20
AUTUMN
2008

ARABPSYNET e.JOURNAL
مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو موسوعة عربية للعلوم النفسية

الملف : الطب النفسي الشرعي ... نحو قراءة عربية

الإفتتاحية: الطب النفسي الشرعي ... نحو قراءة عربية	نعمان غرايبة	5
الطب النفسي القضائي	وليد سرحان	7
المرض النفسي والمسئولية الجنائية في الإسلام	لطفي الشربيني	25
الفحص الطبي النفساني القضائي أو الشرعي	أحمد فضل الخاني	30
PSYCHIATRY AND ARAB LAWS	نعمان غرايبة	36
LAANTA BUUR: MY POLITICAL PRISON	محمد محمد يحيى	41

أبحاث ومقالات — PAPERS & ARTICLES

سلسلة الإنسان	يحيى الرخاوي	44
نحو مقاربة معرفية لسيكولوجية الطفل وسيرورة الاكتساب في العالم العربي	الغالي أحرشاو	50
الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر	عبد الستار ابراهيم	54
نحن المسنون: إطلالة نفسية	قدري حفني	64
تربية الموهوبين خيار المنافسة الأمثل	عمر هارون الخليفة	69
الاضطرابات الوجدانية (الانفعالية)	عبد الرحمان ابراهيم	82
أسئلة حول العلاج النفساني	مصطفى شقيب	91
تحليل المؤشرات اللغوية للخطاب الهذياني عند الفصامي	بوفولة بوخميس	99
فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لتحمل الضغوط لدى مرضى الاكتئاب	عمر هارون الخليفة	105
السياقات الاتصالية	بوفولة بوخميس	112
الاختبارات الارتباطية	بوفولة بوخميس	122
الشذوذات الجنسية	عبد الرحمان ابراهيم	131
تحول الجنس	عبد الرحمان ابراهيم	140
جرائم المرأة في المجتمع الجزائري	مزوز بركو	143
CULTURAL PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH PRACTICE IN ARAB CULTURES	عبد الستار ابراهيم	151
SIEGE AND QUALITY OF LIFE OF PALESTINIANS IN THE GAZA STRIP	عبد العزيز ثابت	157
STRESS AND STRESS ASSOCIATED PSYCHOPHYSIOLOGICAL DIFFICULTIES	عبد الستار ابراهيم	165
CHILDREN OF IRAQI FAMILIES AT UNIVERSITI SAINS MALAYSIA	نجلاء نورزرينة	170
THE RELATIONSHIP BETWEEN SIEGE OF GAZA STRIP, ANGER, AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS	عبد العزيز ثابت	174
QUELS FACTEURS ETIOLOGIQUES ORGANIQUES DANS LA DEFICIENCE MENTALE	هالة العيادي و زملاءها	185
APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE DES LES DYSPHASIE DEVELOPPEMENTALES	سعيدة براهيمي	189

مراجعة كتب - مراجعة مجلات - جمعيات - مؤتمرات

جوائز - انطباعات - بريد قائمة المراسلات - مصطلحات نفسية

CONTENT

الفهرس 20

VOLUME 5- N°20, AUTUMN 2008 - DOWNLOAD APNEJ-20 : HTTP://WWW.ARABPSYNET.COM/PASS_DOWNLOAD.ASP?FILE=20

EDITED BY CISEN COMPUTER COMPANY ALL RIGHTS RESERVED - COPYRIGHT (C) 2008 -APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

Arabpsynet e.Journal
Electronic Arab Psy Review
Quartly Edition

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية
مجلة طبنفسية و علمنفسية محكّمة
تصدر فصليا

Subscription For Arabpsynet Services Pack

Registration for 2008

Psychiatrists & Psychologists

After Send CV

Via Cv Form

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

الإشتراك في خدمات الشبكة

إشتراكات سنة 2009

خاص بالأطباء و أساتذة علم النفس

إرسال السيرة الذاتية

حسب النموذج التالي

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

APN Services Pack

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

مجموعة سلة خدمات الشبكة

- اشتراك في قائمة المراسلات
- تصفح الارتباطات المحمية
- اشتراك سنوي في إصدارات المجلة الإلكترونية
- اشتراك سنوي في إصدارات الكتاب الإلكتروني
- اشتراك سنوي في إصدارات المعجم الإلكتروني

(مصطلحات نفسية للأربع أحرف من المعجم بمعدل مصطلح حرف واحد كل ثلاثة أشهر من المعاجم العربية، الفرنسية و الإنكليزية.)

Journal Correspondence

E.mail : APNJournal@arabpsynet.com

P.mail :

Doctor Jamel TURKY

28 Habib Maazoun Street

TAPARURA Building Block "B" N°3

3000 SFAX - TUNISIA

مراسلات المجلة

بريد إلكتروني : APNJournal@arabpsynet.com

بريد ورقي :

" الدكتور جمال التركي "

28 نهج الحبيب المعزون

عمارة تبرورة مدرج ب عدد 3

3000 صفاقس - تونس

ARABPSYNET E.JOURNAL

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW QUARTLY EDITION

TOWARDS AN INTER-ARAB PSY ACADEMIC COLLABORATION

EDITED BY CISEN COMPUTER COMPANY

EMERITUS PRESIDENT

PR. AHMED OKASHA (EGYPT)

HONOROUR PRESIDENT

PR. YAHIA RAKHAWI (EGYPT)

PRESIDENT

DR. JAMEL TURKY (TUNISIA)

VICE PRESIDENT

PR. MOHAMED AHMED NABULSY (LEBANON)

SCIENTIFIC BOARD :

PSYCHIATRY :

PR. TARAK OKASHA (EGYPT)
DR. KHALIL FADHEL (EGYPT)
DR. WALID SARHAN (JORDAN)
PR. ZINE OMARA (UAE)
DR. ABDELAZIZ THABET (GAZA/PALESTINE)
PR. ADIB ESSALI (SYRIA)
PR. A. IBRAHIM (SYRIA / LEBANON)
DR. TARAK AL-HABIB (KSA)
DR. NUMAN GHARAIBEH (JORDAN / USA)
DR. RITA KHAYAT (MOROCCO)

PSYCHOLOGY :

PR. KADRI HEFNY (EGYPT)
PR. ABD. IBRAHIM (EGYPT)
PR. NAIM ATIYEH (USA/LEBANON)
DR. EL RHALI AHARCHAOU (MOROCCO)
DR. ADNENE FARAH (JORDAN)
PR. SAMER RUDWAN (SYRIA/OMAN)
DR. BECHIR MAAMRIA (ALGERIA)
DR. BOUFOULA BOUKHMIS (ALGERIA)
PR. KHALED EL-FAKHRANY (EGYPT)
PR. QASSIM SALIHY (IRAQ)
PR. OMAR KHALIFA (SUDAN)
DR. HAFEDH ELKHAMIRI (YEMEN)
PR. SALAH ALSANIE (KSA)

JOURNAL SECRETARY :

IMEN FEKI & SALWA WERTENI

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

مجلة فصلية طبنفسية و علمنفسية محكّمة

نحو تعاون أكاديمي طبنفسي و علمنفسي عربي

إصدار مؤسسة سيزن كمبيوتر

الرئيس الفخري

أ.د. أحمد عكاشة (مصر)

الرئيس الشرفي

أ.د. يحيى الرخاوي (مصر)

الرئيس

د. جمال التركي (تونس)

نائب الرئيس

أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

الهيئة العلمية :

الطب النفسي :

أ.د. طارق عكاشة (مصر)
د. خليل فاضل خليل (مصر)
د. وليد سرحان (الأردن)
أ.د. الزين عمارة (الإمارات)
د. عبد العزيز موسى ثابت (غزة/فلسطين)
أ.د. أديب العسالي (سوريا)
أ.د. عبد الرحمان إبراهيم (سوريا/لبنان)
د. طارق الحبيب (السعودية)
د. نعمان الغرايبة (أمريكا/الأردن)
د. غيث الخياط (المغرب)

علم النفس :

أ.د. قدري حفني (مصر)
أ.د. عبد الستار إبراهيم (مصر)
أ.د. نعيم عطية (أمريكا/لبنان)
أ.د. الغالي احرشاو (المغرب)
د. عدنان فرح (الأردن)
أ.د. سامر رضوان (سوريا/عمان)
د. بشير معمرية (الجزائر)
د.بوفولة بوخميس (الجزائر)
أ. خالد الفخراني (مصر)
أ.د. قاسم حسين صالح (العراق)
أ.د. عمر هارون الخليفة (السودان)
د. عبد الحافظ الخامري (اليمن)
أ.د.صالح بن إبراهيم الصنيع (السعودية)

سكرتيرية التحرير :

إيمان الفقي و سلوى الورتاني

العـــدد 20 خـريـــــف 2008

الملـــف : الطـــب النفســـي الشرعـــي ... نحـــو قـــراءة عربيـــة		**5**
افتتاحيـــــــــــــــة العـــــــــــــــدد	- نعمـــــان غرايبـــة	5
الطـــــــــب النفســـــي القضائـــــــــي	- وليـــــد سرحـــــان	7
المـــرض النفســـي والمسئوليـــة الجنائيـــة فـــي الإســـلام	- لطفـــي الشربينـــي	25
الفحـــص الطبـــي النفسانـــي القضائـــي أو الشرعـــي	- أحمـد فضـل الخانـي	30
	- PSYCHIATRY AND ARAB LAWS نعمـــان غرايبـــة	36
	- LAANTA BUUR: MY POLITICAL PRISON محمـــد محمـــد يحيـــى	41
أبحـــــاث ومقـــــالات/PAPERS & ARTICLES		**44**
سلسلـــــــــــــــة الإنســـــــــــــــان	- يحيـــى الرخـــاوى	44
نحو مقاربة معرفية لسيكولوجية الطفل وسيرورة الاكتساب في العالم العربي	- الغالـــي أحرشـــاو	50
الاضطرابـــات المزاجيـــة المرتبطـــة بالتقـــدم في العمـــر	- عبد الستار ابراهيم	54
نحـــــن المسنـــــون: إطلالـــــة نفسيـــــة	- قـــدري حفنـــي	64
تربيـــة الموهوبيـــن خيـــار المنافســـة الأمثـــل	- عمـر هـارون الخليفة	69
الاضطـــرابات الوجدانيـــة (الانفعاليـــة)	- عبد الرحمان ابراهيم	82
أسئلـــة حـــول العـــلاج النفسانـــي	- مصطفـــى شقيـــب	91
تحليـل المؤشـرات اللغويـة للخطـاب الهذيانـي عنـد الفصامـي	- بوفولـــة بوخميـــس	99
فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لتحمل الضغوط لدى مرضى الاكتئاب	- عمـر هـارون الخليفة	105
السياقـــــــــــــــات الاتصاليـــــــــــــــة	- بوفولـــة بوخميـــس	112
الاختبـــــــــــــــارات الارتباطيـــــــــــــــة	- بوفولـــة بوخميـــس	122
الشـــــــــــــــذوذات الجنسيـــــــــــــــة	- عبد الرحمان ابراهيم	131
تحـــــــــــــــول الجنـــــــــــــــس	- عبد الرحمان ابراهيم	140
جرائـــــم المـــرأة فـــي المجتمـــع الجزائـــري	- مـــزوز بـركـــو	143
	- CULTURAL PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH PRACTICE IN ARAB CULTURES عبد الستار ابراهيم	151
	- SIEGE AND QUALITY OF LIFE OF PALESTINIANS IN THE GAZA STRIP ثابـــت و زمـــلاءه	157
	- STRESS AND STRESS ASSOCIATED PSYCHOPHYSIOLOGICAL DIFFICULTIES عبد الستار ابراهيم	165
	- CHILDREN OF IRAQI FAMILIES AT UNIVERSITI SAINS MALAYSIA نجـــلاء & نورزرينـــة	170
	- THE RELATIONSHIP BETWEEN SIEGE OF GAZA STRIP, ANGER, AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS ثابـــت و زمـــلاءه	174
	- QUELS FACTEURS ETIOLOGIQUES ORGANIQUES DANS LA DEFICIENCE MENTALE هالة العيادي و زملاءها	185
	- APPROCHE NEUROPSYCHOLOGIQUE DES LES DYSPHASIE DEVELOPPEMENTALES سعيـــدة براهيمـــي	189
مراجعـــــة كتـــــب / BOOKS REVIEW		**192**
مرجـــــع في علـــم النفـــس الإكلينيكـــي للراشديـــن	- صفـــوت فـــرج	192
مرجـــــع إكلينيكـــي فـــي الاضطرابـــات النفسيـــة	- صفـــوت فـــرج	194
الاكتئـــــاب والكـــــدر النفســـــي	- عبد الستار إبراهيم	197
إنـــــه مـــن حقـــكيـــا أخـــي!	- عبد الستار إبراهيم	199

العـــدد 20 خـريـــــف 2008

203 مراجعـــة مجـــلات / JOURNALS REVIEW

203 الثقافـــــــة النفسيـــــــة المتخصصـــــــة - م 18 العـــدد 72

208 الثقافـــــــة النفسيـــــــة المتخصصـــــــة - م 19 العـــدد 74

213 مؤتـمـــــرات نفسيـــــة / PSY CONGRESS

213 المؤتمـــر الدولـــي الثالـــث للجمعيـــة المصريـــة للتحليـــل النفســـي – مصـــــــــر

219 الأيـــام التونسيـــة الرابعـــة لدراســـات التحليـــل النفســـي – تـونـــــــس

220 ورشـــة تدريـــب – مشاكـــل الصحـــة العقليـــة المتعلقـــة بالأطفـــال – مصـــــــــر

221 ملتقـــى الطـــب النفســـي الدولـــي المشتـــرك للقصـــر العينـــي – مصـــــــــر

224 المؤتمـــــر الدولـــــي الثالـــــث للمسنيـــــن – القـاهـــــرة

226 الصدمـــة النفســـية استراتيجيـــات التكفـــل و الوقـأيـــة – الجزائـــــــر

228 المؤتمر الدولي السابع حول"تربية وتنمية الطفل الموهوب في الوطن العربي" – الجزائـــــــر

230 الملتقـــى الدولـــي الخامـــس للطـــب النفســـي – جـــــــدة

232 منتـــدى علـــم النفـــس للعمـــل فـــي المغـــرب – المغـــــــرب

234 المؤتمـــر الدولـــي للعلـــوم العصبيـــة: التكويـــن و البحـــث – الجزائـــــــر

236 المؤتمـــر العلمـــي الثانـــي للتربيـــة الخاصـــة – مصـــــــــر

238 أجنـــــدة المؤتمـــرات النفسيـــة – 2008

242 جمعيـــــات / ASSOCIATIONS

242 الميثـــاق الأخلاقـــي للمشتغليـــن بعلـــم النفـــس – نوفمبـــر 2007

248 جـــوائـــز / PRIZES

248 جائـــزة ابـــن رشـــد للفكـــر الحـــر – 2008

254 انطبـاعـــــات / APPRECIATIONS

254 أطبـــــاء نفسانيـــون و أساتـذة علـــم النفـــس

256 بريـــد قائمـــة المراســـلات / MAILS OF APN LISST

256 بريـــد مراســـلات شبكـــة العـــوم النفسيـــة

281 مصطلحـــات نفسيـــة / PSY TERMINOLOGIES

281 المعجـــم الإلكترونـــي للعلـــوم النفسيـــة العربيـــة "ت" (الإصدار العربي)

285 "D"E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES (English Edition)

289 "D"E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES (Edition Francais)

الإفتتـــــــاحيـــــــــــــــــــــــة

الطـــــــب النفســــــي الشرعـــــــي ... نحــــو قـــــراءة عربيــــــة

د. نعمــــــان الغرايبـــــــــــة – الطـب النفسـي، امريكـا / الأردن

n_gharaibeh@yahoo.com

الزملاء والزميلات: تحية طيبة وبعد

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

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

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

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

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

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

دراسته مؤشرات قيّمة للطبيب أو أخصائي علم النفس عند الشهادة بالمحكمة.

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

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

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

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

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

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

إسمحوا لي أن أوضح هذه النقطة:

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

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

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

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

... تنبهوا واستفيقوا أيها العرب فقد طما الخطب حتى غاصت الركب

احترامي

د. نعمان غرايبة

الطـــــب النفســـــي القضائـــــي

د.وليـــــد سرحـــــان؛ الطـــب النفســـي – عمـــان/الأردن
Sarhan34@wanadoo.jo -sarhan@nets.com.jo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 - ما هـــو الطـــب النفســـي القضائـــي ؟

يستعمل مصطلح الطب النفسي القضائي بمعنيين أو في سياقين:

السياق الأول: – وهو \ محدود ويقصد به ذلك الفـرع مـن الطـب النفسي المتعلق بتقييم وعلاج مرتكبي الجرائم ذوي الأمراض النفسـية أو العقلية.

السياق الثاني: – وهو الأوسع ويقصد به البحث في جميـع الأوجـه القانونية للطب النفسي بما فيها القوانين المدنية التي تنظم عمـل الطـب النفسي نفسه و القوانين المدنية العامة إضافة إلى تقييم المتهمين المرضى أو أولئك المدفوع باضطرابهم ومرضهم

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

(1) ويعنى بالممارسة العادية فيما يتعلق بالمرضى وما ينشا عـن التعامل معهم من إشكاليات قضائية , مثل الإدخال الإجباري للمستشفى , إعطاء العلاج واحتجاز المرضى رغم أرادتهم, والى ذلك ومـن ضـمن القوانين المدنية ما يبحث بالمسائل المتعلقة بكفاءة المريض وقدرته علـى إدارة شؤونه الخاصة وممتلكاته.

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

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

وهنا يجب مراعاة عاملين : –

1- هناك تباين في القوانين من بلد لبلد .

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

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

القضايـــا المدنيـــة : وتشتمـــل على القضايـــا التاليـــة:

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

القضايـــا الجنائيـــة

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

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

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

2 - تصنيـــف الأمـــراض النفسيـــة

إن الإعتماد على مشاهدة الظواهر المرضية ورؤيـة أعـراض المـرض النفسي بعيداً عن فلسفته ومسبباته ، كان له جلّ الأثر في إحـداث تصـنيفاتٍ عديدة للأمراض النفسية مصبوغة بالدقة والحكم بناء على توفر مواصفات معينة لدى المريض . ولهذا كان التصنيف الأمريكي الرابع DSM4 والتصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD_{10}) واللذان وفرا تقسيماً تفصيلياً للأمـراض وبرمـوز محددة ودقيقة ويمكن للمهتم أن يعود إليها لمزيداً من المعرفة .

التقسيم القديم والتقليدي للأمراض النفسية يشمل تقسيمه إلى الأمراض العصـابية (Neurotic disorders) والأمـراض الذهانيـة Psychotic disorders ، وبالرغم من الإنتقادات الكبيرة الموجهة لهذا التصنيف إلا أنني أود الإشارة إليـه لفائدتـه وعمليتـه خصوصـاً للمهتمـين غيـر المتخصصين في الطب النفسي وهو يحمل تطبيقات عملية مـن الناحيـة الشرعية والقضائية كذلك .

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

تشمل هذه الفئة المرضية العديد من الأمراض النفسية المعروفة كالقلق بأنواعه مثل القلـق العـام ، القلـق الإجتمـاعي ، الرهـاب ، إضطراب الهلع ، أثر الشدة ، الوسواس القهري ، تشمل كذلك الإكتئاب ، القلق الإكتئابي ، الأمراض التحويلية ، إضطرابات الطعام ، وغيرها الكثير الذي يمكن تصنيفه حسب الفتـرة العمريـة التـي يجـيء فيهـا الإضطراب ويكون شائعاً .

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

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

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

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

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

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

وتحت كل بند رئيس عدد كبير من التقسيمات الجزئية المفصلة.

3- الإعاقـــــة العقليـــــة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 - أمراض القلق النفسي

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

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

(2) الصداع ، الدوخة ، غبش العيون ، وصنين الأذنين ، وجفاف الفم

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

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

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

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

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

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

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

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

نوبات الفزع هي نوع آخر من القلق ، ويأتي على شكل مفـاجئ ، من الخوف الشديد والشعور بالإعياء والخفقـان والإختنـاق والدوخـة ، وحتمية الموت أو المرض الخطير ، ولا يستمر سوى بضـع دقـائق ، يخف تدريجياً ويصبح المريض رهينة إنتظار النوبة الثانية ، التي قد تأتي خلال أسابيع أو أيام أو شهور ، وقد يصبح تكرارها يومياً مما يعيق حياة الفرد ، فقد يصل به الأمر إلى الخوف من الخروج والإنقطاع عن العمل ، وقد يؤدي ذلك إلى عدم دخول الأماكن المزدحمة ووسائل المواصلات ومحلات السوبرماركت الكبيرة ، وهذا يسمى عندئذ رهاب الساح ، ولا عجب ان يختلط القلق العام بالفزع في رهاب الساح ، وإذا طالت مـدة المرض والمعاناة قد يتطور لدى المريض شعور باليأس والإحباط والقنوط ، مما يجعله ميالاً للكآبة ، ورغم خوفه من الموت يصبح متمنياً له .

5 - الأمـــــراض الذهانيـــــة

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

1.5. الهـــــلاوس

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

2.5. الأوهـــــام

هي مجموعة الأفكار الخاطئة الراسخة المسيطرة على المريض والتي لا تقبل النقاش المنطقي ، ولا تتمشى مع الخلفية الإجتماعيـة والثقافيـة والتربوية للفرد ، ومنها أشكال كثيرة مثل توهم العظمة ، بحيث يعتقـد المريض أنه زعيم أو نبي أو إمام للأمة أو المهدي المنتظر ، ومنها مـا هو إضطهادي بإعتقاد المريض أنه مراقب ومتابع من قبل الأجهزة الأمنية والمخابرات العالمية والأقمار الصناعية ، وأن هناك من يتـآمر عليـه ويدبر له المكائد ، وأوهام الإشارة للذات، والتي يعتقد فيها المريض بأن كل ما يجري حوله من تصرفات لا بد وأن يكـون لهـا علاقـة بـه ، وبأسلوب سيئ مما يجعله في حالة خوف وتوتر ، وهناك أيضا أوهـام العدم والتي يشعر فيها المرء بأنه ميت أو أن مدينة عمان إختفـت أو أن أعضائه أو أحشائه قد توقفت عن العمل ،

وهناك أشكال أخرى من الأوهام مثل التـوهم المـزدوج ، بـأن الشخص الذي أمامه هو نسخة عن شخص آخر أو أنه قد تـم تبـديل الناس ببعضهم البعض، كما أن هناك أشكال من التوهم في الـذاكرة بحيث أن المريض يعود لفرض الأوهام على ذاكرته الطبيعية لسنوات مضت ، فيحولها إلى سلسلة من الأوهام . وكثيراً ما يلجأ المـرض نتاجاً لأوهامهم باللجوء إلى الأمن والشرطة وإقامة الـدعوات ضـد الأشخاص الذين يقع الوهم عليهم .

3.5. السلـــــوك العـــــام:

يتأثر السلوك العام في الأمراض الذهانية بشكل ملحوظ وقد يضطرب السلوك والإهتمام بالنفس والنظافة والعناية باللباس ، ومـن الممكـن أن يظهر المريض بمظهر غريب وغير لائق لمستواه وشخصيته العاديـة ، كما أنه قد يتصرف بتهور حيث أن يقدم علـى الطـلاق أو التبـذير أو الإستقالة ، كما قد تقدم المرأة على محاولة خنق أطفالها أو وليدها ، كل هذا ينبع من الهلاوس والتوهم.

(1) إن القدرات العقليـة ليسـت معنيـة بالدرجـة الأولـى فـي الإضطرابات الذهانية، خلافاً لما يعتقده الكثير مـن النـاس ، ويقـول البعض بأن فلان في منتهى الذكاء أو أنه يفهم كذا أو أنه يعرف إسمه لنفي الذهان ، وحقيقة أن الذهان يصيب الناس من كافة المستويات الإجتماعية والثقافية والتعليمية والإقتصادية ، ومن الأذكياء إلى متوسطي الذكاء إلى العباقرة والمعاقين عقلياً ، ومن الأمثلة على الذهان :

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

6 - الفصـــــام

إن مرض الفصام من أكثر الأمراض تداخلاً بالجريمـة والقضـاء ، وهو يصيب 1% من سكان العالم ، وهذا المرض يحدث عادة ما بين 15 - 28 ، وهو عمر الدراسة الجامعية ، يكون في الإناث متأخر قليلاً عن الذكور ، وقد يبدأ الفصام بشكل مفاجئ أو تدريجي ، وقد يلاحظ علـى المريض العزلة والهزل والتقصير فـي واجباتـه اليوميـة والمدرسـية والجامعية ، كما يلاحظ أحياناً الإهمال بالنظافة الشخصية ونظافة الفراش والملابس ، وقد يظهر عليه بعض التصرفات مثل شراء أسلحة أو تعتيم الغرفة ووضع أقفال على الأبواب والشبابيك ، يراقب الحديقة طوال الليل وكأنه ينتظر عدواً ، وهو بالفعل مقتنع أنه ينتظر عدواً وهمياً تصوره من خلال الهلاوس والأوهام ، بأن هناك مجموعة متـآمرة عليـه ، تعلـق وتتحدث عنه بأنه قام ، جلس ، تحدث ، سيأكل وغيرها ، أو يسمعهم يقولون سنقتله ، سنمثل به أو سنفضحه ، وغيرها من عبـارات الشـتم والإرهاب .

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

يكون المريض في هذه الحالة تحت إعتقاد راسـخ وأكيـد بهـذه الهلاوس وهذه الأفكار ، وبكل ما يمر بخاطره ، قد يعتقد أنه ملك أو نبي ، وأن كل هذه المؤامرات صنعت للتخلص منه ، قد يلجأ إلـى التعبد الزائد أو بالعكس ترك العبادات نهائياً ، قد يبدأ التدخين ، قد يبدأ بتناول المشروبات الكحولية ، قد يكثر من القهوة والشاي

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

وقد تطور علاج الفصام عبر القرن الماضي ، بحيث وصـل إلـى درجة عالية من التقدم ، حالياً تصل نسبة شفاء المرضى إلـى درجـات متقدمة ، مع إستمرار إستعمال العلاج ، وقد يكون أحدهم فـي مهنتـه ناجحاً كمهندس أو طبيب أو محامي وخلافـه ، ولا يتـأثر أداءه بهـذا المرض طالما أنه على علاج ، وهناك فئة لا تتجاوب مع العلاجات وقد تكون هناك صعوبات إجتماعية وعائلية تمنع الإنضـباط فـي المعالجـة والمراجعة بالشكل الصحيح ، مما يعيق الحالة ويجعل التحسن ضـئيلاً ، وهناك الأكثرية من المرضى الذين يتحسنون وبمجرد تحسـنهم يوقفـون العلاج ، وما هي إلا بضعة شهور وينتكس المريض ، وقد تكون أشـد وأسوأ وتحمل معها مخاطر .

7 - الوســـــواس القهـــــري

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

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

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

وهذا المرض من الأمراض التي تكثـر بـين أصـحاب الشخصـية الوسواسة ، وهؤلاء الأفراد يميلون إلى الدقة والتأكد والحـرص فـي حياتهم عموماً ، وهم بالتالي يشكلون صعوبات فـي التحقيـق والبحـث الجنائي ، سواء كانوا شهود أو متهمين أو أطراف في نـزاع مـدني ، وذلك لتمسكهم بدقة التفاصيل ، وهذا يؤدي إلى مشاكل فـي التحقيـق ، وإرباك لمجرى العدالة في أحيان نادرة .

8 - الخـــــــرف

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

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

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

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

بعض حالات الخرف الناتجة من أمراض عضوية معروفـة كقصـر الغدة الدرقية، يمكن السيطرة عليه وربما رجوع المريض إلـى حالتـه العقلية القديمة إذا أكتشف المرض مبكراً وتمت المعالجة الطبية المناسبة.

9 - القتـــــــــل

إن جريمة القتل من الجرائم التي تربك الرأي العام والناس والمعنيين والمختصين ، بإعتبارها من أعلى درجات الجريمة التي تـؤدي بحيـاة الناس ، ومن الممكن أن يكون القتل مرضياً في حالات عديدة منها :

(1) قتل الوليد : وهذا ما تقدم عليه المرأة بعد الولادة وخلال فتـرة النفاس ، وعند دخولها في أعراض ذهـان النفـاس ، فقـد تقتلـه لإعتقادها أنه سيتعذب أو أن به روحاً شريرة ، أو أنه يحمل فألاً سيئاً ، كما قد تقتله في طريقها للإنتحار ، رأفة به من عذاب الدنيا .

(2) قد يقوم مريض الفصام بالقتل أو محاولة القتل بناءً على الأوهام الإضطهادية أو الأوامر في الهلاوس السمعية ، أو أنه يصطدم مـع بعض الناس في شجار عندما يعلن عن نفسه ، أنه نبياً أو ملكـاً أو رئيساً وما إلى ذلك.

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

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

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

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

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

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

10 – الزهـــــو (الهـــــوس)

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

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

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

وعند سؤال المريض من قبل الطبيب أي سؤال عن إسمه مثلاً فسيكون إجابته بلا توقف ، وينتقل من فكرة إلى أخرى حتى أنك لو عرضت عليه هدية قيمة ليصمت بضع دقائق ، لقال لك أني أدفع عشر أضعافها حتى أستمر بالكلام، وهذا الإبتهاج وهذا الشعور مع فقدان البصيرة المرضية وبجعل المعالجة في بعض الأحيان إجبارية مع موافقة الأهل .

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

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

11- الإكتئـــــــــاب

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

(1) هبوط المعنويات والمزاج والشعور بالحزن واليأس.

(2) فقدان الثقة بالنفس والتردد في إتخاذ القرارات وكثرة التململ .

(3) إضطراب النوم والطعام والتركيز .

(4) إضطراب التفكير والتشاؤم وإجترار الأفكار السلبية وتعميمها إلى درجة تضع المريض في خط مسدود .

(5) قد تظهر أعراض الإكتئاب على شكل أعراض جسدية ، مثل ألم الصدر أو الصداع وألم البطن ، وغيرها من الآلام ، خصوصاً عندما يجتمع الإكتئاب مع القلق النفسي .

(6) فقدان الرغبة الجنسية والأداء الجنسي .

(7) التفكير بالموت وتمنيه ، والدعاء إلى الله عز وجل بأخذ الأجل ، ثم التفكير فعلياً بمحاولة الإنتحار والأساليب الممكن إتباعها ، وقد تتم المحاولة وقد تنجح أو لا ، ومن المعروف أن 70% من المنتحرين هم من مرضى الإكتئاب .

(8) قد يصاحب الإكتئاب أعراض ذهانية مثل الهلاوس كأن يرى جنازته وقبره، أو الهلاوس السمعية التي تؤنبه وتوبخه وتدعوه للإنتحار ، ومثل هذه الحالات تعتبر من الحالات الشديدة التي تتطلب السرعة في المعالجة.

(9) شعور مريض الإكتئاب بالعزلة التامة ، وأن لا أحد في هذا العالم يكترث له ، ولا يهتم بحالته ولا يفهمه ، وكأنه قد وضع في قاصة حديدية مغلقة تائهة في قعر المحيطات .

من المميز لمرضى الإكتئاب أنهم لا يسعون للعلاج كما يسعى مرضى القلق ، لأن في الإكتئاب عادةً فقدان للأمل ، وهذا يحطم خطوات المكتئب نحو البحث عن الشفاء والأمل به والتمسك به ، وكثيراً ما يحتاج مثل هؤلاء المرضى لدعم مما حولهم ، للحصول على العلاج والخلاص من هذا المرض .

من المعروف أن المكتئبين قد يقومون بقتل من يحبون قبل إقدامهم على الإنتحار ، وفي بعض الحالات سجلت سرقات من قبل مكتئبين خصوصاً في الدول الغربية التي تكثر فيها المحلات الكبيرة ، حيث يقوم هؤلاء بسرقة أشياء سخيفة ، وغالباً ما يكونون من النساء في منتصف العمر

يعانين من الإكتئاب .

من الإكتئاب ما يأتي على موجة واحدة تنتهي ، ومنهـا مـا يكـون متكرر أو مزمن أو مستعصي ، وهناك تدابير علاجية لكل هذه الحالات ، وقد يكون المكتئب أحد مصادر الإزعاج للسـلطات القضـائية والأمنيـة خصوصاً الذي لديه توهمات بالذنب ويقدم على الإعترافـات الكاذبـة ، فكلما سمع عن مقتل شخص أو جريمة ما حضر هـؤلاء إلـى المراكـز الأمنية أو للمدعين العامين للإدلاء بإعترافات يكون من الواضح أنها غير متطابقة إطلاقاً مع الجريمة التي وقعت .

قد يقوم بعض مرضى الإكتئاب بتعريض أنفسهم للخطر بالقفز أمـام سيارة، أو محاولة إضرام حريق في مستودع وغيرها مـن السـلوكيات المتهورة والإنتحارية ولكن بأسلوب غير مباشر ، قـد يوقـع الآخـرين بإشكالات قانونية ، وإذا كان الإكتئاب في سن مبكـر وفـي الأطفـال والمراهقين ، فقد يكون من علاماتها الهروب من البيت ، وهذه تشـكل ظاهرة عالمية مزعجة ، وتعتبر منظمة الصحة العالمية الإكتئـاب مـن الأمراض الشائعة القليلة القابلة للشفاء .

12 - الذهـان الزوري Paranoid Psychosis -

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

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

من الصور التي يتخذها هذا المرض :

(1) وهـــم العظمـــة

يعتقد المريض أنه شخص عظيم، أو أنه نبي من الأنبياء، أو يعتقد بأنه أذكى من أي مخلوق في العالم، مرسل لهداية الناس أو أنه مخترع، وعادة ما يتبع وهم العظمة شعور بالنقص. ويلاحظ على حديثه التعـالي والمفاخرة ، ويلاحظ على المريض أيضـاً تقلـب المـزاج والإسـتياء والغضب والعدوان .

(2) وهـــم الإضطهـــاد

يعتقد المريض بأن مؤامرة ما تحاك ضده ، وبأن الناس حاقدة عليه وتكيـد له وتعامله معاملة سيئة ، يبدأ المريض في إرسال الشـكاوي لرجـال الأمـن لحمايته ، وأحياناً يقع المريض في شك من زوجته أو أحد أقربائه الذي سيضع له السم في الطعام ، وقد يصل الحال بالمريض إلى الإكتئاب والإنتحار .

(3) وهـــم الإشـــارة

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

(4) وهـــم الحـــب

يعتقد هذا الشخص أنه على علاقة مع شخصية متميزة ، كممثل مشهور ، أو سياسي وغيره ، وقد يبدأ بمضايقة هؤلاء بالإتصال الهاتفي المستمر والمزعج وربما يقدم على المواجهة ومقابلة هؤلاء والإعتراف بحبهم ، وربما إقناعهم به .

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

الذهان الزوري يصيب البالغين من الجنسين .

أما أسباب الذهان الزوري فهي مجموعة أسباب .

- جماعة التحليل النفسي يرون أن الكبت هو من أسباب البارانويـا ، حيث يسبقه صراع نفسي وفكري عنيف ، وذلك من دوافع الفـرد ورغبته في إشباع بعض هذه الدوافع والنزعات ، وخوفه من الفشل في إشباع ذلك بسبب العادات والقيم الإجتماعية ، يؤكد فرويد على وجود رغبات جنسية قوية مثلية مكبوتة لدى الفـرد ، والإعتمـاد الزائد على الحيل الدفاعية النفسية التـي تظهـر بشـكل أعـراض البارانويا ، ومن هذه الحيل الدفاعيـة : التبريـر ، التعـويض ، الإنكار ، الكبت والإسقاط .

أيضا من أسباب البارانويا إضطراب الجو الأسري وسـيادة نزعـة التسلط والإستبداد في داخله وإستمرار النقد والضعف في عملية التنشـئة الإجتماعية .

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

أما علاج الذهان الزوري

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

13 - الغيـــــرة المرضيـــــة

الغيرة كعاطفة تشمل كلاً من عناصر الإمتلاك والسيطرة والـولاء ، ولا نستطيع أبداً إستنكارها في وضعها الطبيعي إذ أنهـا تحمـل معهـا أرضيات ثقافية صنعت مجتمعنا من المواريث العربية والإسلامية ، وهي مواريث محببة وحافظة للعرض وصائنة لتماسك الأسرة .

هذا في الوضع الطبيعي والمقبول كأن يغار الزوج على زوجتـه إذا رأى فيها تصرفاً بعيد عن اللياقة وكاسراً لولائهم المشترك فيمـا بيـنهم. ولكن ما نتحدث عنه الآن هـو حالـة تعـدت المقبـول إلـى المـرض والإضطراب .

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

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

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

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

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

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

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

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

14- إضطرابات النوم

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

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

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

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

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

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

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

15 – الصـــــرع

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

يمكن تقسيم الصرع كما يلي :

1. التشنجات الجزئية (Partial Seizure)

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

2. التشنجات العامة :

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

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

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

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

16 - إصابـــــات وأورام الدمـــــاغ

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

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

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

17 - الإندفـــــاع

الإندفاع لغة: المضي في الأمر كائناً ما كان ويترادف معه الهوج ، والأهوج هو المسرع إلى الأمور كيفما إتفق وقيل قليل الهداية ، ومثلها النبض والنبضي، وفي لسان العرب : لا يعجبك الإنباض قبل التوتير وهذا مثل في إستعجال الأمر قبل بلوغه إناه ، وفي الحث على التأني والتفكر ، والبعد عن الإنفعال والتهور ، قال عليه السلام : (ليس الشديد بالصّرعة إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب) .

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

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

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

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

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

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

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

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

والإنفعالية ، وقد عزز وجهة النظر هذه إستجابة هـذا المـرض أو العرض لبعض العقاقير مثل أمـلاح الليثيـوم ومضـادات الإكتئـاب ، ومنظمات المزاج .

إلا أن السؤال الأصعب، هو هل هذه التغيرات سـببت المـرض أم كانت نتيجة له ؟؟؟؟

علاج هذه الحالة:

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

وبعد التشخيص يتم التعامل مع هذه الحالة عبر شكلين مـن أشـكال العلاج .

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

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

1 - مضادات الإكتئاب .
2 - أملاح الليثيوم .
3 - منظمات المزاج ، ومضادات الصرع .

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

أما المهدئات والبنزوديـازبين مثـل الفـاليوم Valium، البـرازين Prazin ، والزانكس Xanax . فإن أثرها من التقليل من العصبية هـو مؤقت وليس دائم ، وهناك خطران يرافقان إستعمال هذه الأدوية .

أولاً : وهو الأهم أنها تؤدي إلى الإدمان والتعود .

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

وفي الغالب فإن تدبير هذه الحالات يستغرق وقتاً طـويلاً حيـث أن الهدف النهائي للعلاج – كيماوياً أو نفسياً – هو تعـديل سـلوك إنسـان وإحداث تغيرات عليه.

18 - الأهليـــــــة العقليـــــــة

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

1- الأهلية للمثول أما المحاكم : وهذه تتطلب تحديد فيمـا إذا كـان الشخص قادر على فهم مجريات المحاكمة ، وقادر على فهم الفرق بـين الإعتراف بأنه مذنب أو غير مذنب ، وأنه قادر على التعامل مع محامي الدفاع وإعطائه الإجابات اللازمة ، وأنه إذا لزم الأمر قادر على أن يرد على الإتهامات الموجهة إليه ويدافع عن نفسه بواسطة محاميه ، وأن يفهم أسئلة القاضي والإدعاء العام ، وهذه أهلية قد تكون مطلوبـة للمـتهم ، وأحياناً قد تكون مطلوبة للشاهد أيضاً ، وفي أحيان أخرى ممكن أن يتم التساؤل عن أهلية الشخص الذي وقعت عليه الجريمة ، مثل أن تكون فتاة يقال أنها تعاني من إعاقة عقلية وبرغم أن عمرها في الخامسة والعشرين إلا أن قدرتها العقلية في الثانية عشرة ، وهي غير قادرة علـى إعطـاء الإذن أو الرأي فيما يحدث ، وهذا يغير من سير المحاكمة .

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

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

4- الأهلية للزواج : وهذه أيضاً قد تكون حالة خاصة عنـد بعـض المرضى ، كمرضى الفصام أو الهوس أو الزهو ، وقد يكـون هنـاك فقدان كامل للأهلية مما يمنع البحث في الأهلية للزواج ، وأمـا الأهليـة للزواج فإنها تنطبق على ذوي الإعاقات المختلفة والقدرات العقلية ، ولا يمر يوم إلا ونشاهد به من قام بتزويج إبنه المعاق عقلياً لفتـاة وبـدأت الخلافات بعد ذلك بالظهور .

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

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

19- المسؤوليـــــــة الجنائيـــــــة

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

يعتبر الفعل جريمة إذا توافر فيه عنصران :

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

الثاني: أن تكون النية متوافرة لإحداث الإيذاء والضرر، أي أن يكـون الفعل مقصودا ومتعمدا وأن يكون المريض مدركا لطبيعة ما يفعله، وهو مـا يسمى قانونيا بالقصد الجنائي، وفي الطب النفسي بـ(mensrea).

ولعل النقاش حول المسؤولية الجنائية يتركز على تداعيات النقطة الثانية.

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

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

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

الدفـــع بالمسؤوليـــة المخففـــة أو الناقصـــة :

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

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

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

20 - الإدمـــــــــان

الإدمان حالة سلوكية ترتبط غالبا بإستخدام العقاقير المدمنة ، هذه الحالة تتمثل بالإعتماد على العقار ، والإعتماد على العقار يتأتى من تطور حالتين مهمتين لدى المريض .

(1) التعود:

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

(2) تطور الأعراض الإنسحابية الجسمية والنفسية :

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

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

يترتب على الإدمان مجموعة من الآثار السلبية طبياً ، ذلك أن طريقة التناول قد تكون عن طريق الزرق الوريدي مما يؤهل إلى زيادة خطورة الإصابة بالأمراض الجرثومية كإلتهاب الكبد الفيروسي والإيدز وغيرها ، تؤثر بعض العقاقير على الأجهزة المختلفة كالكبد والكلى والقلب والدماغ .

هنالك مدرستين مختلفتين فيما يتعلق بالنظرة إلى الإدمان أحدها وهي المدرسة الأخلاقية ترى في المدمن منحرفاً خارجاً عن الحدود والأصول المتعارف عليها ، ضاراً لنفسه ولمجتمعه مما يستوجب عقابه ، والمدرسة الثانية وهي المدرسة الطبية والإنسانية ، ترى في هذا الشخص مريضاً دفعته تركيبته الكيماوية إلى الإقدام على العقار وتولت الأعراض الإنسحابية والحاجة الجسيمة مهمة إستمرار أخذه للعقار ، فهو إذن مريض يستحق أن يُعالج لا أن يُعاقب .

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

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

21 – الهيروييـــــن

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

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

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

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

22 – الكحـــــــــول

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

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

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

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

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

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

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

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

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

24 - الحشيـــــــش

وهو أرخص أنواع المخدرات ، ويدخنونه مثل الأفيون ، والمدمنون يطلقون عليه إسم "a Joint" إذا كان ملفوفاً في صورة سيجارة ، فإذا لم يكن كذلك سموه "Grass"وهو في الحقيقة أزهار نبات القنب . أما في بلاد الشرق ، فإنهم يسمونه بعقار الحشيش أو جانجا وهم يدخنونه أو يمضغونه أو قد يتناولونه بالفم في صورة شراب .

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

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

المادة الفعالة في هذه المستحضرات هي مادة Tetrahydrocannabinol.

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

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

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

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

هل هنالك إستعمالات طبية لمادة الحشيش ؟

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

القنابيات والقانون :

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

قليل منها للإستعمال الشخصي إلا أن بلداناً أخرى تعاقب علـى ذلـك ، وتعتبر التناول جريمة يعاقب عليها .

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

25- الإنتحـــــــــار

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

وإذا نظرنا إلى الأرقام في الأردن فإنها لا تصل إلى الواحد ، بـل هـي بالأعشار ، وبإعتقادي وإعتقاد كافة الخبراء أننا فعلاً أقل إنتحاراً من الشعوب الغربية والدول الأخرى ، لوجود الوازع الديني والترابط الأسري ، ولكن ما يتم الإبلاغ عنها وتسجيله كحالات إنتحار هو ليس كل حـالات الإنتحـار ، ونظراً لما يحمله الإنتحار من وصمة إجتماعية فإن الكثير من الجهـات مـن الأطباء والأطباء الشرعيين والمدعين العامين ، قد يتسـاهلون فـي تسـمية الإنتحار ، وهذا في الحقيقة يعيق أي محاولة لمكافحته .

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

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

26 - تعـــــــدد الشخصيـــــــــة

طالما يتم الخلط بين هذه الحالة وبين الفصـام العقلـي أو إنفصـام الشخصية كما يطلقها العامة خطأً ، فتعدد الشخصـية هـو إضـطراب تحويلي في الهوية نادر وقليل الشيوع ، ولكن أخذ شهرته من الأدبيـات والقصص السينمائية بسبب إحتوائه على فكرة مثيرة مقبولة دراميا وجاذبة لعقول الناس وإهتمامهم .

هذا الإضطراب "النادر" يتمثل بوجود شخصيتين أو أكثر لدى نفـس الفرد ، وتكون كل شخصية منفردة عن الأخرى بتكوينها السيكولوجي ، بتفكيرها ، بمبادئها ومثلها وربما معدل الذكاء ، كما جاءت به بعـض الدراسات . من الجميل أن كل شخصية تكـون غيـر واعيـة لوجـود الشخصية الأخرى بتاتاً ، ولا تتذكر أي منهما ، الأحداث والمواقف التي حصلت مع الشخصية الأخرى .

ويربط العلماء هذا الإضطراب بوجود أحـداث عصـيبة مـر فيهـا الشخص في طفولته ، ووجد نفسه عاجزاً عن الخـروج منهـا بأمـان وإستقرار وثقة ، مما يعطي لتشكيلته الدماغية والعقلية مبرراً للإنفصال عن بعضها البعض (Dissociation) ، لينتج شخصية أخرى بقوالب فكرية مختلفة ودفاعات نفسية مختلفة ، تسمح لهذا الشخص بالدفاع عن نفسه في حالات الأزمة المشابهة التي مرت عليه .

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

27- خدمـــــات الطـــــب النفســـــي القضائـــــي

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

وإن خدمات الطب النفسي القضائي تقتضي وجود ما يلي:

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

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

(3) أن يكون خبراء الطب النفسي القضـائي جـاهزين للمسـاعدة والتدريب كرجال التحقيقات والإدعاء .

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

(5) أن يراقب نوعية المجرمين وتغيرها وتطور أشـكال الجريمـة وأساليبها، بالتعاون مع الباحثين في علوم الجريمـة وعلـم الـنفس الجنائي، ورجال القانون، وذلك حتى يبقى هنـاك صـورة علميـة واضحة لتطور أشكال الجريمة وبالتالي تطور مكافحتها.

(6) دور الطبيب النفسي في المحاكم : إن الطبيب النفسـي الـذي يحضر إلى المحكمة هو خبير ، ولا بد أن يعامل على هذا الأساس ، يقوم بعرض الحالة بصورة محايدة ، وخلفياتها وتشـابكها ، ومـع تأثير المرض أو عدم تأثيره على تصرف المتهم ، إلى أن يصل إلى توصيات معينة يطرحها أمام القضاء ، وقد دلت التجارب فـي دول أخرى على أن إمكانية وجود أكثر من خبير في وقت واحد ، خبيـر من المحكمة وآخر من طرف الإدعاء وثالث من طرف المتهم ، قـد يؤدي إلى نقاش مثمر ومفيد يعطي المحكمة رؤية واضحة لتصـريف القضية .

28- وسائـــــل التشخيـــــص والمراقبـــــة

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

تحتاج لأسابيع، أما وسائل التشخيص والمراقبة المتبعة فهي:

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

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

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

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

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

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

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

(8) قد يتم أحياناً إعطاء بعض الجرعات العلاجية لمراقبة آثارها .

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

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

29 - الأمـــراض النفسيـــة في السجـــون

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

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

الإضطراب الثاني الذي يليه هو إضطرابات الشخصية وغالباً ما تكون الشخصية ضد إجتماعية وهي المرشحة بقوة للدخول إلى السجن بسبب إختراقها المستمر للقانون والأنظمة ، بعض الشخصيات الأخرى كالشخصية الحدية يكون الإندفاع وعدم السيطرة من العوامل المهيئة لإنتهاك القانون .

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

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

تواجد الأمراض الذهانية كالفصام والذهان الزوري في السجون يصل إلى2% من السجناء وهي نسبة مبررة كون المرض الذهاني قد يكون المسبب للدخول إلى السجن نتيجة للأوهام المترافقة والهلاوس السمعية والبصرية والتي قد تشكل دافعاً للقتل أو الجريمة . من الممكن أيضاً أن يكون حكم السجن مستثيراً كترسيب إنتكاسة جديدة للمرض الذهاني المستقر .

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

من الواجب الإهتمام بتنظيم العملية العلاجية لهؤلاء المرضى ، وهو ما يتم التطرق إليه وتتمثل الطرق بإيجاد أقسام نفسية متخصصة في السجون ، أو وجود قسم قضائي جنائي في المستشفى النفسي بهدف الإشراف الذي يضمن الرعاية الطبية من جهة ، ويحفظ الجانب الأمني والقانوني من ناحية أخرى .

30 - القـــــدرة على المثـــول أمـــــام المحاكـــــم

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

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

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

2- أن تكون لديه القدرة على توجيه مستشاره القانوني .

3- له القدرة أو القابلية على فحص إفادات الشهود.

4- له القدرة على فهم ومتابعة البينة أمام المحكمة.

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

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

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

31- الحجـــــــر والوصايـــــــة

إن موضوع الحجر والوصاية موضوع لعبت بـه السـينما العربيـة والمسلسلات دوراً هاماً ، أدى إلى تشوش الناس مـن هـذه النقطـة ، وبالتالي فإن تردد الكثير من الناس لمراجعة الطبيب النفسي هو أن يـتم إستعمال هذا الملف أو السجل لأغراض تضر المريض .

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

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

وفي هذا السياق أيضاً فإن بعض الدول طورت الحجر ليصبح بنـاءً على رغبة الطبيب المعالج ، إذا لم يكن من العائلة أحد يكترث ، كمـا طورته بعض الدول إلى أن يكون الوصي هو الطبيب نفسه أو الطبيب مع شخص آخر أو الطبيب مع القاضي ، والمجال في هذا الإطـار مفتـوح للإجتهاد والتطوير .

32 - الإســـــــاءة للطفـــــــل

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

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

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

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

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

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

الأطفـــــال

- وجود السجحات والضربات والحروق في الطفل .
- الكسور العظمية المتكررة.
- نزيف تحت الجلد ، أو إنفصال المفصل .
- النزيف من العين، والضربات الداخلية الناتجة عن نزيف مـن الأعضاء الداخلية.
- عدم القدرة على النمو والتطور .
- النظرة الجامدة غير المحمولة بالعواطف من قبل الطفل إلى أهله
- العناية العكسية : حيث يظهر الطفل قلقاً بإتجاه والديه أكثر من قلقهم هم بإتجاهه

الوالديـــــــن

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

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

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

33- القوانيـــن الأردنيـــة والطـــب النفسي

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

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

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

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

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

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

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

34 - إضطرابـــــات الشخصيـــــة

الشخصية هو النمط طويل المدى الذي يصبغ الأفراد المختلفين فيما يتعلق بطريقة تفكيرهم وأحاسيسهم وإنفعالاتهم ونظرتهم إلى الأمور المختلفة ، إذن فنحن نتحدث عن صفة دائمة لا عن عرض مؤقت ويبدأ كل فرد منا بأخذ نمط شخصية معينة في نهاية سن المراهقة وبداية الشباب

من المفروض بالشخصية السليمة أن تكون متأقلمة مع المجتمع والناس والظروف المختلفة التي يعيشها الفرد وبالتالي فإن أي حياد في صفات هذه الشخصية والذي يؤثر على المجتمع المحيط سلباً وعلى الفرد ذاته بالمعاناة والتعب يصنف طبياً تحت بند إضطرابات الشخصية .

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

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

(1) الشخصيات الغريبة : وتشمل الشخصية الفصامية ، الشخصية الزورية ، الشخصية المنعزلة .
(2) الشخصيات المثيرة والمستفزة: وتشمل الشخصية الحدية، الشخصية الهستيرية، الشخصية النرجسية، والشخصية ضد المجتمع.
(3) الشخصيات القلقة والمتوترة : وتشمل الشخصية المعتمدة ، الشخصية الوسواسية والشخصية السلبية والعدوانية .

وسوف نشير ببعض التفصيل للشخصية الضد للمجتمع لإرتباطها ومشاهدتها في المجال القضائي والشرعي :

ويجب توافر العديد من الشروط الإكلينيكية بهدف التشخيص :

(أ) تشخص بعد عمر الثامنة عشرة لا قبل.
(ب) تواجد حالة إضطراب السلوك لدى هذا الفرد قبل هذا العمر .
(ج) توفر ثلاث عوامل على الأقل فيما يلي : تكرار السلوك غير القانوني .

1. نمط طويل المدى من العدوانية والتحفز .
2. عدم تواجد الحس بالمسؤولية في شؤون عديدة في العمل وفي إدارة شؤونه المالية مثلاً .
3. الإندفاع وعدم القدرة على التخطيط .
4. التصرفات الطائشة التي لا تأخذ بمبدأ السلامة للنفس وللآخرين كالسواقة الطائشة وإطلاق النار غير المسؤول .
5. عدم قدرته بالشعور بالذنب عند إرتكابه للأخطاء أو الإساءة للآخرين .

الأفراد المشخصين تحت إضطراب الشخصية يكونون في وضع نفسي لا يخلُ في قدرتهم على إتخاذ القرار ، وإن أعتبر قضائياً في العديد من الحالات إضطراباً مخفضاً للمسؤولية .

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

35 - أسبـــــاب الأمـــــراض النفسيـــــة

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

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

وهنالك إلى جانب هذه المدارس النفسية مدارس أخرى تؤكد على النواحي المادية في تسبب الأمراض النفسية مثل النظريات الوراثية والنظريات الشرطية لبافلوف .

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

وفيما يلي بعض النتائج لهذه الدراسات : –

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

كانت نتيجة الدراسة كما يلي :

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

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

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

36- إدعـــــاء المـــــرض النفســـــي

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

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

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

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

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

(5) إن إدعاءات بعض الأشخاص بأنهم يعانون على سبيل المثال من إعاقة عقلية بسيطة ، كما حدث في أحد السنوات السابقة للحصول على تقرير يعفيهم من الخدمة العسكرية ، ثم إستكمال الدراسة الجامعية والحصول على الماجستير ، ليواجه عند ذهابه إلى دائرة ترخيص السواقين بطلب تقرير عن سبب عدم خدمة العلم وتصنيفه بالدرجة الخامسة ، فيكون التقرير بأنه معاق عقلياً ، والآن على هذا المواطن أن يثبت أنه غير معاق عقلياً ، وإذا تم إثبات ذلك فيعني أنه سيتحمل تبعات الكذب والتزوير هو ومن قام بكتابة التقرير له ، وهذه من المشاكل اليومية التي يعاني منها المدعين لمثل هذه الأمراض .

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

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

37 - الانحرافـــــات الجنسيـــــة

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

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

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

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

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

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

وبالذات الإضطرابات الذهانية .

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

38 - عـــــلاج الأمـــــراض النفسيـــــة

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

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

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

وإليكم بعض هذه الأساليب : العلاج بالعقاقير النفسية :

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

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

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

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

(3) أساليب أخرى مثل :
(4) العلاج النفسي التحليلي القصير والمركز على نقطة أو إضطراب معين .

(أ) العلاج العائلي .

(ج) العلاج الزوجي .

(د) العلاج الجماعي .

(ه) العلاج الجماعي .

39- فـــــرص التحســـن والشفـــــاء

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

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

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

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

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

المـــــرض النفســـــي والمسئوليـــــة الجنائيـــــة من المنظـــــور الإسلامـــــي

د. لطفـــي عبـــد العزيـــز الشربينـــي: الطـب النفسـي - الإسكندريـــة/مصـــر
lotfyaa@yahoo.com - www.alnafsany.com

الملخـــص: دار الجدل مؤخرا عقب تكرار الحوادث التي يوصف الجاني فيها بانه يعاني من مرض نفسي جول علاقة المرض النفسي بالعنف والجريمة و .تميز الطب النفسى عن غيره من التخصصات الطبية الاخرى بالعلاقة الوثيقة والتداخل مع النواحى القانونية والشرعية والقضاء،ولعل السبب فى ذلك هو طبيعة الأمراض النفسية التى ترتبط في الاذهان فى العادة انها مصحوبة بخروج المرضى النفسيين على القواعد فى مجالات السلوك ، وارتكاب الجرائم ، وعشرات من المسائل التى تتعلق بعلاقة المريض النفسى بالمجتمع ،

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

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

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

أَرَأَيْتَ مَنْ اتَّخَذَ إِلَهَهُ هَوَاهُ أَفَأَنْتَ تَكُونُ عَلَيْهِ وَكِيلاً (43) أَمْ تَحْسَبُ أَنَّ أَكْثَرَهُمْ يَسْمَعُونَ أَوْ يَعْقِلُونَ إِنْ هُمْ إِلاَّ كَالأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ سَبِيلاً (44) الفرقان

أَفَرَأَيْتَ مَنْ اتَّخَذَ إِلَهَهُ هَوَاهُ وَأَضَلَّهُ اللَّهُ عَلَى عِلْمٍ وَخَتَمَ عَلَى سَمْعِهِ وَقَلْبِهِ وَجَعَلَ عَلَى بَصَرِهِ غِشَاوَةً فَمَنْ يَهْدِيهِ مِنْ بَعْدِ اللَّهِ أَفَلا تَذَكَّرُونَ (23) الجاثية

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

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

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

اقتضى القضاء العادل فى الإسلام أن يكون لكل من يمثل للتقاضى قادرا على الإدلاء بحجته ، والدفاع عن نفسه ، أو فهم ما يدور فى المحاكمة،ومن القواعد هنا أن أحدا لا يمكن أن يتعرض للمساءلة عن فعل شيء أو تركه الا إذا تحققت فيه شروط التكليف ، وهى القدرة على فهم معنى التكليف ، وان يكون المكلف عاقلا حيث ان العقل هو الركيزة الأولى للمسئولية ، أما الركيزة الثانية فهى الإرادة ، وتعنى أن العقل وحده لا يكفى لقيام المسئولية الجنائية بل يتطلب انعدام المسئولية أن يكون الشخص فاقدا للإدراك أو الإختيار للفعل الذى ارتكبه ، فإن توفر الشرطان معا وهما غياب العقل والإرادة فإن المسئولية الجنائية تسقط ، ويتوجب الإعفاء من العقاب ، والمجنون هنا كما هو معلوم من الشريعة الإسلامية حكمه مثل حكم الطفل الصغير ، أو النائم ، كما ورد فى حديث رسول اللـــــــــه (ص) : " رفع القلم عن ثلاث : عن الصبى حتى يبلغ ، والنائم حتى يستيقظ، والمجنون حتى يفيق " أخرجه احمد وأبو داوود والحاكم .

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

ولقد استقر رأى الفقهاء أن العقل والإرادة هم أساس التكليف فى الشريعة الإسلامية ، والمسئولية الجنائية جزء من هذا التكليف ، ولا يقع تكليف الإنسان إلا أذا كان بالغا عاقلا واعيا مختارا ، وهذه الشروط متفق عليها .

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

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

• هناك بعض الجرائم تعتبر – من المنظور الإسلامى – موجبة للعقاب الشديد فى الدنيا والأخرة ، وفى نفس الوقت يتم تصنيفها بواسطة الطب النفسى ضمن الأضطرابات النفسية ، مثل أنواع الإنحرافات الجنسية كالشذوذ والممارسة غير السوية المقترنة بالعنف ، والحكم هنا بمقياس العقل والإرادة لتحديد المسئولية الجنائية لا يتم فيه إعفاء الذين يقومون بهذ الأعمال من العقاب لإصابتهم بهذه الإضطرابات النفسية التى لا تبرر الحكم بعدم الأهلية .

• تعتبر التنشئة الإجتماعية والنفسية وسوء التربية فى الصغر من العوامل التى تسبب إضطراب الشخصية والسلوك ، وهذه هى وجهة نظر علماء النفس ، لكن ذلك – من المنظورالاسلامى– لا يبرر الإعفاء من المسئولية الجنائية التى تقوم على أساس العقل والإرادة كأساس للتكليف ولايتم إعتبار هذه الأعذار والمبررات .

• لا يعتبر المنظور الإسلامى عبودية الإنسان لهوى نفسه–رغم إنه من العوامل التى تؤثر على الإرادة – مبررا للإعفاء من المسئولية الجنائية،وعلى ذلك فإن مسألة الإرادة أو الدافع الذى لا يقاوم فى القوانين الوضعية الذى ذكرناه فى موضع سابق حينما إتخذ معيار الإرادة والدافع الذى لا يقاوم وجود شرطى على الكتف ، أو شرطى بجوار الشخص يحمل أسلحته ، فيكون من شأن ذلك منعه عن الفعل خوفا من العقاب، ومن المنظور الإسلامى فإن الإستسلام لميل النفس أو للهوى لا يبرر الإعفاء من المسئولية بحجة قوة الدافع أو الميل النفسى الذى يدفع إلى إرتكاب المخالفات.

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

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

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

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

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

- **أحكام الشريعة الإسلامية فى بعض المشكلات المعاصرة**

سر المريض فى الفقه الإسلامى

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

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

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

- ما فيه درء مفسدة عن المجتمع .
- ما فيه درء مفسدة عن الفرد .

2- حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه :

- جلب مصلحة للمجتمع .
- درء مفسدة عامه .

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

أما مسألة واجب الطبيب فى التحذير والحماية فقد وجدنا في " إحياء علوم الدين " للغزالى إشارة إليها ، حيث يذكر أن التحذير من الشر مطلوب بالتلميح أولا ، فإن تتطلب الأمر التصريح فله ان يصرح به ، وضرب مثلا بذلك إذا رأى شخصا صاحب بدعة أو فسق فله أن يكشف ذلك ، والشاهد الذى يعلم مطعنا فيكون عليه ان يبينه ، ويقول " الموارى " فى مبحث الحسبة فى كتابه " الأحكام السلطانية " : " فإن الطبيب إذا وقف على نية شخص وعزمه على قتل أخر فعليه منعه وكفه عن ذلك قبل إنتهاك حرمة يمكن إستدراكها او إرتكاب المحظورات ، وهنا يجوز له الإقدام على البحث فى ذلك والكشف عنه " ، ولعل ذلك يفيد فى توضيح المنظور الإسلامى فى هذه المسألة التى كانت ولاتزال محل جدل كما أوضحنا أنفا .

الحجـــــــــــر

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

وحكم الصبى والمجنون والسفيه والمفلس فى الشرع فى مذهب المالكية هو المنع من التصرف فى ما زاد عن قوته ،وإذا باع احدهم شيئا او اشترى أو تبرع كان هذا التصرف موقوف لا ينفذ إلا بإذن الولى ، وفى حالات اخرى لا يمنع الشخص من التصرف فى البيع والشراء ، وإنما يمنع من التصرف فى اكثر من ثلث ماله ، وفى فقه الشافعية فالحجر شرعا منع التصرف فى المال لأسباب مخصوصة .

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

- **حكم الإسلام فى رفض المريض للعلاج والدخول الإلزامى**

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

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

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

وموقف الشريعة الإسلامية من هذه المسألة يجيب بوضوح على نقطة كانت ولاتزال فى محل جدل فى الأوساط الطبية والقانونية ، وقد ورد ذكر ذلك فى عرضنا للدخول الإلزامى للمرضى والعلاج الاجبارى ، فالمريض النفسى الذى لا يوافق على العلاج وهو فى حاجة إليه حسب الرأى الطبى فإن النائب عنه أو وليه يتخذ هذا القرار بدلا عنه ، فإن لم يكن له ولى فإن العلاج يتم تقديمه له أيضا دون ان يتوقف على شرط موافقته إذا تطلب الأمر ذلك .

- **العلاقة بين الطبيب والمريض فى الشريعة الإسلامية**

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

وحول سوء الممارسة الطبية وردت بعض الأحكام التى تناولتها بعض كتب الحسبة مثل كتاب " نهاية الرتبة فى طلب الحسبة " للشيزرى (ج38) حيث يتناول مراقبة الأطباء ، والواجبات التى يتعين عليهم إلتزامها ، وأن الأطباء و الجراحين المجبرين لا يجوز لهم الإقدام على علاج فيه مخاطره أو التعرض لما لا علم لهم به ، وينبغى أن يكون لهم مقدم من أهل صناعتهم يعرضون عليه فى فيمتحنهم ، ومن يجده مقصراً فى علمه يأمره بالإشتغال وقراءة العلم ،وينهاه عن المداواة ، ويقوم هذا الحكيم بمراجعة عمل الطبيب إذا مات مريض ، فإن رآه على مقتضى الحكمة بغير تفريط ولا تقصير من الطبيب قضى بفروغ أجله ، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك قال لأهله:" خذوا دية صاحبكم من الطبيب فهو الذى قتله بسوء صناعته وتفريطه " ، وهذا هو دور الرقابة الذى كان يعهد بالقيام به إلى المحتسب ، كما كان يعهد إليه بأن يأخذ على الأطبـــــــــاء عهد " أبقراط " ويحلفهم أن لا يعطوا أحدا دواء مضرا ، ولا يركبوا له سما ، ولا يذكروا للنساء الدواء الذى يسقط الأجنة ، وللرجال الذى يقطع النسل، ولا يفشوا الأسرار أو يتهتكوا الأستار ولا يتعرضوا فى ما ينكر عليهم فيه.

والحالات التى يحدث فيها خلاف بين الطبيب والمريض هى موضع اهتمام فى الفقه الإسلامى، والملاحظ من نصوص الحنفية والشافعية والمالكية أن الطبيب يضمن ما سرى من مغلة فى حالة جهل المريض بعدم مهارة الطبيب ، والخلاف فقط على حالة معرفة المريض بجهل الطبيب، فهناك من يقول انه غير ضامن، ومن يحكم بتضمين الطبيب الجاهل حتى وأن علم المريض ذلك وأذن له فى تطبيبه ، وهناك مسألة الخلاف بين الطبيب والمريض ومن يكون عليه البينة منهما ، وتذهب بعض أراء الفقهاء إلى أن القول قول الطبيب ، ويستدل على ذلك بأن الطبيب أمين على عمله، والأمناء مصدقون فى أقوالهم ، والأصل فيهم براءة الذمة ، والقول الفصل هنا هو شهادة أهل المعرفة والخبرة لأن علاقة المريض والطبيب هى علاقة تعاقدية للعلاج مقابل الأجر ، وشهادة أهل الخبرة فى الطب هى المرجع والأصل عند اختلاف المتعاقدين ، وهذه هو حكم الشريعة الإسلامية فى المسائل المتعلقة بعلاقة الطبيب والمريض وسوء الممارسة الطبية الذى سبق به الفقه الإسلامى كل القوانين والقواعد الحالية بقرون طويلة .

المراجـــــــع العربيـــــــة

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

References

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

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

أجمـــل التهانـــي بعيـــد الإضحـــى المبـــارك 1429 / 2008

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

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

إنا بكم نرقى و معكم نسير الدرب رفعة بالعلوم النفسية في أوطاننا، دمتم و دام عزكم و عطاؤكم.

تفضلوا تقبل أصدق مشاعر مودتي وتقديري واحترامي.

رئيس الشبكة

2008/12/06

الفحـــــص الطبـــــي النفسانـــــي القضائـــــي أو الشرعـــــي

أحمـــــد فضـــــل الخانـــــي ؛ الطـــــب النفســـــي – جـــــدة؛ السعوديـــــة

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

مدخـــــل: الهدف من الفحص النفساني الشرعي او القضائي هو تقييم حالة الشخص العقلية لدواعي فقهية شرعية أو قضايا قانونية ، وأهم هذه الدواعي:

– تقييم مدى أهلية الشخص لتحمل الواجبات الدينية الشرعية من حيث العقيدة والعبادات، ومن حيث السلوك الشخصي، والمعاملات بينه وبين الآخرين وخاصة فيما يتعلق الأحوال الشخصية، وهذا يسمى الفحص **النفساني الشرعي.**

– تقييم مدى مسؤولية الشخص في تصرفاته تجاه الشرع أو القانون الوضعي المدني أو الجنائي، عندما يتصرف بشكل مخالف للقانون أو للشرع، أي التصرف غير القانوني أو غير الشرعي سواء بشكل يهدد صحته أو حياته، أو يشكل خطرا على صحته أو ممتلكات أو حياة الآخرين إن كان لديه اضطرابا عقليا يؤدي إلى نقص في إدراكه، أو إلى عدم فهم لما يحيط به، او بسبب اضطراب في تكوين شخصيته، وهذا **هو الفحص النفساني القضائي او القانوني.**

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

من المعروف أن السجن عادة ينبه أو يرسب أو يطور او يزيد من حدة الاضطراب النفساني إن كان موجودا لدى السجين، ويقلل من إمكانية تلقي او متابعة المعالجة النفسية الكاملة، ويوقف إعادة التأهيل اللازم لحالته المرضية، وعليه فإنه من الضروري أن يكون هناك إشراف طبي نفساني للمرضى النفسانيين من السجناء.

فإن تطلبت حالة المريض النفساني نقله من السجن العام إلى مستشفى السجن، أو إلى سجن المستشفى العام فإن تحويله هذا يتم بناءا على توصية من الطبي النفساني القانوني أو القضائي:

أ- الفحص الطبي النفساني القضائي في فترات أو ظروف قضائية معينة.
ب- الفحص الطبي النفساني القضائي بغرض إدلاء الطبيب بشهادة طبية شفوية أو كتابية أمام المحكمة
ت- الفحص النفساني الشرعي لتقييم الأهلية أو الكفاءة العقلية

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

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

خطـــوات الفحـــص النفسانـــي الشرعـــي أو القضائـــي:

أ- المدخـــل إلـــى المعاينـــة السريريـــة

عند مقابلة الطبيب الأول يكون لدى الشخص غالبا مشاعر متعددة تجاه الطبيب وتجاه المعاينة تصل أحيانا إلى حد التناقض، فهو يشعر في قرارة نفسه بحاجته إلى الطبيب ليخلصه من المأزق الشرعي أو القضائي الذي هو فيه بأسلوب طبي فعال، وأن الطبيب هو الشخص المؤهل لذلك، وأن لديه القدرة على مساعدته، وفي الوقت نفسه يكون حذرا وخائفا من أن يكشف هذا الفحص بعض الأمور التي قد تعود عليه بآثار سلبية، لذا فقد يسعى للتخفيف أو لإنكار ما يعانيه خشية الحجر عليه إن كان الفحص لتحديد أهليته الشرعية، في حين يحاول في الفحص القضائي أن يضخم ما يعانيه نفسيا أملا في تخفيف العقوبة عليه.

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

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

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

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

- الاضطرابات اللغوية الشديدة أهمها:
- اضطراب حدة الصوت: ارتفاعه او انخفاضه غير الطبيعي

اضطراب محتوى الكلام، مثل: قلة معاني الكلام، او الكلام المحدود الكمية، والتفكير الخيالي، او الكلام غير الاجتماع

- اضطراب تشكل الكلام، مثل: عدم ترابط تركيب الكلام " هذيان الكلام"، او عدم ترابط معاني الكلام، او خطل الكلام (تطاير الأفكار)، او الجواب التقريبي، او الكلام المستحدث.
- التهرب من الإجابة، أو الأجوبة المضللة...الخ
- اختلال القدرات المعرفية أهمها:
- النساوة
- تخليط الوعي
- التخلف العقلي المتوسط أو الشديد
- اضطراب التوجه في الزمان والمكان والأشخاص... الخ
- اضطراب سلوكية شديدة أهمها:
- الاضطرابات الكلام خارج الهرمية
- الهياج أو الحركات العدوانية
- اضطرابات تفارقية انفصالية شديدة
- معاقرة المواد الفعالة نفسيا وعصبيا
- اضطرابات التكيف الشديدة نتيجة لمواجهة صدمة عنيفة، أو أزمة شديدة، او التعرض لحادث مؤلم

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

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

4- الوقت الراهن: وهو فحص الحالة العقلية الراهنة للشخص

5- الفترة التي سبقت السلوك الإجرامي، لتقييم وجود مرض نفساني لدى المتهم، وشدته، ونوعيته في هذه الفترة

6- الفترة التي وقع خلالها السلوك الاجرامي، لتحديد مسؤولية المتهم عن السلوك الجنائي، وأهليته في هذه الفترة.

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

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

فالفحص القضائي النفساني يكون:

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

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

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

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

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

ج – خطـــــوات الفحـــــص النفسانـــــي لأغـــراض قضائيـــة

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

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

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

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

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

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

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

– إجراء تقييم للحالة العقلية في "الفترات الزمنية المنتخبة ": وذلك بتقييم وجود ال'راض لدى المتهم وسلوكه قبل حدوث السلوك الإجرامي وأثناءه وبعده مباشرة

التعرف على صفات المتهم الشخصية، فالشخصية الزورية، او الشخصية المعادية للمجتمع مثلا هما اكثر عرضة من غيرهما في الوقوع بمواجهة مع القانون ا, الشرع، ويمكن عند الحاجة إجراء مرواز اختبار الشخصية أو اختبار الذكاء للمتهم.

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

– دراسة النواحي الثقافية، والمهنية، والزوجية للمتهم.

وفي نهاية المعاينة: يجري الطبيب فحصا سريريا عصبيا وعاما للمتهم.

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

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

وذلك بملاحظة العوامل التالية:

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

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

إن دلت تفاصيل الحادث ومجرياته أنه كان هناك تخطيطا مسبقا وإجراءات تحضير للقيام بالسلوك الإجرامي قبل وقوعه فإن هذا يدل على:

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

2- وجود الإرادة في القيام بالسلوك الإجرامي

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- المتهم نفسه

- من الإجراءات التي اتخذها المتهم أثناء سلوكه الإجرامي من دلائل عن استطاعة المتهم التراجع وضبط النفس عند القيام بهذا السلوك

- هدف أو غاية الدافع القهري للسلوك الإجرامي وسببه: فقد يكون القصد من الدافع القهري قتل شخص معين، أو يكون القصد إصابة شخص معين فيصيب عددا من الأشخاص حوله ليسوا هم المقصودين، وفي هذه الحالة قد يصاب الشخص المقصود أو لا، أو يكون القصد إصابة هدف مادي ليس القتل ولكن لتحقيقه أدى إلى قتل شخص كالسارق أثناء سرقته اعترضه شخص فاضطر لقتله لإتمام سرقته والهروب، وقد يكون القصد صيدا ولكن الرصاصة أطلقت خطأ فأصابت شخصا وقتلته.

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

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

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

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

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

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

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

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

ب- الفحـــص الطبـــي الشرعـــي بغـــرض الإدلاء بشهـــادة طبيـــة

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

1- في حالة الإدلاء بالشهادة شفويا أمام المحكمة يجب على الطبيب:

- أن يحضر معه كل ما يخص القضية، ويفضل الأسئلة المتوقع أن يسألها من قبل المحكمة مسبقا ويحضر أجوبته عليها في نفسه، وليس من الصواب الرد على الأسئلة التي توجهها له المحكمة ارتجاليا.

- الإصغاء باهتمام لكل ما يسأل عنه من قبل أعضاء المحكمة، والإجابة على أسئلتهم ضمن حدود السؤال فقط، وبأسلوب بسيط خال من المصطلحات الفنية الصعبة أو المحيرة.د

- أن لا يدخل في مناقشات مع محامي الدفاع

- إذا واجه الطبيب سؤالا مبهما من النيابة العامة أو من محامي الدفاع فعليه أن يطلب الإيضاح أكثر، أما إذا وجه إليه سؤال وأجبر على إجابته بنعم أو لا، فغن له أن يتظلم للقاضي او لا يجيب.

- للطبيب أن يجيب بلا أعلم في الأمور التي لم يستطيع التعرف عليها بشكل كامل عن القضية، أو عن حالة الشخص الطبية النفسانية.

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

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

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

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

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

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

– عدم الخلط في الشهادة بين المصطلحات القانونية من جنون، أو عته ... الخ. وبين أسماء الأمراض في التشخيص الطبي النفساني الحديث كالفصام، والهوس، والاكتئاب، بل على الطبيب ان يضع وصفا للأعراض يكون واقعيا وواضحا، يحدد فيه شدتها، وتسلسل ظهورها وعلاقة بعضها ببعض ، مع ذكر الأعراض غير الموجودة عند المتهم والتي قد يساعد عدم وجودها على وضع تصور أكثر وضوحا للحالة المرضية.

د- خطوات الفحص الطبي النفساني لتقييم الأهلية أو الكفاءة العقلية

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

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

أما الطب النفساني الحديث فإنه يصنف الأمراض النفسانية إلى صنفين رئيسيين:

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

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

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

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

ولكل عرض نفساني درجات من الشدة، فأعراض الأمراض العصابية لها ثلاثة درجات من الشدة، وأعراض الأمراض الذهانية لها درجتين ، ثم هناك تقييم عام لشدة المرض ككل، مما يجعل المرض العصابي الشديد يختلط أو يتداخل مع المرض الذهاني الخفيف عندما يكون المرض العصابي من الشدة بحيث يؤثر على القدرات العقلية والفعاليات اليومية للمريض تأثيرا شديدا يكاد يكون كيفيا ويؤثر على أسلوب علاجه.

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

وعليه فلا ارتباط في الطب النفساني الحديث في موضوع الأهلية بأسماء الأمراض، بل ارتباط بتأثير الأعراض العقلية التي يعاني منها الشخص على قدراته العقلية العليا وفعالياته اليومية وأسلوب علاجه تأثيرا كيفيا ونوعيا على إدراكه، وإرادته، واختياره، ومحاكمته.

الواقع أن كل اضطراب من اضطرابات الشخصية وكل عرض من الأعراض النفسانية يؤثر في الإدراك، أو الإرادة، أو الاختيار، أو المحاكمة، ولكن التأثير الخفيف والمتوسط يكون تأثيرا كميا، والمريض قادر على التحكم به إراديا ، فهذا لا يعتبر مؤثرا في الأهلية سواء في القوانين الوضعية أو الشريعة الإسلامية، وإن كانت بعض القوانين الوضعية الحديثة تعتبره عاملا مخففا بقدر شدته، والشريعة الإسلامية تركت تقدير أثره للقاضي في مسائل قضايا المعاملات بين الناس ومسائل العقوبات، كما تركت تقدير أثره للفقيه أو المفتي في مسائل العبادات، أما ما كان من الأعراض النفسانية شديدا ، ومؤثرا تأثيرا نوعيا وكيفيا على الإدراك بظهور الهلاوس ، وعلى التفكير بظهور الضلالات وعلى الإرادة بظهور ضلال التحكم والإرادة، وعلى الاختيار والمحاكمة بظهور اضطراب الوعي أو اضطراب الدهش أو الاضطراب التفارقي أو الانخداع.

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

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

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

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

أما الحجر قانونا: فهو منع الشخص من إدارة ماله والتصرف به، لآفة في عقله، او لضعف في ملكاته العقلية الضابطة، لذا يطبق الحجر على المعتوه، والمجنون، والصغير، والسفيه، وذي الغفلة، وتعين المحكمة وكيلا عاما (أو قيما، او وكيلا خاصا) لتصريف كل أو بعض أموره، ويقوم هذا الوكيل أو القيم بتصريف المور المكلف بها وفق القانون وبإشراف المحكمة.

الحجر طبيا: ويطبق على من تضعف قواه العقلية وهي الوعي، أو التوجه في الزمان والمكان والشخاص، او الذاكرة، او على من أصيب باضطراب نوعي في افدراك، او التفكير، أو اضطراب في بصيرته نحو وضعه النفساني ضعفا أو اضطرابا يجعله عاجزا عن فهم الأمور حوله على حقيقتها، وعن تمييز الصواب من الخطأ والخير من الشر، وعجزه عن تفعيل الخبرات والذكريات السابقة مع المور الحاضرة في أفعاله وأقواله وقراراته عجزا يؤدي به لعدم تبصره بها والتمييز بينها.

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

Arabpsynet CV

Send Your Scientific CV Via This Form

www.arabpsynet.com/cv/cv.htm

Arabpsynet Psychiatrists Search

Search psychiatrists

www.arabpsynet.com/CV/default.asp

"شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة"

أفضل مواقع العلوم النفسية على الويب

يسعدنا إعلامكم أن موقع " شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة" احتل المرتبة الأولى في صنف مواقع "العلوم النفسية" و قد تم إلحاقه ضمن حيز أفضل المواقع على الويب الأمر الذي سيميزه عن عديد المواقع المصنفة... حظ سعيد في سعيكم الدائم نحو التألق والنجاح !!!

فريق أفضل المواقع على الويب

http://www.meilleurduweb.com

Arabpsynet Thesis Search

www.arabpsynet.com/These/default.asp

Form Add Thesis Summary

www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm

Arabpsynet Papers Search

By Arabic, English & French words

www.arabpsynet.com/paper/default.asp

Form Add Papers

http://localhost/paper/PapForm.htm

Psychiatry and Arab Laws

Numan Gharaibeh, MD– Amarica, Jordan

n_gharaibeh@yahoo.com

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

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

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

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

Source: UN Population Division, 2006 revision [1].

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

1. Promotion of mental health (mental wellbeing) and prevention of mental disorders.

2. Access to quality basic mental health care that is affordable and respects the dignity of the person.

3. Mental health assessment according to internationally accepted principles.

4. Provision of the least restrictive type of mental health care/treatment.

5. Encouraging self-determination and informed consent.

6. Right to be assisted in the exercise of self-determination: even when a patient is unable to make decisions, he or she shall benefit from assistance of a knowledgeable third party of the patient's choice.

7. Availability of review procedure.

8. Automatic periodic review mechanism.

9. Qualified decision maker: third parties assisting with decisions shall be competent, knowledgeable, independent and impartial.

10. Respect for the rule of law ([2]).

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

EGYPT:

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

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

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

SUDAN:

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

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

ALGERIA:

Code of the Family (2003)

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

Code of the Family (2005)

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

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

MOROCCO:

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

IRAQ

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

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

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

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

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

SAUDI ARABIA

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

YEMEN:

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

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

SYRIA:

The rules governing mental health and psychiatric treatment in the Syrian Arab Republic are derived from the health legislation issued in 1981 by the Ministry of Health ([11]). According to a 2006 published document by the WHO's Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO) the Ministry of Health, in collaboration with WHO, has collected all effective rules, regulations and related decrees and the review of legislation is ongoing. Several rules, by-laws and regulations are being updated. WHO will provide support to the Ministry of Health in the area of health regulations and laws by A) Assisting the government in strengthening health management by providing guidelines and norms as well as sharing the experiences of other countries in this area, B) Continuing to provide experts in different fields of health management, administration and financing and C) Technically support an administrative reform program to improve the performance of the health system. There is a need to update legislation and regulations to meet the new challenges of private provision of health care, health insurance and other new issues ([12]).

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

TUNISIA:

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

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

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

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

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

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

JORDAN:

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

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

1. If the condition of the person with mental illness or addiction requires a treatment that can only be administered in a hospital setting.

2. If the person with mental illness or addiction is causing destruction to property.

3. If a court issues an order for involuntary treatment based on a psychiatric opinion.

4. [… missing in the published Law at the Ministry of health] I suspect that it should read If the person poses a serious risk of harm to self or others.

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

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

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

OMAN

Oman's mental health policy was last revised in 1992 and includes the following components: 1) developing community mental health services, 2) developing a mental health component in primary health care, 3) human resources, 4) involvement of users and families, 5) advocacy and promotion, 6) human rights protection of users, 7) equity of access to mental health services across different groups, 8) financing, 9) quality improvement and 10) monitoring system. The last revision of the mental health plan was in 2005. This plan contains the following components: reforming the mental hospital to provide more comprehensive care; developing a mental health component in primary care; human resources; human rights protection of users, mental health advocacy and promotion; equity of access to mental health services across different groups; financing; quality improvement and monitoring system. In addition, a budget, timeframe, and specific goals are identified. The Omani Ministry of Health (MOH) is drafting comprehensive mental health legislation and the final draft of public health legislation has been submitted for approval. The latter law will provide for and cover certain basic and minimum standards related to mental health issues ([15]).

UNITED ARAB EMIRATES (UAE)

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

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

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

BAHRAIN

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

FUTURE DIRECTIONS:

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

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

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

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

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

REFERENCES:

. United Nations Population Division (2007). World Population Prospects: The 2006 Revision. United Nations, New York, 2007. Report may be found online at: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2006/wpp2006.htm

[2]. World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, published in 1996.

[3]. Emory University, School of Law website at http://www.law.emory.edu/ifl/legal/egypt.htm

[4] World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEM IN EGYPT. Accessed Nov. 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_egypt.pdf

[5]. World Health Organization (2005) Atlas: Sudan. Accessed on November 25, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_s1.pdf

[6] Representing children worldwide at the Yale Law School Website http://www.law.yale.edu/rcw/rcw/jurisdictions/afn/algeria/frontpage.htm

[7] World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) Report on Mental Health System in Morocco (2006). Accessed Nov 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/morocco_who_aims_report.pdf

[8] World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS) Report on Mental Health System in Iraq (2006). Accessed Nov. 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/evidence/iraq_who_aims_report.pdf

[9] The Iraqi Penal Code of 1969. Full English Text published at the International Center for Transitional Justice's website http://www.ictj.org/static/MENA/Iraq/iraq.penalcode.1969.eng.pdf

[10] Yemeni Ministry of Public Health and Population. See website at http://www.mophp-ye.org/arabic/docs/Laws.pdf

[11]. Eastern Mediterranean Regional Office (2001): Country Profile: Syria.

[12]. WHO Eastern Mediterranean Regional Office (Cairo, 2006): Country Cooperation Strategy for WHO and the Syrian Arab Republic 2003–2007.

[13]. African Commission on Human and Peoples' Rights CONSOLIDATED PERIODIC REPORT OF TUNISIA UNDER THE TERMS OF ARTICLE 62 OF THE AFRICAN CHARTER ON HUMAN AND PEOPLES RIGHTS 1995-2006

[14] Jordanian Ministry of Health, Public Health Act #54, Chapter 4

[15] World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS): Report on Mental Health System in Oman (2008). Accessed Nov. 24, 2008 at http://www.who.int/mental_health/who_aims_oman_report.pdf

[16]. Eapen, Valsamma and El-Rufaie (2008). Country Profile: United Arab Emirates (UAE). International Psychiatry Volume 5, No. 2, pp 38-40.

[17]. Bahrain Ministry of Labor, accessed 2008

تهنئـــــة بالسنـــــة الهجريـــــة 1430

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

كـــل عـــام وأنتـــم بخيـــر

Laanta Buur: My Political Prison

Mahamud Mohamed Yahya – Somalia / KSA
(Former Deputy Mayor of Mogadishu)

mm2yahya@yahoo.com

PREFACE (by N. Gharaibeh, MD)

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

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

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

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

These great injustices which had turned many Somalis against that repressive government - despite its popularity at the beginning of its reign in 1969 – were, in my opinion, the main cause behind the start of the armed rebellion against the old regime and its eventual downfall in 1991. However, these insidious atrocities and this gross violation of the human rights of the Somali people have never, to the best of my knowledge, been chronicled or adequately recorded, with the possible exception of a small booklet in Somali, entitled Xabsigaygii (My Imprisonment) which was published in 2000 by Prof. Yusuf Hersi Ahmed, the renowned TB specialist (who now lives in exile in Pakistan). I think this record-keeping is of paramount importance so that future Somali generations will draw useful lessons from it, because it is my firm belief that this malicious exercise of absolute power was one of the catalysts for the catastrophe that followed later and led to the collapse of the Somali State and the devastating civil war that Somalia has been undergoing in the past 17 years or so. That is why I have decided today to recount my story as a former political prisoner under Barre's loathed regime, the great suffering I had endured and how this painful experience had later helped me enormously in rebuilding my life. Again, our former political prison, Laanta Buur, is currently in the news because it is one of the main bases for the armed militias of the notorious Mogadishu warlords who now claim that they plan to pacify that unlucky city after failing to do so in almost two decades of a pernicious civil war.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Mahamud M. Yahya, Ph D.

(Former Deputy Mayor of Mogadishu)

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

---

المجلـــــة الإلكترونيـــــة لشبكـــــة العلـــــوم النفسيـــــة

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

محـــــاور ملفـــــات الأعـــــداد القادمـــــة.

- شتـــــاء 2009 - عدد 21

" اضطرابات الوظيفـــــة الأسريـــــة " - آخر أجل 28 – 02 -08

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

boufoulab@yahoo.fr - bbboufoula@hotmail.com

- ربيع 2009 - عدد 22

" سيكولوجية التطرف العقائدي ... وهم القوة و قوة الوهم " – آخر أجل 28-04-09

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

srudwan@hotmail.com

- صيف 2009 - عدد 23

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

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

- خريـــــف 2009 – عدد 24

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

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

chaqib@yahoo.fr

- شتـــــاء 2010 - عدد 25

"الطفل العربي... نحو سيكلوجية متوافقة مع الذات " آخر أجل 31 – 12 – 2009

المشرف: أ .د .عبد الرحمان ابراهيم – سوريا، دمشق

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

قـــواعد النشـــر بمجلـــة شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المتصفح على اتجاهات البحوث العالمية وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصيلة. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المسايرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

تقبل للنشر الأبحاث بإحدى اللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

1- الأبحاث الميدانية والتجريبية
2- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية
3- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة
4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
5- المقالات العامة المتخصصة

المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء نفسانيين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حددتها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

■قواعد 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.

Electronic Dictionary Of Psychological Sciences

المعجـــــم الإلكتـرونـــي للعلـــوم النفسيـــة

قسيمـــــة شـــراء ســـي دي المعجـــم الإلكترونـــــــي

www.arabpsynet.com/ePsyDict/subscribe.htm

Edited by CISEN COMPUTER Company (All rights reserved) - Copyright (c) 2008 - Email : APNjournal@arabpsynet.com