخياً بسيطاً واجه ذلك المصطلح أيضاً نقداً مشابهاً للمصطلح السابق، وأدى التحول للبعد التربوي في تعريف مصطلح (صعوبات التعلم) الذي برر واضعيه جوانب قوة وضعف الفرد دون الحاجة لإثبات وجود خلل في النظام العصبي المركزي (السرطاوي وآخرون، 2001، ص24).

وقد ورد في "قانون تعليم جميع الأطفال المعاقين" في أمريكا تعريف (صعوبات التعلم) لِيشير إلى: "اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية اللازمة لفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. ويظهر على نحو قصورٍ في الإصغاء أو التفكير أو النطق أو القراءةِ أو التهجئةِ أو الكتابةِ أو العمليات الحسابية" (البيلي وآخرون، 2001 ص189).

ويتضمن هذا المفهوم أيضاً حالات التلف الدماغي والاضطرابات في الإدراك والخلل الوظيفي في الدماغ وعسر القراءة أو حبسة الكلام، بينما يستثنى من ذلك الأطفال الذين لديهم مشكلات في التعلم ناتجة عن التخلف العقلي أو تدني المستوى الثقافي والاجتماعي أو الصعوبات البصرية أو السمعية أو الحركية أو الانفعالية. ويعتقد بعض الباحثين أن التعريف السالف

السالف الذكر يعكس الاتجاهات الطبية القديمة للموضوع والتي كانت تفترض أن هذه الإعاقة ناتجة عن اضطرابات في العمليات العقلية، وهو نفس الاتجاه الذي يسلكه علماء النفس في الوقت الحاضر. وقد ظهر تعريف أحدث من ذلك وضع من قِبل أهالي الطلبة المعنيين والأخصائيين في الرابطة الوطنية/القومية لصعوبات التعلم (National Joint Committee in Learning Disabilities, 1989) الذي يشير إلى أن صعوبات التعلم: "مصطلح عام يعود إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تظهر على هيئة صعوبات حادة في التحصيل والاستيعاب والاستماع والكتابة والتحليل والقدرات العقلية". وتعد هذه الاضطرابات داخلية في الفرد نفسه ويفترض أنها ناتجة عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي، ويمكن أن تحدث خلال فترة حياة الفرد. ويعتبر هذا التعريف ذو صلة بالعمليات العقلية، بينما يتحاشى استخدام مصطلح (التالف الدماغي أو الخلل الوظيفي الدماغي)، ويدل أيضاً على أن هذه المشكلات قد تحدث خلال فترة من حياة الفرد. وتتفق معظم التعريفات على أن الطلبة ذوي صعوبات التعلم هم في المتوسط من الذكاء ولكنهم يعانون من مشكلات حادة في الجوانب الأكاديمية ويكون أدائهم أقل مما هو متوقع بدرجة واضحة.

ويحدد الأدب التربوي العديد من الصفات التي تميز الطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم، حيث أورد تارفر وهلاهان (Tarver and Hallahan, 1986) قائمة من عشر صفات هي:

1. النشاط الزائد.
2. إعاقة إدراكية – حركية.
3. اضطراب عاطفي.
4. نقص عام في القدرة على التآزر.
5. اضطراب في القدرة على الانتباه.
6. الاندفاعية.
7. اضطراب في الذاكرة والتفكير.
8. اضطرابات أكاديمية نوعية.
9. اضطرابات في الكلام والسمع.
10. إشارات عصبية متضاربة.

ويعتبر الطفل يعاني من صعوبات في التعلم إذا ظهر عليه واحدة أو أكثر من الصفات السابقة، مع ملاحظة أن الطفل الذي تظهر عليه واحدة أو أكثر من تلك الصفات وكان تحصيله الأكاديمي من النوع العادي فإنه يصنف بأن لديه صعوبة في التعلم.

وقد وضع سومرز (Summers, 1977) دليلاً يفيد المعلم داخل الصف في التعرف على الطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم، وكما يأتي:

2. **السلـــوك الصفـــي**

- يتحرك باستمرار داخل الصف.
- يجد صعوبة في البدء بالمهمات وفي إنهائها.
- غالباً ما يكون كسولاً أو غائباً.
- في العادة هادئ أو منسحب.
- يجد صعوبة في التعامل مع الأقران.
- فوضوي.
- يسهل تشتيت انتباهه.
- هناك عدم انتظام في سلوكه.
- يبدو أنه لا يفهم التعليمات الشفوية.

3. **الأعـــراض الأكاديميـــة**

أ. القـــراءة

- يفقد المكان الذي وصل إليه ويعيد الكلمات أثناء القراءة.
- لا يقرأ بطلاقة.
- يخلط بين الكلمات والحروف المتشابهة.
- يستخدم إصبعه للمتابعة.
- لا يقرأ من تلقاء نفسه.

ب. التهجأة

- يستخدم ترتيباً غير صحيح للحروف في الكلمات.
- يجد صعوبة في ربط صوت الحرف برسمه.
- يعكس الحروف والكلمات.

جـ. الكتابـــة

- يخرج عن السطر في الكتابة.
- يجد صعوبة في النقل من اللوح.
- يكتب بطريقة غير سليمة.
- بطيء في إكمال العمل الكتابي.
- يستخدم أشكال مختلفة من الخط في نفس الواجب الكتابي.

د. اللفـــظ

- يتلعثم عندما يتكلم.
- تعبيراته اللغوية ضعيفة مقارنةً بغيره.

هـ. الحســـاب

- يجد صعوبة في ربط العدد بالرمز.
- لا يستطيع تذكر الحقائق الحسابية.
- لا يستطيع إدراك المفاهيم الحسابية.
- لديه مشكلة في المسائل التي على شكل قصة.

و. الأمـــور الحركيـــة

- يظهر تآزراً ضعيفاً.
- لديه مشكلة في حفظ التوازن.
- يخلط بين اليمين والشمال.
- ينقصه الاتساق في الحركة.
- يعاني من ضعف في قوة عضلاته.

وأخيراً لابد من إعطاء بعض الإرشادات التي يحسن بالمعلم الذي يدرّس صفاً فيه بعض الطلبة ممن يعانون من صعوبات التعلم، ومنها:

1. حدد أهدافاً معقولة لعملية التدريس؛ فبما أن بعض الطلبة قد يكون معامل ذكائهم عالياً؛ فإنك قد تكون ميالاً للافتراض بأنهم يستطيعون أن ينجزوا أكثر مما تمكنهم قدراتهم في الواقع من ذلك؛ وبما أن الأطفال ذوي الصعوبات يجدون في الغالب صعوبة في تحمل الفشل، لذلك عليك أن توفر لهم فرص العمل بنجاح.
2. وفّر للطلبة تعليمات واضحة، وضع في اعتبارك أن مثل هذه التعليمات قد لا تكون واضحة للبعض منهم؛ وكن حذراً من أن هؤلاء الأطفال قد يظهرون بأنهم يفهمون ما تدرّسه لهم، بينما هم في الواقع ليسوا كذلك.
3. وفّر ظروفاً فيزيقيـة مناسبـة لبعض الأطفال الذين يعانون من

التشتت وأولئك الذين لديهم نشاط زائد، كأن تضع مقعد الطالب في زاوية من زوايا الصف، أو أن تحيط بمقعده بعض الحواجز حتى لا يسهل تشتيته.

4. توقع أن يصدر عن بعض الطلبة ثورات عاطفية (حالات من عدم الاتزان الانفعالي)، ولذلك حدد لهم قواعد السلوك المرغوب، وساعدهم في التوصل إليه وتحقيقه.

ويقترح مجموعة من الخبراء استخدام ثلاثة استراتيجيات تربوية للتعامل مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم وهي:

أ. التدريب القائم على تحليل المهمة وتبسيطها: يفترض المؤيدون لاستخدام هذه الاستراتيجية عدم وجود خلل أو عجز نمائي لدى الأطفال من ذوي صعوبات التعلم، بل أن ما ينقصهم هو التدريب والخبرة في المهمة التي يتعلموها. وتنطوي هذه الاستراتيجية على أسلوب (تحليل المهمة) بشكل يسمح للطفل بأن يتقن عناصر المهمة البسيطة، ومن ثم يقوم بتركيب هذه العناصر بما يساعد على تعلم وإتقان المهمة بأكملها وفق تسلسل منظم. ومن الممكن أن يطبق هذا الأسلوب في موضوعات أكاديمية مثل (القراءة والرياضيات أو الكتابة)، حيث يتم تبسيط المهمة المعقدة مما يساعد على إتقان مكوناتها بشكل مقبول.

ب. التدريب القائم على العمليات النمائية أو النفسية: يفترض في هذا الأسلوب وجود عجز نمائي محدد لدى الطفل، فإذا لم يتم تصحيح ذلك العجز فمن الممكن أن يستمر في كبح عملية التعلم لديه. ويركّز هذا الأسلوب على تدريب القدرات النمائية كجزء من مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية، حيث تعتبر مهارات الاستعداد ضرورية للتعلم، وعلى المدرس أن يأخذ بعين الاعتبار المهارات السابقة المطلوبة لإتقان عملية التعلم اللاحقة، وأن يحاول تنمية وتطوير المتطلبات السابقة للمهارة الجديدة، فإذا كان الطفل بحاجة إلى تمييز الشكل، فإن على المدرس أن يركّز على تميز الشكل في تلك المهمة، بحيث يكون غرض التدريب في مثل هذه الحالة تحسين القدرة على التمييز في المهارة المقترحة.

ج. التدريب القائم على تحليل المهمة والعمليات النمائية والنفسية: تركّز هذه الاستراتيجية على تدريب ذوي صعوبات التعلم على دمج المفاهيم الأساسية لكل من أسلوب تحليل المهمة والأسلوب القائم على تحليل العمليات النمائية والنفسية. وبذلك لا يوجه النظر إلى العمليات النفسية على أنها قدرات منفصلة بل ينظر إليها على أنها سلسلة من العمليات والسلوكيات المتعلمة التي يمكن قياسها والتدريب عليها بهدف تنميتها وتحسينها، فبدلاً من تدريس (التمييز البصري) مثلاً على شكل رموز بصرية عليه أن يدرس هذا الأسلوب القائم على تحليل المهمة والعمليات النمائية والنفسية باستخدام الحروف والكلمات، وبذلك يدمج (معالجة الخلل الوظيفي للعملية مع المهمة التي سيتم تعلمها)، ويمكن الاستنتاج بأن هذا الأسلوب يشمل ثلاث مراحل وهي:

1. تقييم مواطن القوة والضعف لدى الطفل.
2. تحليل المهارات التي يفشل فيها الطفل.
3. الجمع بين المعلومات الخاصة بمواطن القوة والضعف لدى الطفل وتحليل المهمات بهدف إعداد الخطط التدريسية والمواد التربوية التي سيتم تقديمها للأطفال بشكل فردي.

3.3. الإعاقـــة السمعيـــة

إن فقدان الاتصال مع الآخرين ينشأ من مصادر عوق عِدة لعل أهمها (الإعاقة السمعية)، ولاشك أن هذه الإعاقة لا تشكل إعاقةً جسدية مادية فقط بل إن الأعقد منها هي الإعاقة الاجتماعية والنفسية الناشئة عن افتقاد التواصل مع الأفراد المحيطين بالطفل. وإذا ما آمنا أن اللغة هي نشاط رمزي، فإن السمع في وظيفته الرمزية اللغوية يثري حياة الإنسان بشكل يجعل التواصل ممكن وسهل، وبالتالي فإن فقدان الشعور بالعلاقةِ مع العالم الخارجي هو السبب الرئيسي للشعور المعروف بالموت عند الشخص العادي، وبالأزمة عند المعاق سمعياً (حنفي وآخرون، 2004، ص13).

والإعاقة السمعية بنوعيها الكلي (الصمم)، أو الجزئي (ضعف السمع)، تلقي بضلالها على شخصية المعاق سمعياً بخصائص بارزة أهمها:

1. حرمان الفرد ليس من السمع فحسب، بل من اللغة المنطوقة وما ينشأ عنها من اضطرابات النطق والكلام.
2. يميل المعاق سمعياً إلى الانسحاب من المجتمع، وبذلك ينقصه النضج الاجتماعي بدرجةٍ كافية.
3. إن قدرات المعاق سمعياً العقلية تتأثر سلبياً نتيجة إصابته بالصم وذلك بسبب نقص تفاعله مع المثيرات الحسية في البيئة، مما يترتب عليه قصور في مدركاته ومحدودية في مجاله المعرفي، بل أحياناً تأخر في نموهِ العقلي مقارنة بأقرانه العاديين.
4. فقدان أو تعثر النطق والكلام، فالطفل الذي لا يسمع الكلمة لا يستطيع أن ينطقها، ولا يستطيع تمييز أو تصحيح الأصوات التي تصل إليه لأن دائرة التواصل بينه وبين الآخرين غير مكتملة لديه.
5. يعاني المعاق سمعياً العديد من المشكلات النفسية أهمها الاضطراب النفسي والانفعالي الذي من نتائجه الانطوائية لدى أغلب الصم.
6. يعاني المعاق سمعياً من صعوبة إقامة علاقات اجتماعية مع أقرانه العاديين.
7. يعاني المعاق سمعياً من التقدير المنخفض للذات، القلق الدائم، الخوف المستمر الناشئ عن عدم قدرته على تحديد مصادر الخطر من ميزات محيطه به بسبب عدم قدرته على سماع الأصوات الصادرة عنها أو الإلمام بمعلومات مهمة عنها من الآخرين بسبب صعوبة التواصل معهم.
8. يشير بعض المتخصصين إلى أن المعاق سمعياً يظهر عجزاً واضحاً في قدرته على تحمل المسؤولية.

3.3.1. بعض مؤشـرات ومظاهـر الإعاقـة السمعيـة لـدى الأطفـال

تركّز معظم البرامج (الطبية والنفسية والتربوية)، على استخدام أساليب استكشافية لتحديد أو تشخيص الأطفال المعاقين سمعياً لدى أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية، على أساس أن السنوات الثلاث أو الخمس الأولى من العمر لها أثر حاسم على النمو الإنساني، وأن الخبرات التدريبية أو العلاجية أو الوقائية المناسبة تُحسن بشكل واضح من فرص النمو والتعلم لديهم. ومما لاشك فيه أن الآباء والأمهات والمعلمين والمعلمات هم المصدر الأولي الهام للمعلومات التي قد توحي بوجود إعاقة سمعية لدى الأطفال، ومن أهم هذه المؤشرات التي يؤكدها الباحثين ما يأتي:

- الشكوى من وجود ألم في إحدى أُذنيه.
- يطلب من الآخرين رفع صوتهم بشكل عالي أو إعادة الحديث.
- إمالة الرأس نحو المتكلم.
- عدم الانتباه للأصوات.
- غياب أو تأخر النطق.

- اضطراب في نطق بعض أصوات الحروف.
- الإجابة بما ليس له علاقة بمحور حديث الآخرين.
- سيطرة مظاهر الخجل والعناد والانسحاب لعدم القدرة على المحادثة في موقف التواصل.
- التركيز غير العادي على وجه المتكلم أو على فمه.

إن وعي الوالدين والمعلمين بتلك المؤشرات يسهل إحالة الطفل إلى المراكز المتخصصة لقياس السمع، وتوجيهه إلى البرامج التربوية الملائمة، وإعداد خطة تربوية فردية تتلائم مع مشكلته.

3.3.2. استراتيجيات التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة السمعية

يطرح بعض الباحثين والمتخصصين عدداً من الاستراتيجيات الخاصة بتشخيص ورعاية الأطفال المعاقين سمعياً ومنها:

1. استراتيجية التعرف والتشخيص المبكر للإعاقة السمعية وتحديد البرامج اللازمة للحد من الآثار السلبية للإعاقة على شخصية الطفل المعاق.
2. استراتيجية تقدير درجة الفقد السمعي (البسيط، المتوسط، الشديد، الحاد)، ونوعه (توصيلي، حسي عصبي، مركزي، مختلط). وذلك من خلال طرق قياس السمع المتمثلة في قياس السمع الهوائي والعظمي وضغط الهواء). وكذلك العمر الذي حصل منه الفقد السمعي (قبل تعلم اللغة، بعد تعلم اللغة).
3. استراتيجية التدخل، والتي من خلالها يقوم الأخصائي أو فريق العمل بالتعامل مع مشكلة تعوق المعاق سمعياً من تحقيق ذاته أو مكاناته في التكيف مع ذاته أو الآخرين، سواء كان ذلك في مجال الأسرة أو المدرسة أو الأقران، بحيث يؤدي في النهاية إلى التغلب على المشكلة أو التقليل من آثارها السلبية لتحقيق أفضل توافق ممكن بين المعوق وأسرته والمجتمع، وأن يشمل هذا التدخل الاحتياجات النفسية والتعليمية للوالدين لمواجهة الضغوط النفسية التي يتعرض لها (أي الوالدين) في ظل وجود معاق سمعياً بينهم.
4. استراتيجية الدمج، وهي من الاتجاهات الحديثة في رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والمعاقين سمعياً بشكل خاص، وتتضمن هذه الطريقة أن يتم تعليم المعاقين مع أقرانهم العاديين في الفصول الدراسية العادية وبذلك نحقق مضمون اجتماعي أخلاقي نابع من حقوق الإنسان التي تعارض التصنيف والعزل، فضلاً عن الاتجاهات المجتمعية نحو رفض الوصمة الاجتماعية للمعاقين. ومن الجدير بالذكر أن تطبيق هذه الاستراتيجية لاشك قد ينطوي على تحديات متنوعة ومشكلات متعددة، إلا أنه بالإمكان التغلب عليها من خلال مجموعة من القواعد والأسس تتضمن التوعية بمفهوم وأهمية الدمج، وتزويد المدارس بمستلزمات تسهّل عمل معلمي المعاقين، وتطوير المناهج الدراسية وتشجيع الطلبة المعاقين والعاديين على التفاعل الاجتماعي (حلفي، 2004، ص109).
5. وأخيراً لابد أن نتذكر أن الآباء والأمهات يمثلون الحجر الأساس في ملاحظة تطور أطفالهم النمائي وخصوصاً في مجال السمع والكلام فهم العنصر الفعال في توفير بيئة غنية تشجيع مختلف مظاهر النمو حول كيفية سلوك الطفل وأدائه في مجال التواصل أو اكتشاف أي خلل يثير الانتباه في قدرة الطفل في هذه الحاسة المهمة والمسارعة لإجراء الفحوص اللازمة عند إحساسهم في وجود مشكلة حادةً كانت أم في بداياتها. كما أن المعلومات التي يوفرها الآباء والأمهات للطبيب والتي يقدمونها شفاهاً أو كتابةً في إجاباتهم على البيانات خاصة لهذا الغرض تلعب دوراً جوهرياً في تلافي الإعاقة السمعية لأبنائهم في كثير من الحالات (الزريقات، 2003، ص97).

4. خاتمـــــة

تضمنت الورقة عرضاً مبسطاً للخصائص السيكولوجية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام مع التركيز على الإعاقات الأكثر ظهوراً بين الأطفال سواء قبل المرحلة الابتدائية أو بعدها. وبالتحديد ثلاثة من أهم الإعاقات وهي (الإعاقة العقلية، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية)، كما تم استعراض مختصر للاستراتيجيات والأساليب التربوية التي أشار إليها الباحثون والمتخصصون عند تدريس هذه الشريحة التي تستحق كل رعاية واهتمام، على اعتبار أنهم من الشرائح الاجتماعية الواجب رعايتها والاستفادة منها في إطار التنمية الاجتماعية والاقتصادية التي تتطلع لها المجتمعات البشرية.

5. التوصيـــات

في ضوء الاستعراض الذي تضمنته الدراسة الحالية للخصائص السيكولوجية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام، والتركيز الخاص على الإعاقات الأكثر ظهوراً بينهم لاسيما (الإعاقة العقلية، وصعوبات التعلم، والإعاقة السمعية)، وعلى الرغم من ذكر التوصيات والاستراتيجيات الخاصة للتعامل مع تلك الإعاقات فإن الباحثين يقدمان التوصيات التالية استكمالاً للفائدة:

1. ضرورة تعاون المؤسسات الصحية (المراكز الصحية والمستشفيات) والتربوية (المدارس) والعائلة في التشخيص المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين عقلياً أو معرفياً أو سمعيا)، لأن هذا التشخيص يمكن أن يساعد في تدارك تفاقم الإعاقة من جهة، والتبكير في وضع البرامج المساعدة على تكيف المعاق مع البيئة المادية والاجتماعية من جهة أخرى.
2. اهتمام المؤسسات الرسمية (مثل وزارة التنمية الاجتماعية، ووزارة التربية، ووزارة الصحة) بتقديم جميع أنواع الدعم المادي والمعنوي للطفل المعاق، لمساعدته في التكيف مع البيئة، ورعايته كمواطن له الحق في إشباع حاجاته المادية والاجتماعية.
3. ضرورة استمرار المؤسسات التربوية العربية (مثل مراكز البحوث، والجامعات، ووزارات التربية، واتحاد الجامعات العربية) في وضع وتجريب وتطوير البرامج التربوية الفعالة في تربية وتعليم الأطفال المعوقين وإعطاء الموضوع أهمية لاسيما برامج دمج الأطفال المعوقين مع أقرانهم العاديين بما في ذلك الاهتمام بإعداد معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة وفق برامج عالية وتربوية تتماشى مع الاتجاهات العالمية الحديثة لإعدادهم.
4. قيام وسائل الإعلام وبكافة مصادرها المقروءة والمسموعة والمرئية بإعطاء أهمية أكبر للبرامج التثقيفية والاجتماعية، والتي تبرز أهمية الاستفادة من هذه العناصر البشرية لتأخذ دورها في الحياة من جهة، وفي البناء والتطور الاجتماعي وفقاً لقدراتها المحدودة من جهة أخرى.

المصـــادر

1- أبو فخر، غسان (2004). التربية الخاصة بالطفل. دمشق: مطبعة دار الكتاب.
2- البيلي، محمد عبد الله وآخرون (2001) علم النفس التربوي وتطبيقاته. الكويت: مكتبة الفلاح.

3- حنفي، علي عبد الرب وآخرون (2004). الخطة التربوية الفردية للمعاق سمعياً. الرياض: مركز الوليد للتأهيل.

4- الزريقات، إبراهيم عبد الله (2003). الإعاقة السمعية. عمان: دار وائل للنشر.

5- السرطاوي، زيدان أحمد وآخرون (2001) مدخل إلى صعوبات التعلم. الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

6- عدس، عبد الرحمن (1999) علم النفس التربوي (نظرة مُعاصرة). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

7- Catwright, G. P., Cartwright C. A. & Word, M. E. (1981). Educating special learners, Belmont, CA: Wadsworth.

8- Fuchs, D., & Fuchs, L. (1995). What's special about special Education? Phi Delta Kappan, 76, 522-530.

9- Hallahan, D. P., & Kauffman, J. M. (1994). Exceptional Children: introduction to special education (6th ed). Boston: Allyn & Bacon.

10- Kauffman J. M, and D. P. Hallahan (1982). Teaseling Children with Learning Disabilities: Personal perspectives, Columbus, OH.

11- Lunkner, J., Bowen, S. & Carter, K. (2001). Visual teaching strategies for students who are deaf or hand of hearing, The Council for Exceptional Children, 33 (3), 38-44.

12- Summers, M. (1977). Learning disabilities – A puzzlement – Today's Education, 66, 42.

13- Tarver, S. C. & Hallahan, D. P. (1976). Children with learning disabilities: An overview, OH. Merrill.

البيمارستانـــــات العربيـــــــة (قراءة فـي تاريـخ المشـافي النفسيـة العربيـة)

د. عمـر هـارون الخليفـة - علـــم النفـــس - السودان / اليابان

okhaleefa@hotmail.com

المجانين والمصحات العقلية في أوربا: يؤرخ كاشدان (1984) بأن المرضى العقليين في أوربا كانوا يودعون في السجون، وبيوت الصدقات، على حين كان الألوف منهم يتجولون في الشوارع يستجدون الطعام. وإن المستشفيات العقلية في ذلك العصر لم تكن تزيد على أن تكون سجوناً كبيرة. ففي إنجلترا كان نزلاء مستشفى بيت لحم تقيد أيديهم بالأغلال ويشدون بالسلاسل إلى الجدران. كذلك كان المرضى يعرضون على الناس لتسلية أهل لندن الذين لم يكونوا يمتنعون عن دفع مبلغ زهيد لقاء مشاهدة هذا العرض. أما العلاج فلم يكن له وجود تقريبا، وكان المرضى العقليون يعدون محظوظين إن هم نجوا من جحيم عقاب السجانين الساديين. وفي فرنسا لم يكن الموقف مختلف عن ذلك كثيرا. إذ كان المرضى من نزلاء المستشفيات الفرنسية يلقون من المعاملة ما تلقاه الحيوانات المتوحشة.

وعموماً كانت نظرة الغرب للمرضى النفسانيين بأن المرض لعنة من السماء حلت بصاحبها عقابا له على إثم زعموا انه ارتكبه، أو أن شيطانا دخل نفسه، فحلل عذابه. و أصبح علاج الفرجخة يتركز على طرد الشياطين من الأجسام العليلة. فكان هؤلاء البشر يوضعون في سجون مظلمة وقد قيدت أيديهم و أرجلهم، أو يعزلون عن العالم وعن أهلهم في "المستشفى" أو "السجن" أو "البيت العجيب" أو "برج المجانين" أو "القفص العجيب" كما كانوا يسمونها آنذاك، ويسلم أمرهم إلى رجال أفظاظ لا يعرفون إلا لغة الضرب والشتم والتعذيب وذلك أمد الحياة (هونكة، 1993).

كتب طبيب يدعى اسكيرول بعد أن قام بتفتيش هذه المستشفيات: "لقد رأيتهم عرايا، أو مغطين بالخرق لا تحميهم من برد الأرضية الرطبة إلا غطاء من القش... ورأيتهم في أكواخ قذرة غضة مهملة لا يدخلها الهواء أو الضوء، وقد قيدوا بالسلاسل إلى الحلق التي لا يمكن أن تقنع الوحوش بالبقاء فيها ... وهناك يمكثون حتى تذهب حياتهم هباء في حمأة فضلاتهم وتحت وطأة السلاسل التي تمزق أجسادهم... ثم إن الأسواط والسلاسل والزنزانات المظلمة تحت الأرض هي الوسائل الوحيدة التي تنفع في إقناعهم، والتي يستخدمها القائمون على أمورهم ممن يتميزون بالبربرية والجهل معا.

وتعود البداية الحقيقية للمستشفيات العقلية في الغرب إلى أواخر القرن الثامن عشر في أوربا. ففي الفترة نفسها تقريبا التي كان فيها بينل يحرر نزلاء مستشفى بيستر من أغلالهم، كان أحد رجال الكويكرز الإنجليز من الأثرياء ويدعى وليام تيوك يؤسس أول ملجأ أو دار إيداع لمرضى العقول. ولكن معظم مرضى العقول (وخصوصا الفقراء منهم)، وعلى الرغم من البداية المبشرة، ظلوا يعالجون علاجا سيئا وخصوصا في أمريكا حيث ظل المرضى يودعون في السجون المحلية وفي بيوت الفقراء. وكانت إقامة المستشفيات العقلية في مناطق خارج المدينة جعلت المرضى يعزل عن أصدقائهم وأسرهم. وأن الحياة بمؤسسات الإيداع بدت وكأنها تؤدي إلى آثار من شأنها أن تعطل عملية الشفاء. مقارنة بوضع المصحات العقلية في الغرب وبوضع المرضى فيها يمكننا أن نتأمل ونقارن ذلك الوضع بنموذج آخر من المصحات العقلية وفي مكان لا يمت للغرب بصلة.

▪ البيمارستـــان: أول المصحـــات فـي تاريـخ البشريـــة

كان العرب يطلقون كلمة بيمارستان على مكان الاستشفاء الذي نسميه اليوم المستشفى (العمري، 1990). والبيمارستان (بفتح الراء وسكون السين) كلمة فارسية مركبة من كلمتين (بيمار) بمعني مريض أو عليل أو مصاب و(ستان) بمعنى مكان، أو دار، فهي إذن دار المرضى، ثم اختصرت في الاستعمال فصارت مارستان، كما ذكرها الجوهري في صحاحه. وكان للبيمارستانات نوعان: ثابت، ومحمول. فالثابت ما كان بناء ثابتا في جهة من الجهات لا ينتقل منها، وهذا النوع من البيمارستانات كان كثير الوجود في القاهرة وبغداد و دمشق ولا يزال أثر بعضها باقيا على مر الدهور إلى الآن كالبيمارستان المنصوري (قلاوون الآن) بالقاهرة، والبيمارستان المؤيدي بالقرب من القلعة بالقاهرة أيضا، والبيمارستان النوري الكبير بدمشق والذي تحول لمتحف لتاريخ الطب العربي، والبيمارستان القميري بها أيضا و بيمارستان ارغون بحلب.

أما البيمارستان المحمول فهو الذي ينقل من مكان إلى مكان بحسب ظروف الأمراض والأوبئة وانتشارها وكذا الحروب. وهو عبارة عن مستشفى مجهز بجميع ما يلزم للمرضى وإعداده من أدوات أدوية وأطعمة

وأشربه وملابس وأطباء وصيادلة وكل ما يعين على ترفيه الحال عن المرضى، والعجزة، والمزمنين، والمسجونين، ينقل من بلد إلى آخر من البلدان الخالية من بيمارستانات ثابتة، أو التي يظهر فيها وباء أو مرض معد. وكانت البيمارستانات كذلك منقسمة إلى قسمين منفصلين بعضها عن بعض، قسم للذكور، وقسم للإناث، وكان كل قسم مجهزا بما يحتاجه من آلة وعدة وخدم وفراشين من الرجال، والنساء، وقوام ومشرفين، و في كل قسم من هذين القسمين عدة قاعات لمختلف الأمراض: فقاعة للأمراض الباطنة، وقاعة للجراحة، وقاعة للكحالة، وقاعة للتجبير. وكانت قاعة الأمراض الباطنة منقسمة إلى أقس

لمن بهم المرض المسمى (مانيا) وهو الجنون السبعي (عيسى، 1939).

ولا يوجد دليل في التاريخ علي قيام المستشفيات النفسانية قبل العصر الإسلامي (كمال وسرحان، 1989)، وكان العرب أول من أنشأ المستشفيات في التاريخ (مرحبا، 1989). ويذكر كولمان أن الإنصاف العلمي يدعو للإشارة إلى أن من بين جميع حضارات العصور الوسطى لم يكن هناك غير العرب ممن استطاعوا أن يطوروا بعض الأفكار العلمية عن الأمراض العقلية (بيرت، 1965). ويذكر اسشبرجيس أن المصادر التاريخية تؤكد عدم وجود مثل هذه البيمارستانات الإسلامية عند اليونانيين، كما أن الإمبراطورية الرومانية لم تعرف إلا بيوتا لرعاية العجزة والمصابين من جنودها في العمليات الحربية. كما أن أوربا المسيحية لم تعرف مثل تلك البيمارستانات، حيث اكتفت بإنشاء بيوت الرحمة (الهوني، 1986). وفي إنجلترا، مثلا، بني أول ملجأ "للمجانين" سنة 1403 م (زهران، 1978).

كانت جميع البيمارستانات ممولة في أرض الإسلام بواسطة عائدات المؤسسات الخيرية المعروفة بالأوقاف. فكان الأغنياء ولا سيما الحكام يقدمون ملكيات كتبرعات يعود ريعها لإنشاء المؤسسة وصيانتها، وقد تشكلت هذه الهبات من دكاكين ومطاحن وخانات للقوافل وحتى من قرى بأكملها. فكان إيراد هذه التبرعات يستخدم لصيانة البيمارستان ولتغطية تكاليف عمله، وفي بعض الأحيان، لتقديم مساعدة مالية صغيرة للمرضى الذين فقدوا عملهم. ووفقا لعيسى إن قرار إنشاء الأوقاف المتعلقة بمخصصات البيمارستانات، والتي أشار إليها المقريزي، قد كشفه أحمد زكي باشا في الأرشيف وحلله وفسره. والقرار مؤرخ في 23 من ذي الحجة سنة 684هـ (20 شباط 1285م)، وهو يعطي لائحة بالمصاريف المرتقبة لعمل البيمارستان: كأجور الأطباء وأطباء العيون والجراحين وصانعي العقاقير والخدم وجميع المستخدمين، والأموال الضرورية لشراء الأدوية والطعام، واللوازم كالأسرة، والفرش والقصعات والعطور، ولإصلاح الأبنية. وهكذا استطاع هذا المستشفى، خلال قرون من الزمن بفضل المخصصات التي أغدقت عليه، استقبال المرضى، رجالا ونساء، أغنياء وفقراء، ومعوزين، من القاهرة ومن الضواحي مقيمين وعابرين مهما كانت أمراضهم (عيسى، 1939).

وكانت البيمارستانات مؤسسات مدنية مفتوحة للجميع، رجالا ونساء مدنيين وعسكريين راشدين وقاصرين أغنياء وفقراء مسلمين وغير مسلمين. وقد أخذت البيمارستانات تتطور بحيث تشكل بنية واسعة في إطار المدن. أما العناية بالمجانين في هذه البيمارستانات فلم تعرف من قبل وبذلك تكون البيمارستانات العربية الأولى الرائدة في هذا المضمار. كما تقدم هذه البيمارستانات العناية اليومية للمساجين. وأول بيمارستان مؤكد اعتنى بالمجانين من ناحية تاريخية شيد في القاهرة خلال إمارة أحمد بن طولون حاكم مصر العباسي عام 872م (أنظر سميث، 1997).

كما انتشرت البيمارستانات في جميع أنحاء العالم العربي إذ لم تقتصر فقط على بغداد ودمشق والقاهرة. فقد شيد أحدها في القرن التاسع للميلاد في القيروان عاصمة تونس العربية. كما شهدت مكة والمدينة المنورة في وقت مبكر جدا ظهور بيمارستانات أخرى. وكذلك ظهر العديد منها في بلاد فارس حيث أدار الرازي بيمارستان الري قبل مغادرته إلى بغداد. وازدهرت بيمارستانات العثمانيين في تركيا بدءا من القرن الثالث عشر للميلاد، كما حوت المقاطعات الهندية بعضها. وبالقياس إلى هذا الواقع فقد تأخر نشوؤها في بلاد الأندلس، بحيث إن أقدمها ربما كان ذلك الذي بني في غرناطة عام 1397. هناك حقيقة يجب ذكرها وهي أن البيمارستانات العربية قد تأسست بصورة عامة لعلاج كل الأمراض ومن بينها الأمراض النفسية وفي فترات متأخرة من التاريخ أصبحت مكانا للمرضي النفسيين.

▪ البعـــد السيكولوجـــي فـي بنـــاء البيمارستـــان

لقد تمت عملية مراعاة البعد السيكولوجي بصورة دقيقة في تصميم وبناء البيمارستانات العربية وذلك كجزء من عملية العلاج النفسي للمرضى. لقد نشأت أول مصحة عقلية في تاريخ البشرية في بغداد، وتبعها بعد ذلك إنشاء مصحات نفسية أخرى (بيمارستانات) في دمشق وبعض المناطق والبلدان العربية. وفي هذه المستشفيات العربية كان المرضى النفسيون يتلقون معاملة إنسانية (بيرت، 1965، ابراهيم، 1985). فقد بنى الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك مستشفى في دمشق عام 707 ميلادية، وفي الفترة نفسها بنى مستشفى آخر في بغداد، وكان مستشفى النوري أو العتيق في حلب من أشهر المستشفيات، فقد خصص لكل مريض خادمان للعناية بنظافته، ولباسه، وطعامه، وتوجيهه للصلاة، وسماع القرآن الكريم، ثم المشي في الهواء الطلق، وبعدها الاستماع للألحان الشجية والموسيقي الهادئة.

ولقد وصف أحد المؤرخين زيارته لمستشفى نفساني بأن جو المستشفى يبعث على الراحة وتتوزع فيه نوافير المياه وسط الحدائق الجميلة، وتشمل برامجه العلاجية الغذاء الخاص والاستحمام والعقاقير والعطور وكانت الجوقات والفرق الموسيقية تعزف من الألحان ما يريح الأعصاب ويخفف المعاناة وعن طريق الأندلس عرفت أوربا المستشفيات النفسانية (كمال وسرحان، 1989). ويصف ابن أبي أصيبعة أنه كانت قاعات البيمارستانات فسيحة حسنة البناء وكان الماء فيها جاريا. وللبيمارستان صيدلية تسمى شرابخاناه ولها رئيس يسمى شيخ صيدلي البيمارستان، وللبيمارستان رئيس يسمى ساعور البيمارستان، ولكل قسم من أقسامه رئيس (عيسى، 1939).

ولقد كان للبيمارستان الارغوني، في حلب، تأثير كبير في تطوير العلوم الطبية وخاصة في مداواة الأمراض العقلية ومعالجة كل حالة على حدة، حتى إن البناء نفسه صمم عمرانيا بحيث يحجز كل مريض في غرفة خاصة به، وتقديم الدواء والمعالجة له بشكل علمي، وإن أجنحة البيمارستان الثلاثة معزولة عزلا كاملا لدرجة أنها تخنق كل صوت أو ضجيج يمكن أن يقلق راحة السكان المجاورين. أما الجناح الرئيسي الكبير فهو معد لإيواء المجانين الهادئين.

ذكر الطباخ في كتابه إعلام النبلاء فقال: " وقد بلغنا أنه كان في أطراف الصحن الخارجي، وعلى أطراف الحوض الذي وسطه أنواع الرياحين ليناظرها المجانين، وكانوا يأتون بآلات الطرب والمغنين فيداوون المجانين بها أيضا، وكذلك بقية الأجنحة فإن في ساحتها برك الماء أيضا مع النوافير، وجدران البرك سميكة وهي معدة لوضع أصص الأزهار والرياحين عليها، وبذلك يتأمن للمريض الهدوء الكامل، وصوت الماء المهدئ، ومنظر الزهر البهيج فيساعد ذلك على تهدئتهم وراحتهم" (حريتاني، 1982). وعندما يدخل المريض البيمارستان كانوا يعطونه حماما ويلبس ثيابا نظيفة، وترسل ثيابه القديمة إلى المخزن. ويبقى هؤلاء المرضي في البيمارستان حتى الشفاء التام. وكانوا يختبرون المريض قبل خروجه من البيمارستان معافا بأن يعطوه رغيفا كاملا ودجاجة كاملة دفعة

واحدة، فإذا أكل ذلك فهي علامة الشفاء التام. ثم يعطونه ثيابا جديدة ومبلغا من المال إذا كان فقيرا يكفيه العوز حتى يصبح قادرا على العمل (أنظر الهوني، 1986).

▪ التدريـــب الإكلينيكـــي فـــي البيمارستـــان

لم يكن البيمارستان مكانا فقط لإيواء المرضى وللعلاج النفسي إنما كان كذلك مكانا للتدريب السريري العملي بالنسبة للدارسين. وكان باستطاعة الطالب في العصر العباسي أن يلتحق سواء بمدارس مرتبطة بمستشفى مثل "العضدي" في بغداد و"النوري" في دمشق و"المنصوري" في القاهرة، وهي مجمعات كبيرة تضم جهازا طبيا كاملا، به الصيدلة ومخازن الأعشاب الطبية، ثم كانت المدارس الخاصة بمكتباتها وأساتذتها، من أطباء مشهورين، يدرسون بها الشروح المقتضبة، وفصول أبوقراط، ومسائل حنين بن إسحاق (سناغوستان، 1984).

ويعتبر البيمارستان مكانا للتعليم والتدريب فهناك روايات عن دروس كانت تقدم في بعض البيمارستانات كالبيمارستان العضدي في بغداد. وكان الإعداد الاستشفائي قرب سرير المريض، سواء أكان تمرينا أم تعليما، جزءا من الإعداد الطبي لعدد من الأطباء الذين تعلموا بطريقة تقليدية. وعموما كان الطلبة يلقون تشجيعا لاكتساب المعرفة السريرية (أنظر سميث، 1997). ويقول المجوسي الذي كان مؤسس البيمارستان العضدي في بغداد:"ومما ينبغي لطالب هذه الصناعة أن يكون ملازما للبيمارستانات ومواضع المرضى كثير المداولة لأمورهم وأحوالهم مع الأساتذة من الحذاق من الأطباء، كثير التفقد لأحوالهم والأمراض الظاهرة فيهم متذكرا لما كان قد قرأه من تلك الأحوال و ما يدل عليه من الخير والشر، فإنه إذا فعل ذلك بلغ من هذه الصناعة مبلغا حسنا (أنظر عيسى، 1939).

ولقد تابع ابن أبي أصيبعة أحد الأطباء وهو "الدخوار" في دمشق في أوائل القرن الثالث عشر للميلاد. فبعد أن يزور الدخوار مرضاه في البيمارستان وفي البلاط كان يجمع طلابه عنده في البيت، ويكلف أحدهم بقراءة مقالة طبية، ويتابع النص في نسخة أخرى، مصححا القراءة عند الضرورة، ومعقبا عليها بالشرح وبالمناقشة المناسبين لقدرات الاستيعاب عند كل واحد من تلاميذه. وفي أواخر حياته، جعل الدخوار في بيته، الواقع في حي الصاغة، وقفا لكي تقام فيه مدرسة للطب، وخصص لصيانتها ولدفع أجور المعلمين والطلبة مداخيل أملاكه الخاصة. وأوصى بأن يحل مكانه طبيب مشهور آخر هو "الرحبي". وفي سنة 628هـ 1231م أعطى الرحبي درسا تدشينيا أمام جمهرة من العلماء والفقهاء. وقد مارس أساتذة عديدون التدريس في هذه المؤسسة وكان يعينهم، على ما يبدو، حاكم دمشق.

لقد وضع البغدادي الذي توفي في بغداد 1232 في سيرة حياته الذاتية لوحة حية عن طرق التدريس في البيمارستانات. وعند قراءتها يسهل تصور الطلاب مجتمعين لقراءة مقالة بإشراف معلم يصحح أخطاء القراءة، ويوسع معنى النص، ويوضح ما التبس عليهم بمساعدة معلوماته وخبرته. وكان الهدف الأول هو الحفظ غيبا لمحتوى الكتاب لكن بعد استيعابه أولا، لأن الذاكرة تواكب ولكنها لا تنفي أبدا تمرين الذكاء. وكان هذا التدريس الأساس يستند، إذن، إلى القراءة والشرح والحفظ غيبا لمؤلفات كاملة: فشهادة السماع التي كانت تعطى أحيانا إجازة للطالب لكي ينقل بدوره النص المدروس، كانت تشكل تصديقا للاصغاء النبيه لدروس المعلم (أنظر جاكار، 1997).

لقد أنشئت في بغداد، في بداية القرن التاسع للميلاد المؤسسة المعروفة باسم "بيت الحكمة"، وكانت لها مكتبتها الخاصة. وكانت مهمتها تشجيع ترجمة النصوص العلمية. ولقد أرسلت بعثـة إلى القسطنطينيـة للحصول على المؤلفات. وكان على رأس المؤسسة يوحنا بن ماسويه الذي اشتهر بالإضافة لترجمته لبعض الكتب، بتأليفه لعدد ضخم من المقالات. وشملت كتاباته السيكولوجية داء الصرع. ويذكر بأنه كان يعقد مجلسا مع تلاميذته للمناقشة ومعاينة المرضى. وكان يجذب الكثير من الحضور في المناسبات نظرا لما اشتهر به من سرعة الخاطر والرد السريع (سميث، 1997).

▪ المعاييـــر الدقيقـــة فـــي اختيـــار المعالجيـــن

تروي لنا الكتب الطبية بأن هناك معايير محددة لاختيار المعالجين للعمل في الطبابة وفي البيمارستانات. وكانت هناك دقة متناهية في اختيار الأطباء، خاصة ساعور أو رئيس البيمارستان. وكان لا يسمح للطبيب بممارسة الطب إلا بعد اجتياز الامتحان الذي ينظمه ساعور البيمارستان. وهناك امتحان يجرى يحدد كفاءة الأطباء وهناك عدد من المقالات المتعلقة بآداب مهنة الطب التي توصي بإجراء مقابلة مع الأطباء بهدف كشف ومنع المشعوذين. كما أن هناك بعض هذه الحالات التي يتعرض فيها الأطباء للامتحان الشفوي. هناك حالة تعود إلى القرن التاسع للميلاد فقد قدمت لائحة مغلوطة من العقاقير إلى الصيادلة المطلوب اختبارهم، وبنتيجة الامتحان استبعد جميع الذين لم يتعرفوا إلى العقاقير الرديئة.

وكانت الحالة الثانية ترجع لعام 931 عندما أجرى سنان بن ثابت بن قرة بناء لأمر من الخليفة، اختبارا عاما لجميع أطباء بغداد. أما الحالة الثالثة فهي منسوبة إلى ابن التلميذ عندما امتحن طبيبا طويل الباع في التجربة التطبيقية، لكنه وجد معلوماته النظرية ضعيفة جدا. صحيح أنه كتبت مقالات حول اختبارات الأطباء شملت أسئلة علم التشريح وفي نظرية الأمزجة وفي تشخيص الأمراض. إذ ألف ماسويه والرازي مقالات في هذه المواضيع. وكان كثير من المقالات تظهر في شكل أسئلة وأجوبة كمقالة حنين بن إسحاق الواسعة الانتشار "المسائل في الطب للمتعلمين"، ومقالة الرازي "كلام الفروق بين الأمراض" (أنظر سميث، 1997).

ويروي ابن أبي أصيبعة "أن عضد الدولة لما بنى البيمارستان العضدي المنسوب إليه، قصد أن يكون فيه جماعة من أفاضل الأطباء وأعيانهم، فأمر أن يحضروا له عدد الأطباء المشهورين حينئذ ببغداد وأعمالها، فكانوا متوافرين على المائة، فاختار منهم نحو خمسين بحسب ما علم من جودة أحوالهم وتمهرهم في صناعة الطب. فكان الرازي، منهم ثم إنه اقتصر من هؤلاء أيضا على عشرة ، فكان الرازي منهم. ثم اختار من العشرة ثلاثة فكان الرازي أحدهم، ثم إنه ميز فيما بينهم فبان له أن الرازي أفضلهم، فجعله ساعور البيمارستان العضدي" (2 -243-244). وكان كذلك من أشهر هؤلاء الرؤساء في بغداد سنان بن ثابت بن قرة كما يذكر ابن جلجل في طبقات الأطباء، والذي أوعز إليه الخليفة المقتدر بأن يمتحن كل الأطباء ويعطي الاجازات الطبية لمن توفرت فيهم الأهلية فقط (حتي، 1980).

▪ السيكوفارماكولوجيـــــا

تتكون سيكوفارماكولوجي من مقطعين "سيكو" من سيكولوجي و"فارماكولوجي" وهي استخدام العقاقير في مجال علاج الاضطرابات النفسية. وعموما اهتم علماء التراث بالأدوية المفردة والأدوية المركبة، كما اهتموا بإجراء التجارب على الحيوان وتطبيقها على مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية للتأكد من فعالية وصلاحية العقاقير، كما انتبهوا لمضاعفات الدواء وحجم الألم الناتج، وحددوا بعض المهدئات والمفرحات كأول مضادات للاكتئاب كما أشاروا لسوء استخدام العقاقير الطبية فضلا عن استخدام بعض المخدرات في مجال التخدير في حالة إجراء العمليات الجراحية.

ولعل من أشهر الصيادلة العرب ضياء الدين البيطار، وداؤود الأنطاكي،

ورشيد الدين بن الصوري. ولم تصبح الصيدلة علما مميزا يسمى علم تركيب الأدوية إلا على يد العالم العربي الكندي المتوفى عام 860 م، كما اعتبر ابن سهل النيسابوري المتوفى عام 869 م، أقدم من صنف العقاقير الطبية، حتى صار علما منفردا في المدرسة العربية، والذي أدخله لأول مرة الطبيب العربي يوحنا بن ماسويه، كمادة تدريس طبية، في القرنين العاشر والحادي عشر الميلاديين، ومنذ ذلك التاريخ أصبحت الكتب العربية في علم الصيدلة، هي كتب التدريس في الصيدلة، ومن أهمها كناش يحيى بن سيرابيون، الذي عرف في اللاتينية باسم (سيرابيون) (أنظر الهوني، 1986).

واستعمل الأطباء المسلمون الحيوانات لتجربة تأثير الأدوية، مما مكنهم من معرفة اختلاف الأدوية من حيث القوة، وسرعة التأثير على الإنسان والحيوان، ولكنهم اقتنعوا بأن ما يمكن أن يصلح للحيوان قد لا يصلح للإنسان، ولذلك لا بد من تجربة الدواء على بدن الإنسان أيضا (الهوني، 1986). ولقد ذكرنا سابقا عملية تجريب الأدوية على الحيوان ولأهمية ذلك سوف نقتبس مقطعا مطولا من ابن سينا الذي قال: " أن تكون التجربة على بدن الإنسان، فإنه إن جرب على غير بدن الإنسان، جاز أن يختلف من وجهين: أحدهما، أنه قد يجوز أن الدواء بالقياس إلى بدن الإنسان حار، وبالقياس إلى بدن الأسد والفرس بارد، إذا كان الدواء أسخن من الإنسان وأبرد من الأسد والفرس، ويشبه فيما أظن أن يكون الروند شديد البرد بالقياس إلى الفرس، وهو بالقياس إلى الإنسان حار، والثاني قد يجوز أن يكون له بالقياس إلى أحد البدنين خاصية ليست بالقياس إلى البدن الثاني مثل البيض فإن له بالقياس إلى بدن الإنسان خاصية السمية، وليست له بالقياس إلى بدن الزرازير" (ج . 1 ص .225).

ولم يكتف الأطباء العرب بمجرد التجريب المقارن للأدوية بين الحيوان والإنسان بل قاموا بإجراء بعض التجارب بصورة دقيقة من خلال تصنيف المرضى لمجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية. مثلا، يختلف الرازي عن الأطباء اليونانيين ، في الاهتمام بالتجربة الموجهة، ومثال ذلك، أنه عندما أراد أن يتحقق من أثر الفصد كعلاج لمرض السرسام (ورم في الدماغ)، أنه جعل مرضاه على مجموعتين، عالج إحداهما بالفصد، والثانية بدونه، ثم راقب النتائج على أفرادهما، إلى أن وصل إلى حكم في قيمة العلاج، وهو نفس ما يتفق مع قواعد التجربة، عند بيكون، ونتيجة لأهمية التجربة عنده قام بنفسه بإجراء بعض التجارب الطبية على الحيوان وخاصة القرود، باعتبارها من حيث الشبه بالإنسان، كما يفعل الطب الحديث الذي يفضل إجراء التجارب العلمية على الحيوانات قبل إجرائها على الإنسان (الهوني، 1986).

إن علم الأدوية الذي عرضه ابن سينا في كتاب القانون يضع في سياق دقيق مسألة التأثير الفعلي للصفات الأولية. ولقد أنشأ جان دو سانت أماند في شرحه والذي حلله ما يكل ماك فوغ نظاما يرجع بشكل محدود إلى الصفات الأولية، مع الاعتراف بعدم إمكانية التكهن بالخاصة الفاعلة لدواء مركب. وفي نهاية "التخمير" الذي تتعرض له النباتات المكونة، ينشأ مبدأ جديد فاعل من "الشكل التام"، إلا أن آثارا لكل صفة تبقى وفق النسبة التي كانت تملكها في التركيبة الأصلية. و

كقاعدة عامة، أن جاك دو سانت يأخذ بخاصة من ابن سينا ما يتعلق بعلم العلاج، ويعود بشكل أساسي إلى المقالتين الثانية والخامسة من كتاب القانون (جالكار، 1997). يقول ابن سينا في مقدمة الكتاب الخامس في الأدوية المركبة وهو الاقرباذين: "لقد فرغنا في الكتب الأربعة من ذكر العلم النظري والعملي الحافظ للصحة والعملي المعيد للصحة، وحان لنا أن نختتم القانون بالكتاب الخامس المصنف في الأدوية المركبة ليكون كالاقرباذين للكتاب وقسمنا هذا الكتاب إلى مقالة علمية نشير فيها إلى أصول علم التركيب وإلى جملتين: جملة في المركبات الراتبة في القرباذينات، وجملة في الأدوية المركبة المجربة في مرض مرض ".

ولقد استخدم علماء التراث العربي الإسلامي بعض العقاقير، وقد أطلقوا على بعضها اسم المفرحات، والتي قد تكون أول مضادات الاكتئاب في تاريخ الطب (كمال وسرحان، 1989). والمفرحات في علم النفس الحديث هي أشبه بالمنبهات، وهي التي تنبه وظائف الجهاز العصبي المركزي، وتزيد من الطاقة الجسمية والعقلية. ولها مفعول مضاد للخمول والاكتئاب. وهي تشعر المريض بالتحسن والانشراح وترفع من روحه المعنوية. ومن أمثلتها امفيتامين وتوفرانيل وتريبتيزول (زهران، 1978). ووصف الأدوية حسب أفعالها، كما عند ابن سينا، يوضح الدلالة السيكولوجية لبعضها، مثلا، الملطف، والمرخي، والمقوي، والرادع، والمخدر.

ومن الأدوية المستخدمة لتخفيف الألم والتي وصفها ابن سينا في كتاب القانون المخدرات وأقواها الأفيون. ومن جملتها الفاح، وبزره، وقشور أصله، والخشخاشان، والبنج، والشوكران، وعنب الثعلب المخدر، وبزر الخس. ويشير ابن سينا لأهمية الحدس ما بين مدة ثبات القوة أو مدة الوجع. ويجب تحديد أي الحالتين أضر: الوجع أم الغاية المتوقعة في التخدير، فيؤثر تقديم ما هو أصوب. فربما كان الوجع إن بقي قتل بشدته وبعظمه. والتخدير بما يقتل وإن أضر من وجه آخر. وحسب رأي ابن سينا هناك أهمية في النظر في تركيب المخدر وكيفية استعمال أسهله، وتستعمل مركبه مع ترياقاته. إلا أن يكون الأمر عظيما جدا، فتحتاج إلى تخدير قوي. ووفقا لابن سينا فالمخدرات قد تسكن الوجع بما تنوم، فإن النوم أحد أسباب سكون الوجع، وخصوصا إذا استعمل الجوع معه في وجع مادي.

فقد تناول ابن الجزار في الباب التاسع عشر من كتاب زاد المسافر موضوع النبيذ، وحالات السكر الحادة دون حالات الإدمان المزمن يقول: "أعلم أنه ينبغي لشارب النبيذ أن لا يتجاوز فيه مقدار طاقته ويحذر منه ما يخرج منه إلى حد السكر لئلا تكون أفعاله غير سالمة ولا محمودة، ولكن ينبغي لشاربه أن يتفقد نفسه وبدنه في شربه إياه تفقدا شديدا فمتى أنكر رأيه وفكره وحركات بدنه وقوته أمسك عن شربه ولم يمعن فيه حتى يصير إلى السكر إنما يكون بخارات غليظة فيه غير نضجة ترتفع إلى الدماغ فتستره كما يستر السحاب الشمس، فيحول ذلك البخار بين العقل ويسبب النعاس ويفسد الفكر والرؤية". وتتضح صورة وموضوع التدبير النفسي في التراث العربي الإسلامي بالمؤسسات التي ترعاه فما هي هذه المؤسسات؟

ولقد لاحظ البيروني سوء استعمال العقاقير المخدرة والتي تسبب اعتيادا يصعب التخلص منه؛ إذ إن الكثيرين أخذوا بتعاطي الأفيون والحشيش ليس لأجل المداواة والشفاء فحسب بل كمخدرات إن المؤلف يشبه الشخص المسترسل والمستهتر في شهواته "كمثل المخمور في العقارات" المسببة للهلوسة والاعتياد والتي بعد فقدان تأثيراتها يعود مرة أخرى راجعا إليها ويلح يطلبها. وفي هذا نجد دليلا آخر على تمكن استعمال مثل هذه الأدوية المخدرة وانتشارها وعلائم ومجريات الاعتياد عليها في عصره والذي كان شاهد عيان لأثرها وما تورث متعاطيها من سلب الإرادة للمقاومة و الانصياع (حمارنة، 1983).

وفي التراث السيكولوجي عرفت قدرة الأفيون على التنويم والتخدير وقدم بعض المؤرخين المحدثين للطب فرضية تقول باستعمال العرب لهذه المخدرات لإفقاد المريض وعيه بشكل تام قبل إجراء العملية. وانطلاقا من بعض الكتابات الفارسية الصفوية أن مركبات ربما كانت قد استخدمت لإحداث تخدير شبيه بحالة اللاوعي (أنظر ماجنو، 1973). وتشير هونكه لاستعمـال الأطباء العرب أنواعـا مختلفة من وسائل التخديـر فاستعملوا

الأفيون والحشيش. أما أهم أنواع التخدير عندهم فكان استخدام الاستنشاق بواسطة ما يسمى (الاسفنج المنوم) الذي يغمر بمواد عطرية ومنومة ويحفظ ويبلل قبل استعماله للتخدير، ثم يوضع فوق الفم والأنف (هونكة،1993).

■ مميـزات البيمارستانـــات العربيـــة

استنادا إلى الحقائق التاريخية عن إنشاء البيمارستانات في الحضارة العربية الإسلامية يمكن أن نلخص بعض النقاط التي توضح مميزات هذه البيمارستانات العقلية والتي قد تأسست لأول مرة في تاريخ البشرية.

- **أولا**: يعتبر البيمارستان أحد أهم المؤسسات في تاريخ الحضارة العربية الإسلامية. وعموما كان هناك دافع أخلاقي هو معالجة الأمراض العقلية بصرف النظر عن الوضع المادي للمريض. وكانت البيمارستانات مؤسسات مدنية على نطاق واسع، ومفتوحة أمام الجميع.

- **ثانيا**: كانت ميزانية البيمارستانات تأتي بصورة عامة من ريع الأوقاف. فضلا عن ذلك كانت تقدم بعض التبرعات للبيمارستان من الحكام والأغنياء. ويغطي الريع مع التبرعات تكاليف تكلفة استمرارية المؤسسة وصيانتها، وتكاليف العلاج والأطعمة ونفقات بعض الأطباء والعمال بالإضافة لبعض المساعدات المالية الصغيرة للمرضى.

- **ثالثا**: كانت وضعية البيمارستانات وتبعا لذلك وضعية المرضى العقليين في المجتمع العربي الإسلامي وضعية ممتازة مقارنة بأوضاع المرضى النفسانيين "المجانين" في أوربا المسيحية حيث كانوا يحرقون، أو يلفون بالسلاسل في الأقبية المظلمة حتى الموت أو يوضعون في السجن أو برج المجانين.

- **رابعا**: تم تشييد هذه البيمارستانات بمراعاة صلاحية المكان الصحية. ويذكر ابن ابي اصيبعة أن عضد الدولة استشار الرازي في الموضع الذي يجب أن يبنى فيه البيمارستان، وأن الرازي أمر بعض الغلمان أن يعلق في كل ناحية من جانبي بغداد شقة لحم، ثم اعتبر التي لم يتغير ولم يسهك فيها اللحم بسرعة، فأشار بأن يبنى في تلك الناحية وهو الموضع الذي بني فيه البيمارستان.

- **خامسا**: مراعاة البعد السيكولوجي المعماري في بناء البيمارستانات من حيث ملاءمة المبنى للظروف الخاصة بالعلاج النفسي مثل تهيئة البرك والمياه الجارية والنوافير والحمامات، وبناء الحدائق والاهتمام بالتزهير، وحسن المنظر العام للمباني، وفسحة المباني ومراعاة الهدوء المكاني الكامل للمريض الواحد وكذلك مراعاة السكان المجاورين للبيمارستان.

- **سادسا**: يعتبر البيمارستان مكانا للتدريب على العلاج النفسي. فلقد لعبت البيمارستانات دورا أساسا في استيعاب وممارسة الطب السريري وكان الأطباء ينصحون طلاب الطب بالتردد على البيمارستان ومقابلة المرضى وتطبيق العلوم النظرية التي اكتسبوها عمليا في الميدان.

- **سابعا**: كانت تجرى المقابلات والاختبارات الطبية والسيكولوجية لتحديد كفاءة الأطباء كما لا يسمح بممارسة العلاج عامة والعلاج النفسي إلا بعد اجتياز الامتحانات اللازمة. كما كانت تتم عملية اختبار المعلومات النظرية والتطبيقية فضلا عن عمليات كشف المشعوذين. وتتضمن الاختبارات أسئلة عن نظرية الأمزجة وعن التشخيص والتشخيص الفارق.

- **ثامنا**: قامت هذه البيمارستانات على عدة قواعد تراعي طبيعة ووظيفة هذه المؤسسة، وكانت النظرة للبيمارستان نظرة شمولية تراعي جميع أوجه العملية العلاجية من خلال توفير المعدات والأدوية والأطعمة والأشربة والملابس والمشرفين والخدم والفراشين والأطباء والصيادلة. وإذا تأكد صحة هذا الوصف فيفوق ذلك الوضع الحالي لبعض المصحات النفسية في الوطن العربي، مثلا، مصحة كوبر ومستشفى التجاني الماحي للطب النفسي في السودان.

- **تاسعا**: كان تقسيم البيمارستانات لعيادة نفسية خارجية وعيادة داخلية. وكانت طريقة الفحص في البيمارستان تجري بشكل منظم، بحيث يفحص المرضى أولا في القاعة الخارجية، فمن كان منهم بحالة مرض خفيف يكتب له العلاج، ويصرف من صيدلية البيمارستان، أما الذي هو بحاجة إلى المعالجة في البيمارستان، فكانوا يدخلونه إليه (النظر الهوني، 1986).

- **عاشرا**: تصنيف المرضى حسب نوعية الأمراض (الاضطرابات) النفسية أو العقلية مثلا قسم المموريين (المانيا) أو (الجنون السبعي). كما أن هناك تصنيفا آخر حسب درجة المرض مثلا إيواء المجانين الهادئين في مكان منفصل من المجانين غير الهادئين. ويشبه ذلك تصنيف الدرجات الحالي للمرضى النفسانيين في مصحات العلاج النفسي.

- **أحد عشـر**: كانت النظرة للتدبير النفسي نظرة كلية حيث تستخدم جوانب مختلفة مثل العلاج بالأعشاب، العلاج بالموسيقي والغناء، والعلاج بالأكل والشراب، والعلاج النفسي، والعلاج الروحي من خلال توظيف وظيفة الصلاة وتلاوة القرآن وفوق كل ذلك العلاج بالعقاقير السيكوفارماكولوجية.

■ المصـــادر والمراجـــع

- ابن أبي أصيبعة (1956). عيون الأنباء في طبقات الأطباء. بيروت: دار الفكر
- ابن سينا، الشيخ الرئيس أبوعلي (980- 1036). النجاة. تحقيق سليمان دنيا (1336). القاهرة: مطبعة السعادة.
- ابن سينا، الشيخ الرئيس أبوعلي (980 - 1036). الشفاء. تحقيق ومراجعة جورج قنواتي وسعيد زايد (1975). القاهرة: الهيئة المصرية للكتاب.
- ابن سينا، الشيخ الرئيس أبو علي (980 - 1036) . القانون في الطب. بيروت: دار صادر .
- ابن قرة، ثابت (1938). الذخيرة في علم الطب. القاهرة: المطبعة الأميرية .
- بيرت، سيريل (1965). كيف يعمل العقل؟ ترجمة محمد خلف الله. القاهرة: لجنة التأليف والترجمة والنشر.
- جاكار، دانيال (1997). تأثير الطب العربي في الغرب خلال القرون الوسطى. في موسوعة تاريخ العلوم العربية. إشراف رشدي راشد بمعاونة ريجيس مورلون. الجزء الثالث (ص. 1225-1255). بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية ومؤسسة عبد الحميد شومان.
- حتي، فيليب (1980). العرب: تاريخ موجز. بيروت: دار العلم للملايين.
- حريتاني، محمود (1982). البيمارستان في حلب ودوره في تقدم العلوم الطبية عند العرب (ص. 261 - 267). أبحاث المؤتمر السنوي الخامس لتاريخ العلوم عند العرب، 13- 14 أيار ، 1981، حلب، جامعة حلب.
- حمارنة، سامي (1983). كتاب الجماهر في معرفة الجواهر للبيروني. مجلة تاريخ العلوم العربية، 7 ، 3-38.
- الرازي، محمد بن زكريا (251 - 313 هجرية). الحاوي في الطب. حيدر أباد: مطبعة مجلس دائرة المعارف العثمانية.
- الرازي، محمد بن زكريا (251 - 313 هجرية). كتاب ما الفارق أو الفروق أو كلام في الفروق بين الأمراض. تقديم وتحقيق ونشـر سلمان قطايـة

(1978). حلب: جامعة حلب.
- زهران، حامد (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- سميث، أميلي (1997). الطب. في موسوعة تاريخ العلوم العربية. إشراف رشدي راشد بمعاونة ريجيس مورلون. الجزء الثالث (ص. 1151-1224). بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية ومؤسسة عبد الحميد شومان.
- سناغوستان، فلوريال (1984). اتجاهات حالية في الطب العربي التقليدي. مجلة تاريخ العلوم العربية، 8، 59- 65.
- العمري، عبد الله (1990). تاريخ العلم عند العرب. عمان: مجدلاوي.
- عيسى، أحمد (1939). تاريخ البيمارستانات في الإسلام. دمشق: المطبعة الياسمينية.
- كاشدان، شيلدون (1984). علم نفس الشواذ. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة. بيروت: دار الشروق.
- كمال، علي، وسرحان، وليد (1989). مآثر الحضارة العربية الإسلامية في الطب النفساني. المجلة العربية للطب النفسي، 1، 59 - 63.
- مرحبا، محمد عبد الرحمن (1989). بعض الإيجابيات في تصور علم النفس عند ابن سينا (ص . 239 - 258). أبحاث المؤتمر السنوي العاشر لتاريخ العلوم عند العرب، 22 - 24 نيسان 1986، اللاذقية سوريا.
- هونكة، زيغريد (1993). شمس العرب تسطع على الغرب: أثر الحضارة العربية في أوربة. نقله عن الألمانية فاروق بيضون وكمال دسوقي. بيروت: دار الجيل.
- الهوني، فرج (1986). تاريخ الطب في الحضارة العربية الإسلامية. مصراتة: الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان.
- Majno, G. (1973). The healing hand: Man and Wound in ancient world. Cambridge, Mas.: Harvard University Press.

Psychanalyse à l'Université : l'expérience tunisienne

Riadh BEN REJEB- psychologie –Tunis, TUNISIE*

Riadhbrejeb@yahoo.fr

Ce texte traite d'un sujet classique: l'enseignement de la psychanalyse (théorie et pratique) incombe-t-il aux associations et aux sociétés savantes, à l'université, ou aux deux? Après avoir rappelé l'histoire de la création des différentes sociétés psychanalytiques, les différentes relations qui ont existé entre la psychanalyse et l'université (Budapest, Vienne, Paris VIII -Vincennes, Paris VII) et l'histoire de la psychanalyse en Tunisie, l'auteur propose un témoignage personnel d'une expérience professionnelle originale menée au sein de l'Université de Tunis de 2001 à 2004. Il s'agit de l'introduction du psychodrame psychanalytique individuel (PPI) et de la psychanalyse dans les locaux de la Faculté des sciences humaines et sociales de Tunis. L'auteur traite en filigrane des différents types de mouvements qui peuvent marquer ce genre d'initiative: réticence, opposition, résistance, rupture, etc.

▪ Introduction :

Psychanalyse à l'université. Voilà un titre bien polémique. Il rappelle d'abord l'introduction de la psychanalyse à l'université Paris VIII à Vincennes dès 1969 sous forme d'enseignement théorique effectué sous l'égide de Jacques Lacan dans le cadre d'un département de psychanalyse dirigé alors par Serge Leclaire. Il renvoie aussi à Jean Laplanche, le psychanalyste universitaire, et à l'introduction de l'enseignement de la psychanalyse en tant que « matière », « module », « cursus » voire « un diplôme » à l'Université de Paris VII pratiquement à la même période. *Psychanalyse à l'université,* c'est aussi le nom d'une célèbre revue de psychanalyse lancée à Paris VII. Un sujet de taille était déjà au cœur des débats: L'enseignement de la psychanalyse incombe-t-il aux associations et sociétés savantes, à l'université, ou aux deux ?

▪ Rappel historique:

Durant sa carrière de chercheur zoologiste puis de neurologue et enfin de psychanalyste, Sigmund Freud a toujours été fasciné par la célébrité et attiré par la faculté.

Son cursus a été marqué par sa nomination dans le grade de *Privatdozent* en neurologie en 1885 et *Professeur* en 1902. Cependant, il n'a jamais occupé de poste à responsabilité universitaire. En 1909, le Professeur Freud part aux Etats-Unis présenter une série de conférences à la Clark University de Worcester, dans le Massachusetts CFreud, 1909). L'enseignement freudien de la psychanalyse transmettait lors des réunions du mercredi puis à la Société psychanalytique de Vienne et l'Association Psychanalytique Internationale (IPA[2]).

C'est plutôt à un proche compagnon du maître que fut confiée la tâche d'enseignement de la psychanalyse à l'université. En effet, Sandor Ferenczi a eu l'avantage, le privilège et l'honneur d'obtenir la première « chaire de psychanalyse » à l'Université de Budapest en Hongrie dès 1919. C'était officiellement la première chaire universitaire d'enseignement de la psychanalyse au monde. Freud écrit la même année un texte intitulé « Doit-on enseigner la psychanalyse à l'Université ? » (Freud, 1919)[3]. Pour des raisons politiques, l'expérience hongroise n'a malheureusement pas duré longtemps. C'est pourquoi des psychanalystes ont généralement préféré transmettre leur savoir et leur technique dans un cadre associatif. En France, la Société Psychanalytique de Paris (SPP), fondée en 1926, s'était constituée son « Institut » en 1934. Il avait pour mission principale la formation théorique, la transmission d'un savoir, le contrôle, etc. Jacques Lacan s'oppose à ce modèle « institutionnel » de formation des analystes tel qu'il a été conçu par la SPP et fonde en 1964 l'Ecole Freudienne de Paris (EFP) qui propose un modèle moins rigide au niveau de la formation des analystes. C'est entre autres, ce qui lui a valu l'exclusion de l'IPA.

On le voit clairement, chaque société savante se chargeait de transmettre le savoir théorique et technique psychanalytique caractéristique de son école, notamment en l'absence de réalisation de cette mission de la part de l'urùversité. Car, on peut dire, théoriquement, que si la psychanalyse était enseignée à l'université, il n'y aurait peut-être pas lieu que les associations assument cette tâche. En fait, les choses ne sont pas si simples, car s'il peut y avoir plusieurs tendances et écoles analytiques à travers les groupements et associations, il faudrait une représentation et une sorte de « distribution » de ces mêmes mouvances au niveau des universités, des facultés, des départements, des villes, etc., ce qui n'est pas évident.

Cependant, plusieurs grands noms de la psychanalyse française ont milité dans les deux sens (associations privées et université) Jean Laplanche, Didier Anzieu, Pierre Fedida, Roland Gori, René Kaës, etc. D'autres considèrent que l'université constitue en elle-même une couverture institutionnelle qui peut dispenser le psychanalyste universitaire de travailler dans un réseau parallèle. Son appartenance au corps académique fait de lui une personne chargée de transmettre un savoir. C'est une position défendue entre autres par Philippe Gutton.[4]

▪ La psychanalyse à l'université de Tunis :

Après ce bref rappel historique, on peut se poser la question: qu'en est-il de la psychanalyse en Tunisie et plus particulièrement à l'Université de Tunis?

Je propose dans ce qui suit un témoignage personnel d'une expérience originale et unique. Une expérience à la fois courageuse et courte, menée à l'Université de Tunis de 2001 à 2004.

Ayant moi-même une formation clinique psychanalytique notamment de l'enfant et de l'adolescent (auprès de Serge Lebovici à l'Université de Bobigny, de l'équipe de Roger . Mises à la Fondation Vallée à Gentilly, de l'équipe de Jacques Angelèrgues au Centre Alfred Binet, etc.), et ayant accédé dès 1998 au titre universitaire de Maître de conférence, qui permettait de fonder une Unité de recherche, j'ai saisi cette occasion pour proposer aux autorités chargées de l'enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, la constitution d'une Unité de recherche que j'avais d'abord nommée modestement et prudemment Unité de Recherche en Psychopathologie du Dêvelopement (URPD). C'était en 1998. Une fois l'autorisation accordée, j'ai proposé rapidement de changer l'appellation de l'Unité de recherche qui est devenu Unité de Recherche en Psychopathologie Clinique (URPC). Depuis, *l'URPC* dispose d'un code (99/UR/02-01) et d'un budget et est rattachée directement à la Direction Générale de la Recherche Scientifique et Technique (DGRST) relevant du ministère de l'Enseignement supérieur.

> L'idée de consacrer un colloque sur « la psychanalyse, a souvent provoqué une autre réaction de résistance « pas pour l'instant », pouvait-on entendre. Il fallait encore attendre. Attendre quoi ? Des circonstances intellectuelles plus favorables ? Des courants idéologiques permissifs ? La bénédiction de certaines autorités scientifiques et/ou religieuses ?...

L'appellation « URPC » reflétait en soi une certaine prudence personnelle par rapport au mot *psychanalyse* dans un contexte où celle-ci a de toute évidence beaucoup de mal à se trouver une place. Aussi, je ne voulais ni choquer, ni provoque les instances académiques et scientifique tunisiennes qui étaient chargées déjuger moi projet en proposant par exemple l'appellation « Unité de recherche en psychanalyse », ce qui risquait du coup de me faire voir refuser la possibilité d'avoir une Unité de recherche. L'histoire locale justifie mon attitude et d'autres auteurs essaient de traiter des aspects *résistance, méfiance et prudence* par rapport à la psychanalyse en Tunisie.
Il me suffit de citer l'apport considérable de deux psychiatres : Mohamed Ghorbel des 1979, suivi de près par Mohamed Halayem en 1982. Ces deux praticiens qui ont eu la chance d'avoir commencé en même temps la pratique de la psychanalyse ont eu du mal à persévérer pour la faire avancer d'une façon ferme et sereine. M. Ghorbal a cependant le mérite d'avoir introduit l'enseignement de la psychanalyse au sein du cursus des étudiants de psychologie à l'université de Tunis. Il a lancé un séminaire « du mercredi soir » dans son service à l'hôpital Razi avec pour objectif principal « l'approche psychanalytique des névroses en Tunisie ». Et il a fait l'effort de théoriser autour de la notion de « personnalité maghrébine » à travers de nombreuses publications psychanalytiques (Ghorbal, 1977,1980,1981a, 1981b, 1983). Il est curieux de relever le fait qu'ayant décidé de quitter complètement la fonction publique (l'hôpital et l'Université) pour se consacrer à son activité de pratique clinique, Ghorbal n'a plus rien écrit. Quant à M.Halayem, il a fondé une « Société d'etudes et de Recherches en Psychanalyse » (SERP) en 1987, qui a eu une *éphémère destinée.*[5] En 2001, un groupe de cliniciens composé de psychologues et de psychiatres a réussi à constituer une association psychanalytique d'orientation jungienne; « l'Association Tunisienne d'études en Psychologie Analytique ». Les maîtres d'œuvre de cette création sont Radhia Ben Mabrouk et Hachmi Dhaoui. Des séminaires et des analyses se font depuis à un rythme régulier avec des membres de sociétés jungiennes étrangères.

Convaincu moi-même de l'utilité et la nécessité de participer à l'introduction de la Psychanalyse en Tunisie par le biais de la Faculté, j'ai commencé à organiser, sous la couverture de *l'URPC,* des colloques internationaux annuels. Les thématiques sont pluridisciplinaires l'éthique en psychologie[6] (janvier 2001), le destin[7] (janvier 2002), la dette[8] (janvier 2003) ; de l'image à l'imaginaire (février 2004). Le colloque programmé pour février 2005 traite du rituel. La psychanalyse est fortement présente à ces colloques à travers la participation d'analystes étrangers tels que Colette Chiland, Gérard Haddad, Philippe Gutton, Serge Tisseron, Nicole Geblesco, Elisabeth Geblesco, Francine Beddock, Françoise Labridy, Patrice Dubus, José Morel, Lidia Tarantini, Kathy Saada, Catherine Cyssau, Béatrice Bachy-Duquesne. Un premier constat, c'est le fait que ces analystes appartiennent à des orientations théoriques différentes. J'ai voulu, de par mon cursus personnel, me situer au delà des clivages et des querelles d'écoles. Lors de leur passage à Tunis, certains de ces intervenants ont été sollicités pour présenter des conférences à la faculté sur un des sujets psychanalytiques suivants: la relation d'objet, le stade du miroir, la psychanalyse de l'adolescent, etc. (Gérard Haddad, Philippe Gutton). D'autres ont participé à des jurys de soutenance de mémoires de DEA (Colette Chiland, Catherine Cysmu) ou de DESS (Patrice Dubus).

L'idée de consacrer un colloque à « la Psychanalyse » a souvent provoqué une autre réaction de résistance: « pas pour l'instant », pouvait--on entendre. Il fallait encore attendre. Attendre quoi ? Des circonstances intellectuelles plus favorables? Des courants idéologiques permissifs ? La bénédiction de certaines autorités scientifiques et/ou religieuses ? Attendre qu'il y ait un nombre suffisant d'analystes tunisiens « reconnus » ? Autant de pseudo-raisons qui font endosser, à tort à mon avis, les résistances à la « culture « arabo-musulmane ».

Parallèlement aux colloques annuels, et voulant remplir le « temps mort », ce manque, j'ai pris à ma charge de réunir des psychologues et des psychiatres travaillant dans le public et le privé, universitaires et non universitaires, autour d'une formation en psychothérapie psychanalytique, au psyhodrame psychanalytique individuel (PPI) et à la psychanalyse. Ce travail a fonctionné d'octobre 2001 jusqu'à février 2004. Cette formation était animée par le Docteur Patrick Delaroche à raison d'une fois par mois.

Patrick Delaroche est pédopsychiatre et psychanalyste, ancien membre de l'ex-école Freudienne de Paris, fondée par Jacques Lacan. Il est membre d'Espace Analytique, société fondée par Maud Mannoni. Il est l'auteur de nombreux ouvrages.[9]

La formation s'est déroulée sous ma responsabilité en tant que professeur et sous la couverture officielle de l'URPC et donc de l'université de Tunis. Cette formation s'est échelonnée sur une période de trois ans. Et il y a eu au total 24 sessions de formation. L'organisation de ces sessions relevait d'une gageure. A peine une session était-elle terminée, il fallait préparer la suivante. Ces sessions se déroulaient d'abord à Carthage dans les locaux de la fondation *Beit-al-Hikma* dont le president n'est autre que le professeur Abdelwahab Bouhdiba[10], puis à l'espace culturel Sophonisbe, ensuite dans des hôtels, pour atterir enfin a la faculté. Et il fallait mobiliser beaucoup d'energie pour l'organisation materielle, l'information et les invitations. Et étant donné la proximité des sessions, les multiples engagements des uns et des autres et afin de ne pas perturber le cours normal de l'utilisation des locaux de la Faculté, il fallait travailler les après-midi des fins de semaines, voire même les soirées (durant le mois de Ramadan).

Lors de ces sessions de formation, il y avait d'abord des conférences présentées par Patrick Delaroche. Elle étaient ouvertes et destinées au grand public. Delaroche traitait de

thématiques diverses: « La technique psychanalytique face aux résistances » ; « les indications du psychodrame en fonction des défenses contre la psychanalyse » ; « le concept et la clinique du narcissisme », « la formation des psychanalystes » ; « les paradoxes de la guérison » ; « de la psychothérapie à la psychanalyse », « guérir la répétition », etc. Il y avait également des cours à l'intention des étudiants du DEA et de DESS de psychologie durant lesquels Patrick Delaroche essayait de les sensibiliser aux différentes techniques psychothérapeutiques et notamment à la psychanalyse et au psychodrame psychanalytique individuel.

Outre les conférences, les sessions comprenaient des réunions fermées de présentation de cas cliniques, de visionnage de bandes vidéo, de jeu de psychodrame, de contrôle. C'était le volet « clinique » qui se poursuivait par des stages à Paris dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent où est pratiqué le PPI (service du Pr. Philippe Mazet à la Salpetrière) et le CMPP de Ville d'Avray (Médecin-directeur Patrick Delaroche).

Mais il y avait aussi le volet « théorique » qui se manifestait à travers la présentation d'exposés, la lecture des textes psychanalytiques (dont ceux de S. Freud, M. Klein, M. Balint, J. Lacan) et le travail des concepts et notions de base (désir, stade du miroir, signifiant, relation d'objet, etc.). La Faculté des Sciences humaines et sociales de Tunis était devenue du coup un véritable « laboratoire » de la psychanalyse, un lieu de consultation, et des collègues (psychologues, psychiatres, chefs de service ou autres) travaillant dans le secteur privé mais aussi public n'hésitaient pas à nous adresser des « cas difficiles » pour explorations par le biais du PPI ou pour avis clinique. A ma connaissance, jamais cette Faculté, ni aucune autre Faculté tunisienne d'ailleurs, n'ont eu autant de chance de s'être lancée dans la pratique de la clinique.

Parallèlement à ces sessions, l'URPC avait mis en place un groupe qui organisait des séances de lecture de textes psychanalytiques, des séances de visionnage vidéo, notamment la projection des conférences de Patrick Delaroche pour mieux les discuter, et des séances d'exposés pour présenter et discuter les notions psychanalytiques par rapport à leur date d'apparition dans l'oeuvre de Freud (dont notamment l'angoisse, la libido, l'objet, les point de vue topiques, la pulsion, les instances psychiques, les mécanismes de défense, etc.). La tout se déroulait au cours de « réunions du mercredi soir » . Autant d'excellentes rencontres qui ont permis des échanges fructueux entre les membres du groupe tunisien qui faisait circuler et diffuser des informations scientifiques diverses autour de la psychanalyse, la découverte de tel au tel ouvrage[11], l'organisation de tel congrès, séminaire, colloque, formation, etc.

> La psychanalyse reste du coup associée, drolement à un problème d'étique marqué par un manque de confiance. En 1992, une loi fixait l'exercice de la profession de psychologue de libre pratique et en 1993, une loi fixait l'exercice de la profession de psychologue dans la fonction publique. Depuis, cette Société savante est en phase de repos,

Enfin, une place de choix était réservée aux cures psychanalytiques qui se faisaient selon un rythme régulier qui convenait aux personnes concernées à la fois à Tunis et à Paris.[12]

Parallèlement à tout cela, l'idée de constituer une Société savante germait lentement. Elle trébuchait autour de son utilité (par rapport à l'URPC), de son appellation et de sa composition.

Il est intéressant de relever que cette expérience dont il a beaucoup été question dans le milieu universitaire et hospitalier tunisien (et même Français), a suscita des réactions diverses. Personne parmi les « aînés » n'a répondu présent à une invitation pour assister à une conférence, à un colloque, etc. Ces aînés étant en même temps des « patrons », ils n'autorisaient pas facilement leur élèves à assister à cette formation. Bien plus, ne faisant rien et empêchant les autres de faire, ces « mandarins » avaient l'art de savoir parasiter, introduire du désordre et en profiter, le moment venu, pour faire de la récupération, prendre le train en marche et s'installer d'emblée dans le poste de commandement, réussissant du coup à mettre fin à cette expérience. De cette équipe « parallèle » s'est rapidement constituée une société qui s'est donnée pour nom « Espace analytique franco-tinisien ».[13]

De telles attitudes humaines, qui ne sont pas rares malheureusement, et qui ne semblent pas épargner certains psychanalystes, ont fait que plusieurs jeunes analystes ont préféré partir soit à l'intérieur du pays, soit s'exiler, estimant que la Tunisie n'était vraiment pas encore prête pour y exercer la psychanalyse. La psychanalyse reste du coup associée, drôlement, à un problème d'éthique marqué par un manque de confiance. En 2003-2004, on assiste à l'éclatement de la Société Tunisienne de Psychiatrie suivi par la creation d'une Association Tunisienne de Psychiatrie d'Exercice Privé et d'une société qui regroupe les psychiatres hospitalo-universitaires. Différentes formations se sont constituées à Tunis, à l'instar de l'expérience lancée par l'URPC. Il y a désormais un « groupe psychodrame » avec des psychanalystes qui viennent de France, une « Formation spécialisée en psychothérapie » avec des psychothérapeutes québécois, etc. Ces formations se font en dehors des locaux des universités.

Quant à la Société Tunisienne de Psychologie, elle a connu une période d'exploits qui lui ont permis d'organiser d'excellents congrès et d'obtenir de remarquables résultats. Ainsi, en 1989, une loi fixé le régime des études et des examens du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Psychologie Appliquée (DESPA = DESS, actuel Master Appliqué) ; cet acquis fut obtenu avec le concours du département de psychologie de l'université de Tunis. En 1992, une loi fixait l'exercice de la profession de psychologue de libre pratique et en 1993, une loi fixait l'exercice de la profession de psychologue dans la fonction publique. Depuis, cette Société savante est en phase de repos.

Ainsi, la psychanalyse à l'Université de Tunis reste pour l'instant associée à l'expérience menée par l'URPC. Elle a l'avantage d'avoir assuré une formation unique. Personne parmi les psychologues et psychiatres en formation, ne s'attendait à connaître et surtout à pratiquer le psychodrame psychanalytique individuel (PPI) avec autant d'aisance. Il faut savoir que cette technique lancée par Serge Labovici après la Deuxième Guerre mondiale, nécessite des connaissances théologiques et pratiques et surtout un cursus psychanalytique personnel pour pouvoir accéder au statut de co-thérapeute (Lebovici et al., 1958). Elle comprend des indications et des contre-indications. Elle peut preparer le terrainà une cure analytique classique. Par ailleurs, cette expérience a suscité des intérêts divers et multiples. Elle a relancé le débat et la discussion sur « l'utilité » de la psychanalyse en Tunisie étant donné que, pour faire du PPI, il faut au préalable passer par l'expérience du divan. Enfin, cette expérience ne laissant personne indifférent, a engendré des tentatives de projets similaires et de circuits parallèles. Et plutôt que d'en rester là, nous continuons avec un nouveau projet mené par l'URPC. Autant d'avantages qui nous laissent fiers de notre expérience.

En effet, un second projet de coopération est lancé. Il met en contact direct trois institutions: un centre de psychiatrie infantile,

la Fondation Vallée à Gentilly (d'orientation psychanalytique, dont le chef de service est le professeur Catherine Graindorge, et dont le père spirituel reste incontestablement le Professeur Roger Misès), l'Unité de Recherche de Psycho-pathologie Clinique (URPC) dont j'assure la responsabilité et un centre d'éducation spécialisé pour enfants handicapés mentaux (UTAIM[14] section de kelibia), dont j'assure la presidence[15].

Ce projet vise la formation de cliniciens tunisiens dans le demaine de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, des psychothérapies et de la psychanalyse mais également au PPI puisque la Fondation Vallée dispose d'équipes spécialisées dans cette technique (dont celle de Martine Rotcejg-Zloto). L'ensemble de ce projet est finement agencé avec le Docteur Patrice Dubus, responsablede l'hôpital de jour de la Fondation. Ainsi, le nouveau projet reprend l'ancien pour avancer vers de nouvelles ouvertures toujours originales et pionnières.

Parallèlement à ce nouveau projet, les activités du « mercredi soir » continuent avec l'integration de nouveaux membres désireux de s'imprégner davantage de théorie et de pratique psychanalytique.

Je souhaite conclure par une citation Freud : « En résumé, écrit-il on peut affirmer qu'une Université aurait tout à gagner à introduire l'enseignement de la psychanalyse dans ses programmes. Il est évident que cet enseignement ne pourrait être dispensé que d'une manière dogmatique et critique au moyen de cours théoriques, car ces cours n'offriront qu'une possibilité très restreinte d'effectuer des expériences ou des démonstrations pratiques. En vue de la recherche, il suffirait que les professeurs de psychanalyse aient accès à un département de consultation externe pour qu'ils disposent de tout le matériel requis, sous la forme de patients névrotiques » (Freud, 1919, p.242). On ne peut trouver meilleur texte pour clore ce témoignage. Et l'aventure continue.. ».

▪ Notes

* Ses recherches portent sur l'articulation entre psychopathologie, psychanalyse et contexte culturel. Il a notamment publié :

- *Migration, psychopathologie et psycholinguistique*, Tunis : Alif, 1995.
- *Intelligence, test et culture. Le contexte tunisien*, Paris : L'Harmattan, 2001.
- *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Clinique maghrébines*, Paris : In – Press, 2003, préface de D.Widlocher.

1. Ce rappel se justifie pour des raisons simples. La psychanalyse a vu le jour à Vienne vers 1895 et a connu depuis sa découverte par Sigmund Freud de multiples « aventures » pour franchir les frontières des différents pays ne serait-ce que du seul continent européen, marqué notamment par la culture judéo-chrétienne. L'histoire du mouvement psychanalytique nous renseigne beaucoup à ce niveau quant aux mouvements de résistances, filiations, ruptures, dissidences, trahisons (Freud n'a pas hésité à qualifier Adler et Jung d' « hérétiques » Freud, 1915, p.66). L'espace culturel et géographique maghrébin ne peut échapper aux mêmes mouvements d'autant plus qu'il est marqué par la culture arabo-musulmane.
2. International Psychoanalytic Association (IPA), le sigle anglais est plus souvent utilisé que le sigle français API.
3. « Publication originale en hongrois. Texte allemand inexistant. La transcription a probablement été faite par S. Ferenczi... » (Freud, 1919, note de bas de page 239).
4. Ancien professeur à l'université de Paris 7 puis à Aix-en-Provence, directeur de la revue de psychopathologie et psychanalyse Adolescence et auteur de nombreux ouvrages (cf. bibliographie).
5. Jeu de mots qui renvoie au titre d'un texte de Freud (1915).
6. Ben Rejeb R. (Sous la dir.) : *L'éthique en psychologie*, Tunis : Editions de l'URPC, Faculté des Sciences humaines et sociale, 2002.
7. Ben Rejeb R. (Sous la dir.) : *Le destin en psychanalyse*, Paris : In-Press Editions, janvier 2005.
8. Ben Rejeb R (Sous la dir.): *La dette en psychanalyse*, (Paris, à paraître, 2005).
9. Dont *Le psychodrame psychanalytique individuel* (PPI), Paris: Payot 1996 , La peur de le guérir, Paris: Albin Michel, 2003.
10. Auteur notamment de *La sexualité en islam*, Paris PUF, 1975. Co-directeur avec Roger Perron de mon Doctorat d'Etat de psychologie clinique.
11. Dont par exemple celui de Roger Perron. *Une psychanalyse, pourquoi ?* Paris. Dunod, 2000.
12. Les cures continuaient à Paris pour les personnes ayant la possibilité et l'occasion de se déplacer souvent vers la France.
13. Et qui a organisé à Tunis sa première journée scientifique sur « la confiance » !
14. Union Tunisienne d'aide aux Insuffisants Mentaux.
15. Depuis le décès du fondateur et président de cette section, le professeur Mongi Ben Hamida.

▪ Références bibliographiques :

Ben Rejeb R.
- *Migration, psychopathologie et psycholinguistique*, Tunis: Alif, 1995.
- *Intelligence, test et culture. Le contexte tunisien*, Paris: L'Harmattan, 2001.
- *Psychopathologie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Cliniques maghrébines*; préface de D. Widlôcher, Paris: In-Press, 2003,

Ben Rejeb R. (sous dir.)
- *L'éthique en psychologie*, Tunis: Editions de l'URPC, Faculté des Sciences humaines et sociales, 2002.
- *Le destin en psychanalyse*, Paris: In-Press Editions, 2005. - La dette en psychanalyse, Paris (à paraître), 2005.

Bouhdiba A. :
- *La sexualité en Islam*, Paris: PUF, 1975.

Delaroche P.
- *Le psychodrame psychanalytique individuel* (PPI), Paris: Payot et Rivages, 1996.
- *La peur de guérir*, Paris Albin Michel, 2003.

Delaroche P. (sous dir.)
- *Quand des psychanalystes jouent ensemble*, Paris. Arcanes, 1995.

Freud S. (1909)
- *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris: Payot, 1975.

Freud S. (1915)
- *Ephémère destinée, In Résultats, Idées, Problèmes*. Tome 1. Paris: PUF, 1991, p. 233-236,

Freud S. (1919)
- *Doit-on enseigner la psychanalyse à l'université ?* In Résultats, idées, problèmes, tome 1. Paris : PUF, 2001, p. 239-242 (trad. par J. Dor).

Freud S. (1925)
- *Ma vie et la psychanalyse*, Paris: Gallimard, 1950.

Ghorbal M.
- *Esquisse de la personnalité maghrébine. A propos de la deuxième génération.* Lyon: Thèse de Doctorat en Médecine, 1977.
- « La personnalité maghrébine: Schéma théorique. Application à la dépression grave », *In Psychologie Médicale*, 1980, 12,4, p. 855-866.
- « La personnalité maghrébine noyau arabo-islamique, sociogenèse, psychogenèse », *In L'information Psychiatrique*, 1981a, 57, 4, P. 419-449.
- *Dépression, suicide et culture. A propos de la dépression et du suicide dans le Maghreb.* In Jacques Védrinne et al. Suicide et conduites suicidaires. Tome 1. Paris: Masson, 1981b, p. 49-102.
- « Espace communautaire. Aspect spécifique de l'activité psychique du Maghrébin », *In L'évolution Psychiatrique*, 1983, 48, 3, p.735-755.

Gutton Ph. (1973)
- *Le jeu chez l'enfant. Essai psychanalytique*, Paris: Editions GREUPP, 1988.

Gutton Ph. :
- *Le bébé du psychanalyste*, Paris: le Centurion, 1983.

Lebovici S. ; Diatkine R. et Kesternberg E. :
- *Bilan de dix ans de pratique psychodramatique*, In la psychiatrie de l'enfant, 1958, 1, 1, p. 63-179.

Perron R.
- *Une psychanalyse, pourquoi ?* Paris: Dunod, 2000.

Psychotherapy of ex-political prisoner

Creating meaning under occupation. Social relationships in the centre of counselling of Palestinian survivors of torture.

Anwar Wadi – Psychology, Palestine

anwarwadi@hotmail.com

▪ Introduction

Dispossession, forced migration, occupation, economic siege. These are measures used by the Israeli government since 1948 to oppress the Palestinian people. Fifty seven years of systematic violation of virtually every internationally recognised human right. Since the beginning of the occupation in 1967 even more overt and destructive abuses have been used. Massive imprisonment is one of these abuses. Over the last 30 years more than 600,000 Palestinians have been detained with 175,000 during the first Intifadah from 1987 to 1992.

Systematic torture is another abuse used by the Israeli authorities in the conflict. Humiliation, sexual torture, systematic beating, and food and sleep deprivation are only some of many torture methods applied.

The Israeli occupation use torture not only to obtain information from their victims and to weaken the core of the prisoner's personality, but also to destroy his personal network of support and the social structure of the Palestinian society as a whole, as well as to discourage any thought or speech against the dominant power.

Additionally, the Israeli army has systematically shelled and destroyed Palestinian residential areas during the current Intifadah (Al Aqsa Intifadah). As homes have been bombarded and made uninhabitable, many Palestinian families are living in tents.

On the top of this, the economic crisis leading to unemployment and poverty and a political development marked by the failure of the peace process, represent severe on going stressors for the whole population.

Hence, a significant part of the population has been directly exposed to torture or other abuses, and a society as such heavily marked by economical constraints as well as oppression and human rights violations carried out by the Israeli occupation.

▪ Families, Networks and Communities

In order to improve this situation and enabling victims of violence to cope with their traumatic experiences individual treatment and social support is being provided from Gaza Community Mental Health Programme (GCMHP).

The programme runs three clinics that geographically serve the population in the Gaza Strip. Therapy is provided to patients through multi-disciplinary teams, which have its weight on health professionals but also include social workers. Fundamental to our work is the understanding of the psychotherapist or counsellor as part of the multidisciplinary context involved in helping the survivor.

The work is based upon a community mental health approach, which consider three levels of Palestinian social life: families, networks, and communities. We understand these as dimensions of systematic interaction in which individuals participate and through which they generate meaning and purpose in their lives.

- **Families:**

In the Palestinian family, gender and age plays a big role in specifying responsibilities. The father is usually the head of the family and the provider for its needs, while the mother plays a major role in raising children and taking care of the house. In the past most major family decisions were made by the father, but recently some of these decisions, are made jointly by both the father and the mother.

Sons and daughters are taught to follow the inherited traditions and are given responsibilities that correspond with their age and gender. Sons are usually taught to be protectors of their sisters and to help the father with his duties inside and outside the house, while daughters are taught to be the source of love and emotional support in the family, as well as helping their mother to take care of household chores.

Palestinians teach their children the cultural values and customs since early age. For every age there is an adequate responsibility of social behaviour and duties that expands in range as they grow older. Thus, an individual who grows up in a family inherits and internalises a range of meanings and habitual patterns or behaviour through which he or she relates to others to give meaning to the experience of the world.

All this suggests that it is not only the particular characteristics of the survivors, parents, and society that predict psychological adjustment after traumatic events, it is also plausible that the family atmosphere shapes the ways in which they can use their competences .

Consequently, a supportive family is the best recovery environment for a trauma survivor. Indeed, Garbarino (1992) observed, that children can cope better with stress and traumatic events if they retain strong positive attachment to their families and parents continue to protect their sense of stability.

However, The therapeutic team work with Palestinian torture victims and their families by making home visits to provide family counseling, psychosocial education and social support to help not only the victims themselves, but also to help their families to cope with their traumatic experiences.

- **Networks:**

Individuals who have grown beyond the stage of infancy relate

to many other individuals outside their families: friends, neighbours, and peers. These relationships have a sort of regularity and continuity of pattern over time, and can be labelled networks. Through these networks of relationships, the individual develops further patterns of interaction and communication and thereby elaborates his or her meaning system, whose basis is first formed in the family system.

Palestinian networks help and support each individual in the society and enhance the person's sense of well-being by providing social and economic resources through their own collective efforts, social integration and interaction to make people able to deal with ongoing problems and change. These factors and their positive impacts helping to restructure those that have become weak. Both the informal sector (family, friends, neighbours) and the formal or professional sector (doctors, nurses, social workers, and the rest of the health care professions) intervene and play a significant role in this process.

The importance of support networks are generally recognized within the health and mental health sciences, and understood as an essential and significant determinant in maintaining health, recovery from illness, preventing the ill effect of torture, and recovery from trauma.

Although Palestinian culture, traditions, and Islam strongly stress the importance of friends and neighbours roles in taking care of each others, we can see how the Israeli organised violence in all the aspects described above is aimed at severing the connections between people, controlling their ways of being together and relating to each other, including the siege and separation of the Palestinian villages and cities to prevent the social interaction among theme. The main conclusion is that the Israeli assaults on the Palestinian support structures have left a weakened and conflicting support system.

The GCMHP's team also work with the networks through local advocacy and networking which involve interaction targeted at a large number of local civil society institutions, with statements and appeals issued according to events and need to prevent abuse and promote respect of human rights especially related issues to torture and its psychosocial effects and goal.

At the sometimes, therapists use the resources and possibilities of the family, networks and community to provide social support in helping the survivors to function independently as much as possible into the society.

- **Community:**

Both the family and the network exist within the context of a larger group of people with a shared language, a shared system of meanings, shared pattern of, and rules for, interactions and communication, and shared symbols, values, and concepts of individuality.

The culture of the community gives meaning to the survivor's experience in the language, and symbols of his or hers community. Thus, it is of utmost importance to recognise the rich sources of meaning and symbolism available to the survivor from his or her own culture.

The destruction of the community, within which the family and network have existed and from which they have derived their most fundamental values and systems of meaning, is one of the most demoralising experiences for survivors.

At the community level, many activities have been carried by the team, such as bi-monthly journal, which has a wide local distribution on issues of human rights imprisonment, torture and rehabilitation, public education and media activities are targeted towards the community at large and providing training courses for police/prison on related issues of human rights and mental health.

- **Aspects of counselling and psychotherapy in Palestinian culture**

In accordance with these three dimensions CGMHP adopts a community mental health approach that is sensitive to the needs of Palestinian society and its culture. It is necessary to take account of the social nature of human existence and to recognise that a person's sense of self is rooted in his or her relationships with others. Our focus, therefore shifts from the "individual" person to the "individual in relationship to others." Thus, we regard torture and organised violence as an assault, not on an individual alone, but on the family and the community to which that individual belongs. There we focus counselling on these social relations.

This is why the family plays an important role in the therapeutic process. Home visits are carried out aiming at involving the family of survivors of torture in the treatment plan thereby ensuring that survivors have a supportive environment to facilitate treatment. The implementation of community education campaigns which seek to reduce the stigma associated with mental illness and raising awareness of mental health disorders in the community is another method used.

Much caution is taken on the building the relationship between the therapist and the survivor. First of all, it is important to respond to the foreseen role the society has to the therapist. In the Palestinian society the therapist is looked upon as an authority figure in the same way as parents, teachers or leaders in society who consider powerful and responsible. Moreover, the therapist is being seen as representative of the community and not as representative for the individual. These characteristics are important to respond to by the therapist to ensure a successful therapy or counselling process.

Treatment of Palestinian ex-political prisoners are often difficult due to the problems of constructing a trust based relationship to the therapist. They consider themselves heroes who have struggled for freedom and nationhood and feel that they should not have psychological problems. Therefore, they are hesitant to accept the need for treatment. They have always told stories of their heroic experience – the only stories that people were wanted to hear, and identity themselves with symbols of power and possess a heightened self- image that can not be compromised by acknowledging weakness or problems with themselves. This has as a consequence that the problem of stigmatisation is worst among ex-political prisoners. Hence, to build empathy with them as a therapist you must pursue an equal relationship, where the experience and active participation of the survivor is given priority.

The recognition, respect and understanding of the religion, the socio-political system and values of survivors is also important to use for an effective in the therapy. The therapist has to understand the culture and the political attitude of the survivors of torture and the meaning of individual differences on political and ideological attitudes. He or she should also know how to recognise these differences and shape the counselling and therapy to fit the client's world.

To create a safe environment, as a therapist you have to listen and to share the experience of the client and to be aware

of your behaviour, especially not to remind the victims of the interrogators behaviour, otherwise the survivor will feel vulnerable which prevent him to express himself / herself and to talk about his suffering. At the same time, the therapist should be aware that the survivors are using denial as a defence mechanism to establish a state of psychological balance. Trust building between therapist and survivor is therefore key to the successful treatment. Providing new relationships in which trust and empathy can be re-established, provides the basis for generation of new meanings which can make sense of their experience.

In paying attention to the survivor's socio-political status and subjective experience, it is necessary to take account of the social nature of human existence and to recognise that a person's sense of self is rooted in his or her relationships with others, which means that therapists should understand the sub-culture of the society and have enough knowledge of the deferent Palestinian political organizations in order to establish a good therapeutic relationship with the victims and their families to facilitate the therapy process..

A fundament for this process is that both the survivor and the therapist understand the political-social-historical context, and that the survivor was subjected to torture scientifically designed to destroy the core of the prisoners' personality and the social structure of Palestinian society.

All the above mentioned elements enhance and facilitate the therapeutic relationship with the tortured survivors.

▪ Conclusion

In this article an orientation towards understanding the individual within the contexts of family, social network, and community has been presented. It is through relationships in these contexts that individuals establish and maintain a sense of identity and a sense of meaning and purpose in their lives.

Torture and organised violence radically transform and sometimes destroy these contexts of family, network, and community and the patterns of relationships within them. The transformation or loss of these patterns of relationship drastically undermines the individual's sense of purpose and meaning in life. It is, therefore, extremely difficult to retain a sense of continuity and to reassert a sense of identity, purpose, and meaning. The individual is not only suffering mentally and physically but is faced with new economic and social culture problems.

In our work with torture survivors, we focus not just on the torture and its impact on these individuals, but also consider how their relationships have been changed and how they understand themselves now as a member of a community. Our therapeutic task, therefore, is to provide a context in which previous systems of meaning can be recovered and new ones can be developed.

Palestinian patients seeking treatment for their psychological problems has unique characteristics related to socio-political, cultural, and other factors that impact the therapeutic process. These patients present challenges to their therapists owing to the contrasting cultural understanding and conceptualisation of mental illness and therapeutic process. Therapists need to fully appreciate the relationship between culture and psychotherapy, especially when they provide counselling for ex-political prisoners.

We are further aware, not only of the value of scientific theories, generalised categories, and conceptual frameworks, but also of their limitations. We see our role not so much as directors and organisers of process, but as participants in it. This calls for us to engage in the process not only at a professional level, but also at a human level. To be prepared to subordinate our scientific theories and professional in a struggle for human rights and human values.

The process of arrest, torture and release involves trauma at many levels, this trauma can be understood, not only as an assault on the individual person, but also an assault on the links and connections between people and patterns of relationships through which people define themselves and give meaning to their lives. As Palestinians, we share a trauma which affected all of us and that all of us need help and in return can give help to others.

However, without stable political and geographical boundaries and without recognizing the rights of others to re-build their countries the suffering will increase. That is why, those of who inhabit communities that are currently stable and democratic must support us who have chosen to practice their therapeutic task, at great risk to themselves, in countries under occupation. We as Palestinian share a trauma, which has affected all of us.

▪ References:

- Basoglu, M., Parker, M., Ozmen, E., Tasdemir, O., & Sahin, D. (1994). *Psychological responses to war and atrocity:* The limitations of current concepts, Social Science & Medicine, 40, 1073-1082.

- B'Tselelem (2002). *Policy of destruction: house demolition and destruction of agricultural land in Gaza Strip*. Jerusalem .

- Corey, Gerald (2001).*Theory and Practice of Counselling*.

- Lazarus R. S., & Folkman S. (1991). *The concept of coping*. In A. Monat R. S. Lazarus (Eds.). Stress and coping: An anthology: New York: Columbia University Press.

- Punamaki, Raija, et al.(2001) Resiliency factors predicting psychological adjustment after violence among Palestinian. children. International Journal of Behavioural Development,25(3),256-267.

Adverse Effects and Iatrogenesis in Psychotherapy

Noomen GHRAIBA / PSYCHIATRY - JORDAN / USA

n_gharaibeh@yahoo.com

Abstract:

This article reviews the literature and discusses evidence for and against adverse effects as well as iatrogenesis due to psychotherapy. The article attempts to distinguish between "adverse effects" and "iatrogenic disorders." The article concludes that there is credible evidence that psychotherapy may cause adverse effects as well as iatrogenic disorders. The skill and competence of the therapist delivering the psychotherapy is a very important variable in the risk of developing adverse effects or iatrogenic disorders.

▪ Introduction:

Even with the best of intentions, undesired negative effects may result from psychotherapy.[1,2] The terms "side effects," "adverse effects," "iatrogenesis," and "iatrogenic disorders" are used interchangeably in psychiatric literature.[3] I propose differentiating between "adverse effects" and "side effects" on the one hand and "iatrogenesis"/"iatrogenic disorders" on the other in order to avoid vagueness and confusion and to lend more precision to the terms used. In pharmacotherapy, for example, sedation may be considered an adverse effect (also called side effect) since it will cease with cessation of treatment. However, tardive dyskinesia or lithium induced hypothyroidism may not subside with cessation of treatment and therefore better referred to as "iatrogenic disorders." The differentiation between adverse effects/side effects and "iatrogenic disorders/iatrogenesis" is to emphasize the chronicity–if not permanence of the iatrogenic disorders.

"Iatrogenic" is defined in Webster's dictionary as: "Resulting from the activity of a physician. Originally applied to a disorder or disorders inadvertently induced in the patient by the manner of the physician's examination, discussion, or treatment, it now applies to any condition occurring in a patient as result of medical treatment, such as a drug reaction."

"Iatrogenesis" had been used in the psychiatric literature to refer not only to disorder(s) but also to refer to side effects/adverse effects as well. I propose limiting the use of "iatrogenesis" and "iatrogenic" to the enduring effects of the psychotherapy after the treatment ceases. Adverse effects as well as "iatrogenic disorders" have been well studied in pharmacotherapy. In psychotherapy and psychosocial interventions the data is spotty. The goal of this study was to review the literature for evidence for, as well as against, adverse effects and iatrogenic disorders in psychotherapy.

While engaged in psychotherapy some patients experience worsening of symptoms and/or deterioration of functioning. Bergin is credited for first raising the point of negative outcome in psychotherapy which he called the "deterioration effect."

I. Dependence:

The term "Iatrogenic Dependency Disorder (IDD)" occurs once in MEDLINE as used by Straton[7] to describe the excesses of some Australian psychotherapists, such as a psychiatrist billing for 900 visits for one patient over one-year period, and another psychiatrist claiming 747 sessions for one patient over one year. Straton does not seem to imply unethical conduct-despite the appearance of it-but implies that some psychotherapists induce a dependency in there patients that is pathological and counter-therapeutic. Although it is widely accepted in psychotherapeutic circles that the "sick role" implies an element of dependency, it is not agreed upon how far this dependency should go or how necessary or helpful it is.

The familiar phenomena of patient's deterioration when the therapist is away on vacation, sick or maternity leave speaks to possible excesses in dependency. One may argue that competent therapists should build up their patients' internal resources to carry them through the therapist's unavoidable absences or change of therapists, which is bound to take place one time or another. It is only human to desire to be needed, liked, wanted, admired, and respected, and it may be reaffirming for some therapists to feel that patients cannot function without their help.

The 1999 U.S. Surgeon General's Mental Health report emphasizes the need for patients and their families to be given a more prominent role in the mental health system. Encouraging active participation as opposed to passive dependence is thought to improve patients' satisfaction. The rationale derives from a clinical prediction that a patient centered approach (also known as consumer-centric approach in managed care circles) will lead to improved outcomes through "self-reliance, personal resourcefulness, information & education, self advocacy, self determination, and self-monitoring of symptoms."

Dependency is a human attribute that exists as a continuum: in the extreme of cases, dependence on the therapy/therapist or on a program/institution becomes as powerful as dependence on a drug of abuse. Since "seeking help" implies a measure of dependence, the logical approach is seeking "moderation" in the dependence-independence dimension since the two will co-exist in varying degrees. By the same measure, there are not that many patients (or humans in general) who are "totally independent."

II. False memories:

Despite the bitter debate regarding false memories, there seems to be increasing evidence that false memories can be induced in research as well as clinical settings. Due to ethical and practical considerations, empirical data to causally link the administration of psychotherapy to the creation of false memories is likely to remain deficient.

III. Worsening of symptoms and regression:

In a study of cognitive therapy and imaginal exposure in chronic posttraumatic stress disorder (PTSD), worsening was reported in 12 out of 62 patients–9 out of 29 in the exposure group and 3 out 33 in the cognitive group. The results were challenged on methodological grounds. A later comparative study of exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), and relaxation training in PTSD with 15 patients completing each treatment indicated no worsening in exposure or EMDR and one worsening in the relaxation group. The authors of this study indicated that further research is required regarding the issue of worsening and suggested that the skill of therapists may be an important factor.

IV. Indoctrination:

One form of indoctrination in psychotherapy is a patient's self deception. The patient trying to resolve any real or perceived disagreement with the therapist accepts what the therapist overtly or covertly offers when it is not really the case. A second form is normalizing the dysfunctional in which the "extreme" in support and validation give the patient the message that a particular symptom or behavior is "normal." A third form is the opposite, i.e. pathologizing the "normal" mirroring the therapist's stance by viewing a certain phenomenon as pathological when in reality it is not. A theoretical study suggested that labels, language, and the tacit assumptions of therapists' "professional belief system" introduces the patient to this belief system and influences the patient's self-perception. The same study suggests that the patient gets "socialized" into a "pathology-oriented belief system."

V. Superficial Insight:

A quick internet search for the phrase "superficial insight" reveals that it is used mostly in a pejorative sense to mean poor understanding, superficial knowledge, lacking depth, etc. However, in the context of psychotherapy, I am referring to the insight acquired in psychotherapy but not resulting in any positive behavioral change, amelioration of symptoms/distress reduction, and/or improved level of functioning. Some therapists follow in the footsteps of motivational speakers and authors of self-help books who provide simplistic solutions for the masses (not for a particular individual with particular circumstances). Driven by a strong urge for simple answers, patients may be at risk of arriving at simple conclusions that seem to get to the "bottom" of the problem when in fact it does little to change behavior, symptoms, or functioning.

Acquiring "empty language" is a form of superficial insight. The patient incorporates the psychotherapy jargon as part of their everyday vocabulary without sufficient understanding of the concepts at hand. The patient talks with excessive abstractions, generalizations, and phrases that seem "deep" but mean very little. In their interactions with their families, patients may assume a "therapist's role" and use therapy-acquired language (jargon) for oration, to frustrate family, "outsmart" them, and to win arguments. Some patients use the technique they learned in their therapy to interact with family as if they were not part of the family, rather an observing amateur therapist.

VI. Acquiring new symptoms and/or dysfunctional behaviors:

There are more questions than answers in this area. For example, are patients at risk of acquiring new symptoms in psychotherapy? Does group psychotherapy contribute to some patients acquiring dysfunctional habits they did not have before the treatment commenced? Other risks were mentioned earlier such as increased dependency, false memories, and worsening of the original symptoms of the patient.

Space does not allow for a detailed review of the controversy over the role of iatrogenesis in Dissociative Identity Disorder (DID) which was comprehensively reviewed elsewhere. These reviews (in two parts) present evidence to therapists-induced creation or worsening of symptoms in DID as well as a rebuttal/denial of iatrogenesis.

In-group psychotherapy patients are exposed to different psychopathology and dysfunctional behaviors other than their own, risking learning through modeling and copying from other patients. Adverse outcomes in-group psychotherapy are well documented.

VII. Iatrogenic Malingering:

Iatrogenic Malingering" is cited once in MEDLINE as used by Pierre, Wirshing and Wirshing. There is usually subtle and well-intentioned coaching of the patient by the psychotherapist for more access to services, longer treatment, or more frequent treatments. With managed care's financial restrictions, this phenomenon may be much more common than suggested by a single citation in the literature.

▪ Discussion and Conclusion:

In the mental health field, many theories and practices are expected to result in a lot of variability in the administration of psychotherapy. Negative outcomes tend to be a small fraction of published articles in the psychiatric literature when compared to positive outcomes. The arguments above highlight the inevitable disagreements in answering sensitive questions about potential harm done to patients by well-intentioned therapy. Since "completely eliminating any negative treatment effects is unrealistic and perhaps only accomplished by ceasing all treatment," the goal must be reducing the risk, not completely eliminating it.

Just as much as side effects of medications are "dose-dependent," adverse effects in psychotherapy are "competence-dependent." It is fair to assume that the less competent the therapist is, the higher the chances of possible adverse effects or iatrogenesis. Even with the best of intentions, poorly planned and/or poorly executed therapy will have negative impact on the wellbeing of some patients.

Although this review raises more questions than answers, it intends to shed some light on the dark and often neglected area of negative outcomes. It raises the following questions: How common are negative effects and iatrogenic disorders in psychotherapy? What are the factors involved in increasing the risk of adverse events and iatrogenesis? And, how can such risk be reduced?

▪ References:

- Crown, S. (1983). Contraindications and dangers of psychotherapy. The British Journal of Psychiatry 143: 436-441.
- Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1976) Contemporary views of negative effects in psychotherapy. An integrated account. Arch Gen Psychiatry 33:1291-1302.
- Nasrallah, Henry A., & Mulvihill, Teresa (2001). Iatrogenic disorders associated with conventional vs. atypical antipsychotics. Annals of Clinical Psychiatry, 13 (4): 215-227.
- The New Webster's Comprehensive Dictionary of the English Language. p.479. American International Press, New York (1991).
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. Journal of Abnormal Psychology, 71, 235–246.

- Bergin, A.E. (1970). The deterioration effect: A reply to Braucht. Journal of Abnormal Psychology, 75, 300–302.
- Straton, David. Iatrogenic dependency disorder. Australasian Psychiatry 2004 (1); 12: 69-71
- Center for Mental Health Services (1999). Mental Health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD.
- Onken SJ, Dumont J, Ridgway P, et. al. (accessed February 20, 2006): What helps and what hinders. Available at www.nasmhpd.org/ntac/reports/mhsiprreport.pdf
- Pope KS. (1996) Memory, abuse, and science. Questioning claims about the false memory syndrome epidemic. American Psychologist 51(9):957-74.
- Loftus, E. (1997). Creating false memories. Scientific American 277(3): 71-75.
- Tarrier, N., Pilgrim H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowclough C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 67(1):13-8.
- Devilly, G. J., & Foa E. B. (2001). The investigation of exposure and cognitive therapy: comment on Tarrier et al (1999). Journal of Consulting & Clinical Psychology. 69(1):114-6.
- Taylor S. Thordarson DS. Maxfield L. Fedoroff IC. Lovell K., & Ogrodniczuk J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 71(2):330-8.
- Piper, August, and Merskey, Harold (2004). The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder. Part I. The Excesses of an Improbable Concept. Can J Psychiatry 49:592–600
- Piper, August, and Merskey, Harold (2004). The Persistence of Folly: Critical Examination of Dissociative Identity Disorder. Part II. The Defense and Decline of Multiple Personality or Dissociative Identity Disorder. Can J Psychiatry 49:678-683
- Roback, HB (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions. Journal of Psychotherapy Practice and Research 9:113-122.
- Dies R, Teleska P: Negative outcome in group psychotherapy, in Negative Outcome in Psychotherapy, edited by Mays D, Franks C. New York, Springer 1985, pp 118-142.
- Pierre JM, Wirshing DA, Wirshing WC. "Iatrogenic Malingering" in VA substance abuse treatment. [comment]. Psychiatric Services 2003. 54(2):253-4.
- Boisvert, Charles M., & Faust, David (2002). Iatrogenic Symptoms in Psychotherapy A Theoretical Exploration of the Potential Impact of Labels, Language, and Belief Systems. American Journal of Psychotherapy 56: 244-259

الجمعيـــة العالميـــة للطـــب النفســـي

ميثـــاق القـاهـــــرة 2005

العوامـــل النفسيـــة للعـنـــف و الإرهـــاب

الجمعية العالمية للطب النفسي هي أكبر تجمع لأطباء النفس في العالم و تتكون من 130 جمعية تمثل 114 دوله ، إن خبرة و تدريب الطبيب النفسي تشمل الصحة النفسية و السلوك الإجتماعي للأفراد ، وبما إن تراكم المعرفة العلمية في الصحة النفسية تشير إلى أن الكوارث التي يصنعها الإنسان من حرب ، إرهاب ، القتل الجماعي وما شابهه تؤدى إلى إلغاء الحياة ، و تسبب مضاعفات نفسية و اجتماعية للأحياء الباقين في أنحاء العالم.

يعتبر العنف مشكلة في الصحية العامة و الصحة النفسية ، و العنف له جذوره الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية ، و عادة ما تقترف هذه الكوارث باسم الدين و المبادئ الوطنية. و كل ذلك اتجاهات تطرفية نحو حياة الإنسان.

أن العنف يؤدى إلى العنف ، و التكاتف و التعاون يعزز السلوك السوي ، . نحن في أشد الحاجة لتعديل النظم المعرفية الخاطئة الاتجاهات التخريبية .

إن الفقر و القمع و الاحتلال و عدم حرية التعبير و غياب الديمقراطية تجب التعامل معها على المستوى العالمي.

ويزدهر العنف مع عدم وجود الحاجات الأساسية من طعام ، مسكن ، صحة و غياب العدل ، و تحث كل الأديان على الرحمة و نبذ العنف و الإرهاب و التسامح و هى ضروريات الصحة النفسية السوية.

تهيب الجمعية العالمية للطب النفسي و التي تمثل ما يفوق مائة و خمسة وسبعون ألف طبيبا نفسيا أنة نظرا لازدياد الإرهاب و العنف في العالم نتوجه بالآتي :

- ندعو زعماء العالم بتجنب البدء أو تصعيد الكوارث البشرية ، و من ثم تخفيض معاناة الشعوب و التي لها التأثير السيئ على الصحة النفسية في العالم أجمع .
- تذكر صانعي السياسة أن المعرفة العلمية في الطب النفسي تستطيع تقديم الطرق النفسية و الاجتماعية لمواجهة الصراعات و حلها .
- تشجيع زعماء العالم لإيجاد الحلول لجودة حياة مواطني العالم .
- استكشاف ما يمكن عمله لكي يعيش الإنسان في بيئة خالية من الإرهاب و العنف في المستقبل.

تصميـــم استبيـــان لقيـــاس الشعـــور باليـــأس لـــدى الراشديـــن

وتقنين الإستبيان على عينات من البيئة الجزائرية

أ. بشيـــر معمريـــة - علـــم النفـــس - الجزائـــر

maamria03@yahoo.fr - bashir_psy@hotmail.com

يعتبر اليأس من المتغيرات النفسية المميزة للشخصيات العاجزة والسلبية والمضطربة. وقد بين العلماء أن اليأس من العوامل التي تؤدي إلى تخطير الاتزان النفسي لدى الشخص. ويرى مارتن سيلجمان M.Seligman 1980 أن الشعور باليأس هو حالة من عدم الرغبة في التفوق وإتمام المهام الصعبة. وعدم الرغبة في بلوغ معايير التفوق على الآخرين، وانعدام روح المنافسة. (فاروق عثمان : 215 - 216). ويرتبط الشعور باليأس بالقلق والاكتئاب والعجز عن التوافق وما ينتج عنه من مشاعر العجز عن التحكم في البيئة وانخفاض درجة تحمل الضغوط.

تعريـف اليـــأس

تعددت تعريفات اليأس وفقدان الأمل Hopelessness، Despaire أو التعاسة. ولكي نحدد مفهوم اليأس نعرف أولا نقيضه وهو الأمل Hope على النحو التالي: يقصد بالأمل على أنه عاطفة تتكون من اتجاهات تغلب عليها الرغبة في الحصول على شيء، أو الوصول إلى هدف معين، مع الاعتقاد بأن الهدف سوف يتحقق، مما يجعل الفرد يشعر بالرضى والارتياح، ويظل اعتقاد الفرد في قدرته على تحقيق الهدف مستمرا، رغم وجود العوائق والمشكلات التي يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف (عماد مخيمر : 632 - 633)

واليأس هو انقطاع الأمل والرجاء. والوصف مِن يَأس - يائس - ويقال أن من كَثُر يأسه فهو يؤوس. ويصف القرآن الكريم الإنسان اليائس في قوله تعالى: " وإذا أنعمنا على الإنسان أعرض ونآ بجانبه، وإذا مسّه الشر كان يؤوسا ". الإسراء: 83.

ويعرف الباحث الحالي الأمل بأنه: " شعور الفرد بإمكان الحصول على ما يريد، والوصول إلى الهدف، رغم الصعوبات التي تعترض ذلك، مما يجعله يستمر في هذا الاتجاه اعتقادا وعملا ".

فاليأس إذن عاطفة تتكون من اتجاهات تغلب عليها عدم الرغبة في الحصول على شيء، أو الوصول إلى هدف معين، مع الاعتقاد بأن الهدف لن يتحقق، مما يجعل الفرد يشعر بالعجز والتوتر، ويظل اعتقاده في عدم قدرته على تحقيق الهدف مستمرا، مما يدركه من العوائق التي يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف.

ويعرف الباحث الحالي اليأس بأنه: " شعور الفرد بعدم إمكان الحصول على ما يريد، وصعوبة الوصول إلى الهدف، بسبب ما يدركه من عوائق وصعوبات تحول دون ذلك، ويستمر لديه الاعتقاد بذلك، مما يجعله يستسلم إلى العجز وفقدان الدافعية إلى العمل.

فاليأس عاطفة غير سارة ترتبط بتخلي الفرد عن الأمل بالنسبة لبذل الجهد بنجاح في سبيل الوصول إلى هدف أو إشباع رغبة.

ويعرف ر. ج. كورسيني وآخر اليأس (1996) بأنه: حالة نفسية تتمثل في التوقعات السلبية تجاه الذات والمستقبل، وفقدان الدافعية، والتشاؤم (في: سيد عبد العظيم: 266).

واليأس حالة نفسية ترتبط بأنواع مختلفة من الاضطرابـات النفسيـة، وتتضمن الاتجاه السلبي نحو الذات والحاضر والمستقبـل. فالأشخـاص اليائسون يعتقدون أن لا شيء يمكن أن يتحوّل ليكون في صالحهم، ويعجزون عن النجاح في أي عمل يقومون به، ويعجزون عن تحقيق أهدافهم. (السيد عبد الرحمن: 18).

فاليأس حال من أحوال الإنسان، يرتبط على الدوام بفشل الفرد واستسلامه لهذا الفشل، وتنتج عنه حالة مزاجية كئيبة، ومن هذه الزاوية يرتبط اليأس بالاضطراب النفسي، وبذلك يكون اليأس اتجاها سلبيا نحو الحياة على الدوام.

ويعرف اليأس كذلك بأنه الإحساس بأن حالة الفرد الحالية الجسمية والعقلية والاجتماعية ليست على ما يرام. وطبقا للإحصاءات التي أوردها بعض المؤلفين أن حوالي 75 % من المرضى الاكتئابيين، يعتقدون أنهم لن يشفوا أبدا، وتكون مشاعر اليأس قوية بصفة خاصة عند الأطفال والمراهقين ويحاول عدد منهم الانتحار. كما تحدث هذه المشاعر أيضا في حالات الاغتراب وانخفاض الروح المعنوية وفي الحالات المبتلية بالأسى والحزن (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: 1566). واليأس هو فقدان الأمل والإحساس بالعجز واليأس وعدم المساندة وفقدان التعاطف من الآخرين.

والمستقرئ لهذه التعريفات، يستطيع أن يخلص إلى أن اليأس يمثل حالة انفعالية تتسم بالاتجاه السلبي نحو الحياة وفقدان الأمل في المستقبل.

ويرتبط بمفهوم اليأس مفهوم القنوط Despaire ويقصد به "حالة انفعالية غير سارة أو شديدة الإيلام تقترن بالتخلي عن أمل نجاح الفرد في بلوغ غاية أو رغبة ".

ويشير الشعور باليأس إلى عدم الرضى الكامل للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعممة على المستقبل. فتتميز حالة الفرد النفسية بقوة مشاعر التشاؤم الشامل والقنوط والشعور بالوحدة والمزاج الكئيب، ومشاعر عدم جدوى الحياة، وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثر جيد.

نظريـــة آرون بيـك فـي اليـــأس

يعتبر الطبيب النفسي الأمريكي آرون بيك A. Beck ذو الاتجاه المعرفي، اليأس حالة وجدانية تبعث على الكآبة والشعور بالعجز والفشل، وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل أو التعاسة، وتعميم الفشل في كل محاولة.

ووضع نظرية سيكولوجية لتفسير كل من الاكتئاب واليأس، أطلق عليها نظرية الثالوث المعرفي للاكتئاب The triad of Depression and Holplessness Cognitive وفقا للنظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل (هشام عبد الله: 478).

فاليائس مثل المكتئب ينظر نظرة سلبية تشاؤمية نحو ثلاثة مجالات هي: الذات والعالم والمستقبل. فهو يصف ذاته بالعجز والنقص والكسل والتحقير والكراهية. وينظر إلى عالمه وحاضره نظرة سلبية تشاؤمية ولا هدف له ولا معنى لحياته ولا شيء يثير اهتمامه، فاقد للأمل وأن العالم ظالم. وينظر إلى مستقبله بخوف وقلق على أنه غامض ولا أمل فيه وسوف يكون سيئا مثل حاضره ويتوقع فيه الفشل الذي يعممه من حاضره (عبد الفتاح دويدار: 28 - 29).

وبين الكثير من الدراسات أن مرتفعي الشعور باليأس يتسمون مثل مرتفعي الاكتئاب بالتقييم السلبي للذات والنظرة السلبية للعالم والمستقبل، وتوقع الفشل في كل محاولة، وتعميم الفشل، والتشويه المعرفي، وفقدان الأمل والقابلية للاستثارة. ومن هذه الدراسات دراسة دولي وآخـرون Dooley & al 1986، نيلسـون Nelson 1989، ليفينـدال وهوسـب Levindal & Hosp 1990، عبد الفتاح دويدار 1990، السيد عبد الرحمن 1991، كيل وآخرون Keel & al 1993). (في : هشام عبد الله : 474).

وبينت دراسة ب. س. فري P. S. Fry 1984 أن الذين يشعرون باليأس يعانون عادة من غموض في المستقبـل. ودراسـة أ. دودس A. Dodds 1993 أن الذين يشعرون باليأس، يكونون قد تعرضوا لخبرات فاشلة فيما يتعلق بحاضرهم وشعورهم بغموض مستقبلهم. (في: سيد عبد العظيم : 295 - 296).

ويتضمن اتخاذ الفرد لاتجاهات سلبية نحو حاضره ومستقبله بشكل يفقده الأمل والرجاء، ويقعده عن بذل الجهد اللازم لتحقيق أهدافه الحالية وطموحاته المستقبلية. وينقسم اليأس إلى ثلاثة أبعاد هي:

البعد الأول: الاتجاه السلبي نحو الذات، ويعرف بأنه: تكوين الفرد لاتجاهات سلبية نحو ذاته فيصفها بالعجز والنقص والكسل والتحقير والكراهية.

البعد الثاني: الاتجاه السلبي نحو الحاضر، ويعرف بأنه: إحساس الفرد باتجاهات سلبية نحو حاضره متمثلة في سوء الحظ والعجز عن تحويل الأمور لصالحه، والفشل المستمر، وعدم القدرة على تحقيق الأهداف التي يسعى لتحقيقها.

البعد الثالث: الاتجاه السلبي نحو المستقبل، ويعرف بأنه: اتخاذ الفرد لاتجاهات تتصف بالخوف من المستقبل، والتشاؤم من سوء الأحوال، أو عدم السعادة في مستقبل حياته.

ويبين الجدول رقم (1) سمات اليائسين في المجالات الثلاثة:

الاتجاه السلبي نحو الذات	الاتجاه السلبي نحو الحاضر	الاتجاه السلبي نحو المستقبل
1. الشعور بالعجز. 2. الكسل. 3. كره الذات. 4. تحقير الذات 5. نقص الدافعية. 6. فقدان السيطرة. 7. الانسحاب. 8. الشعور باليأس. 9. نقص المهارات الاجتماعية.	1. النظرة السلبية إلى الحياة. 2. الشعور بأن العالم ظالم. 3. العلاقات مع الآخرين سيئة. 4. لا هدف في الحياة. 5. التشاؤم. 6. فقدان الاهتمام. 7. فقدان معنى الحياة. 8. فقدان الأمل. 9. الشعور بالفراغ.	1. المستقبل الغامض. 2. القلق على المستقبل. 3. فقدان الأمل في المستقبل. 4. التوقع السلبي. 5. الخوف من المستقبل. 6. تعميم الفشل. 7. المستقبل سيكون كالحاضر.

علاقـــة اليـــأس بالاكتئـــاب والانتحـــار

تناول العديد من الدراسات الأعراض المشتركة بين الاكتئاب واليأس وعلاقتها بالانتحار. وأكد معظمها على أن الاكتئاب هو المكوّن الأساسي والعرض الجوهري في اليأس، وأن اليأس هو المكوّن الأساسي والعرض الجوهري في الاكتئاب كذلك (عبد الفتاح دويدار 1990، 1992، سبانجلر وآخرون Spangler & al 1993). ففي دراسة أجراها جيوبتا وآخرون Gupta & al 1991 استخدم فيها التقدير المعياري المقنن للأعراض الاكتئابية The Standardized Assessment of Depressive Disorders (SADD) والذي أعدته منظمة الصحة العالمية 1983، أوضحت النتائج وجود عشرة أعراض هي الأكثر تكرارا في الاكتئاب وهي : الحزن، القلق، الشعور باليأس، الكدر، نقص الحيوية والنشاط، فقدان الاهتمام، القابلية للاستثارة، فقدان الشهية، ضعف القدرة على التركيز، تراجع شبكة العلاقات الاجتماعية. وبالإضافة إلى ذلك فقد ارتبطت الأفكار والميول الانتحارية بالشعور باليأس. (في: هشام عبد الله: 474). وبينت دراسة م. ب. جورتمان M. B. Gurtman 1981 وجود ارتباط الشعور باليأس بكل من الاكتئاب ونقص الدافعية للإنجاز. ودراسـة ابرامسـون وآخرون Abramson & al 1978 (أن اليأس وتوقعاته يسببه الاكتئاب. ودراسة ت. كوكس T. Cox 1978 أن اليأس من الأعراض المميزة للاكتئاب، ويفقد المريض الأمل، ويشعر باليأس نتيجة افتقاره إلى مهمات التأقلم مع الضغوط والانعصاب (في: مايسة النيال: 71 - 75).

ويتخذ اليأس كمعيار تنبؤي للإقدام على الانتحار أو التفكير فيه أو محاولته. وهو ما أكده آرون بيك وزملاؤه 1975 بعد قياسهم للمظاهر الوجدانية والدافعية والمعرفية للتوقعات السلبية لدى الراشدين (عبد الفتاح دويدار: 28). وبينت دراسة كل من ج. ديير، ن. كريتمان J. Dyer & N. Kreitman 1984 التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الرغبة في الانتحار والشعور باليأس على 120 فردا ذكورا وإناثا تراوحت أعمارهم بين 15 - 34 سنة، والذين تم تحويلهم إلى المستشفى بسبب محاولتهم الانتحار بتناول السموم. وطبق الباحثان مقياسا بيك للاكتئاب واليأس. فظهرت النتائج تبين وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا بين اليأس وكل من الانتحار والرغبة في الانتحار. كما تبين من النتائج أنه عند تثبيت عامل الاكتئاب إحصائيا، فإن الارتباط بين اليأس والرغبة في الانتحار تبقى موجبة ودالة إحصائيا. وعند تثبيت عامل اليأس تنخفض العلاقة بين الاكتئاب والانتحار وتصبح غير دالة إحصائيا. (في: حسين فايد: 53) وبينت كذلك دراسة كل من ك. سيلبرت K. L. Silbert & al 1991 على تلاميذ التعليم الثانوي ودراسة م. ديك M. Dyck 1991 على طلاب الجامعة ودراسة أ. ديكسـون وآخرون A. Dixon & al 1992 على طلاب علم النفس ودراسة ب. يانغ وآخر B. Yang & al 1994 على طلاب الجامعة. تبين من نتائج هذه الدراسات وجود علاقة بين كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار. (في: هشام عبد الله: 482، حسيـن فايد: 54). ودراسـة أ. كازديـن وآخـرون A. Kazdin & al 1986 إلى أن الشعور باليأس من العوامل الأساسية المنبئة بالاكتئاب، وتقدير الذات المنخفض، والسلوك الاجتماعي المنخفض، والنظرة السلبية للذات والعالم (في: سيد عبد العظيم: 297).

✦ هدف الدراســة

تهدف هذه الدراسة إلى تصميم استبيان يقيس الشعور باليأس لدى الراشدين من طلاب الجامعة ومن أكبر منهم في العمر لتوفير أداة قياس موضوعية لهذا المتغير مقننة على البيئة الجزائرية.

✦ أهميـــة الدراســـة

تكتسي هذه الدراسة أهميتها من هدفها المعلن عنه في الفقرة السابقة،

كما تبدو أهميتها من الحاجة الملحة إلى تصميم استبيانات لقياس الخصائص النفسية وتقنينها على البيئة الجزائرية. فالباحثون في علم النفس في الجزائر يجدون صعوبات في هذا المجال، بسبب ندرة هذا النوع من الاستبيانات، مما جعلهم يلجؤون إلى استخدام استبيانات تم تقنينها في الأصل على مجتمعات أخرى، مما يتطلب إعادة تقنينها من جديد، وهذا لا يقوم به كل الباحثين، أو يقومون به بصورة تفتقر إلى توفر الشروط السيكومترية. وهذا من شأنه أن يجعل نتائج بحوثهم لا تعبر بصدق على خصوصيات عينات بحوثهم. لذا رأى الباحث الحالي ضرورة تصميم استبيان الشعور باليأس لدى الراشدين وتقنينه على عينات من البيئة الجزائرية خدمة للباحثين والبحث النفسي في وطننا.

✦ وصـف الاستبيـــان وخطـــوات إعـــداده

يتكوّن الاستبيان في نسخته النهائية من 30 بندا (عبارة) تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي. وقد مر إعداده بالخطوات التالية:

1. اطلع مصمم الاستبيان على عدد من الدراسات التي تناولت اليأس وفقا لنظرية آرون بيك (قائمة المراجع في نهاية الدراسة) كما تم تناولها في الخلفية النظرية لهذا البحث، والتي تبين منها أن الشعور باليأس مثل الشعور بالاكتئاب، يتضمن الاتجاه السلبي نحو ثلاثة مجالات أو أبعاد، هي:

1- الاتجاه السلبي نحو الذات.

2- الاتجاه السلبي نحو الحاضر.

3- الاتجاه السلبي نحو المستقبل.

2. قام مصمم الاستبيان بصياغة 40 بندا لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين موزعة على الأبعاد الثلاثة السابقة كما يبينها الجدول رقم (2):

البعد الأول: الاتجـــاه السلبـــي نحـــو الـــذات	
1. أشعر بالضعف أمام أي شيء 2. أكره نفسي. 3. أشعر بأني لا قيمة لي. 4. أشعر بأني سيء الحظ. 5. أشعر بالعجز عن فعل أي شيء. 6. أشعر بأني لست جديرا بالحياة. 7. أشعر باليأس. 8. أفكر في إنهاء حياتي. 9. أشعر بأن لا قيمة لي في الحياة. 10. أتجنب تكوين علاقات مع الآخرين لأني سأفشل.	11. أتجنب عمل أي شيء لأني سأفشل فيه مهما حاولت. 12. ليس لدي أي حماس أو رغبة لفعل أي شيء. 13. أشعر بأني فقدت السيطرة على كل شيء. 14. يسيطر عليّ اليأس. 15. أشعر بالقنوط. 16. أشعر بالعجز عن فعل أشياء جميلة لنفسي.
البعد الثاني: الاتجـــاه السلبـــي نحـــو الحاضـــر	
1. أشعر بأن لا هدف لي في الحياة. 2. أشعر أن حياتي تسير بطريقة سيئة. 3. فقدت الأمل في كل شيء. 4. أفشل في كل شيء أعمله. 5. أشعر بأنه لا يوجد أمل أعيش من أجله. 6. أشعر بأن حياتي لا معنى لها 7. الهدف من حياتي ليس واضحا.	8. أشعر بأن الظروف من حولي تعمل ضدي. 9. أشعر بأن التعاسة تحيط بي. 10. فقدت الاهتمام بالحياة. 11. اليأس نصيبي في الحياة. 12. أشعر بأن هذا العالم غير صالح للحياة. 13. أشعر بأن لا شيء يثير اهتمامي. 14. علاقاتي مع الآخرين لا معنى لها.
البعد الثالـث: الاتجـاه السلبـي نحـو المستقبـل	
1. أشعر أن مستقبلي غامض. 2. أتوقع الفشل في المستقبل. 3. أشعر بالقلق على مستقبلي. 4. ظروفي السيئة سوف تبقى على حالها. 5. فقدت الأمل في المستقبل. 6. أتوقع أن تحدث لي أشياء سيئة في المستقبل.	7. أشعر أن مستقبلي سوف يكون سيئا مثل حاضري. 8. يبدو مستقبلي مظلما. 9. أشعر بالخوف من المستقبل. 10. خبراتي السيئة جعلتني أفقد الأمل في المستقبل.

3. تم عرض البنود الأربعين على 53 طالبا وطالبة من قسم علم النفس وقسم الري وقسمي أصول الدين والدعوة والإعلام بجامعة الحاج لخضر- باتنة، من أجل التعرف على مدى وضوح التعليمات والبنود من الناحية اللغوية، ففام وفقا لذلك بأخذ ملاحظات الطلبة بعين الاعتبار وقام بالتعديل في التعليمات وفي بعض البنود التي أبدوا عدم فهمهم لمضمونها.

4. ثم عرض البنود على 13 أستاذا متخصصين في علم النفس من الجامعات الجزائرية، مرفقة بقائمة المراجع وبالجدول المتضمن سمات اليائسين في الأبعاد الثلاثة، من أجل إبداء ملاحظاتهم حول البنود من حيث قدرتها على قياس اليأس وتعديل ما يمكن تعديله أو حذفه، فأسفرت العملية عن حذف 10 بنود؛ 05 بنود من البعد الأول الاتجاه السلبي نحو الذات، 04 بنود من البعد الثاني الاتجاه السلبي نحو الحاضر، وبند واحد من البعد الثالث الاتجاه السلبي نحو المستقبل، إما لأنها لا تقيس اليأس أو لأنها مكررة في المعنى مع بنود أخرى. فأصبح الاستبيان يتكوّن من 30 بندا.

والبنود التي تم حذفها يبينها الجدول رقم (3) موزعة على الأبعاد الثلاثة كما يلي:

البعد الأول: الاتجـــاه السلبـــي نحـــو الـــذات	
4. أشعر بأني سيء الحظ. 9. أشعر بأن لا قيمة لي في الحياة 14. يسيطر عليّ اليأس.	15. أشعر بالقنوط. 16. أشعر بالعجز عن فعل أشياء جميلة لنفسي.
البعد الثاني: الاتجـــاه السلبـــي نحـــو الحاضـــر	
3. فقدت الأمل في كل شيء. 7. الهدف من حياتي ليس واضحا.	10. فقدت الاهتمام بالحياة. 11. اليأس نصيبي في الحياة.
البعد الثالـث: الاتجـاه السلبـي نحـو المستقبـل	
8. يبدو مستقبلي مظلما.	

✦ عينـــة التقنيـــن

تكوّنت عينة التقنين من 960 فردا؛ منهم 447 من الذكور، 513 من الإناث. وتتكون كل عينة من الجنسين من عينتين فرعيتين أخريين وفقا للعمر.

1- العينـة الأولـى: بلغ عدد أفرادها 517 فردا منهم 244 من الذكور، 273 من الإناث. تراوحت أعمارهم بين 18 - 25 سنة. بلغ متوسط أعمار الذكور 21.32 وانحراف معياري قدره 1.56. أما متوسط عمر الإناث فبلغ 20.12 وانحراف معياري قدره 1.14. وتم جمع أفرادها من جامعات الحاج لخضر باتنة وجامعة باجي مختار عنابة وجامعة ورقلة ومن التعليم الثانوي والتكوين المهني وإداريون ومهنيون.

ويبين الجدول رقم (4) توزيع أفراد العينة على الجنس والتخصص الدراسي والمهني.

الجنس / مجتمعات العينات		الذكور	الإناث	المجموع
طلاب جامعات الحاج لخضر باتنة، وباجي مختار عنابة، وورقلة	كلية الآداب والعلوم الإنسانية	25	34	59
	كلية الحقوق والعلوم السياسية	28	35	63
	كلية الاقتصاد وعلوم التسيير	32	38	70
	كلية العلوم	31	35	66
	كلية الهندسة	27	33	60
	كلية الطب	26	28	54
	كلية الشريعة	28	24	52
التعليم الثانوي والمهني وإداريون	تلاميذ التعليم الثانوي	20	23	43
	تلاميذ التكوين المهني	14	18	32
	إداريون ومهنيون	11	05	16
المجموع		242	273	515

2- العينـة الثانيـة: بلغ عدد أفرادها 445 فردا منهم 205 من الذكور، 240 من الإناث. تراوحت أعمارهم بين 26 - 37 سنة، بمتوسط حسابي قدره لعينة الذكور 31.08 وانحراف معياري قدره 2.37. أما متوسط عمر الإناث فبلغ 29.73 وانحراف معياري قدره 2.11. وتم جمع أفرادها من طلاب المرحلة الجامعية الأولى وطلاب الدراسات العليا بجامعة الحاج لخضر باتنة، ومن الإداريين والمهنيين بمدينة باتنة.

ويبين الجدول رقم (5) توزيع أفراد العينة على الجنس والتخصص الجامعي والمهنة.

الجنـس / الكليـات والمهـن		الذكور	الإنـاث	المجموع
طلاب المرحلة الجامعية الأولى والدراسات العليا	كلية الآداب والعلوم الإنسانية	23	27	50
	كلية الحقوق والعلوم السياسية	30	25	55
	كلية الاقتصاد وعلوم التسيير	20	22	42
	كلية العلوم	18	21	39
	كلية الهندسة	16	14	30
	كلية الشريعة	28	29	57
المهنيون	الإداريون	11	17	28
	التجار	12	-	12
	المحامون	05	02	07
	الممرضون	06	16	22
	المعلمون	11	18	29
	أساتذة التعليم المتوسط	13	31	44
	أساتذة التعليم الثانوي والتقني	12	18	30
	المجموع	205	240	445

✦ مدة الدراســة

استغرق تطبيق الاستبيان على العينات السابقة لجمع المعلومات منها حول مشاعر اليأس ابتداء من شهر فيفري 2004 إلى شهر جوان 2005.

✦ الشروط السيكومتريــة للاستبيــان

تم حساب معاملات الصدق والثبات للعينتين السابقتين كما يلي:

I. العينــة الأولــى (الفئــة العمريــة: 18 - 25 سنــة)

1- الصــدق: تم حساب الصدق بثلاث طرق (بشير معمرية: 182 - 205)

أ- الصدق التكويني بأسلوب الاتساق الداخلي

العينات / البنود	معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية		
	عينة الذكور ن = 242	عينة الإناث ن = 273	العينة الكلية ن = 515
1	**0.563	**0.566	**0.489
2	**0.462	**0.697	**0.492
3	**0.580	**0.549	**0.597
4	**0.563	**0.547	**0.425
5	**0.489	**0.563	**0.606
6	**0.492	**0.524	**0.614
7	**0.597	**0.623	**0.479
8	**0.425	**0.544	**0.563
9	**0.606	**0.536	**0.542
10	**0.614	**0.429	**0.523
11	**0.479	**0.477	**0.487
12	**0.563	**0.410	**0.509
13	**0.542	**0.510	**0.517
14	**0.523	**0.481	**0.623
15	**0.642	**0.555	**0.611
16	**0.405	**0.412	**0.544
17	**0.482	**0.487	**0.456
18	**0.512	**0.511	**0.429
19	**0.437	**0.465	**0.452
20	**0.523	**0.533	**0.410
21	**0.412	**0.433	**0.510
22	**0.443	**0.603	**0.481
23	**0.504	**0.412	**0.555
24	**0.486	**0.464	**0.482
25	**0.507	**0.529	**0.437
26	**0.456	**0.422	**0.523
27	**0.414	**0.455	**0.412
28	**0.500	**0.427	**0.443
29	**0.450	**0.566	**0.516
30	**0.502	**0.545	**0.458

** معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (6) أن معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة للكلية لاستبيان كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 مما يعني أن الاستبيان يتمتع باتساق داخلي معقول مما يدل على أنه يقيس متغيرا واحدا متناسقا، وهذا مؤشر واضح على صدق الاستبيان، سواء عند عينة الذكور أو عينة الإناث من ذوي الفئة العمرية (18 - 25 سنة).

وتم كذلك حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة لليأس.

الجدول رقم (7) يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة. ويمثل المثلث الأعلى من الجدول عينة الذكور (ن = 242). أما المثلث الأسفل فيمثل عينة الإناث (ن = 273).

المتغيرات	الاتجاه السلبي نحو الذات	الاتجاه السلبي نحو الحاضر	الاتجاه السلبي نحو المستقبل
الاتجاه السلبي نحو الذات	_	**0.831	**0.802
الاتجاه السلبي نحو الحاضر	**0.851	_	**0.762
الاتجاه السلبي نحو المستقبل	**0.835	**0.781	_

** معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (7) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة لليأس، دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، سواء لدى عينة الذكور أو لدى عينة الإناث، مما يشير إلى صدق استبيان اليأس للراشدين من خلال الاتساق بين أبعاده الثلاثة.

ب- صدق المحـك بأسلـوب التـلازم

تبين أثناء عرض الباحث لنتائج الدراسات السابقة وجود ارتباطات موجبة بين كل من اليأس والاكتئاب واحتمال حدوث الانتحار أو تصور الانتحار. فقام الباحث بتطبيق قائمة آرون بيك للاكتئاب (الصورة الطويلة: 21 بندا، من إعداد: عبد الستار إبراهيم ص: 77 - 83). واستبيان خواء المعنى (إعداد: محمد معوض ص: 356) واستبيان احتمال حدوث الانتحار (من إعداد الباحث الحالي، وهو في طور التقنين على نفس هذه العينة) مع استبيان قياس اليأس للراشدين، وحسب معاملات الارتباط بطريقة كارل بيرسون للدرجات الخام بين المتغيرات الثلاثة. فجاءت معاملات الارتباط كما يبينها الجدول رقم (8). ويمثل المثلث الأعلى من الجدول عينة الذكور (ن = 242). أما المثلث الأسفل فيمثل عينة الإناث (ن = 273).

المتغيرات	اليأس	الاكتئاب	خواء المعنى	احتمال حدوث الانتحار
اليـأس	–	**0.688	**0.714	**0.642
الاكتئـاب	**0.755	–	**0.523	**0.630
خواء المعنـى	**0.756	**0.657	–	**0.568
احتمال حدوث الانتحار	**0.674	**0.397	**0.527	–

** معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (8) أن معاملات الارتباط بين متغيرات اليأس والاكتئاب وخواء المعنى واحتمال حدوث الانتحار، دالة إحـصائيا عنـد مستوى 0.01 ، سواء لدى عينة الذكور أو لدى عينة الإناث، مما يشير إلى صدق استبيان اليأس للراشدين، لأنه يلازم في الظهور كلا من الاكتئـاب وخواء المعنى واحتمال حدوث الانتحار كما أشـارت نتـائج الدراسـات السابقة.

ج- الصدق التمييـزي بأسلـوب المقارنـة الطرفيـة

حيث تم سحب 27 % من طرفي التوزيع للدرجات التي حصل عليهـا أفراد العينة في استبيان الشعور باليأس للراشدين بعد ترتيبها مـن أدنـى درجة إلى أعلاها.

1 - بالنسبة للذكور كانت 65 فردا من كل طرف. وبعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينتي الطرفين كل على حدة. ثم حسِبت قيم " ت " لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين. والجدول رقم (9) يبين قيمة " ت " لدلالة الفروق بين متوسطي العينة الدنيا والعينة العليا.

العينة / المتغير	العينـة الأعلى ن = 65		العينـة الدنيا ن = 65		قيمة " ت"
	م	ع	م	ع	
الشعور باليأس	33.63	10.12	7.45	2.25	**20.20

** قيمة " ت " دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين من الجدول رقم (9) أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 لدلالة الذيلين، ممـا يـشير إلـى أن الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه لدى عينة الذكور.

2 - أما بالنسبة لعينة الإناث فكانت النسبة تساوي 74 فردا مـن كـل طرف. وبعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريـة لعينتي الذكور والإناث كل على حدة. ثم حسِبت قيم " ت " لدلالة الفـروق بين المجموعتين المتطرفتين. والجدول رقم (10) يبين قيمة " ت " لدلالة الفروق بين متوسطي العينة الدنيا والعينة العليا.

العينـة / المتغيـر	العينة الأعلى ن = 74		العينة الدنيا ن = 74		قيمة "ت"
	م	ع	م	ع	
الشعور باليأس	35.06	11.17	8.32	2.45	**19.98

** قيمة " ت " دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين في الجدول رقم (10) أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 لدلالة الذيلين، ممـا يـشير إلـى أن الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه لدى عينة الإناث.

2-الثبـات: تم حساب الثبات بثلاث طرق كذلك:

حسـاب معامـل الاتسـاق عبـر الزمـن بأسلـوب تطبيـق وإعـادة تطبيـق الاستبيـان

تم تطبيق الاستبيان ثم أعيد تطبيقه على 117 من الـذكور، 103 مـن الإناث. وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين يتراوح بين 20 يوما وثلاثـة شهور. فجاءت معاملي الارتباط بين التطبيقين كما يلي:

1 - عينة الذكور: 0.621 دال إحصائيا عند مستوى 0.01.

2 - عينة الإناث: 0.583 دال إحصائيا عند مستوى 0.01.

مما يشير إلى أن الاستبيان يتميز بثبات مقبول.

طريقـة التجزئـة النصفيـة بأسلـوب فـردي / زوجـي

قام معد الاستبيان بتصحيح إجابات أفـراد العينـة بطريقـة اسـتخراج درجتين لكل فرد؛ إحداها على البنود الفردية، والثانية على البنود الزوجيـة، فصار لكل فرد درجتان، ثم قام بحساب معامل الارتباط بين الدرجتين لعينـة الذكور ن = 242 ولعينة الإناث ن = 273. فجاء معاملا الارتباط كما يلي:

1 - عينة الذكور: 0.938 وارتفع بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان - براون إلى 0.968.

2 - عينة الإناث فكان : 0.817 وارتفع بعد تصحيح الطـول بمعادلـة سبيرمان - براون إلى 0.899.

مما يشير إلى أن الاستبيان يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود داخليا.

حسـاب معامـل ألفا لكرونبـاخ

جاء معامله يساوي 0.920. وهو معامل مرتفع.

II. العينـة الثانيـة (الفئـة العمريـة : 26 - 37 سنـة)

1-الصـدق : تم حساب الصدق بثلاث طرق:

أ-الصـدق التكوينـي بأسلـوب الاتسـاق الداخلـي

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للاستبيان.

الجدول رقم (11) يبين معاملات الارتباط لعينة الذكور وعينة الإناث والعينة الكلية.

البنـود / العينـات	معاملات الارتبـاط بين درجـة كل بند والدرجـة الكليـة		
	عينـة الذكـور ن = 205	عينـة الإنـاث ن = 240	العينـة الكليـة ن = 445
1	**0.566	**0.407	**0.524
2	**0.497	**0.481	**0.477
3	**0.549	**0.555	**0.487
4	**0.547	**0.487	**0.432
5	**0.563	**0.487	**0.481
6	**0.524	**0.511	**0.521
7	**0.623	**0.465	**0.497
8	**0.544	**0.433	**0.444
9	**0.536	**0.420	**0.503
10	**0.429	**0.503	**0.401
11	**0.477	**0.521	**0.471
12	**0.510	**0.464	**0.432
13	**0.507	**0.529	**0.547
14	**0.481	**0.522	**0.486

15	**0.492	**0.444	**0.521
16	**0.432	**0.456	**0.492
17	**0.521	**0.566	**0.527
18	**0.503	**0.401	**0.524
19	**0.415	**0.452	**0.437
20	**0.486	**0.471	**0.529
21	**0.507	**0.524	**0.531
22	**0.456	**0.485	**0.415
23	**0.521	**0.464	**0.563
24	**0.500	**0.502	**0.504
25	**0.428	**0.432	**0.524
26	**0.602	**0.521	**0.416
27	**0.465	**0.591	**0.540
28	**0.514	**0.501	**0.544
29	**0.601	**0.435	**0.622
30	**0.527	**0.421	**0.415

** معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (11) أن معاملات الارتباط بين الدرجات على البنود والدرجة للكلية لاستبيان كلها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 ممـا يعني أن الاستبيان يتمتع باتساق داخلي معقول مما يدل على أنـه يقـيس متغيرا واحدا متناسقا، وهذا مؤشر واضح على صدق الاسـتبيان، سـواء عند عينة الذكور أو عينة الإناث من ذوي الفئة العمرية (26 - 37 سنة).

وتم كذلك حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة لليأس :

الجدول رقم (12) يبين معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة. ويمثل المثلث الأعلى من الجدول عينة الذكور (ن = 205). أما المثلث الأسـفل فيمثل عينة الإناث (ن = 240).

المتغيـرات	الاتجاه السلبي نحو الذات	الاتجاه السلبي نحو الحاضر	الاتجاه السلبي نحو المستقبل
الاتجاه السلبي نحو الذات	_	**0.754	**0.795
الاتجاه السلبي نحو الحاضر	**0.771	_	**0.751
الاتجاه السلبي نحو المستقبل	**0.734	**0.741	_

** معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (12) أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الثلاثة لليأس، دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 ، سواء لدى عينة الذكور أو لـدى عينة الإناث، مما يشير إلى صدق استبيان اليأس للراشـدين مـن خـلال الاتساق بين أبعاده الثلاثة.

ب- صـدق المحـك بأسلـوب التـلازم

تشير نتائج الدراسات السابقة إلى وجود ارتباطات موجبة بين كـل مـن اليأس والاكتئاب واحتمال حدوث الانتحار أو تصور الانتحار. ففام الباحـث بتطبيق قائمة آرون بيك للاكتئاب (21 بندا) واستبيان احتمال حدوث الانتحار (من إعداد الباحث الحالي، وهو في طور التقنين على نفس هذه العينـة) مـع الاستبيان الحالي لقياس اليأس لدى الراشدين، وحـسب معـاملات الارتبـاط بطريقة كارل بيرسون للدرجات الخام بين المتغيرات الثلاثة. فجاءت معاملات الارتباط كما يبينها الجدول رقم (13). ويمثل المثلث الأعلى من الجدول عينة الذكور (ن = 205). أما المثلث الأسفل فيمثل عينة الإناث (ن = 240).

المتغيرات	اليأس	الاكتئاب	خواء المعنى	احتمال حدوث الانتحار
اليـأس	—	**0.771	**0.751	**0.544
الاكتئـاب	**0.704	—	**0.712	**0.444
خواء المعنـى	**0.756	**0.682	—	
احتمال حدوث الانتحار	**0.516	**0.473	**0.532	—

** معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من الجدول رقم (13) أن معاملات الارتباط بـين متغيـرات اليأس والاكتئاب وتصور الانتحار، دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، سواء لدى عينة الذكور أو لدى عينة الإناث، مما يشير إلى صدق استبيان اليأس للراشدين، لأنه يلازم في الظهور كلا من الاكتئـاب واحتمـال حـدوث الانتحار كما أشارت نتائج الدراسات السابقة.

ج- الصـدق التمييـزي بأسلـوب المقارنـة الطرفيـة

حيث تم سحب 27 % من طرفي التوزيع للدرجات التي حصل عليهـا أفراد العينة في استبيان الشعور باليأس للراشدين بعد ترتيبها مـن أدنـى درجة إلى أعلاها.

1 - بالنسبة للذكور كانت 55 فردا من كل طرف. وبعدها تم اسـتخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينتي الذكور والإنـاث كـل على حدة. ثم حسبت قيم "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين. والجدول رقم (14) يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسـطي العينـة الدنيا والعينة العليا.

العينـة / المتغيـر	العينة الأعلى ن = 55		العينة الدنيا ن = 55		قيمة "ت"
	م	ع	م	ع	
الشعور باليأس	37.52	11.35	9.51	3.06	**17.51

** قيمة " ت " دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين من الجدول رقم(14) أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 لدلالة الذيلين، ممـا يـشير إلـى أن الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه لدى عينة الذكور.

2 - أما بالنسبة لعينة الإناث فكانت النسبة تساوي 65 فردا مـن كـل طرف. وبعدها تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية. ثم حسبت قيم " ت " لدلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين. والجدول رقم (15) يبين قيمة " ت " لدلالة الفروق بين متوسـطي العينـة الـدنيا والعينة العليا.

العينـة / المتغيـر	العينة الأعلى ن = 65		العينة الدنيا ن = 65		قيمة " ت"
	م	ع	م	ع	
الشعور باليأس	39.27	12.91	9.65	3.24	**17.90

** قيمة " ت " دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين في الجدول رقم(15) أنها دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 لدلالة الذيل الواحد، مما يشير إلى أن الاستبيان له القدرة على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين مما يدل على صدقه لدى عينة الإناث.

2- الثبـــات: تم حساب الثبات بثلاث طرق كذلك:

أ-حسـاب معامـل الاتسـاق عبـر الزمن بأسلوب تطبيـق وإعـادة تطبيـق الاستبيـان

تم تطبيق الاستبيان ثم أعيد تطبيقه على 97 من الـذكور، 112 مـن الإناث. وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين يتراوح بين 20 يوما وثلاثـة شهور. فجاء معاملا الارتباط بين التطبيقين كما يلي:

عينة الذكور: 0.557 دال إحصائيا عند مستوى 0.01. عينة الإنـاث: 0.561 دال إحصائيا عند مستوى 0.01. مما يشير إلى أن الاستبيان يتميز

بثبات مقبول.

ب- طريقـة التجزئـة النصفيـة بأسلـوب فـردي / زوجـي

قام معد الاستبيان بتصحيح إجابات أفراد العينة بطريقة استخراج درجتين لكل فرد؛ إحداها على البنود الفردية، والثانية على البنود الزوجية، فصار لكل فرد درجتان، ثم قام بحساب معامل الارتباط بين الدرجتين لعينة الذكور ن = 205 ولعينة الإناث ن = 240. فجاء معاملا الارتباط كما يلي: عينة الذكور: 0.865 وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون صار 0.927. أما لدى عينة الإناث فكان: 0.817 وبعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون صار 0.899 مما يشير إلى أن الاستبيان يتميز بمستوى عال من الاتساق بين البنود داخليا.

ج- حسـاب معامـل ألفا لكرونبـاخ

جاء معامله يساوي 0.891. وهو معامل مرتفع.

ملاحظـة

أجريت جميع العمليات الإحصائية لحساب معاملات الصدق والثبات للاستبيان باستعمال الحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية SPSS.

يتبين من القيم المستخرجة للاستبيان لحساب شروطه السيكومترية (الصدق والثبات) بالطرق المختلفة، أنه يتمتع بمواصفات الاستبيانات الجيدة، سواء للعينة ذات الفئة العمرية 18 - 25 سنة أو العينة ذات الفئة العمرية 26 - 37 سنة، مما يجعله أداة قابلة للاستخدام للأغراض المبينة فيما سبق.

✦ توزيـع البنـود الثلاثيـن علـى الأبعـاد الثلاثـة للاستبيـان

البعـد الأول: الاتجـاه السلبـي نحـو الذات: تقيسه 11 بندا وهي ذات الأرقام التالية: 1، 4، 7، 10، 13، 16، 19، 22، 25، 28، 30.

البعـد الثانـي: الاتجـاه السلبـي نحـو الحاضـر: تقيسه 10 بنود وهي ذات الأرقام التالية: 2، 5، 8، 11، 14، 17، 20، 23، 26، 29.

البعـد الثالـث: الاتجـاه السلبـي نحـو المستقبـل: تقيسه 09 بنود وهي ذات الأرقام التالية: 3، 6، 9، 12، 15، 18، 21، 24، 27.

توجد النسخة النهائية للاستبيان في ملحق البحث. وأدعو الزملاء المتخصصين في علم النفس إلى استخدام هذا الاستبيان في بحوثهم، أو في تشخيصات اليائسين.

✦ طريقـة التطبيـق والتصحيـح وتقديـر الدرجـة

يطبق الاختبار أساسا بطريقة جماعية، أي يجيب عنه عدة أفراد في نفس الجلسة، كما يمكن تطبيقه بطريقة فردية، وخاصة عند استعماله من أجل التنبؤ باحتمال إقبال المفحوص على الانتحار.

يجاب على الاستبيان حسب التوضيح الوارد في التعليمات بأن يضع المفحوص علامة × أمام واحدة من الاختيارات الأربعة التالية: لا، نادرا، أحيانا، غالبا.

وعند التصحيح يمنح المفحوص درجة صفر إذا أجاب بـ: لا. ودرجة 1 إذا أجاب بـ: نادرا. ودرجتان 2 إذا أجاب بـ: أحيانا. وثلاث درجات 3 إذا أجاب بـ: غالبا. والتصحيح يكون في اتجاه واحد.

وتتراوح الدرجة النظرية التي يحصل عليها الفرد على الاتجاه السلبي نحو الذات من صفر إلى 33 درجة. وعلى الاتجاه نحو الحاضر من صفر إلى 30 درجة. وعلى الاتجاه السلبي نحو المستقبل من صفر إلى 27 درجة درجة. أما الدرجة الكلية للاستبيان فتتراوح بين صفر- 90 درجة. ويشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مشاعر اليأس.

✦ مجـالات استخـدام الاستبيـان

يستخدم الاستبيان في مجال البحث النفسي، في مجال تشخيص اليأس، في مجال التنبؤ باحتمال إقدام المفحوص على الانتحار. وفيما يتعلق باستخدامه في مجال البحث فيكفي للباحث أن يستخرج معاملات الصدق والثبات للاستبيان على عينة بحثه.

أما استخدام الاستبيان في مجالي التشخيص والتنبؤ باحتمال إقدام المفحوص على الانتحار، ينبغي على الأخصائي ألا يحيد عن الحدود العمرية لعينة التقنين وهي: 18 - 25 سنة، 26 - 37 سنة. أو يعمل على استخراج معايير أخرى إذا كان الفرد المفحوص ينتمي إلى فئة عمرية توجد خارج الفئتين العمريتين السابقتين.

✦ المعاييـر

أولا : المتوسطـات الحسابيـة والانحرافـات المعياريـة

1 - تم حساب المتوسط الحسابي بالمعادلة التالية:

$$م = \frac{مج\ س}{ن} =$$

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

2 - تم حساب الانحراف المعياري بالمعادلة التالية:

$$ع = \sqrt{\frac{مج\ س^2}{ن} - م^2} =$$

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

الجدول رقم (16) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للعينات الأربعة وفقا للجنس والفئة العمرية.

الجنس / العينة	الذكور		الإناث	
	م	ع	م	ع
الفئة العمرية: 18 - 25 سنة	23.44	17.75	19.95	17.18
الفئة العمرية: 26 - 37 سنة	21.03	17.81	26.10	20.89

ثانيا: الدرجات المعيارية التائية

تم حساب الدرجات المعيارية التائية بالمعادلة التالية:

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

س = الدرجة، م = المتوسط الحسابي، ع = الانحراف المعياري، 10 انحراف معياري جديد، 50 متوسط حسابي جديد.

الجدول رقم (17) يبين الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الذكور من الفئة العمرية 18 - 25.

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
1	37	31	54	61	71
2	38	32	55	62	71
3	38	33	55	63	72
4	39	34	56	64	72
5	40	35	56	65	73
6	40	36	57	66	73
7	41	37	57	67	74
8	41	38	58	68	75
9	42	39	59	69	75
10	42	40	59	70	76
11	43	41	60	71	76
12	44	42	60	72	77
13	44	43	61	73	77
14	45	44	61	74	78
15	45	45	62	75	79
16	46	46	62	76	79
17	46	47	63	77	80
18	47	48	64	78	80
19	47	49	64	79	81
20	48	50	65	80	81
21	49	51	65	81	82
22	49	52	66	82	82
23	50	53	66	83	83
24	50	54	67	84	84
25	51	55	68	85	84
26	51	56	68	86	85
27	52	57	69	87	85
28	53	58	69	88	86
29	53	59	70	89	87
30	54	60	70	90	87

الجدول رقم (18) يبين الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الإناث من الفئة العمرية 18 - 25.

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
1	38	31	56	61	73
2	39	32	57	62	74
3	40	33	57	63	75
4	40	34	58	64	75
5	41	35	58	65	76
6	41	36	59	66	76
7	42	37	59	67	77
8	43	38	60	68	77
9	43	39	61	69	78
10	44	40	61	70	79
11	44	41	62	71	79
12	45	42	62	72	80
13	45	43	63	73	80
14	46	44	63	74	81
15	47	45	64	75	82
16	47	46	65	76	82
17	48	47	65	77	83
18	48	48	66	78	83
19	49	49	66	79	84
20	50	50	67	80	84
21	50	51	68	81	85
22	51	52	68	82	86
23	52	53	69	83	86
24	52	54	69	84	87
25	53	55	70	85	87
26	53	56	70	86	88
27	54	57	71	87	89
28	54	58	72	88	89
29	55	59	72	89	90
30	55	60	73	90	90

الجدول رقم (19) يبين الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الذكور من الفئة العمرية 26 - 37.

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
1	38	31	55	61	72
2	39	32	56	62	73
3	39	33	56	63	73
4	40	34	57	64	74
5	40	35	58	65	74
6	41	36	58	66	75
7	42	37	58	67	75
8	42	38	59	68	76
9	43	39	60	69	76
10	83	40	60	70	77
11	44	41	61	71	78
12	44	42	61	72	78
13	45	43	62	73	79
14	46	44	62	74	79
15	46	45	63	75	80
16	47	46	74	76	80
17	47	47	64	77	81
18	48	48	65	78	81
19	48	49	65	79	82
20	49	50	66	80	83
21	50	51	66	81	83
22	50	52	67	82	84
23	51	53	67	83	84
24	51	54	68	84	85
25	52	55	69	85	85
26	52	56	69	86	86
27	53	57	70	87	87
28	53	58	70	88	87
29	54	59	71	89	88
30	55	60	71	90	88

الجدول رقم (20) يبين الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الإناث من الفئة العمرية 26 - 37.

الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية
1	37	31	52	61	66
2	38	32	52	62	67
3	38	33	53	63	67
4	39	34	53	64	68
5	39	35	54	65	68
6	40	36	54	66	69
7	40	37	55	67	69
8	41	38	55	68	70
9	41	39	56	69	70
10	42	40	56	70	71
11	42	41	57	71	71
12	43	42	57	72	71
13	43	43	58	73	72
14	44	44	58	74	72
15	44	45	59	75	73
16	45	46	59	76	73
17	45	47	60	77	74
18	46	48	60	78	74
19	46	49	60	79	75
20	47	50	61	80	75
21	47	51	61	81	76
22	48	52	62	82	76
23	48	53	62	83	77
24	49	54	63	84	77
25	49	55	63	85	78
26	49	56	51	86	78
27	50	57	64	87	79
28	50	58	65	88	79
29	51	59	65	89	80
30	51	60	66	90	80

المراجـــع

1. القرآن الكريم.
2. بشير معمرية (2002). القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية للطلاب والباحثين. منشورات شركة باتنيت للمعلوماتية والخدمات المكتبية والنشر ـ باتنة الطبعة الأولى.
3. جابر عبد الحميد جابر , علاء الدين كفافي (1991). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء الرابع دار النهضة العربية القاهرة.
4. حسين علي فايد (1998). الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طالبات الجامعة وطلابها. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) عدد يناير.
5. سيد عبد العظيم محمد (1998). أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسي تصدر عن مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ـ القاهرة العدد الثامن.
6. عبد الستار إبراهيم(1998). الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه. سلسلة عالم المعرفة المجلس الوطني للفنون والثقافة والآداب ـ الكويت نوفمبر عدد 239.
7. عبد الفتاح محمد دويدار (1992). المكونات العاملية والمعالم السيكومترية لمقياس اليأس للأطفال في البيئة المصرية. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) يناير.
8. عماد محمد مخيمر (2003). إدراك الطفل للأمن النفسي من الوالدين وعلاقته بالقلق واليأس. دراسات نفسية تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) عدد أكتوبر.
9. فاروق السيد عثمان (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. الطبعة الأولى دار الفكر العربي ـ القاهرة.
10. مايسة أحمد النيال (1998). بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيري في ريف مصر وحضرها. مجلة علم النفس تصدر عن الهيئة المصرية العامة للكتاب 48.
11. محمد السيد عبد الرحمن (1998). المهارات الاجتماعية والاكتئاب واليأس لدى الأطفال. دراسات في الصحة النفسية الجزء الثاني دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ـ القاهرة.
12. محمد عبد التواب معوض (1998). أثر الإرشاد بالمعنى في خفض خواء المعنى لدى عينة من العميان. مجلة الإرشاد النفسي تصدر عن مركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ـ القاهرة العدد الثامن.
13. هشام إبراهيم عبد الله (1995). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى عينة من الطلاب والعاملين. المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس المجلد الثاني 25 ـ 27 ديسمبر.

استبيـــان الشعـــور باليـأس للراشديـــن

الاسم (اختياري) ..... العمر : ..... الجنس : .....
المستوى التعليمي : ..... التخصص التعليمي : .....
المهنة : .....

تعليمـــات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عما يشعر به الناس إزاء أنفسهم أو خبراتهم في الحياة أو مستقبلهم. اقرأ كل عبارة على حدة وأجب بوضع علامة X تحت كلمة لا أو نادرا أو أحيانا أو غالبا. وذلك حسب انطباق العبارة عليك. أجب عن كل العبارات. لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة , فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن شعورك بصدق.

العـــبارات	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
1 ـ أشعر بالضعف أمام أي شيء	.....	.....	.....	.....
2 ـ أشعر بأن لا هدف لحياتي	.....	.....	.....	.....
3 ـ أشعر بأن مستقبلي غامض	.....	.....	.....	.....
4 ـ أكره نفسي	.....	.....	.....	.....
5 ـ أشعر بأن حياتي تسير بطريقة سيئة	.....	.....	.....	.....
6 ـ أتوقع الفشل في المستقبل.	.....	.....	.....	.....
7 ـ أشعر بأني عديم القيمة	.....	.....	.....	.....
8 ـ أفشل في كل شيء أعمله	.....	.....	.....	.....
9 ـ أشعر بأني سوف أفشل في المستقبل	.....	.....	.....	.....
10 ـ أشعر بالعجز عن فعل أي شيء	.....	.....	.....	.....
11 ـ أشعر بأني فقدت الأمل	.....	.....	.....	.....
12 ـ أشعر بأن ظروفي السيئة سوف تبقى على حالها	.....	.....	.....	.....
13 ـ أشعر بأني لست جديرا بالحياة	.....	.....	.....	.....
14 ـ أشعر بأن حياتي لا معنى لها	.....	.....	.....	.....
15 ـ فقدت الأمل في المستقبل	.....	.....	.....	.....
16 ـ أشعر باليأس	.....	.....	.....	.....
17 ـ أشعر بأن الظروف من حولي تعمل ضدي	.....	.....	.....	.....
18 ـ أتوقع أن تحدث لي أشياء سيئة في المستقبل	.....	.....	.....	.....
19 ـ أفكر في إنهاء حياتي	.....	.....	.....	.....
20 ـ أشعر بأن التعاسة هي حظي في الحياة	.....	.....	.....	.....
21 ـ أشعر بأن مستقبلي سوف يكون سيئا مثل حاضري	.....	.....	.....	.....
22 ـ أتجنب تكوين علاقات مع الآخرين لأني سأفشل	.....	.....	.....	.....
23 ـ أشعر بأن هذا العالم غير صالح للحياة	.....	.....	.....	.....
24 ـ أشعر بالخوف من المستقبل	.....	.....	.....	.....
25 ـ أتجنب عمل أي شيء خوفا من الفشل	.....	.....	.....	.....
26 ـ أشعر بأن لا شيء يثير اهتمامي	.....	.....	.....	.....
27 ـ خبراتي السيئة جعلتني أفقد الأمل في المستقبل	.....	.....	.....	.....
28 ـ ليس لدي حماس أو رغبة لفعل أي شيء	.....	.....	.....	.....
29 ـ أشعر أن علاقاتي مع الآخرين لا معنى لها	.....	.....	.....	.....
30 ـ أشعر بأني فقدت السيطرة على كل شيء	.....	.....	.....	.....

ورقـــة تصحيـــح الإجابـــات وتقديـــر الدرجـــات الفرعيـــة والدرجـــة الكليـــة للاستبيـــان

الاسم : ..... العمر : ..... الجنس : .....
المستوى التعليمي :..... التخصص التعليمي : .....
المهنة : .....

الاتجاه السلبي نحو الذات	الاتجاه السلبي نحو الحاضر	الاتجاه السلبي نحو المستقبل
1 ـ	2 ـ	3 ـ .....
4 ـ	5 ـ	6 ـ .....
7 ـ	8 ـ	9 ـ .....
10 ـ	11 ـ	12 ـ .....
13 ـ	14 ـ	15 ـ .....
16 ـ	17 ـ	18 ـ .....
19 ـ	20 ـ	21 ـ .....
22 ـ	23 ـ	24 ـ .....
25 ـ	26 ـ	27 ـ .....
28 ـ	29 ـ	
30 ـ		
المجموع	المجموع	المجموع .....

الدرجة الكلية : .....

الأعمـــال المتكاملـــة: ترحـــالات يحيـــى الرخـــاوي

النـــاس و الطريـــق - المـــوت و الحنيـــن – ذكـــر مـــا لا ينقـــال

أ. د. يحيـــى الرخـــاوي – مصـــر

Summary: www.arabpsynet.com/Books/Yahia.B1.1.htm

مجلـــة الإنســـان والتطـــور

www.arabpsynet.com/Journals/ME/index.me.htm

المـولد النبـــوي الشريـــف: أجمـــل التهـــاني

بمناسبة ذكرى المولد النبوي الشريف على صاحبه أفضل الصلاة والسلام محمد صلى الله عليه و سلم، يشرفني و أسرة شبكة العلوم النفسية العربية أن نتقدم إليكم و إلى ذويكم وكافة المسلمين بأحر التهاني. سائلين الله العلي القدير ، في زمن اختلطت فيه السبل، أن يشرح صدورنا وينير بصيرتنا ويوفقنا إلى ما فيه خير الإنسان رفعة للإسلام .

عن أسرة شبكة العلوم النفسية العربية

الإنســـــــــان : عن الفطـرة والأطفـــال... الأصـــل والصـــورة !! (الجزء الثالث)

أ.د. يحيـى الرخـاوي – الطب النفسي – القاهـرة، مصـر

yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

أمـا قبـل: الصراط المستقيم الذى نطلب من الله تعالى أن يهدينا إليه فى كل قراءة فاتحة هو غير محدد ألفاظا، برغم أن أغلب المفسرين الأفاضل أصروا أن يحددوه كل بطريقته، ومن موقعه وعلى مسئوليته، من منطلق الاستلهام وليس التفسير: وقفت طويلا عند هذا التعبير المعجز فى آيات سورة الفاتحة، وكأن هذه الآيات توصينا بأن الصراط المستقيم هو الصراط المستقيم، لا أكثر، فإذا أصررنا مثل الأطفال على أن نتمادى فى التساؤل، هذا حق كل طالب معرفة، جاءت الإجابة أنه "صراط الذين أنعمت عليهم". تلقيت وحى هذه الآية الكريمة بأن نعمة الله على أهل الصراط المستقيم تمثل دائرة إيجابية تغذى بعضها بعضا، أى أن فطرة كل واحد، بفضل الله، تهديه إلى الصراط المستقيم فور الحق تعالى، فينعم الله عليه، وهو يدعوه بأن يهديه إلى الصراط المستقيم، وهكذا دواليك، لكن الطفل/الإنسان قارئ الفاتحة لا يتوقف عن مواصلة التساؤل لمزيد من الإيضاح، فنأتيه الآية تلو الآية بأفهم، ببساطة، غير المغضوب عليهم ولا الضالين، فنتأكد عندى ملامح الفطرة، وكيف أن من يشذ عن الصراط المستقيم المتناغم مع الجميع فى الكون إلى الله، يصبح مثل النيزك الضال إذ ينفصل عن أصله، نشازا شاردا، لم يعد يمثل تلك النغمة الإيمانية التى تشترك فى عزف لحن الإيمان الكلى إلى وجهه تعالى.

كيـف نقـى أولادنـا من التعصـب؟؟

أولا: الحكايـــة

كان الشاب ملتحيا جدا، وجهه سمح، فيه طيبة مصرية برغم أنه كان أبيضا ناصع البياض، لحق بى بعد المحاضرة (سنة 1 طب) أيام كنت ألقى محاضرات فى مبادئ علم النفس الطبى، وطلب بأدب جم أن نواصل الحوار فيما أغلق عليه فيما قلته عن موقفى الشخصى أثناء المحاضرة مما لم يفهمه جيدا، يبدو أنه كان لايتفق مع منظومته . قلت له على شرط، قال أقبله، قلت : لنتفق أن ما يسرى عليك يسرى علىّ، قال هذا تفضل منك، قلت بل هذا هو عدل الحوار. قال طبعا، قلت له لنفترض مجرد فرض أننى خرجت من الحوار مقتنعا برأيك حتى غيرت ما كنت أقوله، أشرق وجهه بالبشر ولم يتردد قائلا: نحمد الله أن هداك إلى الحق، قلت لنفترض – لا قدر الله – أن العكس حدث، قال أى عكس، قلت لنفرض أننا خرجنا من الحوار وأنت مقتنع بعكس ما هو فى فكرك الآن حتى اضطررت أن تغيره، تردد قليلا، لكنه وزنها، فسأل مستوضحا – قال: ماذا تعنى بعكس ما أنا فيه، قلت له أنا لا أعرف ما أنت فيه، ولا ما تعتبره الصواب كل الصواب ولا شئ غيره صوابا ، لكن لا بد دأن له عكس ما. انزعج هذه المرة أكثر. قلت له أنا أصدقك، وليس عندى نية أن أزعجك، ولا أ ريد أن أقنعك بشئ، ولا أنا انتهيت إلى يقين نهائى فى معظم الأمور، وما ذكرت فى المحاضرة هو مجرد رأى شخصى يحاسبنى الله عليه، قال مطمئنا: إذن نتحاور. قلت له: إذا كنت واثقا كل هذه الثقة أنه من المستحيل أن تتحرك بعيدا عما أنت فيه الآن، مائة فى المائة ومستحيل أن يتزحزح فى اتجاه آخر. فلم الحوار، وفيم الحوار يا بنى، ربتّ على كتفه ودعوت له بالتوفيق فدعى لى بالهداية. انتهت الحكاية.

هذا شاب طيب جميل، لا هو متهور ولا هو إرهابى ولا هو جماعات (هذا ما رجحته) لكنه هو هذا الشاب الطيب الجميل.

برغم ترجيحى أن هذا الشاب غير قادر أن يقتل نملة، فقد تـصورت أنه أرض خصبة تماما لو وقع فى يد من يجعله يفجر نفسه فـى بعـض أهله يوما لفعلها يقينا.

ماذا يصير بأولادنا إلى هذا؟

ما الذى يصير بأولادهم إلى ذاك؟ (يعذبون إخوتهم البشر فـى أبـو غريب وجوانتنا مالا وفلسطين وأفغانـستان والبلقـان وأمريكـا الجنوبيـة والشمالية، وشمال أفريقيا...وعبر العالم ؟)

لقد خلقنا الله من نفس واحدة، وجعلنا شعوبا وقبائل لنتعـارف، كيـف نتعارف؟ تجربة: ضع رضعا مع بعضهم البعض منذ الولادة، إجمعهم من كل صوب وحدب، لا تقل لهم شيئا، لا تسمّهم، ولا تذكر لهم وطنا، دعهم يسمون أنفسهم، أو يسمون بعضهم البعض. سـوف يعرفـون الله، ولـن يكرهوا بعضهم البعض أبدا، ولن يقتل احدهم الآخر، ولن يعـذب أحـدهم الآخر مهما حدث، هذا بعض مغزى مواز لما تخيله ابن طفيل فى "حى بن يقظان".

نستمع إلى الأغنية التى كتبتها للأطفال أساسا ضـمن التجربـة التـى ألهمتنى هذه السلسلة فى رمضان:

أغنيـــة للأطفـــال

الدنيا مش أبيض واسودْ
الدنيا كتير والناس ألوان

وقديمك لازم يتجدد
لو كنت صحيح مخلوق إنسانْ

مش معنى كده تبقى رمادى، أو من غير لون
كل المطلوب إنك تفهم : إنك "كائن" "عمّال بتكونْ"

فتح عقلك للى ما تعرفشى كتير عنه
وضرورى جا تلقى انك عايز حاجه منه
ما هو هوّه كمان مش حايسيبك إلا مع بعض
ربنا سوّانا سوَى جميعا من طين الأرض

كده تقدر تكبر وتكبّـر
كده تقدر تفهم وتقدر
تلقى الأبيض جوا الإسود : لاتنين حلوين
والعكس صحيح، طيب جرّب، يا حلاوة الطين

القـــراءة (للكبـــار)

الأطفال يسألون بصدق وتعجب عن أصلهم وفصلهم، ولماذا ولد الأسود أسودا؟ والأبيض كذلك؟ ولماذا وجد محمود نفسه مسلما؟ فى حين وجد رياض نفسه مسيحيا؟ ولماذا لم يستشيرو أيا منهما ربما اختار غير ما اختاروا له، ولكن هل هم اختاروا له، أو لأنفسهم أصلا؟ نحن نجيبهم عادة إجابات عجيبة من أغربها: أن نطلب من أى منهم أن يحمد ربنا أنه ولد هكذا، لأنه لو كان ولد "غير هكذا" لذهب إلى النار، ولا نلاحظ ونحن نجيب هذه الإجابات، أن الفريق على الجانب الآخر يأخذ نفس الموقف، ويقول نفس الكلام.

المسألة برغم كل هذا شديدة الصعوبة. إن أى تنازل عما وجدنا أنفسنا فيه هو بمثابة التنازل عن القاعدة التى ننطلق منها إلى ما هو نحن. إن أى تمييع للموقف، خاصة من جانب واحد، هو دعوة للاشىء، ومن ثم سيطرة الأقوى والأغبى.

ما العمل؟

الغنوة تشير أولا إلى اتساع طيف الاختلاف، وكم هو ممتد ومتنوع أكثر بكثير من هذا الاختزال إلى أبيض وأسود، خاصة إذا كنا نتصور أن الأبيض هو دليل النهار والضوء والنقاء، وأن الأسود عكس ذلك. فى نفس الوقت هى تنبه إلى رفض أن يكون الحل هو الرمادى أو حتى درجات الرمادى، فكل الألوان مطروحة على مدى التاريخ والجغرافيا. "الناس ألوان".

نأتى لما يمكن أن نستلهمه من الآية الكريمة: "وخلقناكم شعوبا وقبائل "لتعارفوا": كيف يتعارف الأغيار، وكيف يتعارف الاضداد، الأرجح أن الطفل أقدر على قبول الاختلاف من الكبير الذى تبرمج على أن الصح هو واحد فقط، وأن هذا الواحد هو الذى يعتقده دون ما يعتقده الآخر. هذا لا يحدث إلا على مستوى الأفكار (أنظر الأغنية الثانية، عن تصلب الفكر ومرونته) الفكر هو أكثر تشنجا من الوعى والحس والجسد، الفكر الظاهر يتمسك بمعتقد ايديولوجى منظم يحتمى به ويتحرك داخله، أما الجسد فهو لا يعرف سوى الإيمان الأشمل، الجسم الأبيض يتكلم نفس لغة الجسم الأسود، لكن العقل اليسارى لا يتكلم لغة العقل اليمينى، والعقل البوذى لا يتكلم لغة العقل الروسى. الإشكال إذن هو فى محتوى الفكر وثباته . أول أبعاد محاولة كسر التعصب هو أن نحسن الإنصات إلى لغات كثيرة، وقنوات تواصل مختلفة، حالة كوننا نتعارف، بديلا عن ادعاء التسامح والقبول الشكلى. نحن نتعارف. البعد الثانى هو أن يتم ذلك فى حالة حركية دؤوب. المحتوى الفكرى بالذات يصبح سجنا وقيدا إذا سكن، أما إذا تقاب وأعيد النظر فيه طول الوقت فإنه يصبح مرنا قابلا للمراجعة، الحركة ليست فقط فى القرب والبعد، ولكن فى التجدد والمراجعة.

الحلول الوسطى (الرمادى) ليست هى الحل، وادعاء التنازل عن الهوية والمعتقد ابتداء ليس تصرفا واقعيا أو ممكنا. لا يوجد حل سهل. يبدو أن بعد الحركة هو السبيل الصحيح لتأكيد البرنامج الحيوى الذى أسميناه "الفطرة". : إننا فى حالة "تكوّن مستمر"، القضية ليست شكسبيرية هملتية: "أكون أو لا أكون"، القضية هى "أكون كما استلمت نفسى، أم أتكوّن كما أستطيع"، بل إنها بلغة الفطرة : "أنا لا أملك إلا أن أكون كما استلمت نفسى، لأتكوّن كما أستطيع ويتاح لى" (كل المطلوب إنك تفهم إنك "كائن: عمّال بتكون").

تعبير "مش حايسيبك إلا مع بعض" ربما له دلالة أكبر مما يبدو لأول وهلة، كيف يتركك الآخر وأنت معه؟ إن الجدل الحقيقى هو الذى يخرج منه الاثنان مختلفين عما كانا قبل بدايته، فكأن الواحد يترك الآخر الذى بدأ معه الجدل ليجد نفسـه "معه" بعد أن أصبح آخرا جديدا، لكنه هو، فأنت تتركه لتلقاه جديدا، وهو كذلك. نشاط هذه العملية لا يتم بأمان إلا فى رحاب الآخرين تناغما مع حيوية وإيقاع نبض الكون فى آن، تحت مظلة مشتركة (اجتمعا عليه، وافترقا عليه) متجهين إلى مطلق مفتوح النهاية: "مع"، و"كل على حدة،" فى نفس الوقت.

البداية واحدة (ربنا سوّأنا سوى جميعا من طين الأرض) ، قد يختلف الطريق، لكن كيف تختلف الغاية؟. النمو مثل الحرية لا يكون إلا مع آخر يمارس نفس العملية، من هنا يمكن فهم تلازم "تكبر و تكبّر". لكى تكون حرا لا بد أن تحرص على حرية الآخر، على نفس القياس لكى تواصل نموك لا بد أن تتيح الفرصة لآخر ليواصل نموه، لتلتقيا فى نقطة مجهولة، عادة هى أبعد من أفق العمر الافتراضى لأى فرد كان. هذه مسائل تحتاج إلى وقت طويل فى مناخ صحى مبدع.. النتيجة المأمولة هى إلغاء الاستقطاب (الدنيا مش أبيض واسود)، لأنك سوف "تلقى الأبيض جوا الأسود، لاتنين حلوين، والعكس صحيح"- هذه ليست تسوية مائعة، الأبيض ليس بجوار الأسود، ولا هو مختلط به ينتجا الرمادى، ولا هو متبادل معه فقط، لكنه بداخله من أصل واحد (ياحلاوة الطين) يتفاعلان بالتجربة المتجددة أبدا.

هذا كلام كبير صعب، ربما يخففه أن نستمع إلى قصيدة صلاح جاهين "إفريقية" خفيفة الظل فائقة الإبداع.

ثانيـــا: القصيـــدة

"كـــلام الرجـــل الأبيـض"

- أبيض، وفنطازيه
ومراتى ألمظّيه
وربنا اصطفانا،
عشان حُمرة قفانا،
وشيّلنا الأمانة،
اللى تُقْل الرزيّه.

"كـــلام الرجـــل الأســـود"

- أسود، ودمى حامى،
حامى الحمى ياحامى،
مافيناش لونكم ولوننا،
ماما مدّياهولنا...
ومشهّده المحامى.

"كـــلام الرجـــل المحامـــى"

- محامى كبير قانونجى،
وفى الكلام برنجْى
شايب وشكلى رائع،
فاهم كل الشرائع...
لابيض – وده رأى شائع –
أبيض، والزنجى زنجى

"كـــلام الولـــد الأبيـــض"

- والله "الجلاس" ماادوقه،
يا الزنجى ينول حقوقه!
تلميذ، وباستهجّى،
لكن فى الرأى.. حجه!
العالم بدُّه رجّه،
عشان تمسح فروقه!

"كـــلام الرجـــل الأفريقـــى"

ياليل . . والبدر بمبى . .
يا ليل . . وألم فى جنبى . .
يا ليل . . مقدرش أنام بو . .

يا ليل . . و "لومومبا" قام بو . .
يا ليل . . أنا سجنى بامبو،
وان ماكسرتوش . . ده ذنبى!

القـراءة

هذه القصيدة قد تفقد نبضها إذا نحن قرأناها تفصيلا ، لكن النهج المتبع فى هذا الباب هو أن نشير دون شرح مشوه، إلى الرسائل التى نريد إبلاغها للناس من خلال تنوع الإبداع الذى يضيف معارف متوازية لعطاء قنوات المعرفة الأخرى. نلاحظ هنا مثلا كيف يفخر الأبيض ببياضه، فيعين نفسه مسؤولا عن نشر وتسويق ما حقق من مزايا وتفوق (قارن الدور الأمريكى هذه الأيام برغم أن كونداليزا رايس سوداء، وكولن باول أسود؟) صلاح جاهين هنا ينبه كيف أن الذى يميز نفسه هكذا إنما يعين نفسه وصيا على الآخرين، بل إنه يعزو ذلك إلى تفضيل الله له على غيره بسبب لونه لا أكثر، "وربنا اصطفانا، عشان حمرة قفانا، وشيلنا الأمانة اللى تقل الرزية". مع أن الله سبحانه عرض الأمانة على السماوات والأرض والجبال، فأبين أن يحملنها، وحملها الإنسان. إذن الله لم يحملها للإنسان، بل هو الذى تصدى لحملها حتى دون أن يعرضها الله سبحانه عليه، لكن الأبيض هنا (تماما مثل عمنا بوش) يعتبر نفسه وصيا على البشر، ليس هذا فحسب، بل هو يمن على سائر البشر بأنه متعب من ثقل الأمانة التى حملها من أجل خاطر عيون بقية البشر الملونين، والبدائيين.

نلاحظ أيضا أن موقف الطفل الأبيض هو عكس ذلك تماما، فهو يعرف أنه لا يكون إنسانا بلونه، وهو يضرب عن أكل الجلاس حتى يأخذ الأسود حقه "والله الجلاس ما ادوقه لا الزنجى ياخد حقوقه"، ليس هذا فحسب، بل هو يعلنها صريحة أن العنصرية التى يقودها الكبار (الأثرياء عادة) إنما تحتاج إلى ثورة عالمية لتتغير (العالم بدّه رجّه، عشان تمسح فروقه).

موقف الرجل الأسود ضعيف (قان الإفريقى) يحتج بأنه ولد هكذا، وكأنه كان يتمنى ألا يكون هكذا، وكأنه يدافع عن ذنب لم يرتكبه (تذكر مايكل جاكسون)، وهو يستنجد بالمواثيق الإنسانية العالمية (هافيناش لونكم ولوننا، ماما مدياهولنا...، ومشهده المحامى)، لكن المحامى-عمليا- يضرب بالمواثيق عرض الحائط يعلن تأكيد التفرقة، وأن الأبيض أبيض، والأسود أسود (لابيض – وده رأى شائع – أبيض، والزنجى زنجى)

تنتهى القصيدة، أو تكاد تنتهى بتحميل المظلوم (لأنه أسود، أو لأنه إفريقى) مسؤولية أن يخترق هذا التمييز بإنجازه شخصيا، وليس بانتظار العطاء من الأبيض أو من المواثيق (يا ليل دانا سجنى بامبو، وان ما كسرتوش ده ذنبى). الإفريقى الذى يتألم، يدفعه الألم إلى أخذ حقه بما يفعل، لا بما يعلنونه ولا يمارسونه.

الطفل (الولد الأبيض) هو أبعد المتحدثين عن التعصب.

الطفل، والجسد، والفطرة، والأحرار، هم الأصل. هم الذين لا يفرقون؟

المواثيق، والوعود، والمناظر، واللاشعور هم المتعصبون العنصريون مهما ادعوا وأشاعوا. الطفل محمود سيد على يستحيل أن يتصور أن الجالس بجواره فى الفصل، من شبرا، وسنهما سبع سنوات، سوف يذهب إلى النار لأن والده اسمه جرجس، ورياض جرجس عبد السيد ، وهو جار محمود، لا يتصور أن يذهب محمود إلى النار لأن أمه اسمها فاطمة.

ذات مرة تقمصت هؤلاء الأطفال وأنا أعبث بمذياع فى حجم الكف (ترانسستور)، وكلما سمعت رطانا لا أفهمه ، سألت نفسى – مثل محمود أو رياض – هل صاحب هذا الصوت سيدخل النار؟ وكانت إجابتى مثلهما تماما. وكتبت فى ذلك ما أقتطف جزءا يسيرا منه.

ثالثـــا: القصيـــدة

غصبا صدفه
لمست إصبعىَ المفتاح
فسرت كلمات عجميه
تنساب إلى عمق النبضه
تنتزع السيف من الغمد
تلتهم ظلام الرؤية
يتبين خيطى من خيطي
فيطل الفجر الأصدق
يجتمع السامر من أحباب الله
البيض السمر السود الحمر
البيذقُ والفرزُ ورخُّ الشاه
.....

-2-

تنكسر الموجة تتفتر
تترنح من طعن مؤشر
.....
يتراقص سهم الأفق يفتح وعيى المرتجف الأعشى
- فيرينى العالم
- رؤية يقظان كالنائم-
مذياعا ملقى
فى حجم الكف
.....
يمتد اللولب
يتلألأ مطر الرحمه
تتفتح
للسمر الصفر البيض السود لكل الألوان
للفيل الأبيض والسنجاب الأزرق والإنسان

أدعو القارئ أن يقوى إيمانه بمثل هذه التجربة باستعمال الترانسستور، والتساؤل عن صاحب كل رطان، إن كان سيذهل إلى النار؟ عدل الله سبحانه ورحمته، أكبر من كل تصور: سوف ينجح الطفل ويفشل الكبير: غالبا.

فى تجربة الأغانى التى كتبتها للأطفال مستلهما نبضهم الفطرى، حاولت أن أبين كيف أن أى فكرة هى ليست إلا وسيلة للتشابك مع فكرة أخرى (بما فى ذلك المعتقد)، وأن الفكرة الثابتة مهما كانت متانة قائلها، وأسلحته، وزعم تقدمه، لا قيمة لها إن لم تتحرك وتحرك، هذا ما أنهيت به هذه الأغنية التى سأختم بها المقال دون تعليق.

رابعـــا: أغنيـــة ختاميـــة (للكبار والأطفال)

.....
إوعى تصدق ان الفكرة كده وحدها صحْ.
إوعى تصدق إنها إما: كُخ أو دَحْ.
الفكرة تجيلك إوزنها
مش بس تقولها "تدوِّنها" !!
تعرف حقيقتها بتأثيرها
واذا نفعْت: تفرحْ: تعملها
وان خابت يبقى تشوف غيرها
فِكرك مش دايما هو الصح
.....حتى لو صح
ما هو فكر الناس التانيين صح

راجع فكرك مع ناس تانيين
حلوين وحشين
حاتلاقى حاجات مش على بالك
حاتلاقى الكون غير ما بدالك

طب جرب تقعد فى مكانهم
مش بس حاتشوف شوفانهم
دانت حاتتخض من نفسك
وتراجع فكرك وحواسّك
فكرالتانيين ثروة خسارة
تفلت منك كده يا سمارة
ماتقولش عليه دا كلام فارغ
مش يمكن انت المش سامع

الفكرة التانية المنبوذة
يمكن تلاقيها لها عوزة

الفكرة قيمتها فْ تحريكها
مش فى متانة إللى ماسكها

أمـا قبـل

كيف تتشكل الشخصية؟ كيف تتكون الهوية؟ بدءا من أى سن؟ هل نحن نعرف أولادنا أم نصنعهم؟ هل الصورة التى نرسمها لهم أو التى نفرضها عليهم تمثلهم، أم ألها بداية لا مفر من مراجعتها؟ هل هى معالم شخصية تتحدد أم حركة دائبة تتجدد، لها بداية لازمة، ومسار دائم المشوع ؟ ما هو الحد الفاصل بين صورة أطفالنا كما تبدو لنا ؟ أو كما نريدها؟ وبين حقيقتهم كما هم؟ هل نحن نصنعهم لنسقط عليهم ما عجزنا أن نكونه؟ ، أم نتفاعل معهم لعل وعسى، لنا ولهم؟

الحكاية أن ثم بداية ينزل بها الطفل من بطن أمه وهو يحمل كل الاستعدادات الوراثية التى تؤهله أن يكون ذاتا مستقلة تسير إلى ما يصير بها كيانا ممتدا. إنا نلبسه فور حضوره بيننا ما تيسر من إسقاطاتنا، وآمالنا، وأحلامنا، وقد تكون هذه نهاية المطاف، وقد تكون بداية الطواف.

✦ عن الفطـرة والأطفـــال الأصـــل والصـــورة !!

الأغنية كتبتها للأطفال منذ أقل من سنة، أما الحالة التى أعرضها مطولة هذه المرة، فقد فحصتها منذ ستة أسابيع. التطابق يقول الكثير حتى دون تعليق، أو تقديم، وهذا ما غلب اليوم.

الأغنيـــة

آنا بصيت فى مرايتي
شفت نفسي: هىّ صورتى
إنما رْجعْتِ فْ كلامي:
إللى شفته "مش أنا بدر التمام"!
آنا كام؟
إنتو شايفين اللى برّة
بس ده ميش هوّا هوّا كل مرّة
أنا لسّه ليّا جوّة
حتى باين: إنى هوّه
"أنهو أحسن؟"
أنهو أحسن !!!!
آنا أحسن!!
يعنى انا": هوّا "أنا" !!
آنا قصدى
آنا كلى على بعضى
باتعَمَل منّك ومنّى
بابقى "انا"، "مش غصب عنى"
شفتْ : انا ما بقيتشى صورتى،
آنا باتكوّن بحيرتى.
مش أنا الشخص إللى إنتَ كنت "فاكرُه"
مش أنا الشخص إللى إنت كنت ناكْرُه

آنا خلقة ربنا،
حابقى نفسى ليّا انا
حابقى نفسى واحده واحده
حابقى زى ما حالْقَى نفسى مستعدّهْ
آنا حابقى نفسي ليكم، يعنى ليّا
آنا حاسمح إنى أملاَ نفسى بيّا،
حاتلاقينى فى رحابه زى ما هو خلقنا
عمْ باخبّط عالَى بابه: زى ما غِيرنا سبقنا

القـــراءة

الحيرة تحتد فى أزمات النمو (بالذات أزمة المراهقة ومنتصف العمر، أنظر الحالة)، والمفروض أنها حيرة إيجابية ضرورية للتكوين، برغم إزعاجها الذى يصل أحيانا إلى درجة المرض.

المسألة ليست كما تصورها الدراما المسطحة، أو التشنجات شبه الثورية، من أن ثمة صورة مغتربة تُـفرض فرضا علينا من مجتمع خائف منافق مغترب، ثم ينشأ صراع بين ما هو ظاهر متبلد، وما هو داخل مقهور، فتتحيز الدراما إلى الداخل، أو الأصل، أو الحقيقى، ضد الخارج، أو القناع أو الزائف، كل هذا شائع ولا يمثل بالضرورة حقيقة مسار النمو.

نعم، لكل منا ما هو ظاهر به، أو ما يسميه يونج القناع Persona، علينا أن نعترف أننا بحاجة إليه، فمن ناحية هو يسمح بأن يكون لنا شكل محدد المعالم حتى لو لم يمثل "كل" ما هو نحن، ومن ناحية أخرى هو يغطى، وإن كان يخفى، بقيتـنا، يخفى منا ما لم يستعد بعد أن يلقى العالم الخارجى بما هو لم يتشكل. حين تقول الأغنية :"إنتو شايفين اللى برّة ، بس ده مش هوّا هوّا كل مرّة، أنا لسّه ليّ جوّه، حتى باين: إنى هوّه" تفتح الباب لعدة أمور منها: (1)الاعتراف بأن حضور معالم محددة لما يسمى الذات أو "أنا"، هو حضور متغير بحسب المواقف وحسب تغير مرحلة النمو، (2) أن رفض القناع الذى يمثل ظاهر وجودنا فى فترة بذاتها، ليس هو الحل، المطلوب هو أن يكتمل بما وراءه "أنا لسّه ليّا جوه". (3) مع احترام حضور هذا القناع إلا أن الجوهر الذى يمثل ما هو "أنا" هو أقرب إلى ما وراء القناع "حتى باين : إنى هوّه" (4) إن مجموع كل هذا هو مشروع ما هو "أنا"، لكنه ليس مجموعا جبريا، لكنه جماع جدلى يتكون من مشروعى الأول الذى ولدتُ به وتغطى مؤقتا بالقناع، إلى ما ينطبع فيه من شخوص الخارج: آنا كلى على بعضى، باتعمل منّك ومنّى". هذا الجدل بين الخارج والداخل يسمح بالاعتراف بالتقمص سبيلا إلى النمو الطبيعى، وهو يتجاوز ذلك الصراع الشائع الذى يتمثل فى صيغة "إما- أو"، وأن علينا أن نصنف اجزاءنا وبعضنا البعض إلى ظاهر ومقهور.المبدأ الجوهرى هو استيعاب الحيرة إزاء حركية هذا التعدد، ليسير النمو فى مساره الطبيعى" بابقى "انا"، "مش غصب عنى"، لأ ، دانا ما بقيتشى صورتى، آنا باتكوّن بحيرتى". مع استمرار النمو، يرفض ترجيح تركيب جزئى على حساب الباقى، كما يرفض أن يحل القناع محل الأصل، ولا أن نفرض الداخل فجا باعتباره الجوهر.

النتيجـة المستمرة (وليس النهائيـة) أن تنطلق خطوات النمو فى جدل

متصل، مع مكونات الذات المتعددة من جهة، ومع الآخر الخارجى من جهة أخرى.

لا يوجد فى الدنيا ما يسرع بخطى النمو فى غير أوانها (يسلقها، يشعوطها)، "حابقى نفسى واحده واحدة"، وهى عملية ليس لها نهاية، إمكانات أى ذات بشرية غير محدودة، وهى تتفجر باستمرار إلى ما لا نعرف "حابقى زى مالاقى نفسى مستعدة" . عملية النمو، ليست فيها منتصر ومهزوم، الطفل ينمو حين يستوعب والديه، لا حين ينتصر عليهما، والوالد يواصل نموه حين يطمئن أن انفصال ابنه عنه هو لصالحهما معا " آنا حابقى نفسى ليكم، يعنى ليا" . ولأنها نهاية مفتوحة، هى ممتدة فى هارمونية الكون إلى وجه الحق تعالى، وحين تسير الأمور فى مسارها السوى، يمتلئ كل واحد بما هو متوجه إليه فى حركة دائبة، هو لا يحقق ذاتا متميزة تماما خوفا أو غرورا مهما حققت من مكاسب وتحددت بمعالم، إنه بما هو ذاته فى حالة تكوّن نابض متواصل، هو يمتلئ بحركية التناغم مع الكون إلى المطلق" آنا حاسمح إنى أملى نفسى بيّا، حاتلاقينى فى رحابه زى ما هو خلقنا، عم باخبّط على بابه: زى ما غيرنا سبقنا". هذه هى سنة التطور.

حالة الشاب التى سوف نعرضها وقد وصلت إلى درجة الذهان (التشخيص الوصفى : فصام!! للأسف) وهى تعبر عن المعانى السابقة فيما هو إمراض، وإن كانت قاصرة على إظهار كيفية رأب الصدع، واستعادة صحة مسيرة النمو.

النص البشرى (الحالة)

هو شاب وسيم جدا، (ليكن اسمه محمود) "أمور"، (بحسب تعبير ثلاث طبيبات على مدى سنتين) أصغر إخوته (المريض له سبعة إخوة خمسة منهم أشقاء وكلهم وصلوا إلى تعليم متوسط وأنهوه بنجاح ويعملون)، هو من قرية قريبة من القاهرة ، عمره 20 عاما، مازال فى السنة النهائية ثانوى صناعى، كان يعمل أيضا بشكل متقطع سواء فى مساعدة والده (فلاح). والدته تتاجر فى الخضروات جائلة فى الأسواق. الأسرة لم يعرف عن أى من أفرادها إصابته بأى مرض نفسى مشابه أو مغاير. الأب رجل طيب مجتهد اجتماعى محبوب، والأم حانية شاطرة قريبة جدا من محمود، تكاد تفضله عن أخوته (آخر العنقود، بهى الطلعة).

جاء فى شكوى محمود ما يلى :

حاسس إن شكلى أوحش، مش عاوز أطلع شبه والدى، عايز شكل مستقل، عاوز أبقى حاجة لوحدى، زمان كنت وسيم بس مش دلوقتى، أصل اخواتى بيحطولى حقن فى الأكل تخلينى أبقى عندى كرش، واتخن، ويمشونى على مزاجهم. لما بابقى فى الشارع باحس إن الناس بيضحكوا على وبيقولوا العبيط اهه، والبلد كلها بتكرهنى، وعايزين يفرحوا فىّ عشان شكلى أحسن منهم،

كنت عايز اهرب من البلد كلها....قلت لو هما مش راضيين يعترفوا ان هما السبب فى اللى جرى لى حاقتل نفسى.حاسس إنى ذكى زيادة، وعندى معلومات، ومخى كبير وممكن أبقى عالم كبير بس لو أهلى ينتبهولى"

ومن شكوى الأم:

"...هوه أول ما التعب جاله كان يغسل إيديه كتير ويفضل يعيد ويزيد، ويقف قدام المرايا ويبص على نفسه بالساعات، ويخش الحمام، يكب على نفسه ميه كتير، بعد سنة ابتدا يتعب ويتخانق ويمشى ويسيب البيت ويبات فى الجامع، وابتدا يتهم اخواته انهم عاملين له عمل عشان شكله يبقى وحش، ويشك فى الجيران وأهل البلد، يقول إن كل الناس فى الشارع عارفين حكايته وبيتكلموا عليه ويضحكوا عليه.

وصل الأمر بعد توقف العمل والانسحاب إلى العزلة أنه كان يتبول ويتبرز أثناء يقظته، ولو أن هذا توقف بعد دخوله المستشفى، وكان ذلك بمثابة علامة خطيرة على تدهور حالته.

وقد عولج بكل أنواع العلاج خلال أربع سنوات، وكانت استجابته ضعيفة أو مؤقتة طول الوقت.

شخصت الحالة كما ذكرنا تشخيصا سيء السمعة، ومع ذلك كان المريض حاضرا، وقريبا، ومتجاوبا، وعليه مسحة من حسن ظاهر، وطفلية طازجة، وإن كانت رخوة، وكان جميلا بمقاييس العامة بالنسبة للجمال: البشرة البيضاء، والشعر الناعم المائل إلى الحمرة، والملامح المتناسقة ..إلخ تمت المقابلة مع الأستاذ بعد عرض تاريخ الحالة، وكان بالمقابلة من الحوار والكشف ما يدعو إلى مراجعة التشخيص من جهة، وما يكشف أبعاد موضوعنا "الأصل والصورة من جهة أخرى"، مما قد لا يحتاج إلى تعليق.

الأستاذ:
= الدكتورة قالتلى إنك ما بتتحسنشى ،أو بتتحسن وتسوء على طول.
محمود:
- أيوه
= إنت خدت كل العلاجات بلا استثناء، وما فيش فايدة
- حضرتك يائس منى؟
= شكلها كده، بس يعنى
- يعنى ما فيش فايدة؟
= ربنا موجود ما حدش ييأس وربنا موجود
- الحل إيه ؟
= مااعرفشى، إنت بقى تشوف لنا حل وانا اساعدك فيه
- ما اعرفشى
= أنا حاعملك إيه ؟ إيه اللى عندى تانى، أضحك عليك واقولك عندى دوا جديد ما حصلشى، - وانا اعمل إيه ؟
- حاسس إن حضرتك زهقت منى
= أنا لحقت؟ زهقت منك ، ولا من حاجة فيك؟ أنا مش من حقى أزهق من عيان ، مابقاش دكتور
- إيه الحاجة إللى زهقت حضرتك
= إيه بقي حكاية شكلى شكلى شكلى ؟
- دى هى الحاجة اللى تعبانى
= إيه؟ شكلك ماله؟
- ما هية دى الحكاية
= خلينا نبتدى بداية جديدة. شكلك حلو ولا وحش ؟
= كويس، لا حلو ولا وحش.
- لا يا شيخ ؟!! إمال كل اللى احنا فيه ده إيه ؟ تعالى نتفق يعنى إيه "شكل" ، مثلا الدكتور همام، (أحد الأطباء المقمين) ، شكله حلو ولا وحش
- حلو
= هو ظريف، إنما شكله؟
- مش فاهم ؟
.....
= إسمع يا محمود : أنا متصور إن فيه محمود، وفيه شكل محمود، زى ما تكون انت استغنيت عن محمود وعمال تلف حوالين شكلك
-.... يمكن ، بس مش انا السبب
= عايزين نشوف كلمة شكل دى أولها إيه وآخرها إيه، 4 سنين عيا، وييجى عشر سنين تحضير للعيا، وادى احنا زى ما حنا.
- أهو دا اللى حصل (يضحك)
= إنت بتضحك على إيه؟ إنت مركّز على حكاية الشكل دى، ما عادشى عندك حاجة غيرها.
- هوا فيه إيه غيرها؟
= فيه محمود، هو إنت محمود ولا شكل محمود؟
- مش عارف.
= إنت باين استغنيت عن محمود، أو يمكن نسيته، أو يمكن عمرك ما عرفته.
-هم اللى اهتموا بشكلى، وشى إيه، وعنىّ إيه، وشعرى إيه .

= يعنى إيه؟
-يعنى هم اهتمو بشكلى كده ، و انا اتدبست فى شكلى، و نسيوا محمود
= آه صحيح، إيه حكاية الأمّور دى
- أنا ما قلتش أمّور
= الدكتورات قالوا عليك قمور، إيه رأيك؟
- أنا ما ليش دعوة.
= إيه يعنى شاب عنده عشرين سنة يبقى أمور
-عند حضرتك حق
= عرفت الحكاية؟ أصلها وفصلها؟
- بصراحة انا شكيت فى حاجة زى كده.
= الأمّور راح، الأمّور جه
- أهو اللى حصل. هية الحكاية دى لها علاج؟ ولا طبيعية ؟
= يمكن طبيعية، بس ما توصلشى لدرجة إنك تتبرز على روحك، وانت صاحى زى اللى عنده أقل من سنة !
-.....
= مش كده ولا إيه؟ إنت بتكسل تروح دورة المية، يعنى إيه ما تتحكمشى فى ده؟
-يمكن كسل
= وانت عندك عشرين سنة؟ يكونشى عايز ترجع أيام الرضاعة الأولانية ؟
-مش عارف
= طب وبعدين؟
-وانا ذنبى إيه؟
= الظاهر لازم نبتدى ما الأول
-أول ؟ أول إيه ؟
= ماانت راجع للأول بعمايلك دى، بس الأول اللى احنا عايزينه يركز على محمود بدال شكله
- إزاى؟
= ما اعرفشى، الحكاية عايزة بداية بعيدة عن الشكل عايزين محمود، زى أى حد
-بس الحكاية دى من صغرى
= ما انا عارف
- كنت باقول لنفسى حاجة زى كده حتى قبل ما تقابلنى حضرتك
= بجد؟ يبقى ماشيين معقول. طب نعملها ازاى؟ عايزين نحلها
-أنا باعمل اللى على، حضرتك تحلها
= لا يا شيخ ؟ كسل برضه؟ أديك دوا أغلى، ولا نكرر العلاجات اللى ما نفعتش؟
-أعمل انا إيه، المطلوب منى إيه؟
= آدى احنا بندور على مفتاح
- هوا احنا لسه ما امسكناش المفتاح ، هم مش راضيين يعترفوا إن هما السبب فى اللى جوايا،
= إنت بتشاور على حاجة تانية، لما بتقول "اللى جوايا"، بتشاور على الوساوس والأفكار والعيا، مش على حكاية الشكل
- تقريبا
= حتى لو كانوا هما السبب، لكن لازم انت مشارك فى اللى جرى برضه.
-فى إيه؟
= ما اعرفشى، إوعى تكون فاهم إنى عار ، أنا باحاول معاك، كل اللى عارفه ان الحكاية محتاجة وقت
- يعنى أستنى قد إيه، ما انا بقالى أربع سنين
= أربعة عيا، وعشرة تحضير للعيا، نعمل إيه دلوقتى؟.
-أنا باعمل اللى على
= حكاية باعمل اللى على أنا مصدقك، بس لا هى كفاية ولا هى نافعة، بس أنا مصدقك،أنت بتسرح شعرك ازاى؟(كانت تسريحة شعره مميزة، وشعره مصفف ومجفف مثل الشباب الروش)
- باشده
= إسمع يا محمود، حتى لو كانواهما اللى عملوك، إنت الظاهر استحليتها، لا انت تقدر تتنازل عن شكلك ولا فيه حاجة موجودة تحل محله، زى ما تكون عملت قالب مظبوط، بس تيجى تدور عليك عشان تلبسه ما تلقاكش، ما فيش محمود يملا شكل محمود.
- ياخبر!!!
= لا انت قادر تتنازل عن شكلك، ولا تقدر تتمسك بيه عشان ما هوش انت، آدى المشكلة
- إيه الحكاية ؟ طب والوسوسة؟
= أظن هية تبع الموضوع ده ، الخناقة بينك وبين شكلك
- بس انا حاسس إن شكلى أوحش
= مشم فاهم، كان حلو واتوحش؟ ولا كان وحش وبقى أوحش؟
- زمان كنت وسيم بس مش دلوقت
= ما انت لسه وسيم وانت عارف كده كويس، أمّور، ما سمعتش الدكتورة، والدكتورة ؟ إسمع، أنا جتلى فكرة: لوتصورنا يا عينى ان فيه محمود جوه وإنه رافض إللى عملوه فيك ، لدرجة إنك كان نفسك تبقى قبيح، يمكن ما كانشى حاجة من دى حصلت ، مش قبيح يعنى وحش، قصدى عادى. يعنى تصورت ان من كتر ما ركزوا على شكلك تمنيت إنك تبقى وحش.
- أبدا، أنا تمنيت ان ما يكونشى حد أحلى منى
= ..ياه !! رغم إنك أحلى من كل اللى حواليك
- أيوه .
= يبقى شاركت فى الحكاية، ولسه بتشارك فيها لحد دلوقتى؟ بدل ما تدور على محمود اللى بحق وحقيق، قمت متمسك بمحمود الأمّور إللى مش هوا انت، وعايز تبقى أمّور أكتر؟ يا خبرّ يبقى الفرض اللى انا حطيته طلع غلط، دا انت طلعت شريك أساسى فى اللى حصل.
- أهلى هما أثروا فى، أنا اتمنى شكلى يرجع تانى زى الأول عشان أجذب البنات وكده
= ماهو لسه زى الأول، هوا إيه اللى جرى فيه؟ باقولك ايه: هم البنات بيتجذبوا للشكل ولا لحاجة تانية؟
- لحاجة تانية
= إللى هيه إيه بقى؟
- مش عارف. لما يكون الواحد طفل يعنى أقل من اربعتاشر سنة يحس إن شكله كويس، ينبسط، لكن لما بيكبر، يبلغ، يبقى عايز شكله يتغير على راجل، البنات يبصوله راجل
= وانت إيه اللى حصل معاك؟
- البنات سن 14- 17 ما بقوش يبصولى زى زمان، كنت عايز حاجة تانية، حاجة تملى حاجة ، يعنى مش عارف أقول ....

(واستمرت المقابلة، واتفقنا على خطوات العلاج، وحضر العلاج الجمعى مرة واحدة مع إعادة ضبط جرعة العقاقير، والتعهد ببداية أى عمل حتى قبل الشفاء، ولا يمكن التكهن بالنتيجة حاليا.)

تعقيـب موجـز

أشعر أن الحالة تشرح بعض ما أشرنا إليه من تنظير، فهى تظهر بشكل يكاد يكون مباشرا كيف أن التركيز على جزء من الكيان البشرى مهما كان باهرا وحقيقيا ويستأهل، يمكن أن يعوق الاعتراف بالكيان الكلى المشروع الحقيقى للإنسان، وأهم من ذلك هو أثر ذلك التركيز الجزئى فى إعاقة عملية النمو. الحالة أظهرت بشكل نادر كيفية تكون الأعراض ومعناه وغائيته، لكنها لم تظهر –مثل الأغنية- طريقة رأب الصدع. لا ينبغى الإسراع بتصور أن الحالة يمكن أن تشفى لمجرد وضع تفسير مناسب بهذا الوضوح، المسار الإيجابى الذى جاء فى بضعة سطور قرب نهاية الأغنية حتى نهايتها هو مسار صعب، يحتاج إلى وقت طويل، وضبط بيولوجى، وإعادة تأهيل، وخبرة ممتدة، وتعاون من الأهل، ويا ترى.

لكن كل هذه الصعوبات لا تقلل من إمكانية ما لوحت به نهاية الأغنية: "حابقى نفسى ليّا انا، حابقى نفسى واحده واحده، حابقى زى ما حالقى نفسى مستعده، آنا حابقى نفسى ليكم، يعنى ليّا، آنا حاسمح إنى أملى نفسى بيّا، حاتلاقينى فى رحابه زى ما هو خلقنا، عم باخبّط على بابه: زى ما غيرنا سبقنا."

ذكـــــاء الأطفـــــال في اليابـــــان والســـــودان

د. عمـر هـارون الخليفـة – علـــم النفـــس – السـودان / اليـابـان *

okhaleefa@hotmail.com

اندهش الرجل كثيرا عندما سمع خبرا مثيرا عن دراسة عالمية تتعلق بذكاء الأطفال في اليابان وذلك في شاشة تلفزيون "سوني" قام بها عالم النفس الايرلندي، زائع الصيت في أبحاث الذكاء المقارنة، ريتشارد لين. وتناول الرجل المندهش كمرته المفضلة "كانون" مع فيلم من صنع "فوجي" لتصوير لقطة لعالم النفس الايرلندي وهو يتحدث عن معامل الذكاء (IQ) في اليابان. ونظر الرجل بامعان لجدول احصائي عن سرعة الأطفال في اليابان في حل الاختبارات العملية (البصرية – المكانية- الحركية) في 90 ثانية فقط، وتساءل الرجل ما هي سرعة الأطفال في السودان في حل هذه الاختبارات؟ وبعدها لمح الرجل لمح البرق لقطة لقطار "شنكانسين" الياباني عالي السرعة والملقب بالصوت أو الأمل. وسرعة هذا القطار جعلت الرجل أن يجد تفسيرا مقبولا لسرعة معالجة الأطفال للمعلومات في اليابان.

وازدادت دهشة الرجل عندما تناول مذكرته الدقيقة "كاسيو" لتسجيل الفرق بين درجات ذكاء الأطفال في اليابان وفي أمريكا وهي 11 درجة وفقا لنتائج مقياس وكسلر الشهير لقياس ذكاء الأطفال. وقام كاتب المقال مع بروفسر الزبير بشير طه، أستاذ علم النفس بجامعة الخرطوم، وأستاذ أنس الطيب المحاضر بجامعة النيلين بانجاز مشروع بحثي يتعلق بتطوير نسخة من هذا المقياس لقياس معامل ذكاء الأطفال في السودان. وتم تمويل المشروع من قبل وزارة العلوم والتقانة بالسودان. وقدمت دراسة مثيرة لمقارنة ذكاء الأطفال في السودان وفي اليابان تم تمويلها من قبل جامعة كويتو باليابان. وكانت الدراسة بعنوان "الحساسية الثقافية لدى علماء النفس في السودان واليابان في تكييف الطبعة الثالثة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال". وعرضت نتائج هذه الدراسة في جامعة كويتو وجامعة أوكاياما باليابان. وأثارت نتائج الدرسة نقاشا مستفيضا بين علماء النفس في اليابان وبعض الباحثين من ألمانيا. ربما لعلها أول دراسة في العالم تقارن ما بين معامل الذكاء لأطفال من اليابان وأطفال من العالم العربي أو أفريقيا. وغالبا ما تقارن نسب الذكاء ما بين الأطفال في اليابان من جهة وفي أمريكا وبريطانيا والصين وكوريا من جهة أخرى. ومن المتوقع تقديم الدراسة للنشر في "الملحق الياباني" لمجلة الطبيعة العالمية. الجدير بالذكر نشرت معظم نتائج الدراسات المقارنة بين معامل الذكاء في اليابان وأمريكا في مجلة "الطبيعة" الشهيرة ولعلها أرقى دورية في العالم تقوم بنشر نتائج البحوث الجديدة والمبدعة.

وحاول الرجل أن يفيق من دهشته باستماع الى موسيقي يابانية هادئة هدوء اليابانيين منطلقة من صوت مسجل "هيتاشي" وعلى سماعات من صنع "سانيو" . ويبدو أن القطعة الموسيقية الكلاسيكية معزوفة على الة بيانو من صنع "ياماها". واستمع الرجل ثانية لقطعة موسيقية أخرى قام بعزفها بعض الأطفال في اليابان مهداه لكاتب المقال بعنوان "أن تتحقق أحلامنا" وهي معزوفة على صوت "الفلوت" الياباني. وازدات دهشة الرجل عندما طلب منه عرض نماذج لألعاب الأطفال في السودان وتذكر أسماء الألعاب في كردفان (شليل وحارة وشلعت ولكت وكديس من نطاك) ولكن لم تسعفه الذاكرة البصرية في تفاصيل أدائها وكيفية تدريب الأطفال عليها. لذلك طلب منه تقديم أغنية سودانية لأطفال مدرسة كويوتو اليابانية. وفكر الرجل وقدر واختار بعض مقاطع من أغنية "أرض الخير" والتي استمع لها الأطفال اليابانيين مرة واحدة وقاموا بترديدها جماعيا ولم يتلعثموا الا في مقطع واحد "تقول أنا آه يارب".

وجعلت هذه الموسيقي اليابانية والأغنية السودانية الرجل يفكر كثيرا فقرر بعدها الذهاب الى ضفاف النيل لعله يستريح قليلا من كابوس التفكير في مقارنة ذكاء الأطفال في اليابان والسودان من جهة، ومن جهة أخرى الراحة من النظر في منتوجات التكنولوجيا اليابانية الرائعة التي تأسر القلوب وتحير العقول. ولكنه عندما خرج من منزله أدار محرك سيارته "التايوتا" منطلقا صوب ضفاف نهر النيل. وفي الطريق طاردته منتوجات التقانة اليابانية من سيارات الدفع الرباعي من "اللاندكروزر"، و"البرادو"، و"الراف فور"، "والباجيرو"، وسيارات الصوالين من "المازدا"، و"الميتسوبيشي"،و"الهوندا" و"الماكسيما"، ومجموعة من بكاسي وحافلات "التايوتا" و"النيسان". وعندما اقترب من ضفاف النيل شاهد كونفويو وزاري من سيارات "كامري" ومن بعدها لمح سيارة "ليكزس" ، ورددها ثانية "ليكزاس" في شوارع الخرطوم. وعندما أوقف محرك سيارته للجلوس لمشاهدة الطبيعة الصافية على ضفاف النيل رأى مجموعة من مواتر "سوزوكي"، وبعدها جلس يتأمل في الماء وفي الضفة الأخرى من النيل وعندما حلق خياله بعيدا في الأفق شاهد سباق نيلي لزوارق "ياماها" اليابانية.

ربما يمكن القول لاتخلو مدينة أو قرية أو أسرة سودانية من التعامل مع منتوجات التكنولوجيا اليابانية المذكورة في دهشة الرجل أعلاه من السيارات، والمواتر، والتلفازات، والمسجلات، والسماعات، والآلات الحاسبة، وآلات التصوير السينمائي، والفيديو، والفتوغرافي، والزوارق والآلات الموسيقية عند البعض. لماذا تصدر دولة مساحتها سبع مساحة السودان هذا الكم الهائل من التقانة؟ ولماذا تستقبل دولة مساحتها 7 أضعاف مساحة اليابان هذه التكنولوجيا؟ وهل صحيح أن الطفل الياباني أذكى من الطفل السوداني؟ أم أن الطفل الياباني أكثر اجتهادا من الطفل السوداني؟ ولماذا المقارنة بين الطفل الياباني والسوداني؟ هل الصحيح هو المقارنة بين الشعب الياباني والشعب السوداني؟ أم أن المقارنة غير واردة في الأساس؟ وبذلك يكون السؤال غير صحيح ؟ أو غير عادل؟ أو انحيازي؟ أو مخجل؟

إن المقارنة في معامل الذكاء بين أطفال اليابان وأمريكا والسودان مع معجزة التكنولوجيا اليابانية أصبحت كالكابوس تطارد الرجل في كل فيمتو ثانية وثانية ودقيقة وساعة ويوم وأسبوع وشهر. وليس بمقدوره الفرار من هذه المقارنة اللعينة فأصبحت بمثابة الوسواس ولا بد من استخدام تقنية نفسية لمعالجة هذا الوسواس القهري وربما يكون التحصين النفسي أو أسلوب سلب الحساسية هو الحل من خلال المدخل السلوكي، وربما تكون ميكنزمات الدفاع عن النفس هي الحل من خلال المدخل التحليلي. ولكن ربما يكون من المناسب المواجهة عن طريق "المدخل المعرفي"

من خلال كيفية "معالجة المعلومات" وطرح بعض التساؤلات. من قام بالدراسات المقارنة في مجال الذكاء بين اليابان والسودان وأمريكا؟ وفي أي مؤسسات بحثية أجريت هذه الدراسات؟ وماهي المقاييس المستخدمة في قياس الذكاء؟ وأين نشرت نتائج هذه الدراسات؟ وماهي ردود الأفعال أو الاستجابات لنتائج هذه الدراسات؟ وماهي مقارنة نتائج هذه الدراسات في حقل الذكاء بنسبة الانجاز العام للدول؟ وما هي نسبة الزيادة السنوية أو العقدية في معامل الذكاء القومي؟ ولماذا المقارنة بين المجتمع الياباني والمجتمع السوداني؟

أولاً: قام بروفسر ريتشارد لين بايرلندا بنشر أول دراسة مقارنة بين ذكاء الأطفال في اليابان والولايات المتحدة. وبعده قام كبار علماء النفس من أمريكا، وكندا، وبريطانيا، واليابان، ونيوزلندة باجراء مزيد من الدراسات والنقاش المستفيض حول الذكاء المقارن بين الشعوب. وتم اجراء هذه البحوث المقارنة في كبار المؤسسات البحثية والجامعية مثل جامعة طوكيو وجامعة كويتو باليابان، وجامعة ألستر بالمملكة المتحدة، وجامعة أوتاغو بنيوزلندة، وجامعة ميتشجان وجامعة كاليفورنيا وجامعة بنسلفانيا بأمريكا، وجامعة كالجاري بكندا، وجامعة الخرطوم وجامعة النيلين ووزارة العلوم والتقانة بالسودان. وجد لين أو متوسط معامل الذكاء في اليابان 111 بينما كان المتوسط في أمريكا 100 وذلك بفارق 11 درجة وفقا لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال. وقد طبق المقياس في اليابان لعنية قدرها 1100 طفل. وتعتبر هذه الفروق من ناحية احصائية فروقا دالة وكبيرة جدا في متوسطات الذكاء بين قطرين مثل اليابان وأمريكا. وتعني هذه الدرجات بكلمات أخرى بأن هناك حوالي 2 - 3 % من الأطفال في أمريكا لهم نسبة ذكاء أعلى من 130 بينما هناك حوالي 11% في اليابان لهم نسبة ذكاء أعلى من 130. وكانت معاملات الذكاء في أمريكا هي الأساس الذي تقاس عليه معاملات الذكاء في دول العالم. وبعض دول العالم لا تعدل كثيرا في معايير الذكاء الأمريكي بل تستخدمها كما هي. يبدو أن معايير اليابان الجديدة للذكاء ربما تؤثر في الكيفية التي تقارن بها الشعوب المختلفة من حيث معامل الذكاء. وربما تصبح المعايير اليابانية هي الأساس للمقارنة بين الشعوب.

تم الاعتماد في اجراء هذه الدراسات المقارنة على أشهر مقاييس الذكاء في العالم وهي مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ماقبل المدرسة والذي يقيس الذكاء من عمر 4 إلى 6 سنوات، ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال والذي يقيس الذكاء من عمر 6 إلى 16 سنة، ومقياس وكسلر لذكاء الراشدين والذي يقيس الذكاء من عمر 16 إلى 75 سنة. بالاضافة لذلك استخدمت مقاييس أخرى أقل شهرة في مقارنة نتائج الذكاء مثل مقياس مكارثي للقدرات العقلية للطفل، ومقياس كاتل المتحرر من أثر الثقافة. وفي دراسة ثانية كان ذكاء الأطفال في اليابان وفقا لمقياس كولمبيا للنضج العقلي 113 بينما كان المتوسط في أمريكا 100 وذلك بفارق 13 درجة. وتشير نتائج هذه الدراسة كذلك لتفوق الأطفال في اليابان على الأطفال في أمريكا كما تشير للتقارب في درجات الذكاء بين مقياسين مختلفين للذكاء. الجدير بالذكر تنظم وزارة التربية والتعليم بولاية الخرطوم ولأول مرة ورشة متقدمة للتدريب على مقاييس وكسلر للذكاء في الفترة بين 24 ديسمبر 2005 وحتى 7 يناير 2006. وفي هذه الوشة المتقدمة سوف يتم التدريب على كيفية تطبيق مقاييس الذكاء وكيفية حساب درجات الاختبارات، واستخراج معامل الذكاء، وتصميم الصفحة النفسية والمشخاص وكتابة التقارير السيكوجية في مجال القياس النفسي.

ثانيا: هناك فرع في علم النفس يسمى القياس النفسي (سيكوميتري) وهو مثل القياس الاجتماعي (سوسيوميتري) في علم الاجتماع، والقياس الاقتصادي (اكونوميتري) في علم الاقتصاد. ويتعلق هذا الفرع بقياس الذكاء والقدرات والشخصية وجوانب النمو الأخرى. فقد أظهرت نتائج القياس النفسي بأن معدل نسبة الذكاء القومي في أمريكا تزداد حوالي 3 درجات كل عقد (10 سنوات) بينما يزداد معامل الذكاء القومي في اليابان حوالي 6 درجات كل 10 سنوات. وإن زيادة الذكاء القومي مثل زيادة الدخل القومي أو زيادة الطول القومي. ففي بريطانيا، مثلا، زاد الطول القومي وسط الذكور من 5 قدم و7 ونصف بوصة عام 1914 إلى 5 قدم و10 بوصة عام 1982، وذلك بزيادة 2 بوصة ونصف خلال 68 سنة بينما يزيد الذكاء القومي في بريطانيا حوالي 2 درجة كل 10 سنوات.

أظهرت بحوث القياس النفسي فرقا في معامل الذكاء بين مجموعات مختلفة من الشعوب، ويزداد معامل الذكاء بالنسبة لبعض المجموعات بينما ينخفض بالنسبة للبعض الآخر. في بعض التفسيرات ترتبط زيادة الطول القومي والذكاء القومي بزيادة السعرات الحرارية التي يتناولها الانسان فضلا عن مستويات الصحة العامة. ولكن بالرغم من زيادة الطول القومي في الدول المختلفة بالنسبة للأفراد فإن المجموعات كبيرة السن تظل أقصر من المجموعات صغيرة السن، وتظل النساء أقصر من الرجال، ويظل الأقزام أصغر من بقية الأعراق، ويظل العمالقة أطول من بقية الأعراق. ويصعب في هذه الحالة أن تقدم العوامل البيئية تفسيرات للفروق بين هذه المجموعات. فقد امتازت اليابان بأعلى معدل لنمو الذكاء في العالم بالنسبة للجيل الواحد على مستوى دول العالم.

ثالثا: أظهرت نتائج القياس النفسي بأن زيادة الذكاء القومي في أمريكا وبريطانيا هي أعلى بالنسبة لمنخفضي الذكاء أو القدرات العقلية بينما هي أعلى لمرتفعي الذكاء أو القدرات العقلية في اليابان. ولكي نتعرف على مستويات الذكاء يجب علينا أن نحدد الطريقة التي يصنف بها علماء النفس منحنيات الذكاء النظري. غالبا ما تبلغ فئة الأطفال الموهوبين في الدولة أو المجتمع أو المجموعة ما بين 2-3 %، ونسبة مرتفعي الذكاء حوالي 6 % ، ونسبة الذكاء فوق الوسط حوالي 16%، وكذلك تبلغ نسبة المتخلفين عقليا بين 2-3% في أي مجموعة من المجموعات ونسبة منخفضي القدرات العقلية حوالي 6% ، ونسبة الذكاء مادون الوسط حوالي 16% بينما تبلغ نسبة متوسطي الذكاء حوالي 50%. وأظهرت نتائج القياس النفسي بأن حوالي 77% من اليابانيين لهم متوسط ذكاء أعلى من متوسط الذكاء في أمريكا وهو 50%.

مقارنة بهذا المنحنى النظري فقد وجد الباحث أنس الطيب بأن المنحنى الواقعي لتصنيفات الذكاء في ولاية الخرطوم كان كالآتي: بلغت نسبة الأطفال الموهوبين 3%، والمتخلفين عقليا 3.3%، ونسبة الأذكياء 6.7% تقابلها نسبة 3.6% من منخفضي الذكاء، وهناك نسبة 17% في مرتبة فوق الوسط تقابلها نسبة 17.3% في مرتبة دون الوسط. بينما تمثلت فئة الوسط بنسبة 49.9%. وربما تكون عينة ولاية الخرطوم متحيزة بعض الشيء ولكن مع ذلك يمكن القول بأن درجات الذكاء في ولاية الخرطوم توزعت بصورة طبيعية وسط الفئات المختلفة. وهناك مشروع جاري لحساب تصنيفات الذكاء في كل ولايات السودان وبناء المعيار القومي السوداني للذكاء . وبوسعنا التساؤل ما هي نسبة الزيادة السنوية في معامل الذكاء القومي في السودان؟

رابعا: أظهرت نتائج القياس النفسي تفوق الأطفال اليابانيين في بعض مقاييس وكسلر لذكاء الأطفال وهي اختبار تصميم المكعبات، وترتيب الصور، وتكميل الصور، وتجميع الأشياء والترميز، والمتاهات. وترتبط هذه الاختبارات بالقدرات العقلية الحركية والبصرية والادراكية. فإن جميع المهارات العقلية التي ترتبط باستخدام اليد والعين من خلال التآزر البصري والحركي فقد تفوق الأطفال اليابانيين فيها مقارنة مع الأطفال في أمريكا والأطفال وكذلك في السودان. بينما تفوق الأطفال في السودان في الاختبارات اللفظية والشفاهية والسماعية مقارنة مع الاختبارات العملية والحركية والبصرية والادراكية.

ومن خلال ملاحظاتي يتميز الأطفال في اليابان بحس عالي في كيفية استخدام عيونهـم الصغيرة هذه وايديهـم الماهـرة تلك فضـلا عن ذلك

يتميزون بقدرة عالية في قراءة وتصميم الخرائط بينما تقل هذه المهارة بالنسبة للطفل في السودان وربما يعود ذلك لفقر التدريب والممارسة والاجراءات. وربما يمكن القول بأن القدرات اللفظية تدرس في المدرسة بينما تعتمد القدرات البصرية- الحركية على التدريب المستمر في الحياة عموما. فهل تركز المدرسة السودانية على آليات الحفظ والتكرار والمشافهة أكثر من المدرسة اليابانية التي لاتعير انتباها لهذه القدرات؟ في تقديري، سوف يظل الطفل السوداني في حالة من الفقر في عملية التآزر البصري- الحركي – المكاني ما لم تتم عملية تدريب صارم في مرحلة مبكرة من العمر. ولحد كبير ترتبط المهارة في الصناعة والرياضة والتصميم والاختراع بعملية التآزر هذه. السؤال كيف يمكننا في السودان خاصة في مدارس الأطفال الموهوبين كيفية تدريب الأطفال على تجويد عملية التآزر البصري المكاني الحركي؟

خامسا: ربما يمكننا أن نجد تفسير بيئي وتفسير فسيولوجي للفروق الكبيرة بين الأطفال في اليابان والأطفال في السودان ما بين الاختبارات اللفظية والعملية. بصورة نمطية ربما يمكن وصف الثقافة العربية عموما والسودانية خصوصا بأنها ثقافة سماعية وشفوية (ثقافة البدو أو الرعاة) لذلك تنعكس هذه الثقافة في نتائج مقاييس الذكاء اللفظي. بينما يمكن وصف الثقافة اليابانية بصورة نمطية بأنها ثقافة شكلية، وبصرية وحركية لذلك نال الأطفال في اليابان درجات أعلى في الذكاء العملي والبصري والحركي. ربما تكون اللغة العربية من حيث القراءة والكتابة هي على درجة عالية من التجريد بينما اللغة اليابانية على درجة عالية من التعقيد والتشكيل وترتبط بهندسة الزاويا المختلفة والخطوط الرأسية والأفقية. وربما تفسر هذه اللغة المعقدة والشكيلية تفوق الأطفال اليابانيين في قراءة وتصميم الخرائط. فضلا عن ذلك تمتاز اليابان ببيئة قاسية ومصادر شحيحة تتطلب عملية التآزر البصري الحركي المكاني في كيفية التكيف أو التأقلم معها.

وربما يمكن أن نجد تفسير لفروق الذكاء اللفظي والعملي بين الأطفال في اليابان والسودان لقوة نصف الدماغ الأيمن بالنسبة لليابانيين من خلال استخدام آلة الحساب التقليدية المسماة بالصولبان في اليابان أو المشهورة عالميا بالأبلكوس. فتحول هذه الآلة العمليات الحسابية من نصف الدماغ الأيسر إلى نصف الدماغ الأيمن. ومن المعروف في علم النفس الفسيولوجي بأن مركز التحكم في اللغة، والكلام، والمشافهة، والحساب (مركز قوة الطفل السوداني) في نصف الدماغ الأيسر بينما مركز التحكم في العمليات البصرية والمكانية والحركية والابداعية (مركز تحكم الطفل الياباني) في نصف الدماغ الأيمن. ولقد علمت بأن هناك محاولة من قبل وزارة التربية والتعليم في ولاية الخرطوم باستخدام الأبلكوس في بعض المدارس السودانية. وربما أتساءل هل تمت اختبارات قبلية في كيفية عمل نصفي الدماغ الأيمن والأيسر بالنسبة للطفل السوداني قبل تدريبه على اجراء العمليات الحسابية؟ وهل تم التخطيط لقياس بعدي لمعرفة أثر هذه الآلة على تنشيط نصفي الدماغ؟

سادسا: هناك زيادة عالية للقدرة العددية في اليابان ما بين مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة. فمثلا، أظهرت الدراسات بأن الأطفال في عمر 6 سنوات ينالون حوالي 97 درجة في القدرة العددية بينما ترتفع الدرجات إلى 110 وسط الأطفال في سن 16 سنة. وترجع هذه الزيادة الكبيرة لنسبة التعليم الفعال للقدرة العددية في المدرسة اليابانية. وفي بعض التفسيرات تعزى لجحيم الامتحانات في اليابان والذي يطلق عليه (shiken jigoku) كما يعزى كذلك للتوقعات العالية للأم اليابانية من طفلها في المدرسة فمقابل أمايي "amae" الاعتماد الايجابي للطفل على أمه تتوقع منه أن يقدم أفضل ما عنده في المدرسة. وغالبا ما يتعمق احساس الأم اليابانية بالذنب في حالة اخفاق طفلها. وفي عمليات العزو السببي في اليابان فإنه في حالة اخفاق الطفل في المدرسة مثلا غالبا ما تلام الأم أولا، والمعلم ثانيا، والطفل ثالثا. فالأم اليابانية هي المسؤول الأول عن التدريب بقصد ترقية الأداء وبناء المثابرة والالتزام بالمهمة. مقارنة باليابان، فقد أظهرت نتائج الدراسة السودانية عن مقاييس وكسلر للذكاء بأن هناك زيادة في معامل الذكاء ما بين الفئات العمرية الصغيرة مقارنة بالكبيرة من الأطفال. مثلا، كان متوسط درجات ذكاء الأطفال في سن 6 سنوات 84.4، ولفئة 9 سنوات 95%، ولفئة 12 سنة 105، ولفئة 15 سنة 107.

عموما تميز الأطفال في اليابان ولعدة سنوات بانجاز عالي في التحصيل الدراسي خاصة في حقلي الرياضيات والعلوم وذلك في المنافسات العالمية وخاصة في الالمبياد الخاص بهذه العلوم. مثلا أظهرت نتائج واحدة من الدرسات المقارنة الشهيرة بأن الأطفال ذوي الانجاز العالي في الرياضيات في مدينة مينابوليس بأمريكا والذين نالوا متوسط 45 درجة يقعون ضمن فئة متوسطي الطلاب في مدينة سينداي باليابان الذين نالوا متوسط 53 درجة في الرياضيات. وتبلغ نسبة حصص الرياضيات في الصف الأول الابتدائي في اليابان حوالي 25% بينما هي 14 % في أمريكا. ويقضي أطفال الصف الأول في اليابان حوالي 233 دقيقة في الأسبوع في التدريب وحل المسائل الرياضية بينما يقضي الأطفال في أمريكا حوالي 79 دقيقة في الاسبوع. وبوسعى التساؤل كم دقيقة في الاسبوع يقضي طفل السنة الأولي في السودان في حل المسائل الرياضية؟

سابعا: أظهرت نتائج القياس النفسي علاقة قوية بين مستويات الذكاء ووفاة الأطفال وطول الحياة. ففي الدول ذات متوسطات الذكاء العالي تنخفض نسبة وفيات الأطفال عن طريق الخطأ، أو التجاهل، أو الاهمال. ففي أمريكا مثلا يتوفى حوالي 18 طفل وسط كل 1000 طفل بينما يتوفى في اليابان حوالي 11 طفل وسط كل 1000 طفل. وتمتاز اليابان بأعلى نسبة في العالم بالنسبة لمستويات الحياة فتبلغ نسبة التعمير بالنسبة للاناث في اليابان 86 سنة وبالنسبة للرجال حوالي 80 سنة ويمكن مقارنة هذه النسب بنسبة الحياة في السودان فهي بالنسبة للاناث حوالي 60 سنة وللرجال حوالي 57 سنة. وربما نتساءل كم طفل يتوفى في السودان وسط كل 1000 طفل؟

ثامنا: أظهرت نتائج البحوث في مجال سيكولوجية الموهبة تفوق الأطفال الموهوبين في عملية الاهتمام بالقراءة، فهي من أحب الاهتمامات والهوايات بالنسبة لهم، بل واحدة من سمات التعرف على الموهوبين. كما أظهرت نتائج القياس النفسي علاقة بين معدلات الذكاء وبين الاهتمام بالقراءة. إذ ترتفع نسبة القراءة في الدول التي تزيد فيها متوسطات الذكاء. مثلا يبلغ معدل الصحف اليومية في أمريكا حوالي 297 صحيفة لكل 1000 فرد بينما في اليابان يبلغ المتوسط حوالي 519 بالنسبة لكل 1000 فرد. وبوسعنا التساؤل ما هي الاحصائيات في السودان بالنسبة لقراءة الصحف؟ وما هي طبيعة العلاقة بين متوسط الذكاء القومي ونسبة الصحف؟

تاسعا: يتميز الأطفال في اليابان بدرجة عالية من الدافعية وسرعة العمل تحت ضغط الزمن. فقد أظهرت نتائج القياس النفسي بأن الطفل في اليابان يحتاج لحوالي 90 ثانية فقط لأكمال بعض الاختبارات الأدائية (البصرية- الحركية) في مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، بينما يحتاج الطفل في أمريكا وفي كثيرة من دول أوربا لحوالي 120 ثانية لاكمال نفس هذه الاختبارات. وكانت سرعة الطفل في أمريكا هي الأساس الذي تقاس عليه سرعة الأطفال في بقية دول العالم. ويبدو ان هناك تعديل جديد في أنظمة سرعة مقاييس الذكاء من خلال أداء الطفل في اليابان. وقد أظهرت نتائج الدراسة السودانية انخفاض نسبة الأداء في الاختبارات البصرية-المكانية-الحركية لعوامل تتعلق بعدم القدرة على العمل تحت ضغط الزمن. إذ يحتاج الطفل في السودان لوقت أعلى لاكمال الاختبارات العملية وهو حوالي

150 ثانية. وتعتبر هذه الفروق ما بين اليابان والسودان 60 ثانية فروقا كبيرة جدا من حيث السرعة التي ترتبط بالدافعية والجهد والمثابرة.

عاشرا: ياتري ما هي خصائص المدرسة اليابانية التي تعزز من أهمية الجهد والمثابرة والدافعية العالية لأطفالها. من خلال زيارتي لبعض المدارس اليابانية ومن خلال قراءاتي المعمقة لبعض دراسات علم النفس التربوي في اليابان يمكن القول بأن التقدم التكنولوجي في اليابان يعزى للانجاز الدراسي المرتفع للأطفال. ويعزى الانجاز الدراسي المرتفع إلى عوامل ثقافية تتعلق بالمثابرة والالتزام بالمهمة وبالجهد وهذا ما يسمى بلغة علم النفس "دافعية الانجاز". ويتعلم الأطفال في اليابان مباديء وأسس الادارة في الفصل وفي المدرسة من خلال تنظيم مجموعات العمل، واللعب، وما هي المجموعة التي تتناول الطعام أولا، ومن يقدم الشخصيات الزائرة للمدرسة؟

ويتم التركيز في المدرسة اليابانية في الممارسة العملية على المفهوم الشمولي للطفل. ويتم تعلم المهارات والذكاءات الاجتماعية، والنمو الجسمي، ومهارات الموسيقى، والمهارات الفنية، والأخلاقية. وتعطى هذه الذكاءات قيمة مشابهه لوزن المعرفة الأكاديمية. وباختصار ترعى المواهب المختلفة مثل الفنون والموسيقى والرياضة والادارة بالنسبة للطفل الياباني وتعطى وزن مشابهه للرياضيات والعلوم. وفي السودان تستخدم كلمة "نشاط" للموسيقى والفنون والرياضة والمسرح ويبدو أنها في ظل التربية الحديثة خاصة تطبيقات نظرية هاورد جاردنر عن الذكاءات المتعددة هي كلمة "متخلفة" واقترح أن تستبدل كلمة "أنشطة" بكلمة "ذكاءات" ويسمى مدير النشاط الطلابي بوكيل "الذكاءات" و"وكالة الذكاءات".

ومن خلال ملاحظاتي الاثنوغرافية يتعلم الأطفال في الشهر الأول في المدرسة الأخلاق اليابانية والتي تدرس كمقرر ، كيفية نظافة المدرسة والفصل، وكيفية غسل اليدين، وكيفية وضع قطع مسح الفصل على الكرسي، وكيفية ارتداء ملابس الرياضة وملابس الطعام وكيفية تنظيم الدرج. كما يتعلم الأطفال مهارات الاستماع للمعلم، وكيفية الجلوس وكيفية القيام للاجابة للأسئلة، وكيفية التحية للاخرين، وكيفية الابتسامة، ويتناقش الأطفال عن محتوي الابتسامة، وتأثير الابتسامة، وكيف يشعر الفرد عند حالة الابتسامة من قبل الاخرين. إن أكثر قيمة لافته للنظر في المدرسة اليابانية هي التركيز الشديد على التدريب أو ما يطلق عليه بالاجراءات في المدرسة اليابانية. ويتم النظر لهذه الاجراءات، التي تطبق بدقة متناهية، في الفلسفة التربوية اليابانية كوسيلة لتعلم المواظبة في ظل خيارات متعددة للطفل في البيئة المدرسية. ويتم التركيز في المدرسة اليابانية على الانجاز الأكاديمي والمهني اللاحق من خلال تنمية مهارات المواظبة والالتزام والجهد في مرحلة مبكرة من العمر وهي التي تؤدي لزيادة درجة الدافعية لاكتساب المهارات اللازمة للنجاح العملي في الحياة.

ولقد عرضت فيلما مصورا لمعلمي مدارس الأطفال الموهوبين بولاية الخرطوم عن كيفية رعاية المواهب والذكاءات في المدرسة اليابانية وكيفية تدريب الأطفال على الاجراءات المدرسية. كما قدمت فيلما لأطفال مدارس الموهوبين كذلك بكل من الخرطوم وأم درمان عن مواهب الطفل في اليابان وكانت استجابة الأطفال لهذه الأفلام استجابة ممتازة. فقد لاحظت من خلال المناقشة بعد نهاية الأفلام تقديم الأطفال لأسئلة ذكية في غاية من الاثارة. وسعدت أيما سعادة عندما علمت بتطبيق بعض جوانب التدريب اليابانية في مدارس الأطفال الموهوبين بالخرطوم خاصة في مجال النظافة، ومجموعات العمل، ومجلس الطلاب، والمساهمة في ادارة المدرسة. ففي تقديري، هناك بعض ملاح التشابه مع المجتمع الياباني

ولذلك يمكننا أن نتعلم من التجربة اليابانية في النظامها التربوي والدراسي بصورة أفضل.

ربما يكون من المناسب ذكر بعض ملاح التشابه بين المجتمع السوداني والمجتمع الياباني. أولا: ربما تكون الأسرة هي وحدة الانتماء الأساسية ما بين السودان واليابان خلافا للمجتمعات الفرادنية الغربية والتي يكون فيها الفرد هو وحدة التحليل الأساسية. ثانيا: أهمية المجموعات الصغيرة والكبيرة بين المجتمعين ربما تتمثل هذه المجموعات في السودان في العشيرة، والقبيلة والطريقة والمذهب، وربما تتمثل المجموعات في اليابان في الشركات والمؤسسات ومجموعات العمل المختلفة. ثالثا: هناك ملامح للمجتمع التعاوني والتكافلي في السودان واليابان. رابعا: هناك احترام كبير لكل من كبار السن في السودان واليابان. خامسا. تشابه بعض التقاليد التربوية العريقة ما بين السودان واليابان .

يبدو أن كابوس التساؤل قد داهمني للمرة الثانية في هذا الجزء من الملاحظات. هل المعجزة اليابانية الخارقة في التكنولوجيا والمعجزة اليابانية المدهشة في الاقتصاد التي تسيطر على السوق العالمية ذات ارتباط بموضوع معامل الذكاء؟ هل تعكس هذه المعجزة معامل ذكاء أعلى في اليابان مقارنة مع بقية شعوب العالم؟ وهل الأطفال في اليابان من ناحية وراثية أذكي من غيرهم؟ أم ترجع نسبة الذكاء في اليابان للبيئة القاسية والمصادر الطبيعية الشحيحة؟ وبلغة أخرى، هل ذكاء الطفل الياباني موروث (سيال) أم ذكاء مكتسب (متبلور)؟ أم هو تفاعل ما بين الجينات والكروموزومات من جهة وبين مثيرات البيئة اليابانية من جهة أخرى؟ وما هي نسبة مساهمة كل من الجينات والمثيرات في ذكاء الطفل الياباني؟ أم أن الأطفال في اليابان فقط يستخدمون معامل ذكائهم بصورة أفضل من بقية شعوب العالم؟ أم أن مقاييس الذكاء المستخدمة هي منحازة للطفل في اليابان؟

ربما يكون من المناسب الانتقال من مستوى الملاحظة والتحليل السيكولوجي المصغر إلى ملاحظة وتحليل بيئي مكبر. ربما يمكن القول بأن ذكاء الأطفال في اليابان قد يرتبط بفكرة الجغرافيا والطبيعة، أو قطع الأرض الصغيرة المتناثرة التي تتمثل في الجزر اليابانية. وتشكل المساحة الكلية لليابان حوالي سبع مساحة السودان ولكن عدد سكان اليابان حوالي 4 أضعاف عدد السكان في السودان. ويزداد سكان السودان حوالي 2% في السنة بينما يتناقص عدد السكان في اليابان ولأول مرة في التاريخ هذا العام 2005. ربما يمكن القول بأن قطعة الأرض الصغيرة تتطلب توظيف معامل الذكاء الانساني في اليابان لأقصى درجة ممكنة وذلك للحياة من غير صراع وتوتر بل في تناغم وانسجام بين عدد كبير من السكان في قطعة صغيرة من الأرض. لذلك فإن أكثر فروع علم النفس الاجتماعي تطورا في اليابان هو ديناميات الجماعة، وتأسست الرابطة الآسيوية لعلم النفس الاجتماعي باليابان.

وحرربروفسر سوفمان من جامعة كويوتو باليابان كتاب ارتقاء علم النفس الاجتماعي في آسيا . وفي ظل قطعة الأرض الصغيرة مع عدد كبير من السكان ربما نتساءل كيف تتصور المخيلة السودانية مساحة كلية لمنزل في اليابان 50 متر أو 40 متر أو حتى 30 متر؟ في اليابان غالبا ما تكون الغرفة متعددة الوظائف فهي غرفة المعيشة، وغرفة استقبال الضيوف وكذلك غرفة النوم في نفس الوقت. فقط تتم عملية تبديل وتجهيز الغرفة حسب الحاجة. شخصيا كنت أعيش في شقة بمدينة كويوتو مساحتها حوالي 21 متر بينما كانت مساحة المكتب بجامعة كويوتو حوالي 28 متر. عموما يلاحظ في اليابان مفارقات كبيرة بين مساحة المنازل الصغيرة ومساحة المؤسسـات الكبيرة. فهل ياتري تعكس هذه المفارقـة

سيكولوجية الراحة في المؤسسة اليابانية وليس المنزل؟ أظهرت ابحاث بروفسر سوقمان بأن طبيعة العلاقات الاجتماعية في المؤسسة اليابانية هي أشبه بعلاقات الدم والرحم.

قد ينعكس الاستخدام الذكي لمعامل الذكاء في اليابان في كيفية الاستجابة لقلة الموارد الطبيعية وقسوة الطبيعة وجفوة البيئة التي تجعل المجموعات الصغيرة والكبيرة تعمل في تناغم لتعزيز عملية تنمية الموارد البشرية بصورة مستدامة بل خارقة. ربما يمكن القول بأن الطبيعة تناور في اليابان لتقديم درس للعالم في كيفية استخدام درجات الذكاء العالية لأقصى درجة ممكنة في ظل الموارد الشحيحة. ولقد شاهدت في مدرسة ابتدائية تصميم لنفق في باحة المدرسة يقدم درسا للطفل الياباني في كيفية شق الأنفاق في اليابان وكيفية الاستفادة من النفق في تسلق قمته في خلال ستة خيارات متدرجة للطفل عليه أن يختار ما بين التسلق بحبل أو بسلم أو نتوءات متعددة او نتوءات قليلة أو نتوء واحد أو من غير مساعدة. إنه مثال رائع ومدهش للخيارات التي تقدم في المدرسة اليابانية لأطفالها ودرس في كيفية التعامل مع البيئة.

ربما لا تكون المجموعة الصغيرة أو الكبيرة في اليابان أكثر ابداعا من الأفراد والجماعات في أمريكا أو حتى في السودان. وهنا يجب التمييز ما بين الذكاء والابداع. بصورة مبسطة جدا إذا قدمت سؤالا واحدا لطفل فأجاب عليه اجابة واحدة صحيحة يعتبر ذلك نموذجا للذكاء بينما اذا قدم الطفل عدة اجابات صحيحة لنفس السؤال فيعتبر هذا نموذج للابداع. ولكن بالتأكيد بأن هذه المجموعات اليابانية هي اكثر تجديدا وتطويرا وترقية مقارنة بالسودان أو حتى امريكا. ويجب التمييز هنا ما بين "الابداع" كترجمة لكلمة creativity و"التجديد" كترجمة لكلمة innovation . يعني الابداع بصورة مبسطة تقديم أفكار جديدة قليلة التكرار بينما يعني التجديد عملية تطبيق أفكار جديدة. وربما يمكن القول بأن معظم أفكار المعجزة التقانية في اليابان هي مستوردة من الخارج. ولكن لليابانيين قدرة خارقة في كيفية تطبيق الأفكار الجديدة. فقد أصبحت الكلمة اليابانية كيزين Kaizen بمعنى "التجديد" أو "التطوير" جزء من القاموس العالمي، وربما هي انعكاس لشعار الميجي الشهير "تقنية غربية وروح يابانية". ولقد تأملت كثيرا في الكيفية التي صممت بها اليابان مقياس وكسلر لذكاء الأطفال وهو على درجة عالية جدا من التحسين والتناسق بين الجزيئيات مع دقة متناهية في تدرج الألوان مقارنة بالنسخة الأمريكية الأصلية التي يقاس عليها جودة التصميم للمقياس في الدول المختلفة. وفي السودان قمنا بالمستحيل بتصميم نسخة من ذات المقياس وبدرجة عالية من الجودة وفقا للمواصفات السودانية ولكن في حقيقية الأمر مقارنة بالمعايير اليابانية فهي نسخة متواضعة.

ربما ينعكس التوظيف الأمثل لمعامل الذكاء في اليابان في كيفية سحب البساط التقاني من بقية الدول الغربية والآسيوية في صناعة ترسانات السفن والغواصات، والسيارات والكمبوتر والقطارات والكمرات والالات الموسيقية والقوارب والمواتر بدرجة عالية من الجودة والجمال. وبوسعنا التساؤل مالذي يجعل قيمة سيارة ليكزاس اليابانية تساوي بالتقريب ضعف سعر سيارة المارسيدس الألمانية؟ مالذي يجعل بعض الأفراد والمجموعات في مناطق مختلفة من العالم يحلمون باغتناء الماركات اليابانية الأصلية؟ مالذي يجعل مستوى الاعلان التجاري للماركات اليابانية بصورة مدهشة وفي غاية من الروعة التي تأسر الابصار؟ لقد شاهدت لوحة مضيئة كبيرة لعارضة الآزياء السودانية الشهيرة اليك ويك في أحد المتاجر الكبيرة في مدينة كويوتو بالقرب من أحد متاجر الماس ووقفت أتأمل حوالي ساعة عن ابداع المصور والفنان الذي قام باخراج اللوحة الاعلانية المضيئة.

يمتاز اليابانيون بالتواضع وعدم التعبير عن قدراتهم العقلية بصورة لافته للانتباه. ففي المدارس اليابانية شاهدت ترقية للمواهب في مرحلة الطفولة المبكرة في الروضة والمدرسة من غير أن يطلق اليابانيين كلمة "برامج لرعاية الموهوبين". وتستخدم مقاييس الذكاء والقدرات العقلية المختلفة في اليابان ولكن لايعبر اليابانيين في لغتهم عن من هو الطفل الذكي من خلال نتائج هذه المقاييس؟ أو الطفل الموهوب؟ أو الطفل المبدع؟ ولكن يعبر اليابانيون بكثرة في لغتهم العامة من هو الطفل الأكثر مثابرة؟ أو الأكثر اجتهادا؟ أو أكثر التزاما؟ أو يعمل بكثرة؟ ففي هذا الجانب ربما استفيد من تعبير الطهطاوي الشهير عند زيارته لباريس لقد شاهدت في اليابان أمة عالية الموهبة ومرتفعة في درجة التجديد من غير استخدام برامج أمريكية (المجلس العالمي للأطفال الموهوبين) أو أوربية (المجلس الأوربي للقدرات العالية) لرعاية الموهوبين ولكن لاحظت في العالم العربي برامج لرعاية الموهوبين ولكن من غير أطفال موهوبين.

على مستوى السطح قد تظهر ملاح للحياة الغربية في اليابان ممثلة في الملابس وفي طرق تصفيف الشعر وفي ناطحات السحاب وأفلام هوليوود وموسيقى البوب والراب ومقاصف الأكل السريع مثلا ولكن على مستوى العمق تتجذر الثقافة اليابانية بالنسبة للأفراد والجماعات. وعموما تنعكس صورة وقيم الثقافة الأمريكية على مستوى الظاهر بينما يخفي الياباني حقيقته على مستوى الداخل. ربما يمكن التساؤل هنا هل هو تعبير من عملية خداع الآخر الأمريكي؟ وهل عملية الخداع هي انعكاس لشعار الميجي الشهير "تقنية غربية روح يابانية". وربما يمكننا التساؤل كيف استطاعت اليابان أن تنقل منتوجات التكنولوجيا الغربية وتطورها وتحسنها بصورة عالية من الجودة وفي ذات الوقت تحافظ على ثقافتها ومجتمعها المحلي؟ وبلغة علم النفس، كيف استطاعت اليابان ان تحل موضوع القيد المزدوج "كن ولا تكن في نفس الوقت". كن مثل الغرب في التكنولوجيا ولا تكن مثل الغرب في القيم الثقافية.

لقد لاحظنا بأن هناك فوارق كبيرة بين درجات الأطفال في اليابان والسودان في الذكاء اللفظي والعملي. ربما يمكن القول بصورة نمطية بأن الثقافة العربية هي ثقافة شفاهية ولفظية وسماعية ويمكنها أن تتعلم أكثر من الثقافة اليابانية وهي ثقافة بصرية وشكلية وادراكية- حركية. ومن زاوية أخرى، فإن الثقافة اليابانية "أنثى" وذلك لأن الأم تلعب دورا كبيرا في المجتمع الياباني بينما الثقافة السودانية"ذكر" يلعب الأب فيها دورا كبيرا. في اليابان مثلا غالبا ما يعطي الرجل مرتبه الشهري كاملا لزجته فهي المسؤولة عن بنود الصرف المختلفة في المنزل وخارجه، وحتى على زوجها الذي تعطيه مصروفه اليومي. والأم اليابانية هي المسؤول الأول عن تنمية الجهد والمثابرة والعمل الشاق الدؤوب وسط أطفالها وليس مسؤولية الأب. وهنا ربما يمكننا التفكير في كيفية التزاوج ما بين ثقافة الأم (الأنثى) وثقافة الأب (الذكر)، وبلغة أخرى ما بين الفحولة السودانية والأنوثة اليابانية.

في بعض الكتابات السوسيولوجية خاصة ماكس فيبير يمكن القول بأن الثقافة العربية ثقافة حسية (البداوة) وعاطفية (التصوف) ويرتبط الحس بعملية اشباع الرغبات والعاطفة على عدم الاكراه على العمل، بينما يمكن النظر للثقافة اليابانية بأنها ثقافة تأخير الاشباع والبقاء في حالة من الحلم المستمر. ويظل اليابانيين، كما ذكر احد الكتاب، في مساحة الشبق لأن سر المتعة من الشيء المطلوب إلى أقصر درجة ممكنة من دون تحقيق الاشباع الكامل. لا شيء يصل في اليابان إلى نهايته وفي هذه الحالة يبدو أن الحلم عند اليابانيين أكثر متعة من تحقيقه. وفي بعض الكتابات التحليلية خاصة فرويد بأن الحضارة تقوم على انكار الرغبات والاكراه على العمل. وربما يقدم التحليل الفيبري والفرويدي تفسيرا لطبيعة المعجزة اليابانية في استخدام معامل الذكاء الانساني بصورة مذهلة في ترقية وتحسين التكنولوجيا. الجدير بالذكر سماعي لبعض الافادات في الجامعات

اليابانية على عدم قدرة مجموعة من الطلاب من بعض الدول العربية في مواصلة الدراسة في الجامعات اليابانية. ووجدت تفسيرا لذلك من بعض الطلاب العرب بأن متوسط ساعات العمل في الجامعة يتراوح ما بين 10-12 ساعة في اليوم ولا يستطيع بعض الطلاب التكيف مع هذا الجهد والعمل المتواصل "المثابرة". ربما يمكننا التساؤل ما هي طبيعية العلاقات، والادارة، ولتخاذ القرار في المؤسسة اليابانية؟

لقد وجد بروفسر سوقمان، عالم النفس الاجتماعي من جامعة كويتو، في دراسته الرائعة عن العلوم السلوكية في اليابان إن من بين المبادئ الهامة للادارة في اليابان بأن تركيبة المؤسسة اليابانية هي تركيبة عائلية، وأن طبيعة العلاقات الاجتماعية بين الأعضاء في الشركات والمؤسسات هي علاقة أسرية أشبه بعلاقة الدم والرحم بين الأقارب. وغالبا ما يقضي الموظف الياباني عدة ساعات في المساء ما بعد نهاية الدوام الرسمي مع رئيسه أو مشرفه في تناول وجبة العشاء. وبذلك يضحي الموظف بعملية تناول طعام العشاء مع أسرته. ولا يغادر الموظف عمله بتاتا ما لم يغادر مدير المؤسسة مكتبه وربما يجب التضحية بالأسرة من أجل العمل وترضية صاحب العمل. كما وجد سوقمان بأنه في حالة اتخاذ قرار بواسطة الغالبية العظمى بعد نقاش مستفيض داخل المؤسسة اليابانية فأن الأقلية من الأفراد ملزمة باحترام القرار المتخذ. كما وجد سوقمان كذلك بأن العلاقة ما بين الرئيس أو المشرف وبقية الموظفين ليست هي علاقة بين الذي يعطي الأوامر والذي ينفذ الأوامر، إنما الرئيس هو عضو في المجموعة يعمل معها بتناغم. لقد لاحظت في جامعة كويتو بأن البروفسر في المعمل الذي يشرف فيه على طلاب الدراسات العليا يقوم بتنظيف المكتب سواسوة مع طلابه. وكنت شخصيا أقوم بتنظيف مكتبي يوميا بجامعة كويتو قبل مغادرته في الساعة الثامنة مساء. ولقد أظهرت أبحاث علم النفس التربوي بأن جزءا كبيرا من المعجزة اليابانية في التكنولوجيا والاقتصاد يرتبط بالنظام التربوي والتخطيط الثقافي وبقيم العمل اليابانية . ويتم غرس هذه القيم في مرحلة مبكرة في المدرسة الابتدائية.

ما هي الدروس التي يمكن تعلمها من التجربة اليابانية في مجال استخدام معامل الذكاء السوداني لأقصى درجة ممكنة؟ أولا كيف يمكن حساب معدلات نمو معامل الذكاء القومي في السودان؟ نحتاج بالتأكيد في السودان إلى مشاريع بحثية طموحة وجادة في مجال معامل الذكاء والقدرات والمثابرة والالتزام بالمهمة والتدريب بقصد تحسين الأداء. ولكن السؤال من يمول هذه البحوث الاستراتيجية كما تمول بحوث التنمية في اليابان؟ أم أن هناك أولويات صرف أخرى غير الذكاء في السودان؟ هناك الأطفال المتخلفين عقليا ربما هم أحوج؟ هل يتم انشاء وحدة لأبحاث الذكاء بوزارة العلوم والتقانة كما اقترح سابقا بروفسر الزبير بشير طه في الورشة الأولى التي نظمتها وزارة التربية والتعليم بخصوص انشاء مدارس للأطفال الموهوبين في ولاية الخرطوم؟ وهل في السمتقبل يتم تطوير هذه الوحدة كما حدث في فنزويلا ، مثلا، باستحداث وزارة مركزية تسمي "وزارة الذكاء"، وعين لها وزير مركز يسمى "وزير الذكاء" يعمل على التخطيط الاستراتيجي لزيادة معامل الذكاء القومي وتوظيف الذكاء الفنزويلي لأقصى درجة ممكنة؟

ففي تقديري، لا تفكير استراتيجي في السودان من غير عملية تخطيط لنظام تربوي فعال من حيث المثابرة والالتزام بالمهمة والدافعية وتخطيط ثقافي فعال لقيم عمل جديدة ومن أجل المقاربة لقيم العمل اليابانية التي تتشابهة مع قيم العمل عند البروتستانت. ولا تقدم تكنولوجي في السودان من غير اعادة النظر في بناء اتجاهات سالبة نحو الثقافة الشفاهية واللفظية والسماعية في مقابل بناء اتجاهات ايجابية نحو الثقافة البصرية-الحركية والثقافة المكانية العملية. وفي هذا الجانب كيف يمكن توظيف نتائج بحوث علم النفس الفسيولوجي، وهو التخصص الدقيق لبروفسير الزبير بشير طه، في عملية تعزيز وتنشيط نصف الدماغ الأيمن للطفل السوداني؟

لقد قمت بتقديم سمنارت في كل من جامعة كويتو وجامعة أوكاياما عن الأطفال الخوارق في السودان. وكانت هناك استجابة غير عادية لمستويات المواهب العالية والذكاءات العالية لبعض الأطفال في السودان. إن هذه الاستجابة جعلتني أفكر في موضوع مناورة الطبيعة في السودان من خلال بعض الأطفال المعجزات فاذا توفرت لهم الرعاية المناسبة فهم عباقرة المستقبل في السودان. فالسؤال كيف يمكننا فهم هذه المناورة من خلال "مشروع طائر السمبر" للكشف عن الأطفال الموهوبين، و"مشروع قوس قزح" للكشف عن الأطفال الخوارق في السودان؟ في تقديري، إذا اهتزت الأرض نتيجة زلزال عنيف يجعلنا نفكر ونعيد التفكير في قوانين الجولوجيا، و إذا وجدنا في منجم صخرة كبيرة وثمينة من الماس تجعلنا نفكر في قوانين البراكين، وإذا وجد علماء الاثار قطعة نادرة وقديمة جدا من الفخار تجعلنا نفكر في التاريخ الانساني. وبنفس الفهم تم اكتشاف حالات من الأطفال الخوارق والمعجزات في السودان فيجب علينا أن نفكر في مناورة الطبيعة أو مناورة الخلق في السودان. فهذه الحالات لم تتكرر كثيرا في التاريخ البشري. ففي الغرب مثلا ظهرت حالات الأطفال الخوارق في الموسيقى والرياضيات والشطرنج والرسم والميكانيكا ولكن ظهرت في السودان حالات نادرة في الاهتمام بعالم الفضاء والكرة الأرضية. فنحن أمام جحيم امتحان في كيفية الاستجابة لهذه المناورة.

هناك تجربة جديدة في السودان هي رعاية الأطفال الموهوبين فقد تم افتتاح 3 مدارس بولاية الخرطوم. وتعتبر هذه المدارس بمثابة ثروة قومية حقيقية إذا تحتوي على كتلة حرجة من معامل الذكاء العالي وترسانة من درجات الابداع العالي. وهي حقل ممتاز لاختبار فلسفة رعاية الموهوبين في السودان، وفي حالة نجاحها يمكن تعميمها على بقية الأقاليم. فهل تتاح الفرصة لأطفال هذه المدارس بتعلم بعض الدروس والعبر من التجربة اليابانية؟ العبرة الأولى هي كيفية بناء وتعزيز فعال لقيم المثابرة، والالتزام بالمهمة، والاعتقاد في الجهد، والتدريب بقصد الترقية، والعمل الشاق الدؤوب فضلا عن قيم التحسين والتطوير. والعبرة الثانية هي كيفية معالجة الخلل ما بين القدرات البصرية- المكانية والحركية والعملية من جهة والقدرات اللفظية والشفاهية والسماعية من جهة أخرى. وبكلمات أخرى كيف يمكن تعزيز نصف الدماغ الأيمن للطفل السوداني؟ بينما العبرة الثالثة هي تعليم أسس الادارة في المدرسة، وتكوين مجموعات العمل وتنمية القدرة للعمل مع فريق بتناغم. في تقديري، في حالة مراعاة هذا العبر مع توفر شروط الرعاية في مراحل نمائية مختلفة يمكن لمدارس الموهوبين أم تحقق أهدافها. ومن غير ذلك ربما يكون المستقبل غير مأمون العواقب. ياترى هل تتاح الفرصة لأطفال مدارس الموهوبين بزيارة لليابان لمقابلة رصفائهم في المدارس اليابانية؟ لقد دهشت عندما علمت أن ابن سفير السودان في اليابان رسم مشروعا لمترو الانفاق بالخرطوم يربط العاصمة بأطرافها ، فإنه مثال رائع للخيال للطفولي والخيال العلمي. وربما نتساءل هل تتم عملية بناء شراكة بين مدارس الموهوبين في السودان ومدارس يابانية؟ لقد تحمس سفير السودان باليابان سعادة الدكتور موسى عمر بالمساهمة في دفع مشروع الشراكة بف حالى الاتصال بالسفارة اليابانية بالخرطوم. فهل يقوم سعادة سفير اليابان بالسودان بدفع مشروع الشراكة هذه. في تقديري، إذا كانت هناك هيئة حقيقية لرعاية الابداع العلمي في السودان عليها أن ترعي هذه الثروة القومية من الأطفال الموهوبين والخوارق. فإذا توفرت سبل الرعاية المناسبة مع توفر شروط تنمية الموهبة والابداع في مراحل نمائية مختلفة فإن الأطفال الموهوبين بدرجة عالية في الصغر هم عباقرة في الكبر.

إذا كانت اليابان دولة ذات معامل ذكاء أعلى من بريطانيا وذات معامل ذكاء أرفع من أمريكا فلماذا لا نعيد النظر في نظامنا التربوي والسيكولوجي المقتبس من التجربـة البريطانية والأمريكية؟ من سخريـة

القدر أن يدعو التربيون في أوربا أمثال ريتشارد لين في كتابه الموسوم "الانجاز التربوي في اليابان: دروس للغرب" لكيفية أخذ أوربا بعض العبر من التجربة اليابانية في التربية التعليم. ويدعو التربويون في أمريكا أمثال فوجل في كتابه الزائع الصيت "اليابان كرقم واحد: دروس لأمريكا" لأخذ بعض العبر من النظام التربوي والتعليمي في اليابان. من الملاحظ في عنوان الكتابين استخدام عبارة "دروس" للغرب عامة وأمريكا خاصة. ويدعو هؤلاء التربيون وعلماء النفس خاصة من أمريكا وأوربا الي تبني فكرة اليابانيين عن الالتزام والمثابرة والجهد والعمل الشاق الدؤوب. وربما نكون نحن أحوج في السودان لهذه الدروس مقارنة بأوربا وأمريكا. فقد أظهرت نتائج أبحاث التعلم بأننا نتعلم في كثيـر مـن الأحايين عن طريق الملاحظة أو التعلم الاجتماعي أو التقليد وبلغة أكثـر دقة عن طريق الاقتداء. وفقا لهذا الفهم ربما يكون الاقتداء بمن هو "أذكي" بل "أمهر" (اليابان) أفضل ممن هو أقل ذكاءا وأقل مهارة.

*مندوب المجلس العالمي للأطفال الموهوبين في السودان
*مؤسس "مشروع السمبر" للكشف عن الأطفال الموهوبين

التحليـــل النفســـي لثقافـــة الارهـــاب*

أ.د. قاسم حسين صالح – علم النفس – بغداد، العراق

qassimsalihy@yahoo.com

استهلال في اشكاليـة مصطلح : شاع بين الناس مصطلح (إرهاب) ليعني الأعمال التي تستهدف قتل المدنيين أو إلحاق الأذى بهم. والواقع أن مفردة أو مصطلح (إرهاب) ترجمة غير موفقة لمفردة (Terrorism) الأنجليزية. ذلك أن جذر مفردة (ارهاب) هو (رَهَب) بفتح الراء والباء وكسر الهاء، ويعني (خاف). ويقال في الأمثال: (رهبوت خير من رحموت)؛ أي لأن تُرهَب، بضم التاء وفتح الهاء، خير من أن تُرحَم، بضم التاء وفتح الحاء. و (أرهبه) و (استرهبه) تعني أخافه. وبهذا المعنى ترد في القرآن الكريم في سورة الأنفال: (وأعدوا لهم ما استطعتم من قوة ومن رباط الخيل ترهبون به عدو الله وعدوكم وآخرين لا تعلمونهم الله يعلمهم – الآية 60). هذا يعني أن مفردة (ارهاب) تحمل دلالة أو معنى ايجابياً. فالتفسير النفسي لها يعني أن الذي يهم بالعدوان على جماعة معينة يحجم عن تنفيذ عدوانه اذا رأى ما عليه الطرف المقابل من قوة، فيخاف على نفسه وجماعته خشية أن يلحق بهم الدمار أو الأذى، وكأنه (تكتيك) أو أسلوب للوقاية من شر محتمل.

هذا يعني أن الارهاب، لغةً، يقصد به (إخافة) الطرف الآخر في النزاع أو الصراع، ولا يعني فعل ايقاع الأذى به؛ بمعنى آخر إن الارهاب أقرب إلى (الانذار) الذي يسبق الفعل ليحذر الخصم من أنه اذا شن عدوانا فأن ما سيصيبه من اذى ودمار أكثر مما يوقعه هو في الطرف الآخر.

واضح أن هذا لا ينطبق على ما جرى ويجري في العراق من الأعمال التي وصفت بالإرهاب. ونرى أن الأقرب لوصفها، لغةً، هو مفردة (إرعاب)، من الرعب الذي يتضمن أيضا ترويع الناس واشاعة الذعر بينهم. لكن اللغة العربية بشكل خاص لتعدد لهجاتها، متخمة بالأخطاء الشائعة.

ويبدو أن الخطأ الشائع أسهل في التخاطب بين الناس – لكثرة تداوله – من المفردة الصحيحة لغة. وعليه قد يصعب تداول (إرعاب) بدلاً من(ارهاب)، لا سيما بعد أن اكتسب مصطلح إرهاب معنى جديداً هو: إيقاع الأذى بآخر أو آخرين ليسوا طرفا في النزاع. ومع ذلك فأن (الإرعاب) أصح لغة من (الإرهاب) في وصف الحالة موضوع البحث.

آراء مـــن دون تفاصيـــل.. للتأمـــل

لا يولد الأنسان ارهابياً بالفطرة، انما تصنعه مؤسساته الاجتماعية. واذا ظهر من بيننا ارهابي فهذا يعني أننا نحن الذين صنعناه، أو - بعبارة أخف – ساهمنا في صنعه.

إن الارهاب ليس وليد القرن العشرين، بل هو سلوك قديم رافق البشرية عبر تاريخها الطويل بمسميات متنوعة: القراصنة، والصعاليك، والعيّارون، والشطّار (لاسيما في بغداد أيام الفتنة بين الأمين والمأمون). وإن الارهاب لم يظهر فقط في أرض العرب والإسلام، إنما في أوربا أيضاً، ومنها – في سبيل المثال – فرنسا بين عامي 1789 و 1799.

إن القاسم المشترك لظهور الارهاب بمسمياته المختلفة عبر تاريخ البشرية، يتحدد بانقسام الناس الى فريقين: معدمين وفقراء وجياع وعاطلين ومهمشين يشكلون الأكثرية، وزعماء وحكام وأغنياء ومترفين يشكلون الأقلية، في نظام يفتقر إلى العدالة والإنصاف. يضاف لها عامل حديث معاصر هو: غطرسة واستعلاء دول كبرى في العالم، وسعيها الى فرض قيمها وتسفيه قيم الآخر.

إن الإسلاميين وجدوا أنفسهم محاصرين بثلاثة أنواع من الأطواق الخانقة: حصار خارجي يتمثل بدول الغرب الكبرى، وحصار داخلي يتمثل بالأنظمة السياسية، وحصار الحركات والتيارات اليسارية والعلمانية. وإن نزعة الأنسان الى البقاء تدفعه الى فك الحصار عن نفسه بأية وسيلة كانت.

يشكل الإسلام مشروع حضارة وتحديا ثقافيا لحضارة الغرب وثقافته، مما دفعه(أي الغرب) الى التفتيش عما هو سلبي في الإسلام وتضخيمه بأساليب شكلت استفزازاً للإسلاميين الأصوليين، أو إساءة لمقدساتهم.

إن الإسلاميين الذين اعتمدوا العنف وسيلة لتحقيق أهدافهم، استعانوا أو التحق بهم أفراد محترفون للجريمة، وآخرون منحرفون نفسياً ،يجمعهم (أي الأصناف الثلاثة) فعل الجريمة وان اختلفت أهدافهم.

إن اعتماد أمريكا لنظرية (السيفون) في العراق، أي ترك حدود العراق مفتوحه ليتجمع فيه أعداؤها، ثم الاجهاز عليهم، كان أحد الأسباب الرئيسة في شيوع الارهاب في العراق، فضلاً على غطرستها وسوء تعاملها مع العراقيين واسترخاص حياتهم.

إن الإرهاب لا يمارسه فقط من يوصف بالاسلاميين الأصوليين أو التكفيريين أو أية جماعات بعناوين أخرى، انما الحكومات ايضاً، وبأسلوب أشمل وأبشع. وأبرز مثال معاصر هو عمليات الأنفال في العراق. ولا توجد الآن ضمانات تجعلنا نطمئن بيقين ثابت إلى أن الحكومات العراقية المقبلة سوف لن ترتكب أعمالاً ارهابية.

إن الانتحاريين من الإرهابيين مخلصون تماماً لمعتقداتهم. فلا يوجد اكثر اخلاصاً للمعتقد من أن يضحي الفرد بحياته من أجله. ولا فرق – من حيث الفعل النفسي والادراكي – بين (عمر المختار) مثلاً، وبين ارهابي يشد نفسه بحزام ناسف ليفجرها بين حشد من الناس، فكلاهما ينتهيان الى نهاية واحدة: تدمير الذات وإفنائها. والفرق يكمن في نوعية المعتقد.

فالسياسي الذي يخيّر بين الاعدام وبين التخلي عن معتقده، ويختار الاعدام، انما يضحي بنفسه من اجل هدف واقعي يراه يحمل الخير للناس، ولا يلحق مشهد اعدامه أذى بالآخرين إنما التعاطف معه، فيما يؤدي تدمير الارهابي الانتحاري لذاته الى ارتكاب جريمة بقتل نفوس بريئة، والحاق الأذى بآخرين، من اجل هدف خيالي نسجه معتقد يراه الآخرون وهمياً أو باطلا. وعليه فأن الخلل ليس في الإنسان بحدّ ذاته، إنما في طبيعة معتقده.

والسؤال الذي يشكل تحدياً لنا هو: (كيف تشكّل هذا المعتقد لدى أفراد في مجتمعاتنا الى الدرجة التي لا يفني الفرد فيها وجوده فقط، إنما يفني معه أرواحاً بريئة من أبناء قومه يستهدفهم عن قصد، ولا يعدّ فعله هذا جريمة، بالرغم من أنه يعلم بأن من قتل نفساً بريئة كأنما قتل الناس أجمعين؟!).

تفاصيـــل ..ليست بحجـــم الظاهـــرة

عندما نتحدث، نحن السيكولوجيين، عن الارهاب، فإننا نبدو للسياسيين كمن يغرد خارج السرب. وبصريح العبارة فأنهم لا يعيرون لكلامنا اهتماماً. والسبب هو أن السياسيين يختزلون الارهاب بمسألة واحدة هي(الأهداف) التي يسعى الارهاب الى تحقيقها. ويركزون على إبراز شرعية النظام السياسي القائم وإنسانيته وأخلاقياته، وإظهار قبح الإرهاب ووحشيته وما سيحلّ بالناس من بلاء اذا ما أزاحهم عن السلطة وأخذها منهم. فيما نركز – نحن النفسانيين – في (الأسباب) التي أدت الى ظهوره والعوامل التي جعلت منه أن يكون بحجم ظاهرة دولية ذات أبعاد وعناوين متعددة: سياسية ودينية واجتماعية ونفسية وأخلاقية واقتصادية. وفي رأينا، إن الذي يقف على أسباب أية ظاهرة، يمكنه اقتراح سبل أو أساليب لعلاجها، وهذا ما تهدف إليه هذه الورقة.

إننا، نحن المعنيين بالعلوم النفسية والسلوكية، نعتقد أن في داخل أي إنسان توجد (منظومة قيم) هي التي تحرك سلوك الفرد وتوجهه نحو أهداف محددة، تماماً مثلما يفعل (الداينمو) بالسيارة. فكما انك ترى السيارة تتحرك (وحركتها سلوك) ولا ترى الذي يحركها (الداينمو)، كذلك فأنت لا ترى (المنظومة القيمية) التي تحرك سلوك الفرد. ولذلك فان اختلاف الناس: (رجل الدين عن رجل السياسة عن رجل الاقتصاد عن المنحرف عن الإرهابي...) إنما يعود إلى أن شبكة المنظومة القيمية والثقافية الناجمة عنها، تكون مختلفة لديهم نوعياً وكمياً وتراتبياً وتفاعلياً.

ونرى أيضاً أن الإنسان لا يولد مزوداً بالفطرة بهذه المنظومة القيمية، إنما يكتسبها من خلال ثلاثة مصادر أساسية هي:

الأسرة.
النظام التربوي (المدرسة).
السلطة (نظام الحكم).

والمتفحص للمنظومات القيمية (محركات السلوك ومحددات أهدافه) لدى الإرهابيين العرب، يخرج بنتيجة أنها نتاج هذه المصادر المحلية الثلاثة، مضاف لها (الجامع) بوصفه مصدراً للتثقيف الديني، ومصدر آخر خارجي استفزازي عدواني تحريضي قادح لزناد الإرهاب هو (أمريكا)، فضلاً عن محاولة الاعلام الغربي تصوير الاسلام بأنه كان قد اشاع ثقافة انتشاره بالسيف وليس بالحوار، وأن المنادين به الآن ملتزمون بهذا النهج، وغيرها من التهم. غير أن ما يعنينا هنا هو ما صنعته أيدينا.

تشير الدراسات النفسية الاجتماعية الى أن (الأسرة العربية) لا سيما في الأوساط الفقيرة والمتوسطة والمتدنية ثقافياً، وهي الأوسع في أمة الإسلام والعرب، تنشئ أطفالها على العقاب الجسدي والترهيب والتهديد والقهر النفسي والازدراء والتحقير والتخجيل والسخرية والتهكم وخلق الإحساس بالدونية الذي يفضي إلى عقدة الشعور بالنقص ووأد حرية الرأي فضلاً عن أن البعد السلطوي في الثقافة العربية يبدأ مع الأطفـال وهم في المهد. فالأم تمارس أسلوب تخويف الأطفال بالأب والحيوانات والجن كي يناموا ويطيعوا.

فالعصا والحيوان والشيطان أدوات تستخدم لقمع الأطفال، ومثيرات للرعب تفضي الى اغتيال أو خنق روح الحرية في نفوس الناشئة وتغلق نوافذ تفكيرهم في السؤال والحوار.

ونميل نحن النفسانيين إلى الاعتقاد بأن المنحرفين والمجرمين والمتمردين على النظام والقانون يأتون من بين هؤلاء الأطفال الذين عاشوا هذه الخبرات. فالذي أحتقر في صغره وكان موضوعا للسخرية والقمع النفسي والفكري، وكان ممسوخ الهوية (أعني قمع صوت الأنا) يتشكل لديه أسلوب عصابي في التعامل مع الآخرين يدفعه من بدايات شبابه إلى أن يعمل على (ردّ اعتباره) لنفسه واعلاء صوت (الأنا) من خلال النيل ممن يتخذه ضحية من هؤلاء الآخرين بإذلاله والاعتداء عليه. ويتكرار الضحايا يجري تضخيم (الأنا) وصولاً الى أن يكون بحجم صورة (البطل) في ذهن صاحبه، التي تكون عند العصابي بلا حدود.

والإرهابي - في اجتهادنا - عصابي، بمعنى أنه يفقد المرونة في التعامل مع الأمور ولا يجد الا حلاً واحدا لكل قضية تسيطر عليه، ويكون هذا الحل قسرياً، بمعنى يجبره على ان يقوم به، ويجعله حروناً عنيداً حتى لو كان فيه فناؤه.

ويعد النظام التربوي بمؤسساته التعليمية من الابتدائية إلى الجامعة القناة الأكثر تأثيراً في تشكيل القيم لدى التلاميذ والطلبة، وأول من يحدد لهم الطريق الى ثقافة معينة. والباحث في الأنظمة التربوية العربية يجد أنها تقوم على تكريس علاقات السلطة الخاصة بالنظام الأبوي، وتسعى الى الضبط الاجتماعي بدلاً من توظيف الحرية المترتبة عن المعرفة. فالتعليم عندنا يقوم على التلقين وحشو الذاكرة الذي ينتج بالضرورة عقلاً يأخذ بالأمور كما لو كانت مسلمات دون أن يتحاور معها بفكر ناقد. فتلقين الطالب تفسيراً واحداً أو رأياً واحداً، وإجباره على تبنيه، واحدة من السمات السلطوية البارزة في مناهجنا التربوية التي نجم عنها أن الطالب (حتى الجامعي) تعود على الخضوع والعجز، وغلق كل نوافذ عقله إلا النافذة التي تضخ عليه المعلومات ليودعها في مخازن الذاكرة. وبهذا صاغ النظام التربوي العربي عقولاً عودها على أن (تستقبل) لا على أن (تحاور). وجعل من هذه العقول أشبه بحصان العربة، لا ترى إلا الذي أمامها في خط مستقيم، وإن استدارت فبتوجيه من سائسها. وللأسف فأن (السائس) لها من أصحاب الفتاوى المتشبع بثقافة الحقد ضد سلطة أو قوة يرى فيها أنها طاغية أو باغية وأنه لا سبيل الى ايقافها عند حدها الا بالعنف. ولهذا السبب فأنه سهـّل على العقول التي لا ترى الا حلاً واحدا لكل أزمة والنفوس المحبطة، تلقـّي الفتاوى والعمل بها دون نقاش.

أما موضوع السلطة، فذلك هو مرض العرب المزمن منذ ما يزيد على ألف وثلاثمائة سنة. فقد كانت ولا تزال أقرب إلى (التسلط) منها إلى (السلطة)، ذلك أن السلطة في المفهومين الفلسفي والأخلاقي ضرورة اجتماعية (لتنظيم أمور المجتمع)، وضرورة نفسية (لتحقيق العدالة بين الناس)، فيما يتضمن مفهوم (التسلط) معاني الظلم، والقهر، والإكراه، والتشديد، والعنف، والإرهاب ... وهو الأقرب لواقع الحال في مجتمعاتنا العربية. فضلاً عن أن السلطة لدينا تتفرد بالثروة والبذخ والترف السفيه. ومعروف أن المجتمع الذي يضع قيمة كبيرة على الأمور المادية، تتمتع فيها فقط جماعات قليلة في السلطة تأكل لحم الغزلان المطعّم برائحة الهيل فيما يأكل الفقراء خبز النخالة (كما حصل في العراق)، فأنه تبرز في هذا المجتمع حالة الإحساس بانعدام العدالة الاجتماعية لدى الجماعات المحرومة منها، فيظهر بينهم من يعمد الى تجاوز قيم المجتمع ونظامه ليأخذ حقه بسيفه.

والمفارقة أن عامة العرب رسمت صورة عن السلطة العربية مشابهة لصورة أحمد عبد الجواد (سي السيد في ثلاثية نجيب محفوظ) الذي يحل لنفسه اللهو الحرام ، ويحرّم على أهل بيته اللهو الحلال.فنشأت حالة من (اغتراب) الفرد العربي عن سلطته، نجم عنها فقدان المعنى أو الهدف من الحياة، فصار معظم الشباب العربي موزعاً بين القديم والحديث، سواء نزع قسم منهم إلى السلفية، أو اتجه آخر إلى تقليد الغرب، فكلا الحالين يمثل الاغتراب عن السلطة والمجتمع والذات.

ومحنة نفسية ثقافية وقيمية أخرى يعيشها الشاب العربي، هي أنه يملك تاريخاً مجيداً، يحمل في الوقت نفسه صورة سلبية عن ذاته. وبين هاتين الصورتين(الحالين) يعيش حالة مأزقية. فتاريخه يحدثه بالأمجاد فيما حاضره يصفعه بالانكسارات وبما يحاول أن يذله. وما يزيد من هذه المحنة أن السلطة في مجتمعاتنا العربية تعمق إحساس الفرد بمشاعر الإحباط، وتمارس آلية (الإسقاط) بأن تتنصل عن مسؤوليتها وترميها على قوى خارجية، فوضعته في حالة نفسية مأزقية، أما أن يستكين لها و يقبل بالأمر الواقع بأي تخريج نفسي مخفف، واما أن يخاصمها ويبحث عن (سلطة) أخرى ، يجد فيها ذاته...ولقد وجدها في (الجامع) و(أهل الفتوى).

فقد التقط بعض أئمة الجوامع من الذين أفتوا بقطع الرؤوس، من التاريخ الإسلامي وفقهه ما يشبع الحاجات النفسية لدى بعض الشباب العرب المتشبعين بثقافة الإحباط والانكسار النفسي، ويحرضّهم على (الجهاد) لتغيير واقع متخم فعلا بالظلم وتخلخل أو لانعدام العدالة الاجتماعية وتحلل من قيم يرون فيها الأصالة والهوية ،فاحتقنوا بما يثير لديهم غريزة العدوان وشرعية الانتقام. وأهملوا الضفة الأوسع من الدين التي تدعو إلى التسامح والحوار واصلاح الحال بالتي هي احسن، ومتى يكون الجهاد فرضاً موجباً. وغيّبت قوى الإصلاح الديني وصارت مهمشة، فكانت فوضى الفتاوى التي ينشغل بها الناس الآن بعد أن كانوا منشغلين بالفكر والثقافة والسياسة.

وللحقيقة فأن قطع رؤوس الخصوم وذبحهم ذبح الشاة، ليس جديداً في تاريخنا العربي والإسلامي. فقد ذبح السلف ابن بنت نبيهم. وما كان الذابحون من عامة الناس. فالذين نحروا رأس الحسين كانوا أبناء صحابة، وجرى المشهد أمام أنظار صحابة أيضاً. وطافوا بالرؤوس (الحسين وأصحابه) في أمصار العرب والإسلام.

وقتل (معاوية) عمر الخزاعي ورفع رأسه على رمح من الموصل حتى دمشق، ثم رموا رأسه في حجر زوجته الرهينة. ورمى (هشام بن عبد الملك) رأس الإمام (زيد بن علي) في حجر والدته. ورمي رأس (مروان بن محمد) آخر خلفاء بني أمية في حجر ابنته. ورمى (أبو جعفر المنصور) رأس (إبراهيم) أخي (النفس الزكية) في حجر والده (عبد الله بن الحسن). ورمي رأس (المعتز بالله) في حجر جاريته. ورمي رأس (ابن الفرات) في حجر والده الوزير قبل ضرب عنق الأخير..،والقائمة طويلة، فبعض حكام العرب والإسلام كانوا يتفردون بحفظ رؤوس الخصوم بخزائن في مقرات إقامتهم!

ولا يختلف التخريج الفقهي للذبح في (دين السلطة) و (ثقافة العنف) وفتاوى القائلين بـ (حلال الدم) التي أشاعها بعض السلف، عن مئات مشاهد الذبح الأخرى التي صرنا نشهدها يومياً، والتي لا نملك إزاءها سوى موقف الحلاج (الحسين بن منصور) حين جاءوا به الى منصة الإعدام، فصعد وضحك حتى دمعت عيناه، وشرّ البلية ما يضحك...! إن النابشين في موروثنا الفقهي عن ما يحرق الحاضر، يفتي به ليس فقط بعض من يضع العمامة على رأسه، بل وأكاديميون وقيادات أحزاب يدعون الى العدالة والفضيلة!

نكرر ما بدأنا به: إن الارهابي لا يولد إرهابياً، إنما نحن الذين نصنعه: الأسرة والمدرسة والجامع والسلطة التي لم تقم العدل بين الناس.

وفي أدبنا العربي قول بليغ: (ألقاه في اليم مكتوفاً وقال له.....اياك اياك أن تبتل بالماء). وفي الإنجيل ليضاً مقولة بليغة: (إذا فسد الملح فبماذا نملح؟!).

*ألقيت في مؤتمر مكافحة الارهاب في أربيل / شباط 2006م

السعـادة الشخصيـة – فـي عالـم مشحـون بالتوتـر

د. عبد الستـار ابراهيـم

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Ibrahim.B7.htm

المؤشـرات العياديـة فـي اختبـار تبصـر المتـون

د. فـاروق سعـدي مجـذوب

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Majzoub.B3.htm

انجراحـات السلـوك و الفكـر في الـذات العربيـة

علـي زيعـور

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

اللاوعي الثقافي و لغة الجسد و التواصل اللفظي في الذات العربية

علـي زيعـور

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

قـــــراءات: مقـــــــــالات موجـــــــــزة

التكـامل المعرفـي

يحيـــى الرخـــاوي – الطب النفسي – مصـر

yehiarakhawy@yahoo.com – www.rakhawy.org

التفكيـــر العلمـي والمعرفـــة

- المعرفة أشمل من العلم
- المعرفة أشمل من التفكير بصفة عامة
- تاريخ الإنسان ليس تاريخ التفكير، هو تاريخ التلاؤم مع البيئة
- المعرفة ليست قاصرة على عمل المخ (الدماغ)، كذلك التفكير.
- المعرفة تـُوسع الوعي وتعمقُه.
- المعرفة الموضوعية تغذى التفكير العلمي، وبالعكس.
- التفكير العلمي يضيف إلى المعرفة ولا يحتكرها.
- المعرفة بدأت من التمييز قبل ظهور الجهاز العصبي والدماغ
- الأميبا تميز بين ماهو صالح للغذاء مما هو غير ذلك ⇔ Food No-food categorization
- تاريخ الإنسان ليس تاريخ التفكير، هو تاريخ التلاؤم مع البيئة.

أرقـــام مـــن التاريـــخ

- عمر الكون 9- 20 بليون سنة
- عمر الأرض 4-6 بليون سنة
- عمر الحياة على الأرض 1-2 بليون سنة
- عمر الإنسان 600 ألف سنة
- جذور السلوك التدينى أمكن إرجاعها فرضا إلى 300 ألف سنة
- نشأة اللغة 100 ألف سنة
- الأديان السماوية + 4000 سنة
- العلوم الحديثة 200 سنة

استنتاجـــات مـــن أرقـــام التاريـــخ

- هل يصح - إذن – أن تصبح الـ 200 سنة وصية على مستقبل كل ما سبقت صياغته بقوانين لا نعرف أغلبها؟
- أين يقع التفكير من المعرفة ؟
- وهل يصح أن نقصر تعبير "المنهج العلمي" على جزء محدود من هذه الـ 200 سنة ؟
- وكيف نوسع مفهوم المعرفة دون أن نرتد إلى تقديس الماضي ؟
- وما هو الخطر من تجاهل كل، أو بعض، ذلك ؟

مخاطـــر ومحاذيـــر

- لا يعنى فتح باب المعرفة لروافد أخرى, أننا نريد أو نفضل أن تحل محل المعرفة العلمية
- لا ينبغي الخلط بين لغات ومناهج كل منظومة مع الأخرى لمجرد أنهما مصدران للمعرفة (خاصة الدين والعلم)
- إن مبدأ النقد، والنهاية المفتوحة هو العامل المشترك فى كل الروافد
- إن تجربة التطبيق العملي لنفع الناس هو مقياس المصداقية لكل الروافد

منظومـــة المـــوروث البيولوجـــي

- المعلومات الجينية منذ بدء الخليقة (وقبلها)
- المعلومات الجينية الخاصة بالإنسان
- المعلومات الجينية الخاصة بأسرة بذاتها
- المعلومات المكتسبة قبلا واحتمال وراثتها في تفاعل دائم مع المحيط والخبرة وكل الروافد الأخرى

منظومـــة المعلومـــات العلميـــة

- المعلومات المجردة قد يصعب تفاعلها مع نسيج الثقافة
- فرط المعلومات العلمية لا يكوّن ثقافة علمية
- تتحدد فاعلية المعلومة وفرص دخولها فى نسيج الثقافة (العلمية) من خلال:
  1. الحاجة إليها

2. موقعها على متدرج العلم (فرض- رأى- نظرية – حقيقة مرحلية – قشاعدة – قانون..إلخ)
3. توقيت ظهورها
4. سياق معناها
5. إمكانية تطبيقها (نفعا أو اختبارا)
6. احتمالية تغييرها
7. مدى تكاملها مع غيرها من منظومات المعرفة

من كل ذلك يظهر مدى تواضع الإضافة الممكنة من حشر معلومة علمية فى دماغ طالب أو أى مواطن بزعم الإسهام فى تحقيق ما هو ثقافة علمية !!!

منظومـــة فعـــل الفلسفـــة

- تكون الفلسفة فعلا يستحق هذا الاسم إذا احتفظت بمعالمها الأولية من حيث أنها: نشاط معرفى فاعل يتميز بـ:الحفاظ على الدهشة وتناول الكليات، و تجديد التساؤل، واستمرارية احتمالات التفنيد.
- الطفل حديث الولادة يبدأ بممارسة فعل الفلسفة باكرا
- إذا لم يطفئ التعليم (اللاتعليم) هذا الفعل (فعل الفلسفة) يظل الإنسان قادرا على مواصلة فعل المعرفة
- من خلال هذه المنظومة تصبح كل المعطيات قابلة للمناقشة
- ومن ثمّ تتواصل عملية تكوين نسيج ما يسمّى الثقافة العلمية

منظومـــة التـــراث الشعبـــي

- لا يتوقف إسهام هذه المنظومة على مدى ثراء أو فقر التراث الشعبي، وإنما على طـ ريقة التعامل معه.
- يعتبر التراث الشعبي مصدرا للتعرف على حركية التفكير ومدى مرونته، وموقفه النقدي في فترة زمنية ممتدة نسبيا.
- لا شك أن هذا المصدر أصبح بالنسبة للشخص العادي المعاصر أقل إثراء مما كان في الماضي، وقد حلّ محله الحاضر الذي أسميناه "الوعي الشعبي" كمصدر جاهز متجدد.

منظومـــة الفنـــون والآداب

- من وجهة نظر الثقافة العلمية، تعتبر الآداب والفنون مصدرا أساسيا لتشكيل الوعي ليس فقط جماليا، وإنما معرفيا أيضا.
- هذا المصدر قادر على تسجيل التاريخ، وعمق الوعي، ودرجة التحضر، وبالتالي هو رافد بمعنى القدرة على التزويد بحقائق موضوعية
- النقد الأدبي – كمثال – هو إسهام معرفي لا يقتصر عائده على المجال الأدبي وإنما يمتد إلى الوعي العام.

منظومـــة الوعـــي الإيمانـــي

- يعتبر الوعي الإيماني مصدرا للمعرفة من حيث مدى قدرته على شحذ الأداة البشرية لتكون أداة موضوعية للتعامل مع الذات والآخر، والمحيط، دون وصاية الكهنوت
- تعتبر العبادات الصحيحة تدريبا منذ الصغر على امتلاء الوعي بما يسمح له بالمعرفة الكلية اللازمة للتكامل. وأيضا كثير منها يوثق العلاقة مع الطبيعة الآنية من ناحية، ومع الطبيعة التاريخية الحاضرة في الخلايا "الآن" من ناحية أخرى
- يمكن أن يشحذ هذا الامتلاء القدرة على الامتداد في "المابعد" (الغيب) وهو نقيض الاستسلام للخرافة.
- تعتبر النصوص مصدرا متجددا للاستلهام إذا تخلّصت من وصاية المفسرين
- تعتبر كل محاولات تفسير هذه المنظومة بغيرها (خصوصا بالمنظومة العلمية) خطأ وخطر وبعد عن المعرفة الصحيحة على الجانبين, وبالتالي فهي ضد الثقافة العلمية والمعرفة.

منظومـــة الممارســـة اليوميـــة

- المعلومات المصقولة واللامعة والجاهزة قد تظل بعيدا عن الممارسة العملية, وبالتالي قد تصبح عبئا ثقيلا يعطل المعرفة
- المعلومات القادرة على الإسهام في تشكيل الوعي هي المعلومات :
  - المتاحة للحوار
  - القابلة للاختبار في الفعل اليومي
  - القادرة على تلقى المردود Feed Back
  - القابلة للتطوير، أو التعديل، أو الإحلال بعد التجربة والاختبار.

وبالتالي يصبح مردود السلوك العادي مصدرا متكاملا مع المصادر الأخرى

العـــلاج النفســـي لأطفـــال الإنتفاضـــة

مشروع لدعم الطفل الفلسطيني يحتاج لدعم عربي

أ. د. محمد أحمد النابلسي - حاوره: عبدالقادر الأسمر

nabulsy@cyberia.net.lb

• **ما أسباب عقد هذا الاجتماع والأهداف المتوخاة منه؟**

في إطار اهتمام المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم بالطفل العربي، وإدراكاً منها بأن العمل على بنائه بناء متوازنا ومتكاملا في جوانب حياته النفسية والاجتماعية والجسدية والأخلاقية والجمالية هو الضمان الأكيد لمستقبل الأمة العربية. واستجابة لقرار المؤتمر العام في دورته الخامسة عشرة، وقرار المجلس التنفيذي في اجتماعه الثاني والسبعين، والذي يدعو الى إيلاء الدول العربية ذات الظروف الخاصة، العناية المناسبة في مشروعات المنظمة وبرامجها فقد أدرجت المنظمة ضمن مشروعاتها «دراسة الآثار النفسية للأطفال والتلاميذ الفلسطينيين الناجمة عن أشكال العدوان الصهيوني وذلك بهدف تحديد تأثيرات العدوان الصهيوني على الصحة النفسية والبدنية للأطفال الفلسطينيين واقتراح سبل لعلاج الآثار المترتبة عن العدوان والمساهمة في وضع برامج تربوية لمعالجة هذه الآثار اضافة الى تعزيز دور المؤسسات التربوية والمؤسسات العلاجية ومؤسسات الطفولة في فلسطين بما يقوي صمودها، ووضع خطة لمعالجة الاثار النفسية للأطفال والتلاميذ الفلسطينيين الناجمة عن كل اشكال العدوان الصهيوني وتطبيقها.

• **ماهي أنواع الاضطرابات النفسية لدى الطفل الفلسطيني والتصنيف الذي جرى اعتماده في اجتماع لجنة الخبراء؟**

انطلقت اللجنة من مبدأ تصنيف الاضطرابات انطلاقا من مسبباتها على النحو الآتي:

أولاً، اصابة جسدية: وتحديد درجة قابليتها للشفاء، وإمكانية تحولها الى عاهة، والآثار النفسية المصاحبة والمستقبلية المترتبة على الاصابة، والشعور بالاختلاف الناجم عن الاصابة.

ثانيا فقدان عزيز: حيث ان هذه الفئة تنطوي على خطورة بالغة على شخصية الطفل ونموها، كما يكتسب الفقدان في هذه الحالة صفة الديمومة المصاحبة لنمو إدراكات الطفل، لذا من الصعوبة وضع علائم مميزة لهذه الفئة، خاصة بسبب طابعها التصاعدي.

ثالثا فقدان مادي: «منزل، مزرعة، معيشة يومية..» فالطفل هنا يتأثر بصورة غير مباشرة بالخسائر العينية والمالية التي تصاب بها أسرته.

رابعا، التعرض لتهديد الحياة: يعاني الطفل الفلسطيني من تكرارية وتعددية مصادر تهديد الحياة، ومصادر إثارة الذعر العائلي الذي ينعكس على مشاعر الطفل، ومن هذه المصادر: القصف الجوي والبحري وبالدبابات والقنص والمداهمات الليلية.

خامسا، التعرض لأعمال عنف: ومنها أعمال مباشرة كالعنف الممارس من قبل جنود الاحتلال على الاطفال مباشرة، ومشاهدته المواجهات بين الراشدين وجنود العدو، وحرمان الطفل الفلسطيني من حقوقه الأساسية في التعلم واللعب وحتى الغذاء.

ومن أعمال العنف غير المباشرة، الأذى اللاحق بالراشدين تحت نظر الطفل أو سمعه، وما تعانيه أسرته، وحرمانه من المأوى والحاجات الأساسية.

سادسا، أضرار عائلية: ناجمة عن ممارسات العنف الاسرائيلي على الاسرة الفلسطينية بحيث جعلتها في حالة انعدام التوازن والاستقرار، ومن هذه الممارسات: سجن الأب أو أحد أفراد الاسرة أو غياب أو اصابة وتعطيل أحد أفراد الأسرة، فقدان مصدر الدخل العائلي.

سابعا، معاينة أحداث صدمية: ان ظروف الانتفاضة تضع الطفل الفلسطيني أمام سيل جارف من المعاينات الصدمية حيث يشاهد هذا الطفل الدمار والعدوان من كل جهة، لتضاف الى معاناته الذاتية المعيشية.

ثامناً، تراكم عدة حوادث صدمية: أي ان مرور الزمن لا يعني شفاء الطفل من الصدمة، وانما هو يعني تحولها الى صدمة مزمنة، وهذا له انعكاساته السلبية والمباشرة على الصعيد الدراسي والعلائقي مع اضطرابات النوم.

تاسعا، مصادر أخرى: إن وتيرة الممارسات الإسرائيلية على الشعب الفلسطيني تبين ان هذه العدوانية تمتد إلى نواحٍ غير مرئية وغير ممكنة الملاحظة والاثبات، وحسبنا التذكير بأن الحد من التكاثر الفلسطيني هو أحد الأهداف الاسرائيلية الاستراتيجية.

• **بعد أن توافقتم على تصنيف مصادر الاضطرابات النفسية للطفل الفلسطيني، ما هي الاجراءات التي جرى وضعها للتنفيذ؟**

نظراً لانعدام الاحصاءات والدراسات المسحية الوافية لوضع تصورات اجرائية موضوعية، عمدت اللجنة الى اعتماد مبدأ الدراسة المسحية التوجيهية التي يمكنها ان تعطي فكرة موجهة لخطة سير العمل ولتحديد الفئات التصنيفية ودرجة انتشارها مع ما يستتبعه ذلك من امكانية تحديد الحاجات المادية والبشرية والتقنية ورأى الخبراء ان تجرى هذه الدراسة في المجال المدرسي حيث تتم دراسة أطفال مدرسة من مدارس المنطقة يتم اعتبارها بمنزلة عينة عشوائية. وكان من نتائج هذه الدراسات والمسوح أن وجدنا ان نسبة الأطفال الفلسطينيين الذين يحتاجون الى تدخل اختصاصي تتراوح مابين 40-60% في حين تشير احصاءات منظمة الصحة العالمية الى حاجة 18% من اطفال الدول المستقرة أمنياً للرعاية والارشاد النفسيين، وهذا يدل على ارتفاع نسبة انتشار العصاب الصدمي بين الفلسطينيين.

كما استنتجت اللجنة ان الحاجات الفعلية للمجتمع الفلسطيني تفوق بمئات الأضعاف الخدمات المتوافرة فعلياً، وعليه فقد نصح الخبراء باعتماد طرق العلاج قصيرة الأمد، مع إقامة دورات تدريبية مكثفة في هذه العلاجات توخياً لرفع كفاءة الاختصاصيين وتأهيل كوادر جديدة، وتدريب الأهل والمعلمين، وأيضاً الراغبين من الجمهور على هذه الطرق العلاجية.

لكل هذا فقد اقترح الخبراء ان يتم اجراء تصنيف فرعي لكل فئة من الفئات التصنيفية المقترحة على أن يضم كل تصنيف اربع درجات هي: خفيف، متوسط، شديد، بالغ الحدة، وكذلك توزيع مهام فرق العمل على النحو التالي: التدخل السريع في حالة الأزمات، الارشاد النفسي والعلاج الأسري، علاج نفسي داعم، العلاج النفسي الجماعي، العلاجي الطبي الدوائي.

❖ خطـــــوات هيكليـــــــة

• **مازلنا حتى الآن في طور الاقتراحات والتصورات فما هي مراحل التطبيق العملي لتنفيذ هذه الخطة؟**

ان التطبيق العملي الممهد لتنفيذ هذه الخطة يقتضي العمل على إرساء هيكلية متكاملة للمشروع وذلك عبر انشاء مركزين، الأول في الضفة الغربية، والثاني في قطاع غزة تحت اشراف اللجنة الوطنية الفلسطينية للتربية والثقافة والعلوم، وكذلك إقامة دورات تدريبية أشرنا إليها سابقاً. وأيضا تشكيل فريق العمل من مشرف عام وأخصائي نفسي عيادي، وطبيب

نفسي، ومرشدين نفسيين، وأخصائي اجتماعي، وموظفين للخدمات الادارية، بالتعاون مع المؤسسات المتخصصة مثل «الجمعية العالمية لامراضية التعبير» ومقرها مدينة «بـ ـو» في فرنسا، و«مكتب الإنماء الاجتماعي» في الكويت، و«منظمة اليونسيف الدولية» و«منظمة إنقاذ الطفل» و«أطباء بلا حدود» و«مركز الدراسات النفسية» طرابلس لبنان، و«برنامج غزة للصحة النفسية» فلسطين، ومؤسسات ومراكز أخرى.

❖ تكلفـــة المشـــروع

- **هل وضعتم تصورا أولياً لكلفة المشروع المقترح ومصادر الدعم؟**

لاشك ان هذا المشروع يحتاج الى الدعم المالي والمعنوي والاختصاصي، ونغتنم المناسبة لنطل عبر «العالم الإسلامي» الزاهرة لنناشد المؤسسات الانسانية والاختصاصية العربية بالتدخل لدعم هذا المشروع الذي يهدف الى مساعدة اطفال الشعب الفلسطيني، علماً بأن الخبراء قدروا كلفة المشروع أي مركزي غزة والضفة بأكثر من 600 ألف دولار.

- **هل تتوقعون ان تصادفكم صعوبات قد تعترض نجاح هذا المشروع المدروس؟**

نعم، وقد وضعنا في الحسبان انه سيكون هناك نقص في الخبرات، وضآلة التمويل، وتدني مستوى الوعي بالمعاناة، وعدم التعاون الأسري، وغياب البرامج الجاهزة، ونقص التواصل مع المؤسسات المتخصصة وهي صعوبات يمكن تجاوزها، إلا أن أصعب مايمكن أن يعترض هذا المشروع هو استمرار العدوان الاسرائيلي الذي يمكن ان يعيق أهداف هذا المشروع ويضاعف من صعوبات أعمال المركزين المقترحين ويعرقل الخطة العلاجية للآثار النفسية للأطفال.

❖ توصيـــات الاجتمـــاع

- **علمنا ان اجتماع الخبراء الذي عقدتموه مؤخرا بالدوحة انتهى باصدار جملة توصيات، ماهي أبرزها؟**

من أبرز توصيات هذا الاجتماع الذي استغرق اربع جلسات عمل مكثفة مايلي:

1- ضرورة العمل على تطبيق الخطة المقترحة من قبل اجتماع الخبراء، والهادفة الى تحسين مستوى الصحة النفسية للطفل الفلسطيني.

2- ضرورة الاهتمام بالصحة النفسية للأسرة الفلسطينية نظرا لانعكاس ذلك على الصحة البيئية للطفل.

3- دعوة اللجنة الوطنية الفلسطينية للتربية والثقافة والعلوم لإنشاء موقع خاص «ويب سايت» بعنوان «معاناة الطفل الفلسطيني» وعرضها.

4- عقد ندوات ولقاءات بين الاختصاصيين العرب المهتمين في مجال الصدمة، حول سبل مساعدة الطفل الفلسطيني.

5- دعم المراكز الفلسطينية المهتمة بأوضاع الطفل الفلسطيني.

6- الطلب الى المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم تعميم الفيلم الوثائقي عن الطفل الفلسطيني «نداء الحق والسلام» على المؤسسات التربوية العربية والدولية.

7- تشجيع الباحثيـ ـن الفلسطينيين والعـ ـرب لانتاج بحـ ـوث تتناول الخبرات الصادمة لدى الأطفال الفلسطينيين.

8- دعوة مؤسسات الاعاقة العربية والدولية للمساعدة على دعم المؤسسات الفلسطينية التي تعنى بالأطفال المعاقين.

9- دعوة الجمعيات النفسية العربية لدعم البرنامج الفلسطيني للرعاية النفسية للطفل.

10- دعوة المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم للتنسيق مع اتحاد الأطباء النفسيين العرب لدعم هذه الخطة.

العلاجنفســـي بالتدريـــب علـــى المهـارات الاجتماعيـــة

د. أحمـد لطيـف جاسـم - بغـداد، العـراق
ahmed2000psycho@yahoo.com

في البدء يجدر التعرف على مصطلح "المهارات الأجتماعية" Social Skills ، فعلى وفق تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO,1994): هي سلوكيات تزيد القدرة النفسية الاجتماعية، وتمكن الافراد من التعامل بفاعلية مع متطلبات وتحديات الحياة اليومية [14] .

بينما عرّف (Goldsmith & Mcfall,1975) التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) بأنه: أسلوب أو طريقة علاجية تهدف إلى زيادة كفاية الاداء في مواقف الحياة الحرجة[3] . وعرّفه (Marks ,1978): هي مجموعة من التقنيات لتعليم الناس كيفية التعامل بصورة أفضل مع الآخرين [8] . أما (Liberman . et . at . 1995) فعرّفه بأنه تقنيات سلوكية أو فعاليات تعلمية تمكـّن الاشخاص من اكتساب مهارات وسيلية ومتبناة في المجالات التي يتطلبها التعامل مع الاشخاص والعناية بالذات ومتطلبات محاكاة حياة الجماعة[7] .

وقد طـُوّر التدريب على المهارات الاجتماعية على أنه طريقة في التعلم بصورة منظمة في التفاعل الاجتماعي، وهذا التدريب له أصول في علم النفس الاجتماعي وفي العلاج السلوكي الذي كان قد تطور من تطبيق مبادئ نظرية التعلم المشتقة من علم النفس التجريبي . كما تطور التدريب على المهارات الاجتماعية بصورة أكبر من زخم الابحاث العلاجية التي قام بها (Wolpe, 1958) والذي ركز بصورة مباشرة على السلوك[13]. وترجع بدايات الاهتمام بالمهارات الاجتماعية في الجانب العلاجي إلى العام 1950، واتسع استعمال هذه الطريقة في بداية الثمانينات[4]، اذ اعتمدت اجراءات تدريبية ذات أهمية وبمدى واسع من التراكيب والأنماط، في علاج الناس المرضى والمعوقين جسدياً والمجرمين البالغين والسجناء وطلاب المدارس والكليات[15]. وقد تطور التدريب على المهارات الاجتماعية في السنوات الآخيرة بشكل كبير، واتخذت اجراءات التدريب مدى واسعاً في الادبيات البحثية [6] .

ويرتبط التدريب على المهارات الاجتماعية بتغير السلوك الاجتماعي، فالشخص الذي يصبح ماهراً اجتماعياً بصورة جيدة ، فأنه ربما تحدث له تغيرات في أبعاد أخرى، إذ قد يصبح أقل قلقاً وكآبة وأكثر فاعلية في الاتصال الاجتماعي ، فالهدف من التدريب هو تغيير السلوك نحو استجابة أكثر مهارة [15] .

وتصمم برامج التدريب على المهارات الاجتماعية للتعرف على الحاجات الخاصة للمفحوصين، من خلال الحصول على معلومات من المراجع نفسه أو من المعارف أو الاصدقاء، وتحدد أهداف التدريب من البداية ، وكذلك فيما إذا كان التدريب فردياً أو جمعياً[2] . ويعتمد محتوى أي برنامج تدريبي على نمط المجتمع والغرض من تصميمه ، لذا فأن حاجات المضطربين نفسياً تكون واضحـ ـة الاختلاف بشكل كبير عما هي

عليه عند الفئات الأخرى[15] . ومن جانب آخر فأن عدد الجلسات وطولها وتكرارها يعتمد على نمط مجتمع المراجع أيضاً ، وفي بعض الحالات فأن الموقف يحدد عدد الجلسات ، ومع ذلك فأن طول مدة التدريب يختلف من مجتمع لآخر (بالغون ، مجرمون، مراجعوا العيادات الخارجية ....) . إن نجاح برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية يعتمد على امتلاكه لتصميم جيد يكون مناسباً لحاجات الأفراد [15] . وكذلك يعتمد في النهاية على التقويم من خلال ملاحظة سلوك المفحوص في بيئته الخاصة وملاحظته في التفاعلات الاجتماعية الحقيقية [11]. كما يمكن استعمال مقاييس التقرير الذاتي التي يصف فيها المفحوصون سلوكهم في المواقف الاجتماعية [13]، فضلاً عن أن هناك وسائل أخرى للتقويم باستعمال مشاهد اداء الدور التي تزود المدرب بمعلومات سلوكية بخصوص ما يقدره المفحوص عن ادراكه وقدرته على وصف ذلك باتقان[15] .

أن التدريب على المهارات الاجتماعية طريقة علاجية تستهدف تحسين المهارات السلوكية ، ويمكن تطبيقها على المجموعات الصغيرة من المرضى الذين يعانون من عيوب متشابهة في مجال الوظائف الاجتماعية[10] . لقد أكدت النظريات التقليدية في الشخصية وعلم الامراض النفسية كنظرية (Sullivan) و (Horney) و (Adler) ونظريات المنظرين الفرويديين الجدد الآخرين ، على العلاقة الممتدة بين الوظيفة الاجتماعية والتوافق الانفعالي[6] . فالمضطربون نفسياً والذين يعانون من نقص حاد في المهارات الاجتماعية يعانون من صعوبة في تأسيس علاقات اجتماعية في المجتمع ، وربما يؤدي بهم ذلك إلى تجنب تلك المواقف التي تتطلب مشاركة اجتماعية[6] .

لذا تصمم طريقة التدريب لمساعدة المضطربين ليصبحوا مؤهلين اجتماعياً بصورة أكبر عندما يتفاعلوا مع الآخرين ، وربما تتضمن الأساليب العلاجية : النمذجة (Modeling) واداء الدور السلوكي(Behavioral Rehearsal) والتغذية الراجعة (Feedback) والتعزيز الاجتماعي (Social Reinforcement) ومهمات الوظائف البيتية (Assignments Homework)[1]، ويجب أن يكون التدريب مفصلاً وواضحاً يسبقه تحديد المهارات الناقصة التي يظهرها المريض[9] .

ومن المعروف أن هذه الطريقة العلاجية هي أحدى الطرائق السلوكية المعرفية التي استعملت مع أضطرابات عديدة كالاكتئاب والقلق والخجل والرهاب الاجتماعي والشعور بالوحدة[5] .

وهكذا فأن المهارات الاجتماعية أساليب يستعملها الناس للحصول على نتائج معززة من بيئاتهم ، اذ يساعد التدريب هؤلاء على ملاحظة سلوكيات جديدة في المواقف المألوفة وتطبيقها ، وربما تنمو لدى الشخص الثقة للتصرف بفاعلية أكثر في مواقف أخرى ، ويصبح أكثر مهارة ويتطور لديه ادراك ذات ايجابي أكثر[12] .

المصـــــــادر:

1. Antony, M. M. & Barlow, D. H. (1997): social and specific Phobias, in, Tasman, A,; Kay, J. & Lieberman, J. A. , Psychiatry, Philadelphia, PA: WB Saunders.
2. Dyck, R. V. (1996): Non-drug treatment for social phobia, inter national clinical psychopharmacology, 11(supp. 3): 65-70.
3. Gold smith, J. B. & McFaul, R. (1975): Development and evaluation of an interpersonal skill – training for psychiatric in patients, Journal of Abnormal psychology, Vol. 84, No. 51158.
4. Goldstein, A. P. (1981): psychological skill training, the structured learning technique, New York, pergamon press, Inc.
5. Heimberg, R. G. (1989): cognitive and behavioral treatment for social phobia: A critical analysis: Special issue social phobia, clinical psychology review, vol. 9, no. 1, 107-128.
6. Kelly, J. A. (1982): social skills training, A practical guide for interventions , New York, spring er publishing company, Inc.
7. Liberman, R. P. ; Vaccaro, J. V. & Corrigan , P. W. (1995): psychiatric rehabilitation, in, Kaplan, H. & sadock, B. J. , comprehensive text book of psychiatry / V 1, Vol. 2, Sixth edition, Baltimore, Maryland, Williams & Wilkins.
8. Marks, I. M. (1978): Living with fear, New York, McGraw - Hill Book company.
9. Marks, I. M. (1995): Advances in behavioral – cognitive therapy of social phobia, Journal of clinical psychiatry, 56 (suppl. 5) 25-31.
10. Uarzillier, J. S. & Hall, J. (1987): what is clinical psychology ?, New York, Oxford university Press.
11. Mersch, P. P. (1994): The behavioral and cognitive therapy for social phobia, Nether land, Febo druk Bv, Enschede.
12. Myers, D. 6. (1996): social psychology, fifth edition, New York, the McGraw – Hill companies, Inc.
13. Twentyman, G. T. & Zimering, R . T. (1979): Behavioral training of social skills: A critical neview, in, Hersen, M. ; Eisler, R. M. & Miller, P. M., Progress in behavior modification, vol. 7, New York, A cademic press, Inc.
14. W. H. O. (1994): the development of and the dissemination of life skills education: An over view (Doc: WHO, MNH/ PSF. 94.7), Geneva, Switzerland.
15. Wilkinson, J. & Canter, S. (1982): Social Skills training manual assessment, Programmed design, and management of training, New York, John Wiley & Sons Ltd.

دعـــوة إلـــى احتـــرام العقـائـــد*

أ.د. قـــدري حفنـــي - - علـم النفـــس – مصـــر

kadrymh@yahoo.com

تتصاعد هذه الأيام دعوة لسن تشريع دولي يجرم انتهاك العقائد ويلزم الكافة باحترامها, وأظن ان مثل تلك الدعوة التي لاشك في نبلها, فضلا عن ضرورتها, تطرح علينا عددا من التساؤلات:

هل تقتصر الدعوة علي احترام عقائد أصحاب الديانات السماوية الثلاث فحسب؟ أم تشمل العقائد الدينية جميعا؟ أم تتسع لتشمل تلك العقائد التي تعتبر منحرفة أو منشقة عن دين سماوي؟ أم انها يمكن ان تزداد اتساعا لتشمل العقائد الفكرية جميعا ومنها بداهة ما قد يتعارض مع الأديان جميعا؟.

ما المقصود باحترام عقائد الآخرين؟ هل المقصود هو عدم إيذاء مشاعرهم العقائدية؟ اذا كان الأمر كذلك, فما هي الحدود بين ما أعتبره مجرد تعبير علني عن عقائد الآخرين, وما أعتبره اجتراء علي عقيدتي؟ هل يمكن ان نتصور خطابا دينيا ايا كان لايتضمن دعوة للدخول في هذا الدين باعتباره الدين الأفضل؟ ماهو الخط الفاصل لاعتبار مثل هذا الخطاب قد تجاوز حدوده وأصبح مؤذيا لمشاعر الآخرين العقائدية؟ هل استماعي مثلا لفكرة تأليه السيد المسيح باعتباره ابن الله يدخل في نطاق ايذاء مشاعري كمسلم؟ وهل تأكيد الخطاب الاسلامي علي نفي تلك الالوهية يعتبر ايذاء لمشاعر المسيحيين؟ وهل المطلوب إذن ان يقوم دعاة كل دين بتنقية خطابهم الديني مما يعتبره الآخرون جرحا لعقائدهم حتي لو

اقتضت تلك التنقية حذفا لاركان أساسية من العقيدة الدينية لكل طرف؟

هل التوسع في اقامة الكنائس وارتفاع أصوات التراتيل والقداس والأجراس يجرح مشاعرنا كمسلمين مما يقتضي وضع الضوابط لبناء تلك الكنائس باعتباره التزاما اسلاميا واجبا؟ هل ارتفاع مكبرات الصوت بالأذان وبخطبة الجمعة يجرح المشاعر العقائدية المسيحية ومن ثم ينبغي البحث عن حل يتلافي مثل ذلك الجرح؟ هل رؤية الصلبان والمآذن يمكن ان تثير حرجا دينيا؟ هل المطلوب ان تصمت أصوات الآذان ودقات الأجراس وخطب صلاة الجمعة و التراتيل الكنسية, وان تختفي المآذن وأبراج الكنائس؟ ام ان المطلوب تنظيم استخدام مكبرات الصوت عامة, وتنظيم بناء دور العبادة كاجراءات قانونية مدنية؟ هل يمكن للخروج من المأزق تبني خطابين, خطاب هامس يتداوله الاتباع والمريدون بحيث لايتجاوز حدود المساجد والكنائس, وخطاب مسموع ينتج خصيصا للتصدير ويوجه للجميع ملتزما بتجنب ايذاء المشاعر العقائدية للجميع؟ ألا يتعارض ذلك مع جوهر الديانات العالمية التي يحمل أتباعها مهمة ابلاغ رسالتها للناس جميعا؟؟ وفضلا عن ذلك فان الأمر برمته مستحيل التنفيذ عمليا في عالم لم يعد فيه مكان او امكانية لازدواجية الخطاب الاعلامي.

هل من الممكن مثلا اغلاق مصادر التشكيك في العقائد بتحريم الاطلاع علي الفكر العقائدي للآخرين, فاذا لم يكن بد من التعرف علي عقائد الآخرين فليكن من خلال عرضها من وجهة نظر الفكر المقابل فنتعرف مثلا علي الفكر المسيحي من خلال الكتابات الاسلامية, ويتعرف المسيحيون علي الفكر الاسلامي من خلال كتابات مسيحية ولكن هل مازال ذلك ممكنا في عالم اليوم, حيث يستطيع الجميع بث وتلقي جميع ألوان الطيف من دعوات تبشر وتدعو لجميع العقائد والمعتقدات علي مختلف الأقمار الصناعية فضلا عن الإنترنت؟ هل يمكن الاحتكام إلي ديانة غالبية سكان الدولة بحيث يقبل الجميع بخفوت الصوت الاسلامي في الدول ذات الغالبية المسيحية وخفوت الصوت المسيحي في الدول ذات الغالبية الاسلامية؟

ألم يحن الوقت بعد لوضع حد للفزع من امكانية تأثير الدعايات المضادة علي ثبات العقيدة الدينية رغم حقيقة ان انفتاح السماوات الاعلامية جعل الجميع يجادل الجميع في كل شيء بلا حدود دون ان تحدث كارثة عقائدية لاي طرف؟ ألم يحن الوقت بعد للتسليم بحقيقة انه مهما كان حجم الاغواء والتهديد فسوف تظل الغالبية الغالبة من المسلمين والمسيحيين في بلادنا علي دياناتهم, وانه لو وجدت في مصر مليون بعثة تبشيرية مسيحية او مليون جماعة اسلامية تدعو المسيحيين إلي الاسلام فلن يتغير من جوهر الأمر شيء؟

هل لنا ان نفكر في حماية عقائدنا بأسلوب جديد يضمن الحفاظ علي العقيدة في ظل تعرض لا مفر منه لفكر مناقض لها بان نربي أطفالنا وندرب أنفسنا ايضا علي التسليم بأننا لسنا وحدنا في هذا العالم, وان مجموعنا نحن المؤمنين بالديانات السماوية الثلاث لايتجاوز نصف البشر, حيث يبلغ عدد المسلمين حوالي المليار, ويعتنق المسيحية حوالي المليارين, إلي جانب عدة ملايين من اليهود, ويبقي مايزيد علي ثلاثة مليارات من غير المؤمنين, وأن مقياس الافضلية هو ان نكون القدوة للآخرين في الخلق والعلم والسلوك؟

وأخيـــرا

إن علينا ان نتفق أولا فيما بيننا علي ملامح ما ندعو إليه, وأن نعلنه علي الملأ, وان نمارسه عمليا, لنكون بمثابة القدوة للآخرين سعيا نحو عالم يسوده احترام حقيقي ومتبادل للعقائد جميعا, وإلا فسوف تكون السيادة لقانون الغابة بحيث يفرض الطرف الأقوي رؤيته علي الجميع.

* الأهـــرام: 23 مارس 2006

نظريـــــة بيـــــار مارتـــــي

سهـــام بلعـــارف – الجزائـــر
a.siheme@hotmail.fr

تمهيد: تظهر نظرية بيار مارتي عدم كفايـة ميكانيزمـات الـدفاع العصابية و تنسب للعرض السوماتي قيمة بديلة خالية من البعد الرمزي كما في العرض الهستيري .

وضع بيار مـارتي نظرية متطورة للاقتصاد السيكوسوماتي تقوم على التواجد في نفس الوقت والتناوب لنوعين مـن الحركـات الذاتيـة الأولى خاصة بالحياة وهي حركات منظمة و مرتبـة أمـا الثانيـة فهي خاصـة بالموت وهي حركات معرقلـة للأولى أو ماتـسمى بـ (Les mouvements de désorganisations)

والتطور الذي يخلص إليه كل فرد هو بناء جهاز تثبيـت نكـوص يكون مقاوما للتيار المخل للتنظيم. L'édification d'un système fixation régression

الجسدنة تنتج بطريقة مطولة نوعا ما عن الفشل في أجهزة الـدفاع.و بالنسبة للناحية الاقتصادية فيقول بيرجوري (عـوض أن تتكفـل الحيـاة العقلية بالطاقة الليبيدية كي تضمن لها مخارج ملائمة هنا الطاقة تفلـت من السيطرة العقلية المدمجة والمبرمجـة وتعرقـل عمـل الوظـائف الجسدية).

وفي أعمال مشال فان يعد ذلك نجده يلقي الضوء على عدم اكتمـال البنية الاوديبية للصغير و للموضـوع الـسيكوسوماتي الـذي سـيقوم بعمليات جسدنه لاحقا و ذلك يكون نتيجة لطغيان الظروف الـصدمية في علاقته المبكرة مع أمه وأبيه وبهذا تكون سـبل التحقـق الهلوسـي للرغبة مسدودة نوعا ما وينتظم الأنا مبكرا على نمط مستقل .

M de musan نجده يميز الاضطرابات النفـسية الوظيفيـة عـن الأمراض العضوية' الأولى لها صلة بسيرورة نكوصية بينما الثانية فهي تنتج عن نمط خاص من السير العقلي هذا النمط الذي يـدعى بالبنيـة السيكوسوماتية من كاتبه ينتمي في الأصل إلى اللوحة المعتادة للسير النفسي عند كل فرد و هي تشمل نقص في الحياة الهواميـة تفكيـر عملي ينتج عنهمـا تخلـي تـدريجي للحيـاة النفـسية عـن وظائفهـا (Déqualification de la vie psychique).

على عكس المقاربة السيكوسوماتية الطبية التي تتناول الفرد ابتـدءا من مرضه نجد أن المقاربة التحليلية تتناول الحالة ابتداء من تموضـعها في سيرها النفسي ضمن عملية الجسدنة.

مفهـــوم النكـــوص الجزئـــي / La démentalisation

صيغة النكوص السوماتي ظهرت خلال نفس الفترة التي ظهر فيهـا النكوص النفسي الليبيدي في بداية الستينيات فوضع بيير مـارتي تركيـب نظري إكلينيكي اخذ شكلا في مؤلفه L'investigation psychosomatique فهو نمط من النكوص الشكلي والموقعي وما يحدث فيه هو أن تصور نزوي والطاقة التي ترافقه عوض أن يمرب. La sphère mentalet.

كي يرتبط ويمثل على هذا المستوى يختزل ويتم تفريغه على مـستوى الجسد والفعل (Au niveau du corp et de l'agir)

العقلنـــة / La Mentalisation

هي صيغة مستعملة كلاسيكيا من طرف التحليلين السيكوسوماتيين

والتي تغطي كل حقل الارصان النفسي.

العقلنة تخص أساسا النشاط التصوري والهوا مي للفرد شـريطة أن يتم عمل ربط التصورات في جهاز ماقبل الوعي حيث عملية تقييم نوعية العقلنة أو نوعية ماقبل الوعي تعطينا نفس النتيجة و الفرد الـذي يمتلـك عقلنه جيدة يشكل تصورات يلونها بعواطف يكثفها يزيحها ويكبتها.

Il formente des représentations les colores d'affects les condenses les déplace et les refoule

وبالنسبة لبيار مارتي يتم معاينة العقلنة تبعا لـ 3 محـاور أساسـية كل محور يمثل احد أبعاد النشاط التصوري وهـي الكثافـة الغـزارة الدوام. (Épaisseur, fluidité, permanence).

المعنـــى ضد التطـــوري لخلـــل التنظيـــم

خلال التنظيم يتطور حسب معنى معارض لمعنى التنظيمة التطوريـة فهي تهاجم النقطة التطورية الأكثر علوا في المكانة والنظـام الـوظيفي الذي كانت تضمنه يختفي ويتبعه الفوضى.

وعندما التنظيمة العقلية المعينة نتيجة قـدراتها الارصـانية تـدمج وتركب المعاش سوف تستمر في الخدمة من اجل تغطية دفاعية تمنع خلل التنظيم الجسدي. حيث ينتج هذا الأخير عن صعوبة عاطفية شاهدة علـى سيطرة غرائز الموت نظرا لتنحي غرائز الحياة و ترك مكانهـا فيـسيطر هذا التيار المضاد وتحدث تجزئة متتالية وتحلل الأنظمة الوظائفية حيث أن فترة استمرار خلل التنظيم تتغير حسب شخصية الفرد وطبيعة الصدمة.

والتنظيمة العقلية تحارب خلل التنظيم بالاستناد على مختلـف نقـاط التأثر التي تمتلكها والمنظمة في سلاسـل حيـث لاشـيء آخـر سـوى النكوصات يستطيع منع خلل التنظيم.

(Rien d'autres que les régressions ne peut empêcher la désorganisation)

Les inorganisations

هي تنظيمات نفسية سيئة ناتجة عن عوامل وراثية أو عوامل نفسية نشوئية تتميز بقصور التنظيمات الوظيفيـة النفـسية التطوريـة وتـشمل النكوصات والتثبيتات وقلق الشهر الثامن وبعض حالات التخلف العقلي.

تنتج هذه الحالات النفسية عند أفراد يعانون من سوء بناء عقلي. أيضا تنتج عن عوامل وراثية نتيجة لتوزيع غير متساوي للكمـون الحيـوي الغريزي على مستوى البرامج الأساسية للفرد بالإضافة إلى العوامـل النفسية النشوئية للمشاكل الوظيفية والتي تعود إلى حرمـان و نقـص مبكر في الوظيفة الامومية.و نقص في جهاز صاد الاثارات.

ومن أهم العوامل المفجرة نجد.

1- درجة les innorganisations العامة وميادين النشاط العقلي المختارة.
2- أهمية وطبيعة الصدمة والمتعلقة بالتنظيمات الهشة المرتبطة بها.
3- الكيفية التكيفية للفرد.

المخطط الخاص بخلل التنظيم التدريجي الذي يحدث عكس النمو العادي

- تراكم الإثارة النفسية و العاطفية دون إمكانية الارصان العقلي أو مخرج سلوكي ← اكتئاب أساسي مرفق في بعض الأحيان بحياة عملية ← غياب إمكانية النكوص النفسي أو ← العرضي ← ظهور قلق عام لعدم إمكانية النكوص النفسي ← خلل التنظيم الجسدي ← مرض خطير .

التفكيـــر الإجرائـــي العملـــي / La pensée opératoire

هو نمط من التفكير الحالي والظرفي دون صلة بالنشاط الهوا مي أو الرمزي وهو يصاحب الأحداث دون أن يمثلها أو يصورها حيث الأمر يخص

(Une non pensée dans la mesure ou elle a perdu ses liens avec sa source pulsionnelle)

الحيـــاة العمليـــة / La vie operatoire

يمكن لهده الأخيرة أن تستقر بصورة مزمنة أو أن تأخذ شكل حالـة حرجة مؤقتة وقابلة للإصلاح و الشفاء وهي تمثل عادة نمـط حـساس وغير مستقر من التوازن السيكوسوماتي وفي الحالات المتطـورة مـن الحياة العملية نلاحظ عادة تدهور في نوعية الأنا الأعلى واستبداله بنظام مثلنه سماه بيير مارتي بالأنا المثالي -(Le moi idéal).

الأنا المثالي لكل عظمة نرجسية هو سمة من التصرفات المعروفـة باللامحدودية فهو يرتكز على الزامات لا تعفي الفرد مع نفسه كما مـع الآخرين.

والمصلحة من تواجد هذه الظاهرة عند مريض سيكوسوماتي تكمن في غياب القدرات النكوصية واللامبالاة النفسية التي يحدثها والتي بالتـالي تشكل خطر الانهيار النفسي والجسدي. وعندما تستقر الحياة العملية فهي تعتمد أو تتعلق بنوعية المحيط الذي يدور بـالمريض وبـالأخص يتعلـق بوضع في التطبيق علاج تحليلي متكيف.

ويوضع في عين الاعتبار ضعف القدرات العقلية لاستيعاب الأحداث الصدمية فان الحياة العملية تمثل وباستمرار خطرا أساسيا لخلل التنظيم الجسدي لهذا يمكن دائما لهذا التطور أن ينفتح نحو حدوث إصابة جسدية خطيرة..

الاكتئـــاب الأساســـي/ La dépression essentielle

يمثل نمط اكتئابي يتميز بغياب التعبير الجسدي ووصفه بيير مارتي بأنه انخفاض عام في الحضرية الحياتية دون مقابل اقتصادي.

(UN abaissement général du tonus de vie sans contre partie économique).

فلا نجد فيه الشعور بالذنب أو التأنيب الـذاتي الملنخـولي ويتميـز بسلبيته العرضية فالاكتئاب السيكوسوماتي لا يتطابق مع اكتئاب عصابي ولا ملنخولي أين الأنا يختفي مثلما يختفي الموضوع.

فكلمة الاكتئاب تتماشى مع صيغة الارصان العقلي للفقـدان ومـع العمل النفسي للحداد وحسب بيير مارتي فعمل الحداد بعد فقدان شخص محبوب يجب أن يستند على ارصان عقلي كي يعوض الفقـدان والألـم الذي يحدثه هذا الفقدان عند الفرد فيستقر العمل النفسي للحداد بصفة نشطة و هو يتلخص في اختيار لميزات المفقود ثم استيعابها أي أن ينسبها لنفسه وهذه العملية تسمح بالانفصال عن المفقود ومحو آلام فقدانه مقابل أن يبقى دائما موجودا في لا وعي الفرد لكن بعض العوائق يمكن أن تعترض هذا العمل التابع للسير النفسي للفرد وتتسبب في عدم حدوثه فيظهر نوع من الاكتئاب يسميه بيير مارتي (الاكتئاب الأساسي)-Dépression à- priori- هكذا يسميه سامي علي حيث هذا النوع من الاكتئـاب يعتبـر الحـدث (الفقدان) وكأنه لم يجري (non advenu) من ناحية العاطفـة وإذا كانـت هذه الأخيرة غير موجودة (قمعت من طرف الفرد) الفقدان هنـا لـم يـتم ارصانه.

إذ لم يشعر الفرد بعاطفة اثر حداد فان عمل الحداد لايتدخل وهذا

ما يميز الاكتئاب دون موضوع أي الفقدان حدث فعلا لكن الفرد لم يتمكن من عيش هذا الإحساس المرتبط بالفقدان.

التنظيمـــات العقليـــة و علاقتهـــا بسيرورة الجسدنـــة

بداية يوجد 3 تنظيمات عقلية اساسية وهي:

- العصـــاب العقلـــي / La névrose mentale

- في أحسن الحالات فان مختلف السلاسل الخاصة بالتثبيتات نجدها مجتمعة في خط مشترك والتنظيمة العقلية الناتجة ستكون غنية بنقاط التثبيتات مرتبة على طول مختلف مراحل التطور وفي هذه الحالة نحن بصدد التعامل مع مواضيع لديهم تنظيمة عقلية واضحة التحديد ويوجد عندهم سير عقلي جيد في الموقعية الأولى والثانية وبهذا تكون قدرات الارصان العقلي في أفضل مستوى ممكن.

- عصـــاب السلـــوك / La névrose de comprtement

- في أسوء الحالات لا يتشكل الخط المركزي الذي يدمج مختلف سلاسل التثبيتات في تلفائية وآلية وهذا نتيجة لنقص في نقاط و نقاط التثبيتات والتي ستقدم للفرد العديد من الملاجئ ونقاط الاستناد و التي من السهل إتباع أثرها عند الحاجة.

- التنظيمة العقلية التي تنتج ستكون سطحية فقيرة في نقاط التثبيت المرتبة على مدى مختلف المراحل من التطور هنا الجهاز النفسي يكون سيء التشكيل وقدرات الارصان العقلي تكون عاجزة.

- القيمة الوظيفية لمل قبل الوعي بالاستناد على الموقعية الأولى تكون تقريبا فاشلة اما على مستوى الموقعية الثانية الأنا الأعلى يبرز كركن محبط يرمي إلى مثالية عاداتية ومجتمعة إلى جانب أنا ضعيف غير محدد المعالم.

- عصـــاب الطبـــع / La névrose de caractère

- بين هاذين القطبان تتموضع تنظيمات فردية جد متنوعة تقترب في بعض الحالات من النمط الأول وفي حالات أخرى من النمط الثاني فما يجعلها تختلف عن النمط الثاني يكمن في أن ماقبل الوعي لم يفقد كلية قيمته الوظيفية.

- وإذا كانت البنية الفردية لاتمتلك خطا أساسيا مشتركا متين الاستقرار يقدم للفرد نمطا من السير المنتظم والمستقر فهي تمتلك في المقابل سلاسل مختلفة يمكن للارصان العقلي أن يرتكز عليها وينتج من ذلك سير ضعيف وغير منتظم.

سيـــرورة الجسدنـــة / Processus de somatisation

تحدث سيرورة الجسدنة بعد سلسلة من الأحداث النفسية التي تعزز تطور إصابة جسدية فنميزعادة سيرورة الجسدنة بواسطة النكوص وسيرورة الجسدنة بواسطة الانفصال النزوي، هاتان الحركتان النفسيتان تتعارضان بنوعية العقلنة التي تندرج كل منهما على إثرها.

سيـــرورة الجسدنـــة بواسطـــة الانفصـــال النـــزوي
Processus de somatisation par deliaison pulsionnelle

- يعنى الأمر هنا بسيرورة نفسية تنتهي عادة إلى أمراض تطورية وخطيرة يمكن أن تقود إلى الموت وهكذا يكون الأمر بالنسبة لأمراض المناعة الذاتية والإمراض السرطانية.

- هذه السيرورة تتطور عامة إما عند مواضيع يمتلكون تنظيمات غير عصابية للانا وإما عند أشخاص قد عانوا من صدمات نفسية والتي تكون قد أعادت تنشيط الجروح النرجسية العميقة المبكرة وفي كل الحالات ان بعد الفقدان النرجسي موجود ويشكل أرضية لضطراب في العقلنة مؤقت أو دائم فبعد الفقدان النرجسي هذا يحدث حالة من الانفصال النزوي الذي يعدل مجموع التوازن السيكوسوماتي للفرد.

- وخلال تطور الاضطراب يمكن أن نلاحظ في وقت أول تطور تعديلات نفس- مرضية ثم في وقت ثاني تظهر التعديلات الفزيلوجية.

- أما على المستوى النفسي نلاحظ عدد معين من الاعراض المجمعة تحت اسم الحياة العملية المتمثلة في الاكتئاب الأساسي والتفكير العملي.

- سيـــرورة الجسدنـــة بالنكـــوص
Processus de somatisation par regréssion

- يخص الأمر هنا سيرورة تقود عادة إلى نوبات جسدية خفيفة وقابلة للإصلاح مثلما يكون في نوبات الربو ألام الدماغ التقرحات المعدية المعوية وارتفاع ضغط الدم وهي عبارة عن جسدنات ترجع باستمرار في نفس الشكل وعند نفس الفرد وهي تظهر على العموم عند مواضيع يكون سيرهم النفسي منظم على نمط عصابي عادي فعقلنتهم عادة ما تكون كافية وقليلا ما تكون مختلة حيث هنا ترتبط عملية الجسدنة باختلاف وتنوع السير العقلي فتحدث هذه الظاهرة تغيرات طفيفة نوعا ما في نظام السير العقلي والذي يحول تدريجيا الاقتصاد السيكوسوماتي وهذه الاهتزازات تترك المكان أمام نشاطات التسامي والشذوذ وسمات الطبع والجسدنات الطفيفة.

عصـــاب السلـــوك وعصـــاب الطبـــع فـــي مواجهـــة الصدمـــات

نظرا لقدراتهم الضعيفة على الارصان العقلي الصدمة تقود في اغلب الأحيان إلى الاكتئاب الأساسي أين يمكن أن يستقر التفكير العملي الذي يعن عن ضعف في حضرية نزوات الحياة وخلل التنظيم للجهاز العقلي أي حركة من خلال التنظيم التدريجي والذي يتبعه خلل التنظيم في أجهزة الطبع والسلوك يتبع ذلك في الأخير خلل التنظيم للوظائف الجسدية الأكثر فأكثر قدما على المستوى التطوري فأثناء حلقات الاكتئاب الأساسي وأثناء استقرار الحياة العملية البنية الفردية تتواجد في حالة من الحساسية والضعف الخاصان فالمراقبة أو التكفل يفرضان نفسيهما وهذا حتى لو لم يوجد أي تظاهرة مرضية يمكن ملاحظتها فعليا

وبالتالي مكانة الحدث الصدمي يمكن أن تتحدد كونها الحدث المعاش من طرف الفرد لكن غير عاطفيا.

والجسدنة سوف تمثل العاقبة أو النتيجة ليس لحدث صدمي خاص أو معين وإنما لتراكم الأحداث الصدمية الحياتية التي تعتبر غير مدمجة من طرف النفس في كل مرة وتقود في الأخير إلى الانهيار النفسي والجسدي.

التطبيـــق السيكوسوماتـــي

الحضور الحي للمحال خلال الجلسات يمثل سندا نرجسيا ذو قيمة كبيرة بالنسبة لعمليه الذي بدونه لا يحدث أي تغير ممكن أو مستمر على المستوى النفسي

النشاط التأويلي للمحال يجب أن يعتدل باستمرار وأن يتكيف مع مختلف مستويات السير النفسي لعميله وفي نفس الوقت الأخذ بعين الاعتبار الوزن الاقتصادي للمرض وتطوره الغير مبرر وواضح.

وقد أدلى بيير مارتي بقانون أساسي والذي يقدم فيه لنا كل ما يمكننا

تقديمه في حقل النشاط التفسيري فيقول لنا (de la fonction maternel à la psychanalyse) (من الوظيفة الامومية إلى التحليل النفسي) وهذا القانون يوضح قطبين:

- احدهما هو الوظيفة الامومية للمعالج ومحاولات لمرافقة كل الحركات النفسية للمريض والتي ترتكز على الاستعدادات التقمصية الأولية والنرجسية للمحال مع عميله وهي تهدف إلى وضع أو إعادة تأهيل صاد الاثارات عندما لا يقوم هدا الأخير بوظيفته عند العميل أو العكس تقديم منابع إثارة جديدة عندما تكون هذه الأخيرة متدهورة بالأخص نتيجة لاكتئاب أساسي هام وعندما تنتهي هذه الأزمة يمكن للمحال أن يسترجع وضعيته الكلاسيكية.

- وفي كل الحالات فعلى المحال أن يبقي حية العلاقة العلاجية النفسية والتي تتكفل بالتغيرات والتعديلات النرجسية والمازوشية للمريض وبالأخص عندما تتطور حالته في فترات عملية.

- هنا فن المحاورة يجب أن يتحكم به المحال بحرفية ودقة دون أن يخرج عن إطار عمله كمحال نفسي.

- كما يمكن أن يختار تفسيرات على النمط النفسي الدرامي أو الهزلي كي يختزل الحوار المغلق على النمط العملي والتبريري.

- هذه النشاطات اللغوية المختلفة للمحال النفسي يجب بأن تتكيف مع تنوع السير العقلي للعميل كي يتمكن من خرق الميكانيزمات الدفاعية للسيكوسوماتيين.

البيئـة العراقيـــة والكـــرب النفســـي

استطلاع لدى عينة من العاملين في المجال الصحي

فـارس كمـال نظمـــي – عـــادل صـــادق جبـــوري – العـــراق

fariskonadhmi@hotmail.com

يتألف علم النفس البيئي Environmental Psychology من مبحثين رئيسين:الأول يتناول تأثير سلوك الإنسان في البيئة، والثاني يبحث تأثير البيئة في سلوك الإنسان وصحته النفسية. وهنا يقف مصطلح(الضغوط البيئية) في مقدمة المفاهيم التي ينبغي التصدي لها نظرياً وتطبيقياً في ميداني الصحة البدنية والنفسية لعموم المجتمع،إذ يبرز هذا المفهوم عندما تؤدي العلاقة بين الفرد والظرف البيئي المحيط به إلى إيذائه بدنياً وبشكل مباشر (ضغط فيزيولوجي) أو عندما تنذره بحدوث الأذى مستقبلاً (ضغط نفسي).ولأن البيئة المادية تمثل مجموعة من المثيرات الفيزيائية والحضارية والاجتماعية والنفسية،فلا بد أن شعور الأفراد بالضغوط البيئية من زحام وألم نفسي وتوترات يختلف من ثقافة إلى أخرى ومن بقعة جغرافية إلى أخرى،إذ يعتمد ذلك على المعاني الشخصية والحضارية التي يضفيها الفرد على الأحداث المحيطة به.ولذلك يحتاج المختصون بعلم الحياة والاجتماع والنفس،والفنانون والمهندسون المعماريون،أن يعرفوا كيف وتحت أي الظروف تكون البيئة المادية مصدراً أساسياً للضغوط النفسية والأمراض النفسجسمية،وأيضاً للرضى النفسي والراحة الانفعالية والاستقرار العقلي!

وهذا ما يستدعي التركيز عليه في المرحلة الحالية من حياة المجتمع العراقي،إذ تبرز البيئة العراقية في وضعها الراهن بوصفها مصدراً خطيراً للضغوط النفسية والصحية والفيزيائية على الفرد، إذ تشير منظمة الصحة العالمية في إحدى إحصائياتها الأخيرة إلى أن (65)% من البيئة العراقية أمست ملوثة. فالفوضى المرورية العارمة، وصخب الموالدات الكهربائية وهدير الطائرات الأمريكية المتواصل، وأصوات الانفجارات،وتدمير البنية التحتية بكل أنواعها (شبكات الماء والكهرباء والمجاري)، فضلاً عن الكثافة السكانية المتعاظمة..، أمست جميعاً عوامل رئيسة وكاسحة في إحداث الضوضاء والقلق والكرب النفسي والتلوث بكل أنواعه.

وللإسهام في تحديد مظاهر هذه الضغوط البيئية التي يعانيها العراقيون، وتلمس مصادرها ومدى تأثيرها في الصحتين النفسية والبدنية لديهم،اتجهنا لاستطلاع ومحاورة فئة مهنية متخصصة في المجال الصحي،فالتقينا بعينة من الأطباء والطبيبات، ومن موظفي وموظفات المهن الصحية في مستشفى (مدينة الطب) ببغداد. وقد جاءت نتائج الاستطلاع على النحو الآتي:

*** ما كمية الضوضاء التي تعتقد أن الفرد العراقي يتعرض لها كل يوم؟**

اتفق (90)% من عينة الاستطلاع على أن كمية الضوضاء (هائلة)،مقابل (10)% وصفها بأنها (كبيرة). وفي هذه النتيجة إشارة واضحة إلى كمية الضغط النفسي الذي تسلطه البيئة العراقية على الفرد.

*** كيف تصف بيئتنا الحالية في العراق بجوانبها الطبيعية (نباتات،ماء،هواء)،والمعمارية (ضوضاء،شوارع،أبنية)؟**

أفاد (72)% من أفراد العينة بأن البيئة العراقية بجوانبها الطبيعية والمعمارية (مخربة)، فيما أجاب (28)% بأنها (قذرة). ولم يصفها أي من أفراد العينة بالنظافة. وتشير هذه الآراء الصادرة عن نخبة من الأطباء والعاملين بالمهن الصحية،إلى التردي الهائل الذي وصلته البيئة العراقية.

*** ما هي مشاعرك وأنت تقطع يومياً شوارعنا المكتظة بالسيارات؟**

وصف (70)% من العينة مشاعرهم بـ(القرف)، مقابل (22)% بـ(الضيق)، و(8)% بـ(الملل). ويمكن الاستدلال من هذه الأرقام على مبلغ التوتر والضيق والكرب النفسي الذي يعانيه الإنسان العراقي من جراء الزحام والفوضى المرورية التي أصبحت معلماً من معالم المدينة العراقية.

*** كيف تصف سلوك الناس في مجتمعنا نحو البيئة بشقيها الطبيعي والمعماري؟**

اتفق (64)% بأنه سلوك (لا مبال)،مقابل (36)% وصفه بأنه سلوك (مخرب).ولم يقدم أي من أفراد العينة وصفاً إيجابياً لهذا السلوك.وتشير هذه التقييمات إلى مدى سلبية الفرد العراقي في موقفه من بيئته،والى مدى اللامبالاة والعدوانية اللتين تكتنفان هذا السلوك.

*** ما هي برأيك أهم مصادر التلوث في بيئتنا؟**

حدد (76)% من أفراد العينة أن هناك ثلاثة مصادر للتلوث، هي: فضلات المجاري ودخان السيارات والماء الملوث.بينما اتفقت النسبة الباقية (24)% جزئياً مع النسبة الأولى على أن أهم مصادر التلوث هو فضلات المجاري والمياه الملوثة،ولكن أضافت إليها دخان الموالدات الكهربائية.ويمكن تفسير هذه التقديرات في ضوء الخبرة الصحية المتراكمة لدى ذوي المهن الصحية من أن تدمير البنية التحتية لنظام الصرف الصحي أثناء الحربين اللتين خاضهما العراق خلال عقد ونصف وما رافقهما من حصار اقتصادي،يعد المصدر الأول للأمراض والأوبئة.

*** كيف تقيّم أداء أمانة بغداد في مجال المحافظة على البيئة؟**

وصف (70)% من أفراد العينة أداء أمانة بغداد بأنه (رديء جداً)،مقابل (30)% وصفوه بأنه (رديء)، مما يشير إلى الضغوط البيئية الصحية الكبيرة التي يتعرض لها الفرد العراقي من جراء فشل المؤسسات

الرسمية ذات العلاقة في بناء بيئةٍ نظيفة.

*** ما هو برأيك التأثير الذي تركه الاحتلال الأمريكي على بيئة المدينة العراقية؟**

أجاب (84)% من عينة الاستطلاع بأن هذا التأثير (تدميري)، فيما وصفه (16)% بأنه (سلبي). وإذا ما أخذنا بنظر الاعتبار التخصص الطبي لهذه العينة،يتضح مدى الضرر الجسيم الذي ألحقه الاحتلال بالبيئة العراقية،سواء بسبب العمليات العسكرية أو بسبب السلوك التخريبي اليومي الذي يمارسه العسكري الأمريكي تجاه الجغرافيا العراقية إنساناً وبيئة.

إن المحصلة النهائية لهذا الاستطلاع تؤشر ثلاثة معطيات أساسية:

* البيئة العراقية بشقيها الطبيعي والعمراني،مخربة وملوثة وتمارس ضغطاً بدنياً ساحقاً على الفرد العراقي.وجاءت ظروف الاحتلال والفوضى الحالية وانعدام التخطيط والرقابة،لتمنح هذا الخراب أبعاداً إضافية.

* إلى جانب هذا الضغط البدني،تمارس البيئة العراقية على الفرد ضغوطاً نفسية متعددة الأبعاد والأشكال،من ضوضاء وفوضى مرورية وزحام وقبح معماري ومشاهد يومية رثة،مما يجعلها مصدراً مباشراً للقلق والتوتر والاغتراب والكرب النفسي.

* الوعي البيئي لدى الفرد العراقي،متدن،ويكاد أن يكون معدوماً،إذ يتراوح سلوك هذا الفرد بين اللامبالاة والتخريب تجاه بيئته.

إن هذه المعطيات،تقدم إيضاحاً ملموساً عن حجم العلاقة الكارثية القائمة بين الإنسان العراقي وبيئته،الأمر الذي يتطلب جهوداً تشريعية وتربوية وطبية ونفسانية ومعمارية،من أجل البدء بصياغة مشروع عراقي متكامل يعنى بصياغة وعي بيئي متقدم من جهة،وببناء بيئة إنسانية نظيفة من جهة أخرى،في آن واحد معاً،دون تفريط بأحدهما على حساب الآخر.وهذه دعوة للمباشرة بهذا المشروع،بعد صياغة عناصره التأسيسية على يد الجمعيات الطبية والنفسية والهندسية والفنية ذات الصلة،وبإشراف تنسيقي تتولاه وزارة البيئة العراقية.

سيكولوجيـــة ثقافـــة الطابـــــور

فارس كمال نظمـــي – علم النفـس – العـــراق
fariskonadhmi@hotmail.com

أجيال من العراقيين أضاعت زهور شبابها وكهولتها في الطوابير: طوابير الى جبهات الحروب؛ وطوابير للبحث عن أسماء القتلى والمفقودين والمعدومين والمعتقلين؛ وطوابيرعند أسوار السجون؛ وطوابير للحصول على فرصة عمل أو جواز سفر أو حصة تموينية أو صك مهلهل يعوض عنها؛ وطوابير لتسلم دراهم الراتب التقاعدي؛ وأخيرها ولـيس آخرها طوابير للفوز بقنينة غاز أو بضعة ألتار من الـنفط أو البنزين لإدامة ميكانيكة حياتهم الباردة لبضعة ساعات اضافية.

ما هي طبيعة البناء النفسي لإنسان قضى معظم حياته يتنقل بين هذه الطوابير،وما زالت بانتظاره طوابير أخرى مجهولة الهوية؟ يتطلب الجواب تحليلاً متأنياً لـ(عقدة الطابور)، بافتراض أنها أمست ركناً أساسياً ويومياً من سلوك الشخصية العراقية المعاصرة. ويستمد هذا الافتراض أحقيته من التعريف السيكولوجي لمفهوم (العقدة) Complex في إطارها العام، إذ توصف العقدة بأنها (مجموعة مركبة من ذكريات وأحداث وخبرات مؤلمة مكبوتة ومتكررة، مشحونة بشحنة انفعالية قوية من الذعر أو الغضب أو الاشمئزاز أو الكراهية أو الشعور الخفي بالذنب، تتخذ وظيفة استعداد لا شعوري مكبوت يقسر الفرد على أنماط غير سوية من التفكير والشعور والسلوك). إن هذا التوصيف لمفهوم (العقدة) يجد صداه في سيكولوجية الفرد العراقي المتصلة بإدمانه على الطوابير طوال عقود من الأزمات والمآسي، وما رافقها من ذكريات وأحداث وخبرات مؤلمة وصادمة.

ومع ذلك، لا يجدر التسليم بصحة الافتراض أن (عقدة الطابور) قد استوطنت في النفس العراقية، ما لم يتم اخضاع هذا الافتراض لتشريح متعدد المباضع والمجاهر والغايات:

طابـــور أم قطيـــع؟!

الطابور (بمعناه الأزماتي) حشد من الغرباء عن بعضهم، يجتمعون لغاية صراعية أو خضوعية، بعد ان فشل النظام الاجتماعي بايجاد حلول تعاونية أو عدالوية لمشكلاتهم. وقد اقترن الطابور شرطياً في الذاكرة العراقية الجمعية بالأزمات المفتعلة، وبفساد ذمم الحكام، وبالخوف من القادم، وبالعجز والتسليم بقدرية المآسي، وبالتهميش المبرمج لدور الفرد وفاعليته الاجتماعية، وبالازدراء الكامل للكرامة البشرية، من خلال خطف الانسان من نسقه الطبيعي وسط الحياة اليومية وزجه في طوابير تلغي آدميته وتدمغه بختم القطيع.

وبتحديد أشد، أصبح هاجس (القطيع) بدوره مقترناً شرطياً بمعنى الحياة نفسها. فلكي يحيا الفرد العراقي عليه أن يتقبل فكرة أنه موجود قطيعياً لا إنسانياً، وإن الحياة بحد ذاتها في النهاية ليست أكثر من فرصة (كونية) يمارس فيها الانسان (قطيعيته) مخاطباً نفسه: المعنى أن تكون بلا معنى، وأن تحذف وقتك الشخصي المعبأ بالخصوصية والتأمل والاختيار، لصالح زمن شمولي جبري تنحشر وسط طوابيره التي أعياها الحرمان والذل وكره الحياة! القطيع حقيقتك المعدة لك سلفاً، أما فردانيتك التي تنشد، فحلم يقظة عابر!

الغربـــة وســط الجمـــوع

وهكذا جرى استبدال المجتمع (بوظيفته الانتمائية الآمنة) بطابور موحش يكرس غربة الفرد وعزلته الصلبة وانقطاعه النفسي عن الآخر الذي يجاوره، بوصفه منافساً أو نداً له، وفي أحسن الأحوال بوصفه غريباً تشيأ حد فقدان الاحساس بوجوده!

فالمحشور في الطابور، ينتابه شعور بالوحدة ذو طبيعة مركبة. فهو وحيد وغريب وخائف ومشمئز وسط من يفترض أنهم ناسه وأقرانه في الهوية والمصير، وهو مقصي وعاجز ومخذول وغاضب وسط عالم يشعر أنه تآمر عليه ليلف حبل هذا الطابور حول عنقه، دونما ذنب يستحقه، فلا يكون أمامه إلا إطلاق تبرير انهزامي يخفف به لا معقولية مصيره، فيصيغ الظلم بالعدل مسوغاً آلامه بالقول: (نستحق نحن العراقيين ما يحصل لنا، فلولا ذنوبنا وآثامنا، ما اقتص الله منا بهذه الطريقة)!

إخـــدم نفســك بنفســك

دأبت الدولة العراقية منذ أربعة عقود وحتى اليوم، على دفع الفرد الى ادمان عدم الثقة بها، وسيّجته بعقدة الشك والتهكم المرير نحو كل ما يصدر عنها، حتى غدا تفكيره الاجتماعي في معظمه بنيةً اضطهادية تتغذى على (نظرية المؤامرة) بوصفها المنطق الوحيد (الممكن) لتفسير بؤسه الاجتماعي وعزلته الحضارية. فأصبح الطابور واحداً من مجالاته (الحيوية) لتنفيذ حكمته (عقدته) الجديدة القديمة: (إخدم نفسك بنفسك أيها العراقي)، والمستقاة من استبداد الدولة وفسادها على مدى عقود، ومن آثام

الاحتلال وساديته في الحقبة الأخيرة، إلى جانب مجالات أخرى ترتبط بالطابور ولا تقل عنه مأساوية، مثل اضطرار هذا الفرد الى: توفير الكهرباء ذاتياً، وتعقيم المياه ذاتياً، وتسليك مجاري الفضلات ومياه الأمطار ذاتياً، وتوفير الأمن الشخصي والعائلي ضد الجريمة بأنواعها ذاتياً، والاكتفاء في مجالات التعليم والصحة والمواصلات ذاتياً، وتوفير لقمة العيش ذاتياً باتباع ستراتيجية (المسطر)!

ثقافـــة الطابـــور

فماذا كانت نتيجة هذا المخاض النفسي؟ الطابور في السيكولوجيا الاجتماعية بنية مؤقتة، تستوجبها ضرورات تنظيمية لشؤون الأفراد في حقل ما من حقول الحياة البشرية اليومية. إلا أن الطابور في الحياة العراقية اتخذ منحى مستقراً ودائماً حد البديهية. فانفراط عقد طابور ما، هو ايذان ببدء العد التنازلي لانخراط الفرد في طابور جديد من نوع مشابه أو مغاير. وقد أدت ديمومة هذه الطوابير وتسرطنها الى نشوء ثقافة لفظية وسلوكية، قد يصح تسميتها بـ(ثقافة الطابور)، أصبحت تشغل حيزاً عميقاً من الوعي الاجتماعي للفرد العراقي، حتى يمكن القول أن الطابور استوطن تدريجياً في العقل الباطن للشخصية العراقية، فأمسى (عقدة) تحرك سلوك الفرد لاشعورياً نحو التعامل بإسلوب (أزماتي) حتى مع الظروف الطبيعية التي تقع خارج إطار الأزمات، فصرنا نرصد انتشاراً واسعاً لنمط (الشخصية الكانزة) التي تحيط نفسها بكل ما تحتاجه أو لا تحتاجه، إذ يحركها قلق المستقبل والخوف المكبوت من طوابير جديدة قد تختفي وراء الأفق!

تفتيـــت العقـــدة

(عقدة الطابور) هذه ليست عصية على التفتيت، فالاقترانات الشرطية المضادة لها (إن وجدت) ستكون كفيلة بتعديل مسارات السيكولوجيا العراقية تدريجياً، لتتخذ وجهة عقلانية التعامل، فكرياً وانفعالياً، نحو الصعوبات (وحتى الأزمات) السياسية والاقتصادية والاجتماعية المرشحة للظهور والتكرار باستمرار. غير إن كلمة السر للمباشرة الناجحة بعملية هدم هذه العقدة، تتمثل في المباشرة ببناء الصلة النفسية الآمنة بين الفرد من جهة والمجتمع والدولة من جهة أخرى، أي تنمية شعوره بالثقة والتصديق نحوهما. وهو شعور سيظل تحقيقه مرهوناً بمدى نزاهة الساسة، وتعففهم، ومصداقيتهم، وقدرتهم على تجسير الهوة (ولو جزئياً) بين أقوالهم وأفعالهم. إن عملية اصلاح المجتمع العراقي، إنساناً ودولة، تتطلب حرثاً جذرياً، وبذاراً خصباً، وصبراً واعداً، لعقود طويلة قادمة؛ لكن ذلك لا يعني زج الفرد العراقي في طابور جديد عنوانه: (انتظار المعجزة)، بل يجدر التعجيل بإشاعة المناخات السياسية الملائمة لجعله يتحسس جزئياً بأنه ليس رقماً محجوراً عليه في طابور جياع لا نهاية له تائهٍ وسط حقول النفط، بل هو قادر على أن يطل برأسه وحتى أن ينأى بنفسه أحياناً عن صرامة هذا الطابور لبضع دقائق، ليشم عطر كرامةٍ...لعلها قادمة!

نحـــو مفهـــوم جديـــد للعـــلاج النفســـي

(كيف نجعل المستحيل ممكنا)

د. خليـل فاضـل خليـل – الطب النفسـي – القاهـرة، مصـر

kmfadel@gmail.com - www.drfadel.com

مقـــدمـــة: في ممارسة العلاج النفسي الحديث، بمعناه الإنساني الرحب، لا نخب نحن معشر المعالجين أن نتذكر أو أن نقر بأننا تعاملنا مع (مُعالجين) حاولوا قهرنا أو علهم قهرونا فعلاً بمرضهم واضطرابهم، وكأنهم جبال طود (لا تهزها الريح)، ولا تؤثر فيهم أكثر أشكال العلاج تعقداً وتطوراً. كلنا يتذكر ذلك الإحساس المؤلم وكأنه شيء دفين، غصة في الحلق، وكأن القلب يقع في التدمين عند تذكر أسماء أو حالات بعينها، أو حينما تطالعنا ملفاتهم أو مواعيد حضورهم سبب ذلك الإحساس المزعج، ليس إطلاقاً. ضيقنا من ذلك (المُعالج) أو ذاك، أو أن نرجسيتنا الإكلينيكية قد جرحت، لكنه ذلك المُسمى (بإحباط المعالج) و تشوشه، لأن الحالة تظل (على ما هي عليه). يرتبط كل ذلك، بذلك الالتزام الأدبي و الأخلاقي، الالتزام بالمسؤولية العلاجية التي نحملها على أكتافنا، و نتمنى دائماً أن تثمر شفاءاً، ولعله ذلك الحزن الأصيل لمعاناة الإنسان في الحياة هو الذي يرهقنا. هنا يتكون ذلك المزج بين التعاطف مع (المُعالج) والألم الشديد لفشل (العلاج) و أيضاً لذلك الشرخ الذي حدث في المصداقية المهنية، يمتزج كل ذلك باحتراق (المُعالج) وظيفياً، واستسلامه و تفهمه بأن هناك (استحالة) في بعض الحالات النفسية، تواجهنا ... لأننا لا نتعامل مع كيس في القدم أو كيس دهني في الساعد، ولا الهاب في الشُعب، وإنما مع منظومة مركبة خفية لها خصوصيتها وعالمها و قردها و متاومتها العنيفة أحياناً.

لكننا . دائماً ما نقبل التحدي، تحدي (الحالات المستحيلة)، بل و نجدها قد استفزتنا، تطورنا معها و نحن في تلك (المستحيلات) من أين تأتي وإلى أين تذهب، ولم نكن. إطلاقاً راضين عن تلك الإجابات التي تحمل لوماً (للمُعالج) أو نقداً (للمُعالج) .

ظلّت دوماً تفسيرات (الاستحالة)، مربكة مشوشة و لا تفضي إلى سبيل ولا تقود إلى أي حلّ، ومن ثم قررنا اكتشاف تلك الاستحالة مباشرة، من خلال خبرتنا العملية الإكلينيكية، وقررنا أن نكتشف سبل الوقاية منه، التغلب عليها بالحيلة والمراوغة، وقدمنا أنفسنا للناس المتعالجين وذويهم كمرحبين للحالات المستحيلة، كما قدمت للفريق العلاجي المتدرب معي، التدريب والدعم و التدريب والتعليم المستمر، خاصة، فيما قد يصادفهم من حالات تدفع إلى اليأس، وذلك من خلال عملية ديناميكية مستمرة من البحث في كل الاتجاهات، الدعم والإشراف، و ذلك من خلال مشاركات حية في جلسات فردية أو جمعية (كالسيكودراما) أو من خلال الاستماع إلى مقابلات علاجية تحليلية قوية بدأ الناس في مصر يعلمون أن هناك مكاناً (للحالات الصعبة بل والمستعصية) وأن هناك أمل في الشفاء، واستعادة المرونة، تعلموا فن الحياة بدون تورط أو أزمات، ناهيك عن تعلمهم الإيجابية والتطور ومساعدة الآخر، ذاك الذي في محنة.

- لكن السؤال الأهم هنا ! هو لماذا قبلنا و نقبل بحالات صعبة للغاية بعضها يوصف بأنه (كابوسي) ! هل نحن مجانين أم متغطرسين ؟

أم الإثنين معاً؟! قد نكون - بعض الشيء - مجانين ؟! لقد قبلنا تلك الحالات ظناً بقدرتنا على الحلّ والعلاج، أو أننا قادرون على تقديم شيء مختلف (أفضل)، ربما وربما، لكننا على ما أعتقد قد أخذنا على عاتقنا علاج تلك الحالات لأننا نؤمن بان مرضانا هم أفضل معلمين لفن العلاج النفسي، فتلك الحالات، ترشدنا وتهدينا بعيداً عن (النظريات) التي ثبت قصورها في أمور شتى، تعلمنا كيف تكون (الاستحالة) وكيف يمكننا تغيير قواعد اللعبة المستحيلة بالالتفاف حولها و تطويقها، تعلمنا كيف يمكن أن تفشل العملية العلاجية. لقد أخذنا اتجاهات جديدة نبعت من وحى تلك الحالات الساخنة الذاخرة ذات السحر الخاص:

- **تقدم هذه الورقة خلاصة خمس سنوات من التحليل النفسي لحالات مركبة، تعلمنا خلالها أن فشل العلاج النفسي يكاد يتمركز حول ثلاثة دروس مستفادة**

1. كل النماذج النظرية يكون تطبيقها محدود للغاية.
2. العلاقة العلاجية المتبادلة بين (المعالج) و(المتعالج) لها قيمة عالية جداً، تفوق الخبرة أحياناً.
3. أن ما يفكر فيه (المتعالج)، يعرفه و يحسه ويرغبه له علاقة مباشرة بالحل أكثر بكثير من كل التصورات النظرية (يتم النجاح وعندما يرتبط العلاج النفسي بعالم وإطار وخصوصيات المتعالج وكذلك بنظريته حول التغيير)

ولأن اللغة هي محور العلاج النفسي فلقد وجدنا أن تلك الكلمة IMPRACTICABLE تعنى - غير عملي، غير قابل للتطبيق، غير سالك، متعذر التنفيذ. وهى كلمة تلخص (الاستحالة) Impossibility.

إن المتعالجين واضطراباتهم ليسوا مستحيلين (فلا توجد حالة لا تخف ولا يوجد متعالج عصى على العلاج) إنها - عملية العلاج : - هادفة، محددة ومصوبة، فبدلاً من بدء العلاج والاستمرار فيه مرتكزين على (النظرية)، ندخل مع المتعالج من بابه هو، وهنا يخضع الأمر لكافة الاحتمالات.

تفسر هذه الورقة كيف يمكن أن نقوم بالعلاج تحت إدارة المريض، كنا و مازلنا في حالة - حوار مستمر - مع المستحيل والاستحالة من أجل أن جعله ممكناً، نحاور المتعالج . نتبادل الكلمات، همسات، الملاحظات الآراء أو الأفكار، نكتشف عالم المتعالج من أجل:

1. تحديد مشاركته هو.
2. للتأكد من أن تجربته الإيجابية للعلاقة العلاجية والعلاج نفسه.
3. أن نتعلم نظرية المتعالج نفسه حول التغيير.

- **وكذلك اكتشاف مصادر المتعالج و أفكارة عن طريق**

- أن ترى المتعالج صحيا صحيحاً قادراً.
- أن نتعرف على اعتمادنا على ينابيع المتعالج وأفكاره من أجل نجاح العملية العلاجية.
- أن نجعل مشاركة المتعالج (مركزية) تتمحور حولها كل السبل العلاجية الأخرى.

- **وللتأكد من حدوث كل هذا على (المعالج) أن يكون:**

- محبوباً، صدوقاً و مستجيباً.
- التأكد من أن المتعالج تتناسب رؤيته وتوقعاته وإحساسه مع المعالج بدوره، نوعيته وأهميته.
- أن تكون مرناً، أي أن تسمح لنفسك بأن تكون أشياء كثيرة لأناس كثيرين في الإطار العلاجي الشامل eclectic.

1. **الحـــالات الأولـى:**

حالة H.M 30 سنة حينما تقدمت للعلاج، تلقت علاجا نفسيا حواريا ودوائيا وهي في أواخر المراهقة 18 – 19 سنة حيث عانت من اكتئاب مصحوب بأرق بعد صدمة حياتية (زواج مؤقت، حمل سريع، إجهاض، تدمير لكل العلاقات).

- **تقدمـت للعـلاج في 2004/4/6، أهـم الأعـراض**

- تغير في الشخصية.
- الإحساس بالمحاصرة.
- اكتئاب، رهاب ، فوبيا الاحتجاز.
- عجز وعدم قدرة على ركوب طيارة، مصعد، أو الدخول بالسيارة في نفق، شارع مزدحم

- **تاريـــخ الصدمـــات**

1. منذ حوالي ثلاث سنوات كانت داخل (سوق تجاري) مول وشب حريق وفي ثوان أصابها الهلع والفزع.
2. طلاق الوالدين بعد محاكم وخلافات فظيعة بينهما (كانت المتعالجة وقتها عمرها 12 سنة) أخذها والدها على الرغم من أنها كانت تريد العيش مع أمها (لتكسفت منه).
3. التعرف على رجل أكبر منها بـ 26 سنة والزواج منه عرفيا ثم الإجبار على الطلاق والانفصال وإجهاض حمل مبدئي و كانت حينئذ 17 سنة.
4. تزوجت من رجل يكبرها بـ 12 سنة وهي بعد 21 سنة (كان متزوجا) من قبل وعنده ولد (هايل كأب ومعقول كزوج)، مشاكل عادية معه (طلقني. طلقني)، ابن أمه لدرجة مرضية.
5. وقوع الابن علي رأسه وهو في الـ 8 شهور مما أدى إلى إصابة في الدماغ وشرخ في الجمجمة (هذا الحادث أثر عليها بشدة حتى الآن).
6. بعدها بقليل توفى الأب الكاتب والسياسي عن 82 سنة بجلطة في المخ وكان قبلها يعاني من السرطان.

- **أعـراض جسمانيـة أخـرى لـدى المتعالجـة**

الأرق الشديد.

- ازدياد ضربات القلب.
- الفولون العصبي.
- التعلق الافتراضي المرضي بالحبيب الأول.

- **أول جلسة من البوح العلاجي (الاستدعاء الحر)**

- التحدث باستفاضة عن طلاق الوالدين.
- جلسات تعذيب الوالد لها بسبّ لأمها.
- الأب لم يكن عاطفيا (لم يعبر عن مشاعره) لم يحتضنها أو يقبلها.
- التعلق المرضي بالأم (وكأن الحبل السري لم ينقطع)، مع شعور متناقض بالضجر من نصائحها وخوفها الشديد وطبيعتها بتوقع أسوأ سيناريو دائما.
- انعدام الطاقة وعدم القدرة علي بدء العمل.
- التسويف على الرغم من وجود أفكار كثيرة.
- القلق الزائد والشديد دون مبرر.
- العصبية الشديدة، الصوت العالي والزعيق.

- كإن أمي نازلة على حياتي ببراشوت، لو لم تعرف تفاصيل تنفس
- تحصل حكاية - حماية زائدة،عندها وسواس.
- أقرت (المتعالجة) بتحسن الفوبيا وقدرت ذلك بعد دخولها بالسيارة في نفق دون خوف. ثم بدأت تقود سيارتها بمفردها على الكباري وترتاد الأماكن المرتفعة و المغلقة دون خوف.

- **الجلســـة الثانيـــة**

- الزوج: جدار زجاجي بيني وبينه، وبينه وبين الناس.
- ارتباط مرضي بأمه وبذكراها بعد وفاتها .
- أنا صاحبة كل القرارات.
- انفصالات كثيرة قبل وبعد الزواج لكنهما عادا لبعضهما .

- **الجلســـة الثالثـــة**

أعراض جسمانية أخرى:

- تنوهان، ازدياد ضربات القلب زي ما يكون فيه خلاط شغال فى دماغي وصدري.
- صفافير في ودني.
- الأب المتوفى يأتي علي بالى كثيرا.
- منذ 3 سنوات حلم كابوسي (مراكب خشب صغيرة بشراع في البحر، فجأة البحر يبقي هادئ جدا كإنه سجادة - الشمس تطلع والجو جميل جدا يتعشق خشب المركب في بعضه، يخشى في بعضه ويتكسر حتة حتة، ينكسر بفظاعة) دلالة الحلم الكابوسي (الأنا في هشاشتها وإمكانياتها الداخلية للم والضم والاستمرار).

- **الجلســـات الرابعـــة والخامســـة والسادســـة**

- فضفضة علاجية عن علاقتها بالزوج.
- كنت بأحب نفسي زمان لكن الآن لا.
- العواطف بقت واجب.
- أمي جميلة قوى باحبها أكثر من بابا.

- **التعليـــق**

كشفنا عالم المتعالجة من خلالها، محققين مبدأ (معا سويا) Togetherness أدى ذلك إلى مجموعة من النجاحات والتغيرات. استعادة رؤيتها المتحققة لذاتها. تفهمت ووعت واستبصرت علاقاتها بالآخرين. أعطيت مفاتيح حل مشكلاتها. رأت نفسها كقادرة ناضجة و صحيحة.

- **النتيجـــة**

- تحررت تماما من الخوف المرضي (الفوبيا).
- حادثت المعالج بالهاتف من فوق جبل لبنان من علي التلفريك شاكرة جهده.
- تغيرت شخصيتها وشاركت في العديد من النشاطات .
- قامت بدور مساعد المعالج مع حالات مشابهة.
- أحبت نفسها والآخرين.
- اكتسبت ميكانزمات جديدة وقوية مكنتها من التأقلم، التكيف، الصبر وتحويل الأمور لصالحها خاصة مع الزوج و الأم.

2. **الحالة الثانيـــة:**

فاطمة عمرها الآن 51 سنة . حضرت إلى العيادة النفسية عام 2001

- **أهـــم ضغوطـــات الحيـــاة**

1. وفاة الأم عند سن 5 سنوات (آخر مشهد).
2. وفاة الأب عند سن 35 سنة (الزوج النفسي، الضهر والسند) .
3. تحرشات ومحاولات انتهاك جنسية.
4. فسخ الخطوبة مرتين.
5. عدم الزواج حتى الآن.
6. زواج الأخت وانتقالها من البيت.
7. الوحدة.
8. التحرش النفسي والقهر الوظيفي في العمل.

- **أهـــم الأعـــراض النفســـي جسديـــة**

1. اضطرابات القولون العصبي.
2. الإكزيما العصبية (الحساسية).
3. آلام في الجسم خاصة منطقة أسفل الظهر.

- **أهـــم الأعـــراض النفسيـــة والشخصيـــة**

1. اكتئاب حاد ومستمر.
2. توتر وقلق وانفعال شديد.
3. التعب عند بذل أدنى مجهود وحتى عند عدم بذل أي مجهود.
4. اضطرابات في النوم، غالباً أرق .
5. خلل في العلاقات الشخصية والبنية الشخصية.

- **العـــلاج النفســـي**

1. اعتمد أساساً على كسب ثقة (المتعالجة)، بث الأمل وزرع روح التفاؤل.
2. الفضفضة العلاجية (الاستدعاء الحر) و (الجشطالت).
3. تمرينات الاسترخاء الذهني و الجسدي.
4. السيكودراما (المسرح النفسي العلاجي) من خلال المشاركة التفاعل ولعب الأدوار، في مرتين قامت المريضة بدور (البطلة) The Protagonist واستطاعت أن تخرج ما في قلبها وتجسدت أهم أحداث حياتها والشخصيات التي تمحور حولها مرضها وأسبابه.

References

1. Advances in Psychiatric Treatment (2002) 8: 10-16 - © 2002 *The Royal College of Psychiatrists* - Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder - Robert L. Palmer
2. Advances in Psychiatric Treatment (2001) 7: 373-380 - © 2001 The Royal College of Psychiatrists - Very brief dynamic psychotherapy / Mark Aveline

Role Of Early Psychiatric Intervention In Reduction Of ATSD In Iraq

TARIK AL-KUBAISY - UK
NATIK AL-KUBAISY - BAGHDAD- IRAQ

tfkbaisy@uruklink.net - tarikalkubaisy@yahoo.co.uk

❖ **Acute Traumatic Stress Disorder (ATSD) WHO -ICD-10**

- ATSD can develop in people of any age following a stressful

- Event or situation of an exceptionally threatening or catastrophic nature within 1 month of the traumatic incident.
- Acute Traumatic Stress Disorder (ATSD) might be complicated by Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).
- Psychological First Aid (PFA) said to be helpful to reduce the possibility of reduction of ATSD and PTSD symptoms.
- PFA are simple measures to deliver, aiming to help & support to victims, by nearest one to the victim quietly and professionally.
- Iraq has and is still experiencing, continuous traumatic stresses.
- ATSD was experienced during war; such as the Gulf War, Embargo and nowadays under the current American occupation. With the extreme shortage of resources and the given late priority to psychological problems and intervention have, disastrous consequences on the psycho-social wellbeing of people.

❖ Aims

- To construct: PFA Program (PFAP) to be used by carers.
- To find out the effect of PFAP in ATSD symptoms.
- Hypothesizing that there will be no significant reduction in ATSD symptoms using PFAP.

❖ Methods

- 10 female, Suitable, Volunteered, War related ATSD patients (23-54) year old
- Diagnosed by DSM-IV and Al-Kubaisy ATSD Scale
- Treated individually by PFAP 12 x 45 minutes/session (2/week). between June - September 03.

❖ Al-Kubaisy ATSD Scale

- Self and assessor rated, 46 items, 18 main Psychological Traumatic incidents
- Based on DSM-IV and constructed on 0 (none) – 4 (very severe) severity scale
- Valid and reliable (based on 256 sample).

❖ Psychological First Aid Treatment Program (PFAP)

Based on; Kundsen etal. 1997; Dyregrove etal. 1989; Osterman etal. 1999 & 2001; IFRCRC 1999 & 2001; Sabwa 2000

Includes: Immediate actions aiming at:
- Restoration of psychological safety
- Getting hold of reality, careful listening & understanding victim's T experience.
- Empathy
- Providing information
- Correction of misattribution
- Effective coping restoration
- Insuring social support

Further PFAP using Debriefing treatment session; Introduction, Expectation and facts, Thoughts and decisions, Sensory impressions, Emotional reactions, Normalisation & anticipation, Future planning, Disengagement and , Conclusions.

Factors influencing Debriefing: Rapid Outreach; Focusing on the present; Mobilisation of resources.

❖ Design

- Single group; Pre-post test
- Diagnose,
- Exclude organic and Alcohol or drug abuse problems
- Self - pre and post treatment assessment
- Statistics: Wilcoxon Rank Test used.

❖ Outcome

- Using Will- Coxon's Rank Signal Test; PFAP for ATSD was effective in reducing the ATSD symptoms significantly ($P<0.01$)
- All items were significantly improved except in delusional thoughts & forgetting important aspects of the T event items ($P>0.05$).
- This result was compatible with the literature.
- Further studies are recommended to use; larger samples and a follow up period, as well as application of PFAP in-group setting might prove to be more cost effective in massive traumatic crises and casualties like war.

البرنامـــج العالمـــي لمكافحـــة الوصمـــة والتمييز بسبب مرض الفصام *

عن برنامج الجمعية العالمية للطب النفسي لمقاومة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام

ترجمة: أ. د. وفـاء الليثـي - مراجعة: أ.د. أحمد عكاشة، أ. د. طارق عكاشة

www.openthedoors.com

في عام 1996 ، أطلقت الجمعية العالمية للطب النفسي برنامجها لمكافحة الوصمة والتمييز بسبب مرض الفصام. وقد صممت الجمعية هذا البرنامج العالمي للتقضاء علي الخرافات وسوء الفهم الذي أحيط بمرض الفصام. تخلق الوصمة بسبب مرض الفصام دائرة مغلقة من العزلة والتمييز مما تؤدي بالمريض إلي العزلة النفسية، عدم المقدرة علي العمل، استعمال المخدرات و المسكرات، التشرد، أو الإقامة لمدد طويلة داخل مؤسسات مما يقلص فرصه للشفاء. تحارب البرنامج التحيز في كل مسارات الحياة لأن هذا التحيز يقلل من كفاءة حياة المرضي بالفصام وعائلاتهم كما تحرمهم من الحياة معنا . صمم برنامج الجمعية العالمية للطب النفسي للأغراض التالية:

- زيادة الوعي والمعرفة بطبيعة مرض الفصام وكافة أنواع العلاج المتاحة.
- تحسين مواقف العامة من المصابين أو الذين أصيبوا من قبل وعائلاتهم.
- اتخاذ إجراءات لمنع التمييز والتحيز ضد هؤلاء المرضي.

للمهنيين في الرعاية الصحية

1. أعراض الفصام

من أفضل الطرق للقضاء علي الوصمة والتمييز المرتبط بالفصام هو توضيح المفاهيم الخاطئة عن المرض واستبدالها بمعلومات صحيحة وواضحة. الفصام عبارة عن مرض عقلي يعوق قدرة المصاب به عن فهم الواقع وكذا التحكم في عاطفته أو عاطفتها كما يعوق قدرته علي التفكير بوضوح و اتخاذ القرارات والتواصل مع الآخرين.

وفيما يلي نقدم وصفا لمرض الفصام كما جاء في التقسيم العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية: الوصف السريري والإرشادات التشخيصية (منظمة الصحة العالمية 1992):

تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام بخلل أساسي ومميز للتفكير والإدراك ومشاعر غير سليمة أو متبلدة. وفي الغالب لا تتأثر درجة وضوح وعي المريض أو قدراته الذهنية علي الرغم من بعض الخلل في قدرات معرفية معينة والتي تنشأ بمرور الوقت. يشمل الاضطراب معظم الوظائف الأساسية والتي تعطي للشخص الطبيعي الإحساس بتفرده وخصوصيته وتوجهه الذاتي. يشعر المريض بأن أفكاره الحميمة ومشاعره وأفعاله مكشوفة ومشتركة مع آخرين وقد تنشأ ضلالات تفسيرية تجعل قوي الطبيعة وما وراء الطبيعة تعمل للتأثير علي الأفكار والأفعال ويتم توجيهها للمصاب بطرق تبدو شاذة في العادة. يرى المريض نفسه أو ترى المريضة نفسها محورا لما يحدث. ومن الشائع أن تحدث هلاوس للمصابين وبخاصة السمعية منها والتي قد تعلق علي أفكار وأفعال المريض. وكثيرا ما يأخذ الخلل في الإدراك أشكالا أخري مثل: أن تبدو الألوان والأصوات مفرطة الحيوية أو متغيرة في خصائصها وقد تبدو السمات الثانوية للأشياء العادية أكثر أهمية من الموضوع أو الموقف الكلي. ومن الشائع حدوث ارتباك مبكر للفرد المصاب مما يؤدي كثيرا إلي شعوره بأن أحداث الحياة اليومية تحمل معني خاص شرير أو مشؤوم غالبا ويقصده شخصيا. ومن السمات المميزة للتفكير المضطرب للمصاب بالفصام، أن السمات الثانوية وغير الدالة للمفهوم الكلي والتي تكون مثبطة في النشاط العقلي الهادف تظهر علي السطح وتوظف بدلا من السمات الدالة والمناسبة للموقف. وهكذا يصبح التفكير غامض ومبهم حيث ينتقل من موضوع إلي آخر دون رابط منطقي. وتحدث تقاطعات وإقحاما في سياق التفكير كما تبدو الأفكار كما لو تم سحبها بواسطة قوة خارجية. أما المزاج فيبدو مسطحا متقلبا أو متناقضا بصفة خاصة. ويؤدي التضارب واضطراب الإرادة إلي فقد للهمة والسلبية أو الغيبوبة. وقد يحدث تصلب حركي (كاتاتونيا). وقد يظهر الاضطراب بشكل حاد مع اضطراب سلوكي شديد أو يظهر تدريجيا. ويختلف مسار اضطراب الفصام اختلافا شديدا بحيث لا يكون مزمنا أو متدهورا بشكل حتمي. وقد يكون المآل، الذي يختلف تبعا لاختلاف الجماعات والثقافات، شفاء تام أو أقرب إلي الشفاء. يصاب الجنسان بنفس المعدل تقريبا ولكن بداية ظهور المرض قد تكون متأخرة نوعا ما في الإناث.

تقسم أعراض الفصام إلي أعراض موجبة وسالبة (Andreasen and) يسبب كلا النوعين من الأعراض مشاكل خاصة في السلوك الاجتماعي، مما يساهم في حدوث الوصمة بسبب الفصام. تظهر أعراض الفصام الموجبة والسالبة بنسب متفاوتة في معظم المرضي في مختلف مراحل المرض.

1.1. الأعـــراض الموجبـــة

الضلالات: تعتبر الضلالات معتقدات خاطئة يقتنع بها الشخص اقتناعا شديدا علي الرغم من غياب الدليل الواضح علي صحتها. يجب التمييز بين هذه المعتقدات الخاطئة وبين المعتقدات الثقافية الخاصة التي تشترك فيها الجماعات أو المجتمع ككل. يعتقد من لديهم ضلالات بأنهم مضطهدون،

وأن لديهم قدرات ومواهب خاصة، وأن أفعالهم تقع تحت سيطرة قوة خارجية.

ومن الممكن أن تكون الضلالات خيالية أو شاذة (علي سبيل المثال: القدرة علي التحكم في الطقس ، أو الاتصال بقوي من عالم آخر). قد يشعر من يعتقدون بهذه المعتقدات بخوف شديد من أن يتعرضوا للأذى، أو قد يتصرفوا تصرفات غير مألوفة نتيجة لهذه المعتقدات.

هلاوس: تعتبر الهلاوس مدركات حسية متخيلة. والهلاوس السمعية هي النوع الأكثر شيوعا في الفصام حيث يسمع المصاب به أصواتا متخيلة. وقد يتناقش المريض بالفصام مع هذه الأصوات المتخيلة. وفي أحيان أخري تقوم الأصوات بإعطائه أوامر أو تعلق علي صفاته وأفعاله. ومن الأنواع الأقل شيوعا في الفصام هلاوس البصر والتذوق واللمس أو الشم حيث يشم المريض روائح تبدو واقعية بالنسبة له علي الرغم من عدم وجودها. ويمكن أن يتغير إدراك المريض لألوان وأشكال عادية فتبدو مشوهة ويشعر بأن لها دلالة ملحة تخصه.

اضطراب التفكير: يعاني الأشخاص المصابون باضطراب التفكير من تشوش في أفكارهم والتي تظهر من خلال ما وكيف يتحدثون. ويصبح من الصعب تتبع حديث المريض بسبب قفزه من موضوع إلي آخر بلا رابط أو بقليل من الترابط المنطقي. وقد تحدث تقاطعات في مسار التفكير بمعني أن يتوقف التفكير فجأة. وقد يكون بناء الجملة شاذ بلا معني سوي للمريض المتحدث وحده. وفي بعض الحالات يعتقد المصابون أن أفكارهم يتم بثها في وسائل الإعلام أو تسرق منهم أو تتحكم قوي خارجية فيها (علي سبيل المثال: قوي من عالم آخر أو شيطان أو جان). ويمكن تصنيف هذه الأفكار كالآتي: صدي التفكير أو بث الأفكار أو سحبها أو زرعها. وفي الحالات الشديدة، يكون الحديث مختلطا، وغير مترابط بحيث يستحيل فهمه.

السلوك الشاذ: يتصرف بعض المصابون بالفصام تصرفات غريبة أو ينتهكون القيم الاجتماعية مثل خلع ثيابهم في مكان عام. وقد يقومون بحركات شاذة أو يتناقض تعبير وجوههم مع المواقف المختلفة أو يعبروا بوجوههم بشكل مبالغ أو يتخذون أوضاعا غريبة دون غرض واضح.

من السهل نسبيا التعرف علي الأعراض الموجبة لأنها تختلف بشكل واضح عما هو طبيعي. وبالرغم من ذلك فإن وجود أعراض موجبة مثل الهلاوس والضلالات لا يعني بالضرورة أن الشخص مصابا بالفصام. لأن مثل هذه الأعراض تحدث لمن يتناولون المسكرات أو المخدرات أو المصابين باكتئاب شديد أو هوس، وأيضا لمن تعرضوا لإصابة بالمخ أو نتيجة لبعض الأمراض الباطنية.

ولأن وجود أعراض موجبة واضحة تجعل من الصعب علي المصاب بها أداء وظائفه الاجتماعية، فقد يتم حجزه بمستشفي نفسي. ولكن لحسن الحظ فإن الأدوية المضادة للذهان يمكن لها أن تشفي أو تقلل من الأعراض الموجبة وتقلل أيضا من الانتكاسات، علي الرغم من استمرار معاناة المريض من الأعراض السالبة. من الممكن حدوث انتكاسات للمصاب نتيجة لضغوط الحياة أو نتيجة لوجود ضغوط طويلة الأمد في علاقاته بالآخرين أو عندما يتوقف عن تناول الدواء أو يقلل من الجرعة. ويمكن حدوث انتكاسات دون سبب واضح حتى لو استمر المريض في تناول جرعة من الدواء كانت كافية فيما سبق.

قد يتحدث المرضي بالفصام أو يتصرفوا بشكل غريب أو شاذ مما يجعل الآخرين يخشونهم أو يتجنبونهم مما يؤدي إلي حدوث الوصمة التي تصاحب هذا المرض. كما يؤدي صعوبة التواصل اللفظي للمصابين بالفصام أيضا إلي حدوث الوصمة.

يؤدي وجود الأعراض الموجبة إلى نوع من الوصمة المرتبطة بالجنون حيث يعتبر العامة الأشخاص المصابين بالضلالات والهلاوس واضطراب السلوك من المجانين. ويثير السلوك الغريب للمصابين بالفصام المخاوف لدي الآخرين من احتمال فقدهم هم أيضا السيطرة علي سلوكهم.

1.2. الأعـــراض السالبـــة

تبلد العواطف: تبدو عواطف المصابين بالفصام مسطحة كما لا يستجيبون لما يحدث حولهم. وقد لا يستطيعو إظهار عواطفهم كما تبدو بمختلف تعبيرات الوجه والإيماءات ، أو نبرة الصوت. وقد لا يظهر المصاب أي استجابة للأحداث السارة أو الحزينة أو يستجيب بطريقة غير مناسبة. وفي بعض أنواع الفصام وبخاصة المفكك أو الهيبيفريني تبدو عواطف وأفعال المريض غير مناسبة ومتناقضة بشدة. كما يبدو ا لمصاب بلا وجهة أو هدف و مقتحم بشكل عبثي ومندفع. وتبدو شخصية المريض بالفصام مختلفة كلية عن نمطها السابق.

فقد الدافع: يقلل مرض الفصام من دوافع المريض بحيث يصبح أقل قدرة علي العمل والمشاركة في النشاطات الترفيهية. وكذلك يبدو علي المريض عدم الاهتمام بالنشاطات اليومية مثل الاستحمام و الطبخ، وفي الحالات الشديدة يعجزوا عن العناية بنظافتهم الشخصية أو إطعام أنفسهم. وقد يصاحب عدم القدرة علي اتخاذ القرارات والسلبية واللافعالية، اندفاعا مفاجئا. وفي الحالات الشديدة يصبح المصاب منعزلا ومتهيجا أو مصابا بالتصلب الحركي أو في غيبوبة دون سبب واضح.

العزلة الاجتماعية: قد يكون من الصعب علي المرضي بالفصام تكوين أصدقاء أو معارف والحفاظ عليها، قد يكون لديهم القليل من العلاقات الحميمة إن وجدت. وتتسم علاقاتهم بالآخرين بالقصر والسطحية. وفي الحالات الشديدة يتعمد المريض تجنب كل التفاعلات الاجتماعية.

فقر التفكير: يظهر بعض مرضي الفصام فقرا في كم ومحتوي تفكيرهم. ومن النادر فقط أن يتكلموا بتلقائية ويمكنهم أن يردوا علي الأسئلة بردود مقتضبة لا تحتوي علي أية تفاصيل. وفي الحالات الشديدة، يقتصر الحديث إلي مقاطع قصيرة مثل "نعم،" "لا"، أو "لا أعلم". وقد يتحدث بعض مرضي الفصام بحرية ولكن حديثهم، الذي يبدو مفهوما، لا ينقل أي محتوى. ويمكنهم الإجابة علي الأسئلة بطريقة ملتوية لا تؤدي الغرض. وقد يعكس حديثهم تداعيات بين أفكار مفككة لا رابط بينها وتحدث وقفات وقفزات غير مفهومة في مجري الحديث.

وعادة ما يساء فهم الأعراض السالبة للفصام من الآخرين علي أنها تدل علي الكسل أو التصرف السيئ المقصود به مضايقة الآخرين بدلا من النظر إليها علي أنها تشكل جزئا من أعراض المرض. ويساهم سوء التأويل هذا، بدرجة كبيرة، في الصورة السلبية والوصمة التي تصاحب مرض الفصام. ولتقييم الأعراض السالبة التي لا تكون مصحوبة بأعراض موجبة، يجب على الطبيب تقييم ما تغير من سلوك المريض عما سبق.

وعلى الرغم من أن الأعراض السالبة التي تحدث في غياب أعراض موجبة عادة ما يتم تجاهلها ،إلا أن المصاب بالأعراض السالبة فقط يحتاج أيضا إلي العلاج. وفي المجتمعات التي يكون فيها التفاعل الاجتماعي الغزير والقوي هو الطبيعي (مثل معظم المجتمعات الغربية)، فإن وجود أعراض سالبة يؤدي إلي الوصمة بصفة خاصة. ومن الأهمية بمكان وضع الخلفية الثقافية في الاعتبار عند تقييم الأعراض السالبة ومضاعفاتها. علي العكس من الأعراض الموجبة فإن الأعراض السالبة تمثل خللا وظيفيا أكثر دقة مما يجعل من الصعب ،في العادة، اعتبارها أعراضا مرضية. وفي بعض الأحيان يساء تأويل الأعراض السالبة من أفراد أسرة المريض أو الآخرين كعلامات" للكسل" فعلي سبيل المثال، إذا

أبدي المريض عدم الاهتمام أو الحماس لمظهره الشخصي، فإنهم قد يفكرون انه كسول جدا فقط حتى يعطي الموضوع أهمية، أو يتعمد إهمال مظهره ليسبب الضيق للعائلة.

من الممكن أن تحدث الأعراض السالبة نتيجة للاكتئاب (الذي قد يحدث في نفس وقت الفصام) أو نتيجة لوسط لا يساعد علي التنبيه (مثل البقاء داخل مستشفي لمدة طويلة)، أو قد يمثل في الحقيقة أعراضا جانبية لبعض الأدوية المضادة للذهان. من الصعب القول بأن الأعراض السالبة جزءا من مرض الفصام نفسه أو هي نتيجة لمشاكل أخرى. تعتمد قدرة المصاب علي العمل والتفاعل مع الآخرين والعناية بنفسه ،أثناء فترة النقاهة، اعتمادا كبيرا علي شدة الأعراض السالبة المتبقية.

II. أسبـــاب الفصـــام

على الرغم من أن الأسباب الأكيدة للفصام غير معروفة، فمن الواضح أن عوامل عديدة تزيد من احتمال إصابة الشخص بالمرض. تتفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض لتحدث المرض وتؤثر على مساره (Strauss and Carpenter 1981; Weinberger and Hirsch 1995). وتكتسب هذه العوامل المختلفة أهمية علي مدي المراحل المختلفة لنمو الفرد. ويمكن أن تلعب العوامل الوراثية مع مضاعفات الحمل والولادة، كل علي حدة، دورا في استعداد الوليد للمرض. ويعتمد توقيت بداية المرض في حياة الفرد بعد ذلك علي قدر استعداده وتعرضه لضغوط عديدة.

وقد تكون الضغوط المرسبة لمرض الفصام حيوية في طبيعتها (مثال علي ذلك: استعمال عقاقير تسبب الهلاوس) أو اجتماعية (مثل موت أحد الأقرباء). وتؤثر هذه العوامل مع عوامل وضغوط أخري علي مسار ومآل المرض.

وعلي الرغم من أن الأسباب الأكيدة للفصام غير معروفة، فإنه يبدو أن التفاعل بين العديد من العوامل التي تشمل العوامل الوراثية ومضاعفات الحمل والولادة، التي تؤثر علي نمو المخ، مع الضغوط الحيوية والاجتماعية، تلعب دورا في حدوث المرض.

أسبـــاب وراثيـــة

يكون أقارب مرضي الفصام أكثر عرضة لحدوث المرض من الآخرين، كما يتضاعف الاستعداد بين الأقارب المتشابهين وراثيا مع المريض. وتقترح الأبحاث التي تشمل أشخاصا تم تبنيهم منذ الطفولة أن زيادة احتمال حدوث الفصام بين أقارب الحالات المكتشفة يرجع لأسباب وراثية أكثر من الأسباب البيئية. ويزداد احتمال حدوث الفصام بين أطفال المصابين به سواء تمت تنشئتهم بواسطة والديهم الأصليين أو والديهم بالتبني.

وبالمثل فإن التاريخ العائلي لمرضي الفصام الذين تمت تنشئتهم بواسطة والديهم بالتبنى يبين زيادة انتشار المرض بين أقاربهم الأصليين وليس بين أقاربهم بالتبني.

نظريـــة النمـــو العصبـــي

ظهر مؤخرا رأيا يقول بأن الفصام عبارة عن اضطراب في النمو العصبي (Weinberger 1995a) حيث ذكر "أن السبب الرئيسي للخلل بالمخ أو العملية المرضية، يحدث خلال فترة نمو المخ قبل ظهور المرض إكلينيكيا بوقت طويل (Weinberger 1995b).

وتبعا لهذا الرأي، فإن المصابين بالفصام قد يعانون من شكل من أشكـال خلـل نمو المخ أثناء فترة الحمـل وبخاصة خلال الثلاث أشهر الوسطى للحمل.

ولأسباب عصبية حيوية مختلفة، فإن هذا الاضطراب يظهر فقط في فترة البلوغ المبكرة عند توقيت حدوث نضج في أجزاء محددة بالمخ، والتي تحدث بعد الولادة بفترة طويلة، مما يجعلها غير قادرة علي التكيف مع أنواع متعددة من الضغوط النفسية والاجتماعية وتقلبات الحياة.

وعلي الرغم من أن هذا الرأي لا يزال يثير جدلا(Canon 1997) ، فإن أدلة عديدة ومتنوعة تدعمه. وبشكل خاص، فقد تبين أن مضاعفات الحمل والولادة تضاعف من احتمال حدوث الفصام مرتين أو ثلاث مرات، بسبب حدوث تلف في المخ النامي (McNeil 1988; Geddes and Lawrie 1995; Godman 1988; Kendell et al. 1996).

ويبدو أن نقص الأكسجين أثناء الولادة (حرمان الجنين من الأكسجين)، والذي يحدث في نسبة بين 20-30 % من المصابين بالفصام بالمقارنة بنسبة بين 5-10% من مجموع السكان، يلعب دورا هاما (McNeil,1988; Canon 1998)، كما يزداد احتمال الإصابة بالفصام مع حدوث بعض مضاعفـات الولادة (McNeil, 1988; Kendell et al. 1996; Eagles et al. 1990; O'Callaghan et al. 1992; Guenther-Genta et al. 1994).

إن احتمال تلف مخ الجنين داخل الرحم يزداد إذا أصيبت المرأة الحامل بمرض فيروسي. وقد لوحظ أن عددا أكبر من المصابين بالفصام يولدوا في نهاية الشتاء أو الربيع أكثر منه في أوقات أخري من العام (Torrey et al. 1988) وأن نسبة من الذين ولدوا في هذا التوقيت يزداد معدل إصابتهم بالفصام بعد حدوث أوبئة فيروسية مثل الأنفلونزا والحصبة والجديري المائي (Medneick et al. 1987; O'Callaghan et al. 1991; Barr et al. 1990; Sham et al. 1992).

وبالرغم من ذلك فإن إصابة الأم بالتهابات فيروسية يمثل نسبة صغيرة فقط من احتمالات الإصابة بالفصام (Adams et al. 1993; Wilcox and Nasrallah 1987).

خلـــل بالتركيـــب التشريحـــي الدقيـــق للمـــخ: تقدم صور الأشعة المقطعية وصور الرنين المغناطيسي صورا للتركيب التشريحي الدقيق للمخ، وبواسطتها تم اكتشاف تغيرات في التركيب التشريحي الدقيق لمخ بعض مرضي الفصام. وعن طريق صور الرنين المغناطيسي الوظيفي وتقنيات التصوير السطحي، التي تستعمل النظائر، مثل التصوير السطحي للفوتون الأحادي المطلق وكذا التصوير السطحي للبوزيدرون المطلق، يمكن رؤية التغيرات في سريان الدم وكيمياء المخ في مناطق محددة. وقد أظهرت دراسات الأشعة المقطعية المبكرة عدم تماثل المخ والجهاز البطيني وبخاصة الذي يصيب الفصوص الأمامية والفص الأيسر للمخ. هذا اللاتماثل، لا علاقة له بتطور أو مدة المرض أو العلاج ولا يتقدم أثناء المرض (Vita et al. 1997) ولذلك يمكن أن يعتبر وجوده مظهرا للأحداث التي تحدث مبكرا أثناء نمو المخ. وقد أظهرت دراسات الرنين المغناطيسي نتائج مشابهة (Andreasen et al. 1986) إن تلازم الخلل التركيبي مع الأعراض أو مجموعات الأعراض يلقي دعما أقل علي الرغم من تلازم اللاتماثل مع الأعراض السالبة (Messimy et al. 1984) وقد تبين أن الأعراض السالبة تتلازم أيضا مع وجود ضمور في الفص الصدغي الأيسر (Turetsky et al. 1995) وكلما وضحت التغيرات أكثر كلما زادت شدة لاضطرابات التفكير وحدوث هلاوس سمعية.(Suddath et al. 1990)

وبشكل رئيسي فإن التصوير السطحي للفوتون المطلق يظهر نقصا في سريان الدم وبخاصة في الفصوص الأمامية لأكثر من 80% من مرضي الفصام .(Steinberg et al. 1995) كما يظهر التصوير السطحي للبوزيدرون المطلق صورا مشابهة من الخلل. وقد أظهرت دراسات سريان الدم بواسطة نفس تقنيات التصوير السابقة تلازما بيـن أعراض أو

انماط أعراضية معينة مع وجود خلل في سريان الدم في مناطق مختلفة. وبشكل عام فإن الأعراض الموجبة تتلازم مع الزيادة في نشاط بعض المناطق ونقصا في نشاط مناطق أخري، بينما تتلازم الأعراض السالبة غالبا مع وجود نقص في سريان الدم (Sabri et al. 1997) وقد بين فحص نسيج المخ بعد الوفاة للمصابين بالفصام وجود مشاكل في بعض أنواع خلايا المخ-- الخلايا البينية الكابحة. تقوم الخلايا البينية الكابحة بإخماد عمل الخلايا العصبية الرئيسية مما يمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة. إذا جمعت هذه النتائج معا فإنها تقترح أن الفصام عبارة عن خلل في تنظيم نشاط المخ بواسطة الخلايا البينية مما يجعل المخ يستجيب بشكل مبالغ للمثيرات من البيئة المحيطة ويفقد القدرة علي حجب المثيرات غير المرغوب فيها. وفي نفس الوقت يحدث نقصا في حجم الفصوص الصدغية التي تقوم بتنفعيل المعلومات الحسية فتجعل في مقدرة الشخص أن يكتسب سلوكا مناسبا وجديدا. بينما تقدم تقنيات التصوير الحديثة التي تم عرضها في هذا الجزء حلولا حول كيفية تأثر وظيفة المخ في الفصام، فإنها لا تعتبر رئيسية في التشخيص أو التقييم الإكلينيكي الروتيني للمرضي.

أسبـــاب كيميائيـــة بالمـــخ

إن النظرية القائلة بوجود خلل كيمائي بالمخ في الفصام تعتبر قديمة تاريخيا (Andreasen 1995).

وعلي الرغم من ذلك فإن الدليل العملي الذي يدعمها لم يظهر إلا بعد أن تبين أن مفعول الأدوية المضادة للذهان يتعلق بعمليات أيض الأحماض الأمينية في المخ، وبشكل خاص لتأثير هذه الأدوية االكابحة علي المستقبلات العصبية للكاتيكولامينز (أحد الأحماض الأمينية) عند نقطة ما بعد المشتبك العصبي (Carlsson and Lindkvist 1963) كما أثبتت الأبحاث التالية قدرة الأدوية المضادة للذهان علي سد مستقبلات الدوبامين-2 (أحد الأحماض الأمينية) والمسئولة عن فائدتها الإكلينيكية (Peroutka and Snyder 1980) يضاعف الدوبامين من حساسية المخ للمثيرات، هذه الحساسية المضاعفة تكون مفيدة في فترات الضغوط والخطر لأنها تزيد وعي الفرد. أما بالنسبة للمصاب بالفصام فإن إضافة تأثير الدوبامين علي حالة نشاط المخ الزائدة قد يجرفه ناحية الذهان. وهناك دعما إضافيا للدور الذي يلعبه ازدياد نشاط الدوبامين في الفصام والذي يأتي من ملاحظة أن الأمفيتامين (مادة تزيد من تأثيرات الدوبامين) يضاعف أو حتى يؤدي إلى إعراض شبه فصامية (Meltzer and stahl 1976)

تحدث الزيادة في نشاط الدوبامين في الجهاز العصبي المركزي من خلال وسيلتين:

زيادة الدوبامين في أماكن االمشتبكات العصبية بالإضافة إلي زيادة حساسية المستقبلات العصبية. وقد خضعت هاتين الوسيلتين للأبحاث المستفيضة ولكن الدليل القاطع الذي يرجح أي منهما ما زال مفقودا. أن دراسات دورة الدوبامين في سوائل أجسام المرضي وكذا القياس المباشر لمستويات الدوبامين في نسيج المخ بعد الوفاة أتت بنتائج متناقضة (Heritch 1990; Hirsch and Weinberger 1995; Bloom and Kupfer 1995).

وقد تم تطبيق تقنيات التصوير العصبي، مثل البوزيترون المطلق لحساب كثافة مستقبلات الدوبامين في المخ. وبينما وضح تأثير مضادات الذهان التي تسد مستقبلات الدوبامين، فإن النتائج المتعلقة بكثافة مستقبلات الدوبامين في المرضي الذين يتعاطون هذه الأدوية بالمقارنة بالعينات الضابطة يختلف اختلافا ملموسا بين الباحثين (Wong et al. 1986; Farde et al. 1990) وعن طريق تقنيات البيولوجيا الجزيئية اتضح زيادة كثافة وحساسية مستقبلات الدوبامين في نسيج مخ مرضي الفصام الذين لا يتعاطون هذه الأدوية بعد وفاتهم (Seeman 1987; 1995; Stefanis et al. 1998).

وعندما ظهرت مضادات الذهان غير التقليدية (كلوزابين وريسبيريدون واولانزابين وغيره) بدأ الباحثون في التشكك في الفرض القائل بأن سد مستقبلات الدوبامين-2 بواسطة مضادات الذهان هو السبب الرئيسي لمفعوله المضاد للذهان. وقد تبين أن مفعول مضادات الذهان غير التقليدية (الحديثة) يشمل ميلا شديدا للعديد من أنواع المستقبلات بالإضافة إلي الدوبامين-2 تشمل من بينها مستقبلات السيروتونين (Meltzer et al. 1996) ولهذا فإن الأبحاث الحالية تقترح أن أنواعا عديدة أخري من المستقبلات مثل (D-1, D-3, D-4, D-5, 5-HT2,NMDA)، لها علاقة بنشأة مرض الفصام (Hirsch and Weinberger 1995; Seeman 1995; Kerwin et al 1997).

III. مشكلـــة صحيـــة عامـــة

نطبق على الفصام البنود الأربعة للمشاكل التي تحتاج إلى تعبئة صحية عامة.

- المشكلة متكررة وواسعة الانتشار.
- المشكلة تسبب إعاقة ومعاناة شديدة.
- هناك طرق مؤثرة ومفيدة للتعامل مع المشكلة.
- أنواع العلاج مقبولة من المرضي وأسرهم.

- **يحدث الفصام بشكل متكرر وواسع الانتشار**:أثبتت دراسة لمنظمة الصحة العالمية أن معدل انتشار الفصام يختلف اختلافا قليلا في العديد من البلدان حول العالم. وباستعمال تعريف دقيق لمرض الفصام فقد وجد أن معدل انتشاره لا يختلف اختلافا ملموسا بين البلاد (من 7-14/ 100000 في المناطق التي تمت دراستها). وعند استعمال تعريفا أقل دقة فإن معدلات الانتشار تكون أكبر بكثير وعندما تضاف الحالات الذهانية المشابهة للفصام فإن معدلات الانتشار تزداد وتظهر تباينا ذو دلالة إحصائية بين مختلف البلاد (Jablensky et al. 1992)

- **يسبب مرض الفصام إعاقة ومعاناة شديدة**: يسبب التميز بسبب مرض الفصام زيادة في المعاناة بالنسبة للمريض. كما يعاني أقرباء المريض بسبب الوصمة التي يسببها المرض. في عام 1991، في الولايات المتحدة ، بلغت المصروفات المباشرة التي تنفق علي مرضي الفصام 19 بليون دولار و46 بليون دولار تكلفة غير مباشرة بسبب نقص الإنتاج (تكاليف غير مباشرة) بحيث يصبح المجموع 65 بليون دولار. عندما تضاف التكلفة غير المباشرة، والتي تكون 71% من مجموع التكلفة، إلي التكلفة المباشرة يمكن الحصول علي حسابا شاملا للأعباء الاقتصادية للمرض الذي يدمر حياة ملايين الأفراد وعائلاتهم (Wyatt et al. 1995)

أثبتت الدراسات الحديثة لأعباء مرض الفصام أن المرض يسبب المعاناة، وفقد الإنتاجية، وتقليل كفاءة الحياة بالإضافة إلي مشاكل صحية ثانوية أخري للمرضي وأسرهم. (Thornicort and Tansella 1996).

- **الفصام قابل للعلاج**: أثبت عرضا للأبحاث الحديثة أن 20-25% تقريبا من المصابين بالفصام تختفي كل أعراضهم المرضية كما يحدث في نسبة 20% عودة للاعتماد علي النفس والأداء الاجتماعي الجيد (Warner 1994).وقد أثبتت تقارير من دول نامية نسبة أعلى من الشفاء. وحتى لو لم تختفي الأعراض نتيجة للعلاج، فإن العلاج يحسن من كفاءة حياة المريض وبقدرته على العمل.

منذ اخترع عقار الكلوربرومازين عام 1950 فإن أعدادا متزايدة من الأدوية وأنواع العلاج النفسية والاجتماعية قد تم تطويرها بحيث أصبحت مؤثرة في تخفيف أعراض الفصام وقد أثبتت الأدوية فاعليتها، بشكل خاص، في التقليل أو التخلص من الأعراض الموجبة

مثل الضلالات والهلاوس والهياج التي تحدث أثناء النوبات الحادة للمرض. تسبب مضادات الذهان التقليدية أعراضا جانبية (مثل التصلب الحركي والرعشة) التي قد تؤدي إلي الوصمة.

وقد توفرت الآن مضادات جديدة للذهان تسبب القليل من الأعراض الجانبية الحركية، كما أن لها مميزات أخري علي الأدوية التقليدية.

ولأن هذه العقاقير تسبب أعراضا جانبية أقل فإنها تحسن من انتظام المريض علي العلاج مما يمنع الانتكاسات، كما أنها تقلل من الوصمة المرتبطة بوجود أعراض جانبية. أما وسائل العلاج النفسية والاجتماعية وبخاصة دعم أسر ومن يرعى المرضى فقد أثبتت فاعليتها في تقليل نكسات الفصام (Anderson and Adams 1996; Schooler et al. 1997)

ويمكن زيادة فرص العمل للمصابين بالفصام عن طريق التدريب المهني (Bond et al. 1997) كما يمكن للمنظمات الاجتماعية الداعمة أن تقوم بدور فعال في تحسين مآل مرضي الفصام (Burga 1995).

- **يمكن أن نجعل علاج الفصام مقبولا**: على الرغم من أن مضادات الذهان التقليدية لها فاعلية في التخلص من الأعراض، إلا أنها تسبب أعراضا جانبية شديدة. ويبدو أن مضادات الذهان الحديثة تسبب أعراضا جانبية أقل كما يبدو أن المرضي يتقبلونها أكثر. ويزداد تقبل العلاج أكثر عندما يحصل المريض وأسرته علي تثقيفا صحيا ودعما لمساعدتهم علي التكيف مع المرض، ويسمح لهم أن يكونوا شركاء في العملية العلاجية.

IV. العـــلاج

إن ابتكار مجموعة كبيرة من الأدوية ووسائل تدخل نفسية واجتماعية قد أدي إلي تحسن واضح في صورة مرضي الفصام. و يمكن لمضادات الذهان الحديثة أن تتغلب علي الأعراض ولكنها قد تسبب القليل من الأعراض الجانبية التي تسبب الوصمة. وتساعد وسائل العلاج النفسية والاجتماعية والتثقيف الصحي للمريض وأسرهم علي تعلم كيفية التعامل مع هذا الاضطراب النفسي بشكل أكثر فاعلية، كما يمكن بواسطتها تقليل الخلل الاجتماعي والوظيفي وتعزيز إعادة دمج المريض مع المجتمع. ويجري في الوقت الحالي عمل أبحاث لاكتشاف أنواع أخري من العلاج أكثر أمانا وفاعلية. وبالإضافة إلي ذلك فإن الدراسات المستمرة حول ظاهرة المآل الأفضل للفصام في الدول النامية (بعكس الدول المتقدمة) قد يؤدي إلى استراتيجيات جديدة يمكن تطبيقها علي مستوي العالم.

هناك ثلاثة عناصر رئيسية لعلاج الفصام:

- **أدوية** لتخفيف الأعراض ومنع الانتكاسات.
- **وسائل علاج نفسية** واجتماعية وتثقيفية لمساعدة المريض وأسرهم علي حل المشاكل، والتعامل مع الضغوط، والتكيف مع المرض ومضاعفاته والمساعدة علي منع الانتكاسات.
- **التأهيل الاجتماعي** الذي يساعد المريض علي أن يعودوا للاندماج مع المجتمع وأن يستعيدوا وظائفهم التعليمية أو العملية.

يجب علي الأطباء أن يعرفوا المبادئ الموجزة في ميثاق مدريد للجمعية العالمية للطب النفسي والذي نشر عام 1996 والذي شدد علي أهمية متابعة التطورات العلمية، ونقل المعلومات المعاصرة للآخرين وقبول حق المريض في المشاركة في العملية العلاجية. ومن الأهمية بمكان أن يتاح للمريض كافة وسائل العلاج وتقدم له بشكل متكامل، علي سبيل المثال، استعمال أساسيـات فريق إدارة الحالة (Kanter 1989) وهذا يضمن أن تصب كل الجهود في نفس الأهداف وأن المريض وأسرته سيتعرفون علي نظم العلاج الشائعة في الخطط العلاجية. وأخيرا يجب على الأطباء تشجيع المرضي وأسرهم علي المشاركة مع جماعات دعم المرضي وأسرهم والتي يمكنها أن تقدم مساعدات فعالة وتوجيهات للمساعدة علي التكيف بشكل أكثر فاعلية مع المرض.

الأدويـــة المضـــادة للذهـــان

تنقسم الأدوية المستعملة لعلاج الفصام في الوقت الحالي إلي مجموعتين:

مضادات الذهان التقليدية
مضدات الذهان الحديثة (غير التقليدية) أو تسمى بالجيل الثاني من مضادات الذهان.

- **مضـــادات الذهـــان التقليديـــة**: بدأ استعمال أول مضاد للذهان من مجموعة مضادات الذهان التقليدية في بداية أو منتصف الخمسينيات. يستعمل مصطلح مضادات الذهان التقليدية للإشارة إلي كل العقاقير المضادة للذهان والتي تم اكتشافها قبل الكلوزابين. وهذه العقاقير تسبب إعراضا جانبية محددة في الجهاز الحركي خارج الهرمي للإنسان والتي تشمل التصلب العضلي والشلل الرعاش واضطراب الحركة والتوتر الحركي. وقد أثبتت هذه الأدوية فاعليتها في تخفيف أو حتى التخلص التام من الأعراض كما أنها فعالة أيضا في تقليل الأعراض المصاحبة مثل الهياج والاندفاع والعنف، ولكنها لسوء الحظ غير فعالة بالمثل في تقليل الأعراض السالبة للفصام مثل التبلد والانسحاب الاجتماعي وفقر التفكير. ولكن إذا تم استعمال هذه الأدوية بانتظام فإنها قد تقلل أيضا من احتمال النكسات.

- **مضـــادات الذهـــان الحديثـــة**: بينما كان التركيز في السنوات المبكرة لتطوير العلاج الدوائي علي تخفيف الأعراض الموجبة مثل الهلاوس والضلالات، فإن الباحثين بدئوا ،في السنوات الأخيرة، يعملون علي اكتشاف مضادات للذهان تسبب أعراضا جانبية أقل مع تحسين كفاءتها لعلاج الأعراض السالبة إلي جانب الأعراض الموجبة وهي عوامل تساعد علي تحسين كفاءة حياة المرضي وتعتبر حاسمة في العلاج الحديث وجهود إعادة التأهيل. كان الكلوزابين أول عقار مضاد للذهان يتم اكتشافه ويسبب أعراضا جانبية في الجهاز خارج الهرمي (EPS) وتبع اكتشاف الكلوزابين أدوية أخري عديدة تتمتع بنفس الميزة. يستعمل مصطلح (حديثة) أو (الجيل الثاني) أو (غير التقليدية) للإشارة إلي هذه المجموعة من العقاقير ويفضل مصطلح (حديثة) لأن مصطلح غير التقليدية يصعب فهمه. إن قلة قابلية العقاقير الحديثة في التسبب في أعراض جانبية حركية يعتبر علامة مميزة لهذه العقاقير. كما يبدو أن لها مميزات أخري علي مضادات الذهان التقليدية مثل تحسين الأعراض السالبة وهي لا تسبب أيضا زيادة في مستويات البرولاكتين.

وسائـــل العـــلاج التثقيفيـــة والنفسيـــة والاجتماعيـــة

تم التأكد منذ وقت بعيد وأن العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر علي علاج ومآل ومسار ونتاج مرض الفصام. وعلي الرغم من أن العلاج بالأدوية يعتبر ثورة في علاج الفصام، فقد زاد الوعي المدعوم بالأبحاث، في السنوات الأخيرة، بأن وسائل العلاج النفسية والاجتماعية لها تأثير جدير بالاعتبار علي نتائج علاج الفصام. وتشمل هذه الوسائل العلاجية استراتيجيات وتقنيات للتخلص من القصور المعرفي والاجتماعي وكافة أنواع الإعاقة والاضطرابات الوظيفية، لمساعدة المرضى على العودة إلى المجتمع وإعادة تأهيلهم نفسيا واجتماعيا. وبطريقة عملية، فإن وسائل التدخل النفسية والاجتماعية تهدف إلي تقليـل كلا من الأعراض السالبـة

والموجبة وتعزز من التبصر بالمرض والانتظام في العلاج كما تمنع الانتكاسات وتحسن من المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، وتقدم مهارات واستراتيجيات تساعد المرضي وأقاربهم ليصبحوا أكثر قدرة علي التعامل مع الضغوط. وتعتبر وسائل العلاج النفسية والاجتماعية مكملا مثاليا للعلاج الدوائي.

إن مشاكل الحياة التي يعاني منها مرضي الفصام تتكون من مشاكل اجتماعية، وشخصية، وإكلينيكية، وأحيانا سياسية (مثل التمييز). ولأن تأثير الفصام يمتد إلي مجالات حياتية متعددة، فإن العلاج، لكي يكون أكثر فاعلية، يجب أن يتعامل مع مشاكل عديدة من بينها **الاكتشاف المبكر للمرض، ومنع الانتكاسات، وزيادة البصيرة، والانتظام علي العلاج والتثقيف النفسي ،والحياة مع الأسرة، والرعاية داخل المجتمع**، والرعاية في أماكن أخري، بالإضافة إلي المهارات الاجتماعية والتكيفية وإعادة التأهيل.

وفي الواقع فإن كل مقارنة دقيقة بين نتائج وسائل العلاج الدوائي مع وسائل إعادة التأهيل الاجتماعي تثبت أن العلاج الدوائي مع إعادة التأهيل الاجتماعي يؤدي إلي نتيجة أفضل من استعمال أي منهما علي حدة، قد تكون الأدوية ضرورية ولكنها غير كافية وحدها أبدا للعلاج المتكامل في الوقت الذي تتضاعف نتائج إعادة التأهيل الاجتماعي باستعمال أدوية موصوفة بدقة.

V. تقليـــل الوصمـــة

نتائـــج الوصمـــة

إن أحد المعوقات الرئيسية للعلاج الناجح للفصام، هي الوصمة المرتبطة عادة بهذا الاضطراب ويمكن أن تؤدي هذه الوصمة إلي التمييز القاسي الذي يضاعف من مشاكل مرضي الفصام. يقلل هذا التمييز من الموارد التي تخصص لعلاج الفصام، وتوفير المسكن، وفرص العمل والتفاعل الاجتماعي، وتؤدي هذه المشاكل بدورها إلي زيادة الوصمة المرتبطة بالمرض. تؤدي هذه الوصمة إلي الصورة السيئة المتكررة في وسائل الإعلام والتي تكرس الأنماط السلبية، كما تتسبب في تأثيرات سلبية علي مسار ونتاج المرض نفسه. وأخيرا فإن الوصمة بسبب الفصام لا تؤثر فقط علي المرضي أنفسهم ولكنها تؤثر أيضا علي أسرهم ومن يرعونهم ومن يقدمون الرعاية الصحية.

مفاهيـــم خاطئـــة

يميل الجمهور العام وحتى العاملين بالصحة إلي تكوين صورة نمطية عن المصابين بالفصام. تشمل هذه الصورة بعض أو كل من المفاهيم الخاطئة التالية:

- لا يشفي أحد من الفصام.
- فصام مرض غير قابل للعلاج.
- مريض الفصام يتسم بالعنف وخطر في العادة.
- يمكن أن يعدي مرضي الفصام الآخرين بجنونهم.
- مرضي الفصام كسولين ولا يعول عليهم.
- ينتج الفصام من ضعف متعمد في الإرادة والشخصية (يستطيع الشخص أن يقاوم إذا أراد)
- كل ما يقوله مريض الفصام يعتبر لغوا.
- لا يستطيع مرضي الفصام تقديم معلومات يعول عليها بخصوص نتائج العلاج أو أشياء أخري تحدث لهم.
- مرضي الفصام غير قادرين على اتخاذ قرارات منطقية تخص حياتهم (مثلا أين يقطنون).
- لا يمكن التنبؤ بسلوك مرضي الفصام.
- مرضي الفصام غير قادرين علي العمل.
- يتدهور مرضي الفصام تدريجيا علي مدار حياتهم.
- ينتج الفصام عن أخطاء الوالدين.

تقليـــل الوصمـــة والتمييـــز

من الضروري لكي نقلل الوصمة والتمييز بسبب الفصام أن:

- نغير مواقف الناس من خلال التثقيف والبرامج الممتدة.
- نغير السياسة العامة والقوانين لتقليل التمييز وزيادة الحماية القانونية للمرضي النفسيين.

وفيما يلي بعض الاستراتيجيات الخاصة التي يمكن أن تساعد في تقليل الوصمة وتحسين كفاءة حياة المصابين بالفصام:

- زيادة استعمال الوسائل العلاجية التي تحسن من الأعراض مع تجنب الأعراض الجانبية؛
- البدء في عمل أنشطة تثقيفية مجتمعية تهدف إلي تغيير المواقف السابقة من مرضي الفصام؛
- إضافة برنامج مضاد للوصمة ضمن تدريب المعلمين ومن يقدمون الرعاية الصحية؛
- تحسين التدريب النفسي للمريض وأسرهم حول طرق التعايش مع المرض وإشراك المرضي وأسرهم في التعرف علي ممارسات التمييز؛
- وتشجيع تطوير أدوية تحسن من كفاءة الحياة وتتميز بأعراض جانبية قليلة "والتي قد تسبب الوصمة".

معلومـــات للمرضـى بالفصـــام وعائلاتهـــم وأصدقائهـــم

I. لأســـر المرضـــى وأصدقائهـــم

هناك العديد من الخرافات والمعتقدات الخاطئة المستمرة عن الفصام.

ما هي أكبر مشكلة تواجه المريض النفسي؟ يقول معظم الناس أنه، في الحقيقة، حتى عندما يتحسن المرضي فإن الآخرين لا يقبلونهم.

تخيل إذا ذهبت إلي مستشفي للجراحة فإن أصدقائك وأسرتك سيقومون بالاتصال بك وزيارتك. ولكن، إذا ذهبت إلي مستشفي لأسباب نفسية فإن الأصدقاء وحتى بعض أفراد الأسرة سيشعرون بعدم الراحة ويمكن أن يبتعدوا وبذلك يشعر مرضي الفصام بوخز التمييز في كل ما يفعلونه. قد يجد الكثير من مرضي الفصام صعوبة في الحصول علي عمل، وتكوين صداقات وكذلك في الزواج والعناية بأنفسهم. يستطيع القائمين علي رعاية المريض التأكيد علي انتظامه في اتباع العلاج الموصوف له. ويقوم من يقومون برعاية المريض في العادة بتقديم الدعم المادي والسكني؛ كما يساعدون المريض في نشاطاته اليومية مثل التسوق وغسل الثياب والطبخ؛ وكذلك الإشراف علي متابعته للعلاج وملاحظة أعراض المرض ومناقشة أرباب العمل والمؤسسات الاجتماعية؛ وتقديم الدعم المعنوي أيضا.

II. رسالـــة إلى من يرعـــى المرضـــى

رسالة إلي من يقدمون الرعاية وأسرهم وأصدقائهم: من الصعب دعم مريض الفصام الذي يحتاج إلي رعاية طول حياته فقد يسبب ذلك ضغوطا علي من يقومون برعايته. يمكن أن يؤدي وجود مريض بالفصام في المنزل إلي أعباء اقتصادية ويمكن كذلك أن يؤثر علي العمل والحياة الاجتماعية لأفراد الأسرة أو الآخرين الذين يقومون برعايته ويستنزف العواطف- وبالأخص عندما تحدث انتكاسـة. وفي بعض الأحيـان يؤدي

نوع الاستجابة العاطفية من القائمين بالرعاية أو الأصدقاء والطريقة التي يتعاملون بها معه إلي نتائج عكسية.

إن محاولة التحكم في سلوك المريض عن طريق الانتقاد أو الحماية الزائدة يمكن أن يتسبب في حدوث انتكاسات متكررة(Kavanagh 1992a and b).

وفي العادة فإن أفراد أسرة مريض الفصام هم أهم من يقومون علي رعايته. ويعتمد نوع الرعاية التي يقدمونها علي احتياج المريض، وتوفر أنواع الخدمات الداعمة للصحة النفسية في المجتمع وعلي الدور الذي تلعبه الأسر في رعاية أقاربهم حسب الخلفية الثقافية. ففي الغرب"المجتمعات الفردية" يكون الهدف الأساسي لأفراد الأسرة و(نظام الرعاية الصحية النفسية) هو مساعدة المريض علي العمل معتمدا علي نفسه، وإدارة شئون حياته وعلاج مرضه علي مسئوليته. يستفيد أفراد الأسرة عادة من توعيتهم عن المرض وعلاجه وأيضا من الاستشارات الأسرية التي تقدم دعما معنويا ونصائح عملية حول كيفية التعامل مع سلوك الشخص المريض. ويمكن لجماعات الأسر والمرضي الداعمة أن تكون مصدرا جيدا للتثقيف الصحي للمرضي وأسرهم وتساعد بشكل خاص علي تحسين مهارات التواصل والتدريب علي وسائل التكيف. إن تحسين مهارات التكيف لأفراد أسرة المريض يمكن أن يقلل من الأعباء علي العائلة ويقلل من أعراض المرض والإعاقة الناجمة عنه (Birchwood and Cochrane 1990; Lam 1991; Leff et al. 1990;Rea et al. 1991; Torrey; (1998; Vaughan et al. 1992).

III. رسالـــة إلـــى المراهقيـــن

الفصام عبارة عن اضطراب بالمخ يصيب واحد لكل مائة شخص (1%) في وقت ما علي مدي حياتهم.

لماذا يكون من الأهمية أن يعرف المراهقون أكثر عن الفصام؟

لأن الأعراض الأولي تحدث غالبا لأفراد من نفس عمره- بين 16-24 عاما. والذي لا يعرفه اغلب الناس أن الفصام قابل للعلاج. ولسوء الحظ فإن مخاوفنا وتحيزنا عادة ما يمنع المصابين بالفصام من طلب العلاج المبكر. ويمكننا أن نساعد المصابين بالفصام- ولكن مع هذا التحيز الضار فإن ذلك يتطلب جهدا. يمكنك أن تجعل الأمر مختلفا.

IV. سلـــح نفســك بالحقائـــق

الفصام عبارة عن: اضطراب بالمخ يظهر في شكل ضلالات وهلاوس واضطرابات أخري في التفكير والتواصل ويؤدي إلي تدهور الوظيفة الاجتماعية. ويعتبر من أكثر الأمراض التي تسبب الإعاقة في الشباب- حيث يحدث المرض عادة بين 16-25 عاما ويكون المراهقين المصابين بالفصام أكثر عرضة للانتحار من المصابين به من فئات عمريه أخري.

يوجد مرض الفصام في كل أنحاء العالم، في كل الأجناس، و كل الثقافات، وكل الطبقات الاجتماعية .

الفصام أوسع انتشارا مما يعتقد معظم الناس- يصيب واحدا من كل مائة شخص (1%) علي مستوي العالم.

ولكن: مرض الفصام قابل للعلاج بواسطة الأدوية و برامج إعادة التأهيل.

V. نتائـــج الوصمـــة

تحدي الوصمة بسبب الفصام: إن أحد المعوقات الرئيسية لعلاج الفصام هي الوصمة التي ترتبط به. يمكن أن تؤدي هذه الوصمة إلي التمييز الفاسـي الذي يضاعف من غيـر فائدة من المشاكـل للمصابيـن بالفصام. ويقلل هذا التمييز من كم مصادر الدعم لعلاج الفصام وتوفير السكن وفرص العمل والتفاعل الاجتماعي وتؤدي هذه المشاكل بدورها إلي زيادة الوصمة المرتبطة بالمرض.

وتبعا لمسح أجري في الولايات المتحدة، فإنه حتى بعد خمس سنوات من الحياة الطبيعية والعمل الشاق فإن المريض العقلي السابق يعتبر أقل قبولا من متهم سابق. إن المواقف الشعبية السائدة تجاه المرضي العقليين لها جذور عميقة يمكن أن تظهر من خلال اللغة الدامغة التي تستعمل عادة لوصف المرضي العقليين- "مخبول" أو "مجنون" علي سبيل المثال.

وحقيقة الأمر فإن هؤلاء المرضي يتعايشون مع مرض يمكن أن يسبب آلاما شديدة.

VI. خرافـــات عـــن الفصـــام

ساعد في تبديد الخرافات عن الفصام.

خرافـــة: الفصام عبارة عن ازدواج أو تعدد الشخصية.

حقيقـــة: عادة ما يتم الخلط بين الفصام وازدواج الشخصية.

إنهما ليسا نفس الشيء. يأتي هذا الخلط من أن كلمة فصام نشأت من جذور لغوية لاتينية تعني "انقسام أو انفصام المخ". إن الانقسام أو التجزيء يقصد به تعطيل عمليات التفكير والمشاعر للمصاب، وليس انقسام الشخص إلي شخصيتين منفصلتين. إن الاستعمال الشائع لكلمة "فصام" لوصف خليط من السمات المتناقضة يختلف تماما عن الاستعمال الصحيح لهذا المصطلح في الطب النفسي.

VII. أسبـــاب الفصـــام

ما الذي يسبب الفصام؟

خرافـــة: الفصام يحدث نتيجة للسحر أو الأرواح الشريرة أو الجان.

حقيقـــة: هناك العديد من المفاهيم الخاطئة عن أسباب الفصام:

- الفصام لا يحدث بسبب "اللعنة أو العين الشريرة أو الحسد أو الجان."
- لا يحدث الفصام كعقاب إلهي لخطايا الأسرة.
- لا يحدث الفصام بسبب عدم الإيمان بالله.
- الفصام ليس شكلا من أشكال التلبس الشيطاني أو الجني.
- لا يحدث الفصام بسبب الإحباط العاطفي.
- لا يحدث الفصام نتيجة لقراءة العديد من الكتب.

نظريـــة الوراثـــة: أقارب مرضي الفصام يكونون أكثر عرضة للمرض من الآخرين وتكون هذه القابلية أكثر بشكل متدرج عند الأقارب المتشابهين وراثيا أكثر مع مريض الفصام.

فيما يلي بيان يظهر احتمالية حدوث الفصام لأي فرد. تلعب العوامل الوراثية دورا هاما في حدوث الفصام، ولكنها لا تكون كافية لتفسير النمط الكلي لحدوثه. إذا حدث مرض لأسباب وراثية كاملة فإن التوائم المتشابهة يتقاسمون نفس الاستعداد للمرض، وعلي ذلك إذا أصيب توأمان متشابهان بالمرض فإن الآخر سيصاب به حتما. وفي الحقيقة فإن معظم الدراسات للتوائم المتشابهة والتي يكون فيها أحد التوائم مصابا بالفصام يكون من النادر وجود أكثر من نصف أزواج التوائم الآخرين مصابين بالفصام.

أكثـــر مـــن نظريـــة: يعني ذلك أن الفصام لا يعتبر مرضا وراثيا بسيطا

ولكنه علي العكس من ذلك يعتبر مرضا وراثيا مركبا، ويحدث نتيجة "لمثيرات" مختلفة.

يعتقد الباحثون أن الاستعداد لحدوث الفصام يعتبر وراثيا، ولكن يجب توافر "مثيرات" بيئية حتى يظهر المرض. والمثيرات المحتملة هي:

مضاعفات الحمل والولادة؛ التعرض لفيروس قبل الولادة وبخاصة أثناء الشهر الخامس للحمل، الوقت الذي يحدث فيه معظم نمو المخ، ويعتقد أن المضاعفات أثناء الحمل والولادة تزيد من احتمال حدوث المرض، علي الأرجح بسبب حدوث تلف بالمخ أثناء فترة نموه.

كما بينت الدراسات أن المرأة الحامل التي تصاب بمرض فيروسي تلد طفلا له استعداد أكبر للفصام. وعلي الرغم من ذلك، فإن الإصابات الفيروسية أثناء الحمل تتسبب، عل الأرجح، في حدوث نسبة ضئيلة من زيادة احتمال حدوث الفصام.

وهناك عوامل بيئية إضافية تضاعف من حدوث الفصام من بينها ضغوط الحياة وبخاصة في فترة المراهقة.

احتمالات حدوث مرض الفصام علي مدي حياة الأفراد (النسبة المئوية):

- الجمهور العام 1%
- أبناء العم والخال من الدرجة الأولي 2 %
- الأقارب من الدرجة الثانية
  - العمات والخالات والأعمام والخيلان 2%
  - أبناء الأخ أو الأخت/ بنات الخ أو الأخت 4%
  - الأحفاد 5%
  - الأخوة والأخوات غير الأشقاء 6%
- أقارب الدرجة الأولي
  - الأبناء 13%
  - الأشقاء والشقيقات 9%
  - الأشقاء والشقيقات الذين أحد والديهم مصاب بالفصام 17%
  - الوالدين 6%
  - التوائم المتشابهة 48%
  - أبناء والدين مصابين 46%

VIII. كيـف يعمـل المـخ بشكـل مختلـف

خرافـة: يحدث الفصام نتيجة لسوء التربية.

حقيقـة: منذ سيجموند فرويد اعتبر أطباء الأمراض النفسية أن البيئة الأسرية هي مفتاح نمو الشخصية. وقد بدا واضحا للعديد منهم أن الشخص المضطرب ينتج من أسرة مضطربة. ونتيجة لتأثير فرويد تعرف الباحثون والأطباء علي سمات عديدة من بينها: "توقعات متناقضة"، "الرفض المستتر" والذي من المفترض أن يميز أسر مرضي الفصام.

ولأن هذه الدراسات غالبا ما تكون استرجاعية للأحداث الماضية، فإنها تفتقر إلي وجود ضوابط ولذلك فشلت في أن تأخذ في الاعتبار أن الاضطراب الذي يحدث للأسرة ربما يكون نتيجة لوجود فرد منها مريضا بالفصام وليس سببا.

في أواخر السبعينيات، كانت المراجع لا تزال تلقي باللوم علي الأمهات "الحافزات للفصام" في أنها السبب في مرض أبنائها. ولذلك عانت أعدادا لا تحصي من الأسر من الخجل والذنب والوصمة نتيجة للقبول الشائع لهذه النظرية. بينما لا يوجد دليلا قويا يدعم النظرية التي ترى بأن البيئة الأسرية تسبب الفصام، فإنه يوجد علي العكس دليلا قويا يدعم العوامل الحيوية كسبب لمرض الفصام.

إن التكيف مع فرد في الأسرة مصابا بالفصام يكلف الكثير. وقد تتمزقأسر عديدة تحت تأثير الضغوط أو تتجنب الفرد منها المصاب بالفصام. ولذلك فإن عائلات المرضي تحتاج إلي الدعم والتعاطف مثلها مثل المرضي.

أيـن فـي المـخ: لاحظ العلماء الذين يبحثون في البناء التشريحي الدقيق للمخ وجود تغيرات في نشاط أجزاء محددة في مخ مرضي الفصام. وقد لوحظت هذه التغيرات في الجزء من المخ الذي يسمي"الجزء الطرفي".

يتكون "الجزء الذراعي" للمخ من نظام مركب من المسارات والشبكات العصبية تشمل بنائيا "قرن آمون والفص اللوزي". هذا الجزء من المخ هو المسؤول عن الوظائف الأساسية للإنسان مثل الدافع للإنجاب، والبحث عن الطعام، والخوف، والغضب، والسعادة، وتكوين أنماط الذاكرة .

ويمكن رؤية هذه التركيبات بالعين المجردة-- ولكن تعالوا لنري معا ما يجري علي مستوي الخلية "بين الخلايا البينية" في الجهاز الطرفي للمخ.

تخيل جهاز راديو ضبط علي محطات عديدة في نفس الوقت: إن البحث في كيف يعمل المخ، قد بين أن المصابين بالفصام لديهم مشاكل في أنواع محددة من خلايا المخ، تدعي الخلايا البينية المثبطة للنشاط. تقوم هذه الخلايا البينية المثبطة لنشاط المخ بكبح عمل الخلايا العصبية الأخرى، فتمنعها من الاستجابة لمعلومات أكثر غزارة من البيئة.

في الأحوال الطبيعية تقوم الخلايا البينية بإنتاج مواد كيمائية عديدة تدعي الموصلات العصبية. ويظهر الخلل الوظيفي لهذه الخلايا البينية من خلال حدوث تغيرات في نوع من خلايا المخ التي تفرز الدوبامين. وقد اعتبر الخلل الوظيفي لنظم الدوبامين في المخ هاما منذ زمن بعيد في مرض الفصام. وفي الحقيقة، فإن أدوية من نوع الأمفيتامينات والتي تزيد من تأثير الدوبامين تسبب نوعا من الذهان يشبه الفصام.

خرافـــة: مرضى الفصام متخلفون عقليا.

حقيقـــة: الفصام والتخلف العقلي حالتان مختلفتان تماما. يحدث الفصام لكل الناس الذين يتمتعون بمستويات ذكاء مختلفة، ويمكن أن يحدث للموهوبين والأشخاص المبدعين. ويسبب الفصام بعض الاضطرابات المعرفية مثل صعوبة التركيز وصعوبة في التفكير المجرد. وبالرغم من ذلك، فإنه لا يؤثر على مستوي الذكاء العام.

الوسائل: منذ زمن بعيد قام العلماء بدراسة وظائف المخ عن طريق فحص نسيجه بعد الوفاة. ولكن التقنيات الحديثة تسمح للباحثين في الوقت الحالي برؤية ما يحدث في المخ أثناء أدائه لوظائفه عن طريق استعمال العديد من الوسائل:

- الأشعة المقطعية للتصوير السطحي: تقدم صورا للبناء التشريحي للمخ من خلال مرور أشعة"إكس ×" خلال الجسم. وعن طريقها تمكن الباحثين من إظهار الاختلافات في الجهاز البطيني للمخ، وبالذات في الفصوص الأمامية والفص الأيسر.
- صور الرنين المغناطيسي: يمكن عن طريق الرنين المغناطيسي إنتاج صورا ثلاثية الأبعاد للمخ، وهي تعطي الباحثين معلومات موسعة أكثر من صور الأشعة المقطعية.

وهناك تقنيات ثلاثة أخري هي: صور الرنين المغناطيسي الوظيفية، والتصوير السطحي للفوتون الأحادي المطلق، والتصوير السطحي للبوزيدرون المطلق التي سمحت للعلماء برؤية سريان الدم في مختلف أجزاء المخ.

IX. حقائـــق عن مسار ونتـــاج مـرض الفصـــام

خرافـــة: لا يشفي مريض الفصام أبدا.

حقيقـــة: بعض مرضي الفصام يتم شفائهم تماما من المرض- وتختفي كل أعراضهم الذهانية ويعودون إلي نفس مستوي وظيفتهم السابقة للمرض. ويستمر البعض الآخر في المعاناة من بعض الأعراض ولكنهم يستطيعون ممارسة حياة مرضية ومنتجة، ويعملوا ويعيشوا مستقلين في المجتمع. حوالي ثلث مرضي الفصام لا يحدث لهم شفاء ملموس وقد يضطرون إلي دخول المستشفي.

خرافـــة: الفصام يؤدي إلى العدوى.

حقيقـــة: قد يتجنب بعض الناس مريض الفصام خوفا من العدوى كما يؤدي هذا الخوف من العدوى إلي الوصمة لأفراد الأسرة، والعاملين في الصحة النفسية، وأماكن العلاج النفسي.

نتائـج مختلفـة لمختلف النـاس: إن الاعتقاد الخاطئ بأن الناس لا يشفون من الفصام يؤدي إلي اليأس وفقد الأمل للمصابين به. ويمكن أن يجعل أسر المرضي تهمل أو تنبذ أقاربها المرضي. ولكن، هذا الاضطراب يتخذ مسارات مختلفة تؤدي إلي نتائج مختلفة.

إذا شبهنا مسار مرض الفصام بطيف متدرج مثل ألوان الطيف، نجد في أحد طرفي هذا الطيف بعض مرضي الفصام الذين تحدث لهم نوبة فصام واحدة يعقبها شفاء تام، أما في الطرف الآخر من الطيف فهناك مسار للمرض لا يخمد أبدا.

فيما يلي بيان بمسارات مرض الفصام المختلفة ونسبة حدوثها:

- المجموعة الأولي: نوبة واحدة فقط-بدون إعاقة 22%
- المجموعة الثانية: نوبات متكررة بدون إعاقة أو بإعاقة بسيطة 35%
- المجموعة الثالثة: إعاقة بعد النوبة الأولي يتبعها تفاقم للمرض وعدم العودة إلي الحالة الطبيعية 8%
- المجموعة الرابعة: إعاقة تزداد مع كل نوبة متكررة بدون عودة إلى الحالة الطبيعية 35%

X. خطـــوات الشفـــاء

خرافـــة: يجب وضع مرضي الفصام في مصحات .

حقيقـــة: أثبتت الدراسات الحديثة أن أماكن عديدة من بينها المستشفيات النفسية والبدائل المستحدثة، مثل الأقسام الداخلية في مستشفيات متخصصة وأقسام رعاية الحالات الحادة والحياة المدعومة في المجتمع، يمكن أن تكون فعالة في رعاية مرضي الفصام.

خطـوات الشفـاء: عند عقد مقارنة، بشكل عام، بين العلاج داخل مستشفيات والبرامج التي تقدم علاجا شاملا بالعيادات الخارجية فإن المرضي الذين تتم رعايتهم من خلال البرامج المؤسسة مجتمعيا يحرزوا تقدما أكثر ولفترات أطول من الذين يعالجوا داخل المستشفيات. وحتى المصابين بذهان حاد يمكن علاجهم بشكل فعال في أماكن مؤسسة مجتمعيا تخضع لإشراف مهني دقيق من متخصصين.

هناك وسائل ثلاثة لعلاج الفصام:

أدوية لتخفيف الأعراض ومنع الانتكاسات؛ التثقيف الصحي لمساعدة المرضي وأسرهم على حل المشاكل، والتعامل مع الضغوط، والتكيف مع المرض ومضاعفاته؛ إعادة التأهيل الاجتماعي للمساعدة في إعادة اندماج المرضي في المجتمع واستعادة وظائفهم الدراسية والعملية.

- **الأدوية:** يطلق علي الأدوية التي تعالج الفصام مضادات الذهان وهناك نوعان من هذه الأدوية، مضادات الذهان القديمة"التقليدية"، ومضادات الذهان الحديثة "غير التقليدية". والأدوية القديمة (الهالوبيريدول وأنواع أخري) بدأ استعمالها في بداية الخمسينيات. وقد كان لهذه الأدوية دور فعال في تخفيف الأعراض الموجبة ولكن كانت لها أعراض جانبية شديدة مثل تصلب العضلات، والرعشة، والحركات اللاإرادية وزغللة العين والإمساك، مما يجعل المريض مضطرا إلي تعاطي دواءا ثانيا للتغلب علي هذه الأعراض الجانبية. ولكن لسوء الحظ، فإن الدواء الثاني تكون له أعراضا جانبية أيضا. و بسبب هذه الأعراض الجانبية، فإن كثيرا من المرضي يرفضون تناول الأدوية أو يتناولونها بطريقة غير منتظمة. وهناك مشكلة أخري هي أن الأدوية القديمة تكون فعالة فقط في تخفيف الأعراض الموجبة ولا تفيد في تخفيف الأعراض السالبة التي تسبب إعاقة مماثلة (الانسحاب الاجتماعي، واللامبالاة، والتبلد العاطفي).

بدأ استعمال مضادات الذهان الحديثة في عام 1990، وتشمل الريسبيريدون، والأولانزابين والكلوزابين. تسبب هذه الأدوية أعراضا جانبية أقل (ولكنها لا تزال غير مستحبة) ولكن لها فاعلية في تخفيف الأعراض السالبة مثلها مثل الأعراض الموجبة.

- **التثقيف الصحي مفتاح العلاج:** لأن الفصام يؤثر في مجالات حياتية متعددة، فإن العلاج الفعال يجب أن يتعامل مع مشاكل متعددة، من بينها الاكتشاف المبكر لتوقيت حدوث الانتكاسة، وكيفية منع الانتكاسة، بالإضافة إلي التثقيف الصحي في كيفية تقليل الضغوط. تتحسن أحوال المرضي عندما يحصلون علي معلومات عن المرض وخيارات الأدوية المختلفة وأعراضها الجانبية والاستراتيجيات للتكيف مع الأعراض المتبقية. يستفيد مرضي الفصام عندما يعمل من يقومون برعايتهم علي مشاركتهم في تحديد وسيلة العلاج المناسبة لكل منهم. من وجهة نظر المرضي، فإن استمرار الرعاية يكون مهما للعلاج بالإضافة إلي أن المستفيدين من الرعاية يحصلون علي خدمة أفضل عندما يكون لهم رأي في العلاج.

- **إعادة التأهيل:** تحسين كفاءة حياة مرضي الفصام: حدث تغير، في أهداف إعادة تأهيل المرضي العقليين في السنوات الأخيرة ، حيث كان الاهتمام الرئيسي منصبا فيما مضي، علي عودة المريض إلي العمل. ولكن أصبح مقبولا، في الوقت الحاضر، وجود أهداف أخري لها نفس الأهمية في عملية إعادة التأهيل: تخفيف أعراض المرض بواسطة الأدوية؛ وتحسين النتائج السلبية للمرض؛ وتحسين كفاءة المريض الاجتماعية؛ وزيادة الدعم الأسري والاجتماعي في مجالات العمل والسكن والحياة الاجتماعية.

XI. إعـــادة الدمـــج في المجتمـــع

خرافـــة: لا يستطيع مرضي الفصام اتخاذ قرارات تخص علاجهم؟

حقيقـــة: معظم مرضي الفصام قادرون ومتلهفون علي المشاركة في اتخاذ قرارات تخص علاجهم. قد يجد مرضي الفصام صعوبة في اتخاذ القرارات خلال بداية المرض وأثناء فترات الانتكاسات. ولكن يمكن أن تتحسن قدرتهم علي اتخاذ القرار أثناء مسار المرض. وقد أوضح الباحثون أن مشاركة المريض والأسرة تحسن من نتائج المرض وتزيد إمكانية انتظام المريض في متابعة خطته العلاجيـة. كذلك يلعب كل من المرضى

وأسرهم دورا هاما في التخطيط واتخاذ بعض القرارات حول بعض الخدمات العلاجية المتاحة وكذا في تدريب المتخصصين في الصحة النفسية. وهذه المشاركة التي يقوم بها "المستهلك" تؤدي إلي تحسن ملموس في مواقف المتخصصين وفي نتائج العلاج .

ما المقصود بإعادة اندماج المريض في المجتمع وما أهمية ذلك؟

تحسن إعادة التأهيل من كفاءة حياة مرضي الفصام وتقلل من الانتكاسات وعدد مرات دخول المستشفي. إن الهدف من إعادة التأهيل هو إعادة اندماج المريض في الحياة والمجتمع.

ولهذا هناك الحاجة إلي توفر أنواع متعددة من الخدمات، قد يحتاج المريض بعد نوبة ذهانية إلي إعادة تدريبه علي المهارات الحياتية والاجتماعية الأساسية. ويقدم هذا التدريب عن طريق برامج المستشفيات النهارية أو المنتديات. ويعتبر الدعم الإسكاني رئيسيا حيث قد يجد المرضي صعوبة في الحصول علي مسكن نتيجة لتردد أصحاب المساكن في تأجيرها لمريض عقلي سابق. إن إعادة التأهيل العملي وتوفير فرص للعمل تمنح الإنسان فرصا للنشاط المنتج الذي يجعل لحياته معني ويرفع معنوياته. ومساعدة مرضي الفصام علي الحصول علي عمل يقلل من نفقات إعاشتهم. وهناك الحاجة أيضا إلي وسائل ترفيهية. تستطيع جماعات الزمالة الداعمة أن تقدم دعما اجتماعيا وعاطفيا وتعطي المريض فرصة لتعلم مهارات التكيف التي ساعدت الآخرين. إن الاستشارات الداعمة قد تساعد المريض علي قبول حقيقة مرضه وكيفية التعامل مع الخسائر التي يتضمنها.

من الصعب عادة ، أن يجد مرضي الفصام أماكن تقدم الخدمات التي يحتاجونها وبالتحديد فإن الخدمات المختلفة تقدم عن طريق مؤسسات مختلفة لكل منها قوانينه وبيروقراطيته. إن إمكانية الوصول إلي الخدمات يتطلب معرفة ومواظبة وتخطيط. فحتى تحديد موعد والالتزام به يمكن أن يكون صعبا لشخص قليل الحافز ويفتقد إلي مهارات التنظيم. ومما يدعو إلي السخرية، أن الأفراد الأكثر صحة هم الأكثر قدرة علي الوصول إلي الخدمات، بينما الذين يعانون بشدة من المرض، فإنهم يتعرضوا للانهيار وبخاصة إذا لم يجدوا الدعم الأسري.

ومن النماذج الناجحة لإعادة التأهيل، نموذج إدارة الحالة حيث يكون أحد المتخصصين مسئولا بشكل كامل عن المريض و يقوم بتنسيق الخدمات التي يحتاجها. وهناك نموذجا آخر هو فريق العمل الذي يتكون من فريق من العاملين في الصحة النفسية من مختلف الفروع والتخصصات. إن نموذج فريق العمل يسمح بقمة التواصل بين من يقدمون الرعاية للمرضي كما يقدم رعاية طويلة دائمة. ولسوء الحظ، لا يطبق أي من هذه النماذج في معظم البلاد.

XII. نمـــط العنـــف

خرافـة: مرضي الفصام يتسمون، علي الأرجح، بالعنف.

حقيقـة: ترتبط الأمراض العقلية في عقل الجماهير بالعنف. إن التقارير التي تحمل الإثارة في وسائل الإعلام مثل"قتل رجل مختل العقل أسرة مكونة من أربعة أفراد"، تحمل الكثير من اللوم، مثلها مثل الصورة التي يقدمها التليفيزيون والسينما للقتلة المجانين. وهناك عاملا آخر يضاف إلي سوء استعمال الجماهير للمصطلحات النفسية مثل"مجنون" أو "سيكوباتي". إن ربط المريض العقلي بالعنف يؤدي إلي خوف الناس منه مما يجعلهم يتجنبونه. وبشكل عام فإن المرضي العقليين ليسوا أكثر خطورة من الأصحاء في نفس الجماعة. قد ترتفع نسبة الجرائم والعنف بين المصابين بالفصـام بنسب قليلـة، ولكن من يقومـون بها في، معظم الأحيان ، لا يتلقون العلاج المناسب. وفي الحقيقة، فإن المصابين بالفصام يكونوا أقرب إلي ممارسة العنف تجاه أنفسهم أكثر منه تجاه الآخرين. يحاول بين 40-50% من مرضي الفصام الانتحار وينجح 10% منهم في إنهاء حياتهم.

هناك ثمانية أشياء يجب أن نضعها في الاعتبار حين نناقش العنف المرتبط بالفصام:

1. يخفف العلاج بشدة من احتمالات العنف. وقد يخفف العلاج المبكر أيضا من المعاناة والارتباك عندما يحدث للمريض انهيارا نفسيا تماما.
2. إن احتمال العنف لا يكون بالضرورة بسبب الفصام ولكن علي الأرجح نتيجة لوجود مجموعة من الاضطرابات.
3. إن نسبة مشاركة مرضي الفصام في معدلات الجريمة، بشكل عام، تعتبر صغيرة.
4. إن العنف المرتبط بالفصام يكون، في الأغلب، موجها لفرد من الأسرة، أقرب إلي إيذاء الذات.
5. لا يشارك مرضي الفصام في احتمالات العنف علي الأطفال.
6. إن نسبة احتمال ممارسة العنف بواسطة مرضي الفصام تتشابه مع مثلها عند الجماهير التي لا تعاني من الفصام عند استبعاد عامل تناول المخدرات.
7. إن احتمالات جرائم العنف الجنسية المرتبطة بالفصام تعتبر نادرة.
8. نسبة قليلة فقط من المصابين بالفصام تكون مسئولة عن العنف المرتبط به.

XIII. الفصـام فـي المدرســة والعمــل والعلاقــات

خرافـة: لا يقدر معظم مرضي الفصام علي العمل.

حقيقـة: يستطيع المصابين بالفصام القيام بالعمل- حتى لو كانوا يعانون من بعض الأعراض. أظهرت دراسة أجريت علي بعض المرضي بأمراض عقلية شديدة، إن حالتهم تتحسن بشكل أفضل إذا كانوا يعملون.إن القدرة علي ممارسة العمل لا ترتبط بالضرورة بشدة المرض. وقد أثبتت الدراسات الأمريكية والبريطانية أن المصابين بالفصام يكونوا أقرب إلي البقاء خارج المستشفي إذا كانوا يعملون. بينما يستطيع الكثير من مرضي الفصام القيام بعمل ناجح تنافسي معظم الوقت، فإن العمل الجزئي أو العمل التطوعي يكون أفضل لآخرين.

إن العمل يشكل جزءا حيويا يفيد في إعادة التأهيل، فهو يرفع المعنويات ويعيد ارتباط المريض بالمجتمع ويقدم له وسيلة ذات معني لملئ الفراغ.

خرافـة: السجن يعتبر مكانا ملائما لمريض الفصام.

حقيقـة: تستعمل السجون كثيرا لإيداع المرضي العقليين وإبعادهم من الشوارع. ففي "أونتوريو" بكندا ، تعاني نسبة بين 15-20% من المساجين من مرض نفسي وبين 5-7% يعتبروا مصابين بمرض عقلي شديد. وفي كثير من الأحيان، ينتهي بعض المرضي العقليين إلي السجن بسبب جرائم التشرد، واستعمال المخدرات وجرائم سرقة بسيطة. وكثيرا ما يفشلوا في المثول أمام القضاء مما يؤدي إلي تعرضهم لأحكام أخري وقضاء فترة أخري في السجون. وبشكل عام، تعاني معظم السجون من نقص في خدمات الطب النفسي- فلا يتلقى المساجين الذين يعانون من مرض عقلي إلا القليل أو لا يتلقون أي علاج نفسي.

وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم يتعرضوا إلي "عقاب مضاعف". وإذا تم إيداعهم مع المساجين الآخرين، فإن سلوكهم المريض يعرضهم للضرب والاعتداء بواسطة المساجين الآخرين. وإذا تم عزلهم عن الوسائل التي تساعدهم علي الحياة، فإنهم يفقدوا كل ارتباطاتهم الاجتماعية ويؤدي عزلهم، في العادة، إلي تدهور حالتهم المرضية.

مواجهة الفصام وجها لوجه في المدرسة، والعمل، والعلاقات: يوجد في الوقت الحاضر كثيرا من تلاميذ المدارس، ومن يعملون وبعضهم آباء وأمهات وأزواج، يعانون من الفصام. إن "جون ناش" الحائز علي جائزة نوبل في الرياضيات عام 1994 ، عاش مريضا بالفصام لمدة ثلاثون عاما.

نستطيع أن نساعد مرضي الفصام"إذا قدمنا لهم البيئة الداعمة والأدوية المناسبة والعلاج والتشجيع" علي أن يكونوا إفرادا منتجين في المجتمع.

ولكن، لا زالت هناك الصور السالبة عن المصابين بالفصام في التليفيزيون والسينما ووسائل الإعلام الأخرى، والتي تؤدي إلي الوصمة وتشجع أكثر علي التمييز. وكما ذكرت إحدى السيدات "إذا ذهبت إلى مستشفي بسبب ساق مكسورة، يرسل الناس زهورا ويقومون بزيارتك أما إذا ذهبت إلى مستشفى بسبب مرض عقلي، لا يرسل لك الناس زهـورا، ولا يقومون بزيارتك".

ماذا يمكنـــك أن تفعـــــل؟

- يجب أن تنتبه إلى الكلمـات التي تستعملهـا "مجنون"، "معتوه"، و"سكيزو"، وما شابهها فهي عبارات مسيئة. ساعد في جعل الآخرين علي وعي كيف يمكن للكلمات والمواقف أن تسبب الأذى.
- لا تضحك من النكات الفاسية. لجعل الآخرين يعرفون أن الجهل يؤذي.
- قف بجانب من يعانون من أعراض مبكرة لمرض عقلي.
- يجب أن تهتم. اتصل بجماعات دعم الفصام المحلية (إن وجدت). إذا لا توجد واحدة من هذه الجماعات في بلدك أو إذا احتجت إلي معلومات أكثر عن البرنامج العالمي لمحاربة الوصمة والتمييز، اتصل بالجمعية العالمية للطب النفسي- بواسطة التليفون أو الفاكس أو البريد الإلكتروني- لتعرف البرامج المحلية في وطنك.

* هذه المعلومات جزء من البرنامج العالمي "مقاومة الوصمة ضد الفصام".

The WPA Cairo Declaration On " Mass Violence And Mental Health "

Ahmed Okasha

The General Assembly of the World Psychiatric Association:

-emphasizing that the World Psychiatric Association, being the world's largest psychiatric association, comprising 130 Societies from 113 countries, can speak on behalf of 175,000 members of the profession;

-conscious of the fact that violence is a major public health problem with important mental health implications;

-concerned by the fact that mass violence such as war, terrorism, urban violence and similar acts causes many deaths, material losses and mental health problems in the lives of the survivors and in the population at large;

-cognizant of the fact that violence does not help to solve problems but begets violence and brings with it poverty, hunger, disease and fear;

-underlining that, unless properly addressed, the psychosocial consequences of violence will negatively affect future generations and can destroy the social cohesion that allows people to live together in harmony;

-convinced that psychiatry and behavioural sciences can contribute to the understanding of the complex biological, psychological and social roots of violence and to the formulation of interventions that can prevent violence or alleviate its consequences;

-recalling previous work of the World Psychiatric Association on alleviating consequences of disasters and the prevention of mental disorders;

-recognizing that terrorism, by itself, is not a mental illness but a phenomenon often associated with oppression and absence of opportunities for free expression or redress;

-considering that the alliance of mental health workers and leaders of religions that advocate mercy, compassion and forgiveness might help in the prevention of violence and in the alleviation of its consequences.

- Urges the WPA Member Societies:

-to develop and support research on the causes and consequences of violence and develop training programmes that will help in the prevention of violence and in helping its victims;

-to invite their members to cooperate with other professionals and all those who are working for peace without any ideological or other prejudice.

- Requests the Scientific Sections of the WPA to develop collaborative and multidisciplinary research on the origins of violence :

Requests the Executive Committee of the WPA to:

-find ways to effectively collaborate with governmental and other agencies in the prevention of mass violence and the alleviation of its consequences;

-invite the World Health Organization to strengthen its efforts to enhance the awareness of the public health importance of violence and to convey to its Member States the need for research and action in this area;

-undertake whatever is necessary to ensure that the scientific knowledge stemming from psychiatry and neurosciences and behavioural sciences is used in dealing with problems of violence;

-create a special programme on mental health aspects of violence to facilitate the above tasks and further stimulate research and action in this area of its work;

-report on the steps taken in response to this declaration at the WPA General Assembly in 2008.

فـي بـيـتـنـا مريـض نـفـســي

أ.د. عـــادل صـادق - مصـر

سلسلـة الكتـاب الإلكترونـي لشبكـة العلـوم النفسيـة - عـدد 1

FULL text: http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=101

إهـــــداء

إلى كل إنسان يعيش في بيت واحد مع مريض نفسي..

إلى كل إنسان يعيش في بيت واحد مع مريض عقلي..

إلى كل قلب يتألم من أجل عزيز أصابه المرض..

إلى كل عقل يريد أن يفهم ليساعد عزيزا أصابه المرض ... و ما أقساه من مرض

الفهـــرس

مقدمـــة : مواقـــف صعبـة... فـــي حياتـــك

حاولت جهدي أن يكون كتابي هذا واضحا وبسيطا له معنـى وهـدف ونابع من خبرتي ونظريتي وفلسفتي وإيماني، معبرا عن قـضيتي التـي أدافع عنها، وحرصت أن يصل إلى كل إنسان، البـسيط والمثقـف، وأن يستفيد به مرضاي وأهل مرضاي وتلاميذي.. وهذه هي خبرتي الحاديـة عشرة في وضع كتاب..

وقضيتي الأساسية في الحياة مرتبطة ارتباطا وثيقا بتخصصي في الطب النفسي لها عدة أوجه:

- أن العلم يجب أن يتاح للجميع.. أن يتم تبسيطه إلى أقـصى درجـة حتى يتقبله كل عقل و تتأثر به كل نفس..

- أن المواطن البسيط يجب أن تكون له ثقافة طبية..

- أن يعرف الناس المزيد عن الطب النفسي..

- أن تتغير نظرة الناس للمرض النفسي وللمريض النفسي.. ألا نخجل حين نمرض أو حين يمرض أحد أعزائنا بهذا المرض.. الشيء الوحيد الذي يجب أن يخجل منه الإنسان هو أن يخطئ عن عمد.. وليس من المعقول أن نخجل من المرض..

- أن يتفهم أهل المريض طبيعة مرضه ليساعدوا في علاجه.. أكثر ما يتعس المريض النفسي ألا يقدر معاناته أحد... نحن نتعاطف مع من تورمت عيناه أو كسرت ساقه، و لكن قليل منا من يتعاطف مع المكتئب، أو القلـق، لأن المرض النفسي لا تراه العين ولا تدرك آثاره، المريض وحده هو الذي يتلوى من الداخل، أما مريض المغص الكلوي فيتلوى من الخارج..

- أن يعرف بقية الأطباء في الفروع الأخرى كل شيء عـن المـرض النفسي. فالنفس و الجسد شيء واحد. ومن يمرض نفسيا يتألم جسديا، ومن يمرض جسديا يتألم نفسيا..

- أن يدرك تلاميذي أن مهنة الطب النفسي هي مهنة صـعبة تحتـاج لاستعداد خاص وعشق كبير وجهد عظيم. هي كالفن وهو كالفنان. ليـست عملا روتينيـا وهو ليس موظفا.. والفن إبداع وعطاء.. والنفس البشرية لغز محير وسر الأسرار.. ومن يتصدى لهذه المهنة عليه أن يشارك فـي حمـل هموم البشر وأن يشقى بها وأن يشقى أكثر حين لا يستطيع تخفيف آلامهم.. هذه المهنة لها بريق خاص.. والسيكوباتي يستطيع أن يلمع وأن يبهر أعـين تلاميذه وأن يضللهم ويفسد ذممهم فيصبحوا مصدر ألم للمريض فـوق آلام مرضه.. ولذا فقد أنهيت هذا الكتاب بفصل أعتبره أهـم مـا كتبـت فـي حياتي.. إنه عن ميثاق الشرف للطبيب النفسي.. وخلاصته أننا لسنا بحاجة إلى ميثاق شرف مكتوب.. فأي ميثاق شرف مكتوب هـو ميثـاق سـطحي ويتيح للسيكوباتي أن يلبس رداء الفضيلة والحق.. ولكـن المهـم أن نبنـي الشرف داخل قلب وعقل الطبيب الشاب.. أن يملي عليه ضـميره الميثـاق الذي يتعامل من خلاله مع مرضه وأن تكون روح الميثاق مستمدة من تعاليم السماء.. تعاليم الخالق والتي تنظم علاقة الإنـسان بأخيـه الإنـسان.. أي إنسان مع أي إنسان وليس فقط الطبيب مع المريض..

... أما بداية الكتاب فعن الخيانة.. الخيانة حين تصبح مرضا في عقل إنسان.. إنها الغيرة المرضية التي تتحول إلى شك ثم تتحول الشك إلى يقين بأن شريك الحياة خائن وهو ليس بخائن وإنما هو بريء وطاهر وسليم.. وياله من موقف صعب يقفه هذا الإنسان البريء حين يتهم في أعز وأهم شيء لدى الإنسان الحر.. شرفه.. وكم من جرائم قتل ارتكبت والقاتل والقتيل ضحايا.. القاتل ضحية مرض جعل فكرة خاطئة تسيطر عليه فأراد أن ينتقم.. والقتيل ضحية مرض لم يدرك أحد أنه مريض فيبادر بعلاجه، لأنه كان يبدو عاقلا متزنا يمارس حياته بشكل طبيعي، بل أن بعض الناس صدقوه حين باح لهم أن زوجته تخونه.. وفات هؤلاء الناس –لأنهم لا يعرفونه – أن المرض العقلي قد يكون مجرد فكرة خاطئة في عقل إنسان يبدو في غاية الاتزان..

ولكنها فكرة قاتلة تنتهي بسببها حياة إنسان بريء..

ماذا تفعل هذه الزوجة البريئة..؟ ماذا يفعل أهلها..؟ كيف نعـالج هـذا المريض الذي لا يعتقد أنه مريض والويل لمن يواجهـه ويقـول لـه أنـه مريض..؟

ثم ينتقل الكتاب إلى مشكلة أكثر تعقيدا وأشد إيلاما لصاحبها أو صاحبتها، إنها مشكلة أو مرض التحول الجنسي.. مرض غريب يبدأ بحيرة شديدة، وأعتقد أنها أقسى وأقصى حيرة يمكن أن تواجه إنسانا في حياته. فهو رجل جسدا وامرأة نفسا.. هو رجل بأعضائه وامرأة بمشاعره وأفكاره وإدراكه الداخلي لذاته.. أي رجل من الخارج وامرأة من الداخل.. أي انقسام وأي تفتت وأي ضياع.. هو يرفض أن يكون رجلا رغم أن الفحوصات التشريحية والفسيولوجية والكروموزومية تؤكد أنه رجل.. ولكنه يصدق إحساسه.. يصدق إدراكه الداخلي لذاته ولذا فهو يصر أن يتحول إلى امرأة.. وينزل الخبر نزول الصاعقة على رؤوس أهله أجمعين..

ويبدأ صراع مرير بين المريض وأهله.. وبين المريض والمجتمع.. وتبدأ رحلة المعاناة عند طبيب جراحة التجميـل وتنتهـي عنـد الطبيـب النفسي.. أما أن أتحول جراحيا إلى امرأة، وإما أن أموت. كيف نساعد هذا البائس..؟ ماذا يفعل أهله.. ؟ ما موقف الجراح وكيف يتخذ الطبيب النفسي القرار.. ؟

وفصل آخر قد يثير ضيقا شديدا ولا أقول كلمة أخرى فـي بعـض النفوس.. إنه عن العلاقة المحرمة التي قد تنشأ بـين الأب وابنتـه أو أي صورة من صور العلاقة بين المحارم.. وفي يوم من الأيـام فكـرت أن أكتب كتابا بأكمله عن هذا الموضوع وذلك بعد أن تبينت من خلال عملي أن هذا الموضوع ليس نادرا كما قرأت في كتب الطب النفسي.. وترددت بعض الوقت حتى لا أصدم مشاعر الناس.. ولكن من وقت لآخر تلح علي فكرة أن أكتب للناس عن الموضوع حتى يمكن أن تكتشف الحالات مبكرا، وحتى يمكن إنقاذ الضحايا كالابنة التي تتعرض لـصدمة حـادة تعـصف بمشاعرها تجاه الأب وتجاه كل رجل وتتسبب في كثير من المعاناة النفسية لا يعلم مداها إلا الله.. وثمة امرأة أخرى تكابد معاناة طاحنة حـين تعلـم بالأمر وهي الأم إنها تعكس حالا من المرأة التي تكشف أن لزوجها علاقة بامرأة أخرى..

كيف نعالج الأب..؟ كيف نستدعيه للعلاج..؟ لماذا لم تصارحنا الابنة وتستمر العلاقة بينهما لسنين حتى تكتشف الأم مصادفة تلك الكارثة..؟ هل تحتاج الابنة للعلاج النفسي..؟ ماذا تفعل الأم المنكوبة..؟ كيف تكون العلاقة بين الثلاثة في المستقبل ..؟

وأخصص فصلا عن الخوف.. و كلنا نخاف.. ولكن بعضنا يخاف بشدة.. يخاف إلى حد الرعب.. الخوف يفسد طعم حياته.. خوف يرج قلبه ويذل أحاسيسه ويشتت أفكاره ويعوق حياته.. بعضنا يخاف أشياء تافهة لا معنى لها.. بعضنا يخاف المرض إلى حد أنه يمرض فعلا بعقله وجسده.. بعضنا يخاف الموت إلى حد أن يموت وهو حي.. وأبغض أنواع الخوف هو الخوف من الناس وذلك هو الخوف المذل وهو أسوأ من الخوف من العفاريت، فالعفاريت لا نراها ولسنا مضطرين للتعامل معها..

والخجل مشكلة أخرى قد تدمر مستقبل إنسان ذكي وطموح ومحب للحياة وللناس.. أهو مرض أم طبع ؟! وهل من علاج للخجل؟

ثم نتعرض في فصل آخر لضغوط الحياة التي تسحق البعض منا.. فيرتفع ضغط الدم وتضيق شرايين القلب وتهدد بأزمة قلبية، أو يصاب المضغوط المهموم بالسكر أو يحدث ثقب في معدته أو أمعائه، إنها أحداث تمر بالإنسان قد تكون حادة وعنيفة فتهزمه بعنف، وقد تكون مزمنة أي مستمرة، وفي كل يوم تضغط وتضغط حتى ينهار صموده وتتآكل دفاعاته مثلما يتآكل الشاطئ أمام بحر لا يهدأ.. أو قد يحاصر الإنسان بمشاكل عدة في آن واحد.. كل مشكلة فـي حد ذاتها قد تكون بسيطة التأثير، ولكن في مجموعها تحدث ضغطا ينهار أمامه..

والإنسان قد ينهار نفسيا أو جسديا والنتيجة واحدة.. مرض.. أي عجز.. أي توقف..

وإنسان العصر مهزوم ومحاصر بالعديد من المشاكل.. يبدو كالتائه الذي لا يعرف له عنوان، كغريق لا يرى له شاطئ.. ماذا نفعل لكي نخفف من هول الضغوط أو نعرف كيف نواجهها ونتعامل معها!! كيف ننجو بأنفسنا!! كيف نهدأ بعض الوقت ونسترخي ونتذوق الجانب الحلو في الحياة وتنعم أعيننا بأشياء جميلة من حولنا..

وفصل الشخصية هو أطول الفصول ولكنه لا يروي ظمأ ولا يشفي غليلا.. فكل شخصية تحتاج لكتاب مستقل.. وهو فصل مهم لكل الناس، ليتعرف الناس على الناس.. فمشكلة الناس، هي الناس أو مشكلة الإنسان هي الإنسان.. ويبدو أننا نجهل بعضنا بعضا.. والأسوأ أن نجهل أنفسنا.. ولذا نحتك ونصطدم.. نتشاجر ونتنازع، ونغضب ونعتدي ونحقد ونذهب للمحاكم ولا ننام الليل ونلجأ للمهدئات. صراع الغابة وقوانينها التي لا تلائم الإنسان هي السبب في معاناته وتعاسته..

حاول أن تفهم بعض الناس الذين يحيرونكم بسلوكهم الغريب.. إن لديهم سمات غريبة تدفعهم لسلوك يسبب حيرتك وضيقك.. بعضهم عدواني و أناني.. بعضهم انطوائي واعتمادي.. بعضهم قلق وموسوس ومتردد.. بعضهم سطحي ومظهري يحب المبالغة والتهويل ويهوى الكذب.. وأنت مضطر للتعامل مع كل هؤلاء فمنهم جارك وزميلك في العمل ورئيسك ومرؤوسك.. إذا فهمت شخصية كل واحد منهم فسوف تتعامل معهم أفضل.

وتتفادى أسوء ما عندهم و تستخرج أحسن ما عندهم..

ولقد أسهبت في وصف الشخصية السيكوباتية وخاصة الشخصية السيكوباتية المبدعة. لقد وصفتها بأنها ظل الشر على الأرض وممثل الشيطان.. من المهم أن تتعرف جيدا على هذه الشخصية وأن تمتلك القدرة من خلال المعرفة والعلم على أن تكتشفها لتحمي نفسك منها لتحمي الآخرين منها..

وفصل آخر غريب عن أشياء غريبة.. أشياء قد تكون نادرة الحدوث.. الله أعلم.. سلوك جنسي لا نتصور أن هناك بشرا يمارسونه.. قد لا يدركون هم أنفسهم أنهم يعانون مرضا قابلا للمساعدة..

أردت بهذا الفصل أن أساعد بعض الذين يترددون في العلاج ليأسهم من احتمالات الشفاء.. هم معذبون و يعذبون شركاءهم في الحياة.. و يبدون غرباء عنا و غرباء عن أنفسهم..

أحدهم يتعلق بحذاء المرأة و ينسى المرأة ذاتها.. والآخر لا ينتشي إلا إذا ارتدى ملابس الناس.. وثالث لا يستمتع إلا إذا أهانته المـرأة وعذبتـه جسديا.. و رابع لا يهنأ إلا إذا قام هو بتعذيب شريكته..

هل هناك علاج لمثل هذه الحالات.. ؟ وتلك الفتاة التي استمر زواجها سبع سنوات دون أن يتم اتصال جنسي مع زوجها لأنها تخاف.. والخوف يؤدي إلى انقباض عضلات الحوض فيعوق الاتصال.. هذه الفتاة تعرضت لحادث اغتصاب وهي في السابعة من عمرها.. و اختزنت الآلام في عقلها الباطن.. و تفجر الخوف والذعر مرة أخرى في ليلـة الدخلـة.. كيـف يتحملها زوجها؟ وهل لها علاج..؟

إنها مواقف غريبة في حياة بعض الناس.. مواقف صعبة.. مواقف لا يدرك قدر ما فيها من ألم ومعانات إلا الذي يكابدها.. وقد يعـيش إنـسان ويموت دون أن يشعر أحد كم عانى وكم تألم وكم تعذب.. قلوب منغلقـة على أسرارها، وعقول مقفلة على غرائبها..

وهذا هو هدف هذا الكتاب.. أن يفتح القلوب ويكشف العقول لتنجلي الغرائب والأسرار، فتتباعد الشفاه دهشة واستغرابا.. ثم تزول الدهشة ونذير الرؤوس بعلم وتعقل لنتعرف على إنسان تائه وغريب.. لعلنا نقدر أن ندله على الطريق..

الصدمـة النفسيـــة: أشكالهـــا العياديـــة وأبعادهـــا الوجوديـــة

أ.د. عدنـــان حب الله – التحليـل النفـسي / ترجمـة: علـي محمـود مقلـد

مؤسسة الفرابي – ANEP

ahabalah@idm.net.lb

تقديـم: إيـف ديكريسـت

كتاب عدنان حب الله ذو أهمية راهنة، فهو حين يلقي الضوء على تعقيدات وعلى غنى العواقب الذاتية للصدمة، فإنما يتماشى مع طب نفسي "حديث" يجري محوا لفرادة الفرد.

عدنان حب الله، طبيب نفسي ومحلل مارس في بيروت أثناء حرب لبنان، إنه ينطلق من تجربة عيادية يشاهد وقعها في كل لحظة، إنه يرسم لنا هنا مسارا نظل أمامه أقل لامبالاة بمقدار ما يكشف إلى إدراكنا أن الأحداث الصادمة موجودة في كل وأحط منا.

وهو بعودته إلى النصوص الأساسية، يذكر بأن فرويد قد أشار إلى صعوبة اللاوعي عند أفراد يجابهون صدمة. لأن الصدمة عندما تربط الذات بالحدث تكفل وظيفة تجاهل الأنا، وتحوله عن ما هو جار له في الاستيهام (Fantasmisation) اللاواعي، وعندما تغيب الذات يقتصر الكلام على المصير عن القدر. وربما من أجل هذا أعطى فرويد، لفترة فقط، أهمية أكبر لدور الواقع الخارجي على حساب الاستيهام، وعندما اعترف بغلطه انفتح العصر التحليلي الخالص، حيث لم يعد العمل يكمن في إعادة بناء التاريخ تسلسليا بل في أرضية التاريخ داخل المكبوت من تأويله، (أي حفز المريض على سرد مكبوتاته لتأويلها).

وهدفنا هو العودة إلى السمات الكبرى لمسعاه. أمام تنوع المظاهر العيادية حمل عدنان حب الله (على اعتماد تجاربه الخاصة ومعارفه ليكمل عمله).

إن العصاب الصدمي النسياني نموذجه (موديله) حالة "رجل الذئاب". ويستفاد منه أن عقدة الخصاء هي الصدمة الأخطر التي يمكن أن يتعرض لها الرجل في حياته، وهي العرض المتكون الذي يبدو وكأنه القراءة الأخيرة لعلاقة الصدمة بالمشهد الأول المنشئ لها [1].

وإنها أيضا عيادة متميزة بالنسيان، نسيان الحدث ذاته، ومعه نسيان كل التصورات المربوطة مباشرة أو مداورة بالصدمة. هذه الآلية يسودها الاستيهام الذي يتشكل انطلاقا من دخول دال جديد اسمه "ما بعد الصدمة"، الذي يحاول أن يدخل على السلسلة الدلالية، (فيقلبها رأسا على عقب)، حاله كحال "نص جديد ندخله على نص مدون في الكمبيوتر (الناظم)، مطلق حرف لاحق أو سابق لا يبقى في مكانه. كل شيء يجب أن يعاد ترتيبه تبعا للنص المدرج. وبالطريقة ذاتها، إن الواقع الصدمي، ما إن يدخل فجأة إلى الحقل الذاتي، حتى يخلق تغييرات في ترتيب السلسلة الدلالية، لا تستطيع الذات، بعد، البقاء في المكان الذي قبعت فيه من قبل، فهي مضطرة إلى تقديم قراءة جديدة لتاريخها ولعلاقتها بالعالم ".

ويتميز العصاب الصدمي " الفرط تذكري" أو إصرار الذكرى (Hypermnésie)، عن اللوحة السابقة بارتباط الذات وتعلقها بالحدث الذي يبقى أكثر من حاضر، مشكلا ما يشبه نقطة انطلاق جديدة.

إن تكرار الحدث، وتوقف الزمن المنطقي يعكسان عجز الذات عن استيعاب هذا الواقع الذي لا يمكنها تمثله

وهكذا تدمج عيادة الصدمة مظهرين: النسيان حيث الحدث يخلق صدمة حين يكشف عن البنية الصدمية الكامنة، التي تقتضي تفعيل الكبت. وإصرار التذكر الحدث يصبح أكثر ارتباطا بزخم واقع دخيل يتسبب بانفكاك الترابط بين واقعي وخيالي ورمزي. وفرط التذكر يوجب تحرير الذات من أسرها الخيالي، مما يطرح مسألة معرفة حال الركيزة الرمزية في نظر القصور أو التعيب النرجسي.

ولكن هذه العملية الصدمية لا يمكن عزلها عن الظروف الاجتماعية والسياسية والثقافية. وانطلاقا من قراءة تحليلية للحروب الأهلية والحزبية بين لنا عدنان حب الله كيف أن الذات في مواجهة واقع جديد قد ترى نفسها في صدمة مضاعفة. في الواقع يحيي العمل الإرهابي لدى الذات إنعاش صورة قرينها المعاكس الذي يحملها على التماهي مع هؤلاء الإرهابيين، كما في الحرب التقليدية، تحيي استيهاما جماعيا أوديبيا. إن أقل جرح، أو الخوف من خطر ما، يتجاوب مع استيهام الخصاء حيث يصبح العدو العامل المنفذ للشيء الذي أسقطه الفرد عليه.

عبر مسعاه يبين المؤلف هكذا كيف يتعارض مع طب نفسي مأخوذ بالبحث عن الدلالات بهدف وصف التناذرات ومستبعد الذات كمسرح لهذا العرض. إن مثل هذه العيادة لا يمكنها عندئذ إلا الانتهاء إلى منوال سلوكي للظاهرة الصدمية، من نمط "حافز- جواب " وهو منوال يتخلى عن بعد اللاوعي.

إن الفرضية التي يدعو لها على طول كتابه هي بالتالي فرضية السببية الصدمية (وأثرها) في الجهاز النفسي (كما يدعو) للصدمة كمبدأ توليد الذات. إذ، إذا كان لا بد لوجود الذات من وجود لغة، فإنه من نقطة نقص الدال (المؤشر)، المتأتي من عصف الواقع، تحدث عملية الترميز. فالنقطة- النقطة التي لا يمكن، بمعنى من المعاني، الإشارة إليها- يمكن أن تكون مواجهة الإنسان بفكرة موته الذاتي كممكن، "هذا المجهول بامتياز" (حسب قول لافيناس)، هذا الواقع الذي لا يقبل التسمية، من الواضح أن هذه النقطة غير قابلة للدعم بشكل كاف بحيث نحاول الإحاطة بها، بتكثير الصور الخيالية للموت، المفهوم على أنه من فعل المصادفة، أو وفقا لنمط منطقي وعقلاني ("إنه نهاية حياة") تنسينا، بالوقت نفسه، الموت كموت. إن رفع هذا المستنكر، هذا الأسر المتخيل، الذي يستقوي على أثر رضة، تذكرنا بفكرة الموت، هو الذي يجعل ممكنا هذه العلاقة بالآخر، كمكان ينبثق منه ما في الموت من دلالة.

لقد فهمته الثقافات منذ زمن طويل جدا. فهي حين تؤسس طقوسها الجنائزية، فإنها تخرج قصة، تاريخا، كوسيطات رمزية، تتيح الانتقال من صورة الجثة، الصورة الفارغة، إلى كتبة الموت في الشأن الاجتماعي، وفي سياق الزمن، وفي فسحة الفضاء، مما يحافظ بالتالي على كيان الذات.

ولكن، إذا وجدنا، وراء هذا المثال الصدمي، الاستيهام في أصل التكرار، فإن عملا علاجيا يتبدى ضروريا لمساعدة الذات على استيعاب هذا الدال الجديد ضمن السلسلة الدلالية، وعلى تمكينه بالتالي من التكيف في مواجهة العالم.

من هنا هذا السؤال، الذي لم يتخلف المؤلف عن طرحه طوال كتابه، عن الشروط التي تتيح إقامة عمل تحليلي. لأن المصدوم، في مواجهة ما بعد "دال للصدمة" يرى نفسه مستبعدا من حقل اللغة. إنه لا يستطيع إلا أن يجسد الحدث، بتضمينه في الآخر، مكان تسجيله الرمزي. ومثله القول بأن الذات تتكشف عاجزة في الحال، عن تحمل ثقل التحول الذي لا يعمل إلا على إحياء الوضع الصدمي، بشكل تهديد بالموت آتيا من المحال.

كيف يمكن إدخال اللغة كوظيفة توسيطية؟ كيف يعطي المريض إمكانية التعرف على نفسه كذات في معاناته وتكوين عرض أثناء التحول والنقل؟ ما هو الشيء الذي يتيح سماع أكثر مما قد قيل؟ إن المحال النفسي يجد نفسه

هنا مدعوا إلى ترتيب وإلى اختراع إطار ملائم للظروف الذاتية لهؤلاء المرضى.

إنجاز جريء، لأنه يقتضي التخلي عن دروب معبدة جدا، في العلاج التحليلي الكلاسيكي، مما يوجب على الممارس أن ينسى معارفه لكي يستعيدها.

محتويـات الكتـاب

مصيـر الصدمـة: كيـف يقيـم الإنسـان مأتمـا لنفسـه

مدخـــل:

أصبحت الصدمة بعد الآن ظاهرة مؤثرة في مجتمعنا. وهي لا تنفك تتكرر وتلامس بازدياد دائم العياديين في مقاربتهم اليومية. يكفي أن ينظر المرء حوله لكي يتحقق أن مشاكل متعددة تتجه نحو السببية الصدمية، التي هي مصدر العديد من الاضطرابات السيكولوجية- المرضية. إن مجتمعنا الحديث، عند وعيه لهذه المصيبة، قد استجاب بإيجاد مختلف الأجهزة التي همها التصدي لطلب يزداد إلحاحه. لقد تم إنشاء تعليم جامعي (لهذا الغرض)، في حين فتحت وحدات عناية متخصصة بإصابات الحوادث والكوارث (Sinistrose) في المستشفيات العامة. والمسألة لم تقتصر فقط على المجال الطبي النفسي، بل تجاوزته فشمل الاستجواب حقل الممارسة الطبية بالذات، من خدمة الطوارئ وصولا إلى قاعة الإنعاش. فكيف يتم التصدي للعواقـب الذاتية التـي تتسبب بها الصدمـة؟ وكيف يتم استعـادة استمرارية حيث وجد انقطاع؟

إن الصدمة تأتي دائما على أثر قطع، قطع الإنسان عن وسطه الطبيعي، قطعه عن صورة مطمئنة، وعن مشروع مثالي في نظره، وعن عائلته وعن بيئة اجتماعية، وبصورة خاصة عن عهد الطفولة الضامن لرفاهه. إن الأمثلة العيادية كثيرة، خاصة وأنه في هذا المجتمع المتحول إلى مجتمع قطع، يجد الإنسان- وقد تجاوزه التقدم العلمي- نفسه مستبعدا أكثر فأكثر، كذات.

إن ظاهرات الإصابات بالكوارث ليست قليلة: حوادث طرقات، كوارث طبيعية أو حتى الحرب وعواقبها. فالحرب الأهلية- الموجودة هنا وهناك في العالم- وهي شكل حديث من أشكال الصراعات الدولية، أصبحت للأسف حدثا عالميا. الإنسان معتدى عليه بدون توقف، وملاحق بهذه الأحداث، يجد نفسه مهددا في استمراريته. عن هذه السببية الصدمية نتكلم في كتابنا، إذ منذ فرويد وإبراهام وفرانزي ظلت العاقبة الذاتية للصدمة غامضة وتقاوم الكشف عن سرها.

إذا افترضنا راهنية هذا الحقل العيادي، لماذا لا تسترعي الصدمة اهتمام المحللين النفسيين بالصدمة؟ هل لأن المصدومين لا يتوجهون إليهم، بل إلى الأطباء والى مؤسسات الاستقبال؟ ولكن إذا كان المصدومون يجهلون ما يمكن للتحليل النفسي أن يقدم لهم، فبالتأكيد أن المحال النفسي لا يفترض به ذلك. إن هذه الإشكالية باعتبارها ليست شأنا من الشؤون الموصى بها، ولا تخص تقنية في التحليل النفسي تقليدية، فالمحال النفسي الذي لا يشعر البتة أنه معني بالأمر ينزع إلى الانفصال عنها. هل هذه سياسة مستحسنة؟ إن اختصار المحال النفسي ليكون فقط مجرد تقني متخصص، معزولا عن الواقع العيادي القائم، يعني تناسي أن التحليل النفسي مدين- في اكتشافه الأول- إلى مفهوم الصدمة (Trauma). من المعلوم أن اللاوعي، يتكلم بداخلنا، مهما كانت كيفية العرض. إن الطريقة الفرودية قد اخترعت عندما تم إنشاء إطار مصطنع يتيح للاوعي أن يعبر عن نفسه بحرية... ومع ذلك لا شيء يفيد أن هذه الطريقة التي لاءمت البعض، هي ثابتة لا تتغير. يقع على عاتق كل محال نفساني أن يعيد اختراع التحليل النفسي الذي يبدو له الأكثر ملاءمة لكشف اللاوعي.

ومع ذلك فإن بعض المحللين، مساءلون في الأمر، إما مباشرة، عند ظهور حدث ما لدى المحللين عندهم (مرض خطير، حادث، وفاة أحد الأهل)، وإما بصورة غير مباشرة، عند زوال (حالة) نسيان، يكشف عن أحداث ظلت حتى حينه غير معلن عنها. إن التقلبات البنيوية، والعواقب على الوضع الشخصي والتي تتبع، تحملنا على أن نسأل أنفسنا عن دور هذا الحدث ووظيفته في قيام الذات بصياغة نظرية عصابها: أي بما تأثرت أو أصيبت؟ وكيف تشكل الاستيهام انطلاقا من هذه الصدمة؟

من المؤكد تماما أنه- في مواجهة أي شخص تلقى صدمة خطيرة، لا مكان للتأويل؟ تفتش الضحية لدى الفريق المعالج تفهم حالتها، واكتشاف مكابدتها، ووسائل تخفيفها.

في مرحلة ثانية فقط، في المرحلة التي يسميها فرويد "بعد فوات الأوان"، يمكن للمحال أن يتدخل، إذ لا يمكن التنبؤ أو استباق النظر، بعد صدمة ما، لا بردات فعل الذات، ولا بمآل هذا الحدث لاحقا.

احتمالان قد يطرحان: إما أن الحدث قد اندمج في بنية الفرد (الذات) شرط أن يدفع ثمن ذلك، أو أنه يبقى جسما غريبا لا ينفك يتكرر، محدثا من جراء هذا الواقع انفلاقا حول نواة تسمى المولدة للصدمة. (بهذا الشأن)، تكلم لاكان عن "واقع غير قابل للتمثل " يظل مكابدا طالما لم يتم اكتشافه وإدماجه.

وينبثق عن هذا الانقطاع الحدثاني هواز إلى التكرار. وعن كل دورة تسوية تنتج بقيـة تذكـر بما سبق تفويته في اللقـاء الهامشي الأول. نعيد

إكتشاف وضع المحال النفسي من تكرار فعله، فمنذ أن قام فرويد بثورته، أصبح مطلوبا من المحال أن يقلع عن الخطاب الشائع. إقلاعا لم يكن إلا فشلا جزئيا، فولتا.

إنه لإقرار بما يمثله بالنسبة إلينا، نحن المحللين، منطق الاهتمام. إنه اهتمام لا يمس واقع العيادة وحسب، بل موقعنا الذاتي في ممارستنا. إن الرغبة في التحليل، التي تفلت، كمنطلق يتعذر اختزاله، من هذه العملية الأولية، لا يمكن إلا أن تحفز ذاك الذي تتحكم به هذه الرغبة إلى تكرار- مع الآخرين- ما سبق أن شكل عملا افتتاحيا بالنسبة إليه.

I. الصدمـــة ككشـــف للبنيـــة

يهدف هذا العمل إلى استجواب دواعي المرض الصدمي وعواقبه على الصعيد الذاتي. والفائدة بالنسبة إلينا نحن المحللين النفسيين مزدوجة: فهي تقع في آن في جانب العصاب الصدمي وفي جانب العلاج التحليلي، لأننا نلاحظ أن كل محال، يحمل عندئذ، في سياق عرض قصته، سمة حدث صدمي: ولادة أخ أو أخت، الموت المفاجئ لشخص عزيز، طلاق الوالدين، اعتداء جنسي، هجر أو حدث خطير، وحتى، في أقصى حد، المشهد البدائي، الذي يكتسب صفته الصدمية ليس فقط جراء إقصاء الفرد بإزاء الرغبة الشهوية لوالديه، اللذين يرفضان أي حضور لطرف ثالث، بل أيضا، بنتيجة أن المشهد إياه، باعتباره إخراجا في الفعل، يعيد طرح النظرية الجنسية الطفلية حول الولادة على بساط البحث عندما تبرز أثناء عمل تحليلي. هذا المشهد- المعرى من أية أسبقية، المعتبر العمل المؤسس لوجوده- يبين دخول الذات، في تاريخها الجنسي. أي وجودها يفترض غيابها أولا.

عندما يرتجف مطلاق شخص من طبشة الباب، يعرف أن عودة المكبوت كانت- فعلا- عند الباب. مستفيدة من لحظة غياب الأنا أو من ضعف اليقظة، فيقفز المكبوت، أكثر فأكثر لكي يعرف عن نفسه. من هذه الصدمة الدنيا آخذ مثلا آخر، عن طفل يتعرض لصدمة ما، يبين لنا بشكل أفضل الفائدة لموضوعنا. طفل صغير ما تعود أن يستحم مع أمه أو أخته، دون أن يحرج عريهما أحدا. وكان كافيا لعملية جراحية تافهة، (استئصال اللوزتين، أو استئصال الزائدة الدودية)، أو لحادث سير في عمر الخامسة أو السادسة حتى تطن الصدمة التافهة، في نفسه، بمفعول رجعي فتجعل مشهد العري، العابر حتى ذاك الحين وغير المؤذي، عنيفا وكاسحا. فالنظام المستقر في حقيقته النفسانية، أي إنكاره للخصاء، قد أعيد، ووضعه على بساط البحث، وإن مقلوبا. وإذا انعدمت الوساطة الرمزية، فإن المفاعيل قد تأتي مدمرة، فتتسبب بعصاب، إن لم يكن بهذيان أو بهلوسة. تلك كانت حالة "رجل الذئاب" التي سوف نراها عندما خدش إصبعه الصغير. إن الرضة تفرض بالقوة إعادة اكتشاف واقع مكبوت أو مغيب في تاريخ الذات.

لننتقل الآن إلى شكل آخر من الصدمة المسماة خطيرة: حادث "جوي " أو في السكة الحديدية، حادث سير، أو أيضا، في بلد في حالة حرب، إرهاب، قصف مدفعي عنيف، انفجار منجم أو سيارات مفخخة. في هذه الحالات تكون ردات الفعل مختلفة، لأن الصدمة لا تتعلق فقط باستعداد سابق سيكولوجي، فهي قد تتفاقم أيضا لحسابها الخاص، خاصة عندما تغير واقع الذات.

وهذا ما يحدث- مثلا- عند موت شخص عزيز، أو عند خسارة مال، أو بتر عضو.

في مرحلة أولى، تظهر ردة فعل مباشرة، منبعثة من قوة الاصطدام بالواقع الذاتي، صدمة منبعثة- حسب النظرية الأساسية عند فرويد- من فائض في المحفزات، إن الإثارات تتجاوز كثيرا طاقة استيعاب النيرونات الحامية. والجهاز العصبي المركزي، المعطل بتدفق هذه الإثارات الداخلية، يتصرف بأشكال مختلفة. والغريب، أنه، يمكن لشخص في مكـان قريب أن لا يسمع صوت الانفجار، في حين أن شخصا آخر، موجودا على بعد كيلومترات من المكان، يتأثر بقوة الضجة. إن هذا النمط من الصمم يمكن أن يشبه بظاهرة العمى في حالة ضوء كثيف. إن ردة فعل شخص مصدوم تتعلق بعنف الحدث، وبحالة عدم الانتباه، وبشكل خاص بحالته السيكولوجية قبل الرطمة. وتختلف ردات الفعل: الإغماء، وعندها ينسحب المصاب من المشهد النفساني لكي يحتمي، أو تسطل- رعبي، انطواء طفولي على النفس، وضع جنيني، التظاهر بموت ظاهري، نوبة من الرعب الجماعي، ضيعان عقلي وأيضا ردات فعل عجيبة، لم تكن محسوسة ولا معاشة من قبل، وتصبح صدمية بعد فعل الحدث، تلك هي حال أولئك الذين يتبدى سلوكهم مغايرا للصورة التي أعطوها عن أنفسهم في الحياة الاجتماعية، كل هذه الانعكاسات- حقيقة- لا تظهر مصادفة: بل إنها تتطابق، في مخيال كل أحد، مع أوضاع دفاعية وحمائية بقيت حتى ذلك الحين مكبوتة أو غير محتسبة.

وبعد زوال هذه الصدمة- وفعلها الأولي ما هو مصير آثارها في النفس؟ كيف سيتصرف المرضوض، خاصة إذا تسببت له هذه الأحداث بخسائر جسيمة؟ عند اليقظة، يتيقن بأنه قد حصل له شيء ما، إلى درجة أنه لم تعد له ذات العلاقة بالواقع؟ من جراء هذا، يغير وضعه الذاتي مكانه، ولا يعود لحياته المستقبلية، لا ذات التوجه، ولا ذات الهدف، فقد تجاوز الحادث الإطار التسلسلي في فضائه الزمني. إن ردة الفعل النفسانية تجاه حدث ما، لا تكون دائما متناسبة مع كمية المحفزات الخارجية. عندما تحصل مثل هذه الظاهرات، يطرح السؤال: ماذا حصل؟ ويتم التساؤل حول التأويل الواجب إعطاؤه لهذا الحدث أو ذاك.

إن النظرية الصدمية، وتأويلها، قد لقيت في السنوات 1895- 1897، منعطفا كبيرا في المسار الفرويدي. فقد اضطر فرويد إلى التخلي عنها لصالح نظرية الاستيهام (فانتاسم) والاستعداد المسبق السيكولوجي للعصاب. هذه المقاطعة للنظرية السابقة وإلغاؤها بعدما كان يعلق عليها الآمال، كان لها فعل الصدمة في ذات فرويد نفسه. فقد كتب يقول إنه أحس بأن الأرض تتزلزل تحت قدميه، وأن كل شيء ينهار حوله: مشاريعه، الثروة، الرحلات، الشهرة، راحة الأطفال، الخ. كل شيء قد انهار مع "النروتيكا". اكتشاف علمي مخرب ومدمر، كان له، بشكل عام، أثر صدمي في مكتشفه، قبل أن يتحول إلى معرفة تكوينية. على غرار الأثر الصدمي لاكتشافات كوبرنيك وغاليلي، على المعتقد الديني. ولم ينج فرويد من هذه القاعدة [2].

إذا كان للأنا وظيفة تجاهلية تضليلية، فيما يتعلق بتجليات اللاوعي، فإن الصدمة تأخذ المناوبة، وتثبت الذات (تربطها) في الأحداث وتحولها بذات الوقت، عما هو حاصل- بالنسبة إليها- في الاستيهام اللاواعي. وبهذا المعنى يكون هنا تطابق بين الاستيهام، والحادثة "الواقع" [*] الكشف عن الحقيقة: إن الشيء الذي كان حتى ذلك الحين مغشى ومحجوبا يعود إلى الظهور في الواقع.

والانقسام الذي يطرحه فرويد بين هذين السجلين أتاح لنظرية التحليل النفسي أن تتحرر من سيطرة الأنا. فبالنسبة إلى فرويد، قد يكون للصدمة مفعول وتأثير بالغ بعد الحدث. ونستطيع أن نضيف أن بفعل الرطمة، يظهر التعديل في بنية الذات، ومع ذلك إن مفعول الرضة، لا يكون ممكنا إلا بمقدار ما يقدم دالا جديدا غير معروف سابقا. مثاله، المرأة التي تعرضت لحادث اغتصاب، اغتصاب لم تكن- بالتأكيد- قد توقعته ولا تخيلته، تفقد كل إحساس بجدوى ونفع جسدها، لأن المكان المقدس في صورة هذا الجسد، يخرج- بعد الآن- عن ملكيتها في نظام الرغبة. وإن بروز هذا الدال غير المعروف، هو الذي سيكون في أساس علم الأمراض الصدمية.

إن عنصر المفاجأة هو بعد أساسي في الصدمـة: إنه، في اللحظة التي

يكون الفرد أكثر ما يكون في غفلة تكون المفاجأة أكثر صدما، ويكون أثرها أكثر اكتساحا.

بالنسبة إلى فرويد لا يكون الارتطام صدميا إلا بمقدار ما لم يتح للأنا الوقت الضروري لكي تستنفر جهازها الدفاعي، وانطلاقا من هذه الملاحظة يحاول فرويد في "ما بعد مبدأ اللذة"، أن يعلل الأحلام الرضية ذات الرجع أو التكرار. إن الترتيب "غياب حضور" سوف تكون ضرورة (فور- دا For-da) (**) قصة الترميز الأول لحفيد فرويد في توالي ترميز الشيء. ويركز التكرار على أثر الصدمة كي يدخل، هذه المتتالية أي حضور- غياب كي يتيح للذات الانفصال عن الثبوتية الزمنية.

إن وظيفة هذه الأحلام المتكررة تتجاوب مع هدفين بحسب النظرية الفرويدية: من جهة إعادة إنتاج الحدث، من أجل إعادة تكوين الإخراج، حيث يحاول المصدوم أن يستعيد كشف العنصر الضائع، ومن جهة أخرى استرجاع "الخوف " كنظام دفاعي كان، بسبب مفعول المفاجأة، قد تعطل أول الأمر. إنها محاولة شفاء آنية عفوية- يقول فرويد- تتيح للمصدوم أن يسيطر على الحدث وذلك عن طريق إدماجه في حقيقته النفسانية. هل بالإمكان الاستنتاج- من هذا- أنه بعد هذا التصحيح، تصبح "الذات" راضية، بحجة أن التصحيح يعيد إقرار حالة سابقة؟ كلا، لأن هذا يعني أنها تصبح بنوع من الأنواع محكومة بأن تعيش، بعد ذلك، مع حصرها كبديل للحدث الرضي. وعندها لا يكون الهلع مجرد دفاع بسيط، بل إشارة إلى ظهور دال ولادته الرضة، ولا ينفك هذا الدال الواقعي يلح باستمرار لكي يحقق التعريف بنفسه.

قدم فيرنتزي- بخلال مؤتمر بودابست سنة 1918- أن التنازر العيادي(Syndrome clinique)، المتمثل بإحباط، أرق، وسواس المرض، الحصر، اللاتسامح، الغضب، فرط الحساسية، سوء السلوك الخ- سببه ظاهرة نكوصية- تترجم عن نفسها بفرط توظيف الليبيدو (الغلمة) على الأنا مع كل ما يستتبع ذلك: استقواء نرجسي، الإلحاح في طلب الحب، وإشباع النزوات الطفولية الزائغة الشاذة. هذا التنازر الصدمي المتأخر لا يحدث- بحسب رأيه- إلا عند أشخاص من ذوي الاستعداد النرجسي المسبق الهش، كانوا مصابين من قبل- وبدون علم منهم- باضطرابات جنسية. هذا التفسير وحتى ولو صح على الصعيد العيادي- لا يجيب مع ذلك على سؤالنا وهو: كيف استطاعت الصدمة أن تكشف القناع عن هذه البنية السابقة؟ وهل يفسر ذلك الأسبقية لكل ما يحصل في التغيير البنيوي للذات؟ إن تأويل فيرنتزي يتوافق مع نظرية فرويد الاقتصادية، ولكنه لا يقول شيئا عن علاقة الذات بالحدث، ولا كيف أمكن- بعد دخول ترتيب جديد- تغيير وضع الذات نفسها.

لاحظ إبراهام- بخلال هذا المؤتمر وهو يأخذ بتقرير فيرنتزي، في أساس الاضطرابات التي تعقب الصدمة، وجود استعداد قبلي فردي ذي طبيعة جنسية أو نرجسية، ولكنه (إبراهام) تساءل عن مسؤولية عامل آخر في حالة الصدمة القوية الخطيرة، كمثل حادث قد يؤدي إلى الموت أو كمثل فعل خطر يهدد حياة إنسان آخر ارتكبته الأنا. في مثل هذا الوضع، تكون علاقة الأنا بواقع الموت هي التي توضع موضع التجربة. نحن نعرف أن كل فرد يكون نظريته الخاصة عن الجنس حتى قبل أن تحصل له معرفة حقيقية بالجنس. كذلك يشكل أيضا نظرية عن وجوده وعن الموت تبعا لتركيبته النرجسية فهو قد يمضي عمره كله على سبيل المثال مؤمنا بخلوديته أو بالحماية الإلهية التي توفرها له قوة خفية خيرة ورحومة. ماذا يحصل له عندما يجد نفسه معرضا لخطر يبدو فيه الموت فجأة لا مفر منه؟

لنتصور رجلا يسوق سيارته بهناء مع عائلته. إنه في أول يوم من أيام عطلته، ويتأمل الطبيعة، ويستمتع بسماع الموسيقى، منصرفا إلى التفكير في هناءاته القريبة. وفجأة وبلحظة من ثانية يحدث الحادث الذي يقلب حياته.

رجل آخر يتخذ مكانا له في المترو منصرفا إلى التفكير في اليـوم الذي ينتظره، ويطالع صحيفة، ويتعجب من الاضطرابات الإرهابية التي تحدث هنا وهناك في العالم، ويعتقد مطمئنا أن هذا لا يطال إلا الآخرين- في البلدان المتخلفة- الواقعين على بعد آلاف الكيلومترات، ثم وفجأة، تنفجر قنبلة بقربه، صدمة الانفجار والدخان، والنار والصراع والدم والأجساد الممزقة. وهكذا يجد نفسه منقولا إلى عالم آخر، إلى الجحيم الذي سبق له أن طرده من ذهنه، منذ لحظة من قبل، وها هو في مواجهة واقع لم يكن مستعدا له على الإطلاق.

هذان المثلان يتيحان لنا أن نتثبت من ظاهرة مماثلة مهما كانت بنية الذات، فقبل أن يتسنى الوقت للتفكير- في جزء من الثانية- وقعت الواقعة وانقلب كل شيء بالنسبة إلى الأول والآخر. فالحياة- بعد ذلك- لم يعد لها ذات المعنى، ولا ذات المسار، خاصة عند وجود ميت عزيز، أو بتر لا برء منه. فقوام الصدمة لم يعد يتعلق فقط بالخسارة، بل أيضا بمفعول الحدث، والمفاجأة، وبواقع عصف في الأنا بدون وساطة محدثا شرخا، فجوة. إن الخيوط التي حبكت شبكته الدلالية انوجدت وبضربة واحدة محلولة، والفضاء المتجانس الذي كان يعيش فيه هذا الأنا، أصبح مكسورا مبتورا، والزمن الذي كان يوصل بين الماضي والحاضر والمستقبل قد توقف. ونجد أنفسنا أمام شرخ في تاريخ الأنا. لقد انتهت حقبة وبدأت حقبة. في بعض الأحيان تظهر على المصدوم من الإشارات والأعراض تشهد بتوقف الزمن: منذ الحادثة، لم يعد يعيش، رقد سمعت كثيرا أشخاصا تحت وطأة حدث خطير يقولون عن حياتهم إنها مقسومة إلى قسمين. فمنذ الحادث، أصبح وقوع الفاجعة (العتيد) هو المرجع التاريخي الذي يحل محل تاريخ الولادة. فهناك ما قبل الحادث وما بعده، كما لو أن الأمر تعلق بموت أو بعث، حتى ولو ظل هؤلاء الأشخاص شهودا على انفلاق وجودهم إلى قسمين، في الثقافة الشرقية مثلا- إذا خرج إنسان حيا من حادث ما- يقال إنه انكتب له عمر جديد. وعندها تأخذ الصدمة ذات دلالة الولادة، أي أن الحادث يدخل في حكم ما هو مكتوب أو مقدر. في هذا الشرخ المستحدث في نفسية المصدوم، فيما كان مستقرا في سياق تاريخه وما سيحدث في تاريخ جديد، تاريخ قد يكون مستبقا، يبلغ الألم نقطة الذروة، لأنه- بعد الآن- يصبح مربوطا مرهونا بنقطة التوقف هذه، نقطة الانشطار، إنه لم يعد- بعد الحادث- منتميا لا إلى الماضي، ولا إلى المستقبل، كما أن الحاضر أصبح مغيبا.

بعد الصدمة يبقى بعض المصدومين مربوطين متعلقين بالحادث، بحيث يعجزون عن التفكير بأي شيء آخر، فهم بحاجة- لكي يتخلصوا من هذا الارتباط- إلى النسيان، والى دمج الحدث في ذاتهم، أو إلى إدخاله في نظامهم ونهجهم. ومن جراء الفشل في عملية التناسي تتسلسل العواقب المرضية النفسانية. والإنسان، في عملية التثبيت هذه- وحيث يوجد الحدث - يكون مستبعدا، إنه مغيب بفعل المفاجأة، على غرار ما حصل في المشهد الأول (***). فهو إذن يحاول أن يتآلف مع هذا الفشل، وهذا ما تؤكد عليه العيادة التحليلية. ولكن هذا الواقع لا ينفك يتكرر، متأرجحا بين المعنى واللامعنى.

إن التكرار الملحوظ في الصدمة يحاول أن يجمع بين الزمنين: الغياب والحضور في سلسلة واحدة، وهكذا تنفصل الذات عن الارتهان (الربط) المؤقت، في حين أن الحدث المعني، مع ما يحتمله من تطور، يتولى، كوظيفة، تعليق الصحية، المدفوع بفعل التقائه الأول مع الموت، في الفضاء، الزمن. هذه المسألة طرحت مشكلة أمام فرويد، فتساءل هل إن الكف أو الكرب الذي يظهر في اللحظة أو بعد الضربة، هل هو ردة فعل غايتها تفادي وضع فنائي خطير، أو بقول آخر، هل هو كرب أو كف من أجل الحياة. واعترف فرويد- متضايقا- بأنه لا يرى كيف يمكن إدخال العملية الجنسية في نشأة هذا العصاب- خاصة كما يقول- إنه لم تتح له الفرصة لكي يحال مرضى مصابين بالصدمة المفاجئة.

ولعـلاج هذا النقص التنظيـري، أدخل فكرة النرجسية التـي تصنف

التوظيف الليبيدي للأنا من بين توظيفات المواضيع الأخرى (الغرض). وبالمناسبة شدد فرويد على الطبيعة الجنسية لمفهوم الليبيدو. واستنتج فرويد من ذلك أن كل انفصاله عن معية شيء مهما كبرت قيمته أو صغرت هو في جوهره صدمي، ويؤدي إلى عقدة الخصاء. من أجل هذا تمسك بقوة بالفكرة "إن الرهبة من الموت يجب أن تفهم كمماثلة للرهبة من الخصاء" [3].

إن غموض المسألة لا يزال كما هو لأن الموت يحيل إلى شيء ما لا يصوره مفهوم الخصاء. الإنسان يمكن أن يخشى خسارة شيء معروف، أما الموت فيما هو موت، فيظل في سجل المجهول، إنه لا يستطيع بعث خوف حقيقي، لأنه لم يحصل تجربته على الإطلاق. وكل ما يفكر به عن الموت يدخل في التمثل الخيالي، وفي الثقافة والخرافة، والدين. بالمقابل، للحياة نوع من التصور يحيل الذات إلى توظيفاتها الداخلية أو الخارجية، ذات الطابع الاجتماعي والعائلي والمهني، والعاطفي. فمن هذا المجموع يتشكل كيان الذات، وكل فراق يعادل بالتالي خسارة الحياة.

هل نستطيع الاستنتاج بأن الخوف على الحياة، لا يكون معادلا للخوف من الموت؟ أحدهما يحيل إلى معرفة الذات، إلى الأغراض الأكثر قيمة "التي هي من دون ثمن "، والآخر يحيل إلى المجهول، إلى الشيء الذي لم يعش أبداً ولم ير أبداً، إن المجهول بذاته هو مصدر قلق (هم) لأن الذات تخشى أن تجد نفسها في مكان ليس فيه أي تعرف يشهد لها على وجودها، في مكان يضيع [4] فيه كل مرتكز لأنه "خارج التصور" أو خارج الاعتراف الرمزي. يبقى أن العامل المخرب المبلبل في الصدمة هو الصفة غير القابلة للتخيل، من جراء بزوغ، الواقع المستحيل كبديل مما يضفي عليها صفتها الغير المعقولة كونها تجعل الواقع أمرا غير ممكن عصي على كل وساطة رمزية.

إن دخول هذا الواقع، العاصف، يقلب الترتيب القائم، بمقدار ما هو آت من مكان غير مسمى، من خارج الزمان، وخارج المكان. من هذا المنطلق تبدو لنا نظرية القدر. في الواقع نحن عاجزون عن تحديده في الزمن أو في الفضاء. والعواقب السيكولوجية المرضية، التي ذكرها المؤلفون تشتق من زعزعة اليقينيات النرجسية التي تربط الذات بالعالم. إن الإنسان مدعو إلى التعرف على ذاته، في وهنه، وفي عجزه. وكل النظريات التي استطاع أن يفبركها- كل قدرة خيرة، الخلود، وإنكار الموت والخصاء- تنبعث فجأة أثناء الرضة، يعيد الواقع طرحها الذي لا يقبل التسوية، لأنه هو النظام. وله الكلمة الأخيرة بعد أن مضى.

لقد أسس فرويد وفيرنتزي وإبراهام نظريتهم، حول الصدمة، على السبقية والاستعداد المسبق السيكولوجي، فأولوا على ضوء هذه الأسس، ما يجري في معاش الذات المصدومة. ولكنهم أهملوا العنصر الصدامي المنبثق من الواقعي (أي تأثير الحدث المباشر)، وعواقبه في صميم تاريخ الذات أو علاقته بالزمان والمكان... هذا الواقعي، الذي ينساب في سياق الشبكة الدلالية للذات، يولد تعديلا بنيويا، يزداد تخريبه كلما ازدادت زعزعته للقناعات.

وكذلك في الميدان التحليلي، أثناء عملية الانتقال، أو التحول في العلاقة التحليلية، لا يكتفي المحلل بتكرار الوضع، بل يخلق منه أوضاعا أو أحوالا جديدة، بشكل ابتكاري خالص. وهذه الأحوال الجديدة تندمج وتشكل قصته الذاتية. إنها عملية إعادة كتابة لتاريخه. هذا الانتقال، عندما يحدث، يكون له مفعول صدامي. إن عملية الترميم تقوم على معرفة هذا المفعول. إن الرضة تذكر الذات، في تأويل أول أنها مديونة للحياة (بشيء ما)، والإنسان ميال إلى تناسي إنه مدين بموت ما لهذه الحياة (التي يعيشها).

(1) المشهد الأول: هو تصدر علاقة الأب بالأم التي كانت سبب ولكن على حساب إلغائه كمدرك.

(2) إنه بهذا المعنى يكون للرض مفعول انتقالي. نحن نعرف أن الاكتشاف النظري الذي قام به لاكان كان في منشأ مقاطعاته المتعددة للوسط التحليلي: وحدث الأمر ذاته بالنسبة إلى فرويد، عندما أدخل الشك في مفاهيم مسيطرة في عصره بعدما أصبحت معتقدا ساندا، فالاكتشافات العلمية تزعزع الحقيقة الثابتة وتنقل العلماء من اليقين إلى الشك بفعل صدمة الاكتشاف.

(3) S. Freud, inhibition Symptôme et angoisses, Paris, PUF, 1990

(4) تهدف الأديان كلها في محاولتها بناء الماوراء أن تعالج هذه الثغرة، وأن تخلق عالما يستطيع فيه الإنسان أن يتعرف إلى ذاته حتى في الجحيم، لأن العدم أسوأ من الجحيم.

(*) الواقع هو الحدث الذي يأتي من الخارج ويستحيل إلغاؤه أو إعادته. سيما أنه قد أحدث تغيرات جوهرية في نظرتنا.

(**)المقصود تغييب الشيء بعد حضوره، كي تتمكن الذات من ترميزه أي تسميته ثم السيطرة عليه والتحكم به.

(***) المشهد الأول: الذي يشهد ولادته على شرط أن يكون مغيبا.

Counseling and Psychotherapy with Arabs and Muslims: A Culturally sensitive approach

Marwan Dwairy, D.Sc. – Psychology / Nazaret

admin@marwandwairy.com - psy@marwandwairy.com

Table of Content

Preface

The reader of this book will find within it ideas and models based on my 25 years of experience in clinical, educational, developmental, and medical psychology among Arab/Muslims, Jews, and Americans, but mainly among Palestinian-Arabs. I studied for my master's degree in clinical psychology at Haifa University in Israel, during which time I received some practical training at Jewish psychological centers in Israel. Thus, both my theoretical study and practical training were based on the Western-oriented theories of psychology. Immediately after graduation I opened the first psychological center in my city, Nazareth, which is the largest Palestinian-Arab city in Israel.

The main experience I remember from my first year of work in Nazareth is that my clients seemed to be different from those described in the context of psychological theories. They reacted differently to my diagnostic and therapeutic interventions. They tended to focus on their external circumstances and were unable to address internal and personal issues. Terms such as self, self-actualization, ego, and personal feelings were alien to them. They emphasized duty, the expectations of others, the approval of others, and family issues. In conversation with my clients, the task of distinguishing between the client's personal needs, opinions, or attitudes and those of the family was almost impossible. This experience was very disappointing and threatening to a new and enthusiastic psychologist who believed that the psychology he had learned was universal and should therefore work equally well among Palestinian-Arabs as among any other people. Based on the premise of "If I did it, they can do it", during the first years in Nazareth I tried to fit the clients to the "Western oriented psychology", using a variety of educational community projects to mold them. Only after several years did I realize that it was I who should be fitting my theories to the community. Since then I have been trying to adjust Western theories to fit our social and cultural reality.

My writings are therefore not of one whose orientation is solely Western and who looks at and judges the Arabic culture only from a Western perspective. Rather, they are based both on my personal experience with the Arabic culture in which I was raised and which I have studied for many years, and on my formal learning and professional training in Western psychology. I have tried to discover where Western approaches to psychology do or do not fit the Arab/Muslim culture and how counselors may employ the Arab/Muslim values, customs, and norms in counseling and therapy. This book does not address traditional Arabic and Muslim healing practices that are common in these societies.

In this book I extend the scope and deepen and enrich some of the ideas presented in my previous book "Cross-cultural counseling: The Arab-Palestinian case", published in 1998. I extend the Palestinian case and present a more coherent conceptualization of the personality of all Arab/Muslims, and intervention therapy among them. In the first part of the present book the history, demographics, and culture of Arabs and Muslims in the world and in the USA are introduced. In the second part a culturally sensitive revision is made of the theories of development, personality, assessment, psychopathology, counseling and psychotherapy. My spouse, Khawla Abu Baker, who is a family therapist and an expert on Arab and Muslim women's issues, has contributed two chapters, sharing with the readers her valuable experience among Arab/Muslim families in the USA, Palestine, and Israel.

While this book highlights some basic psycho-cultural features of Arabs and Muslims, I would like to draw the reader's attention to avoid two main biases that Hare-Mustin and Marecek (1988) discuss concerning gender differences: alpha and beta

biases. If I borrow these biases and apply them to cultural differences, then alpha bias indicates the exaggeration of differences existing between cultures. The existence of psycho-cultural features among one culture does not exclude these features in some way or degree from another culture and does not deny many shared universal features. Cultural features are always relative and not absolute, and therefore if we claim that Arab/Muslims live in a collective/authoritarian culture, this does not mean that no other nation shares the same culture in one way or another. On the other hand, beta bias involves a denial of the differences that do exist between cultures. This bias may be called "color blindness" toward cultures, its proponents claiming that all people are the same. When we compare cultures, we need to remember that similarities should not make us blind to diversity, and vice versa. In addition, it is suggested that readers also avoid a third bias, which is generalization within the culture, and avoid looking at cultures from a stereotypic perspective, while denying individual differences and variations within the same culture.

The September 11 attacks have distorted the real image of Arab and Muslim cultures. Since then, Arab and Muslim citizens in the West have become victims of misunderstanding or accusations. I hope this book will enable the Western reader to know these people and will contribute both to the development of cultural sensitivity among practitioners who work with Arabs and Muslims and to the world effort to develop cross-cultural psychology.

Marwan Dwairy

▪ Part I: The Psycho-Cultural Heritage

This part introduces Arab/Muslim history and culture to Western practitioners. The main notion described here is the collective and authoritarian features of Arab/Muslim societal behavioral norms. Readers will notice in the coming chapters that, for Arab/Muslims, history is not only a matter of a past background and heritage, but also a significant component of their daily experience in the present. Culture is also not only a collective matter but also an inseparable component of the individual's self.

The presence of history and culture in the lives of Arab/Muslim immigrants in the West is very noticeable. These components become distinct and influential when immigrants are exposed to the different culture. Practitioners who are aware of these components are better able to understand their clients and the contribution of the Arab/Muslim history and culture to their behavior, emotions, and attitudes. Chapter 3 is allocated to giving a more precise description of the Arab/Muslim immigrant. These immigrants lead their lives against two cultural backgrounds: the Arab/Muslim one that is described in this part of the book, and the Western individualistic one. The amount of influence exerted by either culture may vary from one client to another, depending on the client's level of acculturation and assimilation into Western life. Simply put, some clients are more "Arab/Muslim" while others are more "Western." This book may help clinicians understand the Arab/Muslim portion of the client's personality.

Clinicians who work with Arab/Muslim immigrants may wonder whether the psycho-cultural characteristics described in this book refer more to Arab/Muslims in the U.S. or to those in Arab/Muslim countries. Regardless of the client's residency, clinicians need first to evaluate the level of acculturation and to evaluate to what extent client is an "Arab/Muslim" or a "Westerner." Based on this evaluation, clinicians can fit their attitudes and interventions regardless of the clients' residency.

▪ Part II : The Psycho-Social Development and Personality in Collective Society

How do the collective/authoritarian culture and exposure to Western cultural influence the psycho-social development, personality, and psychopathology of Arab/Muslims? Reading this part, Western practitioners will begin to realize that some of the well-established notions incoporated in theories of development and personality need to be revised in order to understand Arab/Muslim immigrants and avoid pathologization of their emotions, attitudes, and behavior. Independence of the self and the distinctions between mind and body and between the individual and the family are some of the major notions that need to be reconsidered when working with Arab/Muslims.

These cross-cultural differences render a culturally-sensitive approach to assessment and diagnosis essential, and therefore new assessment instruments need to be developed for the major factors (such as level of individuation), which have to be assessed. The clinical picture of some psychological disorders are different from those known in the West, and therefore the criteria of normality and pathology need to be re-determined to fit the Arab/Muslim norms.

▪ Part III: Working with Arab and Muslim Clients in the U.S. and Abroad

Based on the cross-cultural differences in personality and psychopathology, psychotherapeutic strategies and techniques should be revised when working with Arab/Muslim clients. Psychotherapy and counseling that aim to help the client to fulfill himself or to "make what is unconscious conscious" may not fit Arab/Muslim clients whose personality is collective not individual. Some times these strategies may be counterproductive and work against the good of the client.

Interventions that restore order in the family, rather than order in the self are recommended for Arab/Muslim immigrants. In some cases, clinicians need to avoid revealing some of the client's unconscious contents in order to avoid tough confrontation with the family. In these cases indirect therapy such as metaphor therapy is recommended.

▪ Conclusion

Practitioners who work with clients of Arab/Muslim descent in the West are expected to encounter some emotional, cognitive, and behavioral styles that are not typical to Western clients. Judging these styles according to Western theories may lead to a lot of misunderstandings on the part of the practitioners, and of alienation on the part of the clients. Of course, not all Arab/Muslims are alike, but rather they are spread along a continuum of traditionalism-Westernization. In fact, the personality of most of Arab/Muslim clients has a traditional portion and another Western portion. The differing proportion of the two portions makes the cultural differences between the clients. The more traditional a client, the more is his identity collective. The previous chapters intended to help practitioners to understand the traditional portion in the Arab/Muslim clients. The collective cultural background makes its impact in almost all areas of psychology. The psycho-social development of Arab/Muslims who are more collective does not end in an independent autonomous personality; the distinctions within the intra-psychic components such as emotions, thoughts, values and the distinction between the individual and her family is vague or absent. Collective Arab/Muslim clients are directed by an external control; they are concerned with social approval or sanctions; their inter-personal

conflicts are more important than the intra-psychic ones; and they need social coping mechanisms more than defense mechanisms to solve the conflicts. These cultural features influence the clinical picture of many psychological disorders among the traditional Arab/Muslim immigrants. Their distress is manifested in bodily complaints. Some of their normative behavior, such as psychological dependency or cultural delusions, may be pathologized by practitioners who are ignorant of the Arab/Muslim culture.

These cultural differences necessitate special attention when the Arab/Muslim client is evaluated in order to gain a better understanding and to suit the therapy to her. Within this context, therapists should not be misled by formal factors such as residency (U.S or Arab countries resident), gender, age, education, religiousness, or social role. Instead, level of individuation, ego strength, and strictness of the family are the important factors that need to be evaluated. Based on these three factors, clinicians and counselors can tailor the therapy to fit the client. In the case of a traditional client who is more dependent, has poor personal resources, and lives within a strict family, therapists are recommended to avoid "digging" into the unconscious or intimate personal issues and avoid working to achieve independence, self-actualization, or assertiveness. Instead, it is recommended that they work with the family within a cultural empathy and regard, to help the client achieve better satisfaction and adaptation to the familial system. Therapists are recommended to utilize members within the family and factors within the client's cultural system to enhance change. For these clients, indirect therapy such as metaphor therapy is recommended.

▪ Epilogue

By the time they reach the end of this book I hope that the readers will have become aware of the shared psycho-cultural characteristics of Arab/Muslims as compared to Westerners. I hope they will also bear in mind the diversity among Arab/Muslim countries, genders, and ages, and the differences between urban and rural, and educated and uneducated people. Shared characteristics should not blind one to the cross-cultural or individual differences that need to be sought in every client.

These reminders are important because when groups are discussed, it is difficult not to subtly adopt a stereotypic approach. This may be one of the inevitable costs of discussing group characteristics or even of conceptualizing several observations within one concept. It is necessary to draw attention to this mistake of generalization, so that it will be perceived and avoided; I hope I have avoided such a generalization. We need to keep individual differences in mind when we learn about any group, such as gifted or depressive people. In each case, including that of Arab/Muslims, we learn about what characterizes the group and what differentiates it from other groups. In addition to these between-group differences, we need to keep seeing the within-group and individual differences.

The shared/collective characteristics of Arab/Muslims described in this book are best considered as a cognitive framework or background against which counselors and therapists can interpret the result of their examination or understanding of a specific client. As always, the burden is on practitioners to identify the individual characteristics of their clients and locate them on a collective/shared cultural map – a process similar to when a clinical psychologist conducts a psychological assessment and relates the individual to the diagnostic map suggested by the DSM IV. These maps are not the reality of our clients, but rather are backgrounds to which we may relate the reality of our client.

Based on the shared cultural characteristics of Arab/Muslims and the cross-cultural differences presented in these chapters, I have recommended that counselors and therapist revise the theories learned in developmental psychology, personality, assessment, psycho-diagnosis, psychopathology, and psychotherapy. This culturally sensitive revision, and many of the ideas and applications presented in this book, may be applicable to many other non-Western groups such as Asians, Latin Americans, or Africans. Revising widely held notions about individuation, independence of the self or personality, centrality of the intra-psychic versus the intra-familial domain, and the therapies that focus on restoring the intra-psychic order is necessary in order to work with clients from many non-Western cultures. Of course, much research is still needed in order to develop more grounded theories and techniques. Shared efforts between researchers and therapists from different cultures and different fields of expertise may promote this process.

A culturally sensitive approach in psychology is very important in this era of globalization, when Western culture is often offered as the ultimate choice for all peoples, regardless of their heritage or culture. Mental health professionals have much knowledge to share; their input can help to develop greater understanding of and empathy for the cultures of others and to promote pluralism within globalization.

المجلـــة العـربيـــة للطـــب النفســـي

المجلـد السادس عـشـر – العـدد الثاني – نوفمبـر 2005

اتحـاد الأطبـاء النفسانييـن العـرب – الأردن

takriti@nets.com.jo

- **Contents**
  - **Papers:**
    - Long term Outcome of Treated Addiction in Saudi Arabia: Predictors of Relapse in 10-year Follow-up / Sheikh Idris A. Rahim, Mahdi Saeed Abumadini, Mohamed Salah Khalil, Tareq Musa
    - Dissociative Experience in Psychiatric Out-Patients Who Have Possession Belief / Mohammed A. Al Sughayir
    - Depression in Elderly Patients Attending Primary Health Care Clinics in Baghdad City / Numan S. Ali, Amir A. Hussein
    - Obesity in patients taking antipsychotic drugs in Southwestern Saudi Arabia / MEM Khalid and F.H. Al-Hashem, MBBS
  - **Review Article**
    - Tryptophan and sexual disinhibition / Taleb Al-Abdulmohsen
  - **Case Studies**
    - Premenstrual syndrome: dissecting its psychological connections through five cases / Naseem A. Qureshi
    - The Use of Selective Serotonin Inhibitors (SSRIs) in kleptomania treatment / Cicek Hocaoglu, Gokhan Kandemir
  - **Paper**
    - The motives of attempted suicide and the diagnosis of psychiatric disorders of persons who attempted suicide / Osyma Khair, Omer Al-Mdefer

- **المحتويـــات**

- **Long term Outcome of Treated Addiction in Saudi Arabia: Predictors of Relapse in 10-year Follow-up /** Sheikh Idris A. Rahim, Mahdi Saeed Abumadini, Mohamed Salah Khalil, Tareq Musa

Abstract

AIM: To evaluate the long-term outcome of male patients who had completed their first detoxification / rehabilitation programme in a specialized public sector facility in Saudi Arabia.

Design: A case-series determinationof the re-hospitalized 10-year relapse rate in a random sample of the first seven-year admissions (1986-1993) followed by a case-control comparison between the relapsing versus the non-relapsing subgroups.

Setting: The 210-bedded Dammam Amal Hospital is exclusively devoted for the treatment of male substance-abusers. The management programme consists of a one-month detoxification/rehabilitation protocol followed by a variable period of aftercare group and support therapy using Twelve-Step Facilitation.

Participants: A sample of 504 male subjects randomly drawn from the first 3,877 consecutive new admissions.

Findings: The overall relapse rate was 59.7 percent. Ninety percent of relapses occurred within the first 42 months of discharge. The mean interval between discharge and relapse was 17 months, the median – 8 months and the mode – 2 months. The number of rehospitalizations per patient over ten years ranged from 1 to 18, the mean being 3.4 relapses. Logistic regression identified nine variables conjointly predicting relapse with a sensitivity of 78 percent, specificity of 66, and overall accuracy rate of 73 percent. These were: heroin dependence, nearby residence, criminal record, unemployment, divorce, longer duration of abuse, family history of addiction, severe psychosocial stressors and being a student.

Conclusions: Three fifths of treated substance abusers relapsed despite their completing the provided detoxification /rehabilitation programme. More extended and intensified programmes might be needed for subjects at predictably higher risk for relapse.

Key Words: treated addiction, relapse rate, predictors of relapse, addiction in Saudi Arabia, source of funding: none.

- **المخرجـات طويلـة الأمد للمدمنين المعالجين في المملكـة العربيـة السعوديـة: مؤشرات الانتكـاس في متابعـة عشـرات السنـوات** / شيخ إدريس عبد الرحيم، مهدي سعيد أبو مديني، محمد صلاح خليل، طارق موسى

الملخص

الهدف: تقييم المخرجات طويلة الأمد للمرضى الرجال الذين أتموا برنامج الفطام والتأهيل لأول مرة في أحد مؤسسات القطاع العام المتخصصة.

الأسلوب: تحديد سلسلة حالات من إعادة دخول المستشفى على مدى عشرة سنوات من الانتكاس وذلك بعينة عشوائية من سبع سنوات إدخال (1986 – 1993)، ويتبع هذا مقارنة الحالات المنتكسة بغير المنتكسة.

المكان: مستشفى الأمل في الدمام 210 سرير مخصص لعلاج الإدمان بين الرجال وبرنامج العلاج يشمل على شهري الفطام والتأهيل يتبعه فترة متابعة خارجية تتراوح في المدة ونستخدم العلاج الداعم مستخدما برنامج التسهيل دو الأثني عشر خطوة.

المشاركون: العينة من 504 ذكر تم أخذها بطريقة عشوائية من 3877 دخول متعاقب.

النتائج: كان معدل الانتكاس هو 59.7%، 90% من الانتكاسات حدثت في أول 42 شهر بعد الخروج. وكان معدل المدة بين الخروج والانتكاس هو سبع أشهر وكان المتوسط هو ثمانية شهور، والوسط هو شهرين. وتراوحت مرات إعادة إدخال للمريض من 1- 18 شهر وكان المعدل هو 3.4 انتكاسة، والتحليل الإحصائي التراجعي حدد 9 متغيرات مجتمعة تتوقع الانتكاس بحساسية 78%، وبنوعية 66% وبدقة عامة معدلها 73% وهو الاعتماد على الهيروبين، مكان الإقامة، السجل الإجرامي، البطالة، الطلاق، طول مدة الإدمان، وجود تاريخ عائلي للإدمان، الضغوط النفسية الاجتماعية الشديدة، وكون المدمن طالبا.

الخلاصة: إن خمس المعالجين من إساءة استعمال المواد ينعكسون رغم إكمالهم برنامج الفطام والتأهيل المقدم، وقد يكون من المفيد توفير برامج ممتدة ومكثفة لأولئك الذين يحملون خطورة كبيرة من الانتكاس.

الكلمات الرئيسية: معالجة الإدمان، معدل الانتكاس، مؤشرات الانتكاس، الإدمان في المملكة العربية السعودية.

- **Dissociative Experience in Psychiatric out-Patients who have Possession belief /** Mohammed A. Al Sughayir

Abstract

Objective: To investigate whether psychiatric outpatients who believe that their illnesses are due to devil possession tend to have elevated dissociation scores as compared to a control group reporting at the same psychiatric facility.

Method: Case-control design with consecutive recruitment using semistructured interview of psychiatric out-patients at King Abdulaziz University Hospital, Riyadh. The subjects who believe that their illnesses were due to possession were considered cases (46) compared to controls (43). All subjects completed the Dissociative Experience Scale (DES), Arabic version.

Results: Cases showed significantly higher DES score than controls. Among the cases, the presence of dissociative symptoms was significantly associated with high values of DES score. Neither gender nor education had effect on belief in possession.

Conclusion: The results support previous findings suggesting a link between possession belief and dissociative phenomena among psychiatric patients.

Key words: possession, dissociation, Saudi Arabia.

- **الخبـرات التفارقيـة فـي المرضـى النفسييـن الخارجييـن الـذيـن لديهـم اعتقـاد بالتلبـس** / محمد الصغير

الملخص

الهدف: البحث في ما إذا كان المرضى النفسيين الخارجيين الذين يعتمدون أن المرض هو سبب المتلبسين من الشيطان لديهم ميل لمستويات أعلى من التفارقية مقارنة بعينة ضابطة تراجع نفس المؤسسة.

الطريقة: في الرياض وفي مستشفى الملك عبد العزيز الجامعي وباستعمال أسلوب ضبط الحالة وإدخال حالات متتالية باستعمال نموذج مقابلة شبه مركب، ثم اعتبار المرضى الذين يعتقدون بالتلبس كحالات 46 بالمقارنة مع العينة الضابطة 43 وقد أكمل جميع المشاركين – الترجمة العربية لمقياس الخبرة التفارقية.

النتائج: أظهرت النتائج معدلات أعلى على المقياس لدى المرضى مقارنة بالعينة الضابطة وبين المرضى فإن وجود أعراض تفارقية قد ارتبط بقيمة عالية على المقياس التفارقي، ولم يؤثر الجنس أو التعليم على اعتقادات التلبس.

الخلاصة: النتائج تدعم النتائج السابقة في العلاقة بين اعتقاد التلبس وظاهرة التفارقية في المرضى النفسيين.

الكلمات الرئيسية: التلبس، التفارق، المملكة العربية السعودية.

- **Depression in Elderly Patients Attending Primary Health Care Clinics in Baghdad City /** Numan S. Ali, Amir A. Hussein

Abstract

Background: There is currently a world-wide increase in the elderly population, resulting in more elderly people utilizing health care system. Depression is the most common psychiatric disorder amongst this group, and its detection and treatment is a matter of skill. Primary care clinics play a crucial role in this issue. The health providers must be armed with education, know ledge and equipped by simple, easily answered, comprehensible and time saving tools to help in detection such disorder.

Objectives: To determine the prevalence of depression among elderly patients attending primary health clinics in Baghdad and its correlation with some sociodemographic variables such as gender age group, marital status, economic status and physical conditions.

Methods: This is cross-sectional study of the prevalence of depression in randomly selected sample of 208 elderly patients aged 60 years and above who attended two health care clinics in Baghdad, from October 4, 2002 to March 12, 2003.

The Geriatric Depression Scale – Short Form (GDS-15) and a semi-structured interview based on "ICD-10" criteria were applied after screening the patients for cognitive impairment using the MINI Mental State Examination (MMSE) and excluding those who scored less than 23 on this scale.

Results: 208 elderly patients (115 females and 93 males) with age range from 60-90 years were studied. The mean age ± standard

index, using the key words "Tryptophan" and "sexual". We reviewed 6 articles featuring 15 cases. Where available, we noted and tabulated certain parameters for cases of sexuality increased or decreased by Tryptophan.

Results: We found 13 cases where sexuality had been increased by Tryptophan. The dose was 5gm/day or above in 9 cases, and 3 gm/day in 4 cases. We found 2 cases where sexuality had been decreased by Tryptophan. In both cases the dose was 3 gm/day.

Conclusion: Tryptophan can alter sexuality in both directions through changing serotonin availability in the brain. The direction of the effect appears to be dependent on the dose but also is affected by serotonin state prior to treatment. Tryptophan increases serotonin availability in the brain, an effect which might be reversed in higher doses. The proper dose for treatment of sexual disinhibition seems to be 2000 mg/day. This phenomenon can theoretically apply on any presumed serotonin deficiency state including depression and anxiety, as well as sexual disinhibition.

Key words: Tryptophan, serotonin, sexual disinhibition.

- **التربتوفـان وزيـادة الدافـع الجنسـي** / طالب عبد المحسن

الملخص

الهدف: مراجعة الأدب الطبي للتقصي عن حالات مدونة تبين تأثير مادة "تربتوفان" على انعدام الكبح الجنسي زيادة أو إنقاصا، وللبحث أيضا عن تفسير لهذه الظاهرة.

الطريقة: قمنا بمراجعة للأدب الطبي من خلال فهرس Pubmed مستعملين الكلمات الرئيسية Tryptophan و Sexual. راجعنا ستة مقالات تتضمن 15 حالة. وحيث كان ممكنا، دونا وقمنا بجدولة متغيرات معينة للحالات التي زاد أو نقص فيها النشاط الجنسي بتأثير مادة "تربتوفان".

النتائج: وجدنا 13 حالة زاد فيها النشاط الجنسي بتأثير مادة "تربتوفان". الجرعة في هذه الحالات كانت 5 ملغ/يوم أو أكثر في تسع حالات، و3 ملغ/يوم في 4 حالات. كما وجدنا حالتين نقص فيهما النشاط الجنسي، وفي كلى الحالتين كانت الجرعة 3 ملغ/يوم.

الخلاصة: من الممكن أن تغير مادة "تربتوفان" النشاط الجنسي في كلا الاتجاهين، زيادة أو إنقاصا وذلك بالتأثير على وفرة مادة السيروتونين في الدماغ. ويبدو أن اتجاه التغيير يعتمد على الجرعة، ولكنه أيضا يتأثر بحالة السيروتونين في الدماغ قبل العلاج. "تربتوفان" يزيد من وفرة السيروتونين في الدماغ، ولكن العملية تنعكي في الجرعات العالية. ويظهر لنا أن الجرعة المناسبة من "تربتوفان" لعلاج حالات انعدام الكبح الجنسي هي 2000 ملغ/يوم. ونود أن ننوه إلى أنه نظريا يمكن تعميم هذه الظاهرة وتطبيقها على جميع حالات انخفاض السيروتونين مثل الاكتئاب والقلق، كما هو الحال بالنسبة إلى انعدام الكبح الجنسي.

الكلمات الرئيسية: تربتوفان، سيروتونين، انعدام الكبح الجنسي.

- **Premenstrual syndrome: dissecting its psychological connections through five cases** / Naseem A. Qureshi, Tareq Al- Habeeb

Abstract : The premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder, both cyclical disorders of reproductive women and interfacing between gynecology and psychiatry in multiple domains are specifically linked to the late luteal phase of menstrual cycle. This paper analyses anamneses of five patients

deviation was 65.5 ± 6.6 and the prevalence of depression was 38.9%.

Statistical analysis showed that age, gender, economic, marital and physical statuses were significantly associated with depression.

Conclusion: The study shows that more than one third of the primary health care elderly patients had significant depression. None of them were previously identified by the primary health care physicians, which may have been due to lack of psychiatric training.

Key words: Depression, old age, prevalence, primary health care.

- **الاكتئـاب في كبـار السن المراجعين لمراكـز الرعايـة الصحيـة الأوليـة في بغـداد** / نعمان سرحان علي، عامر عماش حسين

هنالك زيادة في نسبة المسنين في معظم الدول مما نتج عنه كثرة المرضى من تلك الفئة العمرية اللاذين يحتاجون للرعاية الصحية. إن الكآبة هي من أكثر الأمراض النفسية شيوعا بين أفراد هذه الفئة العمرية ولكن الكشف عنها ومعالجتها تتطلبان نوعا من الخبرة والتدريب.

تلعب مراكز الرعاية الصحية الأولية دورا في مجال تشخيص الكآبة لدى المسنين وأن العاملين في هذه المراكز لا بد أن تكون لديهم المعلومات والخبرة الكافية وأن تتوفر لديهم مقاييس سهلة الاستعمال وبسيطة ويمكن تطبيقها بوقت قصير جدا.

يهدف البحث إلى إيجاد معدل انتشار الاكتئاب لدى كبار السن الذين يراجعون مراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد وعلاقته ببعض الخصائص الديموغرافية (العمر، الجنس، الحالة الزوجية، الحالة المعاشية والحالة الصحية الجسمانية).

طريقة البحث: تم اختيار عينة عشوائية مؤلفة من 208 مريض ومريضة ممن كانت أعمارهم أكثر من 60 سنة من بين المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في بغداد خلال الفترة من 2002/10/4 إلى 2003/03/12.

تم استخدام مقياس اكتئاب كبار السن المختصر مع معايير الاكتئاب حسب التصنيف العالمي العاشر وذلك بعد تطبيق مقياس العقلية المصغر إبعاد الذين حصلوا على أقل من 23 درجة على هذا المقياس.

النتائج: تألفت العينة من 115 أنثى، 93 ذكر من كبار السن ما بين 60-90 سنة من العمر. كان معدل العمر للمجموعة هو 65 سنة وكان معدل الاكتئاب بين المجموعة هو 38.9% أثبت التحليل الإحصائي أن العمر والجنس والأحوال المعيشية والصحية والحالة الزوجية لها ارتباط معنوي مع الاكتئاب.

الاستنتاج: أثبتت هذه الدراسة أن أكثر من ثلث المراجعين للمراكز الصحية الأولية من كبار السن يعانون من الاكتئاب وأن العاملين في تلك المراكز لم يشخصوا أو ينتبهوا لوجود هذه الحالة لضعف تدريبهم في الطب النفسي.

- **Tryptophan and sexual disinhibition: Literature review** / Taleb Al-Abdulmohsen

Abstract

Objective: To review the literature for reported cases of Tryptophan increasing or decreasing sexual disinhibition, as well as for possible explanation of this phenomenon.

Method: We undertook a literature review through the PubMed

who manifested physical and psychological symptoms symbolic of a spectrum of premenstrual disorders and also endorsed therapeutic value of serotonin re-uptake inhibitors. In consideration of these cases, the relevant revealed findings are discussed in the light of international data.

- **متلازمة ما قبل الدورة الشهرية: التعريف بتداخلاتها النفسية** / نسيم قرشي، طارق الحبيب

الملخص: إن متلازمة ما قبل الدورة الشهرية واضطراب المزاج ما قبل الدورة الشهرية كلاهما مرتبط بالتغيرات الهرمونية الشهرية وكما في العلاقة بين الطب النفسي.

هذه الورقة تقدم وتناقش خمسة مرضى كانت معاناتهم جسدية ونفسية ضمن طيف اضطرابات ما قبل الدورة الشهرية وأهمية استعمال مثبطات إعادة قبض السيروتونين النوعية. تمت مناقشة هذه الحالات في ضوء المقدمات المتوفرة.

- **The Use of Selective Serotonin Inhibitors (SSRIs) in kleptomania treatment** / Cicek Hocaoglu, Gokhan Kandemir

Abstract: Kleptomania is characterised by a recurrent failure to resist the impulse to steal objects not needed for personal use or their monetary value. Although kleptomanic behaviour has been identified for decades, very little is known about the cause, prevalence and treatment of this disorder. Current knowledge about kleptomania is generally derived from case reports and theoretical studies on its aetiology. With regard to co morbidity, kleptomania is related to the obsessive-compulsive spectrum disorder and to the broader spectrum of affective disorders. Accordingly, a psychopharmacological intervention with anti-depressant drugs or mood stabilizers may be possible, even though there are, to date, no known results from controlled therapy studies. Nevertheless, the successful administration of such medication has been reported in several cases. Assuming a disturbed central serotonin reuptake, the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) seems to be indicated. In conclusion, in our study three outpatients diagnosed with kleptomania and receiving SSRI treatment are presented.

Key words: kleptomania, pharmacological treatment, SSRI.

- **استعمالات مثبطات السيريتونين النوعية في هوس السرقة** / تششك خوجا أوغلو، جوكهان كاندمير

الملخص: هوس السرقة تعرف بأنها تكرار الاندفاع لسرقة أشياء لا يحتاجها الفرد للاستعمال ولا قيمتها المادية ويترافق هذا الاندفاع مع الفشل في مقاومته. ومع أن هذا السلوك قد عرف منذ عقود، إلا أنه هناك شح في المعلومات عن السبب، الانتشار، العلاج لهذا الاضطراب والمعلومات المتوفرة عن هوس السرقة مأخوذ من تقارير عن حالات ونظريات حول الأسباب ويترافق هذا الاضطراب مع طيف الوسواس القهري والطيف الأوسع لاضطرابات المزاج. وبناء على ذلك فإن المداخلة الدوائية النفسية بمضادات الاكتئاب ومثبطات المزاج مع أنه من المعروف حتى الآن هو عدم وجود دراسات منضبطة مقارنة. مع ذلك فإن استعمال هذه العقاقير بنجاح قد نشر عن حالات متعددة ويفرضية وجود اضطراب في إعادة قبض السيروتونين في الدماغ فإن استعمال مثبطات إعادة قبض السيروتونين النوعية يبدو ضروريا. وفي النتيجة في دراستنا نقدم ثلاث حالات خارجية مشخصة بهوس السرقة وتتلقى مثبطات إعادة قبض السيروتونين النوعية.

الكلمات الرئيسية: هوس السرقة، المعالجة الدوائية النفسيـة، مثبطـات إعادة قبض السيروتونين النوعية.

- **The motives of attempted suicide and the diagnosis of psychiatric disorders of persons who attempted suicide** / Osyma Khair, Omer Al-Mdefer

Abstract: The purpose was to unravel attempted suicide's motives, psychiatric disorders of persons who attempted suicide and admitted at King Fahd National Guard in Riyadh, and the difference between men and women, and suicides and non-suicides.

Cases and methods: The sample consisted of 365 attempted suicide-persons, who were admitted from 1.1.1984 till 31.12.2003. Medical files were studied and categorized according to ICD-9. Every case had its own form. "Chi-square" was used as a statistical significant test. Results: Women were 275 (75.3%) and men were 90 (24.7%). Saudis were 320 (88%) and non-Saudis were 45 (12%). The most common motive in women was familial or marital problems (FMP) (74%), followed by psychiatric disorders (PD) (12.9%). Whereas, in men, PD came first (37.3%) and FMP came second (32.8%). Occupational problems were shown as a motive in 43.4% of non-Saudis and only in 2.5% of Saudis. It was statistically proven that PD were diagnosed in men (88.9%) more than in women (77.1%)n however, there was no statistically significant differences between Saudis and non-Saudis. The most common PD in men and women was mood disorders (62.4% in women and 47% in men). It was noticed that PD and addiction-associated problems were more in men PD than women.

Conclusion: 365 persons who attempted suicide were studied. FMP and PD were the main motives. Most persons suffered from some PD especially mood disorder.

Key words: Suicide attempt, male & female, suicide's motives, psychiatric disorder.

- **دوافـع الشروع بالانتحـار وأنواع الاضطرابات النفسية المشخصة لدى الشارعين بالانتحار** / أوسيمة يوسف خير، عمر إبراهيم المديفر

الملخص

الهدف: تهدف الدراسة لمعرفة دوافع الشروع بالانتحار ونسبة وجود الاضطرابات النفسية وأنواعها لدى حالات محاولات الانتحار التي تم تنويمها في مستشفى الملك فهد للحرس الوطني بالرياض وتبيان الاختلاف بين الذكور والإناث السعوديين وغير السعوديين.

الطريقة: تألفت عينة الدراسة من 365 حالة. وهي الحالات التي نومت تحت هذا التشخيص خلال الفترة من 1984/1/1 وحتى 2003/12/13, ودرست الملفات الطبية التي صنفت كمحاولات انتحار حسب (ICD-9). أخضعت النتائج لاختبارات الدلالة الاحصائية باللجوء لطريقة كاي مربع.

النتائج: من مجموع 365 حالة كان لدينا 275 أنثى (75.3%) و90 ذكرا (24.7%). بلغ عدد السعوديين 320 (88%) وغير السعوديين 45 (12%). أكثر دوافع الشروع بالانتحار مشاهدة لدى الإناث كانت "المشاكل العائلية أو الزوجية" حيث وجدت لدى 74% منهن. وجاء "الاضطراب النفسي" ثانيا لديهن (12.9%). عند الذكور حل بالمرتبة الأولى "الاضطراب النفسي" الذي شوهد لدى 37.3% منهم و"المشاكل العائلية أو الزوجية" ثانية (32.8%). شوهدت "مشاكل العمل" لدى 43.3% من غير السعوديين ولدى 2.5% فقط من السعوديين. أظهرت النتائج أن "الاضطرابات النفسية" شخصت لدى الذكور (88.9%) أكثر مما هي عليه لدى الإناث (77.1%) بشكل مثبت إحصائيا. ولم نشاهد فروقا ذات دلالـة

إحصائية بالنسبة لوجود الاضطرابات النفسية لدى السعوديين مقارنة مع غير السعوديين الشارعين بالنتحار, أكثر أنواع الاضطرابات النفسية مشاهدة لدى الذكور والإناث كانت "اضطرابات المزاج" حيث شوهدت لدى 62.4% من الإنـاث 47% من الذكـور. لوحظ ارتفاع نسبة وجود الاضطرابـات الذهانية وتلك المتعلقة بالإدمان عند الذكور مقارنة بالإناث.

الخلاصة: درست 365 حالة شروع بالانتحار. كانت "المشاكل العائلية أو الزوجية" إضافة إلى "الاضطراب النفسي" الدافع الرئيسي للشروع بالانتحار، ذكور وإناث، الدوافع، الاضطرابات النفسية والمشخصة.

Arabpsynet Psychiatrist Guide

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

Arabpsynet Psychologist Guide

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

المجلـة الإلكترونيـة لشبكـة العلـوم النفسيـة

محـاور الأعـداد القادمـة

يشرفنا إعلامكم مواضيع ملفات الأعداد القادمة و دعوتكم للمشاركة فيها بدراساتكم وأبحاثكم الأصيلة :

- سيكولوجية المرأة العربية . . . صراعات الحداثة
- اضطرابـات السلـوك الجنسـي
- اضطراب الوجدان الثنائي القطبي في البيئة العربية

ترسل الأبحاث على عنواني المجلة الإلكترونية ورئيس التحرير للتأكد من وصولها .

APNjournal@arabpsynet.com - turky.jamel@gnet.tn

التحليـل النفسـي للـذات العربيـة

علـي زيعـور

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

انجراحـات السلـوك و الفكـر في الـذات العربيـة

علـي زيعـور

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

الثقـافـــة النـفسيـــة المتخصصـــــة

المجلـد السادس عشـر – العـــدد الرابـــع والستون – أكتوبـر 2005

مركز الدراسات النفسية و النفسية _ الجسدية – لبنان

Ceps50@htmail.com - nabulsy@cyberia.net.lb - info@filnafs.com

- **فهرسـت العـدد**

- **الافتتاحيـــــة**

بهذا العدد تطوي المجلة عامها السادس عشر في أجواء عربية مأساوية، حيث التهديدات تحيق بمجمل الدول العربية، وإن بأساليب متنوعة ومختلفة. فبعض شعوبنا مهدد بالحروب الأهلية، أو بالاحتلال العسكري الصريح، وبعضها الآخر مهدد بالقوة اللينة التي تشعل نيران الفوضى، التي لا تبقي ولا تذر، رغم تسميتها بالبناءة. والأهم من هذا وذاك أن جمهورنا لم يعد مرجعية لأي قرار، بل هو تحول إلى حالة من التنويم المغناطيسي الإعلامي، التي أوصلته إلى حالة من فقدان التوجه، وأعطته قابلية مرضية للتحول إلى مجرد أداة في الحروب الافتراضية القادمة. وذلك وسط هذيان مصطلحات مجهولة الدلالات الحقيقية، والتعريفات الدقيقة. فماهو الإرهاب والعراق محتل؟ وماهي حقوق الإنسان وشعوب دول عربية عدة تعيش تهديدات اليورانيوم الخامد الذي زرع في أراضيها؟. وماهي الحرية والدول الكبرى تتدخل علانية لإزاحة حاكم، وتثبيت آخر؟. وماهي الديمقراطية والمخابرات الأجنبية تبرمج الانتخابات العربية، وتقرر نتائجها مسبقا؟.

نتساءل أمام هذه الهذيانات المصطلحية عن دور اختصاصي العلوم الإنسانية والنفسية العربي في علاج هذه الهذيانات، أو أقله المساهمة في تحصين الإنسان العربي ضد هذه الإنتانات السياسية المستقبلية؟. ولعل في هذا العدد ضآلة من مساهمة على هذا الطريق، حيث يعرض العدد لمواضيع: صناعة الجنون وسلوك شارون السياسي تجاه الانسحاب من غزة، ومقابلة مع رئيس التحرير حول كتابه: "في مواجهة الأمركة". في حين خصص ملف العدد لموضوع: "سيكولوجية التدين".

أما المواضيع العامة فهي تناقش المواضيع التالية: علم النفس حول العالم، والاختبارات النفسية المبرمجة إلكترونيا، والإرشاد الزواجي والأسري عبر الهاتف- ترجمة إماراتية، وبحث مترجم حول ثقوب الذاكرة وجزئية النسيان، إضافة إلى عقدة سندريلا لدى المرأة. مكتبة العدد تضم عروضا للمؤلفات التالية: أسرار النوم / بوريني سلامة، وموسوعة علم النفس والتحليل النفسي / فرج عبد القادر طه، والعمليات المعرفية وتناول المعلومات / أنور الشرقاوي، والأساليب المعرفية في علم النفس والتربية / أنور الشرقاوي، وفي أصل العدوانية الإنسانية / علي وطفة.

على أمل أن نفتتح السنة السابعة من عمر هذه المجلة، ونحن أكثر توجها نحو مجتمعنا، وصولا إلى مستوى أفضل من اللياقة النفسية الجماعية العربية، نستودعك الله عزيزي القارئ.

أسرة التحرير

- **علم النفس حول العالم/** رمزية نعمان، سناء شطح، نشأت صبوح
  - الأعصاب البشرية تستجيب للثوم
  - البدانة تؤثر سلبا على التحصيل الدراسي
  - زهور الياسمين تساعد على النوم
  - دراسة.. الغيرة عاطفة مهمة وأساسية!!
  - عدد متناولي المخدرات يزيد في 2004
  - الأصدقاء يخففون الاكتئاب و"يطيلون العمر"
  - وفاة الأستاذ الدكتور الفاضل محسن الإزرجاوي- أستاذ علم النفس وعلم من أعلامه في العراق

- **مقابلة العدد: مقابلة مع مؤلف كتاب "في مواجهة الأمركة" الدكتور محمد أحمد النابلسي: الأمركة تحمل عادات وطباع الذئاب**

تصر الولايات المتحدة على تصدير نموذجها الحياتي والاقتصادي إلى العالم، تحت شعار العولمة، أو عولمة السوق، بصورة أكثر تحديدا. ومن الطبيعي أن تلقى هذه المحاولة ممانعة مختلفة المقاصد من بقية الدول. حيث تبرز الممانعة الأوروبية، كردة فعل نرجسية، تريد الاحتفاظ لأوروبا بالإعجاب العالمي. في حين تبرز القوميات راغبة في الحفاظ على تراثها، وعلى جغرافيتها، رعبا من جراحات جغرافية وحشية جديدة على غرار جراحة سايكس بيكو.. إلخ من مواقف رفض الأمركة، والوقوف عند حدود عولمة مدروسة تحترم الخصوصيات الثقافية... إلخ من المواقف الرافضة للأمركة، التي تحولت إلى الفرض بفعل القوة العسكرية الأميركية. فهل تحولت ممانعة الأمركة إلى مواجهة؟.

سؤال توجهنا به إلى مؤلف كتاب " في مواجهة الأمركة" الدكتور محمد أحمد النابلسي، رئيس المركز العربي للدراسات المستقبلية، فمان لنا معه الحوار التالي:

- منذ العنوان يحمل الكتاب موقف المواجهة، فهل تعتبرون أنم الممانعة لم تعد كافية لتجاوز أضرار الأمركة الكلية، واستبدالها بأمركة انتقائية؟.

المواجهة انطلقت من خلال مؤتمر العولمة في أوتاوا في كندا العام 1994

الذي خرج بجملة مقررات لمواجهة تحول العولمة إلى أمركة. هو التيار الذي تبنته فرنسا، الراعية الأساسية لذلك المؤتمر. وعليه فإن الإصرار الأميركي على فرض نمط السوق الأميركية، دون مراعاة لخصوصيات اقتصاديات وأنماط حياة الدول الأخرى هو الذي أطلق المواجهة.

- لكن الكتاب يبدأ بعبارة متحدية، ومواجهة، هي كناية عن مقولة صينية تعود إلى زمن حرب الأفيون وتقول: "... نعلم أنكم أيها البرابرة الإنكليز قد حملتم معكم، وطورتم، عادات وطباع الذئاب، واستوليتم على الأمور بالقوة. وفي ما عدى سفنكم القاسية، ونيران بنادقكم الوحشية، وصواريخكم القوية، ماهي قدراتكم؟. وعليه، فإنكم وجدتم بهذه العبارة مبررا لإطلاق المواجهة بالمعنى غير اللين للقوة؟.

لقد تحولت أميركا بوش، وبمناسبة 11 أيلول / سبتمبر 2005، أو بدونها، من التهديد بالقوة، إلى الاستعمال الفعلي للقوة. وكأنها تخشى ـ ن تفقد قوتها إمكانيات التوظيف. فهي، وتحت شعار النظام العالمي الجديد، ترجمت تفردها، كقطب أوحد، باصطناع حرب العراق الأولى، أو الخليج الثانية. بما يذكرنا باصطناعها لقائمة من الحروب السابقة، ومنها الحربي الكورية في الخمسينات، مع فارق الغياب الراهن للإتحاد السوفياتي بعد سقوطه، مما أتاح للولايات المتحدة جني ثمار حروب ما بعد سقوط الشيوعية دون منازع. وبعده طرح الأميركيون مصطلح العولمة بدلالته الاقتصادية (عولمة اقتصاد السوق الأميركية) بدعم نموذج ' النمور الآسيوية ' كمثال على الأرباح التي تجنيها الدول النامية التي انخرطت في نظام السوق. وهكذا هرولت دول عديدة نحو العولمة لتكتشف لاحقا عبثية هذه العولمة، والخسارة الناجمة عنها، ولكن بعد فوات الأوان. ثم جاءت حجة الدفاع عن القيم الغربية المتجلية في حرب كوسوفو. حيث لم تكن اعتراضات ميلوسوفيتش على شروط السلام الأميركية سوى اعتراضات شكلية, ولكن الوسيط الأميركي ترجمها رفضا، بما يعكس نية أميركية مبيتة لاصطناع حرب جديدة. لكن قيادة كلينتون لتلك الحرب كانت أقل صلف وتحديا للمشاعر من سابقه بوش الأب، فقد خاض كلينتون تلك الحرب بدون استخدام أسلحة إستراتيجية، ليكتفي بصواريخ التوماهوك، وليخرج من تلك الحرب بفائض في الميزانية الأميركية يبلغ 115 مليار دولار. وهو أضاف إليها مكسبا إستراتيجيا من الدرجة الأولى، وهو مكسب تعديل إستراتيجية الحلف الأطلسي.

- ماهي المكاسب الأميركية من تعديل ميثاق الأطلسي، وماهي فوائد هذا التعديل في دعم سيرورة الأمركة؟...

■ **الإرشاد الهاتفي: الإرشاد الزواجي والأسري الهاتفي في دولة الإمارات العربية المتحدة** / فيصل محمد خير الزراد

الأسرة هي نواة المجتمع، إذا صلحت صلح المجتمع، وإذا فسدت فسد المجتمع، ولعل معظم مشاكلنا العربية والإسلامية في مجتمعاتنا العربية، وهي بسبب سوء التنشئة والتفكك الأسري والتربوي، وضعف القيم والدين، والتغيرات السريعة التي طرأت على هذه المجتمعات، والضغوط النفسية المتلاحقة على أفراد الأسرة، مما زاد من الخلافات العائلية، والمشاكل الأسرية، وزيادة حالات الطلاق، وانحراف الأبناء.. ولا يخفى على أي فرد بأن ظهور الخلافات والمشاكل الأسرية بين الزوجين، أو بين أفراد الأسرة، أمر عادي. إذ لا توجد أسرة بدون مشاكل زوجية، أو مشاكل أسرية، والأمر نسبي يختلف من أسرة لأخرى، بل إن بعض العلماء يرى بأن وجود هذه المشاكل العادية، وطرحها ومناقشتها بين الزوجين، وخاصة في بداية الحياة الزوجية، أمر مفيد. حيث يمنع ذلك من تراكم هذه المشكلات, ومن تفاقمها. ومن اتساع دائرتها، ومن زيادتها، شدة وخطرا، على الفرد أو الأسرة والمجتمع. والمشكلة تكون عندما تتراكم هذه القضايا الزوجية أو الأسرية، من غير أن يجد صاحب المشكلة من يساعد على حلها، أو أن يسترشد برأيه، وهنا يهرب من واقعه إلى الانحراف النفسي والسلوكي والفكري، والوقوع في المنكرات الأخلاقية، أو تعاطي المخدرات، أو الإقدام على الانتحار، أو الإساءة للآخرين. ومعلوم لدى الجميع ما يترتب على الخلافات الزوجية والأسرية العديد من المفاسد الاجتماعية والتربوية والدينية والاقتصادية والصحية والأمنية، وغير ذلك. لهذا فإن أي إنسان يسعى لإصلاح ذات البين، ويساعد على التخفيف من كهربة أهله وإخوانه المسلمين، والتنفيس عن مشاكلهم، وتوجيه النصح والإرشاد لهم، وإضفاء الطمأنينة على نفوسهم، وتقديم المشورة العلمية والصحية لهم، له المنزلة العليا عند الله عز وجل، يقول الله عز وجل " وتعاونوا على البر والتقوى" المائدة (2).

"إنما المؤمنون إخوة فأصلحوا بين أخويكم.." الحجرات (10).

"وإن امرأة خافت من بعلها نشوزا أو إعراضا، فلا جناح عليهما أن يصلحا بينهما صلحا، والصلح خير" النساء (128)

"فمن عفا وأصلح فأجره على الله إنه لا يحب الظالمين" الشورى (40).

"أدع إلى سبيل ربك بالحكمة والموعظة الحسنة" النحل (125).

في ضوء ذلك قامت دولة الإمارات العربية المتحدة (صندوق الزواج)، بمبادرة خيرية، علمية، منظمة لإرشاد الأزواج والأسر، ممن يعانون من مشاكل، وتقديم خدمة استشارية هاتفية ميسرة في وقت قياسي، وذلك لسد حاجة الأزواج والأسر في هذا المجتمع، علاوة على فضل عملية الإرشاد والإصلاح، والسعي لتفريج الكرب والغم، مع مراعاة قواعد الشريعة الإسلامية، والأسس النفسية والاجتماعية والتربوية العلمية، وخصوصية مجتمع دولة الإمارات.

لهذا فقد أعدت، ودربت دولة الإمارات العربية المتحدة (ممثلة بصندوق الزواج) نخبة من الاستشاريين وأساتذة الجامعات ورجال الدين، ممن لهم خبرة في المجتمع الإماراتي، للقيام بهذه المهمة الاستشارية، وذلك في مجال الاستشارات الاجتماعية، والنفسية، والشرعية، والقانونية، على أمل أن تضاف في المستقبل أنماط أخرى من الاستشارات (الصحية، الاقتصادية..) وذلك سعيا من إدارة صندوق الزواج لتقديم هذه الخدمة، مع توفير السرعة والخصوصية والسرية التامة، واستخدام أفضل التقنيات الحديثة المتاحة في مجال الاتصال...

■ **الطب النفسي البيولوجي: ثقوب الذاكرة وجزئية النسيان** / خيرة بالطيب، مرينا جولين، كرولين تورب، بان كرونيليي

لعل الذاكرة هي القوة الإدراكية الأهم من الناحية الوظيفية، فعملية التذكر ضرورية، ولا غنى عنها للقوى الإدراكية الأرقى، مثل عملية التفكير التي تصاب باضطرابات موازية للاضطرابات الذكروية. من هنا كان تركيز العلماء والباحثين على آليات التذكر، واستحضار المعلومات. حيث تقسم اضطرابات عملية التذكر إلى: عدم القدرة على التذكر في الوقت المناسب، مع تذكر لاحق، وإلى قدرة على التذكر في شروط معينة، وإلى النسيان الفعلي.

حول هذا الموضوع نشرت المجلة العلمية الفرنسية " العلوم والحياة " (عدد أيلول/ سبتمبر 2003) بحثا مشتركا لخيرة بالطيب، ومرينا جولين، وكرولين تورب، وبان كرونيليي. وعنوان البحث: "خاصية الذاكرة – لقد اكتشفنا جزئية النسيان، Spéciale mémoire, on a découvert la molécule de l'oubli

وفي ما يلي نص البحث:

ليس النسيان عجزا، بل هو عملية جوهرية في نظام التذكر. ويأتي اكتشاف جزئية النسيان ليميط اللثام عن أكثر أسرار الدماغ انغلاقا. الأمر الذي قد يجعلنا نعيد النظر في بعض الثوابت المتفق عليها، كما أنه يفتح باب الأمل في التوصل يوما ما إلى إمكانية تلافي الاضطرابات المتعلقة بالذاكرة وبالنسيان، وبآلياتها، وكذلك بإمكانية اختبار القوات التذكرية والذكروية.

العثور على الجزئية التي تمسح الذكريات

فريق من الباحثين اكتشف مؤخرا جزئية بروتينية قادرة على مسح الذكريات الموجودة بالفعل، ومنع غيرها من التكون.

فوجود تلك المادة العضوية، كأساس للنسيان، قد بين لنا أن الذاكرة ماهي، في واقع الأمر، إلا توازن دقيق بين تخزين المعلومة ومسحها، وأن النسيان – على عكس ما نظن – هو عملية فعالة وحيوية لظاهرة التذكر!

إن ذاكرتنا شيء على درجة مذهلة من التعقيد، فهي بمثابة الجسر

الممدود عبر الزمن، تنهل من ماضينا لكي تثري حاضرنا، وتحتفظ بمعلومات الحاضر لتحولها إلى معالم المستقبل، وتمكننا في الوقت نفسه من استدراج السنين، وهي التي تشكل هويتنا، من حيث: علاقتنا بالعالم، أعمالنا وأحلامنا، وما اكتسبناه من معرفة، ويرى علماء بيولوجيا الأعصاب أن للذكريات ركيزة عضوية، عبارة عن كيان ديناميكي يعمل عبر شبكة مكونة من مليارات الوحدات العصبية شديدة التعقيد. هذا الكيان الديناميكي يستمد قدراته المذهلة من جزئيات صغيرة – لا تكف عن العمل – وتقوم بمهمة عجيبة: تنشيط الوحدات العصبية تارة، كبح نشاطها تارة أخرى، كيف؟ عبر سلسلة من الزخات البيوكيميائية. ولقد اكتشف الباحثون عشرات من "جزئيا ت الذاكرة" تلك، وأطلقوا عليها عدة أسماء منها، قابا GABA، دوبمين Dopamine، أستيلكلين Acetylcholine.

لكن حتى الآن كانت الأبحاث تركز بصفة خاصة على ظاهرة التذكر، وهي بلا شك وجهة نظر جوهرية، لكنها تبقى غير مستوفية لكل جوانب القضية، فهي تحجب الغامض للذاكرة، ألا وهو النسيان، هذا الذي كان فرويد يعده "غريزة دفاعية بسيطة مرتبطة باللاوعي"، فهل يكون له أساس بيولوجي؟ نعم! ثلاث سنوات من البحث في هذا الجانب من الذاكرة، الذي لم يتطرق إليه أحد من قبل، قادت إيزابيل مانسوي، وهي عالمة بيولوجيا فرنسية، وفريقها من مدرسة البولتكنيك الفيدرالية في مدينة زوريخ في سويسرا، إلى إرساء قواعد أو نظرية، عن وجود جزئيات معينة مسؤولة عن نشاط آلية النسيان.

وقد اهتم هؤلاء الباحثون بأحد الأنزيمات يرمز إليه بحروف PP1 " وهي مادة زلالية محررة من الفوسفات"، واكتشفوا أنها تسبب مسح المعلومات. لم يكن هناك قبل ذلك، أي شيء يؤهل تلك الجزئية الصغيرة للقيام بمثل هذا الدور، مع أنها موجودة في معظم خلايا جسد: الكبد والعضلات والجلد والدماغ، كما أن العلماء يعرفون منذ عشرين عاما أن هذه الجزيئة تقوم بتنظيم عمليات حيوية مثل نمو الجنين، وتقسيم الخلية...

▪ **علم نفس المرأة: عقدة سندريلا / أ.د. علاء الدين كفافي**

تحت هذا العنوان كتبت الكاتبة الأميركية كوليت دولينج Colette Dozling كتابا عرضت فيه لأفكارها حول ما سمته عقدة سندريلا The Cindrella Complex بعنوانه الفرعي الموضح "خوف المرأة الخفي من الاستقلال" Women's Independance ، وقبل أن نبسط آراء الكاتبة في ما ذهبت إليه، نورد كلمة عن الكاتبة، وعن الموضوع، وعن ملابسات تأليف الكتاب:

الكاتبة والكتاب – مشكلة الدراسة – مدخل

في منتصف السبعينات من القرن العشرين، كانت كوليت ناجحة ومشهورة، وترعى أسرتها المكونة منها ومن ثلاثة أبناء، وقد اكتشفت حينذاك اكتشافا صادما، وهو الاكتشاف الذي كان ضد آرائها السابقة كلها، عن نفسها وعن بنات جنسها، وقد ترجمته في قولها: إني وجدت ما أريده حقيقة وهو أن أكون موضع رعاية أحد الأشخاص.. إنها ليست مسألة شخص يتحمل 'ني الأعباء المالية للحياة، بل إنني في حاجة إلى حماية انفعالية طوال الوقت، بحيث يمثل لي هذا الشخص منطقة حماية تحميني من العالم الخارجي.. لقد تربيت على أن أتوقع أن هناك شخصا ما سوف يقوم بالمهام الصعبة بدلا مني.

وتقول السيدة دولنج إنه عندما كشفت لها هذه الحقيقة أرادت أن تتأكد ما إذا كانت هذه الرغبة خبيئة في قلوب الملايين من النساء الأخريات أم لا؟ وقد تأكدت من ذلك، وجاء هذا التأكيد نتيجة أربع سنوات من البحث، جابت السيدة دولنج خلالها العديد من الأقاليم والولايات، تجري مقابلات مع نساء من مختلف الفئات والطبقات، خاصة المهنيات منهن، ممن يعملن ويدرسن ويعالجن النساء، مثل المتخصصات في علم الاجتماع، وعلم النفس، والعاملات في المجالات الصحية، والطبيبات النفسيات، وانتهت من هذه المقابلات إلى أن من قابلتهن من النساء كن يشعرن بالمشاعر نفسها التي تشعر بها، وكن راضيات سعيدات بأن يبقين في منطقة الظل خلف الرجل وأنهن يتجنبن الصفوف الأولى، بل إنهن يرتعبن إذا ما أجبرن على التحرك إلى الأمام، على الرغم من أن بعض النساء يصرحن شفاهة بأنهن يرغبن في تقدم الصفوف، وتقلد المناصب القيادية. وتتساءل الكاتبة لماذا تقف النساء في الوقت الحالي في هذا الموقف الصراعي؟ وكيف يستطعن أن يخرجن منه لكي يصبحن شخصيات سعيدة منتجة، إلى أقصى ما تمكنهن قدراتهن وإمكانياتهن؟

أما السبب في دفع النساء إلى هذا الموقف الصراعي، كما اكتشفت السيدة دولنج شخصيا، فهو ما سمته عقدة سندريلا، وهي نسق من الرغبات والذكريات المكبوتة، والاتجاهات غير الواقعية، التي أخذت تتكون في الطفولة عند الفتاة، وهي طفلة، ومحورها أن هناك شخصا آخر قويا، يدعمها ويحميها، وهذه القناعة عند البنات – والتي لا يوجد مثيل لها عند البنين – تستمر معهن إلى سن الرشد، بمعنى أنهن لا يفطمن عنها، ومن ثم فإن هذه الحاجات تكبت وتندفع إلى أعماق الفتيات، وتظل معهن في حياتهن الراشدة، وتؤدي إلى مختلف أنواع المخاوف الداخلية، وألوان من السخط، وعدم الرضا.

وفي مقدمة ما يترتب على الحاجات المكبوتة عند النساء من آثار، وأكثرها قوة في حياتهن، هو الشعور بالدونية، وإن كان شعورا منكرا وغير معترف به على المستوى الشعوري، وتقول السيدة دولنج إن معظم النساء ترسبت في أعماقهن فكرة أنهن غير قادرات على تحمل المسؤولية الكاملة عن أنفسهن، وهي قد قابلت، كما قلنا، نساء من كل الفئات، وتقل إنها لمست هذه الفكرة الخبيئة في نفوس من قابلتهن، بمن فيهن من يعملن في المهن المرموقة، وبعضهن لم يغامرن بالخروج من المنزل والعمل خارجه، والبعض غامر، ولكنه عاد واحتمى بأحضان الأسرة، وتؤكد السيدة دولنج أن هذه المشاعر قائمة عند ساكنات المدن، وعند من تعمل في قطع الأخشاب في الغابات، وعند الأرامل والمطلقات، وعند كثير من المتزوجات، واللاتي يريد بعضهن أن يحصل على الطلاق، ولكنه لا يحصل عليه، والشيء الوحيد المشترك بين هؤلاء النسوة جميعا هو أنهن يسلكن على نحو طيب، ولكن بدرجة أقل مما يتفق مع قدراتهن الحقيقية بفعل هذه المشاعر الخفية.

وترى السيدة دولنج أن نزعة الاعتماد الشخصي والنفسي عند النساء – وهي الرغبة العميقة في أن يكون الإنسان موضع رعاية الآخرين – هي القوة الرئيسية التي تمسك بالنساء، وتبقيهن في مرتبة أدنى، وهي عقدة سندريلا، والتي هي شبكة من الاتجاهات والمخاوف، وغير الواقعية التي تجعل جنس النساء في منطقة نصف الضوء، ونصف الظلال، وتمنعهن من أن يحققن الاستفادة الكاملة من قدراتهن وإبداعاتهن، ومثل سندريلا فإن النساء اليوم مازلن ينتظرن شيئا ما خارجيا، لكي يحل لهن مشاكلهن، ويحول حياتهن إلى الأفضل.

وتعرف السيدة دولنج أن عقدة سندريلا تمثل صدمة للمرأة التي ليس لديها فكرة عن هذه المشاعر اللاشعورية، أو المرأة التي لم تتعرض لظروف تكشف لديها هذه المشاعر، وتقول السيدة دولنج إنه إذا لم تبين حقيقة هذه المشاعر التي تضمنتها عقدة سندريلا، وتعمل على مواجهتها، والتغلب عليها، فسوف يفوتنا كل شيء، فلا نعود نساء، ولا نعود قادرات على الحب، وعلينا أن نواجه هذا الخوف الموهن لنا عن طريق التحكم في هذا الموقف، وتحقيق الاستقلال الحقيقي. عقدة سندريلا والاعتراف بها ومواجهتها هو السبيل إلى تحقيق الاستقلال الحقيقي.

▪ **مكتبة العدد**

العنوان: أسرار النوم

تأليف: إلكسندر بوربلي

ترجمة: د. أحمد عبد العزيز سلامة

الناشر: دار المعارف

دراسات النوم أصبحت عنصرا متقدما من عناصر تشخيص التوازن

النفسي، وقد تضاعف الاهتمام بها مع الإضافات التي قدمتها هذه الدراسات، رابطة بين غضطرابات النوم والاضطرابات النفسية والعصبية. وتتوزع فصول كتاب البروفسور بوربلي على النحو التالي:

- مقدمة
- الفصل الأول: نظرة تاريخية إلى النوم.
- الفصل الثاني: العلماء يبحثون في النوم: المراحل المختلفـة للنوم.
- الفصل الثالث: النوم، أصل واحد وتفريعات متعددة،
- الفصل الرابع: الأحلام.
- الفصل الخامس: النوم والأقراص المنومة.
- الفصل السادس: "لم يغمض لي جفن طـوال الليـل". الأرق واضطرابات النوم والاستيقاظ.
- الفصل السابع: النوم عند الحيوانات.
- الفصل الثامن: النوم والمخ.
- الفصل التاسع: البحث عن مواد كيميائية للنوم ذاتية المنشأ.
- الفصل العاشر: الحرمان من النوم.
- خاتمة.

في تقديمه للكتاب يقول المؤلف: عندما ألقي المحاضرات عن النوم، كثيرا ما يطلب إلي الجمهور المستمع للمحاضرة أن أسمي لهم كتابا لغير المتخصصين عن أبحاث النوم. لكن مما يؤسف له أن الكتابات في هذا الموضوع أقرب إلى أن تكون قليلة محدودة. صحيح أم قدرا كبيرا من الأبحاث قد أجري في موضوعات خاصة في هذا المجال، ولكننا لا نجد في متناولنا كتابا حديثا يقدم لغير المتخصصين مسحا عاما لأبحاث النوم. وهذا الأمر مؤسف بصفة خاصة بعد أن وجدنا عددا من التطورات الجديدة المبشرة بالخير تحدث وتقع خلال السنوات القليلة الماضية. من ذلك مثلا أنه بعد أن ازداد وضوح الرابطة بين النوم وبين الإيقاعات البيولوجية، ازداد فهمنا لتنظيم النوم ازديادا ملحوظا له دلالته. إن البحث عن عقاقير كيميائية داخلية (أي عقاقير طبيعية ينتجها الجسم نفسه) تبعث على النوم. مثال آخر لمجال من الأبحاث، تم فيه إحراز خطوات عظيمة في السنوات الأخيرة. ومع ذلك، فإن حدوث أمثال هذه التطورات الجديدة لم يكن وحده السبب في إني رغبت في تأليف هذا الكتاب، ولكن كانت هناك، بالإضافة إلى ذلك أبحاثي الخاصة عن الموضوع، وما يتضمنه الموضوع من سحر وجاذبية عامة بالنسبة لي. لقد كان هدفي أم أقدم سردا مفهوما مشوقا لبعض الجوانب الهامة من الأبحاث الحديثة عن النوم لمن كان له شغف من عامة القراء. وإني لأرجو لأولئك القراء الذين يجدون عندهم الرغبة في التعمق في واحد من الموضوعات التي يتناولها الكتاب أن يفيدوا من تلك القراءات الإضافية المقترحة التي يجدونها في ثبت المصادر والمراجع.

إن البحث في النوم يتطلب أجهزة ومختبرات غالية مكلفة، تجرى فيها التجارب. ولقد تلقت أبحاثي الخاصة التي أتحدث عنها في هذا الكتاب دعما سخيا كريما لعدة سنوات من كل من: معهد الفارماكولوجيا التابع لكلية الطب في جامعة زيورخ، ومن المؤسسة القومية السويسرية للنهوض بالأبحاث العلمية. وإني لأرغب هنا أن أعبر عن امتناني لكل من المؤسستين.

لكن المرء لا يملك مع ذلك، ومهما تيسرت له أفضل الأجهزة والمعدات التقنية، أن يتابع الأبحاث في النوم بمفرده. وقد شاء لي حسن الحظ أن أتعاون في زيورخ مع عدد من الزملاء والطلاب القادرين الدؤوبين. وإني لأود بصفة خاصة أن أشكر الدكتورة آيرين توبلر، التي زاملتني فترة طويلة من الزمن، والتي أسهمت إسهاما ذا بال في معظم المشاريع التي تم تنفيذها في السنوات القلائل الأخيرة. كما أن التعاون الودي من جانب البروفسور إنج ستراوخ من قسم علم النفس، والبروفسور ديتريشي ليمان، من قسم النيورولوجيا، أدى إلى تأسيس المختبر المشترك لأبحاث النوم التجريبية الإكلينيكية، وكذلك إلى مشاريع مشتركة، وندوات علمية متعددة.

على أن جانبا غير قليل من هذا الكتاب تمت كتابته في جبال الألب السويسرية، التي كنت أخلد إليها حتى أتمكن من استجماع أفكاري، بعيدا عن كل ما يشتت الانتباه. ولذلك فإنني أشكر لأسرتي ما وجدته عندهم من التفاهم والتأييد لهذا العمل العلمي. وقد اكتشفت شقيقتي إستر بوربلي، التي قرأت المسودة الأولى، عددا كبيرا من التناقضات أو عدم الاتساق، كما أجرت عدة إصلاحات لغوية، وتحسينات في الأسلوب. وعلى الرغم من أنها لا تزال راضية تماما عن الكتاب في صورته الأخيرة، إلا أنني أود التعبير عن شكري لها لمساعدتها العظيمة. كذلك أجدني ممتنا بصفة خاصة للدكتور هانس روسنر، لما قدمه من نقد للمخطوط، ولاقتراحاته الكثيرة، ولدعمه الفعال، ومساعدته في إعداد الكتاب. وقد تفضلت الدكتورة آيرين توبلر بتقديم اقتراحات قيمة في عدة فصول من الكتاب، كما ساعدتني في إعداد الرسوم التوضيحية. وأخيرا، أود أن أشكر كارين شوارتز، لمساعدتها في الرسوم التوضيحية، وبياتريس بفايفر، التي قامت على كتابة المخطوط باستخدام الآلة الكاتبة.

العنوان: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.
المؤلف: د. فرج عبد القادر طه وآخرون.
الطبعة الثالثة: 2005

عرض: د. عبد الفتاح دويدار

يشكل المصطلح العلمي، في عصر العلوم، الدم الجديد الذي يرفد اللغة، فيعطيها قدرة على الاستمرار والمعاصرة. وهو شرط أساسي لاحتفاظ اللغة براهنيتها، وبإمكانية استخدامها كلغة تدريس للناطقين بها. هذه الضرورة الملحة كانت وراء اضطرار كافة اللغات لقبول مصطلحات غريبة عنها، وإدخالها قسرا إلى هذه اللغات، حتى باتت هذه اللغات مزيجا من اللاتينية واليونانية والعربية، وغيرها من لغات الحضارات السابقة.

بالنسبة للمصطلح النفسي العربي، فإنه يطرح إشكاليات أكثر تعقيدا من المصطلحات العلمية الأخرى، وذلك لجملة أسباب يمكن اختصارها على النحو التالي:

- اختلاف اللغات المترجم عنها: إذ يتوزع علماء النفس العرب على مختلف المدارس، وينقلون عن مختلف اللغات. فمنهم من يترجم عن الإنجليزية (خصوصا مصر والخليج) ومنهم من يترجم عن الفرنسية (خصوصا المغرب العربي ولبنان) وأقليات منهم تترجم عن الألمانية والروسية ولغات أخرى.
- اختلاف مستوى العلاقة باللغة العربية: فإذا ما راجعنا المصطلحات النفسية العربية المطروحة، فإننا نجدها موزعة على النحو الآتي:

أ. موقف تراثي متشدد: حيث استعارة المصطلح من تراث اللغة العربية، بحيث يأتي المصطلح عربيا قحا، ولكنه يتمثل بكلمات غير متداولة، وتاليا غير مألوفة.

ب. موقف حداثي متطرف: حيث تعريب الكلمات هو الحل الأكثر سهولة، كمثل مصطلحات سيكولوجيا، وسيكوسوماتيك، وسيكاتري... إلخ.

ت. موقف ظاهراتي: بحيث يهمل الجذور اللغوية للمصطلح الأجنبي، ويستبدل ترجمتها بمصطلح يشير إلى ظاهرية المصطلح. كمثل تسمية الاضطراب باسم أحد عوارضه السريرية.

وبالإضافة إلى مثل هذه المواقف الرئيسية الثلاثة، يمكن للمراقب أن يسجل مواقف أخرى غير متماسكة، كمثل الموقف النرجسي، حيث يصر بعضهم على التمسك بمصطلحات معينة لا تستند إلى منهجية رصينة تحدد شروط ومواصفات المصطلح المرشح للاعتماد. لكن هؤلاء يصرون على فرض هذه المصطلحات، كنوع من أنواع السطوة النرجسية. وهكذا حتى باتت فوضى المصطلح فوضى صعبة التخطي، لوجود اقتراحات متعددة لترجمة المصطلح الأجنبي الواحد. ولا بأس من إعطاء بعض الأمثلة في هذا المجال:

أ. Depression: اكتئاب، انهيار، خور، خدر،.. إلخ.
ب. Parnoia: زور، عظام، بارانويا، هذاء،.. إلخ.
ت. Identification: توحد، تماه، تقمص، استعراف،.. إلخ.

أمام هذا الواقع، بات من الصعوبة بمكان اتخاذ المواقف الوسطية بين مجمل هذه الاقتراحات. من هنا كان اقتراح الدكتور محمد أحمد النابلسي (رئيس مركز الدراسات النفسية) لمنهجية تحدد شروط المصطلح، والمواصفات واجبة التوافر في من يتصدى لاقتراح المصطلح ومناقشته. ومثل هذه المنهجية، على اختلاف المنطلقات النظرية بين المنهجيات، تشكل هوية المصطلح، وبالتالي هوية أي معجم علمي. فماهي هوية "موسوعة علم النفس والتحليل النفسي" التي تعتبر أضخم عمل معجمي – نفسي منشور في اللغة العربية لغاية اليوم. المشرف على إعداد هذه الموسوعة أ. د. فرج عبد القادر طه (مجلة الثقافة النفسية – العدد 19) انطلاقا من النقاط التالية:

1. اعتماد المنهجية ذات الطابع البراغماتي التي يشرحها د. طه بقوله: إن انتقاءنا للمصطلحات خضع لجملة معطيات. فقد قبلنا بالمصطلحات العربية ذات الشيوع الأكبر، شرط أن تكون مقبولة لغويا بدرجة ما. فأنا لست من أنصار طرح مصطلحات جديدة بحجة أنها أصح لغويا، وذلك من منطلق أن الخطأ الشائع أفضل من الصواب المجهول. ولقد بدأت مجامع اللغة العربية بتبني هذا المنطلق.
2. اعتماد أكثر من لفظة عربية لمصطلح أجنبي واحد مع شرح المصطلح تحت اللفظ المفضل لدى معدي المعجم، وإحالة القارئ إليها بالنسبة للألفاظ الأخرى الأقل تفضيلا.
3. نشر سيرة الحياة وإنجازات العشرات من العملاء القدامى والمعاصرين من عرب وأجانب. وهم ممن لهم إسهامات مشهودة وجادة في تاريخ الاختصاص وتطويره، مما أكسبهم سمعة محمودة في بلادهم وخارجها – لكن الملاحظ غياب عدد من الأسماء الكبيرة بسبب استجابتهم لدعوة المؤلفين – مع العمل على إكمال قائمة العلماء العرب في طبعة لاحقة.
4. تحدد مقدمة المعجم هدفه في تعريف المثقف العام على المعاني الدقيقة للألفاظ النفسية المستخدمة. وعليه فإن الشرح يقتصر على التعريف بمدلولات المصطلحات، وبمعانيها الدقيقة، دون العودة إلى أصل المصطلح وتطور مدلولاته.

إلا أن تعرف القارئ إلى هوية هذه الموسوعة لا يكتمل إلا بتعرفه على الأسماء المشاركة في إعدادها، والتي تمثل مراجع ذات مصداقية في العالم العربي. وهم:

- د. فرج عبد القادر طه: أستاذ علم النفس – علم النفس- جامعة عين شمس، نائب رئيس الجمعية المصرية للدراسات النفسية وعضو مجلس إدارة الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي.
- د. شاكر عطية قنديل: أستاذ علم النفس- التربية- جامعة المنصورة، وجامعة الإمارات العربية المتحدة.
- د. حسن عبد القادر محمد: أستاذ التحليل النفسي في جامعة المنصورة، وأكاديمية الفنون.
- العميد مصطفى كامل عبد الفتاح: كبير اختصاصي علم النفس الإكلينيكي في القوات المسلحة، والمنتدب سابقا لتدريس علم النفس العيادي في جامعة عين شمس.

بهذا يكتمل تعريف القارئ على هوية الموسوعة، حيث نعتبرها مثالا على المشاركة العلمية في إطار فريق عمل متكامل، إذ لم يعد من المقبول أن يقوم مؤلف واحد بإعداد معجم، أو موسوعة، وسط فوض المصطلحات. فالمشاركة تحد من الميول النرجسية، وتجعل انتقاء المصطلح حوارا علميا بين المتخصصين أو المتحمسين له. وإذا كان كلامنا هذا لا يعني اعتماد المصطلحات الواردة في الموسوعة كألفاظ نهائية (فالمؤلفون أنفسهم لا يصرون على ذلك، ويتركون باب النقاش مفتوحا) ولكننا نعتقد أن هذه الموسوعة ستبقى لسنوات قادمة الموسوعة العربية الأولى، والمرجع في مجالها، آملين أن تكون مثالا يحتذى للمشاركة والتعاون بين الاختصاصيين العرب العاملين في حقل المصطلح.

العنوان: العمليات المعرفية وتناول المعلومات.
المؤلف: د. أنور محمد الشرقاوي / أستاذ علم النفس- كلية التربية – جامعة عين شمس.
الناشر: الأنجلو المصرية.

العنوان: الأساليب المعرفية في علم النفس والتربية.
المؤلف: د. أنور الشرقاوي.
الناشر: الأنجلو المصرية.

العنوان: في أصل العدوانية الإنسانية.
المؤلف: د.علي أسعد وطفة.
الناشر: مكتبة الطالب الجامعي- الكويت.

في أصل العدوانية، يكمن فيض أسرار لا يتناهى تنوعه، ولا ينقطع تدفقه. وفي البحث عن خفايا هذه القضية وأسرارها، يشد علماء النفس الرحال ويعقد علماء الاجتماع العزم. فالعدوانية حقيقة بيوسيكولوجية، تضرب جذورها في أعماق الكائنات على امتداد تنوعها، واختلاف صورها وتجلياتها، وهي حقيقة تشتد غموضا كلما اشتد الطلب في الكشف عن ماهيتها، واستجلاء خفاياها.

لقد شكلت هذه القضية منذ بداية التاريخ الإنساني هاجسا معرفيا يقض مضاجع المفكرين والفلاسفة، ومازال العقل الإنساني حتى اليوم يكد في البحث عن ماهية العدوانية، ويجد في الكشف عن أسرارها وخفاياها وضروب تجلياتها. ويفيض تاريخ المعرفة الإنسانية بعظيم المحاولات الفكرية التي تسعى، دون انقطاع، إلى استجلاء هذه الحقيقة التي مازالت نسبيا في دوائر المتاهات الغامضة. ويأتي هذا السعي الفكري الإنساني المستمر تكثيفا لإرادة إنسانية تريد أن تهتك حجب الحقيقة، دون أن تقف عند حدود التفسيرات الأحادية الجانب، التي تنأى عن القصد، وتضعف عن اللحاق بخفايا هذه الظاهرة وأسرارها. وفي نسق هذا القصد، فإن الكشف عن ماهية هذه الظاهرة، وجوهرها، أمر يتجاوز حدود القناطر والتخوم العلمية المعروفة. فالعنف ليس حقيقة سوسيولوجية، أو نفسية، أو بيولوجية، فحسب، بل هو حقيقة تتكون من هذه الأبعاد جميعها، وتتجاوزها في الآن الواحد.

تأخذ العدوانية صورة رمزية مشفرة لتكوينات نفسية واجتماعية بالغة التنوع، وبالتالي فأن هذه الصورة، بما تنطوي عليه من خفايا رمزية، تتحدى الجهود العلمية، وتشكل حتى اليوم رهانا علميا يشد العقل الإنساني، ويشتد في طلبه. ويضاف إلى هذا كله طابع التغير الدائم في طبيعة الأشياء، الذي يجعل من اللحاق بهذه الحقيقة الغامضة أمرا في غاية الصعوبة. وإذا كان الإقرار بحقيقة مطلقة يتنافى مع الروح العلمية، فإن هذه الروح العلمية تسعى إلى تقليص المسافة بين الوهم والحقيقة، وإلى الكشف عن أسرار الأشياء وخفاياها بصورة مستمرة. وانطلاقا من هذه الروح العلمية، يأتي البحث الدائم عن حقيقة العنف، وماهية العدوان، وذلك لما لهذه الظاهرة من أهمية كونية في عالم الإنسان القديم، والمعاصر.

ومع أهمية الجهود العلمية التي كرست لدراسة ظاهرة العنف والعدوانية، فإن هذه الحقيقة مازالت في أطوارها الجنينية، ومازال هذا الجانب يحتاج إلى مزيد من الجهود العلمية التي يمكنها أن تقف على تضاريس هذه الظاهرة، ولاسيما من الناحية السيكولوجية. وهنا تجدر الإشارة إلى وجود عدد كبير وهام من الأعمال السيكولوجية التي تناولت هذه القضية، وحاولت استجلاء معانيها. إلا أنها مازالت قاصرة عم تفسير السلوك العدواني عند الإنسان، وتحديد أبعاده وإسقاطاته الإنسانية. فالأبحاث النقدية التي أجريت حول هذه الظاهرة مازالت في طور البداية والانطلاق، وفي هذه البدايات تظهر الصعوبات المنهجية التي تعترض

البحث النفدي، وذلك لما تتسم به هذه القضية من أهمية وخطورة...

- **ملف العدد: سيكولوجية التدين- الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي وبعض المتغيرات المرتبطة بالطالب الجامعي** / د. زياد بركات جامعة القدس المفتوحة

ملخص الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير التوجه نحو الالتزام الديني في التكيف النفسي والاجتماعي، وعلاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بالطالب الجامعي، الجنس، والعمر، التخصص، والتحصيل الأكاديمي، وعمل الأب، وعمل الأم. استخدم لهذا الغرض مقياسين، هما: مقياس التوجه نحو الالتزام الديني، ومقياس التكيف النفسي والاجتماعي لطلبة الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من (200) طالبا وطالبة منهم (100) من الذكور، و(100) من الإناث، وقد أسفرت الدراسة عن وجود تأثير جوهري لتوجه الطلاب نحو الالتزام الديني في مستوى تكيفهم النفسي والاجتماعي لمصلحة الطلبة ذوي التوجه المرتفع، كما أظهرت الدراسة وجود تأثير للمتغيرات: الجنس، والتخصص، والعمر، في التوجه نحو الالتزام الديني، وذلك لمصلحة الإناث، والطلاب ذوي التخصصات التربوية، والطلاب من الفئة العمرية الأقل من (23 سنة) على الترتيب. بينما توصلت النتائج إلى عدم وجود تأثير جوهري للمتغيرات، التحصيل، وعمل الأب، وعمل الأم، في توجه الطلاب نحو الالتزام الديني. كما نوقشت نتائج الدراسة، وتمت مقارنتها مع الدراسات السابقة، وفي ضوء ذلك اقترح الباحث بعض التوصيات، كان أهمها دعوة التربويين وأولياء الأمور والمعلمين على حث الشباب للتمسك بالقيم الدينية، لما له من تأثير في وصولهم إلى مستوى من الأمن والاستقرار النفسي.

- **Religious Commitment Effected On Psychological and Sociological Adjustment and Related With Some Variables** / Dr. Zeyad Barakat

Abstract: This study aimed to investigated of the effectd of religious commitment on AlQuds Open University students psuchological and sociological adjustment, and related with some variables: six, age, specialization, academic schievment, fathers profession, mother profession. To Achieve this purpose used two instruments: 1- Religious Commitment Scale (RCS) and 2- Psychological & Sociological Scale (PPS), applied to (200) students (100 Females and 100 males). The results indicated that were significant differences reflected by religious commitment on students psychological and sociological adjustment, also the results obtained that were significant differences reflected on religious commitment among variables: six, age, specialization, in favour of females, students from age (less than22 years), and educational specialization. However, the results showed that were no significant differences reflected on religious commitment among variables: academic achievement, father's profession, mother profession. Finally, in light of the study results and discussed the researchers propose some recommendations.

مقدمة: بدأت، حديثا اتجاهات بين بعض علماء النفس، تنادي بأهمية الدين، أو التوحد مع النظام الديني، في بناء الصحة النفسية والتكيف النفسي والاجتماعي للأفراد، مما يساعدهم في حل مشكلات الحياة، ويجنبهم القلق الذي يتعرض له كثير منهم، وبخاصة أنهم يعيشون في عصر يسيطر عليه الاهتمام الكبير بالحياة المادية، والتنافس الشديد في المصالح والمغريات الاجتماعية والاقتصادية، ويفتقر في الوقت نفسه إلى الغذاء الروحي، مما انعكس على حياة هؤلاء الأفراد سلبا، وأصبحوا عرضة للإصابة بالأمراض والاضطرابات النفسية والأزمات الاجتماعية، حتى أصبح يعرف هذا العصر بعصر القلق والاضطراب النفسي.

ويرى عبد الباقي (عبد الباقي، 1981) أن الدين يزود الفرد بنسق من القيم والمبادئ والمعايير والمحكمات الاجتماعية، التي توفر له التكيف مع ما حوله، حيث أن سلوك الإنسان لا يضطرب لوجود القيم والمعايير الأخلاقية الضابطة، كما يدعي البعض، وإنما يضطرب عندما يبتعد الفرد عن هذه المعايير، وعن فطرته التي خلقه الله تعالى عليها، هذه الفطرة التي تؤثر تأثيرا عظيما على صحته النفسية، وتمتعه بالسعادة والرضا والغبطة، وحسن توافقه مع الحياة والمجتمع (العتوم وعبد الله، 1997).

تعتبر الأديان من أقدم المؤسسات الفكرية الاجتماعية عبر التاريخ الإنساني على الكرة الأرضية، وهي موجودة في كل المجتمعات الإنسانية، لتسد احتياجات مهمة لأفراد هذه المجتمعات من الناحية الاجتماعية والنفسية، فالدين يدفع الأفراد إلى تغليب مصلحة الجماعة على المصلحة الخاصة، وتغذي بذلك مايسمى بالعاطفة الجماعية (البصري، 2003)، والدين الإسلامي يتميز في هذا المجال، لما يتمتع به من المرونة والعقلانية، والبحث، والاقتناع بالحقيقة، وهو دين يدعو إلى المعرفة والحقيقة والانفتاح على العالم والتطور والحوار المستمر والتواصل، وتأصيل لغة التعايش مع الآخر (السادة، 2000).

إن حالة الانفصام، أو الانفصال بين الدين والتكنولوجيا الحديثة، هو الذي يشكل مشكلة الإنسان المعاصر، فعدم الالتقاء بين الفكر الديني، وبين الفكر التكنولوجي، خلق فجوة أدت إلى ما يسمى بالقلق الذي يعاني منه الإنسان في هذا العصر، فلابد والحالة هذه من الالتقاء العقلاني بين الدين والتطور العلمي والتكنولوجي لتخفيف حدة التوتر والانفصام (الفيومي، 1985)، وفي هذا المجال يستعرض الباحث عمر شاهين (شاهين، 2003) بعض قواعد السلوك الاجتماعي التي وضعها الدين الإسلامي، وتعمل على تخفيض تأثير القلق لدى الأفراد: قاعدة العلو والوصول إلى المعلومة الاجتماعية التي تؤثر على بناء العلاقات الصحيحة بين الأفراد، وقاعدة التعاون والمشاركة، وقاعدة الإيثار والمسامحة، وقاعدة القدوة الحسنة، وقاعدة العدالة الاجتماعية، وقاعدة التناصح والمشورة، وهذه القواعد السلوكية كفيلة بإيجاد المجتمع الفاضل الذي ينتج الفرد الصالح، وهكذا تتحقق سعادة المجتمع، وسعادة الفرد.

إن نشاطات الإنسان النفسية يمكن حصرها في ثلاثة جوانب: الجانب المعرفي الفكري، والجانب العاطفي الوجداني، والجانب المتعلق بالسلوك، وبناء على هذه الجوانب المتعددة لشخصية الفرد وسلوكه، يمكن اشتقاق نماذج، أو أنماط، من الخبرات الدينية التي نلحظها في حياة الأفراد كما أوردها (المهدي، 2003):

1- التدين المعرفي الفكري: حيث يعرف الفرد من هذا النمط الكثير من أحكام الدين ومفاهيمه، محصورة في المستوى المعرفي الفكري، ولكنه غير ملتزم بهذه الأحكام في حياته اليومية.

2- التدين العاطفي الحماسي: والفرد ضمن هذا النمط يبدي عاطفة وجدانية جارفة نحو التعاليم الدينية، لكنه لا يمتلك الأحكام المعرفية حولها، مما يجعله غير قادر على الحوار والمناقشة المرنة، مما يؤدي إلى حالة من التطرف.

3- التدين السلوكي (العبادة): وينحصر الفرد المتدين ضمن هذا النمط في دائرة ممارسة الطقوس وأداء العبادات الدينية، ولكن دون معرفة كافية بالأحكام، ودون امتلاك العاطفة الدينية.

4- التدين النفعي: وفي هذه الحالة يلتزم الفرد بالكثير من الممارسات والمظاهر الدينية للوصول إلى مصالحه الخاصة، مستغلا بذلك احترام الناس للدين.

5- التدين التفاعلي: وهو ناتج عن رد الفعل لدى بعض الأفراد لقضاء وقت طويل من حياتهم بعيدا عن الدين، ولكن نتيجة لحالة مفاجئة في

حياتهم تنقلب حياتهم إلى النقيض، فيصبحون من الملتزمين في الكثير من المظاهر الدينية، ويغلب على هذه الفئة التدين العاطفي الحماسي، لكنه يتميز بالسطحية.

6- التدين الدفاعي: ويتميز التدين في هذا النمط بأنه عصابي دفاعي لحالة من الخوف، أو القلق، أو الشعور بالذنب، أو تأنيب الضمير، أو ضد القهر والإحباط في مواجهة ظروف اجتماعية، أو اقتصادية، يمر بها الفرد، فيلجأ إلى الدين للتخفيف من حدة هذه المشاعر، أو هروبا من الصعوبات التي يعجز الفرد عن مواجهتها.

7- التدين المرضي: يصل الأفراد من هذا النمط إلى حالة من التدين لتخفيف مظاهر التدهور العقلي الذهاني، فتظهر حالات لا يشعر معها المريض بأنه ولي من أولياء الله الصالحين يقوم بهداية الناس.

8- التدين المتطرف: وفي هذا النمط يظهر الفرد المتدين حالة من المبالغة والغلو في بعض جوانب الدين، والتزمت في تطبيقها، مما يخرجه عن الحدود المقبولة، والتي يقرها الشرع، ويجمع عليها العامة، والتطرف الديني ينقسم إلى أنواع ثلاثة: التطرف الفكري، والتطرف العاطفي، والتطرف السلوكي.

9- التدين التصوفي: وهو نمط خاص يمر به بعض الأفراد، يشعر معه المتصوف بالتوحد مع الكون، والإحساس بعمق التجربة الشعورية نحو الوجود والخالق والأشياء.

10- التدين الأصيل، وهذا النمط هو النمط الأمثل بين أنماط التدين السابقة، حيث يتوفر لدى الفرد هنا مظاهر التدين من جوانبه المختلفة، بشكل كتوازن معرفيا وعاطفيا وسلوكيا، ويصبح الفرد منسجما مع ذاته وسلوكه، ومتفقا قوله مع فعله، وظاهره مع باطنه، وهذا النوع من التدين يوصل صاحبه إلى الأمن والاستقرار والتوازن النفسي والاجتماعي، ويشعره بالطمأنينة والتسامح والصبر والرضا.

Séminaire Sur Le Paradoxe de Winnicott

Organise par

La Société Psychanalytique Marocaine

Animé par : Touria MIGNOTTE (psychanalyste – Pari-s)

http://www.lienpsy.com - k.elalj@wanadoopro.ma

■ Argument

Ce séminaire se propose d'introduire à la pensée de Winnicott, mais a cependant pour visée de ne pas s'arrêter à la simplicité de la langue dans laquelle cette pensée est exprimée, pour tenter d'éclairer certains aspects de sa complexité théorique et clinique.

Faisant transition entre les "Anna-freudiens" et les "Kleiniens", et également en France, entre la pensée de Freud et les avancées de Lacan, cet insolite penseur de "la nature humaine", a su nous ouvrir quelques chemins pour aborder les angoisses psychotiques, qu'elles appartiennent, cliniquement, à un tableau de psychose avérée ou à l'apparition d'un élément schizoïde caché dans une personnalité par ailleurs non psychotique.

Cet éclairage sur la psychose est en relation directe avec sa réflexion sur les racines de l'agressivité, qui l'a mis en opposition avec la théorie de l'envie de M. Klein et avec celle des pulsions de mort de Freud. En renouvelant le sens du mot besoin qui n'a rien à voir, pour lui, avec la satisfaction ou la frustration des pulsions ou de la demande mais avec la mise à l'abri ou non des "agonies primitives" au bord desquelles se trouve tout le temps l'infants, Winnicott s'est également opposé à la théorie lacanienne du sujet défini en termes de désir seulement.

Ce séminaire se déroulera en quatre rencontres, chacune organisée autour d'une proposition de Winnicott.

■ Dates:

- 1ère **rencontre vendredi 24 mars 2006** : "A la naissance, le bébé n'est pas une personne car l'unité n'est pas le nouvel individu mais l'ensemble individu/environnement".

- 2ème **rencontre vendredi 12 mai** : "C'est la mère du début de la vie qui prend physiquement à son compte l'aspect environnement de l'organisation d'ensemble"; elle n'y parvient que si elle atteint un"état de folie."

- 3ème **rencontre :** "Le père réel se rapporte à certaines qualités de la mère/environnement : sa fermeté son indestructibilité. Là s'érige la représentation d'un élément indestructible qui fournit facilement une racine pour l'appréciation définitive du phallus paternel."

- 4ème **rencontre** : La destruction comme élément permanent du fantasme inconscient qui fonde le sujet en tant qu'auteur de la coupure (et pas seulement déterminé par la coupure au sens soutenu par Lacan).

Quelques éléments de lecture avant chaque rencontre pourront faciliter la compréhension et l'échange:

Pour la première rencontre :

Ces quatre chapitres sont dans "De la pédiatrie à la psychanalyse» :

- "Le développement affectif primaire"
- "Psychoses et soins maternels"
- "La première année de la vie"
- "La théorie de la relation parent - nourrisson"

Ces deux chapitres sont dans "Processus de maturation chez l'enfant"

- "Intégration du moi au cours du développement de l'enfant."
- "Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu"

■ Inscription:

- Ce séminaire est ouvert à tous les adhérents de la S.P.M. Une participation financière sera demandée à chaque participant pour couvrir la prise en charge de Mme MIGNOTTE.
- Pour une bonne organisation du séminaire, il est souhaitable de s'inscrire auprès de : H. Tyal, K. EL Alj ou A. Ouardini.

La première rencontre aura lieu le :

Vendredi 24 mars 2006 à 19h
Au siége de la FMRH
10, rue Ouled Bouzid ex rue Bartholdi, Quartier Roamndie
Casablanca - Maroc

JOURNÉE SCIENTIFIQUE DE PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE

LES FRONTIÈRES DE LA BIPOLARITÉ

SOCIÉTÉ TUNISIENNE DE PSYCHIATRIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

le 15 Avril 2006 à Hotel El Mouradi Palace Sousse - TUNISIE

اليـــوم العلمـــي للأطبـــاء الجامعييـــن

حـــــدود الثنـاقطبيـــــــة

الجمعية التونسية للطب النفسي الاستشفائي- الجامعي

15 أفريل 2006 – نزل المرادي بلاص- سوسة، تونس

▪ Bureau de la STPHU :

- **Président :** Bechir BEN HADJ ALI
- **Vice-Présidents:** Farhat GHRIBI et Fadhel M'RAD
- **Secrétaire Général :** Zouheir EL-Hachmi
- **Trésorier :** Lotfi GAHA
- **Sec. GL Adjoint :** Mejda CHEOUR
- **Trésorier Adjoint :** Selma BEN NASR
- **Membres :** Mohamed NASR et Karim TABBANE

▪ Programme Scientifique (Samedi le 15 Avril 2006) :

◆ **Le Matin :**

08h45 : Accueil des participants

09h15 : Ouverture

1ère Séance Conférences : Présidents : H. LOO, H. ATI

9h30 : Introduction du sujet / H. LOO (Paris)

9h45 : Biologie des troubles bipolaires / M.O. KREBS (Paris)

10h15 : Classification des troubles bipolaires / R. LABBENE (Tunis)

10h45 : Troubles bipolaires et tempéraments affectifs / S. BEN NASR, B. BEN HADJ ALI (Sousse)

11h15 : Troubles bipolaires et troubles de la personnalité / C. MILI (Tunis)

11h45 : Pause-café

12h15 : 1ère Séance Posters / Présidents : Z HECHMI, M MAALEJ

13h15 : Dejeuner

◆ **Après-midi :**

2ème Séance Conférences : Présidents : B BEN HADJ ALI, S GALLALI

15h00 : Troubles bipolaires et troubles schizo-affectifs / J.M. VANELLE (Paris)

15h30 : Troubles bipolaires et troubles anxieux / L GAHA, A. MECHRI, L. GASSAB (Monastir, Tunisie)

16h00 : Troubles bipolaires et Addictions / S. DOUKI (Tunis)

▪ أعضاء مكتب الجمعية

- الرئيس: البشير بن الحاج علي
- مساعد الرئيس: فرجات الغريبي، فاضل مراد
- الكاتب العام: زهير الهاشمي
- أمين المال: لطفي قحة
- مساعد الكاتب العام: ماجدة شعور
- مساعد أمين المال: سلمى بن نصر
- الأعضاء: محمد نصر، كريم تبان

▪ البرنامج العلمي (السبت 15 أفريل 2006)

◆ الفتـــرة الصباحيـــة

8 س 45 : استقبال المشاركين

9 س 15 : الافتتاح

الجلســـة الأولـــى: الرؤساء: هـ. لو، ح. العلاني

9 س 30 : مدخل للموضوع/ هـ. لو (باريس)

9 س 45 : بيولوجيا الاضطرابات الثناقطبية/ م.أ. كريس (باريس)

10 س 15 : تصنيف الاضطرابات الثناقطبية / ر. لبان (تونس)

10 س 45 : الاضطرابـات الثناقطبيـة والمـزاج الوجدانـي / س. بن نصر، ب. بن حاج علي

11 س 15 : الاضطرابـات الثناقطبيـة واضطرابات الشخصية / ش. ميلي (تونس)

11 س 45 : استراحة

12 س 15 : الحصة الأولى: الأبحاث المعروضة / الرؤساء: ز. هاشمي، م. معالج

13 س 15 : استراحة غداء

◆ الفتـــرة المسائيـــة

الجلســـة الأولـــى: الرؤساء: ب. بالحج علي، س. القلالي

15 س : الاضطرابات الثناقطبية واضطراب الفصام الوجداني / ج. فنال (باريس)

15 س 30 : الاضطرابات الثناقطبية والاضطراب القلقي / ل. قحة، أ. مشري، ل. قصاب (المنستير، تونس)

16 س: الاضطرابات الثناقطبية والادمان / س. الدوكي(تونس)

16h30 : Difficultés diagnostiques des troubles bipolaires chez l'adolescent / A. BOUDEN, M.B. HELAYEM (Tunis)

17h00 : Pause-café

17h15 : 2ème Séance Posters / Présidents : M. NASR, M. CHEOUR

18h15 : Cloture

20h30 : Diner-Gala (tous les inscrits sont invités)

16 س 30 : صعوبات تشخيص الاضطراب الثناقطبي عند المراهق / أ.بودن، م.ب. حليم (تونس)

15 س: استراحة

17 س 15 : الحصـة الثانيـة: الأبحـاث المعروضة / الرؤسـاء: م. نصر، م. شعور

18 س 15 : الاختتام

17 س 15 : حفل عشاء (الدعوة موجهة إلى جميع المسجلين)

- Les propositions de posters sont à soumettre avant le 31 Mars 2006

- تقدم اقتراحات الأبحاث المعروضة قبل يوم 31 مارس 2006

▪ Fiche d'inscription :

- Nom-Prénom :.....
- Fonction : .....
- Adresse : .....
- Téléphone : ..... Fax : .....
- Email : .....

▪ Frais d'inscription

25 dt (Résidents 15 dt), déjeuner, pause-café, diner-Gala

▪ بطاقـــة تسجيـــل

- الاسم والقب: .....
- الوظيفة: .....
- العنوان: .....
- الهاتف: ..... الفاكس: .....
- البريد الإلكتروني: .....

▪ معلـــوم التسجيـــل

25 دينار (15د للأطباء المقيمين)، يتمتع المسجلون بالغداء، مشروب الاسترحة وحفل العشاء.

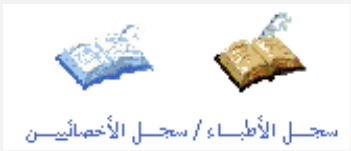
Informations et Résumés à adresser au : Pr. Ag. Selma Ben Nasr
Service de Psychiatrie CHU Farhat Hached Sousse - Tunisie
Fax : 00 216 73 226 702
Email : selmabennasr@yahoo.fr

لمزيد الاسترشاد الاتصال بـ أ.م. سلمى بن نصر، قسم الطب النفسي، المستشفى الجامعي فرحات حشاد، سوسة- تونس
الفاكس: 00 216 73 266 702
البريد الإلكتروني: selmabennasr@yahoo.fr

الكتـاب الذهبـي للأطبـاء النفـسانيـين

www.arabpsynet.com/propositions/ConsPsyGoldBook.asp

الكتـاب الذهبـي لأسـاتـذة علـم النفـس



www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp

ARABPSYNET PSYCHOMETRY GUIDE
ENGLISH EDITION

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.asp

دليل القياسـات النفسية العربية و العالميـة
الإصدار العربي

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Ar.asp

BRITISH ARAB PSYCHIATRIC ASSOCIATION, AGPA & BPA CONFERENCE

Organized by
BAPA, AGPA & BPA

BAHRAIN, 15 – 17 April 2006, Diplomat Hotel

Mamdouh.ElAdl@nht.northants.nhs.uk

DAY 1: SATURDAY 15/04/2006

DAY 1: MORNING

8.00 – 8.30 : Registration & Coffee/Tea

8.30 – 9.30: Opening Ceremony:

- **Recitation from the Noble Quraan**
- **Speakers:**
  - Pr. M. K. Al-Haddad (Conference President & AGPA President)
  - Dr. Nadah Haffadh (Minister of Health, Kingdom of Bahrain)
  - Dr. S. El-Hilu (Conference vice president & BAPA President)
  - Pr. Ahmed Okasha (Ex-President of WPA).
  - Pr. Abd El Wahab El Messiri.
  - Dr. Adnan Takriti (Arab Federation of Psychiatry)
  - Dr. Amer Hossin (President of Arabmed–UK).
  - Dr. Rafeea Ghobash, President of Arabian Gulf University
  - Dr. Mamdouh EL-Adl (BAPA secretary).
  - Dr. Ahmed Al Ansary (Conference Vice president, Bahrain)

9.30 – 10.30: Plenary Lecture

- **Chair:** Rafeea Ghobash (Bahrain)
- **Speaker:** Pr. Ahmed Okasha (Egypt): Augmentation Strategies of Antidepressants

10.30 – 11.00: Tea/ Coffee

11.00 – 13.00: Special Symposium: Effects of Israeli Occupation on Mental Health of Palestinians and their Healthcare Under Israeli Occupation: Working Towards Equity in Care.

- **Chair**: Dr. Salih EL-Hilu (Consultant Psychiatrist, UK)
- **Co-chair:** Professor M K Al Haddad (Professor & Head of Psychiatry Dept., Arabian Gulf University, Bahrain).
- **Speakers:**
  - Pr. Abd El Wahab El Messiri (Emeritus Professor of Comparative Literature, Ain Shams University, Cairo, Egypt): The Zionist View of The Self & of The Other.
  - Pr. Alean Al-Krenawi (Professor & Chair of University Dept of Social Work, West Bank)
  - Dr. Mamdouh EL-Adl (Consultant Psychiatrist, UK): A Nation Under Occupation; Inequity in Care Under Israeli Occupation).
  - Dr. Hosam Hassan (PhD in International Law): Responsibility of The Occupying Power under The International Law.

DAY 1: LUNCH & PRAYER (13.00–14.00)

DAY 1: AFTERNOON

14.00 – 14.45: Plenary Lecture

- **Chair**: Dr. Abdul Majeed Mohamed (Consultant Child & Adolescent Psychiatry, UK)
- **Speaker:** Pr. M. K. Al-Haddad (Professor & Head of Psychiatry Dept, Arabian Gulf University): Arab Psychiatry: Past, Present and The Future.

14.45 – 16.15: Symposia 1, 2, 3

Symposium 1: Anxiety & Depression; two sides of one coin

- **Chair:** Dr. Ahmed Shoka, Consultant Psychiatrist, UK.
- **Co-Chair**: Dr. Hameed Hussain, Consultant Psychiatrist, Bahrain.
- **Speakers:**
  - Dr. A. Shoka (Consultant Psychiatrist, UK) Anxiety: An Overlooked Disorder.
  - Dr. Redwan El-Khayat (Consultant Psychiatrist, UK) Guidelines for treating Depression.
  - Dr. Mamdouh EL-Adl (Consultant Psychiatrist, UK) Which Antidepressant?

Symposium 2: Against All Odds: Rebuilding The Mental Health Service in Iraq

- **Chair:** Dr. Mohamed Al-Uzri, Consultant Psychiatrist & Senior Lecturer, Leicester University, UK
- **Co-Chair:** Dr. Fadhel Al Nasheet, Consultant Psychiatrist, Bahrain
- **Speakers:**
  - Dr. Sabah Sadik (Consultant Psychiatrist & Medical Director, UK and Director of Mental Health in Iraq):Rebuilding of MH Services in Iraq
  - Dr. Majid Al-Yassiri (Consultant Psychiatrist, UK):Centre for Victims of Torture; The Role of NGOs.
  - Dr. Abdul-Majeed Mohammed (Consultant C&A Psychiatry): Child Mental Health Needs & Services in Iraq.
  - Dr. Ali Abbas (Consultant Psychiatrist, Iraq): MHA IN Iraq

Miscellaneous session 1 (Free Oral)

- **Chair**: Dr. Saad Khalaf, Consultant Psychiatrist, UK
- **Co-Chair:** Dr. Adel Al Offi, Consultant Psychiatrist
- **Speakers:**
  - Dr. Saad Khalaf: An Attempt to Forecast Old Age Psychiatry and Depression in the Arab World
  - Dr. Ehab Hegazy (UK): A Clinical Case: Pre-senile Dementia

- Dr. Sharmila Sindhuri (UK): A Clinical Case; Augmentation or Polypharmay?
- Dr. Khalil Ajel (UK): Schizophrenia & Metabolic Syndrome
- Dr. Mufeed Raoof (Iraq): PANSS; Preparation of an Arabic Version
- Dr. Hamdy Moselhy (UK): Early Trauma may increase the risk of PTSD among Opiate Dependent patients.

16.15 – 16.30: Tea/Coffee

16.30 – 18.00: Workshops 1, 2, 3, 4

Workshop 1: Spirituality in Psychiatric Practice and Psychotherapeutic Intervention

Workshop Lead:
- Dr. Mohamed Omar Salem, Ass. Professor of Psychiatry, Al Ain Medical School, UAE.
- Dr. Aisha Hamdan, Ass Professor, Sharja University, UAE.

Workshop 2: CBT in OCD: Beyond Exposure & Response Prevention

Workshop Lead: Dr. Ali Isa AlFaraj, Psychiatrist, (UK)

Workshop 3: ECT: Recent Advances in ECT Practice

Workshop Lead: Dr. Majid Al-Yassiri, Consultant of Old Age Psychiatry & ECT Lead, (UK).

Workshop 4: Doing a Forensic Assessment

Workshop Lead: Dr. Roy Lubit, Consultant Psychiatrist, (USA)

DAY 1: EVENING

19.00 – 19.30: Reception
19.30 – 21.30: Meeting
21.30 – 23.00: Dinner

Together for a better future: A Meeting of Hearts & Minds; Moderator: Dr. Mamdouh EL-Adl

- **Meeting with:**
  1. Pr. Abd EL Wahab Messiri
  2. Pr. Ahmed Okasha
  3. Pr. Mohamed K Al Haddad
  3. Pr. Alean Al-Krenawi

This session is in Arabic language and includes: Short speeches by the guests, Questions + Answers, Dinner.

DAY 2: SUNDAY 16/04/2006

DAY 2: MORNING

8.30 – 9.00: Arrival, Tea & Coffee
9.00 – 10.00: Plenary Lecture:

- **Chair:** Dr Adnan Takriti (Jordan)
- **Speaker:** Pr. Abd El Wahab El Messiri (Egypt): Freud between the modern Western Civilisation & the Ancient Jewish Kabala.

10.00 – 10.30: Tea & Coffee

10.30 – 12.30: Symposia 3, 4 and Miscellaneous session 2 (Free Oral)

Symposium 3: First Episode Psychosis (FEP): Do we need more?

- **Chair**: Dr. M. O. Salem, Ass Professor, Al-Ain, UAE
- **Co-chair:** Dr. Hameed Husain
- **Speakers:**
  - Dr. M. EL-Adl (Consultant Psychiatrist, UK): FEP: Factors Associated with Delayed Access to Care in a Rural Egyptian Setting
  - Dr. M. O. Salem (Ass Professor in Psychiatry, UAE): FEP: Outcome in UAE, a Retrospective Study
  - Dr. M. EL-Adl (Consultant Psychiatrist, UK): FEP: Primary Care Experience & Implications to Service Development; a Survey of GPs.
  - Dr. Ahmed Shoka (Consultant Psychiatrist, UK): Adherence to Medication

Symposium 4: Interface between Psychiatry & Medicine

- **Chair:** Dr. Mohmed Omar (Consultant Physician, Saudi Arabia).
- **Co-chair:** Dr. Ehab Hegazi (Consultant Psychiatrist, UK)
- **Speakers**: TBC

Miscellaneous 2 (Free Oral)

- **Chair**: Dr. Huda Marhoon (Cairperson of Psychiatric Hospital, Bahrain)
- **Co-chair**: Dr. Charlotte Kamel (Consultant Psychiatrist, Bahrain)
- **Speakers**:
  - Dr. Adnan Takrirt (Consultant Psychiatrist, Jordan):Family Violence & Psychiatric Disorders
  - Dr. Khalid Mansour (Consultant Forensic Psychiatrist, UK): AutisticTraits in Individuals with Normal Intellectual Level & Associated Psychological Distress: A Pilot Study in an Arabic Culture.
  - Dr. Amer Hosin (PhD, UK) Culture shock & the process of mental health adjustment & vulnerability in the host culture: Trans-cultural psychiatry & psychology perspectives./ صدمة الأغتراب والصحة النفسية وعملية التأقلم في المجتمع الجديد
  - Dr. Sana Hawamdeh (Ass Professor, University of Sharjah): Postpartum Depression: A Qualitative Study of The experience of a Group of Arabic-Canadian Women.
  - Dr. Mohamed Alzeer (GCMHP, Gaza, Palestine):The impact of Gender of the Newborn on Mental Health of Palestinian Women.
  - Dr. Amer Hosin (Ph, UK): Prevalence of childhood disorders.

DAY 2: LUNCH & PRAYER (12.30 – 13.30)

DAY 2: AFTERNOON

13.30 – 14.15: Plenary Lecture:

- **Chair**: Dr. Ahmed Al Ansari, Consultant Psychiatrist, Bahrain
- **Speaker**: Dr. C Sarathchandra, Consultant Psychiatrist, UK: Cannabis and Psychosis: an update

14.15 – 15.45: Symposia 5, 6 and Miscellaneous session 3 (Free oral)

Symposium 5: Doctor–Patient Relationship: Towards a Balanced View

- **Chair**: Dr. Tarek Elgohry, Consultant Psychiatrist, UK

- **Co-chair**: Dr. Ahmed Soliman, Consultant Psychiatrist, UK
- **Speakers**:
  - Dr. Hamdy Moselhy, Consultant Psychiatrist, UK : Patient's rights – Doctor's Responsibility
  - Pr. Ahmed Ammar, Professor of Neurosurgery, Saudi Arabia: Patient's rights – Doctor's rights, is there a conflict?
  - Dr. Mamdouh EL-Adl, Consultant Psychiatrist, UK : Doctor Patient Relationship: Towards a Balanced view.

Symposium 6: Military Psychiatry

- **Chair**: Dr. Mark Tarn, Lieutenant Colonel, British Army.
- **Co-chair:** Dr. Numan Ali, Consultant Psychiatrist, Iraq.
- **Speakers:**
  - Ben Campion (Senior Nursing Officer, RAF, UK): We Learn: The Evolution of British Military Psychiatry
  - Dr. Trevor Hicks (Consultant Psychiatrist, RAF, UK): History of PTSD in the Military
  - Dr. Numan Ali (Consultant Psychiatrist, Iraq): War & Mental Health: Lessons from Iraq.

Miscellaneous 3 (Free Oral)

- **Chair**: Dr. Mahdi Al Qahtani, Consultant Psychiatrist, Saudi Arabia
- **Co-Chair**: Dr. Wa-il Abohendy, Ass. Professor of Psychiatry, Egypt
- **Speakers**:
  - Dr. Nadia Dabbagh (MRCPsych, UK): Suicide in Palestine: A Narrative of Despair.
  - Dr. Samir Qouta (Assistant Professor of Psychiatry, Palestine): Trauma & Mental Health: EMDR in a Palestinian Culture
  - Alean Al-Krenawi, PhD.: Common mental health disorders among Arab-Palestinian minority in Israel;
  - Dr. Wa-il Abu Hendy (Professor of Psychiatry, Egypt): Prevalence of Psychiatric Emergencies Presenting to Emergency Department in Sharkia, Egypt.
  - Dr. Salah Eid (Consultant Psychiatrist, Kuwait): Psychiatric Assessment in a Forensic Setting over 2 years; A retrospective case notes based study'
  - Dr. Kamaledin Mohamed (Consultant Psychiatrist, UK): New Ways of Working For Psychiatrists: The Functional Model of Specialist Working.

14.15 – 15.45: Miscellaneous 4 (Free Oral)

- **Chair**: Dr. Charlotte Kamel, Consultant Psychiatrist, Bahrain
- **Co-Chair**: Dr. Abdel Nabi Derbas, Consultant Psychiatrist, Bahrain
- **Speakers**:
  - Dr. Adel Al-Offi (Consultant Psychiatrist, Bahrain): A Comparative Study of Functional Disability between Psychogeriatric Patients & Residents of Old People's Homes.
  - Pr. F. AL-Nasir (Dept of Community Medicine, Gulf University): Levels of Disability among the Elderly in institutionalised & Home based care in Bahrain.
  - Dr. Alaa AL-Saddadi (Senior Registrar, Bahrain): Effect of Gender on Symptomatology & mode of Onset of Schizophrenia in a sample of Bahraini Patients.
  - Dr. A AL-Faraj (Senior Registrar, Bahrain): Prevalence of Positive & Negative Symptoms of Schizophrenia in a sample of Bahraini Patients
  - Dr. A. AL-Garf (Consultant in Primary Care, Bahrain): Psychiatric Morbidity in Primary Care.
  - Dr. M. Abdul Karim (Consultant Psychiatrist, Bahrain): Incidence of Schizophrenia at first admission in Bahrain.

15.45 – 16.00: Tea & Coffee

16.00 – 17.30: Workshops 5, 6, 7 & 8

W 5: Schema (basic assumptions) & perspective of change.
Lead: Dr. Redwan El-Khayat (Consultant Psychiatrist, UK)

W 6: PTSD Assessment & Management
Lead: Dr. Roy Lubit (Consultant, USA)

W 7: Exposure of Children to Trauma in a War Zone
Lead: Abdelaziz Thabet (Ass. Professor of Psychiatry, Palestine)

W 8: Cognitive Restructuring – Working with Muslim Clients
Lead: Dr. Mohammed Sadiq (Consultant Psychologist, Canada)

DAY 2: EVENING

20.30 – 22.30: Dinner

DAY 3: MONDAY 17/04/2006

DAY 3: MORNING

9.00 – 9.30: Arrival, Coffee & Tea

9.30 – 10.30: Plenary Lecture:

- **Chair**: Pr. M. K. A. I. Haddad, Head of Psychiatry Dept., AGU, Bahrain
- **Speaker**: Dr Mohamed Al-Uzri (Consultant & Senior Lecturer, UK): Cognitive Functions in Schizophrenia

10.30 – 11.00: Tea & Coffee

11.00 –12.30: Symposia & Workshops

Miscellaneous Session 5 (Free Oral)

- **Chair**: Dr.Hameed Hussain, Consultant Psychiatrist, Bahrain
- **Co-Chair**: Dr. Salah Eid, Consultant Psychiatrist, Kuwait
- **Speakers**:
  1. Utilisation of Psychotropic Drugs in Patients of Long Stay Wards: Dr. Fatma EL Hefny, Psychiatrist, (Bahrain)
  2. Efficacy of Clozapine in Treatment of Chronic Resistant Schizophrenia: Dr. Shubbar Qaheri (Bahrain)
  3. Oral Health Status and Need of Hospitalized Psychiatric Patients: A Literature Review, Paula Parise, RDH, Bahrain
  4. Neurobiological Correlates of Panic Disorder & Agoraphobia: Pr. Nayar Usha (Bahrain)

5. Dr. Bayo Anjorin (SpR in Psychiatry, UK): OSCE in Training
6. Dr. Mahmoud Awaara,(SpR in Psychiatry,UK), Patient Satisfaction

Miscellaneous Session 6 (Free Oral)

- **Chair**: Dr. Sabah Sadik, Consultant Psychiatrist, UK
- **Co-Chair:** Dr. Mona Al Sawaaf, Consultant Psychiatrist, Saudi Arabia
- **Speakers**:
  1. Dr. Charlotte Kamel (Bahrain): Aspects of Somatisation in Bahraini Patients.
  2. Dr. Ahmed Ezzat (Consultant Psychiatrist, UAE): Depression among End Stage Renal Disease Patients.
  3. Dr. A. Nabi Derbas (Bahrain): A Ten years Follow up of Heroin Users in Bahrain.
  4. Dr. A. S. Khashaba (Bahrain): Depressive symptoms among HIV Positive Drug Users in Bahrain
  5. A. Nabi Derbas (Bahrain): Factors associated with Immediate Relapse among Bahrain Heroin Users.
  6. Asma Masri-Jana, M.S. (USA): The Impact of the Explicit Inclusion of Islam in Counselling.
  7. Dr. Mahmoud Awara, SpR in Psychiatry, UK: Spirituality & Psychiatric Assessment.

Workshops 9, 10 & 11:

W9: The Phenomenon of Violence as perceived by Palestinian School Pupils (aged 14–17 years) in The West Bank, Palestine

Leader: Dr. Mahmoud Sehwail (Consultant Psychiatrist, Palestine), Khader Rasras (Consultant Psychologist, Palestine).

W10: Physical Healthcare of Patients Treated with Antipsychotics

Leader: Dr. Ahmed Shoka (Consultant Psychiatrist, UK)

W11: Doctor–Patient Relationship

Leaders:
1. Pr. Ahmed Ammar (Saudi Arabia)
2. Dr. Hamdy Mselhy (Consultant Psychiatrist, UK)
3. Dr. Mamdouh EL-Adl (Consultant Psychiatrist, UK)

12.00 – 13.00: Article 14 & Specialist Register: Dr. C Sarathchandra (Informal Discussion, please book a place at registration desk)

DAY 3: LUNCH & PRAYER (13.00 – 14.00)

14.00 – 16.00: Closing Ceremony & Announcements BAPA–AGPA next meeting (Summer 2007, London)
Closure & Departure.

ARAB PSY LINKS

الجمعيـــة اللبنانيـــة للدراســـات النفسيـــة

www.filnafs.com/alep.html

موقـــع البروفســور يحيـــى الرخـــاوي

www.rakhawy.org

المركـــز العربـــي للطـــب المسنـــد

www.arabicebm.com

" مجانيـــن " الصحـــة النفســـية للجميـــع

www.maganin.com

مؤتمـــر الإرشـــاد فـــي الـــدول العـربيـــة 2006

نمضـي قدمـا لنصنـع المستقبـل

كليات التقنية العليا بالشارقة (كلية الطالبات)

2- 3 مـاي 2006 – الشارقة، الإمارات

▪ دعـــوة للمشاركـــة

يطيب لنا دعوتكم للمشاركة بتقديم عروضكم في ورش عمل مؤتمر الإرشاد في الدول العربية للعام 2006 والمقام تحت إطار فكرة " **نمضي قدما لنصنع المستقبل**". ويشمل هذا العنوان الابتكار والتحديات والتغيير والانتقال من مرحلة لأخرى.

تقدم المحاضرات خلال يومي المؤتمر باللغتين العربية والإنجليزية. وتمتد فترة المحاضرة من 90 دقيقة إلى ساعتين. يستطيع المحاضر أن يقدم عرضه مرتين، مرة باللغة العربية وأخرى باللغة الإنجليزية إذا رغب بذلك.

يغلب على المحاضرات الطابع التفاعلي بين المقدم والحضور، ويمكن للمحاضرة أن تأخذ العديد من الأشكال مثل ورش العمل، الندوات، حلقات النقاش المفتوح، دراسة حالات أو حوارات المائدة المستديرة.

يشارك في كل ندوة ثلاث متحدثين، يعرض كل منهم موضوعاً عاماً في فترة لا تتعدى الخمسة عشر دقيقة. بعد ذلك يقوم رئيس الندوة بإدارة حلقة نقاش مفتوح بين جميع المشاركين. وتتيح صيغة الموائد المستديرة للحضور فرصة أكبر للمشاركة في العديد من المواضيع في فترة وجيزة. تتكون حلقات النقاش هذه من حوارات مدة كل منها 30 دقيقة ينتقل بعدها المشاركون لموائد أخرى لنفس الفترة. وسيعمل رئيس الجلسة على أن لا تتعدى كل مائدة حوار الوقت المتاح لها، وبهذا وخلال مدة ساعتين سيتمكن المشارك من حضور أربعة حوارات مختلفة. والهدف من هذه الحوارات تزويد الشخص بكم من المعلومات وليس المهارات. هذه الصيغة لا تعتبر محاضرة عادية ولذلك لن تزود بالوسائل التكنولوجية المساعدة وعلى مقدم الموضوع تزويد المشاركين بأي معلومات أو مطبوعات عن البرنامج أو الخدمة أو الأداة التي تم عرضها.

تعقد جلسات تدريبية في اليوم السابق للافتتاح الرسمي بتاريخ 2006/05/01 وبعد المؤتمر بتاريخ 2006/05/04 يزود خلاله المشاركون بمهارات معينة.

نأمل من المحاضرين ذكر اليوم الذي يفضلون المشاركة فيه مع ملاحظ أنه لا يتحتم على مقدمي ورش العمل التدريبية المشاركة في كلا اليومين المذكورين أعلاه. وستكون فترة التدريب من الساعة التاسعة صباحاً حتى الساعة الثالثة ظهرا.

▪ موضوعـــات المؤتمـــر

العناوين المدرجة تحت الموضوعات أدناه هي على سبيل المثال وليست للحصر حيث أن هنالك العديد من الموضوعات التي تندرج تحت عنوان التغيير والتجديد:

❖ **الابتكـار فـي ممارسـة مهنـة الإرشـاد: البرامـج والتدريـب**

- برامج وخدمات حديثة صممت للتعامل مع التغيرات التي يواجهها الفرد أو المجتمع.
- سياسات جديدة تتعلق بتقديم خدمة الإرشاد لفئات متنوعة
- تطوير برامج تدريب لمواجهة حاجات سوق العمل الناهض

❖ **طـرق وأدوات تقييـم تتناسـب مـع منطقـة الخليـج**

- أدوات تقييم حديثة في مجال الإرشاد المهني تناسب منطقة الخليج
- طرق إرشاد مقبولة ثقافيا واجتماعياً لدى مواطني دول الخليج
- أدوات لتقييم الإعاقة
- بحوث دراسية
- حالات دراسية
- مصادر أخرى تم تطويرها لتتناسب مع مواطني منطقة الخليج

❖ **معاييـر ممارسـة مهنـة الإرشـاد**

- أخلاقيات المهنة
- المعايير المهنية، مؤشرات استرشادية والمؤهلات
- التدريب والتطوير المهني للمرشد
- المواضيع ذات الصلة بالمسئولية القانونية
- الجمعيات المهنية

❖ **العنايـة الذاتيـة لمحترفـي مهنـة الإرشـاد**

- وضع حدود مهنية وشخصية
- إذكاء العقل والعناية بالجسم
- التعامل مع ضغوطات العمل و الحياة
- الإشراف المهني والنصح
- القدرة على تحديد والتعامل مع استنفاذ الذات في العمل والحيلولة دون ذلك.

❖ **النمـاذج الدوليـة وأنظمـة ممارسـة مهنـة الإرشـاد**

- توجهات السياسة العامة في التطوير المهني والإرشاد الشخصي
- المقاييس العالمية لتدريب المرشد
- أفضل الممارسات العالمية في تطبيق أنظمة برامج الإرشاد
- تطوير ثقافة قائمة على التعلم المستمر

❖ **البنـاء النظري الذي يناسب مهنة الإرشـاد في العالم العربـي**

- التطوير في نظريات الإرشاد لضمان تناسبها مع العالم العربي
- نظريات في طور الإعداد والبحث

❖ **تطوير الإرشاد الشخصي والمهني للمؤسسات**

- الممارسات في إدارة التطوير المهني في المؤسسات

- احتواء ذوي الحاجات الخاصة في مجال العمل
- الديناميكيات في المؤسسات ذات الثقافات المتعددة
- توظيف المواطنين
- إدارة التوجهات المهنية للمرأة في القوى العاملة
- الإشراف في أماكن العمل
- التوجيه والتدريب
- طرق وأدوات مبتكرة في تقييم الأداء
- مراكز الرعاية الصحية وصلتها بالإرشاد
- التوازن الشخصي والعملي من وجهة نظر مؤسسية
- تطوير وتطبيق الكفاءة المؤسسية في منطقة الخليج

❖ **التحديـــات التي تواجـــه مهنـــة الإرشـــاد والناتجـــة عـــن اختـــلاف الثقافـــات، النـــوع، الإعاقـــات، المعتقـــدات الدينيـــة والهويـــة**

- معوقات التعلم في الصف الدراسي أو / وفي مكان العمل
- المسائل المتعلقة باختلاف الثقافات في أماكن العمل
- عملية الإرشاد من ثقافة إلى أخرى
- المعتقدات الدينية وتأثيرها على عملية الإرشاد
- الموضوعات المتعلقة باختلاف النساء والرجال (من حيث النوع) في مهنة الإرشاد
- الموضوعات المتعلقة بالأصل والعرق
- الموضوعات المتعلقة بالنمو والمراحل العمرية المختلفة
- مواضيع ذات صلة بالشباب
- التعرف على المفاهيم والاتجاهات السائدة في الخليج المتعلقة بمهنة الإرشاد

▪ **للاسترشـــاد**

كليات التقنية العليا بالشارقة (كلية الطالبات)
مؤتمر الإرشاد في الدول العربية 2006
لجنة اختيار ورش العمل
لعناية:السيدة / نوال عبد المجيد
فاكس:5585353-6
بريد إلكتروني: nawal.majeed@hct.ac.ae

ePsydict C – Complete Edition (CD)

Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French

تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

ePsydict EF – English - French Edition (CD)

English French - English French

تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي

www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالمية

الإصدار العربي

www.arabpsynet.com

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

ArabPsyNet Congress Guide

English Edition

www.arabpsynet.com

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

Relation Thérapeutique et Médicaments en Psychiatrie

« Rencontres Interpsies »

Organisées par l'ATPEP

Le 7, 8, 9 juillet 2006 à Hôtel Sol Azur, Hammamet (Tunisie)

Tel / Fax 0033 467 423 231 ou 0033 609 560 603

▪ Première annonce

La psychiatrie est une discipline médicale à part entière. Son champ, de conception relativement récente, articulé à la notion de Sujet s'étend sur tous les registres de la souffrance somato-psychique et psycho-comportementale. Sa pratique est caractérisée par une constante dans la rencontre avec le patient : la relation intersubjective, base de toute approche thérapeutique.

Pour autant l'on constate que cette disposition capitale, bien que consubstantielle en situation de consultation, tend progressivement à être voilée, perçue comme obsolète, par les tenants d'un modernisme positiviste au nom d'un déferlement de médicaments, les neuromédiateurs, rivalisant sur le marché au prix d'une recherche moléculaire sophistiquée à l'indéniable efficacité.

Devant cette évolution à la fois historique, scientifique, épistémologique et, par conséquent, clinique, plusieurs questions se posent qui suggèrent nos « Rencontres Interpsies » :

- Peut-on imaginer que ce que l'on appelle aujourd'hui chimiothérapie puisse un jour venir subvertir le fondement de relation thérapeutique en psychiatrie, qu'elle soit verbale ou médiatisée, au point d'en neutraliser son inter subjectivité ?
- Souci constant du praticien, comment aborder la palette des approches soignantes, des plus relationnelles aux plus médicamenteuses, pour que d'un effet de synergie ou d'alliance thérapeutique on ne passe pas à une forme contreproductive du soin ?
- Elixirs doux, drogues à effet de dépendance, poisons redoutables ou remèdes salvateurs, les médicaments n'ont-ils pas toujours pris leur véritable identité en fonction de la relation thérapeutique qui les sous-tend ?

Pour aborder ces questions de pratiques cliniques nous accueillerons, au cours de plusieurs Tables Rondes, des intervenants qualifiés ainsi que des psychiatres d'exercice privé.

- **Pr. Jean-Philippe Boulenger**, Chef du Service de Psychiatrie Adulte au CHU de Montpellier, psychopharmacologue ;

- **Dr Hervé Granier**, psychiatre, psychanalyste, Clinique Stella, Montpellier – Vérargues ;

- **Dr Patrick Lemoine**, psychiatre, psychopharmacologue, clinique groupe ORPEA, Lyon auteur du livre « Le mystère du placebo » (Ed. Odile Jacob, 1996)

▪ Pré programme des « Rencontres Interpsies »

(susceptibles de modifications d'horaires)

- Jeudi soir 6 et vendredi matin 7 juillet 2006 : arrivées et transferts, installation dans les hôtels

- Vendredi après-midi libre ; soirée réunion du Comité International ALFAPSY

- Samedi matin de 10h à 13h et après-midi de 17h à 20h, Tables Rondes des « Rencontres »

- Samedi soir : dîner et animation festive

- Dimanche : journée libre et transferts de retours

▪ Fiche de pré enregistrement

Inscription professionnelle

- Nom, prénom

- Exercice professionnel

Personnne(s) accompagnante(s)

- Nom, prénom

Adresse de correspondance

- Postale

- Tel.

- Fax

- Email

Modalités de voyage

- Choix personnel ou Agence Bos Voyages

Modalités d'hébergement (choix entre les 3 hôtels proposés ci-dessus dans le programme)

- Sol Azur Beach

- Royal Azur

- Bel Azur

▪ Renseignements, enregistrements et inscriptions auprès de :

ALFAPSY, « Rencontres Interpsies »

Allée du Pioch Redon, 34430 St Jean de Védas

Tel / Fax 0033 467 423 231 ou 0033 609 560 603

- **Tarifs**

- droits simples professionnels : …. 100 euros
- adhérents d'Associations membres d'ALFAPSY : 70 euros
- adhérents « Personnes Physiques » d'ALFAPSY : 50 euros

Hébergement sur place dans le groupe des hôtels Azur, Sol Azur, Royal Azur et Bel Azur, aux tarifs suivants, en Dinars Tunisiens (compter 15 DT pour 10 €):

Conditions par Jour & par Personne	Royal Azur 5*	Sol Azur Beach 4*	Bel Azur 3*
Demi Pension en Demi Double	62	54	42
Demi Pension en Single	89	77	60

- **Conditions de voyage**

Les transferts entre Tunis aéroport et Hammamet seront gracieusement assurés par l'organisation en place. Les vols d'aller et retour à Tunis sont à la charge des participants.

L'Agence Bos Voyages (tel 0033 467 692 069) de Montpellier est en capacité de recueillir les demandes pour établir les tarifs les plus étudiés.

Aucune formalité particulière n'est demandée pour entrer sur le territoire tunisien ; seul le **passeport, en cours de validité, est obligatoire**.

- **Suppléments éventuellement souhaités**

Extensions de voyages et/ou d'hébergements
Avant ou après les « Rencontres », à Hammamet ou ailleurs en Tunisie.

المجلـــة العربيـــة للطـــب النفســـي

www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm

المجلـة الإلكترونية لشبكـة العلـوم النفسيـة

APNeJournal INDEX
http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm

مجـلة الإنســان و التطــور

www.arabpsynet.com/Journals/ME/index.me.htm

مجـلة الثـقافـة النفسيـة المتـخـصصـة

www.arabpsynet.com/Journals/ICP/index.icp.htm

مجـلة الطـفـــولـــة االعربيـــة

www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

المجـلة المصريـــة للطـــب النفســـي

www.arabpsynet.com/Journals/EJP/index.ejp.htm

19th World Congress of Psychotherapy

In conjunction with: **12TH MALAYSIAN CONFERENCE ON PSYCHOLOGICAL MEDICINE**

WELL BEING ACROSS CULTURES : PSYCHOTHERAPY IN A BIOLOGICAL ERA

2nd Announcement

22nd – 26 th August 2006 – Kuala Lumpur, Malaysia

www.2006wcp-mcpm.com - infowcp@icem.com

Welcome Message from the Organizing Chairpersons:

"Selamat Datang!" *In the Malaysian National Language, that means,* ***"Welcome"****. The Malaysian Psychiatric Association and the International Federation for Psychotherapy warmly welcome you to the 19th World Congress of Psychotherapy in Kuala Lumpur. We in Malaysia feel honoured to have been given the task of organizing this Congress and welcome delegates to contribute their expertise interact with colleagues from other parts of the world and simply enjoy both the scientific and the social aspects of the conference.*

The world is shrinking. Events and ideas from one region of the globe that in the past took ages to filter across to other regions are now presented to us at the touch of a key. The effects of globalization and the influence of technology have served to reduce the gaps that existed between peoples. Consequently, there is increasing familiarity with ideas that were once rejected as foreign. Therapies, Eastern and Western, have crossed continents. It is in such a climate that we meet to share, to learn and to form bridges.

We hope this congress will be a catalyst in the process of bridge building not only cross-culturally but also within the caring professions of psychotherapy/counselling and psychiatry. With advances in neurobiology, with the ever-increasing number of newer psychopharmacologic agents there is a considerable risk of losing the human being among his neurotransmitters! We believe the presentations will help to advance a more holistic and integrated approach to health and wellbeing.

See you in Kuala Lumpur in August.

T. Maniam Ulrich Schnyder *- President MPA, Chairperson*
Ulrich Schnyder *- President IFP, Co-chairperson*

- **Organizing Committee:**

T. Maniam / Abdul Kadir Abu Bakar / Philip George / Mohd Fadzillah Abdul Razak / Yen Teck Hoe / Salina Abdul Aziz / Siti Nor Aizah / Azhar Md. Zain / Mohd Daud / Norliza Che Mi / Rajinder Singh/ Low Mi Yen / Rajinder Singh

- **Scientific Program Committee:**

Azhar Md. Zain / Abdul Kadir Abu Bakar / Mohd Fadzillah Abdul Razak / Salina Abdul Aziz / Sarfraz Manzoor Husain / Philip George / Zubaidah Jamil / Alvin Ng Lai Oon / Siti Nor Aizah Ahmad / Muhd. Najib Alwi / Toh Chin Lee / Bharati Vengadasalam / Brian Ho Kong Wai / Teoh Hsien-Jin / Mahadir Ahmad / Hanizam Abd. Ghani / Low Mi Yen / Yen Teck Hoe

- **International Advisory Board :**

- Douglas Kong (Singapore)
- David Orlinsky (USA)
- Wolfgang Senf (Germany)
- Mechthild Neises (Germany)
- Kang Suk-Hun (Korea)
- Lee Jung-Kug (Korea)
- Michael Robertson (Australia)
- Gunnar Gotestam (Norway)
- Sidney Bloch (Australia)
- Sandy MacFarlane (Australia)
- Tsutomu Sakuta (Japan)
- Chris Freeman (United Kingdom)
- Carol Ryff (USA)
- Edna Foa (USA)
- Chiara Ruini (USA)
- Michael Nicholas (Australia)
- Anthony Ang (United Kingdom)

- **Proposed Scientific Program :**

22nd August 2006 (Tuesday)

8.30 – 12.00 : Pre-conference Workshops

1. IPT for Depression & PTSD
2. Issues Facing Men in Today's World
3. Drug Addiction
4. Working with Borderlines
5. Sexual Dysfunction
6. CBT for Psychosis
7. Clay / Play Therapy
8. ADHD
9. Well-being therapy
10. Group psychotherapy

23rd August 2006 (Wednesday)

8.30 – 10.00: Opening Ceremony and Keynote Address (Evidence-based Research in Psychotherapy - Norman S.)

10.00 – 10.30: Tea break

12.00 – 14.30: Lunch Symposium (Janssen-Cilag) : Long-Acting Antipsychotic : Optimising Outcome/Poster Sessions

16.00 – 16.30: Tea break

19.00: Gala Dinner and Launch of South Asia Forum – Malaysian Chapter

WCP:

10.30 – 12.00:
- Accelerated Behaviour Cognitive Therapy (Genevie Milns (L) (Alvin)
- Group Psycotherapy (L) (Christer Sandahl)
- Adolescent Population (L) (Toh CL)

14.30 -16.00 :
- Psychotherapy in Pediatric Setting (L) (Teoh)
- Art/Play/Sand-tray therapy (L) (S)
- Psychotherapy for sexual issues (L) (Vivienne Cass)

16.30 – 17.30: Plenary: Well-being therapy (Carol Ryff)

MCPM:

10.30 – 12.00: General Symposium1: Depression (Organon)
1. Depression in Primary Care –Treating it Early and Treating it Right
2. New Strategies in treatment of depression
3. Psychosocial aspect of management in depression

14.30 – 16.00 : General symposium 2: Bipolar Disorder (Astra Zeneca)
1. Long Term treatment in bipolar disorder
2. Psychosocial treatment in bipolar disorder

16.30 – 17.30: Concurrent sessions:
1. Neuropsychiatry
2. Liaison psychiatry
3. Child psychiatry

24th August 2006 (Thursday)

08.30 – 10.00: Plenary: Phenomenology and Philosophy in psychotherapy (Bing Kimura)

10.00 – 10.30: Tea Break

12.00 – 14.30: Lunch symposium (Novartis) Returning to functional abilities: The role of cognitive enhancers in dementia/poster sessions

16.00 – 16.30: Tea Break

19.00: Dinner symposium

WCP:

10.30 – 12.00 :
- Psychotherapy in family issues (L)
- Marital/Couple therapy (L)
- Psychotherapy in Managing Patients with chronic pain – Malaysian experience (S) (Zubaidah Jamil)

14.30 – 16.00:
- Psychotherapy for victims of child abuse and domestic violence (L)
- Tao therapy (L) (Rhee)
- Transcultural aspects in psychotherapy (L) (Tan Eng Kong)

16.30 – 17.30: Plenary
- Motivational self-help program: harm or help? (Douglas Kong)

17.30 – 18.30: IFP Board Meeting

MCPM:

10.30 – 12.00: General symposium 3:
- Anxiety disorders (Solvay)
- Neural plasticity and stress
- Understanding the neurobiological basis and its treatment implications

14.30 – 16.00: General symposium 4:
- Treating bipolar depression (GSK)

16.30 – 17.30: Concurrent sessions:
1. Free papers
2. Community psychiatry
3. Forensic psychiatry

25th August 2006 (Friday)

08.30 – 10.00: Plenary
- Borderline personality disorder-Psychotherapy and neurophysiological perspectives (Meares)

10.00 – 10.30: Tea Break

12.00 – 14.30: Lunch symposium (Lundbeck) : Recovery in depression/Poster session

16.00 – 16.30: Tea break

19.00: Dinner symposium

WCP:

10.30 – 12.00: Psychotherapy:
- Art or Science (L) (Tan Eng Kong)
- Psychotherapy for Suicidal patients (L)
- Psychotherapy in immigrant population (L)

14.30 – 16.00:
- Psychotherapy with HIV and AIDS patients (S) (Christopher Lee, HIV counsellors)
- Psychotherapy for victims of violence and aggression (L) (Azhar)
-Personal construct therapy (Najib)

16.30 – 17.30: Plenary:
- Practicing psychodynamic psychotherapy from asian perspective (Anthony Ang)

MCPM:

10.30 – 12.00: General symposium 5:
- Treatment effectiveness in schizophrenia (Eli Lily)

14.30 – 16.00: Biennial General: Meeting of MPA

26th August 2006 (Saturday)

WCP:

08.30 – 10.00: Plenary: Meet-the-experts session

10.00 – 10.30: Tea Break

10.30 – 12.00: Asian regional perspective in psychotherapy religion, culture and spirituality (S) (Azhar, Douglas Kong)

12.00 – 14.30: Closing ceremony

- **Abstract submission form :** deadline for receipt of abstracts 31st March 2006
  - Presenting author details: ……
  - Last name: ……..
  - First name: ……..
  - Institution: ……

- Mailing address: ……
- City: ……..
- State/Province: ……...
- Country: ……
- Telephone (country code/city code/number) ……
- Fax (country code/city code/number) ……..
- Email: ……..
- Please indicate your preference for presentation as: Paper; Poster; Either ……..
- Please indicate conference session: WCP or MCPM ……
- General subject of presentation (e.g. forensic, learning disability) ……

Abstract instruction: *Abstract title at top; authors; institution; abstract content (max 300 words)*

- **Address all submissions to :**

Mail from the webpage : www.2006wcp-mcpm.com
Fax : The Secretariat 19th WCP, fax no. 603-20260128
Regular mail : The Secretariat 19th WCP c/o ICEM Sdn Bhd , Unit 3.2, 3rd Flr, Wisma Concorde, 2, Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur

- **The Scientific programme committee (SPC)**

The Scientific programme committee (SPC) is pleased to invite interested participants to send abstracts for presentation as free papers or posters. Papers explore psychotherapy issues in other fields and categories such as the ones listed below are also sought:

- Adherence
- Aging
- AIDS/HIV
- Alcohol/Smoking/Substance abuse
- Asthma and pulmonary disorders
- Cancer
- Cardiovascular disease
- Chronic fatigue and somatoform disorders
- Diabetes, metabolism, nutrition, obesity and eating disorders
- Gastrointestinal, dermatological and psychophysiological disorders
- Gender and Women's health
- Health behaviours
- Health systems, policy and economics
- Illness/Illness affect/Illness behaviour
- Pain, Musculoskeletal and neuromuscular disorders
- Psychological, somatic problems and quality of life
- Stress, psychophysiology and psycho-immunology
- Violence, Victimisation and PTSD
- Work-related health
- Others

Abstracts must be single-spaced, font size 12, Time New Roman in Word format.

Abstracts must be written in English.

The abstract must not exceed 300 words.

The abstract must not contain bibliographical references, images, tables, diagrams, graphs or appendices.

Abstracts on quantitative research must be presented in the following structured format:

- Abstract title (not more than 20 words)
- Author(s) and author affiliation(s)
- Aims
- Background review
- Methods
- Results
- Conclusions (avoid evasive statements like "the findings will be discussed")
- Acknowledgements – this include grant support (including the grant number) and disclosure of any financial relationship the author(s) may have with the manufacturer / supplier of any commercial products or services related to the work reported in the abstract

Abstracts on qualitative research can be adjusted but are expected to follow explicitly similar structure outlined for the quantitative ones.

Acceptance of a paper for presentation does not imply any commitment on the part of the organizing committee to provide financial assistance to the presenter. Only registered participants, who have paid their registration fees, shall be permitted to present their papers.

The presenting author is required to ensure that all co-authors are aware of the content of the abstract before submission to the secretariat.

Submissions are accepted on the understanding that the work has been performed with the permission of any relevant ethical or legislative body.

The presenting author is required to fill in abstract submission cover sheet to facilitate future correspondence.

- **Abstract selection and presentation**

A panel of faculty members will review abstracts and results will be forwarded to the corresponding author.

Accepted abstracts will be presented as posters and will be published in the Book of abstracts.

IInstructions for preparation of posters will be sent together with notification of acceptance.

Authors will be notified by March 30. 2006 as to whether their abstract has been accepted.

- **Invited speaker presentations:**

Abstracts for invited speaker presentations must be submitted according to the instructions above and should be received by the general abstract deadline of March 1, 2006. Please indicate on the website abstract form that the abstract is for your invited lecture.

- **Important Dates**

- Deadline for submission of Abstracts 31st March 2006
- Early Registration 15th May 2006
- Late Registration After 15th May 2006 - Additional US $50.00
- Cancellation Before 15th June 2006 -of Registration 50% Refund
- Cancellation After 15th June 2006 -of Registration No Refund
- Registration fees will be based on a sliding scale according to World Bank Economic Categories
- Congress Website: www.2006wcp-mcpm.com

- **Secretariat :**

C/O ICEM SDN BHD
Unit 3.2, 3rd Floor, Wisma Concorde, No. 2, Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 603 - 2026 0818 Fax: 603 - 2026 0128
Email : infowcp@icem.com

- **Congress Registration & Payment form:**

Register online at www.2006wcp-mcpm.com or complete this form and fax back to The secretariat, 19th WCP at 603-20260128.

- **Contact Details:**
  - Title: Prof, Dr, Mr, Mrs, Ms .....
  - Family & name .....
  - First & middle name .....
  - Organization / Institution .....
  - Address .....
  - City & State .....
  - Postal & code Country .....
  - Telephone .....
  - Email .....
  - Fax .....
  - Dietary preference if any .....

Registration Fees	Early Registration by 15 May, 2006	Late Registration after 15 May 2006	Total Amount
Workshop registration			
Foreign delegates	100 $	100 $	
Malaysian delegates	RM 200	RM 200	

Conference registration

World Bank Economic Categories	Foreign Delegates		
A (High-income countries)	Member	550 $	600 $
	Non-member	600 $	650 $
B (Upper-middle-income countries)	Member	400 $	450 $
	Non-member	450 $	500 $
C/ D (Lower-middle to Low income countries)	Member	200 $	250 $
	Non-member	250 $	300 $

Conference registration

Malaysian delegates: MPA member	RM 600	RM 700
Malaysian delegates: Non-MPA member	RM 650	RM 750

- **Method of payment — Telegraphic Transfer:**

Please make payment to: Malaysian Psychiatric Association HSBC Bank, 2, Leboh Ampang, Kuala Lumpur, Malaysia A/c No: 301-113031-001 Swift code: HBMBMYKL

Please kindly fax a copy of the telegraphic transfer bank slip once payment has been deposited, to 603-20260128.

- **Hotel reservation form**

Please print clearly in block capitals and return the completed form by or before 7 july 2006.

Fax to : Shangri-La Hotel, Kuala Lumpur
Attention: Sharon Teo/ Patrick Oh
E.mail: Sharon.teo@shangri-la.com or patrick.oh@shangri-la.com
Phone: (603) 20743596 / 20743511 Fax: (603) 20708616

Reservation should be made directly with **Shangri-La hotel, Kuala Lumpur** by returning this form to **fax number (6 03) 2070 8616** on or before **7 July 2006** with one night deposit. Any reservation request after this date will be subject to space availability basis. A special conference rate has been arranged for all participants. The above credit card number will serve to guarantee the room reservation and authorizes Shangri-La Hotel to charge one night of stay.

- **Terms and Conditions :**

— The guestroom will be released after **22 July 2006,** any room reservation made thereafter will be subject to hotel guest room availability.
— Any cancellation 7 days prior to arrival date is subject to a cancellation charge of one night's room rate for each room cancelled to the individual credit card account.
— Short stay will be charges for the full duration of stay as per the original booking.
— Should delegates with a guaranteed reservation not arrive on the scheduled date of arrival, a full length of stay per room charge will be levied to the individual guest for any no show on arrival date of confirmed bookings.
— **Check-In : 14.00 hours Check-Out : 1200 hours**

- **Well Being Across Cultures : Psychotherapy in a Biological Era**
  (22nd - 26th August 2006 • Kuala Lumpur, Malaysia)

Malaysia is a veritable melting pot of the various Asian peoples blessed with cultural diversities. From Kuala Lumpur, a bustling metropolis full of skyscrapers, to quaint villages just minutes away, you will encounter.

Malaysians of every creed, keeping alive centuries-old traditions through their languages, beliefs, festivals, cuisine in harmonious co-existence.

Malaysia is located just north of the Equator, between Thailand and Singapore. It is home not only some of the world's most beautiful beaches and islands but also ancient rainforests and highlands with a plethora of exotic wildlife and plants. Nowhere else in Asia can you find such a delightful melting pot of races, with all their different beliefs and traditions? One beautiful characteristic of Malaysia is that it is truly Asian; as you can travel from a Malay village through an Indian neighbourhood to Chinatown and feel that, you have been to three separate countries!

Kuala Lumpur is the main gateway into the country. The epitome of progress, Kuala Lumpur is proof of the country's property. Having played host too many world-class meetings, conferences and exhibitions. Kuala Lumpur has many telecommunication system and multimedia facilities. Government related events, technological advancements and educational advancements in the areas of the Multimedia Super Corridor and many other would benefit from Kuala Lumpur's variety of services. Apart from there, KL is also a major entertainment centre with world-class accommodation and excellent shopping facilities serving mouth-watering food with a variety of places to see and things to do.

La différence sexuelle

Rencontre du Groupe arabophone pour la psychanalyse

ORGANISE par
LA SOCIÉTÉ PSYCHANALYTIQUE MAROCAINE

LES 10 -11 NOVEMBRE 2006 À RABAT - MAROC

الإخـــتـــلاف الجنـسـي

ملتقى مجموعة التحليل النفسي الناطقين بالعربية

تنظيـــم :
جمعيـــة التـحـليـلـنـفـسـي المغربيـــة

10-11 نوفمبـــر 2006 – الربـــاط، المغـــرب

Argument

La question de la différence sexuelle s'est trouvée, depuis Freud, au centre de débats psychanalytiques, philosophiques, anthropologiques, sociologiques, idéologiques et religieux. Loin d'être limitée à la différence anatomique, elle interroge l'organisation psychique, la sphère culturelle et sociale des individus.

Les critiques vis à vis de la psychanalyse ont tout particulièrement porté sur ce qu'on a appelé le « phallocentrisme » freudien. Elles ont donné lieu, entre autres, à un vaste débat entre culturalisme et universalisme. Par-delà l'anatomie, Lacan a rapporté la notion du Phallus au champ symbolique et ainsi au *désir qui structure l'identité sexuelle*. La question phallique s'en trouve dégagée de la forme patriarcale de la famille.

En Autriche, au début du siècle dernier, et plus tard en Angleterre, en France ou aux Etats-Unis, la notion de différence sexuelle n'a pas eu le même destin. Qu'en est-il dans le monde arabe et musulman ? Comment doit-on envisager l'identité culturelle : est-ce ce qui sépare ou ce qui fait surgir, au contraire, des invariants transculturels ? La religion joue-t-elle un rôle dans cette identité ?

Quelles peurs des femmes, quelles menaces constituent-elles contre la virilité et quels refoulements s'opèrent de façon spécifique en islam ? Soulignons que dans la tradition, il existe chez certains penseurs une subversion du discours théologique et normatif. Quelle place donner à l'anatomie dans cette configuration symbolique et comment penser la différence autrement qu'en termes d'inégalité ?

Dans certaines sociétés arabes et musulmanes, la modernité remet en question la soumission de la femme à l'autorité de l'homme, son confinement dans le rôle de reproduction et son exclusion de l'espace public. L'accès à cette modernité suppose un développement social, éducatif, culturel. Autant de facteurs qui, à côté de la religion, façonnent les individus. De ce point de vue, le travail des théologiens reste largement à faire en vue d'une relecture, non seulement des multiples interprétations de l'islam, mais aussi des autres religions monothéistes dans leurs rapports réciproques.

Les communications doivent parvenir au Comité Scientifique de la rencontre **au plus tard le 15 juin 2006**. Elles doivent être adressées à l'adresse suivante :

k.elalj@wanadoopro.ma, http://www.lienpsy.com

دواعـي الملتقـــى

كان الاختلاف الجنسي، ومنذ زمن فرويد المحور المركزي للجدل النفستحليلي، الفلسفي، الأنثروبولوجي، العلمتماعي، النظرياتي والديني، متجاوزين اختزال حدوده إلى ما انتهى إليه علم التشريح، كما أن هذا الاختلاف ساهم في مسائلة المنظومة النفسية للفرد في الفضاء الثقافي والاجتماعي.

لقد تركز جل النقد الموجه إلى التحليلنفسي حول ما سمي بـ "المركزية القضيبية الفرويدية" محدثا حوارا واسعا بين الثقافي والكوني ، إذا تجاوزنا علم التشريح، نجد أن "لا كان" أحدث ترابطا بين مفهوم "الرغبة" في الحقل الرمزي والرغبة المنظمة لـ"الهوية الجنسية" حيث تبرز المسألة القضيبية من خلال مظهر السلطة الأبوية.

في بداية هذا القرن كانت النمسا أول من تجاوز مسألة الاختلاف الجنسي وتبعها كل من إنكلترا، فرنسا والولايات المتحدة، و لم تعد مسألة "الاختلاف الجنسي" تلقى نفس المصير. فأين وصل هذا الاختلاف في العالم العربي والإسلامي؟ كيف يمكننا مقاربة الهوية الثقافية؟ ما هي الثوابت الغير ثقافية؟ و هل للدين دور في منظومة الهوية؟

ما هي المخاوف من المرأة، وأي تهديد تمثله على الرجولة و بأي طريقة نوعية يحدث الكبت في البيئة المسلمة. نشير إلى أن بعض المفكرين (وحتى في الأوساط التقليدية) عملوا على تفكيك بنية الخطاب اللاهوتي (التقليدي) ، فأي مكانة لعلم التشريح في هذه المنظومة الرمزية وكيف نفكر في تجاوز التخلف بعيدا على مصطلح اللامساوات.

لقد دفعت "المعاصرة" بعض المجتمعات العربية الإسلامية مراجعة عديد المفاهيم الخاصة بالمرأة، شأن خضوعها لسلطة الرجل، حصر وظيفتها في الإنجاب وإبعادها عن الفضاءات العمومية، كما أن ولوج عالم الحداثة حتم افتراض جملة من التطورات الإجتماعي و التربوية و الثقافية، إضافة إلى عوامل أخرى عديدة مؤثرة في الفرد (شأن الدين مثلا)، من هذا المنطلق فإن دور علماء الدين مازال في حاجة إلى إعادة قراءة ليس على مستوى التفسيرات المتعددة للإسلام إنما أيضا على مستوى الديانات التوحيدية الأخرى في علاقاتها التبادلية.

نأمل توجيه ملخص المداخلات للهيئة العلمية في أجل لا يتعدى 15 جوان 2006، وترسل إلى البريد الإلكتروني التالي :

k.elalj@wanadoopro.ma, http://www.lienpsy.com

5ème Conférence Africaine De Psychothérapie

Immigration Santé Mentale Psychothérapie et Culture

Conseil Mondial de Psychothérapie
Association Marocaine De Psychanalyse

Le 23 - 26 Novembre 2006 – Meknes, Maroc

المؤتمـــر الإفريقـــي الخامـــس للعـــلاج النفســـي

الهجـــرة، الصحـة العقليـــة، العلاجنفســـي والثقافـــة

المجلس العالمي للعلاجنفسي
الجمعية المغربية للتحليلنفسي

23 – 26 نوفمبـر 2006 – مكناس، المغـرب

▪ Comité d'organisation

- **Professeur Ast. Mohamed ZITOUNI** - Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital Militaire Moulay Ismaïl, Meknes, Royaume du Maroc. Président de l'Association Marocaine de Psychanalyse, Président du 5e Congrès de "African Chapter" du WCP, Meknes, Royaume du Maroc.

- **Professeur Alfred PRITZ** - Président du "WCP", Conseil Mondial des Psychothérapeutes, Vienne, Autriche.

- **Mehdi ELAMRANI** - Secrétaire Général du 5e Congrès "African Chapter" du WCP, Meknes, Royaume du Maroc.

- **Professeur Sylvester MADU** - Président du "WCP", Conseil Mondial des Psychothérapeutes, African Chapter.

- **Docteur ES IDEMUDIA** - Secrétaire Général du WCP - African Chapter.

- **Professeur Mony ELKAÏM** - Président de l'Association Européenne de thérapie familiale, Bruxelles, Belgique.

- **Françoise KOEHLER** - Président de l'Association "Extension de la Psychanalyse dans la Francophonie", Paris, France. Président de l'Association "Petite Enfance et Psychanalyse", Paris, France.

- **Professeur Emmanuel HABIMANA** - Département de Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

- **Docteur Brahim BEN BRAHIM** - Vice-Président de l'Association Marocaine de Psychanalyse.

- **Aboubaker HARAKAT** - Secrétaire Général de l'Association Marocaine de Psychanalyse.

- **Nacer NEHAS** - Trésorier de l'Association Marocaine de Psychanalyse.

▪ الهيئـــة المنظمـــة

- أستـاذ محمـد زيتونـي: رئيس قسم الطب النفسي بالمستشفى العسكري مولاي إسماعيل، مكناس- المغرب. رئيس الجمعية المغربية للتحليلنفسي، رئيس المؤتمر الإفريقي الخامس للعلاجنفسي.

- أستـاذ ألفريـد بريتـز: رئيس المجلس العالمي للعلاجنفسي، مستشار عالمي للمعالجين النفسانيين بفيينا - النمسا.

- مهـدي العمرانـي: سكرتير عام المؤتمر الإفريقي الخامس للعلاجنفسي، مكناس – المغرب.

- أستـاذ سيلفاستـر مـادي: رئيس لجنة إفريقيا المجلس العالمي للعلاجنفسي.

- دكتـور آس إدوميديـا: سكرتير عام لجنة إفريقيا المجلس العالمي للعلاجنفسي.

- أستـاذ مونـي الكاييـم: رئيس الجمعية الأوروبية للعلاج العائلي، بروكسيل – بلجيكا.

- فرنسواز كوهلار: رئيسة "جمعية التحليل النفسي لدى الناطقين بالفرنسية" ورئيسة "جمعية التحليل النفسي والطفولة الصغيرة"، باريس – فرنسا.

- أستـاذ إيمانويل هابيمانا: مصلحة علم النفس، جامعة كيباك للأنهر الثلاث.

- دكتـور إبراهيـم بن إبراهيـم: نائب الجمعية المغربية للتحليلنفسي.

- أبو بكـر حركـات: سكرتير عام الجمعية المغربية للتحليلنفسي.

- ناصـر نحـاس: أمين مال الجمعية المغربية للتحليلنفسي.

▪ Thèmes

- Immigration Et Santé
- Santé Mentale Et Psychothérapie
- Psychanalyse Et Immigration
- Chimiothérapie Psychothérapie Et Santé Mentale
- Processus D'intégration En Psychothérapie
- Psychothérapie Et Législation
- Psychothérapie Société Et Culture
- Psychothérapie Et Education
- Cure Traditionnelle En Afrique
- Foi Religion Et Guérison

▪ المواضيـــع

- الهجرة والصحة
- الصحة العقلية والعلاجنفسي
- التحليلنفسي والهجرة
- المعالجة الدوائية، العلاجنفسي والصحة العقلية
- عمليات الإدماج في العلاجنفسي
- العلاجنفسي والتشريع
- العلاجنفسي، المجتمع والثقافة
- العلاجنفسي والتربية
- الرعاية التقليدية بإفريقيا
- العقيدة، الدين والشفاء

▪ Activités Principales Lors de la Conférence

- Section conférence
- Démonstration de psychothérapie
- Sections plénières
- Présentation d'expose
- Application

- Langues officielles: Anglais, Français, Arabe

▪ Appel a Communication

Un argument de moins de 150 mots devra être envoyé avant le **30 juin 2006** sur PC (Word) au Dr Mohamed ZITOUNI, invité et membre exécutif du WCP (AC): Mohazitouni@hotmail.com, une copie au secrétariat du WCP (AC) Dr. E.S. IDEMUDIA sidemudia@unam.na

Inscription au Congrès

Participants non Africains et membres du WCP
Avant le 1er mai 2006 : 300 euros.
Après le 1er mai 2006 : 400 euros.

Participants Africains
Avant le 1er mai 2006 : 150 euros.
Après le 1er mai 2006 : 200 euros.

La liste et les prix des hôtels seront envoyés après inscription.

▪ Fiche d'inscription

Nom / Organisation : .....
Prénom : .....
Adresse: .....
Pays : .....
Numéro de téléphone : .....
Fax : .....
E-mail : .....

Envoyez-vous un résumé? - oui □ - non □

Personnes vous accompagnant: tarifs avant le 1er mai - 100 euros, après le 1er mai - 150 euros.

Visite de Fez et/ou Volubilis en une journée.
Après le Congrès: Fez, Marrakech, Ouarzzazate, Essaouira. Plus d'informations sur le voyage et les hôtels 2-3-4-5* seront donnés lors de l'inscription.

Si vous souhaitez payer par chèque, à l'ordre de Mohamed Zitouni et l'adresser à: Dr Zitouni, service de psychiatrie, Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknes / Maroc.
Ou
Si vous préférez un virement bancaire: Bank account: BMCE - Bank code SWIFT BMCE.MA.MC-Bank 011 guichet 06 IBAN-011 48 000000 62 000000 65243.

▪ الأنشطـــة الأساسيـــة للملتقـــى

- لجنة المحاضرات
- نماذج للعلاجنفسي
- لجنة المحاضرات العامة
- عرض أبحاث.
- تطبيق

- اللغات الرسمية: الإنكليزية، الفرنسية والعربية.

▪ دعـــوة للمشاركـــة

ترسل ملخصـات دواعي المداخلة (أقل من 150 كلمة) قبل يوم 30 جوان 2006 إلى الدكتور محمد الزيتوني، عضو الهيئة التنفيذية للمجلس العالمي للعلاجنفسي على بريده الإلكتروني: Mohazitouni@hotmail.com مع توجيه نسخة إلى سكرتيـر المجلس د. آس إدوميديا على العنوان sidemudia@unam.na

التسجيـــل فـــي المؤتمـــر

المشاركون الأعضاء في المجلس العالمي والغير أفارقة
قبل 1 ماي 2006: 300 أورو
بعد 1 ماي 2006: 400 أورو

المشاركون الأفارقة
قبل 1 ماي 2006: 150 أورو
بعد 1 ماي 2006: 200 أورو

ترسل فاتحة في أسعار النزل بعد التسجيل

▪ بطاقـــة تسجيـــل

اللقب / المنظمة: .....
الاسم: .....
العنوان: .....
البلد: .....
الهاتف: .....
الفاكس: .....
البريد الإلكتروني: .....
هل أرسلت ملخصا - نعم □ - لا □

المرافقون: 150 أورو (قبل 1 ماي)، 150 أورو (بعد 1 ماي)

زيارة فاس و/أو فوليبليس: يوما واحدا.
زيارة فاس، مراكش، أورزازات، السويرة (مزيد من الإرشادات بعد التسجيل)

للراغبين في الدفع بصك بنكي: يحرر الصك باسم محمد الزيتوني ويوجه إلى العنوان التالي: د. محمد الزيتوني، قسم الطب النفسي، المستشفى العسكري مولاي إسماعيل، مكناس – المغرب.

بالنسبة للتحويل البنكي: Bank account: BMCE - Bank code SWIFT BMCE.MA.MC-Bank 011 guichet 06 IBAN-011 48 000000 62 000000 65243.

▪ Correspondance

Invité: Mohamed Zitouni (mohazitouni@hotmail.com) - Membre du Conseil du WCP, Dr Zitouni, service de psychiatrie Hôpital Militaire Moulay Ismail, Meknès – Maroc

Pour plus d'informations, contacter: ac-meknes@hotmail.fr et envoyer le résumé à cette adresse sur PC et Word uniquement. Le résumé doit être envoyé **avant le 30 juin 2006.**

▪ Evénements Culturels

Meknes est une cité impériale et mythique. Héritage de l'humanité et symbole d'une culture multiple en mosaïque, la culture marocaine. Danses et musiques du pays, visites de sites traditionnels, et safaris sont prévus.

▪ المراســلات

توجه المراسلات إلى محمد الزيتوني على البريد الإلكتروني: mohazitouni@hotmail.com ، عضو المجلس العالمي للعلاجنفسي، وعلى البريد الورقي: د. محمد الزيتوني، قسم الطب النفسي، المستشفى العسكري مولاي إسماعيل، مكناس – المغرب.
لمزيد الاسترشاد الاتصال بـ: ac-meknes@hotmail.fr
ترسل ملخصات الأبحاث إلى هذا العنوان الإلكتروني "مستند وورد" قبل يوم 30 جوان 2006.

▪ أحـداث ثقافيـــة

تعد مكناس من أبرز الأحياء الإمبراطورية والأسطورية التي خلفتها الإنسانية وهي رمز ثقافات فسيفسائية ومتعددة.
الإطلاع على الثقافة المغربية، موسيقى، رقص، زيارة المعالم التقليدية.

ARABPSYNET CONGRESS GUIDE

ENGLISH EDITION

www.arabpsynet.com

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

دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالميـة

الإصـدار العربـــي

www.arabpsynet.com

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

ARABPSYNET DICTIONARIES SEARCH :

EPSYDICTNET

www.arabpsynet.com

ARABPSYNET DICTIONARIES

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

Psy Congress Agenda

SECOND QUARTLY 2006

April – May - June

أجنـــدة المؤتمـــرات النفسيـــة

الثـلاثيـة الثانيـة 2006

أفريـــل – مـــاي – جـــوان

Arab Psy Congress Agenda

Title: **Al - Aqsa University International conference "Text between Analysis, Understanding, and Reciting", Sponsored by Faculty of Arts and Humanitarian Sciences**
Date: 4- 6 April 2006
Country: Palestine - ***City:*** Gaza
Contact: Prof. Ali Zeedan Abu Zohri - President of the Conference, Dr. Mousa Abu Dagga - Head of the Conference Preparatory Committee
E-Mail: foart@alaqsa.edu.ps , drmousa@alaqsa.edu.ps

****

Title: **The 3rd International Conference of Jordanian Royal Medical Services**
Date: April 05, 2006 - April 08, 2006
Country: Jordan - ***City:*** Amman
Contact : Mohanad Ramini
Phone: 00-962-795-727-072 - ***Fax:*** 00-96-265-510-090
E-Mail: araborganizers@index.com.go

****

Title: **About Affective Education for Child**
Date: April 08, 2006 - April 09, 2006
Country: Egypt - ***City:*** Cairo University
Contact: Pr. Samia Mostafa EL KHASHAB dean of the university and President of the Conference
Phone/ Fax: 00202-3369744 , 00202-7622821
E-Mail: ftkcairo@yahoo.com , ashor312002@yahoo.co.uk

****

Title: **Journée Scientifique de Psychiatrie Universitaire "Les Frontières de la Bipolarité" Organisé par Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire**
Date: 15 Avril 2006
Country: Tunisie - ***City:*** Hotel El Mouradi Palace, Sousse
Contact: Pr. Ag. Selma Ben Nasr - Service de Psychiatrie CHU Farhat Hached Sousse - Tunisie
Fax: 00 216 73 226 702
E-Mail: selmabennasr@yahoo.fr

****

Title: **The 2nd Meeting of Adolescent & Child psychiatry**
Date: April 22, 2006
Country: Tunisia - ***City:*** hotel Syphax, Sfax
Contact: Dr. Farhat GRIBI
Phone: + 216 74 241 907 - ***Fax***:+ 216 74 241 384
E-Mail: farhat.ghribi@rns.tn

****

Title: **2nd International Psychiatry Symposium**
Date: May 02, 2006 - May 04, 2006
Country: Saudi Arabia - ***City:*** Jeddah
Contact: Dr. Mohamad Khalid, Head of Psychiatry Dept. and President of the Conference
Phone: 00-96-626-829-000 ext. 6367-6366 - ***Fax:*** 00-96-626-835-874
E-Mail: psy.jed@sghgroup.net , aad.jed@sghgroup.net

International Psy Congress Agenda

Title: **Esalen Spring Seminars**
Date: April 03, 2006 - April 09, 2006
Country: United States - ***City:*** Big Sur
State/Province: CA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - ***Fax:*** 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Bridging the Void - The ICR 27th Annual Conference & Exhibition**
Date: April 04, 2006 - April 05, 2006
Country: United Kingdom - ***City:*** Manchester
State/Province: England
Contact: Jayne Turner
E-Mail: jturner@instituteofclinicalresearch.org

****

Title: **6th International Review of Bipolar Disorders**
Date: April 05, 2006 - April 07, 2006
Country: United Kingdom - ***City:*** London
State/Province: England
Contact: Claire Michel
Phone: 00-44-1-159-692-016 - ***Fax:*** 00-44-1-159-692-017
E-Mail: info@irbd.org

****

Title: **Sexual Dysfunction: Clinical Practice, Research & Trends 2006**
Date: April 06, 2006 - April 09, 2006
Country: New Zealand - ***City:*** Queenstown
Contact: Marg Craig
Phone: 64-33-435-900 - ***Fax:*** 64-33-435-063
E-Mail: marg@conferenceteam.co.nz

****

Title: **Psychiatry Grand Rounds: The Neurobiology of Fear and Anxiety**
Date: April 06, 2006 - April 06, 2006
Country: United States - ***City:*** Stanford
State/Province: CA
Contact: CME Office
Phone: 650-723-7188 - ***Fax:*** 650-725-7855
E-Mail: StanfordCME@stanford.edu

****

Title: **Schizophrenia Treatment: Bridging Science to Clinical Care**
Date: April 06, 2006 - April 07, 2006
Country: United States - ***City:*** Minneapolis
State/Province: MN
Contact: Office of Continuing Medical Education, University of Minnesota, 190 McNamara Alumni Center, 200 Oak St. S.E. Minneapolis, MN 55455
Phone: 612-626-7600 or 1-800-776-8636 - ***Fax:*** 612-626-7766
E-Mail: cmereg@umn.edu

****

Title: **Psychological Assessment of the Interrelationships Among Personality, Thought Disorder, and Psychosis**
Date: April 06, 2006 - April 08, 2006
Country: United States - ***City:*** Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - ***Fax:*** 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Psychiatry Grand Rounds Topic: Anti-Smoking Intervention in a Residential Substance Abuse Treatment Program**
Date: April 12, 2006 - April 12, 2006
Country: United States - ***City:*** Norfolk
State/Province: VA
Contact: Patricia A. Masters, MSN, RN, Director, P.O. Box 1980, Norfolk, VA 23501, 358 Mowbray Arch, Smith Rogers Hall, Suite 103, Norfolk, VA 23507
Phone: 757-446-6140 - ***Fax:*** 757-446-6146
E-Mail: cme@evms.edu

****

Title: **56th Psychotherapy Weeks Lindau**
Date: April 17, 2006 - April 28, 2006
Country: Germany - ***City:*** Lindau
Contact: Kristin Krahl
Phone: 00-49-89-29-163-855 - ***Fax:*** 00-49-89-29-165-039
E-Mail: Info@Lptw.de

****

Title: **WPA LOPEZ IBOR CENTENNIAL CONGRESS**
Date: April 19, 2006 - April 22, 2006
Country: Spain - ***City:*** Madrid
Contact: Tilesa. Isabel Rodriguez
Phone: 34-913-612-600 - ***Fax:*** 34-913-559-208
E-Mail: centenariolopezibor@tilesa.es

****

Title: **Forensic Psychiatry**
Date: April 21, 2006 - April 23, 2006
Country: United States - ***City:*** New Orleans
State/Province: LA
Contact: Office of Continuing Medical Education
Phone: 800-588-5300 / 504-988-5466 - ***Fax:*** 504-988-1779
E-Mail: cme@tulane.edu

****

Title: **Understanding Trauma & Adaptation JBMT**
Date: April 22, 2006 - April 23, 2006
Country: United Kingdom - ***City:*** London
State/Province: England
Contact: Phillipa Fletcher
Phone: 44-0-1-235-868-811 - ***Fax:*** 44-0-1-235-227-322
E-Mail: jbmt-conference@elsevier.com

****

Title: **Buprenorphine and Office-Based Treatment of Opioid Dependence**
Date: April 22, 2006 - April 22, 2006
Country: United States - ***City:*** Kansas City
State/Province: MO
Contact: University of Kansas Continuing Education, 1515 St. Andrews Drive, Lawrence, KS 66047-1625
Phone: 877-404-KUCE(5823) or 785-864-KUCE(5823)
E-Mail: kuce@ku.edu

****

Title: **Iowa Psychiatric Society Spring Meeting**
Date: April 22, 2006 - April 22, 2006
Country: United States - ***City:*** Iowa City
State/Province: IA
Contact: Jean Dye, Secretary III, Continuing Medical Education Division, 100 CMAB, Roy J. and Lucille A. Carver College of Medicine, The University of Iowa, Iowa City, IA 52242
Phone: 319/335-8600 / 319/335-8327
E-Mail: jean-dye@uiowa.edu

****

Title: **Female Sexual Dysfunction and Health 2006**
Date: April 22, 2006 - April 23, 2006
Country: United States - ***City:*** New York
State/Province: NY
Contact: Center for Continuing Med. Ed.
Phone: 212-305-3334 - ***Fax:*** 212-781-6047
E-Mail: cme@columbia.edu

Title: The Program in Palliative Care Education and Practice
Date: April 25, 2006 - May 02, 2006
Country: United States - *City:* Cambridge
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: Pain Management in Women
Date: April 27, 2006 - April 29, 2006
Country: United States - *City:* San Diego
State/Province: CA
Contact: Cheryle Genovese
Phone: 888-229-6263 - *Fax:* 858-822-5908
E-Mail: ocme@ucsd.edu

****

Title: The 11th National Conference: Management of Drug Users in Primary Care
Date: April 27, 2006 - April 28, 2006
Country: United Kingdom - *City:* London
State/Province: England
Contact: Katie Belderson
Phone: 02-0-85-411-399 - *Fax:* 02-0-85-472-300
E-Mail: katie@healthcare-events.co.uk

****

Title: Psychiatry Grand Rounds: Treatment of Bipolar Depression
Date: April 27, 2006 - April 27, 2006
Country: United States - *City:* Stanford
State/Province: CA
Contact: CME Office
Phone: 650-723-7188 - *Fax:* 650-725-7855
E-Mail: StanfordCME@stanford.edu

****

Title: 9th Symposium on Developmental Approaches to Psychopathology. Focus on Attention: ADHD and Disruptive Behavior Disorders. Under the direction of Dr. Hans Steiner, Professor of Psychiatry
Date: April 28, 2006 - April 28, 2006
Country: United States - *City:* Stanford
State/Province: CA
Contact: CME Office
Phone: 650-723-7188 - *Fax:* 650-725-7855
E-Mail: StanfordCME@stanford.edu

****

Title: Eleventh Annual Psychiatric Update and Titus Harris Society 46th Annual Meeting
Date: April 28, 2006 - April 28, 2006
Country: United States - *City:* Houston
State/Province: TX
Contact: CME Office
Phone: 409-772-9300 / 800-437-7186

****

Title: Psychiatric Care of the Medically Ill
Date: April 28, 2006 - April 30, 2006
Country: United States - *City:* Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: Women In Therapy
Date: April 28, 2006 - April 29, 2006
Country: United States - *City:* Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: 17th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm
Date: April 30, 2006 - May 04, 2006
Country: Canada - *City:* Vancouver
State/Province: BC
Contact: Shannon Brown
Phone: 1-604-688-9655 ext 2 - *Fax:* 1-604-685-3521
E-Mail: info@harmreduction2006.ca

****

Title: INTERSEX - One-day Symposium
Date: May 01, 2006 - May 01, 2006
Country: Turkey - *City:* Istanbul
Contact: Hüseyin Özbey
Phone: 90-5-355-861-915 - *Fax:* 90-2-125-341-605
E-Mail: hozbey@istanbul.edu.tr

****

Title: Psychiatric Nursing Update
Date: May 03, 2006 - May 05, 2006
Country: United States - *City:* Philadelphia
State/Province: PA
Contact: Registrar, 11900 Silvergate Drive, Dublin, CA 94568
Phone: 925-828-7100, ext 3 - *Fax:* 800-329-9923
E-Mail: info@cforums.com

****

Title: Friendship & Unity, Psychology & Communication
Date: May 04, 2006 - May 07, 2006
Country: Greece - *City:* Athens

Contact: A.P.P.A.C Secretariat
Phone: 302-106-842-663 - *Fax:* 302-106-842-079
E-Mail: appachellas@yahoo.gr

****

Title: **12th Annual ADDA Conference**
Date: May 04, 2006 - May 07, 2006
Country: United States - *City:* Orlando
State/Province: FL
Contact: Conference Organizer
Phone: 1-404-233-6446 - *Fax:* 1-404-233-2827

****

Title: **Psychiatry Grand Rounds: Molecular Mechanisms for the Persistence of Memory Storage**
Date: May 04, 2006 - May 04, 2006
Country: United States - *City:* Stanford
State/Province: CA
Contact: CME Office
Phone: 650-723-7188 - *Fax:* 650-725-7855
E-Mail: StanfordCME@stanford.edu

****

Title: **XXIII Congress of the Spanish Association of Neuropsychiatry: "Abriendo claros construyendo compromisos".**
Date: May 10, 2006 - May 13, 2006
Country: Spain - *City:* Bilbao
Contact: Oscar Martínez
E-Mail: congreso2@tisasa.es

****

Title: **The Young Child With Special Needs**
Date: May 10, 2006 - May 12, 2006
Country: United States - *City:* New Orleans
State/Province: LA
Contact: Registrar, 11900 Silvergate Drive, Dublin, CA 94568
Phone: 925-828-7100, ext 3 - *Fax:* 800-329-9923
E-Mail: info@cforums.com

****

Title: **Disease Management Colloquium**
Date: May 10, 2006 - May 12, 2006
Country: United States - *City:* Philadelphia
State/Province: PA
Contact: Paul Tunnecliff
Phone: 800-684-4549 - *Fax:* 760-418-8084
E-Mail: registration@hcconferences.com

****

Title: **Child Psychiatry for the Primary Care Physician**
Date: May 11, 2006 - May 12, 2006
Country: United States - *City:* Burlington
State/Province: VT
Contact: Deborah Rhea
Phone: 802-656-2292 - *Fax:* 802-656-1925
E-Mail: deborah.rhea@uvm.edu

****

Title: **Psychiatry Grand Rounds: Molecular Mechanisms for the Persistence of Memory Storage**
Date: May 11, 2006 - May 11, 2006
Country: United States - *City:* Stanford
State/Province: CA
Contact: CME Office
Phone: 650-723-7188 - *Fax:* 650-725-7855
E-Mail: StanfordCME@stanford.edu

****

Title: **Mental Health 2006**
Date: May 16, 2006 - May 17, 2006
Country: United Kingdom - *City:* London
State/Province: England
Contact: Katie Belderson
Phone: 0-2-0-85-411-399 - *Fax:* 0-2-0-85-472-300
E-Mail: katie@healthcare-events.co.uk

****

Title: **Dementia - A Comprehensive Update**
Date: May 17, 2006 - May 19, 2006
Country: United States - *City:* Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Treating Children and Youth with Explosive Behavior Disorders**
Date: May 19, 2006 - May 19, 2006
Country: United States - *City:* Livonia
State/Province: MI
Contact: CME Office
Phone: 313-577-5256 - *Fax:* 313-577-7554
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Treatments that Work: A Substance Abuse Forum**
Date: May 19, 2006 - May 19, 2006
Country: United States - *City:* San Francisco
State/Province: CA
Contact: UCSF Office of Continuing Medical Education, 3333 California Street, Room 450, San Francisco, CA 94118
Phone: 415-476-4251 / 415-476-5808 - *Fax:* 415-476-0318 / 415-502-1795
E-Mail: info@ocme.ucsf.edu

****

Title: **American Board of Independent Medical Examiners Annual Meeting**
Date: May 19, 2006 - May 22, 2006
Country: United States - *City:* Las Vegas
State/Province: NV
Contact: Professional development coodinator
Phone: 1-800-234-3490 - *Fax:* 1-847-277-7912
E-Mail: kathibernett@abime.org

****

Title: **American Psychiatric Association 159th Annual Meeting**
Date: May 20, 2006 - May 25, 2006
Country: Canada - *City:* Toronto
State/Province: ON
Contact: American Psychiatric Association, Group Travel Office, 333 North Michigan Avenue, Suite 2200.USA
Phone: +800-938-8728 - *Fax:* +312-236-0377

****

Title: **American Academy of Psychiatry and the Law Semi-annual Meeting 2006**
Date: May 20, 2006 - May 21, 2006
Country: Canada - *City:* Toronto
State/Province: ON
Contact: American Academy of Psychiatry and the Law, One Regency Drive, P.O. Box 30, Bloomfield, CT 06002
Phone: 860-242-5450 / 800-331-1389 - *Fax:* 860-286-0787
E-Mail: execoff@aapl.org

****

Title: **14th International Conference on Health Promoting Hospitals**
Date: May 24, 2006 - May 26, 2006
Country: Lithuania - *City:* Palanga
Contact: Rima Drukteiniene
Phone: 37-0-52-101-808 - *Fax:* 37-0-52-705-975
E-Mail: rima.drukteiniene@con-ex.com

****

Title: **Workshops in Clinical Hypnosis**
Date: June 01, 2006 - June 03, 2006
Country: United States - *City:* Minneapolis
State/Province: MN
Contact: Office of Continuing Medical Education, University of Minnesota, 190 McNamara Alumni Center, 200 Oak St. S.E. Minneapolis, MN 55455
Phone: 612-626-7600 or 1-800-776-8636 - *Fax:* 612-626-7766
E-Mail: cmereg@umn.edu

****

Title: **7th International ISSPD Congress**
Date: June 07, 2006 - June 10, 2006
Country: Czech Republic - *City:* Prague
Contact: Mrs. Renata Somolova
Phone: 42-0-284-001-444 - *Fax:* 42-0-284-001-448
E-Mail: isspd2006@guarant.cz

****

Title: **Psychiatric Neurosciences: A Primer for Clinicians**
Date: June 09, 2006 - June 11, 2006
Country: United States - *City:* Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Meditation in Psychotherapy**
Date: : June 09, 2006 - June 10, 2006
Country: United States - *City:* Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Food as Medicine**
Date: : June 10, 2006 - June 16, 2006
Country: United States - *City:* Baltimore
State/Province: MD
Contact: Jo Cooper
Phone: 202-966-7338 - *Fax:* 202-966-2589
E-Mail: JCooper@cmbm.org

****

Title: **Food as Medicine**
Date: : June 10, 2006 - June 16, 2006
Country: United States - *City:* Baltimore
State/Province: MD
Contact: Jo Cooper
Phone: 202-966-7338 - *Fax:* 202-966-2589
E-Mail: JCooper@cmbm.org

****

Title: **17th Annual Summer Seminars**
Date: : June 12, 2006 - June 16, 2006
Country: Bermuda - *City:* Hamilton
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **15th International Symposium for the Psychotherapy of the Schizophrenia and Other Psychoses**
Date: : June 13, 2006 - June 16, 2006

Country: Spain - *City:* Madrid
Contact: Dr. Manuel González de Chávez
Phone: 34-915-868-132 - *Fax:* 34-914-265-110
E-Mail: congresos.mad@viajesiberia.com / mchavez.hgugm@salud.madrid.org

****

Title: **Psychiatry Grand Rounds**
Date: : June 14, 2006 - June 14, 2006
Country: United States - *City:* Norfolk
State/Province: VA
Contact: Patricia A. Masters, MSN, RN, Director, P.O. Box 1980, Norfolk, VA 23501, 358 Mowbray Arch, Smith Rogers Hall, Suite 103, Norfolk, VA 23507
Phone: 757-446-6140 - *Fax:* 757-446-6146
E-Mail: cme@evms.edu

****

Title: **III CONGRESSO NAZIONALE SIO - Società Italiana dell'Obesità**
Date: : June 14, 2006 - June 17, 2006
Country: Italy - *City:* Milan
Contact: Giovanna Gattamelata
Phone: 39-0-248-002-686 - *Fax:* 39-0-248-011-894
E-Mail: studiogi@studiogi.it

****

Title: **Psychiatry in 2006**
Date: : June 15, 2006 - June 17, 2006
Country: United States - *City:* Boston
State/Province: MA
Contact: CME Office
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: **Actualizacion en Medicina Geriatrica**
Date: : June 15, 2006 - June 16, 2006
Country: Colombia - *City:* Pereira
Contact: Dr LH Garcia Ortiz
Phone: 57-33-361-653-334-245 - *Fax:* 57-3-217-585
E-Mail: luishg@epm.net.co

****

Title: **Sleep 2006 20th Anniversary Meeting of the Associated Professional Sleep Societies**
Date: : June 17, 2006 - June 22, 2006
Country: United States - *City:* Salt Lake City
State/Province: UT
Contact: Associated Professional Sleep Societies, LLC, One Westbrook Corporate Center, Suite 920, Westchester, IL 60154
Phone: 708-492-0930 - *Fax:* 708-273-9354

****

Title: **2006 Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism**
Date: : June 24, 2006 - June 28, 2006
Country: United States - *City:* Baltimore
State/Province: MD
Contact: Meeting Organiser
E-Mail: debbyrsa@bga.com

Tehran Psychiatric Institute (TPI)

http://www.tehranpi.org - andisheh@tehranpi.org

Tehran Psychiatric Institute (TPI) was founded in 1977 under the name "The Center for Education-Residency" with the objective of coordinating educational, research, and therapeutic activities among all psychiatric units and centers throughout the country. The Center was also to expand psychiatric and clinical psychology services through development of human resources with specialization in the fields of psychiatry and psychiatric nursing at MA level. In 1979, the Center's name was changed to "Tehran Psychiatric Institute". The Institute established a program in psychiatric residency in 1977, a master's curriculum in clinical psychology in 1986, and finally a doctoral (Ph.D.) track in clinical psychology in 1998. The Institute was initially under the auspices of Regional Health Care Organization, province of Tehran; later, it operated as an affiliate of Education-Research Complex of Ministry of Health, and eventually as a unit of Iran University of Medical Sciences in 1986, when the country's university system was reformed under the Integration Plan.

The Institute established itself with much diligence as World Health Organization (WHO) Collaborating Center for Mental Health in 1996. It has also been recognized as National Scientific Center for Education and Research since 2001 by the Division of Education and University Affairs, Iran Ministry of Health and Medical Education.

■ Members of the Scientific Board

- **Department of Psychiatry:**

-Hamid Reza Ahmadkhaniha MD Psychiatrist (Associate Director of TPI)
- Mehrdad Eftekhar Ardebili MD Psychiatrist (Director of TPI research unit)
- Asghar Elahi MD Psychiatrist
- Ja'far Bolhari MD Psychiatrist (Director of TPI and MHRC)
- Behrooz Jalili MD Psychiatrist (Pediatrician)
- Mehdi Hassanzadeh MD Psychiatrist
- Badri Daneshamooz MD Psychiatrist
-Maryam Rassoulian MD Psychiatrist (Executive Director of Andisheh va Raftar Journal and chair of the Dept. part psychiatry)
- Mehrzad Seraji MD Psychiatrist
- Amir Sha'bani MD Psyciatrist
- Mitra Shoushtari MD Psychiatrist (specialist in Child Psychiatry)
-Elham Shirazi MD Psychiatrist (specialist in Child Psychiatry)
- Mansour Salehi MD Psychiatrist
- Kioumars Fard MD Psychiatrist
- Morteza Ghodsi MD Psychiatrist
- Mohammad Ghadeeri MD Psychiatrist (Director of Iran Hospital)
- Mir Farhad Ghal'e Bandi Psychiatrist
- Mir Mohammad Vali Majd Taymouri MD Psychiatrist (Director of TPI Clinic)
- Mehrdad Mohammadian MD Psychiatrist
- Ahmad Mohit MD Psychiatrist
- Hamid Mostafavi Abdolmaleki MD Psychiatrist
- Seyyed Kazem Malakouti MD Psychiatrist
- Fereidoun Mehrabi MD Psychiatrist
- Mehdi Nasr Esfahani MD Psychiatrist

- **Department of Clinical Psychology :**

- Ali Asghar Asgharnejad, Ph.D. General Psychology
- Azizeh Afkham Ebrahimi, M.A. Clinical Psychology
- Seyed Akbar Bayanzadeh, Ph. D. Associate prof.
- Behrouz Birashk, Ph.D. Councelling
-Mohammad Kazem Atef Vahid, Ph.D. Clinical Psychology (Head of office of Educational office of TPI)
- Banafsheh Ghara'I, Ph.D. Clinical Psychology
- Ladan Fata, Ph.D. Clinical Psychology
- Abdolvahab Vahabzadeh, Ph.D. Neuro-Sciences
- Alireza Abedin, Ph.D. Clinical Psychology
-Rokhsareh Yekeh Yazdandoost, Ph.D. Clinical Psychology

- **Collaborating Faculty and Lecturers :**
  - Ali Jazayeri Ph.D.
  - Mahmood Dojkam Ph.D.
  - Habibollah Ghasemzadeh Ph.D.

■ Academic Departments

- **Department of Psychiatry**

The department of psychiatry arranges all educational programming for medical trainees, interns, and residents. Since its establishment in 1977, the department has been holding official meetings once a month and as needed basis. In these meetings, the members of the Department discuss the issues related to education, research, continuing education, seminars, and problems relevant to Iran Educational and Medical Center and the psychiatric ward of Rassoul Akram Educational, Research and Medical Complex. The faculty members elect the Department's Chair every two years.

- **Department of Clinical Psychology**

The affairs related to the masters program in clinical psychology, established in 1986, was initially managed by Department of Psychiatry. However, as a result of effortful activities and realization on the part of the staff, the need for an independent department gradually emerged. Finally, with the approval of the Education Department of Iran University of Medical Sciences, Department of Clinical Psychology officially commenced its activities in 1996.

Department of Clinical Psychology plans, execute, and evaluates all clinical psychology activities of the university as well as the educational programs of MA and Ph.D. students in clinical psychology. The members of the scientific board appoint the chair of the Department every two years. Monthly department meetings are held for educational programming.

■ Research

In order to expand research oriented activities in psychology, psychiatry, and mental health, Research Unit began its work from the early days of the Institute's inception. Under the supervision of members of the scientific board, the unit conducts researches in a great scope with implications at national level. The unit's present activities include planning and executing national research projects, reviewing research proposals, organizing research methodology workshops, evaluating psychometric instruments, advising students on their MA theses, Ph.D. dissertations, and resident's research projects.

The institute's diligent and skillful faculty and staff in conducting various researches in mental health led to the recognition of the Institute's as World Health Organization (WHO) Collaborating Center for Mental Health. Uopn its inauguration as a WHO Collaborating Center in 1998, Tehran Psychiatric Institute became the main advisor to the Ministry of Health and Medical Education project. Presently the unit accommodates both the office for WHO Collaborating Center for Mental Health and the office for the National Scientific Center for Education and Research (NSC).

■ Education

The Institute formally and expansively began its educational activities in 1977 with the establishment of a residency program in psychiatry. Within a few years of educational activities, the Institute was authorized to offer masters level (M.A.) programs in Clinical Psychology and Psychiatric Nursing, from which thus far, a remarkable number have graduated. Presently, 15 psychiatric residents, seven to 10 masters level students in clinical psychology; and two to three Ph.D. candidates are annually admitted to the Institute. Up to the end of 2001, additionally 170 residents received degrees in psychiatry, 192 graduate students received MA degrees in Clinical Psychology, and 51 graduate students received their MA in Psychiatric Nursing from the Institute.

Admission criteria for MA and Ph.D. programs in clinical psychology are as follow:

- MA in Clinical Psychology :

1. Entrance Requirements :
   - Eligibility for admission to higher education
   - BA (or higher) degree, approved by Ministry of Science, Research and Technology or Ministry of Health and Medical Education, in any of the acceptable fields (clinical, general, exceptional children psychology, counseling) *
   - Physical ability appropriate to the field of study
   - Passing the entrance exam
   * BA Equivalent Degrees are not acceptable.
2. Entrance Exam Subjects:
   - Statistics and Research Method
   - Clinical Psychology
   - General and Cultural Psychiatry
   - Developmental Psychology
   - LSP
3. Credits:
   - Theoretical Courses 16 credits
   - Practicum Courses 12 credits
   - Supplementary Courses 5 credits
   - Thesis 4 credits
   - Pre-requisite Courses 18credits (General Psychiatry- Principles of Clinical Psychology- Theories of Psychotherapy- Application of Basic Methods of Diagnosis- Child Clinical Psychology)
4. This is a two-year MA Course.

- Ph.D. in Clinical Psychology :

1. Entrance Requirements
   - Eligibility for admission to higher education
   - MA in Psychology
   - A passing score on any one of the Foreign Language Proficiency tests as determined by the relevant higher education committee:
   MCHE minimum score 50
   TOEFL minimum score 480
   IELTS minimum score 5
   MELAB minimum score 70
   - Passing Ph.D. Entrance Exam
   - Recommendation letters from at least two professors formerly having knowledge of the candidate's competence
   * There is no age-restriction for Ph.D. candidates.
2. Entrance Exam Subjects
   - Statistics and Research Methodology
   - Psychological Tests
   - Biological and physiological basis of behavior
   - Developmental Psychology
   - Personality Theories and Psychotherapy
   - Psycho-pathology
3. Credits:
   - Theoretical Courses 16 credits
   - Practicum Courses 13 credits
   - Supplementary Courses 1 credit
   - Dissertation 20 credits
4. Course Period:
   The educational period is between 2 to 5 terms (the maximum time allotted is 4.5 years for Ph.D. programs).
5. Comprehensive Exam: Upon successful completion of the courses, candidates are required to take a Comprehensive Exam with both written and oral parts.
6. Practicum: 12 months
7. Research: Candidates enroll for research and dissertation after passing the Comprehensive Exam.

All candidates may take advantage of the Institute's available amenities and educational facilities throughout their course of study.

1. Available Amenities
   - Student loan
   - Emergency loan
   - Housing loan
   - Dorms
2. Educational Facilities
   - Library
   - Internet Access
   - Audio-Visual

In addition, the students can employ the possibilities of the Research Unit and the Neuro-Sciences Unit for their research projects. In collaboration with the Education Department, the Continuing Education Program Unit offers specialization courses for Planning Specialists. Moreover, in order to enhance the knowledge of mental health for the public, the Unit offers non-specialist courses as well.

■ Library

The library of Tehran Psychiatric Institute was inaugurated in 1977. The library is recognized as the main information core of Iran University of Medical Sciences for its valuable collection of resources on clinical psychology, psychiatry, and mental health. The sources are categorized by subject index according to the National Library Medical System (NLM). All the information is stored in the library database and can be searched and retrieved by computers. The library has 4056volumes of Persian books, of which 2560 volumes are specialized books. It also has a collection of 4458volumes of foreign language books; 2285volumes of which are specialized books. Other sources in the library include 231 foreign language journals (30 are on regular subscription), 33 Persian language journals, 318theses and dissertations, 236abstracts, 91Persian language references and 80 foreign language references.

The book loan service is available to the students of the Institute upon submission of Student I.D Cards, and to the members of the scientific board and doctors upon submission of their Medical I.D. Cards. The list of available journals is stored in the database and can be searched and retrieved. Xerox copies of articles are also available upon request; the university's board of directors determines the fee for such services.

All information relevant to 318 master's theses and residents' psychiatric projects are also stored in the database and can be searched and retrieved. These sources can only be used in the library and students are required to take notes from them on limited basis.

■ The Clinic Tehran Psychiatric Institute

The Clinic Tehran Psychiatric Institute, an affiliate of Iran University of Medical Sciences officially started its, activites in 1990. The Clinic offers educational programs, psychiatric treatment and psychotherapy

The specifics and method of presenting services: The essential particulars of the clinic as part of Tehran Psychiatric Institute are provision of treatment services, counseling, and education for service recipients and their families.

The focus of these services is on the educational dimension and the intention is to place all service recipients in the educational rotation of treatment team. The onsite professors' supervision is quite apparent in all levels of treatment services. The services are generally presented by the psychiatric and clinical psychology professors, Psychiatric residents, masters' level clinical staff, graduate and PhD students in clinical psychology, and master's level occupational and speech therapists. The psychiatric team to consider medicinal treatment initially visits the service recipients.

Psychiatric Services: the psychiatric professors and three psychiatric residents in individual and group modalities present the general Psychiatric services.

Direct services: Medical treatment, individual psychotherapy, couple therapy, group therapy, family therapy, occupational therapy, speech therapy, psychological personality and intelligence tests, social work, and EEG.

Marginal Services: Consulting before and after marriage; divorce, educational, career, and sex counseling; education for parents' music therapy; habilitation; home visits

Student intern's presence at the clinic:

1- Three psychiatric residents, five days a week for one semester term.
2- Practicum experience of PhD students in clinical psychology, one day in a week for one term.
3- Practicum experience of masters level students in clinical psychology, one day a week for one term.
4- Internship of one PhD student in clinical psychology, five days a week for one term
5- Practicum experience of sppech therapy students in collaboration with department of education and the Institute. Moreover, a number of the students are present at the clinic on the voluntary basis.

Psychiatric residents provide medicinal and psychotherapy services under the direct supervision of professors of psychiatry. Supervision of clinical psychology students include 30 minutes of one, an hour in group setting, and four hours of observation behind one way mirror per week.

Supervision and education: Speech therapists, occupational therapist, and social work. Formation of committees related to selective services, forensic medicine, TS and "Hard Case" Patients, TS group therapy, Psychological tests, and family education.

■ Office of Islamic Studies in Mental Health

The Office of Islamic Studies in Mental Health, situated on the campus of Tehran Psychiatric Institute was established in 1987 in order to explore the procurability of the principles of mental health in Islam and its relationship with other disciplines such as psychology, psychiatry, and the affiliated fields.

The major objectives stated in the constitution of the Office are as follows:

1. Expansion and quality improvement of Islamic researches in mental health
2. Cooperation in mental health surveys and researches related to Islamic concepts and values.

During the last 18 years, in line with the spoken objectives, the Office has implemented the following activities: organizing 120 monthly lectures about Religion and mental health; conducting approximately 15 research projects with various topics related to Religion and mental health, and collaborating with other interest centers engaged in issues pertinent to Religion and mental health both in Iran and abroad. Additionally, the guidence of the Office has been utilized in various theses and dissertations linked to religion and mental health, the role of religion in mental health, and other relevant topics.

Presently situated in the venue of Tehran Psychiatric Institute, the Office is administered by the effort and voluntary collaborations of the Institute's faculty members, researchers, students, and staff. Abbas Ramezani Farany is the director of the Office.

■ Community and Mental Health Division

This division was established at psychiatric Institute in 2003. The main objective of this division is training and education of undergraduate medical Tehran students, postgraduate psychiatric residents, as well as MA and Ph.D students of clinical psychology in the field of community and mental health services. The division also conducts researches in this field.
The members of the division are:
1- J. Bolhari MD, Psychiatrist, head of Tehran Psychiatric Institute.
2- M. Rasulian MD, Psychiatrist, head of Psychiatric Department.
3- A. Shirazi , MD , child psychiatrist.

■ Journal of psychiatry & Clinical Psycology

- **Director in Chief:** S. A. Vaezie, M.D.
- **Editor in Chief:** J. Bolhari, M.D.
- **Executive Director**: M. Rasoulian, M.D.
- **Production Editor**: A.Shabani, M.D., M. Ehssanmanesh, M.S.
- **Editorial Board**: H. Ashaeri, M.D., M. K. Atefvahid, Ph.D., A. Attari, M.D., S.A.Bayanzadeh,Ph.D., B. Birashk,Ph.D., J. Bolhari,M.D., M.A.Ghoreishizadeh,M.D., H.Haghshenas,Ph.D., Y. Kalafi,M.D., F.Mehrabi,M.D., M.R.Mohammadi,M.D., A. Mohit,M.D., M. Nasr Esfahani,M.D., M. Rasoulian, M.D., S.A.Vaezi,M.D., M.T.Yasamy,M.D., H. Ziaoddini, M.D. Andeesheh Va Raftar (thought and behaviour) is a quarterly bilingual publication (Persian and English Languages) published by the Tehran Psychiatric Institute,Iran University of Medical Sciences.

Abstracts of all articles will be in both English and Persian. The Editorial Board welcomes the articles in either English or Persian language in the field of psychiatry, clinical psychology and mental health.

The authors are responsible for statements made in their articles. Andeesheh Va Raftar does not reflect the official attitude or position of Tehran Psychiatric Institute or that of the Editorial Board.

Address: Andeesheh Va Raftar, Tehran Psychiatric Institude & Mental Health Research Centre, No. 1, Jahan Alley, Taleghani Ave,Tehran, Iran, I.R.
Post Code : 1563663313
P.O.B : 15745-344
Telf: 009821-7532719
Site Adderess: http://www.tehranpi.org
E-mail: andisheh@tehranpi.org

■ Publishing Activities

- Publication of 34 volumes of scientific/research Journal, Andisheh Va Raftar
- Publication of Quranic verses in Mental Health
- Translation of Quranic verses in Mental Health into English
- Translation of Doctor-Patient Relationship into Persian, originally published by WHO
- A collection of 40 abstracts of lectures on Mental Health, delivered by the Ofiice of Islamic Studies in Mental Health
- Abstracts of papers presented in The International Symposium on the Role of Religion on Mental Health
- Abstracts of papers presented in the National Symposium on the Role of Religion in Mental Health
- Collection of proceedings of the National Symposium on The Role of Religion in Mental Health
- Collection of proceedings of the First to Fourth National Congresses on Stress
- Collection of articles of the First and Second National Congresses on Sociocultural Psychiatry - Schizophrenia: Information for Families
- Women's Mental Health
- Laws of Mental Health Care
- Psycho-Social Rehabilitation
- Translation of a series of books on assessment of drug abuse,

11 volumes, (under print) - Mental Health in Nahjolbalaghe
Approaches and Technical skills for securing Mental Health in Islam
- Counseling on Aids
- Mental Health for Nurse Aids
- Publication of more than one hundred scientific articles and books in Persian or English by the faculty of the Institute
- Counseling on Aids: A visual/educational collection in Persian and English.

■ Address:

No.1, Jahan St., Taleghani Ave., Tehran, I. R. Iran.
Post code: 1563663313
Tel: 7537842-7537843
Fax: +98-21-7533847

Research Unit research@tehranpi.org
Education Unit education@tehranpi.org
Outpatient Clinic clinical@tehranpi.org
Libarary library@tehranpi.org
National Scientific Center nsc@tehranpi.org
Who Collaborative Center for Mental Health whocc@tehranpi.org

IDRAC

Institute for Development Research and Applied Care

Beirut - LEBANON

www.idrac.org.lb - idrac@idrac.org.lb

I. ABOUT IDRAC

IDRAC (Institute for Development Research and Applied Care) is a non-profit, non-governmental organization that was officially founded by Lebanese experts in the field of mental health (psychiatrists and psychologists) in 1995. These experts had been conducting research and delivering services in Lebanon since 1980. At that time, the founding members of IDRAC were faced with a grim reality: there was no data on mental health disorders in Lebanon, nor any available assessment tools to assess the prevalence of these disorders (on a large scale). Above all, the Lebanese wars had been ravaging the country for five years and there was little knowledge about their effect on the mental health of the population.

IDRAC's main mission is to promote research in mental health, to increase public awareness (through seminars, conferences, pamphlets...), to participate in the improvement of training and educational programs in mental health, and to disseminate knowledge to the Lebanese and the Arab speaking public at large. In an effort to fulfill its mission, IDRAC's members have been involved in many national and international studies, targeting different segments of the population (children, orphans, university students, patients, general community…) and assessing different types of mental health conditions , (including depression, anxiety disorders, suicidality, substance use, ADHD, etc). IDRAC relies mainly on the benevolent support of institutions and individuals who believe in the necessity of scientific research in mental health and the public education in that field.

IDRAC has a sister institution, M.I.N.D. (Medical Institute for Neuropsychological Disorders), that is mainly focused on providing clinical services to the public. The majority of the psychiatrists and psychologists working at M.I.N.D. are also actively involved in the research conducted at IDRAC.

Please browse our researchsection to see some of our national and international studies on such topics of interest as war, substance abuse, child mental health, women's health, and depression.

II. COMMUNITY STUDIES

A. Adult Studies

1. Lebanon Substance Use Universities Monitoring Study (1991-1999)

A substance use university monitoring study was initiated by IDRAC in 1991, and was conducted in two waves (Phase I: 1991 and Phase II: 1999) in order to examine the patterns, trends, and possible risk factors of substance use among university students in Lebanon. A random sample of 25% of the student population (approximately 2000 students) of two major private universities was selected. Data was collected using a self-administered instrument based on the Diagnostic Interview Schedule, version III in Phase I and version IV in Phase II. Several substance use indicators were assessed, namely: ever use, more than five times use, daily use, abuse and dependence (based on DSM-III criteria in Phase I and DSM-IV criteria in Phase II). The study surveyed the pattern of use of several licit and illicit substances (alcohol, nicotine, tranquilizers, barbiturates, morphine, stimulants, codeine, cannabis, cocaine, and heroin), as well as a number of personal, social, and environmental risk factors. The results of Phase I have been published and those of Phase II are the subject of several coming publications.

2. Five-Year Follow-Up Study

A prospective study was conducted during three phases (1989, 1991, 1994), in four different Lebanese communities that were deliberately selected to represent increasing degrees of exposure to the Lebanon Wars. The study included adults aged 18-65 years, who had lived for the preceding two years in the community in question. The sample size was 658 subjects in Phase I, 234 subjects in phase II and 208 subjects in phase III. The instruments used were the Arabic Diagnostic Interview Schedule (DIS) in phases I and II and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in phase III. The War Events Questionnaire was also used to quantify war exposure. The instruments used covered the assessment of a number of disorders including Depression, Alcohol and Drug Abuse and Dependence, Post Traumatic Stress Disorder and different other disorders.

B. Children and Adolescent Studies

1. Children and War

This project was initiated in 1996, while the “Grapes of Wrath” Israeli operation was taking place. Several programs were launched then to support the displaced families and help those who stayed in the bombarded areas. One of these programs was the one initiated by I.D.R.A.C, which aimed at assessing the mental health and relieving the distress of the traumatized children.

This program consisted of three main components:

The first component focused on assessing the mental health status of 386 students (6-17 years) directly after the military operation (Phase I -1996) who represent 45,000 students. A group of them (143 out of 386) were followed one year later (Phase II-1997) to measure the persistence of mental health disorders.

The second component was a school-based group treatment of 2500 students of the most affected villages. A group of 116 students representing the 2500 in Phase I (1996) to assess their mental health situation before the treatment was delivered. Those were followed one year later (Phase II-1997) after the treatment to measure its effectiveness.

Finally, the third component consisted of war orphans who lost one or two parents during the bombarding of a U.N shelter at Qana, one of the villages in South Lebanon. These children are being followed yearly in a "Child Care Program" that assesses their psychological, medical, and social needs.

III. PATIENT STUDIES

A. Clinical Medication Trials

In 2000, IDRAC was asked to participate in two international multi-center studies by a drug company to investigate the safety and efficacy of a medication in two populations: Patients with Bipolar Disorder who are currently depressed, and patients with Alzheimer's Dementia who have psychotic features (delusions or hallucinations). The studies use a double blind placebo controlled methodology with either open label (Bipolar study) or double blind (Alzheimer study) extension phases for responders.

B. Other Clinical Studies

In addition to the epidemiologic studies that IDRAC has conducted, clinical trials, case histories and inpatient studies constituted an important part of IDRAC's research. In one of the clinical studies we were able to prove that Midazolam is a better anxiolytic drug compared to Droperidol and Promethazine among pre-selected patients undergoing surgery. Moreover, our group had the chance to observe in depth mixed affective illness following brain injury, and the issue of "Demonic Possession" and multiple personality disorder through studying carefully some of their cases. The relationship between depression and pregnancy was also examined by studying 150 females admitted consecutively during the month of May and April 1987 at the Saint Georges Hospital. Finally, a preliminary study about the profile of ADHD in Lebanon was conducted.

C. Comorbidity Of Substance Abuse And Other Psychiatric Disorders: An Inpatient Study From Lebanon

A study was conducted in 1994 on all patients with present and/or past substance abuse or dependence, who were admitted to the inpatient psychiatry unit at St. George Hospital (Beirut, Lebanon) between 1979-1992. The medical charts of 222 patients were reviewed and the comorbidity of substance abuse with other psychiatric disorders was assessed.

IV. ADAPTATION AND VALIDATION STUDIES

Throughout its research history, IDRAC members have adapted many instruments to Lebanese-Arabic language, ranging from self administered, semi-structured to structured interviews. These include the Diagnostic Interview Schedule, and the Composite International Diagnostic Interview, the most common used structured interviews in the mental health field.

Moreover, the prolonged war experience in Lebanon made it necessary to design an instrument that measures exposure to Lebanon war events in order to study its relation to mental health disorders. Thus, the War Events Questionnaire was designed by our group to assess both the objective and the subjective war experiences among the Lebanese.

V. ISSUES AND REVIEWS IN PSYCHIATRIC RESEARCH

Diagnosis and treatment of mental health disorders have gained the attention of mental health professionals (psychiatrists, psychologists, epidemiologists…) for many years. Several important yardsticks have been designed including Feigner Criteria, Research Diagnostic Criteria, and the Diagnostic and Statistical Manual criteria. Several treatment theories have also been forwarded such as cognitive behavioral strategies, debriefing, and stress inoculation training. Moreover, the availability and accessibility of mental health resources (professionals, facilities, training…) have always been a concern and an important research topic for many decades. As part of their research work, IDRAC members have explored the existing diagnostic criteria, treatment of mental health disorders and the availability of services in the Arab world through field trials, clinical observations and review of literature.

VI. IDRAC'S Training And Education Programs

IDRAC provides an opportunity for clinical and research mental health training in the following specialties:

1- Medicine: medical students, interns, residents.
2- Psychology: graduates with a bachelor's, master's, doctoral and postdoctoral degree
3- Nursing: undergraduate and postgraduate
4- Research: biostatisticians and epidemiologists
5- Teachers and educators
6- Other allied health professionals: pharmacists, social workers,.

The training varies with the level of education and special interests of the candidate, keeping in mind the applicant's needs and time availability.

1. The Team And Work Organization:

Clinical teaching is offered by members of M.I.N.D and IDRAC who typically work in a work multidisciplinary team setting. Psychiatrists, Psychologists and Psychiatric Nurses interact daily on most inpatients and the many outpatients. Trainees are grouped by their background: Medical personnel (interns and residents) psychology (BA, MA and PhD) and nursing students work together in teams. Students from other specialties, when rotating, also do so within a team approach.

Research at IDRAC is also multidisciplinary and is conducted within a teamwork spirit. The group of researchers includes psychiatrists, psychologists, biostatisticians, educators, social workers and lay members trained in structured diagnostic interviewing.

2. The Setting:

The clinical training is provided by IDRAC in association with the Medical Institute for Neuropsychological Disorders (M.I.N.D.) and the Department of Psychiatry and Psychology at St. George Hospital and Balamand University Medical School. The setting consists of a psychiatric inpatient unit, outpatient clinics and emergency room services. It also includes consultation liaison services with other specialties such as neurology, internal medicine, cardiology, pediatrics, as well as extramural programs (home, schools, and special centers…). The acute psychiatric inpatient unit is located on a special floor of a general hospital (St

George Hospital, Beirut). Lebanon. The Psychiatry and Psychology outpatient services are provided by MIND's eight outpatient clinics, four of which are located in the Ashrafieh area, and the other four in Ras-Beirut area: all of the clinics are in Beirut-Lebanon. Specialized services are offered in the field of child, adolescent, adult and geriatric psychiatry and psychology.

The research training is based at IDRAC's offices located at St. George Hospital, Ashrafieh, Beirut. The offices provide trainees with computer services, an electronic library and a print library. The fieldwork in research takes place in various geographical areas of Lebanon, depending on the need of the ongoing projects.

3. The Programs:

A- Clinical Training:

IDRAC has trained medical students (interns and residents), psychology students (BA, MA, PhD), and nursing students from several universities in Lebanon. IDRAC's training of Medical Students, interns, and residents follows the well recognized structured training offered at other well established academic centers: rounds, seminars, journal clubs, assigned readings, research papers, etc...training of Medical students, interns and residents is conducted in conjunction with the Balamand University Medical School and St. George Hospital University Medical Center.

IDRAC's clinical training program in Psychology is organized into three independent modules for the convenience of the students. The training is as follows:

1- Clinical evaluation and case-conceptualization based on international classifications of psychiatric and psychological disorders
2- Psychological testing and cognitive evaluation
3- Treatment, including pharmaco-therapy and/or psychotherapy.

Each of these modules (Clinical Evaluation, Psychological Testing, Treatment) includes the following:

Didactic sessions:

These include a series of seminars, educational audio-visual sessions, lectures, group-meetings, journal clubs, conferences and grand-rounds. These sessions cover topics that are of major importance for the three above-mentioned modules, such as general psychopathology, psychiatric epidemiology, and case studies, review of the psychiatry and psychology literature, and critical discussions on specific clinical cases or specific findings.

Training on instruments:

Depending on the module, this may include administration and interpretation of cognitive tests (IQ batteries, computer tests…), clinical scales for evaluating the progress of a variety of specific disorders (Hamilton scales, Beck Depression and Anxiety scales, Y-BOCS, PANSS, Barkley scales…) or comprehensive structured research interviews (DIS, CIDI, DICA-R…). The aforementioned instruments (clinical scales and structured research interviews) have been adapted by IDRAC into Arabic (see assessment tools). IDRAC is also a training center in the Middle East region for the CIDI (WHO, Geneva). For more information concerning details of the training, contact us.

Supervised observation and clinical practice:

Supervised observation and clinical practice of the trainees is ensured through regular group-meetings and group-discussions, through direct observation of the trainee's work by a senior clinician, and through written feedback and comments provided by their training coordinator regarding the reports and other written work that is required from them on a regular basis. These obviously may vary from a module to another, and frequently include one-to-one supervision (Testing, Psychotherapy…). The clinical work spans over several areas: acute inpatient psychiatric care, outpatient psychiatric care, emergency room, consultation liaison, psychological testing, family assessment, couples therapy, individual cognitive-behavioral therapy and applied play therapy for children. Psychological testing includes using comprehensive cognitive and psycho-educational batteries, as well as clinical scales and other computerized instruments.

B- Research Training:

Training in research and survey methods is provided to physicians, psychologists, and public health professionals at an undergraduate and postgraduate level on epidemiology and biostatistics, clinical studies, treatment trials, population studies…). This training has attracted individuals from Lebanon, neighboring countries as well as individuals from Europe and the U.S.A. The training program is adapted to the individual's need and level of expertise, and accordingly is assigned to ongoing projects and is given responsibilities progressively in order to help them ultimately become principal investigators in a specific area. The latter can include training in the use of instruments (including structured interviews and biostatistical software), participation in data collection, literature reviews, data analysis, and article writing. All the work is done in an atmosphere of strict academic requirements and trainees are expected to participate actively in journal clubs and research seminars including critical reappraisal of ongoing or published research of IDRAC.

C- Specialized Training: Teachers And Educators:

In 1996, IDRAC initiated a school based psychological treatment program in the south of Lebanon and west Bekaa. The goal of the treatment was to alleviate the impact of an extremely traumatic war situation (Grapes of Wrath) on children and adolescents. Sixty-eight teachers were trained for that purpose, 2500 children were actively treated.

IDRAC also offers specialized training for professionals (individually or in groups) who are expected, directly or indirectly, to deal with mental health issues.

4. Accreditation Of The Training By IDRAC:

Official Certificates are provided by IDRAC upon completion of the training module. The duration of the training varies from one student to another and from one module to another.

5. Application Procedure:

The application file must include the following documents:

A statement of goals (purpose).

A resume (curriculum vitae).

A copy of transcripts (undergraduate and graduate).

Two letters of recommendation from a university tutor or head of program.

A personal interview with the applicant in addition to a review of his/her application file is also required.

VII. MIND : Medical Institute for Neuropsychological Disorders

IDRAC has a sister institution, the Medical Institute for Neuropsychological Disorders (MIND) which is staffed by Psychiatrists and Psychologists who are dedicated to the pursuit of excellence in patient care. They are specialized in helping children, adolescents, adults and the elderly, by accurately testing for and diagnosing such frequently encountered problems as Depression, Anxiety, Panic Attacks, Substance Use, Attention Deficit / Hyperactivity, Learning Disorders and Dementia, and less common disorders like Schizophrenia, Obsessive Compulsive Disorder, Somatization, and Autism. Treatment is delivered in an outpatient setting with access to a state of the art inpatient neuropsychiatric unit in a general hospital when needed. Expert services are provided in true multi-disciplinary fashion utilizing highly regarded international standards where patients' and families' well-being comes first.

Cordahi, Caroline:

Child and Adolescent Psychologist; DEA Psychology from St. Joseph University, Beirut (1999) Studied Child Psychology at Yale, Columbia, and the California School of Professional Psychology, USA; services include evaluation and psychotherapy for children and adolescents, as well as psychological testing for all ages (intelligence, specific cognitive abilities: attention, (auditory and visual) memory and other mental processes).

Farah, Lynne: Social worker / Psychiatric Assistant.

Fayyad, John: Child and Adolescent Psychiatrist: Received his MD from the American University of Beirut in 1985. Trained in psychiatry and child and adolescent psychiatry at the Ohio State University (USA). Also a diplomate and examiner for the American Board of Psychiatry and Neurology (1992); services include evaluation and treatment of all childhood and adolescent psychiatric disorders including ADHD, Behavioral Disorders, Depression, Anxiety Disorders, Developmental Disorders and Tic Disorders.

Karam, Elie: Medical Doctor, received his degree in 1974 from the American University of Beirut (Lebanon), and did his training in psychiatry at Washington University in St. Louis USA. Received the American Board of Psychiatry and Neurology 1979 (USA). Awarded the Fulbright Scholar in 1990. Head of Psychiatry and Psychology Department – Saint George Hospital.

Nacouzi, Marie-Therese: Psychiatric nurse / Psychiatric Assistant.

Nasser-Karam, Aimee: Clinical Psychologist and Psychotherapist; Ph.D. from St. Joseph University, Beirut (2001); trained at the Beck Center for Cognitive Therapy, Philadelphia USA; services include evaluation and psychotherapy for adults (mood, anxiety, eating and substance abuse disorders).

Siriani, Nathalie: Clinical psychologist /Psychiatric Assistant .

Tanios, Christine: Psychologist / Psychiatric Assistant.

VIII. The L.E.B.A.N.O.N. Study (Lebanese Evaluation of the Burden of Ailments and Needs Of the Nation)

WMH Surveys

The L.E.B.A.N.O.N. Study is part of a cross-national project initiated by WHO (Geneva) and Harvard Medical School called the WMH Survey Initiative. This project was initiated in an effort to address the global burden of mental health disorders and generate figures based on national epidemiologic surveys across the world. Accurate information on the prevalence of mental health disorders, their risk factors, treatment patterns and barriers to service use will be generated.

The WMH Consortium is comprised of nationally or regionally representative surveys in 26 countries, representing all regions of the world. Lebanon is the only Arab-speaking country participating in this consortium so far. For detailed information about the WMH initiative and the participating countries, please click here.

- Methods

In 2000, our group at IDRAC decided to embark on this cross-national initiative and conduct the first national survey in the region, which studies extensively mental health disorders and other medical chronic illnesses. The L.E.B.A.N.O.N. national Study was based on a multistage household probability sample design without replacement. Households were selected from the five different Mohafazat representing the various demographic and socioeconomic levels in the country. Two thousand eight hundred fifty seven (2857) face-to-face interviews were conducted by lay interviewers who were intensively trained by two certified trainers at IDRAC. Fourteen training sessions were conducted all over Lebanon to train the team of 350 fieldworkers. Data collection was strictly supervised at multiple levels with direct field back-check reaching up to 47% of the cases. Field quality control techniques included: field accompaniment, face-face visits and telephone back-check. Moreover, 100% of the completed interviews were fully edited with a re-editing rate of 20%. Data was entered using different softwares and extensive cleaning checks were implemented by both the Harvard Coordinating Center and IDRAC's team.

- Research Instrument

The L.E.B.A.N.O.N. Study used the WMH-CIDI (Composite International Diagnostic Interview), a fully structured diagnostic interview, to assess disorders and treatment. The WMH-CIDI was adapted to Arabic following a rigorous translation protocol. The WMH-CIDI assesses disorders based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) and the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10).

The wide spectrum of disorders and diseases assessed include:

Anxiety Disorders: Generalized Anxiety Disorder, Specific Phobia, Social Phobia, Agoraphobia, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, etc…

Mood Disorders: Major Depressive Disorder, Dysthymia and Bipolar Disorders)

Substance Use Disorders: Alcohol, Illicit and licit drugs

Other mental health disorders: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Conduct Disorder, etc…

Other chronic medical conditions: Heart Problems, High Blood Pressure, Diabetes, Cancer, etc…

Moreover, extensive information covering service utilization (consultations, hospitalization,..) and medication intake, economic status (income, employment,…), social network, marital life, childhood experiences, war exposure, religious commitment, etc.… have been collected.

Couples Sub-sample

A sub-sample of couples was selected to participate in an extensive evaluation of marital experiences including: disagreement due to handling family finances, matters of recreation, friends, philosophy of life, making major decisions etc…, involvement in decision making, exposure to domestic violence, etc…

WMH Workgroups

Each year all international collaborators in the WMH consortium meet to discuss issues related to analysis and article writing. In this context, work groups with members from different countries have been created to discuss issues related specifically to drug abuse, suicide, ADHD, assortative mating, gender differences methodological aspects, government reports, and childhood adversities, with the latter being chaired by the Lebanese principal investigator.

Funding

The LE.B.A.N.O.N-WMH survey is being mainly funded by IDRAC with partial support from the Lebanese Ministry of Public Health and other international and regional institutions.

DETAILED INFORMATION ABOUT THE DIFFERENT SECTIONS HIGHLIGHTED ABOVE WILL BE POSTED SOON

Contact MIND:
Beirut Lebanon
Fax : 961 1 587 190
Tel : 961 1 449 499 / 961 1 748 000
E-mail : mind@dm.net.lb

Contact Person: Mounir Chamoun
E-mail: mounir.chamoun@usj.edu.lb

ArabPsyNet Associations Guide - English Edition

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

دليل الجمعيات النفسية العربية – الإصدار العربي

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

The World Mental Health Composite International Diagnostiq Interview

http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcidi/

IDRAC
Institute for Development Research & Applied Care

www.idrac.org.lb

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 2 – العدد 7 - 2005

Download All N° 7 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=7

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 2 – العدد 6 - 2005

Download All N° 6 eJournal

http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=6

Le Forum Bipolaire Tunisien

Association Tunisienne de Recherche sur la Bipolarité

Les Rencontres Bipolaires Internationales

Le 11 février 2006 - Tunis,TUNISIE

المنتدى التونسي للاضطراب الثناقطبي

الجمعية التونسية للبحث في المرض الوجداني الثناقطبي

الملتقى الدولي للإضطراب الثناقطبي

11 فيفري 2006 - تونس، تونس

Chers collègues

J'ai le plaisir de vous annoncer la naissance du **Forum Bipolaire Tunisien** [Association Tunisienne de Recherche sur la Bipolarité] qui vient tout juste d'obtenir son visa légal

Les objectifs de l'association sont de

1- Rassembler, partager et diffuser les données et les connaissances sur le trouble bipolaire (bases de données, bibliothèque, revues, Internet etc.).

2- Concevoir, encadrer voire conduire des enquêtes épidémiologiques et/ou cliniques sur le trouble bipolaire.

3- Etudier les spécificités ethniques et culturelles du trouble bipolaire.

4- Favoriser l'éducation sur la maladie bipolaire.

5- Participer à l'effort international de recherche sur le trouble bipolaire.

Membres du bureau fondateur

- Président : Dr. Saïda DOUKI
- Vice Président : Dr. Taïeb GHODBANE
  Dr. Radhouane FAKHFAKH
- Secrétaire général : Dr. Adel OMRANI
- Secrétaire général Adjoint : Dr. Sara BEN ZINEB
- Trésorier : Dr. Fethi NACEF
- Trésorier Adjoint : Dr. Mohamed Néjib MEZGHANI
- Membre : Dr. Samir Ayadi
  Dr. Jamel SALHI
  Dr. Anwar MECHRI
  Dr. Thouraya BENABLA
  Dr. Noureddine AYADI
  Dr. Sami OTHMAN
  Dr. Jawaher MASMOUDI

Les Rencontres Bipolaires Internationales

Pour le lancement de ses activités, le Forum Bipolaire Tunisien organise le 11 février 2006 une Rencontre Internationale Bipolaire avec la contribution des Pr Jules ANGST, Athanase KOUKOPOULOS et Giulio PERUGI ainsi que celle de nombreux participants tunisiens.

حضرة الزملاء

يشرفني إعلامكم تأسيس "المنتدى التونسي للاضطراب الثناقطبي" تحت اسم "الجمعية التونسية للبحث في الاضطراب الثناقطبي" وذلك بعد حصولها على الترخيص القانوني لمزاولة نشاطها كجمعية علمية مختصة.

أهـداف المنتـدى

تعمل الجمعية من خلال أعضائها لتحقيق الأهداف التالية:

1- جمع وتبادل ونشر المعارف والمعلومات والخبرات حول الاضطراب الوجداني الثناقطبي (كتب، أبحاث، دراسات، منتديات، قواعد بيانات...)

2- التعريف بالاضطراب الثناقطبي في الوسط الطبي ودعم التثقيف الصحي والمساهمة في إجراء دراسات وبائية و/أو سريرية لهذا الاضطراب.

3- دراسة الخصائص الأثنية والثقافية لهذا الاضطراب في البيئة التونسية.

4- تنسيق المشاركة في المجهودات الدولية المهتمة بالبحث في هذا الاضطراب الثناقطبي.

أعضـاء المكتـب التأسيسـي

- الرئيس: د. سعيدة الدوكي
- نائب الرئيس: د. الطيب الغضبان
  د. رضوان الفخفاخ
- كاتب عام: د. عادل العمراني
- كاتب عام مساعد: د. سارة بن زينب
- أمين المال: د. فتحي ناصف
- أمين المال المساعد: د. محمد نجيب المزغني
- الأعضاء: د. سمير العيادي
  د. جمال الدين الصالحي
  د. أنور المشري
  د. ثريا بن عبلة
  د. نور الدين العيادي
  د.سامي عثمان
  د. جواهر المصمودي

الملتقـى الدولـي للاضطـراب الثناقطبـي

تنظم الجمعية التونسية للبحث في المرض الوجداني الثناقطبي يوم 11 فيفري 2006 ملتقى علميا دوليا حول الثناقطبية ليكون بداية انطلاق نشاط المنتدى التونسي للثناقطبية، وذلك بمشاركة أ. د. جول أنقيست، أ. د. أثناز كوكوبولس وأ. جوليو باروجي إضافة إلى عديد المشاركين التونسيين.

بمناسبة إعلان التأسيس يشرفني إعلام الزملاء الراغبين المشاركة في نشاط هذا المنتدى أنه قد تم وضع بطاقة اشتراك على ذمتهم للانتساب إلى الجمعية.

مزيد من المعلومات والإرشادات حول جمعيتنا تصلكم مستقبلا بالبريد الورقي أو الإلكتروني.

الكاتب العام: د. عادل العمراني

الملتقـــى الدولـــي للإضطـــراب الثناقطبـــي

البرنامـج: محاضـرات ومداخـلات

- الدراسات الوبائية الحديثة للاضطراب الثناقطبي وطيف الثناقطبية. أ. د. أنقيست.
- الهوس كاضطراب أولي. أ. د. أثناز كوكوبولس.
- الهوس أحادي القطب. د. سعيدة الدوكي.
- "المزاج الدائري" المفهوم السريري وانعكاساته العلاجية. أ. باروجي
- كشف الاضطراب ث.ق II في حـالات الاكتئـاب والمقاوم للعلاج. أ. هنتوش.
- أهمية دراسة الطباع الوجدانية في الاضطرابات الثناقطبية. د. أنور المشري.
- إ. و. ق وثناقطبية. د. م. شعور.
- "مقالة في المالنخوليا لإسحاق ابن عمران: مقاربة حديثة للاضطراب الثناقطبي في القرن العاشر ميلادي. : د. عادل العمراني.
- الطب الثناقطبي في مجموعة سريرية طبنفس طفلية.

استعـلام

لمزيد الاستعلام الاتصال بالكاتب العام للجمعية د. عادل العمراني على بريده الإلكتروني: omrani.adel@gnet.tn

Je profite aussi de cette occasion pour informer tous les collègues désirant participer aux activités de notre association que des cartes d'adhésion sont déjà à leur disposition.

De plus amples informations vous seront bientôt communiquées par courrier postal et par mail.

Le SG : Dr Adel OMRANI

Les Rencontres Bipolaires Internationales

Le programme: Conférences et communications

- "The contemporary epidemiology of bipolar disorders and the bipolar spectrum". J. Angst.
- "La primauté de la manie". A. Koukopoulos.
- "La manie unipolaire". S. Douki.
- "La cyclothymie: le concept clinique et ses implications thérapeutiques" G. Perugi.
- "Dépistage du trouble BP-II dans les Dépressions Récurrentes et Résistantes" E. Hantouche.
- "Intérêt de l'étude des tempéraments affectifs dans les troubles bipolaires" : A. Mechri.
- "TOC et Bipolarité ". M. Chéour.
- " Le Traité de la mélancolie" d'Ibn Imran : Une approche moderne du trouble bipolaire au Xe siècle? A. Omrani.
- "Le spectre bipolaire en population clinique pédopsychiatrique". A. Bouden.

Informations

De plus amples informations contactez le secrétaire général de l'association Dr. Adel OMRANI : omrani.adel@gnet.tn

انطباعـــــات

Appreciations

أطباء النفسانيون و أساتـذة علـم النفـس

Psychiatrists & Psychologists

د. علـي مهـدي كاظـم / العراق- عمـــان

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد... يسرني أن نبعث لسيادتكم خالص التحية والتقدير، وأن أبارك لكم المسيرة المثمرة للشبكة النفسية العربية، لما حققته من شهرة ونجاح على الصعيدين العربي والعالمي، وهذا لم يتحقق لولا جهدك وعطاءك ومثابرتك، فبارك الله فيك وكثر من أمثالك. هذا ورغبة مني في المشاركة بالمسيرة المميزة، يسرني أن أرسل لكم أحد أبحاثي للنشر، علما انه لم ينشر من قبل ولم يرسل إلى مكان آخر، وتفضلوا بقبول فائق التحية وعظيم التقدير....

أ.د. عبـد الرحمـن ابـراهيـم /: سوريـــا , بيروت – لبنـــان

كلمات تقدير واحترام في حق البروفسور يحيى الرخاوي الرئيس الشرفي لشبكة العلوم النفسية العربية.
البرفسور الدكتور يحيى الرخاوي المحترم، حضرة أستاذ الأجيال المحترم...عندما يسكن الليل ... يسرع الجميع إلى مخادعهم ...أهرب...أهرب إلى كتاباتي... أجوب أزقة الأفكار...ودهاليز الأبحاث والدراسات والذكريات...وأطوف طرقات الخيال ... ويبقى إنتاجك العلمي وجهودك الكبيرة في الزمن العربي الصعب.. أمامي ... فهو ملجأي ومنارتي...فيه... أختبىء ... من نفسي ... فيه... أتلو الاسلام والمسيح...أصلي...صلاتي... حب ... وشوق ... وخشوع ...حينما يخيم الظلام ... أهرب إلى ما توفر لي من كتبك ... وأسكن في عينيها .. حتى لا أضيع ... ولا أفقد الربيع ... تفضل أستاذنا الكبير - ياشيخ شباب أطباء النفس المصريين والعرب وشاب شيوخهم- تقبل أسمى مشاعر التقدير والحب والعرفان والامتنان. ودمتم في حفظ الله ورعايته.

أحمـد بـن عبسـى / السعوديـــــة

موقع رائع جدا ومميز ويحتوي على أعمدة كبيرة جدا من الأسماء البارزة في العلوم النفسية. أدعوا المهتمين بالعلوم النفسية والأجتماعية مراسلتنا على " دليلك " للمواقع النفسية والأجتماعية، الذي يعد أضخم قاعدة بيانات عربية للمواقع النفسية والأجتماعية على الويب، هذا الدليل مرجعية للطلاب الباحثين عن جميع المواقع في دليل واحد، آمل زيارتكم وأرسال مواقعكم الشخصية أو المتخصصة للتعريف بها ضمن روابط الدليل. عنوان الدليل

أ. فـارس كمـال نظمـي / بغـــداد، العـــراق

تحية صادقة ، بعد انقطاع غير مقصود ، إذ تزداد جراحنا فـي العراق عمقاً ونزفاً ، لكننا مصممون على الاحتفاظ بوفائنا الواعي لقدسية الكلمة التـنويرية المثقفة، وهي ساطعة على الدوام في موقعكم لشبكة العلوم النفسية العربية. تفضلوا قبول أطيب تمنياتي بالتقدم المستمر لمنجزكم العلمي الأصيل.

د. مهنـد محمـد عبد الستـار النعيمـي / العـــراق

تحية عطرة... نبارك جهودكم الخيرة في دعم وتطوير النشاط النفسي العربي ونتمنى لكم السداد والتوفيق في عملكم الذي يحضى باهتمام الكثير من الاساتذة والباحثين. أقترح إقامة مؤتمر نفسي عربي يلتقي فيه النفسانيون العرب لتحديد مشكلات العالم العربي والاتفاق على برنامج بحثي موسع لدراسة مختلف المشكلات والظواهر النفسية بغية مناقشتها في مؤتمرات لاحقة وايجاد الحلول المناسبة لها، على أن تكون البحوث ضمن نشاطات شبكة العلوم النفسية العربية ودمتم.

د. رفيـق إبـراهيـم عوض اللـه / بارجـــن، النورفـــاج

أرى في هذا الموقع ضالة المبتغين و رجاء الباحثين، ليس لدي اقتراحات حاليا, قد يأتي ذلك فيما بعد إنشاء الله.

د. داليـا مصطفـى / القاهـــرة، مصـــر

الأستاذ الفاضل، وسط الكثير من العبث والأخبار المحزنة المحيطة بنا من كل جانب، و الإحباطات المتتالية، لا يسعني إلا أن أقدم لكم شكراً من القلب, فإنه ليثلج صدري أن أجد متنفساً وجدانياً وفكرياً في هذه الشبكة المحترمة حقاً والتي أقدّر رؤيتها ومبادراتها أعظم تقدير. شكراً جزيلاً معطّراً بتقديري الكبير لاهتمامكم بإسهامي المتواضع وتشريفي ضم جهودي لأسماء عظيمة وأعلام الطب النفسي وعلم النفس. وشكراً خاصاً لسيادتكم على هذا المجهود النبيل. بارك الله فيكم ولكم. والسلام عليكم ورحمة الله و بركاته.

عبشـان بـن محمـد عبشـان / الريـــاض، السعوديـــة

اشكركم على هذا الموقع المميز و المجهود المبذول من القائمين بالعمل، ارجوا التعاون في نشر الجديد من الدراسات والابحاث العلمية في مختلف فروع علم النفس. كما آمل ان إدراج عديد البرامج التدريبية عبر الشبكة للأخصائيين ونقل حي للمؤتمرات واللقاءات العلمية العربية و العالمية مع توفير التواصل المباشر مع المختصين. أدعوا إلى تأسيس مركز عربي للدراسات والابحاث النفسية، في احدى العواصم العربية وان يكون مقره بيروت او دبي.

جابـــر سعـــيد اللمكـــي / الإمـــارات

تحيـة طيبـة وبعـد ،،،بداية يطيب لى أن أهنئك على الجهود الرائعة الذي بذلت على موقعكم الخاص على شبكة الإنترنيت وقد سرني ما قرأت من مواضيع مختلفة ومهمة لكل أفراد المجتمع فلله درك وسدد الله خطاكم. أتطلع إلى التواصل الدائم معكم وفتح باب التعاون و المشاركة من خلال المواضيع والمقترحات و نتيح لكم الفرصة للتواصل مع القراء من خلال تسليط الضوء باسمكم على كل ما يصلح للنشر ويدخل ضمن اختصاصات مجلة المجهر في العمل الصحفي . والله الموفـق جابر سعيد اللمكي / رئيس مجلس الإدارة، رئيس التحرير مجلة " المجهر "

أ. عقـــل العقـــل / عمـــان، الأردن

سعادة الدكتور العزيز حفظه الله، السلام عليكم و رحمة الله و بركاته و بعد، فإننا نهنئكم بتكريمكم ضمن قائمة المكرمين من الأعلام و العلماء و المبدعين لسنة 2005، من الجمعية الدولية للمترجمين العرب تقديرا لأعمالكم العلمية في تأصيل اللغة العربية و تحديثها على مستوى الاختصاص و لتأسيسكم " المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية ". كما نهنئ أنفسنا بهذه الثقة التي انتم أهل لهل إن شاء الله،و نكن لها كل اعتزاز و تقدير،،، تحية و تهنئة و كل الاحترام.

أ. د.عبد الرحمـن ابـراهيـم – سوريـا / بيـروت - لبنـان

حضرة الزميل المحترم والصديق العزيز، و يعجز ضعفي عن وصفِ ما أكن لكِم ... وأجلُ فيكِم أموراً ... يذهب بريقها البوح بها ... فأنتم تجاوزتم حدوداً كبرى.. وعشعشتِم في مخابىء لا يمكن الوصول اليها ... من الأفاق اللامرئية عبر مدى المجريات التي يحيا فيها من يود الصعود الى الغيوم ... و عانقتم السحاب الأبيض بهدوء و نعومة ... و تسللتم برقةٍ الى غياهب الزوايا الصعبة ... في حاجة الأزمنة المنيعة ... و في وسط الزحام ... تراكمت النجوم ... لتشهد ذاك الذوق الرقيق والتحدي الهائل ... في انتظار الأزل... عبرتم عن كل غير مألوف ... و في الغسق الروحي ... مزقتم الحجب الرمادية الداكنة ... و تطهرون بالنار و النور مجالات الكون الداخلي ...و يعجز العجز ... لكنها ومع تراقص الأشعة و غزل الخيوط اللامرئية آتية من بعيد .. بعيد ... تحدٍ مع الذات ... قافزة عبر الحاجز الكتيم ... محطمة كل الجدران ... لتبق شبكة العلوم النفسية العربية... الى الأمد البعيد .. البعيد ... المخلوق المميز .. باخلاص .. في زمن غريب ... و ملاكاً ...يطوف مشعاً .. بتأمل .. فريد ... تفضل حضرة الزميل المحترم والصديق الغالي تقبل أسمى مشاعر التقدير والحب والعرفان والامتنان. و دمتم في حفظ الله ورعايته .

الجمعيـــة الدوليـــة للمترجميـــن العـــرب

السادة الأطباء و أساتذة علم النفس، حضرة الزميل و الدكتور المحترم، تحية عربية خالصة وبعد، يسر " الجمعية الدولية للمترجمين العرب " إبلاغكـم أنه قد تم اختيار" الدكتور جمـال التركي – تونس " ضمن قائمة المكرمين من الأعلام والعلماء والمبدعين تقديرا لأعماله العلمية في تأصيل اللغة العربية وتحديثها على مستوى الاختصاص ولتأسيسه "المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية". وذلك احتفاء بـ" الذكرى السنوية الثانية" للانطلاقة الميمونة للجمعية. ونحن إذ نهنئكم بتكريم المبدعين للمبدعين، فإننا نهنئ أنفسنا بهذه الطاقات العربية الفذة التي نكن لها كل اعتزاز وتقدير،،، تحية وتهنئة وكل الاحترام.

د. لطفـي الشربينـي / الإسكندريـة، مصـر

سعادة الأخ الأستاذ الدكتور، خالص تحياتي و تمنياتي الطيبة لكم من الإسكندرية. لقد سرني و أسعدني تكريمكم و إني أرى فيه تكريما لنا جميعا في اختصاصات علم النفس والطب النفسي و أرى أنكم بما تبذلون من جهد خلاق يشهد به الجميع أهل لهذا التكريم و أتمنى لكم دوام التقدم والتوفيق و ألف مبروك و السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

أ. د. محمـد أديب العسالـي / دمشـــق، سوريـــا

الأخ جمال المحترم، تحية طيبة و ألف مبروك تكريمك من طرف " الجمعية الدولية للمترجمين العرب ". لا أشك أنك ممن يستحقون هذا التكريم لجهودك المميزة في نشر الثقافة النفسية العربية و منها للأعلى كما نقول في دمشق.

د. سليمـان جارالـلـه / الجـــزائر

الأستاذ المحترم والزميل العزيز، يشرفنا مثل هذا المجهود العظيم من أجل النهوض بالعلوم النفسية في العالم العربي. و أهنئكم بالتكريم الذي حضيتم به من طرف الجمعية الدولية للمترجمين العربية ضمن < الأعلام والعلماء> http://www.arabicwata.org/Arabic/Honoring/2006/Pioneer_Members/index.html و قد قمت باقتراح سيادتكم ضمن العلماء العرب الذين يجب تكريمهم. بالتوفيق ومزيدا من النجاح ،تقبلوا مني فائق الشكر والإحترام.

د. عبـد الرحمـن ابـراهيـم / بيـروت، لبنـان

حضرة الاستاذ الدكتور جمال التركي المحترم، تحية وبعد.../ الخلاص ... شفاء ... / الخلاص ... طريق الطهارة الى الخلود ... و منارة الهداية في موانىء السفن ... وعنوان الصدق والعفوية و البراءة .../ الخلاص ... قلب المحبة ... والمحبة قلب الله ... في الأبدية .../ الخلاص ... درب شاقٌ طويل ... لكنه آمن .. هادىء .. بسيط .../ فلنغسل البراقع من البقع السوداء ... لتعود ناصعة البياض .../ ولنغربل الأدمغة من العاهات المستديمة ... والحالات العالقة .../ ولنصوّل حبات اليقين من الأحاديث و المواقف ... و لنجمع حبيبات الأعمال ... من بيادر الأكف والصدور .../ ولنضعها في صومعة الربيع والخريف ... نتكىء عليها هادئي العقل والضمير .. فبها تستقيم التضاريس المعوجة .../ الخلاص ... هو أسلحة النور تُقذفُ به حلكات الفسق والفجور .../ هو وقفة صدقٍ مجرد ... في وجه الشمس ... تمتد عبر الشواطىء المتلاطمة آثاماً ... شامخة في

وجه الحياة .../ الخلاص ... هو تحويل ادغال العهرة .. الى مغارة المسيح .../ الخلاص ... شفاء مطلق .../ باختصار .../ للخلاص .. وشبكتكم بداية الطريق اليه . مع فائق محبتي وتقديري. ودمتم برعاية الله

ا.د. عبدالرحمن ابراهيم/ سوريا - بيروت، لبنان

أود تهنئتكم على الجهود المستمرة، مع صادق أمنياتي بالتوفيق، فليس المطلوب هو الكمال انما السعي اليه في كل شيء، فلا مستحيل تحت الشمس. أقترح المحاولة لايجاد "مدرسة نفسية عربية" و"جدول تشخيص وعلاج عربي للاضطرابات النفسية والعقلية".

د. نبيل بشناق / برلين، ألمانيا -فلسطين

كل عام و أنت و الزملاء بخير. آملين لكم استمرار النجاح والتوفيق في عملكم وجهدكم المميز. د. نبيل بشناق / مؤسسة ابن رشد للفكر الحر / www.ibn-rushd.org

هاني محمود عبدالسلام بلتاجي / مصر

تحياتى للعاملين على هذا الموقع، غالبا لا تفى الكلمات للتعبير ولا أملك الا أن أدعو الله أن يوفقكم لما فيه الخير والرشاد. ارجو مساعدتى فى اختيار موضوع للبحث فى الصحة النفسية يتعلق بـ "ادارة الأزمات وفاعلية الذات" و ذلك لتقديم اطروحة، فانا أميل الى هذا الموضوع لأهميتة فى زمن ملىء بالأزمات وهو مطروح بالفسم للعمل. جزاكم الله خير الجزاء .

أ. د. نزار عيون السود / دمشق، سوريا

الأستاذ الدكتور و الزميل العزيز ... السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، اعرب لكم عن جزيل شكري وامتناني لكم و تقديري الكبير لجهودكم الجبارة في تطوير العلوم النفسية العربية مع تمنياتي لكم باستمرار النجاح وخدمة الوطن العربي والعلوم النفسية العربية

أ. حسام عبد اللطيف / مصر , الكويت

شكرا على المجهود المبذول من السادة القائمين بالعمل، ارجوا التعاون في نشر الجديد من الدراسات و الايحاث العلمية في مختلف فروع علم النفس.

حنان عبادي الدروقي /بنغازي، ليبيا

السلام عليكم، تحياتي لكم جميعا. منتدي رائع جدا جدا، وفقكم الله لما فيه الخير والصلاح. اعلمكم أني بحاجه لمن يرشدني في ايجاد موضوع له علاقه بمجال تخصصي الإرشاد النفسي. لكم مني كل التقدير والامتنان.

أ.د. عبدالرحمن ابراهيم / بيروت، لبنان

بسم الله الرحمن الرحيم، الزميل الاستاذ الدكتور ...تحية وبعد، أشكرك جزيل الشكر على اهتمامكم... استطعتم أن تكونوا قنديلاً يقاوم أمواج الظلمة ويمزق وشاح العتمة ليؤنس وحدة القلوب الشغوفة والعقول المتعطشة للعلم والمعرفة النفسية في عالمنا العربي

تومي طيب / المسيلة، الجزائر

جزاكم الله عنا كل خير ودمتم لنا يدا مساعدة، اقترح على مشارفكم ان تبدو لنا قليلا من الاهتمام بهدا التخصص ودلك بتزويدنا باكبر عدد ممكن من المفاهيم المختلفة واهم النظريات التي تناولته مع افادتنا ما تعلموه انتم . تومي طيب - المسيلة، الجزائر / تربية علاجية

عبد الرحيم سولامي / الرباط، المغرب

في الحقيقة موقع رائع وأتمنى له الدوام، يجب العمل على أن يحضى علم النفس في المغرب خاصة والوطن العربي عامة بالاهتمام والرعاية لأنه علم المستقبل. عبد الرحيم سولامي

د. محمد الحارثي / السعودية ، السويد

حضرة ألأستاذ الدكتور الكريم، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته. خالص التحية وموفور الاحترام لكم شخصيا ولجميع أعضاء شبكتكم الموقرة من أساتذة وأطباء فضلاء.

Dr. Mamdouh ELADL / UK – EGYPT

Thanks very much for your warm welcome. We aim to work together for the best of our patients, profession & definitely our nation. I am very pleased & encouraged with your very positive attitude & would like to extend my hand on behalf of BAPA (British Arab Psychiatric Association) executive committee & all BAPA members to you & all in the Arabpsynet .Kind regards.

Dr. Tarik AL-KUBAISY / UK, IRAQ

Congratulations and you deserve it. Wish the entire best and looking forward to hear more good news about your excellent and innovative work .Best regard.

Numan M. Gharaibeh, MD / JORDAN , USA

I am confident that your pioneering work will bring respectability to Arab psychiatry and allied sciences worldwide.My dream is having a MEDLINE Arab publication in Psychiatry one day. May be one day the "APN e.Journal" and the "Arab Journal of Psychiatry" will join forces to become the first MEDLINE triumph for Arab Psychiatry. Best regards .

Mr. Salem Eid Suliman AL ARJANI / GAZA, PALESTINE

I hope to be a member of your network. I suggest distributing my research or the abstract of my thesis: " coping strategies of truamatized martyr's children in palestine: Gaza strip".

Mrs. Hanan ALSHEIKY / Cairo; EGYPT

Dear Professor, thank you so much for this useful information about the APN site. I think it is very good idea and has many useful articles and most of our famous professors in Arabic country. Thanks

Mr. Mohamed SAYED, PhD / Abu Dhabi, United Arab Emirates

Thank You so very much Dr. jamal, I do appreciate you professionalism. Walakum sadiq mawadati wa ihtrami

Mr. Saleh TARISH / Manama; BAHRAIN

Great Job, God bless you all. I would like to be in touch with you personaly if possible.

Mrs. Héla MTIBAA - TUNISIA / Paris; FRANCE

Votre site est très intéressant. Je ne savais pas qu'il existait mais c'est vraiment très bien... A bientôt.

Dr. Bernard AURIOL, MD /Toulouse; FRANCE

Chers collègues, bravo pour votre site plein de ressources. je suis parvenu sur votre site par une recherche de mot qui m'a conduit sur votre dictionnaire, et de là sur l'ensemble du site. Je serais très honoré si vous décidiez de compter mon propre site (http://auriol.free.fr) parmi les liens externes que vous proposez. Il ne comporte que quelques pages en arabe ou en anglais, (l'essentiel est francophone). J'espère pourtant qu'il vous paraîtra digne d'intérêt. J'aimerais aussi recevoir votre News Letter. Bien cordialement.

Pr. Saïda DOUKI / Tunis; TUNISIA

Congratulations again for the great job you are doing. Best regards .

Dr. Sofiane ZRIBI / Tunis ; TUNISIE

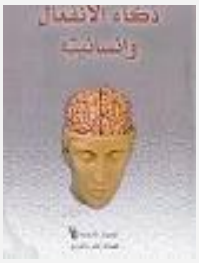
Cher Jamel, Il est comme on dit un proverbe, nul n'est prophète chez soi ,tu fais un travail formidable, tu arabises la psychiatrie et tu crois fort aux possibilités de la langue arabe et à notre capacité de relever le défi de la civilisation. Ce qui est remarquable, c'est que tu fais seul ce travail sans aide ni soutien dans l'adversité et parfois l'incompréhension de tes confrères Tunisiens. Cette distinction tu la mérites à plus d'un titre et je sais ce que tu sacrifies comme temps comme argent et ce qu'il t'en coûte de devoir parfois choisir entre le cabinet et le site Web, entre ta famille et le site Web. C'est le prix à payer pour toute passion. Je ne partage pas beaucoup de tes convictions sur l'intérêt qu'il ya à aller vers le Machrek, peut être tu me prouveras un jour que me suis trompé, mais je respecte énormément le travail que tu fais et l'homme que t'es devenu. Mille félicitations, Bonne année 2006 mon frère et Bonne continuation.

Dr. Afef KARAOUD CHARRAD / Tunis; TUNISIE

Cher confrère ! félicitations ! on doit comme dans le temps des abbassides vous donner votre poids en or pour toute traduction d'un livre à la langue arabe. bonne continuation et bravo !

صدر حديثا

ذكاء الانفعال و إنسانيته



د. فاروق سعدي مجذوب – لبنان

نحو سيكولوجية عربية

أ.د. محمد أحمد النابلسي – لبنان

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

Journal of psychiatry & Clinical Psycology

(Is a quarterly bilingual publication (Persian and English Languages) published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences)

Part I

Site Adderess: www.tehranpi.org
E-mail: andisheh@tehranpi.org

Vol.10 No.3, Winter 2005

Addiction & Opioid Dependence

Baclofen in Maintenance Treatment of Opioid Dependence: A Randomized Double-Blind Clinical Trial with Placebo-Controlled

Authors : R. Rad Goodarzi, M.D. , S.M. Assadi, M.D. , A. Ahmadi Abhari, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute,Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was aimed to evaluate the efficacy of baclofen in keeping opioid depen-dents in maintenance treatment and in reduction of their opioid use. It also assessed its superiority over placebo. Method: In this double blind experimental study, 40 patients with the diagnosis of opioid depen-dence (DSM- IV based criteria) were inserted randomly in two groups following the detoxification phase. In one group, 20 patients took baclofen (60 mg daily in three divided doses) and in the other one, 20 patients took placebo for a total of 12 weeks. The primary measuring factors included reten- tion of patients in maintenance treatment and positive urine analysis. The project's data were analy- zed via statistical Mann-Whitney and chi-square tests. Findings: The retention of patients in treatment was significantly more in baclofen group than the placebo group. baclofen group patients exhibited less opioid withdrawal and depressive symptoms than the placebo group. There were no significant differences between the two groups in terms of the rate of positive urine analysis, intensity of craving for opioid use, medication side effects, and the average days of opioid and alcohol consumption during treatment. Results: baclofen is considerably superior to placebo in keeping the patients in treatment and also in reduction of opioid withdrawal and depressive symptoms.

Addiction, Buprenorphine & Opium Detoxification

High Doses of Buprenorphine in One-day Opium Detoxification: Clinical Trial

Authors : M. Hafezi, M.D. , S. M. Asaadi, M.D. , O. M. Razzaghi, M.D. , A. Mokri, M. D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute,Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The efficacy of high doses of buprenorphine prescription in one day was compared with the usual method. Method: In a double-blind trial, 40 patients with the diagnosis of opioid dependence (based on DSM- IV criteria) were randomly assigned into two groups. 20 patients received 12 mg of buprenorphine intramuscularly in divided doses during one day long; 20 other patients were administered the usual decreasing doses of buprenorphine over five days. The followings were evaluated: success rate in detoxification, treatment retention in days, intensity of subjective withdrawal symptoms, intensity of objective withdrawal symptoms, level of drug craving, level of adjuvant drug use, drug side-effects, rate of positive urine tests for opioids, and levels of hepatic enzymes. Data were analyzed via statis- tical □2, t, Mann-Whitney, and Fisher tests. Findings: There was no significant difference between the two groups across most variables. The only difference observed was when the most withdrawal symptoms were evident, which was in the initial part of detoxification for the one-day treatment group and also at the end of the period for the five-days treatment group. Results: To shorten the detoxification period, the one-day and high doses of buprenorphine treatment can be beneficial even though further evaluations with a larger sample may be required. However, the use of injectable buprenorphine is not recommended in routine clinical practice, because of its possible abuse and serious side effects.

Addiction, Clonidine & Opium Dependent

Rapid and Clonidine Detoxification in Opium Dependent Patients

Authors : M.M. Badiei, M.D. , M. Eftekhar, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute,Iran University of Medical Sciences.)

Summary: This project was conducted to compare two programs of treatment, the rapid (naltrexone/ clonidine) and the conventional (clonidine) detoxification. Method: 54 opioid dependent patients referred to the clinic of Iran Educational Psychiatric Center participated in the study; they were randomly placed in two groups. 28 patients in group A (naltrexone/ clonidine) and 26 patients in group B (clonidine) were studied. Data were collected via clinical in- terview based on DSM-IV criteria and a questionnaire appraising demographic in- formation and drug use patterns. For statistical evaluations, descriptive tests, t-test, and □2 were used. Findings: Both groups were similar in terms of demographic information, pattern of drug use, and the rate of attrition in the one-month follow up. The severity of withdrawal symptoms was the same in the two groups and assessed generally at the moderate level. There was no difference in the rate of treatment completion between the two groups (94% for group A and 96% for group B). However, the length of hospitalization was significantly lower in group A than group B (five days. vs. nine days). There were no major side effects observed in the two groups. There were no significant differ-ences in terms of maintaining in treatment and rate of relapse in the one month follow up. Relapse rates were 50% and 46% respectively in groups A and B. Results: As an

effective method, rapid detoxification with naltrexone combined with clonidine is recommended considering its moderate severity of withdrawal symptoms, short period of detoxi-fication, lack of severe adverse effects, as well as the possibility of rapid commencement of treat-ment with naltrexone for maintenance treatment.

Addiction, Opium Dependent & Opioid Antagonist

Rapid Detoxification of Opium Dependent Patients via Opioid Antagonist

Authors : M. Eftekhar,M.D. , A. Taghva, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute,Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was conducted to assess the feasibility and outcome of rapid detoxification method. Method: 41 opium dependent patients (37 males, 4 females) with mean age of 29.1 years (17-44) who had been consecutive admitted to Iran Psychiatric Center during one year period were detoxified with subcutaneous naloxone (11 patients) or oral naltrexone (30 patients). Finally the detoxification was completed with the consumption of 50 mg of oral naltrexone. Findings: The required time for this method of detoxification was less than 72 hours. Except for two cases, all patients completed the treatment (95%).Among all serious side effects,delirium was seen in two subjects (5%). Results: The advantageous of this method of detoxification included little side effects, short period of treatment, significant efficacy, lower cost, and feasibility to provide the treatment to larger group of patients. Therefore, controlled study to replicate these findings is suggested.

Addiction, Naltrexone & Maintenance Treatment

Naltrexone Maintenance Treatment of Opium Dependents and its Relation with Demographics and Psychological Factors

Authors : A.Ghaffari Nejad, M.D. , H. Ziaadini, M.D. , A. Shahsavari Pour, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute,Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was conducted to appraise the role of naltrexone drug and its relation with the demographics and psychological factors in relapse prevention of opium addicts post the detoxi- fication phase. Method: In this cross-sectional study, 107 male opium dependents who had received detoxifica-tion treatment at the dual diagnosis ward of Shahid Beheshti Hospital of Kerman were educated about naltrexone maintenance treatment. The continuum of naltrexone consumption by the subjects was followed up via telephone contacts one month and once again in three months after hospital discharge. Subjects' demographic factors were evaluated by way of a demographic questionnaire and their psychological features were assessed by SCL-90-R questionnaire before the appearance of withdrawal symptoms. Findings: The mean age of subjects was 33.75 ± 7.86 years. There was a positive correlation bet-ween patients' level of education and the length of time subjects remained on naltrexone drug. 27.1% of subjects consumed the drug for less than a month; 59.8% took it for one month, and 13.1% used it for three months. The first group scored significantly higher across all scales of SCL-90-R than the other two groups. Results: Prescription of naltrexone is more beneficial for educated patients.Pharmacotherapy coupled with non-medicinal treatment may lengthen naltrexone maintenance treatment.

Addiction, Opioid & Hospitalized Patients

Opioid Use in Hospitalized Patients of Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital

Authors : Sh. Nohesara, M.D. , M. Nasr Esfahani, M.D. , A. Afkham Ebrahimi, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project evaluated the prevalence of opioid use in hospitalized patients of a general hospital in Iran. Method: In this cross-sectional study, 494 patients hospitalized at 12 wards of Rasoul-e-Akram Hospital were evaluated. They were selected through convenient sampling method. The pediatric, emergency, ICU, and CCU wards were excluded from this study. The instrument for collection of data was a researcher-constructed questionnaire. Data were analyzed via descriptive- statistical methods and □2. Findings: The lifetime prevalence of opium use was 11.7% (10.9% male; 0.8% female) and the pre- valence of current opium use was 7.1%. The highest frequency of opioid use was observed in the patients in neurosurgery ward (23.8%), in the age group of 30 to 44 years old range (13.7%), and with high school education (14.8%). 12.1% married, 10.8% single, and 7.7% divorced patients reported to have used opioid. The most common pattern of opioid use was daily (48.3%) and the most common method of use was through inhalation (63. 8%). Results: Opioid use is pervasive in hospitalized patients at the general hospital; further research is indispensable in this regard.

Addiction, Psychotism & Cannabis Users

Psychoticism in Cannabis Users

Authors : A. Afkham Ebrahimi, M.A. , M. Eftekhar, M.D. , A. Vahdat, M.D

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to assess the frequency and intensity of psychoticism or psychotic liability in cannabis users. Method: 100 hashish consumers (98 males, 2 females) were selected via convenient sampling me- thod as the subjects of the study. They completed Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) which measures the psychotic dimension in addition to neuroticism and extraversion. Some information on demographic characteristics such as age of the subjects, their pattern of consumption, and use of other substances were collected. Data were analyzed and presented by means of descriptive-statistical methods. Findings: This study indicated the considerable psychoticism in 50% of the sample.The obtained mean score of psychoticism in this project was higher than the score, which Eysenck had reported for the Iranian population. Results: Regarding the obtained data on cannabis use and psychoticism, it seems that cannabis may have adverse psychological effects on heavy users and can be considered as a risk factor for psychosis.

Addiction, Substance Abusers & Parental Discipline

The Perceptions of Substance Abusers Regarding their Parental Discipline

Authors : M.A. Goodarzi, Ph.D., M. Zarnaghash,B.A., M. Zarnaghash,B.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to compare the perceptions of cigarettes, opium, and heroin abusers with those of non- abusers regarding their parental discipline. Method: In this project, via Family Environmental Questionnaire (FEQ) the perceptions of four groups, each comprised of 30 subjects (substance abusers of cigarettes, opium, heroin, and non- abusers) about their parental discipline were evaluated by a retrospective and comparative method. Findings: In regards to their parental discipline, all three substance abuser groups as compared to the non- abusers rated higher on the subscales of "Aggression and Hostility" and "Rejection", yet rated lower on the subscales of "Expression of love" and "Take the participation of their child in life". The opium and heroin abusers rated their parents lower on the subscale of “Emotional support” and higher on the subscale of “Ignoring of the child” in comparison with the non- abuser subjects. The heroin abusers assigned lower scores to their parents on the subscale of “Moderate discipline” than the other groups. Moreover, the prevailing pattern of discipline in the families of opium and heroin abusers is that of hostility and controlling. Results: There is a correlation between parental disciplinary method and substance abuse in children.

Addiction & Adolescents

Adolescents' Perspectives on Addiction: A Qualitative Study

Authors : S. Parvizi, Ph.D. , F. Ahmadi, Ph.D., A.R. Nikbakht Nasrabadi, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this qualitative project was to ascertain the adolescents' perspectives re-garding health and addiction. Method: 41 adolescents from Tehran (22 males, 19 females) between 11 and 19 years of age were evaluated by way of open and semi-structured interviews. These subjects were selected by sampl-ing based on the project objectives. The interviews with the subjects were tape-recorded, then trans-cribed, and finally content analyzed. Findings: 87% of subjects under the study claimed friendships and connections with cohorts and 15% declared family as the reasons for the prevalence of addiction. Other reasons of the adole-scents were being relieved of problems and being carefree, feeling superior and powerful, compensat- ing for social restrictions, unemployment and lack of recreations, oppositional tendencies, and curiosity. Results: Considering adolescents as builders of the future and also pervasiveness of addiction problem, attaining information is indispensable regarding the perspectives of this vulnerable group vis-à-vis the relation between the concept of health with addiction. This can be useful in cultural, health, and social program planning as well as need and priority assessments.

Addiction & Substance Abusers

Relation between Communication Skills and Coping Mechanisms in Substance Abusers at Tehran Therapeutic Community Center

Authors : M. Foadodini, M.S., A. Mokri, M.D., N. Shafaroodi, M.S.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was conducted to appraise the communication and coping skills of sub-stance abusers residing at a therapeutic community center. It also evaluated the relation between the scores of communication skills and coping strategies. Method: 25 male substance abusers residing at a therapeutic community center in Tehran partici-pated in this descriptive-analytical study. These detoxified subjects were evaluated by two means, Coping Strategies Checklist consisting of problem-focused, emotion- focused, and low effective and uneffective copings; the second mean was Assessment of Communication and Interactional Skills, an observational test composed of three sections of physical aspects, information exchange, and relationships. Data were analyzed by Pearson correlation coefficient. Findings: The mean score of problem-focused coping strategy was higher than emotion-focused, and lower effective and uneffective coping scores. The mean score of communication skills was quite high. No significant relation was found between various sections of communication skills and coping strategies. Results: The addicts' communication skills are at an acceptable and appropriate level. Although this group is not a complete representative of substance abusers population, they do not seem to have significant difficulties in terms of communication skills. This is an important matter in planning the content of life skills training, and for this group, it is better to utilize more suitable methods to improve their coping strategies.

Vol.10 No.1&2, Summer & fall. 2004

OCD, Sodium Valproate & Fluoxetine

Sodium Valproate: An Adjuvant treatment in Obsessive-Compulsive Disorder

Authors : H. Aminni, M.D. , A. Farhoodian, M.D. , M. Sadeghi, M.D., M.A. Savari, M.D. , S. Akhundzadeh, M.D. , V. Sharifi, M.D

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was conducted to evaluate the efficacy of sodium valproate as an adjuvant treatment in patients afflicted with obsessive-compulsive disorder. Method: 42 patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder participated in an eight week- long double blind study. The subjects were placed in two groups,one taking fluoxetine along with sodium valproate and the other group taking fluoxetine with placebo.The efficacy of this adjuvant was assessed by Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Beck Depression Inventory. Data were analyzed by t-test, Mann-Whitney, and analysis of variance with repeated measures. Findings: 12 patients from the sodium valproate group and 11

patients from the placebo group com- pleted the project.This evaluation illustrated that efficacy of sodium valproate did not cause significant difference between two groups. Headache, anxiety, and insomnia were observed more commonly in the placebo group; the rate of tremor was higher in the sodium valproate group. Results: Sodium valproate as an adjuvant treatment in patients with obsessive-compulsive disorder does not bind added efficacy in an eight weeklong treatment period.

Psychiatric Disorders & Comorbidity

Comorbidity of Psychiatric Disorders in Psychiatric Outpatient Clinic

Authors : M.Eftekhar,M.D., M.Dadfar,M.A., E.Karimi, Kaisami,B.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was conducted to appraise the comorbidity of psychiatric disorders in a psychiatric outpatient clinic. Method: This was a descriptive-retrospective study. Out of 4000 patients of Tehran Psychiatric Institute's Clinic during the years of 1996-2000, a total of 648 cases diagnosed based on DSM-IV criteria were selected systematic randomly. The cases were further evaluated via a demographic questionnaire. Data were analyzed by descriptive-statistical methods. Findings: 35.6% of patients had the comorbidity of psychiatric disorders.The diagnoses of simultaneous disorders on axis I, according to diagnostic categories, included mood and anxiety disorders (34.6%) and mood and substance-related disorders (6.9%). The comorbidities according to disorders within each of diagnostic categories included major depressive and obsessive-compulsive disorders (16.0%), major depressive and dysthymic disorders (7.8%), dysthymic and obsessive-compulsive disorders (5.6%), and finally obsessive-compulsive disorder and social phobia (3.9%). The diagnosis of simultaneous disorders on axis II, according to clusters A, B, and C, included A and C (0.4%). The particular comorbidities according to disorders within each of the clusters A, B, or C included histrionic with borderline (0.9%) and paranoid with obsessive-compulsive (0.4%). The simultaneous diagnoses on axis I and II included mood disorders with personality disorders in general (7.8%) and mood disorders with cluster B of personality disorders in particular (14.7%), anxiety disorder with personality disorders in general (12.6%) and anxiety disorder with cluster C of personality disorders in particular (8.7%),major depressive disorder with cluster B of personality disorders (4.3%), and finally obsessive-compulsive disorder with cluster C of personality disorders (3.9%). Result: The level of comorbidity detected in this project is less than other studies.

Comorbidity, GTS & OCD

Comorbidity of Tourette's and Obsessive-Compulsive Disorders

Authors : J. Alaghband-rad, M.D. , M. Haji Azim, M.D., M. Hakim shooshtary, M.D., Z. Shahrivar, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was conducted to evaluate the rate of comorbidity of Tourette's disorder with obsessive-compulsive disorder (OCD). Method: All of the patients diagnosed with Tourette's disorder, a total of 20 cases that had been referred to Child Psychiatric Ward of Roozbeh Hospital since its inception were evaluated. They were compared with 20 patients afflicted with attention-deficit hyperactivity disorder, and 20 OCD patients. Data was collected via Yale Tic Severity Scale and analyzed by descriptive statistical methods, Fisher's LSD, and □2 statistical test. Findings: The mean age of onset of Tourette's disorder was 8.5 years (SD: 0.65) whereas the onset of OCD was 14.5 years (SD: 0.7). The ratio of male to female in Tourette's disorder was four to one and in OCD, it was two to one. The level of correlation between these two disorders was statistically significant. There was not a significant level of correlation obtained for the presence of comorbidity of Tourette's and OCD disorders in the immediate family members of the patients. Results: The level of comorbidity of OCD in children afflicted with Tourette's disorder is remarkable.

Bibliometric Study & Scientific Mental Health Journals-

A Bibliometric Study of Scientific Mental Health Journals

Authors : A.Rahimi Movaghar, M.D. , A.A. Nejatisafa, M.D. , M. R. Mohammadi, M.D. , E. Sahimi Izadian, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to appraise the scientific mental health journals publish-ed in Iran and also to present a general profile of their characteristics. Method: The journals evaluated in the study were published from 1990 to 2003. The scientific journals in the domain of mental health published in Iran and circulated until the implementation of this study were identified by library references, data banks, internet sites, and the editorial offices of the publications. The variables in the study were divided into three main groups: publication characteristics of the journals, distinctiveness of journals' license holders and personnel, and finally specificities of journals' contents. Findings: 23 out of 800 evaluated journals met the inclusionary criteria for this project. Less than 1/3 of the journals possess the official academic ranking of Publication Commission granted by Ministry of Science, Research, and Technology or Ministry of Health, Treatment, and Medical Education. None of these periodicals are indexed in any of the credible information banks. Nine journals did not have International Standard Serial Number (ISSN) and five journals had no English abstracts. Eleven journals were published by universities; five were published by governmental organizations and seven were funded by private organizations or scientific societies. During the study period, 1008 research articles were published in the journals. The average number of articles binded in each issue was 2.70 (□1.2).The average number of articles in journals with official academic ranking certificate was higher than the journals without the certificate. Results: There seems to be a relatively adequate number and variety of scientific mental health journals in the country, but too few articles are printed in them. For further progress in the upcoming years, the followings are suggested: quality improvement of the journals, more publication of indigenous research articles.

OCD, BDI & SCZ

Obsessive-Compulsive Disorder in Patients with Bipolar I Disorder and Schizophrenia

Authors : A. Maroufi, M.D. , S.M. Goraishizadeh, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project evaluated the prevalence of obsessive-compulsive disorder in two disorders of schizophrenia and bipolar I. Method: Using a cross sectional plan, 150 patients were selected from the psychiatric clinic of Tabriz Educational and Treatment Center through available sampling. They were diagnosed with either bipolar or schizophrenia on the basis of DSM-IV criteria. The diagnosis of obsessive-compulsive disorder was assessed via unstructured interview and Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. Findings: 17 out of the 75 bipolar I patients (23%) and 27 out of the patients with schizophrenia (36%) had been afflicted with obsessive-compulsive disorder sometime during their life long. Results: The prevalence of obsessive-compulsive disorder is observed at a considerable rate in patients with schizophrenia and bipolar disorders.

Tehran Psychiatrists & Iranian MH Laws

The Perspectives of Tehran Psychiatrists on Iranian Mental Health Laws

Authors : Z. Yadollahi, M.D. , J. Bolhari, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to appraise the perspectives of Tehran psychiatrists on exist- ing mental health laws. Method: A questionnaire was provided either via mail or in person to 312 psychiatrists working in Tehran; 160 of them responded. Data were analyzed by descriptive-statistical methods. Findings: Data obtained from the age groups of under and over 40 years old as well as male and female groups were studied. 20% of psychiatrists are not aware of the existing laws; over 75% of them have encountered legal difficulties during their profession; more than 70% of them acknow-ledged that the existing laws are insufficient. The research showed that female psychiatrists have faced legal difficulties 12% more than their male counterparts in their profession. 78% of all psy-chiatrists believed that there are not any standards for the protection of mentally ill patients and near 69% alleged that the judicial system has not secured any laws in support of the psychiatrists. 62% of respondents claimed that existing laws regarding hospitalization and discharge of mentally ill patients are inadequate. Results: The laws related to national mental health are deficient in the perspectives of psychiatrists.

Sleep Disorders & Students in Tehran

Epidemiology of Sleep Disorders in Primary School Students in Tehran

Authors : L. Panaghi, M.D. , A. Kafashi, M.D. , M. Seraji, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to evaluate the frequency of sleep disorders in primary school students in the city of Tehran. Method: In a descriptive cross-sectional study, parents of 692 primary school children completed a questionnaire binding child demographics, family structure, and sleep behaviors. Data were analyzed by descriptive statistical methods, t-test, and □2 test. Findings: Sleep disorders were reported in 41.6% of primary school children. The most common disorder reportedly was bedtime resistance (20.7%). The occurrence of bedwetting was the only sleep disorder that was more frequent in boys than girls. Sleep disorder was reported more frequently in children of housewife mothers than working mothers. The frequency of parasomnia was less in children of college-educated fathers. College education of mothers was negatively correlated with frequency of sleep terror disorder and nightmares.Sharing a bed,fear and worry before asleep, and having no specific bedtime were correlated with more sleep disorders. Results: Sleep disorders are prevalent in primary school children in Tehran. The most common disorder was bedtime resistance, which was mostly related with having no specific bedtime.

Attitude, Students & Cigarettes

Attitude Of Kerman Universities Male Students Toward Cigarettes

Authors : F. Gavari, M.A. , S. Mohammad Alizadeh, M.A. , T. Ramezani, M.A. , M. Riani, M.A., M.R. Bahrampour, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: In this descriptive cross-sectional study, the attitude of Kerman universities male students toward cigarettes and its relation to their demographic, social, and family variables were evaluated. Method: 558 male students of Kerman universities were selected through random-cluster samp-ling and 460 of them who responded completely to the questionnaires were evaluated. Data were collected via an researcher-constructed questionnaire and then analyzed by descriptive-statistical methods and Kruskal-Wallis statistical test. Findings: The assessed attitude scores ranged between 29 and 117. The mean scores per attitude statement fluctuated between 0.7 and 1.5. Amongst the 29 attitude statements, the highest mean score (3.43) was related to the statement “Easy access to cigarettes is a reason for smoking”. After that, the following statements placed second and third respectively: “Non-smokers too experience much of harmful consequences of cigarette smoking” (3.41) and "Rather than prohibiting cigarettes, it is better to reduce its harmful effects” (2.65). This appraisal yielded a significant difference bet-ween the respondents in the variables: level of education, purchasing cigarettes for parents, and believing in harmfulness of cigarettes to health. There was not a significant difference observed in the variables: father’s occupation, father’s level of education, mother’s level of education, and mother’s smoking. The variables “friend’s smoking” and “friends encouraging to smoke” too indi- cated significant statistical difference. There was not a significant difference found regarding the place of education (university), age, mother’s occupation, father’s smoking, siblings’ smoking, the number of smoking professors, age and place of smoking the first cigarette, and reasons for smoking. Results: Some of the students’ demographic specifics are related to their attitude toward cigarette smoking.

Preparatory Information & Surgical Operation

Effect of Preparatory Information on General Surgical Operation

Authors : M.A. Besharat, Ph.D. , M. Aghamohammadbeigi Emami, M.A. , R. Kormi Nouri, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to evaluate the effect of preparatory information on anxi-ety and physical recovery of patients undergoing hernia, hemorrhoid, and cholecystectomy surgical operations. Method: 180 patients in the study, scheduled for surgery were randomly allocated to experimental (n=86) and control (n=94) groups. All patients completed Spielberger State-Trait Anxiety Ques-tionnaire in two sessions, once the day before and then again one hour before the operation.Infor- mation through education in written and oral forms was provided regarding surgical operation and usual nursing practices only for the experimental group. Data were analyzed by statistical t-test and analysis of variance. Findings: This evaluation indicated that provision of information for the experimental group re-duced patients' level of state anxiety, improved the rate of recovery process, and decreased the amount of pain and use of sedatives. Giving information reduced not only the patients' anxiety, but also lowered physiological indications such as systolic and diastolic blood pressure and heart rate. Results: Information reduces anxiety, enhances predictability, and along with increase in patients' "responsibility", it accelerated the rate of physical recovery.

Mothers, Mental health & Children

Mental Health of Mothers with Children Afflicted with Psychiatric Disorders Comparison with Control Group

Authors : M.Salehi, M.D. , M.H. Salarifar, M.A. , M. Hadian, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: In this project, the mental health status of mothers with children afflicted with psychiatric disorders was compared with that of the mothers of children without psychological complaints. Method: 57 mothers of children afflicted with psychiatric disorders and 56 mothers of children without psychological complaints were selected as the subjects of the study via available sampling. The subjects from the two groups were matched in terms of some demographic variables. To collect data the 28-question version of General Health Questionnaire was used. Data were analyzed via multivariate analysis of variance. Findings: The mean scores of mothers of children with psychiatric disorders were higher than those of the mothers of children with no psychological complaints in the subscales of somatic syndrome, anxiety syndrome, social functioning, and depressive syndrome; the difference was more considerable in anxiety syndrome. Results: The mothers of children afflicted with psychiatric disorders experience more depression and anxiety, lower social functioning and physical health than mothers of children with no psychological complaints.

Fine Movements Training & Slow Learner Students

The Effect of Fine Movements Training of Hands on Drawing and Writing Skills of Slow Learner Students

Authors : N. Mirzakhani, M.A. , H. Ashayeri, M.D. , H. Zeraati, M.A. , F. Behnia, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objective: In this project, the effect of fine-movements training of hands was evaluated in children's academic advancement and improvement of drawing and writing skills. Method: This was an experimental research project. The effectiveness of this interventional method was evaluated on 36 slow learner students randomly allocated to experimental and control groups. The subjects in the two groups were matched in terms of sex, age, level of family education, intelligence, and body size variables. The subjects were selected from 6-8 year old students of two slow learners -special education- schools in Tehran. They were appraised by diagnostic evaluation, intelligence test, school readiness, and via functional assessment and demographical questionnaires.During a three-month period, the experimental group received some training on fine-movements skills of hands on one and one basis, three times a week. The control group was evaluated only in pre-and posttests and received no interventions. The posttests were conducted in both groups three months after the completion of the educational sessions. The data collected in pre-and post-tests were analyzed by two–factor ANOVA with repeated measures of □2, Pearson correlation coefficient, and Mann-Whitney test. Findings: As a result of fine movements training of hands, a significant difference was observed between the pre-and posttests segments of the experiment on drawing and writing skills of the subjects. Results: Fine-movements training of hands enchances drawing and writing skills of students in slow learner schools.

Olfactory Identification Ability & SCZ

Olfactory Identification Ability in Schizophrenia Spectrum Disorders

Authors : A. Farhoudian, M.D., S. V. Shariat, M.D., M. Taj, M.D., E. Shasavand, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was a two fold; one was to compare the olfactory identifica-tion ability in patients with schizophrenia or schizotypy with that of the patients with mood dis-orders as well as the normal subjects; the other was to assess any possible changes after treatment in olfactory identification ability in patients with schizophrenia. Method: The subjects of the study comprised 22 patients afflicted with schizophrenia and five with schizotypy (mean age of 41 years old), 28 patients with mood disorders (13 with major depressive and 14 with bipolar disorders with the mean age of 39 years old), and finally 27 normal subjects (mean age of 39 years old). All subjects were assessed initially and the patients with schizophre-nia were assessed twice more three and six weeks after the commencement of treatment with the University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT). The data were analyzed by Kruskal Wallis, Chisquare, Mann-Whitney, and Freedman tests. Findings: A significant difference was found between patients with schizophrenia and schitypy with normal subjects in olfactory identification ability. There was not any significant difference bet- ween other groups on this matter. No significant changes in olfactory identification ability were detected in schizophrenic patients after 3 and 6 weeks of treatment. Results: Deficit in olfactory identification ability of patients with schizophrenia spectrum disorders, and its persistence despite treatment is testimonial to its trait-like characteristic in such disorders.

Teacher's Attitudes & Creativity

Test Construction for Assessment of Teachers' Attitudes Toward Creativity

Authors : M. Tabatabaian, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The main purpose of this project was to construct a test that would in effect show the positive and negative attitudes of teachers toward creativity. Method: Construction of the test was implemented based on the equal-appearing interval method of Thurstone and Chave. First, 150 sentences were collected from various sources binding different attitudes concerning creativity. The number of sentences was reduced to 90 via a preliminary test. Next, 111 judges sorted the sentences on a seven-point scale ranging from unfavorable to neutral and favorable.Then the scale values as well as the ambiguity values of sentences based on sorting of the judges were computed. Findings: 30 sentences with the least amount of ambiguity values and serving the purpose of the study were selected so as to produce a spread along the scale continuum. Scale values and ambiguity values are presented for the 30 selected sentences. Results: Usage of similar tests for the assessment of attitudes toward creativity can increase this test's functionality.

MH program & Primary Health Care Network

Integration of Mental Health Program in Andimeshk Primary Health Care Network

Authors : R. Davasaz Irani, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of this project was to evaluate the status of integration of mental health program in health centers and also to determine the prevalence of mental disorders in Andimeshk rural areas. Method: In this descriptive study, 16 health houses, three rural health centers, one urban health center, and a population of 23308 that have been under the coverage of mental health program since 1992 were evaluated. The required data were collected via reviewing case files and statistical reports of city health center. Data were analyzed by statistical-descriptive methods and z-test. Findings: Prevalence of mental disorders based on assessment of the health group was ten in every thousand. The rate is 1.1 for severe mental group, 3.7 for mild mental group, 2.7 for epilepsy, and 2.5 for mental retardation. Statistical analysis did not indicate a significant difference between the types of mental disorders (neurotics, epilepsy, and mental retardation) with the expected indices at the national level. However, a significant difference was found in the severe mental group ($P<0.05$). Results: After a decade, integration of mental health in Andimeshk appears to be successful and with some modifications and corrections, it can provide essential mental health services in rural areas.

Marital Adjustment & Students

The Level of Marital Adjustment in Dormitory Students

Authors : A.Nasehi,M.D. , F.Raeesi,M.D. , M.Jafari,M.D. , M.Rahmani,M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to evaluate the level of marital adjustment and the relation between marital adjustment and some demographic variables in a group of students residing at the dormitories of Tehran University of medical sciences. Method: This is a descriptive-cross sectional study.The instrument to collect data was the marital adjustment questionnaire. The subjects for this study were 148 residents of married students dormitory of Tehran University of Medical Sciences (74 males, 74 females). Data were analyzed by chi-square and Fisher's LSD. Findings: This project indicated 75.8% marital adjustment and 24.2% incompatibility. Among evaluated variables, there were significant correlations between the variable marital adjustment and both age difference between the couples as well as duration of marriage in years. Results: Marital adjustment is reduced with the raise in age difference between the couples and duration of marriage.

Alcohol Use & General Hospital

Alcohol Use in Hospitalized Patients at Hazrat-e-Rasoul Hospital

Authors : H. Attar, M.D. , A. Afkham Ebrahimi, M.A., M. Nasr Esfahani, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study assessed the rate of alcohol use in hospitalized patients at a general hospital in Iran. Methods: In a cross-sectional descriptive study, 571 patients from 11 wards of Hazrat-e-Rasoul Hospital were evaluated by a demographic questionnaire. The Pediatrics, Emergency, ICU, and CCU wards were excluded from the study. The sampling was implemented through the nonran-domized convenient method. Findings: The rate of current alcohol use was 9.6% (8.9% in males and 0.7% in females); in all 25.4% of the patients (22.8% in males and 2.6% in females) reported to alcohol use in their life-time. The highest rates of current alcohol use were observed in the orthopedic ward (25.3%), the 15-29 years old age group (47.3%), and the patients with education under high school diplomas (56.4%). The rate of current alcohol use was 54.5% in married patients while in single, divorced, or widows, the rate was 45.5%. The weekly alcohol consumption was the most frequently reported pattern of current use (34.5%). Results: There is a considerable prevalence of alcohol use among the patients in a general hospital. Attending to its impact on presentation and treatment of various diseases is essential.

Depression & Lycanthropy

Lycanthropy in Depression: Case Report

Authors : A. Moghaddas, M.D. , M. Naseri, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Lycanthropy is a delusional belief by the patient considering himself or others transformed into wolf or other animals. The phenomenon of lycanthropy has been recognized since two thousand years ago and referred by various sources.The subject of this report was a young single male

afflicted with stuttering from the age of 12. He has had some symptoms of depression since adolescence and recently developed lycanthropy syndrome. The subject diagnosed with depression along with lycanthropy syndrome (psychotic depression) received treatment with antipsychotic and antidep-ressant medications as well as individual psychotherapy. In a two-year evaluation, the pheno-menon of lycanthropy appeared remarkably less evident and the symptoms of depression were partially improved.

Suicidal Ideations & Blood Cholesterol

Suicidal Ideations and the Level of Blood Cholesterol

Authors : S. Chamanazad Shahri, M.D. , S. K. Malakooti, M.D., S. M. Hassanzadeh, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project compared the level of blood cholesterol in hospitalized psychiatric pa-tients with suicidal ideations with that of similar patients with no suicidal thoughts. Method: In this descriptive cross-sectional study, the level of blood cholesterol of 374 patients (247 males, 127 females) admitted at Iran Psychiatric Education-Treatment Center was evaluated. The patients were divided in two groups of patients with and without suicidal ideations; the level of their respective blood cholesterol was compared with one another. These subjects had been hospitalized with the diagnosis of schizophrenia (157 patients), bipolar (192 patients), major depression (68 patients), and other psychiatric disorders. To analyze the data, t-statistical test was used. Findings: There was no significant difference between suicidal with non-suicidal patients' level of basal cholesterol. Results: Level of blood cholesterol probably is not a biological marker, or a risk factor for suicide in hospitalized psychiatric patients.

Vol.9 No.4, Spring. 2004

Personality Patterns & Cosmetic Rhinoplasty

Personality Patterns in Cosmetic Rhinoplasty Patients

Authors : M.F. Ghalehbandi, M.D., A. Afkham Ebrahimi, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project appraised the personality patterns of cosmetic rhinoplastic patients. Methods: This was a descriptive-cross sectional evaluation. The subjects of the project were 30 clients (24 female, 6 male) requesting cosmetic rhinoplastic surgery from ENT clinic of Hazrat-e-Rasoul Hospital. They were referred to the psychiatric ward of the hospital for preoperational psycholo-gical assessment. The subjects were evaluated by DSM based clinical interview and MCMI-II test. The data were analyzed by descriptive statistical methods and chi-square. Findings: The frequencies of obsessive-compulsive and narcissistic personality patterns were significantly more prevalent than other personality patterns. Results: The requests for cosmetic surgeries should be considered with regard to interaction of in- dividual psychological factors and cultural influences. Taking advantage of standardized assessments in the areas of body image and personality for evaluation of the degree of dissatisfaction with body image would prevent unnecessary surgeries.

Personality Traits & Esthetic Surgery

Personality Traits of Candidate for Esthetic Surgery

Authors : M. Alamdar Saravy, M.D., M. F. Ghalebandi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to assess the personality traits of candidates for esthetic surgery. Method: This was a cross-sectional descriptive study of 100 candidates for esthetic surgery (82 females, 18 males) at a clinic. The subjects ranging from 16 to 45 years old with the mean age of 23.8 were evaluated by MMPI-PD before the surgery stage (taking photographs and executing the necessary laboratory work). Data were analyzed via descriptive statistics. Findings: The prevalence of various personality patterns included narcissistic 19%, histrionic 11%, obsessive- compulsive 10%, avoidance 9%, schizoid 6%, borderline 4%, negativistic 3%, depen-dent 1%, antisocial 1%, and paranoid 1%. Thirty five percent did not indicate any detectible personality traits. Results: Most of the esthetic surgery patients show narcissistic personality traits. This result points out the impact of psychological factors on seeking esthetic surgeries.

Personality Traits & Job Burnout

The Relationship between Job Burnout and Personality Traits in Nurses

Authors : M. Rasoulian, M.D., F.Elahi, M.D., A. Afkham Ebrahimi, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project aimed to evaluate both the level of job burnout in three dimensions of emo- tional exhaustion,depersonalization,and decrement of personal accomplishment as well as assessing its relationship to personality traits. Method: 210 nurses working in Rasoul Akram Hospital were evaluated by Maslach Burnout Inventory (MBI) and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Personality Disorders (MMPI-PD). 184 questionnaires were completed; the rest were either unanswered or partially answered (response rate: 87.6%). The four groups of subjects with the most frequent personality traits were selected. Analysis of Variance (ANOVA), the Multivariate Analysis of Variance (MANOVA), and Post hoc Least method were used for the analysis of the differences between burnout mean scores. Findings: Nurses' total level of job burnout was assessed as average in emotional exhaustion, low in depersonalization, and average in personal accomplishment. The subjects afflicted with obsessive-compulsive disorder exhibited the highest level of emotional exhaustion and the lowest level of personal accomplishment. Histrionic and narcissistic subjects respectively indicated the highest level of depersonalization and personal accomplishment. Results: The level of job burnout is different in various personality groups in addition to its relation to occupational and demographic variables.

CFS & Female Nurses

Epidemiological Study of Chronic Fatigue Syndrome and its Relation to Psychiatric Difficulties in Nu

Authors : S. Nasri, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present project studied epidemiology of Chronic Fatigue Syndrome (CFS) and its relation to psychiatric difficulties in female nurses. These nurses were employed at educational hospitals under the auspices of Tehran and Ahvaz Universities of Medical Sciences. Method: The project's subjects were 1263 nurses;175 of them were selected through census sampling from the city of Ahvaz and 1088 were selected from Tehran via stratified random sampling.To collect data, the followings were used: General Health Questionnaire (GHQ), Chalder of Fatigue Scale (COFS), Krupp Fatigue Severity Scale (KFSS), Whitely Index (WI), and clinical interviews. Findings: This evaluation showed that the prevalence of CFS was 7.3% in all nurses under study. The prevalence was 3.4% and 7.9% in nurses from Universities of Ahvaz and Tehran respectively. Furthermore,the prevalence of the syndrome was 7.9% in married nurses and 6.5% in nurses who were single.There was a significant correlation between fatigue and hypochondriasis, somatic complaints, anxiety and sleep disturbances, social dysfunction and depression. Results: The nurses employed at Universities of Tehran and Ahvaz lack suitable mental health condition.

Mind Deficit & SCZ

Theory of Mind Deficit in Psychosis: Is it Specific to Schizophrenia?

Authors : A.A. Nejatisafa, M.D., V. Sharifi, M.D., J. Alaghbandrad, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was implemented to compare the deficit patterns of Theory of Mind (TOM) in three groups of schizophrenic patients, psychotic manic patients, and normal subjects. Method: The subjects of the study comprised three groups of 19 patients with schizophrenia, 15 patients with psychotic mania, and 16 normal subjects. To assess TOM ability, collection of data was completed by two first-order false belief tasks, two second-order false belief tasks, and two comic strips. All subjects were appraised on the basis of intelligence quotient (IQ), symptomatology, and the amount of medication taken. Findings: The two groups of schizophrenic patients and psychotic mania performed worse than the normal subjects in cumulative score of false belief tasks, but there was no significant difference between the two clinical groups. Furthermore, the psychotic mania group presented a worse per-formance than the normal subjects in a second-order false belief task. Other differences were not re-markable. No significant difference was found in the IQ scores between the three groups. Results: Considering the presence of TOM deficit in psychotic mania as well, such a deficit might not then be specific to patients with schizophrenia and may be present in the other kinds of psychosis.

Depression, Vasectomy & Tubal ligation

The Effect of Counseling on Reduction of Depression after Vasectomy and Tubal ligation

Authors : A. Nikkhooi, M.D. , A. Ekhlasi B.A. , R. Davasaz Irani, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to evaluate the effect of counseling on reduction of depression post tubal ligation surgery. Method: In this interventional study, 99patients referred to the Ahwaz Family Planning Research Center (AFPRC) in1999 were selected randomly and inserted in the case and control groups. The short form, Beck Depression Inventory was used to assess the level of depression. Data were analyzed by descriptive-statistics and t-test. Findings: There was a significant difference between the group that received counseling (case group) and the group with no counseling (control group) in the level of depression post surgery. Furthermore, a significant difference in the level of depression was shown between males and females in the study. Results: The level of depression post vasectomy surgery was less in the group that received counseling prior to the surgery than the group with no counseling.

Depression & Dementia

Prevalence of Dementia and Depression among Residents of Elderly Nursing Homes in Tehran Province

Authors : M. Sadeghi, M.D., H. R. Kazemi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to evaluate the prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. Method: 279 literate elderly over the age of 65 years old (135 males, 144 females) were selected through convenient sampling. At the time of the study, in autumn and winter of 1381, the subjects had residence at elderly nursing homes in Tehran province. They were evaluated by Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, and a DSM-IV based clinical interview. The data were analyzed by descriptive statistical methods and chi-square. Findings: 43.4% of subjects were afflicted with dementia. 16.8% were diagnosed with mild and 14.7% with major depressive disorders. 10.4% were under treatment with antidepressant medica-tions. There was a significant correlation between dementia and difficulties in movements as well as incontinence; however there was no significant correlation between depression and those two factors.Moreover there was not any significant correlation detected between depression and duration of residence at the nursing homes. Results:Considering the high prevalence of dementia and depression in nursing homes, attending to diagnosis and treatment of these disorders can exert beneficial effects on the resident's mental health status and quality of life at such centers.

Anxiety, Cardiovascular Symptoms & Serum Lipids Level

Anxiety, Cardiovascular Symptoms and Serum Lipids Level

Authors : N. Agheli, Ph.D. , M. Hajaran, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to evaluate the intensity of anxiety and its relation with hypertension, the level of serum lipids, and symptoms of cardiovascular diseases. Method: 606 males and females between the ages of 35-65 residing in Tehran were selected by random-cluster sampling and participated as the subjects of this descriptive-cross sectional study. The subjects' blood pressure, serum lipids (via enzymatic methods), and symptoms of cardiovascular diseases were evaluated by physicians. The intensity of their anxiety was determined by Zigmond and Snaith questionnaires. Data were analyzed by t-test, analysis of variance, and c2. Findings: The intensity of anxiety was observed significantly more in women than men. There was a significant correlation between the intensity of anxiety with systolic and diastolic hypertension and low levels of HDL Cholesterol. However, there was not a significant correlation between the intensity of anxiety with total Cholesterol, LDL Cholesterol, and triglycerides. Neither was there a significant correlation between the intensity of anxiety with chest pain, palpitation, and myocardial failure. Results: Presence of anxiety is related to some risk factors for cardiovascular diseases.

DSM-IV, Anxiety & Depressive Disorders

Structural Relationships between Dimensions of DSM-IV Anxiety and Depressive Disorders and Dimension

Authors : A. Bakhshipour Roodsari, Ph.D., M. Dejkam, Ph.D.**, A.H. Mehryar, Ph.D, B. Birashk, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project assessed the validity of integrative hierarchical model of anxiety and depression by Brown, Chorpita, and Barlow. Through this appraisal, structural relationships were assessed between key features of anxiety and depressive disorders and the dimensions of tripartite model of anxiety and depression. Method: In this project, using the findings collected from 255 outpatient subjects with the diagnosis of anxiety and depressive disorders, first, via Confirmatory Factor Analysis (CFA), Validity of five factor model of DSM-IV anxiety and depressive disorders and validity of tripartite model of anxiety and depression were assessed. Next, to select the best model, the three level structural model of Brown et al., was compared with the rival models via Structural Equation Modeling (SEM). Findings: Findings supported the discriminate validity of five factor model of DSM-IV anxiety and depressive disorders and tripartite model of anxiety and depression. Amongst various structural models evaluated, the best confirming was the one in which higher order factors, the negative and positive affects influenced significantly the features of anxiety and depressive disorders in an expected manner. Results: The discriminating hierarchical model is confirmed considering the limitations of the pre- sent study.

Cerebral Lateralization & Mentally Retarded Children –

Comparison of Cerebral Lateralization in Mentally Retarded Children vs. Normal Children

Authors : S. B. Jaamei, M.D., M. Kiani, M.A., M. T. Jaghataei, M.D., SH. Sirous, M.A., M. Hadadian, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to appraise some of the factors indicating domination in functional lateralization in two groups of normal and mentally retarded (MR) children in the same mental age bracket. Method: The two groups were evaluated by Neurological Development Questionnaire of Delacato and functional lateralization parameters including eye and ear preference, handedness, and footed- ness. The subjects were 30 MR children from three special education centers in the city of Sabzevar with the mental age of 60-72 months as well as 60 normal children from eight preschools affiliated with Sabzevar Department of Social Services in the same mental age range.Data were analysis by descriptive-statistical method, Chisquare, and exact Fisher Test. Findings: This evaluation showed a significant difference in factors illustrating domination in functional lateralization between the two spoken groups. Results: The tendency for domination in functional lateralization of brain is different in MR and normal children.

Gender Identity Disorder

First Diagnosis of Gender Identity Disorder: Case Report

Authors : H. R. Attar, M.D. , M. Rasoulian, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This report introduced a single case with the initial diagnosis of gender identity disorder. Method: The case was a 40 year old divorced woman and a mother of two children (custody of children was given to the father after the divorce). The subject had undergone 6 sex reassignment surgeries.One month after the sex operation, the subject requested to return to her original sex in order to remarry her previous husband and retake the custody of her children as their mother once again. By the request of the Forensic Psychiatry, the patient was evaluated in Tehran Psychiatric Institute. Upon implementation of a number of psychiatric interviews and completion of a battery of psychological tests, the Institute declared that any intervention which can return the case to her original condition was accepted and encouraged. Findings: The result of genotype evaluation of the case was 46 XX which is compatible with the female sex.Rorschach, MMPI, and MCMI-2 did not show any disorders, but indicated characteristics of dependent personality, need for dependency and attention seeking, self doubt, and a self critical attitude. Results: Although the sex reassignment surgeries for the patients with primary diagnosis of gender identity disorder is the most effective therapeutic method, reviewing psychiatric evaluation of the case, approval of sex reassignment demands a more precise reassessment of the diagnostic criteria.

CBT, Transsexualism & Spiritual Therapy

Cognitive-Behavioral Therapy with Emphasis on Spiritual Therapy in Treatment of Transsexualism: A Ca

Authors : M. Khodayarifard, Ph.D., M.R. Mohammadi, M.D., Y. Abedini, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with emphasis on spiritualism in treatment of a 20 year old university student diagnosed with transsexual disorder. Method:In 30 treatment sessions, once a week, methods and techniques of self-reassessment, problem solving, positive attitude (individual and family), and spiritual-moral therapy was utilized. Findings: The patient's inclination for same sex preference was reduced; the level of his participa- tion in same sex activities was increased and he refrained from pursuing the sex change surgical operation. Results: The pre-test, post-test, and a follow up assessment indicated the effectiveness of this method in treatment of transexualism.

CBT, Perfectionism & Depression

The Efficacy of Cognitive-Behavior Therapy on Perfectionism, Need for Approval, and Depressive Sympt

Authors : M.Posht Mashhadi,M.A., R.Yazdandoost,Ph.D. , A.A.Asgharnejad,Ph.D. , D.Moridpoor,M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Present research based on cognitive-behavior theory aimed to investigate the efficacy of cognitive-behavior therapy (CBT) on perfectionism, need for approval, and affective, cognitive, and physical symptoms of depression in pain disorder patients. Method: Using single case study design, 3 female patients afflicted with pain disorder were assessed on stages at pre-test, mid- test, post-test, and one month later, as follow-up by Dysfunctional Attitudes Scale (perfectionism and need for approval subscales) and Beck Depression Inventory. Findings: CBT was more efficacious in reduction of need for approval, and affective and physical symptoms of depression. Results: The efficacy of CBT on perfectionism and need for approval was varied in pain disorder.

Thalassemia & Depression

The Prevalence of Depression in Thalassemic Patients in the City of Sari

Authors : V. Ghaffari Saravi, M.D., M. Zarghmi, M.D., E. Ebrahimi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Considering the high prevalence of thalassemia in Mazandaran province, this study evaluated the relationship between depression and major thalassemia. Method: An anterograde cohort study was conducted on all thalassemic patients (86 girls and 79 boys) between the ages of 9 and 16 years old referred to Booali Sina Thalassemia Clinic.They were assessed by Children Depression Scale (CDS). Findings: Level of depression was higher in thalassemic patients (14%) than in the control group (5.5%), even though the average score of depression in females of control group was higher than the thalassemic females. Results: The prevalence of depression is remarkable in thalassemic patients.

MDD & Childhood

Major Depressive Disorder in Adults and Childhood Parental Loss before 18-Year-Old

Authors : M. Noori Khajavi,M.D. , K.Holakoyie,Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this study was to assess the correlation of parental loss in childhood and adole- scence with major depressive disorder in adulthood. Method: This was a case-control and post hoc study of 64 patients diagnosed with major depressive disorder based on DSM-IV criteria.The control group was comprised of 68 patients, none diagnosed with depression. Both groups were selected from university hospitals of Tehran. Findings: 19 patients in the case group (29.7%) had experienced the loss of at least one parent before the age of eighteen, whereas seven patients in the control group (10.3%) had the same experience. In another words, the prevalence of parental loss before the age of eighteen years old was significantly more in the group with the diagnosis of major depressive disorder than the control group ($P<0.05$). Results: There is a statistically significant correlation between parental loss in childhood and adolescence with major depressive disorder in adulthood.

SCZ & Minor Congenital Physical Anomalies

Schizophrenia and Prevalence of Minor Congenital Physical Anomalies

Authors : H.Abdolahi Sani, M.D. , B.Daneshamooz,M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this study was to compare the prevalence of minor physical anomalies in schizophrenic and physically ill patients. Method: This was a case-control study.50 patients with the diagnosis of schizophrenia were compared with 50 physically ill patients on the basis of the prevalence of congenital anomalies.Selected in a three month period, the first group was comprised of patients in two psychiatric hospitals in Tehran. The physically ill patients were selected randomly from a general outpatient center during the same time in Tehran.Collection of data was completed by clinical examination, psychiatric interview, and a questionnaire. Findings: The rate of minor congenital anomalies in schizophrenic patients was higher than the control group.Total scores were 258 and 143 respectively for the schizophrenic and the control groups; the average number of anomalies was 5.5 for each schizophrenic patient and 2.6 for each partici-pant in the control group.The most anomaly sited was the mouth area (25%) in schizophrenic pa-tients and the feet (25%) in control group. The complete cohesion of auricle to the face was the most frequently identified anomaly in both groups.Except for lax

and soft auricle, on the whole, anomalies were more prevalent in schizophrenic patients than non psychotic ones; the commonness of anomalies was more in males than females in both groups. Results: The prevalence of minor physical anomalies in schizophrenic patients was more than physically ill patients.

Coronary Artery Bypass Graft & Psychological Status

Coronary Artery Bypass Graft:Pomp-Time Relationship with Psychological Status

Authors : E. Shirazi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this project was to appraise the relation between pomp-time and psycho-logical states after coronary artery bypass graft (CABG). Method: 100 CABG patients (76 males, 24 females) were assessed by Symptom Check List 90-Revised (SCL-90-R) one week after the surgery. The patients were selected through convenient sampling available during December of 1998 from four heart hospitals (Shahid Rajaee, Khatamol-Anbia, Imam Khomeini, and Dr. Shariati). The relation between psychological states and duration of pomp-time were evaluated by t-test and simple analysis of variance. Findings: There was a significant relation between the length of time connected to the pomp with both the GSI average of SCL-90-R and dimensions of depression, anxiety, and somatic complains. Results: Pomp-time may have an impact on psychological states of patients after CABG.

Children, Mental Health & Polygamous Families

Behavioral Pattern of Children and Mental Health of Parents in Polygamous Families

Authors : A. Mojahed, M.A., B. Birashk, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project appraised behavioral patterns of children and mental health of parents in polygamous families. Method:65 polygamous and 65 monogamous families from Saravan rural community were matched on factors such as having student child and place of residence.402 children in primary and guidance schools were evaluated by Rutter's Questionnaire-Teacher Form and 325 of their parents were assessed by General Health Questionnaire (GHQ-24) and Davidian Screening Questionnaire-17. Data were processed by analysis of variance. Findings: No significant difference was found in Rutter Questionnaire between the two groups on none of the variables of family type, sex, age, age of father, and number of children in the family. Comparison of GHQ-24 outcomes for both types of families showed that mental health of women in polygamous families was significantly worse than their own husbands and also that of the wives and husbands in the monogamous families. There was no significant difference in mental health of men in polygamous families, and men and women in monogamous families. Results: Mental health of women in polygamous families is poorer than mental health of women in monogamous families.

Stress During Pregnancy & Apgar Scores

Correlation of Stress During Pregnancy with Apgar Scores and Physical Conditions of Neonates

Authors : H. Molavai, Ph.D., M. Movahedi, M.D., M. Bengar, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project aimed to evaluate the correlation between mothers' mental stress during pregnancy with birth effects. Method: The subjects were 100 mothers (pregnant women from the city of Isfahan) and their newborns selected through random cluster multistage sampling.The correlation of the mothers' mental stress during pregnancy was assessed with the newborns' weight and height, Apgar scores at one and five minutes, size of the babies' head circumferences, and the length of pregnancy obtained by Mater-nal Stress During Pregnancy and its Resources Questionnaire. Data related to birth effects were collected by Apgar Rating Scale and medical records of the mothers and their newborns. Multivari-ate analysis of variance (MANOVA) and Pearson correlation coefficient were used for statistical ana- lysis of data. Findings: There is a significant correlation between mothers' mental stress during pregnancy with newborns' weight and height, Apgar's score at one minute, size of the babies' head circumferences, and the length of pregnancy.No significant correlation was obtained between mothers' mental stress during pregnancy with Apgar's score at five minute. Results: Mothers' mental stress during pregnancy is correlated with birth effects.

CLD & Geriatric Patients

Mental Status of Geriatric Patients with Chronic Locomotor Diseases

Authors : M. J. Hadianfard, M.D., H. Hadianfard, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project assessed mental status of geriatric patients with chronic locomotor diseases and compared it with that of the control group. Method: The experimental group comprised 60 geriatric outpatient clients (49 women and 11 men) afflicted with chronic locomotor diseases.They had been referred to Rehabilitation Outpatient Clinic of Shahid Faghihi Hospital in the city of Shiraz.Patients suspected of brain organic syndromes were removed from the study. Matched with the experimental group, the control group was composed of 60 normal geriatrics with no chronic locomotor diseases. SCL-90-R was used to evaluate the two groups. Findings: SCL-90-R showed that the experimental group scored the highest in the following dimensions: Somatization, Paranoia, Depression, and Anxiety. There were significant differences across most scales between the experimental and control groups. Furthermore, the women's scores in most scales were higher than the men's. The outcome also indicated that there was not a significant difference across any of the scales throughout final decades of life. Results: Health and mental status of geriatric patients with chronic locomotor diseases is poorer than that of the geriatrics with no such diseases.Psychological difficulties of women under

study were more than the men. In view of the results of this project, it stands to reason that mental condition of these patients is considered in the formulation of treatment or rehabilitation services.

Vol.9 No.2, fall. 2003

Epidemiological Study, Psychiatric Disorders & Tehran —

▪ Epidemiological Study of Psychiatric Disorders in Tehran Province

Authors : M. Mohammadi, M.D., M. Rahgozar,M.A., S.A. Bagheri Yazdi, M.A., H. R.Naghavi, M.D., H.R. Pour Etemad, Ph.D., H. Amini, M.D., M. R. Rostami, B.A., F. Khalajabadi farahani, M.S.B. Mesgarpour, Pharm.D

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The objectives of this project was to conduct an epidemiological study of psychiatric disorders in people aged 18 or older residing in urban and rural areas of Tehran province. Method: 5311 residents of Tehran province were selected randomly and through systematic clustered sampling method as the subjects of the study. They were assessed by Schedule for Affective Dis-orders and Schizophrenia Questionnaire (SADS). The diagnosis of disorders was based on DSM-IV classification criteria. Findings: Prevalence of psychiatric disorders was at 14.29% in province of Tehran.The prevalence was 19.57% in women and 9.32% in men. Anxiety and mood disorders were the most prevalent psychiatric disorders with 6.83% and 4.46% respectively. The prevalence of psychotic disorders was 0.65%; neuro-cognitive disorders were at 2.11%; and dissociative disorders were at 0.26%. In the mood disorders, major depression had the highest rate of diagnosis (3.28%); in anxiety disorders, panic disorder had the highest rate (1.79%). Results: Psychiatric disorders are more prevalent in the 41-55 year age-group, widowers, illiterates, and residents of the other province's towns than Tehran.The results of this research revealed more than ever the responsibility of the policy makers and health program planners in the province of Tehran in regard to compilation and execution of a practical mental health plan.

Men & Sexual Dysfunction ——————————

▪ Demographic Characteristics of Men with Sexual Dysfunction

Authors : F. Mehrabi, M.D., M. Ehssanmanesh, M.A., E. Karimi Keisomi, B.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research was conducted to obtain a comprehensive picture of demographic characteristics and sexual behavioral pattern of men at a psychiatric clinic in Tehran. Method:In this descriptive-cross sectional study,300 men who consulted the clinic between the 20th of April,2001 and the 20th of Jan,2002 composed the subjects of the study.Data were collected via a demographic questionnaire and analyzed through descriptive statistics. Findings: 76.2% of subjects suffered from erectile dysfunction and 35.6% had difficulties related to premature ejaculation. 44.6% of the subjects reported a history of psychiatric disorders and taking neuroleptic and anti-depressants medications.The onset of sexual disorders for 23.7% of the subjects was less than one year ago; it was between one to two years ago for 15% and more than three years ago for 53.3%. Results: erectile dysfunction and premature ejaculation more than other sexual disorders were the reasons for consultation at the psychiatrists' office and sexual dysfunction clinics.

Sexual Dysfunction & Psychiatric Disorders in Women —

▪ Sexual Dysfunction Relationship with Psychiatric Disorders in Women

Authors : M. Azar, M.D., Ch. Iranpoor, M.A., S. Noohi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of present project was to determine the relation between sexual dysfunction and psychiatric disorders in women at a psychiatric clinic. Method: This research was a case-control one. The case study group was consisted of 165 subject's referred by a psychiatric outpatient clinic. They were diagnosed with depression, anxiety, phobia, aggre- ssion,and psychosomatic problems;there were 33 patients in each group.33 visitors and acquainttances of the patients composed the control group.They were selected through convenient sampling; none had a previous psychiatric history, nor did they consume any psychotropic medications.To collect data, interviews and questionnaires were used.The evaluative instruments included a demographic question- naire, sexual dysfunction disorder questionnaire, and SCL-90-R. Findings: The results showed that there was a significant difference in distribution of cases of sexual dysfunction disorder between the case group and the control group.This difference was also noted between patients with depression and control group, and patients with somatic problems and control group.Furthermore, there was a significant difference between the case group and the control group in sexual desire and orgasm disorders. Results: Sexual disorder was found more in patients of psychiatric clinics than the normal population.

Frontal Lobe, Conduct Disordered & Adolescents ——

▪ Frontal Lobe Cognitive Functioning in Conduct Disordered Adolescents

Authors : M.Rezayee,M.A., H.Ashayeri,M.D., R.Yazdandoost,Ph.D., A.Asgharnejad,Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study examined the hypothesis of cognitive functioning deficiency in the frontal lobe of conduct disordered adolescents. Method: Cognitive functioning of frontal lobe in 21 conduct disordered male adolescents was compared with that of a matched control group.Data were collected by Stroop Test, Continuous Performance Test,and Wisconsin Card Sorting Test. T-test,analysis of variance,and correlation coefficient were used for analysis of the data. Findings: The conduct disordered adolescents scored more poorly than the control group across most of the cognitive measures assessing frontal lobe functioning. They exhibited slower reaction time and greater false alarm errors on Stroop Test, executed more

comission errors on Continuous Performance Test, and performed greater perseveration errors on Wisconsin Card Sorting Test. Results: Conduct disordered adolescents have cognitive functioning deficiencies in frontal lobe.

Mental Health & Primary Health Care

Evaluation of Management Performance of Mental Health Program in Khuzestan Primary Health Care System

Authors : P. Raeissi, Ph.D., E. Jahanbani, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Over ten years has passed since the integration of Mental Health Program into the Nation's Primary Health Care system (PHC), yet its management thus far has not been assessed.The objective of this project was to evaluate the management performance of Mental Health Program in the PHC of Khuzestan province based on four dimensions of planning, organization, administration, and control. Method: This was a descriptive-comparative and a practical study. The instrument to collect data was the five point scale Likrette ranking the responses from very much too very little. The population sample was 108 managers at various levels of mental health program in PHC of Khuzestan province.77 of these managers volunteered to take part in the research. 8 were the heads of health care districts; 13 were mental health care specialists and 56 were general practitioners in charge of the health treatment centers in rural areas under the auspices of Mental Health Program.Data were analyzed by descriptive statistics and Fisher exact test. Findings: The managers performed at a medium level across all four abovementioned dimensions. Comparison of the mean scores indicated that control and supervision were the strongest and administration was the weakest dimensions. Planning and organization were ranked respectively the second and the third. A significant difference was noted on the dimension of organization between the participants in the study at different levels of management; such difference was not indicated on other dimensions. Results: There is a gap between the ideal and the actual conditions of mental health program management in PHC of Khuzestan province.

Social Support, Negative Life & Depression

Correlation of Social Support and Negative Life Events with Depression

Authors : N.Bakhshani,Ph.D, Birashk,Ph.D., M.Atefvahid,Ph.D., J.Bolhari,M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study assessed correlation of negative life events and perceived level of social support with intensity of depression in depressed and non depressed groups. Method: 153 participants composed two groups of subjects, 91 in the depressed and 62 in the non depressed group.They all were evaluated by BDI, LES, and ISSB.The data were analyzed by t-test and correlation coefficient. Findings: In both groups, there is a positive correlation between negative life events with depression and there is a negative correlation between perceived social support and depression. Furthermore, the comparison of the mean scores of the occurred stressful events in both groups indicated that the depressed subjects experienced negative events more frequently. Additionally the mean score of perceived social support in the depressed subjects was significantly lower than that of the non depressed group. Results: In general, the results showed the impact of negative life events and the modulating influence of social support in affliction or intensity of depression.

CBT, Depression & Anxiety

The Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Reducing the Level of Depression and Anxiety

Authors : M. Yaeghoobi Nasrabadi, M.A.*, M. Atefvahid, Ph.D.**, Gh. Ahmadzadeh, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of this study was to assess the efficacy of cognitive-behavioral group therapy in reducing the level of depression and anxiety in patients with mood disorder. Method: 14 patients diagnosed with mood disorder were selected randomly from the psychiatric ward of Noor Hospital in Isfahan as the subjects of the research.They were assigned into a control and an experimental group. Prior to the treatment intervention, subjects were assessed by Beck's Depression Inventory and Zung's Anxiety Index. Both the control and experimental groups remained on medication throughout the study, but only the subjects in the experimental group were exposed to 10 sessions of cognitive-behavioral group therapy. The subjects in the control group received no intervenetions. Upon completion of the intervention, both groups were assessed once again by the aforemen-tioned tests. Data were analyzed and interpreted by dependent and independent t-tests. Findings: Cognitive-behavioral group therapy significantly reduced depression in patients diagnosed with mood disorder, but this method did not have a substantial impact on reducing the patients' anxiety. Results: Cognitive-behavioral group therapy may be effective in reducing depression in patients diagnosed with mood disorder.

Puberty Education & Adolescent Girls

Preliminary Study of Puberty Education in Adolescent Girls:A Qualitative Research

Authors : M.Anoosheh,Ph.D., S.Niknami,M.D., R.Tavakoli,M.D., S.Faghihzadeh, Ph.D.S.Faghihzadeh, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The basic essences in the puberty education of adolescent girls were studied in this research. Method: Using a qualitative method, this project evaluated 10 girls along with their mothers and 10 middle school health instructors with at least 12 years of work experience in the adolescence health care field. The girls had to meet the conditions of having experienced the minimum of three menstrual- tion periods, living with their parents, and attending one of Tehran's middle school.To collect data, semi structured interviews were conducted and to analyze the findings, constant comparative analysis was used. Findings: The significant

variables were identified as shame and embarrassment by the adolescent girls as well as their mothers and the instructors regarding the process of puberty education, negligence on the part of the mothers and instructors in the girls' preparation and puberty education, lack of puberty education, and little awareness and insufficient understanding and knowledge of the girls, their mothers, and the instructors about the course of puberty. Results: This study showed the presence of shame and embarrassment in adolescent girls, their mothers, and the health care instructors along with lack of suitable educational program and awareness on the part of the mothers and instructors about the physical and psychological changes of puberty period. A more comprehensive evaluation is required for further generalization of the results.

Phenobarbital, Amitriptyline & Children Migraine

Comparison of Phenobarbital with Amitriptyline in Prevention of Children Migraine

Authors : M. Gholamreza Mirzaei, M.D., F. Deris, M.S., H. Palahang, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research compared the efficacy of Phenobarbital and Amitriptyline in prevention of children migraine headache. Method: 28 children in two groups of 14 afflicted with migraine headache were matched by age, gender, and type of migraine.Treatment with the two medications ran for two months.To collect data, in addition to clinical interviews by a specialist in neurology, a daily form was used to register the frequency and intensity of the attacks. Analysis of data was implemented by t-test. Findings: Improvement was noted in 28.6% and 42.9% of children who took respectively Phenobarbital and Amitriptyline.The difference between the two groups was not statistically significant. Furthermore, the children taking Amitriptyline exhibited more side effects than the other group. Results: This evaluation revealed that both spoken medicines were effective in prevention of migraine attacks; however, considering Phenobarbital's lesser side effects, its prescription seems superior in prevention of children migraine.

PRECEDE & Anxiety

Application of PRECEDE in Reducing Tehranian Firemen Anxiety

Authors : Sh. Lesan, Ph.D., F. Ghofranipour, M.D., B. Birashk, Ph.D.,S. Faghihzadeh, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was conducted to determine the effectiveness of PRECEDE model in reducing anxiety of Tehran's firemen. Method: This was a quasi experimental study.118 firemen from Tehran were selected as the subjects of the study through a multistage sampling. A theoretical framework of PROCEED model was compiled comprising self efficacy theory and adult education.Data were analyzed by t-test, Paired t-test and c2. Findings: A significant difference was noted between the control and study groups on the level of trait anxiety and state anxiety after the training.Only in the study group, a significant difference was found between trait anxiety and state anxiety before and after the intervention. Results: This evaluation illustrated the effectiveness of PRECEDE model in reducing trait anxiety and state anxiety in firemen.

Vol.9 No.1, Summer. 2003

Psychological Factors & Sexual disorders

The Role of Psychological Factors in Sexual Functional Disorders

Authors : F.Mehrabi, M.D., M.Dadfar, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: In the present project, the impact of influencing psychological factors in sexual functional disorders was assessed. Method: This was a descriptive–retrospective study. 66 married patients diagnosed with sexual functional disorders were selected through available sampling from Tehran Psychiatric Institute, specialized clinic of sex therapy, and psychiatric private offices. The instruments used included psychiatrists' final diagnosis, clinical interview, demographic question- naire, and a questionnaire made by the researchers measuring psychological factors in-fluencing sexual functional disorders. Data were analyzed through descriptive statistics. Findings: This evaluation showed that the most common psychological factors in sexual functional disorders were lack of enough training on sexual activities and insufficient sexual information, insufficient foreplay, incompatibility in relationship in general, unreasonable sexual beliefs, weak connection regarding needs or anxieties of each of the partners, presence of sexual disorder in sexual partner, anxiety about sexual performance and fear of lack of success in the sexual relationship, disturbed family relations and constricting parenting style, having unpleasant sexual experiences prior to marriage, guilt feeling about sexual intercourse because of its contradiction with religion, anxiety and depression. Results: Psychoeducational factors (precipitating, exhibiting, maintaining) impact the manifestation and maintenance of sexual disorders.

Psychiatric Disorders in Families & ADHD

Psychiatric Disorders in Families of ADHD Children

Authors : P. Hebrani, M.D., J. Alaghband Rad, M.D., M. R. Mohammadi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research was to determine the pattern of psychiatric disorders in the immediate family members of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Family genetic risk factors were also evaluated. Method: 227 immediate family members, 120 parents and 107 siblings of 60 ADHD child- ren and adolescents between the ages of 5 to 17 years were evaluated. Psychiatric clinical interviews, K-SADS, SADS, and Wender determined ADHD and family members' diagnosis. Evaluation of presence of ADHD diagnosis and other psychiatric diagnosis were based on DSM-IV standards. Findings: The most prevalent psychiatric diagnosis in the families were disorders of dep-ression (51.7%), ADHD (48.3%), anxiety (41.7%), and obsessive compulsive (25%). The most prevalent diagnosis, comorbid to ADHD were disorders of Enuresis (38.3%), obsessive-compulsive (31.7%), anxiety

(30%), and tic (26.7%); in the adolescent group, it was bipolar disorder with37.5%. Results: The high prevalence of ADHD in the afflicted families indicates strong influence of genetic factors. The presence of comorbid disorders to ADHD and high prevalence of affective and anxiety disorders in the families of ADHD may point to homogeneity in genetic etiology in these disorders and subgroups of ADHD whose risk factors, etiology, and treatment responses may differ.

Behavioral Disorders & Single Child vs. Multiple Children Families

Comparison of Behavioral Disorders in Single Child vs. Multiple Children Families

Authors : Sh. S. Goodarzi, M.D., F. Derakhshanpour, M.D., S. S. Sadr, M.D.,M. T. Yasami, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was conducted to compare the prevalence of behavioral dis- orders among children in single child families vs. children in multiple children families. Method: To evaluate such disorders, through multi-stage cluster sampling, 837 children from elementary schools in Tehran were selected as the subjects of the study. 422 of these children were from single and 415 children were from multiple children families. Child Symptom Inventory, CSI-4 was completed separately by both the parents and teachers. The findings of the research were analyzed by c2 and regression. Findings: The subjects from multiple children, much more than the ones from the single child families, exhibited higher prevalence of conduct disorder according to the parents' re-ports and higher prevalence of ADHD and other behavioral disorders according to the teacher's reports. Furthermore, the presence or absence of one of the parents was a significant factor intervening in the spoken difference; combination of the two factors, single child families and the number of parents impacted the prevalence of related disorders. Results: This study did not confirm the popular belief that the children of single child families suffer from higher prevalence of behavioral disorders.

Social Skills Training & Mild Mentally Retarded Children

The Efficacy of Social Skills Training on Adjusting Behaviors of Mild Mentally Retarded Children

Authors : S.A. Bayanzadeh, Ph.D., Z. Arjmandi, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The aim of present project was to investigate efficacy of social skills training on adjusting behaviors of mild mentally retarded children. Method: 28 students between the ages of eleven years to eleven years and ten months old were selected randomly and divided into two groups of study (N=14) and control (N=14). The subjects were mildly mentally retarded based on Wechsler IQ Test with the scores ranging between 63 and 67. They also obtained low levels of adjusting behavior in daily life skills and socialization skills in the subscales of Vineland Scale. At first all the subjects were examined with Social Skills Training Check List; then the study group was provided with about 2.5 months of training (15 sessions) on social skills. At the end of the training period, and once again, two months later in a follow up assessment, all the subjects were evaluated by the spoken instruments. Findings: The findings showed that the experimental group had significantly improved in adjusting behaviors and social skills (daily life skills and socialization skill).The follow up evaluation revealed that social skills training in experimental group was still effective two months after termination of training. The control group comparatively did not significantly improve on any of the variables. Results: Social skills training improves adjusting behaviors of mild mentally retarded children.

Conversion Disorder & General Practitioners'

Assessment of General Practitioners' Knowledge of Conversion Disorder

Authors : M. Yekrang Safakar, M.D., M. Rasoulian, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was conducted with the objectives of assessing general practitioners' knowledge of conversion disorder. Method: Using the available convenient sampling, 136 general practitioners were selected as the subjects of the study. The instruments used for this study included a 20-item questionnaire, hypothetical case histories, and a diagnostic and treatment questionnaire.136 responses obtained from the subjects prior to two retraining programs in psychiatry were analyzed by using Mann-Whitney and Kruskal-Wallis non parametric statistics. Findings: Despite achieving high grades on the medical diagnosis questionnaire, the sub-jects scored poorly on the questionnaire related to conversion diagnosis. The subjects attained inadequate scores of 24, 16, and 22 respectively on the diagnosis of pseudoseizure, conversion paralysis, and conversion blindness. There was no significant correlation between the average scores on the diagnosis with the subjects' gender and university of graduation. However, a negative significant correlation was noted between age and the length of time since graduation with the scores acquired on conversion diagnosis. Results: Based on the findings of this study, the knowledge of the general practitioners on medical diagnosis was acceptable, but in the area of conversion diagnosis, their knowledge was poor.

CBT & Dissociation Disorder

Successful Usage of Cognitive Behavioral Therapy in Dissociation Disorder with Unusual Symptoms

Authors : S. M. Samimi Ardestani, M.D., M. T. Yasami, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This was a single case study of a patient with unusual dissociation disorder with repetitive rotating behavior. The patient's school performance had dropped signifycantly as a result of this illness and other treatment methods had proven relatively ineffective. Method: The subject was a 22 year old male college student who had been exhibiting rota- ting behavior along with day dreaming since the age of 10. Engaging in such behaviors had lowered his school performance. His cognitive behavioral therapy (CBT) commenced with using methods of self-monitoring, muscle relaxation, thought distraction, thought stopping, and aversion,

followed by self assertive training and other behavioral methods. Findings: Upon completion of treatment program and again at the 8-month follow up evaluation, the patient's rotating behavior was extinct and his interpersonal behavior was significantly improved. Results: CBT method can be effective in symptom reduction and improvement of dissociation disorder.

OCD & Yoga

Efficacy of Yoga in Treatment of Obsessive-Compulsive Patients

Authors : H. Taherkhani, M.D., F. H. Na'yeeni, M.D., H. Mostafavi, M.D., S. H. Hussieni, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research evaluated the efficacy of Yoga as a method in treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients who were under standard medications. Method: Yoga treatment was provided for 20 OCD patients, 13 women and 7 men between the ages of 21 and 53 years. These patients had been under drug treatment for at least four months, but had not completely recovered. The patients were evaluated by YBOCS 1.5 month after commencement of Yoga treatment and then three and six months thereafter. Findings: The average YBOCS score at the beginning of Yoga treatment was 24.11 (+/- 2.15). This score was reduced to 18 (+/-2.18), 15 (+/- 2.29), and 11.56 (+/-1.49) respectively at the 1.5, three, and six month periods. The obtained significant changes show the efficacy of Yoga treatment. Results: Yoga can be effective in treatment of OCD patients resistant to standard medicine treatment.

Support for Cancer Patients

Interpretation of Support for Cancer Patients under Chemotherapy: A Qualitative Research

Authors : Z. Vanaki, M.S., Z. Parsa Yekta, M.D., A. Kazemnejad, Ph.D.,A. Heydarnia, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Evaluating the meaning of support from the perspectives of cancer patients under chemotherapy, their families, nurses, and the oncologists, their concepts of "being supported" and "providing support" was assessed. Method: Data was collected through qualitative method and semistructured interviews of 10 patients and their families, and eight nurses and physicians with oncology specializetion. They described their experience of "perceived support" and "received support" analyticcally. The interviews were tape recoded; the participants' statements were analyzed using the procedures and techniques of ground theory. Findings: The findings showed that "support" is multidimensional and a vital need; it must continuously be available to service recipients. The patients and their families were aware of lack of support by the health treatment service providers. From the perspective of the service recipients, mental support was deemed to have the highest priority. Nurses and physicians considered physical support with the highest priority and all the clinical intervenetions equal to that of "support". Nonetheless in comparison with the concept of "caring", support is very deeper and more extensive. Result: Support, a process of social interaction is initially established through empathic connection leading to generation of a network of safety for the service recipients. Once a specific meaning of illness and its treatment is structurally formed for the patient, necessary abilities in physical, psychological, and social arenas may be attained. Iranian cancer patients and their families complain about lack of support and safety network by their physicians and nurses. This demands indispensable attention, reconsideration, and a new retraining alongside these lines.

Child Abuse & Secondary Schools

Prevalence of Child Abuse in Khorramabad Secondary Schools

Authors : P. Namdari, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research was conducted to show the prevalence of child abuse in the secondary school students in the town of Khorramabad. The effective factors were also determined. Method: 240 students (117 girls, 123 boys) in the first, second, and third grades of secondary schools were selected randomly as the subjects of this cross-sectional and descriptive study. Child Abuse and Neglect Questionnaire was used as the main instrument. The find- ings were analyzed and interpreted by descriptive statistics and c2. Findings: The most prevalent abuse was related to that of emotional abuse implicated respectively by the fathers, mothers, sisters, and brothers in both boys and girls (91.6%). By and large (58.2%), parents and brothers physically abused the children. 38 subjects, all girls (32.5%) reported to having been sexually abused. A significant correlation was indicated between emotional and physical abuse with family financial status, birth order, mental illness and illicit drug addiction of family members and family social interactions. There was no significant correlation between the age of parents with physical and emotional abuse. Furthermore, no significant correlation was noted between the parents' occupation and level of education with emotional abuse. Results: Child abuse is prevalent and it is mostly implicated by the parents.

Cigarette Smoking & Students' Awareness of Effects

Evaluation of Tehran Pre-university Students' Awareness of Effects of Cigarette Smoking

Authors : N. Hatamizadeh, M.D., P. Ziayee, M.D., Sh. Dolatabadi, Ph.D.,R. Vameghi, M.D., S. Vasseghi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This project evaluated the level of awareness and attitude of students regarding the effects of cigarette consumption and its relation to cigarette smoking of pre-university students. Method: Research data was collected through a demographic and information questionnaire implemented on 4023 pre-university students (2018 girls and 2005 boys). The stu-dents were selected by random cluster sampling from 64 schools in the city of Tehran. Findings: 42% of the girls and 39.5% of the boys attributed at least one of the four effects of alleviation of worry and anxiety, mind strengthening, lessening fatigue, and modulating anger to cigarettes. The most prevalent belief in both groups was anger modulation. There was a significant correlation between the number of beliefs and

also the presence of each of the spoken beliefs with dependence and experience of cigarette consumption in both groups of girls and boys. Only 28% of the boys and 30.8% of the girls were aware of all the side effects of cigarettes like cancer, reduction of life expectancy, heart and blood illnesses, premature aging and skin wrinkling, peptic ulcer, and endangerment of bystanders' health. There was a significant negative correlation between the awareness of the number of spoken effects of cigarette consumption and knowledge of each of the effects with dependence and experience of cigarette consumption; this correlation was stronger in girls. Results: This study showed that awareness of harmful consequences of cigarette consumption may keep off adolescents and youth from this substance or reduce its consumption.

Vol.8 No.4, Spring 2003

Psychiatric Disorders, Athletes & Abuse Anabolic Steroids

- **Evaluation of Psychiatric Disorders among Athletes who Abuse Anabolic Steroids**

Authors : A. R. Ghaffari Nejad, M.D., F. Pouya, M.S., M.R. Nakhai, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The main objective of the present study was to evaluate the psychiatric disorders among athletes who abuse anabolic steroids. Method: In this cross-sectional descriptive study, 59 Kermanian athletes were randomly selected and assigned to three separate groups. They were assessed by SCL-90-R and compared with one another. Group one was composed of athletes with no prior history of anabolic ste-roids abuse; group two comprised athletes with current abuse of this substance, and group 3 included athletes who had abused the substance in the past but not currently. Findings: The point prevalence of all psychiatric disorders assessed for the three study groups were 60.97%, 78.48%, and 43.35% respectively. The scores of all scales except for phobic anxiety, paranoid ideation, and psychosis scales were higher among group two than the other groups. Results: Unauthorized usage of anabolic steroids as a method of doping can be harmful with possible unpleasant psychological consequences ensued.

Attachment Styles & Interpersonal Problems

- **An Investigation of the Relationship between Attachment Styles and Interpersonal Problems**

Authors : M.A. Besharat, Ph.D., M. Golinejad, M.A., A. A. Ahmadi, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study investigated the correlation between attachment styles and interpersonal problems. Method: 120 (60 women and 60 men) under-graduate students residing in Theran University dormitory were randomly selected as the subjects of the study. Subjects were to complete Adult Attachment Inventory (AAI) and Inventory of Interpersonal Problems (IIP). One way analysis of variance and Tukey test were used for this study. Finding: The results showed that subjects with secure attachment styles exhibited less interpersonal problems than subjects with insecure attachment style. Subjects with avoidant attachment style exhibitted less interpersonal problems than subjects with ambivalent attachment style. Results: The findings point to secure attachment as a primary need and its cross-generation transition.

OCD, Fluoxetine & Haloperidol

- **Comparison of Efficacy of Fluoxetine-Haloperidol vs. Fluoxetine-Placebo in Obsessive-Compulsive Patient**

Authors : Gh.R. Mirsepasi, M.D., A. Saliani, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was designed to investigate the possibility of dopaminergic involvement in obsessive-compulsive patients (OCD). Method: This double-blind study compared the efficacy of fluoxetine-haloperidol with that of fluoxetine-placebo in two groups, each comprised of 12 subjects. These subjects with obsessive-compulsive disorders were selected on the basis of DSM-IV diagnostic criteria; they were assessed by a demographic questionnaire and Yale-Brown Scale for evaluating obsessive-compulsive disorders. Findings: The results showed that the response to treatment in haloperidol-fluoxetine group was somewhat better than the fluoxetine-placebo group from the first week of the study. The difference was significant at the third visit (end of fourth week). Results: In addition to serotonin neurotransmitter system, dopaminergic system may play a role in pathophysiology of obsessive-compulsive disorder.

SCZ & Fluphenazine Decanoate

- **The Effect of Fluphenazine Decanoate Every 2 WeeksVersus 6 Weeks in the Treatment of Schizophrenia**

Authors : H. Khazaie, M.D., F. Habibi, M.D., N. Pourafkari, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: To reduce risks and still take advantage of the benefits of the medication, the purpose of this study was to investigate the possible application of longer intervals between injections of fluphenazine deconoate intramuscularly in treatment of schizophrenia and schizo-affective disorders. Method: In this double blind study, fifty patients with schizophrenia or schizoaffective disorders were randomly assigned to two groups of 25 patients. The first group received 25mg of fluphenazine decanoate every 2 weeks; the second group was treated every 6 weeks. The two groups were then evaluated by CGI, Quality of Life Scale, Level of Functioning Scale, BPRS, and Maryland Psychiatric Research Center Involuntary Movement Scale. Research data were analyzed by Chi-square and one-way analysis variance. Findings: The findings did not support a clear difference in relapse symptoms and side effects. Results: The use of injections of fluphenazine every 6 weeks instead of every 2 weeks increases the rate of patient compliance with treatment and also remarkably decreases side effects of antipsychotic drugs without increasing

relapse symptoms.

Ultra Rapid Detoxification

Ultra Rapid Detoxification: A Review of advantages and Disadvantages

Authors : R. Rostami, M.D., Sh. Sardar Pour Goodarzi, M.D., J. Bolhari, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of present study was to review the literature for advantages and shortcomings of ultra rapid detoxification. This method often is performed with naloxone and naltrexone with symptoms of withdrawal controlled under general anesthesia or deep sleep. Method: More than 70 full text articles were studied; they were looked up in Medline, from 1985 to 2002, using the key words, naltrexone, naloxone, ultra rapid detoxification, and treatment under general anesthesia. In the compilation of the present article, 42 related articles were used. Results: Adequate number of articles does not exist to merit an accurate judgment and an ultimate conclusion. Most evaluations lacked basic research standards such as having a control group or random sampling method; they only addressed various methods, dangers, and short-term results of the method. Other studies are recommended where they may compare methods, compare the treatment group with placebo, and possess comparable groups under-going treatments with comparable follow up times. Until new results are arrived, chronic and difficult users should be treated with alternative methods and patients with high motivation and short length of drug history may undergo treatment with naltrexone as discussed in the article.

Urbanized Areas & Mental Disorders

Epidemiology of Mental Disorders in Urbanized Areas of Natanz

Authors : A. Omidi, M.A., A. Tabatabai, B.A., S.A. Sazvar, B.A. ,G. Akkashe, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was an epidemiological assessment of mental disorders among 15 years or older residents of urbanized areas of the town of Natanz. Method: This was a cross sectional and retrospective study. By using existing files in the mental health network, 650 families randomly and systemically were selected and their members' gender was identified as the subjects of the study. Data were gathered in two stages; at first, randomly one person from each family, 650 were selected to be assessed by General Health Questionnaire (GHQ-28). In the second stage, 62 man and 107 women whose GHQ scores were above the cut off point were further evaluated by clinical interviews on the basis of DSM-IV criteria. Findings: This study showed that the epidemiological rate of mental disorders is 17.2% for men and 31.3% for women. Significant correlations were obtained between subjects' mental disorder with their age, sex, level of education, marital status, employment status, and family history of illness. The most prevalent disorders were dysthymia (5.8%), generalized anxiety (5.3%), and depression (3.3%). Results: Deficiency in affection, financial insufficiency, and prior history of mental illness in the family increase the likelihood of mental disorders particularly the mild ones.This study showed that the prevalence of mental disorders in the examined town (24.2%) was above the findings of other studies.

Mental Disorders & Pregnancy

Screening Mental Disorders in Pregnancy

Authors : M. Mangoli, M.A., T. Ramezani, M.A., S. Mohammad Alizadeh, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study was conducted to screen cases suspected of mental disorders among pregnant women referred to health services centers and private midwifery clinics in the town of Shahr-e-Babak. Method: Data were collected by SCL-90-R performed on 400 pregnant women and then analyzed and interpreted through descriptive statistical, test, Mann Whiteny, one way analysis of variance and Kruskal Wallis. Findings: The point prevalence in total was demonstrated at 32%. The highest and the lowest rates of prevalence respectively were interpersonal (44.3%) and psychosis (10.3%). Mean comparison of dimensions of SCL-90-R indicated a significant difference at least in one dimension with the following variables: gestational age, ranking in pregnancy, occupation, number of children, unplanned pregnancy, infertility history, importance of fetal sex for woman or her husband, husband's education and employment, worried about beauty, lack of familial support, unavailability for health care services, stressful events and high risk pregnancy factors. Results: The prevalence of mental disorders in pregnant women is higher than the general population.

Marital Satisfaction & Factors Related

Marital Satisfaction and Related Determining Effectual Factors in Shiraz

Authors : A. Mirahmadizade, M.D., N. Nakhai Amroodi, M.D., S.H. Tabatabai, M.S. ,R. Shafieian, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research examined the factors related to marital satisfaction. Method: 127 volunteers filling for divorce and 1670 married individuals from normal population with no prior history of divorce were studied by Marital Satisfaction Questionnaire which comprises four scales, attractiveness, rapport, attitude, and investment. Findings: The study showed that in the divorce group the years of marriage and education, mean age at the time of marriage, and the number of children were less than the other group. In a multivariate analysis, the most significant relationship factors related to marital satisfaction included investment, attitude, and rapport. Results: Marital satisfaction was greater among those who were older and had higher level of education at the time of marriage. Marital satisfaction is greater among couples who have mutual respect for each other and possess both communication skills and more rapport. Attractiveness alone is less effectual on marital satisfaction than investment, positive attitude, and rapport.

Job Satisfaction & Mental Health

Job Satisfaction and Mental Health among the Employees of a General Hospital

Authors : S. Habib, M.D., M.A. Shirazi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of this study was to assess job satisfaction and mental health among employees of Hazrat-e Rasoul Hospital Complex. Method: The research sample included 300 hospital nursing and administrative employees (252female and 48 male) who completed Job Satisfaction and General Health Questionnaires. Research data were analyzed by descriptive statistic methods and correlation coefficient. Findings: This study showed that on the whole 61% of employees were satisfied and 39% were unsatisfied with their jobs. The rate of job satisfaction in nurses was significantly lower than the administrative employees. In both groups, the greatest aspects of job satisfaction were expressed in relation to higher ranking workers and the nature of the work; the least satisfactory dimensions of the job were salary, fringe benefits, and possible awards and bonuses. A negative correlation was obtained between job satisfaction with the level of education. There was not a significant correlation between job satisfaction with age, sex, marital status, and history of employment.The total score of General Health Questionnaire for 53.3% of the sample was out of the normal range and also negatively correlated with the level of job satisfaction. In addition, the lowest level of mental health and job satisfaction was seen in nurses who worked in CCU, ICU, surgery rooms, and internal medicine wards. Results: There is a correlation between low level of job satisfaction and increasing mental disorders.

The Sources of Inspiration & Cancer Patients

The Sources of Inspiration and the Level of Hope among Cancer Patients

Authors : T. Pourghaznein, M.A., P. Hoshmand, M.A., E. Talasaz Firouzi, M.D.,H. Esmailli, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was designed to determine the sources of inspiration and the variables related to the level of hope among cancer patients in Omid Hospital, city of Mash-had in 1999. Method: This analytic-descriptive assessment was carried out on 100 cancer patients from chemotherapy and radiotherapy wards as well as the clinic of Omid Hospital who were willing and able to take part in the study. The matchpairs method was utilized to sample two groups, one currently under treatment and the other already having completed a full treatment course. The data were collected by a demographic questionnaire, the Herth Hope Index, semi-structured interview, and an openended question. The data was analyzed by descriptive and inferential statistics. Findings: Patients considered God, family, interaction and communication with the physicians and nurses, lack of physical ailments, and material supplies as the sources of inspiration. The finding also indicated that variables such as completion of a full treatment course, social support, and religious beliefs have significant effects on the level of hope. Results: Reinforcing religious beliefs, social support, financial securety, as well as signifying the significance of hope for the patients, and promoting communication and appropriate interaction of the physicians and nurses with the patients could enhance the level of hope among cancer patients.

Vol.8 No.3, Winter 2003

Anxiety Disorders

Prevalence of Anxiety Disorders in Tehran City

Authors : H. Kaviani, Ph.D., S.A. Ahmadi Abhari, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This research investigated the prevalence of anxiety disorder among Tehranian population ages 20-64 years in summer and winter 1999-2000. Method: 1070 Tehranian were selected by random cluster sampling method and then they participated in screening anxiety test (Beck Anxiety Inventory).Those, whose scores were higher than the cut of point in anxiety inventory, were psychiatrically interviewed. In case of presence of disorder, its type was determined. The interviewers were blind to the result of patient's anxiety test. Findings: The results showed anxiety disorders in about 15% of subjects and also revealed anxiety level among women subjects is two to three times as much as men. Results: The current research presents similarities and differences in comparison with previous studies.

OCD, Fluoxetine & Clomipramine

The Effects of Fluoxetine and Clomipramine on Blood Sugar, Cholesterol and Weight of Obsessive-Compulsive

Authors : M.R. Mohammadi, M.D., F. Momeni, M.A., R. Torkzaban, Pharm.D., P. Ghaely, Pharm.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Evaluating the effects of fluoxetine and clomipramine on fasting blood sugar, triglyceride, cholesterol, weight, and liver function of obsessive-compulsive of Iranian children and adolescents. Method: 30 patients (7-17 yrs.) referred by Roozbeh Hospital with the diagnosis of obsessive-compulsive disorder (OCD), were selected as the subjects. Clinical interviews based on DSM-IV, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOS) and Maudseley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) was used for the purpose of diagnosis. The sub-jects were randomly assigned to two groups; each composed of 15 subjects. For a period of 8 weeks, in a double blind clinical trial, one group received fluoxetine and the other group received clomipramine. The first group started with 10 to 20 mg. of fluoxetine; the dosage was ultimately increased to 20-60 mg. per day in the second week. The second group received 25 mg. of clomipramine in the beginning and then in the second week, it was raised up to 75-200 mg. per day. The severity of OCD was measured by YBOS and MOCI at the beginning and end of the study. Triglyceride, Cholesterol, fasting blood sugar, and weight were first measured at the initial phase, and then two, four, and 8 weeks after the initiation of the medi-

cation. The results were analyzed by descriptive statistics and t-test. Finding: This study showed that fluoxetine decreased fasting blood sugar, cholesterol, and triglyceride significantly; fluoxetine increased the density of ALP of liver function. On the other hand, clomipramine decreased fasting blood sugar, cholesterol, and triglyceride; but had no effect on ALP of liver function. Both fluoxetine and clomipramine caused an increase in the density of SGPT and SGOT of liver function. Whereas after eight weeks of treatment, fluoxetine had little impact on the subjects' weight, clomipramine significantly increased their weight.

Depression & Hemodialysis

Prevalence of Depression in Hemodialysis Patients of Shahid Hashemi Nejad Hospital

Authors : M. Salehi, M.D.*, A. Noormohammadi –Sarab, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objective: The purpose of this research was to determine the prevalence of depression in patients undergoing hemodialysis and also to prevent and treat depression by clarifying the risk factors for these patients. Method: 60 patients (21 men, 39 women) who had undergone hemodialysis were selected as the subjects of the study by convenient sampling. A demographic questionnaire and Beck Depression Inventory were used to collect data; the results were then analyzed by c2 statistical test. Findings: In this study, 50% of the subjects were afflicted with depression; of which, 33.3% suffered from mild depression, 15% from moderate depression, and 1.7% suffered from severe depression. There was no significant differrence between the two groups of depressed and non depressed patients across gender, age, marital status, and duration of dialysis factors. There was however a negative correlation noted between the level of education and depression. Results: Considering the high prevalence of depression, attending to the mental health of dialysis patients is indispensable in the area of depression. Specific plans need to be executed to prevent and treat their depression.

Opioid Detoxification, Baclofen & Clonidine

Baclofen and Clonidine in Opioid Detoxification

Authors : S.A. Ahmadi Abhari, M.D., A. Sha'bani, M.D., S. Akhundzadeh, Ph.D., S.M. As'adi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was conducted to evaluate the efficacy and side effects of baclofen and clonidine treatments in opioid detoxification. Method: 66 subjects from an outpatient setting diagnosed with opium dependency (based on DSM-IV) took part in a double blind study. Randomly 32 and 34 subjects were assigned to take respectively baclofen and clonidine for 14 days. Findings: Both drugs showed similar efficacy in regards to physical and mental symptoms of withdrawal syndrome. No significant difference was noted between the two groups on depression and anxiety scales. The side effect profiles of the two groups were more or less the same except for "vomiting" and "euphoria" which were more significantly evident in the baclofen group. Results: Baclofen can be invariably considered as an equivalent of clonidine, in opium detoxification.

LMT, ERET, Relaxation & Anxiety

Effectiveness of Lazarus Multimodal Therapy, Elice Rational Emotional Therapy and Relaxation on Decr

Authors : E. Biabangard, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The current research was conducted to compare the effectiveness of Lazarus Multimodal Therapy, Ellis Rational Emotive Therapy, relaxation, and placebo on decreasing students' test anxiety. Method: 92 high school students suffering from test anxiety were selected as the subjects of the study.They were clients of counseling centers affiliated to Ministry of Education and National Youth Center in Tehran. Using simple random method, the subjects were assigned to five treatment groups: Lazarus Multimodal Therapy (n=20), Ellis Rational-Emotive (n=18), relaxation (n=19), placebo (n=17), and control group (n=17). After ten treatment session (two 50 minutes weekly sessions) for each group, the students' test anxiety was assessed once again. The data was analyzed by using multigroup pre-post test experimental design and analysis of variance. Findings: The findings revealed that the four therapeutic methods were more effective in reducing anxiety than the control group. There was no significant difference between Lazarus Multimodal Therapy and Ellis Rational Emotional Therapy. Lazarus Multimodal Therapy was significantly more effective in reducing anxiety than relaxation, placebo, and control groups. There was no significant difference between relaxation therapy and placebo method in reduction of anxiety. Results: Four therapeutic methods in this research significantly were more effective than control group.

SCZ & Semantic Network Disorder

Semantic Network Disorder in Schizophrenia: Semantic Priming with Simultaneous Presentation of two

Authors : H.R. Naghavi, M.D., V. Sharifi, M.D., R. Kormi-Nouri, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was designed to investigate the automatic activation of sematic priming in schizophrenic patients. Method: 36 schizophrenic patients and 36 normal subjects participated in two experiments. In experiment one, the effect of semantic relation on identification of degraded targets was examined between a series of single prime words and single target words presented in a typical semantic priming paradigm. To restrict the priming to automatic processes, in experiment two, series of two primes were presented simultaneously instead of one. Both primes were related to the target, and the effect of semantic relation between two primes on identification of degraded targets was examined. Finding: In experiment one, both groups demonstrated semantic priming effect for related words; there was no significant difference between the two groups. In experiment two, semantic relation between two primes resulted in a significant priming effect in normal subjects, but not in schizophrenic patients. Results: This study showed that schizophrenic subjects have

difficulties in automatically activating related words in their semantic networks. Restricting semantic priming to automatic processes can suggest a way to resolve the inconsistencies in studies with schizophrenic subjects.

Personality Disorders & Male Prisoners

The Prevalence of Personality Disorders in Male Prisoners of Shahr-e-Kord Prison

Authors : H. Palahang, M.A., S.B. Vakilzadeh, M.D., F. Deris, M.S.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of the present study was to determine the prevalence of personality disorders in male prisoners in Shahr-e-Kord prison. Method: 203 men, 16 years or older were selected through a systemic random procedure as the subjects of the study. They were then assessed by a clinical interview checklist based on ICD-10 diagnostic criteria. Where there was a discrepancy on diagnosis, MMPI-2 was used as an aid. Findings: The prevalence of personality disorder was 55.2% amongst the subjects. The most prevalent disorders were antisocial personality disorders (18.2%), schizoid personality disorder (8.4%), and dependent personality disorder (8.4%). They were followed by borderline (7.4%), mixed (3.4%), histrionic (3%), obsessive (3%) and paranoid personality disorder (2.5%). The results also indicated that the prevalence of personality disorder based on the sort of crime was the highest amongst the robbers, (64.1%) followed by inmates incarcerated for drug addiction, murder, drug dealing, and fraud respectively at 60.9%, 55.6%, 55%, and 40.9%. There were also a significant correlation between the subjects' marital status, educational level, and age with personality disorders. Results: The high prevalence of personality disorders among prisoners suggests a broader investigation and prevention measures by judicial system, prison authorities, and medical personnel.

Perfectionism, Need for Approval & Depression

Surveying Schematic Mental Model, Perfectionism and Need for Approval, in Depression

Authors : N. Samkhaniani, M.A., R.Yazdandoost, Ph.D.,A.A. Asgharnejad Farid, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of this research is to investigate two different perspectives on depressive thinking. One viewpoint considers depression as a reflection of increasing general accessibility of negative constructs and depressive memories; the other defines depressive thoughts as a reflection of changes at a more general level of cognitive representation. Method: 54 subjects selected by convenient sampling method took part in the study. They were assigned to the following three groups: 18 patients suffering from major depression, 18 patients suffering from obsessive-compulsive disorder, and finally 18 normal subjects composing the control group (10 female and 8 male in each group). To investigate contrasting predications from the two perspectives, depressed patients, obsessive patients, and normal control groups responded to Dysfunctional Attitude Scale (DAS), perfectionism, DAS-need for approval, and Sentence Completion Task. Findings: The result of one-way analysis of variance showed a significant difference between depressed, obsessive, and normal groups on Sentence Completion Task and DAS-need for approval test. Furthermore, the follow up Tukey test indicated a significant difference between depressed and the normal groups; there was not a significant difference between depressed and obsessive groups. Results: The results supported schematic mental prediction. Since schematic model was established for perfectionism and need for approval in obsessive patients, its exclusive explanation for depressed patients may not be confirmed.

Music Therapy, Relaxation & Anxiety

The Effect of Music Therapy and Relaxation on Hospitalized CCU Patients' Anxiety

Authors : Y. S. Vahabi, M.S.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of this research is to investigate the effect of music therapy and relaxation on hospitalized CCU patients' anxiety. Method: The subjects of the study were 90 patients hospitalized in one of the teaching hospitals in Tehran. The subjects were assigned randomly to three groups: music therapy, relaxation, and control. Data were collected via demographic information and Spielberger Questionnaires. For the music therapy group, a non-lyric tape was used; for the relaxation group a cassette player with headphone was used to play relaxation music for 30 minutes. Both before and after audio tape trial, Spielberger Questionnaire was completed by music therapy, relaxation, and control groups. The differrence in anxiety scores assessed before and after the intervention determined the efficacy of music and relaxation tapes. Findings: The findings showed that both music therapy and relaxation method significantly reduced anxiety among the subjects. The level of control group's anxiety was not reduced in post-test assessment: Results: Hearing music and relaxation tapes reduce patient's anxiety.

Down Syndrome, Cerebral Palsy, Macrocephaly & Children

Zinc Hair Concentration in Children Suffering from Down Syndrome, Cerebral Palsy, Macrocephaly

Authors : H I. Nourmohammadi, Ph.D., F. Raiei, M.S.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of this survey was to compare the amount of zinc concentration between normal children and the children suffering from Down syndrome, cerebral palsy, micro-macrocephaly, and hydrocephaly in Iran. The correlation between zinc concentration and the spoken syndromes was further assessed. Method: In the present study, the hair sam-ples were used to estimate zinc concentration. Whereas many pathological conditions are associated with alteration of scarce elements in hair, samples of both normal children and patients were analyzed by atomic absorption spectrophotometery. Findings: The patients had significantly higher level of zinc concentration in hair samples than normal

children. Results: Considering the dietary of the children in the study, this increased level of zinc could not be attributed to qualitative dietary intake. Therefore, such a high accumulation of zinc uptake could be due to the very syndromes from which the children are suffering; this could lead to receiving or using cellular substances such as albumin, transferrin, or other related proteins.

Vol.8 No.2, Fall 2002

Personality Traits & Panic Disorder

Personality Traits in Patients with Diagnoses of Panic Disorder

Authors : H. Haghshenas, Ph.D. , S.M. Mousavi Nasab, M.D., R.Farnam,M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was conducted to investigate the personality traits which may have a negative impact on patients' performance, health, and occurrence of panic disorder as well as its process and prognosis. Method: 51 subjects diagnosed with panic disorder were compared with 51 normal subjects through NEO Personality Inventory- Revised (NEO PI-R). Findings: The findings indicated that subjects suffering from panic disorder were more susceptible to experiences of anxiety, depression, aggression, guilt-feeling, and stress. They were less extraverted, but as capable of controlling their impulses as normal subjects; they prefer to have a stable life, and are not interested in experiencing adventures. Results: The study demonstrated that the personality traits of the subjects diagnosed with panic disorder more likely correlates with those of the Cluster C of personality disorders.

Depression, Anxiety & Surgical Wards

Prevalence of Depression and Anxiety among Patients in Internal and Surgical Wards

Authors : T. Nazari, M.A. , M.T. Yassemi, M. D., M. Doust-Mohammadi, B. A.,K. Nematzadeh Mahani, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study was designed to determine the rate of prevalence of depression and anxiety among the patients in internal and surgical wards, and further to illustrate the correlates of these disorders with the population sample. Method: 250 in-patients of Internal and Surgical wards of General Hospital No.1, and Bahonar General Hospitals of Kerman University of Medical Sciences were selected through convenient sampling during a four month period. They were assessed through a questionnaire, which comprised 23 items related to depression and anxiety dimensions of SCL-90-R. The data were analysed through t-tests, analysis of variance, ANOVA, and Chi square. Findings: Analysis of prevalence of depression indicated that the highest rate of affliction belonged to the female patients in Internal ward with 71%; the male patients in Surgical Ward obtained the least rate of prevalence of depression with 39%. The average rate of prevalence of depression in various wards was 53.6%. Prevalence of anxiety was highest among female patients in the Internal wards (65%). Male patients in Surgical ward obtained the lowest rate of prevalence of anxiety. The average rate of prevalence of anxiety in various wards was 50.4%. Regardless of gender, depression and anxiety were found to be more prevalent in internal wards than the surgial wards. Moreover, the difference between prevalence of anxiety in the two wards was statistically significant, and the rate of prevalence of anxiety was greater in internal ward than in surgical wards. Results: Depression and anxiety are more prevalent amongst the inpatients than the general public and the inpatient woman indicated the higest rate of prevalence of depression and anxiety than the other groups.

Mental Health & Fasting in Ramadan

Mental Health and Fasting in Ramadan

Authors : S. Sardarpour Goudarzi, M. D., A. Sultani Zarandi,M. D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study was conducted to evaluate the correlation between fasting in the month of Ramadan and mental health. Method: 75 seemingly healthy Moslem men intending to fast in Ramadan 1418 lunar calendar (1376 solar calendar, 1997 Christian calendar) as they had in the previous years were studied in a two-month period. The subjects' mental health was assessed through SCL-90-R at three stages, once in the beginning of Ramadan, then at the end of Ramadan, finally a month later. The data were analyzed through t-tests. Findings: The average scores of the subjects who fasted in Ramadan showed significant difference across all scales at the end of Ramdan as well as a month later. Fasting in Ramadan only significantly reduced the average score on the scale paranoia. The reduction was still significant at the follow up, a month after Ramadan. The study demonstrated that the scores obtained by the married subjects on obsession, compulsion, and paranoia scales were higher after Ramadan as compared to single subjects; the reduction of paranoia and the overall coefficient of symptoms were greater among the employed fasting subjects than their unemployed counterparts. Results: Fasting in Ramadan reduces some mental disturbances, but such reduction are not significant in most cases. There is a need for more controlled studies.

Spinal Cord Injury (SCI), Social Relationships & Depression

Stress Coping Strategies and Social Support in Depressive Veterans with Spinal Cord Injury

Authors : A. Ebrahimi, M.A., J. Bolhari, M.D., F. Zolfaghari, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Considering the role of internal resources, such as coping strategies, and external resources, such as social support, in the adaptation strategies employed by patients suffering from spinal cord injury (SCI), the present study was designed to examine the relation between coping strategies and the quality of social relationships with depression among veterans with SCI. Method: 70 home-staying veterans with spinal cord injury were randomly selected as the subjects of the

study. They were assessed through CS-R, QRI and BDI scules. The data were then analyzed through t-tests and Chi square. Findings: The findings showed that veterans with lowest degrees of depression significantly used effective and focused coping strategies, such as resorting to religion, active coping, planning, seeking social support, and positive interpretation. Moreover, veterans with highest degrees of depression enjoyed less social support and reported to having more interpersonal problems as compared to those with lowest degrees of depression. In addition, employment and volunteer service at the front (an index of belief and focused internal control) proved to be much less related to depression. Results: The results demonstrated the effective role of social support and special coping strategies in reducing depression, improving feelings, and enhancing tolerance for the complications and consequences of severe injuries such as SCI.

Controlling Thoughts & Depression/Anxiety-Inducing Mental Images

The Impact of Teaching Environmental Control, Attention Diversion, and Thought Stopping in Reducing

Authors : M. Nazer, M.A., A. R. Sayyadi, M.A., E. Khaleghi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study focuses on the techniques of controlling thoughts and depression/anxiety-inducing mental images such as attention diversion and thought stopping to control thoughts and mental images related to craving of opiates. It also attempted to clear and control the subjects' environments to prevent possible temptation. Method: This study followed an experimental design. The subjects were selected from an available sample and randomly assigned to an experimental group and a control group, each comprised of 30 subjects. For a period of three weeks, the subjects in the experimental group were provided with twice a week training sessions of an educational program on environment control, attention diversion, and thought stopping, with each session lasting 35 minutes. The control group received the normal treatment used in the clinic. A 30-item questionnaire to obtain demographic information along with a daily scale to determine the frequency of temptations as well as its duration were utilized. Findings: The results showed that after 6 months, 19 out of 30 subjects in the experimental group were “clean”, from opium whereas in the control group the number of “clean” subjects in the same period was 4 out of 30. During the 6th month, the daily average frequency of using thoughts was 0.89 in the experimental group; in the control group it was 1.1, the difference of which was not statistically significant. The duration of such thoughts in the 6th month was 5.8 minutes per day for the experimental group, and 38.7 minutes for the control group; this difference was significant. Results: Training on cleaning the environment, attention diversion, and thought stopping keeps more subjects clean in the experimental group up to six months. It also reduces the duration of temptations, but does not lead to any significant difference in the daily frequency of temptations. In general, application of this technique reduces temptation and craving.

Worries of Anxious, Normal Children & School

Comparison of the Worries of Anxious and Normal Children in the Schools of Dashtestan

Authors : S. Mofrad, M.A., M.K. Atefvahid, Ph.D., S.A. Bayanzadeh, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was designed to compare the worries of anxious children to that of normal children in the town of Dashtestan in Booshehr Province. Method : This was a post-hoc study conducted in two phases. In the initial phase, the validity and reliability of the research tools were assessed. In the main phase, the tests were administered on the subjects; next the collected sets of data were compared to one another. The anxious group was comprised of 30 subjects, (17 girls, 13 boys). In the normal group, there were 50 subjects (26 girls, 24 boys). Both groups were matched in terms of sex, age, and level of education. The age of the subjects ranged from 8 to 14 years, and their level of education ranged from the 2nd grade of primary school to 3rd grade of junior high school. The instruments used in the study were List of Children’s Worries , Children’s Worries Questionnaire, and Revised Children’s Anxiety Scale. Findings: The study indicated a significant difference between the normal & anxious children in terms of anxiety indices; the anxious children were more worried than the normal subjects. Further examination of the impact of age and sex on anxiety indices showed that older children were more worried about their personal performance, whereas younger children were more worried about personal injury.The frequency of worrisome matters was greater among boys than girls. The review of anxiety indices in the different groups of subjects demonstrated no significant relationship between type of illness and anxiety indices.

MH, Middle Persian & Psychopathology

Psychopathology and Mental Health in Middle Persian Manuscripts

Authors : T. Ghaderi, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was designed to trace the literature related to the history of psychopathology and mental health in Middle Persian manuscripts. Method: The method consisted of library research into the hand written manuscripts and the collection of Middle Persian (Pahlavi) texts dating back to some fifteen hundred years ago. Findings: The frequency of the term ravan (psyche) and its lexical combinations reveal the basis of psychopathology, techniques of mental health care, and the history of psychology in ancient Persia.

Vol.8, No.1, Summer 2002

Psychiatrist Manpower in Iran

Psychiatrist Manpower in Iran: A Planning Evidence

Authors : A. Ardalan, M.D., D. Shahmohammadi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: The purpose of human resources planning in the health services system is to account for a sufficient number of efficient manpower in all the needed professions, who are appropriately distributed in terms of geographical, gender, and organizational parameters. Any inadequacies in such planning will lead to lack of coordination between supply and demand. Planning for psychiatrist manpower follows the same rule. The changes in social, cultural, and economic conditions, followed by an increase in the intensity of mental disorders more than ever before calls for extended implementation of mental health programs and careful attention to proper human resources planning, which plays a governing key role in the success of such programs. The purpose of this article is to examine the various aspects of human resources planning in Iran. In this regard, it presents an assessment of the present conditions of manpower in Iran, a critique of reviews implemented in this area, a survey of the number of psychiatrists and its ratio to the population as compared to other countries, and the significant factors affecting the need for psychiatrists. Finally, appropriate suggestions are provided with regard to the lack of an existing integrated planning system, and the lack or inadequacy of the data required for future policy making in the country's mental health and treatment system.

Depression, Sexual Abuse & Street Children

Epidemiology of Depression and Sexual Abuse among Street Children

Authors : H.R. Ahmad Khaniha, M.D., Sh.Turkman Nejad, M.D.,M.M. Hussaini Moghaddam, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study reviews the prevalence of present as well as prior history of sexual abuse and depression among the street children of South Tehran. Method: Using K-SADS, 87 street children as the subjects of the study from District 12 of Tehran were screened for depression. The prevalence of their experience of sexual abuse was assessed through clinical interviews. The average age of the subjects was 11 years. 56 children (64%) were boys and 31 children (36%) were girls. Findings: The results showed that 26 girls (86.7%) and 27 boys (48.2%) were diagnosed with depression. Significant co-relations were indicated between depression and the following variables: fathers' history of imprisonment, fathers' unemployment, and family income provided by someone other than the father. The findings also demonstrated that 18 subjects (20.9%) had been victims of sexual abuse; in 55.5% of the cases, the abuse was committed by a stranger. No significant co-relations were found between sexual abuse with depression, drug abuse, cigarette smoking, or other variables under study. Results: The high prevalence of depression and sexual abuse among homeless children demands serious attention from both governmental and non-governmental organizations in provision of protection and education for these children. Special attention invested in this stratum of the society is quite indispensable in the eradication of venereal diseases and the prevention of the spread of AIDS.

Illicit Substance Dependence & Treatment

Factors Contributing to Illicit Substance Dependence among Treatment Seeking Addicts in Tabriz

Authors : M.A. Ghoreishizadeh, M.D., K. Torabi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives:This study examined the leading factors causing drug abuse initiation and further continuation and relapse of illicit drug use by treatment seeking addicts in Tabriz Self-Referred Welfare Center. Method: Among those referring to the Center, 200 male addicts were randomly selected as the subjects of the study. The necessary information was collected through semi-structured psychiatric clinical interviews and a questionnaire on epidemiology as well as etiology of substance dependence. Findings: The findings demonstrated that the highest number of subjects (46%) fell in the 25 to 34-age range group; 65% possessed education below high school diploma and 78% were married. The most common substance used was opium (80%). As for the causation of substance abuse, the most common responses were in the following categories: peer pressure and interaction with unsuitable cohorts (28%), Enjoyment and recreational use (26%), Physical discomfort and pain relief (19%), Psychological pressures and life stressors (13%). The factors contributing to the maintenance and continuation of drug abuse were found in the categories of Feelings of dependence (20%), Inability to tolerate withdrawal symptoms (28%), Euphoric effects (15.5%), Elimination of anxiety and stress (12.5%), Self confidence (11%), Concentration, thinking and working capacity (13%). The factors leading to relapse after some periods of abstinence included Mental stress ensuing from withdrawal (45%), Banishment by the family (10%), Peer pressure (22%), Feeling of loneliness and social ostracism (8.5%), Unemployment (6%), and Depression (8.5%). Results: This study demonstrated that various biological, psychological, and social factors contribute to different levels of illicit substance dependence.

Addiction & Opium Dependent Patients

Demographic Features of Opium Dependent Patients with Successful Withdrawal Attempts at RUMS Outpati

Authors : A.R. Sayyadi Anari, M.A., A.Esmaili, M.D., M.Nazer, M.A., E.Khaleghi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of the study was to examine the role of individual and social factors in continuation of treatment as well as relapse for opium dependent patients. Method: 920 upload dependent patients admitted to the self-referring clinic at the Rafsanjan University of Medical Sciences (RUMS) were selected through random sampling as the subjects of the survey. In an ad hoc study, the subjects were monitored through a six-month follow up period. The data were collected through an demographic questionnaire. Findings: The results indicated 28.7% of the subjects had successful opium withdrawal, but 15.7% of them relapsed in less than 6 months, and only 119 subjects (12.9%) remained clean at the 6- month follow-up screening. In addition, there were significant

differences found between the successful withdrawal group, unsuccessful withdrawal group, and the relapsed group across the following parameters: age, employment, marital status, ownership of a place of residence, type of opium, the usage route, daily dosage, initiation age, experience with other drugs, prior experiences with injection and abstinence. Results: Successful treatment cannot be judged with reference to a single variable; rather, there are a number of intervening factors that determine the prognosis of treatment, of which the addict's personal and social characteristics constitute only a part.

Forgiveness Treatment & Emphasis on Islamic Perspective

Forgiveness Treatment with an Emphasis on Islamic Perspective:A Case Study

Authors : M. Khodayari Fard, Ph. D., B. Ghobari Bonab, Ph. D., A. N. Faghihi, Hujjat-Ul-Islam, Ph.D.,Sh. Vahdat Torbati, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present article examines the application of "forgiveness" with an emphasis on Islamic perspective as a treatment method to improve interpersonal relationships and to enhance problem-solving skills in the resolution of difficulties and internal conflicts such as resentfulness toward others in particular. Method: The study was conducted as a library research and a testimonial report of two case studies in which the spoken treatment had been used. Findings: The findings demonstrated that by using this method, the resentful subjects were able to gradually replace their negative thoughts and feelings toward others with positive ones. Results: Forgiveness treatment-method is effective in reconciliation of the feelings, thoughts, and behaviors of the resentful; it improves relationships with others. This method seems to be more effective for those who have stronger religious inclinations.

Personality Disorders & Educational-Treatment Cent

Prevalence of Personality Disorders among the Hospitalized Patients at an Educational-Treatment Cent

Authors : J. Shakeri, M.D., Kh. Sadeghi, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of the present study was to examine the comorbidity of personality disorders with mental disorders that are focus of clinical attention. Method: 203 hospitalized patients (124 male and 79 female) at the psychiatric ward of Farabi Educational-Treatment Center in Kermanshah were selected from an available sample as the subjects of the study. A symptom check list was used to review the patients' psychiatric symptoms based on DSM- IV diagnostic criteria. Findings: 67.5% of subjects were found to suffer from co-existing personality disorders. Some of the most common dually diagnosed disorders were as follow: schizoid personality disorder with schizophrenia (25.8%), paranoid personality disorder with psychosis (48.3%), narcissistic personality disorder with bipolar (38%), borderline personality disorder with major depression (61.2%), and antisocial personality disorder with drug-dependency (29.5%). Moreover, personality disorders were found to be more prevalent among the following groups of subjects: women, literate, younger, unemployed, third born or younger children of the family, patients whose parents were relatives, patients with personal or family history of psychiatric disorders, and subjects in higher socio-economic classes.

Diabetes Mellitus & Bipolar Disorder

Prevalence of Diabetes Mellitus in Hospitalized Patients with Bipolar Disorder

Authors : A.Firouzabadi, M.D., T.Momen, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study was implemented to investigate the prevalence of Diabetes Mellitus in the hospitalized patients suffering from bipolar disorder in Shiraz. Method: The subjects were 384 bipolar patients (192 female and 192 male) hospitalized in the psychiatric wards of Ibne'Sina and Hafez hospitals in Shiraz. The subjects' age range was between 13 to 85 years; their history of diabetes was evaluated and then compared with the general population in terms of prevalence of the disorder. Findings: 7 females and 9 males were diagnosed with diabetes, of whom only one was diagnosed with type II diabetes. The prevalence of diabetes among the population under study was 4.2%, which was significantly different from that of the general population. Results: The study implies that the comorbidity of the two disorders might be due to genetic inheritance, a cause-effect relationship, the presence of a shared disorder involving specific brain areas, or the effect of the medication.

OCD & Guilt Feeling Signs

Optional Bias toward Guilt Feeling Signs in the Course of Information Processing in Obsessive-Compul

Authors : Gh. Naziri, M. A., B. Birashk, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was designed to examine the bias toward signs related to guilt feeling in the course of information processing in obsessive-compulsive patients. Method: Within the framework of a quasi-experimental design, 20 obsessive-compulsive patients through a Stroop Test were compared with 20 depressed and 20 normal subjects. Findings: The findings of the study demonstrated that the obsessive-compulsive patients took more time to read guilt related color-signs; the depressed subjects too showed the same delay when compared to the normal group. No significant difference in lapsed time was noted among the three groups in relation to the signs lacking emotional load. Results: The results verify previous research findings concerning obsessive-compulsive disorder, which emphasize the role of guilt feeling as a foregrounding, exposing, or maintaining factor in this disorder. The clinical advices derived from the results of this research are to take notice of this symptom in the cognitive treatment of obsessive patients and attempting to reduce it.

ECT & Attitude of Nurses

Knowledge and Attitude of Nurses Regarding ECT among Staff at a Psychiatric Hospital

Authors : S. Mehrabian, M.A., S. Mohammad Alizadeh, M.A.,M.R. Bahrampour, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Although widely used in treatment of some mental illnesses, electro-convulsive therapy (ECT) still receives negative reactions, even from medical and nursing communities. The purpose of the present study was to determine the knowledge and attitude of the nursing staff at Shahid Beheshti Psychiatric Hospital in Kerman toward ECT, and their method of care for patients under ECT treatment. Method: 80 staff members of the spoken hospital were the subjects of the study. Reviewed by an aid of a questionnaire developed by the researcher, the staff's method of care was observed before, during, and after 80 consecutively conducted ECTs. Findings: The results demonstrated that most subjects were female (78.7%), married (73.8%), under 31 years of age (46.3%), and held a B.A. (or higher) degrees (51.3%). The subjects collectively responded correctly to 47.8% of the questions; 67.3% was reached on the attitude test score. A comparative analysis of the attitude scores based on demographic features, showed a statistically significant difference in terms of age, sex, and working experience, so that staff members who were older and had more working experience obtained lower attitude scores. Results: The nurses' limited knowledge of ECT and their slightly negative attitude toward it calls for ECT education for nurses.

POC & Pharmacological Treatment

The Impact of Pharmacological Treatment on Personality Disorders of Obsessive-Compulsive Patients

Authors : M. Dadfar, M.A., K. Malakouti, M.D., J. Bolhari, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was designed to examine the changes in the diagnosis of personality disorders of obsessive-compulsive patients following a pharmacological treatment. Method: In a quasi-experimental design, 30 obsessive-compulsive patients (15 with and 15 without personality disorders) selected from an available sample, received pharmaceutical treatment for a period of three months. The tools used for this study included a demographic questionnaire, Hamilton Rating Depression Scale, Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale, and MCMI-II. The subjects were matched in term of variables affecting treatment. The data were analyzed through a t-test, X2, Mann-Whitney and Wilcoxon statistical methods. Findings: No significant difference was found in the number of personality disorders diagnosed before and after treatment in either group of obsessive-compulsive patients (with and without personality disorders). However, as a result of a personality trait comparison, a significant difference was indicated between the aforementioned groups before and after treatment. Results: Pharmaceutical treatment is more likely effective in bringing about changes in personality traits of obsessive-compulsive patients. Such an impact is either influential in alteration of the ways by which this illness is manifested or by affecting personality traits directly.

Vol.7, No.4, Spring 2002

Epidemiological Study of Suicide

Epidemiological Survey of Suicide through the Forensic Medical Center in the Province of Kerman

Authors : M.T.Yasamy, M.D., A.Sabahi, M.D., S.M.Mirhashemi, M.D.,Sh.Seifi, M.D., P.Azar Keyvan, M.D., M.H.Taheri, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: An epidemiological study of suicide can provide grounds for effective preventive measures. The present study was carried out to examine the incidence of suicide in the Province of Kerman. Method: In this cross-sectional research lasting a year, all cases of suicide in the province recorded at the Kerman Forensic Medical Center were studied using the census method; and the relatives of the subjects were also interviewed in Kerman city using questionnaires. Findings: 63 cases of suicide were recorded within a period of one year in the Province of Kerman, of which 26 were committed in the city of Kerman. The incidence of suicide within the one-year period in the whole Province was 3.1 in 100000, ranging from Zero in Rafsanjan and Shahre Babak to 7.3 in 100000 in Zarand. Men committed suicide 2.26 times more than women did. Considering the age distribution among the population of the Province, suicide was found to be more common ($P<0.05$) among young adults and adolescents than older people, and more frequent in the warmer seasons of the year. The most common method was self poisoning followed by hanging. Only in 32% of the cases the relatives of the victims believed that mental illness was the cause of suicide; and only 4% had previously called on a psychiatrist. It seems that there is a low to moderate background rate in the province upon which we are facing an eqidemic in Kerman city and southern areas of the province. This paper presents a model for explaining regional differences in the incidence of suicide. Some suggestions are also presented both for reducing the incidence of suicide and for further research in the field.

Self- Burning in the Province

Self- Burning in the Province of Mazandaran

Authors : M. Zarghami, M.D., A. Khalilian, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was designed to examine the demographic features, correlates, motives and the status of the people who commit self-burning behavior. Method: In a descriptive study, 318 self-burning cases admitted within a period of three years to the only burn center in the province of Mazandaran were studied through a demographic questionnaire and a semi- structured interview. Findings: The average age of subjects was 27 and 83% of them were females. Most of the subjects were married housewives with an education at the high school level. 62% of the subjects had engaged in self-burning behavior impulsively. The major reasons for self-burning were

assessed to be family feuds and marital discords.The occurrence of self-burning was mostly common in the day time hours and in spring season; the resulting mortality rate was 79%. In the follow-up survey, a male subject was reported to have died of self-hanging suicide 6 years later. An 8-10 year follow up showed no repetition of self-burning amongst the subjects in the study. Results: The demographic features and motivation indicators of the subjects suggest different preventive measures in various situations.

Depressive Patients & Suicide Attempts

Problem Solving in Depressive Patients with Suicide Attempts

Authors : H. Kaviani, Ph.D., P. Rahimi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was based on a hypothesis suggested by some cognitive theories regarding depressive people having attempted suicide, which holds that because of depressive patients' difficulties in retrieving autobiographical memory, they are unable to engage in efficient problem solving. This in turn traps them in a vicious circle of depression, inefficient problem solving, and disappointment, which finally leads to suicide. Method: To investigate this hypothesis, the problem- solving approaches of a group of Iranian depressive suicide-patients were studied through Beck Depression Inventory, the Means- End Problem Solving Task, the Semantic Memory Test, and a memory test. Two cognitive scales were used to assess retrieval of autobiographical memory and problem solving approaches. Twenty such patients were compared with 20 healthy subjects who were all matched in terms of sex and age. Findings: The results demonstrated that the suicide group provided more irrelevant and limited numbers of solutions as compared to the control group. Moreover, significant correlation was noted between autobiographical memory and problem solving variables.

Cognitive Performance, PTSD & Neurotics

A Comparison of the Cognitive Performance in Post-Traumatic Stress Disorders and Neurotics

Authors : H. Haghshenas, Ph.D., M. Naghshvarian, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study compared some cognitive activities of two groups of patients: those suffering from post-traumatic stress disorder and those suffering from anxiety and depression. Method: 20 patients in each group were studied through semi-structured interviews, cognitive tests of learning, visual and verbal pairs associations, digit span, word fluency, learning digit, and Verbal Intelligence Scale. The results were analyzed through a multivariate MANOVA. Findings: The findings demonstrated that the two groups were significantly different in terms of cognitive performance. The multi-variate analysis showed that the performance of the patients suffering from post-traumatic stress disorder was significantly less satisfactory than the depressive anxious patients on tests of word fluency, learning visual pairs associations, delayed learning and learning verbal pairs associations. Results: The patients with post-traumatic stress disorder suffer from disabilities in expression, verbal and visual memories, which might be the result of soft brain abnormalities particularly in the hypocompus in the left hemisphere caused by an accident; this can seriously affect their social and individual life.

Prevalence of Depression & Primary School Children

Prevalence of Depression among Primary School Children in Mashhad

Authors : E. Abdollahian, M.D., Sh. Yazdani Farabi, M.D., R. Amiri Moghadam, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: This study was designed to examine the prevalence of depression among primary school children in Mashhad. Method: For this study 2071 four and five grade (10-12 years old) children (1049 boys, 1022 girls) were selected through random cluster sampling from all the seven educational districts in Mashhad; they were assessed in 1999–2000 using the Children Depression Inventory (CDI). The data were analyzed and further interpreted through application of non-parametric tests and statistical methods, Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, Wilcoxon and Kruskal-Walis, and linear correlation coefficients. Findings: The study demonstrated that the frequency of depression with a cut off point 20 in this city was 10.3%; depression was more prevalent among girls than boys (girls 13.1%, boys 7.6%). Moreover, the following variables were shown to effect childhood depression: divorce, changing neighborhood, changing school, family's socio-economic status, number of family members, traces of neuropsychiatric disorders in the family, and death of relatives. Results: The results indicate that children must be considered as a target group in future prevention plans. Moreover, utilizing screening tests to identify depression in children will help the health authorities to take secondary preventive measures more effectively.

Quality of life & Blind Students

A Comparison of the Quality of Life Among Blind Students and Their Sighted Counterparts

Authors : H. Eftekhar M.D., M. Nojoomi M.D., J. Koohpayeh-Zadeh M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of this study was to compare the quality of life between blind students and their sighted counterparts in Tehran. Method: The subjects of this study were 93 blind students (18 girls and 75 boys) aged 15 and over, residing in Tehran and studying at Tehran schools for exceptional children. The comparison group was selected through a multi-stage random sampling from among students attending ordinary schools in Tehran. The number of girls was three times and the number of boys was two times that of their respective gender counter parts in the study group. Data was collected through the Quality of Life Questionnaire and an investigation of the subjects' visual acuity. A pilot study was carried out to eliminate some of the inefficiencies, and to increase both the reliability (Cronbach Alpha estimation) and the structural validity (through factor analysis). Findings: Analysis of the data demonstrated no significant difference in terms of

quality of life between the two groups. However a significant difference was noticed in the mobility domain (as a subset). A significant relationship was also noticed between quality of life and visual acuity in blind students. The level of education was significantly higher among the parents of sighted students. To increase the quality of life for the blind students, the followings were suggested by the Results: provision of group and individual means of transportation for the blinds, prevention of the development of visual disability, and complete correction of low vision through the use of modern appropriate vision aids.

Wechsler Memory Scale

Standardization of the Revised Wechsler Memory Scale in Shiraz

Authors : M.Orangi M.A., M.k. Atefvahid, Ph.D., H. Ashayeri, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: In order to prepare, modify and standardize the Revised Wechsler Memory Scale, a pilot study was carried out in the city of Shiraz, after which the Farsi version of the Scale was produced. This study led to assessment of reliability as well as validity, generation of the sub-scales, and formulation of a set of standardized normative scores for the Scale. Method: 205 normal subjects aged 16 to 64 years and 11 mouths were classified into four age groups and tested by the Scale. Findings: The data collected through the performance of the subjects was converted into five composite scores, standard scores, and five composite indices for each age group. Moreover, the percentile ranks corresponding to the five composite scores were calculated for each age group. The reliability of the scale was measured through a test-retest method. The reliability coefficients of the retests ranged from 0.28 to 0.98 for the subtests and the composite tests, which is satisfactory. The standard error of measurement was calculated as well. The most reliable index was Attention/Concentration; after that came Verbal Memory. To investigate validity of the new version of Scale, it was administered to a clinical group who were either diagnosed with or suspected of memory impairment. In comparison with the normative sample in terms of five indices, the clinical group scored lower in the scale indices.

Behavioral Disorders , Slow-Learning School & Occupational Therapy

A Qualitative Study of Behavioral Disorders in Slow-Learning School Children at Occupational Therapy

Authors : F.Behnia M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present research is a qualitative study of the behavioral disorders of slow-learning female school children. Method: 24 students were assessed through a Rutter Behavioral Questionnaire (Teacher's From). They suffered from behavioral disorders and had been referred to occupational therapy clinic by their teachers. They were 6-8 years old. On the basis of the Questionnaire, 18 were diagnosed with behavioral disorders. Thus group sessions were held with their families and teachers. Furthermore, the children's behaviors were also observed in their educational environment. Findings: The findings indicated that the most common behavioral problems among the slow-learning students were dependence on mother for homework and habitual behaviors (e.g. nail biting, lip sucking, pencil biting etc). Moreover, different forms of maladaptive behaviors were noticed in those children; these behaviors were geared toward reducing anxiety stemming from failure in obtaining both scores of 20 (A+) and educational advancements. Results: The common behavioral disorders which are accompanied by slow-learning can be easily identified and treated through consulting parents and teachers.

Dela Cato Neuropsychological Method & Hyperactive

An Evaluation of the Efficiency of Dela Cato Neuropsychological Method in Treatment of Hyperactive

Authors : F.Momeni M.A., H.Bahrami, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study was designed to evaluate the effectiveness of Dela Cato method in the treatment of hyperactive 7-12 years old boys. Method: 60 out of 120 boys admitted to psychiatrists' offices and the Children Clinic of Roozbeh Hospital were randomly selected. These subjects had a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on the basis of DSM-IV criteria and Conners Parents and Teachers Scale. In the pre-treatment phase, the Conners Parents and Teachers Scale was administered to all the children. The experimental group was treated with Dela Cato neuropsychological method. Findings: After the treatment phase, which took four months, the Conners Scale was once again administered to both groups. The data was analysed through central indices.A t-test compared the means between the correlated groups. The results demonstrated a significant difference between the behavior of ADHD children and that of the control group.

Mental Health & Infertile Individuals

Stressors, their Coping Strategies, and Relation to Mental Health in Infertile Individuals

Authors : H. Pahlavani, M.A.; K. Malakuti, M.D. E. Shahrokh.Tehrani Nejad, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study, an ex post facto design was carried out to compare the degree of stress, coping strategies, and the state of mental health in fertile individuals with those in infertile individuals. Method: Two groups of subjects were compared with one another, each consisted of 20 males and 20 females; the first group was consisted of infertile and the other one of fertile individuals. The infertile subjects were randomly selected from the cases admitted to Rooyan Infertility Clinic. Both groups were matched in terms of variables such as sex, age, education, and length of marriage. Findings: the study demonstrated that the infertile group experienced greater stress and lower mental health. Moreover infertile males experienced less stress and better mental health as compared to infertile females. The infertile subjects who tended to adopt less useful coping strategies, possessed lower mental health, but showed no significant difference in adopting problem-centred

and emotion-centred coping strategies. Moreover, the adoption of less useful coping strategies was significantly greater among infertile females than infertile males.

Vol.7,No.3, Winter 2002

Delusional Disorders

Delusional Disorders Among Psychiatric Patients in Roozbeh Hospital, Tehran

Authors : M. Sadeghi, M.D., P. Aliverdi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: Delusional disorder is not a common psychotic disorder, often characterized by single and systematic delusions. The present study was designed to examine delusional disorder in terms of epidemiology, symptomatology and, phenomenology, as well as its diagnostic features, which distinguish it from other mental disorders. Method: The subjects were 51 patients (34 male, 17 female, 45 hospitalized, and 6 out patients), who were diagnosed as suffering from delusional disorder on the basis of DSM-IV diagnostic criteria. They were studied for a period of two years at Roozbeh Hospital. The data was collected through a 49 item questionnaire, a Wechsler IQ Test, and CT scans. Findings: The most prevalent delusions were found to be persecutory and jealousy delusions (49.2% and 40.7% respectively). The average age for the onset of the disorder was about forty one. 20% of the patients were from low socio-economic conditions. In 45% of the cases, severe mental stress was noticed in the background. Traces of mental disorder in the family history, organic disease, and substance abuse were estimated to be 30%. Results: The pattern of delusional disorder in this study seems not to be much different from that of similar studies.

Suicide Attempt

Suicide Attempt by Insertion of a Sewing Needle in the Skull: Single Case Report

Authors : H. Raihani , M.D., A. R. Ghaffari Nejad, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: There have already been cases of insertion of sewing needles in the skull through the fontanell for the purpose of murdering or hurting infants and babies. However, no such cases of suicide were ever reported. The present study reports the case of a 25 year old single woman, suffering from mild mental retardation and major depression, who attempted suicide by inserting two sewing needles in her skull, at a previous craniectomy area. Two years before this, the patient had inserted two sewing needles in her belly, and the needles were removed by laparotomy. In mentally retarded patients, depression may manifest itself as masochistic behaviors, and sometimes as suicidal attempts. After the needles were removed from the skull, and the patient underwent a four-week anti-depression treatment (with a daily dose of 100 mg nortriptyline), the symptoms improved and the patient was discharged from hospital.

Tonic-clonic seizure, Myoclonic seizure & Clozapine

Prevalence of Seizure among Patients under Clozapine Treatment in Shahid Esma'ili Psychiatric Center

Authors : M. F. Ghalebandi, M.D., M. Eftekhar, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: There are two seriously limiting complications (agranulocytosis and seizure) in usage of clozapine as the major medication in treatment of schizophrenia. The present study was designed to investigate the degree of prevalence of seizure among patients under clozapine treatment. Method: The subjects were all the patients under clozapine treatment in Shahid Esma'ili Psychiatric Center up to March 1998. Findings: The data collected from the files of 70 patients under clozapine treatment demonstrated that 9 patients (12.9%) were affected by some kind of seizure, of whom 6 (i.e. 8.6%) were affected by Tonic-clonic seizure, and 3(i.e. 4.3%) by myoclonic seizure. All the patients affected by seizure had received doses of 300 to 600 mg. of clozapine. Statistically, no meaningful correlation was found between appearance of seizure and variables such as sex, age, and dose of medication. Results: With regard to the rather high prevalence of seizure as demonstrated here, the study suggests greater care measures for prevention of such seizure among patients under clozapine treatment, such as avoiding simultaneous administration of multiple medications, and starting with low doses and gradually increasing the doses.

Natural Killer Cells & MDD

The Impact of Medical Treatment on Natural Killer Cells in Major Depression

Authors : S. Tooba'i, M.D., M. Sajjadi, M.D., A. A. Ghaderi, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The purpose of the present study was to examine the relationship between natural killer cells and the clinical trend of depression before and after treatment. Method: The subjects were 15 patients diagnosed with primary major depression, and 15 non-patients selected from among medical students and laboratory staff, matched in terms of age and sex. In the patient group, 6 out of 15 did not continue with the treatment, and 2 were refractory. Findings: The findings demonstrated that two months after pharmaceutical treatment of depression, the level of natural killer cells significantly increased among the patient group. Results: With regard to the findings of the present study, as well as previous studies, psychiatric disorders in general and, depression in particular, seem to have a significant impact on the increment of natural killer cells. Moreover, it seems that paying attention to mental health, and psychiatric intervention in illnesses which are closely related to inefficiency of the immunity system, can both pave the way for greater improvement of mental health.

Psychiatric Symptoms & Students

Surveying the Frequency of Psychiatric Symptoms among Senior Medical and Non-Medical Students of Teheran

Authors : A. A. Noorbala, M.D., S. A. Fakhra'i, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was designed to investigate and compare the degree of suffering and severity of psychiatric symptoms among senior students of medicine and of other fields. Method: The subjects were 126 senior students of medicine and 84 senior students of science, technology and art at two Tehran Universities. They were matched in terms of demographic factors. They were administered by SCL-90-R and a demographic questionnaire. The inclusion criterion was being final student and the exclusion criterion was set for individual who were clearly suffering from a psychiatric illness. The study examined the relationship between mental health problems and the following variables: age, sex, economic status, family relationships history of participation in the war and suffering from war injuries, weak academic performance, traces of physical and mental illness in the family and in personal history, degree of satisfaction with the educational status, and the subject's religious attitudes. Findings: The results demonstrated that except for phobias, mental health problems were significantly more prevalent in medical students than in students of other fields, and that the rate of this difference was clearly higher among female students of medicine.

Psychiatric Disorders & Opium Dependents

Prevalence of Psychiatric Disorders in Opium Dependents

Authors : M. Nazer, M.A., E. Khaleghi, M.D., A. R. Sayyadi, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study explored the relationship between severity of psychiatric disorders and degree of opium dependence as a negative prognosis in treatment of drug addicts. Method: This study is a descriptive-cross sectional, the subjects were 240 (232 men and 8 women) randomly selected from among opium addicts seeking treatment. The instruments were an MMPI test and a psychiatric interview performed individually. The data were analyzed through a Chi Square, analysis of variance and a Tukey test. Findings: The most common method of using opium is the poker-stone method. The average drug taking period was 5.96 years, the average starting age was 24, and the average number of give-up attempts was 1.1. 50.4% were found to suffer from one or more psychiatric disorders, the most common ones being anti-social personality (25%), depression (20.5%) and anxiety (18.3%) respectively. The study demonstrated that psychiatric disorders intensify as opium dependence increases; 30.5% of those who used opium smoking pipe, 39.2% of those who used poker and stone, 73% of those who sniffed the drug and 92.3% of heroine addicts were found to be suffering from psychiatric disorders. Results: The presence of mental disorders in addicts is not far from reality. To treat them, severity of addiction and psychiatric disorders should both be taken into consideration. Degree of addiction serves both as a sort of negative prognosis in unsuccessful give-up attempts, and as a cause for higher rates of comorbidity of psychiatric disorders.

The Role of Family & Substance Abuse Disorder

The Role of Family Variables in the Development of Substance Abuse Disorder

Authors : M. A. Besharat, Ph.D., M. Mirzamani, Ph.D., R. Pourhossain, Ph.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The present study was carried out in consideration of the decisive role of family variables in the development, persistence and treatment of psychological disorders, and the nature of the relationship between disorders and drug abuse, and the significance of these relationships in planning treatment and preventive measures. Method: Family characteristics and the role of these variables in the development of drug abuse were studied among 24 male drug addicts who had referred to a private physician over a period of two years. Findings: The study demonstrated that substance abuse disorders are related to the quality of family relations, overprotection by father and mother, and socio-economic conditions of the family. In addition, a significant difference was found between the subjects who live with both parents and those who only live with their mother, in terms of mother's overprotection, starting age of the first substance abuse experiences, addiction age, and self respect. Results: The results demonstrated that, imposition of responsibilities on the son due to the father's absence, along with mother's overprotection, and development of false self confidence in the son are among the family characteristics of young addicts.

Memory, Trait Anxiety & OCD

Explicit Memory Bias in Trait Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder

Authors : Z. Izadikhah, M.A., H. Ghasemzadeh, Ph.D., F. Fada'ie, M.D.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study was designed to examine explicit memory bias in trait-anxiety and obsessive compulsive disorder. Method: Memory bias was examined in three groups of subjects: low-trait anxious (20 subjects), high-trait anxious (20 subjects) and obsessive-compulsive patients (20 subjects) in whom danger schemata were activated after they were exposed to threat- related material. The trait-anxious subjects were selected from among university students through a Spielberger Test. The obsessive-compulsive patients were identified by psychiatrists or clinical psychologists on the basis of DSM- IV criteria. All subjects were tested on explicit memory, and the data was analysed through analysis of variance. Findings: The high trait anxious group demonstrated explicit memory bias against threatening adjectives, whereas the obsessive-compulsive subjects demonstrated explicit memory bias against obsessive threatening adjectives. Results: The results demonstrated that both the obsessive-compulsive patients and the high trait-anxious subjects are biased against threat-related material.

Pictorial and Verbal Expression & Children

A Comparison of Pictorial and Verbal Expression in Persian Verbs among Children Aged Four and Five

Authors : M. Imani Shakiba'i, M.A., H. Ashayeri, M.D., Z. Agha Rasouli, M.A., M. R. Keyhani, M.A.

Source : Journal of psychiatry & Clinical Psycology (published by the Tehran Psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences.)

Summary: Objectives: The study aimed at designing a verb-naming test for healthy children, which could serve as a basis for planning an appropriate approach to the assessment of verb-naming ability among aphasic children. Method: The study was carried out in 2000 as an analytical survey with 140 children aged four and five, selected from day care centers in the east of Tehran, through random cluster sampling. In the pictorial approach, the subjects were asked to name the action depicted in any one of 30 color pictures shown to them. In the verbal approach, the subjects were asked 30 questions about the same verbs/actions. Each subject's score was then calculated and considered as an index of verb expression in any one of the two approaches. Findings: No difference was noticed among the four-year old children in terms of subjects' scores on the verbal and pictorial tests, whereas the five-year old girls proved to be better in verbal expression than in pictorial expression. Results: According to the results of the study, asking questions about actions or explaining them seems to be more helpful than using still pictures in retrieving verbs. While encouraging the child to engage in dynamic mental activity, the former seems to make the child think and better remember things. Moreover, the visual decoding of non-verbal information depends on the child's mental condition, and her/his imagination. Thus, still pictures seem to be inadequate means of assessing verb-naming ability.

المعجـــم الإلكترونـــي للعلـــوم النفسيـــة العربيـــة

مصطلحـــات عربيـــــة : عربي – إنكليزي – فرنسي

الدكتـور جمـــال التركـــي الطـب النفسـي – تونـــس

بـريـــد إلكترونـــي: turky.jamel@gnet.tn

أ، ب

إيحاء – إيداع - إيروس – إيمائيّة
باحة – بحث – بطء - بعد
بلاهة – بناء – بنية

إيحاء جماعي	suggestion collective	collective suggestion
إيحاء خارجي	ectosuggestion	ectosuggestion
إيحاء ذاتي	self suggestion	autosuggestion
إيحاء سلبي	negative suggestion	suggestion négative
إيحاء غير مباشر	indirect suggestion	suggestion indirecte
إيحاء غيري	heterosuggestion,	hétérosuggestion,
(إيحاء مغاير)	altruist suggestion	suggestion altruiste
إيحاء لاحق على التنويم	post-hypnotic	suggestion post-
(ما بعد التنويم)	suggestion	hypnotique
إيحاء لفظي	verbal suggestion	suggestion verbale
إيحاء مباشر	direct suggestion	suggestion directe
إيحاء مضاد	counter-suggestion	contre suggestion
إيحاء مظهري	apparent suggestion	suggestion apparente
إيحاء من الغير (إيحاء مغاير)	heterosuggestion	hétérosuggestion
إيحاء نفسي	psychic suggestion	suggestion psychique
إيحاء نومي تخديري	narcohypnosis	narcohypnose
إيحاء وجداني	affective suggestion	suggestion affective
إيداع	**internment, placement**	**internement, placement**
إيداع اختياري	voluntary placing	placement volontaire
إيداع المذهون	psychotic placing	placement du psychotique
إيداع المريض العقلي	ill mental internment	internement du malade mental
إيداع بطلب من الأسرة	voluntary placing	placement volontaire
إيداع جنائي	criminal internment	internement criminel
إيداع حر	free placing	placement libre
إيداع ذاتي	auto-placing	auto-placement
إيداع عائلي	family placing	placement familial
إيداع عدلي	judiciary placement	placement judiciaire
إيداع في مؤسّسة	institutionalization	institutionnalisation
إيداع مؤسّساتي	institutional placing	placement institutionnel
إيداع مساعد	assistance placement	placement assisté
إيداع نفساني	psychiatric internment	internement psychiatrique
إيداع وجوبي	officio placing, office internment	placement d'office, internement d'office
إيروس	**éros**	**eros**
أيروس افتراضي	virtual eros	éros virtuel
أيروس أنثوي	feminine Eros	éros féminin
أيروس الإله	god eros	éros dieu
أيروس جنستحليلي	sexoanalytic eros	éros sexoanalytique
أيروس حقيقي	real eros	éros réel
أيروس حلمي	oniric eros	éros onirique
أيروس خرافي	mytologic eros	éros mytologique
أيروس خيالي	imaginary eros	éros imaginaire
أيروس ذكوري	male eros	éros masculin
أيروس فرويدي	freudian eros	éros freudien
أيروس لا جنسي	desexualize eros	éros désexualisé
أيروس لا شعوري	unconscious eros	éros inconscient
أيروس متعدّد الأشكال	polymorphous eros	éros polymorphe
أيروس واعي	aware eros	éros conscient
إيمائيّة	**pantomime, mimic**	**pantomime, mimique**
إيمائيّة شاذّة	abnormal pantomime	pantomime anormal
إيمائيّة طفيليّة	mimic parasitism	parasitisme de la mimique
إيمائيّة غريبة	paradoxical mimic	paradoxale mimique
إيمائيّة متوافقة	adapted pantomime	pantomime adaptée
إيمائيّة مجانيّة	free pantomime	pantomime gratuite
إيمائيّة مستحدثة	mimic neologism	néologisme mimique
إيمائيّة هامشيّة	marginal pantomime	pantomime marginale
باحة	**area**	**aire**
باحة إبصاريّة	visual area	aire visuelle
باحة إبصاريّة حسّية	sensory-visual area	aire visuo sensorielle
باحة إبصاريّة نفسيّة	psychic-visuo area	aire psychovisuelle
باحة الإنعكاس	projection area	aire de projection
باحة الترابط	association area	aire d'association
باحة الحسّ الجسدي	somesthesic area	aire somesthésique
باحة بروكا	Broca's area	aire de Broca

aire subcalleuse	subcallous area	باحة تحت الثّقبيّة
aire associative	associative area	باحة ترابطية
aire médio-frontal	medio-frontal area	باحة جبهيّة ناصفة
aire pariétale	parietal area	باحة جدارية
aire parastriée	parastriated area	باحة جنيب المخطّطة
aire motrice	motor area	باحة حركية
aire psychomotrice	psychomotor area	باحة حركية نفسية
aire sensorielle, aire sensitive	sensation area, sensory area	باحة حسّية
aire somasthésique	somesthetic area	باحة حسّية جسدية
aire péristriée	peristriated area	باحة حول المخطّطة
aire extrapyramidale	extrapyramidal area	باحة خارج الهرمية
aire vestibulaire	vestibular area	باحة دهليزيّة
aire auditive	auditory area	باحة سمعيّة
aire olfactive	olfactory area	باحة شمية
aire temporale	temporal area	باحة صدغية
aire prémotrice	premotor area	باحة قبل الحركية
aire occipitale	occipital area	باحة قذالية
aire corticale	cortical area	باحة قشريّة
aire axiale	axial area	باحة محوريّة
aire striée	striated area	باحة مخطّطة
aire cérébrale	cerebral area	باحة مخّية
aire psychomotrice	psychomotor area	باحة نفسحركيّة
aire pyramidale	pyramidal area	باحة هرميّة
aire hypothalamique	hypothalamic area	باحة وطائيّة
recherche	**research**	**بحث**
recherche fondamental	basic research	بحث أساسي
recherche opérationnelle	operational research	بحث إجرائي
recherche publicitaire	advertising research	بحث إشهاري
recherche exploratrice	explorative research	بحث استقصائي
recherche archiviste	archival research	بحث السّجلاّت
recherche appliquée	applied research	بحث تطبيقي
recherche comportemental	behavioral research	بحث سلوكي
recherche rationnel	rational research	بحث عقلاني
recherche opérationnelle	operational research	بحث عملياتي
recherche clinique	clinical research	بحث عيادي
recherche active	active research	بحث فعلي
recherche appliquée	applied research	بحث ميداني
recherche psychique	psychic research	بحث نفسي
brady-, lenteur, ralentissement	**brady-, slowness**	**بطء (سابقة)**
bradyphagie	bradyphagia	بطء الأكل
bradyesthésie	bradyesthesia	بطء الإدراك
ralentissement d'apprentissage	slowness learner	بطء التّعلّم
bradypsychie	bradypsychia	بطء التّفكير
bradyarthrie,	bradyarthria,	بطء التّكلّم
bradyglossie, bradylalie, bradyphémie	bradyglossia, bradylalia, bradyphemia	(بطء التلفّظ، اللفف، اللفلفة)
bradygenèse	bradygenesis	بطء التّكوّن (بطء النّمو)
bradyphasie	bradyphasia	بطء التّلفّظ
bradytéléocinésie	bradyteleocinesia	بطء التّنسيق الحركي
bradypnée	bradypnea	بطء التّنفّس
bradykinésie	bradycinesia, bradykinesia	بطء الحركة
bradyesthésie	bradyesthesia	بطء الحسّ
bradyphrénie	bradyphrenia	بطء الذّهن
bradypsychie	bradypsychia	بطء العقل (بلادة الذّهن)
bradyphrénie	bradyphrenia	بطء الفهم
bradyspermatisme	bradyspermatism	بطء القذف المنوي
bradylexie	bradylexia	بطء القراءة (بطء التلفّظ)
brachycardie	brachycardia	بطء القلب
bradyphémie, bradylogie	bradyphemia, bradylogia	بطء الكلام
brachybasie	brachybasia	بطء المشي
bradycinésie, bradykinésie	bradycinesia, bradykinesia	بطء حركي
bradyesthésie	bradyesthesia	بطء حسّي
ralentissement intellectuel	intellectual slowness	بطء ذهني
ralentissement idéique	intellectual slowness	بطء فكري
brachycardie	brachycardia	بطء نبض القلب
ralentissement psychomoteur	psychomotor slowness	بطء نفسحركي
ralentissement psychique, bradypsychie	psychic slowness, bradypsychy	بطء نفسي
post-, after	**post-, after**	**بعد (سابقة-)**
post-œdipien	post oedipal	بعد أوديبي
post performance	post-performance	بعد الأداء الجيّد
post-abortum	post abortum	بعد الإجهاض
post-commotionnel	post convulsion	بعد الإرتجاج
post-ménopausique	post menopausal	بعد الإياس
post-coital	post-coital	بعد الجماع
post-menstruel	post menstrual	بعد الحيض
post désir	post desire	بعد الرّغبة
post- électrochoc	post electroshock	بعد الصّدمة الكهربائية
post-épileptique	post epileptic	بعد الصّرع
post-prandial	post-prandial	بعد الطّعام

post-latence	post latency	بعد الكمون
post-mortum	post-mortum	بعد الممات
post-partum	post-partum	بعد الوضع
post-adolescence	post adolescence	بعد اليفع
post-onirique	post-oniric	بعد حلمي
post-scolaire	after-school	بعد مدرسي
post-synaptique	post-synaptic	بعد وصلي
postnatale	postnatal	بعد ولادي
imbécillité, débilité niaiserie, morose, moronité, idiotisme, hébétement, moronisme, moramentie	**imbecility, debility, silliness, moronity, moronism, morosis, idiom, stupefaction, moramentia**	**بلاهة (أفن، حماقة، فدومة، غباوة، سخافة العقل)**
imbécillité morale	moral imbecility	بلاهة أخلاقيّة
imbécillité primaire	primary amentia	بلاهة أوّلية
imbécillité secondaire	secondary amentia	بلاهة ثانويّة
débilité motrice	motor debility	بلاهة حركيّة
débilité intellectuelle	mental deficiency	بلاهة ذهنيّة
débilité dysharmonique	disharmonic debility	بلاهة لا متناسقة
débilité évolutive	progressive debility	بلاهة متطوّرة
débilité harmonique	harmonic debility	بلاهة متناسقة
construction, structuration	**construction, building, structuring**	**بناء**
construction du moi	ego construction	بناء الأنا
structuration de personnalité	personality structuring	بناء الشّخصية
construction des mots	word building	بناء الكلمات
construction de stimulation	structuring stimulus	بناء المثير
construction du nous	we building	بناء النّحن
construction du réel	real construction	بناء الواقع
construction émotionnelle	emotional construction	بناء انفعالي
infrastructure	infrastructure	بناء تحتي
construction empirique	empirical building	بناء خبري
construction défensive	defensive construction	بناء دفاعي
construction mentale	mental construction	بناء ذهني
construction personnelle	personal construction	بناء شخصي
construction phénoménologique	phenomenological construction	بناء ظاهراتي
construction factorielle	factor construction	بناء عاملي
construction mentale	mental construction	بناء عقلي
construction schizophrénique	schizophrenic construction	بناء فصامي
construction anarchique	anarchic construction	بناء فوضوي
construction préverbale	preverbal construction	بناء قبل كلامي
construction idéologique	ideological construction	بناء مذهبي
construction schizophrénique	schizophrenic construction	بناء مفصوم
construction constellatoire	constellatory construction	بناء مكوكب
construction psychique	psychic construction	بناء نفسي
construction intrapsychique	intrapsychic construction	بناء نفسي داخلي
constitution, habitus, structure	**habitus, constitution, structure, pattern**	**بنية**
structure de base	basis structure	بنية أساسية
structure perceptive	perceptive structure	بنية إدراكية
structure cognitive	cognitive structure	بنية إدراكية معرفية
structure sociale	social structure	بنية اجتماعية
structure biologique	biological structure	بنية إحيائية
enechétique	enechetic	بنية اعتلالية
structure de la récompense compétitive	competitive reward structure	بنية الإثابة التّنافسية
construction de croyance	belief construction	بنية الاعتقاد
constitution neuropathique	neuropathic constitution	بنية الاعتلال العصبي
constitution idéo-obsessionnelle	constitution ideo-obsessional	بنية التّفكير الوسواسي
structure du comportement	behaviour structure	بنية السّلوك
structure de la personnalité	personality structure	بنية الشّخصية
structure du caractère	character structure	بنية الطّبع
structure mentale	mental structure	بنية العقلية
structure des convictions	convictions structure	بنية المعتقدات
structure du délire	delirium structure	بنية الهذيان
structure émotionnelle	affect structure	بنية انفعاليّة
structure rythmique	rhythmical structure	بنية إيقاعيّة
constitution physique	physical constitution	بنية بدنيّة

intellectuelle		
superstructure	superstructure	بنية فوقيّة
constitution anxieuse	anxious constitution	بنية قلقيّة
structure latente	latent structure	بنية كامنة
constitution linguistique	linguistic constitution	بنية لغويّة
structure sclérotique	sclerotic structure	بنية متصلّبة
microstructure	microstructure	بنية مجهريّة
constitution morbide	morbid constitution	بنية مرضيّة
structure psychopathologique	psycho-pathologic structure	بنية مرضيّة نفسيّة
constitution psychopathique	psychopathic constitution	بنية معتّة نفسيّا(بنية اعتلالية نفسانية، بنية الاعتلال النفساني)
structure épistémologique, structure cognitive	epistemological structure, cognitive restructuring	بنية معرفيّة
constitution perverse	perverse constitution	بنية منحرفة
constitution mythomaniaque	mythomaniac constitution	بنية مهوسة بالكذب
structure narcissique	narcissistic structure	بنية نرجسيّة
structure psychosomatique	psychosomatic structure	بنية نفسديّة
structure psychique	psychic structure	بنية نفسيّة
constitution psychopathique	constitution psychopathic	بنية نفسيّة معتلّة
structure fragile, constitution faible	weak structure, feeble constitution	بنية هشّة (ضعيفة)
habitus phthisicus	phthisicus habitus	بنية هلاسية
constitution asthénique	asthenic constitution	بنية واهنة
structure héréditaire	hereditary structure	بنية وراثية

infrastructure	infrastructure	بنية تحتيّة
construction culturelle	cultural construction	بنية ثقافيّة
structure corporelle	body structure, physic	بنية جسديّة
structure somatique	somatic structure	بنية جسميّة
structure du groupe	group structure	بنية جماعيّة
structure superstitieux	superstitious structure	بنية خرافيّة
trait de caractère	character structure	بنية خلقيّة
structure cérébrale	cerebral structure	بنية دماغيّة
structure dynamique	dynamic structure	بنية ديناميّة
structure religieuse	religious structure	بنية دينيّة
idiosyncrasie	idiosyncrasy	بنية ذاتيّة الانفعال، بنية ذاتيّة الإحساس
structure psychotique	psychotic structure	بنية ذهانيّة
structure cognitive	cognitive structure	بنية ذهنيّة معرفيّة
structure phobique	phobic structure	بنية رهابيّة
habitus apoplecticus	apoplecticus habitus	بنية سكتيّة
structure causale	causal texture	بنية سلبيّة
structure pervers	perverse structure	بنية شاذّة
constitution épileptoïde	epileptoid constitution	بنية صرعيّة
structure de classe	class structure	بنية طبقيّة
constitution névrotique	neurotic constitution	بنية عصابيّة
constitution paranoïaque	paranoiac constitution	بنية عظاميّة
structure mentale	mental structure	بنية عقليّة (ذهنيّة)
structure relationnelle	relational structure	بنية علائقيّة
constitution schizoïde	schizoid constitution	بنية فصاميّة
structure	intellectual structure	بنية فكريّة

e.Dictionary of Psychological Sciences
English PSY Terminologies (English - French - Arabic)

Jamel TURKY - TUNISIA

E. Mail : turky.jamel@gnet.tn

C

Capacity – Case – Castration
Catatonia – Catatonic – Catharsis
Cerebral - Character - Child

Capacity	**capacité**	**سعة، قدرة، طاقة، استطاعة**
Capacity (ability-)	capacité abilité	سعة – قابليّة
Capacity (accommodation-)	capacité d'accommodation	سعة التكيّف
Capacity (civil-)	capacité civile	أهلية مدنية
Capacity (communication-)	capacité de communication	سعة الاتّصال، قدرة الإتّصال
Capacity (criminal-)	capacité criminelle	قدرة إجرامية
Capacity (emotional-)	capacité émotionnelle	قدرة انفعالية
Capacity (instinctive-)	capacité instinctive	طاقة غريزية
Capacity (intuitionism-)	capacité instinctuelle	قدرة حدسية
Capacity (memory-)	capacité de la mémoire	سعة الذّاكرة
Capacity (mental-)	capacité intellectuelle	قدرة ذهنية
Capacity (partial-)	capacité partielle	قدرة جزئية
Capacity (penal-)	capacité pénale	قدرة جزئية
Capacity (sexual-)	capacité sexuelle	قدرة جنسية
Capacity (suggestion-)	capacité de suggestion	قدرة إيحائية
Capacity (vital-)	capacité vitale	استطاعة حيوية
Capacity sensation	sentiment de capacité	شعور بالقدرة
Capacity test	test des capacités	اختبار القدرات
Case	**état, cas**	**حالة**
Case (borderline-)	cas limite	حالة بينيّة، حالة حدّية
Case (criminal-)	cas criminel	حالة جنائية
Case (ecstasy-)	état d'extase	حالة تجلّي
Case (excess memory-)	état hypermnésique	حالة فرط الذّاكرة
Case (marginal-)	cas marginal	حالة هامشيّة
Case (normal-)	état normal	حالة سويّة
Case (paranoid -)	état paranoïde	حالة زورانيّة
Case (rebel-)	cas rebelle	حالة مستعصية
Case (special-)	cas spécial	حالة خاصة
Case (swindle-)	état de déception	حالة خيبة
Case (termination-)	état terminal	حالة انتهائيّة
Case (work-)	cas work	دراسة الحالة
Case history	histoire du cas	تاريخ الحالة
Case study	étude du cas	دراسة الحالة
Castration	**castration**	**خصاء، اضهاء، قطع الذكر**
Castration (compulsory-)	castration compulsive	خصيّ قسري، خصاء قسري
Castration (criminal-)	castration des criminelles	خصاء المجرمين
Castration (female-)	castration féminine	خصاء أنثوي
Castration (mental-)	castration mentale	خصاء ذهني
Castration (symbolic-)	castration symbolique	خصاء رمزي
Castration anguish	angoisse de castration	حصر الخصاء
Castration anxiety	anxiété de castration	قلق الخصاء
Castration complex	complexe de castration	عقدة الخصاء
Castration dream	rêve de castration	حلم الخصاء
Castration fear	crainte de castration	خشية الإخصاء
Catatonia (catalepsy)	**catatonie, catalepsie**	**جامود، تخشّب، خلاع، خباط متقلب (كتاتونيا)**
Catatonia (depressive-)	catatonie dépressive	تخشّب خفيف
Catatonia (experimental-)	catatonie expérimentale	جامود تجريبي
Catatonia (general-)	catatonie générale	تخشّب شامل
Catatonia (manic-)	catatonie maniaque	تخشّب هوسي
Catatonia (mitis-)	catatonie légère	تخشّب خفيف
Catatonia (mortal-)	catatonie mortelle	جامود مميت
Catatonia (periodic-)	catatonie périodique	جامود دوري
Catatonic	**catatonique**	**جامودي، تخشّبيّ**
Catatonic agitation	agitation catatonique	إثارة كتاتونيّة، هياج كتاتوني، هياج تخشّبي
Catatonic emotion	émotion catatonique	انفعال تخشّبي
Catatonic episode	épisode catatonique	فترة تخشّب
Catatonic excitation	excitation catatonique	إثارة تخشّبيّة
Catatonic fury	fureur catatonique	هياج تخشّبي
Catatonic movement	mouvement catatonique	حركة تخشّبيّة
Catatonic psychosis	psychose catatonique	ذهان تخشّبي
Catatonic rage	agitation catatonique	هياج تخشّبي
Catatonic reaction	réaction catatonique	استجابة تخشّبية
Catatonic rigidity	rigidité catatonique	صلابة تخشّبيّة
Catatonic schizophrenia	schizophrénie catatonique	فصام خلاعي، فصام تخشّبي

Catatonic stupidity	stupidité catatonique	تبلّد تخشّبي
Catatonic stupor	stupeur catatonique	ذهول تخشّبي، غيبوبة خلاعية
Catharsis	**catharsis**	**تفريغ، تطهير نفسي، تنفيس، انتطاف المكبوت، فضفضة**
Catharsis (activity-)	catharsis actif	تفريغ فاعلي
Catharsis (community-)	catharsis collectif	تفريغ جمعي
Catharsis (emotion-)	catharsis des émotions	تفريغ الانفعال
Catharsis (emotional-)	catharsis émotionnel	تفريغ انفعالي
Catharsis (hypno-)	hypnocatharsis	تنويم تفريغي
Catharsis (hypnotic-)	catharsis hypnotique	تطهير تنويمي
Catharsis (involuntary-)	catharsis involontaire	تفريغ لا إرادي
Catharsis (repressed-)	catharsis du refoulé	تطهير المكبوت
Catharsis (verbal-)	catharsis verbal	تفريغ لفظي
Catharsis (voluntary-)	catharsis volontaire	تفريغ إرادي
Catharsis method	méthode de catharsis	طريقة التّفريغ
Cerebral	**cérébral**	**مخّي، دماغي**
Cerebral agraphia	agraphie cérébrale	لا كتابية مخيّة، حبسة كتابية مخّية
Cerebral akinesia	akinésie cérébrale	لاحركية دماغية
Cerebral amaurosis	amaurose cérébrale	كمنة مخّية
Cerebral amine	amine cérébrale	أمين مخّي
Cerebral anaesthesia	anesthésie cérébrale	خدر مخّي
Cerebral anoxia	anoxie cérébrale	نقص أوكسجين الأنسجة المخّية
Cerebral apoplexy	apoplexie cérébrale	سكتة مخّية
Cerebral area	aire cérébrale	باحة مخّية
Cerebral arterio-sclerotic psychosis	psychose artério-sclérotique cérébrale	ذهان تصلّب شر ايين المخ
Cerebral arteriosclerosis	artériosclérose cérébrale	تصلّب شرايين المخ
Cerebral ataxia	ataxie cérébrale	رنح مخّي، هزع مخّي
Cerebral atrophy	atrophie cérébrale	ضمور مخّي
Cerebral beriberi	béribéri cérébral	مرض البربري المخّي
Cerebral blindness	cécité cérébrale	عمى مخّي
Cerebral brain stimulation	stimulation cérébrale	إثارة مخّية
Cerebral cartography	cartographie cérébrale	خريطة دماغيّة
Cerebral commotion	commotion cérébrale	ارتجاج مخّي
Cerebral concussion	trauma crânien, commotion cérébrale	كدمة مخّية، رض مخّي، ارتجاج الدّماغ
Cerebral contusion	traumatique cérébrale, contusion cérébrale	رض مخّي
Cerebral cortex	cortex cérébral	لحاء المخ، قشرة المخ
Cerebral crisis	crise cérébrale	نوبة مخّية
Cerebral deafness	surdité cérébrale	صمم مخّي
Cerebral degeneration	dégénérescence cérébrale	تهتك دماغي
Cerebral deterioration	détérioration cérébrale	تلف المخ، تدهور مخّي
Cerebral deterioration test	test de détérioration cérébrale	اختبار التّدهور المخّي
Cerebral disorder	trouble cérébral	اضطراب مخّي
Cerebral dominance	dominance cérébrale	سيطرة دماغيّة
Cerebral dysfunction	dysfonction cérébrale	سوء الوظيفة المخّية
Cerebral dysfunction test	test de dysfonction cérébrale	اختبار سوء الأداء المخّي
Cerebral dysplasia	dysplasie cérébrale	سوء النّمو المخّي
Cerebral dysrhythmia	dysrythmie cérébrale	خلل الإيقاع المخّي، اضطراب إيقاع المخ
Cerebral eclipse	éclipse cérébral	كسوف مخّي
Cerebral electrotherapy	électrothérapie cérébral	علاج كهربائي دماغي
Cerebral excitation	excitation cérébrale	إثارة دماغيّة
Cerebral exploration	exploration cérébrale	استكشاف الدّماغ
Cerebral field	champ cérébral	مجال مخّي
Cerebral function	fonction encéphalique	وظيفة دماغيّة
Cerebral gigantism	gigantisme cérébral	عملقة مخية
Cerebral haemorrhage	hémorragie cérébrale	نزيف مخّي
Cerebral hemiplegia	hémiplégie cérébrale	فالج مخّي
Cerebral hemisphere	hémisphère cérébral	نصف الكرة المخّية
Cerebral inhibition	inhibition cérébrale	تثبيط دماغي، لجم مخّي
Cerebral injection	injection cérébrale	حقن مخّي
Cerebral integration	intégration cérébrale	تكامل دماغي
Cerebral integrity	intégrité cérébrale	سلامة دماغيّة
Cerebral ischemia	ischémie cérébrale	إقفار دموي دماغي
Cerebral lesion	lésion cérébrale	إصابة دماغيّة
Cerebral localization	cérébrale localisation	تموضع مخّي
Cerebral mechanism	mécanisme cérébral	إوالية دماغيّة
Cerebral mutism	mutisme cérébral	خرس دماغي
Cerebral organic syndrome	syndrome organique cérébrale	تناذر عضوي مخّي
Cerebral organization	organisation cérébrale	تنظيم مخّي
Cerebral palsy	infirmité motrice cérébrale	عاهة حركية مخّية، شلل مخّي
Cerebral paralysis	paralysie cérébrale	شلل دماغي
Cerebral physiology	physiologie cérébrale	فسلجة الدّماغ
Cerebral pneumotherapy	pneumothérapie cérébrale	علاج غازي دماغي
Cerebral	ramollissement cérébral	تليّن دماغي

ramollissement		
Cerebral spasm	spasme cérébral	تشنّج مخّي
Cerebral spinal	cérébro-spinale	دماغي شوكي
Cerebral stimulant	stimulant cérébral	منبّه دماغي
Cerebral syphilis	syphilis cérébral	زهري مخّي
Cerebral temperament	tempérament cérébral	مزاج دماغي
Cerebral termoshock	thermochoc cérébral	صدمة حرارية دماغيّة
Cerebral traumatism	traumatisme cérébral	صدمة مخّية، رضّ دماغي
Cerebral type	type cérébral	نمط مخي دماغي
Cerebral vascular syndrome	syndrome vasculaire cérébral	تناذر وعائي مخي
Character	**caractère**	**صفة، خلق، سجيّة، خاصّة، طبع، طباع، سمة**
Character (acquired-)	caractère acquis	صفة مكتسبة، خاصّة مكتسبة
Character (affective-)	caractère affectif	خاصيّة وجدانيّة
Character (anal erotic-)	caractère anal érotique	طبع شرجي وسواسي
Character (anal-)	caractère anal	خاصّية شرجية، طبع شرجي، خلق شرجي
Character (analysis-)	analyse du caractère	طبع شرجي شبقي، تحليل الطّبع، تحليل الخلق
Character (anxious-)	caractère anxieux	طبع قلقي
Character (ascetic-)	caractère ascétique	خلق زاهد
Character (authoritarian-)	caractère autoritaire	طبع سلطوي، طبع استبدادي
Character (compliant-)	caractère accommodant	طبع مذعن
Character (compulsive-)	caractère compulsif	طبع قهري، طبع استحواذي
Character (cyclic-)	caractère cyclique	طبع دوري
Character (demonic-)	caractère démoniaque	خلق شيطاني
Character (dominant-)	caractère dominant	صفة سائدة
Character (egocentric-)	caractère égocentrique	خاصيّة ذاتيّة المركز
Character (epileptoid-)	caractère épileptoïde	طبع صرعي، خلق صرعي
Character (feminine-)	caractère féminin	طبع أنثوي
Character (feminine sexual-)	caractère sexuel féminin	صفة جنسيّة أنثويّة
Character (formation-)	formation du caractère	تكوين الخلق
Character (general-)	caractère général	سمة عامّة
Character (genital-)	caractère génital	طبع تناسلي، خلق تناسلي
Character (hereditary-)	caractère héréditaire	صفة وراثيّة
Character (hysteric-)	caractère hystérique	طبع هراعي (هستيري)
Character (hysteric-phobic-)	caractère hystéro- phobique	طبع هراعي-رهابي
Character (hystero-paranoiac-)	caractère hystéro- paranoïaque	خلق هراعي عضامي
Character (inadequate-)	caractère inadéquat	طبع غير متأقلم
Character (influenced-)	caractère influencé	صفة متأثرة، طبع متأثر
Character (maladjusted-)	caractère inadapté	طبع غير متأقلم
Character (masochic-)	caractère masochique	خلق ماسوشي
Character (masochist-)	caractère masochiste	طبع مازوخي
Character (narcissistic-phallic-)	caractère phallique narcissique	خاصّية قضيبيّة نرجسيّة
Character (neurotic-)	caractère névrotique	طبع عصابي
Character (obsessional-)	caractère obsessionnel	طبع وسواسي، طبع استحواذي
Character (oral-)	caractère oral	طبع فموي، خلق فموي
Character (paranoid-)	caractère paranoïde	طبع زوري، خلق شبه هذائي
Character (phallic-)	caractère phallique	طبع قضيبي، خلق قضيبي
Character (phobic-)	caractère phobique	خلق رهابي
Character (psychic-)	caractère psychique	خاصّة نفسيّة، صفة نفسيّة
Character (psychotic-)	caractère psychotique	خاصّية ذهانيّة
Character (receptive-)	caractère réceptif	طبع متلقي
Character (recessive-)	caractère récessif	صفة منتحّية (صاغرة)
Character (schizo-paranoiac character-)	caractère schizo- paranoïaque	خلق فصامي عضامي
Character (schizoid-)	caractère schizoïde	طبع فصاموي
Character (secondary-)	caractère secondaire	سمة ثانويّة
Character (sensitive-)	caractère sensible	طبع حسّاس
Character (sex linked-)	caractère lié au sexe	خاصّة مرتبطة بالجنس
Character (sexual-)	caractère sexuel	خاصّية جنسيّة
Character (social-)	caractère social	خلق اجتماعي
Character (tonal-)	caractère tonal	طبع نغمي
Character analytic	analytique caractère	تحليل الطّبع
Character assassination	assassinat de caractère	اغتيال الشّخصيّة
Character defence	défense de caractère	دفاع الشّخصيّة، دفاع خلقي
Character development	développement de caractère	نمو الخلق، تطوّر الطّباع
Character disorder	trouble de caractère	اضطراب الخلق، اختلال الطّباع

Character formation	formation du caractère	تكوين الخلق، تكوين الطّبع، تشكيل طباعي
Character neurosis	névrose caractérielle	عصاب الخلق، عصاب الطّبع
Character perversion	perversion de caractère	إفساد الطّبع، إفساد الخلق
Character psychosis	psychose de caractère	ذهان الطّبع
Character structure	structure du caractère	بنية الطّبع، بنية خلقيّة
Character training	entraînement de caractère	تدريب الخلق
Character trait	trait de caractère	سجيّة طباعيّة، سمة الطّباع، سمة خلقيّة
Character transformation	transformation caractères	تبدّل الخلق، تبدّل الطّبع
Character types	type de caractère	نمط الطّبع
Child	**enfant**	**ولد، غلام، طفل**
Child (adoptive-)	enfant adoptif	طفل متبني
Child (aggressive-)	enfant agressif	طفل عدواني
Child (autistic-)	enfant autistique	طفل انطوائي
Child (backward-)	enfant arriéré	طفل متخلّف
Child (battered-syndrome)	syndrome des enfants battus	تناذر الأطفال المعنّفين
Child (characterial-)	enfant caractériel	طفل طبائعي
Child (cretin-)	enfant crétin	طفل قميء
Child (delinquent-)	enfant déviant	طفل منحرف
Child (dependent-)	enfant dépendant	طفل معتمد
Child (disputed-)	enfant disputé	طفل نزاعي
Child (distant-)	enfant éloigné	طفل مبعد
Child (dream-)	enfant du rêve	طفل الحلم
Child (guarded-)	enfant gardé	طفل مرعي
Child (handicapped-)	enfant handicapé	طفل معوق
Child (hesitant-)	enfant hésitant	طفل متردّد
Child (high-risk-)	enfant à haut risque	طفل معرّض للخطر
Child (home-given-)	enfant recueilli	طفل مقتبل
Child (illegitimate-)	enfant illégitime	طفل حرام
Child (immature-)	enfant immature	طفل غير ناضج
Child (institute-)	enfant des instituts	طفل المؤسّسات
Child (isolated-)	enfant isolé	طفل انعزالي، طفل منعزل
Child (like-), childish	enfantin	صبياني، طفلي
Child (maladjusted-)	enfant inadapté	طفل غير متأقلم
Child (natural-)	enfant naturel	طفل طبيعي
Child (neglected-)	enfant délaisse	طفل متروك، طفل مهمل
Child (neurotic-)	enfant névrotique	طفل عصابي
Child (non desired-)	enfant non désiré	طفل غير مرغوب
Child (non sucker-)	enfant non-suceur	طفل غير مصّاص
Child (normal-)	enfant normal	طفل سوي
Child (only-)	enfant unique	طفل وحيد
Child (orphan-)	enfant orphelin	طفل يتيم
Child (passive-)	enfant passif	طفل سلبي
Child (phantasm-)	enfant fantasme	طفل الاستيهام
Child (placed-)	enfant placé	طفل مودع
Child (problem-)	enfant problème	طفل إشكالي، طفل مشكلة
Child (prodigy-)	enfant prodige	طفل معجزة
Child (protected-)	enfant protégé	طفل محمي
Child (psychopath-)	psychopathe enfant	طفل معتل نفسي
Child (psychosomatic-)	enfant psychosomatique	طفل نفسدي
Child (psychotherapy -)	psychothérapie de l'enfant	علاج الطّفل النّفساني
Child (rejected-)	enfant rejeté	طفل منبوذ، طفل متروك
Child (retired-)	enfant retiré	طفل منسجب، طفل منزوي
Child (spoiled-)	enfant gâté	طفل مدلّل
Child (sucker-)	enfant suceur	طفل مصّاص

e.Dictionnaire des Sciences Psychologiques
Terminologies PSY Française (Français – Anglais – Arabe)

Jamel TURKY – TUNISIA E. Mail : turky.jamel@gnet.tn

C
Chorée – Complexe Comportement

Chorée héréditaire	hereditary chorea	رقاص وراثي
Chorée héréditaire progressive	progressive hereditary chorea	خوريا وراثية متنامية
Chorée hystérique	hysterical chorea	رقاص هراعي
Chorée hystérique rythmique	rhythmic hysterical chorea	رقاص هراعي إيقاعي
Chorée majeure	chorea major	خوريا شديدة
Chorée maniaque	maniacal chorea	رقاص هوسي
Chorée méthodique	methodical chorea	خوريا منتظمة
Chorée mimétique	mimetic chorea	خوريا محاكية
Chorée oscillation	chorea oscillator	خوريا متذبذبة
Chorée post-hémiplégique	post-hemiplegic chorea	رقص تال للفالج
Chorée préhémiplégique	prehemiplegic chorea	رقص سابق للفالج
Chorée progressive héréditaire	progressive hereditary chorea	رقاص مترقي وراثي
Chorée psychogène	psychogenic chorea	خوريا نفسيّة المنشأ
Chorée rhumatismale	rheumatic chorea	رقص الرثية
Chorée rotatoire	chorea rotatory	خوريا دورانية
Chorée rythmique	rhythmic chorea	خوريا إيقاعيّة
Chorée saltatoire	chorea saltatory	رقاص قفزي
Chorée tremblante	chorea festinans	شلل رعشي
Chorée-athétose	choreoathetosis	رقصي كنعي
Complexe	**complex**	**عقدة، مركّب**
Complexé	complex	معقد، مركب
Complexe "not knowing"	not-knowing complex	عقدة ما أدرية
Complexe anormal	abnormal complex	مركّب لا سوي
Complexe autonome	autonomous complex	مركّب استقلالي
Complexe claustral	claustral complex	عقدة نسكية
Complexe conscient	conscious complex	عقدة شعورية
Complexe créative	creative complex	عقدة مبدعة
Complexe culturel	culture complex	مركب ثقافي
Complexe culturel catalytique	catalytic cultural complex	عقدة ثقافية تحفيزية
Complexe d'abandon	abandonment complex	عقدة الهجران
Complexe d'Antigeone	Antigeone complex	عقدة أنتيجون
Complexe d'anxiété	anxiety complex	عقدة القلق
Complexe d'Athrios	Athrios complex	عقدة اتريوس
Complexe d'autonomie	autonomous complex	مركب الاستقلاليّة، عقدة الاستقلاليّة
Complexe d'autorité	authority complex	عقدة السلطة
Complexe d'Electra	Electra complex	عقدة ألكترا
Complexe d'envie des prophètes	prophets envy complex	عقدة حسد الأنبياء
Complexe d'envie du frère	brother envy complex	عقدة حسد الأخ
Complexe d'Eshmum	Eshmum or Eshum complex	عقدة إيشوم
Complexe d'immaturité émotionnelle	emotional immaturity complex	
Complexe d'inceste	incest complex	عقدة المحارم
Complexe d'infériorité	inferiority complex	عقدة الدونيّة، تصاغر، مركّب النقص
Complexe d'intrusion	intrusive complex	مركّب التدخل
Complexe d'objet	subject complex	عقدة الموضوع
Complexe d'œdipe	Oedipus complex	عقدة أوديب
Complexe d'œdipe inversé	inverted Oedipus complex	عقدة أوديب المقلوبة
Complexe d'œdipe négatif	negative Oedipus complex	عقدة أوديب السالبة
Complexe d'œdipe positif	positive Oedipus complex	عقدة أوديب الإيجابية
Complexe d'Oreste	Oreste complex	عقدة أوريستا
Complexe de Caïn	Cain's complex	عقدة قابيل
Complexe de castration	castration complex	عقدة الخصاء
Complexe de castration active	active castration complex	عقدة الخصاء الإيجابي
Complexe de Clytemnestra	Clytemnestra complex	عقدة كليتيميسترا
Complexe de confiance	reliance complex	عقدة الاتكال، عقدة الثقة
Complexe de	guilt complex	عقدة الشعور بالذنب

culpabilité		
Complexe de Diane	Diana's complex	عقدة ديانا
Complexe de féminité	femininity complex	عقدة الأنوثة
Complexe de Jocasta	Jocasta's complex	عقدة الأمومة، عقدة جوكاستا
Complexe de la mère	mother complex	عقدة الأم
Complexe de masculinité	masculinity complex	عقدة الذكورة
Complexe de napoléon	napoleon complex	عقدة نابليون
Complexe de persécution	persecution complex	عقدة الاضطهاد
Complexe de Polycrates	Polycrates complex	عقدة بوليكراتس
Complexe de relaxation	relaxation complex	عقدة الارتخاء
Complexe de sexe	sex complex	عقدة الجنس
Complexe de supériorité	superiority complex	عقدة الاستعلاء، مركّب العظمة، عقدة التفوّق
Complexe démentiel	dementia complex	مركب عتهي، عقدة عتهية
Complexe des idées	ideas complex	مركب الأفكار
Complexe du frère	brother complex	عقدة الأخ
Complexe du frère	brother complex	عقدة الأخ
Complexe du grand père	grand father complex	عقدة الجد
Complexe du la mère	mother complex	مركب الأم
Complexe du moi	ego complex	عقدة الأنا
Complexe du père	father complex	عقدة الأب
Complexe du sein	breast complex	عقدة الثدي
Complexe exprimé	repressed complex	مركب معبر عنه
Complexe fusionnelle	fusional complex	سلوك التحامي عقدة التحامية
Complexe inconscient	unconscious complex	عقدة لا شعورية
Complexe individuelle	individual complex	عقدة فردية
Complexe nucléaire	nuclear complex	مركب نووي، عقدة نووية
Complexe particulier	particular complex	عقدة خاصّة
Complexe paternel	father complex, paternal complex	عقدة الأبوّة
Complexe pathogène	pathogenic complex	عقدة ممرضة
Complexe père-fille	father-daughter complex	عقدة الأب - الابنة
Complexe psychique	psychic complex	عقدة نفسية
Complexe psychologique	psychological complex	عقدة نفسانية
Complexe réprimé	repressed complex	مركب مكبوت
Complexe synaptique	synaptic knob	عقدة وصلية
Complexe universel	universal complex	عقدة شاملة
Complexe Médéa	Medea complex	عقدة ميديا
Comportement	**behaviour**	**سلوك**
Comportement (test de-)	social behaviour test	اختبار السلوك
Comportement (thérapies du-)	behaviour therapy	علاج السلوك
Comportement a but	target behaviour	سلوك هدفي
Comportement à risque	risk behaviour	سلوك ذو خطورة
Comportement aberrant	aberrant behaviour	سلوك زائغ، سلوك شاذ
Comportement actif	active behaviour	سلوك فعال
Comportement adaptatif	adaptive behaviour	سلوك توافقي، سلوك تأقلمي، سلوك تكيفي
Comportement addictif	addictive behaviour	سلوك إدماني
Comportement adhésif	adhesive behaviour	سلوك لصوق
Comportement administratif	administrative behaviour	سلوك إداري
Comportement adolescent	adolescent behaviour	سلوك مراهق
Comportement agit	acted behaviour	سلوك فاعل
Comportement agité	disturbed behaviour	سلوك مضطرب
Comportement agonistique	agonistic behavior	سلوك احتضاري
Comportement agressif	aggressive behaviour	سلوك عدواني
Comportement alimentaire	alimentary behaviour	سلوك غذائي
Comportement altruiste	altruistic behavior	سلوك إيثاري
Comportement ambivalent	ambivalent behaviour	سلوك متكافئ
Comportement anarchique	anarchic behaviour	سلوك فوضوي
Comportement animal	animal behaviour	سلوك حيواني
Comportement anorexique	anorexie behavior	سلوك قمهي
Comportement	abnormal behaviour	سلوك لا سوي

anormal		سلوك شاذ
Comportement antisocial	antisocial behaviour	سلوك مضاد للمجتمع
Comportement anxieux phobique	phobic anxious behaviour	سلوك خلقي رهابي
Comportement apathique	apathetic behaviour	سلوك جامد
Comportement apopathétique	apopathetic behaviour	
Comportement apparent	apparent behaviour	سلوك ظاهري
Comportement appetitif	appetitive behavior	سلوك الإشتهاء
Comportement artificiel	artificial behavior	سلوك مصطنع
Comportement ascendant	ascendant behaviour	سلوك تسلّطي
Comportement asocial	asocial behaviour	سلوك لا اجتماعي
Comportement autodestructeur	auto-destructor behaviour	سلوك مدمّر ذاتي
Comportement automatique	automatic behaviour	سلوك آلي
Comportement bisexuel	bisexual behavior	سلوك ثنائيّ الجنسيّة
Comportement bizarre	bizarre behavior	سلوك غريب
Comportement catastrophique	catastrophic behavior	سلوك الكارثة
Comportement catathymique	catathymic behaviour	سلوك مزاجي مضطرب
Comportement changeant	changeable attitudes	سلوك متبدّل
Comportement circulaire	circular behavior	سلوك دوري
Comportement civique	civic behaviour	سلوك مديني
Comportement clinique	clinical behaviour	سلوك عيادي
Comportement coercitif	coercive behavior	سلوك قهري، سلوك قسري
Comportement collectif	collective behaviour	سلوك جماعي
Comportement compensatoire	compensatory behavior	سلوك تعويضي
Comportement complexe	complex behaviour	سلوك معقّد
Comportement compulsif	compulsive behaviour	سلوك قهري
Comportement compulsif repété	repeated compulsive behaviour	سلوك قهري تكراري
Comportement conflictuel	conflictual behaviour	سلوك صراعي
Comportement conscient	conscious behavior	سلوك شعوري
Comportement contradictoire	contradictory behavior	سلوك متناقض
Comportement contre-phobique	counter-phobia's behaviour	سلوك مضاد للرهاب
Comportement conventionnel	conventional behavior	سلوك اصطلاحي
Comportement copulatoire	copulatory behavior	سلوك التسافد، سلوك الجماع
Comportement corporel	corporate behavior	سلوك جسماني
Comportement couvert	covert behaviour	سلوك مضمر
Comportement créatif	creative behavior	سلوك مبدع
Comportement criminel	criminal behaviour	سلوك إجرامي
Comportement critérium	criterion behaviour	سلوك معياري
Comportement croisé	cross gender behavior	سلوك مخالف لجنسه
Comportement culturel	cultural behaviour	سلوك ثقافي
Comportement cyclothymique	cyclothymic behaviour	سلوك مزاجي دوري
Comportement d'attachement	attachment behavior	سلوك التّعلّق
Comportement d'attaque	attack behavior	سلوك الهجوم
Comportement d'échappement	escape behaviour	سلوك هروبي
Comportement d'échec	behaviour check	سلوك الإخفاق
Comportement d'hyper contrôle	hyper control behavior	سلوك فرط المراقبة
Comportement d'abstinence	avoidance behaviour	سلوك الامتناع
Comportement d'accouplement	mating behaviour	سلوك تزاوجي
Comportement d'adaptation	adaptation behaviour	سلوك التكيّف
Comportement d'appetence	appetence behaviour	سلوك إدماني
Comportement de catastrophe	catastrophe behaviour	سلوك المصيبة

Comportement délinquant	delinquent behaviour	سلوك جانح
Comportement délirant	delirious behaviour	سلوك هاذ
Comportement demander	required behaviour	سلوك مطلوب
Comportement dépendant	dependent behaviour	سلوك تابع
Comportement déséquilibré	uncomposed behaviour	سلوك لا متزن
Comportement désiré	desired behaviour	سلوك مرغوب
Comportement désorganisé	disorganized behaviour	سلوك غير منتظم، سلوك مضطرب
Comportement destructif	destructive behaviour	سلوك تدميري
Comportement déviant	deviant behaviour	سلوك انحرافي
Comportement déviateur	detour behaviour	سلوك التفافي
Comportement d'évitement	avoidance behaviour	سلوك تجنبي، سلوك التجنب
Comportement différent	different behaviour	سلوك مغاير
Comportement diplomatique	diplomatic behaviour	سلوك لبق
Comportement disjoint	disjointed behaviour	سلوك متخلخل
Comportement du consommateur	consumer behavior	سلوك المستهلك

Comportement de classification	rating behavior	سلوك ترتيبي
Comportement de critère	criterion behaviour	سلوك معياري
Comportement de déviation	detour behavior	سلوك التفافي، سلوك انحرافي
Comportement de foule	crowd or mole behaviour	سلوك غوغائي
Comportement de fuite	flight behaviour	سلوك هروبي
Comportement de groupe	group behaviour	سلوك جماعي
Comportement de la recherche du but	goal seeking behaviour	سلوك البحث عن الهدف
Comportement de provocation	provocation behaviour	سلوك استثاري
Comportement de retrait	shrinkage behaviour	سلوك انسحابي
Comportement de retrait névrotique	neurotic shrinkage behaviour	سلوك عصابي انسحابي
Comportement de rumination	chewing behavior	سلوك اجتراري
Comportement de séduction	seduction behaviour	سلوك الإغواء، سلوك التضليل
Comportement de vérification	checking behaviour	سلوك التحقيق
Comportement decussé	dissenter behaviour	سلوك مخالف
Comportement défensif	defensive behavior	سلوك دفاعي

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 المختصين 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 عامـة

- 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 خاصـة

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.

قواعـد 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 ونقدها 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:**

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.