مجلة فصلية الكترونية طبنفسية وعلمنفسية محكمة
ARABPSYNET JOURNAL
شبكة العلوم النفسية العربية
Electronic Arab Psy Review Quartly Edition
Volume 1- N°2, 2004 -www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe - 2004 - مجلد 1 عدد 2

E. MAIL : APNJOURNAL@ARABPSYNET.COM

النديـــة العلميـــة ... أمـــل واعـــد و سعـــي د ؤوب

د. جمال التركـي – الطب النفسي / تونـس

بـــريد إلكترونـــي : turky.jamel@gnet.tn

"في السادس عشر من أبريل عام 1953 قال الرئيس الأمريكي الراحل ايزنهاور ان كل بندقية ينم تصنيعها وكل بارجة ينم تدشينها، وكل صاروخ ينم إطلاقه، هو في النهاية مسروق ممن يعانون المجاعة من دون أن يطعمهم أحد و من دون أن يدثرهم أحد من معاناة البرد. و لعل هذا الشبيه الأمريكي المبكر منذ أكثر من نصف قرن يضاعف من صدمتنا مما نقرؤه حاليا على موقع الإنترنت : www.costofwar.com من أرقام متغيرة في كل ثانية، تبرز تكلفة الحرب على العراق غير منضمنة ما يتكبده العالم في تلك الحرب وإنما ما تدفعه الولايات المتحدة وحدها . و قد وصل أخيرا إلى 111,778,777,859 دولارا أمريكيا و الرقم في تزايد متواصل بالطبع. وكان يمكن للولايات المتحدة بدلا من ذلك الإنفاق الهائل على الحرب . . إن تضمن دخول المدارس لـ 15,803,624 طفلا أمريكيا، وتغطية تكليف التأمين الصحي لـ47,912,160 أمريكيا لمدة عام و توظيف 2,129,125 مدرسا في المدارس الحكومية وبناء 1,596,845 وحدة سكنية لمواطنيها . فضلا عما كان يمكن أن تحققه تلك الأموال الطائلة لبلدان العالم الثالث المحرومة من الموارد. ولا أحصي هنا أعداد القتلى و المصابين و المعوقين و البنية التحتية التي دمرت و الجامعات و المراكز الثقافية التي نهبت . . هذا هو حال العالم ...."

أ.د. أحمد عكاشة – مؤسس الجمعية الأمريكية للطب النفسي – ماي 2004

نستهل افتتاحية العدد بهذا المقتطف الذي رسم فيه البروفسور أحمد عكاشة الحال الذي أصبح عليه عالمنا اليوم . . . عالم تشابكت فيه الأوضاع و تعقدت خاصة في المنطقة العربية التي شهدت رضات ستظل لسنوات طوال تعاني انعكاساتها السلبية على مستوى اللياقة النفسية للإنسان العربي. إن جسامة الأحداث و قسوتها لن تمر على منطقتنا دون أن تترك بصماتها على مدى عقود من الزمن حيث لم يشهد الإنسان العربي على مدى تاريخه المعاصر رضات هزت استقراره النفسي و أدت إلى زعزعة جهاز القيم لديه مثل ما يتعرض له اليوم و من هنا فإن مسؤولية أخصائيي الصحة النفسية تعد جسيمة فالإنسان العربي لا يكاد يتجاوز صدمة حتى تلاحقه أخرى أشد و أعنى . . . إن وضعا كهذا يتطلب دراسة مستفيضة للحالة النفسية الراهنة و الحلول المقترحة مما يمكننا من التصدي للعقابيل النفسية للرضات المتتالية، و تجنب الإزمان الذي يعيق التفاعل السوي و يرفع نسبة العطالة النفسية إن حاجتنا إلى أخصائيي الرعاية النفسية و الطبنفسية تعد في غاية الأهمية و لم تكن في يوم ما أكثر ضرورة من اليوم، و لكن قلة هؤلاء تجعلهم مطالبين بتقديم جهد مضاعف للتصدي للاضطرابات الآنية و المنظورة.

من محتويات العدد . . .

يشاركنا البروفسور عكاشة في مستهل باب الأبحاث و المقالات الأصيلة ببحث رسم فيه استراتيجية خدمات تأهيل الرعاية النفسية لعراق ما بعد الحرب، مقدما المجهود الذي قامت به الجمعية العالمية للطب النفسي سواء قبل اندلاع الحرب بالتحذير من انعكاساتها الجسام أو بعد الحرب من خلال الدعوة لأن يتجاوز الأطباء النفسانيين الصراعات السياسية و العرقية و الدينية لصالح مرضاهم و الاستعانة بالمنظمات غير الحكومية و بمنظمة حقوق الإنسان للمساعدة في تقديم خدمات الصحة النفسية لشعب العراق، مؤكدا حرص الجمعية العالمية للقيام بدور أساسي في هذا المضمار. و بالمناسبة أجدد الدعوة للجمعيات الطبنفسية و العلمنفسية العربية للمساهمة في تقديم خدماتها لضحايا الحرب من الشعب العراقي، إن اهتمام المنظمات الدولية و العالمية لا يعفي المنظمات و الجمعيات العربية من مسؤولياتها تجاه أشقاؤهم. إن من أولويات الرعاية القيام بالدراسات الميدانية الوبائيات للاضطرابات النفسية لتحديد نوعية الاضطرابات و نسبة انتشارها لوضع خطط التصدي لها و لتقديم الرعاية الصحية في مرحلة لاحقة و في هذا الإطار نعرض لبحث إياد السراج و سمير كوتة

حول "اضطرابات الشدة التالية للصدمة النفسية عند الأطفال الفلسطينيين" الذي خلص إلى أن أكثر من 49 % من هؤلاء يعانون من هذا الاضطراب.

كما نعرض بمناسبة تأسيس موقع "المركز العربي للطب المسند" على شبكة الإنترنت (www.arabicebm.com) بحث أديب العسالي حول الطب المسند (الطب المعتمد على البرهان) يسلط الضوء فيه على هذا الفرع من التخصص الطبي الذي يهدف إلى مساعدة الأطباء و مخططي السياسات الصحية لمواكبة مستجدات البحث العلمي الطبي و تسريع نقل المكتشفات الطبية إلى اللغة العربية، إني و إذ أشيد بهذا الإنجاز العلمعربي أعترف بفضل الزميل العسالي و بجهده المتواصل خلال السنوات الأخيرة لتأسيس هذا العمل الذي يساهم في رفع مستوى خدمات الرعاية الطبية. كما يشاركنا أيضا كل من الزملاء : جمال نصار (الأردن)، فيصل الزراد (الإمارات)، غيثاء الخياط (المغرب) و فريد شكري (المغرب) بالأبحاث التالية : "ظواهر التزامن كمثال على قصور علم النفس اليونغي"، "العلاج السلوكي"، "أنثروبولوجيا المعرفة في العالم العربي و الإسلامي" ، "الفضاء النفسي و الأنثروبولوجي" . و في ركن الحوارات نعرض لحوار مع البروفسور عبد الستار إبراهيم (السعودية) تناول فيه الإبداع من منظور علم النفس و علاقته بالاضطراب النفسي و سبل استكشاف بذور الإبداع و تنميتها و رعايتها، هذا إلى جانب حوار مترجم للزميل سامر جميل رضوان (عمان/سوريا) مع هانس تومي الذي يعد من أبرز علماء النفس الألمان مسلطا الأضواء على مسيرته العلمنفسية و إسهاماته في إثراء علم نفس الشيخوخة. كما يشاركنا في وجهات نظر الزملاء : محمد أحمد النابلسي (لبنان) بقراءة نفسية للفكر الاستشراقي خلص فيها إلى قبول كل ما هو إنساني (مشترك بين البشر) في الحضارة المعاصرة مع الإصرار على تعديل كل ما هو خاص بالآخر احتراما لخصوصيته و استيعابا لفرادته بما يساعد المرء على اكتشاف ذاته و تكريسها كآخر، و عدنان حب الله (لبنان) في قراءة تفسيرية لظاهرة الحجاب في بلد علماني (فرنسا) مفككا دلالاتها و رموزها اللاواعية، و محيي الرخاوي في "وهم اللاوهم، الوهم الأكبر" بتأكيده أن تصارع أوهام الأفراد و جدلها مع بعضها هو الذي يقوم بتأسيس نسيج الثقافة الخاصة بكل جماعة في مرحلة تاريخية بذاتها هذا النسيج القادر على استيعاب أوهام الأفراد لتصبح واقعا متحركا في حلم قابل للتحقيق في صحوة ممكنة. و في ركن القياس النفسي يعرض حسان المالح (السعودية) و فيصل الزراد (الإمارات) اختبار الرهاب الاجتماعي على العرب داعين من خلاله الزملاء مشاركتهم بإجرائه على عينة من المرضى قصد تقنينه للتوصل إلى تأسيس اختبار نفسعربي لهذا الاضطراب.

و في باب مراجعة كتب نعرض لكتاب فاروق المجذوب "طرائق و منهجية البحث في علم النفس" الذي يعد إثراء للمكتبة النفسية العربية لافتقادها مراجع هامة عن البحث في علم النفس و الذي يعتبر حدثا مميزا في ميدانه. و في مراجعة مجلات نقدم ملخصات العدد 57 من الثقافة النفسية الذي اهتم محوره الرئيسي بعلم النفس السياسي بإمضاء نخبة من الأطباء و الأخصائيين النفسانيين العرب. و سعيا وراء متابعة أخر أبحاث العلوم النفسية تم إحداث باب خاص بمستجدات الطب النفسي نعرض فيه ما خلصت إليه الأبحاث الحديثة العالمية لمواكبة التطور السريع و الملفت الذي تشهده العلوم النفسية اعتقادا منا بأهميتها لاستيعاب ما وصل إليه الفكر الإنساني في هذا الفرع من العلوم سعيا لتجاوز تخلفا طال أمده أملا في التدية العلمية لاحقا عندما تتهيأ الأسباب الموضوعية لذلك. و في خاتمة العدد، نعرض لبعض من مداخلات الزملاء في منتدى الشبكة حول موضوع المحور الأول "اللغة العربية و العلوم النفسية" آملين إثراءه بدعوة الزملاء للمساهمة بالرأي و الرأي المخالف تطورا نحو الأفضل. كما تم إضافة ركن للانطباعات نعرض فيه لمقتطفات من شهادات أساتذة الطب النفسي حول الشبكة و إصداراتها و هي شهادات نعتز بها و نعتبرها خير حافز لنا لمواصلة الدرب رقيا لهذا الاختصاص في أوطاننا .

كما يتزامن هذا العدد مع نهاية سنة أكاديمية وهي فرصة نعرض فيها لما تم إنجازه من النظاهرات العلمية لهذا الاختصاص على مستوى الوطن العربي حيث كان الحدث البارز تعذر انعقاد مؤتمر الأطباء النفسانيين العرب (بغداد – ديسمبر 2003) في حين انعقد المؤتمر الأول للصحة النفسية بالخليج في ظل ارتباك التنظيم (الكويت– ديسمبر 2003) ليحظى بالنجاح كل من المؤتمر الأول للمحللين النفسانيين الناطقين بالعربية (بيروت– ماي 2004) و المؤتمر الإقليمي الأول لعلم النفس في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (دبي 13- 18 ديسمبر 2003) إنها حصيلة هزيلة على مستوى الملتقيات العلمنفسية و الطبنفسية لمجموعة سكانية يتجاوز تعدادها 300 مليون نسمة تعكس تردي الوضع العلمي العربي و تشرذما عربيا لاقنا نحن في اشد الحاجة لتجاوزه تحقيقا لمستقبل أفضل و لن يكون كذلك إلا بالسعي الدؤوب و العمل الجاد المشترك.

STRATEGIES FOR POST-WAR REHABILITATION OF MENTAL HEALTH SERVICES / FOCUS ON IRAQ

Read at the Presidential Symposium "Reconstructing Postwar Mental Health Services" - APA meeting, May 2004

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

For the purpose of this presentation I was told there is no need for a power point presentation or pictures. We have seen enough pictures during the last few days depicting the atrocities and torture in Iraqi prisons.

"Every gun that is made, every warship launched, every rocket fired, signifies in the final sense a theft from those who hunger and are not fed, those who are cold and are not clothed."

Those are not the words of an Iraqi or Palestinian politicians denouncing the war and occupation in their respective countries. Those are the words of President Dwight D. Eisenhower, spoken on the 16th of April 1953.

I advise you all to check a site on the internet, the address of which is www.costofwar.com A running figure to the right top of the page indicates the cost of the Iraqi war not in terms of what the world pays for, but in terms of the US alone pays for. At the time I wrote this presentation the figure was a sobering $111,778,777,859 and the figure is on the increase, by the second.

Instead, the US could have paid for 15,803,624 children to attend a year of Head Start; it could have medically insured 47,912,160 children for one year; it could have hired 2,129,125 additional public school teachers for one year; it could have provided 2,835,234 students with four-year scholarships at public universities. Instead, it could have built 1,596,845 additional housing units for US citizens. I shall not even start to think what those amounts of money could have saved and provided in the deprived third world countries. I am not also counting the casualties, the dead, the injured, the disabled, the destroyed infrastructure and the looted universities and cultural centers. But this is how the world is run now. Not by health professionals, whose prime concern is saving and improving physical and mental life of people, but by politicians whose prime concern is power and more power, be it political, economic or otherwise.

In April 2003 the WPA released a statement warning the world of the consequences of the war against Iraq. In that statement the EC clearly expressed its deep concern regarding the possibility of a war against the people of Iraq. The humanitarian as well as health consequences of such a war must not be underestimated regarding their devastating effect on the people of the region, international relations and the possibility of a peaceful future for our planet. As psychiatrists we are entrusted with the mental well being of all people of the world with no discrimination on the basis of race, religion, color or gender. The gravity of war in the region, which would have enormous tragic consequences to life, health and security for all involved, locally and across the world, should be considered. We drew on the WHO report issued on the 10th of December 2002, i.e. on the international day for Human Rights, estimating the likely humanitarian scenarios following a war against Iraq to include massive destruction of infrastructure, where "Damage to the electricity network will result in collateral reductions in capacity in all sectors, particularly water and sanitation as well as health". The report continued: "Direct and indirect health casualties are estimated at 500,000, vulnerable population is estimated at 5.21 million including most pregnant and lactating women and children. Vulnerable groups in need of rehabilitative programs can be foreseen to include 5,000 persons confined to institutions, comprising orphaned children, the severely handicapped and children in detention, 21,000 elderly, 150 million unaccompanied minors and 2 million internally displaced refugees, most of whom again will be women, children the elderly and the disabled. War traumas and displacements will be but a few of the life events that are awaiting the country's population of 26.5 million citizens". The provision of mental health care through national institutions will probably have to retreat in front of other services estimated as being more vital.

In 2002, the EC of the World Psychiatric Association urgently called on all its member societies to exercise their best efforts and contacts to prevent war and resolve the conflict in a peaceful manner, under the leadership of the United Nations and is competent structures. We recognized the need to do everything possible to prevent such regional and world wide major psychological and personal trauma.

But nobody listened. The war broke out. One of the tragic traits of our modern times is that once war breaks out, it does not end. In most of the wars there is a party that has launched the war and another that is exercising its right to defense. And yet war is no longer the one-to-one war of the times of the sword; it is no longer the war between armies, between leaders; it is a war of leaders against people, who were never consulted, whose opinion was not taken, and yet who have to suffer the burden of war while the decision makers are taking their decisions in their secure protected and heavily guarded offices.

It is those people that are our concern, that are our responsibility.

We tried:

An unprecedented endeavor of the international psychiatric community was held during the inter-country consultation on mental health and rehabilitation of psychiatric services in post conflict and complex emergency countries at EMRO, Cairo Egypt from 28 – to 30 July 2003. The World Psychiatric Association (WPA) collaborated closely in preparation for this meeting with 15 WPA member societies including the two largest societies, the APA and the Royal College, and the two Zonal Representatives from Middle East and North Africa. The objectives of the meeting were to develop a coordinated strategy, methodology and approaches for:

a rapid assessment and identification of the most immediate needs;
a comprehensive needs assessment and situation analysis ;
a plan of action for the remainder of the year 2003;
planning for the preparation of a strategic program and plan of action for 2004 – 2005;
the identification of financial implication and fund raising.

The meeting concluded with a number of comprehensive recommendations: Mental health should be given priority in the National Health Plan and be integrated into primary health care

services.
Poverty Reduction Strategy should be tailored to the cultural context.
Needs assessment should take into consideration the needs of the population, infrastructure, facilities and supplies and available human resources.
Human resource development in mental health at different levels is of critical importance.
Empowerment of patients and families of the mentally ill.
Teachers, religious leaders and voluntary agencies should be involved in health education and build on people's initiatives.
We were promised a reconstruction phase and we had planned to use it to ensure that our recommendations were appropriately integrated, despite the constraints of imposed by security concerns and demoralization.
However, this phase never came.
Nongovernmental organizations visiting Iraq try to forge a space for intervention. An Egyptian NGO working on the rehabilitation of victims of Violence visited Iraq and was torn between addressing traumas of the Saddam regime, traumas of the 13 years period of sanctions, and traumas of the occupation. Children are sleepless, enuretic, terrified, lacking all sense of security and left with not answers to basic, legitimate questions of why are those troops still here, why the bombing, why the raids, why the destruction of homes. Adults live between choices of submission and resistance, neither of which spares them the accurate targeting of the missiles. For the Iraqi people, for the Iraqi children, women, men and elderly it is a no win situation.
A recent report launched on the 8th of April by the international organization of Occupation Watch states that in Falluja alone, over three hundred Iraqis have been killed and hundreds more injured since attacks began on Sunday, April 4. In Falluja, the hospitals have been surrounded by soldiers forcing doctors to establish field hospitals in private homes. Blood donors are not allowed to enter; consequently, mosques in both Baghdad and Falluja are collecting blood for the injured. Water and electricity have been cut off for the past several days.
You should be familiar with the Arab culture to understand how a state of hopelessness affects their choices, especially when they feel violated. Part of that culture is to avenge defeat, a matter that can cut across generations. Arabs will continue to fight for as long as they feel that their dignity is injured, for as long as they feel violated. They will only stop if the aggressor will publicly acknowledge guilt and assume responsibility for the aggression. Then, and only then are they ready to reconcile. The US army went into Iraq to overthrow Saddam Hussein, allegedly also to search for weapons of mass destruction which were never found. Yet we should not forget: Saddam Hussein was backed by USA and supplied by weapons of mass destruction to fight Iran. Ben Laden himself was on the payroll of the CIA, fighting the Soviet troops in Afghanistan. The US presence in Iraq is an occupation. This is not our claim. This is the name given by the international community to the situation in Iraq. The Arab people cannot live under an occupation. It is too humiliating. They have come to learn that negotiations do not end occupations. Nor does the fighting? Maybe. But the fighting gives them a sense of being, a sense of not giving up. Isn't that the scenario that leads to altruistic phenomena such as suicide bombers.
In Orwelian terms: "You want to live. We want to die". This carries a meaning of helplessness and hopelessness and despair. Ideology and worldview certainly come into play, if only because ideological blinkers have a way of making otherwise intelligent people appear stupid.
But ideology always carries with it the question of how much its proponents actually believe rather than manipulate it as a fundamental instrument of hegemony.
Suicide bombing is an act of absolute despair. It does not only involve the killing of the other. It essentially involves the killing of the self. In both cases it creates a sense of achievement: be it achieving a "victory" against the "enemy" or achieving a state of martyrdom which is rewarded in heaven. This is very serious for a people whose lives are strongly influenced by religion and a belief that those chosen for martyrdom by God are honored.
Let us analyze what happened in countries that breed what is called terrorism. They had political systems usually backed by American policy characterized by dictatorship, atrocities, oppression and corruption. These people are poor. Poverty leads the individual to loose faith in the system, in the leaders, in the world. They turn to faith and religion, fundamentalism and because of their helplessness or hopelessness of any hope in this world, they chose to be martyrs in their conviction, freedom fighters or terrorists.
This is not meant to be a political presentation about Iraq. It is merely providing a background, amidst which we tried to be party of what is happening now in the land which hosted one of the oldest civilizations of history.
We might plan as much as we want and draw the most sane and comprehensive recommendations. But we shall not be able to undertake any of them is the war in Iraq does not stop, if those in charge in Iraq are not made to bear their responsibility regarding the wellbeing, both physical and mental of that people.
A generation that sees nothing but death and blood and disability is hardly a generation capable of reconstructing a nation. A generation tormented by post traumatic stress disorders is a generation drowning in images of the horrible past, rather than one planning for the future.
Unfortunately, we psychiatrists have to deal with disasters initiated by policy makers. Our job is to help the sufferers and the consequences on mental health. On previous occasions, we did not do enough. We did not do enough for Rwanda (one million died) nor for Bosnia or Kosovo, nor for occupied Palestine, Somalia or Sudan. We must find a way to prevent provoking mental ill health regardless of political conflicts. As psychiatrists we should transcend those political, racial, religious conflicts for the welfare of our mental patients. Yet, how can we draw a line of demarcation between the consequences of decisions of policy makers and looking after the victims of their decisions. Very basically how can we have access considering that one needs a permit to help afflicted patients in regions of conflict.
We, as professionals have to tell the world that those desperate situations where you can lose your child to hunger or missiles, where a ceiling over your head is not a matter of fact, where your hours and days are either times of military raids or of expecting those raids.. those are the times for martyrdom, where the only source of a people's value is to offer sacrifices, even if that entails giving life itself.
We have the resources, we have the volunteers who are ready to help rebuild mental health in Iraq. What we do not have is a guarantee of their security.
In June last year the president of the APA and myself wrote to Mr. Bremer concerning the mental health hazards implicit in Iraq and the professional necessity of our intervention. Until this very day we have not received a reply.
The International Community cannot claim that it did not know for we, among other humanitarian and health organizations, warned of the consequences. We are again repeating what we

had previously said.
We need to go into Iraq to identify the needs of the people. We need to have access to patients, to the traumatized, we need to abide by the first provision of the Madrid Declaration, that ours is a medical discipline concerned with the provision of the best treatment for mental disorders, with the rehabilitation of individuals suffering from mental illness and with the promotion of mental health.
The only formula I find is to use NGO, human rights activists and to disentangle ourselves from the ideology of some leaders. Maybe we have to address those leaders, publicly, denouncing their actions, making visible their contribution to the mental ill health of a whole nation. Maybe we should send our own professional messages to the leaders, to the media, to the UN. In short, maybe lobbying is what is needed before we can hope for intervention.
If we want this meeting to be of any use, if we want for our meeting to come across in history as the meeting which lobbied leaders to take mental health into their consideration we should be more outspoken. In that respect the APA and the Royal College of Psychiatrists are especially in a position to take a lead addressing their respective governments to give priority to the mental health of the people of Iraq. A British and American public opinion that identifies with the traumatized women and children of Iraq is a strong element that can work in the favor of our mission. Needless to say the WPA will be an essential actor in this endeavor.
No matter how much we stress the hazards of the war on the mental health of the people of Iraq, they will never be overstressed. We have to continue trying. We have to be innovative in our trials. Even is that means going beyond our familiar boundaries of psychiatrists.
At best we might make some change. At worst we would spare ourselves the guilt if having been watchers while we could have been agents of prevention.

شبكة العلوم النفسية العربية

ARABPSYNET
www.arabpsynet.com

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية

د. جمـــال التركـــي – تونس

قـرص سـي دي

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm
ELECTRONIC DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES

المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

XIII World Congress of Psychiatry
www.wpa-cairo2005.com

الجمعية المصرية للطب النفسي

www.imhotep.net/epa.html

THE EGYPTIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

PREVALENCE OF PTSD AMONG PALESTINIAN CHILDREN IN GAZA STRIP

SAMIR QOUTA, PHD - EYAD EL SARRAJ, MD - GAZA – PALESTINE

E.MAIL : samir@gcmhp.net

This research study aimed to get acquainted with the prevalence of PTSD, and other psychological suffering among Palestinian children living under severe conditions during the last two and half years of the Al-Aqsa Intifada. The sample consists of 944 children whom age ranged between 10-19 years. The group excluded those with previous mental health problems. In this research, trauma scale, PTSD scale, the Child Posttraumatic Stress Index, the Children's PTSD-symptoms, The CPTS-RI and open questions had been used as tools. The results indicated that 32.7% of the children started to develop acute PTSD symptoms that need psychological intervention, while 49.2% of them suffered from moderate level of PTSD symptoms. Also the results showed that the most prevalent types of trauma exposure for children are for those who had witnessed funerals (94.6%), witnessed shooting (83.2%), saw injured or dead who were not relatives (66.9%), and saw family members injured or killed (61.6%).

***Key words**: PTSD*

In September, 2000, a new Palestinian uprising began against the now 36-year old Israeli military occupation. The immediate cause was the visit of then Israeli Knesset Member Ariel Sharon accompanied by over 1000 fully armed Israeli riot police to what Jews call the Temple Mount and Muslims, the Noble Sanctuary ("El-Haram A-Sharif") on which sits Al-Aqsa Mosque. Palestinians' protest of the violation of their holy place resulted in Israeli police shooting several unarmed protesters. This event provided the immediate spark for Palestinian protests throughout the West Bank and Gaza Strip, as well as the name for an uprising that continues at this writing, "The Al-Aqsa Intifada." The more distant cause for this second and more violent Intifada was the evident failure of the Oslo peace process. Instead of a lasting peace between Israelis and Palestinians, Oslo agreement has followed by a 50% increase in Israeli settlement building and land confiscation (KUKA), a decrease in Palestinian freedom of movement and lack of civil liberties (KUKA), and economic de-development including high unemployment.

As the "Al–Aqsa Intifada" continues into its fourth year, the Israeli army frequently shells and destroys the Palestinian homes. Since October 2000 until 31 of January 2004, 3062 homes have been completely and partially demolished and 2524 homes need to be repair in Gaza Strip (UNRWA, 2004). The army uses a variety of methods to destroy homes, including tank shells, bulldozing, helicopter gunship, and fighter aircraft. As homes have been bombarded and made uninhabitable, many Palestinian families have found themselves living in tents.

When families witness the destruction of their own homes by enemy soldiers, the psychological effects can be serious. Loss of home can be a traumatic experience for not only material loss but for psychological meaning. The home means a shelter and heart of family life. It contains memories of joy and pain as well as attachment to the families' objects. Home is associated with feelings of security and consolation.

As in all modern wars, the victims of the latest Middle Eastern war are mainly civilians. We have an accumulated knowledge about the children's responses to air raids, bombardment, shelling, loss of family members and being target and witnessing killing and destruction. It involves research on acute responses during the II World war (Brander, 1941; Dunsdon, 1941; Freud & Burlingham, 1943), mental health Middle Eastern children during military attacks (Bryce & Walker,1986; Baker, 1990; Macksoud & Aber, 1996; Milgram & Milgram, 1976; Ziv & Israeli, 1973; Saigh, 1991), as well as military violence and persecution in Africa (Dawes, 1992; Cliff, 1993) and Europe (Smith, Perrin, Yule, & Rabe-Hasketh, 2001). Children's responses to danger and life-threat include anxiety, somatization and withdrawal symptoms, and especially younger children may regress into the earlier stages of development (Yule, 2002). While almost all children respond with excessive fear, sleeping difficulties and clinging to parents in acute trauma, only a smaller minority develop posttraumatic disorders.

A substantial amount of research is available on the severity of PTSD symptoms and predictive factors among Middle Eastern children, especially of Kuwaiti children during the nine-months of Iraqi occupation (Hadi, & Llabre, 1998; Llabre & Hadi, 1994; Macksoud & Aber, 1996; Nader, & Pynoos, 1993; Pynoos, 1994; Nader & Fairbanks, 1984) and Israeli children during the Iraqi scud missile bombardment (Klingman, 1992; Lavee & Ben-David, 1993; Laor, Wolmer, & Cohen, 2001; Laor, Wolmer, Mayers, Gershon, Weitzman, & Cohen, 1997; Weisenberg, Schwarzwald, Waysman, Solomon, & Klingman, 1993; Rahav & Ronen, 1994; Rosenthanl & Levy-Shiff, 1993). The percentages of PTSD diagnosis vary from 22% among Israeli (Laor et al., 1997, 27% among Lebanese (Saigh, 1991) 41% among Palestinian children from Gaza exposed to shelling, (Thabet & Vostanis, 1999) 48% among Cambodian refugee children (Kinzie, Sack, Angell, Manson, & Rath, 1996; Sack, Clarke, & Seeley, 1995), 52% among children from Bosnia-Hercegovina (Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland, 2002), and 78-88% among Iraqi children exposed to bombardment (Dyregrov, Gjestad, & Raundalen, 1993). Longitudinal studies on the PTSD are rare, and they reveal that once the fighting and danger are over, the posttraumatic symptoms decrease considerable (Laor et al., 2001; Punamäki, Qouta, & El Sarraj, 2001). Among Kuwaiti children, the share of severe level of PTSD was 4% after one year of traumatic events, among Iraqi children and among Israeli children 0% after five years (Laor, et at. 2001). Dyregrow et al (2002) followed shelled children at six months, one year and two years, and showed first increase from 84% to 88%, and then decrease to 78% of PTSD.

The physical and emotional proximity, severity and nature of the traumatic event prescribe the nature and severity of psychological problems (Macksoud & Aber, 1996; Qouta,

Punamäki, & El-Sarraj, 1996; Punamaki, 1998; Pynoos, 1987; Klingman, 1992). For example, Bryce et al. (1989) found that especially displacement from home increased depression among Lebanese children and women during the 1982 Israeli invasion. Laor et al., (1997; 2001) found among Israeli children that while posttraumatic stress symptoms decreased generally after the Iraqi shelling, the symptoms increased among displaced children.

The present study examines the levels of PTSD among Palestinian children during the current Intifada. We further study how the nature of trauma (personal exposure to and witnessing military violence) correlates with the children vision to their future, and we guess that these traumatic experiences will affect the way, in which the child see his perspectives and solving problems.

Method

- The Sample

The sample consisted of 944 children ranging between 10-19 years, randomly selected from all part of Gaza Strip with Arithmetic mean (15.1±1.5). 49.7% of the sample were boys while 50.3% were girls. Refugee children represented 76.8% of the sample and the rest were citizen's residents. Seven field workers had participated in the field work, which done at schools, with co-operation of the teacher and headmasters,

- Measurements

1. Trauma questionnaire scale: This was developed for this study by the Gaza Community Mental Health Programme. It consists of 12 traumatic events frequently experienced by Palestinian children during the "Al-Aqsa Intifada" (Box 1). Seven events refer to direct exposure to the traumatic events (e.g., tear gas, shooting, or deprivation of medical help), while five events refer to witnessing military violence, (e.g. witnessing killing and injuring). Reliability by Alpha Cronbach was .82

Box 1. Trauma questionnaire scale

The following are a number of questions related to difficult events that you were exposed to. It has nothing to do with a disorder or a normal event.

N°	Item	Yes	No
1	Was your house exposed to shelling		
2	Were you exposed to inhaling tear gas		
3	Were you exposed to burns		
4	Were you shot by live ammunitions		
5	Were you exposed to shot by rubber bullets		
6	Were you shot in the hear to the degree that you lost conscious		
7	Were you derivate of medical care where you need it		

Witnessing traumatic events:

The following questions are related to events that you may have witnessed or heard about. Now I would like you to answer them.

N°	Item	Yes	No
1	Witnessing shooting fighting or explosion		
2	Witnessing strangers being injured or killed		
3	Witnessing family members, neighbours, relatives being injured or killed		
4	Witnessing family members being injured or killed		
5	Witnessing shelling and funerals		

Note: the trauma scale is answered by the child not the mother

2. PTSD Scale (Posttraumatic Stress Disorder Scale) (DSMIV, American Psychiatric Association, 1994). For the purposes of this study, PTSD refers to chronic and not acute PTSD since the events described by the youths were associated with lifetime trauma exposures. The scale was based the Clinician Administered PTSD published in the Journal of Traumatic Stress. **The Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)**: this follows DSMIV criteria, developed by Nader and used to measure PTSD in youths aged 12 and over[1] Children's PTSD-*symptoms* were assed by the Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTS_RI).[2] The 20-symptom scale is used to assess the degree of a child's reactions to a selected traumatic event, and covers the intrusive re-experiencing of the event, avoiding related memories and numbing feelings and increased hyper-arousal. The older children (13-16) reported themselves and the interviewer estimated together with younger children the occurrence of the symptoms on a five-point scale: (0) none of the time, (1) little of the time, (2) some of the time, (3) much of the time, and (4) most of the time.

The maximum sum score is 80 and minimum 12, and in our sample the range was 11-68. Averaged sum variables were constructed for intrusive (9 items, a =.80), avoidance (7 items, a =.77) and hyperarousal (4 items, a =.66) symptoms. The CPTS_RI has been fond reliable and valid in predicting trauma impacts among Arab children in Palestine (Punamäki et al., 2001; Qouta, et al., 2001) and Kuwait (Nader et. al., 1993; Nader, & Pynoos, 1993; Hadi, & Llabre, 1998).

3. Open questions. We presented a picture of "Fatima", a 15 year old sitting by herself and looking out into empty space. We asked children to imagine what kinds of problems Fatima might be thinking of and how they, the children, could help solve them. In an effort to avoid suggestibility, the researcher provided the children with no additional information regarding "Fatima."

RESULTS:

Research on the "Prevalence of PTSD among Palestinian Child during in Gaza Strip" showed the results of the psychological suffering among Palestinian children living under severe conditions during of Al-Aqsa Intifada in hot and community areas of the Gaza Strip. The most prevalent types of trauma exposure for children in the community areas is for those who had witnessed funerals 94.6%, witnessed shooting 83.2%, witnessed shooting, 66.9 %; saw a friend or a neighbor being injured or killed 61.6% and were tear gassed 36.1%. (see table 1).

TABLE 1 Prevalence rate of the traumatic experiences among children in the community areas

Direct Personal experience	Frequency	Percentage (%)
Shelling of the home	179	19
Tear-gassed	341	36.1
Severe burns	89	9.4
Shot by live bullets	26	2.8
Shot by plastic bullets	31	3.3
Head injury with loss of consciousness	23	2.4
Deprivation of medical help	73	7.7
Witnessing traumatic events		
Saw shooting, fighting or explosion	785	83.2
Saw stranger being injured or killed	632	66.9
Saw friend or neighbor being injured or killed	584	61.6
Saw family member being injured	239	25.3
Saw funerals	893	94.6

It was found that 32.7% of the children in the community areas suffered from acute level of PTSD while 49.2.1% children suffered from moderate level of PTSD at the same time 15.6% children suffered low level of PTSD and we can say that 2.5% children had no symptoms while in hot areas 54.6% of the children suffered from acute level of PTSD (see table 2). While 34.5% children suffered from moderate level of PTSD at the same time 9.2% children suffered low level of PTSD and we can say that 1.7% children had no symptoms.

TABLE 2 The severity of PTSD according to the child's gender PTSD score

PTSD score	All (boys and girls)	
	%	N
None or Doubtful (<12)	2.5	24
Mild (12-24)	15.6	147
Moderate(25-39)	49.2	464
Severe (>40)	32.7	309

The study found significant differences between boys and girls. In the acute level of PTSD, 57.9% girls developed such symptoms while the percentage among the boys was 42.1% (see table 3).

TABLE 3 The severity of PTSD according to the child's gender PTSD score

PTSD score	Girls		Boys	
	%	N	%	N
None or Doubtful (<12)	25	6	75	18
Mild (12-24)	38.8	57	61.2	90
Moderate(25-39)	50.2	233	49.8	231
Severe (>40)	57.9	179	42.1	130

In this research we were eager to explore how children are being coped with their problems, so the researcher presented a picture of "Fatma", 15 years old student, who engage in thinking, and we asked children how "Fatma" can solve her problems. We found out that 66% of the children would like to concentrate their effort on the school issue, 24.7% would like to be martyrs, 8.7% would like to encourage the peace process, 0.1% would like to involved in national struggle, 0.5% would like to be concentrating on the religion issue.
In addition to the "Fatma" picture it was discovered that some differences between boys and girls. 67.8% of boys would like to be martyrs, while 32.2% of girls go at the same direction.

DISSCCUSION

This article reports the level of PTSD among Palestinian children currently exposed to war and bombardment, and the role of children trauma perspective to the future outlook. The results revealed a high level of PTSD: more than a half (32.7%) of the children suffered from severe level of PTSD symptoms. The percentage corresponds with the levels of PTSD among the Cambodian (Kinzie, et al., 1996; Sack et al., 1995), and South American (Cervantes, et al., 1989) and Bosnia-Herzegovian (Smith et al., 2002) refugee children fleeing atrocities in their home countries. The level of PTSD was considerably higher than was reported among Lebanese and Israeli children, 22% (Laor et al., 1997), but lower than was reported among Iraqi children, 84% (Dyregrov et al., 1993).
There are some context-specific characteristic of the current trauma that may explain the children's high level of PTSD. First, the long duration for the conflict means more than an acute disaster for Palestinians as the children exposed to on going traumatic experiences, and that means the continuation of the stress for long periods, which damage the child psyche, and increased the rate of PTSD.

With regard to the source of trauma for the Palestinian people, many researches indicated that Israeli authorities were held responsible for the majority of direct trauma exposure, an attribution that has face validity since tear gassing, home demolitions and injuries due to bullet wounds have been widely reported by news agencies, Israeli and Palestinian human right organizations and an UNRWA field investigator (PCHR 2001, Palestinian National Authority, State Information Services, 2001). Not surprising under the circumstances, researches found a high level of behavioral problems and neurotic symptoms among the children, who had an average level of 6 PTSD symptoms. Again, this confirms the fact that a safe home fulfills a basic need and makes it possible to establish secure and adaptive human relationships. Tragically, the protective shield that is essential for children's mental health is dramatically destroyed when their families are faced with the shelling and demolition of their homes.

Our knowledge about the effect of violent trauma on children's mental health derives from the experience of both human-made and natural disasters. Studies on the effect of war on civilians come from the experience of the Second World War, contemporary conflicts in the Middle East, South Africa, Ireland and Bosnia, as well as the effect of urban violence targeted at American children. Traumatic experiences and conflicts are the reality of many people throughout the world. All of us have imagines of the civilians victims of contemporary conflicts and what happened for the Palestinian since 1948 uprooting, is a serious of disaster.

As in all modern wars, the victims of the latest Middle East war are mainly civilians. Palestinian uprising and Israeli military

attach to suppress are mainly children. We have an accumulated knowledge about the human being's responses to air raids, bombardment shelling, loss of family member and being target and witnessing killing and destruction. Children's and adult's responses to danger and life-threat include anxiety, somatization and withdrawal symptoms, and especially among younger children regression to the earlier stages of development and clinging to parents. Family's ties are considered one of the most important protectors of the child mental health in war conditions.

Children living in conditions of political violence and war have been described as "growing up too soon", "losing their childhood", and taking political responsibilities ample maturation (Boothby, Upton, & Sultan, 1992). This development is predicting to result in negative psychological consequences (Garbarino, Kostelny, & Dubrow, 1991).

It is tragic fact that Israeli and Palestinian children have become laboratories for the study of the relationship between trauma and violence, conflict, and children's well being during war. Wars and battles have been fought without interruption in the region for fifty years. None of these wars, however, have brought a solution to the conflict between Jaws and Arabs.

Palestinian children have not known a day of real peace. Since the war area is small it is difficult to protect children from sights of destruction, the dangers of war and insecurity. Many of these children have taken part in their national struggle. Even if they were not actively fighting on the streets, as so may were they still could not help but experience the national struggle on an emotional level. The atmosphere of insecurity, danger, violence, and hostility that prevailed during the Intifada inevitably left scars on the mental health of the Palestinians children.

Mental health professionals show increasing concern about developmental risks for children who fall victims to political violence and war. Family and parent-child attachment are considered important in providing a protective shield for children's psychological well-being in dangerous conditions (Freud & Burlingham, 1943; Garbarino, Kostelny & Dubrow, 1991).

Researchers assume that experiences related to political violence and war indeed constitute a serious risk for the well-functioning family (Garbarino, Kostelny, 1993). War and political conflict therefore disrupt some of the basic parental functions, such as protecting children and enhancing trust in security and human virtues.

Palestinian families in the Gaza Strip are large, and people show strong affiliation to them. "El Hamula" (the extended family) continues to play an important protective role in modern life too. Traditionally, children submit to the authority of their parents, and older members of the family enjoy special respect. The constant on their security threat and the collective trauma of losing their homeland in 1948 have further increased social cohesion in Palestinian society.

However, the Intifada created a situation that apparently shook traditional parent-child relations and family hierarchy. First, the increased influence of political parties decreased the social role of the extended family. Second, children and youths played a very active role in the national struggle. They were an essential element in the initiation, planning, and organizing of demonstrations against and confrontations with Israeli soldiers (Kuttab, 1988).

Palestinians have expressed serious concern about the future consequences of these shattered parental bonds. Some believe that children who threw stones ("children of the stones") and fought against the occupation army also challenge their parents' authority. Parents face difficulties to protect their children from sights of destruction, violence, and abuse. Many Palestinian children have taken active part in their national struggle. Even if they were not actively fighting on the streets, as so may were, they still could not help but experience of the national struggle on an emotional level interact dynamically inside the child psyche as we see that (24.7%) expressed that "Fatma" can be a martyr in order to solve her concerns .

Researchers studied Palestinian children's and adult's vulnerability to trauma and resiliency from the first Intifada through seven years of practicing peace and building national institutes and currently during the three years of Al-Aqsa Intifada (Quota, Punamaki, & El Sarraj, 1995; Punamaki, Quota, & El Sarraj, 1997; Qouta, Punamaki, & El Sarraj, 2003). We found that family could function as a protective shield and secure base despite of the violence predicted children's resiliency. Loving and wise parenting associated with children's creativity and active participation, which then, once peace was there predicted good mental health.

We as a professionals had some questions about future of the Palestinian children and we asked ourselves at that time what kind of teachers, mothers and fathers they will be. We are very afraid to have next lost generation but unfortunately the Palestinian children started their wounds when the Al-Aqsa Intifada broke up the peace treaty and those children inter to the new stage and their psyche goes on. This time the Israeli violence is even more aggressive than during the first Intifada so that why the psychological consequences of traumatic experiences are negative influence of good children development, as those children did not know a day of real peace as their grandparents had been uprooted in 1948 and from that time their suffering had been started. The memory of Palestine is still alive in their mind and they try to keep it alive by telling stories to their sons, daughters and grandchildren about Palestine, about their own country and about their own land. In each home map of Palestine is on the wall to remind about their own country. So because the Palestine is all the time in the concise of the Palestinian children their grow up in high political environment and they grow too soon. Those children lost their right to have normal childhood they gradually stared to be involved in Palestinian-Israeli conflict. It is strange that such young children can carry such responsibility but this is the real characteristics for all area of conflict around the world. The biggest tragedy is that the children whom grow up in such environment can perceive their parents as unable to protect them. Some questions came to their mind; *"if my father is unable to protect me who can protect me?"*. So when the chills had witnessed parent's humiliation his trust and his psychology development had been complete destroyed.

Our study has many faults and can be generalized only to the children living in acute danger to life and military destruction. First, our study focused on the epidemiological conclusions, but we need to gain a genuine view of how families survive extreme life endangering situations, also the responses of the parents are essential. Also a more comprehensive setting including family resiliency and vulnerable factors could have been more informative.

attach to suppress are mainly children. We have an accumulated knowledge about the human being's responses to air raids, bombardment shelling, loss of family member and being target and witnessing killing and destruction. Children's and adult's responses to danger and life-threat include anxiety, somatization and withdrawal symptoms, and especially among younger children regression to the earlier stages of development and clinging to parents. Family's ties are considered one of the most important protectors of the child mental health in war conditions.

Children living in conditions of political violence and war have been described as "growing up too soon", "losing their childhood", and taking political responsibilities ample maturation (Boothby, Upton, & Sultan, 1992). This development is predicting to result in negative psychological consequences (Garbarino, Kostelny, & Dubrow, 1991).

It is tragic fact that Israeli and Palestinian children have become laboratories for the study of the relationship between trauma and violence, conflict, and children's well being during war. Wars and battles have been fought without interruption in the region for fifty years. None of these wars, however, have brought a solution to the conflict between Jaws and Arabs.

Palestinian children have not known a day of real peace. Since the war area is small it is difficult to protect children from sights of destruction, the dangers of war and insecurity. Many of these children have taken part in their national struggle. Even if they were not actively fighting on the streets, as so may were they still could not help but experience the national struggle on an emotional level. The atmosphere of insecurity, danger, violence, and hostility that prevailed during the Intifada inevitably left scars on the mental health of the Palestinians children.

Mental health professionals show increasing concern about developmental risks for children who fall victims to political violence and war. Family and parent-child attachment are considered important in providing a protective shield for children's psychological well-being in dangerous conditions (Freud & Burlingham, 1943; Garbarino, Kostelny & Dubrow, 1991).

Researchers assume that experiences related to political violence and war indeed constitute a serious risk for the well-functioning family (Garbarino, Kostelny, 1993). War and political conflict therefore disrupt some of the basic parental functions, such as protecting children and enhancing trust in security and human virtues.

Palestinian families in the Gaza Strip are large, and people show strong affiliation to them. "El Hamula" (the extended family) continues to play an important protective role in modern life too. Traditionally, children submit to the authority of their parents, and older members of the family enjoy special respect. The constant on their security threat and the collective trauma of losing their homeland in 1948 have further increased social cohesion in Palestinian society.

However, the Intifada created a situation that apparently shook traditional parent-child relations and family hierarchy. First, the increased influence of political parties decreased the social role of the extended family. Second, children and youths played a very active role in the national struggle. They were an essential element in the initiation, planning, and organizing of demonstrations against and confrontations with Israeli soldiers (Kuttab, 1988).

Palestinians have expressed serious concern about the future consequences of these shattered parental bonds. Some believe that children who threw stones ("children of the stones") and fought against the occupation army also challenge their parents' authority. Parents face difficulties to protect their children from sights of destruction, violence, and abuse. Many Palestinian children have taken active part in their national struggle. Even if they were not actively fighting on the streets, as so may were, they still could not help but experience of the national struggle on an emotional level interact dynamically inside the child psyche as we see that (24.7%) expressed that "Fatma" can be a martyr in order to solve her concerns .

Researchers studied Palestinian children's and adult's vulnerability to trauma and resiliency from the first Intifada through seven years of practicing peace and building national institutes and currently during the three years of Al-Aqsa Intifada (Quota, Punamaki, & El Sarraj, 1995; Punamaki, Quota, & El Sarraj, 1997; Qouta, Punamaki, & El Sarraj, 2003). We found that family could function as a protective shield and secure base despite of the violence predicted children's resiliency. Loving and wise parenting associated with children's creativity and active participation, which then, once peace was there predicted good mental health.

We as a professionals had some questions about future of the Palestinian children and we asked ourselves at that time what kind of teachers, mothers and fathers they will be. We are very afraid to have next lost generation but unfortunately the Palestinian children started their wounds when the Al-Aqsa Intifada broke up the peace treaty and those children inter to the new stage and their psyche goes on. This time the Israeli violence is even more aggressive than during the first Intifada so that why the psychological consequences of traumatic experiences are negative influence of good children development, as those children did not know a day of real peace as their grandparents had been uprooted in 1948 and from that time their suffering had been started. The memory of Palestine is still alive in their mind and they try to keep it alive by telling stories to their sons, daughters and grandchildren about Palestine, about their own country and about their own land. In each home map of Palestine is on the wall to remind about their own country. So because the Palestine is all the time in the concise of the Palestinian children their grow up in high political environment and they grow too soon. Those children lost their right to have normal childhood they gradually stared to be involved in Palestinian-Israeli conflict. It is strange that such young children can carry such responsibility but this is the real characteristics for all area of conflict around the world. The biggest tragedy is that the children whom grow up in such environment can perceive their parents as unable to protect them. Some questions came to their mind; *"if my father is unable to protect me who can protect me?"*. So when the chills had witnessed parent's humiliation his trust and his psychology development had been complete destroyed.

Our study has many faults and can be generalized only to the children living in acute danger to life and military destruction. First, our study focused on the epidemiological conclusions, but we need to gain a genuine view of how families survive extreme life endangering situations, also the responses of the parents are essential. Also a more comprehensive setting including family resiliency and vulnerable factors could have been more informative.

References

1. Baker, A., (1990). Psychological Responses of Palestinian Children to the Environmental Stress Associated with Military Occupation, Journal of Refugee Studies, 4, 237-247.
2. Brander, T. (1941). Kinderpsychiatrische Beobachtungen wahrend des Krieges in Finland 1939-1940. Zeitschrift fur Kinder Psychiatrie, 7,177-187.
3. Boothby, N., Upton, P., & Sultan, A. (1992). Children of Mozambique: The cost of survival (Special issue paper). Washington, DC: U.S. Committee for Refugees.
4. Bryce, J., & Walker, N. (1986) Family functioning and child health: A study of families in West Beirut (Final report submitted to UNICEF, December 31, 1986). New York: UNICCEF.
5. Bryce, J., & Walker, N., Ghorayed, F., and Kanj, M. (1989). "Life Experiences, Response Styles and Mental Health Among Mothers and Children in Beirut, Lebanon". Social Science and Medicine, 28 (7), 685-695.
6. Cervantes (1989)
7. Cliff, J. (1993). The Impact of War on Children: Health in Mozambique. Social Science Medicine, 36, 7,843,848.
8. Dawes, A. (1992). Mental Health in South Africa. South African Journal of Psychology, 22, 28-33.
9. Dunsdon, M.I. (1941). A Psychologist's Contribution to Air Raid Problems. Mental Health, 2, 37-41.
10. Dyregrove, A., & Raundalen, M. (1993). A longitudinal Study of War-Exposed Children in Iraq, Presented at the International GCMHP Conference Mental Health and the Challenge of Peace, 13-15 September 1993.KS.
11. Dyregrove, A., Gjestad, R., & & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. Journal of Traumatic Stress, 15, 59-68.
12. Freud, A. & Burlingham, D.T. (1943). War and Children. New York: Medica War Books, Ernest Willard.
13. Garbarino, J., Kostelny, K. and Dubrow, N. (1991). No Place to Be a Child: Growing Up in a War Zone. Lexington, Mass.: Lexington Books.
14. Garbarino, J., Kostelny, K. (1993). Children's response to war: what do we know? In L.A. Leaved & N.A. Fox (Eds.). The Psychological Effects of War and Violence on Children (pp. 23-39). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
15. Hadi, F.A., & Llabre, M.M. (1998). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: Psychological and cognitive factors. Journal of Traumatic Stress, 11, 45-56.
16. Kinzie, J. D., Sack,W.H., Angel, R.H., Manson, S, & Rath, B. (1996). The psychiatric effect of massive trauma on Cambodian children: I the children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25, 370-376.
17. Klingman, A.(1992). Stress Reaction of Israeli Youth during the Gulf War: A Quantitative Study. Professional Psychology, Research Practice, 23(6), 521-527.
18. Kuttab, D. (1988). A profile of the stonethrowers. Journal of Palestinian Studies, 17, 14-23.
19. Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L.C., Gershon, A., & Weizman, R., & Cohen, D.J. (1997). Israeli preschools under Scuds: a 30-month follow-up. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 36, 349-356.
20. Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D.J. (2001). Mother's functioning and children's symptoms 5 years after scud missile attack. American Journal of Psychiatry, 158, 1020-1026.
21. Lavee, Y., & Ben-David, A. (1993). Families under war: stress and strains of Israeli families during the Gulf war. J. Traumtic Stress 6: 239-254
22. Llabre, M.M., & Hadi, F.A. (1994). Health related aspects of the Ggulf crisis experience of Kuwaiti boys and girls. Anxiety, Stress and Copying 7:217-228.
23. Macksoud, M., & Aber, J. (1996). The War Experience and Psychological Development of Children in Lebanon. Child Development, 67, 72-88.
24. Milgram, R., Milgram, N.(1976). The Effect of the Yom- Kippur War on Anxiety Level in Israeli Children, Journal of Psychology, 94, 107-113.
25. Nader, K.O., & Fairbanks, Punamäki, R.L., (1984) Reactions of Palestinian and Israeli Children to War and Violence. Arab Studies Institute.
26. Nader, K.O., & Pynoos, R.S. (1993). Preliminary Study on Grief Among the Children of Kuwait Following the Gulf Crisis, British Journal of Clinical Psychology, 32, 407-416.
27. Punamäki, R.L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997) Models of Traumatic Expereinces and Children's Psychological Adjustment: The Role of Perceived Parenting and the Children's own Resources and Activity. Child Development, 64 (4), 718-728.
28. Punamaki, R., Qouta, S., & El Sarraj. E. (1997). Models of experiences and children's psychological adjustment: the roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. Child Development, 64 (4), 718-728.
29. Punamaki, R., Qouta, S., & El Sarraj, E. (1997). Relationships between traumatic events, children's gender, and political activity, and perceptions of parenting styles. International Journal of Behavioral Development, 2l, 91-109.
30. Punamäki, R.L. (1998). The role of dreams in protecting psychological well-being in traumatic conditions. International Journal of Developmental Behaviour, 22, 559-588.
31. Punamäki, R. L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. International Journal of Developmental Behaviour ,25, 256-267.
32. Pynoos, R.S., Frederick, C. and Nader, K. (1987). Life Threat and Post-Traumatic Stress in School-Age Children. Archives of General Psychiatry, 44, 1057-1063.
33. Pynoos, R. S. (1994). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In R.S. Pynoos et al. (Eds.) Posttraumatic stress disorder. A clinical review (pp. 65-98). Lutherwille: Sidran press.
34. Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) 2001
35. Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (1995). The relation between traumatic experiences, activity, and cognitive and emotional responses among Palestinian children. International Journal of Psychology, 30, (3), 289-304.
36. Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (1995). The impact of the peace treaty on psychological well-being: a follow-up study of Palestinian children. Hild Abuse and Neglect, 19 (10), 1197-1208.
37. Qouta, S., Punamaki, R., & El Sarraj, E. (1996) Relationships between Traumatic Experiences, Activity, and Cognitive and Emotional responses among Palestinians. International Journal of Psychology, 30, 289-304.
38. Qouta, Q., Punamäki, R.L., El-Sarraj, E. (2001). Mental flexibility as resiliency factor in traumatic stress. International Journal of Psychology, 36, 1-7.
39. Qouta S., El Sarraj E., and Punamaki, R., (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to bombardment and loss of home. Accepted to European Journal of Child and Adolescent Psychiatry.
40. Qouta S., El Sarraj E., and Punamaki, R., (2003). Prevalence of PTSD among Palestinian mothers and children exposed to shelling and loss of home.
41. Rahav, G., & Ronen, T. (1994). Children's perceptions of their behavior problems during the Gulf war. Anxiety, Stress and Coping 7:241-252.
42. Rosenthal, M.K., & Levy-Shiff, R. (1993). Threat of missile attacks in the Gulf war: mothers' perceptions of young children's reactions. American Journal of Orthopsychiatry, 63, 241-249.
43. Sack, W.H., Clarke, G.N., & Seeley, J. (1995). Posttraumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 34, 1160-1166
44. Saigh, P.A. (1991). The development of post-traumatic stress disorder. Behavioral Research and Therapy, 29, 213-216.
45. Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hasketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. Child Psychol Psychiatry & Allied Disciplines 42:395-404.
46. Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: psychological adjustment in a community sample. J. Trauma Stress 15: 147-156
47. Thabet, A.A.M., & Vostanis, Y. (1999) Posttraumatic stress reactions in children of war. Journal of Child Psychology and Psychiatry 40, 385-391.
48. Weisenberg, M., Schwarzwald, J., Waysman, M., Solomon, Z., & Klingman,
A. (1993). Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment and postwar stress reactions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 462-467.
49. Ziv, A.& Israeli, R.(1973). Effects of Bombardment on the Manifest Anxiety Levels of Children Living in the Kibbutz. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 287-291.
50. Yule, W. (2002). Alleviating the Effects of War and Displacement on Children. Traumatology, 10, 1-71.

(1) Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Al-Ajeel M, Al-Asfour A. A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. British Journal of Clinical Psychology 1993; 32: 407-416.
(2) Pynoos R, Frederick S, Nader K, Arroyo W. Life threat and posttraumatic stress in school age children. Archives of General Psychiatry 1987: 44: 1057–1063.

الطـــب المُسنَـــد (الطـــب المعتمـــد على البرهـــان)

د. محمد أديب الصالي – الطب النفسي / دمشق – سوريا (رئيس المركز العربي للطب المسند)

الموقع على الإنترنت: www.arabicebm.com

بريد إلكتروني : adib-essali@net.sy

يهدف المركز العربي للطب المسند إلى تسريع نقل المكتشفات الطبية المتجددة باستمرار إلى اللغة العربية و تقديمها إلى أطبائنا بشكل مبسط يسهل الحصول عليه مع دعوة هؤلاء الأطباء إلى التعرف على مبادئ الطب المسند و اعتمادها في الممارسة الطبية اليومية بهدف تقديم أفضل رعاية طبية ممكنة. هذا من جهة الممارسة السريرية، أما من جهة البحث العلمي فللمركز هدف آخر هو تعريف أطبائنا على المداخلات الطبية التي مازالت بحاجة للتقييم العلمي و تشجيع بعضهم على الأقل على القيام بأبحاث علمية محلية.

و لتحقيق هذه الأهداف، يعمل المركز العربي للطب المسند على البحث عن المراجعات المنهجية، و خصوصا مراجعات كوكران المنهجية، و تلخيصها و نشر الخلاصات الملخصة إلكترونيا بشكل يتيح تحديث هذه الخلاصات بشكل دوري

الطب المسند (أو الطب المعتمد على البرهان) هو طريقة تم تطويرها مؤخراً بهدف مساعدة الأطباء ومخططي السياسات الصحية على مواكبة مستجدات البحث العلمي الطبي من خلال دمج **الخبرة السريرية** مع كل من **علم الوبائيات السريرية والإحصاء الحيوي وفيزيولوجية الأمراض**. فالهدف الرئيس للطب المسند هو أن تبنى قرارات الرعاية الصحية على أفضل ما يتوفر من البراهين عن فعالية وجدوى كافة التداخلات الطبية الممكنة (1، 2). و للطب المسند هنا أربعة ميزات، على الأقل، ترجحه عن الطرق التي اتبعت قبله بهدف إبقاء الأطباء مواكبين للتطور الطبي المعاصر:

1. **تسهيل دمج أفضل التداخلات الطبية المتوفرة مع الممارسة السريرية** حالما يتوفر برهان مقبول على مدى فعاليتها.
2. **التوظيف الأمثل للموارد**، بتحديد التداخلات الواجب استعمالها، وتلك التي يجب تأجيل تطبيقها بانتظار برهان على فعاليتها.
3. **تأمين لغة مشتركة** و قواعد عامة لتحديد جدوى كافة التداخلات الطبية.
4. تقديم طريقة **لتحسين كل من الدراسة الجامعية و التعليم الطبي** المتواصل.

أي أن الطب المسند هو طريقة ثابتة لتحسين الرعاية الصحية للمريض، ولرفع ثقة الطبيب بأدائه في مختلف مراحل حياته المهنية، ولتزويد صانعي السياسات الصحية بمعلومات موثوقة تساعدهم على توظيف الموارد المتوفرة بالشكل الأمثل.

▪ ما هو الطب المسند؟

لقد اعتمدت الممارسة الطبية السريرية دائماً على نوع ما من البراهين التي تدعم فائدتها. ورغم أن أقوى البراهين تشتق من البحث العلمي الطبي، فقد بقي تأثير نتائج البحث العلمي على الممارسة الطبية اليومية ضعيفاً لأسباب عدة، وبقي دور الممارسة السريرية اليومية في توجيه البحث العلمي ضعيفاً، وكأن البحث والممارسة فعاليتان طبيتان لا علاقة بينهما.

لوحظ هذا الفصل منذ أكثر من قرن من الزمن، وجرت محاولات عدة لإلغائه، قادت منذ حوالي 50 سنة إلى إدخال **مفهوم التجارب السريرية العشوائية** للتداخلات الطبية المختلفة، سواءً أكانت هذه التداخلات **تشخيصية** أم **وقائية** أم **علاجية**. أما مؤخراً، فقد قادت محاولات مماثلة إلى إدخال مفهوم الطب المسند.

يعمل الطب المسند على **ربط الممارسة السريرية اليومية بنتائج البحث العلمي الطبي**، وعلى استخدام **البرهان البحثي** في إغناء الحكمة السريرية. يساعد ذلك الطبيب المشغول بالممارسة السريرية في التعرف مبكراً على نوعية البراهين الداعمة لما يقدمه لمرضاه من مداخلات طبية، كما يفيد في توجيه البحث العلمي باتجاه إجراء الأبحاث اللازمة لحل ما يواجهه الممارسون السريريون من مشاكل عملية. فالطب المسند، ببساطة، هو **إيجاد الحلول للمشاكل المصادفة في الممارسة السريرية عن طريق تحديد البراهين المتوفرة من الخبرة السريرية ومن البحث العلمي**، وتقييمها نقدياً من حيث جدواها وصلاحيتها، ومن ثمّ تطبيق أفضلها. شريطة أن يكون هذا التحديد جامعاً و شاملاً لكل ما يتوفر من براهين، وليس انتقائياً أو منحازاً لبعضها.

يتضح من هذا التعريف أن ممارسة الطب المسند تعتمد أساساً على وضع **المشكلة السريرية** المصادفة بصيغة **سؤال سريري** واضح ومحدد يمكن البحث عن إجابة له. فالطب المسند إذاً هو **عملية تعلّم ذاتي مستمر موجهة لحل المشاكل السريرية** التي قد يواجهها الطبيب في أي مرحلة من مراحل حياته المهنية، هدفها الرئيسي تحسين نوعية الرعاية الطبية للمرضى، ولكنها تتطور مع الوقت لتصبح **طريقةً يقيم فيها الطبيب أداءه الذاتي** في مختلف مراحل حياته المهنية. للطب المسند استخدامات أخرى، فقد تزايد في الغرب إستخدامه من قبل المرضى للتدخل بشكل فاعل ومتنور في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهم. كما يتزايد تأثيره على مخططي السياسات الصحية وعلى ما يتخذون من قرارات (3، 4).

▪ ما هو مصدر البراهين العلمية السريرية؟

يعتمد الأطباء عند اتخاذ قرارات ذات علاقة برعاية مرضاهم على خبرتهم السريرية وعلى ما تقدمهم لهم البحوث العلمية الصحية من براهين. تصنف البحوث العلمية الصحية إلى بحوث مراقبة وبحوث تجريبية، وقد صنفت منظمة الصحة العالمية قوة البرهان المشتق من هذه البحوث فكان أضعفه ذلك المشتق من الخبرة السريرية ومن دراسات المراقبة، وأقواه ذلك المشتق من البحوث التجريبية وخصوصاً من التجارب السريرية المعشاة. لذلك فإن الطب المسند، في سعيه لجعل الممارسة السريرية معتمدة على أفضل ما يتوفر من براهين علمية، يتبنى أساساً نتائج التجارب السريرية المعشاة (5).

هرمية البرهان العلمي السريري

- **ما أهمية التجارب السريرية المعشاة؟**

لقد أحدثت **التجارب السريرية المعشاة** تغييراً جذرياً في طريقة الحكم على ما إذا كانت المداخلات والعلاجات التي نقدمها لمرضانا نافعةً أم ضارة. فلهذه التجارب شمولية وقوة تفسيرية لا تشكلان حجر الزاوية للطب المسند فحسب، بل إنهما تقدمان أيضاً البراهين اللازمة لإسناد كل من الصحة العامة، وإدارة المشافي، والإنفاق الصحي، والإستهلاك الصحي (6).

يتم في التجربة السريرية المعشاة توزيع المرضى بشكل عشوائي على مجموعتين، يقدم للمجموعة الأولى التداخل الطبي المطلوب تقييم فعاليته (المجموعة التجريبية)، ويقدم للمجموعة الثانية الغفل أو تداخل معياري للمقارنة (مجموعة الشاهد).

يراقب أثناء فترة التجربة معدل وقوع حدث ما (مثل التحسن أو الوفاة) في المجموعة التجريبية [معدل الحدث التجريبي Experimental Event Rate (EER)] وفي مجموعة الشاهد [معدل الحدث الشاهد Control Event Rate (CER)]. يستفاد من مقارنة هذين المعدلين في تحديد ما إذا كان العلاج أفضل من عدم العلاج بالنسبة لمرض ما، ولكن لا تقتصر فوائد التجارب العشوائية على هذه النتيجة النوعية بل تتعداها لتقدم تقديرات كمية لدرجة أفضلية العلاج عن عدم العلاج. ولتوضيح ذلك سنأخذ مثالاً من مراجعة منهجية لفعالية المعالجة بالأدوية الخافضة للتوتر الشرياني في الوقاية من حدوث النشبة الدماغية عند المرضى المصابين بفرط توتر شرياني متوسط أو شديد (7).

	المجموعة التجريبية	مجموعة الشاهد
المستجيبين	A	B
غير المستجيبين	C	D

معدل الحدث التجريبي	EER = A /(A+C) ----------
معدل الحدث الشاهد	CER = B / (B+D) ----------
الخطر النسبي	RR = EER / CR ----------
نسبة الأرجحية	OR = (A/C)/(B/D) = AD/BC
إنقاص الخطر المطلق	ARR = CER - EER ----------
العدد الواجب علاجه	NNT = 1/ARR ----------

فهم نتائج التجارب السريرية المعشاة

لفهم نتائج التجارب السريرية المعشاة أهمية قصوى عند اتخاذ أي قرار سريري، ولشرح معنى هذه النتائج سنورد دراسة استمرت خمس سنوات و شملت ثلاثين ألف مريض عولج نصفهم بأدوية خافضة للضغط، وأعطي النصف الآخر الغفل (7). فقد لوحظ خلال هذه الفترة حدوث حوالي 1800 نشبة دماغيه في 15000 مريض معالجين بأدوية خافضة للضغط، بينما حدثت النشبة الدماغية عند 3000 مريض من أصل 15000 مريض معالجين بالغفل، وهذا الفرق بين مجموعتي المرضى في حدوث النشبة الدماغية هام إحصائياً. لملاحظة هذا الفرق فائدتان، الأولى هي الحصول على جواب نوعي بأن المعالجة بالأدوية الخافضة للضغط أفضل من عدم المعالجة في المرضى المصابين بفرط التوتر الشرياني المتوسط أو الشديد. أما الفائدة الثانية فهي في استخدام الفرق الملاحظ كمقياس كمي لدرجة أفضلية العلاج عن عدم العلاج، إذ يمكن بحسابات بسيطة قلب هذا الفارق إلى أحد **مقاييس الفعالية efficacy** المتوفرة والتي تتضمن:

- نسبة الخطر risk ratio
- إنقاص الخطر النسبي relative risk reduction
- نسبة الأرجحية odds ratio
- إنقاص الخطر المطلق absolute risk reduction
- العدد الواجب علاجه (number needed to treat (NNT

مقاييس فعالية التداخلات الصحية

- **نسبة الخطر** risk ratio هي نسبة حدوث المرض في المجموعة المعالجة إلى نسبة حدوثه في المجموعة غير المعالجة. ففي المثال المذكور أعلاه، يبلغ احتمال حدوث النشبة رغم المداواة الخافضة للضغط (1800 ÷ 15000 =0.12)، ويبلغ هذا الإحتمال بدون المعالجة الخافضة للضغط (3000÷15000= 0.2). وبذلك فإن نسبة الخطر هي (0.12÷0.20= 0.6).

- **إنقاص الخطر النسبي** relative risk reduction هو المصطلح الأكثر استخداماً ويحسب بقلب نسبة الخطر إلى نسبة مئوية (1-0.6)×100= 40%. أي أن المعالجة الخافضة للضغط تنقص احتمال الإصابة بالنشبة الدماغية بحوالي 40% .

- **نسبة الأرجحية odds ratio** هي مقياس آخر للفعالية، ربما كان أكثر فائدةً من الخطر النسبي، ويحسب من نسبة أرجحية حدوث النشبة مع المعالجة (وهي 1800: 13200 = 0.14 إلى 1) وبدون معالجة (وهي 3000: 12000= 0.25 إلى 1). أي أن نسبة الأرجحية هي (0.14÷0.25 = 0.56).

- **إنقاص الخطر المطلق** absolute risk reduction هو طريقة أخرى للتعبير عن مقدار أفضلية خافضات الضغط الشرياني، وهو الفرق الحسابي بين احتمال حدوث النشبة مع المعالجة (0.12) واحتمال حدوثها بدون معالجة (0.20). أي أن إنقاص الخطر المطلق = (0.20-0.12 = 0.08).

- **العدد الواجب علاجه** number needed to treat (NNT) هو عدد المرضى الواجب علاجه للوقاية من إصابة واحدة، وهو مقلوب إنقاص الخطر المطلق. ففي المثال أعلاه، يبلغ العدد الواجب علاجه (1 ÷ 0.08 = 13)، أي لتجنب حدوث نشبة دماغية واحدة يجب معالجة 13 مريض بالأدوية الخافضة للضغط لمدة خمس سنوات.

تطبيقات العدد الواجب علاجه

لحساب "العدد الواجب علاجه" فائدة سريرية كبرى يمكن توضيحها بالمثال التالي: في المرضى المصابين بارتفاع توتر شرياني طفيف، تحدث النشبة في 135 من أصل 15000 (أي 0.009) خلال خمس

سنوات عند إعطاء الأدوية الخافضة للضغط، وتحدث النشبة عند 225 من أصل 15000 (أي 0.015) خلال نفس الفترة عند عدم إعطاء أدوية خافضة للضغط. يبلغ العدد الواجب علاجه هنا 1÷(0.015 – 0.009)= 167. أي أنه يجب علاج 167 مريض مصاب بفرط توتر شرياني خفيف لفترة خمس سنوات بالأدوية الخافضة للضغط بقصد منع حدوث نشبة دماغية واحدة. يبلغ هذا الرقم أكثر من عشرة أضعاف الرقم الواجب علاجه في فرط التوتر الشرياني المتوسط أو الشديد. وفي ذلك ما قد يؤثر على اتخاذ القرار السريري بوصف الأدوية الخافضة للضغط. ولكن يجب التنبه إلى أن هذا القرار قد يتأثر بطريقة تقديم المعلومات الكمية عن حجم فائدة المعالجة. فلو حسبنا إنقاص الخطر النسبي لمعالجة فرط التوتر الشرياني الخفيف [100×(1-0.009/0.015) = 40%] لكانت النتيجة مساوية لإنقاص الخطر النسبي بمعالجة حالات فرط التوتر الشرياني المتوسط والشديد (وهي 40% كما ورد أعلاه). ينشأ هذا التناقض من عدم احتواء "إنقاص الخطر النسبي" على أي معلومات عن قابلية إصابة المرضى بالحدث المرغوب الوقاية منه، بينما تكون هذه المعلومات متضمنةً في "العدد الواجب علاجه". لذلك فقد يبقى "إنقاص الخطر النسبي" مرتفعاً (مما يجعل المعالجة تبدو أكثر جاذبيةً) حتى عندما تكون الوقاية من الإصابة منخفضة (كما تنعكس بارتفاع العدد الواجب علاجه). وكنتيجة فإن الإكتفاء بقياس فعالية علاج ما بمعيار "إنقاص الخطر النسبي" قد يؤدي إلى المبالغة في الحماس لمعالجة مرضى إحتمال تعرضهم للإصابة بدون علاج منخفض أصلاً. يصبح هذا التناقض مشكلةً للطبيب العادي الذي يحاول استقراء نتائج التجارب السريرية وتطبيقها على مرضاه اليوميين. إذ يغلب أن يكون مرضى التجارب السريرية "أشدَّ مرضاً" من المرضى اليوميين. وتبدي دراسات عديدة أن القرار العلاجي المبني على "العدد الواجب علاجه" أكثر منطقيةً من القرار المبني على "إنقاص الخطر النسبي".

وبذلك فإنه عند قراءة مراجعة منهجية، أو مقال عن نتائج تجربة سريرية، يجب الإنتباه إلى مقاييس الفعالية المستخدمة. بل يجب الذهاب أبعد من ذلك، إذ أن المقال المثالي يجب أن يتضمن أيضاً مقاييس للأضرار المرافقة للمعالجة، ولرأي المريض بنوعية حياته مع المعالجة وبدونها، ولتكاليف كافة الخيارات العلاجية الممكنة.

▪ دور الطب المسند في التعليم الطبي المتواصل؟

من الثابت أن التعليم الطبي المتواصل ليس مجرد قضية أكاديمية، إذ أن تزويد الطبيب العادي بمعلومات هامة سريرياً يفيد إثنين من كل ثلاثة مرضى يراهم، ويدفعه إلى تبديل قراراته السريرية بالنسبة لربع مرضاه. ولكن يصعب إبقاء الطبيب على اطلاع بكل المستجدات الطبية، حتى ضمن اختصاصه. فقد أصبح ثابتاً أن التعليم الطبي المتواصل عن طريق إتباع دورات طبية لا يغير شيئاً من السلوك السريري للأطباء، ويستبعد أن يسبب أي تطوير في نوعية الرعاية الصحية للمرضى. كذلك فقد أصبحت مواكبة التقدم الطبي المستمر أمراً صعباً بسبب غزارة النشر الطبي، إذ **ينشر سنوياً ما يزيد عن مليونا مقالة طبية في أكثر من 20 ألف مجلة طبية**، إضافةً إلى ما ينشر في الكتب وعلى الإنترنت. وفي أحسن الأحوال، يحاول الطبيب العادي تطوير معلوماته عن طريق متابعة بعض المجلات الطبية العامة وبعض المجلات التخصصية. يتطلب ذلك الكثير من الوقت، كما أن **مقدرتنا على استيعاب المعلومات الحديثة تتراجع مع التقدم بالعمر**. فإذا أضفنا إلى ذلك حقيقة أن النشر في المجلات الطبية لا يتبع عادةً أي نظام ثابت يصبح من الواضح صعوبة أو استحالة تدقيق مصداقية سيل المعلومات المتدفق حول موضوع ما، واستحالة هضم هذه المعلومات لاستخدامها في الممارسة السريرية اليومية. لذلك فليس غريباً فشل الهدف الأساسي للقراءة الطبية، وهو غربلة الدراسات المنشورة، وتقييمها، والاستفادة منها في تبني طرق جديدة للممارسة السريرية، أو في التوقف عن استخدام ممارسات قديمة ثبت عدم فائدتها أو حتى ضررها.

تدفع هذه الإستحالة بعض الأطباء إلى الاعتماد على كتب ومقالات مراجعة سردية يكتبها خبراء لامعون. ولكن أصبح ثابتاً أن الكتب أو المقالات المؤلفة بالطرق التقليدية لم تعد كافية لمواكبة التطورات العلمية المتسارعة، ولا لتطوير الممارسة الطبية. فقد أدت عدم منهجية مثل هذه الكتب والمقالات في اختيار و تفسير الأبحاث التي يهتم بها المؤلف إلى تأخير استخدم حالات الخثرة في احتشاء العضلة القلبية حوالي 10 سنوات. كما أدت إلى استمرار استخدام ليدوكائين بشكل وقائي في الرجفان البطيني لمدة عشر سنوات بعد أن ثبت أن هذا الاستخدام خطر وربما قاتل (8).

من هنا تتضح أهمية استراتيجيات الطب المسند كبديل عن القراءات العشوائية أو عن الخضوع لدعاية وادعاءات شركات الأدوية من أجل البقاء مواكبين للتطور الطبي المعاصر. لذلك فليس غريباً إعتماد الطب المسند حتى لتعليم طلاب الطب في جامعات مثل هارفرد و ماك ماستر، حيث يبتعد التعليم عن التلقين وحشو المعلومات، ويصبح موجهاً باتجاه تدريب الطالب على إيجاد الحلول لما قد يواجهه من مشاكل. ويجد الطلاب هذه الطريقة في الدراسة الجامعية أكثر إثارة وأكثر إرضاءً للذات، وأكثر تحضيراً لهم لمواكبة التطورات الطبية بعد التخرج، مقارنة مع الطلاب الذين يتعلمون بالطرق التقليدية.

▪ دور تكنولوجيا المعلومات

يعتمد الطب المسند على **المراجعة المنهجية systematic review** التي يجب أن تشمل كافة التجارب السريرية المعشاة المنشورة وغير المنشورة عن تداخل طبي ما، وبكافة اللغات. يتطلب ذلك توضيع كافة الأبحاث المتعلقة بموضوع ما وتقييمها بهدف فرز ما هو دقيق علمياً وهام سريرياً، ومن ثم دمج نتائج الدراسات المنتقاة وتحليلها إحصائياً ووبائياً بهدف التوصل إلى استنتاجات مبنية على أفضل برهان علمي متوفر. وقد أصبح تطبيق ذلك ممكناً فقط بعدما تطورت تكنولوجيا المعلومات بشكل يسمح بالبحث عن المعلومات و الحصول عليها بشكل سريع، وبعد استخدام المعلوماتية في تطويع مبادئ الإحصاء وعلم الوبائيات للتطبيق في مجال الرعاية الصحية.

لتكنولوجيا المعلومات دور هام آخر هو سرعة نشر وتوزيع نتائج المراجعات المنهجية إلكترونياً، على أقراص مدمجة أو على الإنترنت. تمكن طريقة النشر الإلكتروني هذه من تعديل وتحديث ما ينشر كلما جد جديد، وذلك أساسي لمتابعة تطورات العلوم الطبية المتجددة باستمرار. تعتمد طريقة النشر الإلكتروني في نشر **مراجعات كوكران المنهجية**، كما أنها الطريقة المعتمدة في نشر ما يتم تعريبه في **المركز العربي للطب المسند**.

▪ المراجعة المنهجية

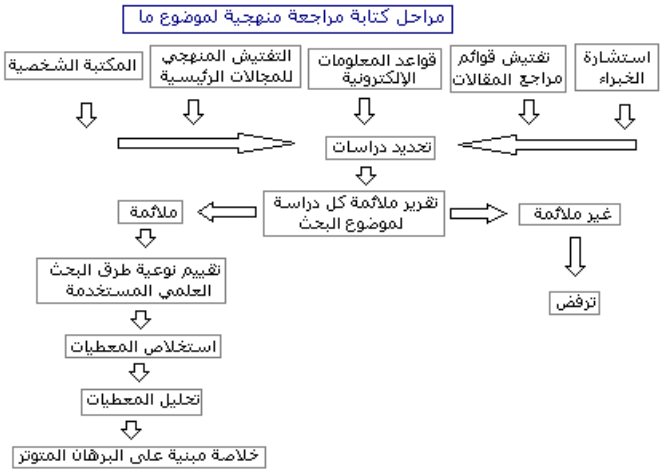
تعتمد المراجعة المنهجية للأدب الطبي على تفتيش الأدب الطبي العالمي بحثاً عن كل الأبحاث المتعلقة بتداخل طبي ما. يتم بعد ذلك تقييم هذه الأبحاث وانتقاء ما كان منها تجربة سريرية معشاة ذات نوعية جيدة. تدمج نتائج التجارب السريرية المنتقاة باستخدام برامج كومبيوتر خاصة تمكن من مقارنة نتائج التداخل الطبي المدروس مع عدم التداخل أو مع تداخلات طبية بديلة.

تمكن المراجعة المنهجية من التوصل إلى استنتاجات مدعومة بأفضل برهان علمي حول ما إذا كان التدخل الطبي المدروس مفيداً أو ضاراً، مع تقديم قياسات كمية لمدى فائدته أو ضرره، ومع تقدير للجدوى الاقتصادية لتطبيقه. تفيد المراجعة المنهجية أيضاً في تحديد التداخلات الطبية التي تم بحثها علمياً بشكل كاف مما يدعو إلى تجنب هدر الوقت

و الجهد في إجراء أية بحوث إضافية عليها. كما تفيد المراجعة المنهجية في تحديد تداخلات طبية لم يتم اختبارها علمياً بعد، مما يفيد في توجيه البحث العلمي المستقبلي باتجاه إجراء المزيد من الأبحاث عليها.

- **مراجعات كوكران المنهجية Cochrane Systematic Reviews**

تتميز مراجعات كوكران المنهجية عن غيرها من المراجعات المنهجية بأنها تنشر إلكترونيا، على أقراص مدمجة أو على الإنترنت، وبأنه يتم تحديثها كل ثلاثة أشهر. تهدف طريقة النشر وطريقة التحديث الدوري هذه إلى **تسريع إيصال نتائج الأبحاث الصحية المتجددة إلى الطبيب المشغول بالممارسة الطبية اليومية**. وبذلك فإن مكتبة كوكران، المؤلفة من مراجعات كوكران المنهجية، هي مصدر للمعلومات الطبية المتجددة باستمرار والتي يتم تجميعها بشكل تراكمي (9)



مبادئ ممارسة الطب المسند

يعتمد الطب المسند على المراجعات المنهجية، وخصوصاً مراجعات كوكران المنهجية، في الدعوة إلى رعاية مرضانا عن طريق جعل ممارستنا الطبية اليومية مبنية على أفضل البراهين المتوفرة، وأيضاً عن طريق تطوير معلوماتنا وممارستنا بشكل مستمر يواكب التطورات العلمية التي لا يمكن أن تنتهي أو تتوقف. والطريق إلى تحقيق هذا الهدف سهل ويمكن اختصاره بالخطوات الأربع التالية (10):

أولاً: صياغة المشكلة السريرية التي نواجهها بصيغة سؤال محدد وواضح.

ثانياً: إيجاد المراجعات المنهجية أو التجارب السريرية المعشاة التي تقدم براهين عن جدوى كافة المداخلات الطبية الممكنة.

ثالثاً: تقييم ما إذا كانت هذه البراهين تتوافق مع واقع مرضانا وإمكانياتنا العلمية والمادية.

رابعاً: تحديد المداخلات الطبية المعمول بها والتي لا يوجد برهان علمي على فائدتها. مع الانتباه إلى أن عدم توفر برهان يدعم مداخلةً ما لا يعني أن هذه المداخلة خاطئة، بل يدل على وجوب إعادة تقييم هذه المداخلة تجريبياً بحثاً عن برهان يدعمها أو يلغيها.

خامساً: تطبيق المداخلات الطبية التي يتوفر برهان على جدواها، وتصميم أبحاث لتقييم المداخلات التي لم تقيم علمياً بعد.

سادساً: تقييم ما تم تطبيقه

- **المركز العربي للطب المسند**

لقد أصبح الطب المسند معتمداً للنشر في كثير من المجلات الطبية، كما أصبح جزءاً أساسياً من تدريب الأطباء في كافة الاختصاصات، وطريقةً للتعليم الطبي المستمر وللتعليم الجامعي في دول عدة. ويهدف المركز العربي للطب المسند إلى تعريف اللغة العربية على مبادئ الطب المسند، وإلى مساعدة الأطباء الناطقين بالعربية على مواكبة هذا التطور العالمي الهام.

يهدف المركز العربي للطب المسند أيضاً إلى تعويض شح البحث العلمي الطبي باللغة العربية عن طريق استيعاب ما أنتجته الثقافات الأخرى وتحضير خلاصة باللغة العربية لما يحتويه الأدب الطبي العالمي من أبحاث موثوقة علمياً وهامة سريرياً.

يعمل المركز العربي للطب المسند على البحث عن المراجعات المنهجية، وخصوصاً مراجعات كوكران المنهجية، وتلخيصها ونشر الخلاصات المحضرة إلكترونيا بشكل يتيح تحديث هذه الخلاصات بشكل دوري. الغاية النهائية لهذا المركز هي تسريع نقل المكتشفات الطبية المتجددة باستمرار إلى اللغة العربية وتقديمها إلى أطبائنا بشكل مبسط يسهل الحصول عليه، مع دعوة هؤلاء الأطباء إلى التعرف على مبادئ الطب المسند واعتمادها في الممارسة الطبية اليومية بهدف تقديم أفضل رعاية طبية ممكنة.

هذا من جهة الممارسة السريرية، أما من جهة البحث العلمي فللمركز هدف آخر هو تعريف أطباءنا على المداخلات الطبية التي مازالت بحاجة للتقييم العلمي وتشجيع بعضهم على الأقل على القيام بأبحاث علمية محلية.

- **المـــراجـــع**

1. محمد أديب العسالي (1999). الطب المسند: التطبيقات الحديثة للمعلوماتية في تعليم الطب البشري. مجلة أبحاث الحاسوب (الأمانة العامة لاتحاد مجالس البحث العلمي العربية). المجلد الثالث، العدد الأول، ص 57-66
2. Evidence-based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine; a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 268:2420-5
3. Cook et al (1997). The relationship between systematic reviews and practice guidelines. Ann Intern Med. 127:210-6
4. Bero and Jadad (1997). How consumers and policymakers can use systematic reviews for decision making. Ann Intern Med. 127:37-42
5. Dickerson et al (1994). Identifying relevant studies for systematic reviews. BMJ 309:1286-91
6. Clarke and Stewart (1994). Obtaining data from randomized controlled trials: how much do we need for reliable and informative meta-analyses?. BMJ 309:1007-10
7. Collins et al (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reduction in blood pressure; overview of randomized drug trials in their epidemiological context. Lancet 335:827-38
8. Antman et al (1992). A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. JAMA 268:240-8
9. Godlee (1994). The Cochrane Collaboration deserves the support of doctors and governments. BMJ 309:969-70
10. Badgett et al (1997). Using systematic reviews in clinical education. Ann Intern Med. 126:886-91

ظواهـــر التزامـــن كمثـــال علـــى قصـــور علـــم النفـــس اليونغـــي " الجـــزء الثاني "

د. جمال نصار حسين – علـم النفـس / الأردن

بـــريد إلكترونـــي : r.hussein@index.com.jo

المعنى الكامن في المُتَزامِنات : من الواضح ان للمعنى أهمية قصوى في **مبدأ التَزامُنية ليونغ**، بل ان هذا المعنى يقع في قلب المُتَزامِنات كما عرفها يونغ. فهذا المعنى هو الرابطة بين الحالة النفسية والحادثة أو الحوادث الخارجية في المُتَزامِنة، وبدون هذا المعنى المشترك، الذي قد يبرز بأشكال مختلفة أحيانا مباشرة وواضحة و أحيانا غير مباشرة وخفية كما في حالة الرموز، لن يكون هنالك معنى للقول بأن تلك الحالة النفسية المعينة والحادثة أو الحوادث الخارجية تشكّل مجتمعة مفردات ظاهرة تزامنية واحدة. وعلى سبيل المثال، فان حادثة سرد المريضة حلمها لطبيبها يونغ وحادثة طرق الحشرة على شباك الغرفة تحتويان على رمز مشترك هو حشرة الخنفساء، حيث يرى يونغ أن المعنى الذي يختفي وراء رمز الخنفساء هو الولادة من جديد، وهو معنى يسند إلى إحدى البُنى الأولية للاوعي الجمعي.

يشير يونغ إلى ان الإنسان قد اعتاد **اعتبار المعنى «نتاجا نفسيا»** ولذلك يصعب عليه تقبّل إمكانية ان يكون لهذا المعنى وجود خارج حدود النفس. وهذه الحقيقة هي نتيجة تعوّد الإنسان على التعامل مع مثل هذا المعنى كشيء ذاتي غير موضوعي، أي ان الإنسان درج على النظر إلى ما يستطيع تمييزه من معنى يربط بين عالمه الداخلي والعالم الخارجي على انه نتاج تركيبته النفسية الخاصة وان هذا المعنى بالنتيجة ليس له وجود في العالم الخارجي، أي ليس له وجود موضوعي. إلا ان هذه النظرة تدعمها النظرات العلمية التقليدية، حيث يقول يونغ بأننا إذا «أخذنا بنظر الاعتبار فرضية أن معنىً متعالياً transcendental واحداً قد يتجلّى في ذات الوقت في النفس البشرية وفي تكوين حادثة خارجية ومستقلة، فإننا نصطدم مباشرة بالنظرات العلمية والمعرفية التقليدية»، إذ أنها لا تعترف بوجود مثل هكذا تداخل وتشابك بين النفس البشرية والقوانين الطبيعية. إلا انه يعود ليؤكد في جواب غامض على هذا الاعتراض بأننا «يجب ان نذكّر أنفسنا مرة بعد أخرى بالصحة الإحصائية فقط للقوانين الطبيعية ويتسبب المنهج الإحصائي في إهمال كل الحوادث غير الاعتيادية»، لنتمكن من الإصغاء بجدية للفرضية التي يطرحها حول تجلي المعنى الواحد هذا في النفس البشرية وفي العالم الخارجي. إلا ان هذه «**الحوادث غير الاعتيادية**» أو النادرة في الطبيعة التي يدعي يونغ بأن المنهج الإحصائي يهملها هي ليست بالضرورة حوادث «ذات معنى»، ولذلك فان حجته في الإشارة إلى الطبيعة الإحصائية للقوانين الطبيعية تبدو غامضة وغير مقنعة. ويعترف يونغ بأن «الصعوبة الجمة هي أننا ليست لدينا على الإطلاق أية وسائل علمية للبرهنة على وجود معنى موضوعي ليس مجرد نتاج نفسي» (Jung, 1977a: 482-483). إلا انه يعود مرة أخرى ليؤكد بأن قبول **فرضية «المعنى الواحد»** التي يطرحها لتفسير المُتَزامِنات هو الحل الوحيد الذي يجنبنا ان ننسب للنفس البشرية طاقة تتجاوز بكثير طاقتها الفعلية، والذي يعتبره أحد تفسيرات «السببية السحرية». ولكي نفهم عبارة يونغ هذه فإننا يجب ان نتذكر بأنه جمع تحت مصطلح مُتَزامِنات كافة الظواهر الخارقة للعادة والمألوف كذلك، وكما سيرد بالتفصيل لاحقا. بعبارة أخرى، فان يونغ يرى أننا إذا لم نأخذ بفكرة وجود معنى مشترك يربط بين الحادثة النفسية والحادثة أو الحوادث الفيزيائية للمُتَزامِنة فانه لن يكون أمامنا لتفسيرها إلا ان نفترض تفسيرا سببيا، ولما كان يونغ لا يأخذ بالاعتبار احتمال وجود كيانات ميتافيزيقية هي التي تسبّب وقوع المُتَزامِنات فإنه يرى أن ذلك يعني بالضرورة الاستنتاج بأن النفس البشرية هي التي سببت المُتَزامِنات و إنها لذلك يجب ان تكـون ذات طاقـة هائلـة، وهذه النتيجة تندرج تحت ما يسمّيه يونغ «السـببية السـحرية» لأنها سببية مبنية على فرضية لاعلمية. أي، على سـبيل المثال، إننا إذا لم نأخذ بتفسير مُتَزامِنة الخنفساء على ان ما يربط بين حادثتيها هو معنى مشترك فإن يونغ يرى أننا سننتهي إلى القول بأن نفـس المريضـة التـي كانـت تروي حلمها هي التي تسببت في جلب الخنفسـاء إلـى شـباك الغرفة في ذلك الوقت. لذلك فان الأخذ بفرضية المعـنى الواحـد لـيونغ هـو السبيل الوحيد، برأيه، لتجنب النظر إلى المُتَزامِنة على أنها نتاج سببية سحرية.

علـى الـرغم مـن تأكـيد يونغ على الأهمية المركزية للمعنى في المُتَزامِـنات فانـه، خلافاً لما هو مُتوقع، لا يتحدث سوى بشكل مقتضب جدا عن هذا المعنى، ولذلك فإنه يترك من دون جواب الكثير من الأسئلة التـي من الطبيعي ان يجد المرء نفسه يسألها بخصوص هذا المعنى. إذ ان الكـلام عن معنى تحمله الظواهر التَزامُنية يجعل المرء يسأل مباشرة مـا إذا كـان هـذا يعنـي أن هنالك **هدفا** للمُتَزامِنات، أي ما إذا كانت المُتَزامِـنات تحمل **رسالةً** ما. فإذا كان الجواب نفيا وان لا هدف هنالك مـن وراء حدوث المُتَزامِنات فإن المرء لابد وان يتساءل عن قصد يونغ مـن افتراضه بأن للمُتَزامِنات معنى، وإذا كان الجواب إيجابا بأن هنالك هدفا تسعى المُتَزامِنات لتحقيقه فإن من الغريب فعلا ان نجد يونغ يتجنّب إيفـاء هـذا الأمر ما يستحقه من أهمية فلا يتناوله بأي قدْرٍ من التفصيل يوفيه بعض ما يستحق.

من خلال معالجة يونغ لموضوع التَزامُنية يمكن الاستنتاج بأن جوابه على السؤال أعلاه هو بالإيجاب، أي انه يعتقد بوجود **هدف ووظيفة** للمُتَزامِنات. وهذا جواب يمكن استنتاجه بشكل غير مباشر من بعض ما جاء في بحثه. فعلى سبيل المثال يقول يونغ عن المُتَزامِنات في مقدمة بحثه: «كطبيب نفسي وكمعالج نفسي فإنني كثيرا ما قابلت الظواهر موضع السؤال [المُتَزامِنات] واستطعت ان اقنع نفسي بالقدر الكبير الذي عنته هذه التجارب الداخلية لمرضاي» (Jung, 1977a: 420). أي انه يشير إلى ان للمُتَزامِنات وظائفاً و فوائداً معينة للأشخاص الذين يشهدون حدوثها، بل يبدو ان اهتمامه بهذه الظواهر يعود للأثر الكبير الذي تتركه على مرضاه. وكمثال آخر نجد ان يونغ يعتبر مُتَزامِنة الخنفساء هي السبب في بدء استجابة مريضته للعلاج من بعد يأسه من تقبلها للعلاج. إذاً من الممكن الاستنتاج بأن يونغ كان يعتقد بوجود هدف محدد ووظيفة معينة للمُتَزامِنات، إلا أن تركه هذه المسألة المهمة من دون بحث مباشر وتفصيلي يُعَد مأخذاً يؤثّر سلباً على قيمة

بحـثه. إلا ان مساعِدته المقرّبة ماري-لويز فون فرانتس وبعض الباحثين الذيـن درسـوا التَزامُنية لاحقا تناولوا موضوع هدف المُتَزامِنات ببعض التفصـيل، حيـث بينوا أن هدف ووظيفة هذه الظواهر هو ما يُعرف في النظرية النفسية اليونغية بـ «**التفريد**» individuation، والذي يمكن ترجمته إلى مصطلح «**تحقيق الذات**» self-realization (Jung, 1953b: 171).

يشـير مصطلح التفريد، او تحقيق الذات، في النظرية النفسية اليونغية إلـى عملية تحول الفرد الإنساني تدريجيا إلى فرد ذي كيان متجانس وبما يجعل منه فردا متميزا عن باقي أفراد جنسه وذلك وفقا لما **يجب** ان يكون عليه. ويتم تحقيق الهوية الذاتية هذه من خلال ما اسماه يونغ بـ «**التعويض اللاواعـي**» unconscious compensation. إذ توجد في لاوعي كل فرد معـرفة بالشكل النهائي للذات التي يجب ان يتحول إليها ذلك الفرد، ويتم هـذا التحول من خلال تجسيد اللاوعي لهذه المعرفة للوعي ليغير الوعي إلى ما يجب ان يكونه، وعياً **واحداً غيرَ مشتت** وذا خصائص محددة. أي ان الـتعويض اللاواعـي هو بناء للفرد ككل مُتحد او ككيان واحد. يقول يونغ بأن التفريد يعني «ان يصير الإنسان كياناً واحداً ومتجانساً..... وان يصـبح الإنسـان هـو نفسـه» كما انه يعني «التحقيق الأفضل والأكمل للخصـائص الجماعـية للكائـن البشـري، لأن المـراعاة بشـكل كاف لخصوصـية الفرد تساعد على تحقيق الإنجاز الاجتماعي افضل مما لو تم إهمـال الخصوصية او قمعها» (Jung, 1953b: 171-172). إن كل عملية مـن عمليات التعويض اللاواعي، كالأحلام مثلا، هي عبارة عن خطوات مـتكاملة تعمل على تحقيق هدف واحد هو تحقيق ذات ذلك الشخص وذلك بـأن تجعـل لوعـيه تلـك الصفات الخاصة به والتي تجعل منه فردا ذا شخصـية متجانسـة وفـي نفس الوقت ذا هوية فريدة لا تشبه هوية أحد.

يقول يونغ:

> فـي الـبدء تبدو كل عملية من عمليات التعويض تضبيطاً آنياً للجانبـية الأحاديـة one-sideness [للوعي] أو تعديلاً للتوازن المُختَل. ولكن بنظرة وخبرة اعمق، فإن حوادث التعويض هذه، وان كانـت منفصلة ظاهرياً فإنها تُنظّم نفسها بموجب خطة. إذ يـبدو أنهـا تتسـاند، وبمعـنىً أكثر عمقاً تبدو خاضعةً لهدف مشـترك، بحيث لا تعود سلسلةً طويلة من الأحلام تظهر كخيط غـير ذي معنى من حوادث منفصلة وغير متجانسة، بل تكون كـالخطوات المتعاقبة في عملية تطور منظمة ومُخطط لها. لقد أسـميتُ هذه العملية اللاواعية والتي تعبر عن نفسها تلقائيا من خـلال رمزية سلسلة طويلة من الأحلام بعملية التفريد (Jung, 1977d: 289-290).

كتب يونغ بكثرة حول عملية التفريد عن طريق التعويض اللاواعي وذلك لأنه اعتبر عملية تحقيق الذات هذه هي هدف الحياة. لذلك فان اهتمام يونغ الكبير بهذا الموضوع يجعل من مسألة عدم تطرقه وبإسهاب إلى وظيفة المُتَزامِنات في تحقيق الذات أمرا غير مفهوم! إلا ان بعض الباحثين الذين عملوا مع يونغ نفسه (Franz, 1992; Progoff, 1973) وبعض الباحثين الآخرين من الذين كتبوا عن التَزامُنية (Bolen, 1979; Keutzer, 1984a) تطرقوا لهذا الموضوع بشكل مفصل. ويبيّن **فكتور مانسفيلد** Victor Mansfield، بروفسور فيزياء الفلك في جامعة كورنيل الأمريكية، وظيفة التَزامُنية قائلا بأن: «التَزامُنية هي إحدى تجليات عملية التفريد؛ عملية خلق النفس soul-making» (Mansfield 1995: 20-21). لقد خصص مانسفيلد كتابه عن المُتَزامِنات لشرح دورها في عملية تحقيق الذات، و أورد عددا من المُتَزامِنات التي يرى أنها تشير بوضوح إلى مشاركتها في عملية تحقيق الذات للفرد الذي يعيشها. و لإلقاء مزيد من الضوء على هذا الموضوع، ولكي يكون القارئ اكثر قدرة على الحكم على هذا التَوجه في تفسير هدف المُتَزامِنات، فان فيما يلي إحدى المُتَزامِنات التي يسردها مانسفيلد في كتابه عن أحد معارفه وكما يرويها الشخص الذي شهد حدوثها وقام بتفسيرها وفقا للنظرة اليونغية:

> بيـنما اقـترب عـيد مـيلادي الثلاثين كنت في زيورخ ابدأ دراسـاتي في معهد سي. جي. يونغ C. G. Jung Institute، وهو أمر كنت أتوق للقيام به منذ سنين. كنت قد حضرت لعدة أسابيع دروسا في التحليل [النفسي] وقد تقدمت في الموضوع. ثم حلمت بأنني أراقب مستعمرة نمل رائعة وبأنني كنت متأثرا بعمـق بتركيـبها، و إخلاصـها، والعمل الشاق لأفرادها. في الـيوم التالـي، وقبل ان اصل إلى مكتب محللي [المُشرف]، جلسـت على مصطبة في متنزّه، مفكرا بأن أقوم بتخيّل فعال imagination active باسـتخدام هذا الحلم. ما ان بدأت، حتى بـدأ خـط كـامل من النمل بالسير على دفتر أحلامي. ولقد صدمني هذا طبعاً وذلك لأنه كان أمرا بعيد الاحتمال تماما ان تقع هذه الحادثة بهذا الشكل. عندما ذهبت إلى مكتب محللي - وكـان الوقـت ربيعا - خرجنا سوية إلى شرفة مكتبه للعمل. كـان مكتـبه/شقته مطلا على منطقة مليئة بالغابات، رغم انه كـان في منتصف المدينة. ما ان بدأت بقراءة هذا الحلم عليه، حتى صاح «انظر هنا!». كانت هنالك عدة نملات تمشي على طـول الطاولـة الصـغيرة التي بيننا. لم يكن قد سبق له وان عاش مثل هذه التجربة مع النمل من قبل.
>
> كـان فهمـي لهذه الحادثة هو أنني كنت هنا في مكانٍ «كلي» رائع لي. لم اكن قد جربت «المجتمع» community إلا خلال فصـول الصيف التي كنت اقضيها في مخيمات، وذلك عندما كنت في عُمُر 10-16 سنة. الآن اشعر بأنني روحيا، عاطفيا، وجسـديا مـتحد، لا فقـط مـع جمال هذه المدينة الأوربية، زيـورخ، ولكـن أيضا مع التنوع الكبير من الطلاب الأجانب في المعهد والعمق والمستوى الأكاديمي الكبير لهيئة التدريس. بجانـب هـذا، فإنني كنت على وشك ان أغوص ثانية عميقا داخـل نفسـي، وهـو شـيء لم اكن قد قمت به في السنتين الماضـيتين حيـن كنت في الجيش. لذلك فان هذه السنين في زيـورخ جلبـت لي التجربة الأخرى الوحيدة للاتحاد union مع الحياة الداخلية والخارجية للمجتمع (كمستعمرة النمل). كما أنهـا جلبـت لي ما اعتززت به من العمل الشاق والإخلاص «للسبب الأعلى» (Mansfield 1995: 71).

ويعلق البروفسور مانسفيلد على هذه المُتَزامِنة قائلا:

> لقد كافح هذا الشخص، مهنيا وشخصيا، خلال حياته مع متع و أحزان كُل من الانتماء والاستثناء من المجتمع. ولقد كانت العلاقة مع المجتمع موضوعاً وجد طريقه إلى العديد من منشوراته المهنية. ان هذه الخبرة التَزامُنية التي لا يمكن نسيانها والتي جاءت مبكرا في بداية التدريب على التحليل النفسي (في طفولته المهنية) كانت كحلم طفولة قوي يعلن فكرة تنظم الحياة كلها. هذه التجربة التَزامُنية ترمز إلى هذه الفكرة في العالمين الداخلي والخارجي من خلال واحد من اكثر أشكال المجتمعات تنظيما وصناعية على هذا الكوكب - النمل. وجود نملة منفردة هو أمر مستحيل ..... إن بقاء النملة نفسها يعتمد بالكامل على المجتمع والدور الذي تضطلع بتأديته فيه (Mansfield 1995: 71).

إذاً فللمُتَزامِنات في النظرية النفسية اليونغية وظيفة مفادها تحويل الفرد إلى ما يجب ان يكون عليه، فردٍ ذي هوية خاصة تجعله متميزا عن غيره من الأفراد في المجتمع، وإنْ كان هذا التميز لا يتطلّب ضرورة ان ينأى الفردُ بعيدا عن المجتمع وذلك لأن عملية التفريد، كما يقول يونغ، هي «التحقيق الأفضل والأكمل للخصائص الجماعية للكائن البشري، وذلك لأن المراعاة بشكل كاف لخصوصية الفرد تساعد على

تحقيق الإنجاز الاجتماعي افضل مما لو تم إهمال الخصوصية او قمعها» (Jung, 1953b: 171-172). وهكـذا فان «معنى» المُتَزامِنة يجب ان يُفهم مـن خـلال وظيفة المُتَزامِنات هذه، وفقا لمفهوم يونغ عن هذه الظواهر الغامضة.

المُتَزامِنات والظواهر الخارقة للعادة

لم يُقصِر يونغ مصطلح «مُتَزامِنات» على ظواهر التوافق في الحدوث ذات المعـنى فقط، و إنما استخدم هذا المصطلح بشكل واسع ليشمل الكثير مـن الظواهـر الخارقـة للعادة؛هذه الظواهر التي اعتبرها هي الأخرى «متوافقات في الحدوث ذات معنى». واهتم يونغ بشكل استثنائي بالتجارب العلمـية التي أقيمت على هذه الظواهر؛ هذه التجارب التي قدمت دلالات إحصـائية أفـادت بـأن الظواهر التي تدرسها لا يمكن تفسيرها كحوادث حدثـت نتيجة **صدفة**. حيث اعتقد يونغ بأنه وجد في هذه التجارب ضالته مـن دراسـات علمية تبرهن على وجود ظواهر لاسببية تربط بين ما هو فيزيائـي وما هو نفسي، وبالتالي فانه اعتبر هذه الدراسات بمثابة براهين علمـية علـى صحة مبدأ التَزامُنية الذي وضعه. وقد اهتم يونغ على وجه الخصـوص بـتجارب مؤسـس الباراسـايكولوجيا التجريبـية (1) عالِم بايولوجـيا النبات الأمريكي جوزيف راين (Joseph Rhine (1895-1980 وبعض الباحثين الآخرين (Rhine, 1934, 1937, 1947, 1950; Pratt *et al*, 1967; Tyrrell, 1947; Soal & Bateman, 1954).

إن تجارب راين التي يشير اليها يونغ بشكل خاص هي تجارب توارد الأفكـار والاستبصـار(2) باستخدام ورق زينير (3) Zener cards؛ هذه الـتجارب التـي قام بها راين وزملاء له في مختبره في جامعة ديوك في مدينة دَرَم في ولاية كارولاينا الشمالية الأمريكية. إذ وجد راين ومجموعة بحثه ان بعض الأشخاص الذين اشتركوا في تجاربهم قد نجحوا في تخمين نـوع الـورق بما يتجاوز نسبة الصدفة حسبما تحددها قوانينُ الاحتماليّة؛ حيـث نجـح أحد الأشخاص في عدة تجارب في تخمين ما معدلّه عشرة أوراق مـن الخمـس وعشـرين ورقة، أي بنسبة نجاح (40%)، فيما كان نجاحـه فـي إحدى التجارب بنسبة (100%) إذ استطاع أن يحدس بنجاح نوع الأوراق كلها.

لم يقتصر يونغ على استشهاده بالتجارب التي أقيمت داخل المختبر والتي يُفصل خلالها بشاشة بين الشخص تحت الاختبار والشخص القائم بكشف الأوراق. فلقد استشهد أيضا بتجارب أخرى كانت فيها المسافة بين المُجرب والشخص الذي تحت التجربة مئتان وخمسون ميلا. في هذه التجارب كان معدل النجاح (10.1) من اصل خمس وعشرين ورقة. وفي مجموعة تجارب أخرى كان فيها المُجرب والشخص تحت التجربة في نفس الغرفة أو موجودين في غرفتين متجاورتين، او تفصل بينهما غرفتان، كانت نسبة النجاح أيضا فوق معدلات الصدفة وقريبة من النسبة أعلاه. كما يشير يونغ إلى التجارب الناجحة للباحثين آشر Usher وبرت Burt والتي كانت فيها المسافة الفاصلة حوالي تسعمائة وستين ميلا. وأخيرا، يشير يونغ إلى تجارب ناجحة أخرى استُخدِمت فيها ساعات مُتَزامِنة وتم إجراؤها بين مدينتي دَرَم في ولاية كارولاينا الشمالية وزغرب في كرواتيا (يوغسلافيا سابقا) واللتين تفصل بينهما مسافة تقدر بحوالي أربعة آلاف ميل (Rhine & Humphrey, 1942).

تبين هذه التجارب أنه بغض النظر عن طبيعة ونوع القابلية الخارقة للمألوف التي يتم اختبارها فإن هذه القابلية لا تختفي ولا حتى تضعف مع ازدياد المسافة بين الشخص تحت الاختبار ومكان وجود أوراق زينيز، وذلك حتى في حالة كون المسافة الفاصلة كبيرة جدا كما في مجموعة التجارب الأخيرة. ويستنتج يونغ، وكذلك باحثو الباراسايكولوجيا بشكل عام، بأن هذه الخاصية تدلل على ان هذه القابلية لا تخضع لقانون التربيع العكسي inverse square law(4). ويعلق يونغ على هذا الأمر قائلا «ان حقيقة كون المسافة غير ذات تأثير تُبيّن من حيث المبدأ أن الشيء تحت الاختـبار لا يمكن ان يكون ظاهرةَ قوةٍ force او طاقةٍ energy [بالمعنى الفيزيائـي]، و إلا فـان التغلب على المسافة والانتشار في الفضاء كان سيسـبب اضـمحلالاً في التأثير، وانه لأكثر من مرجّح ان نسبة النجاح كانـت سـتقل بشكل متناسب مع مربع المسافة». ولما كانت نسبة نجاح الشـخص فـي تخمين نوع الورق لم تتغير مع المسافة فان يونغ يستنتج بأنـه «ليس لدينا بديل سوى ان نفترض أن المسافة هي متغيّرة نفسياً، و إنهـا قد تُختزل في بعض الأحوال إلى حد الاختفاء بسبب ظرف نفسي» (Jung, 1977a: 433).

بعـد هذه **الـتجارب «المكانية»** spatial يستشهد يونغ بتجربة أخرى يجدهـا الكـثر إثارة وأهمية تتعلق بالزمن. في هذه التجربة عن **الإدراك المُسـبق** قـام الشخص بتوقع نوع الأوراق التي كانت ستُخلَط وتُكشف لاحقـا، أي في المستقبل. في هذه التجربة أيضا وجد راين نِسَب النجاح تفـوق نسـبة احتمالية الصدفة. ويرى يونغ في هذه التجربة إشارة إلى «نسبية الزمان للنفس، وذلك لكون التجربة تناولت إدراك حوادث لم تكن قد وقعت بعد»، مما يدفعه إلى الاستنتاج بأنه «في هذه الظروف يبدو ان عـامل الـزمان قد إزالته وظيفةٌ نفسية او ظرفٌ نفسي لديه القدرة على إلغاء العامل المكاني أيضا» (Jung, 1977a: 433). في الواقع، ان يونغ يُعـرف الباراسـايكولوجيا بدلالـة «نسـبية الزمان والمكان» هذه. ففي اسـتبيان حـول «مسـتقبل الباراسايكولوجيا» وُزِعَ في عام 1960 على علمـاء مرموقيـن أجـاب يونـغ عـن السـؤال الأول عـن تعريفه للباراسـايكولوجيا بما يلي: «الباراسايكولوجيا هي العلم الذي يتعامل مع تلـك الحـوادث البايولوجـية أو النفسية التي تبيّن أن الأصناف: المادة، المكان، والزمان (وبالتالي السببية) ليست بديهية». (5) إن **نسبية الزمان والمكـان** هـذه نسـبها يونغ للاوعي وفسر بها احتواء هذا الأخير على «صـور كل الخلق» التي أشار إليها بتعبير «المعرفة المُطلقة» (Jung, 1977a: 494).

يعلق يونغ على نتائج "التجارب الباراسايكولوجية" أعلاه قائلا بأنه «إذا كنا في التجربة المكانية مضطرين إلى الاعتراف بأن الطاقة لا تتناقص مع المسافة، فان التجربة الزمانية تجعل من المستحيل تماما مجرد التفكير بأن هنالك علاقة طاقة بين الإدراك والحادثة المستقبلية». أما الاستنتاج الذي يريد يونغ ان يتوصّل إليه من وراء الاستشهاد بهذه المجموعة من التجارب الباراسايكولوجية فهو: «يجب علينا ان نترك منذ البداية كل التفسيرات [للظواهر الخارقة للمألوف] بدلالة الطاقة، الأمر الذي يعادل القول بأن الحوادث من هذا النوع لا يمكن معاملتها من وجهة نظر السببية، لان السببية تفترض مسبقا وجود زمان ومكان على قدر تعلق الأمر بأن كل المُراقبات observations تستهدف أساسا أجساماً في حالة حركة» (Jung, 1977a: 434). ويقول أيضا: «تواجهنا تجاربُ راين بحقيقةٍ مَفادها ان هنالك حوادثاً مرتبطة ببعض تجريبيا، وفي هذه الحالة بشكل **ذي معنى**، [ولكن] من غير ان تكون هنالك أية إمكانية للبرهنة على ان هذه العلاقة هي علاقة سببية، وذلك لان «الانتقال» [انتقال المعلومات إلى عقل الشخص الذي يقوم بالتخمين الخارق للعادة] لا يُبدي أياً من الخصائص المعروفة للطاقة» (Jung, 1977a: 435).

وبسببٍ من تفسير يونغ لنتائج التجارب الباراسايكولوجية المذكورة على أنها مؤشر على عدم إمكانية أن يكون حدوثها قد تحقّق بوساطةٍ من طاقةٍ ما فانه يستنتج بأنه من غير الممكن إذا أن يكون هنالك أي نوع من أنواع **الانتقال** للمعلومات وذلك لان انتقال المعلومات يتطلب وجود طاقة تقوم بهذه العملية، كما يحدث مثلا في عمليات نقل المعلومات بواسطة البث الإذاعي ومختلف أنواع الاتصالات السلكية واللاسلكية. كما انه يستشهد بتجارب الزمان المشار إليها أعلاه، أي تلك الخاصة

بظاهـرة الإدراك المسـبق، ليتساءل كيف يمكن لحادثة لم تحدث بعد ولن تحدث إلا في المستقبل ان تنقل نفسها كظاهرة طاقية لمستلم في الحاضر؟ أي انـه يـريد ان يؤكـد بأن المفهوم التقليدي المُطلق للزمان يجعل من **ظاهـرة الإدراك المسبق ظاهرة مستحيلة الوقوع**، مُضمنا ملاحظته هذه خطـأ المفهوم التقليدي المُطلق للزمان. يؤكد يونغ بأنه في العلاقة السببية، أي علاقـة سبب-نتيجة، لا يمكن فهم كيفية حدوث التأثير إلا بوساطةٍ من تدخّـل طاقـةٍ ما، لذلك ففي حالة الظواهر التي لا تتضمن طاقة فان من غـير الممكـن التحدث عن علاقة سبب-نتيجة. بسببٍ من ذلك فان يونغ يـرى أن مبدأ التَزامُنية هو مبدأ تفسيري يقف على قدم المساواة مع مبدأ السـببية الـذي هو مبدأ تفسيري مختلف، إذ رغم ان الغالبية العظمى من الظواهر التي نعرفها هي ظواهر سببية فان هنالك ظواهراً أخرى لاسببية هي المُتَزامِنات. لذلك يرى يونغ أن «التَزامُنية هي نسبية الزمان والمكان المعـتمدة علـى ظـروف نفسية»، وكأن الزمان والمكان «يعتمدان على ظـروف نفسية ولم يوجدا يوما مستقلين بحد ذاتيهما ولكن فقط «افتُرض» وجودهما من قبل العقل الواعي» (Jung, 1977a: 435).

ويشير يونغ أيضا إلى تجارب راين على ظاهرة التحريك الخارق للعادة باستخدام زهر الطاولة. ففي هذا النوع من التجارب يتم رمي الزهر بواسطة جهاز بينما، وفي نفس الوقت، يحاول الشخص الذي تُختبر قابلياته الخارقة للمألوف ان يجعل أحد اوجه الزهر يظهر اكبر عدد ممكن من المرات، من غير لمس الزهر طبعا. والتفسير التقليدي لاية نتائج إيجابية في مثل هذه التجارب هو ان الشخص قد **حرّك** الزهر **عقليا** من دون استخدام أيّة وسيلة نقل الحركة التقليدية، بحيث تسبب في جعل الوجه المعين يظهر بنسبة تفوق احتمالية الصدفة والتي هي (6/1 أو 16%)، حيث ان للزهر ستة اوجه. إلا ان يونغ يرفض هذا التفسير السببي الطاقي للنتائج الإيجابية في هذه التجارب ليفسره على نفس أساس نسبية الزمان والمكان حيث يقول «إذا كان الزمان والمكان هما نسبيّان نفسيا، فإن الجسم المتحرك يجب ان يمتلك او ان يكون عرضة لنسبية مقابِلة» (Jung, 1977a: 434). ولكن على الرغم من غموض هذا التفسير، حيث ان هذه الظواهر تختلف نوعيا عن غيرها من الظواهر الخارقة للمألوف والتي شرح يونغ تفسيره لها ببعض التفصيل، فإنه يترك هذا الجواب الغامض من غير أية تفصيلات أخرى.

في بحثه عن دلائل تجريبية يدعم بها نظريته بخصوص كون مفهومَي الزمان والمكان ليسا مفهومين مطلقين و إنما نسبيين وان نسبيتهما تتحكم بها ظروف نفسية، يشير يونغ إلى ملاحظة ذكرها العديد من باحثي "الباراسايكولوجيا التجريبية" وهي ان نسبة نجاح الشخص في التجارب "الباراسايكولوجية" تقل عادة تدريجيا بتكراره للتجربة. أي ان التجارب الأولى تأتي غالبا بنتائج أعلى من التجارب اللاحقة التي تهبط عادة نتائجها إلى مستوى احتمالية الصدفة. والاعتقاد العام حول سبب حدوث هذه الظاهرة التي تُعرف بـ «**تأثير الأفول**» decline effect هو انه في بداية التجربة يكون لدى الشخص تحت الاختبار اهتمام استثنائي بالتجربة، أي نوع من الحماس، إلا انه يفقد اهتمامه هذا تدريجيا مع مرور الزمن ليحل محله شيء من الملل.

كما أشار يونغ إلى ظاهرة أخرى لم تكن مُميزة بشكل واضح في وقته وهي الظاهرة التي تعرف حاليا بـ «**تأثير المُجرب**» experimenter effect (Rao & Palmer, 1987: 548)). فمن المعروف في"**الباراسايكولوجيا التجريبية**" انه عندما يشترك في تجربة ما أشخاص «يعتقدون» بوجود الظواهر الخارقة للعادة وبإمكانية حدوثها أثناء التجربة، سواء كانوا من الباحثين القائمين بالتجربة او من الأشخاص الذين تُختبَر قابلياتهم، فإن نتائج تلك التجربة غالبا ما تكون إيجابية، أي تتجاوز نسبة نجاحها معدلات احتمالية حدوثها كصدفة؛ ولكن عندما يشترك في التجربة أفراد «لا يعتقدون» بوجود الظواهر التي يختبرونها او على الأقل لا يتوقعون نجاح التجربة فان النتيجة غالبا ما تكون سلبية، أي لا تختلف بقدر ذي دلالـة insignificant عـن معـدلات الصدفة. وهكذا، لما كان الحماس والاهـتمام والاعـتقاد بوجود الظاهرة الخارقة للعادة و إمكانية حدوثها خـلال التجربة هي عوامل «نفسية» إيجابية تساعد على نجاح التجربة، فـيما تـؤدي عوامـل «نفسية» سلبية مثل الملل و إنكار وجود خوارق العـادات وعدم توقع حدوثها خلال التجربة إلى فشل التجربة، فان يونغ يعتـبر هـذه الملاحظـات التجريبية في اتفاق تام مع نظريته بأن نسبية الزمان والمكان مرتبطة **بظروف نفسية** (Jung, 1977a: 434).

اسـتنتج يونـغ مـن قـراءته عـن التجارب العلمية المختبرية في الباراسـايكولوجيا بـأن «نتائج تجارب الإدراك الحسي الفائق والتحريك الخـارق للعـادة زودَت أساسا إحصائيا لتمحيص ظاهرة التَزامُنية، وفي نفس الوقت أشارت إلى الدور المهم الذي يلعبه العامل النفسي» (Jung, 1977a: 450). إلا ان يونـغ وجد انه وعلى الرغم من ان هذه التجارب أكدت الخلفية النفسية للمُتَزامِنات فإنها لم تُلقِ ضوءاً كافياً على طبيعتها. لذلـك فقـد بحث عن ظاهرة أخرى يمكن ان تعينه دراستُها في التعرّف علـى طبيعة العوامل النفسية التي تساعد على حدوث المُتَزامِنات، فاعتقد بأنـه وجد ضالته في أسلوب التنبؤ باستخدام «**كتاب التغيرات**» I Ching الصـيني (Wilhelm, 1950). والتنـبؤ باستخدام الاي تشينغ هو أسلوب للاسـتخارة بشـأن حـوادث أو أفعال مستقبلية كان قد ابتكره اثنان من الصينيين في القرن الثاني عشر قبل الميلاد. يتكون الاي تشينغ من أربع وستين من «التفسيرات» المكتوبة على شكل مقطوعات شعرية لكل منها معـنى خـاص، حيـث يقوم الشخص الذي يريد استشارة الكتاب بشأن حادثـة أو مسـألة مـا، مثلا نتائج قيامه بفعل معين، باختيار إحدى هذه التفسـيرات **عشـوائيا**، والتي من المفروض ان تحمل للمرء جوابا على سـؤاله وتلقـي ضـوءاً على الموضوع الذي يشغله. (6) يرى يونغ أن التنبؤ باستخدام الاي تشينغ مبني على مبدأ التَزامُنية لأن الذي يحدث هو توافـق حدوث حالة نفسية، هي الحالة النفسية للقائم بالاستخارة في ذلك الوقت، مع حادثة خارجية، هي نتيجة الاستخارة، من غير ان يكون بين الحادثتين علاقة سببية، مع وجود رابط من **معنى** بينهما هو المعنى الذي يكشفه التفسير المعين من الاي تشينغ.

إن الغريب في معالجة يونغ لموضوع الاي تشينغ هو انه وان كان قد تطرق إليه على أساس من أن بإمكانه ان يلقي الضوء على طبيعة العوامل النفسية التي تساعد على حدوث المُتَزامِنات، فانه ينتهي منه من دون استنتاج أي شيء عن هذه العوامل النفسية! في الواقع، انه ينهي معالجته لموضوع الاي تشينغ بالاستنتاج بأن أسلوب التنبؤ هذا لا يوفّر إمكانية التمحيص الإحصائي لمبدأ التَزامُنية وبالتالي فلا يمكن الاعتماد عليه في إيجاد دليل **تجريبي** على صحة هذا المبدأ! وهنا يستدير يونغ إلى ظاهرة أخرى، هي التنجيم، حيث انه وجد في التنجيم القدرة على توفير نتائج يمكن تمحيصها إحصائيا، أي يمكن حساب أهميتها وفقا لقوانين الاحتماليّة، أي حساب مقدار انحرافها عن احتمالية ان تكون مجرد صدفة.

أشـار يونـغ إلـى ان التنجيم مبني على مبدأ التَزامُنية لأن الفكرة الجوهـرية فـيه هـي ان البيانات الفلكية تتطابق مع الصفات الشخصية للأفـراد، ولكن من غير ان تكون هذه الحوادث الفلكية هي **سبب** ظهور صـفات الفرد بالشكل المعين. إلا ان يونغ كان على وعي بأن المنجمين هم ابعد ما يكونون عن الاتفاق على تفسير البيانات الفلكية بدلالة صفات الأفـراد. فلو تم إعطاء «خريطة أبراج» horoscope ولادة شخص ما لمجموعـة مـن المنجميـن وطُلِب منهم ان يتوقعوا من خلال دراستها صـفات ذلـك الشخص لوجدنا بأن بعضهم غالباً ما يأتي بنتائج مخالفة تمامـا لنتائج البعض الآخر. كما أشار يونغ إلى مشكلة أخرى هي غياب معايـير قياسـية وموثوقـة لتحديد صفات الفرد من خلال ما يظهر في خـريطة الأبـراج. لذلك فانه أراد البحث عن علاقة تنجيمية لا يختلف عليها المنجمون وليس لها علاقة بالصفات الشخصية للفرد. وقد اعتقد

يونـغ بأنـه وجـد مـا يبحث عنه في «**المظهر التنجيمي**» (7) aspect للـزواج. إذ أشار يونغ إلى ان المنجمين التقليدين أشاروا منذ القدم إلى ان الـزواج يكشـف عن نفسه في خريطة أبراج كل من الزوج والزوجة من خـلال ثـلاث علاقـات «اقـتران» (8) conjunction هي اقتران شمس أحدهمـا مـع قمـر الآخـر، اقتران القمر مع القمر، واقتران القمر مع «الطـالع» (9) ascendant. أي يمكن ملاحظة تكرر هذه العلاقات اكثر من غيرها عند مقارنة الخرائط النجمية للمتزوجين.

درس يونـغ الخـرائط النجمية لعدد من الأزواج، ووجد أن العلاقات النجمـية الـثلاث المُشـار إلـيها أعلاه تظهر فعلا في مخططات هؤلاء الأزواج بنسـبة تتجاوز بكثير نسبة احتمالية الصدفة. إلا انه حين زاد من عـدد الأزواج الذين درسهم بدأ عدد هذه العلاقات النجمية بالانخفاض ولم تعـد نسبتها تختلف بمقدار ذي دلالة عن نسبة احتمالية الصدفة، مما جعله يسـتنتج بـأن نتائج بحثه هي من الناحية العلمية «غير مشجعة للتنجيم في بعـض النواحـي، حيث يبدو كل شيء كما لو انه يشير إلى انه في حالة الأعـداد الكبـيرة [مـن النماذج] فإن الفروقات بين قيم التكرار للمظاهر التنجيمية للزواج بين المتزوجين وغير المتزوجين تختفي تماما» (Jung, 1977a: 475). وفسّـر يونـغ ظهور العلاقات التنجيمية للزواج بمعدلات ذات دلالـة في المجموعة الأولى من تجاربه واختفاءها لاحقا بأنه كان في الـبدء «مهـتما» بدراسة الموضوع وكانت لديه رغبة في الحصول على نـتائج إيجابية، وانه حين بدأ يفقد حماسه وبدأ الملل ينال منه أخذت النسبة العالـية للعلاقـات التنجيمـية الخاصة بالزواج تقل حتى وصلت معدلات الصـدفة. أي انـه فسـر الأمـر كنوع من «**تأثير المُجرب**». ولذلك فإنه يسـتنتج مـن تجاربـه هذه بأن تجارب جوزيف راين كانت هي الأخرى سـتُقابل الفشـل نفسه لو كان هذا الأخير قد اعتمد فيها على شخص واحد فقط (Jung, 1977a: 481-482).

بديلٌ لمبدأ التَزامُنية

لقد بقي **مبدأ التَزامُنية اليونغي** هو التفسير المعتمد للمتزامنات من قبل معظم المهتمين بهذه الظواهر الغامضة. حتى ان بعض المحاولات المعدودة للمجيء بتفسير بديل لم تكن في الحقيقة إلا إعادة صياغة لمبدأ التَزامُنية وعَرْض له بشكل آخر غير الشكل اليونغي (التقليدي) له. لقد تركت أفكار يونغ أثرا كبيرا وواضحا على جميع الذين اهتموا بدراسة المتزامنات سواءً كانوا من اتباع مدرسته في علم النفس أم لا. لذلك فإن ما طُرح من تفسيرات بديلة للمتزامنات تفتقد للأصالة، كما ولم يحظ أي منها باهتمام جدي من قِبَل الباحثين المهتمين بالمتزامنات والذين ظلت غالبيتهم العظمى ترى في مبدأ التَزامُنية اليونغي تفسيرا مقنعا لهذه الظواهر الخارقة للمألوف. وهنا لابد من التطرّق إلى إحدى المحاولات التفسيرية الأخرى للمتزامنات ليتّضح التأثير الكبير الذي تركته أفكار يونغ على المهتمين بهذه الظواهر الفريدة.

بـدأت **سوزان بادفيلد** Suzanne Padfield معالجتها لمفهوم التَزامُنية بـرواية الحادثة التالية التي وقعت لها شخصيا والتي كانت ذات اثر كبير علـيها فـي صياغتها لنظريتها عن المتزامنات، والتي تشير إليها بتعبير ظواهر تزامنية جريا على نهج يونغ:

"قبل سنين مضت، تكررت مشاهدتي لحلم مثير للاضطراب. في الحلم، كنت أجد نفسي تائهة تماما في منطقة ريفية غير مألوفة، وبينما كنت أحاول ان أجد طريقي كانت تظهر فوق رأسي في السماء طائرة على شكل طبق لامع ضخم. عندئذ كنت أجد نفسي بشكل غامض على الطريق قرب منزلي. استمر هذا لعدة اشهر حتى أصبحت تنتابني حالة قلق كلما كان علي ان أقود السيارة على امتداد الشارع الذي كان ينتهي الحلم عنده. في إحدى الليالي، اتخذتُ طريقا مختصرا إلى البيت عائدة من عملية تصوير كنت اشترك فيها في منطقة دورسيت [في جنوب إنكلترا]. وفقدت السبيل وسط متاهة من الممرات الريفـية الضـيقة، وكانت الليلة مظلمة. فتوقفت عند أعلى تل شديد الانحدار لأبحث عن علامة على الطريق، وما ان فعلت ذلك حتى ظهر فوق رأسي في السماء شيء على شكل قرص لامع ضخم؛ اقدر طوله بحوالي ربع ميل. أُصِبْتُ بحالة رعب وقـدتُ السيارة نحو اقرب أضواء مدينة أو قرية استطعت ان أراهـا عن بُعد. لدهشتي وخوفي، خرجتُ إلى امتداد الطريق الـذي في الحلم. في اليوم التالي، كانت الصحف مليئة بتقارير عـن أنـاس شاهدوا ظاهرة «الطبق الطائر» U.F.O. تلك (Padfield, 1981: 79).

ولكـن ما علاقة هذه الحادثة الغريبة بمفهوم التَزامُنية؟ لقد استعارت سـوزان بادفيلد من يونغ فكرته بأن المُتَزامِنة تمثل توافقا بين حالة نفسية وحادثـة خارجـية فيزيائية، حورَت فيها بعض الشيء، و أقامت عليها نظريـتها التفسـيرية للمُتَزامِنات. فأولا نجد ان بادفيلد تتحدث عن **حالة «عقلـية»** mental **لا حالة «نفسية»** psychic، رغم ان هذا قد لا يكون اختلافا حقيقيا إذا أخذنا بنظر الاعتبار حقيقة ان هذين المصطلحين كثيرا مـا يُسـتعملان حـتى من قبل الباحثين المتخصصين بشكل متبادل، أي كأنهمـا يشـيران إلى الشيء نفسه. إلا ان الاختلاف الرئيسي في نظرية بادفيلد هو ان هذه النظرية توحي بشكل قوي بأن هنالك علاقةً سببية بين الحـالات العقلـية والأحداث الفيزيائية الخارجية، رغم ان بادفيلد نفسها تبدي تحفظات على هذا الاستنتاج.

تعتقد بادفيلد بأن الواقع يتشكّل من عدد محدد من الحوادث التي تقع من بين مجموعة كبيرة من أحداث «ممكنة الوقوع»، وهي أيضا تعتقد بأن أفكار الإنسان والصور التي تظهر في عقله لها علاقة مباشرة بأي من تلك الحوادث «ممكنة الوقوع» والتي تقع فعلا، أي تصبح **واقعا متحققاً**. فعند توفّر قدر كاف مما تسميه بادفيلد «**شفرات التطابق**» matching codings بين حالات عقلية وبين أحداث «ممكنة الوقوع» فإن هذه الحوادث تقع فعلا، بينما لا تقع حوادث غيرها «ممكنة الوقوع» لعدم توفر قدْرٍ كاف لها من شفرات التطابق هذه. أما المقصود بشفرات التطابق هذه فهي التوافقات بين أحلام الإنسان وخيالاته وأفكاره الخاصة وبين الحوادث ممكنة الوقوع. ولتوضيح نظرية بادفيلد يمكن الرجوع إلى تفسيرها لحادثة الطبق الطائر الذي شاهدته في الحلم. إذ تعتقد بادفيلد بأن حادثة الطبق الطائر كانت قبل ان تقع حادثة «ممكنة الوقوع» إلا ان ما جعلها تتحول إلى حادثة حقيقية هو مشاهدتها بشكل متكرر لذلك الحلم، حيث ان تكرار الحلم ولّد قدرا كافيا من شفرات التطابق بين عقلها وبين حادثة الطبق الطائر فتحققت هذه الحادثة فعلا! لذلك فإنها تقول: «إنني أساهم في [خلق] ما اعتبرهُ الواقع الموضوعي. إن الواقع ليس شيئا أنا خاضعة له، انه شيء أنا اخلقه» (10) (Padfield, 1981: 80). أي وفقا لبادفيلد فان الإنسان هو **صانع** للواقع لا **مشاهد** له فقط. وكتوضيح لمفهومها هذا تعطي بادفيلد مثالا آخر: إذا حلم شخص بأن الطائرة التي حجز فيها مقعدا للسفر ستقع وانه لذلك ألغى رحلته عليها وان الطائرة وقعت فعلا، فان هذا الشخص يكون قد ساعد على وقوع الطائرة! إذ بمجرد تمسكه بالصورة العقلية عن سقوط الطائرة، والمتمثلة بالحلم، فإن عقل الشخص يزود شفرات تطابق تجعل من سقوط الطائرة اكثر احتمالا للوقوع. وبإلغائه لرحلته على الطائرة فان الشخص يضاعف من كمية شفرات التطابق التي تجعل الطائرة تقع فعلا.

كما ترى بادفيلد أن شفرات التطابق هذه قد تُسبب تكرار وقوع حادثة ما لعدد من المرات إلا أنها قد لا تكون كافية لجعل الحادثة التي تقابلها تلك الشفرات حادثة دائمية. وعلى أساس من هذه الفرضية تفسر سبب كون رؤية أطباق طائرة هي ظاهرة تحدث من وقت لآخر ولأفراد معدودين فقط وليست حادثة مستمرة أو تتكرر بشكل مستمر ويشاهدها جميع الناس أي إذا اصبح الناس يفكرون بظاهرة الأطباق الطائرة بشكل

مكثف وأخذوا بالتعامل معها كظاهرة **واقعية** فان هذه الأطباق الطائرة تبدأ فعـلا بـالظهور بشـكل مستمر وتصبح ظاهرة دائمية في الحياة كما هو الأمـر مع الطائرات الاعتيادية! بعبارة أخرى، تقترح بادفيلد في نظريتها بـأن الواقع ليس بالوجود الموضوعي المنفصل عن إدراك الإنسان و إنما هو نِتاجٌ ذاتي لأفكار الإنسان وتصوراته.

إن كـون المستقبل عبارة عن أحداث ممكنة الوقوع وان الواقع يتشكّل مـن مجموعة من هذه الحوادث التي تقع فعلا هي فكرة لم تطبقها بادفيلد علـى الظواهـر التَزامُنـية فقط و إنما قامت بتطبيقها أيضا على ظواهر خارقـة للمـألوف مثل التحريك الخارق للعادة و«التَكهن الخارق للعادة» psychometry. وهـذه الظاهـرة الأخـيرة تشير إلى القابلية على معرفة معلومات أو تاريخ شيء أو شخص ما من خلال لمسه باليد أو النظر إليه فقـط، أي مـن غـير اسـتخدام أيـة وسيلة تقليدية من وسائل اكتشاف المعلومـات. إن بادفـيلد ذاتها هي صاحبة قابليات متميزة على التحريك الخـارق للعـادة والتَكهـن الخارق للعادة وقد شاركت في تجارب علمية أجـراها الباحث المعروف بينسون هيربرت Benson Herbert في مختبر البارافـيزياء Paraphysics Laboratory في بريطانيا وشاركت أيضا في عـام 1976 فـي تجـارب علمية في معهد بحث ستانفورد العالمي (11) Stanford Research Institute International الأمريكـي ذي السـمعة العلمـية الرفـيعة. تشير بادفيلد إلى ان فكرتها عن كيفية تشكّل الواقع من أحـداث مستقبلية ممكنة الوقوع تتفق مع خبرتها الشخصية عند ممارستها لـلتحريك الخارق للعادة أو التَكهن الخارق للعادة. وتشرح بادفيلد ذلك كما يلي:

في حالة التَكهن الخارق للعادة أكون واعية بشعور مَسْح scanning للأحداث التي تشكّل ماضي الجسم الذي احمله بيدي وبسلاسل أو آثار في الذاكرة، بعضها يصبح حوادث فعلية وأخرى وُجدت فقط كحوادث محتملة. إن هذين النوعين من الحوادث يتم استكشافها [من قبل عقلي]، فيما يتم عزل واستخلاص الحوادث الفعلية بنفس الشكل الذي يسترجع فيه المرء آثارا من الذاكرة.

فـي حالـة الـتحريك الخـارق للعادة أكون واعية أيضا بسلسلة من الحـوادث المحتملة والتي تكون على مراحل اشعر بأنني أقوم باستكشافها كلهـا. إلا أنهـا تختـلف عما يحدث في ظاهرة التَكهن الخارق للعادة في كونـي واعـية بإمكانية وقوع أحداث مستقبلية مكشوفة أمامي والتي أكون قـادرة على اختيار واحدة من بينها، والتي تتحقق فعلا [أي الموقع الجديد الـذي يتخذه الجسم الذي تحاول تحريكه بشكل خارق للعادة] (Padfield, 1980: 167).

إن تفسير بادفيلد هذا يتضمن عيبا مهما، وهذا العيب يبدو واضحا تماما في حالة تطبيق التفسير المذكور على ظاهرة التحريك الخارق للعادة. إذ تدعي بادفيلد بأنها عند محاولتها تحريك جسم ما من غير أن تلمسه أو أن تحركه بأي وسيلة تحريك تقليدية فإنها تقوم باختيار موقع لهذا الجسم من بين مجموعة من المواقع التي يمكن أن يحتلها، حيث أن حرَكته إلى أي من هذه المواضع هي حادثة ممكنة الوقوع. إلا أن العيب الكبير في هذه الفرضية هو أنها باعتبارها لهذه الحركات ممكنة الوقوع فإن بادفيلد تهمل المشكلة الرئيسية في ظاهرة التحريك الخارق للعادة إلا وهي أن حركة الجسم في هذا النوع من الظواهر الغامضة تعتبر من وجهة نظر المنظومة النظرية للعلم المعاصر حركات مستحيلة الوقوع! إن اللغز الفكري الذي تشكّله ظاهرة التحريك الخارق للعادة يكمن في ان الحركات التي يُلاحَظ حدوثها في هذه الظواهر لا تُعتبر من الحوادث الممكنة الوقوع فيزيائيا وذلك لأنه لا يبدو أنها تحدث وفقا لأي من أسباب التحريك المعروفة، ولذلك فإن هذه الحركات لا يمكن اعتبارها من الحوادث «ممكنة الوقوع»، إلا أن بافيلد تغض النظر عن هذه النقطة الجوهرية في موضوع التحريك الخارق للعادة لكي تجعل من هذه الظاهرة برهانا على نظريتها!

مـن الواضـح أن بادفـيلد تحـذو حذو يونغ في اعتبارها للظواهر الخارقـة للعـادة أشـكالا أخـرى من المُتَزامِنات. ويبدو أنها تأخذ بهذا الاعـتقاد مـتأثرة بفكرة يونغ عن نسبية المكان والزمان وبالتالي انتفاء الحـدود المطلقـة بين الماضي والحاضر والمستقبل، وكذلك بين القريب والبعيد.

إن الجزء الأكبر من تفسير بادفيلد لنظريتها يبيّن بشكل واضح أن **هنالك علاقةً سببية بين الحالات العقلية والأحداث الخارجية التي تقع**. إلا أنها تعود في فقرة غامضة في بحثها عن التحريك الخارق للعادة لتؤكد على انه وعلى الرغم من أن العقل يقوم باستكشاف الحوادث الممكنة الوقوع مستقبلا فان العقل ليس هو الذي يحدد أية حادثة من بين الحوادث الممكنة الوقوع هي التي تقع و إنما «هذا أمر تحدده الاحتمالاتُ نفسها»! (Padfield, 1980: 170). من الواضح أن بادفيلد تحاول القيام بما قام به يونغ من قبلُ من محاولة تجنب الإيحاء بأن هنالك علاقة سببية في نظريتها، وبالتالي فان محاولتها هذه لم ينتج عنها سوى عبارات غامضة ومتناقضة وذلك كما سبق وان حدث مع يونغ الذي جاء بنظرية حاول من خلالها إنكار السببية!

1- الباراسايكولوجيا التجريبية: الدراسة المختبرية لظواهر مـن قبـيل الـتحريك الخـارق للمـألوف، والاستشـعار والاستبصـار غـير المألوفين. وكلها ظواهرٌ لا تفسير لأنها وفقاً للقوانين الطبيعية المعروفة.

2- الاستبصـار clairvoyance هو نوع من الاستشعار الـذي يتم فيه استلام المعلومات بصريا، بخلاف الاستشعار السـمعي clairaudience الـذي يشـير إلـى اسـتلام المعلومـات على شكل أصوات. ولندرة حوادث الاستشعار السـمعي وكون معظم حوادث الاستشعار هي استبصار فان العديـد مـن الباحثين يستخدمون تعبير «الاستبصار» بدل «الاستشعار» عند تصنيف الظواهر الخارقة للعادة ويهملون الإشارة إلى الاستشعار السمعي.

3- يتكون ورق زينير من خمس وعشرين ورقة تحمل كل خمـس مـنها إحدى العلامات: مربع، دائرة، نجمة، علامة الضرب، أو ثلاثة خطوط متموجة. قبل الشروع في التجربة تُخلَـط الخمس وعشرين ورقة، عادة بواسطة ماكنة خاصة، لـيكون ترتيب الأوراق عشوائيا وغير معلوم للباحث القائم بالـتجربة ولا للشخص تحت التجربة. في حالة اختبار قابلية تـوارد الأفكار يقوم الباحث أو شخص آخر بكشف الأوراق بالتسلسـل والاطـلاع علـى كـل ورقة فيما يتوجّب على الشخص الذي تُختبر قابليته على قراءة الأفكار تحديد علامة كـل ورقـة يسـحبها هذا الشخص وذلك عن طريق قيامه بقراءة أفكار هذا الأخير؛ وفي حالة اختبار قابلية الاستشعار يجـب ان لا يرى أحد الورقة التي تُكشف، حتى الذي يقوم بسحبها، فيما تكون مهمة الشخص تحت الاختبار تحديد نوع كـل ورقة تُسحَب، ومن ثم تُقارن توقعات الشخص للترتيب الـذي سُـحبت به الأوراق مع ترتيبها الفعلي. حسب قوانين الاحتمالـية فـان الشـخص الذي ليست لديه قابليات خارقة للمـألوف مـن المفروض ان ينجح «صدفةً» في تخمين ما معدّـله خمس من مجموعة الأوراق الخمس والعشرين. فإذا تجـاوزت نسـبة نجاحه العشرين بالمائة فان هذا يزيد من احـتمال ان يكـون نجاحـه مَرَده لا إلى الصدفة ولكن إلى قابلية خارقة للمألوف. طبعا كلما ازدادت نسبة النجاح عن العشـرين بالمائـة تلاشت احتمالية ان يكون نجاحه صدفة وازدادت احتمالية ان يكون هنالك سبب آخر غير الصدفة،

4- أي قابلية خارقة للمألوف، وهكذا يتم التعامل الإحصائي مـع بـيانات ونتائج التجارب "الباراسايكولوجية" بشكل عام. لمزيد من المعلومات عن استخدام أوراق زينير في اختبارات هـذه الطائفـة مـن القابلـيات الخارقة للعادة انظر (حسين وفتوحي، 1995: 33)

5- يبيّـن هـذا القانون الأساسي من قوانين الفيزياء والذي تخضـع له القـوى التثاقلـية (التجاذبية) والكهرومغناطيسية، ولكـن ليس النووية، بين القوة تتناسب بشكل عكسي مع مربع المسافة بين الجسمين، أو الشحنتين، المتفاعلين.

6- نُشِر جواب يونغ على الاستبيان في: International Journal of Parapsychology (1963), 4, 450.

هـناك اكـثر مـن أسلوب لضمان ان يكون اختيار التفسير عشـوائيا. أحدهـا يتم بتقسيم السيقان التسعة و أربعين لنبات الألفية yarrow إلى كومين بشكل عشوائي ومن ثم استخدام أسـلوب معيـن في حساب عدد السيقان في كل كوم وبالتالي معرفة رقم التفسير الذي يجب الرجوع إليه. الأسلوب الآخر يتم برمي ثلاث قطع من النقود ست مرات، ومن خلال ناتج الرمـيات يُمكن تحديد التفسير الذي يجب استخارته (تفاصيل هـذا الموضوع تقع خارج نطاق هذا المقال ويمكن الرجوع إلى شرح تفصيلي في Chen, 1972).

7- المظهـر التنجيمي لكوكبين هو الفرق بين زاوية الطول longitude لكل منهما.

8- يحـدث الاقتران بين جسمين سماويين حين تكون لهما نفس زاوية الطول.

9- الطـالع هو درجة البرج المعين الذي يكون على الأفق الشـرقي eastern horizon للحظـة التي تُحسَب خارطة الأبراج لها

10- إن هذه النظرة «الذاتية» للواقع تكشف ولاشك عن تأثّر كبير بمفاهيم الفيزياء الكمية، على ان بادفيلد لا تشير إلى هذا الـتأثر في كتاباتها. وسيتم التطرق إلى هذه المفاهيم في مقال قادم.

11- كـان اسم المؤسسة في ذلك الوقت معهد بحث ستانفورد Stanford Research Institute .

المـراجـع

Bolen, J. S. (1979). The Tao of Psychology: Synchronicity and the Self, New York: Harper & Row.

Braude, S. E. (1979). ESP and Psychokinesis: A Philosophical Examination, Philadelphia: Temple University Press.

Franz, M.-L. von (1992). Psyche and Matter, Boston: Shambhala Publications.

Freud, S. (1939). Moses and monotheism, New York: Random House.

Jung, C. G. (1953a). The Psychology of the Unconscious; CW 7: Two Essays on Analytical Psychology, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C. G. (1953b). The Relations Between the Ego and the Unconscious; CW 7: Two Essays on Analytical Psychology, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C. G. (1977a). Synchronicity: An Acausal Connecting Principle; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C. G. (1977b). On the Nature of the Psyche; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C. G. (1977c). The Structure of the Psyche; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche, Edited by H. Read, M.
Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C. G. (1977d). On the Nature of Dreams; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Jung, C. G. (1977g). Instincts And The Unconscious; CW 8: The Structure and Dynamics of the Psyche, Edited by H. Read, M. Fordham & G. Adler, Translated by R. F. C. Hull, London: Routledge & Kegan Paul.

Lindorff, D. (1995b). Psyche, Matter and Synchronicity: A Collaboration Between C. C. Jung and Wolfgang Pauli. Journal of Analytical Psychology, 40, 571-586.

Mansfield, V. (1995). Synchronicity, Science, and Soul-Making: Understanding Jungian Synchronicity Through Physics, Buddhism, and Philosophy, Illinois: Open Court.

Padfield, S. (1980). Mind-Matter Interaction in the Psychokinetic Experience. In: B. D. Josephson & V. S. Ramachadran (Eds.), Consciousness and the Physical World, Oxford, Pergamon Press, 165-170.

Padfield, S. (1981). Archetypes. Synchronicity and Manifestation. Psychogenetics, 4, 77-81.

Rhine, J. B. (1934). Extra-sensory Perception, Boston: Boston Society for Psychic Research.

Rhine, J. B. (1937). New Frontiers of the Mind, New York: Farrar & Rinehart.

Rhine, J. B. (1947). The Reach of the Mind, New York: W. Sloane Associates.

Rhine, J. B. (1950). An Introduction to the Work of Extra-sensory Perception. Transactions of the New York Academy of Science. Series II, 12, 164-168.

Rhine, J. B. & Humphrey, B. M. (1942). The Transoceanic ESP Experiment. Journal of Parapsychology, 6, 52-74.

Shallis, M. (1982). On Time, London: Burnett Books.

Soal, S. G. & Bateman, F. (1954), Modern Experiments in Telepathy, New Haven, Conn.: Yale University Press.

Storr, A. (1986). Jung: Selected Writings, London: Fontana Press.

Tyrrell, G. N. M. (1947). The Personality of Man, Middlesex: Penguin.

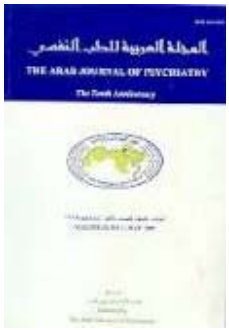
Wilhelm, R. (1950). The I Ching or Book of Changes, Translated by C. F. Baynes, Princeton: Prinecton University Press.

Wilson, C. (1991). Beyond the Occult, London: Corgi Books.

Zabriskie, B. (1995). Jung and Pauli: A Subtle Asymmetry. Journal of Analytical Psychology, 40, 531-553.

المجلة العربية للطب النفسي

Vol. 15, No. 1, May (2004)



العـــلاج النفســـي السلوكـــي

د. محمد فيصل خير الزراد – علم النفـس / سوريـا – الإمـارات

بـــريد إلكترونـــي : drzarrad@adnph.com

من أجل فهم المبادئ التي استند إليها العلاج السلوكي للأمراض العصابية والاضطرابات السلوكية يفضل الرجوع إلى بعض القضايا التاريخية التي ساهمت في ظهور العلاج النفسي السلوكي مثل الخلاف بين مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكية ، والمدرسة السلوكية ، وبين طريقة التحليل النفسي في العلاج وطريقة العلاج السلوكي .

يمكـن تلخيص هذا الاختلاف بين مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكية، والمدرسة السلوكية بما يلي :

مدرسة التحليل النفسي / psychoanalysis

1- أسباب الأعراض العصابية داخلية مكبوتة في اللاشعور بما في ذلك الصراعات النفسية الداخلية ...
2- التحليل النفسي يهتم بماضي الفرد وطفولته .
3- علاج الأسباب الحقيقية لا يؤدي إلى انتكاس .
4- فترة العلاج طويلة قد تستمر لأشهر أو سنوات
5- التحليل النفسي مكلف مادياً .
6- التحلـيل النفسي يحتاج إلى تدريب وخبرة في مؤسسة معترف بها دولياً .
7- يهـتم العـلاج بالتحلـيل النفسـي بتفسـير عملـية التحويل (Transference) وتفسـير الأحلام ، وتحليل المقاومة (Resistance)، وتفسـير الـتحويل المضاد (Counter Transferelse)، وكما يتم تفسـير آلـيات الدفـاع النفسية، ويعتمد المعالج على عملية التنفيس الانفعالي والتداعي الحر أو الموجه

المدرسة السلوكي / Behavior therapy

1- الأعـراض العصابية مكتسبة وتستند إلى مبادئ نظريات التعلم الإشراطي (Condioning theories)
2- لا يهـتم بماضي الفرد وطفولته ويعتمد على مبدأ هنا، والآن (Here and now) .
3- يهمل داخل الفرد وأفكاره ومشاعره ....
4- يعتمد على علاج الأعراض دون الأسباب العميقة .
5- عـلاج الأعـراض (حسب جماعة التحليل النفسي) يؤدي إلى انتكاس، كما أن هذا الاتجاه في العلاج هو اتجاه غير إنساني.
6- يعتمد على أسس علمية عملية تجريبية في تعديل السلوك .
7- السـلوكيون يرفضـون الاستبطان (Introspection) ويرفضون الاسـتعداد المسـبق، العـلاج السلوكي غير مكلف مادياً، ولا يحتاج إلى وقت طويل ، وأكثر فاعلية من التحليل النفسي .
8- التحلـيل النفسـي تقنـية معقدة لا تصلح للصغار كما لا تصلح للحـيوان، ولا تعـتمد علـى أسس علمية وتحتاج إلى تدريب طويل.

دراسـات حـول العصاب التجريبي (studies about experimental neuroses)

- دراسات بافلوف (1927م)
- دراسات واطسون ، وماري جونز (1920م) (1924م).
- دراسة ادوين جثري حول الإشراط المضاد (1932م) .
- دراسات جوزف ولبي على القطط (1958م) .

نقد جماعة التحليل النفسي لتجارب العصاب التجريبي :

- هـناك فرق نوعي بين إجراء التجارب على الحيوان وعلى الإنسان .
- هناك فرق بين التجربة في المختبر وبين الواقع في الحياة.
- العصـاب لـدى الإنسان يرجع إلى عوامل فكرية ونفسية عميقة في النفس .
- العصـاب لـدى الإنسان يدوم لفترة أطول ويقاوم الكف أو الانطفاء .
- العصـاب لـدى الحيوان لا يدوم طويلاً ولا يقاوم الكف أو الانطفاء .
- العصاب لدى الإنسان يؤثر على باقي مجالات حياته .
- الحـيوان يعتمد في تعلمه على إشباع غرائزه ، وعلى دافع الجوع لديه .
- الإنسـان فـي تعلمـه يعـتمد على إشباع حاجاته النفسية والاجتماعية والفكرية
- الحيوان يصعب تأخير المعززات لديه .

دراسات أدت إلى تقارب الاتجاه التحليلي في العلاج النفسي من الاتجاه السلوكي (والمعرفي) :

- دراسات ثورندايك (المحاولة والخطأ) على الحيوان (1937 م).
- دراسات كلارك هل حول قوة العادة والتعزيز (1934م) .
- دراسـات دانلـوب حـول الممارسة السلبية (Negative practice) (1932) .
- دراسـات مـورر حول علاج التبول اللاإرادي عن طريق الإشراط (1948م) .
- دراسات دولارد وميللر حول ترجمة نظرية التحليل النفسي إلى المثير والاستجابة (1950م) .
- دراسات هانز آيزنك، وشابيرو في جامعة لندن (1958م).
- دراسات سكنر حول الإشراط الإجرائي في جامعة هارفارد (1954_1960م) .
- دراسات جوزف ولبي في جنوب أفريقيا والولايات المتحدة (1958م) .
- دراسات البرت بندورة حول النمذجة (1969) (Modeling)
- دراسات فردريك بيرلز حول العلاج الجشتالتي (1960م).
- دراسـات دافيد بارلو ، لاري مكلسون ، حول الشفاء التلقائي (Spontanous recovery) .
- دراسـات آرلوند لازاروس حول العلاج النفسي السلوكي (1976م) .

وفـي هـذه الفـترة قبل الستينات من هذا القرن لم يكن العلاج النفسي السـلوكي متعدد الأوجه ، والمعرفي ، والانتقائي والعلاج بالتغذية الراجعة ، والعلاج بحركة العينين (EMDR) قد تبلورت بعد ، كما أن فرع الطب النفسـي السـلوكي (بومـيرلو – ويـرادي 1977) وعلم النفس الطبي ، والعـيادات السلوكية لم تكن قد ظهرت بشكل واضح وأول ظهور للعلاج السـلوكي بشـكل منظم وموضوعي كان على يد الطبيب النفسي جوزف ولبـي (1958م) الذي وضع عدة كتب في مجال العلاج السلوكي كان من بيـنها (العـلاج النفسي بواسطة الكف بالنقيض) (Psychotherapy by reciprocal inhibition) وتعتـبر هذا الطريقة من أهم الطرق ، والأساس في مجال العلاج النفسي السلوكي التقليدي .

تاريخ العلاج السلوكي

تشـير الدراسـات النفسية والطب النفسية إلى أنه حوالي عام (1920م) كانـت هـناك محـاولات وتقارير حول التطبيق مبادئ التعلم في معالجة الاضـطرابات السلوكية ولكن هذه المحاولات كان ينقصها الدقة ولم يكن لها أي تأثير يذكر في مجال الطب النفسي وعلم النفس السريري حتى عام (1960م) حيـث ظهر العلاج السلوكي بشكل منظم واعتمد في ذلك الوقت علـى ثلاثة من أقطاب العلاج السلوكي هم جوزف ولبي _ هانز آيزنك وشابيرو في جامعة لندن ، وسكنر في جامعة هارفرد (قسم علم النفس).

إلا أن الباحـث فـي مجـال تـاريخ العلاج السلوكي بإمكانه أن يجد محـاولات بسيطة للعلاج السلوكي لدى القدماء الذين لم يتمكنوا من تفسير هذه المحاولات العلاجية، وقد نجد ذلك لدى اليونان، والرومان، في الديانة المسـيحية، ولدى علماء المسلمين، مثل الفارابي (951م) في كتابه المدينة الفاضـلة فـي حديثه عن الثواب والعقاب، وأبو بكر الرازي (932م) في كتابه عن (فردوس الحكمة) حيث أشار إلى علاج ما يسمى بعسر المزاج (Dysthymia)، وابـن سـينا (1032م) فـي كتابه (الشفاء) حيث عالج بعـض الأمـراض النفسية سلوكياً ورفض تأثير الجن والسحر وما شابه ذلـك، وأبي حامد الغزالي (1100م) في كتابه (إحياء علوم الدين) (المنقذ مـن الضـلال) (آداب العالم والمتعلم) حيث استفاد من مفهوم المنعكسات الشـرطية والمعـززات فـي تعديـل السلوك وفي المغرب العربي نجد محـاولات العـلاج السلوكي لدى ابن زهر _ ابن رشد _ ابن حزم _ ابن خلـدون _ ونحن إذا عدنا إلى تاريخ الطب النفسي عند العرب نجد مثل هذه المحاولات في العلاج السلوكي في مؤسسات الطب النفسي القديمة في دمشـق (فـترة عبد الملك ابن مروان) وفي بغداد (765م) وفي القاهرة، مستشفى قلاوون (1304م) ... الخ

■ تعريف العلاج النفسي السلوكي (Definition) :

أسـلوب حديث في العلاج يعتمد على استخدام مبادئ التعلم لإحداث تغيير أو تعديـل فـي سلوك الإنسان وهذا الاتجاه في العلاج يركز على تحسين وتعديـل السلوك اللاسوي ، أو السلوك غير المتكيف وذلك دون الرجوع إلـى الصراعات النفسية الداخلية (Inner conflict) والسلوكيون ينظرون إلـى السـلوك الذي تم تعلمه عن طريق الإشراط (Conditioned) والذي يمكـن ملاحظته وقياسه ، كما يمكن محوه (Unlearned) عن طريق فك الإشـراط ، وعلى أن يحل محل السلوك المضطرب سلوك سوي ومتكيف (Adaptive behavior) (الإشـراط ، فـك الإشـراط ، إعادة الإشراط) والهـدف هـو تغـير السلوك أو إطفاء (Extinction) السلوك السلوك أو إطفـاء (Extinction) السـلوك المضـطرب والمتصل بخوف أو قلق أو توتر أو ما يشبه ذلك .

■ تعريف السلوك : (Behavior) .

هو العرض الخارجي أو الاستجابة الظاهرة التي يمكن ملاحظتها وقياسها (وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل المشاعر وانفعالات والأفكار المصاحبة للسلوك) " التفكير ، الانفعالات ، السلوك .

■ تحليل السلوك : (Behavior analysis) .

لتطبيق مبادئ العلاج السلوكي على الاختصاصي الإجابة عن الأسئلة التالية :

1- ما هي المشكلة وما هو هدف العلاج (What are the problem and goals for therapy) ؟ يتم تحديد العوامل التي أدت إلى اضطراب السلوك وأحياناً يكون السبب اختيار وقت غير مناسب للاستجابة السلوكية ، كما يتم تحديد الهدف من العلاج سلوكياً ، ونفسياً ، واجتماعياً ، ومعرفياً (Target behavior) .

2- كيف يمكن إجراء قياسات وعوامل ضبط لمدى تقدم عملية العلاج؟. (How can progress be measured and monitored ؟)

إن كل مشكلة سلوكية تتطلب تحديد المتغيرات التالية :

- تكرار السلوك (Frequency) .
- الاستمرارية / الزمن (Duration) .
- شكل السلوك / نوعيته (The form) .
- كمون السلوك (Latency) وهي الفترة الفاصلة بين المنبه والسلوك
- ويـتم تحـديد الأهـداف بشـكل إجرائـي عمـلي (Operationalizing The goals of therapy) . كمـا يمكن تحديد الخـط القـاعدي للسلوك المضطرب (Base-line) ، ويمكن في هـذه المـرحلة الاستفادة من القياس النفسي (psychometric) ومن أجهزة التغذية الراجعة الحيوية (Biofeedback) .

3- تحديد ما هي العوامل البيئية التي تتحكم بالمشكلة؟. (What environmental factors are maintaining the problem؟)

إن عملية تحليل السلوك المضطرب تتطلب الأخذ بعين الاعتبار العلاقة الوظيفية بين هذا السلوك والسوابق البيئية التي تمثل المثيرات لهذا السلوك (Antecedents) وكذلك العواقب المترتبة عن هذا السلوك (Consequences) (أو المعززات المترتبة عن ذلك) أو المكاسب الثانوية التي يحققها الفرد من خلال اضطراب سلوكه، ولا بد للمعالج قبل وضع خطة العلاج الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والأسرية ، والمهنية ، التي تؤدي إلى نجاح نتيجة العلاج .

4- تحديد أي من التقنيات أو وسائل العلاج الأكثر فاعلية؟ (Which intervention methods are likely to be effective ؟)

التحصين المنظم (أو التخلص من الحساسية) (Systematic desensitization)

تعتمد هذه العملية على الإشراط المضاد (Counterconditioning) كما تعتمد على عملية الكف بالنقيض (Reciprocal inhibition) وتشتمل على الخطوات التالية :

- تكوين مدرج القلق (Anxiety hierarchy) .
- التدريب على الاسترخاء (Relaxation) ،
- تقديم المثيرات من الأضعف إلى الأقوى (المثير الأصلي) (Desensitization of the stimulus)

التدريب على الاسترخاء (Relaxation training) :

أكدت الدراسات العلمية على أن استجابة الاسترخاء (واستجابات أخرى) يمكن أن تكون مضادة لإستجابة القلق والتوتر والخوف وما شابه ذلك ، وهناك عدة طرق لوضع المريض في حالة استرخاء مثل :

- طريقة جاكبسون للاسترخاء التصاعدي (Progressive relaxation)

- طريقة التنويم (Hypnosis) .
- طريقة التخيل العقلي : ((Mental imagery.
- طريقة سوزان سامبتون (تمارين التنفس).
- طريقة التأمل (Meditation) .
- طريقة توليد الأفكار الاسترخائية (Autogenic) .
- طريقة تأكيد الذات (Self assertiveness) .
- طريقة استنشاق خليط من 70% من ثاني أوكسيد الكربون مع 30% أوكسجين تحت إشراف طبي .
- طريقة اليوغا (Yoga) .
- الطريقة البوذية زن (Zen) وهي طريقة تعتقد بأن النفاذ إلى الحقيقة يتم عن طريق التأمل والاسترخاء .
- طريقة الريكي، والبرمجة اللغوية العصبية (P.N.L.) (نظرية الطاقة)
- طريقة الاستجابات الجنسية (Sexual response) بالكوف، كاراس.
- طريقة الاسترخاء المختصرة لفولر(1980م). وهي غالباً ما تستخدم في العيادات النفسية السلوكية .
- وهناك طرق أخرى، ويستعان بأشرطة كاسيت للتدريب على ذلك.

اسـتخدام المهدئـات لتسـريع عمليـة الاسترخاء والعلاج بشكل عام ((Adjunctive use of drugs to hasten desensitization

تستخدم هذه الطريقة بالنسبة لبعض الحالات وتحت إشراف طبي، حيث تحقن المواد المهدئة مثل (الفاليوم ، ميليريل، أتاريكس ....) في الوريد (Intravenous) ، وقد يعطى المريض مادة (Barbiturate (sodium methohexital) (Brevital) ويوضع المريض عادة على درجة بسيطة من التخدير (Subanesthetic dosas) .

بناء مدرج القلق : (Hierarchy construction) :

- بناء مدرج قلق أساسي (مثيرات القلق) .
- بناء مدرج قلق ثانوي .
- بناء مدرج قلق واقعي حيوي (vivo) .
- بناء مدرج قلق تصوري أو خيالي (Imaginal)

يتكون مدرج القلق عادة من (8_10_12) خطوة أو مشهد أو مثير فرعي وهذا يختلف حسب الحالات وشدتها مثال :

الخوف من الكلاب (dog phobia):

- الحديث الشفوي حول الكلاب .
- مشاهدة رسومات للكلاب .
- مشاهدة صور لكلب في كتاب صور الأطفال .
- لعب الطفل مع دمية كلب وعناقها .
- مشاهدة كلب صغير على بعد خمسة أمتار .
- مشاهدة كلب صغير كثيف الشعر وأجعد على بعد 3 أمتار .
- مشاهدة الكلب السابق وهو يمر إلى جانب الطفل .
- الطفل مع المعالج يلامس جرو صغير (A puppy) .
- مشاهدة كلب الجوار (Kim) تجره الخادمة ، كلب صغير قصير القوائم طويل الشعر والأذنين.
- ملامسة الكلب (Kim) .
- توجيه ضربة بسيطة للكلب تؤدي إلى بروز المخالب .
- مداعبة الكلب وهو يهز بذنبه بعيداً عن الخادمة والمعالج .
- قرع باب الجوار وقدوم الكلب(Kim) وهو ينبح (Barking)
- مداعبة الكلب دون خوف منه ومن باقي الكلاب التي تشبهه .

الخوف من الماء (Fear of water) :

- الاستحمام في المنزل ، الجلوس في حوض الماء الصغير (البانيو) .
- أخذ دوش في المنزل .
- الذهاب إلى بركة السباحة ومشاهدة الأطفال داخل الماء .
- النزول في البركة قليلة العمق واللعب بالماء مع وجود مشرف (المعالج) .
- النزول في البركة قليلة العمق دون وجود مشرف .
- النزول في الماء حتى مستوى الصدر (Breaststroke) ومحاولة السباحة .
- السباحة في عمق متر مع مشرف ، وبدون مشرف .
- السباحة على عمق متر ونصف مع مشرف وبدون مشرف.
- السباحة في مكان أعمق مع مشرف .
- القفز إلى الماء بشكل تدريجي وعلى عمق متدرج .
- محاولة سباق الآخرين داخل الماء .
- القفز إلى الماء عدة مرات .
- السباحة ثلاث مرات على طول البركة وفي المكان العميق ودون توقف مع مشرف .
- تنويع أشكال السباحة _ صدر _ ظهر _ ذراعين .
- إتقان السباحة وعدم الخوف من الماء .

وهناك أمثلة أخرى حول الخوف من العنكبوت أو الأفعى، أو حول قلق الامتحان، أو الخوف من التلوث، أو الخوف من المرتفعات، الخوف من الأماكن المغلقة ..... الخ

تصاعد المثيرات

طرق العلاج النفسي السلوكي :

1- التعريض المتدرج للمثيرات (Graded exposure) :

- تشـبه هذه الطريقة عملية التحصين المنظم ولكن دون وجود اسـترخاء وغالـباً مـا يكون العلاج من خلال المواقف الحياتية الواقعية .

2- طريقة الإغراق (Flooding) :

تعتمد هذه الطريقة على فكرة أن الهرب من مثيرات القلق يؤدي إلى تعزيـز القلـق من خلال عملية الإشراط لهذا فإن الاختصاصي بإمكانه إطفـاء القلـق عـن طريق منع سلوك التجنب الإشراطي لدى المريض وعـدم السماح له من الهروب من الموقف وتشجيع المريض للتحكم في الموقف ويتم ذلك بدون تدرج في المثيرات (كما هو في عملية التحصين

المنظم) وبدون استرخاء وبعد فترة يشعر المريض بالهدوء وبالسيطرة على مواقف القلق (Feeling a sense of mastery) وقد لوحظ أن العديد من المرضى يرفضون ذلك كما أن هذه الطريقة قد تؤدي إلى مشاكل لدى بعض المرضى الذين يعانون من اضطرابات عضوية ، قلبية مثلاً .

3- العلاج بالتفجير الداخلي (Implosive therapy) .

وضع هذه التقنية كل من ستامبفل(E.Stampfl 1967م) والعالم باريت (Barrett 1969م) وهو شكل من أشكال العلاج بالإغراق حيث يتم عرض مثيرات القلق عن طريق التخيل (Imagination) بالإضافة إلى تعريضه على مواقف الحياة الواقعية المؤدية للقلق (In real life) مثلاً فتاة تخاف من الثعابين تقوم بإغماض عينيها وتتخيل عدد كبير من الثعابين .... الخ

4- النمذجة (Modeling) .

وضع هذه الطريقة البرت بندورا (A. Bandura) عام (1960م) وفي هذه الطريقة يتم تعليم المريض سلوك جديد وصحيح عن طريق التقليد (Imitation) والاعتماد في ذلك على الملاحظة (Observation) ، ودون البدء في تقليد السلوك إلا بعد أن يصبح المريض جاهزاً لذلك ، ويجب التركيز على المخاوف وحالات القلق غير العقلانية (Irrational fears) والتي اكتسبت عن طريق التعلم حيث يمكن عدم تعلم هذه المخاوف أو محوها عن طريق ملاحظة نماذج لا تخاف ، وتواجه موضوعات الخوف الرئيسية . هذا الأسلوب يفيد لدى الأطفال ومع الكبار أيضاً كما يفيد في حالات الخوف من المرتفعات ، والمناطق المكشوفة ، والمغلقة وحالات مفهوم الذات السالب ، وحالات الخجل ، وعدم القدرة على المقابلة أو تأكيد الذات (Job interview and shyness) الخ والجدير بالذكر أن المريض يقوم بتمثيل (Rehearsal) هذه السلوكات الصحيحة لينقلها إلى مواقف الحياة الواقعية .

(وفي الإسلام ما يؤكد على أهمية هذه الطريقة مثل : ولكم في رسول الله أسوة حسنة _ صلوا كما رأيتموني أصّلي _ يا أيها الناس خذوا عني مناسككم (حجة الوداع) .

5- طريقة التدريب على تأكيد الذات وعلى المهارات الاجتماعية (Assertiveness and social skill training) :

تهدف هذه الطريقة إلى تنمية الثقة بالذات لدى المريض (Self confidence) وتوفير قدر كاف من تقييم الذات الإيجابي (Sufficient self_ esteem) ، والتمكن من الحكم أو اتخاذ القرار أو إبداء الرأي، والقدرة على القبول والرفض (نعم_لا) والتعبير عن المشاعر والأفكار والانفعالات بشكل سوي وعقلاني دون عدوان أو قمع أو كبت وتستخدم هذه الطريقة في المواقف التي يكون فيها سبب التوتر والقلق الأشخاص الآخرين والخوف من النقد ، ومن التقييم .... والمعالج يقوم بتحديد دقيق للمواقف التي يحدث فيها عدم القدرة على تأكيد الذات لدى المريض ، وفي هذه الطريقة يمكن استخدام عدة طرائق فرعية مثل :

- طريقة لعب الدور (Role playing) .
- التدريب على التحكم الذاتي (Self control) .
- طريقة الإغراق (Flooding) .
- طريقة النصح المباشر (Direct advice) .
- طريقة النمذجة (Modeling) .
- طريقة التحصين المنظم (Desensitization) .
- طريقة التعزيز الإيجابي (Positive reinforcement) .

وتستخدم هذه الطريقة أيضاً في حالات البحث عن عمل، الشراء، بناء علاقات مع الأصدقاء، التغلب على الخجل، الخوف من النساء، حالات التلعثم ... الخ ويصاحب هذه الطريقة عادة التدريب على بعض المهارات الاجتماعية مثل :

- التأكيد السلبي (Negative assertiveness) والاعتراف بالخطأ.
- التساؤل السلبي (Negative inquiry) تقبل مزيد من الانتقادات.
- تنطيق المشاعر (Feelings talks) التعبير عن المشاعر .
- تجريد غضب الآخرين من قوته (Disarming anger) .
- تجاهل الاستجابة المعارضة والاستمرار في التعبير رغم المقاطعة.
- التدريب على الاستجابة البدنية المناسبة(Body language)
- التدريب على الانفعالات المختلفة (مدح، ذم، معارضة...).
- التدريب على حل المشاكل (Problems solving)
- إعطاء واجبات وظيفية تعليمية وتغذية راجعة عن مواقف الحياة اليومية

6- العلاج التنفيري (Aversion therapy):

- استخدم هذه الطريقة فيلبوت (1967م) وتعتمد هذه الطريقة على إحداث مثير مؤلم (عقوبة) في نفس وقت حدوث الاستجابة السلوكية (تعاطي الخمر مثلاً) مما يؤدي إلى انطفاء الاستجابة وكفها (Inhibited).
- قلق وتوتر ------ سلوك الإدمان ----- الإحساس بالراحة و خفض القلق ------ معزز
- الإدمان يؤدي إلى الراحة النفسية و الاسترخاء
- تعاطي الكحول + مادة منفرة مثل (ابو مورفين، التيمبوسيل) ------ ألم، تقيؤ، ونفور...

مما يؤدي إلى انطفاء سلوك الإدمان (Extinguished) وذلك بعد عدة محاولات وفي هذه الطريقة يمكن استخدام نماذج للمثيرات المنفرة مثل:

- الصدمة الكهربائية (Electric shock) .
- العقاقير المؤدية إلى التقيؤ (Substances that induce vomiting)
- العقاب الجسدي (Corporal punishment) .
- الاستهجان أو الرفض الاجتماعي (Social disapproval).

وقد تبين بأن هذه الطريقة لا تنجح دائماً والعقوبة لا تؤدي إلى نقصان الاستجابة كما هو متوقع بل أحياناً العقوبة تعزز الاستجابة (Positively reinforcing) كما أن العقوبة لا تفيد في حالات الماسوشية، والمكاسب الثانوية، وقد يأنف بعض الأفراد العقوبة ....

1- الممارسة السلبية (Negative practice) .
2- العلاج بالإغفال (Omission therapy) .
3- العلاج الظلّي (Shadowing therapy) .
4- التعزيز الإيجابي (Positive reinforcement) .
5- الاقتصاديات الرمزية (Tokens economy) .
6- العلاج بالتغذية الراجعة الحيوية (Biofeedback therapy) .
7- العلاج النفسي السلوكي متعدد الأوجه (Multiphasic behavioral therapy) .
8- العلاج النفسي السلوكي المعرفي (Cognitive behavioral therapy) .
9- العلاج النفسي الانتقائي (Eclectic psychotherapy) .
10- طريقة فرانسيس شابيرو (1985م) (Eye movement desensitization and reprocessing) E.M.D.R .

وتعتمد هذه الطريقة على إجراء حركة العيون السريعة تشبه حركة النواس (Oscillations) وذلك أثناء متابعة الفرد لموضوع مزعج يقوم بتخيله أو التفكير فيه ، واستخدمت هذه الطريقة في حالات اضطراب ما بعد الصدمةPTSD ، وحالات المخاوف وتبين أن هذه الطريقة تحتاج إلى مزيد من الدراسات والبراهين .

لقد تطور العلاج السلوكي كثيراً وظهر ما يسمى بالطب النفسي السلوكي ، وعلم النفس الطبي ، كما ظهرت العيادات النفسية السلوكية التي تعمل إلى جانب عيادة الطب النفسي .

ANTHROPOLOGIE DU SAVOIR DANS LE MONDE ARABO-MUSULMAN

RITA EL KHAYAT - PSYHANALISTE - CASABLANCA, MAROC

EMAIL : docteur.elkhayat@wanadoo.net.ma

«Tout comme les Iraniens avaient envahi, chargés d'achats effectués en Europe ou aux Etats- Unis, le point de rencontre de leur vol, à Heathrow, Londres, l'aéroport de Téhéran était mutuellement plein de travailleurs émigrés pakistanais qui, eux, avaient fait leurs courses en Iran. lis ployaient sous les boites, les malles, les grandes valises de carton attachées par des ficelles, de grands emballages bruns portant les noms les plus fameux, Aiwa, Akaï, Toshiba, National, ces marques du nouveau bazar universel ou les marchandises ne paraissaient plus dépendre d'une culture, d'une volonté ou d'une civilisation particulières mais n'étaient que des produits issus des richesses naturelles du monde.»

V.S. NAIPAUL: **Crépuscule sur l'Islam** (Voyage au pays des croyants) Ed. Albin Michel, Paris, 1981. Edition originale: Among the believers (An Islamic Journey) Andre Deutsch Ltd, London.

Cette phrase de Naipaul est d'autant plus intéressante pour ces propos que l'auteur est un Indien né et élevé en Amérique Latine, à Trinidad Y Tobago, et qu'il vit et écrit en Angleterre... Il est indien d'origine comme Salmane Rushdie qui, lui, est musulman à l'origine, mais semble plutôt de religion hindouiste. On aura l'occasion de revenir sur ces écrivains comme émergence de mondes culturels si différents et si semblables.

Si l'on doit réellement exploiter l'article de G.Bibeau: « Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda. », il faudra mettre à l'épreuve tous les concepts qu'il avance dans le domaine de l'anthropologie en général et de la psychiatrie culturelle en particulier dans ces autres mondes, sociétés et cultures différentes éloignés à tous points de vue des matrices conceptuelles de l'Europe et du bloc nord américain

Considérations générales.

En tant que psychiatre exerçant au Maroc et ayant été formée en France à l'ethnopsychiatrie et à l'anthropologie, je n'ai pas pu développer mes connaissances avant de soumettre ces sciences à un certain nombre de questionnements dont la plupart sont encore sans réponses: le plus taraudant est celui du transfert des Sciences et des Techniques de l'Occident vers le monde arabo-musulman, travail présenté à Paris en 1979 et resté sans suite car les recherches en France sont centripètes et rarement centrifuges d'autant plus qu' actuellement il serait normal que ce monde et le reste du tiers-monde commencent à élaborer une pensée intrinsèque sur eux-mêmes alors que leurs penseurs ne produisent réellement qu'une fois « déportés » en Occident.

Je suis persuadée que l'on pourrait arriver dans le tiers-monde (il n'y a malheureusement aucune autre manière de parier de tout le reste du monde qui n'est ni occidental ni ex-communiste) à conceptualiser et à produire intellectuellement ce qui est lui est nécessaire pour son accession à ses potentialités. A mon avis les définitions économico politiques du tiers-monde ont échoué à le définir et à le faire progresser ; ce ne pourra être que l'approche anthropologique qui y parviendra...

Mais qu'en est-il du Monde de l'Islam par opposition au monde musulman, appellation qui l'homogénéise faussement? Le cinquième de l'humanité numériquement est musulman et les musulmans sont implantés sur les cinq continents de façon non homogène: des pays intervient ici le concept politique de nations- sont totalement musulmans; des musulmans sont ailleurs des minorités avec toutes les spécificités des minorités, parfois dispersés en diasporas éloignées ou encore en « poches » de populations comme en Chine ou en ex-Yougoslavie, parfois en agglomérats fictifs de populations reliées par l'islam seulement comme c'est le cas des Black Muslims, monde islamique de revendication d'un type nouveau créant un groupe ethnico- religieux qui, auparavant, se définissait par sa seule négritude.

Cette dys-continuité ethnique diversifie à l'infini les problèmes socioculturels et anthropologiques des musulmans créant des dys-continuités dans les concepts mis en place pour aborder l'ensemble des sujets d'étude s'offrant aux anthropologues et aux psychiatres à vocation culturelle. L'outil anthropologique est remarquable surtout eu égard aux caractéristiques actuelles du monde musulman et cela n'est pas une contradiction comme on le démontrera plus tard. En fait cette relecture de l'article de Gilles Bibeau me place dans une donnée anthropologique qui reste intégralement à définir ou à inventer: celle de l'anthropologue dans « l'entre-deux », dans l'interface, recevant cette science d'une culture extérieure à la sienne dans laquelle il travaille et a à l'utiliser. Le problème n'est pas tant de s'en servir comme outil de travail que de le rendre efficace et homogène au milieu d'« importation ». Et là est la difficulté. Cela va nous amener à remonter dans le temps. En effet dans l'« entre-deux » vivaient, il n'y a pas si longtemps, l'Ethnologue, observateur d'un peuple, l'Ethnos, dont il ne faisait pas partie culturellement, linguistiquement, religieusement et historiquement. Ainsi Margaret Mead en Océanie, Georges Devereux chez les Indiens des Plaines aux Etats- Unis ou chez les Sedang Moï de Malaisie, Lévi-Strauss en Amazonie, Pierre Verger au Brésil et au Bénin, Ruth Bénédict en Inde, tous ces spécialistes et bien d'autres illustrent la concomitance du phénomène ethnologique comme relié à celui de la colonisation, domination violente ou symbolique d'un peuple par un autre.

M. Mead a étudié les mœurs sexuelles en Océanie au début de ce siècle car la puissance technologique et intellectuelle de son propre peuple lui permettait de se porter vers d'autres cultures et d'autres civilisations alors qu'une insulaire d'Océanie n'aurait jamais pu faire le voyage et la démarche inverses aux mêmes époques. On ne parlera pas de la femme musulmane aux mêmes moments parce qu'elle était encore en dehors de toute historicité.

C'est pour cela que l'Ethnologie et les sciences dérivées ou annexes paraissent liées à un moment historique de

l'humanité, celui de la colonisation, phénomène unique de l'histoire récente par son ampleur: au début du vingtième siècle l'Europe investissait tout le reste du monde connu de façons différentes seulement dans la nature de l'occupation tandis que le bloc américano-canadien construisait une « puissance » spirituelle et matérielle qui avait fait l'économie de l'investissement effectif hégémonique des territoires de peuples à conquérir. En réalité les choses sont plus complexes encore. En fait l'Europe s'était emparée depuis cinq siècles de l'Amérique « latine », avait essayé de conquérir les Etats-Unis et le Canada en les laissant dans son sillage mais ce sont les populations originaires de l'Europe qui seront les « White » aux prises avec les indigènes do l'Amériques du Nord et puis plus tard avec les « Black » issus du commerce des esclaves. Plus tard l'Europe partait vers l'Asie, l'Afrique et l'Australie ou elle reproduisit à peu près le même système qu'en Amérique. Il ne faut pas oublier que les Philippines portent le nom d'un roi espagnol dans les temps glorieux ou l'Espagne voguait sur toutes les mers connues... Les musulmans à ces époques avaient été arrêtés dans leurs conquêtes et formaient un espace clos qui serait balayé par les incursions coloniales.

L'anthropologie historique est indispensable pour, un jour, rassembler les êtres humains autour de l'idée des vagues migratoires, des conquêtes, des guerres, des « pacifications », pour qu'advienne un autre type de relations entre les peuples dépassant le racisme, la xénophobie et les conflits idéologiques ou sanglants car, de nos jours encore, les instincts guerriers et de violence n'ont pas disparu comme s'ils faisaient partie intrinsèque de la qualité même d'humain.

C'est ainsi que les peuples ont quand même cherché à évoluer vers d'autres types d'organisation politique après la décolonisation massive des entités sous domination coloniale. C'est la première fois dans l'histoire humaine également que des conquérants acceptent de quitter des territoires soumis par la force dans les périodes contemporaines alors que ce n'était pas le cas, autrefois, à la suite de pressions internationales organisées et du principe d'accélération de l'histoire humaine telle que nous la vivons maintenant. A mon avis et en tant que personne née sous domination coloniale, l'Ethnologie fait partie d'une époque révolue et il semble impossible d'être ethnologue dans sa propre culture alors que l'on peut tout à fait y être sociologue ou anthropologue. L'ethnologie est née en même temps que la colonisation et elle lui était essentielle pour te comprendre et gérer les populations dominées de même que les écoles de langues orientales ou autres; le ressentiment du chercheur vis-à-vis de la colonisation et de ce qu'elle a engagé dans son peuple et sa propre personne est trop récent pour que l'on puisse parler d'égalité réelle dans les relations entre les « mondes scientifiques ». Il y a la parole absente des tiers-mondistes dans le domaine de toutes les recherches scientifiques qui a laissé la place à d'autres formes d'expression comme si la sphère intellectuelle leur étant barrée il ne restait que les passages à l'acte accessibles à d'autres individus non inhibés dans les comportements. C'est le problème de toute la création intellectuelle et scientifique dans le tiers-monde depuis l'autonomisation des peuples anciennement sous domination coloniale.

Cela renvoie à l'assertion de G.Bibeau essentielle à ce niveau de développement: les personnes vivent dans des socio cultures dominées de façon croissante par des experts, des gestionnaires et une nouvelle économie du savoir basée sur un degré élevé d'instruction fonctionnelle ». Cela mérite approfondissement car cette loi est fondamentale tant par rapport à ce qui précède que par rapport à ce monde de l'islam pris comme objet d'étude:

1- est-ce le cas de toutes les socio-cultures existant actuellement?
2- le savoir est-il devenu une « denrée universelle »?
3- le savoir est-il désigné ici comme liée à l'alphabétisation?
4- le savoir s'il suppose des experts, des directeurs, une gestion de sa fonctionnalité, est donc capital pour l'homme actuel.

Ces questions nous amènent à penser que le Savoir est divers et que, intrinsèquement, il est une ramification de tous les savoirs. Il est de surcroît et surtout un pouvoir que seuls quelques-uns détiennent. Ainsi il y aura deux sortes de dominés: tous les analphabètes du monde en nombre très considérable dans le tiers- monde mais également les sous- ou mal- instruits dans le monde avancé qui seront des exclus au même titre que les sous-développés. Ainsi une prémisse de résolution de questionnement est dans l'idée vectrice de Bibeau; Cependant pour nous qui travaillons et observons dans le tiers-monde mais restons ombiliqués par notre savoir justement au monde occidental, les savoirs paraissent multiples mais nous serons obligés de les cliver en deux:

1- tous les savoirs qui sont d'ordre scientifique pur, sciences et leurs applications techniques.
2- tous les autres savoirs (littérature, arts, traditions et cultures populaires, culture orale) La séparation des savoirs à ce niveau-là n'est pas suffisante car les sciences de l'éducation, les sciences humaines, le cas particulier de la médecine et de la psychiatrie font jouer des mécanismes très sensibles dans les socio-cultures nu elles ont été récemment importées. Nous verrons que seules les sciences pures sont importables sans conditions dans le monde de l'islam et que les autres peuvent être irrecevables

L'autre concept-clé, celui de la mondialisation et de ce fait de la créolisation, devrait permettre de penser qu'il y a -ou aura- mondialisation et créolisation du savoir et donc des SAVOIRS.

1- Or l'abord que l'on peut qualifier d'anthropologie à vocation humaniste, profondément convaincue de l'égalité des ethnies, des cultures, effaçant le degré d'avancement socio-eco-politique entre les peuples, vocation d'ailleurs nécessaire à une déontologie de la recherche, cet abord donc, parait scotomiser les attitudes réactionnelles des mondes qui n'ont pas accès à la création idéique, scientifique et intellectuelle propre à émerger sur la SCENE INTERNATIONALE DU SAVOIR. Cette scène est occupée par deux protagonistes: 1- l'occident au fait des sciences et des techniques (et tous les territoires d'héritage occidental « blanc », à savoir l'Afrique du Sud, l'Australie ...)
2- le reste du monde (ex-bloc soviétique, Asie, Afrique et Amérique latine..), disparate et complexe. Si nous prenons comme objet d'étude le monde dans lequel nous sommes immergés, le monde de l'islam et non le monde musulman, terme réducteur, nous nous rendons compte de deux catégories de phénomènes émergents en son sein:
   1. une position de revendication d'une singularité spécifique à la Umma (littéralement la « Matrie ») musulmane, singularité très complexe.
   2. une contestation de tout ce qui vient de l'occident et de tout ce dont l'occident est vecteur (sciences, techniques niais surtout modes de vie, coutumes,

pensée pure, condition des femmes, créations artistiques, conceptions et attitudes devant l'amour, la vie et la mort ... valeurs philosophiques, esthétiques, eschatologie, métaphysique .... etc.)

Pour ne pas se perdre dans des discours aléatoires et parce que le problème de l'islamisme reste entièrement posé, il faut poser deux catégories de faits:

1- le refus de la mondialisation par les musulmans fondamentalistes, courants très puissants qui balaient de fond en comble le monde de l'islam.

2- l'impact des nouvelles orientations de recherche sur la psychiatrie culturelle dans la même sphère islamique.

Avant tout il faut préciser que les idées de l'école actuelle d'anthropologie nord-américaine sont empreintes d'un respect total de toutes les cultures, ce qui anéantit enfin les thèses racistes de l'école d'Alger avec A. Porot et celles de Carothers en Afrique Noire qui avaient conclu tous à l'infériorité des races arabes et noires quant au fonctionnement cérébral des « indigènes » qui utilisaient peu ou pas du tout leur cortex cérébral noble et donc les fonctions supérieures cérébrales. Ces allégations scandalisent toujours et très violemment les psychiatres et très rares anthropologues du Maghreb qui n'ont pas dépassé la blessure narcissique qu'ils portent encore en eux, comme si le fait de savoir n'avait pas guéri en eux leur appréhension douloureuse du fait colonial. (Ces thèses refleurissent dans un livre récent paru aux U.S.A. et qui a divisé l'opinion américaine sur l'intelligence moindre des Noirs américains.)

Les psychiatres maghrébins savent « tout »: ce qu'est un cortex cérébral, comment il fonctionne, pourquoi il est absurde qu'Arabes et Noirs soient impuissants à s'en servir.... mais ils ne savent pas pourquoi il faut absolument dépasser le problème de leur douleur à évoquer la question. Or cela est absolument nécessaire pour comprendre d'une part pourquoi des scientifiques comme Porot ou Carothers ont conclu à de pareils axiomes et pour réaliser enfin pourquoi la colonisation a eu lieu, pourquoi elle a dû fnùr et pourquoi il faut avancer avec la matrice socioculturelle quelle a laissée en place en se retirant: c'est une forme de créolisation vécue non pas comme une greffe mais comme un cancer.

Cela étant posé et l'anthropologie pouvant rallier les scientifiques non suspects de racisme ou de désirs hégémoniques sous couvert de la science, reste à résoudre la signification de cette envolée islamique extraordinaire. Peut-on lui appliquer le principe de la mondialisation de tous les systèmes?

En bref. Le monde de l'islam est au premier rang actuel de la contestation de l'ordre non- musulman. Si l'on se réfère aux thèses racistes précitées, on n'aura aucun mai à admettre cette tendance réactionnelle à un passé récent, douloureux et humiliant pour les musulmans avec d'autres vexations historiques comme celle d'avoir été colonisés par d'autres musulmans à l'époque de la Sublime Porte turque...

Si l'on rentre davantage dans la problématique on se rendra compte que des mouvements extrêmement profonds agitent sans arrêt le monde de l'islam depuis plus d'un siècle et qui sont ignorés en occident vu l'hermétisme existant entre occidentaux et (musulmans) orientaux depuis le contentieux gravissime des Croisades en particulier. Ces mouvements et ces courants recherchent un type d'existence, de pensée et de morale authentiquement musulman, non encore réalisé aux yeux des fondamentalistes depuis les premiers temps de l'islam empreints de la pureté des origines et dépravé par le cours de l'histoire du peuple musulman.

Déjà en 1978, Hélène Carrère d'Encausse prévoyait la chute de l'U.R.S.S. à travers un livre fondamental, « L'empire éclaté »: son argumentation s'étayait sur les stades différents des Républiques Soviétiques d'Asie Centrale par rapport à l'état d'avancement « humain » des autres régions du gigantesque empire soviétique. Ouzbékistan, Tadjikistan, Kazakhstan, Kirghizistan, Turkménistan avaient gardé non seulement une empreinte islamique très forte niais de plus tout y était en place pour l'implosion de l'U.R. S.S. et les conditions de l'implosion étaient anthropologiques:

1- les caractères religieux avaient résisté à la « soviétisation », c'est-à-dire l'imposition de la laïcité et l' interdiction de tous les cultes religieux.

2- la condition des femmes était revenue aux stades antérieurs, dévoilées de force lors de grandes cérémonies de type stalinien, elles se remettaient aux coutumes ancestrales dès qu'une foie du régime le permettait

3- la structure familiale patriarcale, agnatique, patrilinéaire s'était recomposé (ou n'avait disparu qu'en surface.)

4- la fécondité des femmes y était exceptionnelle et le taux de natalité y dépassait toutes les autres régions soviétiques, ce qui, à terme, allait changer les rapports entre les proportions musulmanes et non musulmanes. On voit d'ailleurs par les guerres serbo-croato-bosniaques que l'appartenance religieuse musulmane est restée prévalente dans l'ex-Yougoslavie et la Tchétchénie démontre que son adhésion au bloc ex-communiste était fictive si l'on en croit à la violence déchaînée entre les deux pays.

La cohérence organique du monde de l'islam est telle que la Turquie laïcisée de façon drastique par Mustapha Kémal, dit Ata-Turk, le père des Turcs, au début de ce siècle après l'écroulement de l'empire de la Sublime Porte, la destitution du Sultan, le démantèlement des harems, le renoncement aux caractères arabes pour l'écriture latine, etc. est actuellement en proie à la revendication islamique orthodoxe qui oppose les tendances au sein même de l'islam turc.

Les mêmes phénomènes ont amené la faillite du Chah, le dernier des Pahlavi en Iran, et son départ en exil en janvier 1979 après des tentatives forcenées de « modernisation » de son pays. Entre autres revendications violentes contre les idées du Chah il faut relever la répugnance absolue des Iraniens pour leur passé aryen et perse antique que le monarque avait revalorisé dans l'histoire prestigieuse de la Perse.

On retrouve ce scotome historique chez les Arabes aussi (évidemment les perses ne sont pas arabes de même que les turcs ...) puisqu'ils appellent « El Jahhiliyya », l'ère de la sauvagerie, de l'ignorance, littéralement traduit, toute l'histoire arabe antéislamique. C'est un fait troublant qui n'a jamais été analysé par l'histoire anthropologique. Cela se passe comme si les européens stigmatisaient leur héritage gréco-romain par exemple puisqu'il comprenait un polythéisme très éloigné du monothéisme chrétien. Or la pensée platonicienne ou aristotélicienne est revendiquée comme une fierté par l'occident alors que le monde de l'islam ne se prévaut pas des multitudes de civilisations antéislamiques si l'on parcourt rapidement le monde du Détroit de Gibraltar au Mindanao philippin musulman avec toutes les entités noires d'Afrique et les latitudes asiatiques plus au nord.

C'est ainsi qu'en Chine les musulmans résistent malgré le maoïsme et l'ère communiste à l'intégration dans le reste de la population chinoise comme ce fut le cas en U.R.S.S

Ces phénomènes de résistances se structurent très fortement autour de l'identité féminine qui reste le canevas réel de la société musulmane tant la typologie des rôles et des statuts féminins est constante depuis quinze siècles. Même dans le monde de l'islam asiatique et noir, une revendication religieuse, politique et sociale d'un islam fort et utile à tous ses membres est très perceptible. Cette analogie est transposable aussi dans cet islam à visage nouveau, celui des Black Muslims nord-américains qui ont récupéré cette religion à des fins révolutionnaires au sein de la société la plus développée du monde.

Toute cette mouvance est devenue encore plus tangible grâce aux progrès techniques occidentaux qui ont permis une communication infiniment plus facile et permanente dans le monde musulman. Le penseur e? politique musulman Mohamed Iqbal a canalisé la force de la Umma du gigantesque empire indien jusqu'à la partition du Pakistan puis au démembrement du Bengla-Desh à partir de ce dernier.

C'est dans le contexte islamique asiatico-indien qu'ont émergé les personnalités de Salumn Rushdie et de Taslima Nasreen. Tous deux musulmans de naissance ils sont l'homme et la femme par qui le scandale arrive. Ils sont surtout des révélateurs de l'état d'esprit du monde actuel de l'islam.

Les déclarations de foi de T.Nasreen sont totalement insupportables pour tout musulman dans le monde car elles violent les règles religieuses et anthropologiques qui constituent le socle même de l'islam depuis les origines et font tomber les tabous qui sont les clés de voûte de tout l'édifice islamique:

1- elle s'est départie de la réserve exigée de toute musulmane digne de ce nom.
2- elle a osé critiquer le groupe, violation redoutable d'un tabou puisque chez les musulmans, l'individu n'est qu'un élément de la Umma , le groupement humain musulman universel dont la plus pure expression symbolique est le pèlerinage annuel de la Mecque, phénomène unique par son importance et ses significations.
3- elle conteste l'ordre sexuel de la société et refus le mariage, attitude abhorrée puisqu'un musulman « ne complète sa religion » que lorsqu'il se marie; elle refuse en plus la maternité, première fonction de la femme musulmane.
4- elle ose un crime, le plus radical de tous les crimes qu'un être humain musulman puisse accomplir: être athée, le dire et le vivre.

A ce titre Taslima Nasreen est allée beaucoup plus loin que Salman Rushdie qui s'est rétracté et a voulu ainsi renier son état d'apostasie. Ces digressions nous signalent simplement que l'aile musulmane méditerranéenne et de la Péninsule arabique est beaucoup plus rigoriste et qu'en son sein ces deux écrivains n'auraient jamais pu exister.

Ces considérations au sujet du monde de l'islam ne sont qu'une infinie partie de tout ce qu'il représente et est anthropologiquement mais ces esquisses permettent de comprendre que les notions de mondialisation et de créolisation de Bibeau, les présupposés de Hannertz: « ... Cultural interconnections increasingly reach across the world. More than ever, there is a global ecumene. », ceux de Weaver etc., ne sont pas adéquats pour le monde de l'islam. Je m'explique. Si effectivement la terre est devenue un « village », ou une « maison commune »,cela ne « marche » pas pm le monde de l'islam on plutôt si: les nouveaux concepts anthropologiques sont les outils qui permettent de comprendre TOUS les phénomènes soumis à l'étude et à l'observation mais dans un SCHISME MUSULMAN non prévu on non pressenti par les anthropologues qui lui sont extérieurs; en d'autres termes, il y a un refus violent de la mondialisation et. de la créolisation dans le monde de l'islam par rapport à TOUT ce qui lui est étranger dans l'essence de la religion islamique qui porte en elle tous les codes sociaux, juridiques, politiques, moraux etc. ... dont cette entité humaine à définition uniquement religieuse a besoin. Plus que cela les intégristes les plus convaincus pensent que toute la science du monde est dans le Texte Suprême, le Coran, avec preuve à l'appui Cependant tous les schémas de réflexion de Bibeau, de Hannerz, de Weaver, de Taylor deviennent valables à l'intérieur du monde de l'islam et pour lui- même grâce à des possibilités qu'il ne possédait pas jusqu'au vingtième siècle, c'est-à-dire les télécommunications, l'aéronautique, les satellites et autoroutes de la communication, l'alphabétisation massive, la médecine moderne, les expériences modernes de gestion et d'organisation ... ! La mondialisation de la médecine moderne, par exemple, a très considérablement changé le visage médical du monde musulman (voir références bibliographiques).

L'hygiène, la vaccination, l'accouchement médicalement assisté, les soins pédiatriques ont réduit la mortinatalité, la mortalité maternelle, la mortalité infantile et ont agi sur la longévité humaine sans conteste. En 1978,18000 femmes sont mortes en couches au Pakistan (Dawn, journal quotidien de Karachi, du 25.12.1978). C'est pourquoi on réunissait la All Pakistan Tibbi Conférence qui devait promouvoir le système Tibbi, mot dont l'origine est la racine arabe TIB signifie médecine, c'est-à-dire la médecine traditionnelle et créer un « Institut national de recherches sur la médecine traditionnelle » et ainsi permettre une couverture de soins totale de toute la population, ce qui laisse supposer deux choses: soit que la couverture moderne était insuffisante, soit qu'une partie de la population n'avait recours qu'à la médecine traditionnelle, faute de moyens ou par choix et par conviction. D'ailleurs l'O.M.S. a tenté dans le monde en voie de développement de « recycler » les matrones, les arracheurs de dents, les sorciers ou exorcistes traditionnels pour « traiter » les malades mentaux, les rebouteux etc. démarche à analyser de façon plus sérieuse quant aux résultats obtenus. Reste à démontrer dans ces énormes groupements humains l'origine réelle de la révolution démographique, hygiénique, sanitaire. Les deux systèmes médecine moderne/ médecine traditionnelle ne se sont pas fusionnés ou harmonisés ou « créolisés ». Ils sont en constante dys-continuité, historique, culturelle, scientifique, socio-économico-politique dans le monde de l'islam.. On ne peut nier les apports incalculables de la médecine moderne (ou occidentale?) sur le visage médical du monde musulman. Coexistent actuellement des médecins musulmans « modernes » et traditionnels et dans ceux qui sont modernes une frange vent islamiser la modernité: on ne consulte pas les femmes le vendredi, les gynécologues doivent être des femmes, le jeune du Ramadan est permis quelque soit la pathologie etc.

Mais avant de revenir sur le problème purement médical ou plutôt de psychiatrie culturelle il faut comprendre l'origine de l'opposition Tradition./Modernité qui est un problème majeur pour le monde musulman. Pour ma part je pense que c'est là le problème essentiel qui travaille cette aire humaine, tout le reste n'étant que des préoccupations annexes. Cette hypothèse est trop vaste pour être résolue par une personne. Mais il faut essayer de comprendre. Cette opposition prend ses racines inconscientes dans la haine nourrie au cours des siècles par deux communautés religieuses qui se sont

réellement affrontées lors des guerres des Croisades et qui, depuis, n'ont pas pu par le fait de l'histoire dépasser ce différend. La modernité vient de l'occident/monde chrétien et à ce litre elle est objet de phobies et de contestations diverses. Le fait est si ancien que la langue française contient une interjection lourde de sens qui provient de la nuit des temps. On dit pour une démarche épuisante ou qui sera suivie d'échec: « c'est la croix et la bannière », signes symboliques sous lesquels se menaient les batailles pendant les Croisades entre chrétiens sous la croix et musulmans sous la bannière... Cette haine a été attisée par des moments très aigus: la chute de l'empire musulman d'Espagne est un bon exemple de moments historiques ou des pans entiers de l'histoire humaine s'écrivirent dans des violences et des actes dommageables pour tous.

L'Empire de Grenade, dernier royaume nasride de L'Espagne musulmane s'effondra le 2 Janvier 1492. « La disparition du dernier Etat musulman d'Europe Occidentale non seulement bouleversait l'équilibre politique du monde méditerranéen mais encore mettait en péril le sort des populations minoritaires et la transmission d'un savoir extrêmement riche. » (B.Vincent, cf réf biblio.)

L'observation de l'époque et son étude sont extraordinaires d'enseignements mais elle est trop complexe pour ce propos. Cependant: « En 150 1, ordre fut donné de brûler, dans le royaume de Grenade, tous les Corans, tous les livres ayant un lien avec l'islam. SEULS ETAIENT EPARGNES LES LIVRES DE MEDECINE ET DE PFUOSOPHOE... Dix ans plus tard, nouvelle chasse aux ouvrages, sans exception cette fois pour pouvoir les expurger ... Tout fut fait, y compris en recourant à l'inquisition, pour empêcher l'exercice de la médecine par les morisques. Le résultat fut la dégradation d'une science médicale qui, au fil des ans, sombra dans un banal charlatanisme... » (B. Vincent, id.). Ces événements sont au centre de cette démonstration:

1- notion de xénophobie
2- antagonisme religieux ayant incidence sur d'autres domaines non religieux
3- état médical des populations concernées par la xénophobie et les antagonismes religieux et politiques.

Donc les peuples et l'homme conçoivent, consomment et vivent leurs problèmes philosophiques et psychologiques en fonction de leurs époques, de leurs croyances et de leur culture ancestrale. Les musulmans d'Espagne qui avaient été le relais grâce à l'éclat très particulier de la médecine arabe avec la médecine grecque, romaine, indienne et persane disposaient d'une médecine de pointe pour l'époque qui devint inacceptable par les chrétiens pour des raisons politico-religieuses, phénomène vécu actuellement par les musulmans pour des raisons symétriques et inversées malgré le temps passé...et l'époque que nous vivons.

Mais dans le cas envisagé de l'Espagne andalouse à la médecine très brillante (comme dans le reste du monde arabo-musulman de l'époque ou antérieurement avec Avicenne, Averroës, Ibn Omrane, Maïmonide, Al Kindy, Al Khawarizmi.. (.cf. « Une psychiatrie moderne pour le Maghreb », notes biblio.), le refus, l'anéantissement des Arabes passait par des autodafés gigantesques qui ont effacé un énorme savoir dans la vague de haine qui refuse l'Autre comme insupportable dans toutes ses dimensions, religieuses, éthiques, scientifiques, culturelles, etc.. Cette démonstration si nouvelle de Bernard Vincent sur la destruction du patrimoine scientifique et humain « mudéjare » est exemplaire de ce qui se pourrait démontrer dans ces propos. Les musulmans ont-ils la même approche que lui et peuvent-ils démontrer ce qui les affecte de la même manière?

Quoique qu'il en soit, Yvonne Turin (cf. notes biblio.) l'a également démontré en Algérie à travers « les affrontements culturels », refusant toutes les formes de soins et d'instruction pendant la colonisation française qui a duré cent trente ans et n'a pas obtenu l'adhésion à la culture française, loin s'en faut si on considère l'état d'islamisation actuel de ce peuple et sa si importante revendication religieuse; certains s'accordent à dire que c'est parce que l'Algérie a été laminée par la colonisation à un point tel qu'il ne lui est plus possible que d'essayer de se reconstituer un visage arabo-musulman à travers la tourmente qu'elle vit actuellement. Les colonisés refusaient au Maghreb la médecine moderne comme une entité du savoir et de la science aux mains de ceux que l'on refusait de toutes ses forces et désespérément. Et même quand le refus s'atténue ou n'existe plus que dans certaines strates sociales, les attitudes et comportements venus du fond des âges resurgissent comme les coulées de lave des volcans arrivent avec des matériaux du centre de la terre quand se produit un tremblement de terre important. C'est ce à quoi on assiste aujourd'hui dans le monde musulman dans différents domaines et également dans ceux de la médecine avec toutefois une nuance, le rejet est moindre pour la médecine physique que pour la médecine psychique.

Tout se passe comme si les greffons dans une société donnée sont inopérants et ne prennent pas car la culture ancienne nu traditionnelle réagit sans arrêt pour repousser ce qui est nouveau ou étranger. Cela persiste malgré parfois des siècles d'évolution; certains historiens ou philosophes des religions avancent même la théorie d'un recul des sens et des symboles religieux vers un « purisme » ou une orthodoxie qui n'ont même pas été ceux des moments fondateurs, et ce en réaction contre un matérialisme qui envahit toute chose et semble dominer ce siècle en particulier....

C'est ainsi par exemple que le domaine médical et psychiatrique se retrouve constamment sous l'emprise du religieux et cela grâce à deux catégories de faits:

1- la médecine est fille de la magie et se nourrissait de religieux puisque la vie, la santé et la maladie et la mort sont au regard des musulmans un don et une décision de Dieu et donc une destinée inéluctable. C'est Dieu qui décide de la mort et toute tentative pour allonger la durée de vie est une velléité humaine. C'est la volonté divine qui crée une maladie ou qui apporte la guérison: pourquoi alors l'être humain devrait-il intervenir dans ces phénomènes? Dans le meilleur des cas, le médecin n'est que le médiateur à qui Dieu a permis de soigner ou de guérir grâce à Sa Volonté Divine. C'est pour cela que les Saints et les guérisseurs sont « aussi » efficaces symboliquement que les médecins ou les psychiatres.

2- la médecine et la psychiatrie sont dans leur acceptation occidentale des greffons transférés dans le monde de l'islam. Elles ont tellement à voir avec l'intime, le sexuel, l'horrifique, l'angoisse, la notion de mort qu'elles dérangent la structure socioculturelle traditionnelle qui endigue et donne les réponses à toutes les préoccupations concernant l'intime, le sexuel, l'horrifique, l'angoisse et la notion de mort dans toutes ses implications, la sienne et celle des autres, la pudeur, le vécu du corps et la sphère instinctivo-affective et intellectuelle. Ainsi une femme musulmane dans certains pays ne peut être soignée par un médecin homme gynécologue obstétricien, même au péril de sa vie; il est inadmissible qu'une femme soit vue à ce degré d'intimité, de viol de la pudeur, dans la sphère

sexuelle sacrée de la femme qui n'appartient qu'à un seul hom- me (« Honn », le sacré, l'inviolable est par dérivé le met épouse, en arabe) ...

Si on investit le domaine de la psychiatrie culturelle, la problématique devient telle que, par le REFUS de l'Autre, il y a des réponses culturelles à la maladie psychique qui font faire l'économie de la nécessité de la psychiatrie de type occidental. Il existe en fait des réponses, les attitudes traditionnelles des soins et des explications de la folie et des désordres psychiques, dans une conception magico religieuse qui s'est élaborée au cours des siècles avec tout l'héritage des peuples préislamiques que l'on décèle à travers des rites plus ou moins païens, certains symboles et croyances. La mondialisation de la médecine moderne ne fonctionne pas dans le domaine évoqué: on n'achète pas de la psychiatrie comme on peut acquérir un scanner ou un appareil quelconque d'enregistrement cardiographique ou encéphalographique ou autre. Ce n'est pas un « Sony » que l'on peut rapporter comme les marchandise du bazar mondial dont parlait V.S.Naipaul dans la phrase citée en exergue au début de cet article. Si un appareil équivaut à un autre, toutes les techniques sont mondialisables et créolisables dans leur utilisations locales mais les sciences et le savoir ne le sont pas forcément.

« La médecine comme tous les autres métiers n'est pas seulement soumise à certaines valeurs idéologiques et morales, elle est utilisée pour les préserver... ». / Docteur Naoual Saadaoui.

Cette femme remarquable (cf. notes biblio.), médecin psychiatre égyptienne, emprisonnée pour délits d'opinion dénonce ce qui est intolérable pour elle dans la société arabe. L'un de ses écrits majeurs analyse la souffrance féminine comme inscrite dans le fonctionnement social même qui ne doit pas varier et fait porter le poids aux femmes qui n'ont aucun autre recours que la maladie psychique pour dire leur douleur intolérable dans le cas ou elles sont fragiles ou quand elles contestent le sort qui leur est imparti de toute éternité. N.Saadaoui est féministe, première chose intolérable car le féminisme est une importation occidentale. Elle récuse les mutilations sexuelles féminines, deuxième aberration de la part d'une femme. Elle est un médecin et un psychiatre formée à la science moderne, démarche irrecevable de la part d'une femme en plus: elle ne se contente pas de « bricoler » localement avec son savoir, ce qu'on lui permettrait à la limite de faire. Son essai est en fait une utilisation de la psychiatrie à des fins d'analyse et de description de la condition des femmes. Elle a pris ce droit de parler autour des expériences douloureuses des autres femmes, particulièrement mentalement inaptes et exclues socialement, seize portraits de malades et trois de femmes emprisonnées. Or si la situation des femmes arabes est la plus intolérable au monde objectivement, l'essai de Saadaoui basé sur une enquête sérieuse et approfondie et des interprétations qui, elles, restent à analyser, cet essai, donc est une dérive de sens à partir des outils occidentaux. C'est pour cela que le retour à une cosmogonie musulmane globalisante barre la route à de tels dérapages, insupportables dans leur nouveauté.

Les cultures locales ont des diktats très contraignants à travers lesquels on ne peut passer outre. Les sociétés importatrices de « savoir » n'admettent pas ce qui a trait à l'individu, à la notion de liberté, (philosophique), d'hédonisme, (sexualité), à l'expérience de la gestion publique des peuples, (notion politique de personnes représentant toutes les autres qui prennent les décisions.)

Les sciences comme la paléontologie, l'évolutionnisme darwinien des espèces, le freudisme, sont irrecevables car elles vont à l'opposé des conceptions et attitudes locales en fait de genèse, d'évolution et de gestion des peuples arabo-musulmans. L'anthropo-paléontologie prévoit que l'homme est une évolution- mutation à partir des branches et des espèces de primates avec des moments très précis dans la progression de l'adresse et de l'intelligence humaines. Cela est antinomique avec la conception religieuse de l'homme qui est divine et sacrée.

Le freudisme est suspect d'athéisme mais de surcroît il favorise l'individualisme qui est, à n'en pas douter, le phénomène-clé de la structuration moderne et post-moderne des sociétés. Cela est en contradiction pure et simple avec la famille arabo-musulmane très nombreuse, grégaire et soudée; la notion de groupes, de clans, de tribus (les Arabes étaient les Bani ..... fils de..., suivi du nom de tribu, de lignage, de père, dans la désinence absolue de l'ordre masculin), régissait le destin même de l'être humain, lui-même un élément diffus d'un tout qui est surinvesti par lui comme essentiel: la Umma ou « matrie » qui devient un sens cosmique lors du pèlerinage annuel à la Mecque ou trois ou quatre "lions de musulmans se dissolvent abandonnant leurs origines, leurs races et leurs schismes pour n'être plus qu'une même et seule aspiration vers le Dieu, unique, en soumission totale (El Islam, l'Islam signifie littéralement: la soumission totale à Dieu)

La psychiatrie culturelle dans le contexte musulman devient alors et du fait de tout ce qui a été précédemment démontré une création encore à faire dans le domaine large du Savoir avec les outils que permettra la religion. Seront admis et utilisés les critères médicaux, génétiques, biologiques et même sémiologiques et psychopharmaco-thérapeutiques. Seront écartés tous les éclairages anthropologiques, psychanalytiques et sociologiques qui seraient en opposition avec l'orthodoxie musulmane qui régit absolument tout ce qui concerne l'être humain musulman. Il faut avoir expérimenté les théories culturelles de la psychiatrie et leur validité pour prendre la mesure de ce qui constitue l'un des phénomènes les plus imprévus et les plus extraordinaires de la fin du vingtième siècle, à savoir la revendication musulmane d'une science autre que celle qui prévaut dans l'ensemble du monde pour servir les membres de la communauté islamique mondiale.

Ce qui est encore plus difficile à gérer reste l'implication d'un grand nombre de penseurs et de savants musulmans dans les processus modernes avec une pensée de type résolument moderne. Tout se passe comme si il existait des musulmans traditionnels, modernes et ceux qui cherchent entre les deux possibilités. Les savants et les penseurs sont dans le même cas étant entendu que né musulman, un être humain se définit d'abord par sa qualité de musulman qu'il ne perd jamais. Les penseurs musulmans modernes ne peuvent être modernes ou post-modernes que dans le « licite » musulman. Dès que leur pensée sort de cet état de fait, ils sont en état d'apostasie.

Ainsi si l'on prétend que dépassée la superficialité ethnique et culturelle, l'organisation humaine de l'inconscient est universelle, il faudra prouver que rien dans l'universalité de l'inconscient n'est en désaccord avec les préceptes religieux. En d'autres termes, le complexe de l'Oedipe dans les stades de l'évolution psychologique infantile, ne saurait être pris comme un postulat: qu'est-ce que cet enfant surpris de haine pour son parent homologue et séduit par son parent hétérologue? Les parents sont de l'ordre de la sacralité et il

est donc impensable que les fantasmes comme les puisions contreviennent à l'ordre implacable de l'univers cosmogonique islamique.

Ces exemples ne sont qu'un détour pour prouver que le monde musulman entre dans une ère dévolution imprévisible que les penseurs occidentaux auront beaucoup de mai à percer. Ce seront les penseurs musulmans « hybrides » qui auront à résoudre toutes ces inconnues, hybrides dans leurs savoirs, dans l'utilisation de leurs connaissances et dans leurs bipolarités traditionnelles et modernes. Les psychiatres sont dans le même cas ou pire ils sont à l'interconnexion entre le psychisme et le savoir, ce qui en fait l'avant-garde de toute la société islamique. Elle a besoin de ses Freud et de ses Lévi-Straus qui n'apparaissent pas encore comme Ibn Khaldoun en son temps. Il faudrait une étude anthropologique du « Savoir » pour avancer dans toutes ces « Terrae Incognitae ». Je retiens la conclusion de G.Bibeau qui va exactement dans le sens de ce questionnement angoissé sur l'avenir du monde de l'Islam: « nous avons abordé une période d'incertitude et d'ambiguïté qui place la psychiatrie culturelle et l'anthropologie médicale comme de possibles sciences subversives... ». On peut l'entendre comme des sciences possiblement subversives, ce qui a été démontré au moins un peu dans les propos précédents. Il faut cependant garder présents à l'esprit que ce que Biseau appelle « une stratégie cachée désespérée de l'impérialisme occidental qui combat avec de vieilles et nouvelles armes pour maintenir sa souveraineté sur le monde entier.. » peut être reprise à l'extérieur de ce monde occidental pour servir d'autres fins tout aussi subversives. La solution n'est-elle pas justement dans une approche anthropologique de l'être humain enfin universaliste et globalisante?

Il n'y a pas si longtemps le balancement dans la psychiatrie culturelle consistait à rétablir l'équilibre en permanence entre le social et le psychologique pour une compréhension meilleure de toutes les problématiques. Aujourd'hui la réalité des socio cultures permet de considérer le monde en situation d'égalitarisme, ce qui évitera de diviser et de cliver les groupements et les êtres humains pour les comprendre et les aider, comprendre est de l'ordre du savoir, y compris celui de la psychiatrie culturelle, et aider est de l'ordre de traiter, but ultime de tout savoir y compris les sciences du psychisme. Le savoir doit évidemment devenir plus équitable entre toutes les socio cultures du monde. Actuellement le principe des discontinuités anthropologiques interdit cette approche dont on ne pourra faire l'économie à long terme. Le préfixe de « dys » souligne que les sociétés et cultures humaines ne fonctionnent encore ni en synergie ni en harmonie et c' est là toute la complexité du problème et de la psychiatrie culturelle.-

---

المركز العربي للطب المسند

www.arabicebm.com

حياتنا النفسية

www.hayatnafs.com

المركز العربي للعلوم النفسية

www.arabceps.com

دليل المكتبة النفسية العربية

www.arabpsynet.com/Psy-books.htm

ESPACE, ASPECTS PSYCHOLOGIQUE ET ANTHROPOLOGIQUE

FARID CHOUKRI - PSYCHIATRE; MAROC

PUBLICATIONS DE LA FACULTÉ DES LETTRES N° 31

L'espace enveloppe l'être. *C'est l'inclusion dans l'être de l'environnement qui lui appartient et le contient ou avec lequel il se sent entretenir des liens.* ***L'imaginaire de la transformation y est fort présent.*** *En passant d'un espace à un autre, la personne assure la continuité d'un corps vécu qu'il puisait dans sa propre pensée. C'est l'ensemble des représentations psychiques qui entourent un sujet à un moment donné qui fonde la relation au monde. Un monde fait d'espaces de significations et des lieux à habiter, à transformer ou à imaginer.*

L'exploration de l'espace englobe un **processus complexe et dynamique** faisant intervenir des fonctions cognitives, physiques, psychoaffectives et imaginatives qui entrent continuellement en interaction dans des mouvements d'attachement et de détachement, d'éloignement et de rapprochement, de rejet et de ré appropriation, d'investissement et de désinvestissement. Ce qui crée un autre espace -d'échange- entre le sujet et l'espace. Entre le dedans et le dehors.

L'espace ne peut être vide sinon il devient source de l'angoisse. Angoisse d'un contenant défaillant à accueillir un contenu.

Il ne peut y avoir d'inscription dans un espace si celui ci n'est pas investi comme lieu possible d'accueil et de transformation. La mise en forme de la cognition nécessite à tout instant la possibilité d'une forme contenant dans laquelle la pensée de l'individu puisse être projetée puis ramenée à lui. Il y a toujours une projection d'une profondeur dans l'espace, voir une fusion des deux pour former un tout. La pensée de l'être est projetée sur le support que cet être a choisi de constituer en espace récepteur. L'enfant n'appréhende t-il pas, imaginaire ment sa globalité corporelle grâce à la perception de lui-même dans le miroir avant de réaliser son unité perceptive. (Stade de miroir).

La culture n'est pas étrangère a ces processus et parmi ses fonctions celle qui offre à l'individu une **conceptualisation de la délimitation entre le dedans et le dehors.** « Nous sommes des Imazighen (berbères) et non des apaches. » Espace culturel / Autre espace culturel. Mais à l'intérieur même d'une culture, il existe toute une série de couples conceptuels antagonistes. P. ex. Amazirophones-Arabophones. Plus, chaque culture développe, en son sein, des modèles d'ordre psychique qui lui sont spécifiques. Le statut "ceux du trésor" « Rkenz » était très élaboré chez les Soussis connus par leur esprit d'entreprise qui s'opposait à l'idéal guerrier des Rifains, "ceux de la fierté", n « Râaz» ; de même que le statut que j'appellerais volontier "ceux de l'art"« Rfen », chez les Chleuhs de l'Atlas connu par leurs merveilleuses productions musicales, sans égal.

Les échanges entre l'homme et le monde passent par les médiations du corps propre. Un corps qui se définit comme une puissance qui est en mesure de transformer l'espace réel en un espace imaginaire.

Le thème de l'espace, élaboré dans les rêves, est très riche puisque **c'est tout l'espace onirique qui dérive du vécu corporel .**Le corps devient dans le rêve tout l'espace environnant ainsi que les perceptions dont il se remplit. L'espace imaginaire du rêve est élaboré symboliquement en fonction du désir qui seul peut faire le tri. Le corps propre et le monde des choses forment un tout et les caractéristiques spatiales de l'un et de l'autre sont indissolublement liées**. « L'espace se ramène à son origine corporelle et le corps à son essence corporelle »**

Dans la **névrose d'angoisse** le corps imprime à l'espace environnant ses propres dimensions. Il s'effectue une expansion démesurée de l'espace corporel qui finit par coïncider avec tout l'espace. Cela se passe comme s'il n'y avait pas de support pour contenir le corps effondré, une sorte de chute, en spirale, dans un trou noir. On retrouve dans toutes les névroses et aussi dans la psychose, à des degrés variables, une symbolique particulière de l'espace avec cette même image de possession par l'espace malgré que l'angoisse se localise «volontiers « à l'un ou l'autre des deux pôles intérieur / extérieur. **Dans l'agoraphobie** c'est **le dehors qui se trouve agressivement investi**. Il est identifié à un vide doué d'un pouvoir de destruction par aspiration alors que l'intérieur est sécurisant. Et plus la distance qui sépare l'agoraphobe de son centre de refuge (son point de référence), plus l'angoisse est intense.

Dans la **claustrophobie** ،le rapport des forces entre le dedans et le dehors s'inverse**. L'angoisse devient liée à l'espace fermé** .Le claustrophobe appréhende d'être écrasé ou comprimé entre les parois de l'ascenseur. Piégé dans la cabine lors d'une panne entre deux étages . Plus l'étage prend de l'altitude, plus la crainte est marquée. Etouffé lorsque les portes de l'avion se referment pour le décollage ou se trouver dans le vide si jamais les réacteurs s'arrêtent. Ou tout simplement oppressé lorsque les fenêtres et la porte d'une chambre sont fermées. Cela se passe comme si l'espace se rétrécie, devenait clos et écrase. L'air se comprime, devient rare et étouffe. L'espace, ainsi fermé, rend le mouvement malaisé, ne permettant que le déplacement que pour mieux l'annuler**. Le limité devient identique à l'illimité**.

Dans **la psychose** il y a **une perte de contact vital avec la réalité**. Le psychotique délimite plus ou moins un dedans et tend à refaire une enveloppe. Mais c'est plus un réaménagement des rapports du sujet et du monde extérieur qu'une rupture totale et définitive de l'appréhension des données du réel. L'angoisse provoquée par le dehors éparpillé en fragments projetés réalise une restauration narcissique susceptible d'annuler cette angoisse. Il organise un espace psychique contenant dans lequel se développe son délire personnel. **Il fait de cet espace le théâtre des déplacements de ses pensées**. Il les apprivoise par les différents mécanismes hallucinatoires selon le type de la psychose. La réalité est ainsi altérée et le psychotique s'aliène dans un espace labyrinthique de fantasmes. Il dénature le monde et le rend plus loin par un contact fusionnel. Le vécu

devient intemporel dans un espace dont l'accès est apparemment inabordable.

Quel est l'espace thérapeutique que notre société réserve t-elle aux malades mentaux؟

Un vaste espace où se mêlent, dans les pratiques quotidiennes, l'animisme, la magie, la superstition, les phénomènes pseudo religieux… et la médecine. Des **formules magico-religieuses** ،des **écritures des fqihs** ،des **pratiques d'incantation et d'exorcisme** ،des **brûlures dans des parties du corps** (Thiqqad)… sont préconisées et censées apporter des remèdes. Car selon un « besoin de croyances ،« le malade quand il souffre c'est qu'il est possédé, habité, frappé par des esprits qui révèlent leurs effets maléfiques, qu'il est agressé par des sentiments négatifs d'un tiers portés sur lui (mauvais œil, sorcellerie) ou qu'il est soumis tout simplement au destin inéluctable (autre irrationalité). Ces effets se manifestent, par exemple, à travers la crise d'hystérie, la convulsion de l'épileptique, le délire du psychotique, la jaunisse du cirrhotique ou d'un abdomen aigu. Les confréries, les marabouts et les autres ont produit une conception de la maladie et de la folie en rapport avec les phénomènes occultes et superstitieux.

Les saints dont on voit les coupoles blanches partout en Afrique du Nord ont, eux aussi, les fonctions de guérir et de protéger. Leurs réalités mythique et historique dans la plus part des cas sont insaisissables. Certes le culte des saints est un phénomène universel, mais il est particulièrement amazigh (berbère), c'est à dire Nord Africain depuis l'aube du temps. Il n'a fait qu'adopter, successivement, les couleurs des trois religions monothéistes. Sa nature pararegieuse et hérétique est gardée. Mais c'est la fonction sociale du culte qui importe le plus. En général ces sains sont des personnages locaux. Ils ont un territoire délimité. Chaque localité ayant tenu à avoir un patron distingué par une légende qui rivalisait par son contenu merveilleux. Chaque coupole devient un centre, petit ou important, de pèlerinage et de **visite à but thérapeutique ou préventif .**Jadis on se disputait les corps des saints. Il y en a ceux qui ont deux tombes ou parfois plusieurs dans des lieux différents et très éloignés les unes des autres. Parfois on a monté des coupoles sur des sites ayant étés, tout simplement, visités par ces prétendus saints. Le Marabout peut désigner à la fois le saint vivant, le saint enterré, sa tombe, et même des objets comme les pierres, les sources, les puits, les grottes, les arbres ou les animaux sacrés. Mais c'est **toujours l'espace qui assure la continuité du sacré**. Un saint musulman a pu succéder à un personnage sacré antérieur, juif, chrétien ou païen. Un même mausolée peut abriter un saint de l'une ou l'autre confession. Un lieu sacré préhistorique, grotte, rocher, mont ou source s'est souvent perpétré à travers les différentes religions qui ont succédé à travers les âges.

Le **but essentiel** d'avoir à ses cotés ces lieux de culte investi de sacré ou de leur rendre visite est le **soulagement de l'angoisse**. Le marabout est un lieu de rencontre. On s'y soigne, on y court à la moindre altération de son état surtout lorsqu'on est femme, on y sacrifie des bêtes... Certains saints sont réputés comme ayant un pouvoir particulier sur telle ou telle affection. L'exemple de **Bouya Omar** est très démonstratif en ce qui concerne le **traitement des maladies mentales**. Avec Bouya Omar on est devant une référence mythique très structurée. Un vrai culte qui s'inscrit dans une ligne de croyances gérées, pour un éventuel soulagement, par des procédés judiciaires curieux instaurés par le maître du lieu pour déposséder le malade de l'esprit provocateur des troubles. Bouya Omar, non loin de Marrakech, est un rassemblement de quelques bâtiments d'habitations et d'une colonie de tentes, avec au centre le sanctuaire lui-même.

Après avoir appliquer à la lettre des consignes tels que l'arrêt de tabac, la suspension des médicaments, le rejet des talismans, le « possédé « passe au sanctuaire où il doit recevoir un **ensemble de rituels à viser thérapeutique** . Dans ce premier lieu il n'y a ni couleur, ni musique, ni danse. Sur le toit il n'y a qu'une coupole blanchâtre à la chaux. Dans le mur de la façade, qui donne sur la cour où s'organise la hadra, s'ouvre une fenêtre où sont accrochés des cadenas destinés à « nouer l'intention du saint .« Dans le sanctuaire il est reçu par le fqih qui le met entre les mains de Moul Addine. Celui ci l'assoit sur le bord de la fenêtre. Il l'attache avec une chaîne à miracle. En suivant certaines pratiques et rites ésotériques il fait manifester l'esprit. C'est sur cette fenêtre que se réalise le jugement du malade et de l'esprit. Si le malade est très agité ou violent, on lui lie les mains et si nécessaire les pieds afin d'empêcher l'esprit de faire le moindre mouvement et de mettre fin à sa brutalité. On lui fait ensuite accomplir trois fois le tour du tombeau avec la chaîne au cou. Selon l'importance de l'esprit et selon l'agression, on demande un petit sacrifice) poulet) ou un grand sacrifice (bouc ou mouton). On lui fait exécuter de nouveau les trois tours du tombeau avec soit le petit sacrifice à la main, soit le grand sacrifice sur les épaules. Si l'animal bêle ou la volaille pousse des cocoricos, c'est que l'esprit est saisi par le tribunal. Les femmes, alors, poussent des cris de joies. Le fqih fait saigner l'animal et marque avec le sang les parties du corps du malade censées être les plus propices pour le logement de l'esprit. Le malade doit attendre trois jours avec les marques tout en subissant plusieurs purificatoires. Les rêves du malade, de sa famille, de ses voisins ou des « chorfas « doivent attirer toute l'attention car ce sont ces rêves qui doivent orienter le malade vers la voix de la guérison. Le rêve constitue l'expression privilégiée de toutes les manifestations du culte. Selon le jugement de Moul Addin, le patient est entraîné dans" rhaddarth)"la transe), prié de rentrer chez lui et d'attendre une autre manifestation onirique, ou orienté carrément vers d'autre thérapeutique s'il estime que sa maladie ne relève pas de la possession.

Le malade ne peut quitter l'espace **Bouya Omar** sans la permission du saint. Il est incarcéré dans un but thérapeutique tant que les tentatives de guérison se sont avérées inefficaces. Le malade, ainsi que sa famille, qui arrivent au sanctuaire ne savent pas, au départ, ce que réserve l'avenir à l'intéressé. Tant que la guérison se fait attendre, la détention s'impose. Les manifestations oniriques et les symptômes psychosomatiques sont les signes caractéristiques de « l'incarcération thérapeutique » qui dépend de l'autorité du saint. Les malades et leurs familles qui se rendent à Bouya Omar sont plus ou moins avertis et donc préparés à subir le poids d'une éventuelle détention. La durée de cette dernière peut aller de quelques jours à plusieurs années. Cependant l'espace entier est imprégné de l'espoir de guérison.

En attendant la délivrance, le malade organise sa vie dans la zaouia selon ses moyens, ses capacités physiques et ses facultés mentales. Quand le malade n'a pas les moyens de subsistance, il peut se donner à de petits travaux de manœuvre au marchant ambulant de bougies, d'œufs, de Hennie, de chaînes ou de porteur d'eau. Il peut s'occuper d'une cabane (boutique) à titre de salarié ou de gérant. Il peut s'occuper également des nouveaux malades contre un salaire en lui assurant une surveillance et un maintien de rituels. Il y a aussi la possibilité à ce qu'il effectue des travaux rémunérés dans des champs avoisinant qui appartiennent aux **« chorfa »**

Le malade circule librement dans l'espace de la zaouïa. Dans cet espace on trouve aussi de véritables abandonnés qui se livrent à la mendicité et à la clochardisation.

La délivrance, qui peut être provisoire ou définitive, est souvent communiquée au malade par la visite du saint en rêve, par son propre rêve ou celui d'une autre personne.

Pour protéger cette grâce, l'intéressé, en rentrant ou en arrivant chez lui, est soumis à un isolement afin d'éviter tout contact physique susceptible de briser le jugement. La durée de cet isolement, communiqué à la délivrance, est de trois, sept ou quarante jours durant laquelle le patient est soumis à des restrictions draconiennes. Dans les trois jours qui suivent la période de l'isolement, le sujet doit se rendre à **Bouya Omar** pour un **pèlerinage de reconnaissance** .Qui sera suivi, au moins, de pèlerinages annuels pendant les maoussem de Bouya Omar. En cas de délaissement le malade s'expose au châtiment ou risque une récidive de la folie.

Quant à la psychiatrie, médecine spécialisée dans les maladies mentales, s'elle est raisonnablement développée dans les pays avancés, au Maroc elle reste pauvre et reflète notre société. Ce qu'elle offre essentiellement ce sont des consultations surtout dans le secteur privé où la **relation médecin-malade est dominée par une négociation d'ordonnance de médicaments chimiothérapeuthiques**. Les centres spécialisés se réservent les malades agités et agressifs. Par faute de moyens, on ne peut que constater un entassement des malades mentaux dans des hôpitaux isolés, une anarchie des règles de ses institutions, l'insuffisance en nombre et en qualité du personnel soignant. Les sociothérapies, formes d'activités de groupes organisés pour les malades dans un but thérapeutique d'occupation, de réadaptation au travail, de traitement par le travail (ergothérapie), d'activités culturelles, de musicothérapies, d'exercices physiques… sont d'une carence frappante dans nos institutions psychiatriques. -Curieusement et par la nécessité des choses, on a vu qu'à **Bouya Omar** il y a des entreprises similaires dans l'orientation des malades vers la guérison qui fonctionnent-. Mais grâce à la bienveillance de certains médecins, le patient quitte ces espaces d'aliénation, le plus souvent, soulagé de son angoisse mais fort bien imprégné d'une chimiothérapie lourde.

Les autres formes de traitements psychologiques, individuelles (psychanalyse, comportementales, hypnose, de relaxation...) ou collectives (psychothérapies de groupes, familiales…) sont, au Maroc dans un stade embryonnaire.

Partout dans le monde, la **magie et la superstition sont plus répandues qu'on ne pourrait le croire** .L'homme d'aujourd'hui a encore plusieurs moyens de s'y livrer. La « **pensée primitive** » apparaît chez lui que se soit dans sa vie privée ou dans ses fonctions sociales. Elle se juxtapose, dans l'espace psychique, à la **pensée rationnelle** .Il suffit de certaines situations particulières ou déclenchantes d'angoisse pour que l'on assiste à de véritables échanges psychiques qui ne sont que d'éveils de penchants. Un individu a beau être intelligent, intellectuel et adapté à toutes les exigences rationnelles de la vie et en même temps, croit ou pratique les charmes magiques dans des occasions particulières : jeux du hasard, roulettes, loteries, horoscopes, sorcelleries, magnétismes, tarot, talismans, esprits, êtres démoniaques, séances de spiritisme, voyantes, médiums, désenvoûteurs, etc. **La magie n'est pas un état psychique anormal** .Elle fait partie des possibilités d'expérience de tout être humain. Il y a une participation à l'expérience qui doit être comprise non pas au sens d'une signification illusoire, mais comme d'une part prise par tous les membres d'une société culturelle. **La « pensée magique » canalise les anxiétés de l'individu et de la communauté** .C'est une nécessité sociale qui est là où il y a absence d'institutions suffisantes et susceptibles de mieux canaliser les tensions individuelles et de protéger contres les différents troubles. Les sociétés nord africaines, dans l'espace du Tiers Monde, auront tendance à se primatiser et à replier sur les structures traditionnelles. Ce recours n'est pas sans comporter des dangers indéniables.

La raison et les connaissances scientifiques ont bien leur limites dans un espace et dans une époque donnée. **L'espace thérapeutique, avec toutes ses méthodes et ces courants qui se balancent entre le surnaturel et le rationnel, est appelé continuellement à être dépassé lorsque l'on serait avancé et aurait appris à mieux combattre l'ignorance et les craintes qu'on a vis-à-vis de la nature**.

BIBLIOGRAPHIE

DERMENGHEM E. (1954), culte des saints dans l'islam maghrébin, Paris, Gallimard

EL KAHAYAT Gh. (1994), une psychiatrie moderne pour la Maghreb, Paris, L'Harmattan

NAAMOUNI, Kh. (1995), le culte de Bouya Omar, Eddif

NATHAN T. (1986), la folie des autres, Paris, Dunod

SAMI A. (1986), l'espae imaginaire, Paris, Gallimard

TISSERON S. (1996), le bonheur dans l'image, Coll." les empêcheurs de penser en rond"

ARABPSYNET DICTIONARY

(FRENCH EDITION)

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

ARABPSYNET DICTIONARY

(ARABIC EDITION)

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

حـــــوار مع البروفســـــور عبد الستار إبراهيم : "سنـــوات الحصـــاد في الإبـــداع وعلـــم النفـــس"

أجـرى الحـــوار : ماجـــد غالـــب كامـــل

بـــــريد إلكترونـــــي : dribrahm@kfupm.edu.sa

تبقى قضية الإبداع قضية حيوية وهامة لأنها قضية الإنسان الذي يصنع و يكتشف ويضيف. يصنع الحضارة ويضيف لحياتنا بعدا جديدا ويكتشف معان أعمق وإجابات مبتكرة لما نحيط بنا من مشكلات وأسئلة. ويبقى المبدعون وإنتاجهم الثروة الحقيقية لأي أمة تريد النهوض بنفسها وأبنائها . ويعد علم النفس من العلوم الأساسية التي تناولت ظواهر الإبداع بالبحث والتحليل، ويعد الدكتور عبد الستار إبراهيم من العلماء المتخصصين المعاصرين في علم النفس في الوطن العربي، ممن أثروا دراسة هذا الموضوع سواء من حنت حجم كتاباته، ومن حيث رؤيته الفريدة والرائدة لظاهرة العلاقة بين الإبداع والمرض النفسي. و نستضيف في هذا الحوار عن الإبداع الأستاذ الدكتور/ عبد الستار إبراهيم أستاذ العلوم النفسية واستشاري الصحة النفسية والعلاج النفسي بالمركز الطبي التابع لجامعة الملك فهد للبترول والمعادن، والذي اهتم بدراسة ظاهرة الإبداع وقضاياه ومفاهيمه منذ وقت مبكر وكان بعد سفره إلى الولايات المتحدة الأمريكية وإقامته هناك لفترة طويلة ابتعد قليلا عن الاهتمام بموضوع الإبداع ولكنه يعود مجددا ومضيفا حول هذا الموضوع ونلتقي معه هذا اللقاء لنلقي الضوء حول الكثير من قضايا الإبداع ومشاكله.

س - المعـروف عنك انك تعمل بالعلاج النفسي والتدريس الجامعي، فهل حـدث تحول في اهتماماتك الأساسية وأصبحت مهتما بالإبداع، ومتي بدأ اهتمامك بدراسة هذا الموضوع؟

ج - اهتمامـي بالأدب والكتابة عموما بدأ في الحقيقة مبكرا، فقد كانت نشـأتي المـبكرة في قرية من قرى الصعيد المصري، وكنت مع اخوتي نتـنافس في القراءة والاطلاع الأدبي ولكن مع التحاقي بعد ذلك بقسم علم الـنفس بجامعـة عيـن شمس اتجه اهتمامي إلى صناع الأدب و دوافعهم للكـتابة و أساليبهم في ذلك. ولما كنت آنذاك مهتما بمدرسة التحليل النفسي فقـد كتبت عددا من المقالات إثر تخرجي من الجامعة في موضوعات مثل الـتذوق الفنـي، و التحلـيل النفسي للأديب.. إلخ.، فكتبت في مجلة الفكر المعاصـر التـي كان يرأس تحريرها آنذاك الدكتور "فؤاد زكريا"، ومجلة "المجلـة" التـي كـان يـرأس تحريرها آنذاك الأستاذ "يحي حقي" ومجلة "الكاتب " التي كان يرأس تحريرها فيما أتذكر الأستاذ "لطفي الخولي". كل ذلـك وجهني مبكرا للاهتمام بصناع الأدب أكثر من الاهتمام بالأدب ذاته، وظـل ذلـك الاهتمام ملازما لي حتى الآن، حيث التحم اهتمامي بالإبداع باهتماماتي المهنية في علم النفس بحثا، و تدريسا وممارسة للعلاج النفسي لأكثر من ثلاثين عاما حتى الآن. ويبدو أن تنوع اهتماماتي في علم النفس والطـب النفسي جعلني أدرك- ومبكرا- أن الإبداع من الموضوعات التي يجـب علـى علماء النفس أن يولوها اهتماما رئيسا لا في مجالات الإبداع الفـنى وفـى مجـالات الرواية والأدب فحسب، بل يجب أيضا أن يكون مدخلا للصحة النفسية وتكامل الشخصية.

س - هـل كانت دراساتك العليا من الأسباب التي وجهت اهتمامك لذلك، أيضا؟

ج - كانت رسالتي للدكتوراه عن (أصالة التفكير) وفيها قمت بتحليلات نظـرية وإحصائية مكثفة عن القدرات الإبداعية وتبين لي بأن الأصالة أو الابـتكارية مـن أحـد أهـم عناصر الإبداع وأنها ليست العنصر الوحيد، وبالـرغم مـن أهمية ذلك الكتاب إلا انه كان مليئا بالأرقام والإحصائيات والتطبـيقات العمليـة للمقاييس النفسية بالمنهج التجريبي، فأحس الناس أن موضوع الكتاب يحول إلى موضوع علمي جاف.
بعـد ذلك نشرت بالكويت كتاب: (أفاق جديدة في دراسة الإبداع) وتضمن هذا الكتاب رؤية عامة لموضوع الإبداع، راعيت فيها أن تكون مهضومة بالنسـبة للقارئ العام والمثقف وليس للمتخصصين في الإحصاء والعلوم النفسية التجريبية. وقد نشر كتاب آفاق جديدة في الكويت في السبعينات. ومـا لفـت نظري هو سرعة نفاذ الكتاب من السوق بالرغم من أنني لم أكـن معـروفا للقـراء العرب كثيرا، مما دلني على اهتمام الناس بهذا الموضوع. ومع سفري إلى أمريكا تغيرت اهتماماتي في علم النفس إلى حقـل آخـر هـو الطب النفسي والعلاج السلوكي. و ولكن مع معاودة الاتصال بالمبدعين بعد استقراري في العالم العربي بدأت الاهتمام مجددا بهذا الموضوع المحبب لدي فجاءت بشكل اهتمامات معاصرة لموضوع قديم.

س - أفهـم أنـك نشرت حديثا كتابا عن صلة الإبداع بالمرض النفسي والعقلـي، وأفهـم أنه يسود لدى الكثير من الناس فكرة ارتباط الإبداع بالجنون أو المرض العقلي، فما هو موقفك وكيف ترى ذلك؟

ج - ارتـباط الإبـداع بالجنون فكرة شاعت منذ القدم، ولها جاذبيتها الخاصـة عـند الناس بما فيهم المثقفون منهم. وقد وقع الكثيرون في فخ هـذه الفكـرة. وحتى الباحث أو العالم الذي لا يستسغ هذه الفكرة، فإنه يقـوم بذلـك بعد أن يفصل في ذكر الأمثلة والشواهد الدالة على ارتباط العـبقرية بالجـنون ثم يدحض الفكرة بعد أن تكون قد رسخت في ذهن القـارئ الفكـرة بـأن العبقرية دالة على الاضطراب وأن المبدع يتسم بالاضطراب النفسي وربما العقلي. وقد وقعت أنا شخصيا في هذا الخطأ مـبكرا ذلـك لأنك تتعامل مع الجمهور الذي تستهويه في العادة الأشياء المثـيرة والغريـبة. وارتباط الجنون بالعبقرية من الأفكار التي تجتذب الناس أكثر مما لو ذكرت لهم أن الموضوع ليس بهذه البساطة.

س - تقول أنك وقعت شخصيا في هذا الخطأ مبكرا، فما الذي غير من رؤيتك؟

ج - عوامل كثيرة، لكن ربما من أهمها شغفي بالبحث العلمي ومتابعة البحوث التي أجريت في هذا الموضوع، فضلا عن اهتمامي الشخصي بإجراء البحوث العلمية في هذا الموضوع.

س - إذن يـبدو أن البحوث العلمية سواء تلك التي أجريتها بنفسك أو أجراها غيرك تشير إلى نتائج مختلفة عما نعرفه عن صلة الاضطراب

النفسي بالإبداع؟ هل يمكن أن تذكر لنا بعض هذه النتائج؟

ج - البحـث العلمي يثبت أنه لا صحة لهذا الرأي. فمثلا، عندما نقوم بتطبـيق مقاييـس الإبداع والصحة النفسية نجد نتائج مختلفة ولا تستقم مع فكـرة الصلة الشائعة عن العلاقة بين الإبداع والجنون. ولكن نتائج البحث العلمـي عـن المبدعيـن تثبـت في الوقت نفسه أنهم يختلفون عن الناس العاديين. بعبارة أخرى، هم ليسوا بمرضى ولكنهم غير أسوياء تماما. لا تنطـبق علـيهم معاييـر المـرض النفسي والعقلي كما نفهمها وندرسها للمتخصصـين، ولكـنهم من جهة أخرى ليسوا أسوياء تماما ولذلك ذكرت في فترة من الفترات أن المبدعين يمثلون نمطا راقيا من الأسوياء (Super Normal)، فـيهم اخـتلاف عن الناس العاديين، لكن دون أن لا يكون هذا الاخـتلاف مؤشـرا للمـرض النفسـي أو العقلي. وهذا ما وقع فيه خطأ مفكـرون من القرن الثامن والتاسع عشر، فقد لفت نظرهم شذوذ المبدعين أو اخـتلافهم في المظهر والتصرفات مثل الميل للتأمل والانطواء فاعتقدوا أن ذلـك علامـة علـى المرض النفسي. وكان المريض فعلا هو إنسان مشـوش التفكير تحكمه ذاتيته في أشياء كثيرة في حياته وليس قادرا على أن يـرى فـي العـالم بعـيدا عن مشاكله وصراعاته، كما أنه فاشل في العلاقـات الاجتماعية. في حين أن المبدع الحقيقي هو إنسان رغم اختلافه فـإن لديه القدرة على المثابرة على فكرة معينة وتطويرها ويقوم بأشياء لا يستطيعها المريض النفسي.

س - ولكنـنا نقـرأ عن الكثير من المبدعين في الآداب والفنون انتهت حـياتهم بالانتحار أو مستشفيات الصحة العقلية. فإذا كان سويا ومتوافقا مع المجتمع فكيف ينتهي به الحال إلى ذلك.

ج - أولا دعـنا ننظر إلى العباقرة في المجتمع كفئة فهل تزيد ما بينهم نسـبة المـرض العقلي عن الفئات الأخرى في المجتمع. هذا غير صحيح فـي شـمال أوروبـا كالسويد سويسرا مثلا تبين أن نسبة الانتحار بالنسبة للمجـتمع هـي (1.8 %) ولكـنها تقل لدى المبدعين فهي (1.2)، إذن ليس هـناك ارتـباط حقيقي بين الانتحار كشكل من أشكال الاضطراب النفسي والعقلي والإبداع.

وحـتى ولـو سـلمنا بوجود بعض الظواهر المرضية لدى المبدعين فإن إبداعهم لم يكن في فترات المرض. بالعكس كان الإبداع معدوما تقريبا في فـترات مرضهم. "نيتشة" لم يكتب أفضل أعماله في المستشفى العقلي ولم يرسـم "فـان جـوخ " وهـو مضطرب. وأعمال يجيب محفوظ الروائية المتمـيزة لـم يكتـبها في خلال الفترة التي كان يعاني منها ماديا ونفسيا. الإبداع ليس مرضا بل على العكس هو علاج للمرض.

س - لماذا إذن هذا الربط السائد لدى الناس.

ج - ولـع الـناس بالتفسيرات الغريبة وجاذبية هذه الأفكار لدى عموم الـناس. ولا تنسى أنه في فترة معينة سادت نظريات التحليل النفسي التي كانـت تـنظر إلى المبدع على أنه إنسان عصابي وأن إبداعه هو تعويض عـن قلقـه ومراضـه في العمل الفني. "فرويد " نفسه قام بعمل دراسته التحليلـية عـن "ليوناردوي دافنشي" من هذا المنطلق وتعامل مع أحد أهم عـباقرة القرن العشرين من هذا المنطلق، أي على أنه حالة مرضية وعمم هـذه النـتائج علـى كل الظواهر الإبداعية في الفن والأدب ولم يكن لدى الناس وقتها إلا نظرية التحليل هذه.

س - لو سلمنا جدلا بوجود نوع من الاضطراب لدى المبدعين فما هو أكثر هذه الاضطرابات شيوعا وكيف نفسرها.

ج - هناك بعض الدراسات والتي لا أتفق معها شخصيا ترى أن المبدعين في مجالات الآداب والفنون خاصة معرضين أو مصابين بما نسميه الاضطراب الثناقطبي (Bipolar effective Disorder)، وأن نسبة عالية من المبدعين أصيبوا بذلك. والجنون أو الذهان الدوري هو حالة من الهـوس الشديد والشعور الزائد بالطاقة والقدرة على السيطرة ثم الانتهاء بحـالات الاكتـئاب والهـبوط. ووجهة نظري أن كل ما يقال بالشواهد والأدلـة فإن هناك تزييف منطقي لحقيقة الإبداع. الإبداع ليس اضطراب عقلـي بـل هـو تنظيم عقلي شديد وترتيب محكم لجهاز معقد هو المخ والجهاز العصبي إجمالا.

وتوجـيه هذا الدماغ للإنتاج العلمي أو الفني الذي يحكم عليه الناس بأنه إبـداع ويسـتفيدوا مـنه فـي حياتهم ولكن يجب أن نوضح أن العملية الإبداعـية تكـون مصـحوبة بالكثـير من الضغوط النفسية والإرهاق العصـبي ذلـك أننا نتعامل مع المخ وهو جهاز شديد الحساسية والتعقيد معـا. إذن يعـاني المـبدع مـن الضـغوط النفسية بسبب طبيعة العمل الإبداعي وليس بسبب المرض النفسي.

المـبدع لحظـة ولادة الفكرة يكون أمام عدد من الاختيارات اللامتناهية وهـي عمـلية ليسـت سهلة وتشكل عبئا على ذهنه فيظهر كما لو كان مجنونا بالإضافة إلى الضغوط الخارجية.

وقد تبينت من دراساتي أنه مع المقارنة بالجمهور العادي فإن أكبر نسبة من الإدمان على الخمور كانت بين المبدعين ظنا منهم أن ذلك يساعدهم علـى التحكم المزاجي في حين أن الإدمان كان يزيد من الضغوط ويعقد الحياة الاجتماعية والفكرية لديهم.

كمـا تبيـن أن الكثـير من المبدعين يقعوا في مشكلات مادية وخاصة الديـون وذلك بسبب الإسراف لديهم. ويحكي عن "سارتر" أنه كان يبدد أمواله على أصدقائه ومعارفه.

كمـا يقع الكثير من المبدعين في العديد من الصراعات الاجتماعية. لأن الإبـداع بطبيعـته عمل غير محافظ ومتجاوز للواقع والمجتمع وأحيانا يصـطدم معه وهذا يولد مصدرا إضافيا للضغط والإزعاج على المبدع وحياته.

وقـد يكون الاصطدام مع السلطة على مختلف أشكالها، حتى مع الزملاء من المفكرين والعلماء. تخيل عالما يظهر بفكرة جديدة ثم يقول للآخرين ولـزملائه أن أفكاركم خاطئة وقديمة فسوف يتحرك ضده هؤلاء العلماء (وكأنهـا آليات دفاع) حفاظا على مكاسبهم المادية والاجتماعية وقد يكون ذلك في شكل تحالف ضمني مستتر أو فعلى وكأنها آليات دفاع.

والمـبدعون مـن المفكريـن والكتاب قد يصطدموا مع السلطة السياسية القائمـة في مصر. مثلا عاني يوسف إدريس من ذلك. يوسف إدريس لم يكن مريضا عقليا على الرغم من تعاطيه العقاقير المهدئة فترة من حياته لـم يكـن لإنسـان مضطرب أن يبدع شيئا مثل "أرخص ليال" بشفافيتها وإحساسـه بالمجتمع وقدرته على تنظيم الانفعال الشديد لديه. ولكنه بعد أن نشـر (البحـث عـن السـادات) دخل في مجموعة من الصراعات والمشـاكل و فوجئ بأن كل أصدقائه قد تخلوا عنه وان هناك تيارا قويا ضده بعيدا عن تصوراته الرومانسية السابقة. على الرغم من أنه قد نشر فـي نفس الفترة كتاب (خريف الغضب) لهيكل وهو عن نفس الموضوع أي عـن السادات الذي لم يكن مكتوبا بنفس الاندفاع الانفعالي الذي كتب به يوسف إدريس "البحث عن السادات ".

كـتاب "إدريس " كان مليئا بالانطباعات الشخصية والاندفاع اللحظة دون توثيق وكأنه كان يثأر لنفسه مما فعل به السادات قبل مصرعه.

وهكـذا دخـل د./ يوسف إدريس في صراع مع السلطة وقتها لم يحسن تقديره جيدا فأصيب بالقلب والإدمان وتعطل إبداعه كثيرا.

س - في أحد اللقاءات مع يوسف إدريس قال إن الكتابة فيها جزء من المرض، ما هو تعليقك على هذا؟

ج - اتفق ولا اتفق. الإبداع عمل قوي له مكافآته الخاصة الخارجية أيضا مثل النشر والشهرة والنجاح واعتراف المجتمع، وعلى المستوى الشخصي يحقق الإبداع للمبدع قدرا من التوازن النفسي ويخفف من حدة القلق والتوتر.

الإبـداع هو تركيز للطاقة الذهنية في إطار منظم وفيه قدر من اللذة أيضا، هـنا العمـل الإبداعي رغبة قوية محتاجة للإشباع ويظل المبدع محكوما بالمرض ما لم يشبع هذه الرغبة.
العمـل الإبداعي إذن يعتبر دافعا للتخلص من المرض وليست مرضا ومن جهـة أخرى أشك في استمرار المبدع في ممارسات الإبداعية إذا تكاتفت علـيه المشـكلات والتحديات. يوسف إدريس نشرت له أعمال مبكرا في حـياته فحصل له ما نسميه بالتدعيم المبكر بما في ذلك الشهرة والاعتراف بقدراتـه الإبداعية ومهاراته الأدبية. كل ذلك مكنه فيما بعد أن يحافظ على العمـل والإبـداع بالـرغم من الظروف الصعبة التي عانى منها، وليس بسببها.
وعلـم النفس يقول أنه إذا حصل تدعيم وتوقف بعد ذلك فإن العمل يستمر دون التدعـيم. وتجـارب (سكنر) على الحمام أثبتت ذلك. فقد كان يخضع الحمـام للتدعـيم المـتقطع فتنقر لتحصل على الحبوب فتنجح مرة وتفشل أخـرى ومـع ذلك ظلت تواصل بحثها عن الطعام وهذا ينطبق حتى على سـلوك البشـر فقد تبين أن الذين يحصلون على التدعيم تظل قدرتهم على العمل مستمرة أكثر من أصحاب التدعيم المستمر...
لـو أن الكاتب في وقت مبكر كل ما يكتبه ينشر وينجح فإنه سوف يستهين وربمـا يكتئـب. ولكن الذي حصل على تدعيم ثم أحبط فإنه يبقى حريصا علـى الـتجويد ويحسـن من مستوى عمله ويشعر بمسئولية تجاه التدعيم ويحافظ عليه.

س - إذن هل ترى أن النجاح المبكر قد يضر بالمبدع وموهبته.

ج - أنـا ضـد فكـرة ارتباط ذلك بالعمر. الإبداع المبكر ليس سلبيا والإبـداع لا يظهـر إلا مبكرا وذلك في سن لم يصبح فيه الإنسان أسيرا لمتطلبات الواقع الاجتماعي ... فلو قمعنا الإبداع مبكرا فهذا خطأ في حق الإبداع والمبدع نفسه.
ولكـن النجاح هذا موضوع آخر... نعم قد يكون النجاح المبكر أو الشهرة المبكرة ذات خطورة خذ مثلا ارنست هيمنغوى. المشكلة أن الإبداع يحتاج إلـى عزلة وتعمق ولكن الشهرة لها ضريبة العلاقات الاجتماعية ووسائل الإعلام المختلفة.

س - لوحـظ أن الكثير من الحاصلين على نوبل ضعف الإبداع لديهم هل يكون الخوف من النقد أو الإحساس الكبير بالمسئولية تجاه النجاح عائقا دون تلقائية المبدع وانطلاقه.

ج - اتفـق معك. الإبداع يجب أن يكون حرا ودون الخوف من ضياع المصـالح. ولكـن الإدراك الشخصي يختلف فقد لاحظ الباحثون مثلا أن العديـد من الحاصلين على نوبل قد تغير إدراكهم الشخصي بعد ذلك. وأنا أرى أن هـذا نوع من أنواع تطور الشخصية (بناء- اختلاف- امتداد)... عندما يتقدم الإنسان بالعمر بعد الخمسين مثلا فإن (الأنا) ليست هي الدافع هنا ولكنها مرحلة التحرر من الذاتية والنرجسية والاهتمام بالقضايا العامة هـذا مـا لاحظـه (اريكسون) على تطور الشخصية بشكل عام فإذا مال الإنسان في نهاية حياته إلى التقوقع فإنه يمرض ويموت مبكرا في حين أن الشخصـية المـتكاملة هـي تلك التي تواصل امتدادها. الامتداد يأخذ لدى المـبدع شكل تنمية لغة جديدة في حياته وكأن الإبداع انتقل إلى شكل آخر مثل الاهتمام بقضايا السلام وتنمية البحث العلمي.. إلى آخره.

س - هل هناك إذن مرحلة عمريه للإبداع.

ج - نعـم، هناك فترة خصوبة يزيد فيها الإنتاج العلمي أو الأدبي، في تصـوري أن الإبـداع لا يتوقف. ولم أسمع بإبداع جيد أو ممتاز ظهر في فـترة المراهقة. الإبداع يحتاج إلى فترة نضوج معينة. أعنى الإبداع بشكل إنتاج وكثمرة ملموسة ولا أعنى القدرة الإبداعية نفسها.
ولابد للحصول على فترة الخصوبة من فترة تكوين، لابد من فهم أشياء كثـيرة عـن موضوعك، من الصعب الإنتاج في موضوع وأنت لا تعلم عنه الكثير.
مـن الصـعب مـثلا اكتشاف نظرية علمية في موضوع دون تحصيل وقـراءة مكـثفة في الموضوع، وفي الأدب كان نجيب محفوظ مثلا مر بمـرحلة قـراءة نهمة لكل أنواع الأدب الإنجليزي والروسي والألماني وكانت لدية مرحلة الشباب مرحلة قراءة مكثفة ونهمة ثم فترات الإنتاج. وهذه عادة ما بين العشرين والأربعين من العمر.

س - هـل يعـنى ذلك أن الإنسان المبدع إذا لم ينتج خلال هذه السن سيعجز عن إنتاج ابتكارات وإبداعات جديدة بعد ذلك؟

ج - نعـم سوف تكون في ذلك صعوبة وخاصة بعد الأربعين، والآن بعـد تحسـن الوعي الصحي وطول عمر الإنسان في المتوسط فإن هذه الفـترة قـد تمـتد حـتى ما بعد الخمسين وفي هذه السن يشعر الإنسان بالأمـان المـادي والإنجـاز المهنـي. لكن الإنتاج يبدأ مبكرا عن ذلك ويتزايد مع العمر، ولا تنسى أن الإنسان بتقدم السن ضعف قواه الجسدية ولكـنه فـي فـترة الشـباب فإنهـا فترة غنية بالقدرة الحسية والنظرية والحركـية وهـذا مهـم للإبداع. والكثير من المبدعين استمروا بالإبداع حتى سن متأخرة مثل نجيب محفوظ وبرتراند راسل، و عباس العقاد، و عبد الرحمن بدوي، وغيرهم كثيرون.
ذلـك أن الإبـداع بعـد فترة يأخذ شكل المهنة أو الاحتراف ويكون من الصـعب التخلـي عن ذلك لأنه يحقق إشباعا وعلاجا نفسيا ودخلا ماديا في ذات الوقت.

س - ألاحـظ أيضـا في بعض كتاباتك أنك ترى أن هناك فروق نوعية فـي شـروط الإبـداع والعوامل التي تحكمه، فالإبداع في العلم أو الفن والأدب تحكمـه خصـائص شخصية مختلفة عن بعضها البعض، فكيف تفسر ذلك؟

ج - بحوثـنا العربـية و الغربية بينت أن المبدعين في العلوم تميل شخصـياتهم إلـى الاتزان والدقة أكثر وأن المبدعين في الفنون والآداب أقـل من ذلك. وهذا يرجع إلى طبيعة حقل الإبداع نفسه في الآداب فإن هـناك عوامل الذاتية والانفعال والمشاكل الشخصية تؤثر في الشخصية كمـا لوحـظ أن الإبـداع في العلوم والموسيقى يبدأ في سن مبكرة عن الإبداع في الأدب مثلا.

س - يبدو أنك تحد من دور للعامل الوراثي في الإبداع.

ج - الإبـداع يخـتلف عن الجوانب الأخرى التي تلعب فيها الوراثة دورا ملحوظـا كالذكاء. فمثلا الدراسات العلمية المستفيضة التي أجريت فـي الفـترات المبكرة من القرن العشرين بينت أن عامل الوراثة يلعب دورا ملحوظا أقوى من العامل البيئي في الذكاء. والذكاء هو القدرة على الـتعلم وحل المشكلات بشكل ذكي ولكن الإبداع هو خلق شيء جديد من عناصـر موجـودة. في الإبداع دلت الدراسات على أن الإبداع يخضع للتدريب وأنه مثل عملية النمو يولد ويموت وقد لوحظ انتشار الإبداع في بعـض الأسر مثل (شتراوس) في الموسيقى أو الرياضيات. وهذا يكون دور للبيـئة في الإبداع أكثر من الوراثة لأن الإبداع يخضع لعامل التعلم أكثر من الوراثة.

س - وهل هناك علاقة شرطية أو لازمة بين الذكاء والإبداع.

ج - لا، هناك أشخاص أذكياء جدا ولكن ليسوا مبدعين ولكن العكس غير صحيح. إذ لا بد أن تحتاج الإبداعات الهامة إلى درجة معينة من الذكاء لا تقل عن المتوسط. لابد من وجود درجة متوسطة من الذكاء لدى المبدع ولكن الدرجات العالية من الذكاء غير مطلوبة، بمعنى أنك قد تكون لامعا وذكيا ولكنك لا تقدر على تولي مسئوليات الإبداع.

س - وهـل هـناك فروق بين الذكر والأنثى بالنسبة للإبداع خاصة في وجود فروق تشريحية بين أدمغة الرجال والنساء.

ج - نـاقشـت ذلـك في كتاب حديث بعنوان علم النفس الحديث: أسس ومعـالم دراسـاته، حيث ذكرت أنني لم أعثر على شيء يظهر أن دماغ المبدع يختلف تشريحيا عن غيره، من الممكن أن يختلف من ناحية النشاط الكيميائـي أو الكهربائي. أما بالنسبة لفروق الإبداع بين الرجل والمرأة فقد دلـت الدراسات على أن المرأة قد تبرز في الإبداع اللفظي كما في الشعر والأدب وأن الـرجال يـتفوقون في الإبداع الشكلي والرمزي كالرياضيات والرسـم أكثر. لكن تذكر أن القدرة على الإبداع تختلف عن التنفيذ العملي للإبـداع، إذ لا تزال الظروف الاجتماعية تعطى تيسيرات أكثر للذكور من الإنـاث، وبالتالـي نجد تناقصا حادا بين النساء في الإبداع، والشهرة. هذه مشـكلة أواجهها فـي العيادة النفسية مع بعض المريضات اللاتي يتسمن بالإبداع، ولهم إبداعات حقيقية في القصة والرواية، ولكنهم يخفن حتى من إرسـالها للنشـر فـلا تنسى أن الفروق اجتماعية وتاريخية ففرص إثبات النجاح والإبداع أسهل لدى الرجل منها لدى المرأة.

س - وكيف نستطيع التعرف على بذور الإبداع لدى الأطفال مثلا.

ج - الدراسـات تقـول أن الطفـل المـبدع ظهر لديه منذ وقت مبكر اهتمامات خاصة مثل حبه للسؤال والميل للاختلاف والنظر للأمور بشكل خـاص وغـير تقـليدي ولا يـردد أفكار غيره وقد يكون على قدر من الاسـتهانة بسـلطة الأسرة أو المدرسة. فهو ليس صاحب طاعة عمياء أو أدب متصنع.

س - وكـيف نسـتطيع أن ننمـي هذه الموهبة وما أخطر ما يمكن أن تواجهه موهبة ما في مجتمع معين؟.

ج - بالتوجـيه الـتربوي للأسـرة والمـدارس بكيفية التعامل مع هذه المواهب واكتشافها ورعايتها. قد تكون طاعة الطفل العمياء بسبب الخوف و هو مرض اجتماعي مبكر قد تمارسه الأسرة لقمع الإبداع.
كما أن هناك خطورة في توجيه الإبداع مبكرا نمو حقل معين وهذا أخطر مـا في أنظمة التعليم من فصل حاد بين العلمي والأدبي لأن الإبداع يحتاج إلـى وحـدة معـرفة وأرضية واسعة من المعلومات والأفكار والكثير من المـناهج تقتل ذلك مبكرا. ونستطيع أن نلخص الأمراض الاجتماعية التي تقف ضد الإبداع إلى نوعين:

الأول: البـناء الاجتماعـي العام Culture وهذا يتمثل بالسلطة والإعلام وأدوات النشر وما تبثه أجهزة الإعلام من قيم ومفاهيم للمجتمع.

الثانـي: قضـايا اجتماعـية نوعية: وهو دور تنشئة المبدعين واهتمامهم ودور الأسرة في احتضان المبدع.

فالأسـرة التي تشعر أن ابنها يضيع وقتا كبيرا في الاختلاف عن الآخرين بأفكاره الخاصة وهم يريدونه أن ينجح ويبرز ماديا واجتماعيا ذلك حرصا عليه وشعورهم أن لغة النجاح في المجتمع ليست هي لغة الإبداع فيتم ذلك مـثل الإبـداع مـبكرا... ثـم يأتـي دور المدرسة والجامعات في إتاحة الاختلاف وتنمية روح الحوار والتفاهم والاطلاع.

س - وهل لاحظت فرقا طريقة التعليم الغربية والدول العربية.

ج - بالطبع. هناك منافي التعليم يشجع على الحوار والاطلاع والإبداع الشخصي في حين لاحظت أن الطالب العربي في الدول العربية يميل إلى التماثل والتشابه مع الأفكار السائدة والى الاهتمام بسلطة الأستاذ نفسه أي محاولة كسب رضا الأستاذ أكثر من الحرص على كسب المعلومة كما أن المعلومة لدينا هنا أيا كان مصدرها لها قداسة في حين أن المعلومة هناك قابلة للنقاش وللتغير.

س - عـددا علـى عملـية الإبـداع هل هناك مراحل لعملية الإبداع و ارتباطها بالقلق.

ج - هناك فرق بين القلق المرضى النرجسي وهذا غير مستقر نفسيا أو اجتماعـيا وهـناك الـتوتر أو القلق المحمود. وهو ما نسميه بالقلق الدافـع: ليست هناك حركة بدون توتر لتوجيه النشاط الذهني نحو نقطة معينة هناك قلق للمعرفة والرغبة في التساؤل.
أمـا عـن المراحل الإبداع فقد وضعت على يد (ويلس) و آخرين بأنها أربع مراحل :

(1) الـتعلق الأول: وهو الارتباط بفكرة أو مجال للاهتمام و هذا هـو التوتر الدافع ثم توجيه الذهن نحو هذه المشكلة والاهتمام بجمع المعلومات و الأفكار حولها.
(2) الاختمار: وهو اختمار الفكرة نجعد ذلك في ذهن صاحبها
(3) الإلهام: وهو سطوع الحل للمشكلة بشكل مفاجئ وهو مرحلة الراحة و الخلاص والتحرر من ضغط الفكرة
(4) توتـر جديـد: وهـو كيف تستطيع أن تصيغ وأن تضع هذه الإلهـام في شكل يفهمه الجميع من معادلة أو أسلوب لغوى أو جهـاز وهو ما نسميه بالتحقيق وهكذا تتكرر العملية من جديد لتعيد النظر. وكأن عملية الإبداع تأخذ شكلا لولبيا.

فـي النهاية نتيجة الإبداع ينبغي أن تصل إلى المجتمع لأن المجتمع هو الذي يمنح المبدع الاعتراف بقيمة عمله.

س - وكـيف تـرى علاقـة المـبدع بالمجتمع، وكيف يستطيع بعض المبدعين الاستمرار رغم إنكار المجتمع لهم.

ج - هـذا جدول وحوار دائم بين الاثنين أي المبدع والمجتمع، العمل الإبداعـي هـو صـياغة للعلاقة بالآخرين في الإبداع تحاول أن تصل للآخريـن إمـا أن يـأخذ منك الآخرون ويشجعونك ولكن أحيانا ترفض أفكـارك وقـد لا تتوفر وسائل النشر أو أن تجدع أشياء غير مفهومة... فـي رأي الشخصـي لو أن أينشتاين ظهر قبل اكتشافه أو بعده بعشرين سـنة لم يكن ليحقق هذه الشهرة هناك لحظة مناسبة أو كما سماها قدماء الـيونان ال "كايـروس " إلا أن جزء كان موت كثير من المبدعين كان بسـبب رفـض المجـتمع لهـم وعدم تقدير إبداعهم و هذا أمر مؤسف بالفعل.

س - هـل توجه المبدع أو صاحب الموهبة إلى بعض الأشياء لصيانة موهبته.

ج - مقاومـة المبدعيـن للأفكـار الخاطـئة عن الإبداع وارتباطه بالمـرض النفسـي أو الجنون أعني التحرر من الأفكار اللاعقلانية عند المبدعيـن أو أن يعـتقد المبدع أنه بسبب اختلافه أو تميزه عن الآخرين فإنه قادر على حل مشاكله بنفسه ودون مساعدة. المبدع يكون مبدعا في حقل خاص وليس عالما بكل شيء.
وأن المـبدع قـد وهبه الله شيئا ثمينا ينبغي أن يحافظ عليه و أن يصون الحكمة فلا تكون حكمة مجهضة.

حـــــوار مـــع هانـــــس تومـــــي

أجـــرى الحـــوار : تومـــاس بـــراث

ترجمـــة : أ.د. سامـــر رضـــوان – علم النفس – عمان / سوريا

بـــريد إلكترونـــي : srudwan@hotmail.com

ولد هانس تومي Hans Thome في عام 1915 لأب كان يعمل في الجمارك في مدينة فينكل في باير في ألمانيا، كان أستاذاً لعلم النفس في جامعات إيرلانغن و بون. و تصف دراساته الإمبيريقية، ومن بينها التحليل الكيفي والكمي لسنة آلاف سيرة ذاتية مستقصاة، بالنوع المضموني و قربها من الحياة الواقعية وأهميتها العملية. حظي هانس تومي، الذي شغل لبعض الوقت رئيس الجمعية العالمية للنمو السلوكي International Society for behavioral Development ، والجمعية العالمية لعلم الشيخوخة International association of Gerontology ، بشهرة عالمية وتخصصية بشكل خاص من خلال دراسة بون الطولية التي بدأت عام 1965 للشيخوخة، التي استمرت حتى ثمانينات القرن العشرين. فإذا كان المرء في السابق يربط بين الشيخوخة والمرض و الفقدان و التقييد، فإنه من خلال هذه الدراسة تم تركيز بؤرة الاهتمام على الإنسان المتقادم في السن الفاعل الواعي بالصحة و طويل الحياة و القادر على التعلم.

يمثل تومي أجيالاً عدة من علماء النفس وعلماء الشيخوخة. ومن طلابه الباكرين أورسولا لير Usula Lehr، التي أصبحت فيما بعد وزيرة الحادية للشباب والأسرة والمرأة و الصحة، وفرانس فايرت المدير اللاحق لمعهد ماكس بلانك لأبحاث علم النفس. ومن بين أكثر من 300 منشور لتومي هناك كتب مثل الشخصية (1951)، الإنسان في القرار (1960)، الفرد وعالمه (1986)، علم النفس في المجتمع المعاصر (1977)، وعلم النفس في الحياة اليومية (1991: بالاشتراك مع أورسولا لير)، والطرق البيوغرافية في العلوم الإنسانية (1999: بالتعاون مع غيرد بوتمان). ويصدر له هذا العام بالتعاون مع أورسولا لير علم نفس الشيخوخة بطبعة منقحة كلية وجديدة. ولا يرتبط كلا باحثا الشيخوخة في التخصص فحسب وإنما زواجياً كذلك: ففي عام 1998 تزوج كل من هانس تومي وأورسولا لير.

يعد هانس تومي واحداً من جدود علم النفس الألماني. فعالم نفس الدوافع وباحث السيرة الذاتية (Biography) في علم نفس الشيخوخة بلغ في 31 تموز (يوليو) عام 2000، خمس وثمانون سنة. وحول حالة حرفته مازال العالم غير المريح دائماً و الدائب النشاط حتى الآن غير راض –بالمقابل فهو سعيد حول شخصه.

علـم النفس اليوم: سيادة الأستاذ تومي، لماذا قررت في عام 1935 دراسة علم النفس؟

هانس تومي: يمكن القول من أجل حل صراعات محددة في المراهقة لاحقاً. لقد عانيت أثناء نضجي من المنظور الديني-العقائدي من مشكلات مختلفة في اتخاذ القرارات. لهذا اهتممت بمسألة كيف ينشأ في الواقع القرار، كيف ينضج؟

و كان لفريدرش نيتشة تأثير آخر علي، ولكن ليس من فيلسوف "إرادة القوة"، وإنما من منتقد العلم. فقد مارس نيتشه مثل فرويد نقداً للرؤية الساذجة للخبرات الشعورية، إذ قال: كل ما نعيشه شعورياً، هو بطريقة ما تهيئة، هو في النهاية مدفوع وهو من ثم لا يطابق ما يسمى بعالم الحقائق الموضوعي.

لقد كانت إذاً مشكلات نظرية، قادتني لدراسة علم النفس والفلسفة. كان علم النفس في ذلك الوقت تخصصاً غير محبوب؛ فقد كنا في برلين في العملي في علم النفس التجريبي خمسة أشخاص فقط ، وكنت الوحيد الألماني.

علم النفس اليوم: كانت دراستك و سنوات المعيديه في عصر الاشتراكية القومية. كيف خبرت هذا الزمن؟ هل تحدث المرء على سبيل المثال كطالب حول أن الممثلون القادة للتخصص –وبشكل خاص أتباع علم نفس الجشطلط- كانوا مهجرين؟

هانس تومي : لم أعرف هذا إلا في وقت متأخر، إذ أن المعلومات لم تكن بالطبع متوفرة إلا بشكل جزئي وعندما بدأت الدراسة في شتاء 1935في برلين، كان هناك أشخاص آخرين، وكل علماء النفس الجشطلطيون كانوا قد رحلوا. الوحيد الذي أتى لاحقاً كان كورت غوتشالت Kurt Gottschaldt، إلا أنه حاضر في علم نفس الوراثة.

علـم الـنفس اليوم: يرى بعض مؤرخي علم النفس أن علم النفس الألماني قد عانى من الانحدار في عصر الاشتراكية القومية، في حين أن كتاب آخرين مثل أولفريد غيوتر Ulfried Geuter يشيرون بالمقابل إلى "حرفنة" Professionalize مربية لعلم النفس الألماني.

هانس تومي: في هذا العصر تم تدمير علم نفس الجشطلط، وكذلك كان تدمير معهد ديفيد كاتس David Katz في روستوك خسارة كبيرة. إلا أنه إذا كان في بداية ثلاثينيات القرن العشرين قد نشأ اتجاه، لم يعترف بالتجربة كطريقة نفسية وحيدة، وإذا رأى بعض الباحثين بأن الثلاثينيات كانت بداية الاشتراكية القومية، فإن هذا بالطبع تشويه للحقائق. ومع ذلك فقد كان إيريش ييتش Erich Jeansch في ماربورغ Marburg، أوحش نازي في ذلك الوقت وكان عالم نفس تجريبي صارم. وييتش هذا استخدم في عام 1938 في كتابه النمط المقابل Der Gegentypus نتائجه التجريبية لأوحش دعاية مضادة للسامية.

ولم لم يمت ييتش، الذي كان رئيس الجمعية الألمانية لعلم النفس، في عام 1940 لكان قد أجبر كل المعاهد على العمل في هذا الاتجاه. وكان هذا سيكون بالنسبة لنا جميعاً سيئاً جداً. ولكن بما أنه لم يعد موجوداً فقد تمكن أشخاص مثل معلمي إيريش روثاكر Erich Rothacker، الذي أدخل أيضاً مظاهر انثروبولوجية ثقافية، وفيليب لرش Philip Lersch،

الذي أحيا التحليل الفينومينولوجي، أن يعيشوا في نوع من الجزر المستقلة.

علم النفس اليوم: غالباً ما رحل المهاجرون إلى الولايات المتحدة الأمريكية. فهل استمريت بعد الحرب بالشعور بالتأثير الذي تركه علماء ألمان مثل فولفغانغ كوهلر Wolfgang Koehler أو كورت ليفين Kurt Lewin في منفاهم؟

هانس ثومي: عندما ذهبت لأمريكا في عام 1951 لستة أسابيع لعمل اطلاع، سمح لي أن أختار المكان الذي أذهب إليه. فاخترت من بين ما اخترت جامعة أيوا Iowa، الجامعة التي بنى فيها كورت ليفين مركز أبحاث رفاهية الطفل Child Welfare Research Station. وصلت هناك ولم يعد أي شيء من كورت ليفين موجود هناك، فالاتجاه كان سلوكياً بشكل متطرف.

علـم الـنفس الـيوم: كنـت فـي مـرحلة ما بعد الحرب واحداً من الطلائعيـن الذيـن ربطـوا علـم النفس الألماني القديم مع المبادئ الأمريكية الجديدة.

هانس ثومي: كانت هناك نقاط تماس متعددة، بعلم نفس الشخصية الأمريكي على سبيل المثال. لقد كان لدي تبادل مكثف جداً مع غوردن ألبورت Gordon Allport في هافارد الذي أخذ الكثير من ألمانيا وبشكل خاص من فيليم شتيرن William Stern. وفي عام 1952 حالفني الحظ بزيارة شارلوته بولر Charlotte Buehler في لوس أنجلوس. ومنها تبنيت فكرة أن نمو الإنسان لا يتوقف في مرحلة الطفولة، وإنما يمتد خلال مرحلة الحياة ككل. بالإضافة إلى أني تعرفت على عدة دراسات طولية أمريكية و أعجبت بالمقابلات وملاحظات السلوك التفصيلية جداً. لقد تعلمت الكثير هناك، على سبيل المثال، بأنه من العسير جداً تخطيط مثل هذه الملاحظات العلمية طويلة الأمد انطلاقاً من فرضية –كما يفعل غالبية الزملاء الألمان، المسؤولين عن تقويم مخططات البحوث. و من خلال الطريق يجعل المرء الطرائق تنساب بحيث ربما قد يتمكن من استخدام مادة معطياته التي يحصل عليها بهذه الطريقة لفرضيته التي صاغها مسبقاً على الطاولة الخضراء. ولكن ماذا لو لم يتم إثبات هذه الفرضية ؟ فسوف يقوم عندئذ برمي نتائجه. ولكن بالمقابل إذا انطلق المرء دون الحصر في نظرية بجمع نتائج كثيرة قدر الإمكان، فإنه يستطيع عندئذ تقويم المادة نفسها من وجوه ومبادئ نظرية مختلفة –من مثل التحليل النفسي أو علم الاجتماع أو علم نفس الشخصية.

علـم النفس اليوم: لم تستثر علم النفس في ألمانيا فحسب بل انتقدته أيضـاً واهتممـت كثيراً بتاريخ علم النفس. فمن برأيك أكثر من دفع علـم النفس للأمام؟ أكان تجريبياً من نحو فيلهيلم فوندت Wilhelm Wundt أم كـان عيادياً من نحو سيجموند فرويد أم في ذهنك أسماء أخرى كلية؟

هانس ثومي: عندما تقول "تجريبي من نحو فيلهيلم فوندت"، فإنك تهدم في الحقيقة الكتابات التاريخية الثلاثة الخطأ، التي أنتقدها أنا. إذ أنه بالنسبة لفيلهيلم فوندت كان التجريب مجرد ركيزة صغيرة من بين ركائز كثيرة أراد أن يقيم عليها علم النفس. فقد كتب على سبيل المثال اثنا عشر جزءاً في علم نفس الشعوب. و كان ذلك وفق فرضيته بأنه لايمكن للإنسان أن يستطيع قول شيء حول الوقائع النفسية المركبة –من نحو التفكير- إلا من خلال تحليل المادة التاريخية الثقافية. لقد قام كتاب تاريخ علم النفس بإغفال الثلاثين سنة الأخيرة من حياة فوندت كلية. بالإضافة إلى أنه لم يكن من الممكن إلا في مجموعات constellation شخصية محددة جداً ، وربما أيضاً في مجموعات سياسية و تنظيمية، أن فونت في وقت من الأوقات استطاع استخدام غرفة الغسيل هذه، التي كانت في الأصل مختبره التجريبي المشهور لأجهزته.

وكـون الـتاريخ كلـه إن صـح التعبير قد انصب على علم النفس التجريبي الذي أحدثه فوند، فذلك يعد تجاهل سيئ للحقائق.

كما لم يكن فوندت المصدر الوحيد الممكن. فقد كان يمكن للأشخاص حول كارل فيليب موريتس Karl Phillipp Moritz أن يستأنفوا علم النفس، الذين أسسوا في القرن الثامن عشر "مجلة علم نفس الخبرة"، إلا أن كل ذلك دمر من خلال الكانطيون Kantian.

علـم النفس اليوم: من كان أعظم باحث بالنسبة لك في تاريخ علم النفس؟

هانس ثومي: ويليم شتيرن William Stern، لأنه وحد فيه كلا الوجهين: فقد كان من جهة قياساً نفسياً Psychometrical مهماً، بحث إمبيريقياً، ومن ناحية أخرى قدم في النهاية رؤية فلسفية معمقة لعلم النفس، قام بإتمامه فيما بعد أشخاص من ذوي ميول نازية بوصفه علم نفس تقليدي. لم يتم تقويم شايرن بعد.

علـم الـنفس اليوم: لو افترينا من الحاضر أكثر: ما هو أهم تطور حضـري بـه علـم الـنفس بالنسبة لك في مرحلة ما بعد الحرب العالمية الثانية.

هانس ثومي: بالتأكيد كان التحول عن السلوكية إلى النظريات المعرفية المختلفة –مع العلم أنه يخشى في بعض المبادئ أن يتم نسيان الدوافع أمام الاستعراف الخالص.

علم النفس اليوم: لايوجد أي اتجاه نفسي غير التحليل النفسي الذي نادى بمقولة: "لا يمكن أن يتم فهم الإنسان، دون فهم جذور التاريخ الفردي". كيف تفسر بوصفك بطل "الطريقة البيوغرافية"، ومع ذلك لم تكن لك أية صلة بالتحليل النفسي؟

هانس ثومي: مما لاشك فيه أننا في بون استندنا إلى التحليل النفسي أثناء الاهتمام بالشعور واللاشعور، إلا أنه في المبدأ البيوغرافي كان هناك فروق مبدئية: فلو أني سلكت بشكل صارم مسلكاً تحليلنفسياً لكان علي أن أدخل في التصور الكامل للتفكير من خلال تحليل تعليمي، وإلا سيكون تفسير حلم ما أو مقولة ما بالنسبة لي مبالغ به إلى حد كبير. عدا عن أن التحليل النفسي قد بحث في الواقع الجذور البيوغرافية في الطفولة الباكرة، في حين أني اهتممت بمجرى النمو كاملاً، وحتى في الجانب الآخر من الشباب.

علـم الـنفس الـيوم: عـبرت في الماضي عن نوع من "التعاطف النقدي" حول علم النفس الإنساني، كيف ترى تطوره؟

هانس ثومي: لدي انطباع أن بأنه في هذه الأثناء قد استوطنت تحت هذا اللقب أشياء شتى، وهو ما يصعب اعتباره علمياً، وهو ما يقلل من قيمته وهذا ينطبق سواء على مبدأ علم النفس الإنساني أم كذلك على المبدأ غير التجريبي أو غير القياسي.

علـم النفس اليوم: قبل 25 سنة عنونت مقالاً في علم النفس اليوم "نزع سلطة علم النفس"، فهل ترى اليوم أن السلطة قد انتزعت؟

هانس ثومي: لا، لا، بل على العكس. فالوضع لا أمل منه أبداً، على الرغم من الازدهار الضخم في العتاد الشخصي والمؤسساتي الحاصل منذ سبعينيات القرن الماضي. ويعتقد بوجود أسباب اجتماعية واقتصادية، وبالمناسبة كذلك أيضاً بالنسبة للسيطرة التي ما تزال متزايدة لعلم النفس الأمريكي.

خذ على سبيل المثال علم نفس الشخصية بطرائقه الاستبيانية السائدة. فالدراسات بواسطة الاستبيانات تعطي بسرعة بيانات. ومن خلال ذلك يمكن تغذية الحواسيب الكبيرة "بشكل اقتصادي"، والتي يفترض أن يكون

استثمارها مفيداً. ولكن لو أني أسلك بالمقابل الطريق الذي يحتاج إلى عدد كبير من الأشخاص و المستهلك للوقت من خلال المقابلات و التحليل المنهجي، كما هو الحال في الوقت الراهن في الدراسات الطولية لسن الرشد ILSE ، فسيكون الأمر أصعب بكثير. الآمال بالنسبة لعلم نفس فارقي تختفي باطراد في الوقت الراهن.

علم النفس اليوم: لقد طالبت أيضاً في ذلك الوقت بأنه على المرء دراسة الإنسان في واقع حياته اليومية. فهل ترى في خريطة البحث الراهنة مبادئ يتم تحقيق هذا فيها؟

هانس ثومي: بالكاد. استثناء من ذلك تشكله دراسة الكبر البرلينية. وهنا لم يتم إجراء دراسات طبية وقياسنفسية واسعة، وإنما كذلك تم إجراء بمقابلات حقيقة لخبرات الحياة اليومية. إلا أن هذا كان مشروعاً، استطاع باول بالتس Paul Baltes الحصول فيه على الكثير من المال بشكل غير مألوف.....

علـم الـنفس الـيوم: ما الذي يمكن لعلم النفس أن يحققه عموماً؟ هل يستطيع بالفعل أن يعطي معنىً جديداً.

هانس ثومي: هل من الممكن لطبيب ما أن يرى تخصصه كوسيلة للبحث عن المعنى؟ يستطيع علم النفس أن يقدم مساهمة علمية في سعادة الإنسان.

علم النفس اليوم: إلا أن كثير من النقاد لا يجدون إلا تفاهات.

هانس ثومي: قد يحدث هذا في المبادئ العريضة جداً من الناحية الطرائقية، إلا أننا عندما نسلك مسلكاً تفريقياً من الناحية المضمونية، فسنجد أمثلة حول الأهمية الاجتماعية لعلم النفس-من نحو إسهاماته في تقويم مسؤولية الذنب و وإرشاد الموظفين أو في حل الصراعات. فإذا ما توسعنا في علم النفس و أخذنا فرويد بعين الاعتبار فقد كانت أقلمة موضوع الجنسية في المجتمع إنجازاً حاسماً جداً.

علم النفس اليوم: مارست منذ الستينيات إلى جانب علم النفس علم الشيخوخة Gerontology بشكل مطرد. وكانت دراسة بون الطولية التمهيدية حول الكبر نوع من الشرارة الأولية لصورة جديدة كلية عن كبار السن. ما هي أهم النتائج التي تراها أنت نفسك لدراستك؟.

هانس ثومي: أولاً فهم أن مرحلة الحياة ليست هي المحدد الأولي، بل أن عوامل اجتماعية خاصة جداً من نحو التطور المدرسي والمهني أو الجنس هي التي تؤثر على عمليات الشيخوخة. و بشكل جوهري أيضاً التفرد العالي في الكبر، التي وصفتها في كتابي أنماط الكبير و مصائر الكبر. و أخيراً يعد نقض نموذج العجز في الكبر ذو أهمية كبيرة بالنسبة لسياسة كبار السن والسياسة الاجتماعية.

علم النفس اليوم: ما هي برأيك "الشيخوخة الناجحة"؟

هانس ثومي: أفضل الحديث عن الشيخوخة المشبعة"، إذ أنه يحذر من تقديم الوصفات العامة جداً. ومن المؤكد أن النشاط بمقدار ما شرط مهم للرضى. ولكن إذا ما كان شخص ما يريد لأسباب جسدية واجتماعية أن يكون أكثر تأملاً، علينا أن يقره في ذلك بالدرجة نفسها.

علم النفس اليوم: بحثت أيضاً حول طول الحياة. فبأي شيء يتعلق أن يعيش الإنسان طويلاً وما الذي على المرء فعله من أجل أن يعيش حياة طويلة؟

هانس ثومي: من المؤكد علينا أن نأخذ العامل الجيني بعين الاعتبار بدرجة كبيرة. ومن وجهة النظر النفسية فإن النشاط واحد من أهم العوامل. كما أن الاهتمام بالعلاقات الاجتماعية والثقة بالآخرين وبالمجتمع بشكل عام وكذلك وتقبل الإرهاقات التي يصعب تجاوزها.

علم النفس اليوم: إلى أي مدى أنت شخصياً سعيد في سنك هذا؟

هانس ثومي: أنا بخير من الناحية الصحية عموماً، إلا أنه ليس دون إزعاج.

وبالنظر للتشخيصات التي أجراها لي الأطباء قبل عشر أو عشرين سنة يفترض أن أكون في حالة سيئة جداً. وبالطبع فأنا محظوظ (يشير هانس ثومي بيديه الاثنتين إلى أورسولا ليرـ التي دخلت في هذه اللحظة من الباب): من المؤكد أن علاقة تشاركية مشبعة هي الأهم من ضمن العوامل الأخرى.

علـم الـنفس الـيوم: كرست نفسك مع زوجتك المتوفاة السيدة أنغه بـورغ Ingeburg بشـكل خـاص للـناس المعوقين. فابنك فريدر Frieder مـن هـذا الـزواج الـبالغ من العمر 44 سنة يعاني من مـتلازمة داون. والناس الذين يعانون من هذه المتلازمة لم يكن لهم قـبل عقود من السنين الأمل بالحياة أكثر من 15 سنة، كيف سار نمو ابنك؟

هـانس ثومـي: الفضـل للتنمـية، التـي يحصل عليها المعوقون في قسم المسـاعدة الحياتية، فإن فريدر اليوم شخص مهم جداً، ومتلائم مع متطلبات ورشته للمعوقين و مع الحياة في البيت.

علـم الـنفس اليوم: من المؤكد أن المرء في الشيخوخة يحب النظر للوراء –هكذا تقول العبارة التقليدية على الأقل-. فما الذي تراه نفسك في الماضي كأعظم إنجاز علمي لك؟

هـانس ثومـي: كان أملي خائباً جداً مرة من زملائي. ففي عام 1970 تم اختيارنا في بون من لجنة جماعة البحث من مختلف التخصصات "كمجال بحـث خـاص II ، علم نفس النمو". وفي النهاية تم رفض هذا من الزملاء النفسانيون. وكان هذا إجابة واضحة على كتابي "الفرد وعالمه"، الذي صدر قبل عامين من ذلك. فهنا انتقم ممثلون معينون لعلم النفس ببساطة من زميل لهم لأنه مارس النقد.

علـم النفس اليوم: إلا أنك لا تستطيع أن تشكو من نقص التكريمات. فقـد منحـت أربـع مرات دكتوراه الشرف، بل أنك تحتل في جامعة موسكو مرتبة خليفة غوته و شيللر.

هـانس ثومي: فرحت عند منحي دكتوراه الشرف في موسكو، لأنه أتضح أثـناء التكريم إلى أي مدى اهتم المرء هناك بمبدأي. وعلى ما يبدو فإنه لا كرامة لنبي في قومه! إلا أني لا أريد المبالغة في أهميتي. فمبدأي يسد ثغرة محـددة، ربما يتم اللجوء إليها عندما تنقلب ريح علم النفس السائدة في اتجاه آخر. في الوقت الراهن ليس لمبدأي مكان واسع.

علم النفس اليوم: أتبحر أحياناً في الإنترنت؟

هـانس ثومي: لا، فالأهم بالنسبة لي العودة إلى الأشكال المجربة من قبلي للعمـل. إلا أنـي مؤخراً بحثت في الإنترنت تحت مفهوم "علم الشيخوخة". ومـا يوجـد مـن سـخافات إلى حد ما أمر لا يصدق. وعلى ما يبدو فإن الإنترنت ليس مصدراً موثوقاً جداً.

علم النفس اليوم: ما هي الهوايات التي تمارسها في هذه السن؟

هانس ثومي: النزهات بشكل أساسي و تجول الجبال.

علم النفس اليوم: وما الذي تعمله الآن؟

هـانس ثومي: أعمل يومياً بين الثلاث والأربع ساعات على الأقل. أنهيت الآن مقـالاً أنـادي فـيه بمقولة، أن السلوك هو دائماً عبارة عن تبادل بين العملـيات العقلية والوهمية. وأريد أن أقدم هذا العمل في مشروع طموح: أريد أن أكتب أيضاً كتاباً حول "الأنثروبولوجيا النفسية".

علـم الـنفس الـيوم: مـن أين تستمد القوة و الدافعية لتستمر بعمر 85 بالإنتاج العلمي؟

ثومـي: سـألني أحـد الزملاء مؤخراً، كيف مازلت أعمل دائماً على نشر رؤيتـي. ولكـن هـذا لـيس دافعـي بـالفعل. فدافعي أقرب إلى الاهتمام بالأنثروبولوجـيا النفسية و كذلك شكل موضوعي أو متمهن من البحث عن المعنى. إني أنقله ببساطة مني إلى الناس.

قـــــراءة نفسيـــــة فـي الفكـــر الاستشراقـــي

أ.د. محمـــد أحمـــد النابلســـي – أستـــاذ الطـب النفسـي / لبنـــان

بـــريد إلكترونـــي : nabulsy@cyberia.net.lb

إنّ كل خلية من خلايا الجسم البشري تحمل في طياتها برنامجاً وراثياً معتمداً هو بمنزلة التراث البيولوجي – الوراثي للشخص صاحب الخلية. من هنا كان اهتمام الأطباء بمعرفة العوامل الوراثية المؤثرة في صحة مرضاهم. بل بعض الأطباء النفسيين يصرون على تحديد "شجرة العائلة الوراثية" لمريضهم. وفي طليعة هؤلاء العالم المجري ليوبولد سوندي يبني نظريته على أساس هذا التحديد. ويتضح لنا مدى تجاهل الإنسان لتراثه وجهله له من خلال اختبار ينمثل بسؤال واحد هو التالي: "كم تعتقد يبلغ عدد أسلافك خلال 20 جيلاً؟".

لقـد طبقـنا هـذا الاختـبار في بيئتنا العربية فحصلنا على تخمينات تراوحـت بين أربعين سلفاً ومئتي سلف. في حين أن الجواب الحقيقي هو ملـيون سـلف. بل إن عدد الأسلاف يصل إلى مليار سلف خلال ثلاثين جـيلاً. هذا إذا وافقنا على اعتبار عائلات الأسلاف عائلات صغيرة العدد. وهو اعتبار في غير مكانه في بيئتنا العربية.

إن هـذا العـدد الهـائل من الأسلاف لابد له من أن يتضمن قديسين ومجرميـن، عقـلاء ومجانين، شرفاء ومنحرفين وغيرها من التناقضات التـي تجعلنا قادرين على نسبة الشخص إلى قديسين عقلاء وشرفاء. كما تجعلـنا قادرين على نسبة الشخص نفسه إلى مجرمين مجانين ومنحرفين. ففـي خـلاف جيلين لا أكثر نجد في كل عائلة بطلاً يقابله مجنون وقديساً يقابلـه مـنحرف. وكلهـم يملكون نفس الخريطة أو البرنامج الوراثي أو الذاكرة الوراثية.

إلـى جانب هذه الذاكرة الوراثية يملك الشخص ذاكرة النوع البشري التـي أتاحت للجين إفراز المادة التي ساعدته على اختراق البويضة لتبدأ حـياته الجنينـية ومعها ذاكرته الجنينية (يسمع الجنين الأصوات ويمص إصـبعه ويكـون مجموعه من الارتكاسات ويحتفظ بها في ذاكرته البدائية لكـي يواجـه بها حياته المقبلة خارج رحم أمه) ثم تبدأ ذاكرته الرضاعية لـدى شـعوره بالاختناق فور خروجه إلى النور. فيصرخ صرخة الولادة لـيدخل الهـواء إلى رئتيه للمرة الأولى وليعاني أولى تجارب قلق الوجود الـذي سيصـاحبه طـيلة حياته ولكنه سيعجز عن استحضار المعلومات المخـتزنة فـي ذاكـرته لغايـة بلوغه سن الثلاث سنوات حين تبدأ اللغة بالـتكامل في إدراكه. فلو طلبنا من أي شخص العودة إلى أعماق ذاكرته ومحاولـة تذكر أقدم حدث يمكنه أن يتذكره فإننا سنجده يقف على مشارف السـنة الثالثة من عمره. ولعله من المدهش أن ذكريات تلك الفترة المبكرة مـن العمـر تأتـي متناسـقة ومنسجمة مع شخصيته الراهنة. وكأن نواة الشخصية قد تكونت في هذا العمر. حتى نشأ تيار نفسي يدعو إلى دراسة الشخصـية من خلال أقدم الذكريات التي تستطيع استحضارها. لكن ذاكرة الإنسـان لا تواصـل تطورهـا المنـتظم منذ سن الثالثة بل هي تتعرض لنسـيانات عديـدة فـي الفترة العمرية الممتدة من 5-8 سنوات (وهذا ما يدعوه فرويد بفقدان الذاكرة الطفولي وهو قابل للاسترجاع).

وتبدأ ذاكرة الشخص بالمعنى المألوف لتسجل تجاربه الحياتية وتفاعله مـع محيطه بالسلب وبالإيجاب. فتتكون الذكريات بمعناها التقليدي وبأثر ذاكـرة النوع يميل الشخص لاستحضار ذكرياته الإيجابية ولنسيان وكبت السلبية منها. هذا ويتفق كافة علماء النفس على أن مواجهة الشخص بذكرياته السلبية هو نوع من أنواع الوحشية (يدعوه فرويد مثلاً بالتحليل الوحشـي) فالشـخص لا يتحمل هذه المواجهة إلا إذا وضع الأمور في سـياقها الذي يبرر حدوثها. أما العالم بيار مارتي فإنه يعتبر أن اللاوعي (ذلك الجزء المكبوت من الذاكرة) هو معادل الحقل الألغام وأنه ليس من مصـلحة المـتعالج أن يجـول معالجه بين هذه الألغام فينفجرها له دون واعـي ودون ضـرورة. من هنا يدعو مارتي لاقتصار تركيز المعالج علـى مسـاعدة المـتعالج علـى تفكيك الألغام فقط في المنطقة المتعلقة باضطرابه من لاوعيه.

ويـبقى السـؤال كـيف يكوّن الإنسان مفهومه للآخر؟ إن الرضيع يكتشـف فـي سـن معدله 5 أشهر أن قدمه تنتمي إلى جسده. ويتم هذا الاكتشـاف أثر حركة عشوائية تصطدم من خلالها يده بقدمه. وكم يسعد الرضـيع بهـذا الاكتشـاف فيقضي أوقات طويلة يتمتع باللعب بأصابع قدمـه. ثم يمضي لاكتشاف بقية جسمه تدريجياً. فإذا ما تم هذا الاكتشاف أدرك أن جسد أمه لا ينتمي إليه وإن أمه هي شيء آخر بالنسبة له وبهذا يـبدأ الطفـل بتكوين مفهوم "الآخر" ويكون ذلك أيضاً في حدود الثلاث سنوات من عمره.

علـى هذه الأسس يمكننا القول بأن لكلّ شخص عدة خيارات قدرية. فقـدره مؤلف من مجموعة الخيارات المعيشية المتاحة له والتي تحددها شروط وراثته وظروف حياته. إن هذا التعريف يجمع بين الجبرية وبين الاختـيارية. إذ نلاحـظ من جهة أن لا خيار للإنسان في تحديد خياراته المعيشـية. إلا أنـه مـن جهة أخرى حر في انتقاء واحد من الخيارات المـتاحة له. انطلاقـاً من اعتبار أن الشخص يحمل في طياته الوراثية خـيارات محـددة لا يكـون مجبراً في معايشتها جميعاً فهو قادر على الانـتقاء مـن بيـنها. فـإذا ما أساء هذا الاختيار أمكن للعلاج النفسي مسـاعدته. هكذا فإن تعرفنا إلى التراث الفردي للشخص يجعلنا قادرين علـى مسـاعدته ولكـن أيضاً على تدميره بوحشية. فلنتخيل ماذا يكون مصـير هـذا الشـخص إذا ما أخرجنا له فضائح أسرته وعرفناه على أسـلافه المنحرفين والفاسدين متجاهلين أسلافه الصالحين والشرفاء. ثم عدنـا فنقيـنا في ماضيه الشخصي فواجهناه بكل مكبوتاته السلبية دفعة واحدة. ثم أوحينا له بانتقاء أسوأ خياراته المعيشية؟

إن هـذا الأسـلوب معـتمد في علم النفس السياسي. بل إن تطبيقه يـتخطى الأفـراد إلـى مجتمعاتهم وإلى الأمة التي ينتمون إليها. وهذا تحديداً هو ما فعلته الحركة الاستشراقية بالأمة العربية وبتراثها.

1- في الاستشراق:

إن الـتراث العربي هو الذاكرة اللغوية للأمة العربية. لكن تراث الأمة لا يكـتمل إلا بدراسـتها دراسة أنتروبولوجية اجتماعية معمقة. لذا اكتفى المشـروع الاستشـراقي بدراسـة التراث العربي المدون وهو اختصار يـنطوي على الكثير من احتمالات الشطط وسوء التفسير. خصوصاً لجهة نسـبة هذا التراث إلى الأمة ولغتها ليكون عربياً أم نسبته إلى الدين فيكون إسلامياً.

ولـو نحن أمعنا النظر لوجدنا أن فترة الذروة الاستشراقية قد تزامنت مـع وقفـة غـورو (قائد الجيش الفرنسي) أمام قبر صلاح الدين الأيوبي وهـتافه: "هـا نحن يا صلاح الدين قد عدنا فانهض من قبرك وحاربنا". فهـلا عدنـا سبعة قرون إلى الوراء من تاريخه لنرى كيف تعامل صلاح الديـن مع الفواد الصليبيين بأسلوب شهم و فروسي بعيد عن انتهاك حرمة الأموات بسبعة قرون من الرقي بعد وقفة غورو.

إن هـذه الرغـبة المحمومـة فـي الانتقام تجمع بين هذا القائد وبين معاصـريه من المستشرقين. فهم يعتبرون فشل مشروع الحروب الصليبية بمـنزلة الظلـم الـذي يسـتدعي الانتقام. فإذا ما تم لهم استعمار المنطقة ترسـخت لديهم مشاعر الاضطهاد المرضية. لذلك اعتمدت استراتيجيتهم فـي تلـك الفترة مبدأ المزج بين الاستشراق وبين التبشير. لتضاف لاحقاً إلى هذه الاستراتيجية مظاهر التسلط السياسي والاقتصادي ومن ثم تفجير كافـة ألغـام الصـراعات التاريخـية المكـبوتة (الأقلـيات والديـنيات والمذهبيات... الخ).

انطلاقـاً مـن هـذه المعطيات لم يعد بالإمكان النظر إلى الاستشراق كمشـروع دراسـي ينضوي على بعض الإنسانية وعلى القليل الأقل من الموضـوعية. فرغـبة الانتقام تجعل الاستشراق عاجزاً عن الانطلاق من الوقائع مروراً بالتحليلات وصولاً إلى النتائج. فالمشروع الاستشراقي كان مشـروعاً جاهز النتائج ومحضراً للحلول الجاهزة بما يجعله محتاجاً إلى سـوء تفسير الوقائع وتحوير التحليلات وصولاً إلى نتائج مجهزة ومقولبة مسـبقاً لتسويق الحلول التي لا تخرج عن فرض أسوأ الخيارات المعيشية المتاحة لأمتنا.

وطرحـنا هـذا ليس تهمة نلقيها جزافاً بل هو طرح موضوعي تدعمه حقـائق ثابتة (يعترف بها بعض المتنورين الغربيين الذين سنسرد موجزاً لآرائهم لاحقاً) أبرزها التالية:

1- إن الاستشراق هو مشروع متكامل محدد المنطلقات والغايات. وبالتالـي فإن أياً من المستشرقين لم يتعامل مع تراثنا تعاملاً فردياً (وإلا كـنا على استعداد لاحترام آرائه مهما اختلفنا معها) وإنما كان هذا التعامل داخلاً في إطار مشروع كلي.
2- كمـا قدمنا فقد كان الاستشراق فعلاً انتقامياً بما يفقده صفات الموضوعية والحياد العلمي والقدرة على احترام النتائج الحقيقية.
3- يـتعامل الاستشراق مع الأحداث التاريخية من خلال تجزيئه لهـا ومـن خلال عدم احترامه مبدأ السياق الزمني للحدث (العودة إلـى الزمـن التاريخـي). وبهـذا فإن الاستشراق يرتكب مخالفة مـزدوجة للمنطق. فالحقيقة الكاملة تختلف عن أجزائها (خصوصاً إذا كـان إدراك هـذه الأجزاء انتقائي بصورة سلبية خبيثة) وهي ليسـت مطلقـة كي نهمل عوامل الزمان والمكان في تعاملنا معها. كمـا يرتكـب الاستشـراق من خلال هذا التعامل، خطيئة التحليل الوحشي لتراث الأمة (وهي خطيئة جرمية على صعيد الأفراد فما بالنا على صعيد الأمم؟
4- يضـع التبشير لنفسه هدف التعاطي مع الدين الإسلامي على أنه أسطورة شعبية ومع المعتقدات الإسلامية على أنها منقولة عـن الـيهودية والمسـيحية. وهو بذلك لا يلغي الآخر كشخص وإنمـا يحـاول إلغاءه كعقيدة. وفي هذا الموقف انتقام سادي قد يكـون مـن حق القوي على الضعيف ولكنه حتماً لا يندرج في خانة الموضوعية التي يحاول المستشرقون ادعاءها.
4- بقيت اللغة العربية والفكر اللغوي العربي عقبات كأداء في وجـه المشاريع الاستشراقية. فاضطر الاستشراق للتعرض لهما فكانـت محـاولات تعطيل اللغة العربية باعتبارها سبباً رئيسياً لـتخلف الناطقين بها. ومن ثم محاولات إبدالها باللهجات المحلية والعامـية. وأيضـاً محـاولات اختراق فكرها وحرفها بدعوات إلغـاء التشـكيل وكتابـتها بالحـروف اللاتينية وتشجيع اللغات المكـتوبة بالحـرف العربي للتخلي عن هذا الحرف... الخ من محـاولات استهداف اللغة ومحاولات اغتيالها ككائن حي يلعب دور الوالدة بالنسبة للأمة.
5- العمـل علـى تجسـيد أهداف الاستشراق من خلال خلق التـيارات والمؤسسـات التـي تحتضـن هذه الأهداف وتؤمن استمراريتها وتفاقمها وصولاً لإرصان مقدمات استعمارية أعمق وأرسخ. تتوافق على هدف نهائي هو اغتيال ثقافتنا.

فكم كان لهذه المشاريع من تأثير على فكرنا العربي المعاصر؟ وإلى أي مـدى نجحت في تحقيق غاياتها؟ وما هي تطوراتها وأخطارها الآنية والمستقبلية؟ ... الخ كلها أسئلة وإشكاليات تحتاج للمناقشة.

2- الاستشراق يفجر الألغام التراثية:

قلـنا إن اللاوعـي مزروع بالألغام وإن تفجير هذه الألغام هو إساءة بالغـة واعتداء وحشي ودفع نحو أسوأ الخيارات. فللأمة كما للأشخاص، لا وعيها الجمعي الذي يؤثر مباشرة في وعيها وسلوكها. فإذا ما تعرض الوعـي إلى أزمات راهنة ومرهقة فإنه يلجأ إلى الحيل الدفاعية للحفاظ علـى توازنه وعلى ذاتيته. في مقدمة هذه الحيل تأتي حيلة: النكوص – التثبيـت. بحيث تلجأ الذات إلى ماضيها بحثاً عن الأزمنة الماضية التي حصلت خلالها هذه الذرات على توازن واستقرار كافيين لترسيخ هويتها وتأكـيد ذاتيـتها. فإذا ما حددت الذات هذه المحطات ثبتتها في ذاكرتها ولجـأت إلـيها وقت الأزمات. لكن هذه التثبيتات لا تكون دائماً مأمونة. فهـذا الـتوغل في الماضي يمكنه أن يفجر لدى الذات ألغام الصراعات المكبوتة فتتحول هذه إلى راهنة. من هنا كان وجوب الحذر والتحكم في هـذه العمليات. وقد يحصل أن يتدخل آخر ويستعرض ويدرس ويراقب ماضـي الـذات ولا وعيها. فإذا كان هذا الأخير إنسانياً وموضوعياً فإن بإمكانـه قـيادة نكوص الذات في الطريق الآمنة. أما إذا كان هذا الآخر وحشـياً (أو جـاهلاً) فإنه يقود الذات إلى تفجير ألغامها اللاواعية وإلى ترهيـن صراعاتها. بما يفقد الذات احتمالات القدرة على استعادة توازنها الذاتـي ومعـاودة تنظـيم نفسها بنفسها. فتتحول هذه الذات نحو التفكك والتفتت وفقدان الهوية.

وإذا كـان الـتراث المدون هو ماضي الأمة فإن لا وعيها هو مزيج مـن لغتها وصراعاتها الداخلية ورغباتها ونزواتها وطموحاتها وفطرتها ومعـتقداتها. وجاء الاستشراق لينقب في ماضي الذات العربية ولينسف تـراثها بشتى الطرق التي من شأنها أن تعيق أي نكوص مأمون ويحول جمـيع نكوصـات الذات العربية إلى غير مأمونة وبالتالي إلى ألغام من شـأنها تفجير جميع الصراعات الداخلية المكبوتة في الذات العربية. مع الإصـرار علـى تحويلها إلى صراعات متجددة راهناً ومعيشة. ولذلك باستخدام مجموعة أساليب منها:

أ- تزويـر النصـوص: ويتم هذا التزوير بصور وأساليب متعددة منها:
- ترجمة نصوص عربية إلى اللاتينية وانتحال مترجميها صفة

المؤلفين. ثم تأكيد المستشرقين الجدد لهذا الانتحال أو محاولة فصلهم الأصل عن الترجمة.

- تحوير النصوص: على غرار تحريف رسالة ابن ميمون ونشرها على شكل رواية باللغة الفرنسية. وقد بلغ هذا التحوير حدود تحويل هذه الرسالة إلى إدانة الحضارة العربية والتنكر لتسامحها مع غير المسلمين.
- إخفاء بعض النصوص بعد سرقتها. ولا حاجة بنا هنا للتذكير بأن غالبية مخطوطاتنا التراثية موجودة في مكتبات أجنبية.

ت- سرقة المخطوطات والآثار عموماً وتهريبها إلى الخارج.

ج- إبراز النصوص التي تعيد إحياء الفتن والتناقضات: مثال ذلك الاهتمام بإخراج وتحقيق ونشر المخطوطات التي تعيد ترهين الصراعات الداخلية المكبوتة في الذات العربية. وتحديداً نعطي مثال مناقشة بروكلمان لحادثة صفين وهي مناقشة اعتمدت مرجعاً انتقائياً يخدم الأهداف المسبقة للمؤلف.

د- طمس الإنجازات الحضارية العربية: يكاد المستشرقون الإجماع على إنكار أية إضافة فكرية أو علمية للحضارة العربية. فالفكر العربي منقول برأيهم عن اليونان. وهم ينكرون فضل العرب في إرساء المنهاج التجريبي في العلوم وإضافاتهم الفلسفية والفلسفية – اللغوية إلى التراث الإنساني. وهم لم يعترفوا إلا مؤخراً بأسبقية ابن النفيس في اكتشاف الدورة الدموية. وهم إذا ما وجدوا أنهم مضطرون للاعتراف بإنجاز عربي ما فإنهم يعودون ليركزوا بإلحاح على الصفات التي تبعد صاحب الإنجاز عن عمليات النكوص –التثبيت المأمونة. فيجدوه إما ذي أصول غير عربية وإما مشكوك بأخلاقه أو بانتمائه الديني والمذهبي إذا اقتضى الأمر. وكأن التنقيب في هذه المواضيع أهم من الإنجاز نفسه.

هـ- أحادية الأحكام: ينطلق الاستشراق من مبدأ الدراسة وحيدة الاتجاه. فالحوار مع الآخر مرفوض. فهذا الآخر مجبر للتعامل مع هؤلاء الدارسين وفق المقاييس التي يحددونها هم. والتي تعتبر قيمهم مقدسة غير قابلة للنقاش وكل ما يعارضها من قيم الآخر هو في حكم الشذوذ.

و- تشجيع اللبس في تفسير الصراعات الداخلية للذات العربية.

ز- إنكار النصوص والمعطيات التي يمكنها أن تدعم الذات العربية وتساهم في دعم توازنها. وصولاً إلى اعتبار التعاليم الإسلامية بمنزلة الوضعية. كمقدمة لإنكار التراث كله واعتباره عاجزاً عن الصمود في الزمان. وهو اعتبار يشكل خطوة على طريق نسف أي محاولة تكامل بين التراث وبين الحداثة.

لكن النكوص (العودة إلى التراث) ليس بالحيلة العقلية –الدفاعية الوحيدة. إذ تملك الذات وسائل دفاعية أخرى للحفاظ على هويتها عن طريق استعادة توازنها وإعادة تنظيمها. وعندما تأكد لأصحاب هذه المشاريع فعالية هذه القدرات الدفاعية (البديلة للنكوص) لجئوا إلى العبث بلا وعي الأمة وبعناصر توازنه بما يؤثر على استقرار الذات وتوازنها.

3- العبث بلا وعي الذات العربية:

قلنا إن وعي الأمة يتخطى تراثها المدون إلى مجموعة العناصر المكونة للعقل العربي وهي نفسها العناصر التي كانت وراء إنتاج تراثها الحضاري. من هنا فإن تشويه التراث لا يكفي وحده لتشويه هذه العناصر ولدفع الذات العربية نحو الشك بعقلها. من هنا كان التركيز على العناصر التالية:

أ- اللغة العربية: هذه اللغة التي مثلت أداة صنع الحضارة العربية وقناة تكريسها تاريخياً. بل إن هذه اللغة لا تزال محافظة على شبابها وحيويتها وأصالتها عبر تاريخها الطويل. لذلك كان العمل جاداً لإقرار خطط مدروسة لتشويهها وربطها بالتخلف العربي الراهن بهدف تحويل هذه اللغة إلى مجرد فولكلور.

ب- الصراعات الداخلية: إن الدراسة التاريخية المفصلة للتراث العربي تتيح للدارسين التعرف إلى نواة الصراعات الداخلية للذات العربية وإلى آثار هذه الصراعات في تفكيك الذات العربية. مما يجعل من السهل إعادة تفجير هذه العلائم التفككية –الفصامية عن طريق إثارة مشاكل الأقليات (الطائفية والمذهبية والعرقية والقبلية) في العالم العربي.

ج- التعويضات المستحيلة: تعتبر الرغبة من الدوافع الرئيسية الموجهة لسلوك الذات والمساعدة على تحقيقها لتوازنها. فإنجاز الرغبة يشكل كفاية للذات. من هنا فإن المشاريع الاستعمارية تغذي كافة الرغبات العربية غير القابلة للتحقيق وتستخدم هذه الرغبات المضخمة لكبت ومحو الرغبات الموضوعية القابلة للإنجاز والتحقيق وإعادة الثقة للذات العربية تالياً.

د- النزوات الفردية: النزوة الجماعية هي تعريفاً نزوة متسامية الأمر الذي يعقد استغلالها ويجعله صعباً. وكلما تجزأت هذه النزوة تدنى موقعها في سلم التساميات. ومن هنا تشجيع النزوات الفردية، من قبل الاستعماريين، ودعمها بهدف استغلالها في الأوقات المناسبة.

هـ- الإحباطات: على ضوء الوقائع المعروضة أعلاه تأخذ الطموحات طابع التعويض. وكلما زادت الإحباطات كلما بعدت الطموحات عن الواقعية. وهكذا فإن إفراغ الطموحات من موضوعيتها يمر بتعريض الذات للإحباطات المتكررة.

و- المعتقدات: وهي الأصعب منالاً لأنها تظل فاعلة في تحقيق توازن الذات (لأنها تساعدها على مواجهة قلق الوجود ومخاوف ما بعد الموت) حتى بعد إعاقة وتعطيل العوامل الأخرى. فإذا ما حدثت هذه الإعاقة اضطرت الذات للاعتماد كلياً على معتقداتها. مع ما يستتبعه هذا الاعتماد من خضوع كلي –نكوصي لهذه المعتقدات التي تصبح ممثلة وحيدة لهوية الذات. حتى يصبح النكوص الديني دلالة على إفراغ اللاوعي من عناصر دفاعه وعلى رغبة الذات في العودة إلى الصفر (ZERO) هذه العودة التي يشرحها التحليل بأنها معادلة للرغبة في الموت. لكنها تتجلى بالقول: "ليتني لم أولد" عوضاً عن القول: "ليتني أموت".

4- في مواجهة الاستشراق:

رأينا أن مشاريع الاستشراق تتمتع بدعم المؤسسات التي وضعتها وتتداخل مع المنظومات الفكرية –الاستعمارية لتكون مصدراً من المصادر الهامة لمعلوماتها ولرسم المستقبليات وتحديد إمكانية التدخل في توجيه هذه المستقبليات. فإذا ما راجعنا مجمل المشاريع المستقبلية – الاستعمارية وجدنا فيها أثر المعلوماتية الاستشراقية.

في المقابل نجد أن مهمة مواجهة هذه المشاريع ملقاة على عاتق أفراد فكيف يستطيع إنسان فرد –عربي، بظروفه المعلومة، مواجهة مثل هذه المشاريع؟

الواقع المؤسف يدلنا على عجز هؤلاء الأفراد على المواجهة. فإذا ما قلبنا في مكتبتنا العربية وجدنا مجموعة محاولات نقدية للاستشراق. لكننا لا نجد مواجهة نظرية منظمة واحدة للتصدي لهذا الموضوع. فإذا ما راجعنا هذه المحاولات الفردية وجدناها مشتركة في بعض الهفوات والنواقص ومنها:

أ- يعمد الناقد إلى اعتماد الموقف الدفاعي وكأنه يقبل التهمة،

أو مجموعة التهم، التي يوجهها الاستشراق دون مناقشة. حتى يبدو هـذا الموقـف وكأنه اعتراف ضمني بالاتهام. ويزداد هذا الموقف تعقـيداً عـندما تتعلق التهمة بالنواحي الدينية. حيث يصبح الموقف الدفاعـي تهمـة بحد ذاته. فالقضية الإيمانية لا تناقش إلا في إطار المـناظرات الدينية بين الأطراف المعنية. وهي مناظرات خارجية، في جميع الأحوال، عن اختصاص الاستشراق.

ب- يعمـد بعض النقاد إلى الموارية المكشوفة. فيعتمدون في ردهم علـى المستشـرق علـى مـراجع غير تلك التي استند إليها هذه المواربـة توحي للمحايد بأنها هروب وتهرب من مواجهة الحقائق. مثال إن غالبية منتقدي بروكلمان قد اعتمدوا هذا التهرب في ردهم علـى طرحه لحادثة "صفين". فهو قد اعتمد مرجعاً له كتاب "الملل والـنحل" للشهرسـتاني. فلمـا ردوا علـيه اعتمدوا مراجع أخرى وتجـاهلوا مرجعه. حتى بدوا عاجزين عن دفع تهمته القائلة بفقدان العـرب للمقومـات الحضارية (بسبب حادثة صفين كنموذج). في رأيـنا الشخصي إن الرد على هذه التهمة لا يتم بتجاهلها أو بتجاهل مـراجعها ولا بـالانطلاق للدفاع عنها وإنما يأتي الرد باعتبار هذه الحادثـة من الحوادث طبيعية الحدوث كنوع من أنواع اللامعارضة لدى الذات. فهل يمكننا اعتبار الحوادث التالية لقيام الثورة الفرنسية دلـيلاً على فقدان الفرنسيين للمقومات الحضارية؟ أم نعتبر حوادث إيرلـندا دلـيلاً على مثل هذا الفقدان؟ ونسأل عن الفوارق بين هذه الحادثة وبين حروب السبعين سنة والأهليات اليونانية والإسبانية بل نتسـاءل عن حوادث لوس أنجلوس وما تشير إليه من فقدان حقيقي لمقومات التكامل الحضاري؟.

ج- يتـبدى لـنا الاستشراق كأب حقيقي للمشاريع الاستعمارية في عالمـنا العربـي. ولقـد تبدت هذه الأبوة واضحة من خلال فيلبي ولورانـس العـرب. كمـا تبدت حديثاً من خلال الاهتمام بالأقليات لدرجـة الدعـوة لإقامة مؤتمرات تُفجر تناقضاتها بصورة صدمية عوضـاً عن مناقشتها في إطارها الزمني والإنساني بصورة هادئة بعـيدة عن استثارة مشاعر العداء وإلباسها الثوب التاريخي. ولعل فتـيل أزمـة الأقليات المصطنعة قد بدأ اشتعاله مع وعد بلفور. فلو نظر المستشرقون في تراثنا بصورة موضوعية لرأوا أن الحضارة العربـية خلقـت مـناخاً تعايشـياً، مع اليهود خصوصاً، لم تتمكن المجـتمعات الغربـية مـن بلوغـه حتى الآن. دون أن يعني هذا الـتعايش السـماح للأقليات بتنفيذ مشاريع استعمارية تمزق الجسد والذات العربيين.

إن الفـردية المميزة لنقد الاستشراق وعدم تأطير هذا النقد يؤديان إلى عـدم تفـرغ الـنقاد وتصديهم للنقد بأسلوب أقرب للهواية منه للتخصص والإرصان العلمي لمنهجه محددة. وبهذا نصل إلى السؤال:

هـل توصـل نـاقدوا الاستشراق إلى رسم الخطوط العريضة لمثل هذه المنهجـية؟ ونقصـد هـنا علمية واضحة وقادرة على إقناع الحياديين من مثقفي العالم.

فـي واقـع الأمـر إن أي مشروع من هذا النوع يصطدم بجملة فائقة التنظـيم مـن المؤسسـات والجمعيات وبصخرة هائلة من العقول العربية الأسـيرة. هذه العقول التي فشلت في تبني النكوص الديني أو هي اكتشفت سـذاجته كحيلة دفاعية فوجدت الحل بالنكران التام لهويتها تحت مسميات الحداثـة والليبرالـية والإنسـانية والعالمية.. الخ إن التنظيم التكاملي بين هؤلاء وبين المشاريع الأجنبية كان جديراً بوأد أية محاولة لقراءة عقلانية لواقع الذات العربية ولتراثها وللاوعيها. كما كان جديراً بإبراز أي مظهر من مظاهر الأسر العقلي مقصوداً كان أو عن غير قصد.

5- النقد الغربي للاستشراق ولمشاريعه

تشـكل كتابات نعوم شومسكي نموذجاً مثالياً لنقد المنطلقات الفكرية الغربـية التـي كانـت أساس الأفكار المسبقة التي قامت عليها مشاريع الاستشـراق والتبشير وما انبثق عنها من مشاريع الوصاية على شعوب العالم الثالث عامة وعلى الشعب العربي خاصة.

وبالـرغم مـن يهوديـة شومسـكي وانتمائه إلى الدوائر الأكاديمية الأميركـية تمكـن هذا المفكر من تكوين فكر ناقد وشديد الحساسية إزاء اللاعدل. فهو بداية رفض الألسنية السلوكية (شومسكي متخصص أساساً بالألسـنية) واسـتبدلها بالألسـنية التوليـدية – التحليلـية. هذا الرفض والاستبدال التالي له يشكلان دعامة الموقف الفكري لهذا المفكر. فرفض السـلوكية يعنـي بحـد ذاته رفض النموذج الفكري الأميركي (وبالتالي الشـعوب) من خلال التحكم بظروفه الحياتية وصولاً إلى دفعه للاتساق مع نسق القيم الأميركية. هذه النظرية كانت بمنزلة حصان طروادة الذي دخـل مـن خـلال الفكـر الأميركـي إلـى عقول المثقفين وأصحاب الاختصاصات الإنسانية (علم النفس والاجتماع والألسنية... الخ).

لقـد اكتشـف شومسـكي أن اللغات، مثلها مثل الشعوب والكائنات الحـية، تختـلف في بنيتها وفي فلسفتها مما يحول دون تطبيق السلوكية علـيها. هـذا الاكتشاف كان وراء مواقف شومسكي وملاحظاته لاتساع الهوة بين القول والفعل في صفوف المسؤولين والسياسيين الغربيين. بما يتكشف عن خيانة فاضحة للمبادئ الديمقراطية التي ينادون بها.

لقـد كرس شومسكي هذه الآراء بكتابات جريئة هي: "في الحرب مع آسـيا" و "الجبروت الأميركي والمستعمرون الجدد" و "السلام في الشرق الأوسـط" و "نحـو حـرب باردة جديدة" و "قراصنة وأباطرة" و "ثقافة الإرهـاب" و "تصـنيع الإذعـان" و "أوهـام ضـرورية" و "إعاقـة الديمقراطـية". ولقد احتوت هذه الكتب على إدانات صريحة موضوعية لتـناقض الفكر والممارسة في السياسة الأميركية حيث تستخدم الولايات المـتحدة تفوقها العسكري بلا رحمة من أجل حماية مصالحها واستدرار مغانم شتى.

وإذا كانـت مواقـف شومسكي مواقف سياسية مباشرة وراهنة فإننا نجـد فـي المقـابل نقـداً منهجياً للدراسات الاستشراقية. ومن أهم هذه المواقـف كتاب "النظر غير المتساوي" للمؤلف الفرنسي آلان لوبيشون. إن المـنطق الفكري المعتمد في هذا الكتاب يقوم أساساً على مبدأ احترام تمايـز الآخر. والاعتراف بهذا التمايز هو بحد ذاته ناجز بالآخر. بداية يعـترف المؤلـف أننا أصحاب نظر غير متساو. فالنظر لا يتساوى بين البشـر لأنـه أساسـاً نظر مختلف ما دام صادراً عن مرجعيات ثقافية مخـتلفة. لكـن الفكـر الغربي لا يقر مبدأ التمايز إذ يقول بوجود نظرة متسـاوية واحـدة (هـي نظـرته بالطبع) وفي سبيل ذلك فهو يعمد إلى اختـزال الـنظرات الأخـرى حتى يرى فيها نظرته هو. ولتدعيم آرائه يـنكص لوبيشـون إلى حادثة مقتل هابيل على يد قابيل، وذلك في إطار نظـري يتشـابه إلى حد بعيد مع تناول عالم النفس المجري سوندي لهذا الموضـوع. لكـنه يختـلف مع سوندي من حيث استخراج دلالات هذه الحادثـة. ففـي حين يرى سوندي أن الحياة النفسية للشخص هي ميدان صـراع بيـن الميـول القابيلية والميول الهابيلية فإن لوبيشون يرى أن المـوت هو أصل المعرفة. إذ إن قابيل لم يتعرف حقاً على أخيه إلا بعد أن قتله.

وهكـذا يسـتنتج لوبيشون أن الموت هو أول أشكال المعرفة. وهو يـنطلق مـن هـذا الاستنتاج إلى القول بأن الصلات القاسية بين الموت والمعـرفة هي صلات لم تنعدم قط في تاريخ البشرية. وهو يجد في مبدأ التشريح نفسه، وفي عمليته المادية، واحداً من وجوه العلاقة بين الموت

والمعرفة. ولكن ما هو التشريح برأيه؟

التشـريح هو وضع الإنسان قيد المراقبة والتفتيش والتفكيك في وضع تجمـيدي لـه. علـى أن تقـوم مسافة بين المراقب الدارس وبين الآخر (موضوع التشريح). بهذا التعريف يجد لوبيشون أن وضعية التشريح هذه هـي الوضـعية الأساسـية التـي قامت عليها الفلسفة العقلانية الوضعية (المـتحدرة مـن فلسفة الأنوار) لاسيما "علوم الإنسان" التي تفرعت عنها الأنتروبولوجـيا. فهـذه العلوم لم تكن لتنشأ لو لم يتعرف الأوروبيون إلى الـثقافات الأخـرى ولو لم يعترفوا بوجودها. ثم يعمد المؤلف إلى التمييز بين فئتين من الجمود المؤسس: 1- جمود المراقب و 2- جمود الموضوع: وهو يتجلى في علم الأنتولوجيا حيث يدرس الإنسان البدائي على أنه جامد جمـود الـتاريخ. كمـا يـتجلى فيه جمود المراقب من خلال ابتعاده عن الاتصال بالموضوع.

هـذا الجمـود يكمـن في أساس دعوة لوبيشون إلى ضرورة إجراء مـراجعة شـاملة لكافـة العلوم الإنسانية. وذلك وصولاً للدعوة إلى إقامة "علوم إنسانية متبادلة" إذ إن اقتصار هذه البحوث على أعمال غربيين، في بيـئات غريبة عليهم، يجعل منها مواضيع شك. وهنا يسجل المؤلف بعض القـناعات التي سبق له تجسيدها بمشاركة "امبرتو إيكو" في تأسيس المعهد عبر الحضاري.

إن آفـاق هذا الكتاب تلتصق بطابعه الإنساني العام. إذ يؤكد على أن العلـوم الإنسانية لا تقوم لا من خلال وجود الآخر واعترافنا بهذا الوجود. وهو قد جسد أساليب هذا الاعتراف على النحو الآتي:

1- أقام لوبيشون في العام 1982 وحدة دراسية خاصة بـ "أنتولوجيا فرنسـا" على أن تتألف هذه الوحدة من باحثين من العالم الثالث. وهو قـد وضـع بذلك حداً لاحتكار النظر الغربي على العالم (وهو احتكار يدوم منذ قرون) فماذا كانت النتيجة؟

كانـت رؤيـة باحثـي العـالم الثالث شبيهة بتعليقاتهم على المجتمع الفرنسي. وهي لم تكن متحفظة كما هي الحال تعليقات الباحثين الغربيين.

2- اسـتقدم لوبيشـون باحثين صينيين لدراسة الإيطاليين فظهر جلياً اختلاف النظرة وعدم تساويها.

6- نقد الاستشراق والمزاوجة الفكرية:

إن تداخـل العلـوم الإنسـانية بعضـها بالبعض الآخر واتحاد بعض فـروعها يدفعـنا للمقارنـة بيـن الأنتولوجيا (وما احتوته من الدراسات الاستشراقية التي حددت موقفاً مسبقاً من العرب) وبين علم النفس. إن هذه المقارنـة تظهـر تطابقـاً لافـتاً بين أزماتها وخاصة لجهة عدم اعتراف الفـروع الغربـية بالآخر. بما يستتبع الاستنتاج بأن الفكر الاستشراقي لا يزال مهيمناً على كافة فروع العلوم الإنسانية المعاصرة. بالرغم من نشوء عـبر الحضـارية في بعضها. ذلك أن عوائق عديدة تحول دون اعتراف الغـرب بالآخـر (مصالحه وتحقيق مغانمه –راجع شومسكي). كما توجد عوائق أخرى مصدرها النمطية الغربية لمثقفينا. فصحيح أن هنالك باحثين غربيـين على نمط شومسكي ولوبيشون ولكنهم عاجزون عن تغيير نظرة الجمهـور للآخـر. وتكفينا هنا صورة "العربي القبيح" في وسائل الإعلام الغربـية. الأمر الذي يوقع مثقفينا في مجموعة من المآزق إذا هم حاولوا إبراز وضعيتهم كآخر. من هذه المآزق نذكر:

أ- الأسـر العقلي: إن عقول بعض الباحثين العرب المتخرجين من الجامعـات الأجنبـية تبقى أسيرة النظرة الأجنبية بحيث يصعب عليها تخطي هذا الأسر.

ب- مشاعر الذنب: الناجمة عن صورة العربي القبيح والتي تهيمن على عقول بعض الباحثين وتضعهم في مأزق يجب الخلاص منه.

ج- نقـص الخبرات: الذي يحول دون توجه الأكاديمي العربي نحو البحـث العلمـي المـنظم. لأنـه مدعو للممارسات العملية لسد هذا الـنقص. مـع مـا يـرافق هـذا النقص من عدم وجود الميزانيات والإمكانيات اللازمة للبحث العلمي.

هـذه الأسـباب هـي مجرد عينات للمآزق التي تحول دون تمكين باحثيـنا من المزاوجة الفكرية بين وضعيتهم كآخر وبين استعداد مفكرين علـى طـراز شومسكي ولوبيشون لدعم هذه الوضعية ومساعدتهم على إبـرازها. حـتى التزموا بحدود ترجمة فكر وكتب مثل هؤلاء المفكرين ولكـن دون أن يجـرءوا على مجرد تقليدهم. فمحاولة تقليد هؤلاء – بل مجـرد ذكـر أفكارهم دون التنويه بمصدرها الغربي تواجه قمعاً متعدد الأصـعدة تمارسه المؤسسات والجمعيات التي تخدم مبدأ اختزال الآخر وتقـزيمه فـي عالمية الفكر الغربي المفروضة فرضاً والتي تتواجد في مجتمعنا العربي تحت مسميات مختلفة وتستتر وراء أقنعة متنوعة.

مـن هـنا القول بأن الاستشراق لم يعد مجرد تجميد الإنسان العربي فـي الـزمان ودراسة تراثه بصورة تهتكية وهو محروم حق الدفاع عن الـنفس. بـل إن الاستشـراق فرض مواقفه المسبقة على الآخر وقزمه اسـتعداداً لابـتلاعه وتذويـبه في مجموعة من المشاريع المتطورة التي تسخر كافة العلوم الإنسانية الحديثة لخدمتها.

إن مواجهة هذه المشاريع تنطلق من الخطوط العريضة التالية:

1- إن لكل إنسان معاصر حوالي المليار سلف خلال ثلاثين جيلاً. وهو محمل بالخصائص الوراثية لأسلافه. لذا فإنه من العبث محاولة تذويـب هـذا الإنسان في أنماط سلوكية وفكرية وفي خيارات قدرية تتعارض مع الخيارات المتاحة له.

فاخـتلاف خـياراته القدريـة يجعلـه "آخر" متكامل وغير قابل للذوبان.

2- إن اللغـة العربـية هـي الشـيفرة التي تنظم لا وعي الإنسان العربـي أو على الأقل فهي الوسيط المفصلي لإعرابه عن مكنونات لا وعيه. لذلك فإنها متفوقة كغاية كي يعتمدها كلغة تعليم مهما كانت تهـم القصور الموجهة لها. أما اللغات الأخرى فهي بالنسبة للإنسان العربـي مجـرد أدوات للاتصـال بالآخـر وللاطلاع علـى ثقافته والاستفادة منها دون التخلي عن الخيارات العربية الخاصة.

3- إن الجمهـور الغربـي المتنور منفتح على الآخر لكنه لا يرى أمامه سوى الصورة القبيحة التي رسم الاستشراق ملامحها. من هنا الـتقدير الفائق للكتابات الأجنبية حول التراث العربي وأحدثها كتب الأسـتاذ الدكـتور سليم عمار حول ابن سينا وابن الجزار الصادرة بالفرنسية.

4- بمـا أننـا عاجـزون عـن تغيير تراثنا الكروموزومي وعقلنا العربي (المبني من مجموعة الخيارات التي تتيحها لنا وراثتنا) وبما أنـنا مدركون لأهمية تراثنا الحضاري المدون فإننا لا نستطيع قبول أي مشـروع وأية حلول تتعارض مع هذه المعطيات. لذا فإن موقفنا من الحضارة المعاصرة هو الإقبال على كل ما هو إنساني (مشترك بيـن البشر) فيها مع الإصرار على تعديل كل ما هو خاص بالآخر. لأنـنا بذلـك نحترم خصوصية الآخر ونستوعب فرادته بما يساعدنا على اكتشاف ذاتنا وتكريسها كآخر.

5- علينا إيجاد معايير ثابتة لتقييم فعالية الحلول الجاهزة المقدمة لنا كأفراد وكمؤسسات وأحياناً كدول. وبناء عليه علينا رفض كافة الحلول التي لا تراعي خصوصيتنا ولا تعترف بنا كآخر.

الحجـــاب وشرعيتـــه فـي بلـــد علمانـــي – فرنســـا (من منظـــور التحليـــل النفســـي)

أ.د. عدنـــان حـــب اللّـه – رئيـس المركـز العربـي للأبحـاث النفسيـة والتحليليـة / لبنـان

بـــريد إلكترونـــي : ahabalah@idm.net.lb

كـثر اللغط في الفترة الأخيرة حول الحجاب وشرعيته في بلد علماني (فرنسـا)، إلـى درجـة أصبح معها أشبه بعلم يرفع على مؤسسة ليؤكد هويـتها، وطاول اللغط المجتمع الفرنسي بكل طبقاته المفكرة، مع محاولة التوفـيق مـا بين حرية الرأي ومنع الحجاب. إذا نظرنا إلى المسألة من **الناحية السطحية**، نتساءل ماذا حدا بهؤلاء الناس حتى يختلفوا على قطعة قمـاش تغطـي الشـعر وجـزء من الوجه. ولكن، إذا نظرنا من **الناحية الرمـزية**، يتبين لنا أن الحجاب يحمل في طياته تطوراً كبيراً في الموقف من الحضارة الحديثة، ومادة صراع لم نشهده في السابق في تاريخ فرنسا الحديث. **ظاهـرة الحجاب** وان بدت محصورة في فرنسا، إلا أنها أصبحت شـبه عالمية تطاول البلدان الإسلامية بدرجة أولى. ونراها قد ازدادت في مصر وباكستان وفي أفغانستان وأخيراً في سورية ولبنان. ولم تتحول إلى أزمـة إلا فـي تركـيا نظراً إلى خيار النظام العلماني منذ عهد مصطفى أتـاتورك. والحجـاب نراه متنوع الأشكال، يراوح في إخفاء معالم جسد المرأة من البرقع الأفغاني مروراً بالملاية السوداء إلى قطعة القماش التي تغطـي الشـعر، وهذا التنوع في تفاصيله يخضع بدرجة أولى إلى تنوع الفقهـاء أكثر من حاجة المرأة إلى إخفاء جزء من جسمها، إلى درجة أنه يمكـن معـرفة انتماء المرأة إلى مذهب أو إلى فرقة دينية أو إلى ملة من خـلال نـوع حجابها. **ولا يوجد إجماع بين الفقهاء على نوعية الحجاب** وأي مـنطقة مـن الجسـد يجـب أن تخفى ولا حتى النموذج الذي يجب تصـحيحه. كـل فقيه يفتي بحسب نظرته إلى ما يتوجب وما لا يتوجب، ويضفي بعد ذلك قدسية على ما أفتى به، حتى إذا حاولت أي امرأة تنتمي إلـى هذا التيار، أن تغير من موديل حجابها تصبح ناشزاً، ومخلة بالآداب العامـة. وإذا نظرنا إلى **الظاهرة بشكلها العولمي** نرى أنها **ردة فعل على الحداثـة** تعـبر عن خوف الرجل من المرأة وجنسها، وخوف المرأة من نظـرات الـرجل، وهذا يتطلب بحثاً عميقاً كنت قد لمحت إليه في كتابي "جـريمة العـنف"، باعتبار أن **أكبر أزمة سيعاني منها المجتمع العربي هـي علاقـته بالمـرأة**. وفي فرنسا، لم يطرح موضوع الحجاب إلا في السنوات العشر الماضية، علماً أن الجالية الإسلامية، وأكثرها من المغرب العربـي، تـتعايش مع المجتمع الفرنسي منذ عشرات السنين من دون أن يطـرح موضـوع الحجـاب كأزمـة. وبعدما تكاثرت أعمال العنف في الضواحي وتكاثر الاصطدام بين تقاليد الشعب الفرنسي ما بين المهاجرين العـرب، انصـب اهتمام المسؤولين والمفكرين على كيفية إيجاد مساحات الـتقاء ثقافي وحضاري بين الطرفين، وكيفية إدماج الأقلية الإسلامية في المجـتمع الفرنسـي. هذه المحاولات لم تنجح إلا جزئياً، وبدت بقع كثيرة مـن ضواحي باريس وبقية المدن الكبيرة أشبه بالغيتو لا تدخلها الشرطة الفرنسـية. واستشرى العداء لدى طبقة جديدة من الشباب المهاجرين ضد المجـتمع الفرنسي، واعتبروا أن الفرنسي لا يحبهم وان على رغم كونهم فرنسيي المولد، لا يتم التعامل معهم بمساواة وعدالة. وتبين للمسؤولين أن عمليـة الإدمـاج Integration غـير ناجحـة وغير متكافئة، ليس لأن المسلمين لا يريدونها بل لأن الفرنسيين في شرائحهم المتعددة غير مهيأين لقـبول الديـن الإسلامي كدين ثانٍ بعد الكاثوليك. والعلاقة مع المهاجرين المغاربـة تمر بمرحلة مخاض، فبعد أن كانت في البداية قائمة على أساس مسـتعمِر لمسـتعمَر ، وبعد أن استدعى المهاجرون للقيام بأعمال لا يقوم بها الفرنسيون، أصبحت العلاقة بعد مرور ثلاثة أجيال، تتطلب **الاعتراف بموقـع جديـد متساوٍ لا تسوده الدونية**. وهذا لم يحصل إلى الآن لأنه ظاهـرة جديـدة تتطلـب إعـادة نظر بالمعتقدات الفوقية المتوارثة من الاسـتعمار الأول. هـذا التفاوت في الموقع الاجتماعي أوجد شرخاً في المجـتمع الفرنسـي، **فبـرز العـداء مـن كلا الطرفين يؤججه صراع حضـارات مـا بين مسلم وغربي** (وليس المسيحي لأن الشعب الفرنسي إجمالا غير متدين وأقول غربياً لما تحمل هذه التسمية من دلالة حضارة انبنـت خـلال قرون، وأدت في النهاية إلى اعتماد معايير إنسانية وتقدم علمـي وتقنـي لم يسبق له مثيل، وقد كلف ذلك المجتمع الفرنسي الكثير مـن الـثورات والحـروب دفع ثمنها غالياً ملايين الضحايا، وأصبحت بالنسـبة إلـيه مقدسات لا يمكن التنازل عنها. ومن أهم هذه الإنجازات حـرية المـرأة وحقوقها السياسية والاجتماعية وبصورة خاصة حريتها بـتملك جسدها - أي باختصار انتزاع هذه الملكية من حق الرجل الذي كـان يـتملكها سـابقاً - وأصبح جسد المرأة في موقع التجاذب ما بين الإغراء واختزاله في موضوعه الجنسي، وما بين ذاتها وشخصيتها التي لا تخـتلف عن الرجل في احترامها وقدراتها الفكرية والاجتماعية وكي تسـتطيع المـرأة قـيادة هذا الجسد والتحكم به يتطلب الأمر منها تربية خاصـة قائمـة على كيفية استعمال حريتها واختيار رغبتها، لا سيما أن المجـتمع الديموقراطـي أعطى فسحة كبيرة لهذه الحرية. وبدا التسامح سـيد الموقـف، لدرجة أن العادات والممارسات الجنسية تبدلت وتغيرت بشكل أكبر مما كان يتوقع. فتعدد العلاقات أصبح شائعاً، والعذرية فقدت قدسـيتها بل أصبحت مانعاً مختزلاً في وظيفته العضوية فقط، والعلاقات المثلية (PACS) أصبحت مشرعة لدى الجنسين على غرار الزواج، لا تثـير الـنفور ولا تسـمى بالانحـراف، كذلك فقدت العلاقات الزوجية قدسـيتها، وبـدت عرضـة لكل المغامرات الجانبية (المسماة بالزنى)، لدرجـة أن قـليلاً من الزواجات الناجحة يصمد أمام الإغراءات، فكثر الطـلاق ليـتعدى مسـتوى الـزواج (3 من 5). وبدا الشبان، وأكثرهم مصـابون **بصدمة الطلاق**، أكثر ضياعاً مما مضى، يتوهون في زمرات ومجموعـات يتقاسـمون الملـذات من خمر ومخدرات وجنس من دون رقيب (داخلي) ومن دون حدود. **ولننتقل السؤال من الهوية الوطنية إلى الهويـة الجنسـية**، أهو ذكر أم أنثى، وما الفارق بينهما بعد أن تبددت الفـوارق وأصـبح التقارب يهدد بالالتباس فلا يعرف الفتى أو الفتاة أهو رجـل أو امرأة. وكما يقول Ch Melmou في كتابه homme gravit sous ص Pervers أمام هذه الرؤية المختزلة **ما هو موقف المسلم الفرنسي**؟ مما لا شك فيه أننا إذا قارنـا نجـد أن **الهـوة قـد اتسـعت** وأصبح من الصعب الطلب من المجـتمعات الإسـلامية فـي طقوسها ومفاهيمها الاندماج في المجتمع الفرنسـي. **فـالخوف مـن الانزلاق** أوجد ردود فعل ارتجاعية كوسيلة لحمايـة نفسها مما تسميه ضياع الهوية والانتماء. فالدين ليس فقط إيمانا وعقـيدة، ولكـنه طقوس وعبادات لحماية هذه العقيدة من الذوبان. وهذا لـيس قصـراً علـى المسلمين، فقد سبقهم اليهود إلى ذلك منذ عشرات السـنين ولكن بشكل منظم أكثر. أضف إلى ذلك عاملاً آخر لا يقل أهمية عـن هـذا الوصف. وهو **موقع الأب**، فالأب الفرنسي فقد أهميته ودوره كمربٍ، وأصبح هامشياً بالنسبة إلى المفهوم الاجتماعي، بل أصبحت

الدولـة وصية عليه، فيكفي أن يصنع ابنه كفاً، حتى يذهب هذا الأخير إلى أول مركـز شـرطة ويقـدم شكوى، وتكون نتيجتها استدعاء عاجلاً من القاضـي، ليفصل الطفل عن والديه ويوضع في حماية الدولة DASS التي تتكفل بتربيته بأصلح مما لقيه من والديه. أي بمفهوم آخر إلغاء دور الأب كمسـؤول أول. كذلـك أن حصـل طلاق يصبح هامشياً لا يحق له لقاء أولاده إلا مـرة كل أسبوعين. ونتيجة لذلك **أصـبح التماهي بالأب لتكوين شخصـية الطفل جانبياً، وبعوضه دور الأم المتضخم**، فيتماهى الطفل بها. ونحـن بحكـم المهنة نعرف أن مثل هذا التماهي يؤدي إلى تكاثر التخنث وضـياع الهويـة الجنسـية، وبالتالي زيادة عدد المثليين إلى درجة انهم أصـبحوا شريحة مهمة في المجتمع تؤثر في الحقل السياسي. في المقابل يعانـي **الأب المسلم الفرنسي** من أزمة وتصدع من نوع آخر يؤثران في بناء شخصية الجيل الجديد. الأب المسلم في المنزل يتمتع بقدسية واحترام وسـلطة لا تقـبل الجدل، حسب تعاليم الشريعة. فمنذ الطفولة يربى الولد علـى حب والده والخوف منه، ومخالفة لا تطاول سلطته فقط إنما تتعدى ذلك لتطاول علاقته بالخالق، ورضا الله هو من رضا الوالدين، وهو على ديـنه إن شـاء أو أبى. وهذا الأب، قاسياً كان أو ظالماً، وان كان له حق علـى الـزوجة ضـمن حدود الشريعة، لا يحق للابن أن ينهره أو يرفع الصـوت عليه، أي أن هذا الرجل بكل حسناته ومساوئه لا يطاوله النقد ما دام يتلـبس دور الأب. فهـو في المرحلة الأولى من الطفولة، يأخذ مكانة الأب المثالـي، ويتهـيأ له أن هذه المكانة التي يتماهى بها عامة، شاملة سـواء في البيت أم خارجه. وعندما يصل الطفل إلى سن المراهقة ويدرك الفـارق ما بين **الأب المثالي والأب الواقعي**، يتبين أن هذا الأب يسقط من قاعدتـه المثالـية بمجـرد أن يجتاز عتبة البيت. فهو يعامل من المجتمع الفرنسـي مـن زاويـة الدونـية، فهو مهمش ولا قيمة له معادلة للآخر الأصـيل. هنا يصاب الشاب بحال صدمة ويكتشف الحقيقة، إن هذا الأب المثالـي هو هذا الأب الواقعي فيصاب بخيبة أمل كبيرة تسبب كسراً كبيراً فـي التماهي النفسي. **فمن ناحية يتماهى بالأب المثالي ومن ناحية أخرى يرفض التماهي بالأب الواقعي** بحسب ما يعكسه له المجتمع نظراً لتهميشه ودونيته. وينتج من هذا الشرخ اتجاهان متناقضان:

الأول ينمـي عـنده العـداء للمجتمع الفرنسي ويحاول الانتقام لوالده بشـتى أعمـال العـنف التي تشهدها ضواحي المدن، ويرفض بالمناسبة التماهـي بالقيم الفرنسية التي عادة تكون امتداداً للأب المثالي. وعلى رغم انـه يرفض صورة هذا الأب الواقعي لا يستطيع التخلي عنه لأنه يرفض نفسه يومياً بحكم علاقته بالمجتمع الفرنسي، فكثير من المسلمين الفرنسيين لا يسـتطيعون أن يحصـلوا على عمل إلا بعد أن يبدلوا اسم محمد باسم بـيار أو فرنسوا، كي لا تكتشف هويتهم الإسلامية فتحول دون الحصول على العمل (هنالك الكثير من الأمثال تصب في هذا المنحى). لذلك نرى الشـاب يتوجه إلى الأعمال المهينة أو الهامشية كسرقة السيارات وتجارة المخـدرات، و أعمال الشغب على أنواعها. وهو في هذا المنحى **يرضي تياريـن يتـنازعانه في ذاته: حب الأب من ناحية وكراهيته من ناحية أخرى**، وكلها تترجم على الصعيد الاجتماعي بإزدواجية في الشخصية : مسـالم مـع أقـرانه ومعـاد للغريب الذي يفترض انه لا يحبه. فتتكون العصابات في الضواحي التي تقلق حياة السكان المجاورين وتعزز صفة العـداء. أمام هذا المأزق النفسي والاجتماعي، يبرز الأب المثالي كسبيل للخـلاص كونـه يمثل كل ما هو تراثي وقيماً تعود إلى الهوية الدينية. الأرض تصـبح خصـبة لكل صاحب دعوة أصولية، من دون أي قدرة علـى التمييز لأن الاين لا يعرف شيئاً لأنه يجهل العربية. **والعودة إلى الديـن بالنسـبة إلـيه خشبة خلاص**، تصالحه مع نفسه **وتعطيه الهوية التـي تنفصـه**. ولا عجب أن لاحظنا أن أكثر النظريات الدينية السلفية تلقـى استجابة لدى الشبان، انطلاقاً من قدوة الأب المثالي: فكلما اقتربنا مـن الأصـل نقترب من المثال الأعلى. ويظهر **الحجاب** في هذا المناخ **كرمـز تتناوـله المـرأة لكـي تعلن هويتها ومحاولة لتنفذ والدها من الإهانـة**. فـإذا حافظت على شرفها وعلى كرامتها فليس ذلك إلا حفظاً لشـرف الأب وكرامـته. فالحجـاب يأتـي في هذا السياق، تعبيراً عن رفضـها مـا هـو سـائد وتأكيداً على التزامها هوية مغايرة. فهي تريد بالدرجـة الأولـى إبعاد جسدها عن حلقة التجاذب الإغرائي، لأنها غير مهـيأة بحكـم التربية وغير ضامنة للنتائج السليمة. ولا تتحمل نظرات الـرجل إذا مـا برزت محاسنها، وإذا ما عبرت عن رغبات تعريها من ثـيابها، وقـد مر معي الكثير من الحالات لنساء جميلات، يقررن التزام الحجـاب بعدما شعروا باشمئزاز من نظرات الرجال المعرية، وبعضهن علـى أثـر حلـم يظهر به شيخ جليل، ولي أو وصي أو إمام، يأمرهن بالـتزام الحجـاب. وهذا ما يؤكد دخول الأب المثالي إلى اللاوعي لكي يظهـر في الحلم في أشكال رمزية. فالنداء يأتي من مكان آخر لا سلطة للإبنة عليه يأسرها فتمتثل، لأنه يكون سبق ذلك ابتعاد جعلها في صراع مع ذاتها - لا سيما أن النظام البنيوي هو نظام بطريركي. من هنا يتبين أن الحوار ما بين الداعين إلى الحجاب وما بين المعارضين في المجتمع الفرنسـي، هـو **حـوار طرشان: علمانية توناليتارية وهوية ارتدادية**. والخوف من الحجاب، أن يحجب الصراع الداخلي المتأجج بين الطرفين ويؤدي في النهاية إلى **هوية فرنسية معاكسة ارتدادية**.

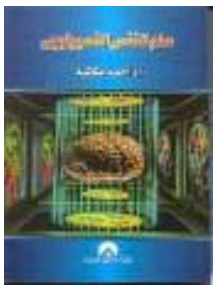
الحرب النفسية على العراق

أ.د. محمـد أحمـد النابلسـي - لبنـان

www.arabpsynet.com/Books/Nab.B31

علم النفس الفيزيولوجي

أ.د. احمـد عكـاشـة - مصـر



www.arabpsynet.com/Books/Okasha.B2

وهـــم اللاوهـــم ... الوهـــم الأكبـــر

أ.د. يحيـــى الرخـــاوي – أستـــاذ الطـب النفسـي / مصـــر

بـــريد إلكترونـــي : yehia_rakhawy@hotmail.com

كنت مستغرقا في قراءة هذا الكتاب «وهو مترجم بأناقة ودقة بالغتين (د. فاطمة نص) ضمن سلسلة إصدارات «سطور». وفي نفس الوقت كنت أقوم بمهام ثلاث ارتبطت بالصدفة بهذا الملف الذي بين أيدينا في هذا العدد.

المهمة الأولى عن «مفهوم أحدث للصحة النفسية» مما دعاني إلى إعادة مواجهة الأوهام التي يروجها المخدوعون من العلماء من ضحايا شركات الدواء عن علم اسمه السعادة، والتي تسوقها مراكز أبحاث لترويج البلادة تحت عنوان الصحة، الأمر الذي يستلزم أن تُبَرمَجَ عقول الأطباء لتكون مهمتهم الأولى هي ملء خزانة تلك الشركات (الثانية بعد شركات السلاح في تسيير السياسة في العالم).

المهمة الثانية فكانت دعوة لتطبيق «المنهج العلمي في الحياة اليومية» حيث أعدت اكتشاف الأوهام المحيطة بتقديس كثير مما يسمى المنهج العلمي.

المهمة الثالثة فقد استلزمت مراجعة التاريخ الأحدث لما يسمى «العلم المعرفي» الذي أعلن هرطقتين مثاليتين اعتبرتا تجديفا في «دين التفكير المنطقي الخطّي الرمزي»، وكذلك في: «دين العقل الوصي الظاهر (الهرطقة الأولى: التفكير ليس بالرموز فحسب. والهرطقة الثانية: المعرفة ليست فقط في الدماغ. تعبير هرطقة ليس من عندي.).

هكذا وجدتني محاصرا بعدد من الأوهام الحديثة لم أعرف من أيها أبدأ. غير أنني فجأة نظرت في أوهامي الشخصية، فانتبهت إلى حتى في التمسك بها رغم كل شيء!! ما الحكاية؟ من هنا جاءت فكرة المقال.

▪ الوهم، والحلم، والخيال، والإبداع

لابـد أن نفـرّق ابـتداءً بيـن **الاستعمال الشائع** للفظ ما، و **الاستعمال الموضوعي والاستعمال المغرض**، لنفس اللفظ.

الاسـتعمال الشـائع لكلمة «**الوهم**» يشير إلى المعتقد أو المُدرَك الذي يفيد ما هو غير حقيقي، وكأننا نعرف بوضوح تعريفا جامعا مانعا لما هو «حقيقـي» بمـا يسمح لنا أن نعدّ وهما ما هو «ليس كذلك». والاستعمال الشائع للفظ **الخيال** يشير إلى أنه النشاط الفكري الذي يتجاوز التفكير الذي يعـرّف عـادة بأنه «حل المشاكل»، فالخيال ـ بصفة عامة ـ هو نشاط غير مـلـتزم بالتوجه إلى استكمال لُعبه بالتجمع في تركيب جديد (الخيال بما هو كذلك، ليس مُلزما بإكمال المسيرة إلى ما هو: إبداع).

والاسـتعمال الشائع للفظ «**الحلم**» يشير إلى ما يحدث أثناء النوم مما قـد نلـتقط بعضـه عفوا قبيل اليقظة، فنصيغه ليعوّضنا ما لا نجرؤ على صـياغته أو مواجهـته في يقظتنا الكاملة، وهو (الحلم) يقوم بإعلان بقية مواقـف وجودنـا (ثم إنه إذا أضيفت إليه صفة اليقظة، «حلم اليقظة» فإنه يشـير إلـى ضرب من الخيال.) كل ذلك يحتاج إلى مراجعة على الوجه التالي:

الوهـم ليس كله ضد الواقع، ولا هو غير الحقيقي، فهو **حقـيقةٌ نفسيةٌ مصنوعةٌ**، ومفيدةٌ أحياناً، بل وضرورية في كثير من الأحيان.

والخـيال لـيس لعبا حرا صرفا، بل هو **تخطيط بديل**، حتى لو لم ينته لتوه إلى حل لمشكلٍ أو تخليق إبداع.

والحلـم ليس هو ما نحكيه بعد يقظتنا، ولا هو حلم اليقظة الخيالي. **الحلـمُ وعـي آخـر**. هو واقع ممتد إلى ما بعد اللحظة الراهنة المعروفة لوعـي الـيقظة، لـيس بغرض التأجيل في مزاعم مستقبلية، وإنما بمعنى معايشـة إرهاصات استكمال مسيرة التطور والنمو. يحدث هذا في النوم، واليقظة، والثورة، والإبداع على حد سواء.

▪ حق التأجيل، وحق العمى

لا يمكن بداهة أن أتناول كل هذه المُراجعات بالتفصيل في هذا الحيز المحـدود، فأكتفي بأن أشير ابتداء إلى أننا يمكن أن ندافع عن الحق في الحلـم، والحـق فـي الخـيال، باعتبار أن الأول «واقع آخر»، والثاني «تمهيد للإبداع»، ولكن هل يمكن أن يكون ثَمّ حق في الوهم؟

الإجابـة هي بالإيجاب. نعم: من حق الإنسان أن يعتقد، بل ويؤمن، بغـير الحقـيقة، بـل إنه ليس حقا فقط، بل قد يكون هو السبيل الوحيد للـتوجه الجاد المثابر نحو الحقيقة. لا أحد يصل إلى الحقيقة، ولا يمكن لأحـد أن يقترب منها إلا إذا مرّ بسلسلة من الأوهام، يقشّرها الواحد تلو الآخـر، وهو يتعري بشجاعة عشاق الحياة ممن قرروا خوض تجربتها، فيقـترب أكـثر، كلمـا قشّر أوهامه المشروعة أكثر، لكنّه لا يصل أبدا إليها.

شروط الوهم الإيجابي

نحـن نـتكلم الآن عـن مسيرة الأفراد على طريق النمو والتطور، وحتهـم المشـروع في الأوهام، ولا نتكلم عن تشويه الجماعات بالإيهام المصـدر مـن متاجر الاستغلال والاستعباد والاغتراب. الوهم ضرورة نمائـية للفـرد فـي أي من مراحل نموه، وهذا شيء آخر غير الأوهام المفروضـة من خارجه لأغراض مشبوهة. يكون الوهم حقا دفاعيا للفرد إذا توفرت فيه الشروط التالية:

1- أن يكـون تلقائـيا نابعا من احتياج الفرد في مرحلة معينة من مراحل نضجه.
2- أن يكـون عـائده لصالح استمرار الفرد (متكيفا مع من حوله، منتجا لاحتياجاته، مواصلا لمساره).
3- أن يكـون الفـرد غير واعٍ بحقيقته الأعمق (حيث جذوره هي راسخة في اللاوعي أساسا).
4- أن يكـون الفـرد مقتـنعا هو شخصيا بحقيقة ظاهر هذا الوهم الغائر

5- أن يكـون هـذا الوهم احتمالا واردا عند كل، أو معظم، الناس الذيـن يمرون بمثل مرحلة النضج هذه. (6) أن يكون مرحليا، بمعني أن يرتـبط عمـره الافتراضي بأداء مهمته الدفاعية، في تلك المرحلة فقط.

مقاومة مشروعة

لا أحـد مـنا يـريد أو يستطيع أن يتصوّر أنه يمكن أن يبني وجوده وتماسـكه على أساس خاطئ مهما قدّمنا تبريرات لذلك، خذا المثل العامي الـذي يقول معناه «لو أعادوا توزيع عقول الناس فلن يقبل أحد إلا عقله، ولـو أعـادوا توزيع الأرزاق فلن يرضي أحد برزقه». هذا المثل يفيد أن كـل واحـد يعتقد أنه على صواب مطلق، وبالتالي فحين نلوّح له أنه من الممكـن أن يكـون قـد أوهم نفسه، ولو بما يفيده، ولو بغير وعي، فإنه يرفض عادة، وقد يحتج ويهاجم.

الحاجة إلى الوهم

ألمحـنا حـالاً إلـى أن مواجهة الحقيقة مستحيلة، بقدر ما أن الحقيقة نفسـها مقولـةٌ لا تعدو أن تكون فرضا واعدا لا أكثر. من هنا يمكن فهم لمـاذا يحـتاج الإنسان إلى سلسلة من الأوهام يدبر بها حاله إلى أن يحين الحين الذي يستطيع فيه أن يتحمّل أكثر فأكثر جرعات من الكشف أوضح وأقسـي، أثناء سعيه في اتجاه حقيقة محتملة. هذا هو قانون النمو الأزلي. إن تـاريخ الحـياة كلها ليس تاريخ الصدق أو العدل أو الفكر السليم، إنه تاريخ التأقلم مع المحيط. ومن هنا فإن أي وسيلة تساعد الكائن الحي على الـتأقلم مـع محـيط ما، في زمن بذاته، هي وسيلة مقبولة وجيدة حتى لو كانت ضد الحقيقة، أو ما نتصوره حقيقة.

إن القـبول بطـلاقٍ مرحلـي هو السبيل إلى الوصول إلى نور نسبي، ثم سـرعان ما نكتشف عجزنا عن الاستمرار في تحمل بهر الحقيقة، فنطفئ بعـض أنوارهـا بأوهـام جديدة، حتى نتمكن من مزيد من الرؤية لاحقا، وهكذا.

ولكـن كـيف يتطور الأمر من الوهم إلى التعري إلى المواجهة إلى وهم أرقي، وهكذا؟

...« هـل يعـرف أحدكُمو كيف يضل الإنسانْ؟ كيف يدافع عن نفسه، إذْ يغلـق عينيه وقلبه؟ إذْ يقتل إحساسَهْ؟ كيف يحاولُ بالحيلة تلو الأخري، أن يهـرب من ذاته، ومن المعرفة الأخري، كيف يشوهُ وجه الفطرةْ، إذ يقتله الخوف؟ كيف يخادعُ أو يتراجعْ؟ وأخيرا يفشلُ أن يطمسَ وجهَ الحقْ.. إذْ يظهر حتما خلف حطام الزيف؟.»

هـذا بعض ما كتبتُهُ في مقدمة محاولتي أن أرسم ما يمثل مراحل وأزمات تطـور الفرد، وهو يتراوح بين العمي المشروع والرؤية المؤلمة التي قد تحـتد إلى حد المرض. كان ذلك في أطروحتي الأساسية عن «دراسة في علـم السيكوباثولوجي». بالرجوع إلى نفس المتن، نجد إيضاحا أكثر لهذا الاضـطرار المبدئـي للجـوء إلى الوهم قبل أن يستنفد أغراض المرحلة فتحدث التعرية، ويأهول الرؤية، ثم من جديد. يقول نفس المتن:

«مُـذْ كنتُ وكان الناسْ...، وأنا أحتالُ لكي أمضي مثل الناسْ، كان لزاما أن أتشـكّلْ، أن أصبحَ رقماً ما، ورقة شجر صفراء، لا تصلح إلا لتساهم فـي أن تلقـي ظلا أغبرْ، في إهمالٍ فوق أديم الأرضْ، والورقةُ لا تتفتحُ مثل الزهرةْ، تنمو بِقَدَرْ، لا تُثْمِرْ، فقضاها أن تذبلْ، تسقطْ، تتحللْ، تذروها الريح بلا ذكري. كان على أن أضغط روحي حتى ينتظم الصف، فالصف المعـوج خطيـئة، حتى لو كانت قبلتنا هي جبلُ الذهبِ الأصفرْ، أو صنم اللفـظ الأجوفْ، أو وهج الكرسي الأفخمْ، كان على أن أخمد روحي تحت تراب «الأمر الواقع»، أن أتعلم نفس الكلمات..، وبنفس المعني، أو حتى مـن غـير معـان» (انتهي) ثم تكون الأزمة حين يتعري جزء من الوهم ليواجه الإنسان طبقةً أعمق من جوهر حقيقته، لتصل الأزمة أحياناً إلى ما قد يسمي مرضا، وإن كان ليس بالضرورة كذلك:

« ...تـرتطم الأفـلاك السبعةْ، يأتي الصوت الآخرُ همساً من بين قبور عِفِنَةْ،... يتصاعدُ.. يعلُو.. يعلُو.. كنفير النجدةْ.

وأمـام بقايا الإنسانْ، أشلاء النفس ورائحة صديدِ الكذبِ وآثار العدوانْ، تغمُرُني الأسئلة الحيري:

لـمَ ينشَـق الإنسانُ على نفسهْ؟ لِمَ يحرم حق الخطأ وحق الضعف وحق الـرحمةْ؟ لِـمَ يـربط عقلهْ.. بخيوط القهر السحرية؟ يمضي يقفزُ يرقُدُ يصـحُو.. بأصـابعهمْ خلـف المسرح، ويعيد الفصل الأول دون سواه، حسـب الـدور المنقوش، في لوحِ حجرٍ أملسْ، رسمتهُ هوام منقرضة، فيضـيع الجوهرْ، ويلف الثور بلا غايةْ، وصفيح الساقية الصدِئَة، يتردد فـيه فـراغُ العقـل، وذل القلـب، وعدمُ الشيءْ...، ونضيعْ؟ لكنّ هواءً مـثلوجاً يصـفع وجهي، يوقظ عقلي الآخرْ، ويشل العقلَ المتحذلق، يلقي فـي قلبي الوعي، بحقيقة أصل الأشياء.... يا ويحي من هول الرؤيةْ».

المفـروض أن هـذه الرحلة تتكرر أثناء النمو بانتظام، خلاصتها تقول: «إنه بقدر ما أن الوهم ضروري، فهو مرحلي، إن كان لمسيرة النمو أن تستمر».

كـل هـذا على مستوي الأفراد، بعيداً عن دائرة الوعي (في اللاشعور). هـذه الدفاعات التي تبعدنا عن الحقيقة هي أقرب ما يكون إلى ما يسمي «الحـيل النفسـية Mental Mechanism ومـيزتها (وعيبها أيضا) أنها تحدث خلف دائرة الوعي.

لـو أن أي واحد منا تعمّق قليلا، بشجاعة متوسطة (لا سيما وهو نصف يقـظ) فسوف يكتشف أنه يؤمن بعدد من الأوهام لا يمكن أن يتصور أنه فعـلا يعتنقها، وهو عادة لا يستطيع أن يصرح بها ولا حتى لنفسه، فهي تحفـظ له مـاء وجهه أمام نفسه، وقد تبرر بعض فشله، أو تهدئ سره، حـتى تمكـنه من الاستمرار إلى أن تأتي فرصة أفضل للتعري، والألم الإيجابي ،فالاستيعاب.

سـوف أعـرض فيما يلي بعض الاحتمالات التي يمكن أن يكون داخلُك ـ ـ مثلي عزيزي القارئ ـ ـ يعتنقها دون أن ندري. كل ما أرجوه هو ألا تسـارع بالإنكـار الفوري، وحتى لو سارعتَ بهذا الإنكار الذي هو حقـك، فـأرجو أن تلاحظ أنك قد تتمادي إلى أن تقول «يجوز، قد يكون كـل الناس كذلك، إلا أنا»، لا مانع. إليكَ بعض المعتقدات المحتملة التي لا يبرّئ الكاتب نفسه ـ ـ طبعا ـ ـ من الاعتقاد فيها، وقد تبين له ذلك وهو يضبط نفسه متلبسا ببعضها أو بأغلبها، بفضل مرضاه في الأغلب:

1- كل الناس يحبونني.
2- أنا أحب كل الناس.
3- لا أحد يحبني.
4- لا أحد يراني.
5- أنا وحيد رغم كل هذا.
6- أنا مظلوم لم آخذ حقي كما ينبغي.
7- لو أتيحت لي الفرصة لكنتُ أفضل من ذلك بكثير.
8- لا أحد يحبني إلا لغرض.
9- لا أحد يريدني.
10- لا أحد يراني كما أنا.
11- لا يوجد من يعرفني على حقيقتي.
12- لا شيء يعين.
13- لا يهمني في هذا العالم إلا ما ينفعني.
14- هذا العالم مخلوق لي.
15- هذا العالم لا يصلحُ لي.
16- حتما.. سيتركونني ولا يعودون.«..
17- لا أحد يتألم مثل ألمي.
18- أنا وحدي الذي أعرف الحل.

19- ليس صحيحا ما يظنونه في.
20- إن رسـالتي فـي الحياة هي إصلاح الكون ولو وحدي. (أكتفي بهذا القدر).
[آسـف عزيـزي القـارئ، هذا أنا ليس أنت، «جرّبْ أنت بنفسك، واحدة واحدة، واكتشف من أوهامك ما تشاء، وارفضني كما تشاء.]

التفرقة واجبة

إذا كـان الأمـر كذلـك بالنسـبة للفرد، وكانت مثل هذه الأوهام أمرٌ طبيعـي بالشـروط التـي ذكـرتُها حالا، (أن تكون مفيدة، ولا شعورية، ومرحلية) فهل مثل ذلك يصلح للمجتمع عامة؟ بمعنى: هل تحتاج مجاميع عامـة للـناس فـي مراحل نموها المختلفة أن تعتقد في معتقدات خاطئة، لكنها مفيدة، وربما مرحلية، وهل تمثل الأيديولوجيات عبر التاريخ، وربما بعـض الأديـان (الأرضية خاصة) مثل ذلك أحياناً؟ وإذا كان الأمر كذلك فمـا خطـورة الأوهام الجماعية بصفة عامة، ولماذا نصر على المبادرة بشـجبها، ومحاولـة نزع الأقنعة عنها، والاستغناء عن خدماتها؟ بالنسبة للمجموع دون الأفراد؟

يـبدو أن الجماعات ـ ـ مثل الأفراد ـ ـ قد اخترعوا أوهامهم من واقع احتـياجهم، ومن إفرازات ثقافاتهم المختلفة عبر التاريخ، فكانت الأساطير التـي أدت وظيفـتها بكأروع ما يكون، حتى حلت محلها الأساطير الحديثة الألمـع بريقا، برغم أنها أقصر قامة، وأكثر جفافا، وأكبر غرورا، بعض هذه الأساطير الحديثة هي الأوهام المُعَوْلَمَة المطروحة حاليا، لكنّها بعكس الأسـاطير القديمـة، لم تنشأ من نسيج وعي ثقافة بذاتها، ولم تنضج على إيقاع زمن هادئ قادر على استيعاب احتياجات وعي الناس على مستوياته المـتعددة. إنها أوهام جديدة مُقحَمةٌ لا تتصف بأي صفة من الصفات التي تجعلها آليات دفاعية مثلما كانت الأساطير عند أجدادنا، أو مثل الحال عند الأفراد حتى الآن.

فـيما يلـي محاولة لتمييز بعض الأوهام الجماعية الأحدث (تمييزها عن الأوهام الفردية المشروعة):

أولاً: هي مصنوعة، وليست دفاعات تلقائية.
ثانـياً: هي مفروضة من ثقافة مفتونة بذاتها، سجينة غرورها، ثقافة لا تتميز إلا بقوة أسلحتها، وعلو صوتها.
ثالـثاً: هـي مدعمة بأساليب تقنية حديثة تحافظ على بقائها، بل على دوامها (فهي مغلقة النهاية!!).
رابعاً: هي مفرضة تخدم السلطة التي أصدرتها فقط.
خامسـاً: هـي صادرة عن جزء محدود من الوعي البشري (العقل الظاهر المبرمج) دون سائر مستويات الوعي الممثلة لتاريخ التطور ونجاحات صراع البقاء.
سادسـاً: ثـم إنهـا تبدو لأول وهلة حسنة المظهر والسمعة (تتسمى بكلمـات آسـرة مـثل الرفاهـية، والوفرة، والديمقراطية، وحقوق الإنسان، والسعادة!!).
سـابعاً: هي نتاج عقول فردية مسخرة لغيرها، وليست نتيجة شبكة وعـي جماعي، ثقافي، حيوي، متداخل، متفاعل، حريص على بقاء النوع وتطوره.
ثامناً: هي سريعة الإيقاع منْقَضةُ الإغارة.
تاسـعاً: هـي تـتغذى مـن نفسها لنفسها بنفسها، فهي تتضاعف بالقصور الذاتي والنمو الأسي المتمادي.
عاشـراً: هـي تُغـذي بعضها بعضا، كما أن وسائل كل منها تدعم بعضـها بعضـا (أكاذيب الإعلام تغذي ألعاب التكنولوجيا، وعصف المـخ بـالإعلان يؤجج أوهام السوق، وتعصب العلم المؤدلج يغذي أوهـام الرفاهـية، وأموال شركات الدواء والسلاح، وفلسفات نهاية التاريخ، وأفكار صراعات الإبادة، تغذي إقفال دورات النمو كل يوم مع إقفال بورصات الأوراق المالية!!).
حـادي عشـر: إنهـا أوهام تتأبى أن، أو تتراوغ حتى لا، تتوضع موضـع الاختـبار المناسـب في الوقت المناسب، وبالتالي فهي عصـية علـى التعديل بما يسمّي «المردود» Feed-Back، مما يثبت مضاعفاتها.

هـذه الـتفرقة الحاسمة بين مشروعية وضرورة الوهم الفردي الدفاعي المرحلـي، فـي مقـابل خطورة الأوهام الجماعية (الكوكبية المُؤَمْرَكَةْ خاصة) المصنوعة المفروضة، هي شديدة الأهمية في الوقت الحاضر إذا كـان لـنا أن نـأمل في أي خلاص من ورطة تَعَوْلُق جزء من الوجود البشـري، ومن الدماغ البشري، ومن التاريخ البشري، على حساب الكل الحيوي طولا وعرضا.

إذا كـان ثم أمل فلابد أن تكون لدينا الشجاعة أن نرُاجع كل ما نحن فيه، ومـا هـم فـيه، وخصوصا ما يتمادي منه ذاتيا بالرغم من انتباه أغلب الـناس إلـى مخاطـره. (التكنولوجيا العمياء، والعلم المقدس، والإعلام المغرض، والإغراق بالمعلومات دون تمييز... إلخ).

فضلٌ لا شكر عليه

أشـعر بالامتـنان الشـديد لاثنين معاصرين ـ ـ خيبهما الله ـ ـ حين أتصـوّر أنهمـا قدّما لنا، على الرغم منهما ـ ـ أهم ما ينبغي أن نلتفت إلـيه، الأول هو «فوكوياما» الذي أعلن بالأصالة عن نفسه، والنيابة عن سـادته أن التاريخ قد انتهى بفوز الأقوى والأثرى. هذا الوهم اليقيني تم تفعـيله بشـكل عارٍ حين أتيحت الفرصة للسيد دبليو أن يمارسه بفجاجة بذكائـه المتواضـع، فقـام بتفعيل وتعميم غطرسة القوة تُمَارَس بأقسى وأغبـي أساليب أحاديي النظرة. هذا وذاك ـ ـ عندي ـ ـ من إنذارات الانقراض.

وهل يصح أن ننكر فضل من أطلق صفارة الإنذار حتى لو لم يقصد؟

العلم وهم مشروع، إلا إذا...

علـى النقـيض مـن أوهـام السياسة العاتية خاصة المرتبطة بضحايا الحـروب الغبية والاستغلال البشع، يمكن أن ننظر إلى العلم نظرتنا إلى الأوهـام الفـردية باعتباره وهما مشروعا مادام قابلا للتفنيد فالمراجعة فالتجديد. لا يكون وهم العلم خطرا إلا حين تنقلب المعطيات العلمية إلى مقدسات لتصبح دينا متجمدا ليس أقل جمودا من تقديس أوهام التسلح مع اليقيـن بعـدم جـدوى استعمال السلاح، أو أوهام الديمقراطية مع تسليم مفاتـيح اتخـاذ القرار للقوي السرية، أو أوهام حقوق الإنسان المكتوبة دون الممارسـة، أو أوهـام الحل التكنولوجي المتضاعف أُسّيا في ذاته بذاته.

شعارٌ مختزل = وهمٌ محتمل

حيـن يصل الإلحاح على تقديس النظريات السياسية والاقتصادية وحتى الفكـرية إلـى حد الإجماع (كما يريد المعَوْلِمُون لحساب أمريكا) يتطلب الأمـر مراجعات كثيرة، وقوي مضادة عليها أن تتجمع ـ دون كلل ـ لإنقـاذ البشر من غوايات القوة والتبعية معا. إننا أحوج ما نكون إلى نقدٍ لا يتوقف عند تعرية الأوهام بل يطرح بدائل قابلة للتنفيذ. علينا أن ننتبه ألا نلقـي السـلة بالطفل الذي فيها. ليس معني أن نعري التكنولوجيا أننا نريد التخلص منها أو أننا نستطيع الاستغناء عنها.

تـبدأ اليقظة من التوصية بأن نعتبر أن «أي شعار مختزَل: هو وهم محـتمل». خـذ عـندك: «العلـم هو الحل»، «التكنولوجيا هي الحل»، «الهندسـة الوراثـية هي الحل»، «الصحة النفسية هي الحل»، «الإسلام هـو الحل»، «التراث هو الحل»، «الفطرة هي الحل»... إلخ. بمجرد أن تسـمع مـثل هـذه المقولات، لابد أن تمد يدك إلى سلاح وعيك الناقد، استعدادا لممارسة جهاد إبداعك قبل أن يفوت الأوان. أنا لا أعرف حلا،

ولكنـي أتسـلم الرسـالة مع تكرار مشاهدة السيد بوش على الشاشة، أو قـراءة تصـريحاتهم عـن إرسال المدرسين الخصوصيين لتعليمنا مبادئ الديمقراطية والسلوك السياسي المهذب. من ذا الذي يستطيع أن يتلقى هذه الرسائل دون أن ينفخ في نفير التعبئة العامة لإنقاذ البشر؟

خاتمة

إنـنا أحـوج مـا نكـون لمعرفة أن خوض تجربة الحياة الذي يسمح للأفـراد أن يحتموا بأوهامهم المرحلية، هو الذي يلزم الجماعات بالإسراع بهـز أوهامهم قبل أن يفوت الأوان. إن تصارع أوهام الأفراد وجدلها مع بعضـها البعض هو الذي يقوم بتصنيع نسيج الثقافة الخاصة بكل جماعة فـي مرحلة تاريخية بذاتها، هذا النسيج القادر على استيعاب أوهام الأفراد لتصـبح واقعـا مـتحركا في حلٍ قابلٍ للتحقيق في صحوة ممتدة. لكنني أخشي أن نستبدل بالأوهام التي يفرضها علينا من لا ينتمي إلينا وإلى البشـر، أوهامـا أخري أكثر تخلفا وأشد تصلبا. إننا إذا فعلنا ذلك فنحن ـ ـ ـ بقصد أو بغير قصد ـ ـ نساهم في تماديهم في السيطرة والتفوق لحسـاب انقراض الجنس عامة، ولتقوا فتنة لا تصيبن الذين ظلموا منكم خاصة.

لا ينبغـي أن يقتصر دورنا على المطالبة بحقنا في استعمال أدوات التقدم لنصنع بها ما نستطيع من وجهة نظرنا. المطلوب هو أن ننخذ نحن وهم معـا موقفا نقديا من كل هذه الأدوات، والفلسفات، والتقنيات جميعا، نحن معهـم في خندق واحد، خندق التهديد بانقراض النوع البشري، وقد بدأوا فعـلا هذا النقد الجاد (مئات المخلصين المرعوبين من الجاري الواعين بالمـأزق (مـن أمثال جاك إيلول «خدعة التكنولوجيا» وجوزيف كامبل «سـلطان الأسـطورة» وجـورج لاكـوف «الفلسفة في اللحم الحي») والدعوة عامة لكل البشر.

هذا هو الجهاد الأكبر.

Arabpsynet Hospitals
(Arabic Edition)

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

Arabpsynet Jobs
(Arabic Edition)

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

Arabpsynet Association
(Arabic Edition)

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

Arabpsynet Dictionary
(Arabic Edition)

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

Passion For vs. Passion Against

Numan M. Gharaibeh - Glastonbury, CT 06033 – USA

Email : n_gharaibeh@yahoo.com

Since psychiatrists and psychologists are involved primarily with the way humans think, feel, and behave, they are often called upon to explain "strange behavior." Explaining "strange," "abnormal," "extraordinary," or even "bizarre" behavior of a single individual is complex enough; explaining the strange, abnormal, extraordinary, or bizarre behaviors of a whole group involve a much greater complexity. In looking at group behavior, psychiatrists and psychologists find common ground with philosophers, sociologists, political scientists, historians, anthropologists, and many others. We can run away from politics but we can't hide. Even the behavior of a single human being is influenced significantly by it.

There have been periods in history in which there was tribalism, religious fervor and communion, and nationalism. All has their advantages and disadvantages. The advantage was mainly in the form of group security and positive evolutionary impact to improve survival of the "in" group, and thwart dangers from the "out" group. The disadvantages were along the line of pride and prejudice getting married in a fatal matrimony. Pride in the "in" group affiliation was understood as prejudice against as the "out" groups by the narrow minded.

Xenophobia and hatred of outsiders was misunderstood as a necessary outcome for pride in one's own identity. The silent majorities were hijacked by the fanatic minorities who were plagued by insecurity and hatred. We somehow forgot that every fellow human has the right to proud of whom they are and what they are as we are entitled to that right. For a long time Arabs have concerned themselves with-even defined themselves by- what they are against, not by what they are for The silent majority stood helpless to stem the tide of misdirected passions. The passion for one's identity became a passion against another's identity. The White Man's pride in being white translated by some distorted logic into hatred of non-whites. The Black's passion for being black became passion against non-blacks, and so on. The Moslem's pride in being a Moslem became a passion against non-Moslems, the Jew against gentile, Christian against non-Christian, and so on.

Nationalism and ultra nationalism translated into hatred of others from other nationalities. We have seen through the centuries fellow humans subjugating other humans and nations, usurping resources and practically enslaving other humans.

This seems to be the age of the long list of "Anti's" as many as there are races, ethnicities, religions, nationalities, or even tribes in this world. Even tribal fervor has reached the level of madness and mass murder even in the confines of the same nation such as Hutu against Tutsi and vice versa.

We have created Gods and killed fellow humans under their banner, and we continue to do so. We draw lines on maps, called them borders of nations then we killed fellow humans to worship those lines on the maps.

It seems that our grandiosity has no bounds. We still insist that we are superior to others. We sometimes quote the scriptures to assert that divine privilege.

We even placed monetary value on the lives of fellow humans: some African child's life not worth more than pennies to save and one other rich man's life cost millions to save. The balance sheet of morality is a disgrace to our humanity.

Long ago we-humans-complicity decided that we are much superior specie to all other fellow species of animals and plants combined. We insisted that it is our divine right to use and abuse every living and non living entity on this planet.

Why not? Did not God itself give us that right?

We pride ourselves on the wisdom of the modern human. We boast about how rational we have become through science and technology. As the world marches into the second millennium, one would hope that a new and more complex identity would emerge which could be described as the "international citizen" identity. This identity is not only forged by the tide of globalization in its economic sense, but through the complexity of cultural influences across national, religious, ethnic, and even language boundaries. The international citizen concerns himself or herself with the affairs of the planet or a region of the planet.

We have failed the planet. We have grabbed our "privilege" and made it into a "God-given" right we have. We conveniently forgot the responsibility attached to that privilege. Looking at planet earth with a powerful telescope what would an extraterrestrial intelligent being think? It sees revenge and counter-revenge; we really came a long way since our cave-man ancestors!!

If all the millions-if not billions-of humans who gave their lives through the ages were resurrected today, what would they think? What are we to tell them as to why they gave the ultimate sacrifice for? Are we to tell them, "The world is a better place because of your sacrifices?" Who is to judge that? Are we lying to them?

Was all that death and mayhem to improve upon the lives of a particular group of humans on this earth worth it? Could it have been avoided? We will never know. Can we prevent it in the future? We'll have to see.

The extraterrestrial intelligent being would ask in bewilderment: "Who is the decision makers on this lonely planet?" "Is there a sign of intelligent life?"

In defense of words

Numan M. Gharaibeh - Glastonbury, CT 06033 – USA

Email : n_gharaibeh@yahoo.com

1- Some say "Actions speak louder than words," others say "The pen is mightier than the sword." In a world of extremes, dichotomies rule supreme. We often have to remind ourselves that words lead to action and action leads to words. They seem eternally wedded. The teacher tells the first grader: “No hitting, use your words.” Words are effective means to express anger and frustration. Mind you, words can hurt as much as hitting, or even more. My Iranian friend-an ER Doctor-teases me all the time by saying playfully: "You Arabs, all you do is talk...talk...talk, and you do nothing." Well, we can do both. It does not have to be the false either/or logic.

2- The power of words can be easily appreciated if one asks one’s self the following question: “Other than the Iliad and the Odyssey what do I know of Homer’s actions?” “Other than Plato’s words what do I know of his actions?” It was not the actions of Mr. Siddhartha Gotama that made him the Buddha; it was his words-still influencing more than 2 billion men and women, if not all humans. The examples are as many as there are books worth reading on this earth. It is no surprise that a thinker’s words are often called his “works.” It is no coincidence that “word” and “work” differ only in their last letter.

3- The Vedas, the Upanishads, the Mahabharata, the Enuma Elish, Gilgamesh, the Code of Hammurabi, the Iliad and Odyssey, the Talmud, the Torah, the Bible, the Qur’aan, the Kitab-i-Aqdas, etc. were words; I doubt than many will call them “just words!” The scriptures-despite being “words-” have shaped and continue to shape the minds and behaviors of almost every human being on this planet past, present, and most likely future.

4- The dichotomy of “words” vs. “action” is a false dichotomy (just like most dichotomies). I don’t believe that “words” and “action” are opposites. I submit to you that “words” and “action” almost always co-exist. Before we set out to do or achieve something, we, hopefully, will engage in some form of planning. Planning involves ideas yet to be realized-ideas that must be communicated to others if anything is to happen-unless one thinks that he or she will single handedly do everything in person to get something done. Collective effort is impossible without communication Planning and execution are insoluble. Good execution requires good planning as much as planning without execution becomes useless.

5- Language is mostly words. “Nations” were born out of a common language. The terms “Arab” and “Arabic” are almost always used to refer to someone or something related to the Arabic Language .

6- Words and “just words” have started wars and ended them. This can’t be truer than in the Arab world through the ages. A poem in the not so distant past could have triggered tribal feuds and resulted in many lives lost. Another poem would have resulted in many lives saved. The Imam on the podium can inflame youth to kill or can calm emotions to prevent bloodshed, just by using his words.

7- Education is our best defense against the universal enemy of ignorance. Education would be almost impossible without books full of words.

8- Even if thinkers such as Socrates, Plato, and Aristotle have not lifted a finger, they would have influenced humanity as much as they did and still do .

9- The term “Talk Therapy” is used by many in reference to Psychotherapy, especially Psychoanalysis. Since it is true that psychotherapies involve quite a bit of talking (there are other important aspects not involving talking or words) but mostly it is true that exchanging words is the single most important aspect of psychotherapy. “Talk therapy” is a simple yet descriptive enough term to have some usefulness. The words exchanged are not “just words,” they are ideas, concepts, emotions, etc. that hopefully result in behavioral change.

10- Out of all our modes of communication, language may be the most important. Whether spoken or written, language has marked the beginning of history as we know it. Everything about our humanity before language is considered “prehistory.” “Written words” started in Mesopotamia, our present day beloved Iraq. Since we designed symbols to refer to “words” we started having access to other people’s thoughts and minds through their words. I can feel the presence of a long ago deceased thinker when I am reading his or her “words”.

My very own ideas are not truly mine, they are the amalgamation of all the words I have read and heard, the words of deceased masters and the words of living family, friends, my patients, my teachers, co-workers, and even the stranger that I had a few minutes ’conversation with without ever knowing his or her name.

الرهـــــــاب الاجتماعـــــــي عنـــــد العـــــــرب

د. حســـان المالـــح – الطب النفسي / السعودية : الموقع على الإنترنت: www.hayetnafs.com – بـــريد إلكترونـــي : almaleh@doctor.com
أ.د. فيصـــل الـــزراد – علم النفس / الإمارات : بـــريد إلكترونـــي : drzarrad@adnph.com
و آخـــرون

يعتبر الرهاب الاجتماعي (الخوف الاجتماعي المرضي أو القلق الاجتماعي المرضي) اضطراباً نفسياً واسع الانتشار (1، 8) . وتصل نسبة انتشاره إلى 7–14 بالمئة في المجتمعات الغربية وغيرها (1، 8، 13) . وهو اضطراب مزمن (5) ومعطل (1، 13) ولكنه قابل للعلاج (4) . وهو يظهر عند الإناث والذكور بنسبة 2 إلى 1 (13) ويظهر عادة في سن الطفولة أو المراهقة (13) وهو يترافق مع اضطرابات القلق الأخرى ومع الاكتئاب (13) كما يمكن أن ينشأ سوء استعمال للكحول والمواد الإدمانية في بعض الأشخاص الذين يحاولون معالجة أعراض خوفهم بالكحول أو المواد الإدمانية (15) . ويتضمن اضطراب الرهاب الاجتماعي قلقاً شديداً وارتباكاً في المواقف الاجتماعية . ويعاني المصابون به خوفاً شديداً ومزمناً من أن ينظر الآخرون إليهم وأن يطلقوا عليهم أحكاماً وتقييمات سلبية . وأيضاً يخافون من أن تسبب أعمالهم وتصرفاتهم إحراجاً لهم أو خزياً . ويمكن لهذا الخوف أن يكون شديداً لدرجة أنه يتدخل في الأداء المهني أو الدراسي أو النشاطات الاعتيادية الأخرى للمصاب به. وعلى الرغم من أن كثيراً من المصابين بالرهاب الاجتماعي يشعرون بأن خوفهم المرافق لاجتماعهم بالآخرين هو خوف مبالغ فيه وغير منطقي ، فهم لا يستطيعون التغلب على هذا الخوف ، وغالباً ما يقلقون لأيام أو أسابيع قبل حدوث الموقف المخيف . ويمكن للرهاب الاجتماعي أن يكون محدوداً بنوع واحد من المواقف مثل الخوف الشديد من الحديث أمام الآخرين أو تناول الطعام أو الشراب أو الكتابة أمام الآخرين . وفي الحالات الشديدة يكون الخوف منعماً حيث يعاني المريض من أعراض الخوف والقلق في كل الأوقات التي يكون فيها مع الآخرين . ويمكن للرهاب الاجتماعي أن يكون معطلاً وأن يمنع المصاب به من الذهاب إلى العمل أو المدرسة لعدد من الأيام . وكثير ممن يعانون من الرهاب الاجتماعي يقضون وقتاً صعباً في ابتداء الصداقات أو المحافظة عليها . وغالباً ما يرافق القلق والتوتر النفسي أعراض القلق الجسمية مثل احمرار الوجه والتعرق الزائد والرجفة والغثيان وصعوبة الكلام . . ومن يعاني من هذه الأعراض الجسمية فإنه سوف يشعر بالإحراج الشديد منها وهو يشعر أن كل العيون تحدق به وتنظر إليه . وربما يصبح فيما بعد في الحالات الشديدة خائفاً من أن تجتمع مع أشخاص آخرين غير أسرته . .

يمكننا القول بشكل عام أن هذا الاضطراب المزمن يعطل الفرد وطاقاته في مجال السلوك الاجتماعي فهو يجعله منسحباً منعزلاً خائفاً لا يشارك الآخرين ولا يستطيع التعبير عن نفسه كما أن أداءه المهني أو الدراسي أقل من طاقاته وقدراته . ويضاف إلى ذلك أن المعاناة الشخصية كبيرة والمصاب به يتألم من خوفه وقلقه ونقصه وهو يصاب بالاكتئاب وأنواع من القلق والسلوك الإدماني . . وغير ذلك . وترتبط أسبابه بعوامل وراثية وعائلية وعوامل تربوية وسلوكية ونفسية واجتماعية (11، 5) وله علاجات دوائية فعالة وعلاجات نفسية مفيدة مثل العلاج السلوكي والمعرفي وتنمية المهارات (6) . وتدل بعض الدراسات في العالم العربي إضافة للملاحظات العيادية أن هذا الاضطراب واسع الانتشار في مجتمعاتنا العربية . . وتصل نسبة المصابين به من مرضى العيادات النفسية إلى حوالي 13 % من عموم المرضى (12، 17) . والحاجة كبيرة في مجتمعاتنا إلى إجراء الدراسات العلمية حول هذا الاضطراب للتعرف على انتشاره وملامحه وارتباطاته بعوامل تربوية واجتماعية وعيادية متنوعة . . ويبدو أن إجراء دراسة عبر شبكة المعلوماتية (الانترنت) شيق وجديد . . حيث يمكن الوصول إلى شرائح واسعة من الجمهور العربي في أماكن مختلفة ومتباعدة وإجراء الدراسة بسهولة نسبية . . ومن ثم الحصول على معلومات مفيدة يمكن تحليلها ومناقشتها واستخلاص النتائج العملية منها . . مما يمكن له أن يغني فهمنا لهذا الاضطراب وما يرتبط به من مشكلات متنوعة وبالتالي المساهمة في وضع الحلول المناسبة معها . . وأولها نشر الوعي النفسي ورفع مستواه مما يزيد في تحديد الحالات والتعرف عليها وبالتالي علاجها (14) ، وأيضاً زيادة الاهتمام بالخدمات النفسية على مختلف أنواعها ودعمها لتلبية الحاجات المتزايدة للجمهور من النواحي العلاجية والتثقيفية والوقائية ، وغير ذلك .

اعتمدنا في إعداد الاستبيان الخاص بهذه الدراسة على عدد من المراجع الحديثة (3،9،16،10،7) وعلى خبرتنا العيادية . ويتضمن الاستبيان عدداً من المقاييس العالمية التي تجيب عليها المفحوص ، وقد أضفنا عدداً من النقاط التي تتناسب مع بيئتنا العربية (17) ، إضافة لعدد من الأسئلة التي ترتبط بتحديد التشخيص وأسئلة تتعلق باستعمال شبكة المعلوماتية ، وغيرها . .

تسرنا مشاركة الجميع في هذه الدراسة ونأمل تعاون الأخصائيين والأطباء النفسانيين في مختلف البلدان العربية بإجراء الاستبيان على عينة من مرضى الرهاب الاجتماعي (لمزيد الإسترشاد الاتصال بالدكتور حسان المالح) .

ملاحظة : يمكن المشاركة في هذا الاستبيان كل من كان بين 15 – 54 سنة

الصفحـة الأولـــى : بيانـــات شخصيـــة

الاسم : الحروف الأولى من إسمك ...

- س1 : العمر (من 15- 54 سنة) : ...
- س2 : الجنس : ذكر – أنثى
- س3 : التحصـيل العلمـي : 1- غـير مـتعلم 2- المرحلة الابتدائـية 3- المرحلة المتوسطة 4- المرحلة الثانوية 5- المرحلة الجامعية 6- ما بعد الجامعة
- س4 : اسم المدينة التي تعيش فيها والدولة : ...
- س5 : الجنسية الحالية : ... الجنسية الأصلية : ...
- س6 : لون البشرة : 1- حنطي 2- أبيض 3- أسمر غامق 4 - أسود
- س7 : ملامـح الوجـه : 1- ملامح متوسطية (عربية) 2- ملامـح أوربـية (شعر أشقر وعيون ملونة) 3- ملامح صينية (العرق الأصفر) 4- ملامح زنجية 5- غير ذلك حدد الوصف ...
- س8 : الطول (سنتيمتر) : ...
- س9 : الوزن (كيلو غرام) : ...
- س10 : هـل لديك نقص جسدي واضح ، أو تشوه ظاهر ، أو إعاقـة جسـدية ؟ نعـم : لا إذا كـان الجواب نعم حدد الوصف والأسباب والمدة ...
- 11س : كيف تقيم نفسك من الناحية الجمالية : 1- متوسط 2- متفوق 3- متفوق جداً 4- أقل من المتوسط 5- غير جميل
- س12 : العمـل الحالـي : 1- ما أسم مهنتك ؟ اكتبها ...2- طالـب 3- مهـنة في القطاع الخاص 4- مهنة حكومية مدنية 5- مهنة عسكرية 6- ربة منزل 7- متقاعد 8- عاطل عن العمل
- س13 : 1- أداوم علـى عملي بانتظام 2- أتغيب عن عملي كثيراً 3- أتغيب قليلاً عن عملي
- س14 : الحالـة الاقتصـادية : 1- الطبقة الوسطى 2- الطبقة العليا 3- الطبقة الدنيا
- س15 : الديـن : 1- مسلم 2- مسيحي 3- غير ذلك ... 4- ملتزم دينياً 5- ملتزم جداً 6- غير ملتزم
- س16 : الحالة الاجتماعية : 1- عازب 2- متزوج 3- مطلق 4- منفصل 5- أرمل

الصفحـة الثانيـــة : الاستبيـــان

السؤال I (يتكون من مجموع 17 سؤال) :

في هذا الاستبيان يطلب من المفحوص أن يعطي تقديراً للأعراض وإزعاجها له خلال الأسبوع الماضي على مقياس من خمس درجات من خلال كل عبارة من العبارات 17 ثم يقوم الفاحص بوضع درجات لإجابات المفحوص على الشكل التالي (تدل الدراسات المبدئية على أن الحصول على 19 درجة يفرق بين الحالات المرضية وغير المرضية)

لا أبداً : 0 - قليلاً : 1 - نوعاً ما : 2 - كثيراً : 3 - غالباً : 4

1- أخاف من الأشخاص في مراكز السلطة (مدرس ، مدير العمل ..)
2- انزعج من احمرار وجهي أمام الآخرين (أو تغير لونه)
3- تخيفني الحفلات والمناسبات الاجتماعية
4- أتجنب الحديث إلى أشخاص غرباء لا أعرفهم
5- النقد يخيفني جداً
6- الخوف من الارتباك والإحراج يجعلني أتجنب القيام بأمور معينة أو التحدث مع الاخرين
7- التعرق أمام الآخرين يسبب لي توتراً وانزعاجاً
8- أتجنب الذهاب إلى الحفلات
9- أتجنب النشاطات التي أكون فيها محط الانتباه
10- يخيفني الحديث مع الغرباء
11- أتجنب إلقاء كلمة
12- أفعل أي شيئ كي أتجنب الانتقاد
13- يزعجني ازدياد ضربات قلبي عندما أكون بين الناس
14- أخاف من القيام بأعمال معينة إذا كان الناس ينظرون إلي
15- من أشد مخاوفي أن أكون محرجاً مرتبكاً أو أن أبدو غبياً
16- أتجنب الحديث إلى أي شخص له سلطة
17- تزعجني الرجفة أو الرعشة أمام الآخرين

السؤال II : هل يزعجك ...

1- خـوف شديد ومستمر من موقف اجتماعي معين حيث يمكن أن يقيمك فيه الآخرون ؟ أكتب : نعم / لا
2- الخـوف من أن أفعالك ستؤدي بك إلى الخزي والذل ؟ نعم / لا
3- الخـوف من أن الآخرين سيلاحظون أنك محمر الوجه (أو أن وجهـك متغير) أو أنك تتعرق أو ترتجف أو لديك أعراض أخرى من أعراض القلق ؟ نعم / لا
4- تعـرف أن خوفـك (في حال إجابتك نعم على أي من الأسئلة الثلاثة السابقة) مبالغ فيه أو أنه غير منطقي . نعم / لا

السؤال III : هل يؤدي الموقف الذي تخاف فيه إلى ...

1- الشعور الدائم بالقلق ؟ أكتب : نعم / لا
2- حدوث نوبة هلع أو(قلق شديد) حيث يتملكك فجأة خوف شديد أو انزعاج يتضمن أياً من الأعراض التالية : نعم / لا
3- ازدياد خفقان القلب . نعم / لا
4- التعرق . نعم / لا
5- الرجفة . نعم / لا
6- ضيق التنفس . نعم / لا
7- الاحساس بالاختناق . نعم / لا
8- ألم في الصدر . نعم / لا
9- الغثيان أو انزعاج في البطن . نعم / لا
10- ضعف في الساقين . نعم / لا
11- الدوخة (الشعور بعدم التوازن) . نعم / لا
12- الشعور بتغير البيئة المحيطة أو أنك منفصل عن نفسك . نعم / لا
13- الخوف من فقدان السيطرة على نفسي . نعم / لا
14- الشعور بأنني سأموت (الإحساس بقرب النهاية) . نعم / لا
15- الشعور بالتنميل أو الخدر في الجسم أو الأطراف . نعم / لا
16- هبات في الجسم ساخنة أو باردة . نعم / لا

السؤال IV : هل تحاول مطولا تجنب المشاركة في الموقف الذي تخاف منه : نعم / لا

السؤال V : هل كل ذلك يتدخل في حياتك اليومية : نعم / لا

السـؤال VI : إذا كان لديك أكثر من مشكلة مرضية في نفس الوقـت فـإن ذلـك يـزيد في صعوبة التشخيص .. وبعض الاضـطرابات التـي تـترافق أحـياناً مع اضطرابات القلق والخوف تتضمن الاكتئاب والإدمانات ..

لذا يرجى أخذ ذلك بعين الاعتبار وأجب عن الآسئلة التالية :

1- هل لديك تغيرات في النوم أو في الطعام ؟ نعم / لا
- هل تشعر أكثر الأيام :
2- أنك مكتئب أو حزين ؟ نعم / لا
3- غير مستمتع بالحياة ؟ نعم / لا
4- عديم القيمة أو مذنب ؟ نعم / لا
- خـلال العام الماضي .. استعمالك للكحول أو المخدرات (بما فـيها الحشيش والحبوب المنشطة) : نعم / لا (إذا كان الجواب لا انتقل إلى السؤال السابع مباشرة)
5- أدى إلـى فشلك في مسؤولياتك العملية أو الدراسية أو العائلية نعم / لا
6- وضعك في موقف خطر مثل قيادتك السيارة تحت تاثير المخدر نعم / لا
7- أدى إلى السجن أو التوقيف نعم / لا
8- لا يزال مستمراً رغم كونه مسبباً لمشكلات لك أو لمن تحبهم نعم / لا

السؤال VII : هل تشكو من أي من الاضطرابات التالية :

1- التأتأة وصعوبة النطق منذ الطفولة ؟ نعم / لا
2- الـرجفة الأساسية العائلية منذ الطفولة أو المراهقة والتي تظهر حتى إذا كنت وحدك ؟ نعم / لا
3- داء باركنسون (أو الشلل الرعاش) ؟ نعم / لا

ملاحظـة : إذا كانـت إجابتك نعم على أي من الأسئلة الثلاثة السابقة .. يـرجى كـتابة مـزيد مـن التفاصيل عنها وعن التشخيص والعلاجات ووصف الأعراض ...

السـؤال VIII : أكتـب تقديـرك للدرجـة التي تشعر أنها صحيحة وتنطبق عليك تماماً للعبارات التالية .. حيث يكون :

لا تنطـبق علي أبداً = 0 تنطبق علي قليلاً = 1 تنطبق علي بشكل متوسـط = 2 تنطبق علي بدرجة عالية = 3 تنطبق علي بدرجة كبيرة جداً = 4

1- أصبح متوتراً إذا كان علي ان اكتب امام الآخرين
2- أرتبك عندما أستعمل دورات المياه العامة
3- فجـأة يمكـن أن أصبح منتبهاً لصوتي وللآخرين وهم يصغون إلي
4- أرتبك عندما يحدق بي الآخرون وأنا أسير في الشارع
5- أخاف أن يحمر وجهي عندما أكون مع الآخرين
6- أرتـبك إذا كـان علي ان أدخل إلى غرفة والناس جالسين فيها قبلي
7- أقلق من أن ارتجف عندما ينظر إلي الآخرون
8- سأصـبح مـتوتراً إذا كـان علي أن اجلس مقابل الآخرين في الحافلة أو القطار
9- يصـيبني الخـوف الشديد من ان يراني الناس فاقداً للوعي أو متقيأ او مريضاً
10- أجد أنه من الصعب ان أشرب شيئاً ضمن مجموعة من الناس
11- أشعر بالارتباك إذا كنت سآكل أمام شخص غريب في المطعم
12- أقلق من أن يفكر الآخرون بأنني غريب السلوك
13- سأصـبح مـتوتراً إذا كـان علي أن أحمل صينية الطعام عبر مطعم مزدحم
14- أقلق بأن أفقد التحكم بنفسي أمام الآخرين
15- أقلق من أن أفعل شيئاً يثير انتباه الآخرين
16- في المصعد أقلق إذا نظر إلي الآخرون
17- أشـعر بالانـزعاج الشديد في حال الوقوف في صف الانتظار (الدور- السرى)
18- يمكن ان اتوتر عندما أتحدث امام الآخرين
19- أقلق من ان يرتجف رأسي امام الآخرين
20- أشعر بالتوتر والانزعاج عنما أعرف أن الآخرين ينظرون إلي
21- أقلق إذا كنت سأصلي صلاة جهرية ولنا أؤم الآخرين
22- أقلق إذا كنت سأصب القهوة للآخرين
23- أقلق إذا كنت أكلم شخصاً على الهاتف امام الآخرين
24- أقلـق إذا كـان علـي أن اتناقش مع الخادم في المطعم حول الطعام أو الفاتورة
25- أقلق في حال إعادة بضاعة اشتريتها إلى المحل

السؤال IX :

1- هـل تشكو من مرض الفصام (شيزوفرينيا) أنت أو أحد أفراد أسرتك (أب ، أم ، أخ ، أخت ، ابن ، ابنة) ؟ نعم / لا / غير متاكد
2- هـل تشـكو مـن اضـطراب الهوس الاكتئابي أو الاضطراب المزاجي ثنائي القطب ؟ نعم / لا / غير متاكد
3- هـل تشـكو مـن " اضطراب الخوف المرضي من تشوه شكل الجسـم " حيث تهتم كثيراً وتقلق لأنه لديك تشوهاً (تتخيل ذلك ، أو تبالغ كثيراً في حال وجود فعلي لعدم انتظام غير طبيعي) في جسـمك أو أحـد أعضائك وتقضي ساعات طويلة يتفحص هذا التشوه وتحاول إخفاءه وتعديله و تتألم كثيراً بسببه ، أوتنعزل عن الـناس والنشـاطات الاجتماعية ، أو أن عملك قد تأثر وتراجع بسبب هذا الخوف ، مع أن الآخرين لا يعتقدون أن لديك مثل هذا التشـوه فـي شكل جسمك ؟ نعم / لا إذا كان الجواب نعم حدد التفاصيل أكثر ...

الصفحـة الثالثـة : معلومـات إضافيـة

1- هـل راجعت طبيباً نفسياً أو اخصائياً نفسياً لسبب ما ؟ نعم / لا وإذا كان جوابك نعم ماهو التشخيص ...
2- هـل راجعـت طبيـباً نفسـياً أو اخصائياً نفسياً بسبب الرهاب الاجتماعي أو القلق الاجتماعي ؟ نعم / لا
إذا كـان جوابـك نعم يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية / وإذا كان الجواب لا انتقل إلى الصفحة الرابعة والأخيرة
3- متى ظهرت الأعراض عندك ؟ حدد عدد السنوات ...
4- مـتى تثبتـت الأعراض وأصبحت تؤثر على حياتك اليومية ؟ حدد عدد السنوات ...
5- هل أبوك جريء جداً / متوسط الجراة / خجول
6- هل امك جريئة جداً / متوسطة الجرأة / خجولة
7- هل انت اكثر جراة من اخوتك / مثلهم / أقل منهم
8- هـل تناولـت علاجـاً دوائياً لهذه الحالة ؟ نعم / لا إذا كان الجواب نعم ما إسمه ؟
9- هـل تحسـنت حالـتك ؟ نعم كثيراً / تحسن خفيف / لا يوجد تحسن
10- هـل تأخذ علاجاً دوائياً في الوقت الحالي ؟ نعم / لا إذا كات الجواب نعم ما إسمه وعياره...
11- كيف تصف طريقة تناولك للعلاج ؟ يومياً / بعض الأيام / قبل المواقف المزعجة / غير ذلك حدد...

12- ماهي مدة تناولك هذا العلاج ؟...
13- هـل تنصـح غـيرك بتـناول العلاج الذي أفادك بعد استشارة الطبيب ؟ نعم / لا
14- هـل تنصـح غـيرك بمـراجعة الطبيب لعلاج حالة الرهاب الاجتماعي ؟ نعم / لا
15- هل جربت أساليب علاجية غير دوائية ؟ نعم / لا
16- هـل تعـتقد ان الأساليب العلاجية غير الدوائية ؟ مفيدة بدرجة كبيرة / مفيدة بدرجة متوسطة / غير مفيدة
17- هـل لديك حالياً أعراض نفسية واضطرابات نفسية أخرى غير الرهاب الاجتماعي ؟ نعم / لا إذا كان الجواب نعم حدد...
18- كيف تصف أداءك المهني او الدراسي في الوقت الحالي ؟ جيد / متوسط / ضعيف
19- كـيف يصـف الآخـرون أداءك المهني او الدراسي في الوقت الحالي ؟ جيد / متوسط / ضعيف
20- كـيف تصـف علاقاتك الاجتماعية في الوقت الحالي ؟ جيدة / متوسطة / ضعيفة
21- هـل أنـت مدخن ؟ بشكل خفيف / بشكل متوسط : حوالي 20 سيكارة يومياً / بشكل كبير : أكثر من 40 سيكارة يومياً
22- هـل انفصـلت عن أبويك أو احدهما سابقاً ؟ نعم / لا إذا كان الجـواب نعـم .. في مرحلة الطفولة / في مرحلة المراهقة / حدد العمر ومدة الانفصال...
23- ماهـي أسـباب القلـق الاجتماعي او الرهاب الاجتماعي الذي تعاني منه من وجهة نظرك ؟...

الصفحـة الرابعـــة : علاقتـــك بشبكـــة الإنترنـــت

- س1 : ماهي مدة استعمالك لشبكة المعلوماتية (الانترنت) ؟
1- يومـياً لمدة ساعة على الأقل -2- أكثر من ساعتين يومياً -3- أكـثر من أربع ساعات يومياً - 4- مرة في الأسبوع -5- مرة في الشـهر أو اكثر من شهر –6- لا استعمل الانترنت أبداً -7- أفكر باستعمال الانترنت قريباً
- س2 : هـل أنت راضٍ عن الوقت الذي تقضيه مع الانترنت ؟ نعم / لا / غير متاكد
- س3 : هـل تعـتقد ان شبكة الانترنت تفيدك في التواصل مع الآخرين ؟ نعم / لا / غير متاكد
- س4 : هل تشكل شبكة الانترنت بالنسبة لك تعويضاً ناجحاً عن إحباطاتك في التعامل مع الآخرين ؟ نعم / لا / غير متاكد
- س5 : استعمالك للانترنت ادى إلى:
1- تدهور علاقاتي الاجتماعية الاعتيادية نعم / لا
2- تحسن علاقاتي الاجتماعية الاعتيادية نعم / لا
3- لـم يحدث تغيير في علاقاتي الاجتماعية الاعتيادية نعم / لا
4- أصبح لي أصدقاء ومعارف جدد نعم / لا
- س6 : هـل تـتوقع أن هـناك علاقة بين القلق الاجتماعي او الرهاب الاجتماعي وبين استعمالك لشبكة الانترنت ؟ نعم / لا وإذا كان الجواب نعم إشرح عن ذلك...

نمـوذج الإجابـة على الاستبيـان

الصفحة الأولى		- الصفحة الثانية				-الصفحة الثالثة	
س 1			س II	2		3	
س 2			1	3		4	
س 3			2	س VIII		5	
س 4			3	1		6	
س 5			4	2		7	
س 6			س III	3		8	
س 7			1	4		9	
س 8			2	5		10	
س 9			3	6		11	
س 10			4	7		12	
س 11			5	8		13	
س 12			6	9		14	
س 13			7	10		15	
س 14			8	11		16	
س 15			9	12		17	
س 16			10	13		18	
الصفحة الثانية			11	14		19	
س I			12	15		20	
1			13	16		21	
2			14	17		22	
3			15	18		23	
4			16	19		الصفحة الرابعة	
5			س IV	20		س 1	
6			س V	21		س 2	
7			س VI	22		س 3	
8			1	23		س 4	
9			2	24		س 5	
10			3	25		1	
11			4	س IX		2	
12			5	1		3	
13			6	2		4	
14			7	3		س 6	
15			8	الصفحة الثالثة		الأحرف الأولى من اسمك	
16			س VII	1			
17			1	2			

Bibliography

1- Ballenger JC.Recognizing the patient with social anxiety disorder.Int Clin Psychopharmacol. 2000 Jul;15 Suppl1:S1 5
2- Bourdon KH,Boyd JH,Rae DS,et al. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. Journal of Anxiety Disorders,1988,2;227-41
3- Brian J.Cox,Richard P.Swinson: Assessment and Measurement. pp:261-291. In:social phobia , Clinical And Research perspectives. Editor, Murray B.Stein.1st ed.1995. American Psychiatric Press,Inc. Washington,DC
4- Davidson JR.Defining an appropriate management strategy for social anxiety disorder. Int Clin Psychopharmacol. 2000 Jul;15 Suppl 1:S13-7.
5- Davidson JR.Social anxiety disorder under scrutiny. Depress Anxiety. 2000;11(3):93-8.
6- den Boer JA.Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. Compr

Psychiatry. 2000 Nov-Dec; 41(6):405-15.
7- DSMIV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association. Washington,1994
8- Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, Scarpato A, Vigliaturo D, Rosi S, D'adamo D, Bartolozzi D, Cecchi C, Abrardi L.Epidemiology of social phobia: a clinical approach. Eur Psychiatry. 2000 Feb;15(1):17-24.
9- Hart A,JackA.BA.TurkS.C.L.,HeimbergR.G.: Issues for the Measurement of Social Anxiety Disorder.pp133-155.In : Social Anxiety Disorder. Editors : H.G.M.westenberg, J.A. den Boer.1999, Syn-Thesis publishers. Amesterdam, The Netherlands.
10- Kathryn M. Connor, MD, Jonathan R. T. Davidson, MD, L. Erik Churchill, MS, Andrew Sherwood, PhD and Richard H. Weisler, MD .Edna Foa, PhD: Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) .New self-rating scale. The British Journal of Psychiatry (2000) 176: 379-386
11- Kendler KS,Walters EE,Truett KR, et al.Atwin-family study of self-report symptoms of panic-phobia and somatization. Behavior Genetics, 1995;25(6):499-515
12- Kutaiba Chaleby : Social phobia in Saudi .Soc Psych (1987) 22:167-170
13- Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A, Knapp M.A European perspective on social anxiety disorder. Eur Psychiatry. 2000 Feb;15(1):5-16.
14- Lepine JP, Pelissolo A. Why take social anxiety disorder seriously? Depress Anxiety. 2000;11(3):87-92.
15- Regier DA,Rae DS,Narrow WE,et al.Prevalence of aniety disorders and their comorbidity wit mood and addictive disorders. British Journal of Psychiatry Supplement, 1998;(34):24-8
16- Social Phobia Self-Test. Anxiety Disorders Association of America.WebSite.2003
http://www.adaa.org/Public/selftest_socialpho.htm
17- حسـان المالح : الخوف الاجتماعي صفحة 46 -60. 1993 ، دار المنارة ، جدة السعودية

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

ARABPSYNET PSYCHOMETRY
(ENGLISH EDITION)

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.asp

ARABPSYNET PSYCHOMETRY
(ARABIC EDITION)

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Ar.asp

المركز العربي للأبحاث و التحليل النفسي

عدنان حب الله – جامعة سان جوزاف / بيروت – لبنان

بريد إلكتروني: ahabalah@idm.net.lb

التعريف

تأسس **المركز العربي للأبحاث النفسية و التحليل النفسي** سنة 2001 و يضم عددا من الأطباء و المحللين النفسيين و من الباحثين النفس اجتماعيين . و هو مفتوح على العلوم الإنسانية

الهيئة الإدارية

- الرئيس الفخري : الأستاذ مصطفى صفوان.
- رئيس المركز : البروفسور عدنان حب الله.
- نائب الرئيس : د. عادل عقل.
- أمين السر : د. علي بلوط.
- أمين المال : د. هشام بزي.
- اتصالات خارجية: السيدة برندا بستاني طقشي.
- أعضاء:
  - السيدة بلقيس الأسعد.
  - الآنسة أحلام حسون.

أهداف المركز

1. فتح حقل الأبحاث النفسية ضمن أفق مجتمع حضاري.
2. تكثيف الأعمال البحثية حول التراث الثقافي العربي بمنطق علمي.
3. الانفتاح على دراسات علوم العالم و نقل آخر منجزاتها إسهاما في توعية الفكر العربي و الارتقاء به إلى مستويات حضارية.
4. تشجيع العمل على دراسة النفس في الحضارة العربية.
5. تكثيف حركة نشر الدراسات المتعلقة بحقل علم النفس المجتمعي و التحليل النفسي
6. التعاون مع المؤسسات الوطنية و العربية و العالمية المعنية بثقافة علم النفس المجتمعي و التحليل النفسي.

نشاطات المركز

سنة 2001-2002 : محاضرات في قاعة الاونسكو:

1. حوار أو صراع الحضارات: من هيتنتون إلى فوكوهاما.
2. الاكتئاب النفسي و الأزمة الاقتصادية.
3. إذلال الأب و أثره في نفسية المجتمع العربي

ARABPSYNET SEARCH ASSOCIATIONS

(ENGLISH EDITION)

Arab Psy Associations

Select Category

Go

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

سنة 2002-2003 : محاضرات

1. جسد المرأة : قدسية العذرية و دنس الجنس.
2. عبادة الشيطان و علاج الإدمان على المخدرات
3. لماذا الحرب ؟ تأثيرها على المجتمع العربي.
4. الديمقراطية و النظام البطريركي في المجتمع العربي.

مناظرات تلفزيونية :

- التوجيه التربوي و التوعية النفسية للمراهقين و الشباب.

مقالات نفسية :

- إدخال حقل جديد في إطار العلوم الإنسانية و هو ما يسمى بـ "النفسياسي" عبر العديد من المقالات في جريدة الحياة و جريدة النهار.

أعمال المركز

- مدخل إلى الطب النفسي العربي.
- العبودية المختارة: أتين لابويسي ، ترجمة مصطفى صفوان.
- الحدث السياسي : قراءة نفسية تحليلية: عدنان حب الله.
- العنف الأهلي: عدنان حب الله

مشاريع المركز المستقبلية

ترجمات و نشر :

- أعمال فرويد
- إعادة طباعة تفسير الأحلام: لمصطفى صفوان.
- إعادة طباعة كتاب التحليل النفسي: عدنان حب الله.

مؤتمرات عالمية :

إعداد مؤتمر عالمي للمحللين النفسيين من أصل عربي (المقيمين في الغرب أو في الأقطار العربية).

ملحق

المؤتمر الأول للمحللين النفسانيين الناطقين بالعربية

www.arabpsynet.com/Congress/LebanonCongress.htm

ARABPSYNET SEARCH ASSOCIATIONS

(ARABIC EDITION)

جمعيات طبنفسية و علمنفسية

Select Category

موافق

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

1ER CONGRES DES PSYCHANALYSTES DE LANGUE ARABE

ANNAFS DANS LA TRADITION ARABE ET LA PSYCHANALYSE

LIBAN - BEYROUTH 20-23 MAI 2004

المؤتمـر الأول للمحلليـن النفسانييـن الناطقيـن بالعربيـة

النفس في التقاليد العربية و علاقتها بالتحليل النفسي

لبنـان – بيـروت 20-23 مـاي 2004

Argument du Congrès

L'université Saint Joseph de Beyrouth(faculté des lettres et sciences humaines) et le Centre Arabe des Recherches Psychanalytiques et Psychopathologiques ont le plaisir de vous inviter à participer au Congrès ayant pour thème le problème de l'âme (An-nafs) chez les arabes et son rapport avec les concepts psychanalytiques et qui constituera un lieu et un temps de rencontre de la culture arabe avec le champ de la psychanalyse.

Cette manifestation scientifique sera l'occasion pour chacun de nous de poser des questions relatives soit à la pratique soit à la méthode psychanalytique en tant que pensée appelée à trouver sa place dans la culture arabe. De fait, la psychanalyse a commencé à exister progressivement dans les pays arabes, même si, jusqu'à présent, la majorité des psychanalystes arabes est toujours installée en Occident, notamment à Paris. Le discours psychanalytique s'avère déterminant dans trois champs :

1) Le champ thérapeutique : en dépit des progrès de la science moderne, notamment les neurosciences, et de la recrudescence des thérapies médicamenteuses qui en résulte, l'expérience montre avec évidence les limites de telles orientation. Celles-ci sont parfaitement inefficaces pour le traitement des causes de la souffrance psychique et de la compréhension de ses aspects psycho-dynamiques. Si la médecine prétend,par exemple,soigner la dépression, ce n'est qu'en agissant sur tel relais synaptique dans un parcours neuronique. Elle reste incapable de répondre à la question suivante : comment un signifiant précis a-t-il pu être à l'origine d'un état dépressif ? Le système nerveux central possède certes des aires cérébrales dont l'activité peut être modifiée à l'aide de drogues, mais cela ne révèle rien des éléments de réponse au sujet de l'origine des troubles psychopathologiques ; d'ailleurs les effets secondaires des médicaments entraînent souvent un phénomène de dépendance qui enchaîne - parfois de façon chronique - le patient et tend à amenuiser ses capacités mentales et sa créativité.

Plusieurs méthodes psychothérapiques ont fait leur apparition ces derniers temps sur le « marché psy » et sont devenues un objet d'offre et de consommation pratiqué par une foule d'amateurs et de profiteurs de tout genre. Et malgré une technicité apparente qui peut les rendre séduisantes, ces psychothérapies agissent essentiellement par le biais qui aliène la volonté du sujet et sa liberté .

Depuis sa découverte par Freud, la psychothérapie analytique a pu, au contraire, acquérir ses lettres de noblesse, en s'appuyant sur la révélation du refoulé, lequel est l'équivalent d'une vérité subjective et d'un savoir, qui s'ignore et que recèle toute crise psychique. L'expérience analytique nous montre que seule la mise en lumière d'une vérité refoulée - véritable source de la souffrance psychique - peut avoir une vertu thérapeutique.

2) Le champ épistémologique : avec Jacques Lacan, la psychanalyse a été introduite plus délibérément dans le champ du langage et a entrepris de questionner d'autres disciplines intellectuelles telles que la philosophie, l'anthropologie, la littérature, les arts, les mathématiques, etc. En effet, tout est signifiant, et rien n'existe en dehors de la langue. Notre langue arabe est riche en métaphores, métonymies, litotes,symboles et diverses représentations. A ce titre, elle se trouve parfaitement en conformité avec les particularités de la méthode psychanalytique.

Ce congrès sera l'occasion d'insister sur ce point, à travers l'expérience de chacun.

3) Le champ social :loin de se limiter à son champ stricto sensu, la psychanalyse est vouée, grâce à sa méthode, à élargir le champ de pensée et à permettre de problématiser les questions dont la mise en suspens - sinon le rejet - est responsable de la stagnation en matière de liberté d'expression et de démocratie dans nos sociétés. Il est clair que le fardeau de l'héritage traditionaliste, que la pensée moderne n'a pas réussi à modifier, est la cause principale de la crise intellectuelle dans laquelle les sociétés arabes se débattent actuellement.

L'ensemble de ces constats fait du discours analytique une nécessité, non seulement sur le plan thérapeutique, mais surtout au niveau de la libération de la pensée arabe à laquelle il donne l'opportunité d'une renaissance comparable à celle qui, en Occident, reçut l'appellation de Siècle des Lumières. Il nous paraît fondamental que les participants confrontent intensément leurs points de vue et partagent rigoureusement leurs expériences sur ce dernier point.

Les organisateurs ont choisi le thème de la psyché (An-nafs) pour ce premier Congrès international des psychanalystes de langue arabe, parce que ce sujet est au centre des préoccupations de tous ceux qui se réclament de la science d'An-nafs ou des thérapeutes d'An-nafs et qu 'il est temps de le définir, d'en préciser le contenu et d'en faire véritablement un sujet de la science. Depuis l'age d'or de la civilisation arabe, penseurs et philosophes n'ont cesser , à partir d'Al Kindi , AL Farabi , Avicenne, Averroès, Ibn Arabi , Sadreddine Chirazi etc.... de s'interroger sur l'essence de ce concept , et sur la définition qu'on peut lui attribuer. La majorité de ces philosophes s'est référée aux travaux de Platon et d'Aristote , sans parvenir à dissiper le malentendu et l'obscurantisme qui les entourent. Le Congrès veut ouvrir ce champs à la réflexion et à la recherche , en se référant aux concepts psychanalytiques , appuyés sur l'expérience Freudienne et Lacanienne.

Ce Congrès servira, par ailleurs, à promouvoir l'idée d'une association ou d'une société destinée à regrouper les psychanalystes arabes. Nous souhaitons donc que cette première rencontre en annonce d'autres, afin que les psychanalystes puissent échanger - via le Centre Arabe des

Recherches Psychanalytiques et Psychopathologiques et ses alliés- leurs réflexions cliniques et théoriques en prenant appui sur la langue et la culture arabes en ce qu'elles possèdent de plus singulier.

Université Saint Joseph de Beyrouth

Le centre arabe des recherches Faculté des Lettres et des sciences humaines Psychanalytiques et psychopathologiques

Responsables :
Mounir CHAMOUN
Adnan HOUBBALLAH
Moustapha SAFOUAN

Le Programme / البرنامـــج

Jeudi 20 Mai 2004

18h 00-18h 30 **Séance inaugurale**
- Mot d'accueil : Georges CORM
- Mot de L'USJ : Mounir CHAMOUN
- Mot du Centre arabe : Adnan HOUBBALLAH

18h30- 20h00 **Première table ronde**
Modérateur- discutant : Adel AKL
- La question de l'âme dans la tradition Chrétienne (en français) : Père Samir KHALIL s.j
- La psyché dans la perspective de L'ISLAM et dans la perspective philosophique (en arabe) : Sayed Hassan EL AMINE

Vendredi 21 mai 2004

8h00-9h00 : **Accueil des participants**
9h00-10h30 **Deuxième table ronde**
Modérateur- discutant : Moustafa SAFOUAN
- Propos sur la psyché dans la tradition arabe Entre la vision du passé et la créativité de L'avenir (en arabe) : Hussein ABDEL KADER
- Le concept de l'âme et son rapport au corps Dans la culture arabe (en arabe) : Majdi ABDEL HAFEZ

10h30-11h00 **Pause**
11h00-12h30 **Troisième table ronde**
Modérateur- discutant : Mounir CHAMOUN
- Par pitié, ne me parlez pas d'âme ! (en français) : François WAHL
- Les portes musulmanes du rêve (en français) : Jean Michel HIRT

12h30-14h30 **Déjeuner**
14h30- 16h00 **Quatrième table Ronde**
Modérateur- discutant : Maha HAMMAD
- Le psychanalyste médiateur des âmes (en français) : Jalil BENNANI
- Problématique du concept de la personne et du sujet dans l'Orient arabe (en arabe) : Ahmed FAYEK

16h00- 16h30 **Pause**
16h30- 18h00 **Cinquième table ronde**
Modérateur- Discutant : Nadine KHAIRALLAH CHAKAR
- J'ai perdu mon âme (en français) : Marie HAZAN
- De l'âme en exil (en français) : Marie JAWich

Samedi 22 mai 2004

9h00- 10h30 **Sixième table ronde**
Modérateur- discutant : Houda KACHROUD et Christian HOFFMAN
- L'âme Chez Avicenne le poète ; l'âme chez Avicenne Le philosophe (en arabe) : Khaled EL ALEJ
- La signification des liens associatifs entre les jeunes Autour du sujet et des autres (en arabe) : Racha EL DIDI

10h30- 11h00 : **Pause**

الخميـــس 20 مـــاي 2004

س18 – س18و30د : **جلســـة الافتتـــاح**
- كلمة الترحيب : جورج قرم
- كلمة إ.س.ج.: منير شمون
- كلمة المركز العربي : عدنان حب الله

س18و30د – س20 : **المائـــدة المستديـــرة الأولـــى**
المنسق/المحاور : عادل عقل
- مسألة النفس في التقاليد المسيحية (فرنسية) : الأب سمير خليل
- الـنفس في المنظور الإسلامي و الفلسفي (عربية) : سيد حسن الأمين

الجمعـــة 21 مـــاي 2004

س8 – س9 : **استقبـــال المشاركيـــن**
س9 – س10و30د : **المائـــدة المستديـــرة الثانيـــة**
المنسق/المحاور : مصطفى صفوان
- أقوال حول النفس في التقاليد العربية بين رؤية الماضي و إبداع المستقبل (عربية) : حسين عبد القادر
- مفهوم النفس و علاقتها بالجسد في الثقافة العربية : مجدي عبد الحافظ

س10و30د – س11 : **استراحـــة**
س11 – س12و30د : **المائدة المستديرة الثالثة**
المنسق/المحاور : منير شمون
- من الشفقة ألا تحدثوني عن النفس (فرنسية) : فرنسوا واهل
- المدلخـل للحلـم من وجهة الثقافة الإسلامية (فرنسية) : جون ميشل هيرت

س12و30د – س14و30د : **غـــــداء**
س14و30د – س16 : **المائـــدة المستديـــرة الرابعـــة**
المنسق/المحاور : مهى حماد
- المحلل النفساني وسيط النفوس (فرنسية) : جليل بناني
- إشكالية مفهوم الذات و الموضوع من المشرق العربي (عربية) : أحمد فايق

س16 – س16و30د : **استراحـــــة**
س16و30د – س18 : **المائـــدة المستديـــرة الخامســـة**
المنسق/المحاور : نادين خير الله شاكر
- إنني افتقدت نفسي (فرنسية) : ماري هزان
- حول النفس في المهجر (فرنسية) : ماري جهويش

السبـــت 22 مـــاي 2004

س9 – س10و30د : **المائـــدة المستديـــرة السادســـة**
المنسق/المحاور : هدى كشرود و كريستيان هوفمان
- النفس عند ابن سيناء الشاعر و عند ابن سيناء الفيلسوف(عربية) : خالد العلج
- معـنى ارتـباطات التداعي عند اليافعين حول الذات و الآخرين (عربية) : رشا ديدي
- س10و30د – س11 : **استراحـــة**

11h00- 12h30 **Septième table ronde**
Modérateur- discutant : Charles MELMAN
- La réduction du sujet à son symptôme (en français) : Chawki AZOURI
- Le pas de la psychanalyse entre les sciences de l'âme et Les neurosciences (en français) : Elie DOUMIT

12h30- 14h00 : **Déjeuner**

14h30- 16h00 : **Huitième table ronde**
Modérateur- discutant : Karim GEBAILY
- An-nafs et le miroir (en arabe) : Farid MERINI
- Peut-on ne pas croire à son inconscient ? (en français) : Nazir HAMAD

16h00- 16h30 : **Pause**

16h30- 18h00 : **Neuvième table ronde**
Modérateur- discutant et conférencier : Adnan HOUBBALLAH La division du sujet
- Vous avez dit psychanalyste ? (en français) : Mohammed Fouad BENCHOUKROUN
- La question du sujet chez Freud et chez Lacan (en français) : Charles MELMAN

Synthèse Finale : Moustafa SAFOUAN

Dimanche 23 mai 2004

9h00-11h00 : **Dixième table ronde**
Psychanalyse et démocratie

Intervenants – discutants :
- Mounir CHAMOUN
- Georges CORM
- Grégoire HADDAD
- Adnan HOUBBALLAH
- Charles MELMAN
- Moustafa SAFOUAN

Cette table ronde se retiendra à la suite de l'exposé bref de Abdallah ASKAR : La Psychanalyse de la réalité sociale arabe et la crise de la démocratie (en français)

Contact
Site Web du congrès : ……
E.mail : secrétariat du congrès : …..
Membre du comité d'organisation :
Dr. Adnan HOUBBALLAH -
E.mail : ahabalah@idm.net.lb

طرائق و منهجية البحث في علم النفس

أ.د. فـاروق مجـذوب - لبنـان

www.arabpsynet.com/books/MajzoubB1.htm

س11 – س12و30د : **المائـدة المستديـرة السابعـة**
المنسق/المحاور : شارل ملمان
- اختزال الذات إلى أعراضها (فرنسية) : شوقي عزوري
- خطـوة التحلـيل النفسـي بين العلوم النفسية و العلوم العصبية (فرنسية) : إيلي دوميت

س12و30د – س14 : **غـــداء**

س14و30د – س16 : **المائـدة المستديـرة الثامنـة**
المنسق/المحاور : كريم جبايلي
- النفس و المرايا (عربية) : فريد مريني
- هل بالإمكان ألا نعتقد في لا وعينا؟ (فرنسية) : نذير حماد

س16 – س16و30د : **استراحـة**

س16و30د – س18 : **المائـدة المستديـرة التاسعـة**
المنسق/المحاور و المحاضر : عدنان حب الله
الانشطار الموضوع : عدنان حب الله
- ماذا نعني بالمحلل النفسي (فرنسية) محمد فؤاد بنشقرون
- مسألة الموضوع عند فرويد و لاكان (فرنسية): شارل ملمان

ملخص تحليلي للمداخلات : مصطفى صفوان

الأحـــد 23 مـــاي 2004

س9 – س11 : **المائـدة المستديـرة العاشـرة**
التحليل النفسي و الديمقراطية
المداخلون / المحاورون :
- منير شمون
- جورج قرم
- فريدوار حداد
- عدنان حب الله
- شارل ملمان
- مصطفى صفوان

يـنعقد الحوار في هذه المائدة المستديرة بعد مداخلة عبد الله عسكر : التحليل النفسي للواقع الاجتماعي العربي و أزمة الديمقراطية (فرنسية) .

للاتصـــال
الموقع على الويب : .....
البريدي الإلكتروني لسكرتيرية المؤتمر : ...
عضو الهيئة المنظمة للمؤتمر :
ب. إلكتروني: د. عدنان حب الله: ahabalah@idm.net.lb

التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان

أ.د. عدنـان حـب اللـه - لبنـان

www.arabpsynet.com/books/Adnane.B1.htm

23eme Congrès Franco Maghrébin de Psychiatrie

Schizophrenie Et Psychoses Infantiles : Orientations Actuelles Et Aspects Culturels

Monastir (Tunisie) 7 et 8 Octobre 2004

Association Franco-Maghrébine de Psychiatrie
Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire
en collaboration avec : Société Tunisienne de Psychiatrie
Association Tunisienne des Psychiatres d'Exercice Privé

Je suis très heureux de l'honneur que l'Association Franco Maghrébine de psychiatrie me fait en me chargeant d'organiser cette édition du Congrès Franco-Maghrébin en Tunisie, pays d'accueil et d'hospitalité, et c'est un grand plaisir de vous inviter à Monastir où l'occasion sera certainement offerte pour joindre l'utile à l'agréable en conciliant tes fructueux échanges scientifiques aux plaisirs de la découverte d'une terre de rencontres dotée d'atouts naturels enchanteurs.

Monastir est cette coquette ville balnéaire du Centre-est tunisien, anciennement appelée Ruspina, cette ville est réputée pour la beauté de ses sites naturels et archéologiques ainsi que pour son infrastructure touristique moderne, qui font d'elle un des pôles d'attraction du visiteur en Tunisie.

Le choix du thème du Congrès «schizophrénie et psychoses infantiles, orientations actuelles et aspects culturels» veut souligner l'intérêt d'une réflexion sur l'état de nos connaissances de cette maladie mentale par excellence rencontrée dans toutes les cultures et dont l'incidence épidémiologique élevée justifie la poursuite des recherches la concernant tenant compte des progrès biologiques et thérapeutiques et de l'évolution sociale.

Dans la pléiade des thèmes qui seront débattus notre pari est double : satisfaire d'abord une palette aussi large que possible des pôles d'intérêt des participants et faire cohabiter ensuite les discours scientifiques pointus avec les enjeux de la pratique quotidienne.

Le congrès comportera des conférences plénières, deux symposia, des ateliers et des sessions de communications orales et affichées offrant l'opportunité aux psychiatres, pédopsychiatres et autres participants d'échanger leurs expériences.

Je formule le souhait que ce congrès nous aide à partager connaissances, difficultés et espoirs et j'espère que vous repartirez en emportant un doux souvenir de Monastir et également du Sud Tunisien et de l'île de Djerba dont la visite est prévue en post congrès.

Vive l'amitié Franco-Maghrébine et à bientôt en Tunisie.

Pr. Lotfi GAHA - TUNISIE

□ Comité d'organisation

Président du Congrès : Lotfi GAHA

Présidents d'honneur : Jean DALERY (France), Saida DOUKI (Tunisie), Farid KACHA (Algérie), Driss MOUSSAOUI (Maroc).

Comité d'honneur : A. AIT-MENGUELLET (France), P. ARDOINT (France), A. BAKIRI (Algérie), F. BENCHEKROUN (Maroc), J.P. CHABANNES (France), G. DARCOURT (France), G. FERREY (France), E. GUEDDICHE (Tunisie), M.B. HALAYEM (Tunisie), A. JEMMALI (Tunisie), J. KTIOUET

المؤتـــمر الفرنســـي المغاربـــي 23 للطـب النفسـي

الفصـــام و ذهانـــات الأطفـــال :

التوجهـــات الحاليـــة و المظاهـــر الثقافيـــة

المنستير (تونس) 7-8 أكتوبر 2004- نزل كريات بلاص

الجمعية الفرنسية المغاربية للطب النفسي
الجمعية التونسية للأطباء النفسانيين الاستشفائيين و الجامعيين
بالمشاركة مع : الجمعية التونسية للطب النفسي
الجمعية التونسية للأطباء النفسانيين بالممارسة الحرة

يسـعدني أن تشرفني الجمعية الفرنسية المغاربية للطب النفسي تنظيم مؤتمـرها في تونس، البلد المضياف، و إنه لمن دواعي سرورنا دعوتكم إلـى المنسـتير حيـث تـتاح لكم حتما فرصة التمتع باكتشاف مميزاتها الطبيعية بالتوازي مع مشاركتكم المؤتمر.

تقـع المنسـتير هذه المدينة الخلابة الساحلية في الوسط الشرقي للبلاد التونسية، سميت قديما بـ "ريسبينا" و اشتهرت بجمال مواقعها الطبيعية و الأثـرية و بالبنية التحتية السياحية العصرية مما جعلها قطبا سياحيا هاما تستجلب عديد الزوار و الأجانب.

إن اختـيار محور المؤتمر موضوع "**الفصام و ذهانات الأطفال**" يدخل فـي إطار الدعوة للتفكير حول ما توصلت إليه معارفنا حول هذا المرض العقلي المشاهد في جميع الثقافات و الذي تعد ارتفاع نسبة انتشاره الوبائي عاملا رئيسيا في مواصلة الأبحاث العلمية المتعلقة بهذا المرض مع الأخذ بعين الاعتبار التقدم الحيوي و العلاجي و أيضا التطور المجتمعي.

و مـن خلال عديد المواضيع المطروحة للنقاش كنا نهدف إلى تحقيق رضاء عديد المشاركين بتنوع دائرة اهتمامهم إلى جانب الندوات و ورش العمـل مع عرض معلقات بعض الأبحاث مما يمكن الأطباء النفسانيين و عديد المشاركين بالتحاور حول تجاربهم و ممارستهم.

أتمنى أن يساهم هذا المؤتمر في مساعدتنا على تبادل المعلومات على أمـل أن تكـون لديكم انطباعات طيبة عند مغادرتكم المؤتمر سواء حول مدينة المنستير أو جزيرة جربة التي ستنظم زيارة إثر المؤتمر.

تحيا الصداقة الفرنسية المغاربية و إلى لقاء في تونس.

أ.د. لطفـي قحـة – تونـس

الهيئـــة المنظمـــة

رئيـس المؤتمـر : لطفي قحة (تونس)

الرئـيـس الشـرفـي : جان دواري (فرنسا)، سعيد الدوكي (تونس)، فريد كاشا (الجزائر)، إدريس موساوي (المغرب).

الهيـئـة الشرفيـة : أ.عيت منقلات (فرنسا)، ب. أردوان (فرنسا)، أ. بكـيري (الجزائر)، ف. بن شقرون (المغرب)، ج.ب. شبان (فلانسا)، ج. درقـوت (فرنسـا)،ج. فـراري (فرنسا)، ع. قديش (تونس)، م.ب. حليم (تونس)، أ. جمالي (تونس)، ج. كتيوت (المغرب)، ب. لالوند (كندا)، م.

(Maroc), P. LALONDE (Canada), M. LAXENAIRE (France), H. LOO (France), P. MORON (France), J.P. OLIE (France), M. PAES (Maroc), I. PELC (Belgique), D. PRINGUEY (France), T. SKHIRI (Tunisie), M. TOUHAMI (Maroc)

Président du comité scientifique : Béchir BEN HADJ ALI

Comité scientifique : A. ALLANI (Tunisie), S. BEN MASR (Tunisie), M. BOUDEF (Algérie), A. BOUSSETTA (Tunisie), M.CHEOUR (Tunisie), P. CORTEN (Belgique), T. d'AMATO (France), Z. EL HECHMI (Tunisie), F. GHRIBI (Tunisie), R. LABBANE (Tunisie), F. MRAD (Tunisie), M. MASR (Tunisie), M. SAOUD (France), K. TABBANE (Tunisie), S. ZRIBI (Tunisie).

Comité local d'organisation : M. ABDESSAMED, H. ACHACHE, C. BEN DHIA, N. BENZARTI, R. BOUZID, N. GADDOUR, L. GASSAB, R. HANNACHI, G. KHIARI, A. MECHRI, W. MELKI (coordinateur), Y. MOALLA, J. SALHI, W. SALLAMI, H. TOUMI, I. YAKDHAME, F. ZAAFRANE

Accueil, hébergement et excursions : Mme Mongia FENDRI, Agence Haouala Travel
Secrétariat : Mme Radhia HAMOUDA, Mme Lamia MRAD

Thèmes Scientifiques

1- Epidémiologie de la schizophrénie et des psychoses infantiles.
2- Psychoses infantiles - problèmes nosographiques.
3- Actualités dans l'étiopathogénie de la schizophrénie.
4- Vulnérabilité à la schizophrénie et aux psychoses infantiles
5- Exploration neuro cognitive
6- Génétique des psychoses infantiles et de la schizophrénie
7- Culture et expression clinique des psychoses
8- Schizophrénie et troubles des conduites
9- Schizophrénie et dépression
10- Société, famille, stigmatisation et psychoses
11- Schizophrénie : expression du passage d'une culture collective à une culture individuelle ?
12- Schizophrénie et qualité de vie
13- Evolution à long terme et concept de guérison dans la schizophrénie
14- Des neuroleptiques aux anti psychotiques
15- Aspects culturels de la prise en charge des psychoses
16- Prescription des anti psychotiques atypiques
17- Du traitement du 1èr épisode psychotique à la prévention des rechutes
18- Particularités de la prise en charge ambulatoire des patients schizophrènes
19- Observance des traitements dans la schizophrénie
20- Prévention de la schizophrénie

Ateliers de travail

Atelier 1: La prise en charge des enfants autistes, quelle est la part de la chimiothérapie, de la psychothérapie et de la rééducation ?
Atelier 2: Schizophrénie et troubles bipolaires : cousins germains ou parents lointains ?
Atelier 3 : Les conduites addictives dans la schizophrénie
Atelier 4 : Prise en charge psychosociale de la schizophrénie
Atelier 5 : Les neuroleptiques classiques ont-lis encore une place dans le traitement de la schizophrénie ?

لكسـنار (فرنسـا)، ه. لـو (فرنسا)، ب. مورون (فرنسا)، ج.ب. اولياي (فرنسـا)، م. بياص (المغرب)، إ. بالك (بلجيكا)، د. برنقاي (فرنسا)، ط. الصخيري (تونس) م. التهامي (المغرب).

رئيـــس الهيئـة العلميـة : بشير الحاج علي

الهيـئـة العلمـيـــة : ع. علانـي (تونس، س. بن نصر (تونس) م. بـوداف (الجزائـر)، ع. بوستة (تونس)، م. شعور (تونس)، ب. كورتن (بلجـيكا)، ت. دمـاتو (فرنسـا)، ز. الهاشـمي (تونـس)، ف. الغريبي (تونـس)، ر. لـبان (تونـس)، ف. مراد (تونس)، م. نصر (تونس)، م. سعود (فرنسا)، ك. تبان (تونس) س. الزريبي (تونس).

الهيـئـة المحلـيـة المـنظـمـة : م. عبد الصمد، ح. عشاش، ش. بن ضـياء، ن. بنزرتـي، ر. بوزيد، ن. قدور، ل. قصاب، ر. حناشي، ج. خـياري، أ. مشـري، و. مالكي، ي. معلى، ج. الصالحي، و. السلامي، هـ. التومي، إ. يكظام، ف. زعفران.

الاستقبـال، السكـن، الرحـلات السكرتيريـة : راضية حمودة، ليلى مراد

مواضيـع المحـاور العلميـة

-1 وبائيات الفصام و ذهانات الأطفال
-2 الذهانات الطفلية : الإشكاليات التصنيفية
-3 المستجدات الحديثة للأمراضية السببية للفصام
-4 الاستعداد للفصام و الذهانات الطفلية
-5 التقصي المعرفي – العصبي
-6 علم الوراثة للذهانات الطفلية و الفصام
-7 الثقافة و المظاهر السريرية للذهانات
-8 الفصام و اضطرابات السلوك
-9 الفصام و الاكتئاب
-10 المجتمع، العائلة، الوصمة و الفصام
-11 الفصام : مظهر التحول من الثقافة الجمعية إلى الثقافة العربية
-12 الفصام و نوعية الحياة
-13 المآل على مدى طويل و مفهوم الشفاء لمرض الفصام
-14 من المعقلات إلى مضادات الذهان
-15 المظاهر الثقافية لرعاية الذهانيين
-16 الاستطباب بمضادات الذهان اللانموذجي
-17 من علاج أول فترة ذهانية إلى وقاية الانتكاسات
-18 خصوصيات الرعاية الخارجية للمرضى الفصاميين
-19 مداومة العلاج عند الفصام
-20 الوقاية من الفصام

ورشـــات العمـــل

الورشـــة الأولـــى : رعايـة الأطفال الانطوائيين الذهانيين، مكانة العلاج الدوائي، النفساني و التأهيل
الورشـة الثانيـة : الفصام و الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب : أقرباء درجة أولى أو أقرباء متباعدين.
الورشـة الثالثـة : السلوكات الإدمانية عند الفصام
الورشـة الرابعـة : الرعاية النفستماعية في الفصام
الورشـة الخامسـة : هل للمعقلات التقليدية مكانة في علاج الفصام اليوم؟

Ateliers

Atelier 1: La prise en charge des enfants autistes, quelle est la part de la chimiothérapie, de la psychothérapie et de la rééducation ?

Les approches thérapeutiques de l'autisme sont fort nombreuses, fondées ou non sur des bases empiriques prouvant leur efficacité.

Un consensus semble acquis quant à la nécessité d'une intervention précoce, d'une approche multidisciplinaire, de l'importance d'une forte implication de la famille et du maintien d'un cadre éducatif favorisant les apprentissages. Mais par delà ces lignes directrices, la prise en charge varie de pays en pays, voire de région en région, créant une inégalité face au système de soins, s'ajoutant à celle inhérente aux moyens matériels et humains.

Ainsi, la chimiothérapie semble de moins en moins limitée à une visée symptomatique pour réduire les troubles du comportement les plus gênants. Des pistes physiopathologiques orientent vers un dysfonctionnement sérotoninergique avec des effets thérapeutiques obtenus avec les ISRS et la fenfluramine, ainsi que vers certaines carences comme en témoignerait l'efficacité des traitements supplétifs en vitamines ou en sécrétine.

Le noyau dur de la prise en charge, centré sur un abord éducatif et psychothérapique, demeure fortement dépendant des modèles théoriques de compréhension du trouble, d'où de grandes disparités des pratiques. Elles vont des méthodes comportementales, très répandues en Amérique du Nord, aux techniques d'apprentissage de la communication sociale issues de la théorie de l'esprit, en passant par les approches d'inspiration analytique, fortement ancrées en France et au Maghreb, se réalisant dans un cadre duel, familial et surtout institutionnel (hôpital de jour, centre spécialisé). L'approche corporelle est souvent au centre de la thérapie avec de multiples techniques psychomotrices entre rééducation et psychothérapie. L'indication d'une rééducation du langage est fréquente, niais là aussi selon des méthodes différentes.

L'atelier offrira aux participants l'occasion de confronter leurs expériences selon les orientations et les contraintes de chacun et permettra aussi aux thérapeutes maghrébins, souvent en position de pionniers, de discuter des meilleure!; options à prendre compte tenu de leur contexte socio-économique

Atelier 2 : Schizophrénie et troubles bipolaires : cousins germains ou parents lointains ?

La schizophrénie et les troubles bipolaires semblent partager un certain nombre de caractéristiques communes : des symptômes tels que le délire, les hallucinations et la dépression peuvent survenir dans les deux affections. Des anomalies structurales au niveau de l'hippocampe (SNC) peuvent être constatées chez des patients présentant l'une ou l'autre de ces pathologies. De même, une susceptibilité génétique commune a été mise en évidence par des études familiales. Cependant, la schizophrénie et les troubles bipolaires répondent différemment aux traitements psychotropes. De plus, ils ne présentent pas le même profil évolutif au long cours.

Cet atelier se propose d'élucider si la schizophrénie et les troubles bipolaires sont

- Soit deux entités distinctes
- Soit des expressions cliniques différentes d'un même processus étiopathogénique.
- ou les extrêmes d'un même continuum, dans lequel les troubles schizo-affectifs occupent une position intermédiaire.

En définitive, cette thématique suscite une riche discussion, à la quelle vous êtes conviés en participant à cet atelier.

ورش عمـــل

الورشـة الأولـى : رعايـة الأطفال الانطوائيين الذهانيين، مكانة العلاج الدوائي، النفساني و التأهيل

تـتعدد المقاربات العلاجية للإنطواء الذهاني سواء منها المرتكزة على أساسيات تجريبية مؤكدة فعاليتها أم لا.

هـناك اتفـاق مؤكـد حول ضرورة التدخل المبكر، المقاربة المتعددة الاختصاصات، أهمية مشاركة العائلة و الحفاظ على إطار تربوي للتعلم و إكتسـاب المهارات، لكن إن تجاوزنا هذه الخطوط الموجهة للعلاج، يتبين أن الـرعاية تخـتلف من بلد إلى آخر، من منطقة إلى أخرى محدثة تفاوتا في نظام الرعاية، هذا إضافة تفاوت الإمكانيات المادية والبشرية.

مـن هـنا يبدو أن العلاج الدوائي ذو فعالية محدودة لا تتجاوز بعض الأعـراض كخفـض اضـطرابات السـلوك المربكة، في حين أن عديد المؤشـرات الفسـلجية الإمراضـية تؤكد وجود خلل وظيفي في الجهاز السـيروتونيني ممـا أدى إلـى ملاحظـة آثار علاجية إيجابية باستعمال المثـبطات الانتقائـية لاستعادة السيروتونين و الفنفليرمين مما يؤكد وجود عوز سيروتونيني.

ترتكـز إشكالية الرعاية حول المقاربة التربوية و العلاجنفسية التي لا تـزال خاضعة بشدة للنماذج النظرية لهذا الاضطراب الأمر الذي أدى إلى اخـتلاف الممارسات و التي تراوحت الطرق السلوكية المنتشرة بالولايات المـتحدة إلـى تقنـيات اكتساب التواصل الاجتماعي المعتمدة على نظرية الذهـن مـرورا بالمقاربـات المستمدة من التحليل النفسي المنتشر بكثرة بفرنسـا و المغـرب العربـي و التي تتم في إطار تنامي عائلي و حاجة مؤسسـاتي (المشـفى النهاري، المراكز المختصة). إن المقاربة الجسدية تعتـبر مركزية بالنسبة للعلاج مع تقنيات نفسحركية متعددة و التي تتراوح بيـن إعـادة التأهيل و العلاج النفسي. إن دواعي إعادة تأهيل النطق تعد شديدة الانتشار و حسب طرق مختلفة أيضا.

تقـدم ورشة العمل هذه للمشتركين الفرصة لعرض تجاربهم كما تسمح للمعالجيـن المغاربيين الذين اعتبروا من الرواد بمناقشة أفضل الوسائل و ذلك حسب الإطار الاجتماعي و الاقتصادي.

الورشـة الثانـية : الفصام و الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب : أية علاقة بينهما؟

قـد يتقاسـم الفصام و الاضطرابات ثنائية القطب بعض الخصائص المشـتركة مـثل الهـلاوس، الهذيـان و المزاج الاكتئابي و التي يمكن مشـاهدتهم في كل من هذين الاضطرابين، من ذلك أنه لوحظ وجود خلل دماغـي فـي مـنطقة "الهيبوكمـب" عند المرضى المصابين بالفصام و الاضـطراب الوجداني، كمـا لوحظ وجود قابلية وراثية مشتركة تأكدت خـلال دراسـة أسر المصابين، إلا أن استجابة هذه الاضطرابات للعلاج الدوائـي كانت مختلفة شأن اختلاف المسار التطوري لكليهما على المدى البعيد.

تعمـل هـذه الورشـة علـى محاولـة فهـم بعض خصائص هذين الاضطرابين :

- هل يعدان وحدتين مختلفتين
- هـل يحـتلان مظاهر سريرية مختلفة لسيرورة سببية إمراضية واحدة

أم يمـثلان طرفي سيرورة تواصل واحدة يكون فيها الاضطراب الفصامي الوجداني في وضعية وسطى بينهما.

إن هـذه الإشـكالية تستلزم حوار ثري ندعوكم لمشاركتنا إياه في هذه الورشة.

Atelier 3 : Les conduites addictives dans la schizophrénie

Les conduites addictives dans la schizophrénie sont fréquentes et font référence a un ensemble de conduites spécifiques qui vont du tabagisme à la consommation de drogues illicites. Cette comorbidité a fait l'objet d'innombrables travaux au cours des dernières décennies et constitue un terrain de recherche fertile et prometteur pour l'amélioration de la prise en charge des malades schizophrènes.

Cet atelier se propose d'aborder un certain nombre de questions soulevées par les travaux consacrés à ce sujet:

- Quelle est l'influence de la consommation de toxiques sur le déclenchement et le cours évolutif de la maladie?
- L'addiction à un toxique et la psychose représentent-elles des comorbidités distinctes ou existe-t-il des facteurs de risques neurobiologiques communs?
- Quel lien existe-t-il entre les anomalies neurobiologiques en relation avec l'addiction et celles en relation avec ta psychose ?
- Les effets secondaires des médicaments sont-ils susceptibles d'induire une appétence pour certains toxiques?
- Existe-t-il des stratégies de prise en charge des conduites addictives spécifiques à la schizophrénie?

Toutes ces questions, malgré une littérature abondante ne sont pas encore résolues et ne manqueront pas de susciter un débat intéressant pour les participants

Atelier 4 : Prise en charge psychosociale de la schizophrénie

La prise en charge psychosociale prend une place de plus en plus importante dans la stratégie thérapeutique de la schizophrénie. Elle vise le maintien du patient schizophrène dans la communauté en lui offrant un système de soutien extra-hospitalier qui dépend de plusieurs facteurs socio-culturels et économiques et de la politique sanitaire du pays. Dans les pays du Maghreb, cette prise en charge est tenue à se développer. Elle est partagée entre, d'une part, le modèle occidental qui s'appuie sur des structures de soins hospitalières et intermédiaires développées et d'autre part, le modèle traditionnel basé sur le soutien familial et communautaire.

Les mutations socioculturelles du Maghreb évoluent rapidement vers l'occidentalisation et poissent les intervenants en santé mentale à adopter les deux modèles de prise en charge psychosociale des schizophrènes, mais aussi à développer un système de soins adapté à leur réalité culturelle, sociale et économique.

Cet atelier se propose de discuter ces différents aspects au vu des expériences occidentales et Maghrébines en matière de prise en charge psychosociale des patients

Atelier 5 : Les neuroleptiques classiques ont-ils encore une place dans le traitement de la schizophrénie ?

Découverts en 1952, les neuroleptiques avaient constitué le point de départ de la psycho-pharmacologie moderne, transformé radicalement les conditions d'exercice de la psychiatrie et s'étaient imposés comme traitement de choix, à court et à long terme, des troubles schizophréniques.

Cependant, malgré l'avènement de plusieurs familles chimiques de neuroleptiques

- la résistance au traitement concernait 20 à 30% des patients
- les symptômes «négatif», ou déficitaires étaient peu améliorés par le traitement et la multitude des effets indésirables participait à la stigmatisation des malades, diminuait l'observance thérapeutique et altérait la qualité de

الورشة الثالثة : السلوكات الإدمانية في الفصام

إن ارتفـاع نسـبة السـلوكات الإدمانية في الفصام تمثل مجموعة من السـلوكات المميزة بداية من الإدمان التبغي إلى إدمان المخدرات و كانت هـذه الإمراضية المصاحبة موضوع عديد الأبحاث في العشريات الأخيرة حيـث اعتـبرت حقـلا خصبا واعدا لتطوير رعاية المرضى المصابين بالفصام.

يـتم في هذه الورشة عرض مجموعة من التساؤلات التي أثارتها آخر الأبحاث :

- مـا هـو تأثير استهلاك المواد السامة على ظهور المرض و على مساره التطوري؟
- هـل يمثل إدمان تعاطي المواد السامة إمراضية مصاحبة مختلفة عـن الفصام أو هل تتواجد عوامل عصبحيوية كامنة الخطورة مشتركة بينها؟
- أيـة علاقة بين الاختلال العصبحيوي المتعلق بالإدمان و بين ذلك المتعلق بالفصام؟
- هـل أن الأعـراض الجانبية لمضادات الذهان تحدث ميلا لإحدى المواد السامة؟
- هل توجد خطة خاصة لرعاية السلوكات الإدمانية للفصام؟

جمـيع هذه التساؤلات لم يحسم فيها رغم عديد الأبحاث لكنها تبقى مثار جدل واسع تدعونا فيه لحوار ثري في هذه الورشة.

الورشة الرابعة : الرعاية النفستماعية للفصام

تـأخذ الـرعاية النفسـتماعية مكانـة مميزة في خطة علاج مرضى الفصـام، فهـي تهدف إلى تركيز المريض الفصامي في بيئته و دائرته الاجتماعـية من خلال توفير نظام الدعم خارج المشفى و الذي يعتمد على عوامل نفسثقافية و اقتصادية إلى جانب السياسة الصعبة المعتمد في البلد، أما بالنسبة للبلاد المغاربية فإن هذه الرعاية مدعوة للتطور فهي مزدوجة، مـن ناحـية تجـد الرعاية التي تعتمد النمط الغربي المرتكزة على دور الرعاية الاستشفائية و الخارجية المتطورة و من ناحية أخرى تعتمد النمط التقليدي المرتكز على الدعم العائلي و الجماعي.

إن الـتحولات النفسـثقافية المتسارعة في البلاد المغاربية نحو النمط الغربـي دفـع المهـتمون بالصـحة النفسـية إلـى تبني نمطين للرعاية النفسـتماعية لمرض الفصام، مع العمل على تطوير نظام علاج متأقلم مع الواقع الثقافي الاجتماعي و الاقتصادي.

تقـترح هـذه الورشـة مناقشـة المظاهر المختلفة حسب ممارسات المغاربيين و الغربيين فيما يتعلق بالرعاية النفستماعية للمرضى.

الورشـة الخامسـة : هل بقت للمعقلات التقليدية مكانة في علاج مرض الفصام؟

أعتـبر اكتشاف المعقلات سنة 1952 نقطة انطلاق للصيدلانية النفسية العصرية، و التي غيرت بصفة جذرية معطيات الممارسة الطبنفسية حيث فرضـت نفسها هذه الأدوية كأفضل اختيار في علاج اضطرابات الفصام على المدى القريب و البعيد.

الآن و رغم توفير عديد المجموعات الكيميائية للمعقلات فإننا نلاحظ:

- أن 20-30 % من مرض الفصام لا يستجيبون لهذه الأدوية.
- إن اضـطرابات الفصام السالب أو العوزي كان الأقل استجابة لهذه الأدوية.
- تعدد الأعراض الجانبية ساهم في وصمة المرضى و تدني نسبة المداومين على المعالجة لما لهذه الأدوية من تأثير سلبي على نوعية الحياة.

vie des patients.

L'évolution des connaissances et les progrès de la recherche ont permis de développer de nouvelles molécules plus efficaces et mieux tolérés avec la découverte des antagonistes DZ et 5-HT2 .

L'avènement de ces nouveaux antipsychotiques a permis d'aspirer à une capacité fonctionnelle supérieure du patient ainsi qu'à une diminution des effets nocifs de la maladie et des traitements.

Cet optimisme thérapeutique repose sur les multiples avantages de ces molécules : une incidence moindre d'effets extra-pyramidaux, une efficacité supérieure sur les symptômes négatifs, une réduction des symptômes dépressifs, et une amélioration des fonctions cognitives.

Aussi, différentes conférences de consensus recommandent l'emploi des nouveaux anti-psychotiques en première intention dans le cadre des troubles schizophréniques.

Cet atelier fera le point sur les consensus actuels dans le traitement chimiothérapique des schizophrénies, et discutera les pratiques de prescription en fonction de l'évolution des idées et des connaissances, des habitudes culturelles locales et des réalités économiques nationales.

□ **Contact**

Les résumés pour des communications orales ou affichées doivent parvenir avant la date du 31 juillet 2004 à l'adresse suivante : Pr. L. GAHA, Service de Psychiatrie, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, 5000 MONASTIR, TUNISIE.

Tél : 00216 73 461 965 - Fax : 00216 73 460 678
Email : gaha.lotfi@rns.tn

Pour tout autre renseignement. contacter Mme -Mongia Fendri, Agence Haouala Travel, Tbaka. Skanes, 5000 Monastir.

Tél/Fax : 00216 73 502 103 - GSM : 00216 22 876 830
Email : mongia.fendri@poste.net

ARABPSYNET CONGRESS
(EDITION FRANÇAISE)

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

إن تطـور المعـارف و تقدم الأبحاث أدى إلى تطوير مجموعة جديدة مـن المعقلات أكثر فعالية و أحسن قبولا لتدني أعراضهم الثانوية و ذلك باكتشاف مضادات DZ و 5-HT2.

لقـد تميز استعمال المعقلات الجديدة بالتطلع إلى طاقات وظيفية أفضل للمـريض مـع تدنـي نسبة الأعراض الخارج الهرمية إضافة إلى فاعلية أفضـل علـى مسـتوى الأعـراض السالبة للمرض، خفض الأعراض الاكتئابية و تحسن الوظائف المعرفية.

و هكـذا لوحظ أنه هناك نسبة اتفاق حول ضرورة استعمال المعقلات الحديـثة الحديـثة (مضادات الذهان لا نموذجية) كاختيار أولي في علاج الاضطرابات الفصامية.

تعمـل هـذه الورشـة على توضيح الاتفاق الحاصل حالية في العلاج الدوائـي للفصـام و تـناقش ممارسات وصف هذه الأدوية حسب تطور الأفكار و المعارف، العادات الثقافية المحلية، واقع الاقتصاد القومي.

للاتصـــال

أ.د. لطفي قحة
قسـم الطـب النفسـي – المستشـفى الجامعي فطومة بورقيبة – 5000 المنستير – تونس
الهاتف : 00216 73 461 965
الفاكس : 00216 73 460 678
البريد الإلكتروني : gaha.lotfi@rns.tn

لمـزيد الاسترشـاد : الاتصـال بالسيدة منجية الفندري و كالة حولة للأسفار – سقانص 5000 المنستير

الهاتف/ الفاكس : 00216 73 502 103
المحمول : 00216 22 876 830
البريد الإلكتروني : mongia.fendri@poste.net

ARABPSYNET CONGRESS
(EDITION ARABE)

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

طرائـق و منهجيـة البحـــث في علـم النفـــس

شركـة المطبوعـات للتوزيـع و النشـر – الطبعـة الأولـى 2003

د. فـاروق مجـذوب – علم النـفـس – لبنـان

بـــريد إلكتروني : FMAJZOUB@cyberia.net.lb

■ فهـ ـرس الموضوعـ ـات

- طـرائق البحـث التفاضـلي : البحث التقاطعي مقابل البحث الطولي، تداخل المتغيرات واختلاطها: المتغيرات العرضية
- ما الذي يجعل من طرائق البحث التفاضلي أكثر قيدا
- من طرائق البحث الترابطي؟
- مجال اعتماد البحث الترابطي والبحث التفاضلي
- مجـال تطبـيق البحث الترابطي : طرح الإشكالية (المشكلة) ونمـط الأسـئلة فـي البحث الترابطي، قياس المتغيرات، المعاينة (انتقاء العينة)، تحليل البيانات، تأويل الترابط
- مجال تطبيق البحث التفاضلي : طرح الإشكالية ونمط الأسئلة فـي البحث التفاضلي، قياس المتغيرات في البحث التفاضلي، كيفية اختـيار المجموعـات الضابطة المناسبة، المعاينة (انتقاء العينة)، تحليل البيانات، تأويل البيانات
- حـدود البحث الترابطي والبحث التفاضلي : المشاكل المترتبة عن تحديد علاقة سببية

الفصـل 8 : اختـبار الفرضـية، الصـدق، والعوامل التي تهدد الصدق

- اختـبار الفرضـية : البدء بالبحث بفكرة أولية، طرح أسئلة الإشـكالية، الـتعاريف الإجرائـية، فرضية البحث، دور النظرية ومساهمتها في فرضيه البحث، اختبار فرضية البحث
- الصـدق والعوامل التي تحد من الصدق : صدق التركيب أو الصدق الاستدلالي- الفرضي، الصدق الخارجي، الصدق الداخلي
- المتغيرات الدخيلة الأساسية : النضج، سيرة المبحوث، تكرار الاختبار على المبحوثين ذاتهم، تأثير الانحدار نحو المتوسط، تأثير الاختـيار، تـناقص المبحوثيـن عبر الزمن، تناقل المعلومات بين المبحوثين حول طبيعة التجربة ومتغيراتها، تأثير التتابع

الفصل 9 : اعتماد الضوابط للحد من العوامل التي تهدد الصدق

- العوامل التي تهدد الصدق
- إجـراءات الضبط العامة : إعداد الوضعية، قياس الاستجابة، تكرار التجربة
- ضـبط تأثـير المبحوث والقائم بالتجربة : إجراءات التعمية الأحادية و التعمية المزدوجة، تقنين المعلومات و اعتماد المسجلة، تعدد الملاحظين، اعتماد التضليل
- الضـبط مـن خـلال اختـيار المبحوث وتوزيعه : اختيار المبحوث، توزيع المبحوث
- الضبط من خلال التصميم التجريبي

الفصل10 : ضبط التباين من خلال التصميم التجريبي: متغير واحد، تصاميم المجموعات المستقلة

- التصميم التجريبي
- التباين : أنماط التباين، ضبط التباين في البحث
- المقاربـات غـير التجريبـية : دراسـة الظاهرة بعد حدوث الواقـع، دراسـة مجموعـة واحـدة حيث يحرك الباحث المتغير المسـتقل ثم يقيس، فيما بعد، المتغير التابع، دراسة مجموعة واحدة وخضـوعها لاختبار قبل المعالجة وبعدها، دراسة مجموعة تخضع لاختـبار قبل المعالجة- اختبار بعد المعالجة، مع مجموعة ضابطة طبيعية
- التصاميم العشوائية وتحليلاتها الإحصائية : الاختبار التائي t-test، تحليل التباين (أنوفا ANOVA)
- تصاميم تجريبية أخرى

الفصل 11 : ضبط التباين من خلال التصميم التجريبي: متغير واحد، تصاميم المجموعات المترابطة

- تصاميم المجموعات المترابطة
- تصـميم ضمن الأفراد : مجال اعتماد تصاميم ضمن الأفراد، تحلـيل تصـاميم ضمن الأفراد، أوجه الضعف والقوة في تصاميم ضمن- الأفراد
- تصـميم الأفـراد المتناظرين : مجال اعتماد تصاميم الأفراد المتناظريـن، تحلـيل تصـاميم الأفراد المتناظرين، قوة وضعف تصاميم الأفراد المتناظرين
- تصاميم الفرد الواحد
- المصـطلحات التـي وردت في الكتاب مرتبة بحسب الألفباء الإنكليزية
- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية
- الفهرست

❑ المقدمـــة

هدف الكتاب

لا يـتوجه هـذا الكتاب إلى الكشف عن المعرفة الكلية، فهذا شيء بعـيد كـل البعد عن هدفه. ذلك أن أفضل الكتب العلمية هي دائما غير وافـية مـن ناحية تفسير الوقائع والمظاهر الكونية، ولا يمكن أن تمثل، بشـكل صـادق كليا، معنى الحقيقة التي تحاول الكشف عنها. فالوقائع، التـي تقوم الكتب العلمية بتفسيرها اليوم، قد يكشف عن خطأ في تفسير بعضـها غـدا. ففي ميدان العلم الحديث لا يوجد مكان للكتاب- "المنقذ" الـذي يكشـف عـن المعرفة الكلية. إن نمط المعرفة التي يستهدف هذا الكتاب نقلها إلى الباحث ليست بالمعرفة النهائية، بل هي تتطلب المناقشة والتساؤل حول مدى صدق مضمونها. إنها اقتفاء ومقاربة للظواهر التي تحـيط بنا، وهي، بالتالي، في حالة تبذل مستمر وفق القراءات والنقاش مـع الآخريـن المتعطشـين إلى المعرفة. فاكتساب معرفة كهذه يتطلب الفضـولية، وبـذل المجهـود، والصـبر. وتطوير هذه المعرفة كما هو اكتسـابها لهمـا متطلـباتهما ويؤديان أحيانا إلى الشعور بالإحباط عند الساعي إليهما. إلا أن مقام الهدف الذي نريد التوصل إليه يبرز المجهود الـذي علينـا بذله في التوجه نحوه. ويجب ألا يغيب عن فكرنا أن هذه المعـرفة تخولـنا اكتساب استقلاليتنا، والتحكم بالمظاهر التي تحيط بنا والسلطة عليها، وبالتالي السلطة على ذواتنا.

ومـا مـن شـك بـأن هذا الكتاب كغيره من الكتب العلمية، يعالج موضـوعا دقيقا ومحددا ألا وهو منهجية العلوم الإنسانية، وبالتحديد علم الـنفس. فالسـؤال الذي يطرح نفسه هو: ماذا نعني بعبارة منهجية علم الـنفس؟ وللإجابة على هذا السؤال، يجب أن نعرف أولا ماذا تعني كلمة "علـم ". فمن خلال تعريفنا للعلم يصبح باستطاعتنا تحديد معنى "منهجية" العلوم، وما تتميز به من أهمية.

إن كلمـة "علم " science" مشتقة من الكلمة اللاتينية « scienta » التي تعني "معرفة" (1). كما أن كلمة « scienta » مشتقة من « sciens » و « scientis » وتعنـيان "الـذي يعـرف "، "مـتعلم "، "فطن "، و"عـارف ". فـالعلم يعلـم؟ والعالم هو "عارف "، أو، على الأقل، الذي يريد أن يعرف.

وبمـا أن المعرفة تتمحور، بالضرورة، حول أشياء معينة، أي أنها هادفـة- عـندنا دائما معرفة بشيء خاص- هذا يؤدي إلى وجود علوم وفـق مواضـيع الدراسة. وبهذا، فإن هناك العلوم الطبيعية التي تتناول المـواد الطبيعية؟ كما نجد أيضا علم الظواهر الفيزيائية (الفيزياء)، وعلم المـواد الكيميائية (الكيمياء)، وعلم الأجسام السماوية (علم الفلك)، وعلم الكائنات الحية (البيولوجيا).

ويوجد أيضا العلوم الإنسانية التي تدرس الكائن البشري من خلال

أوجـه مخـتلفة، وعلـم سـلوك الفرد (علم النفس)، ودراسة العلاقات الاجتماعـية بيـن البشـر (علم الاجتماع)، ودراسة علاقات السلطة بين لبشـر (علـم السياسة)، ودراسة ماضي الإنسانية (علم التاريخ ودراسة الحضـارات القديمـة)، وعلـم اللاهوت الذي يتناول الأديان المختلفة، ودراسة الثقافات عند الجماعات البشرية معتبرة، بشكل خاص، انبناءاتها العائلـية، والمؤسسـات، والتكنولوجيا والمعتقدات (علم الأنثروبولوجيا)، وعلـم السـلوك الجنسي عند الإنسان (الجنسلوجيا)، ودراسة الإنتاج عند الإنسـان والـثروات الماديـة والخدمات (علم- الاقتصاد)، وعلم يتناول دراسـة الظواهـر الفيزيائية، والبيولوجية والإنسانية على سطح الأرض (الجغرافـيا)، إلـخ. وباختصـار، تساعدنا العلوم في فهم بيئتنا الطبيعية والإنسـانية. فالعلم هو، في الواقع، طريقة معينة في فهم وتفسير عالمنا. كما يتخصص كل علم في دراسة أحد أبعاد هذا العالم المعقد.

إلا أن العلـم لـيس هو بالطريقة الوحيدة لمعرفة الظواهر الطبيعية والإنسـانية. فالأساطير والأديان هي أيضا أشكال معرفية لما يحيط بنا. فنحـن نعلم، من خلال الكتب السماوية والمقدسة مثلا، بأن الكون هو من خلـق إلـه كلـي القدرة، وبأن أول رجل من خلق الله هو آدم. كما نعلم أيضا بأن على البشر أن تعمل بعرق جبينها، وعلى النساء أن تلدن بالألم وذلـك لأن حواء عصيت أمر الله بأكلها الثمرة المحرمة- التفاحة- التي ترمز إلى الفعل المحرم.

وتـبعا لذلـك، إذا لم يكن العلم الطريقة الوحيدة للمعرفة، بماذا إذن يختلف العلم عن الأنماط والطرائق الأخرى للمعرفة؟ من الشائع أن العلم يتمـيز عـن الأنماط الأخرى بطرائقه التي يعتمدها في إنتاج المعلومات والمعـارف. فمـنذ القرن الثالث عشر (حوالي سنة 1265)، أخذت كلمة "علـم " معـنى قريـبا من معناها الحديث: فهي تشير إلى "مجموعة من المعـارف ذات موضـوع محدد وطريقة محددة" (1). فوفقا لذلك، تكون المعرفة علمية إذا نتجت عن تطبيق طريقة علمية، أي إذا التزمت عملية التطبـيق بـبعض القوانيـن والإجـراءات الخاصة بالعلم. وتبعا لذلك، نستطيع أن نقول بأن الطريقة العلمية تؤدي إلى المعرفة العلمية.

تعريف المنهجية

إن كلمة "طريقة" Method/Méthode هي مشتقة من الكلمة اللاتينية Methodusالتـي بدورهـا تعود إلى الكلمة اليونانية Methodos التي تعني "طريق "، و"اتجاه يؤدي إلى هدف ". ولقد أدخلت كلمة "طريقة" في علـم الطـب حوالـي سـنة 1537 وكانـت تعني: "نهج خاص بتطبيق المعالجة"، ثم "إجراءات منطقية يرتكز عليها التعليم، وتطبيق فن ". وفي سـنة 1637 أعطى الفيلسوف الفرنسي ديكارت لهذه الكلمة معنى "نهج " و"أسـلوب " العلـم، أو "نسـق " تفكير علمي. وبشكل عام، يشير مفهوم منهجـية البحـث إلـى مجموع القواعد، والخطوات، والإجراءات التي يعتمدها العلم للتوصل إلى فهم مواضيع دراسته.

وعلـى هـذا الأساس، تبدو صعبة الإحاطة بمنهجية البحث من كل جوانـبها، وبخاصة للمبتدئ الذي يريد إتقان علمه حول موضوع معين، ذلك لأنها تتطلب معرفة القواعد، والخطوات، والإجراءات التي يعتمدها العلمـاء فـي العلـم وفـي تفسير عالمنا بشكل علمي. ومن خلال هذا المنظور، يتناول موضوع كتابنا هذا، حول منهجية علم النفس، الأساليب المعـتمدة، مـن يـتل العلمـاء في دراستهم للظواهر الإنسانية، ولكيفية إنتاجهم للمعارف.

إن منهجـية البحـث فـي علم النفس هي موضوع هام جدا. إذ تكـون العلوم العصب الأساسي في صيرورة المجتمعات المعاصرة. فإذا أردنا التحكم بعالمنا وبحياتنا، علينا أن نلم بالأسلوب الذي من خلاله ينتج علم النفس المعرفة.

▫ الفصـل الأول : دافعية التفكير: الفضولية، الابتكار، والالتزام

■ العلم كتقنية فكرية

يفتش العلماء عن أجوبة للأسئلة التي يطرحونها. ويعتمد عملهم على مهـارة كبـيرة فـي طرح الأسئلة والإجابة عليها. كما أن معرفة كيفية طـرح الأسـئلة هي عملية مهمة جدا تماما كمعرفة كيفية الإجابة عليها. إن العلـم هو عملية طرح أسئلة معينة ومن ثم إيجاد أجوبة لها من أجل التوصـل إلى فهم الظواهر الطبيعية التي تحيط بالكائن الحي. فالعلم هو إذن عملية استقصاء، أي أنه نمط معين من التفكير.

وبفضـل عمليـة الاستقصـاء هذه، تم ابتكار أدوات كثيرة ووسائل مجديـة ساهمت في تطور الإنسان. ومن هذه الأدوات والوسائل نخص بالذكـر المختـبر بتجهـيزاته المـتطورة، والإجـراءات الإحصائية، والمعلوماتـية، والطيران في الفضاء، والطب، ومبيدات قوية جدا وفعالة فـي القضاء على البكتيريا، و، لسوء الحظ، أسلحة متطورة جدا للقضاء علـى الكائـن البشري. وغالبا ما يخلط الناس بين أدوات ووسائل العلم وبيـن جوهر العلم. إن جوهر العلم هو طرائق تفكير العالم، أي المنطق الذي يعتمده العالم في تساؤلاته المنظمة وأجوبته عنها. فباستطاعة العالم أن يفكـر علمـيا بينما هو جالس تحت شجرة في الغابة يفكر في مسألة معيـنة مستعملا فقط ورقة وقلما كأداة تقنية لحل هذه المسألة. وبهذا فإن علـم الكيمـياء لا يصـبح أكـثر أهمية من علم النفس بفضل تجهيزات مختبره وفقاقيع الذرات السائلة.

■ طرح الأسئلة

إن تقنـية طرح الأسئلة للتوصل إلى المعرفة ليست بالشيء الجديد. فلقد أتقن سقراط وأتباعه منذ حوالي 2400 سنة هذه التقنية. فالسؤال هو جانـب واحـد مـن فكرة حيث يكون في الجانب الآخر كمية مجهولة- إجابـة ممكـنة. يشير كل سؤال إلى مجهول- إلى مجال يجهله الإنسان. ويظهـر أن سقراط كان على دراية بأنه من خلال طرحه أسئلة واضحة حـول الديـن، والسياسة، والأخلاق، قد تنفذ إلى أعماق تفكير مواطنيه، كاشـفا لهـم جهلهم وشكوكهم، ومؤديا بهم إلى حالات قصوى من عدم الطمأنيـنة. إلا أن هـذه الحالات الأخيرة، ولسوء الحظ، دفعت مواطنيه إلـى إدانـته والحكم عليه بالموت بتهمة إفساد الشبيبة. تبين لنا الأحداث التاريخـية، في الواقع، حدوث خضات اجتماعية وسياسية عديدة، بسبب طـرح الأسـئلة ومحاولـة كشف الجهل عند الإنسان. ولا يسعنا إلا أن نذكـر، هنا، ليوناردو دافنشي Leonardo da Vinci و غاليليو Galileo اللـذان هـددا مـبادئ الكنيسة خلال عصر النهضة؟ كما نخص بالذكر تشـارلز داروين Charles Darwin وبعض علماء الجيولوجيا، في القرن التاسـع عشر، الذين قدموا دلائل، من خلال اكتشافاتهم، أدت إلى الشك بما تقر به تعاليم الأديان من ناحية الله والخلق.

إن التسـاؤلات والشـك كمنهجـية لتوخي الحقيقة العلمية، و إزالة الجهـل، كانـا ولا يـزالان تقنيتيـن مبعدتيـن فـي الدول ذات النظام التوتاليتاري.

لقـد أضـحت المعـرفة العلمية، في عالمنا المعاصر، بغاية الأهمية لدرجـة أن الحكومـات، فـي البلدان المتطورة، تضع قيودا أمام إفشاء بعـض المعلومـات العلمية عند علمائهم. فالمعرفة العلمية هي، في آن واحـد، حـرجة ونفـادة لنشاطات وأعمال الدول، وتؤدي بالتالي عملية نشرها، بشكل عشوائي، إلى انزعاج العديد من الناس.

يحـاول العلمـاء حـل المسائل والمعضلات الكونية ليس من خلال تثبيـت المعـتقدات القديمـة، بل من خلال دراسة الأسئلة وإيجاد أجوبة جديـدة. فالعالم هو متشكك يتحمل عدم اليقين كمرحلة مؤقتة، ليتوصل، فيما بعد، من خلال شكه، إلى اليقين (Sternberg & Lubart, 1992).

فهـو يجـد متعته الفكرية بطرحه أسئلة جديدة، والتفتيش عن أجوبة حـول الطبـيعة. إن عمليـة طـرح الأسئلة هي محاولة خلاقة. كما أن الابتكار والاكتشاف يؤديان إلى شعور بالرضى عن الذات عند المبتكر،

بفضـل إرضاء فضوليته التواقة دائما إلى إضفاء معنى جديد، أو معنى آخـر، على الظواهر الطبيعية التي تحيط به. فهنا تشكل الفضولية الدافع الأساسـي عند كل عالم. فتساؤلات العالم الأساسية هي: "ماذا؟ "، "كيف؟ "، و"مـاذا إذا؟ ". وفي هذا المجال يفسر لينوس بولنغ (linus Pauling, 1981) بـأن إرضـاء الإنسـان لفضوليته هو أحد المصادر الأساسية لسـعادته. وتفسير بولنغ هذا، تعززه فكرة العالم النفسي سكينر في قوله "حيـنما تقع على شيء مثير للاهتمام دع كل شيء جانبا وقم بدراسة هذا الشيء" (Skinner, 1956:223).

وعليـنا أن نشـير، هـنا، بـأن فضـولية العالم ليست بالفضولية العشـوائية، أو ما نفهمه باللغة العربية بمعنى الحشرية، بل هي فضولية مـنظمة تجعل العالم في حالة من التهيؤ تؤدي به، أحيانا، إلى اكتشافات عرضـية تظهر للآخر كأنها فجائية. ففضولية العالم هي فضولية نشطة، تـؤدي إلـى اكتشافات، ليس من خلال الحظ ودونما هدف، بل يوجهها تفكـير ناقد معزز بساعات طويلة من البحث. إنها فضولية منظمة تدفعها دينامية العمل والإحباطات والنجاح.

■ العلم والفن

إن بعـض المزايا التي أضفيناها على العلماء من فضولية، وابتكار، وشك، وتحفل الغموض والالتزام، والعمل الجاد، وطرائق تفكير معينة- جمـيع هـذه المـزايا موجودة أيضا عند الأدباء، والنحاتين، والفلاسفة، والرسـامين، والموسـيقيين، والكـتاب، وغيرهم. فكل واحد من هؤلاء يقـوم، فـي آن واحد، بمحاولات فكرية وفنية. فهو يحاول الإجابة على الأسـئلة التـي يطرحها والتعبير عن بعض الأوجه في العالم من خلال وسـيلته الخاصة: اللون بالنسبة للرسام، الشكل بالنسبة للنحات، الصوت بالنسبة للموسيقي، اللغة بالنسبة للأديب... إلخ. ويضحي نمط تعبيره عن الأفكـار جزءا من مجال الجمهور حيث يتم تقويم إنتاجه، وتكون نتيجة الـتقويم إمـا القبول أو الرفض لإنجازاته.. وفي أسوأ الأحوال التجاهل. ولا بـد لـنا من الإشارة، هنا، إلى أن الابتكار العلمي هو أيضا نوع من الفن. إذ أن كل نشاط يؤدي إلى التغير البناء هو فن. إلا أن هذا لا يعني أن العلـم مـثله كمثل الفن أو الأدب.. فكل منهما- العلم والفن- يعتمد، وبعـبارات موسيقية، تبدلات للمتون ذاتها: الفضولية الإنسانية مع التزام بالأفكـار، وعملـية استقصـائية منظمة، وحاصل يمثل أفكار العالم أو الفنان.

ومـن الاعـتقاد السـائد أن الفن والعلم يختلفان عن بعضهما بشكل قـاطع. إذ غالبا ما نسمع بأن فلانا هو من النمط الفني (شاعر، موسيقي، إلـخ.). وبالتالـي لا تتوافر لديه القدرة الرياضية أو الفيزيائية، أو، من ناحـية أخـرى، بأن عالما رياضيا لا يستطيع تذوق الفن أو الأدب. إن هكـذا افتراضات هي خاطئة. ولا يسعنا هنا إلا ذكر ليوناردو دافينشي (1452- 1519) الـذي كانـت لديـه معـرفة واسعة في العلوم الطبيعية، والفـيزياء، والموسيقى، وعلم التشريح، (Gross, 1997) هذا إلى جانب فـن النحت الذي برع فيه ويرتبط باسمه. كما لا بد لنا من ذكر الفلاسفة المسـلمين، في القرنين العاشر والحادي عشر، الذين حاولوا التوفيق بين الحكمـة (الفلسفة) والشريعة (الدين)، وما تميزت به محاولاتهم هذه من تفكـير منهجـي نـاقد، وتساؤلات علمية، تماما كما هي تساؤلات العالم الـذي يفـتش عن الأجوبة الصحيحة في تفسيره للظواهر الكونية. ومن ضـمن هـؤلاء الفلاسفة نخص بالذكر ابن سينا (980- 1037) الذي كان عالمـا كبـيرا فـي العلـوم الطبية إلى كونه فيلسوفا. فلقد وضع كتاب "القـانون " الذي يعتبر أشهر كتب الطب في القرون الوسطى، وتم تداوله في معاهد الطب في فرنسا وإيطاليا قرابة ستة قرون متتالية. كما نخص بالذكر كتاب "الحاوي " للرازي الذي أدخل أيضا في برامج تعليم كليات الطـب الأوروبـية. ولا بد لنا، أيضا، من ذكر ابن النفيس الذي اكتشف الدورة الدموية قبل الأوروبيين، وابن طفيل الذي توصل، في القرن الثانـي عشر، إلى وضع مبادئ للتشريح "قريبة من مبادئ العلم الحديث. فلقد كان هؤلاء، في الواقع، رواد الطب الحديث والتفكير المنهجي القائم على الاستقراء والاستدلال الفرضي.

■ اكتساب المعرفة

يلـتزم العالم ، لاكتساب المعرفة حول الطبيعة، بالتفكير المنظم. فهو يولـي اهتماما كبيرا لملاءمة معلوماته، وللعملية التي يجب اعتمادها في التوصـل إلى هذه المعلومات. إلا أن التفكير العلمي ليس بالتفكير الوحيد الـذي يتم بواسطته اكتساب المعرفة. وفي هذا المجال، يعدد هلمستادتر (G.C. Helmstadter, 1970) الطـرائق الشـائعة في اكتساب المعرفة ألا وهي: التشبث، الحدس، السلطة، العقلانية، الأمبريقية ، والعلم. وتصنف هـذه الطـرائق وفـق المتطلـبات المحددة بالنسبة لملاءمة المعلومات، ولطبـيعة المعلومات المتؤخاة. فالعلم يرتبط بالعقلانية والأمبريقية وهو، بالتالي، الأكثر تطلبا. بينما التشبث، والحدس، والسلطة فمتطلباتها قليلة.

التشـبث Tenacity/Ténacité: هـو قـبول الأفكار على أنها معرفة صادقة، لأنها مقبولة منذ زمن بعيد، أو لأنها تكررت غالبا بشكل اكتسبت فيه مكانا من الحقيقة دون منازع.

وتعـتمد آلـية التشـبث في الحملات السياسية الانتخابية حيث تتردد الأفكار- غالبا ما تكون غير صحيحة ومشوهة- باستمرار بشكل يؤدي، فـي النهاية، إلى قبول الناخبين بها كواقع حقيقي. ويعتمد إعلانتيون هذه التقنـية، فـيرددون الجمل الدعائية باستمرار أملين، من جزاء ذلك، أن ينتهـي الأمـر بالمستهلكين في تصديقها وقبولها. فالإعلانات التي يبثها الـتلفزيون والحمـلات السياسية هدفها إيصال مجموعة من المعلومات المقـبولة، والمرتكزة على التشبث، للمواطنين. وحينما تترشح المعرفة، من خلال التشبث، لا يكون هناك حاجة للتأكد من دقة الأفكار وصحتها- فلا يتم اختبار تلك الأفكار بمراجعات موضوعية ناقدة.

الحـدس Intuition/Intuition: الخـدس هـو التوصـل إلى المعـرفة دون مجهود فكري أو عمليات حسية. ومن ضمن الأمثلة على هـذا النمط، الذي يسمى أحيانا، المعرفة المعاشة، نخص بالذكر الإدراك الـذي هو خارج نطاق الإدراك الحسي / Extrasensory perception Perception extrasensorielle الـذي عـبر عـنه الأنبـياء، وبعض الفلاسـفة، فـي تفسـيرهم للوجود الإلهي. ولنا هنا مثل حول الفيلسوف الغزالـي الذي حاول، كغيره من الفلاسفة المسلمين، التوفيق بين المنطق (العقلانـية) والدين، وأراد أن يتبين وجود الله منطقيا، فمرّ بمراحل من الإحـباط والشـك لينتهي به الأمر، في نهاية تأملاته وتنسكه، إلى اليقين بواسـطة الحدس الذي تمثل في قوله عن برهنة إيمانه بالوجود الإلهي: "هذا نور يقذفه الله في القلب ". كما نخص بالذكر، أيضا، التحولات التي تطـرأ على حالات الوعي من جزاء تناول بعض أنواع المخدرات كالـ LSD مـثلا، التـي تدفـع بمتناولها إلى الاقتناع المطلق بأنه توصل إلى الحقيقة والمعرفة.

يشـيع الحدس في حياتنا اليومية، وما من فرد إلا مر بتجربة حب أو بغضه الفوري لشخص آخر خلال اللحظات الأولى من الاجتماع به. إن هكـذا استجابات حدسية هي تقويم سريع، يرتكز على تجارب، ومواقف، ومشـاعر ذاتية غير مدروسة. وما يجعلها حدسية هو أننا نقبلها بسرعة من دون تدخل التفكير أو دراسة الوقائع.

السـلطة Authority/autorité: هي قبول فكرة بأنها معرفة صادقة، لأن بعـض المصـادر المحـترمة والموثوقة- الكتابات الدينية، مؤلفات أرسطو، رئيس الجمهورية، سيغموند فرويد، ماركس، إلخ.- تفسر بأنها صادقة.

يؤكـد كـل من التشبث، والحدس، والسلطة على أن معرفتنا بصحة الشـيء تعود إلى: 1) أن هذا الشيء هو دائما هكذا (تشبث)، أو 2) إننا نشعر بأنه صحيح (حدس)، أو 3) إن سلطة معينة تفسر ذلك (سلطة).

تتشـارك أوجـه المعـرفة هذه بنمط من القبول الحاسم للمعلومات وللنـتائج. فكـل واحـد منا، حتى العلماء، يعتمد هذه الطرائق في حياته اليومـية. ونمـيل أحيانا لاتخاذ قرارات مرتكزين على قبول معلومات، دون التأكد من صدقها، بشكل حاسم. إذ لهكذا إواليات معرفية قيمتها في تذلـيل الصـعوبات التي نواجهها في حياتنا اليومية، وفي تسهيل أمورنا التكيفـية. فقـد نقبل، مثلا، بتعاليم الدين حدسيا، أو على أساس السلطة، ونشعر، من جزاء ذلك، بالرضى عن ذاتنا.

ولكـن، هـل نوافق أيضا، وبشكل حاسم، بأن ننزه مغمضي العينين علـى طريق تسرع عليه السيارات باتجاهين؟ ففي الواقع، ولاتخاذ بعض القرارات، على معلوماتنا والوسيلة التي اعتمدت في استقصائها أن تكونا أكثر تناسبا. وهنا تزودنا العقلانية والأمبريقية بأساس أكثر صلابة لقبول المعلومات كمعرفة.

العقلانية Rationalism/Rationalisme: هي نمط من التفكير يتم بـه التوصـل إلـى المعرفة من خلال الاستدلال. تطرح المعلومات في المقاربـة العقلانـية بعناية، ويتم اتباع قواعد منطقية للتوصل إلى نتائج مقبولة. مثال ذلك القول الاستنتاجي التالي:

كل إنسان هو فان (مقدمة منطقية كبرى).
سامر هو إنسان (مقدمة منطقية صغرى).
إذا، سامر هو فان (النتيجة).

يـتم التوصل إلى النتيجة، في المقاربة العقلانية، من خلال المنطق- الـذي هو تقنية أكثر أمانة، للتوصل إلى المعرفة، من التشبث، والحدس، والسـلطة. ولكـن للعقلانية حدودها. وهذا ما يبينه لنا القول الاستنتاجي التالي:

جميع الأطفال في عمر 4 سنوات يخافون الظلمة.
سهى هي طفلة عمرها 4 سنوات.
إذا، سهى عندها خوف من الظلام.

إن المـنطق في القول الاستنتاجي أعلاه هو واضح، كما أن النتيجة هـي صـحيحة، إلا في حال لم يكن عند سهى خوف من الظلام. ما هو حـدود هذا القول؟ فمن الممكن أن لا تخاف جميع أطفال عمر 4 سنوات الظـلام، أو، وأيضا، أن يكون عمر سهى الحالي 8 سنوات وليس أربع. وهكـذا نـرى بأن العقلانية، بالرغم من أهميتها في التفكير العلمي، لها حدودهـا إذا اعـتمدت لوحدها فقط، في العلم. فعلى المقدمتين (الكبرى والصـغرى) أن تكونا صحيحتين من خلال براهين أخرى للتوصل، من ثـم، إلـى النـتائج الصحيحة. وتتوقف النتائج الدقيقة والصحيحة على العملية الاستدلالية، وعلى صحة المقدمات في آن واحد.

وتتـيح المقاربـة العقلانية التطور المنظم والمنطقي للفرضيات التي يمكـن اختـبارها بطرائق أخرى. إن كل مقدمة هي فرضية والتي، في حـال تبيـن بأنهـا صـحيحة من خلال بيانات ومعلومات خارجية، قد تسـتعمل منطقـيا للانتقال إلى النتيجة. وباختصار، تستعمل العقلانية في العلـم لتطوير الفرضيات التي يمكن اختبارها بمعايير خارجية. ويخطو العلم خطوة إلى الأمام باختباره أمبريقيا كل فرضية.

الأمبريقـية Empiricism / Empiricisme : تتضمن الأمبريقية اكتسـاب المعـرفة مـن خلال الملاحظة- أي أن نتعرف على الأشياء والظواهـر مـن خلال تجربتنا بواسطة حواسنا. وهذه التقنية هي قديمة منذ قدم الحضارة.

فبالنسـبة للأمبريقـي لا يكفي أن نتعرف على الأشياء والظواهر ونفهمهـا مـن خلال الفكر (أو التشبث، أو الحدس، أو السلطة) فقط. بل من الضروري أن نختبر العالم- أي أن نرى، أن نسمع، أن نلمس، وأن نشم. فشعار الأمبريقي هو: أنا لا أؤمن بذلك إلا حينما أرى ذلك!". ولقد بنى كل من طاليس، وأبيقراط، وغالن، وكوبرنيكوس وغاليليو، وداروين استنتاجاتهم حول الطبيعة، إلى حد كبير، من خلال ملاحظاتهم. فلقد رفضـوا المفاهـيم غير الأمبريقية، المعززة دينيا، التي كانت شائعة في عصـرهم مـتجاوبة مع السلطة والعقلانية. إن الأمبريقي الجيد هو الذي يقـرر، حيـن يرى تلبد الغيوم في السماء ووميض البرق ويسمع صوت الـرعد، أن يأخذ معه، عند خروجه من منزله، مظلة. فحواسه هي التي تشير إليه وتقوده إلى العمل الصائب.

إلا أن الأمبريقـية كتقنـية وحـيدة، نعـتمدها للتوصل إلى المعرفة الحقيقـية، هـي غـير كافـية، ولها حدودها. كما أنها قد تؤدي بنا إلى اسـتنتاجات خاطئة وأحيانا خطرة. تتمحور المشكلة، هنا، حول ما يسمى بالأمبريقـية البسـيطة مقابل الأمبريقية المتطورة. وعبارة "أنا لا أؤمن بذلـك إلا حيـنما أرى ذلك إ" تعثر عن المقاربة الأمبريقية البسيطة التي تـؤدي إلى أخطاء ومشاكل عديدة. ففي حال لم يتسنى لي رؤية القاهرة أو القـدس فهذا لا يعني أن هاتين المدينتين هما غير موجودتين! ولأنني لم أر في حياتي الجاذبية أو فيروس الحصبة، هل هذا يخولني أن أستنتج بأنني لا أقع أبدا على الأرض، كما أنني سوف لا أصاب بالحصبة؟

إن هكذا تساؤلات تجيب عليها وتتخطاها الأمبريقية المتطورة. فليس باستطاعتنا رؤية الجاذبية أو الحرارة، أو، من دون أية مساعدة بصرية، رؤيـة فـيروس الحصـبة. ولكن باستطاعتنا قياس ارتفاع الحرارة كلما رفعنا الحرارة في مصدر لها، أو، وأيضا، قياس سرعة سقوط جسم ما، كمـا أنـه باسـتطاعتنا رؤيـة الفيروس من خلال المجهر. ولا تتحدد الملاحظـات الأمبريقية بالأدوات والوسائل المساعدة في الملاحظة فقط، بـل باسـتطاعتنا أيضا ملاحظة الظواهر، بشكل غير مباشر، من خلال فلاحظتـنا المباشـرة لتأثيراتها على أشياء وظواهر أخرى (مثلا: تأثير الجاذبية على سقوط الأجسام).

وفـي حال انحصر نشاط العلماء في تجميع الوقائع فقط، فهنا كل ما نسـتطيع التوصـل إليه هو لائحة حول هذه الوقائع. فليس باستطاعتنا، عـندئذ، معرفة كيفية ترابط الوقائع وعلاقتها ببعضها بعضا، وماذا يمكن أن يكـون معـناها. فللوقـائع والظواهـر الملاحظة فائدة كبيرة للكائن البشـري حيـنما يعتمد هذا الأخير في ملاحظته وتنظيمه لها على ذكائه واسـتدلالاته، مستنتجا من خلالها المعاني التي تساعده في تنبؤاته حول مسـار المظاهر الكونية التي تحيط به. وبعبارات أخرى، على الأمبريقية أن تـتدامج مـع العقلانـية، مع التفكير المنطقي، بشكل يدعم كل منهما الآخر.

■ **العلم**

يصـل العلـم بيـن العقلانية والأمبريقية، معتمدا الاستدلال المنطقي ومتفحصـا كـل خطـوة بواسطة الملاحظة الأمبريقية. ويقوم العلماء، باسـتمرار، بـدور المكوك بين الملاحظة الأمبريقية، والتفكير المجرد، والقوانين العامة لينتقلوا، من ثم، إلى ملاحظات أمبريقية، أشمل وأوسع، حـول وقـائع خاصـة. فالرجوع المتكرر إلى الملاحظة الأمبريقية في العملـية العقلانية، كان من ميزات حركة التحول الفجائية نحو العلم في القـرن السادس عشر. كما ارتكز التقدم في العلم، بعد ذلك، على تعزيز المكون الأمبريقي، بتطوير طرائق ملاحظة أكثر دقة.

إن العلـم هـو تقنـية فكرية تتضمن تداخل مستمر ومنظم بين التفكير الاستدلالي المنطقي والملاحظة الأمبريقية. فالظواهر الملاحظة- أكانـت مسـار الكواكـب، الـذي يقوم بملاحظته عالم الفلك، أم سلوك الأطفال الذي يقوم بملاحظته عالم النفس- تشكل الوقائع الأساسية للعلم. إلا أن الملاحظـة الأمبريقية للظواهر وما يترتب عنها من تعداد لها، لا تـبرر وجـود العلـم ومعناه. فعلينا أن نتجاوز بفضوليتنا الظواهر التي نلاحظهـا، بشـكل مباشر، لنتوصل إلى وضع قوانين عامة تخولنا إيجاد ضـوابط للظواهـر الطبيعـية، وإلى إمكانية التنبؤ بها. إن ميزة العالم الأساسـية هـي فضـوليته، وتشككه، والتزامه، واعتماده على عمليات فكـرية تسـاعده فـي اكتشـاف الظواهر الطبيعية، ودمجها في تنبؤات متماسكة في تفسيرات وقوانين عامة.

الثقافـــة النفسيـــة المتخصصـــة : العـدد السابـع و الخمسـون – المجلـد الخامـس عشـر يناير 2004

مركـز الدراسـات النفسيـة و النفسيـة – الجسديـة – لبنـان

بـــريد إلكترونـــي : ceps50@hotmail.com

الموقـع علـى الإنترنـت : www.psyinterdisc.com

❑ افتتاحيـــة العـــدد / هيئـة التحريـر

شـائعة تجـتاح الولايـات المتحدة والعالم تقول بوجود كراهية وعداء لأميركا في العالم العربي والإسلامي. وهذه الشائعة قديمة- جديدة، فقد أطلقها هـنري كيسـينجر فـي سبعينيات القرن الماضي ولا يزال مصرا عليها حتى اليوم. حيث يوجد لها زبائن يصدقونها في الإدارة الأميركية الحالية. ومن بعدهـا بيـن قطاعات واسعة جدا، بل قل وبائية، بين الجمهور الأميركي. واستنادا إلى هذه الشائعة تقوم الإدارة الأميركية بإصدار أحكامها على شعوبنا وتلصق بها كل الأفكار المسبقة المتراكمة منذ الإستشراق، ولغاية وولفويتز.

هـذه الشـائعة هي مجرد نموذج عن الحرب النفسية التي تخاض ضد شعوبنا بشراسة جعلت سقوط عشرات آلاف القتلى العراقيين، واحتلال بلادهم، خطوات على طريق الديموقراطية !؟. فمن أين نبدأ في مواجهتنا لهذه الشائعة وشبيهاتها وملحقاتها؟.

للاختصـاص دوره الرئـيس فـي مواجهـة هـذه الحرب النفسية، وفي توضيح خبايا الأمور التي يتاجر بها شلة من المتعصبين ضدنا. فنحن لا نضـمر الكراهية لأميركا، ولا نحن نعتبرها عدوا منتخبا. بل نحن نعتب عليها لعدم موازناتها بين ما تحصل عليه من مكاسب وحصص في ثرواتنا وبين مسـاعداتها الضـخمة لـ "إسرائيل". ويكبر عتبنا بسبب انحيازها السياسي لـ "إسرائيل ". ولهذا العتب حدوده، فهو لم يمنع قائمة العرب الأثرياء من صداقة الولايات المتحدة وتأمين مصالحها ومشاركتها في حماية هذه المصالح.

صـحيح أن قسـما من العرب انتهجوا المبدأ الاشتراكي، وحالفوا الاتحاد السوفياتي، لكنها مرحلة انتهت بانتهاء الاتحاد السوفياتي نفسه. فهل يجوز مـتابعة هـؤلاء العـرب بـتهمة أسـقطها الواقع الجيوبوليتيكي العالمي، حيث الدول الشيوعية السابقة تستعد للانضمام إلى الاتحاد الأوروبي والحلف الأطلسي؟.

لهـذه المواضيع خصصنا هذا العدد، فعرضنا لمساهمة إدوارد سعيد في إزالة الشوائب والأفكار المسبقة عن صورة العربي، وسعيه الدائب للمساواة. وذلـك فـي بـاب قضـية حـيوية بقلـم البروفسور جيمي بيشاي، وهو من عارفي سعيد. كما خصصنا ملف هذا العدد لعلم النفس السياسي، وتضمن المسـاهمات التالـية: 1. عـودة الإبن الضال جورج ووكر بوش/ جيمي بيشاي (الولايات المتحدة) 2. التحليل النفسي للرؤساء الأميركيين/ محمد أحمد النابلسـي (لبـنان) 3. التحلـيل النفسي والسياسة/ سامر رضوان (ألمانيا/ سوريا) 4. سيكولوجية السياسة الخارجية / عبد الرحمن العيسوي (مصر) 5. العولمـة والأحـداث الجارية و الطب النفسي/ يحيى الرخاوي (مصر).6. رؤية نقدية لمحاولة تحليل شخصية عرفات/ محمد أحمد النابلسي (لبنان). هذا فـي ظـل تهمـيش وإهمال دور المتخصصين النفسانيين والإنسانيين في هذه المجالات، حيث كانت دعوة الزملاء جمال التركي، وعبد الستار إبراهيم، ومحمـد النابلسـي، لتفعيل هذا الدور إبان التحضير للحرب العراقية التي زلزلت أركان منطقتنا، وهددت مستقبل إنسانها بالتحول إلى رق وعبودية من نوع جديد. والمؤسف أن هذه الدعوة لم تلق صدى واجبا حتى في مثل هذه الظروف !؟. فماذا ترانا ننتظر؟!.

كمـا يضـم هـذا العدد الأبواب الثابتة للمجلة، وهي: قضية حيوية، وعلم النفس حول العالم، ومكتبة العدد، والندوات والمؤتمرات. ويغيب فيه باب المقابلة.

كـل عام وأنت بخير عزيزي القارئ، ونأمل أن تخرج شعوبنا من هذه التهديدات بخير وأن يكون المستقبل أقل سوادا مما تعدنا به مشاريع التصدير الثقافية المعلبة...

❑ النـــدوات و المؤتمـــرات

مؤتمر مستشفى الطب النفسي في الكويت : الكويت من 8 إلى 10 كانون الأول ديسمبر 2003

مؤتمـر فـي جامعـة الأزهـر: يطالـب بمواجهة المخدرات بالقانون الإلهي و التربية الدينية بالتعاون مع الجمعية العامة لمنع المسكرات و المخدرات و الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للتعرف على الإدمان في الفترة من 6-7 آيار مايو 2003

الندوة الثانية للعلوم العصبية: 12-17 إبريل 2003

ندوة كلية العلوم الإنسانية : تونس 31 جانفي – 01 فيفري 2003

الندوة الخليجية الأولى للصحة العقلية : الكويت – مدينة الكويت / الكويت 8-10 ديسمبر 2003

الاكتئاب الصعب العلاج : تونس 14/13 سبتمبر 2003

المؤتمر العالمي لمرض الصرع : تونس 12- 16 أكتوبر 2003

الملتقى الإقليمي للجمعية العالمية للطب النفسي : ليما – مصر 15- 16 أكتوبر 2003

❑ ملخصـــات

■ **علم النفس حول العالم** : رمزية نعمان وسناء شطح ونشأت صبوح

قنبلة فيروسية ذكية لاستئصال أورام الدماغ

يعكـف العلماء في معهد السرطان الوطني الأميركي على اختبار فعالية العلاج بـ "قنبلة فيروسية ذكية"، أظهرت بعض النجاح في استئصال أورام الدماغ بصورة كاملة دون إيذاء أنسجته السليمة، كأول علاج مضاد للجليوما الخبيثة، التي تعتبر أشد أنواع السرطانات الدماغية فتكا.

وقد شجعت نتائج هذه الدراسة الواعدة الباحثين على المضي قدما في تطوير نوع من العلاج الفيروسي، يمكن اختباره على البشر، مع مطلع السنة

القادمـة، ويعـرف هـذا العـلاج باسـم "Delta-24-RGD" وقـد صمم بحيث يمكن لفيروس الزكام التضاعف في الخلايا السرطانية فقط، دون الخلايا السليمة،،فينتقل من خلية إلى أخرى لإصابة كل خلية ورم وعندما تنتهي الخلايا، ولا يتوافر أي منها لإصابته يموت الفيروس من تلقاء نفسه.

وفـي الـتجارب المـتكررة التـي أجريـت في مركز آندرسون للسرطان تبين أن أكثر من نصف الفئران المصابة بأورام جليوبلاستوما البشرية، وعولجـت بالتقنـية الجديدة بقيت على قيد الحياة لأكثر من أربعة أشهر واعتبرت في ذلك الوقت متعافية من جميع أورامها الدماغية، وقد وجد الباحثون تجاويف وفراغات وأنسجة ندبية فقط في مكان الورم بعد العلاج. أما الفئران غير المعالجة فقد عاشت لأقل من ثلاثة أسابيع فقط.

وقـد أثبتـت التقنـية الفيروسية الجديدة فعاليتها في تدمير 60 في المئة من أورام الجليوما البشرية، التي تمت زراعتها في الفئران، بل ويمكن زيادة هذه الفعالية باتحادها مع علاجات أخرى.

الجنس والتدخين... !

كثيرا ما يلجأ أصحاب المشاكل العاطفية إلى التدخين. والإحباط في العشق يصيب العاشق باكتئاب يجعله اقل ذكاء وانتباها. والتدخين ينبه الجهاز العصبي المركزي، غير أن النيكوتين الذي تحتوي عليه السجائر قد يسبب عند البعض إدمانا فيزيولوجيا، وقد يحصل للبعض منه اعتياد نفسي، وفي الحالتين يشعر المدخن صاحب المشكلة العاطفية، أو أي مشكلة، أنه يسترخي، و سواء كان ما يسببه التدخين إدمانا، أو اعتيادا، فإن الإقبال عليه ظاهرة لا يستهان بها، نظرا لتفشي التدخين بين المراهقين و الشباب من العمال و طلبة المدارس و طالباتها و الجامعات و بين النساء، و هي فئات تحس الإحباط، و خاصة في مسائل الجنس، و لم تكن تدخن في الماضي . . .

د. باتريشيا شانغ إلى دارس الطب: لا تغضب.... وإلا فأمراض القلب بانتظارك!.

هل يا ترى هناك علاقة بين الغضب من جهة وأمراض القلب والأوعية الدموية من جهة أخرى؟.

أجـرت جامعـة جونزهوبكـنز دراسـة حول هذا الموضوع، وتوصلت في نهايتها إلى وجود مثل تلك العلاقة. ومن المتوقع، حسب هذه الدارسة التي أشـرفت عليها الجامعة بالتعاون مع معهد الصحة العامة في بالتيمور في الولايات المتحدة الأميركية، أن طالب الطب، الذي يتصف بسرعة الغضب عند الـتعرض للإجهـاد والـتوتر، غالـبا مـا يكون عرضة للإصابة بأمراض القلب المبكرة بنسبة تفوق ثلاثة أضعاف الطلبة العاديين، وخمسة أضعاف احتمالات إصابة بالنوبات القلبية المبكرة...

■ **هل كان فرويد معاديا لـ"إسرائيل "؟** : الدكتور محمد أحمد النابلسي

ملخـص : "لا أعـتقد أنـه يمكن لفلسطين أن تصبح ذات يوم دولة يهودية. ولا أظن أن العالمين المسيحي والإسلامي سيكونان ذات يوم مستعدين لـرؤية أمكنتهما المقدسة خاضعة للإشراف اليهودي. كنت سأجد أكثر رزانة أن يتأسس وطن يهودي على أرض أقل حملا لأثقال التاريخ. على أنني أقر بأن وجهة نظر عقلانية إلى هذا الحد سيكون لها القليل جدا من الحظوظ كي تحوز على حماسة الناس وعلى الدعم المالي من الأثرياء".

هذا المقطع هو جزء من رسالة كتبها فرويد، ولم يقيض لها أن ترى النور إلا بعد الكشف الفضائحي عن أرشيف فرويد الذي حجبته ابنته آنا، ومن بعدها المسؤولون عن الأرشيف. وهو يلخص موقف مؤسس التحليل النفسي سيغموند فرويد (1856- 1939) من الحركة الصهيونية، وعملها على إقامة دولة يهودية في "إسرائيل ". وحكاية هذه الرسالة يمكن اعتبارها حدثا، ليس بسبب مضمونها فحسب، والذي من شأنه أن يبلبل خواطر أوساط يهودية كانت ترغب بإشراك فرويد في عملية الكفاح من أجل إقامة دولة إسرائيل والذود عن حياضها. بل كذلك، وخصوصا بسبب حجبها واحتجازها الطويلين، الأمر الذي يعكس تقديرات لخطورتها التي تطاول المصلحة العليا والقصوى لدولة أو لمشروع دولة هي "إسرائيل ".

تقـول الرواية التي أوردتها صحيفة "كوريير ديلا سيرا" الإيطالية أن فرويد تلقى نداء من جمعية صهيونية ناشطة في القدس، "واسمها كيرين هاجسـود"، تطلب منه التعبير عن احتجاجه ضد العراقيل التي يضعها العرب في فلسطين في وجه ممارسة العبادات اليهودية في القدس، والوصول إلى حائط الهيكل. وكان ذلك في شهر شباط/ فبراير من عام 1930. وكان الرجل في الرابعة والسبعين من العمر، وفي أوج عظمته ونيوع صيته.

رفـض فـرويد التوقـيع على هذا النداء الذي وجه أيضا إلى العديد من المثقفين اليهود الأوروبيين. وفي معرض جواب فرويد المكتوب والمؤرخ في يـوم 26 حزيـران/ يونـيو من العام ذاته 1930، أعرب فرويد عن استطاعه لمبادرة أولئك الذين توسلوا مشاركته، لكنه أفصح في الوقت ذاته عن عدم مشاطرته لهم حماستهم ودعوتهم، وقال العبارات الواردة أعلاه...

■ **نستعملها أو نفقدها!** : د. وفاء الليثي حجاج – جامعة قناة السويس

ملخـص: فـي عصور الظلام، كان العبيد، والخارجون على القانون، يميزون عن غيرهم بدمغ جلودهم بعلامة معدنية محماة. سجلت هذه العلامة التـي لا تمحـى أول أشـكال التمييز البعيد عن الرحمة في تاريخ الإنسانية، الذي شهد أشكالا أخرى من التمييز من بينها التمييز بين الناس على أساس الدين أو العرق أو النوع.

وبالإضـافة إلـى مـا سبق، كان هناك التمييز بسبب إصابة الإنسان بمرض قابل للانتقال عن طريق العدوى، أو عن طريق الاتصال الجنسي، أو بعض الأمراض المزمنة.

ولكن هل تقدمنا كثيرا في هذا الشأن الإنساني في العصر الحالي، الذي يكثر فيه الحديث عن حقوق الإنسان، وهل قضينا على كل أشكال التمييز بين البشر؟

صحيح أننا لا نميز الخارجين على القانون بعلامة لا تمحى، ولكننا ما زلنا نمارس الكثير من أنواع التمييز غير الرحيم. ألا نميز بين المرضى بمرض نفسي، والمرضى بأمراض أخرى "غير نفسية" نتيجة لجهلنا بما يحدث لهم من خبرات غير مفهومة وغير مألوفة بالنسبة للغالبية منا؟ ألا نميز ونهاجم ونرفض من تختلف أفكارهم وأعمالهم وتصرفاتهم عن الأغلبية مثل المبدعين وربما المختلفين ثقافيا عنا؟

إن هـذا التميـيز غـير المنطقـي، وغـير الدقيق علميا يعني أننا نصم ما نجهل وما نراه مختلفا. وهو يعني أيضا أننا نرى سلوك هؤلاء الناس المخـتلف عـن سلوك الأغلبية، سلوكا مهددا يبرر النبذ والتمييز. ونتيجة لهذا الخطأ الفادح، فإن المرضى بمرض غير نفسي لا يتمتعون بالحقوق نفسها التي يتمتع بها المرضى بمرض غير نفسي حتى ولو كانت الإعاقة التي تسببها هذه الأمراض غير النفسية تفوق الإعاقة بسبب المرض النفسي.

و بالإضافة إلى ذلك، فإن الجهل بأسباب ظاهرة المرض النفسي، كشكل من أشكال اختلاف السلوك، أدى إلى وجود تفسيرات لها،غير علمية، وغير منطقية، وخرافية أحيانا...

■ **حتى لا يفشل العلاج** : د. علاء الدين القوصي – أستاذ علم الأدوية

ملخـص: مـن أكـثر الموضـوعات الطبـية التي لاقت اهتماما كبيرا خلال الأعوام الأخيرة موضوع "إذعان المريض " Patient compliance والمقصـود بـه امتـثال المريض لتعليمات الطبيب في ما يتعلق باستخدامه للأدوية، وتعامله مع المرض، وممارسة حياته. وعلى الرغم مما يبدو عليه هـذا الأمـر مـن بساطة، إلا أن العديد من الدراسات قد توصل إلى عدم إذعان المرضى كان له الفضل الأكبر في انتشار ظاهرة أخطر، وهي ظاهر "الفشـل العلاجـي " Therapeutic failure التي كثيرا ما تحدث على الرغم من السير العلمي السليم في اتجاه تشخيص وعلاج المرض. كذلك، فقد ثبت أن الكثـير من المشاكل العلاجية ينجم عن عدم إدراك الأطباء لهذه المسألة وأهميتها، وافتراضهم المسبق بأن المريض ينفذ التعليمات كاملة على الرغم مـن أن معظـم الإحصائيات العالمية تشير إلى أن نسبة من يمتثلون بدقة لتعليمات الطبيب في أكثر البلاد تقدما تقل عن نصف عدد المرضى، وأن نسبة تـزيد علـى ثلـث هـؤلاء لا تسـتوعب هـذه التعليمات. من هذه الإحصائيات ما يثير الدهشة، كتلك الإحصائية القادمة من بريطانيا العظمى، وتقول الإحصـائية إن 36% من المرضى في إحدى مدنها لم يعرفوا كيف يستعملون "الأقماع الدوائية" بطريقة صحيحة. وعلى ما يبدو أنهم خجلوا من السؤال، فكـان أن اسـتعملوها دون أن يزيلوا غلافها القصديري الخارجي!! طريفة أخرى وردت من العالم الثالث تذكر أن أقراص منع الحمل لم تؤت ثمارها في إحدى الدول لسبب بسيط، وهو أن الأطباء كانوا لا يذكرون للأسرة أن على الزوجة- وليس الزوج- أن تستخدم هذه الأقراص ...

■ **رؤية نفسية لظاهرة مثيرة**

ملخـص: يطلق الناس وصف المجنون على الشخص الذي يقوم بسلوكيات وتصرفات غريبة غير مفهومة. ونحن بحكم العمل في الطب النفسي لا نؤيـد استخدام كلمة "الجنون" لوصف المرض النفسي، لأن هذا اللفظ له وقع سيئ ووصمة للمريض النفسي، وليست له أي دلالة طبية، فلا يوجد مرض اسـمه الجـنون. وتؤدي الإصابة ببعض الأمراض العقلية مثل حالات الهوس والاكتئاب والفصام (الشيزوفرينيا) والوسواس القهري، إلى اضطراب في الحالـة العقلـية والسـلوك، يـنعكس فـي صورة قيام الشخص بتصرفات شاذة يعتبرها المحيطون به خروجا على عرف المجتمع. غير أن ما يقوم به المـريض من أقوال و إشارات وأفعال لها دوافعها النفسية بحكم الحالة المرضية التي يعانى منها، والتي لا يستطيع الآخرون فهمها فيصفونها بالجنون. ومـا نؤكـده هنا هو أن هذه الحالات في ازدياد مستمر حيث تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية 20% من سكان العالم يعانون القلق النفسي و 7% من الاكتئاب و 3% من مرضى الوسواس القهري، 1% الفصام الشيزوفرينيا، مما يدل على أن العالم اليوم يعيش عصر الأمراض النفسية.

ومـن الطبيعي أن يوجد المرضى العقليون (وهو الوصف الذي يطلقه الأطباء النفسيون على من يصفهم الناس بالمجانين) في المجتمع ويمارسون حـياتهم في كل مكان، حيث نصادفهم في الشوارع والحدائق والمقاهي، نظرا لأن طاقة المستشفيات والمصحات لا تستوعب إيواء كل هذه الأعداد. وإذا أخذنـا مـثلا علـى ذلك مرض الفصام العقلي، وهو من أسوأ الأمراض العقلية التي تسبب تدهورا خطيرا في الشخصية والسلوك، وتؤدي إلى انفصال المـريض عـن المجـتمع، و إهمالـه لعملـه، وعـدم المبالاة بأي شيء، وعدم العناية بمظهره، أو ملابسه، فإننا نجد أن عدد المرضى في مصر تبعا للإحصـائيات العالمـية (1%) يـزيد علـى نصـف مليـون لا تسـتوعب منهم كل المستشفيات العقلية أكثر من 2% (أقل من 10 آلاف) الباقي خارج المستشـفيات، وكثير منهم يعيشون في ظروف سيئة، حيث يتسبب المرض العقلي في تدهور حياتهم الاجتماعية والأسرية، وتخلي الجميع عن المريض، فيضـطر بعضـهم إلـى البقاء في الشوارع دون رعاية، ومع زيادة أعدادهم فإنهم يتعرضون لكثير من الأزمات، كما يتسببون في مشكلات متنوعة في أثناء وجودهم دون رعاية وسط المارة في الشوارع...

■ **مكتبة العدد**

العنوان : الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي
المؤلف : د. وائل أبو هندي
الناشر : عالم المعرفة – العدد 293 – تشرين الثاني / نوفمبر 2003

ملخـص : كانـت كـتابة كـتاب باللغـة العربية عن الوسواس القهري فكرة تراودني منذ أكثر من سبع سنوات، أي من قبل حصولي على درجة الدكـتوراه، وربمـا كان انشغالي بالأخيرة سببا كنت أقدمه لنفسي لأرجئ العمل، لكنني بعد خمس سنوات من الحصول على الدرجة بدأت العمل، وكان للموقـف الأمريكي بعد الحادي عشر من سبتمبر دور كبير في شحذ همتي، لأنني شعرت بأن علي وعلى كل يقظ في بلادنا العربية أن يحدد موقفه من كـل شيء. وما كدت أبدأ العمل حتى شعرت بأن الأمر أصعب بكثير من كل ما تصورت ويبدو أنني كنت أحس بذلك على مستوى ما من وعيي الدفين، وكنت أرجئ العمل لذلك ! لكنني على كل حال كنت قد بدأت الكتابة بالفعل وكان لابد بإذن الله من إنهاء ما بدأت...
(Full Text - www.arabpsynet.com\Books\Abouhendi.B.1.htm - النص الكامل)

العنوان : علم النفس الإكلينيكي.
تأليف : جوليان روتر.
ترجمة : د. عطية محمود حنا - د. محمد عثمان نجاتي.
الناشر : دار الشروق.

ملخـص : علـم الـنفس الإكلينيكي هو أحد المجالات التطبيقية الهامة لعلم النفس، وهو يعنى أساسا بمشكلة التوافق الإنساني بهدف مساعدة الإنسان ليعيش في سعادة وأمن، خاليا من الصراعات النفسية والقلق.

ولكـي يستطيع علماء النفس الإكلينيكيون القيام بدورهم في دراسة اضطرابات السلوك وفهمها وعلاجها، فإنهم يدربون عادة تدريبا خاصا في مجالات ثلاثـة رئيسـية. المجـال الأول هـو قياس الذكاء والقدرات العقلية العامة لمعرفة القدرة العقلية الحالية للفرد، أو إمكاناته العقلية في المستقبل. والمجال الثانـي هـو قياس الشخصية، ووصفها، وتقويمها، وتشخيص السلوك الشاذ بغرض معرفة ما يشكو منه الفرد والظروف المختلفة التي أحاطت به وأدت إلـى ظهـور مشكلته، مما يساعد على فهمها، ويمهد الطريق إلى إرشاد الفرد وعلاجه. والمجال الثالث هو العلاج النفسي بأساليبه وطرقه المختلفة التي ترمـي إلـى تخليص الفرد مما يعانيه من اضطراب وسوء توافق. وإلى جانب هذه المجالات الثلاثة الرئيسية التي يعمل فيها علماء النفس الإكلينيكيون، فإنهم يقومون أيضا بأدوار أخرى هامة. فكثير منهم يشتغلون بالتدريس في الجامعات، وبالبحث العلمي، ويعملون كمستشارين في كثير من المؤسسات

كالسجون، ودور إصلاح الأحداث الجانحين، ودور تأهيل المعوقين، والمدارس، والمؤسسات الصناعية، وغيرها.
وعلـم الـنفس الإكلينيكـي علم حديث نسبيا، وهو مازال في دور النمو والتطور. ولقد تأثر في نشوئه بمجالين هامين من مجالات الدراسة. المجال الأول هـو دارسـة الاضطرابات النفسية والعقلية والتخلف العقلي التي كانت تحظى باهتمام كثير من الأطباء الفرنسيين والألمان، مثل لويس روستان، وجـان شـاركو، وإمـيل كرايبلين، وأرنست كريتشمر، وبيير جانيه وغيرهم. والمجال الثاني هو دراسة الفروق الفردية التي حظيت باهتمام فرانسيس جالـتون، وجـيمس ماكين كاتل، والفرد بينيه، وتيوفيل سيمون، ومن جاء بعدهم من علماء النفس الذين اهتموا ببناء الاختبارات النفسية واستخدامها في أغراض تطبيقية كثيرة...

العنوان : ترحالات يحيى الرخاوي / الأعمال المتكاملة
الترحال الثاني : الموت و الحنين
المؤلف : أ.د. يحيى الرخاوي
الناشر : مطبعة المدينة 2000

ملخـص : عجزتْ أداة واحدة أن تستوعب "القول الثقيل " الذى ألقى علىّ. حملتُهُ. من خلال الجدل الحى بين ذاتى ومرضاى ودنياىَ، فلجأتُ إلى كل ما أتيح لى من أنغام وأشكال.

لـم أكتـب إلا مسـودات، لذلك كنت أنوى أن يكون العنوان "الأعمال الناقصة" وخاصة أن ترجمة Collected Worksأو Collected Papers هى "مجموعـة أعمـال" أو "مجموعة أوراق" فلان، الأمر الذى لا ينبغى أن يسمى كذلك أو ينشر بهذا الاسم، إلا بعد أن يكف صاحبها عن العطاء، أو عن الحياة... (النص الكامل - Full Text - www.arabpsynet.com\Books\Yahia.B1.2.htm)

- **التربية قبل المدرسية ونظريات النمو** : أ.د. محمد أحمد النابلسي – رئيس المركز العربي للدراسات النفسية

ملخـص : تحـت عنوان التربية قبل المدرسية.. تصورات علمية وعقائدية نقدية صدر كتاب لمؤلفيه الدكتور علي وطفة وخالد الرمحي والكتاب لا يكتفـي بعـرض نظـريات الـنمو المخـتلفة، ومعها نظريات تربية طفل ما قبل المدرسة، بل يتناول هذه النظريات بالنقد، وهذا ما نلاحظه من خلال استعراضنا لمحتويات هذا الكتاب بفصوله الثمانية، وعناوينه الفرعية، وهي التالية:

الفصل الأول: مظاهر النمو الانفعالي عند الجنين:
بين الحامل والجنين.
النمو الفيزيائي للجنين.
النمو الانفعالي للجنين.
الحالة النفسية للحامل ومستقبل الجنين.
خصائص نمو الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.
تعريف النمو.
قانونية النمو عند الطفل.
نظريات النمو.
1- تشارلز داروين (1809- 1882).
2- سيغموند فرويد: (1856- 1939).
3- جان بياجية Jen Piaget (1896 - 1980).
4- إيريك أريكسون (1902- 1994).

الفصل الثاني: خصائص النمو في مرحلة الطفولة
أولا: النمو الفيزيائي الجسدي للطفل.
1- النمو الحسي الحركي.
2- التوازن الفيزيولوجي...

- **بنيوية الظاهرة المدرسية ووظيفتها الاجتماعية** : علي أسعد وطفة، علي جاسم الشهاب

ملخـص : تحت عنوان علم الاجتماع المدرسي صدر للدكتوران علي أسعد وطفة، وعلي جاسم الشهاب كتاب يناقش الظاهرة المدرسية على صعيد بنيتها، ووظيفتها الاجتماعية. حيث المؤسسة المدرسية هي حبة الرمل التي تتكون حولها اللؤلؤة المكونة للمنظومات الحضارية الإنسانية.
ومـن هنا الاهتمام بإرساء هذه المؤسسة والجهود المبذولة لتطويرها وتحسين ظروفها، وذلك أن هذه المؤسسة ليست فقط مكانا للتلقين المعرفي، فهي مسـؤولة عـن نقـل الـنظم الرمـزية للمجتمع إلى الناشئة. وهي أيضا المرجع والمقياس في تحديد سلامة انتقال هذه النظرية، وسلامة النظم نفسها، وصلاحياتها لتنمية الناشئة، وتطوير طاقاتها الفكرية والإبداعية، مما يعطي للمدرسة إمكانية المساهمة في إعادة إنتاج حضارة المجتمع وأيديولوجيته.
وبذلـك تحولـت المؤسسـة المدرسـية من مفهوم الكتاب التلقيني، ومن ظاهرة تربوية إلى ظاهرة اجتماعية بالغة التعقيد. خاصة بعد أن بدأت المدرسة تعكـس أطـياف المجتمع وتختصر موقف جماعاته من النظم الرمزية للمجتمع، حتى دخلت المدرسة في نسيج الظواهر الاجتماعية وأصبحت واحدة من المؤسسات الاجتماعية المعبرة عن ميول الجماعات واتجاهاتها.
حـتى أن الجماعـات القـادرة باتـت تؤسس مدارسها الخاصة، أو هي تستأثر بمدارس أخرى موجودة وبذلك دخلت المدرسة في سيرورة الحراك الاجتماعي.
بـناء علـيه دخلـت المدرسة قطاع الدراسات السوسيولوجية فبدأ البحث في بنية هذا التكوين الاجتماعي التربوي، بما في ذلك دراسة دينامية العلاقات والقوانيـن المـتحكمة فيها داخل هذه البنية. وبذلك نشأ فرع سوسيولوجي جديد هو علم الاجتماع المدرسي، وهو موضوع هذا الكتاب الأول من نوعه، بحسب علمنا، في اللغة العربية، وهو جهد لا يستهان به يقدمه المؤلفان كأساس للتعريف بهذا العلم وبتعريبه بما يتناسب وشروط البنية المحلية، فهذه

البيئة هي مصدر النظم الرمزية التي تقوم عليها البنية المدرسية.
و تتوزع محتويات الكتاب على الوجه التالي ...

العنوان : التحليل النفسي لملحمة جلجامش
المؤلف : حسين سرمك حسن
الناشر : المؤلف
ملخص : "إلى أين أتجه بوجهي؟ وها إن (المثكل) قد تمكن من لبي ومن جوارحي... أحل في مضجعي يقيم الموت... وحيثما أضع قدمي يربض الموت... ".

جلجامش

إذا كانـت الأحلام هي الطريق الملوكي إلى اللاشعور فإن الأساطير هي أحلام الشعوب وهي الطريق الملوكي المفضي إلى لا شعورها. فالشعوب تـنظم أساطيرها وملاحمها على غرار رغباتها اللاشعورية. مما يجعلها تتمسك بهذه الأساطير وتحافظ عليها عبر العصور مع إصرار واعي على قبول أفكارهـا وكأنها وقائع. بل أن الشعوب اعتادت على التعامل مع أساطيرها على أنها روايات غير متشكلة. وبالتالي فإنها غير خاضعة للمحاكمة اللغوية الدلالـية. فهي تحتوي على دلالات ما وراء لغوية و ماورائية عامة غير متشكلة (Amorphe). حتى أن الباحثون اللانثروبولوجيون تمكنوا من استكشاف مـنطقة لاشـعورية مشتركة في التاريخ البشري. وهذه المنطقة هي منطقة الأساطير حيث تشترك الشعوب في فكرة الأسطورة وتختلف في تشكيلها (أي فـي إعطائهـا الشكل الذي يرضي لاشعور كل جماعة على حدة). وعلى الرغم من اختلافات التشكيل هذه فإن العديد من الأساطير تكاد تكون مشتركة بين الشعوب.
ومما لا شـك فيه أن أسطورة جلجامش هي واحدة من أنجح الأساطير في تاريخ البشرية. وهي تجسد العديد من الرغبات الفردية والجماعية المشتركة بيـن البشـر عـبر حضاراتهم وعبر الزمان. فالإنسان المعاصر لم يبتعد كثيرا عن جلجامش سواء على صعيد رغباته أو ممارساته أو طموحاته. وهل اسـتقال المـوت مـن وظيفته في إقلاق راحة الإنسان وتهديده؟ !. وهل تخلى الإنسان عن الرغبة في تأجيل موته إلي ما لانهاية؟. هذه الأسئلة وغيرها تفسـر لـنا عناصـر الاحترام الذي لا يزال سائدا في نظرتنا لجلجامش ولغيره من أبطال الأساطير. فنحن نعجب بهؤلاء لكونهم يمثلون بصدق ثنائياتنا العاطفـية. وفيها نصب المحبة والكراهية على المواضيع ذاتها وفي آن واحد. فالإنسان يحب نفسه ويكرهها كما يحب الآخر ويكرهه. سيان في ذلك أي العاطفتان تتغلب على الأخرى ومتى؟...

- **النشرة الإخبارية لشبكة العلوم النفسية العربية** : د. جمال التركي

ملخص :

مقـتـطـف : تنهد بعمق و قال " إذا كان هناك من شيء لا نستطيع غفرانه للرئيس السابق صدام حسين فهو أنه حولنا طوال سنوات حكمه إلى شعب من المنافقين، لكل واحد فينا ألف وجه و وجه و ليس من السهل أن يميز المرء بسهولة الحقيقي من المزيف" (شخصية علمية عراقية مرموقة). "لم يكن هذا الاعتراف إلا مجرد جانب و ربما حتى جزئيه في وضع معقد للغاية لا أحد يوليه الآن في العراق الاهتمام اللازم ... هذا الوضع هو **الصحة النفسية للعراقي** التي كانت معتلة أصلا بسبب تعدد الضغوطات من استبداد داخلي و ضائقة اقتصادية و تهديد دائم بالعدوان قبل أن تزداد حرجا مؤخرا بسبب الحرب و حلول **مهانة الاحتلال** بديلا عن **مهانة الديكتاتورية**" (محمد كريشان - القدس العربي – 11 أوت 2003).
إن تردي خدمات الصحة النفسية في العراق لا جدال فيه شأنه شأن عديد البلاد العربية مع اختلاف مستوى درجة التردي من ذلك أن الرعاية النفسية مازالت لا تصنف ضمن أولويات الرعاية الصحية الأساسية في الوطن العربي. إن وضعية كهذه في حاجة إلى المراجعة و لن يتحقق هذا إلا إذا آمن أهل الاختصاص بأهمية الدور الحيوي للصحة النفسية في تحقيق النهضة. إن الإنسان المنهك .. المنهزم .. المحطم .. الشبح .. المقهور .. المضطرب .. يعجز عن الانخراط في مشروع حضاري .. يعجز عن مواجهة الآخر .. إن الأنا المضطربة/المفسوخة/المختلة تعجز عن التموقع في الزمان و المكان .. تعجز عن إدراك الواقع و متطلباته .. إن اضطراب أنا الإنسان العربي الذي يعاني رهاب السلطة جعل منه كائنا مسلوب الإرادة، فاتر الهمة و العزيمة لا هم له إلا السعي لقوت عياله.. إن لأخصائيي العلوم النفسية مسؤولية جسيمة لما تتطلبه منهم وضعية الصحة النفسية المتردية من مجهود ارتقاء بها إلى مستوى أفضل و لن يتحقق ذلك إلا بإقناع أصحاب القرار السياسي بما للصحة النفسية من أهمية قصوى في تحقيق التنمية حتى تتبوأ مكانة أفضل في سلم أوليات السياسة الصحية و تخرج من دائرة التهميش.
بهذا المقتطف نفتتح **العدد الثامن المزدوج لشهري جويلية و أوت 2003 من النشرة الإخبارية لشبكة العلوم النفسية** و الذي يأتي بعد استراحة العطلة حافلا بالمقالات الأصيلة و الإصدارات الحديثة من كتب و نشريات إلى جانب برامج المؤتمرات العربية وهو ما يؤشر إلى استعادة النشاط العلمنفسي العربي انطلاقته بعد فترة تعثر أملتها الأحداث الجسام التي مر / يمر بها الوطن و ما تبعها من تركيز ذهني وجداني على مجريات الحدث/الأحداث و المصحوب بارتفاع نسبة الكرب و القلق .. إن الأحداث كانت من الوطأة و الشدة و القسوة أن أجلت عديد التظاهرات العلمنفسية إلى زمن يحظى فيه العقل العربي بمساحة دنيا من الصفاء الذهني تسمح له إجراء أبحاثه و دراساته و استخلاص نتائجها مساهمة في دفع مسيرة العلوم النفسية في وطننا.
يشاركنا في هذا العدد مجموعة من الأساتذة المتميزين بأبحاثهم و مقالاتهم الأصيلة، و قبل استعراضها و عرض ملخصاتها وجب بدءا أن أتقدم بالتهنئة إلى البروفسور أحمد عكاشة بمناسبة منحه **الزمالة الفخرية لجامعة فنكوفر بكندا** و التي لم تمنح لحد الآن إلا لعدد محدود من الشخصيات الطبنفسية العالمية (عشرون عالما)، يأتي هذا التتويج بعد انتخابه رئيسا للجمعية العالمية للطب النفسي و نجاحه استضافة المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي بالقاهرة (10-15 سبتمبر 2005)، إن شرف تكريم البروفسور عكاشة يتجاوز شخصه الكريم ليشمل جميع الأطباء النفسانيين العرب و يتجاوز مصر إلى الوطن الكبير كما ستبقى إنجازاته العلمية و مكانته الأكاديمية علامة فارقة في تاريخ الطب النفسي عامة في تاريخ الطب النفسي العربي خاصة. (النص الكامل - Full Text - www.arabpsynet.com/newsletters/july03/EL.TurkyJuly03.htm)

■ **بحـث**

علم المناعة العصبية النفسية ومرض الاكتئاب : الدكتور محمد حمدي الحجار

ملخـص البحـث: المناعة العصبية النفسية هو ميدان يرمي إلى تحري التفاعلات القائمة بين الدماغ وجهاز مناعة البدن. وأن الهدف المهم في هذا الميدان البحوث هو ترجمة البحث الأساسي من أجل فهم كيفية تأثير السلوك على الصحة البدنية ومقاومة المرض عند الإنسان.

إن هـذه المـراجعة ترمي إلى تقييم إنعكاس مرض الاكتئاب على المرض البدني ومخاطر الموت. كما وأن هذه المراجعة تتساءل إذا كانت الآليات المناعـية العصـبية تسـهم في هذا الاقتران. كما سنأتي على ذكر الأمثلة التي تتناول ثلاثة أمراض: المرض الوعائي القلبي المرض الخماجي والتهاب المفصـل نظـير الوثـية. وأخـيرا سنتطرق إلى المداخلات السلوكية البيولوجية التي تتوخى التأثير على التكييف النفسي وعلى سير المرض المرتبط بالمناعة.

ونـنوه بأن ترجمة المصطلحات الإنكليزية مأخوذ من المعجم الطبي العربي الموحد الصادر عن مجلس وزراء الأطباء العرب والمعتمدون من قبل المجامع العلمية العربية ومنظمة الصحة العالمية.

- **علم النفس السياسي :** محمد أحمد النابلسي

مقدمـة : ترتـبط السياسـة بالسيكولوجيا عبر علاقة عضوية تعود إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني. أي إلى ما قبل تشكل المفاهيم النظرية لأي مـنهما. و بالعودة إلى أرسطو نجده يصنف السيوكولوجيا و السياسة و الاقتصاد في إطار العلوم التطبيقية. معرفا الأخلاق على أنها علم دراسة السلوك الشخصـي، و الاقتصـاد على أنه علم تدبير معيشة العائلة و السياسة على أنها علم تدبير المدينة (الدولة). لكن الطابع العضوي لهذه العلاقة يعود عمليا إلى حاجة السياسة الماسة لأية وسيلة تسهل الاتصال الذي يحتاج بدوره إلى أية معلومة تساهم في إكمال فعاليته و تدعيمها.

هـذا وتعود البدايات الحديثة لعلم السياسة إلى مطلع الخمسينيات، وهي اقترنت ببدايات علم النفس السياسي. فقد نشرت منذ مطلع هذا القرن العديد مـن الـبحوث النفسـية- السياسية، التي بدأها فرويد بعودة إلى ما قبل الحضارة البشرية، لينتقل بعدها إلى دراسة الأساطير، وتحديدا مناقشة الأساطير الـيهودية، ومسـألة التوحيد في كتابه "موسى والتوحيد " ليدخل بعدها مباشرة إلى السياسة في مقالته "أفكار لأزمنة الحرب والموت ". ثم كانت دراسات يونـغ الشهيرة حول الأساطير و اللاوعي الجماعي و علاقتهما باللاوعي الفردي. - وبعدها أتت محاولة اتباع فرويد والمنشقين عنه للتوفيق بين التحليل النفسـي والسياسـة والـنظرية الماركسـية خصوصـا. كما تجدر الإشارة إلى الكتاب الذي نشره غراهام والاس في العام 1921 تحت عنوان "الطبيعة الإنسـانية فـي مـيدان السياسة". لكن البحث العلمي الحقيقي في ميدان السيكولوجيا السياسة بدأ في الولايات المتحدة أثناء الحرب العالمية الثانية. حين تدعمـت هـذه البحوث بهجرة مكثفة لعلماء النفس الأوروبيين الهاربين إلى أميركا من الحرب. فبدأت هذه البحوث من منطلقات إثنية (عرقية) وسخرت هـذه الـبحوث لدراسـة اللاوعـي الجماعي والشخصيات الأممية لأصدقاء الولايات المتحدة وأعدائها، في محاولة لتسخير سيكولوجية الرأي العام في الاتجـاه السياسي المناسب. وهكذا بحيث يمكن اعتبار ولادة السياسة والسيكولوجيا السياسية في مطلع الخمسينيات ولادة توأمية. لكن هذه الفترة، وتحديدا العـام 1932 سـجلت ترسـيخ العلـوم النفسية كعلم له منهجيته الطبية الصارمة. إذ شهد هذا العام ظهور دواء الكلوربروميازين (دواء معقل) الذي كان مقدمـة لإرسـاء الطـب النفسي كأحد فروع الاختصاصات الطبية، مما أذكى الصراع بين هذا الفرع المستجد (الذي وجد لنفسه التطبيقات في الميادين السياسـية والعسـكرية والحضـارية.... إلخ) وبين بقية الفروع المعنية بهذه الميادين. بل إن الطب النفسي بدا وكأنه يحاول وضع النظم الأخلاقية لهذه الفـروع، وخصوصا السياسية منها. إذ يرى الطب النفسي ضرورة الإفادة من معارفه (وضرورة مساعدة بقية الفروع له) لكي يحقق الضوابط الأخلاقية التالية:

1- إن أيـة أبحاث تعمل على إحداث تغييرات في الإنسان (مثل التربية العبقرية وأبحاث الهندسة الوراثية والاستنساخ والجراحة الدماغية.... إلخ). ويجب أن تكون خاضعة لسياسة اجتماعية صارمة تهتم بتوجيه هذه الأبحاث لتحسين شروط معيشة وسعادة الإنسان.
2- أن مثل هذه الأبحاث يجب أن يمنع توجيهها باتجاه تحقيق تفوق أفراد أو جماعات أو شعوب على حساب غيرها من البشر.
3- يجـب الـنظر إلـى جمـيع محـاولات (تحسين) السلوك الإنساني على أنها اعتداء على حرية الشخص. باستثناء الحالات التي تتم فيها هذه المحاولات بطلب من الشخص نفسه لاستشعاره الحاجة إليها. على أن تدعم الآراء العلمية- الموضوعية هذا الاستشعار.
4- إن "اللاأنسنة" المتمثل باستبدال أعضاء بشرية هامة بأعضاء حيوانية هي مسألة تطرح إشكاليات أخلاقية خطيرة.
5- إن الرغـبة الشخصـية بالاسـتفادة مـن تقنـيات معيـنة لاسـتغلالها لتحقيق أهداف شخصية من شأنها أن تنسف قواعد السياسة الاجتماعية وأخلاقـياتها. الأمر الذي يقتضي التريث في تشريعها لقياس مدى قدرة هذه السياسة على استيعاب التعديلات. مثال على ذلك أن الدعوة العالمية للحد مـن زيـادة السـكان (ومعها دعوة الشعوب لا يتجاوز متوسط أعمارها الأربعين عاما للحد من التكاثر) تصطدم بالرغبات الشخصية في الإنجاب باستخدام تقنيات طفل الأنبوب أو الاستنساخ أو غيرها.
6- إن أيـة محاولة لتعديل الشخصية يجب أن تخضع لتحري دوافع هذه المحاولة سواء من قبل شخص أو من قبل الإختصاص لذي يتولى عملية التعديل.
7- إن تطور تقنية الاتصال (ومعها التجسس على الأفراد) يؤمن مراقبة دقيقة لسلوك الأشخاص مما يزيد من احتمالات إساءة الاستغلال السياسي لهذه المراقبة (خصوصا بعد أن نعلم أن دولا نامية عديدة تخضع بشكل جماعي لهذا النوع من المراقبة!).
8- إن موضوع ولادة بدون رحم، ومعها موضوع الاستنساخ، هي مواضيع تلامس حساسيات تحديد الانتماء العائلي. الأمر الذي يهدد مفاهيم البنية العائلية في المجتمع البشري. وهو تهديد يستحق الدراسة والمناقشة المعمقة.
9- إن محـاولات زيادة الذكاء السكاني (نسبة 20%) أو ما يعرف بمحاولات إنتاج جيل من العباقرة، وأيضا محاولات زيادة متوسط أعمار البشر بحوالـي عشـرين فـي المـئة إضافية، هي محاولات محفوفة بمخاطر الاحتكار الذي يؤدي إلى التفرقة والتمييز العنصريين (العلميين) مما يجعل تكالـيف هـذه الأبحـاث الأخلاقية خارج إطار قدرة البشرية على تحملها، فهي تشجع فرز البشر إلى أذكياء وأغبياء، ما يعني ولادة نوع جديد من الأسباب الممهدة لانتهاك حقوق الإنسان.
10- ترتـبط كـرامة الإنسان بقاعدة ذهبية تقول: إن البشر يكونون أكثر فعالية وعطاء (أي أكثر إنسانية) عندما نعاملهم كأحرار مسؤولين متمتعين باستقلاليتهم الذاتية وبفرادتهم.
11- إن مسـألة الحفـاظ علـى التنوع الإنساني (الجيني والثقافي) هي مسألة حيوية- محورية. ومحاولة إنتاج مخلوقات مثالية جينيا (أو ثقافيا عن طريق العولمة) هي محاولة تحرم الإنسانية من هذا التنوع.
12- يجب أن تبقى العائلة الواحدة الرئيسة لتكاثر البشر، ويجب الإصرار على عدم استبدالها بأي من الوحدات المقترحة. وحول حبة الرمل هذه

(أي العائلة) أي تطور اللؤلؤة التي تشكل التنوع الثقافي الإنساني. الذي لم تستطع الاقتراحات المطروحة لغاية اليوم أن تأتي ببديل له.
وبهـذا تـبدو العلوم النفسية، الطب النفسي خصوصا، وكأنها خط الدفاع الضابط للأخلاقيات. لكن هذا الضابط لا يشكل سوى قمة جبل الجليد. فمن ناحـية يقع الطب النفسي ومعه العلوم النفسية والإنسانية كافة تحت تأثير علوم أخرى مثل الاقتصاد والاتصال والإحصاء. وهذا الأخير بات قادرا على فـبركة النـتائج بأي اتجاه كان، وباتت الإحصاءات لعبة بدون قواعد (انظر فصل العرب والعولمة في هذا الكتاب). ومن ناحية أخرى فقد وقعت العلوم النفسـية فـي أسر الفكر السياسي. فعلاقة هذه العلوم بالفلسفة علاقة قديمة وعضوية ومتبادلة. فلو راجعنا التصنيفات المقترحة للأمراض النفسية لوجدنا أنهـا مـتأثرة لدرجـة التوحد بالفكر السياسي السائد. فالتصنيف الأميركي يعتمد المبادئ البراغماتية والظواهرية من خلال تحديده للتشخيص من خلال العـوارض. حـتى اعتـبر بعض المؤلفين بأن التصنيف الأميركي هو حصان طراودة الذي يحاول الفكر الأميركي النفاذ من خلاله إلى عقول الأطباء النفسـيين حـول العـالم. فـإذا ما أضفنا الوقائع المتوافرة حول إساءات استخدام الطب النفسي فإننا نجد أن الفن المسمى بالسياسة قد امتلك القدرة على السيطرة، وعلى تسخير العلوم لمصلحته، مع بقاء قواعده سرية وعصية على الإرصان في مناهج أكاديمية خاضعة للمنطق العلمي وقابلة للتجريب.
بناء على هذه الأهمية التي تحتلها السياسة في المجال الاجتماعي بتطبيقاته السياسية رأينا تخصيص ملف هذا العدد لموضوع علم النفس السياسي.
وهو يتضمن المواضيع التالية:

- عودة الإبن الضال جورج ووكر بوش/ جيمي بيشاي.
- التحليل النفسي للرؤساء الأميركيين/ محمد أحمد النابلسي.
- التحليل النفسي والسياسة/ سامر رضوان.
- سيكولوجية السياسة الخارجية/ عبد الرحمن العيسوي.
- العولمة والأحداث الجارية والطب النفسي/ يحيى الرخاوي.
- رؤية نقدية لمحاولة تحليل شخصية عرفات/ محمد أحمد النابلسي.

- **الإبن الضال و عقدة أوديب** : أ.د. جيمي بيشاي – بنسلفانيا - الولايات المتحدة

ملخـص : تحـية الإعجـاب والتقدير للباحثين في " **سيكولوجية الحروب العربية** " وهي أيضا "**سيكولوجية الحروب الأميركية** " إنه عدد متميز من مجلـة الثقافة النفسية المتخصصة. وهو وجدير بأن يكتب بماء الذهب أو الشموع المضيئة وفيه مقال الدكتور يحي الرخاوي " **الثورة المجنونة**" أثار في نفسي السؤال: من هو المجنون؟.

" من الذي رمى بالشوك في مضجعي ، فنبت مكلوم الحشا موجعا؟

للشـاعر علـي الجـازم فـي قصـيدته عشية قيام الحرب العالمية. من هذا المجنون الذي يريد تغيير خارطة المنطقة وثوابت ثقافاتها بقوة التدخل العسـكري الذي يتحدى الشرعية الدولية ؟ إن أكثر المعلقين السياسيين في الولايات المتحدة يصفون الرئيس بوش الابن بأنه القائد الأوحد الذي بز والده فـي السـعي نحـو تحريـر البشرية والعالم العربي على وجه أخص من الإرهاب الذي شنته القاعدة ومن صدام حسين الذي يهدد العالم بأسلحة الدمار الشـامل. وكمواطـن أميركـي من أصل عربي أشعر بأن **الوضع بحاجة إلى تفكيك لشخصية هذا المجنون وهل هو الابن الضال** كما ورد في الكتاب للقـدس فـي سفر لوقا 15- 11 وذلك لأن هذه القصة كان لها تفسير خاص في عقلية اليمين المسيحي الذي اعتنقه الرئيس بوش بعد فترة ضلال وسكر وعربدة في شبابه الجامعي، ولكنه تاب وحدث له غسيل مخ قد يؤدي لعقدة لأبن الضال.
(النص الكامل - www.arabpsynet.com\Archives\VP\VP.Beshai.ProdigalSonRevisoted.htm - Full Text)

- **التحليل النفسي للرؤساء الأميركيين** : محمد أحمد النابلسي

ملخـص : كان سيغموند فرويد هو البادئ بمحاولة التحليل النفسي للرؤساء الأميركيين. فقد قام فرويد بإعداد دراسة حول شخصية الرئيس الأميركي وودرو ولسـون. مسـتندا فـي ذلـك إلى معطيات قدمها له أحد المقربين من ولسون، وهو السفير بوليت. ونشر النص بعد وفاة فرويد. لذلك فهو غير متداول كغيره من النصوص الفرويدية.
مهمـا يكـن فإن قراءة النص توحي بوجود أوجه شبه عديدة بين ولسون وبين الرئيس الأميركي ووكر بوش. وبالنظر إلى حراجة اللحظة السياسية العالمية الراهنة، فقد رأينا ضرورة ترجمة هذا النص إلى العربية. مع تذييله بهوامش توضح وجوه الشبه المشار إليها أعلاه.
لكـن علم النفس السياسي المعاصر يتخطى التحليل النفسي إلى تطبيق نظريات نفسية أخرى في الميدان السياسي. ومنها النظرية السلوكية، حيث بعض الـناس يعـتقدون أن البشر يقسمون إلى فئتين: منغلق ومنفتح. وبعضهم يعتقد بوجود نسبية في الانفتاح والانغلاق. أما البقية، وأنا منهم، فهم لا يعتقدون بإمكانـية تقسيم البشر وتوزيعهم على فئات. وهذا الموقف يقوده أساسا أتباع التحليل النفسي الذين يصرون على رأي فرويد القائل بأن الموضوعية الحقة هـي الاهتمام بالذاتية. لكن ذلك لم يمنع فرويد من تمييز فئات نفسية خاصة. ولم يمنع أتباعه من تحديد أنماط تحليلية قد تكون مخالفة للأنماط السلوكية، لكـنها فـي الخلاصـة تصنيف مفترض للشخصيات. والسلوكيون لا يقدمون مثل هذا التصنيف، لأنهم يحصرون اهتمامهم بسلوك الشخص وتصرفاته، ولـيس بدوافعـه الكامنة وشخصيته عامة. لذلك فإن الأنماط السلوكية هي عبارة عن قوالب سلوكية يكونها الشخص وفق خبرته، ويتصرف من خلالها. فالـنمط السـلوكي إذا هو عبارة عن قالب سلوكي يمكن لأشخاص ذوي شخصيات مختلفة أن يشتركوا في اعتماده. ولعل أكثر الأنماط السلوكية شيوعا همـا الـنمطان أ و ب. حيـث يعتبر أصحاب النمط (أ) من الأشخاص الذين يتصرفون بطريقة تجلب لهم الإرهاق، وبالتالي فهم الأكثر عرضة للذبحة القلبية، وللأمراض الجسدية الناجمة عن الإرهاق عموما....

- **التحليل النفسي و السياسة** : ترجمة : أ.د. سامر جميل رضوان

ملخـص : لا يعـبر المقال أدناه عن وجهة نظر المترجم بالضرورة وخصوصاً فيما يتعلق ببعض المفاهيم والمصطلحات السياسية المستخدمة، إلا أن مضـمون المقـال مـن الناحية النفسية يستحق النقاش. فهل يمكن الادعاء أن علم النفس و التحليل النفسي بشكل خاص قادر وحده على تفسير وفهم جـذور الصـراع السياسـي بكل أبعاده. فإذا كانت الإجابة بنعم، وهو ما لا نعتقده بالمطلق، فما هو المدى الذي يمكن فيه لهذا الفهم أن يتشوه من خلال عـدم أخذ السياقات التاريخية للصراع السياسي بعين الاعتبار. فعزل الصراع عن سياقه التاريخي سوف يقود إلى تلك النتائج التي يتضمن المقال بعضاً منها، فيتساوى عندئذٍ الدافع الأساسي الكامن خلف سلوك التمييز العنصري و الإبادة الجماعية وسلب الحقوق وسلوك التمسك بالأرض والحفاظ على

الحقـوق وصراع البقاء. يقوم المقال على مناقشة الموضوع من ناحية النتائج الراهنة عبر منظور التاريخ الفردي للأطراف المؤثرة في الصراع، آي ما آل إلـيه الصـراع الآن ومـآزق المباحثات التي يكمن خلفها أفراد، ويعرض رؤية نفسية للخروج منه، إلا أن **التعامل مع النتائج وسلخها عن سياقها التاريخـي الجمعـي، سيقود إلى مثل هذه الاستنتاجات اللاتاريخية، التي يتساوى فيها المعتدي و الضحية**. إن جرح الإحساس "بالعدالة" في هذا السياق لا يمكـن أن يكـون جرحاً فردياً فحسب، بل جرح جمعي، أسهم ويسهم فيه المجتمع الدولي في عولمة ذرائعية لا تناقش فيه دوافعها في الشعور بالتفوق والسيطرة على الآخر وقولبته وفق معاييرها. وهنا نتجاوز ميدان الظاهرة النفسية، فالمسألة ليست مسألة نفسية فحسب.

مـن جهـة أخرى لا نستطيع أن نلوم كاتب المقال أو المحلل النفسي وورمسر على بعض المصطلحات المستخدمة، فهما **أبناء مجتمع غربي يعاني مـن التشويه الاستعرافي والفلترة فيما يتعلق بالجذور التاريخية للصراع**. ومع ذلك يظل المقال جديراً بالاهتمام –من الناحية النفسية- ويستحق النقاش الذي نرجو أن يقوم به الزملاء، أينما كانوا. (ملخص الكتاب هنا - Full Text - www.arabpsynet.com\Archives\VP\VP.SamerPsychoanalyspolitic.htm)

سيكولوجية السياسة الخارجية : عبد الرحمن العيسوي

ملخـص : لقـد امـتدت آفـاق علـم النفس الحديث لتشمل جميع مجالات الحياة العصرية، ولم يعد قاصرا على دراسة المرضى والشواذ، وتحليل شخصـياتهم أو الغـوص فـي أعماق شعورهم ولا شعورهم، وإنما أصبح علم النفس الحديث يقدم خدماته في المجالات العسكرية والتجارية والإعلامية والصـناعية والـتربوية والطبية والاجتماعية والأسرية، إلى جانب تعمق وتنوع الخدمات التي يقدمها للطوائف الشاذة من خلال علم النفس الإكلينيكي أو علم نفس الشواذ والطب النفسي، ومن خلال دراسة نمو الفرد طفلا ومراهقا ويافعا (1).

ومـن المجـالات الحـيوية التي يستطيع علم النفس الحديث أن يدلي فيها بدلوه مجال السياسة الخارجية والداخلية على حد سواء. وفي هذا المجال نعرض على القارئ الكريم بعض الأسس والآثار النفسية للعمل السياسي الخارجي.

ويمكن أن يخدم علم النفس صناع السياسة الخارجية وأقطابها من خلال الطرق الآتية:

1- يقـدم علـم الـنفس خـبراءه في مجالات الأحكام الاجتماعية، وفي عمليات اتخاذ القرار Decision-Marking Processes، ويستطيع هؤلاء الخـبراء أن يسـاعدوا في التعرف على مصادر الخطأ والتعصب أو التحيز، وكذلك خفض أسباب الخطأ في عملية صنع السياسة الخارجية لمجتمع ما Policy-Making.

2- ويسـتطيع أن يعمـل علمـاء النفس كخبراء في وسائل المساومات والمفاوضات Bargainning and Negotiation كما يستطيعون الإسهام في وضـع نظرية ملائمة للسياسة Policy - Relevant Theory تلك النظرية التي إذا تبناها المجتمع تستطيع أن تمدنا بالمعلومات لاختيار الإستراتيجيات الفعالة والمؤثرة Strategies في التعامل مع الدول الأخرى.

3- كمـا يسـتطيع علماء النفس باعتبارهم خبراء Experts في مشاكل التنبؤ بالسلوك، وخاصة في المواقف المعقدة أو الصعبة، يستطيعون مساعدة صـناع السياسـة فـي إعـلان الاتجاهـات الصـائبة في مجال العلاقات الدولية، وفي التنبؤ بردود الفعل المحتملة للدول الأخرى لتلك المبادرات السياسية....

- **العولمة و ... الأحداث الجارية و الطب النفسي** : أ.د. يحيى الرخاوي

ملخص : **الحاجة إلى"العولمة"**

النظرة الشاملة للبشر معا "تفاهما وتعاونا وتكاملا هي أمل الإنسان عبر التاريخ، وفى كل العالم، وقد بدا أنه يمكن تحقيق الأمل بعد الإنجازات الأحدث التي سمحت: بالتواصل والحوار

ذوات تحقيق الأمل تتمثل في (أمثلة)

- الإعلام والإنترنت
- المؤسسات العالمية الرسمية، وغير الحكومية
- زيادة الوعي بالخطر المشترك
- زيادة السعي إلى حلول إبداعية مشتركا جديدة

(ملخص الكتاب هنا - Full Text - www.arabpsynet.com\Archives\OP\OP.Rak.GlobalisationAndPsy.htm)

- **رؤيـة نقدية اختصاصية لمحاولة تحليل شخصية-عرفات على ضوء التهديد بطرده** : الدكتور محمد أحمد النابلسي - رئيس المركز العربي للدراسات المستقبلية

ملخـص : مـن المؤكـد أن المخابرات الأميركية تملك معطيات نفسية حول الشخصيات المؤثرة في المصالح الأميركية. ونظرا لوفرة المعلومات الإسـتخباراتية فـإن هذه المعطيات غالبا ما تتسم بالدقة، لكن دون أن يعني ذلك نفي إمكانية تحريفها وتزويرها بما يتناسب مع أهداف التلاعب السياسي بالمعلومـات. وحديثـنا هـنا يتعلق بواحدة من الدراسات المحرفة، أو التي نعتقد بكونها محرفة، فهي إن لم تكن كذلك، فإن ذلك سيعني اقتراب النهاية الأميركـية بسـبب تصـاعد جـرعات الغباء في مؤسساتها البحثية. والدراسة تتعلق بما يسميه المؤلفون بالتحليل النفسي والاستراتيجي لشخصية ياسر عـرفات. وهو أيضا العنوان الذي صدرت به الدراسة عن معهد السياسة الدولي لمكافحة الإرهاب في الولايات المتحدة. وشارك في إعداد هذه الدراسة كـل من: 1. شاؤول كيمحي/ مستشار وحدة البحوث في مخابرات الجيش الإسرائيلي. 2. شيموئيل إيفن/ عضو مركز جافي للدراسات الاستراتيجية في جامعة تل أبيب. 3. جيرولد بوست/ مدير برنامج علم النفس السياسي في جامعة واشنطن.

هـذه المشـاركة "الإسرائيلية" تعيد طرح مسألة فقدان العدالة المطلق الذي رسم أسس الحماقة المسماة ب "العدالة المطلقة" وهي الحماقة التي يرشحنا الأميركـيون، بليعـاز صهيوني- يهودي، لكي نكون ضحاياها المختارين. وتفصيل الأمر عادة درجت عليها المؤسسات الأميركية (مخابرات و مراكز بحـث ومؤسسات استشارية). وهي طلب النصح والرأي "الإسرائيليين" في كل ما يتعلق بالشؤون العربية. ولهذه العادة منطلقها النظري المبرر. فاليهود سـاميون وهم أقدر على فهم ونقد الساميين الآخرين. أضف إليه أن "إسرائيل" هي حليف ذي دور وظيفي أميركي محدد. وهي داخلة في علاقة صراعية مـع العـرب مدعومة باختراقات مخابراتية. وعلى الصعيد الفلسطيني تحديدا يصرح أحد المخابراتيين "الإسرائيليين لفضائية CNN بأن عدد المتعاونين الفلسطينيين مع مخابراته يصل إلى 15 ألف متعاون. لكنه يعترف أن فعاليتهم ضئيلة أمام الاستشهاديين...

Generalized Anxiety Disorder (GAD)

▪ Pooled analysis of venlafaxine XR efficacy on somatic and psychic symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder.

Authors : Meoni P, Hackett D, Lader M. - Wyeth Research, Paris, France.

Source : Depress Anxiety. 2004;19(2):127-32.

Summary : We evaluated the relative efficacy of venlafaxine XR on the psychic versus somatic symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder as determined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Data were pooled and analyzed from 1,841 patients with generalized anxiety disorder who participated in five short-term (8-week) double-blind, multicenter, placebo-controlled studies, two of which had long-term (6-month) extensions. Somatic and psychic anxieties were studied using the Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A) factor scores. We examined response rates (> or =50% improvement over baseline severity score) in the overall population and in patients with mainly somatic symptomatology at baseline (somatizers). Venlafaxine XR significantly reduced factor scores for both psychic and somatic HAM-A factors compared with placebo, from the first and second weeks of treatment, respectively. Patients treated with venlafaxine XR had significantly higher rates of response than patients receiving placebo on the psychic (58% vs. 38%, P<.001 at week 8; 66% vs. 35% at week 24, P<.001) and somatic (56% vs. 43%, P<.001 at week 8; 67% vs. 47% at week 24, P<.001) factors of the HAM-A. There was a TreatmentxFactor interaction (P<.027) in response rates: Patients treated with venlafaxine showed similar somatic and psychic anxiety response rates, whereas placebo-treated patients showed higher somatic compared with psychic response rates. Somatizers showed similar rates of response to the total population for the somatic factor of the HAM-A in either treatment group. Patients with generalized anxiety disorder treated with venlafaxine XR showed similar absolute rates of response on somatic and psychic symptoms, but relative to patients treated with placebo, more improvement in psychic than somatic symptoms.

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

▪ Prevalence of PTSD among Palestinian children in Gaza Strip

Authors : Samir Qouta, PhD - Eyad El Sarraj, MD

Source : Arabpsynet Journal; 2004 Apr.May.June;2:8-14.

Summary : This research study aimed to get acquainted with the prevalence of PTSD, and other psychological suffering among Palestinian children living under severe conditions during the last two and half years of the Al-Aqsa Intifada. The sample consists of 944 children whom age ranged between 10-19 years. The group excluded those with previous mental health problems. In this research, trauma scale, PTSD scale, the Child Posttraumatic Stress Index, the Children's PTSD-symptoms, The CPTS-RI and open questions had been used as tools. The results indicated that 32.7% of the children started to develop acute PTSD symptoms that need psychological intervention, while 49.2% of them suffered from moderate level of PTSD symptoms. Also the results showed that the most prevalent types of trauma exposure for children are for those who had witnessed funerals (94.6%), witnessed shooting (83.2%), saw injured or dead who were not relatives (66.9%), and saw family members injured or killed (61.6%).

▪ Current concepts in pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder

Authors : Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC.

Source : Psychiatr Serv. 2004 May;55(5):519-31.

Summary : This article describes current approaches to the pharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) and reviews the classes of pharmacologic agents used in the treatment of PTSD. Pharmacotherapy for PTSD that is comorbid with other psychiatric disorders is highlighted. METHOD:S: The primary-source literature was reviewed by using a MEDLINE search. Secondary-source review articles and chapters were also used. Results from studies of the psychophysiology of PTSD are outlined in the review to help inform treatment choices. The review gives more consideration to controlled studies than to open clinical trials. Recommendations for treatment are evidence based. RESULTS: AND DISCUSSION: A growing body of evidence demonstrates the efficacy of pharmacologic treatment for PTSD. The effectiveness of the selective serotonin reuptake inhibitors sertraline and paroxetine in large-scale, well-designed, placebo-controlled trials resulted in their being the first medications to receive approval from the U.S. Food and Drug Administration for the treatment of PTSD. Observation of psychophysiologic alterations associated with PTSD has led to the study of adrenergic-inhibiting agents and mood stabilizers as therapeutic agents. Controlled clinical trials with these classes of medication are needed to determine their efficacy for treating PTSD. Finally, the choice of medication for treating PTSD is often determined by the prominence of specific PTSD symptoms and the pattern of comorbid psychiatric conditions.

▪ Sleep in lifetime posttraumatic stress disorder : a community - based polysomnographic study

Authors : Breslau N, Roth T, Burduvali E, Kapke A, Schultz L, Roehrs T. - Department of Epidemiology, College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing 48824, USA. breslau@epi.msu.edu

Source : Arch Gen Psychiatry. 2004 May;61(5):508-16

Summary : On standard measures of sleep disturbance, no differences were detected between subjects with PTSD and control subjects, regardless of history of trauma or major depression in the controls. Persons with PTSD had higher rates of brief arousals from rapid eye movement (REM) sleep.Shifts to lighter sleep and wake were specific to REM and were significantly different between REM and non-REM sleep (F(1,278) = 5.92; P =.02). CONCLUSIONS: We found no objective evidence for clinically relevant sleep disturbances in PTSD. An increased number of brief arousals from REM sleep was detected in subjects with PTSD. Sleep complaints in PTSD might represent amplified perceptions of brief arousals from REM sleep.

Panic Disorder (PD)

Personality disorder & social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder

Authors : Berger P, Sachs G, Amering M, Holzinger A, Bankier B, Katschnig H. Department of Psychiatry, Division of Social Psychiatry, University of Vienna, Austria. peter.berger@akh-wien.ac.at

Source : J Affect Disord. 2004 May;80(1):75-8

Summary : The aim of this study was to analyze the impact of pretreatment characteristics and personality disorders on the onset of response in the treatment of panic disorder. METHODS: The data of 73 out-patients with panic disorder who had completed at least 6 weeks of a randomized trial of 24 weeks of either paroxetine only or paroxetine combined with cognitive group-therapy were analyzed in a Cox proportional hazards model. RESULTS: The likelihood of having responded to treatment (defined by a CGI rating of improvement) was more than twice as high for patients without a personality disorder or social phobia than for Patients with a personality disorder or social phobia. CONCLUSIONS: We suggest that patients with these characteristics do benefit from prolonged treatment, and they may profit from an additional treatment focused on social anxiety.

Sertraline versus paroxetine in the treatment of panic disorder: an acute, double-blind noninferiority comparison.

Authors : Bandelow B, Behnke K, Lenoir S, Hendriks GJ, Alkin T, Goebel C, Clary CM. - Department of Psychiatry & Psychotherapy, University of Gottingen, von-Siebold-Strasse 5, D-37505 Gottingen, Germany. bbandel@gwdg.de

Source : J Clin Psychiatry. 2004 Mar; 65(3) :405-13

Summary: Several classes of medications have demonstrated efficacy in panic disorder, but direct comparison of 2 proven treatments is still uncommon. The purpose of this study was to compare sertraline and paroxetine in the acute treatment of panic disorder. METHOD: Adult outpatients with panic disorder with or without agoraphobia (DSM-IV and ICD-10 criteria) were randomly assigned in double-blind fashion to 12 weeks of treatment with flexible doses of sertraline (titrated up to 50-150 mg/day; N = 112) or paroxetine (titrated up to 40-60 mg/day; N = 113). Patients were then tapered off medication over 3 weeks. The primary analysis was a noninferiority analysis of Panic and Agoraphobia Scale (PAS) scores. Secondary measures included panic attack frequency and the Clinical Global Impressions-Improvement scale (CGI-I) (with responders defined as those with a CGI-I score < or = 2). Data were collected from January 2000 to June 2001. RESULTS: Sertraline and paroxetine were associated with equivalent levels of improvement on the PAS total score, as well as on all secondary outcome measures. Eighty-two percent of patients taking sertraline versus 78% of those taking paroxetine were CGI-I responders at endpoint. Numerically more patients on paroxetine treatment compared with sertraline treatment discontinued due to adverse events (18% vs. 12%; NS), and a significantly higher proportion of paroxetine patients showed > or = 7% weight gain (7% vs. < 1%; p <.05). During the taper period, the proportion of panic-free patients increased by 4% with sertraline but decreased by 11% with paroxetine (p <.05). CONCLUSION: Sertraline and paroxetine had equivalent efficacy in panic disorder, but sertraline was significantly better tolerated and was associated with significantly less clinical worsening during taper than paroxetine.

Anxiety Disorders

Pregnancy complications associated with childhood anxiety disorders.

Authors : Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Faraone SV, Robin JA, Friedman D, Rosenthal JM, Rosenbaum JF. Pediatric Psychopharmacology Program, Massachusetts General Hospital, Cambridge, Massachusetts.

Source : Depress Anxiety. 2004;19(3):152-62

Summary : To determine whether perinatal complications predict childhood anxiety disorders independently of parental psychopathology, we systematically assessed pregnancy and delivery complications and psychopathology in a sample of children (mean age=6.8 years) at high risk for anxiety disorders whose parents had panic disorder with (n=138) or without (n=26) major depression, and in contrast groups of offspring of parents with major depression alone (n=47), or no mood or anxiety disorders (n=95; total N=306). Psychopathology in the children was assessed by structured diagnostic interviews (K-SADS), and pregnancy and delivery complications were assessed using the developmental history module of the DICA-P. Number of pregnancy complications predicted multiple childhood anxiety disorders independently of parental diagnosis (odds ratio=1.6 [1.4-2.0]). This effect was accounted for by heavy bleeding requiring bed-rest, hypertension, illness requiring medical attention, and serious family problems. Associations remained significant when lifetime child mood and disruptive behavior disorders were covaried. Results suggest that prenatal stressors may increase a child's risk for anxiety disorders beyond the risk conferred by parental psychopathology alone.

Venlafaxine in the treatment of anxiety disorders

Authors : M Katzman

Source : Expert Review of Neurotherapeutics - Drug Profile 4(3),371–381 (2004)

Summary : Venlafaxine extended-release (Effexor®XR, Wyeth-Ayerst Co.) is a novel, dual acting serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor antidepressant, which inhibits the synaptic reuptake of both serotonin and norepinephrine. Controlled trials have demonstrated the efficacy and safety of venlafaxine in the treatment of anxiety disorders including social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, panic disorder and obsessive–compulsive disorder. Generally well-tolerated with side effects that usually abate with continued treatment, venlafaxine is an important alternative to the selective serotonin reuptake inhibitors for patients with anxiety disorders

Standard Versus Extended Cognitive Behavior Therapy For Social Anxiety Disorder : A Randomized-Controlled Trial

Authors : James D. Herbert a1 c1, Alyssa A. Rheingold a2, Brandon A. Gaudiano a3 and Valerie H. Myers a4 / a1 Drexel University, USA / a2 Medical University of South Carolina, USA / a3 Brown University School of Medicine, USA / a4 Pennington Biomedical Research Center, USA

Source : Behavioural & Cognitive Psychotherapy (2004), 32: 131-147 Cambridge University Press

Summary : Although cognitive behavior therapy (CBT) has been shown to be generally effective in the treatment of social anxiety disorder (SAD), not all individuals respond totreatment,

and among those who do respond the degree of improvement is sometimes far from optimal. Little research has examined the impact of variations in the format of treatment delivery in this area. Participants were randomly assigned to either a standard, 12-session CBT program for generalized SAD in which treatment was delivered in successive weekly sessions (standard treatment) or a similar program in which the 12 sessions were delivered over 18 weeks (extended treatment). Intent-to-treat analyses revealed that the standard treatment program resulted in superior outcome in terms of self-rated symptom and impairment levels, categorical ratings of responder status, and lower dropout rates. Analyses of treatment completers only revealed comparable gains between the two conditions by post-treatment. However, the standard treatment condition revealed a more rapid improvement in magnitude initially. These findings suggest no benefit from extending the course of CBT treatment over a greater length of time, and suggest that such extension may in fact substantially increase the likelihood of premature termination.

Key Words: Social Anxiety Disorder; social phobia; cognitive behavior therapy; cognitive restructuring; exposure therapy; extended treatment.

Correspondence: c1 Reprint requests to James D. Herbert, Department of Psychology, Drexel University, 245 N. 15th Street, Philadelphia, PA 19102-1192, USA. E-mail : james.herbert@drexel.edu

Bipolar Disorders (BD)

State of the Art in the Management of Bipolar Disorder

Authors : Ahmed Okasha

Source : The Arab Journal of Psychiatry – 2004 May;15(1):1-7

Summary : In this paper there is a revision of the classification and prevalence of mood disorders, with the emphasis on the higher rates of prevalence of Bipolar Disorders in recent studies. The clinical phenomenology is updated with soma discussion of the misunderstood classification and inconsistent diagnosis and treatment worldwide. The managements in psychiatry generally and in Bipolar disorder in particular has been discussed. The pharmacotherapy of Bipolar Disorder is reviewed. Lithium, Novel antipsychotics and the management of acute mania or mixed episodes as well as acute depression and rapid cycling also maintenance treatment is clarified, without forgetting the importance of psychosocial intervention. The conclusion calls for more research in the field

A review of acute treatments for bipolar depression.

Authors : Silverstone PH, Silverstone T. Departments of Psychiatry & Neuroscience, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada; Department of Psychiatry, University of London, London, UK; Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

Source : Int Clin Psychopharmacol. 2004 May; 19(3): 113-24.

Summary : Bipolar patients generally spend much more time in the depressed phase of their illness than the manic phase, and there are many more bipolar type II and bipolar spectrum disorder patients than there are bipolar type I. Additionally, there is a significant risk of suicide in bipolar patients when depressed. The treatment of the depressed phase of bipolar disorder is therefore a matter of some priority. Here, we review current evidence supporting the use of five groups of treatments: anti-depressants; lithium; anti-convulsants (valproate, and carbamazepine, lamotrigine, gabapentin); anti-psychotics; and other treatments (electroconvulsive therapy, benzodiazepines, sleep-deprivation, and dopamine agonists). From this review, it is apparent that the literature regarding the treatment of bipolar depression is significantly limited in several key areas. Nonetheless, from the evidence currently available, the treatments with the best evidence for efficacy are selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and lamotrigine. There is also some evidence in favour of bupropion and moclobemide. Although lithium and olanzapine monotherapies can also be beneficial, they appear less efficacious than antidepressants. One of the major concerns about treatment with antidepressants has been the risk of precipitating a switch into mania. However, recent studies suggest that, if a mood stabilizer and antidepressant are given concurrently, then the risk of switching is minimized. There is also recent evidence for an independent antidepressant action for at least one atypical antipsychotic. Therefore, the conclusion from this review, in contrast to previous suggestions, is that a combination of an atypical antipsychotic and either an SSRI or lamotrigine may provide a useful first-line treatment for depressed bipolar disorder patients. Further research is clearly required to examine this approach and compare it with other possible treatment options.

Psychotic symptoms in pediatric bipolar disorder

Authors : Pavuluri MN, Herbener ES, Sweeney JA. Center for Cognitive Medicine, University of Illinois at Chicago, USA. mpavuluri@psych.uic.edu

Source : J Affect Disord. 2004 May;80(1):19-28

Summary : There is under-recognition or misdiagnosis of pediatric bipolar disorder with psychotic features. It is of major public health importance to recognize psychosis in bipolar disorder. METHOD: Original research on phenomenological description of psychosis and external validators including family history, longitudinal course and treatment effects are systematically reviewed. Age differences, sampling, and interview methods of the studies on pediatric bipolar disorder that reported psychotic features are compared. Critical differentiating features between pediatric bipolar disorder and pediatric schizophrenia are summarized given the presence of overlapping psychotic features. RESULTS: Prevalence of psychotic features in pediatric bipolar disorder ranged from 16 to 87.5% based on age and methodological differences. The most common psychotic features are mood congruent delusions, mainly grandiose delusions. Psychotic features appear in the context of affective symptoms in pediatric bipolar disorder as opposed to schizophrenia where psychotic symptoms are independent of them. Family history of affective psychosis aggregated in probands with bipolar disorder. Limitations: There is discrepancy in clinical appraisal of what constitutes psychosis and pediatric bipolar disorder, apart from the differences in methodology and nature of the samples. CONCLUSION: Clinicians must be vigilant in identifying psychosis in pediatric bipolar disorder, especially when there is a positive family history of psychosis

Melancholic outpatient depression in Bipolar-II vs. unipolar

Authors : Benazzi F. E. Hecker Outpatient Psychiatry Center, Ravenna, Italy. f.benazzi@fo.nettuno.it

Source : Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004

May;28(3):481-5

Summary : DSM-IV melancholic major depressive episode (MDE) in bipolar II disorder (BP-II) is understudied. Study aim was to compare melancholic MDE in BP-II vs. unipolar major depressive disorder (MDD) on diagnostic validators and clinical features. METHODS: Consecutive 39 BP-II and 34 unipolar MDD outpatients in a private practice were interviewed (off psychopharmacotherapy) with the Structured Clinical Interview for DSM-IV, as modified by Benazzi and Akiskal [J. Affect. Disord. 73 (2003) 1], when presenting for treatment of MDE. DSM-IV criteria of melancholic features specifier were followed. Variables studied were index age, gender, age at onset of the first MDE, number of MDE recurrences, severity (measured by GAF, index MDE psychotic features, index MDE symptoms lasting more than 2 years, Axis I comorbidity), index MDE and melancholic symptoms, bipolar family history. Diagnostic validators were onset, family history, course of illness, and clinical picture. RESULTS: BP-II melancholic MDE, vs. MDD melancholic MDE, had significantly lower age at onset and more bipolar family history. Psychomotor agitation was significantly more common in BP-II melancholic MDE, but was present only in 43.5%. Psychomotor retardation was more common in MDD melancholic MDE at a trend level, but was present only in 20.5%. CONCLUSIONS: Psychomotor agitation was more common in BP-II melancholic MDE vs. unipolar MDD, while previous studies on bipolar I (BP-I) had usually found more retardation. The difference could be related to BP-I and BP-II being at least partly distinct disorders. The relatively low frequency of psychomotor change does not seem to support the view that this is the core feature of melancholia. Differences on diagnostic validators (most importantly family history) further support the distinction of melancholic MDE between BP-II and MDD, and support DSM-IV classification.

- **Defining and identifying early onset bipolar spectrum disorder.**

Authors : Quinn CA, Fristad MA.

Source : Curr Psychiatry Rep. 2004 Apr; 6(2) :101-7

Summary : Early onset bipolar spectrum disorder (EOBPSD) is difficult to diagnose because of symptom overlap with other disorders and nearly ubiquitous comorbidity. A thorough assessment of EOBPSD should include the following : 1) a timeline of the child's development, from birth to present, showing the episodic nature of EOBPSD ; 2) a structured clinical interview determining comorbidity and differential diagnosis ; 3) a family history genogram to ascertain familial loading and environmental stressors, which informs case conceptualization ; 4) depression and mania rating scales to assess symptom severity and track treatment outcome ; 5) global rating scales to obtain cross-informant data and inform broad-based treatments ; and 6) a current mood log to document baseline functioning and track treatment outcome. Examples of a timeline, family history genogram, and current mood log are presented. This comprehensive approach to assessing EOBPSD, a severe and possibly lifelong disorder, is strongly advocated. No scale, instrument, or technique alone is adequate to diagnose EOBPSD.

- **Psychological treatment for bipolar disorders A review of randomised controlled trials.**

Authors : Gutierrez MJ, Scott J. - Psychological Treatments Research, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, 96, London, SE5 8AF, UK.

Source : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Apr; 254(2): 92-8.

Summary : The increased acceptance of stress-vulnerability models of severe mental disorders and of brief evidence-based psychological treatments in their treatment has finally led to increased interest in the role of psychotherapies in bipolar disorders. This paper reviews the results from randomised controlled trials of psychological therapies as an adjunct to standard medications. The evidence suggests that the addition of a psychological therapy may significantly reduce symptoms, enhance social adjustment and functioning, and reduce relapses and hospitalisations in patients with bipolar disorder. However, the methodological problems in the published randomised controlled trials and the heterogeneity in the outcomes achieved (some therapies reduce manic but not depressive relapses, others have the opposite effect) suggests that further studies are required to fully establish the place of these approaches in day to day practice.

Major Depressive Disorder (MDD)

- **مشاركة البنزوديازبينات مع مضادات الاكتئاب في علاج الاكتئاب الكبير**

المؤلف : Furukawa TA, Streiner DL, Young LT

المصدر : The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : كثيراً ما يترافق القلق بالاكتئاب، مما يدفع الكثيرين إلى استعمال البنزوديازبينات مع مضادات الاكتئاب شائع في معالجة الاكتئاب رغم عدم وجود براهين مقنعة على أن هذه المشاركة أكثر فعالية من مضادات الاكتئاب وحدها. بل إن هناك ما يشير إلى أن البنزوديازبينات قد تفقد فعاليتها بالاستخدام المديد، كما أن الاستخدام المزمن للبنزوديازبينات يحمل خطر الاعتماد عليها .

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تحديد ما إذا كانت إضافة البنزوديازبينات إلى مضادات الاكتئاب عند بالغين مصابين بالاكتئاب الكبير تحمل أية فوائد من ناحية شفاء الأعراض أو تخفيف الآثار الجانبية، مقارنةً مع المعالجة بمضادات الاكتئاب وحدها، وذلك عند وصفها لفترات قصيرة (أقل من 8 أسابيع) أو مديدة (أكثر من شهرين). وقد تم تنفيذ هذه المراجعة المنهجية عن طريق إيجاد جميع التجارب السريرية المعشاة التي تقارن بين مشاركة البنزوديازبينات ومضادات الاكتئاب وبين المعالجة بمضادات الاكتئاب لوحدها في المرضى البالغين المصابين باكتئاب كبير، شريطة أن لا تقل فترة التجربة عن أربعة أسابيع، وأن تكون الجرعات المستخدمة فيها معادلة لجرعة 100 مغ إميبرامين على الأقل.

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على تسعة تجارب سريرية معشاة على ما مجموعه 679 مريضاً، لم يستمر أي منها أكثر من ثمانية أسابيع. وقد بينت نتائج هذه التجارب أن إضافة البنزوديازبينات تخفف من احتمال انسحاب المرضى من التجربة قبل انتهائها (الخطر النسبي 0.63 ومجال الثقة 95 %: 0.49 – 0.81). ورغم أن احتمال الإصابة بعرض جانبي واحد على الأقل كان متساوياً في المجموعة المعالجة بمضادات الاكتئاب فقط والمجموعة المعالجة بمشاركة مضادات الاكتئاب مع البنزوديازبينات (الخطر النسبي 0.99 ومجال الثقة 95 %: 0.92 – 1.07)، فإن المرضى في مجموعة المشاركة كانوا اقل عرضة للإنسحاب من المعالجة بسبب التأثيرات

الجانبـية مقارنـةً مع المرضى الذين تلقوا المعالجة بمضادات الاكتئاب لوحدهـا (الخطـر النسبي 0.53 ومجال الثقة 59 %: 0.32 – 0.86). أما مـن ناحية تحسن أعراض الاكتئاب (والمقاس بانخفاض مقدراه 50 % أو أكـثر علـى مقـياس الاكتئاب المعياري)، فقد كان هذا التحسن أكثر وضـوحاً في مجموعة المشاركة بعد أسبوع واحد (الخطر النسبي 1.63 ومجال الثقة 95 %: 1.18 إلى 2.27)، وبعد أربعة أسابيع (لخطر النسبي 1.38 ومجـال الثقة 95 %: 1.15 إلى 1.66)، من بدء التجربة، ولكن لم توجـد فوارق هامة بين المجموعتين خلال الأسبوع السادس إلى الثامن من التجربة.

اسـتنتاجات المؤلفيـن: قـد تفـيد مشاركة مشتقات البنزوديازبين مع مضادات الاكتئاب في تخفيف احتمال عدم متابعة المرضى للعلاج، وفي تحسـين نـتائج العـلاج في مراحله المبكرة. ولكم يترافق وصف هذه المشـتقات بخطـر الاعـتماد وخطر التعرض للحوادث. لذلك لا بد من موازنة المحاسن مع المساوئ بدقة وحكمة.

- **Quantitative electroencephalography (qEEG) to discriminate primary degenerative dementia from major depressive disorder**

Authors : DESLANDES, Andréa, VEIGA, Heloisa, CAGY, Mauricio et al.

Source : Arq. Neuro-Psiquiatr., Mar. 2004, vol.62, no.1, p.44-50. ISSN 0004-282X

Summary : Electroencephalography (EEG) can be a valuable technique to assess electrophysiological changes related to dementia. In patients suspected of having dementia, the EEG is often quite informative. The sensitivity of the EEG to detect correlates of psychiatric disorders has been enhanced by means of quantitative methods of analysis(quantitative EEG). Quantitative features are extracted from, at least, 2 minutes of artifact-free, eyes closed, resting EEG, log-transformed to obtain Gaussianity, age-regressed, and Z-transformed relative to population norms (Neurometrics database). Using a subset of quantitative EEG (qEEG) features, forward stepwise discriminant analyses are used to construct classifier functions. Along this vein, the main objective of this experiment is to distinguish profiles of qEEG, which differentiate depressive from demented patients (n = 125). The results showed that demented patients present deviations above the control group in variables associated to slow rhythms: Normed Monopolar Relative Power Theta for Cz and Normed Bipolar Relative Power Theta for Head. On the other hand, the deviation below the control group occurs with the variable associated to alpha rhythm: Normed Monopolar Relative Power Alpha for P3, in dementia. Using this method, the present investigation demonstrated high discriminant accuracy in separating Primary Degenerative Dementia from Major Depressive Disorder (Depression).

Keywords: qEEG; neurometrics; Alzheimer's disease; depression.

Dysthymie Disorder (DD)

- **Citalopram in the treatment of dysthymie disorder**

Authors : Hellerstein DJ, Batchelder S, Miozzo R, Kreditor D, Hyler S, Gangure D, Clark J. - New York State Psychiatric Institute, New York; Department of Psychiatry, St Luke's-Roosevelt Hospital Center, New York; University of Massachusetts Memorial Hospital, Amherst, Massachusetts; Beth Israel Medical Center, New York, USA.

Source : Int Clin Psychopharmacol. 2004 May;19(3):143-148.

Summary : This study aimed to provide preliminary data on the tolerability and effectiveness of citalopram for patients with dysthymic disorder. Twenty-one adult subjects meeting DSM-IV criteria for dysthymic disorder were enrolled in this 12-week open-label study, of whom 15 had pure dysthymia (e.g. no major depression in the past 2 years). Citalopram was initiated at 20 mg/day, and increased to a maximum of 60 mg/day. Response was defined as 50% or greater drop in score on the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and a Clinical Global Impressions-I score of 1 ('very much improved') or 2 ('much improved'). Of these 15 pure dysthymic disorder subjects, all completed the trial, and 11 (73.3%) were treatment responders. All paired sample t-tests were highly significant, demonstrating significant average improvement on all measures of symptomatology and functioning. Scores on the 24-item HDRS decreased from 22.3+/-4.3 at baseline to 9.1+/-7.8 at week 12 [t(14)=6.1, P<0.001]. In addition, improvement was noted in self-reported measures of temperament and social functioning. The average final dose of citalopram was 39 mg/day. Side-effects were reported by nine of 15 subjects (60%), most frequently gastrointestinal symptoms (n=5), dry mouth (n=5) and sexual side-effects(n=3). These findings suggest the effectiveness and tolerability of citalopram in treating dysthymic disorder. Double-blind prospective studies are needed comparing citalopram both to placebo and to other medications, assessing both initial and sustained response to treatment.

Mood Stabilizers (MS)

- **كاربامازيبيـن فـي الفصـام و الفصـام الوجدانـي**

المؤلف : Leucht S, McGrath J, White P, Kissling W

المصدر : Cochrane Review 2, 2003. Oxford: Update Soft

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : يلاحظ عند علاج الفصام بالأدوية المضادة للذهان أن استجابة عدد لا بأس به من المرضى ليست كاملة، بل يبقى هجوع الأعراض عندهم جزئياً. يلجأ في مثل هؤلاء المرضى إلى تضخيم الاستجابة لمضادات الذهان عن طريق إضافة أدوية أخرى مثل الليثيوم أوالكاربامازبين ضادات بيتا أو مشتقات البنزوديازبين. الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تقييم فعالية كاربامازبين و مشتقاته في معالجة الفصام و الفصام الوجداني، عن طريق مراجعة كل التجارب السريرية المعشاة التي تقارن بين كاربامازبين أو أحد مشتقاته وبين الغفل أو عدالمعالجة" إما كعلاج وحيد أو كعلاج مضاف لمضادات الذهان في معالجة الفصام و الفصام الوجداني. النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على عشرة تجارب سريرية معشاة على ما مجموعه 258 مريض. تبين نتائج هذه التجارب أنه ليس للكاربامازبين أي عندما يستعمل كعلاج وحيد للمرضى المصابين بالفصام. أما كعلاج مضاف لمضادات الذهان، فهناك ثمانية تجارب صغيرة قارنت بينه و بين الغفل كعلاج مضاف لمضادات الذهان. وقد بينت نتائج هذه التجارب أن مدى تقبل المرضى لاضافة الكاربامازبين كان مساويا لمدى تقبلهم افة الغفل. كما بينت أن اضافة الكاربامازبين أفضل من اضافة الغفل في التأثير على الحالة الوظيفية العامة للمرضى و من

سلوكيات انتحارية أثناء تنفيذ التجارب المذكورة أعلاه.

استنتاجات المؤلفين: تشير هذه المراجعة إلى أن الليثيوم علاج وقائي فعال في الاضطراب ثنائي القطب، أما الدليل على فعاليته في الاضطراب أحادي القطب فهو أقل متانةً. كذلك لا تقدم التجارب السرة المتوفرة دليلاً مؤكداً بخصوص ما إذا كان لليثيوم تأثير مضاد للانتحار أم لا. هذا ولم تبحث هذه المراجعة في فعالية الليثيوم مقارنةً مع علاجات وقائية أخرى. هناك حاجة إلى تجارب سريريه وإلى مراجعات منهجية تقارن الليثيوم مع غيره من المعالجات الوقائية مثل مدات الاختلاج أو مضادات الاكتئاب، ويجب الانتباه عند تصميم أية تجارب مستقبلية على المعالجات الوقائية لاضطرابات المزاج إلى ضرورة مراقبة السلوك الانتحاري وحوادث الوفاة أثناء التجربة.

- **Clozapine : A Mood Stabilizer in Chronic Resistant Bipolar Affective Disorder**

Authors : Abdulrazzak ALHAMAD / Associate Professor and Consultant - Department of Psychiatry Medical College King Saud University - alhamad@ksu.edu.sa

Source : Arab Journal of Psychiatry November 2003 (14;2)

Summary : Clozapine is an atypical dibenzodiazepine antipsychotic drug, which was approved widely for resistant cases of schizophrenia, but as yet not for resistant bipolar affective disorder (BAD), despite some researchers suggesting its use in the long-term treatment of resistant bipolar affective disorder. This paper presents a prospective monitored evidence over a five-year period for this claim, using ail previously used outcome measures in the same setting in Saudi BAD patients.

Eleven patients consecutively admitted with chronic BAD to King Khalid University Hospital (KKUH) were tried on at least two mood stabilizers, separately or in combination, one of them lithium for at least two years. Improvement outcome was assessed using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), the Clinical Global Impression (CGI), the Quality of Life Scale (QLS) and the Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS). Also work status, suicidality, the number of admissions; the number of attendances to accident and emergency (A/E) rooms and the number of relapses were measured before and after treatment.

All above measures showed statistically significant improvement ail through the period of the study except the QLS measure.

This report, in spite of the small number of patients studied, presents reasonable evidence for the long-term efficacy of Clozapine monotherapy in chronic resistant BAD patients.

Key words : Clozapine, chronic resistant bipolar affective, Saudi Arabia.

- **Depression Mood Stabilization: Novel Concepts and Clinical Management**

Authors : Joseph R. Calabrese, MD

Summary : A role for lamotrigine as a depression mood stabilizer is now recognized internationally. According to the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2002 guidelines, the first line of treatment for bipolar depression should usually be a combination of a mood stabilizer (lithium or lamotrigine) and an antidepressant (bupropion or a selective serotonin reuptake inhibitor [SSRI]). [1] Furthermore, lamotrigine may be recommended for maintenance in rapid cycling.[2]

ناحية التأثيرات الجانبية (الاضطرابات الحركية)، و لكن عدد ناحية التأثيرات الجانبية (الاضطرابات الحركية)، و لكن عدد المرضى المشاركين في التجارب كان ضئيلا و بالتالي لا يمكن اعتماد هذا كبر استنتاجات المؤلفين: اعتمادا على البرهان المتوفر حالياً من التجارب المضبوطة المعشاة" لا ينصح باستعمال كاربامازيبين في الممارسة السريرية الروتينية كعلاج للفصام، سواء لوحده أو مضافاً إلى مضادات الذهان. ولكن قد يكون تجريب استعمال الكاربامازيبين مبرراً ع المرضى الذين لديهم قصة سابقة لاستجابة إيجابية له أو عند المرضى الذين يظهرون تبدلات غير طبيعية على مخطط الدماغ الكهربائي. وبسبب شح البراهين العلمية المتوفرة حالياً، فهناك ضرورة للقيام بتجارب سريرية جيدة التصميم والتوثيق تركز بشكل خاص على مرضى الفصام وجداني، ومرضى الفصام المصابين أيضاً بنوب من العنف، أو باضطراب في تخطيط الدماغ الكهربائي.

- **الليثيـوم في المعالجـة الوقائيـة لاضطرابـات المـزاج**

المؤلـف : Burgess S, Geddes J, Hawton K, Townsend E, Jamison K, Goodwin G

المصدر : Cochrane Review : 2, 2003. Oxford : Update Soft

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : تتصف اضطرابات المزاج بأنها اضطرابات شائعة و مفعدة و معاودة عادةً، وبأنها تحمل في طياتها خطراً كبيراً للانتحار، مما يعطي للمعالجة الوقائية الهادفة إلى منع النكس أهميةً كبرى. استعمل الليثيوم منذ سنوات طويلة كخيار أول في المعالجة الوقائية لاضطرات المزاج ثنائية القطب، ولدرجة أقل في اضطرابات المزاج وحيدة القطب. وقد أدت ملاحظة انخفاض معدلات الانتحار عند المرضى المعالجين بالليثيوم إلى فرضيات مفادها أن لليثيوم تأثير نوعي مضاد للانتحار. ولمثل هذه الملاحظة أهمية كبيرة بسبب عدم توفر أي معالجة نوعيةضادة للانتحار بين مختلف االعلاجات المستخدمة في الاضطرابات العقلية.

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تقييم فعالية المعالجة بالليثيوم في منع نكس اضطرابات المزاج المعاودة، وإلى دراسة تأثير المعالجة بالليثيوم على الصحة العامة و الفعالية الوظيفية التماعية للمرضى، وإلى دراسة التأثيرات الجانبية لليثيوم ودرجة تقبل و تحمل المرضى للعلاج به، إضافةً إلى تحري صحة الفرضية القائلة بأن لليثيوم تأثير نوعي في إنقاص حوادث الانتحار و أذى النفس عند المرضى المصابين باضطرابات المزاج. وقد تم تنفيذ هذه المراجعة عنريق التفتيش عن كافة للتجارب السريرية المعشاة التي تقارن بين الليثيوم والغفل في الوقاية من نكس اضطرابات مزاج. النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على تسعة تجارب سريريه معشاة على ما مجموعه 825 مريضاً. ويتبين من نتائج هذه التجارب أن اليوم أكثر فعاليةً من الغفل في منع نكس اضطرابات المزاج بشكل عام، و في منع نكس اضطراب المزاج ثنائي القطب بشكل خاص. فقد كانت أفضلية الليثيوم واضحة في الاضطراب ثنائي القطب (نسبة الترجيح 0,29 ومجال الثقة 95%: 0,09 إلى 0,93)، بينما لم تبلغ أفضلية الليثيولى الغفل في الاضطراب وحيد القطب درجة الأهمية الإحصائية. هذا بالنسبة لفعالية الليثيوم، أما بالنسبة للتأثير على الصحة العامة و الفعالية الوظيفية الاجتماعية للمرضى ورأيهم في العلاج ودرجة تحملهم له، فإن التجارب المذكورة أعلاه لم تتضمن معلومات وافية، وإن ن التحليل الوصفي للنتائج يبين أن العلاج بالليثيوم يترافق بتحسن الصحة العامة و الفعالية الاجتماعية. كذلك لا يمكن حالياً التوصل إلى استنتاج علمي عن دور المعالجة بالليثيوم في منع الانتحار، وذلك بسبب صغر العدد المطلق لحوادث الوفاة و الانتحار وعدم توفر معمات عن وجود

The 2002 revision of the American Psychiatric Association guidelines recommends lamotrigine as an alternative to lithium for first-line treatment of acute bipolar depression; as an alternative to lithium or valproate for initial treatment of rapid cycling; and as a possible alternative to lithium or valproate for BPD maintenance therapy.[3] (Note: lamotrigine is currently US Food and Drug Administration [FDA] approved only for maintenance therapy of bipolar I disorder [BP I]).[4]

The depression study included both bipolar and unipolar patients who were hospitalized with acute depression, stabilized, and then randomized to receive lithium, imipramine, or placebo for 2 years. Among the 31 bipolar patients who received either lithium or placebo, lithium was significantly more effective in preventing new mood episodes. During months 5 to 24, depression occurred in 12% of the lithium group and 55% of the placebo group. Mania occurred in 12% of the lithium group and 33% of the placebo group. Thus, lithium prevented both manic and depressive episodes.[9]

More recently, the prophylactic efficacy of lamotrigine, compared with lithium and placebo, was evaluated in 2, 18-month, randomized, double-blind trials, prospectively designed for pooled analysis. In one trial (GW606/2006), 175 patients with recent manic episodes were randomized; in the other (GW605/2003), 463 patients with recent depressive episodes were randomized. In each trial individually, as well as in the pooled analysis, lithium primarily delayed relapse into mania, while lamotrigine primarily delayed relapse into depression.[5,7] Thus, lithium and lamotrigine appear to complement each other, suggesting that they might be used together prophylactically in patients at risk for both types of mood episodes.

▪ Mood Stabilizers : A Proposed Reclassification

Authors : Erik Herman, MD

Source : Current Medical Research and Opinion

Summary : Slide 1. Lamotrigine: A Depression Mood Stabilizer

Most mood stabilizers were initially investigated for use in mania, and have not been well studied in bipolar depression. Until recently, there was no systematic effort to develop mood stabilizers for the depressed phase of bipolar disorder (BPD). Thus, there has been a lack of well-evaluated treatment options for bipolar depression, which has been especially problematic for patients with rapid cycling.[1]

Slide 2. Reconceptualizing Bipolar Disorder

To highlight this unmet need, a reconceptualization of BPD has been proposed, in which euthymia is defined as the baseline. Mania, hypomania, and mixed states are "above baseline," while depression and subsyndromal depression are "below baseline."[1]

Slide 3. 'Class A' Mood Stabilizers

Based on this conceptualization, 2 classes of mood stabilizers can be defined. Class A consists of agents that stabilize mood from above baseline - in other words, agents that have antimanic properties without inducing or worsening depression.

Slide 4. 'Class B' Mood Stabilizers

Class B consists of agents that stabilize mood from below baseline - in other words, agents that have antidepressant properties without inducing mania or cycle acceleration.[1]

Conventional mood stabilizers - lithium and the anticonvulsants, carbamazepine (off-label use) and valproate or divalproex -- are primarily antimanic agents, but do appear to have some antidepressant activity.[2] Of these agents, lithium probably comes closest to meeting the definition of both a Class A and a Class B mood stabilizer.[1] However, in acute treatment of bipolar depression, response to lithium is often delayed or incomplete.[1,3] In lithium prophylaxis, depressive breakthrough is usually more of a problem than manic breakthrough,[4] and several placebo-controlled trials have failed to show significant efficacy in preventing depressive relapses.[5-8] Lithium appears to be most effective in classical BPD, and less effective in atypical variants, such as rapid cycling.[1]

On the other hand, the anticonvulsant lamotrigine may be considered the prototype of a Class B mood stabilizer.[5] In clinical trials it has been shown to benefit acute bipolar depression without inducing mania or cycle acceleration; it also prevents depressive relapse. Lamotrigine was approved in 2003 by the US Food and Drug Administration (FDA) for long-term maintenance treatment of BPD.

Other anticonvulsants, including gabapentin, topiramate, and levetiracetam, have been used off-label in BPD. Gabapentin has anxiolytic properties, and may be a useful adjunct, particularly in patients with comorbid anxiety;[9] however, controlled data do not support its use as monotherapy for either mania or depression.[10] Controlled data for topiramate are scarce. One randomized study failed to show an acute antimanic effect (as monotherapy); another randomized study suggested an acute antidepressant effect (as an adjunct to mood stabilizer therapy).[11] However, topiramate has also been observed to induce depression in some epilepsy patients.[7] Levetiracetam (added on to previous treatment) has shown promise in stabilizing both mania and depression in case reports of refractory rapid cycling,[12] but there have been no controlled trials with this agent.

Antidepressants, though widely used to treat bipolar depression, do not meet the criteria for Class B mood stabilizers because they can potentially induce switching into mania and cycle acceleration. Tricyclic antidepressants appear to carry the highest risk,[13] while newer agents, such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and bupropion, have been associated with low rates of switching in most (but not all) reports.[2,13,14] However, treatment-emergent mania has been reported with all major antidepressant *classes.[13] An estimated 20% to 40% of bipolar patients may be at risk,[13] especially those with rapid cycling.[4,7,14] Naturalistic observations suggest that concurrent use of mood stabilizers may reduce the risk by as much as* 50%.[15] Antidepressants are not recommended as monotherapy for bipolar depression.[16]

▪ Lamotrigine Is Helpful in Preventing Depressive Relapses in Bipolar Disorder

Authors : Laurie Barclay,MD -Reviewed by Gary D. Vogin,MD

Source : ICBP 2004: Abstract 5. February 9-13, 2004.

Summary : Feb. 18, 2004 — Lamotrigine (LTG) is better than placebo or lithium for preventing depressive relapses in bipolar disorder, according to a presentation at the International Congress of Biological Psychiatry held in Sydney, Australia, from Feb. 9-13.

"The results of this study suggest that [LTG] is the only medication that has better efficacy in preventing depressive relapse," lead author Lakshmi N. Yatham, MBBS, FRCPC, MRCPsych, told Medscape. Dr. Yatham is a professor of psychiatry and Michael Smith Foundation Senior Scholar at

the University of British Columbia in Vancouver, Canada. "This has important clinical implications, as all medications currently used for prophylaxis of bipolar disorder have better effiacy in preventing mania than depression."

Lithium, which is commonly used to treat bipolar mania, is also thought to have antidepressant activity. Based on the results of two clinical trials in bipolar I disorder that enrolled 463 currently or recently depressed patients and 175 currently or recently manic patients, the investigators compared the effects of 18 months of prophylactic treatment with placebo (PBO), lithium (Li), and LTG.

Compared with placebo, LTG treatment resulted in fewer recently manic patients who required intervention for depression (LTG 14%, Li 22%, PBO 30%; P = .034 for LTG vs. PBO); reported depressive adverse events (LTG 0, Li 4%, PBO 3%); met Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), criteria for depression (LTG 10%, Li 17%, PBO 28%; P = .024 for LTG vs. PBO), or had Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) scores greater than 20 (LTG 3%, Li 11%, PBO 19%; P = .011 for LTG vs. PBO).

In recently depressed patients, the treatment groups did not differ significantly in the incidence of depressive symptoms. Intervention for depression was required in 39% of the PBO group, 34% of the LTG group, and 38% of the Li group. The corresponding proportions for reported depressive adverse events were 2%, 4%, and 3%; for DSM-IV depression, the proportions were 36%, 31%, and 36%; and for HAMD scores greater than 20 were 26%, 22%, and 18%, respectively.

The authors suggest that because LTG can protect against depressive symptoms in currently or recently manic patients, administration of LTG should be considered during or shortly after stabilization of mania, before depressive symptoms occur.

"Clinicians can combine lamotrigine with lithium or atypical antipsychotics for achieving optimal control of both depression and mania," Dr. Yatham said.

Lamotrigine in Mood Disorders

Authors : Ben Green

Source : Current Medical Research and Opinion

Summary : Lamotrigine is an anticonvulsant drug with good efficacy and safety in the treatment of epilepsy. There is now substantial evidence that lamotrigine is also useful in treating resistant depression, rapid cycling bipolar affective disorder, depressive episodes in bipolar affective disorder and in the maintenance phase or prophylaxis of bipolar affective disorder. There are possible roles in managing mood changes in borderline personality disorder, reducing chronic pain and treating schizoaffective disorder.

The general range of doses found effective in affective disorders is from 50 to 300 mg daily. Clinical use seems to involve a titration of dose upwards over several weeks until the desired effect is obtained.

However, further definitive double-blind, randomised controlled trials against gold standard treatments are required.

Lamotrigine has a preferable side-effect profile compared to standard agents for bipolar affective disorder such as lithium or carbamazepine. Further research is certainly warranted and, given its tolerability, could point to lamotrigine as the treatment of choice for some affective disorders.

Eating Disorders (ED)

Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS) : a self-administered scale for eating disturbances in bipolar patients.

Authors : Torrent C, Vieta E, Crespo J, Gonzalez-Pinto A, Del Valle J, Olivares J, Rodriguez A, De Arce C, Sanchez-Planell L, Colom F; Programa de Trastornos Bipolares. Hospital Clinic-IDIBAPS. Barcelona.

Source : Actas Esp Psiquiatr. 2004 May;32(3):127-131

Summary : The presence of eating disorders in bipolar population is not rare, with rates over 10 %, according to the few available epidemiologic studies, however the literature on this issue is still scarce. An even higher percentage of bipolar individuals suffer from serious problems related to eating behavior without fulfilling criteria for DSM-IV eating disorder. Methods. The Bipolar Eating Disorders Scale (BEDS) was designed on the basis of the existing eating scales, adjusted to the characteristics of bipolar disorders from the complaints of our sample of patients (n=350). Subsequently, a group of experts made the selection of the most representative and independent items in order to obtain a short, 10-item scale, aimed at assessing the intensity and frequency of eating dysfunctions in the bipolar population and not at diagnosis. We administered the scale to a healthy control group (n=55) to evaluate feasibility and to determine the cut-off score. Results. The BEDS is a 10-item simple, self-administered scale. Average time of completing this scale is about 1.13 min (1 min, 21 seconds) +-26 seconds. Median score was 6 and the mean score was 6.6 with a standard deviation of 3.7, this being the reason why the cut-off point was found to be around 13 points. Patients receiving scores over 13 may require an individualized intervention to evaluate which were the main difficulties and to propose treatment. Conclusions. The BEDS allows for a rapid and effective evaluation of both the intensity and the frequency of eating dysfunctions in bipolar patients in order to perform an adequate intervention for the specific needs of each one of the patients.

Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting

Authors : Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, Sysko R, Parides MK. - Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons of Columbia University, New York, NY 10032, USA. btw1@columbia.edu

Source : Am J Psychiatry. 2004 Mar;161(3):556-61.

Summary : The authors' goal was to determine whether treatments known to be effective for bulimia nervosa in specialized treatment centers can be used successfully in primary health care settings. They examined the benefits of two treatments for bulimia: 1) fluoxetine, an antidepressant medication, and 2) guided self-help, an adaptation of cognitive behavior therapy. METHOD: Ninety-one female patients in two primary care settings were randomly assigned to receive fluoxetine alone, placebo alone, fluoxetine plus guided self-help, or placebo and guided self-help. RESULTS: The majority of the patients did not complete the treatment trial; many patients found the treatment program too demanding, but others indicated it was not sufficiently intensive. Patients assigned to fluoxetine attended more physician visits, exhibited a greater reduction in binge eating and vomiting, and had a greater improvement in psychological symptoms than those assigned to placebo. There was no evidence of benefit from guided self-help. CONCLUSIONS: The treatment of patients with bulimia nervosa in a primary care setting is

hampered by a high dropout rate. Guided self-help, a psychological treatment based on cognitive behavior therapy, appears ineffective, but treatment with fluoxetine is associated with better retention and substantial symptomatic improvement.

- **Eating Disorders in Mid-Childhood**

Authors : Irene Chatoor, MD, and Jaclyn Surles, BA
Source : Primary Psychiatry. 2004;11(4):34-39
Summary : Most literature on the subject of eating and feeding disorders has focused primarily on feeding difficulties in infants and young children and on eating disorders in adolescents and young adults. This article examines eating disorders in mid-childhood, specifically during the preadolescent elementary school age, an area that has undergone relatively little scrutiny. Specific symptoms and diagnostic criteria for infantile anorexia, sensory food aversions (both starting during infancy or early childhood), and posttraumatic eating disorder are described, and the presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa in children is discussed. The specific treatment for each of these five eating disorders is outlined and the need for family therapy for children with eating disorders is emphasized.

- **Anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males: a report of two cases.**

Authors : Winston AP, Acharya S, Chaudhuri S, Fellowes L. Eating Disorders Unit, Woodleigh Beeches Centre, Warwick Hospital, Warwick, United Kingdom
Source : Int J Eat Disord. 2004 Jul;36(1):109-13.
Summary : Gender identity disorder is a rare disorder of uncertain etiology. The emphasis on body shape in this disorder suggests that there may be an association with anorexia nervosa.METHOD: We report two cases of anorexia nervosa and gender identity disorder in biologic males who presented to an eating disorders service. RESULTS: One was treated successfully as an outpatient and subsequently underwent gender reassignment surgery. The other patient required admission and prolonged psychotherapy. DISCUSSION: Differences between the two cases are discussed. Issues of gender identity should be considered in the assessment of male patients presenting with anorexia nervosa. Copyright 2004 by Wiley Periodicals, Inc. Int J Eat Disord 36: 109-113, 2004.

Schizophrenia

- **كلوزابين في علاج الفصام مقارنةً بمضادات الذهان النموذجية**

المؤلف : Wahlbeck K, Cheine M, Essali MA
المصدر : Cochrane Review 2, 2003. Oxford: Update Soft
ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com
ملخص : من المعروف أن لاستعمال مضادات الذهان النموذجية في معالجة الفصام فوائد لا تشمل كافة المرضى، إذ يعاني 25-33% من الفصام المعند الذي لا يستجيب للعلاج بهذه الأدوية . يلجأ عادةً في علاج حالات الفصام المعندة إلى استخدام كلوزابين، وهو دواء مضاد ذهان غير تقليدي يزعم أنه يفيد في حالات الفصام التي لا تستجيب لمضادات الذهان النموذجية، وأنه أقل إحداثاً للتأثيرات الجانبية خارج الهرمية. يحمل كلوزابين في طياته خطورة تسبيب اضطرابات دموية خطيرة، مما يجعل من الضروري مراقبة عدد الكريات الدموية أسبوعيا، لاسيما خلال الأشهر الأولى في العلاج .

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تقييم فعالية كلوزابين في علاج الفصام عن طريق مراجعة كل التجارب السريرية المعشاة التي تقارن كلوزابين بمضادات الذهان التقليدية.

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على تجربة سريرية معشاة على ما مجموعه 2589 مريضاً أغلبهم ذكور(75%)، ووسطي أعمارهم 38 سنة. وقد كان معظم هذه الدراسات قصير الأمد، حيث استمر 26 منها لفترة تقل عن 13 أسبوع. تبين نتائج هذه التجارب أن العلاج بكلوزابين لا يختلف عن العلاج بمضادات الذهان التقليدي من حيث التأثير على مقدرة المريض على العمل، وعلى جاهزية المريض للتخريج من المشفى، وعلى معدل الوفيات. ولكن يترافق العلاج بكلوزابين بتحسن سريري أوضح من ذلك المشاهد عند العلاج بمضادات الذهان النموذجية (نسبة الأرجحية 0,4 ومجال الثقة 95%: 0,2 إلى 0,6 والعدد الواجب علاجه 6). وقد كانت أفضلية كلوزابين هذه ثابتة في التجارب قصيرة الأمد وفي التجارب طويلة الأمد. وتبين المقاييس المعيارية لأعراض الفصام انخفاضاً في شدة الأعراض أكبر عند المرضى المعالجين بكلوزابين منه عند أولئك المعالجين بمضادات الذهان النموذجية كذلك تترافق المعالجة بكلوزابين بتواتر أقل لنكس الفصام مقارنةً بالمعالجة بمضادات الذهان النموذجية، وهذا التأثير مؤكد في التجارب قصيرة الأمد (نسبة الأرجحية 0,6 ومجال الثقة 95%: 0,4 إلى 0,8 والعدد الواجب علاجه 20)، وربما كان صحيحاً أيضا على المدى الطويل أما من جهة تقبل المرضى للعلاج، فقد كان تقبل كلوزابين مماثلاً لتقبل مضادات الذهان عالية القدرة مثل هالوبيريدول، ولكن أفضل من تقبل مضادات الذهان منخفضة القدرة مثل الكلوربرومازين (نسبة الأرجحية 0,6 ومجال الثقة 95%: 0,4 إلى 0,9). كذلك كان تقبل كلوزابين على المدى الطويل من الأدوية النموذجية المضادة للذهان (نسبة الأرجحية 0,4 ومجال الثقة 95 %: 0,2 إلى 0,7 والعدد الواجب علاجه 6). وبشكل عام، كان المرضى الموضوعين على كلوزابين أكثر رضاً عن المعالجة من أولئك الموضوعين على الأدوية النموذجية (نسبة الأرجحية 5 ومجال الثقة 95 %: 0,3 إلى 0,8 والعدد الواجب علاجه 12). أما من جهة الأعراض الجانبية فقد كان كلوزابين أكثر ترافقاً بالإلعاب والدوخة والترفع الحروري، وأقل ترافقاً بجفاف الفم وبالأعراض الحركية خارج الهرمية. أخيراً، كانت أفضلية كلوزابين السريرية أوضح في لات الفصام المعندة على العلاج بمضادات الذهان النموذجية (نسبة الأرجحية 0,2 ومجال الثقة 95%: 0,1 إلى 0,5 والعدد الواجب علاجه 5). فقد تحسن على العلاج بكلوزابين 32% من المرضى المعندين على العلاج بمضادات الذهان النموذجية.

استنتاجات المؤلفين: لكلوزابين أية واضحة على مضادات الذهان النموذجية من حيث تقليل أعراض الفصام، وإحداث تحسن سريري هام، وتأخير النكس. وقد كان المرضى المعالجين بكلوزابين أكثر رضاً عن العلاج مقارنة مع المرضى المعالجين بأدوية مضادة الذهان نموذجية. ولكن العلاج بكلوزابين لا يؤثر في معايير التفاعل العامة مثل القدرة على العمل والجاهزية للتخريج من المشفى. كذلك يترافق استعمال كلوزابين بخطر وقوع تأثير جانبي خطير هو نقص الكريات البيض، وقد لوحظ هذا النقص بشكل خاص عند الأطفال والمراهقين والمسنين، بالمقارنة مع الشباب ومتوسطي العمر . لذلك يجب دماً موازنة أفضلية كلوزابين السريرية بخطورة تأثيراته الجانبية. هناك عدد كاف من التجارب السريرية المقارنة بين كلوزابين ومضادات الذهان النموذجية في مرضى الفصام البالغين والمقبولين في المشافي،

لذلك فإن القيام بمزيد من هذه التجارب سيكون مجرد هدر للوقت وللارد . ولكـن يؤخذ على التجارب السريرية المتوفرة حالياً أن معظمها كان قصـير المـدة، وأنها لم تعط صورة واضحة وصريحة لرأي المرضى وعـائلاتهم في العلاج بكلوزابين، مما يوجب تصميم التجارب السريرية المستقبلية بحيث تكون طويلة الأمد وموجهة لتقييم تأثير الكلوزابين على الأداء الاجتماعـي للمرضى المصابين بالفصام، مع التركيز على البشر ذوي الحاجات الخاصة، مثل أولئك المصابين بصعوبة التعلم.

- **Adverse effects of risperidone and haloperidol treatment in schizophrenia.**

Authors : Yen YC, Lung FW, Chong MY. - Department of Psychiatry, Military Kaohsiung General Hospital, 2 Chung Cheng 1st Road, Kaohsiung, 802, Taiwan.

Source : Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004 Mar;28(2):285-90.

Summary : Side effects of pharmacological treatment in schizophrenia continue to be a major issue in spite of the development of new antipsychotics. The aim of this study is to explore the adverse effects of conventional and atypical antipsychotic drugs and their associated factors. METHODS: Over 3 months, 41 patients with schizophrenia were randomized to treatment with risperidone 1-12 mg (n=21) or haloperidol 2-20 mg (n=20) daily. Efficacy was assessed by improvement of psychotic symptoms, measured on the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The safety and tolerability were assessed with the Extrapyramidal Symptom Rating Scale, the UKU Side-Effect Rating Scale and clinical laboratory assessments. RESULTS: Each treatment reduced psychotic symptoms. PANSS total scores, positive scores, and general psychopathology scores declined as trial went on without significant differences between the two groups. While PANSS negative scores improved better in the risperidone group than in the haloperidol group. The tolerability of antipsychotics was statistical significantly better in the risperidone than in the haloperidol-treated patients. The most frequent adverse effects for both groups were tremor and rigidity. Antipsychotics, their doses, and hyperprolactinemia predict short-term extrapyramidal side effects. Serum prolactin levels could predict parkinsonism and dyskinesia severity.

However, dyskinesia was best predicted by the doses of neuroleptics. The predictive factor of dystonia was the antipsychotic drug itself. After adjusting drug doses and concomitant medications, side effects could be markedly improved. CONCLUSIONS: This study suggested that risperidone was superior to haloperidol in improving negative symptoms and better tolerated during the 12 weeks' treatment of schizophrenia. Serum prolactin levels could predict the severity of parkinsonism and dyskinesia.

- **General and specific cognitive deficits in schizophrenia**

Authors : Dickinson D, Iannone VN, Wilk CM, Gold JM. Veterans Affairs Capitol Health Care Network, Mental Illness Research, Education, and Clinical Center, 10 North Greene Street, Suite 6A, Baltimore, MD 21201, USA.

Source : Biol Psychiatry. 2004 Apr 15;55(8):826-33

Summary : It is controversial whether the cognitive deficit in schizophrenia is better characterized as generalized or as reflecting relatively independent deficits in different cognitive domains. The issue has implications for assessment practice, intervention design, and the exploration of schizophrenia genetics. METHODS: We used a specialized structural equation modeling approach, single common factor analysis, to explore the relative importance of generalized versus independent cognitive deficits in schizophrenia. Eighteen subtest scores from the Wechsler Adult Intelligence Scale-III and the Wechsler Memory Scale-III were included in the analysis. We analyzed these data for 97 schizophrenia or schizoaffective disorder outpatients and 87 healthy control subjects. RESULTS: Approximately two thirds of the overall effect of a schizophrenia diagnosis on cognitive performance was mediated through a single common factor. The Wechsler subtest scores showed almost uniformly strong relationships with this factor. The independent associations of group status with the subtest scores were smaller in magnitude and only selectively significant. CONCLUSIONS: The relatively greater magnitude of illness effects mediated through the common factor in this analysis, compared with the specific, independent effects, suggests that a generalized cognitive deficit is a core feature of schizophrenia.

- **Sulpiride treatment of Cotard's syndrome in schizophrenia**

Authors : Shiraishi H, Ito M, Hayashi H, Otani K. Department of Psychiatry, Yonezawa City Hospital, Yonezawa 992-8502, Japan

Source : Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2004 May;28(3):607-9

Summary : A 33-year-old male suffering from schizophrenia developed the typical symptoms of Cotard's syndrome, i.e., various delusions of negation and severe depressive symptoms. Atypical symptoms such as delusions of persecution and control related to body parts were also observed. These symptoms gradually improved by the treatment with sulpiride 300 mg/day. In the course of improvement of Cotard's syndrome, the patient developed Capgras syndrome. This report suggests that sulpiride is effective for Cotard's syndrome in schizophrenia. It also suggests that the symptoms of Cotard's syndrome are modified according to basic disorders, and this syndrome has a close connection with Capgras syndrome.

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD)

- **Premenstrual Disorders: Advances in Treatment Disclosures**

Authors : Shaila Misri, MD, FRCPC

Source : The 1st World Congress on Women's Mental Health, Berlin, Germany - March 2001.

Summary : 2% to 9% of women are affected by severe mood and physical symptoms during the luteal phase of their menstrual cycles; these women suffer from PMDD.

The DSM-IV outlines the criteria for PMDD as a specific clinical syndrome.

Major depression and PMDD are interrelated: women with depression are more likely to suffer from PMDD, and women with a history of PMDD are at higher risk of developing an episode of depression.

A dysfunction of the serotonin transporter gene may play a role in PMDD.

The efficacy of the SRI antidepressants for the treatment of PMDD has been established. Newer medications such as venlafaxine are currently under investigation.

Medication has a rapid onset of action in PMDD sufferers,

usually within the first month of treatment and often within the first few days; it targets both physical and mood symptoms.

Longer-term treatment (9 menstrual cycles) with SRI antidepressants seems to reduce the risk of symptom recurrence. Women treated with an SRI medication for 3 cycles or less often relapse after discontinuation within 1 cycle.

Quality of life is severely diminished in women who suffer from moderate PMS and PMDD. Treatment with an SRI antidepressant results in significant improvement in quality of life, and this is expressed through increased functioning in the work, leisure, and family/marital domains.

▪ Luteal phase administration of agents for the treatment of premenstrual dysphoric disorder.

Authors : Freeman EW. - Departments of Obstetrics / Gynecology & Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania, USA.

Source : CNS Drugs. 2004;18(7):453-68.

Summary : This review focuses on current information about luteal phase administration (i.e. typically for the last 2 weeks of the menstrual cycle) of pharmacological agents for the treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD). Compared with continuous administration, a luteal phase administration regimen reduces the exposure to medication and lowers the costs of treatment.Based on evidence from randomised clinical trials, SSRIs are the first-line treatment for PMDD at this time. Of these agents, sertraline, fluoxetine and paroxetine (as an extended-release formulation) are approved by the US FDA for luteal phase, as well as continuous, administration. Clinical trials of these agents and citalopram have demonstrated that symptom reduction is similar with both administration regimens. When used to treat PMDD, SSRI doses are consistent with those used for major depressive disorder. The medications are well tolerated; discontinuation symptoms with this intermittent administration regimen have not been reported.Other medications that have been examined in clinical trials for PMDD or severe premenstrual syndrome (PMS) using luteal phase administration include buspirone, alprazolam, tryptophan and progesterone. Buspirone and alprazolam show only modest efficacy in PMS (in some but not all studies), but there may be a lower incidence of sexual adverse effects with these medications than with SSRIs. Symptom reduction with tryptophan was significantly greater than with placebo, but the availability of this medication is strictly limited because of safety concerns. Progesterone has consistently failed to show efficacy for severe PMS/PMDD in large, randomised, placebo-controlled trials.

▪ Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder

Authors : Edyta J. Frackiewicz and Thomas M. Shiovitz

Source : Journal of the American Pharmaceutical Association

Summary : To review premenstrual disorders, their varied symptoms, possible etiology, and treatment options. Data Sources: Published articles identified through MEDLINE (1966-2001) using the search terms premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and the additional terms treatment and etiology. Additional references were identified from the bibliographies of the retrieved articles.

Data Synthesis: PMS refers to a group of menstrually related disorders that are estimated to affect up to 40% of women of childbearing age. The varied symptoms of PMS include mood swings, tension, anger, irritability, headache, bloating, and increased appetite with food cravings. PMS symptoms occur during the luteal phase of the menstrual cycle and remit with the onset of menstruation or shortly afterward. Approximately 5% of women with PMS suffer from PMDD, a more disabling and severe form of PMS in which mood symptoms predominate. Because no tests can confirm PMS or PMDD, the diagnosis should be made on the basis of a patient-completed daily symptom calendar and the exclusion of other medical disorders. The causes of PMS and PMDD are uncertain, but are likely associated with aberrant responses to normal hormonal fluctuations during the menstrual cycle. For most women, symptoms can be relieved or reduced through lifestyle interventions, such as dietary changes and exercise, and drug therapy with hormonal or psychotropic agents. For PMDD, selective serotonin reuptake inhibitors have recently emerged as first-line therapy. Certain dietary supplements, including calcium, also may be an option for some women.

Conclusion: PMS and PMDD are complex but highly treatable disorders. Pharmacists can improve the recognition and management of these common conditions by providing patient education on premenstrual symptoms and counseling women on lifestyle interventions and pharmacotherapy to relieve their discomfort.

Postpartum Depression (PPD)

▪ مضادات الاكتئاب في اكتئاب بعد الولادة

المؤلف : Hoffbrand S, Howard L, Crawley H.

المصدر : Cochrane Review : 2, 2003. Oxford: Update Soft.

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : يعتبر الاكتئاب ما بعد الولادة اضطراب شائع قد يستمر لفترات طويلة من الزمن، ويؤثر سلباً على كل من الأم المصابة وولديها وعائلتها. يستخدم كل من العلاج النفسي والدعم الاجتماعي في تدبير اكتئاب بعد الولادة، أما فعالية وسلامة استخدام الأدوية المضادة لكتئاب هنا فما زال غير مؤكد.

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تقييم فعالية مختلف الأدوية المضادة للاكتئاب في اكتئاب ما بعد الولادة، عن طريق مراجعة جميع التجارب السريرية المعشاة التي تقارن بين مضادات اكتئاب لوحدها أو بالمشاركة مع معالجة أخرى، وبأي معالجة أخرى بما فيها الغفل عند نساء مصابات باكتئاب خلال الأشهر الستة التالية لولادة.

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على تجربة سريرية معشاة واحدة بينت نتائجها أن الفلوكستين كان أكثر فعاليةً من الغفل بعد جلسة استشارة بدئية لن مصابات باكتئاب ما بعد الولادة، وأن فعالية فلوكستين هنا تعادل فعالية شوط كامل من المعالجة السلوكية الاستعرافية. لم يكن هناك تداخل بين المداواة وبين الاستشارة .

استنتاجات المؤلفين: رغم تأثير اكتئاب بعد الولادة السلبي على الولود وأسرتها، يبدو هذا الاضطر مهملاً من قبل الباحثين، إذ لم يمكن إيجاد أكثر من تجربة سريرية وحيدة في هذا المجال. تبين هذه التجربة إمكانية معالجة النساء المصابات باكتئاب ما بعد الولادة بشكل فعال باستعمال فلوكستين والذي يماثل بفعاليته شوطا من المعالجة السلوكية الاستعرافية قصيرة الد. ولكن هناك حاجة لمزيد من التجارب السريرة

المعشـاة علـى نساء مصابات باكتئاب بعد الولادة بهدف مقارنة مختلف الأدويـة المضـادة للاكتـئاب مع بعضها البعض، ومقارنة فعالية هذه الأدوية مع فعالية التداخلات النفسية.

Treatment of Postpartum Depression

Authors : Barbara L. Parry, MD

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(3):48-51

Summary : Postpartum mood disorders are often underrecognized and undertreated. They can present as maternity blues or baby blues, a major depressive episode with features of melancholia, or postpartum psychoses. Untreated postpartum depression in the mother is particularly distressing, as it can impair the neurocognitive development of the child. However, a range of therapeutic modalities are available that have reasonable safety and efficacy in breast-feeding women. New nonpharmacologic treatment strategies include sleep and light therapies that potentially offer benefit within days and do not have the potential adverse effects that are of concern with some pharmacologic interventions.

Interpersonal Psychotherapy for Antenatal & Postpartum Depression

Authors : Lisa S. Segre, PhD, Scott Stuart, MD, and Michael W. O'Hara, PhD

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(3):52-56,66

Summary : Despite its prevalence, postpartum depression is frequently not detected. Primary care physicians (PCPs) are often a woman's only contact with healthcare professionals. These professionals have a vital role in the screening and treatment of depressed women; therefore it is necessary that PCPs be aware of assessment issues and effective treatments. This article describes the use of interpersonal psychotherapy (IPT), a timelimited and empirically validated treatment for perinatal depression, in terms of the relevant clinical issues for pregnant or postpartum women. During the assessment phase, the symptoms of depression must be disentangled from the normal physical states of pregnancy and the postpartum, and an accurate diagnosis must be made. During the initial and intermediate phases of treatment, interpersonal problems that are common to the perinatal period are addressed. Given the risk for future depressive episodes, provisions for future treatment must be established prior to the conclusion of therapy. With these adaptations, IPT can be modified for effective use with perinatal women. As a result, PCPs may gain an increased understanding of both an effective treatment and the salient interpersonal issues for these women.

Challenges in Identifying and Diagnosing Postpartum Disorders

Authors : Leslie Born, MSc, PhD, Dawn Zinga, PhD, and Meir Steiner, MD, PhD, FRCPC

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(3):29-36

Summary : - Perinatal mental illness is underdiagnosed and may have serious consequences for both the mother and the infant. Early screening and identification are crucial.

- Risk factors for postpartum mental illness include depressed or anxious mood during pregnancy, personal or family history of psychiatric disorder (especially in first-degree relatives and including alcoholism), unplanned pregnancy, perinatal sleep deprivation, and major psychosocial stressors
- Women suffering from perinatal mood disturbances are more likely to seek help from their primary care physicians or obstetricians rather than mental health professionals. Screening new mothers should be implemented by these healthcare providers using a few simple questions during regular

In spite of greater awareness that childbirth can be accompanied by severe emotional disorders, problems with timely identification of perinatal mental illness persist.

Controversy as to whether puerperal illnesses are discrete nosological entities or instead episodes of mood, anxiety, or psychotic disorders that occur coincidentally in the puerperium or are precipitated by it, has endured for over 30 years. Recent research suggests that significant adverse mood reactions may be induced by major, albeit normal, changes in estrogen and progesterone levels in women with a biologic vulnerability to depression. Despite the fact that the etiology of perinatal mental illness is unknown, early recognition of the risk factors and the signs and symptoms of a postpartum disorder is crucial. Women who are at risk for or who may be suffering from a postpartum mood disorder can and should be identified by being asked a few simple questions during routine pregnancy or postpartum primary care, gynecologic, or pediatric visits.

Rapid identification and treatment can in many cases prevent a major episode.

Can Postpartum Depression Be Predicted?

Authors : Michael W. O'Hara, PhD, & Laura L. Gorman, PhD

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(3):42-47

Summary : Postpartum depression (PPD) is a mental health problem that carries substantial risk for women, children, and families. Depression may emerge during pregnancy and carry over into the postpartum period or develop soon after delivery and even many months later. Numerous studies have been undertaken to determine the etiology of PPD and to identify risk factors during pregnancy that may predict its occurrence. Risk factors measured during pregnancy that show the strongest relation to PPD include current and past depression and anxiety disorder, negative stressful life events, marital discord, and poor social support. Many of these risk factors have been incorporated into scales and are used to screen women during pregnancy and to select high-risk women for prevention trials. In general, these instruments do identify a group of women with substantial increased risk for PPD over the base rate and can serve as a basis for a conversation between a woman and her healthcare provider. Despite their positive attributes, these instruments tend to over identify women at risk and at the same time miss many women who go on to experience a PPD.

Identifying depression in the first postpartum year : guidelines for office-based screening and referral

Authors : Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH. Department of Psychiatry and Human Behavior, Jefferson College of Medicine, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA 19107, USA. kathleen.peindl@mail.tju.edu

Source : J Affect Disord. 2004 May;80(1):37-44

Summary : Some 10-15% of women experience postpartum-onset major depression (PPMD). The objective of this study was to determine if the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is an effective screen for major depression (MD)

prospectively. The outcome of the study was identification of a recurrence of major depression in the first year postpartum by a clinical interview and the EPDS. We had the unique opportunity to examine the relationship between EPDS scores and PPMD. METHODS: Participants were pregnant women who had experienced an episode of previous PPMD but were well during their index pregnancy. This study was part of a double-blind, randomized clinical trial in which new mothers received nortriptyline or placebo within 24 h following delivery for prevention of PPMD. Recurrence of depression was established according to Research Diagnostic Criteria. Participants completed the EPDS weekly through 20 weeks postpartum and into a 1-year follow-up phase. RESULTS: Out of 50 women, 13 experienced recurrence of MD in the first 20 weeks postpartum with a total of 20 out of 50 recurring in the first year. The EPDS score of >9 at week 4 postpartum identified 60% of women who nurtured in the first 20 weeks and 80% who recurred in the first postpartum year. Limitations: The study population included only women who had a previous episode of postpartum depression. The generalizability to all women is limited. CONCLUSIONS: The EPDS is an effective depression screen for women who had a previous episode of PPMD. Clinical guidelines are provided for use of the EPDS to identify MD in the first postpartum year in primary care settings.

Women Depression

Prematurity at birth & adolescent depressive disorder

Authors : Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Olsson CA, Morley R. - Murdoch Children's Research Institute. Department of Paediatrics, University of Melbourne, Australia.

Source : Br J Psychiatry. 2004 May;184(5):446-7.

Summary : Association between prematurity/low birthweight and adolescent depressive disorder studied using a case-control design within a prospective cohort study of 2032 adolescents. Odds for depressive disorder were 11-fold (95% CI 2-62) higher for the premature/low-birthweight participants after regression adjustment for major confounding factors. For premature/low-birthweight females, cumulative rates of depressive disorder over 30 months were 15.2% (95% CI 11.1-20.5) v. 1.8% (95% CI 1.6-2.1) in those with normal deliveries. Physiological adaptations in utero before full term may be implicated causally in some cases of depression in adolescence.

Special issues in the management of depression in women.

Authors : MacQueen G, Chokka P.

Source : McMaster University, Hamilton, Ontario. macqueng@mcmaster.ca

Summary : Depression is more prevalent in women than in men, which may be related to biological, hormonal, and psychosocial factors. Four depressive conditions are specific to women : premenstrual dysphoric disorder (PMDD), depression in pregnancy, postpartum depression, and depression related to perimenopause or menopause. Antidepressant therapy with selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine has demonstrated efficacy in PMDD. Both continuous and intermittent dosing regimens were effective at usual but not at low dosages. Despite reluctance of some women to take medication for depression during pregnancy and breastfeeding, substantial evidence suggests that antidepressants are safe and efficacious during these periods, while untreated depression has negative consequences for both mother and child. In peri- or postmenopausal women with depression, estrogen may enhance the effects of antidepressant medications, although a pooled analysis of data in women aged 50 years or over treated with venlafaxine found that remission rates were similar in those who were taking estrogen and those who were not. The management of women with depression can be done safely and effectively using antidepressants and alternative interventions throughout the life cycle.

Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy.

Authors : Kallen B. Tornblad Institute, University of Lund, Lund, Sweden. embryol@embryol.lu.se

Source : Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Apr ;158(4) :312-6.

Summary : Exposure to antidepressants during the third trimester of pregnancy has been associated with an increased risk for adverse birth outcomes, including preterm birth, respiratory distress, and hypoglycemia. OBJECTIVE : To investigate neonatal outcomes in 997 infants (987 mothers) after maternal use of antidepressants based on prospectively recorded information in antenatal care documents. RESULTS : An increased risk for preterm birth (odds ratio [OR], 1.96) and low birth weight (OR, 1.98) was verified, but the gestational week-specific birth weight was increased notably after exposure to tricyclic antidepressants. An increased risk for a low Apgar score (OR, 2.33), respiratory distress (OR, 2.21), neonatal convulsions (OR,1.90), and hypoglycemia (OR, 1.62) was found, the latter especially after exposure to tricyclicdrugs, but no significant effect on the frequency of neonatal jaundice was seen (OR, 1.13). Most effects seemed not to be selective serotonin reuptake inhibitor drug specific, and outcomes after exposure to paroxetine hydrochloride were not worse than after exposure to other selective serotonin reuptake inhibitors. CONCLUSIONS : Neonatal effects after maternal use of antidepressant drugs during late pregnancy were seen. Selective serotonin reuptake inhibitors may be the drugs of choice during pregnancy.

A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women

Authors : Swartz HA, Frank E, Shear MK, Thase ME, Fleming MA, Scott J. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania 15213, USA. swartzha@msx.upmc.edu

Source : Psychiatr Serv. 2004 Apr ;55(4) :448-50.

Summary : A matched-case-control study compared eight-week outcomes between a group of 16 depressed women who received brief (eight-session) interpersonal psychotherapy and a group of 16 who received a selective serotonin reuptake inhibitor (sertraline). Women who met DSM-IV criteria for major depression and who had a score above 15 on the Hamilton Rating Scale for Depression were treated openly with brief interpersonal psychotherapy and were matched on key variables with women being treated with sertraline. Linear mixed-effects regression models were used to compare groups on measures of symptoms and functioning during eight weeks of treatment. Both groups improved significantly over

time, with large effect sizes. However, contrary to expectations, the women who received psychotherapy improved more quickly than those who received sertraline.

Menopausal Depression (MD)

Challenge of Menopausal Depression

Authors : By Roberta Friedman

Source : PRI-MED WEST

Summary : ANAHEIM, CA -- May 14, 2004 -- Depression commonly accompanies menopause and in fact is more common in the perimenopausal years. Treatment is challenging given the new take on hormonal treatments following the early halt to the Women's Health Initiative study.

In a presentation here May 13th at the Annual Pri-Med West Conference and Exhibition, Karen J. Carlson, MD, assistant professor of medicine and deputy director of the Center of Excellence in Women's Health, Harvard Medical School, and director, Women's Health Associates, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, said that women who are at risk for depression in their menopausal years are those who have been depressed before, who have hot flashes, and who are in disrupted marriage or employment situations.

Doctors are left fairly empty handed when trying to help women with approved, evidence-based therapy for menopausal depression that relies on hormones. For instance, said Dr. Carlson, a trial of transdermal estrogen gave good results compared to placebo, even independent of whether or not any hot flashes were present. Yet unopposed estrogen, she said, is "not viable in the long term, and we don't know the effect of adding progesterone."

Analysis of quality of life findings in the WHI study showed no differences, but this was for the older women of the study population, who were a mean age of 64 years, Dr. Carlson said. "People use this [finding] to say we should never give women who develop depression, perimenopausally, hormone replacement," Dr. Carlson said.

She added that women who are not having hot flashes should try selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), and that if they are having lots of hot flashes, they should consider low dose hormones or SSRIs.

Women Mental Health (WMH)

برامج التدرب على الأمومة لدعم الصحة النفسـتماعية للأمهات

المؤلف : Barlow J, Coren E

المصدر : Cochrane Review : 2, 2003. Oxford: Update Soft.

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : هناك العديد من الدراسات التي تبرهن على ترابط وثيق بين علاقة الرضيع بأمه وبين الحالة النفسية-الاجتماعية للأم، وعلى أن سوء صحة الأم نفسياً واجتماعياً يؤثر سلباً على الصحة النفسية لطفلها، آنياً وعلى المدى الطويل. ونظراً لشيوع الاضطرابات النفسية كافة المجتمعات، فقد قام العديد من الباحثين بتصميم برامج هدفها تعليم الحوامل على مبادئ الأمومة، مما يتوقع له أن ينعكس إيجاباً على الحالة النفسية-الاجتماعية للأم. الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تقييم فعالية برامج تعليم الأمومة في تحسين الصحة النفسية الاجتماعية للأمهات، وذلك عن طريق قياس تأثير هذه البرامج المطبقة بطريقة العلاج الجماعي على كل من القلق والاكتئاب والثقة بالنفس عند الأمهات. وقد تم تنفيذ هذه المراجعة عن طريق التفتيش عن كافة التجارب السريرية المعشاة التي تم فيها توزيع الأمهات المشكات عشوائياً على مجموعتين، يقدم للأولى منهما أحد برامج تعليم الأمومة وتترك الثانية كمجموعة مراقبة، ويحدد حاصل التجربة في كل منهما باستخدام أحد المقاييس المعيارية للصحة النفسية-الاجتماعية. النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على سبع ة تجربة سريرية معشاة استخدم فيها 59 تقييماً مختلفاً لنتائج التجربة على مقاييس للأداء النفسي الاجتماعي تشمل الاكتئاب، والقلق، والكرب، واحترام الذات، والكفاءة الاجتماعية، والدعم الاجتماعي، والشعور بالذنب، والمزاج، والأفكار الآلية، والتوافق الزوجي، والمضة النفسية، واللاعقلانية، والغضب، والعدوانية، والمواقف، والشخصية، والمعتقدات. ولكن لم تتوفر معلومات كافية للتحليل إلا عن خمسة من هذه المقاييس هي الاكتئاب، والقلق/الكرب، واحترام الذات، والدعم الاجتماعي، والعلاقة مع الزوج/التوافق الزوجي. وقد أبدى تحليل هذه المعلومات أن تطبيق برامج تعليم الأمومة يترافق بتحسن هام إحصائيا في كل من الاكتئاب والقلق/الكرب واحترام الذات والعلاقة مع الزوج/التوافق الزوجي، ولكن ليس في الدعم الاجتماعي. يتضح من هذه النتائج أن لبرامج تعليم الأمومة فائدة في تحسين الأداء النفسي-اجتماعي للأمهات، مهما كانت طبيعة ومحتوى هذه البرامج، وقد بلغت هذه الفائدة حد الأهمية الإحصائية على 22% من مقاييس الأداء النفسي-الاجتماعي التي لم يمكن تحليل نتائجها في هذه المراجعة، كما لوحظت فائدة متوسطة الحجم، لكن غير هامة إحصائياً على 40% من هذه مقاييس، بينما سجلت فائدة خفيفة أو معدومة على حوالي ثلث هذه المقاييس. هذا على المدى القصير، أما على المدى الطويل فقد توفرت معلومات متابعة كافية عن ثلاثة مقاييس هي الاكتئاب واحترام الذات والعلاقة مع الزوج/التوافق الزوجي. ويتبين من هذه المعلومات استمرار رائدة برامج تعليم الأمومة طيلة فترة المتابعة. استنتاجات المؤلفين: تبين هذه المراجعة المنهجية أن لبرامج تعليم الأمومة دوراً هاماً في تحسين الصحة النفسية الاجتماعية للأمهات آنياً، أن هذا التحسن يستمر مع الوقت، رغم محدودية معلومات المتابعة المتوفرة. تشير المحدودية إلى ضرورة القيام بتجارب سريرية إضافية هدفها توضيح الفعالية طويلة الأمد لبرامج تعليم الأمومة على الصحة النفسية للأمهات. كذلك يجب توخي الحذر قبل تعميم النتائج على كافة الأمهات بغض النظر عن شدة اضطراباتهن النفسية.

Relationship of Sexual Assault History to Somatic Symptoms and Health Anxiety in Women

Authors : Stein MB, Lang AJ, Laffaye C, Satz LE, Lenox RJ, Dresselhaus TR. - Veterans Affairs San Diego Healthcare System and the University of California San Diego, La Jolla, CA, USA.

Source : Gen Hosp Psychiatry. 2004 May-Jun;26(3):178-83

Summary : Prior reports have pointed to a link between traumatic experiences and health consequences in women. The objective of this study was to determine whether there is an association between sexual assault history and measures of somatic symptoms and illness attitudes in a sample of female Veterans Affairs primary care patients, a group in whom high rates of sexual trauma have been reported. We conducted a cross-sectional study of a representative sample of 219 women in a Veteran's Affairs primary care outpatient clinic. Sexual assault history, somatic symptoms and health

anxiety were assessed by self-report questionnaire. Multivariate analyses were used to examine relationships between sexual assault exposure and these outcomes. Ninety-seven women (43.9%) reported experience(s) of sexual assault (i.e., rape, attempted rape or being made to perform any type of sexual act through force or threat of harm). Sexual assault was associated with a significant increase in somatization scores, physical complaints across multiple symptom domains and health anxiety. Sexual assault was also a significant statistical predictor of having multiple sick days in the prior 6 months and of being a high utilizer of primary care visits in the prior 6 months. These data confirm a strong association between sexual trauma exposure and somatic symptoms, illness attitudes and healthcare utilization in women. Causal mechanisms cannot be inferred from these data. Studies in other cohorts are warranted.

▪ Clinical Utilization of Atypical Antipsychotics in Pregnancy and Lactation (July/August).

Authors : Gentile S. ASL Salerno 1, Head of Mental Health Center District n. 4 Piazza Galdi, 84013 Cava de' Tirreni (SA), Italy, fax 39 089 4455440, salvatore_gentile@libero.it

Source : Ann Pharmacother. 2004 May 18

Summary : To analyze the available literature regarding the safety of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation in order to recommend evidence-based strategies for pharmacologic management of psychosis in these conditions. DATA SOURCES : We summarized the results from articles identified via MEDLINE/PubMed/TOXNET (1993-January 31, 2004), using the key terms pregnancy, lactation, breast-feeding, human milk, psychotropic drugs, atypical antipsychotics, olanzapine, quetiapine, risperidone, clozapine, ziprasidone, and aripiprazole. STUDY SELECTION AND DATA EXTRACTION : Retrospective studies, clinical observations, and case reports regarding the 6 atypical antipsychotics mentioned above were selected and analyzed. Extensive manual review of pertinent journals and textbooks was also performed. DATA SYNTHESIS : Reviewed studies show that olanzapine and clozapine apparently do not increase the teratogenic risk if administered to pregnant women, while evidence on quetiapine, risperidone, aripiprazole, and ziprasidone is still limited. In contrast, available information is not able to exclude unwanted serious effects associated with the use of all atypical antipsychotics on mother-infant dyads. Furthermore, more than a few studies suggest increased hyperglycemic risk for pregnant women related to atypical antipsychotic therapy during gestation. Finally, published evidence about the effects on long-term infant neurodevelopment of drug exposure through both placenta and breast milk is represented only by sporadic case reports. CONCLUSIONS : It is well known that potential consequences of an untreated psychotic episode may be severe and may lead to the mother attempting suicide and/or infanticide. For these reasons, clinicians need to help mothers weigh both fetal and neonatal risks of exposure to drugs against the potential risk they and their infant may incur if the psychiatric illness is not treated. On the other hand, atypical antipsychotics in pregnancy and breast-feeding do not show evident advantages in safety when compared with typical neuroleptic agents. Therefore, we suggest that the most relevant parameters for selecting the best clinical option for pregnant and breast-feeding women with schizophrenia and related disorders remain strongly related to 3 main points : (1) cautious evaluation of the risk/benefit ratio of fetal and neonatal drug exposure, (2) degree of severity of maternal psychiatric illness, and (3) careful preliminary choice of drugs characterized by a balanced safety/efficacy profile.

Biological Psychiatry

▪ The Role of Psychiatric Genetics in Pediatric Psychopharmacology

Authors : Kutaibe Chaleby

Source : The Arab Journal of Psychiatry – 2004 May;15(1) : 17-25

Summary : Psychiatric genetics is relevant to psychopharmacology in many respects. First it is undebatable current state of knowledge that, genes make youths susceptible to psychiatric disorders.This has been shown for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, Depression, Autism, Tourette's Syndrome, Mood Disorders in general, Anxiety, Bipolar Disorder, Learning Disabilities and Conduct Disorder. In fact, it is fairly certain that tha D4 Dopamine receptor gene is a susceptibility gene for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. For Learning Disabilities, there is a consistent finding onChromosome 6, that a gene that is as of yet unknown is involved in Learning Disabilities. Breakthroughs are being made in Autism, Bipolar Disorders. This is amazing when we consider that 20 to 30 years ago psychiatric disorders were considered to be reactions to environmental events. We have really moved very far beyond that in psychiatric genetics. While genes control many brains systems, these mediate therapeutic response, drug metabolism and side effects. So, the question for the future is « To what degree can psychiatric genetic studies help clarify these points ? » Finally, there is a possibility that genetic studies may also set the foundation for mrimary prevention. The genetic variance would predict drug response, molecular genetic diagnosis, can gene improve psychiatric diagnoses, and then primary prevention.

▪ Depression in aging men : the role of testosterone.

Authors : Carnahan RM, Perry PJ. - Clinical & Administrative Pharmacy, College of Pharmacy, University of Iowa, Iowa City, Iowa, USA.

Source : Drugs Aging. 2004; 21(6): 361-76.

Summary : Age-related decline in testosterone levels is associated with a number of mild, nonspecific symptoms, including depressive symptoms. The relationship between depressive symptoms and testosterone levels is confounded by numerous factors, including medical illness, obesity, smoking, alcohol use, diet and stress, and is thus complex. Studies have not consistently supported an integral role of reduced testosterone levels in major depressive disorder, although levels may often be reduced in men with treatment-refractory depression and older men with dysthymia. Low testosterone levels may also increase the risk of incident depression in older males, although this may depend upon androgen receptor genetic polymorphisms. Testosterone replacement has demonstrated short-term tolerability and efficacy in augmenting antidepressants to alleviate treatment-refractory depression in adult males. Case studies support the potential need for maintenance therapy to maintain response. In a placebo-controlled trial, testosterone monotherapy was not effective in treating major depressive disorder in men with

hypogonadism. However, in an open-label, noncomparative study, testosterone monotherapy appeared effective in treating late-onset but not early-onset major depressive disorder in older males. Testosterone therapy is not without potential for adverse effects, the most worrisome of which is the worsening of pre-existing prostate carcinoma. Oral, short- and long-acting parenteral, and transdermal patch and gel formulations are available. Testosterone has demonstrated usefulness in the treatment of a number of depressed populations, but further studies are needed to fully elucidate its role in the treatment of depressive syndromes in the aging male.

- **The Biology and Pathophysiology of Peripartum Psychiatric Disorders**

Authors : Vivette Glover, MA, PhD, DSc, & Martin Kammerer, MD

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(3):37-41

Summary : Cortisol, progesterone, and estrogen increase to high levels by the end of pregnancy and show a sharp reduction on parturition. These hormones are known to have large psychoactive effects, and it is likely that some women with affective disorders over the peripartum period are especially sensitive to these changes. In a subgroup of women, postpartum depression has been associated with the presence of thyroid autoantibodies during pregnancy. It is important to differentiate the different types of mood disorders that occur over this time in order to understand their biological bases. Parturition can trigger the “blues,” which is a mild lability of mood associated with crying; the “highs,” which is a mild hypomania; or postpartum psychosis. A family history of manic depression is a strong risk factor for postpartum psychosis; there is also evidence for genetic vulnerability to a puerperal trigger. Both severe blues and highs are risk factors for later depression. Symptoms of anxiety and depression are as common during pregnancy as during postpartum. Some episodes of depression and/or anxiety start during pregnancy and resolve postpartum; others are triggered for the first time by parturition. These are likely to have different biological bases, possibly related to the functioning of hypothalamic-pituitary-adrenal axis of the individual.

Restless Legs Syndrome (RLS)

- **Restless Legs Syndrome**

Authors : Lesage S, Earley CJ.

Source : Curr Treat Options Neurol. 2004 May;6(3):209-219.

Summary : In the past 10 years, restless legs syndrome (RLS) has gained recognition as a common sleep disorder. There are several therapeutic options in treating patients with RLS. RLS causes significant sleep disturbance and negatively impacts on patient quality of life. Pharmacologic treatment can result in improved sleep and quality of life issues. RLS patients should be evaluated for iron deficiency anemia; iron replacement in deficient patients may lead to a resolution of symptoms or may reduce the severity of their symptoms. For patients with daily symptoms, the initial therapy is dopamine agonists. Low doses given in the evening or 2 hours before bed provide adequate relief of symptoms for many RLS patients. Augmentation can be seen with all dopamine agents, but is most prevalent with levodopa. Levodopa therapy is best used for milder intermittent symptoms or in aggravating situations, such as long car rides. Opiates and antiepileptics remain a beneficial therapy for RLS and are useful in patients who experience pain as part of their RLS. Newer anticonvulsants may provide additional treatment options, but they have yet to undergo clinical trials. Intravenous iron also may provide relief of RLS symptoms; however, dosing and safety issues have not been fully evaluated in a RLS population.

- **Topiramate use as treatment in restless legs syndrome**

Authors : Perez A; Servicio de Psiquiatria. Complejo Hospitalario Xeral-Cies. Vigo (Pontevedra)

Source : Actas Esp Psiquiatr. 2004 May-Jun;32(3):132-7

Summary : Restless legs syndrome is an underdiagnosed disorder of unknown etiology, that generates severe sleep and life quality disturbances. In its therapeutic approach, drugs with very different action mechanisms and variable results have been used. Methods. Nineteen outpatients diagnosed of restless legs syndrome were studied observationally. A semistructured interview was carried out and physical variables (weight, arterial pressure and heart rate), sensitive and motor symptoms, effective dose of topiramate, side effects and fulfillment of the treatment at 30, 60 and 90 days were studied. Results. The patients studied, with an average age of 62.052 +- 6.22 years, showed improvement in sensitive and motor symptoms, as well as non-significant reductions in cardiovascular parameters. The mean effective dose of topiramate was established at 42.1 +- 18.7 mg. A significant reduction in weight stands out among the side effects. Conclusions. Topiramate is profiled as an effective treatment in restless legs syndrome, with good tolerability and minimal side effects. Actas Esp Psiquiatr 2004;32(3):132-137

Sleep Disorders (SD)

- **Sleep, Sleep Apnea, and Epilepsy.**

Authors : Bazil CW. The Neurological Institute, Columbia University, 710 West 168 Street, New York, NY 10032, USA. cwb11@columbia.edu

Source : Curr Treat Options Neurol. 2004 Jul;6(4):339-345.

Summary : Sleep disorders occur commonly in patients with epilepsy, and can be responsible for symptoms of daytime somnolence and also can contribute to the intractability of epilepsy. The most important aspect of treating sleep disorders, especially sleep apnea, is the recognition of the problem. In a busy clinical practice, symptoms of sleep disorders are frequently overlooked or mistaken. Whenever sleep disruption or excessive daytime somnolence is potentially problematic, the patient should be referred to a sleep specialist and, if indicated, diagnostic testing performed (usually polysomnography with or without multiple sleep latency tests). The author also recommends that all patients receive basic counseling about sleep hygiene, because its principles are often helpful to patients in general. Even in the absence of a sleep disorder, the choice of an anticonvulsant can be partly tailored to the sleep needs of the patient, with alerting drugs (lamotrigine and felbamate) dosed early in the day and relatively sedating agents (phenobarbital and phenytoin) dosed later or at bedtime.

Alzheimer Deseases (AD)

- **Donepezil for Alzheimer's Disease**

in Clinical Practice - The DONALD Study. A Multicenter 24 - Week Clinical Trial in Germany

Authors : Froelich L, Gertz HJ, Heun R, Heuser I, Jendroska K, Kornhuber J, Kurz A, Mueller-Thomsen T, Ries F, Waechtler C, Metz M, Goebel C. - Division of Geriatric Psychiatry, Central Institute for Mental Health Mannheim, University of Heidelberg, Germany.

Source : Dement Geriatr Cogn Disord. 2004 Apr 6;18(1):37-43. Epub 2004 Apr 06.

Summary : This multicenter open-label clinical trial was designed to investigate the safety and efficacy of donepezil, a selective acetylcholinesterase inhibitor, in the treatment of Alzheimer's disease (AD) in routine clinical practice in Germany. A total of 237 patients with mild-to-moderate AD were treated with donepezil for 24 weeks, 186 completed the study according to the protocol. In the completer group, mean MMSE score for efficacy showed an improvement from baseline of +1.6 points at week 12 (95% CI +1.1 to +2.1) and of +1.1 points at week 24 (95% CI +0.5 to +1.7). In more than 80% of the patients, global tolerability was rated to be very good or good. There were only insignificant effects on ECG parameters. This study confirms the results obtained in previous double-blind trials, which showed that donepezil is effective and well tolerated in patients with mild-to-moderately severe AD. Copyright 2004 S. Karger AG, Basel.

▪ Effects of Cholinergic Drugs and Cognitive Training on Dementia.

Authors : Requena C, Lopez Ibor MI, Maestu F, Campo P, Lopez Ibor JJ, Ortiz T. - Universidad de Leon (Area de Psicologia), Leon, Madrid, Spain.

Source : Dement Geriatr Cogn Disord. 2004 Apr 6;18(1):50-54. Epub 2004 Apr 06.

Summary : A study was performed on patients with Alzheimer's disease (AD) in order to evaluate the efficacy of a combined treatment (donepezil plus cognitive training) in both cognitive processes and affective states. Eighty-six subjects, 25 men and 61 women, with an average age of 75.58 years, were studied. Almost all the subjects had a basic educational level. Donezepil was administered at a dose of 10 mg daily along with cognitive treatment involving images of everyday life and reminiscent music; the sessions took place on Monday to Friday and lasted three quarters of an hour. The study lasted 12 months. Subjects underwent test-retest with the following tests: Mini-Mental State Examination (MMSE), the cognitive subscale of the Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-cog); the Geriatric Depression Scale (GDS) and the overall deterioration scale (FAST). The results showed that subjects receiving the combined treatment had a better response than those who did not receive any cognitive training. These subjects' MMSE score decreased by 3.24 on average. The affective symptomatology of those receiving only drug treatment improved whereas the cognitive processes did not.

Geriatric Psychiatry

▪ Special issues in the management of depression in older patients

Authors : Rabheru K. - Department of Psychiatry, University of Western Ontario, London. Kiran.Rabheru@sjhc.london.on.ca

Source : Can J Psychiatry. 2004 Mar;49(3 Suppl 1):41S-50S.

Summary : Major depressive disorder is frequently undiagnosed and untreated in older patients. Grief, pain, sleep issues, concurrent medications, altered physiology, and the presence of comorbid medical and psychiatric conditions can complicate the management of depression in older patients. Remission should be the goal of therapy in treating depression in the elderly, just as it is in younger patients, to maximize the impact of treatment on quality of life. Managing depression in older patients can be done effectively with the antidepressant therapies currently available, including selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), venlafaxine, and mirtazapine. Comorbid medical conditions, which are common among older patients, can have a significant impact on depression and vice versa. Antidepressant therapy with SSRIs has demonstrated efficacy and tolerability in patients at high risk for cardiovascular events and stroke and in those with vascular dementia or Alzheimer's disease. Care should be taken to choose antidepressants with no or minimal effects on glucose levels in patients with diabetes. In addition, venlafaxine has demonstrated beneficial effects on the relief of the pain of diabetic neuropathy. Venlafaxine, mirtrazapine, and the SSRIs have demonstrated efficacy and tolerability in older patients, while tricyclic antidepressants have also demonstrated efficacy; however, tolerability can be a problem. Depression is not a natural part of the aging process, as some still believe. The review of current data indicates that the goal of management can and should be full remission. Further, the use of newer agents is safe and effective in this population, as long as one considers the pharmacokinetics and pharmacodynamic properties and inherent biological differences in the elderly population when selecting appropriate therapy.

▪ Cognition & Late-Life Depression

Authors : Christopher F. Murphy, PhD, and George S. Alexopoulos, MD

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(5):54-58

Summary : It is not uncommon for older patients to present with symptoms of both depression and cognitive impairment. Proper diagnoses in such cases are complicated by overlap-ping symptoms, heterogeneity of syndromes, and impaired self-report. What follows is a discussion of the literature on the clinical and etiological association of late-life depres-sive syndromes, cognitive dysfunction, and dementia. Assessment and treatment strategies are discussed with the recommendation that when presented with a depressed elderly patient with cognitive impairment, the clinician should evaluate both the psychiatric symptoms and signs and the cognitive impairment. Careful tracking of both depressive and cognitive features and well-targeted, long-term pharmacotherapy and psychosocial interventions can help reduce the burden on these compromised patients

▪ Assessment and Management of Depression in Older Adults

Authors : Linda H. Harpole, MD, MPH, and John W. Williams Jr, MD, MHSc

Source : Primary Psychiatry. 2004;11(5):31-36

Summary : Approximately 5% to 10% of older patients who visit a primary care provider suffer from clinically significant depression. Making the diagnosis in the older population can be challenging, as the cardinal symptom of depression, depressed mood, is less promi-nent than symptoms such as

loss of interest and enjoyment in life, anergia, sleepless-ness, and loss of appetite. Significant barriers to successful treatment exist in this popu-lation, including patient resistance to accepting the diagnosis and its perceived stigma, the inappropriate attribution of depressive symptoms to natural aging, and the primary care physician's lack of time and resources to provide adequate treatment. Primary care physicians should make special efforts to screen for depression in their older patients, and once identified, provide education and close follow-up, with the goal of achieving remission from depressive symptoms. Collaborative care models, incorporating patient education, case management, and liaison mental health care, which were developed to overcome some of the barriers to successful treatment of depression in older adults, have proven to be successful. Elements of these models can be incorporated into current practice with the goal of improving the quality of depression care in older adults.

Psycho-oncology

Psychiatric disorders in oncology : recent therapeutic advances and new conceptual frameworks.

Authors : Ronson A - .Institut Jules Bordet Supportive Care Clinic, Brussels Belgium.

Source : Curr Opin Oncol. 2004 Jul;16(4):318-323.

Summary : PURPOSE OF REVIEW: Major advances achieved in anticancer treatment have resulted in significant increases in cancer patients' survival periods. At the same time, growing awareness of the psychologic impact of the diagnosis and treatment of cancer on quality of life has created the need for deeper insights into the adjustment process, its disorders, and effective strategies for the treatment of psychiatric morbidity. The wider availability of brain imaging techniques and other neurobiologic tools is creating major opportunities for a scientific understanding of psychodynamic processes. RECENT FINDINGS: Several elements indicate a stress-system activation in response to cancer. The existence of traumatic stress-like syndromes has received increasing support. Structural brain imagery has revealed volumetric alterations of the amygdala, a major participant in emotional and fear responses. Hypotheses about functional modifications at the hypothalamic-pituitary-adrenal axis level may have significant implications for the identification, treatment, and even prevention of psychopathology. Finally, longitudinal studies assessing psychologic adjustment confirm the need for psychosocial and pharmacologic interventions. SUMMARY: Our understanding of the cancer experience at the emotional and cognitive levels remains insufficient, leading to weakly positive results of psychosocial intervention models. The use of antidepressant medication has received substantial empiric and scientific support, but a risk of antidepressant-induced carcinogenesis has not been excluded, which should keep clinicians from overprescribing attitudes. Finally, improving the quality of doctor-patient communication and the psychologic impact of carrying a genetic marker of cancer risk should be the focus of further attention.

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

The use of antidepressants to treat attention deficit hyperactivity disorder in adults

Authors : Pierre Blier University of Ottawa, Canada - Ian D. Maidment , Pharmacy Department, Kent and Canterbury Hospital

Source : Published in Association with : British Association for Psychopharmacology - Editors David J Nutt University of Bristol, UK Journal of Psychopharmacology - Volume 17 Issue 03 - Publication Date: 09/2003

Summary : There is increasing evidence that children continue to experience attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms into adult life. The two main treatments for ADHD are antidepressants and stimulants. Here, the effectiveness data relating to the use of antidepressants in adults with ADHD are reviewed. Four controlled and six open studies were identified. Although, there is only limited data currently available, antidepressants may offer an effective therapy for adult ADHD. Controlled trials have studied desipramine, atomoxetine and bupropion, with most evidence supporting the efficacy of desipramine. The initial data indicate that atomoxetine is less effective than desipramine. The efficacy of bupropion is unclear. Initial published open data suggest a response rate of 50-78% with venlafaxine. Controlled studies are required to confirm this efficacy. Most of the present data are short-term, therefore long-term effectiveness data are required.

Tardive Dyskinesia

Tardive dystonia induced by atypical neuroleptics : a case report with olanzapine

Authors : Charfi F, Cohen D, Houeto JL, Soubrie C, Mazet P. - Departement de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Paris, France.

Source : J Child Adolesc Psychopharmacol. 2004 Spring; 14(1):149-52.

Summary : We report the case of a 17-year-old-boy with schizophrenia who developed tardive dystonia after 9 months of treatment with olanzapine. This case and the relevant literature show that when neuroleptic treatment is indicated, switching to another atypical neuroleptic might be helpful for both tardive dystonia and schizophrenia. In such a case, clozapine appears to be the first-line therapeutic option.

Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics : a systematic review of 1-year studies.

Authors : Correll CU, Leucht S, Kane JM. - Department of Psychiatry Research, Zucker Hillside Hospital, North Shore-Long Island Jewish Health System, Schneider Children's Hospital, Glen Oaks, NY 11004, USA. ccorrell@lij.edu

Source : Am J Psychiatry. 2004 Mar;161(3):414-25.

Summary : Based on lower rates of acute extrapyramidal side effects associated with second-generation antipsychotics, compared to first-generation antipsychotics, and based on preliminary data, second-generation antipsychotics are expected to cause less tardive dyskinesia than first-generation antipsychotics. This hypothesis was examined in a systematic

review of studies involving open or controlled treatment with any second-generation antipsychotic. METHOD: Studies of treatment with second-generation antipsychotics lasting > or =1 year and reporting on new cases of tardive dyskinesia or dyskinesia were systematically reviewed. RESULTS: In 11 studies, 2,769 patients received treatment with risperidone (five studies, N=1,235), olanzapine (two studies, N=610), quetiapine (two studies, N=386), amisulpride (one study, N=331), or ziprasidone (one study, N=207) for a weighted mean and median duration of 263 and 306 days, respectively. Study designs were double blind and randomized (N=3); open-label extensions of double-blind, randomized trials (N=4); and open label (N=4). Of the four trials that had a comparator (all involving adults with schizophrenia spectrum disorders), three used haloperidol (N=408) and one used placebo (N=71). Studied populations included children (N=77), adults (N=1,419), adults and elderly persons (N=794), and exclusively patients age 54 years or older (N=479). The weighted mean annual incidence of tardive dyskinesia for second-generation antipsychotics was 0% in the children, 0.8% (range=0.0%-1.5%) in the adults, 6.8% in the mixed adult and elderly population, and 5.3% (range=0.0%-13.4%) in the patients age 54 years and older, compared to 5.4% (range=4.1%-7.4%) in adults treated with haloperidol. CONCLUSIONS: Results from 11 long-term studies support the idea that second-generation antipsychotics have a reduced risk for tardive dyskinesia, compared to first-generation antipsychotics, although the doses of haloperidol used in the comparator studies were relatively high. More carefully designed studies, ideally lasting beyond 1 year and comparing the effects of different second-generation antipsychotics in patients who have never taken first-generation antipsychotics, are needed to estimate the true risk. It would not appear premature for clinicians to consider these findings in making long-term treatment decisions.

Chronic Tension-Type Headache (CTHA)

▪ Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache

Authors : Bendtsen L, Jensen R. Danish Headache Center, University of Copenhagen, and Department of Neurology, Glostrup University Hospital, Copenhagen, Denmark. bendtsen@dadlnet.dk

Source : Neurology. 2004 May 25;62(10):1706-11

Summary : The tricyclic antidepressant amitriptyline is the only drug with prophylactic efficacy for chronic tension-type headache. However, amitriptyline is only moderately effective, with headache reduction of approximately 30%, and treatment is often hampered by side effects. Mirtazapine is a relatively new so-called noradrenergic and specific serotonergic antidepressant, which is more specific and therefore generally better tolerated. OBJECTIVE: To evaluate the efficacy of mirtazapine. METHODS: Twenty-four nondepressed patients with chronic tension-type headache were included in a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. All patients had tried numerous other treatments. Mirtazapine 15 to 30 mg/day or placebo was each given for 8 weeks separated by a 2-week wash-out period. RESULTS: Twenty-two patients completed the study. The primary efficacy variable, area-under-the-headache curve (AUC; duration x intensity), was lower during treatment with mirtazapine (843) than during treatment with placebo (1,275) (p = 0.01). Mirtazapine also reduced the secondary efficacy variables headache frequency (p = 0.005), headache duration (p = 0.03), and headache intensity (p = 0.03) and was well tolerated. CONCLUSIONS: Mirtazapine reduced AUC by 34% more than placebo in difficult-to-treat patients. This finding is clinically relevant and may stimulate the development of prophylactic treatments with increased efficacy and fewer side effects for tension-type headache and other types of chronic pain.

Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS)

▪ Neuroleptic malignant syndrome

Authors : Chodorowski Z, Anand JS, Rutkowski P. – I Klinika Chorob Wewnetrznych I Ostrych Zatruc Akademii Medycznej w Gdansku, 80-211 Gdansk, ul. Debinki 7.

Source : Przegl Lek. 2003 ;60(4) :299-301.

Summary : Neuroleptic malignant syndrome (NMS) is the most dangerous side effect of phenothiazines therapy. In the period of time from 1995 to 2002 in the Intensive Toxicological Unit there were five patients, 3 men and 2 women, aged from 25 to 62 (average 44.2) years-old, admitted from the regional inpatients psychiatric units with the diagnosis of pneumonia and/or sepsis. The patients about 48-72 hours before admittance were given some phenotiazine derivatives (promazine, perphenazine, clozapine, pipamperon) and/or buthyrophenone (haloperidol) because of psychotic state. Altered consciousness, muscle rigidity, hyperpyrexia (39.0-41.0 degrees C), sweating, tachycardia (120-150/min.), tachypnoea (respiratory rate more than 25/min.) and high level of creatine kinase activity (23,751-112,288 U/l) dominated. Only one patient had clinical picture of pneumonia. Because of the rapid development of acute respiratory failure, respirathorotherapy was initiated and continued for 8 and 10 days in two patients respectively. Transient thrombocytopenia (26,000/microliter) in one subject was observed. The neuroleptic drug was withdrawn and intensive supportive care with administration of bromocriptine (15-20 mg/24 h) was provided. None one of the doctors told the patients about the possibility of NMS during phenothiazines therapy.

Psychophysiology

▪ Update on stress and depression: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis

Authors : MELLO, Andrea de Abreu Feijó de, MELLO, Marcelo Feijó de, CARPENTER, Linda L et al.

Source : Rev. Bras. Psiquiatr., Oct. 2003, vol.25, no.4, p.231-238. ISSN 1516-4446.

Summary : Over the past 50 years, relationships between stress and the neurobiological changes seen in psychiatric disorders have been well-documented. A major focus of investigations in this area has been the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, both as a marker of stress response and as a mediator of additional downstream pathophysiologic changes. This review examines the emerging literature concerning the relationship between stress, HPA axis function, and depression, as well as the role of early life stress as an important risk factor for HPA axis dysregulation. The more recent studies reviewed suggest that

the prominence of HPA axis hyperactivity in adults with depressive and anxiety disorders may constitute a link between the occurrence of adversity in childhood and the development of adult psychopathology

Electroconvulsive Therapy (ECT)

▪ World Psychiatric Association Position Statement on the Use and Safety of Electroconvulsive Therapy

Authors : Mohammed T. Abou-saleh, Yiannis G. Papakostas, Iannis M. Zervas, George N. Christodoulou

Source : The Arab Journal of Psychiatry – 2004 May;15(1) : 26-35

Summary : This position statement on the use and safety of electroconvulsive therapy (ECT) has been prepared on behalf of the WPA Section on Biological Psychiatry at the request of the Executive Committee of the WPA. The statement is informed by available evidence and reference will be made to guidelines produced by a number of authoritative bodies, including the American Psychiatric Association, the Royal College of Psychiatrists, the UK Nnational Institute of Clinical Excellence (NICE) and the World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Moreover, for depressive disorders particular reference will be made to the recently published systematic review and meta-analysis by the UK ECT Review Group (2003).

Psychotropic Drugs

▪ مضادات الاكتئاب للتوقف عن التدخين

المؤلف : Hughes JR, Stead LF

المصدر : Cochrane Review : 2, 2001. Oxford : Update Soft

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : هناك سببين للاعتقاد بأن مضادات الاكتئاب قد تساعد في التوقف عن التدخين. الأول هو أن التوقف عن التدخين يمهد للإصابة بالاكتئاب أحياناً وأن الاكتئاب قد يكون أحد أعراض سحب النيكوتين. والثاني هو أن لمضادات الاكتئاب تأثيراً يزيد من تركيز الدوبامين وسيروتونين والنورابينفرين في الجملة العصبية المركزية، مثلها في ذلك مثل التدخين.

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى تقييم جدوى استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب في المساعدة على التوقف طويل الأمد عن التدخين. ومن الأدوية المجربة في هذا المجال: بوبروبي، دوكسبين، لفلوكسيتين، إيميبرامين، موكلوبيميد، نورتريبتيلين، سيليجيلين، سيرترالين، تريبتوفان، وفينلافاكسين .

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على تجربة سريرية معشاة واحدة لكل من موكلوبيميد، سيرترالين، وفينلافاكسين، وعلى تجربتين لمن فلوكستين ونورتريبتيلين. كما تشتمل على خمس تجارب لبوبروبيون تم في واحدة منها اختبار فعالية هذا الدواء في الوقاية من النكس على المدى الطويل. تبين نتائج هذه التجارب أن كلاً من نورتريبتلين وبوبروبيون فعال في المساعدة على التوقف عن التدخين. وتبين نتائج أي التجارب أن المشاركة بين البوبروبيون ولصاقة النيكوتين تعطي معدلات نجاح أعلى من استخدام اللصاقة وحدها في المساعدة على التوقف عن التدخين.

استنتاجات المؤلفين: تبين هذه المراجعة المنهجية فعالية بعض مضادات الاكتئاب (بوبروبيون، نورتريبتلين) في المساعدة على التوقف عن التدخين، ولكن ليس واضحاً ما إذا كانت هذه الفعالية نوعية لتلك الأدوية بالذات، أم أنها مشتركة مع زمر دوائية أخرى.

▪ مزيلات القلق لوقف التدخين

المؤلف : Hughes JR, Stead LF, Lancaster T .

المصدر : Cochrane Review 4, 2001. Oxford: Update Soft

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : يوجد سببان يدعوان للاعتقاد بفائدة مزيلات القلق في إيقاف التدخين: الأول أن القلق قد يكون أحد أعراض سحب التدخين، والثاني أن التدخين في جزء منه يعود لعوز في الدوبامين والسيروتونين والنور أبينيفرين، وهذه كلها تزداد بمزيلات القلق ومضادات الاكتئاب.

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية الى تقييم فعالية مزيلات القلق (بنزوديازبين، ديازيبام، دوكسيبين، ميبروبامات، أوندانسيترون، وحاصرات بيتا: ميتوبرولول، أوكسبرينولول، وبروبانولول) في إيقاف التدخين طويل الأمد، من خلال التفتيش عن كافة التجارب السريرية المتاحة في هذا المجال، ومع اعتبار إن مقياس النجاح هو الامتناع عن التدخين لفترة ستة أشهر على الأقل.

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على تجربة سريرية معشاة لكل من مزيلات القلق ديازيبام وميبروبامات وميتوبرولول وأوكسبرينولول، وتجربتان للبسبون، لم يظهر أي منها فعالية لأي من هذه الأدوية في المساعدة على إيقاف التدخين، حيث كانت مجالات الثقة واسعة وبالتالي لا يمكن الجزم بتأثيرات هذه الأدوية بالبرهان المتوفر حالياً.

استنتاجات المؤلفين: تبين هذه المراجعة المنهجية عدم وجود برهان يؤكد فعالية مزيل القلق في إيقاف التدخين، ولكن البرهان المتوفر لا يستبعد أن تكون لها فائدة ما، مما يستوجب إجراء تجارب سريرية إضافية.

▪ APA : Olanzapine / Fluoxetine (Symbyax) Reduces Depression / Anxiety in Bipolar Patients Without Increased Mania Risk

Authors : Bruce Sylvester

Source : NEW YORK, N.Y. – May 7, 2004

Summary : A combination of olanzapine and fluoxetine HCl (Symbyax) reduces core mood symptoms as well as depression and anxiety without increasing risk of inducing mania in bipolar patients, researchers said during a presentation of 2 studies here on May 6th at the American Psychiatric Association Annual Meeting.

Symbyax is the only treatment approved by the Food and Drug Administration for the treatment of depressive phase bipolar disorder.

"We saw 2 important things in these studies," said the lead investigator for both studies, Sara Corya, MD, lead researcher, Lilly Research Labs, Indianapolis, Indiana. "[Montgomery-Asberg Depression Rating Scale] score improvements [showed] mean core mood improvements, not only improvements in somatic symptoms of depression. And Symbyax subjects achieved relatively greater improvement in depression and anxiety symptoms when compared to placebo or olanzapine subjects -- and did not show increased treatment-emergent mania. The last point is a very important one for clinical practice, where the fear of inducing mania with these patients is understandably high."

Atypical depression, atypical temperament and a differential antidepressant response to fluoxetine and nortriptyline.

Authors : Joyce PR, Mulder RT, McKenzie JM, Luty SE, Cloninger CR. - Department of Psychological Medicine, Christchurch School of Medicine and Health Sciences, Christchurch, New Zealand.

Source : Depress Anxiety. 2004;19(3):180-6

Summary : We examined the personality characteristics of depressed patients with and without atypical depression. Of 195 depressed outpatients in a randomized treatment trial of fluoxetine or nortriptyline, 16 met DSM-IV criteria for atypical depression. We compared the personality traits and disorders in those with and without atypical depression. In atypical depression, fluoxetine was superior to nortriptyline. On the Temperament and Character Inventory, those with atypical depression had high attachment, low persistence, and high anticipatory anxiety. A temperament construct of these dimensions was associated with a differential antidepressant response, regardless of other atypical features. A temperament derived measure of "rejection sensitivity" defines a group of depressed patients with a differential antidepressant response, regardless of reversed vegetative symptoms.

Clozapine in drug induced psychosis in Parkinson's disease : a randomised, placebo controlled study with open follow up.

Authors : Pollak P, Tison F, Rascol O, Destee A, Pere JJ, Senard JM, Durif F, Bourdeix I. Department of Neurology, University Hospital of Grenoble, 38043 Grenoble Cedex 9, France. pierre.pollak@ujf-grenoble.fr

Source : J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2004 May ; 75(5) :689-95.

Summary : To compare the efficacy and safety of clozapine in drug induced psychosis in Parkinson's disease (PD). METHODS : A four week, randomised, double blind, parallel comparison of clozapine and placebo, followed by a 12 week clozapine open period, plus a one month period after drug discontinuation, in 60 patients with PD. The primary efficacy outcome was the « clinical global impression scale » (CGI) ; the positive subscore of the « positive and negative syndrome scale » (PANSS) was used as the secondary efficacy parameter and the « unified Parkinson's disease rating scale » (UPDRS) and the « mini mental test examination » (MMSE) as safety outcomes. RESULTS : The mean (SD) dosage of clozapine was 35.8 (12.5-50) mg at the end of the double blind period. The mean (SD) scores on the CGI improved by 1.8 (1.5) for the clozapine group compared with 0.6 (1.1) for the placebo group ($p = 0.001$). The mean (SD) positive subscore of PANSS improved by 5.6 (3.9) for the clozapine group (0.8 (2.8) for the placebo group ; $p < 0.0001$). At the end of the open period, 25 patients had completely recovered from delusions and hallucinations, and 19 experienced a relapse within one month after the clozapine washout period. The UPDRS motor and MMSE mean scores did not change significantly in either group. Somnolence was more frequent with clozapine than with placebo. CONCLUSIONS : Clozapine at a mean dose lower than 50 mg/day improves drug induced psychosis in PD without significant worsening of motor function, and the effect wears off once the treatment stops.

Considerations in the combination of clozapine and benzodiazepines

Authors : Rupprecht R, Soyka M, Grohmann R, Ruther E, Moller HJ. - Klinik fur Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universitat Munchen, Munchen, Deutschland.

Source : Nervenarzt. 2004 Mar 23 [Epub ahead of print]

Summary : Serious adverse events and even sudden death have been reported during administration of the combination of clozapine and benzodiazepines. However, this combination does not necessarily result in increased frequency of serious adverse events. Thus it is not regarded as an absolute contraindication and might be useful in distinct clinical situations, e.g., during the occurrence of a malignant neuroleptic syndrome, "catatonic dilemma," or severe agitation during clozapine treatment. In the following report, certain suggestions on how to deal with this combination therapy are provided which may provide a basis for discussion that ultimately may lead to the formulation of guidelines for this combination therapy. Such guidelines may help psychiatrists in dealing with this combination in clinical situations. Moreover, the formulation of such guidelines would help with forensic issues in case of serious adverse events occurring during this combination therapy.

Seizure secondary to citalopram overdose.

Authors : Cuenca PJ, Holt KR, Hoefle JD. Madigan-University of Washington Emergency Medicine Residency, Madigan Army Medical Center, Fort Lewis, Washington 98433, USA.

Source : Emerg Med. 2004 Feb;26 (2):177-81.

Summary : Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are widely used in the community for treating many forms of mental illness. Citalopram, a newer generation SSRI, is commonly prescribed but, despite its low toxicity profile, has a danger of seizure and dysrhythmias in overdose. This case report documents the key aspects in treatment of a citalopram overdose resulting in a seizure and an episode of supraventricular tachycardia (SVT). The seizure was successfully treated with benzodiazepines. The SVT was terminated with administration of adenosine. We review the literature and make recommendations on treatment of citalopram overdose.

The Effects of Antidepressants on Human Sexuality

Authors : Anita H. Clayton, MD, and Sara G. West, MD

Source : Primary Psychiatry. 2003;10(12):62-70

Summary : **Focus Points**

- Antidepressant medications affect sexual functioning through specific mechanisms of action.
- Antidepressant-associated sexual dysfunction (SD) may contribute to medication nonadherence or diminished quality of life.
- Many factors may contribute to SD in depressed patients, including residual symptoms of depression, medical illness, substance abuse, psychosocial factors, and medications.
- Algorithms may be helpful in the assessment and treatment of SD associated with antidepressant therapy.

Abstract **:** Sexual dysfunction has become an increasingly important and recognized contributor to the side-effect profile in patients treated with antidepressant medications. The

condition may take several forms and must be differentiated from a prior or unrelated condition. The effects of each class of antidepressants differ based on their mechanisms of action. There exist a number of options for relief of sexual dysfunction associate with the use of antidepressants.

- **Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents**

Authors : Herrmann N, Mamdani M, Lanctot KL

Source : Am J Psychiatry. 2004 Jun;161(6):1113-5

Summary : Randomized controlled trials have suggested that at least one atypical antipsychotic may be associated with an increased risk of stroke in older people with dementia. This study examined the association between atypical antipsychotic use and stroke in the elderly. METHOD: The authors conducted a retrospective population-based cohort study of patients over the age of 66 by linking administrative health care databases. Three cohorts-users of typical antipsychotics, risperidone, and olanzapine-were identified and compared. RESULTS: Subjects treated with typical antipsychotics (N=1,015) were compared with those given risperidone (N=6,964) and olanzapine (N=3,421). Model-based estimates adjusted for covariates hypothesized to be associated with stroke risk revealed relative risk estimates of 1.1 (95% CI=0.5-2.3) for olanzapine and 1.4 (95% CI=0.7-2.8) for risperidone. CONCLUSIONS: Olanzapine and risperidone use were not associated with a statistically significant increased risk of stroke compared with typical antipsychotic use.

- **Comparative effect of atypical and conventional antipsychotic drugs on neurocognition in first-episode psychosis**

Authors : Keefe RS, Seidman LJ, Christensen BK, Hamer RM, Sharma T, Sitskoorn MM, Lewine RR, Yurgelun-Todd DA, Gur RC, Tohen M, Tollefson GD, Sanger TM, Lieberman JA.

Source : Am J Psychiatry. 2004 Jun;161(6):985-95

Summary : The effect of antipsychotic medication on neurocognitive function remains controversial, especially since most previous work has compared the effects of novel antipsychotic medications with those of high doses of conventional medications. This study compares the neurocognitive effects of olanzapine and low doses of haloperidol in patients with first-episode psychosis. METHOD: Patients with a first episode of schizophrenia, schizoaffective disorder, or schizophreniform disorder (N=167) were randomly assigned to double-blind treatment with olanzapine (mean modal dose= 9.63 mg/day) or haloperidol (mean modal dose=4.60 mg/day) for the 12-week acute phase of a 2-year study. The patients were assessed with a battery of neurocognitive tests at baseline and 12 weeks after beginning treatment. RESULTS: An unweighted neurocognitive composite score, composed of measures of verbal fluency, motor functions, working memory, verbal memory, and vigilance, improved significantly with both haloperidol and olanzapine treatment (effect sizes of 0.20 and 0.36, respectively, no significant difference between groups). A weighted composite score developed from a principal-component analysis of the same measures improved to a significantly greater degree with olanzapine, compared with haloperidol. Anticholinergic use, extrapyramidal symptoms, and estimated IQ had little effect on the statistical differentiation of the medications, although duration of illness had a modest effect. The correlations of cognitive improvement with changes in clinical characteristics and with side effects of treatment were significant for patients who received haloperidol but not for patients who received olanzapine. CONCLUSIONS: Olanzapine has a beneficial effect on neurocognitive function in patients with a first episode of psychosis. However, in a comparison of the effects of olanzapine and low doses of haloperidol, the difference in benefit is small.

Behavior Therapy - Psychotherapy

- **العلاج السلوكي الفردي لإيقاف التدخين**

المؤلف : Lancaster T, Stead LF

المصدر : Cochrane Review : 2, 2003. Oxford: Update Soft.

ترجمة : المركز العربي للطب المسند www.arabicebm.com

ملخص : قد تساعد الإستشارة الفردية المقدمة من قبل أخصائي العلاج السلوكي في إنجاح محاولة المدخن إيقاف التدخين.

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية إلى معرفة تأثيرات الإستشارة السلوكية الفردية على نجاح محاولة إيقاف التدخين بعد ستة أشهر على الأقل بعد بدء الاستشارة.

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالياً على ثمانية عشر تجربة سريرية معشاة، تم في خمسة عشر منها مقارنة المشاورة السلوكية الفردية مع عدم التدخل في محاولة التوقف عن التدخين، وتم في أربعة تجارب المقارنة بين أنماط مختلفة من طرق المرة. ويتبين من نتائج هذه التجارب أن المشاورة الفردية أكثر فعالية من عدم التدخل، حيث بلغت نسبة الأرجحية 1.62 (مجال الثقة 95%: 1.35 إلى 1.94). ولكن لم تختلف فعالية الإستشارة الوجيزة عن فعالية الإستشارة الأكثر تركيزا (نسبة الأرجحية 0.98 ومجال الثقة 61.95 إلى 1.56). كذلك لم يلاحظ اختلاف في التأثير بين الإستشارة الفردية وبين المعالجة الجماعية (نسبة الأرجحية 1.33 ومجال الثقة 95% 0.83 إلى 2.13).

استنتاجات المؤلفين : تبين هذه المراجعة المنهجية أن إستشارة إيقاف التدخين يمكن أن تساهم في زيادة فرص نجاح دخنين في التوقف عن التدخين.

- **المعالجة السلوكية لألم أسفل الظهر المزمن**

المؤلف : Tulder MW van, Ostelo RWJG, Vlaeyen JWS,

المصدر : Cochrane Review : 4, 2001. Oxford: Update Soft.

ترجمة : المركز العربي للطب المسند : www.arabicebm.com

ملخص : لاتركز معالجة ألم أسفل الظهر المزمن مبدئيا على إزالة المرض العضوي المستبطن، وانما على تخفيف العجز المرافق عن طريق إدخال بعض التعديلات البيئية والمعرفية، وفي ذلك ما يتيح المجال لإستخدام التداخلات السلوكية في معالجة هذا المرض المسبب للعجز.

الأهداف: تهدف هذه المراجعة المنهجية الى معرفة ما أذا كانت المعالجة السلوكية أكثر فعالية من المعالجات المرجعية في ألم أسفل الظهر اللانوعي المزمن، وإاى تحديد نوع المعالجة السلوكية الأكثر فعالية في هذا المجال.

النتائج الرئيسة: تشتمل هذه المراجعة المنهجية حالي على ست تجارب سريرية معشاة جيدة النوعية. وتبين نتائج هذه التجارب وجود برهان قوي على أن للمعالجة السلوكية تأثير إيجابي معتدل على شدة الألم (حجم التأثير 0.62 ومجال ثقة 95% 0.25 الى 0.98)، وتأثير إيجابي متواضع على الحالة الوظيفية النوعية (حجم تأثير جميعة 35. ومجال ثقة 95% 0.04 الى 0.74)، والمحصلة السلوكية (حجم تأثير

جمـيعة 0.4 ومجـال الـثقة 95% 0.1 الى 0.7) عند مرضى ألم أسفل الظهر المزمن مقارنة مع مراقبة قائمة الأنتظار أو عدم المعالجة. ولكن تقـدم هـذه النـتائج أيضاً برهاناً أضعف على أنه ليس لإضافة عنصر سـلوكالي بـرنامج المعالجة العادي لألم أسفل الظهر المزمن أي تأثير قصير الأمد على الحالة الوظيفية النوعية (حجم التأثير 0.31 ومجال ثقة 95% 0.01 الـى 0.64) ولاعلـى شدة الألم (حجم التأثير 0.03 ومجال ثقـة 95% 0.3 الى 0.36) ولاعلى المحصلة السلوكية (حجم التأثير 0. ومجال ثقة 95% 0.08 الى 0.45).

اسـتنتاجات المؤلفين: تبين هذه المراجعة المنهجية وجود برهان يؤكد فعالـية المعالجـة السلوكية في معالجة ألم أسفل الظهر المزمن، حيث تلعـب عوامـل الخطر النفسية دوراً في تطور ألم أسفل الظهر المزمن، ممـا قـد يجعل من الكشف المبكر لهذه عوامل جزءً أساسياً من خطة التدبـير. لذلك، فإن هناك حاجة لدراسات مستقبلية لمعرفة نمط المرضى الأكثر استفادةً، و نمط المعالجة السلوكية الأكثر فائدةً.

- **Therapy of Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorder in Behavior Therapy Practice**

Authors : C. Roth, J. Siegl, N. Aufdermauer, H. Reinecker
Source : Verhaltenstherapie 2004;14:16-21

Summary : The importance of exposure in the treatment of anxiety and obsessive-compulsive disorders is widely accepted. The present study investigates how therapists in German ambulatory care actually treat patients with anxiety disorders or obsessive-compulsive disorders. Material and Methods: For this purpose 138 medical and psychological psychotherapists (behavior therapy) were investigated by use of a self-constructed questionnaire. The questionnaire contained 85 closeended and half-open questions on the concrete proceeding in therapies for anxiety and obsessive-compulsive disorder especially regarding exposure. Data were analyzed descriptively. Results: 83.3% of the therapists used exposure therapy in the treatment of anxiety disorders, 79% used it in the treatment of obsessive-compulsive disorders. Mostly, therapists choose gradual exposure. Only sometimes they use exposure in vivo. Only a minority allows 2 hours or more for an exposure session or leaves their private practice for the exposure training.

- **The Impact of Psychological Psychotherapy on Anxiety Provoking Dizziness in Panic Disorder with Agoraphobia**

Authors : N. Heinrichs, K. Hahlweg, C. Moschner, K. Wessel, W. Fiegenbaum
Source : Verhaltenstherapie 2003; 13:244-252 (DOI: 10.1159/000075840)

Summary : Dizziness is frequently reported as a typical somatic complaint in panic disorder with agoraphobia. However, it is unclear, how often dizziness is experienced as anxiety provoking, and to what extent fear of dizziness affects treatment success. The present study examined the frequency and the influence of behavior therapy on anxiety provoking dizziness in patients with panic disorder with agoraphobia. Patients and Methods: 398 agoraphobics with panic disorder participated in the study. To analyze the impact of psychotherapy on dizziness, patients were classified into four groups depending on anxiety provoking dizziness (strong/weak) before or after treatment (pre/post). Results: Fear of dizziness was the most frequent somatic complaint in these patients at the beginning of the treatment. According to different self-rating scales, all four groups improved considerably with treatment. However, the group that reported dizziness as very anxiety provoking before treatment but no longer anxiety provoking after treatment yielded the strongest overall therapy effect. The other three groups did not differ in their overall benefit from treatment. Similar effects were found if different somatic sensations such as heart palpitations or hard breathing were selected. Discussion: The frequency of fear of dizziness emphasizes its relevance in this patient sample. It is therefore important that practitioners be informed about possible differential diagnoses that may include this fear. However, fear of dizziness did not take a special role in treatment outcome because treatment efficacy depended on losing the fear of disorder-typical physical symptoms in general, not specifically the fear of dizziness.

مداخـــلات المحـــور الأول : اللغـة العربيـة و العلـوم النفسيـة

للمشاركـــة في المنتـــدى
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.Ar.asp

سعيا لتفعيل الحوار نعرض لمواقف و أفكار أساتذة و أطباء نميزوا بمساهمتهم الأصيلة لتطور العلوم النفسية في الوطن العربي.

اللغة هي وحدة الوعي و تشكيلاته المتداخلة

أ.د. يحيـــى الرخـــاوي - القاهـرة / مصـر

إن اللغـات البشـرية تـتولد و تحـيا وتمـوت وقد يبلغ بها الاحتضار مشارف الفناء فيفيض الله لها من ينفخ في أنفاسها، فتنبعـث انبعاثا جديدا فيشتد عودها وتستقيم هامتها، ولئن كان الأصـل فـي اللغات أن تعيش بفطرتها وأن تفنى بفعل الزمن فـيها، فـإن الـتاريخ لفتنا من الدروس ما به نسلم أيضا بأن اللغـات قد تقتل قتلا فتبار، أو تبعث بعثا كأنما هو الإحياء بعد الممـات. فاللغـة هـي وحـدة الوعي وفي نفس الوقت هي تشـكيلاته المتداخلة القادرة على الإفصاح المعرفي دون إلزام ببلاغـي محـدد والوعـي هو كلية اللغة حالة كونها منظومة مسـتقرة نسبيا. ومن هنا فإن تشكيل الوعي يعتمد بالضرورة علـى مـا تتصف به اللغة من قوة وضعف، وإحكام وترهل، وإبداع وتناثر.

العربية و تدريس علم النفس

أ.د. علي زيعور / أستاذ الفلسفة و علم النفس - لبنان / بيروت

إن تدريـس علـم الـنفس بالعربـية أفضل للمستقبل، ولبناء الذهنـية، ولتحليل الواقع، وأنه أشفى للجرح النرجسي، وألزم للمحافظـة علـى قيمة الذات، واعتبار تكريم النحن التاريخي، وألصـق بالأنا الباحثة عن الشعور بالأمن والثقة، وباللغة التي ما طفقت تتكسر لتعيد انتعاشاتها.

علاقة الإنسان العربي بلغته

د. بســـام بركـــة / لبنـــان

نسـتطيع القـول أن تحليل اللغة العربية و مقارنتها مع لغات أخـرى كالأوروبـية مثلا يسمحان لنا بسبر جوانب عديدة من الـذات العربية. إن علاقة الإنسان العربي بلغته و العالم الذي يـتعامل معه تختلف عن علاقة الإنسان الغربي بلغته و العالم الـذي يتعامل معه. **فالإنسان العربي يعيش لغته في ذاته** و لا يعطي اللغة قيمة الشيء الذي ينسلخ عنه و يوجد في خارجه. فهـو عندما يتكلم يمتلك اللغة بالمعنى الجذري لكلمة الامتلاك أي **أن ذاته و اللغة يصبحان كيانا واحدا** لا ثنائية في تركيبه.

الإنسان العربي يعيش لغته في ذاته

د. المنصـــف الشلـــي / تونـــس

إن من يتكلم العربية عربي في كينونته، و من يتكلم الفرنسية فرنسي في كينونته. و لا شك في أن الأول يختلف عن الآخر فـي وعيه و تفكيره و حياته من المنظار النفسي و الاجتماعي و الأخلاقـي. ذلـك أن الإنسان الغربي يعرض أمامه الإشارة اللغويـة و يقدمهـا، إذا صـح التعبـير، إلى وعيه في حركة متعالـية، في حين أن **الإنسان العربي يعيش لغته في ذاته و يقـدم نفسـه هو إلى اللغة فتشكل وفقا لتشكل اللفظة العربية تاريخيا و تزامنيا.**

خواء المشهد اللغوي العربي و تجاهل ثورة علوم اللسانيات

أ.د. نبيل علي / أستاذ المعلوماتية و علوم الاتصال – القاهرة / مصر

ماذا جرى لنا حتى نهمل لغتنا الأم كل هذا الإهمال، تنظيرا و تعليما واستخداما وتوثيقا؟ ومجامعنا اللغوية مشتبكة في حرب ضـروس مـع المصـطلح على حساب أمور اللغة الأخرى، وجامعاتـنا ومراكـز بحوثـنا تجاهلـت إلى الآن ثورة علوم اللسـانيات مـنذ منتصف الخمسينيات، ولولا بعض مبادرات مغربـية فـي مجـال التنظـير اللغـوي، وتونسية في مجال المعجمـية، وسـورية في مجال التعريب، ومصرية في مجال النقد الأدبي، لكاد المشهد اللغوي لدينا أن يخلو من أي جديد . ومـا كل هذه الخصومة التي تصل إلى حد القطيعة بين فرق فكـرنا القومـي والديني والسلفي والعلماني؟ كل فريق يضع شروطا مسبقة للحوار تنسف لنظيره قواعد انطلاقه، ومعاركنا الثقافـية مـا بين الضجيج وتصفية الحسابات. ولماذا لا يرى الكثـيرون- كما يقول الجابري- نهضة عربية أو إسلامية إلا في غيبة الآخر أو إلغائه؟. يحدث ذلك في عصر الحوار عبر الإنترنـت، فهـل نستسلم إلى ما يشيعه الآخرون عنا، من أننا نفضل المونولوج على الديالوج، سواء بين أهلنا أو مع غيرنا؟

العربيـة و ملاحقة التطور العلمـي

د. جمـــال التركـــي / الطـب النفســـي – تونـس

إنـنا نمـر حالـيا بمرحلة انتقالية سيقع تجاوزها حتما. فاللّغة العربـية لـم تعـرف تطوير المصطلح العلمي إلا في القرن الأخـير، و جـل المصطلحات النّفسية الحديثة هي من وضع أخصّـائيين و أطـباء متحمّسين للّغة العربية فجاء المصطلح أحـيانا مناسـبا و أحـيانا مربكا في حاجة إلى مزيد الدقّة و التقصّي و لا بد من رفع الشّكر إلى كل الذين يكتبون بالعربية لأن هـؤلاء يسـاهمون فـي إثراء اللّغة. إنّ ضرورة تطوير معاجمـنا اللغوية و التصدّي لمعضلة المصطلح العلمي أمر لا جـدال فـيه ، لقـد آن الأوان لإرساء قواعد مؤسّسات علمية عربـية تعمـل على تحديث التنظير اللغوي بعد ركود استمر قـرونا طويلـة وعلـى تطويـر أساليب تعليم و تعلم العربية بالوسائط التفاعلية الحديثة، و إحداث نظم ترجمة آلية. إنّ هذا لهـو السـبيل الوحيد إن أردنا أن تلاحق اللغة العربية التطور العلمي و التقني و الفكري.

الذات بين الاستئصال و تموقع اللغة

د. محمـــد رضـــوان حســـن / لبنـــان

إذا لـم تتعلم الذات العربية وعي الوجود بلغتها الأم، فإن اللغة الأم ستبقى متقوقعة في جمودها. و ستجد الذات مستأصلة من جذورها، من ثقافتها الأصيلة.

العربية بين الدقة العلمية و النزعة الجمالية

أ.د. علي زيعور / أستاذ الفلسفة و علم النفس - لبنان / بيروت

إن قانون الدقة العلمية يفرض تجاوز الأذن التي تطرب لكلمة وتأنف من أخرى. تلك العواطف إزاء اللغة، والنزعة الجمالية الأذنية، تعيق. وتشد إلى الوراء، إلى اللاعلمي، إلى الانفعالي، إلى عدم الجرأة والتحدي، إلى النكوص و الاجتياف المستمر لإضآل قيمة اللغة، و قدرات الذات الجماعية لتبخيس الحقل.

الادعاء بقصور اللغة العربية دعوة باطلة

أ.د. محمد أحمد النابلسي : أستاذ الطب النفسي– طرابلس / بيروت

يعاني الباحث النفسي المعاصر من "اضطراب المصطلح ". فالدراسات النفسية تشهد تطورات هامة في وقتنا الحالي. وهذه التطورات كثيرا ما تقتضي تفريع المصطلح الواحد إلى أربعة أو خمسة مصطلحات فرعية، مما يتسبب غالبا بارتباك وتشويش القارئ. و"اضطراب المصطلح " يشكل اليوم شكوى أساسية لدى الباحثين الأميركيين خاصة والغربيين عامة.

ومن الطبيعي أن تكون معاناة الباحث العربي من "اضطراب المصطلح " معاناة أكثر عمقا. ومرد هذا العمق وهذه المعاناة يكمن في أن باحثينا لا يقودون هذه الأبحاث ولا يجارونها بل إنهم لا يطلعون عليها إلا بعد مرور عدة سنوات (وهذا يدعم ضرورة قيام المدرسة العربية). أما التستر وراء الادعاء بقصور اللغة العربية عن استيعاب هذه المصطلحات فهو دعوة باطلة. وهذا الباطل يعجز عن تغطية قصورنا وقصور مراكزنا العلمية ومؤسساتنا حتى نطمئن بالا ونلقي اللوم على اللغة.

عقم اللغة أم عقم الفكر

د. محمد رضوان حسن / لبنان

اللغة العربية إن كان لا يوجد فيها العلم الحديث بمصطلحاته فذلك لا يرجع إلى اللغة بذاتها. بل إلى "**العقم الفكري**" للذين يتكلمون العربية. اللغة لا تنفصل عن الفكر، و الفكر لا ينفصل عن اللغة ... اللغة هي الفكر كما أن الفكر هو اللغة. الكلمة حين تتدحرج على لساننا، فإنها، كما يقول ميراوبونتي، لا تتدحرج إلا كفكرة... و بالتالي فإنه لا توجد فكرة الراديو أو التلفاز إلا في كلمة الراديو أو التلفاز متدحرجة على لساننا بلساننا ... الوجدان العربي، إن كان لا يعيش مصطلحات العلم الحديث، فكيف نطلب من اللغة العربية التي هي لغته أن تحوي هذه المصطلحات؟ المشكلة هي إذن مشكلة حضارية ثقافية، مشكلة ذات تعي الوجود و تقول ما تعيه من الوجود.

دعوة إلى اعتماد مبدأ ضم الكلمات

د. جمال التركي / الطب النفسي – تونس

إن اللّغة العربية ثرية بمشتقّاتها وترادفاتها وهي قادرة على إيجاد ترجمة مناسبة لكل مصطلح علمي و إني لا أرفض تعريب المصطلح في مرحلة أولى في غياب ترجمة مناسبة، و أدعو إلى اعتماد مبدأ ضم الكلمات إلى بعضها عند ترجمة المصطلح و لعلّي أتّفق مع زيعور الذي كان من أوائل الذين نادوا بمبدأ ضم الكلمات عند ترجمة المصطلح العلمي كأن نقول مثلا : طبنفسي – علمنفس – علاجنفسي – تحليلجنسي - تحليلنفسي – نفستربوي – نفسدي – نفستماعي ... إنّ هذا أفضل للمختص في العلوم النفسية و الحامل هموما لغوية ناجمة عن تحديات حضارية و وجودية و معرفية

دعوة إلى احترام كل اللغات بعيدا عن الرهاب و عن الهلع

أ.د. محمد أحمد النابلسي : أستاذ الطب النفسي– طرابلس / بيروت

إن أجواء الواقع الثقافي العالمي لم تعد تقبل الانغلاق الفكري و الثقافي و اللغوي وهي تميل إلى فرض واقع عالمي عبر حضاري يترك لكل ثقافة مسؤولية الحفاظ على هويتها و خصوصيتها. من هنا كانت مسؤولية الاختصاصيين النفسيين العرب مسؤولية كبيرة للمساهمة في الحفاظ على خصوصية الشخصية العربية و دعم توازنها بترسيخ علاقاتها بأمها اللغة، بما في ذلك إصلاح ذات البين بين هذه الأم و أبنائها عن طريق إفهامهم بأن الأمهات البديلات لا يعترفن بخصوصية و لا هم يرعين حرمة هوية، إلا هوية و خصوصية أبنائهن. إنها دعوة إلى احترام كل اللغات بعيدا عن الرهاب و عن الهلع.

العربية بين اللفظانية و الانضباطية

أ.د. علي زيعور / أستاذ الفلسفة و علم النفس - لبنان / بيروت

الذين يكتبون علم النفس بالعربية أو يترجمون (ينقلون) إليها. يغنون اللغة و يكسرون ألفاظا غيمية، ويمنحون الثقافة إغتناء بالعلم و الدقة والصرامة على حساب الترادفية والتكرارية والفضفاضية في الصياغة المقارنة، هنا، معبرة ومعبرة: **فاللغة العربية، بدون الانضباطية التي تفرضها الصياغة في العلم** (العلوم المضبوطة، والعلوم الإنسانية)، **كانت لفظانية تتقدم فيها الفكرة ببطء داخل ثوب من الكلام الضحضاح الغزير**. وفي الوقت الذي كان فيه علم النفس، في الغرب، ينبني كعلم مستقل بمناهجه وغرضه ومصطلحاته، ويتقبل المختبرات، كانت اللغة العربية لا تبني في ابنها النظرة المعرفية التي تقوم على التجريبية والقيمة المحددة للمصطلح.

قـــــــراءات فـي المحـــــور

اللغة العربية و تشكيل الوعي القومي

أ.د. يحيـــى الرخـــــاوي

www.arabpsynet.com/Archives/VP/VP.Rakkaoui.ArabLangage.htm

اللغة و خصوصية الشخصية العربية

بســـام بركـــــة

www.arabpsynet.com/Archives/VP/VP.Baraka.langage.htm

محـــاور المنتـــــدى

المحـــور الأول

اللغة العربية و العلوم النفسية

المحـــور الثاني

نحو سيكولوجيا عربية

المحـــور الثالث

الوظيفة الجنسية من السواء إلى الاضطراب

المحـــور الرابع

مداخلات حـــرة

انطباعـــــات : أطبـــاء و أساتذة الطب النفسي

شـارك برأيك: www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

أ.د. أحمـد عكاشـة / القـاهرة – مصـر

أود أولا أن أهنئك على مجهودك الضخم و المستمر في شبكة العلوم النفسية العربية، فهي فخر لنا جميعا. كما أود أن أشكرك على مساعدتك الدائمة في الإعلان و الترويج عن المؤتمر العالمي الثالث عشر للجمعية العالمية للطب النفسي المنعقد في القاهرة – سبتمبر 2005. مع تمنياتي لكم بالنجاح المستمر.

أ. د يحيـى الرخـاوي / القـاهرة – مصـر

بعد السلام عليكم ، أحترم جهودك وجهود كل زملائك.
أعرف أن الفرج ليس قريبا لكنه ليس مستحيلا ، "و أن ليس للإنسان إلا ما سعى و أن سعيه سوف يرى " و عليكم السلام.

أ. د. أديـب العسالـي / سـوريـا – دمشق

تحية طيبة أتابع باهتمام النقاش الذي تديرونه حول المدرسة العربية للعلوم النفسية. أعتقد أن التاريخ يعرض أمثلة عديدة عن ضرورة استيعاب ما أنتجته الثقافات التي سبقتنا في هذا المجال بقصد الاستفادة منه في تطوير مدرستنا العربية. هناك اتجاه عالمي تزداد قوته يومياً يقوم على إسناد الممارسات الطبية المختلفة، بما فيها التداخلات النفسية والاجتماعية، بأدلة وبراهين مشتقة من نتائج البحث العلمي. وقد أدى هذا الاتجاه إلى تطوير طريقة للتأليف الطبي هي طريقة المراجعة المنهجية التي تتضمن اشتمال كل ما هو معروف عن موضوع ما وتقييمه من حيث الجودة والنوعية ثم تلخيصه بشكل يدعم أو ينقض الموضوع الخاضع للتقييم. تتيح هذه الطريقة تجميع البراهين العلمية بشكل تراكمي يمكن تحديثه باستمرار، كل ثلاثة أشهر مثلاً في حالة مراجعات كوكران المنهجية. (للإطلاع : www.arabicebm.com)

أ.د. سامـي عبد القـوي / الإمـارات – مصـر

أثار موقعكم شجون الزمن الرديء، زمن التقهقر والاستسلام، زمن سيتبرأ منا وسيكتب التاريخ فيه أسوأ ما نستحق ، فرغم كل ما نعانيه مازال هناك بصيص من نور، ولولا هذا البصيص لما كانت الحياة تستحق. إنها مرحلة التنازلات ، ولكن هناك من يعي ذلك ويحاول أن يخرج عن أنانيه وذاتيته لينشغل بالهم العربي . إن من لا يقدرون ما هو عربي هم الآن كثر، منهم من يحاول طمس هويتنا، والتفاخر بكل ما هو غربي، تحت مسميات العالم قرية واحدة والعولمة وتبادل الثقافات وأنت تعلم الكثير عن ذلك، ولكن حسبك هذا النفر القليل فهم أكثر فعالية من هذا الكثير الذي هو كغثاء السيل ، وأما الزبد فيذهب جفاء وأما ما ينفع الناس فيمكث في الأرض . أشعر إنني لست بمفردي الذي أعاني الهم العربي، إن ما فعلته وتفعله من أجل هذه الشبكة هو ما سيدوم ، والموقع يسير من حسن إلى أحسن ، وإذا كان البعض هنا لا يقدرون مثل هذا العمل الضخم والرائد في هذا المجال والمفيد لكل المهتمين بالعلوم النفسية، فهناك أيضاً من يقدرون العمل ويحرصون عليه . أشكركم جزيل الشكر، و لكم كل التقدير.

أ.د. محمـد أحمـد النابلسـي / طرابلـس – لبنـان

إن مـا فعلته هو مجهود جبار يندر أن يحققه فرد. وهذا رأي لا أبديـه تعاطفـاً. بل هو شهادة موضوعية ستتأكد من خلال الاقـبال علـى موقع الشبكة ومن خلال فعاليتها الاجرائية في مسـاعدة الباحثيـن العرب. بما سيؤكد أن مشروعك هو أحد سـبل تذكر المستقبل. ان الدعوة الى مدرسة نفسية عربية هي سيرورة لتذكر المستقبل. وليست نكوصاً رجعياً ان مشروعك والجهـد المـبذول فـيه لا بد له من نيل الإعتراف بعيداً عن تقلـيعات المصـطلحات المعدنية من عولمة ووافعية وغيرها. فمـا تفعله هو المستقبل وتأكد أن من يعجز عن تذكر المستقبل يعجـز عن التموقع في الزمان والمكان فيفقد توجهه ومع هذا الفقـدان يفقـد حـتى مكانه في هذا العالم وفي هذه الحياة. ان ظاهـرة المثقف العالمثالثي الكاره لنفسه ولقومه اصبحت عامة بفعـل المصـطلحات الطحلبـية النابتة مع الفوضى العالمية الراهنة. والتي يبين الوقت انها مجرد اوراق خريف تسقط في نهايـة فصـل الفوضـى. لقد كان استاذي بيار مارتي عارم السـعادة عندما ترجمت له الى العربية بعض ابحاثه ونشرتها لـه. وبقـي ممتناً لذاك حتى وفاته. والموقف تكرر مع جاك واينـبرغ واليزابيـث موسـون وغـيرهم. في حين واجهني المعدنـيون برفضهم لقراءة كتاب عربي حتى لو كان مترجماً. انـه زمـن فقـدان التوجه. ومع ذلك فاني اتوقع نجاحاً غير مسـبوق لموقـع الشبكة ومشاركة اكثر فعالية . يبقى أن أعيد تهنئتك على هذا الإنجاز الكبير مع تمنياتي الخالصة لك بدوام العز والعطاء.

أ.د. طـارق عكاشـة / القـاهرة – مصـر

أهنـئك على مجهودك الضخم خلال السنوات السابقة للوصول لهـذا الـ website الذى اعتبره فخر لشمال أفريقيا و الأمة العربـية كلهـا. مـرة اخـرى أهنئك على هذا المجهود غير المسبق.

د. حسـان المالـح / سوريـا – السعودية

سررت كثيراً بإطلاق هذا الموقع الذي انتظرناه طويلاً .. وقد جـاء علـى أحسن ماتوقعناه ..ولك كل الشكر والتقدير على جهـودك الـرائعة .. وقد استطعت من خلال الجد والدأب أن تخـرج الموقـع إلى النور .. والموقع يحقق طموحات كثيرة وسـيغتني أكثر وأكثر بفضل جهودك وكل من شارك معك في هـذا الإنجاز الرائع بإذن الله إنه عمل عظيم وموسوعي ولك كل التقدير على جهودك وإصرارك على إطلاق الموقع وليس لـي حالـياً سوى المباركة والتهنئة لكم / مع اطيب التمنيات القلبية. (مدير موقع حياتنا النفسية).

د. خالـد اصليـح / غـزة – فلسطين

انـا سعيد جدا بجهودكم في هذا الموقع وانها خطوه في الاتجاه المناسـب ونحن في المشرق في حاجه ماسه لهذه المجهودات القـيمه . اتمني لكم التوفيق وانا اعرض عليكم خدماتي او أي شئ استطيع ان اقدمه.

العـدد القـادم

انطبـاعـــات أساتـذة علـم النفـــس ...

Appreciations : Professors of Psychiatry & Psychiatrists

Pr. Norman Sartorius : SUISSE

I shall certainly try to follow the development of your site and contgratulate you on the initiative. / With kind regards. (World Psychiatric Association)

Dr. Ghita ELKHAYAT ! Casablanca – MAROC

Je voulais te remercier en te souhaitant tout le courage de continuer à nous faire « arabpsynet »... Encore bravo, merci et essayons de travailler ensemble.

Dr. W. K. Abdul-Hamid : Chelmsford - UK

I would like to thank you for your creative efforts to facilitate better Arab Psychiatry and to wish you and the Arabpsynet all prosperity. I would like to offer my help in the development of your net a part from the fact that I don't speak French I am an Iraqi psychiatrist practicing currently in Chelmsford, UK. I wanted recently to attend your last psychiatry conference in Tunis but I was worried that I will not be able to understand as the conference programmed sound to be in French. I think we should start to try to bridge the gap between magrib French psychiatry and mashrik mainly English based psychiatry by using our mother tongue Arabic when and where possible. With my best wishes. (Consultant Psychiatrist & senior lecturer)

Pr. Lotfi GAHA ! Monastir – TUNISIE

Je tiens à vous féliciter pour tout ce que vous faites en faveur de la psychiatrie à l'échelle Tunisienne et Arabe et vous remercie en particulier d'avoir diffusé l'information concernant le 23è Congrès Franco-Maghrébin de psychiatrie qui se tiendra à Monastir les 7 et 8 octobre 2004. Un grand merci pour tout. Bien cordialement.

Pr. Said ABDEL AZIM ! Cairo – EGYPT

I appreciate your great effort to make the ArabPsyNet a window for communication between Arab Psychiatrists and others.The World Congress of Psychiatry of WPA going to held in Cairo 2005 should be our target to make it unforgetable event.Prof Okasha succeeded in inviting this Congress for the first time to Egypt and Africa and we should do all the effort to make it a successful one.Thanks for your invitation to all Psychiatrists in the Arab world to participate actively through scientific work.(President of the Egyptian Psychiatric Association / CoChair of the Scientific Committee of WPA Congress Cairo 2005)

Dr. Muhammad AL-SAMARRAI : IRAQ

It is agreat event in our time to have such revolutionary motion in the time of helplessness in our world.I am ready to take part in any thing in you may need.

Pr. Donnas STEWART : Montreal- Canada

Looks good. Congrats. (President of Women Mental Health Section / WPA)

Pr. Allan TASMAN ! Louisville - USA

Congratulations on launch of your new web site. I am sure it will be an excellent means to increase communication and share the latest works in the Arab world and elsewhere. I know that a tremendous amount of work has gone into putting this project together, and you are to be commended in the highest degree. I hope at some point in the future, once things are runnings smoothly , you might be able to post English versions of some, or all if possible, of the most important works that you cite. Best wishes and great success to you and all involved with this project, Sincerely. (Professor and Chairman Dept. of Psychiatry & Behavioral Sciences - University of Louisville School of Medicine Louisville - USA /United States Representative to the World Psychiatric Association Board / Past President, American Psychiatric Association)

Dr Syed N Abidi BSc, MBBS, FMMS : UK

I found this website very interesting, comprehensive and informative in deed. Site is added to `My Favourites / Kind regards.

Dr. ADEL Elmokhtar : Kénitra – MAROC

J'ai trouvé ce site particuliérement interessant. Ce site est pour moi une approche plus enrichissante, particulierement pour les psychiatres arabes qui souffrent du manque de pubilications. Il est donc normal que je remercie le DOCTEUR Jamel TURKY pour ses efforts constants qui ne datent pas d'hier. Bon courage pour toutes l'équipe technique. Et surtout bonne continuation.

Dr. Karam Radwan, M.D. : Michigan – USA

I was glad to see your website and your work evolve to be the light of our important sciences in the Arab World. Our speciality is way behind in educating the Arab nations on their mental health. I want to congratulate you on the great website, your contributions will be never forget by the upcoming generations. I would be more than happy if I can be of any help to you and your efforts. Many thanks.

Dr Khaled Mouneimne : LIBAN – Italie

I want to express my happiness enjoying your pages while surfing and reading such an important psy-site, and congratulate you for the efforts to divulgate and spread scientific arab psychiatric and psychological knowledge.Your site will help arab and non-arab researchers to understand really the deepness and the importance of the arab psychiatry, the psychiatry of Ibn Sirine and other scientists and psycho-sociologists as Ibn Khaldoun etc., the base of modern psychiatry and psychoanalysis. Thanks and go ahead

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 اتّجاهات البحوث العالمية وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث عبر بعض التّرجمات للأبحاث الأصيلة. أمّا بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلّة 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 ترحّب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حدّدتها 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 webmaster@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 خاصّة

1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفاتيح باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
2- يراعي في إعداد **قائمة المراجع** ما يلي: تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان 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 وذلك وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكّمين.
7- توجّه جميع المراسلات الخاصّة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
8- الآراء الواردة في المجلة تعبّر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
9- لا تعاد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.
10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر.

قواعـــد التوثيق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المرجع يذكر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرون مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius etal., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, etal., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990 : 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيبا أبجديا .دون ترقيم مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولا ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأنجلو المصرية

-عندما يكون المرجع بحثا في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايفة (2002) . تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12، 87 - 114

ج- عندما يكون المرجع بحثا في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث

1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها مرقمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت بها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع

2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

- **الدراسات والمقالات العلمية النظرية:**

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا لمست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ورؤية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالأصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

- **عرض الكتب الجديدة ومراجعها:**

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 وإنجازاته وسلبياته

3- محتوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

- **التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات المعنية بقضايا الطفولة:**

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس و الطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطى التقرير بشكل كامل ومنظم أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة ونتائجها وأهم القرارات والتوصيات

كما تنشر المجلة محاضر الحوار في الندوات التي تشارك فيها لمناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.