5
WINTER
2005

ARABPSYNET e.JOURNAL
مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm Volume 1- N°5, 2005 - - 2005 -5 عدد 1 مجلد

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

نحو مدرسة عربية للعلوم النفسية

مجلة فصلية محكمة في علم النفس

العـدوان المرتـــد إلـى الـــذات ... عنفـــا آخـــر

د. جمـــال التركـــي – الطـــب النفســـي / تونـــس

turky.jamel@gnet.tn

إن مشاعر القصور و الدونية و الوعي بالهزائم و التبخيس المستمر لقوى الذات العربية و قدراتها و للنحن و لتجربتها في الوجود الراهن و في التاريخ، و ما إلى ذلك أيضا من مشاعر بالحقد إزاء القاهر الوطني و الأجنبي، و التوتر من جراء الانجراحات الكثيرة المتكاثرة، و التقصير و الفشل في التكيف مع حضارة الأقوياء في المعمورة، كلها عوامل لا تجد لها خفضا و لا تصريفا صحيا. بذلك ترتد العدوانية و العنف إلى الذات التي تنشطر إلى جلاد و ضحية أو إلى قاض يدين و يؤثم و يعاقب و إلى متهم يدان و يتلقى العقاب.

إن العجز عن تدمير الصورة السيئة للذات، المتوازي مع العجز و اليأس أمام تحقيق الصورة المثالية للذات، هو شعور يرتد إلى الذات المنشطرة و السيئة التوافق و الناقصة التكيف. من هنا الانفجارات هنا و هناك، والهروب السلبي من خطر الاندثار و من خطر التفكك. إن في الحط من قيمة العرب، يأتي من العرب أنفسهم، أي في لوم الذات و تسفيلها و في إكبار العدو، إوالية تكيف سلبية ندافع بها عن أنفسنا، و نخفف من توترنا، و نستعيد التقدير الذاتي للذات. فتذوتنا في أعدائنا القواهر تصريف خلل في الاتزانية، و تفريج، و توفير "صحة نفسية" هي وقتية وهمية غير إيجابية ... و من الوجهة المقابلة فعلينا التنبه إلى الخطر الآخر يتمثل في التهرب من النقائص و العدوانية و مشاعر الفشل بإسقاطها على القواهر الخارجية و على أعداء نخلقهم بأنفسنا بشكل لا واع و لأهداف لا واعية.

أ.د. علي زريعور – التحليل النفسي للذات العربية – دار الطليعة – بيروت، لبنان

يأتي العدد الخامس من المجلة الإلكترونية متأخرا عن موعد صدوره للاختلال الحاصل بين محدودية الجهد و كثافة المادة العلمية، كنا إلى حين نعتقد أننا وصلنا إلى مرحلة من التوازن نستطيع التوفيق فيها بين جهدنا و مسئولياتنا تجاه إعداد المجلة و التحديث الدوري لبوابة الشبكة، (إلى جانب مد بريد قائمة المراسلات بآخر أخبار العلوم النفسية العربية : مؤتمرات، ندوات، دوريات، إصدارات...) . لكن تبين خطأ ما كنا نعتقده لتعاملنا مع واقع متحرك (دينامي) على الويب، يتطور بسرعة تفوق قدراتنا و يتطلب جهدا يفوق طاقاتنا، و بما أنه لا خيار لنا في مواصلة هذا العمل سعيا لرفع مستوى لياقة نفسية متردية و حرثا لواقع نفسعربي بالدراسات و الأبحاث الميدانية، (إبرازا للخصائص المميزة لممارساتنا و رسما لملامح المدرسة العربية للعلوم النفسية) . فإن مواصلة رسالتنا العلمية لا جدال فيه، خاصة بعد أن أضحت بوابة الشبكة من المصادر الأساسية للبحث على الويب في ميدان العلوم النفسية العربية، و بعد أن حظيت المجلة الإلكترونية بالتقدير الذي مكنها تبوأ منزلة محترمة بين الدوريات النفسعربية و العالمية. كل هذه "المكاسب" تدعونا للتمسك بما حققناه آملين تجاوزه لاحقا الأمر الذي يتطلب تكثيف إمكانيات أوفر و تعزيز الفريق العامل حفاظا على مبدأ الاستقلالية و الحيادية العلمية الذي التزمنا به، و لن يتسنى ذلك دون ولوج خدمات الاشتراكات المدفوعة و الإشهار (العلمي و الدوائي) هذا و إن تمكنت كل من الشبكة و المجلة الصمود طيلة هذه المدة دون دعم (المعلنين و المتصفحين) فقد لا تستطيع مواصلة أداء رسالتها مستقبلا دون ذلك، إن أي مشروع مهما كانت نبل رسالته و أهدافه و مهما كان دعم مؤسسيه، إن لم يستطع في مرحلة من مراحله الاعتماد على موارده الذاتية فهو إلى زوال حتما إن أراد التمسك باستقلاليته و بالنهج العلمي الذي رسمه بعيدا على الوصاية و التبعية.

فـــي هـــذا الـــعـــدد

لم يكن في نيتنا إعداد ملف ثان عن سيكولوجية العنف، لكن وفرة الأبحاث التي تناولت العنف من أوجه أخرى حتمت علينا العودة للموضوع في ملف نقدم فيه قراءة سيكولوجية العنف الآخر، العنف اللا معلن (الخفي، المستتر، المبطن) الذي لا يبدو عنفا في ظاهره، لكنه أحيانا يكون أشد قسوة و ضراوة من العنف المعلن، ففي حين يتم التعرف بيسر عن العنف المباشر ويكون بالإمكان حماية الذات منه و الإفلات من قبضه، إلا أن العنف اللا معلن يتعذر إدراكه إلا بعد أن يحيط بالإنسان، بعد أن يقع ضحيته، إنه عنف مبطن يطلقه صاحبه مبتسما فتظن أنه الخير كل الخير... استوقفنا هذا النوع من العنف الذي استهل بمقالة ليحيى الرخاوي (مصر) عن "اللعب بالوعي... و أسلحة الدمار الشامل" بين كيف أصبح من الممكن أن ندخل إلى الوعي برامج مقحمة ليست بالضرورة لصالح التطور أو الوجود الأرقى أو الجمال أو الإبداع، و كيف من الممكن أيضا تخليق غرائز استهلاكية قاتلة، إقحام غرائز أيديولوجية زائفة، تجميد غرائز دينية راسخة، و حشر معلومات اغترابية مدمرة، تماما مثلمايفعل الساديون أو العابثون حين يقحمون فيروسا مهلكا في الكمبيوتر، ليخلص أن اللعب في الوعي يتم بالتشتيت و التقطيع و التشويش، يتم بالخبث و الكذب و الوعود و دغدغة الغرائز منفصلة، معتمدا آليات الإغراق بالإلحاح المتمادي و التكرار المتنوع و الملاحقة و الإلهاء بالتهميش و عرض القضايا الزائفة و تقديم المحدثات الجديدة، ليكون الناتج بالنهاية المراوحة بين التبلد و العجز و الإهانة و التهميش حتى لا يعود الإنسان إنسانا أصلا، هذا إذا ما بقي على الأرض دون انقراض. و من عنف اللعب بالوعي إلى "ظاهرة العنف السياسي" في رؤية سيكولوجية من منظور مقارن يقدمها قدري محمد حفني (مصر) مبينا أنه أحد

أنواع العنف الداخلي المتمركز حول السلطة، المتميز بالرمزية و الموجه إلى الفرد بصفته الرمزية، فهو لا شخصي يتسم بالجماعية، الإبثارية، و الإعلانية و يصنف إلى العنف القومي، أو الاقتصادي أو الديني (متخذا صور العنف المذهبي) إضافة إلى العنف العرقي و الجماهيري التلقائي ليخلص أن هذا النوع من العنف تغذية "ثقافة العنف" التي من أبرز ملامحها : إن الآخر إما عميل مأجور أو ساذج جاهل، إنه لم يعد الحوار يجدي معه، فهو خارج على الأصول الصحيحة يريد لنا الاغتراب عن الواقع و لا يمثل إلا أقلية و أنه مهما قال أو فعل فهو يظل في جوهره كما هو مضيفا أنه لا خلاص من آلام العنف السياسي إلا بالدعوة إلى التفرقة بين الفكر و السلوك و العنف و التعصب و مواجهة كل ما يناسبه مع رفع القيود عن الحرية الفكرية.

و في قراءة سيكولوجية انعكاسات الحرب على الأسرة اللبنانية تعرض منى فياض (لبنان) للمتغيرات الكثيرة التي طالت وضعية المرأة و المتمثلة في : هجرة الفتيات و تهجيرهن، هدم بعض القواعد الأخلاقية و رفع المحرمات (حالات زنى المحارم و العنف الجنسي) مقدمة بعض الحالات الميدانية، لتعرض في نهاية بحثها الآثار الجانبية للاعتقال بالنسبة للزوجة و الأبناء أو الأسرى (بعد الاعتقال/ بعد التحرير) مستخلصة ضرورة رفع الزيف عن صورة أنفسنا و التحلي بالصدق و الشجاعة من أجل مساعدة الأجيال القادمة للعيش في جو صحي متوازن. و نختم هذا الملف بقراءات موجزة لسيكولوجية العنف الآخر يعرض فيها يحيى الرخاوي (مصر) لـ "العنف الخفي" الذي يأخذ أشكالا متعددة منها العنف بالإغفال (فالإنكار)، العنف بالحرمان، العنف بالترك، العنف باللافعل، العنف بالإعاقة، والعنف من خلال البراءة الكاذبة، مؤكدا أن عكس العنف ليس التسامح أو الرقة أو اللين أو الطيبة أو البراءة، ولكن العدل، والحوار، والعدوان الإيجابي الخلاق، كما يقدم قدري حفني (مصر) قراءة في "صناعة الجنون" مبينا فيها أن التطور الذي شهدته هذه الصناعة نما مع تطور المجتمع حتى أصبحت صناعة ضخمة لها مؤسساتها الإعلامية و القمعية و الفكرية، و هي تعمل من خلال إلغاء أهلية المواطنين و تحويلهم إلى رعايا لا يملكون من أمرهم شيئا، و ذلك من خلال إقناع الضحايا أنفسهم بذلك الهدف بحيث يصبح العزوف عن اتخاذ قراراتهم بأنفسهم قيمة إيجابية تحكم تصرفاتهم تلقائيا، و يصبح التساؤل عن الأسباب تهمة ينبغي نفيها و الاعتذار عنها، و يؤول الأمر كله لأولي الأمر يتولون عن الجميع مهام الإعاشة و الحماية كما يرون و بالشكل الذي يروق لهم و بالقدر الذي يتفق مع مصالحهم. و من العراق يشاركنا فارس كمال نظمي بقراءة سيكولوجية عن "الاحتلال و ثقافة السلاح" من خلال تحليل محتويات بعض أعداد مجلة مصورة للأطفال يصدرها الجيش الأمريكي، بين فيها كيف يتم إقناع الطفل بفكرة أن "العالم مكان عدائي" يستحق القلق و الحيطة و التثبت و كيف تبث مشاعر التعصب و الطائفية تحت شعار التسامح و التعددية، إضافة إلى محاولة تثقيف الطفل بأنواع الأسلحة و مصطلحاتها الأمر الذي يساهم في تنمية قيم العنف الآتية مضافا إليها ما تراكم خلال أربعة عقود دموية، مشكلة الإطار السوسيولوجي المفسر لهيمنة ثقافة السلاح على الطفولة العراقية. كما يعرض قاسم صالح (العراق) في قراءته لـ "صياغة ثقافة الإرهاب" لمسؤولية النظام التربوي العربي في صياغة عقولا عودها أن "تستقبل" لا أن "تحاور" و جعل منها عقولا لا ترى إلا الذي أمامها في خط مستقيم و إن استدارت فبتوجه من سائسها . هذا إضافة إلى أن اغتراب الفرد العربي عن سلطته نجم عنه فقدان المعنى و الهدف في الحياة فصار معظم الشباب موزعا بين القديم و الحديث قسم نزع إلى ماضوية سلفية و قسم إلى حداثوية مغتربة ممثلا كلاهما الاغتراب عن المجتمع و الذات. و نختم هذا الملف عن البطالة كمظهرا آخر من مظاهر عنف الاستبداد و الحرب في قراءة سيكولوجية لفارس كمال نظمي (العراق) أكد فيها أن صاحب "الشهادة الأكاديمية" المعطل قسرا عن العمل هو عقل قطع نسله الفكري و عطلت نزعته الاجتماعية للتفتح بعد أن اندرجت جهوده لبناء شخصيته العلمية، مقدما لنا تقديرات مفزعة عن نسبة البطالة في العراق والتي بلغت حسب تقديرات الأمم المتحدة نسبة 72 %. كما يعرض نتائج مسح معلوماتي عن حاملي شهادات أكاديمية عاطلين عن العمل تبين من خلاله أن 80 % يعانون شعور حاد بالحقد و الغيظ و الرغبة بالثورة إضافة إلى أحاديد مأساوية لمثلث من مشاعر الاغتراب و النفور نحو الوطن. بهذه القراءات نختم الجزء الثاني من ملف "سيكولوجية العنف" آملين أن نكون سلطنا من وجهة نظر اختصاصنا بعض الأضواء عن هذه الظاهرة الآخذة في الاستفحال لعلنا نساهم من موقعنا في تفكيكها و التصدي لها .

يأتي الباب الثاني للمجلة "أبحاث و مقالات" حافلا بعديد الدراسات نستهلها ببحث لزياد بركات (فلسطين) عن "تأثير التنشيط الذاتي للذاكرة على التحصيل العلمي" لدى الطلبة باستخدام مساعدات التذكر و قادحات الذاكرة خلص فيه إلى وجود تأثير موجب و دال إحصائيا لاستخدام استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة في التحصيل الدراسي لمصلحة الذين استخدموا هذه القادحات، و شاركنا كل من عبد الخالق نجم عبد الله و رعد رحيم صالح (ليبيا) ببحث عن "الجوانب المعرفية لأمراض الكلى" لدى طلبة الآداب توصلوا فيها إلى تدني المعرفة بأبسط المعلومات عن هذا المرض مقترحين أن تقوم المراكز الطبية و جمعيات أصدقاء مرضى الكلى بندوات دورية تتناول الأسباب، الأعراض و الوقاية، و من الجزائر يقدم بشير معمرية دراسة ميدانية عن "معوقات البحث العلمي في الجزائر" قدم فيها قراءة تحليلية لظاهرة تدني البحث الأكاديمي مقارنة بزملاء في جامعات الدول الأخرى خلص فيه إلى تحديد مجموعة من المعوقات المادية و الشخصية تمثلت المادية في نقص إمكانيات النشر، غياب المراجع العلمية، عدم تشجيع البيئة الجامعية للبحث، عدم وجود علاقة بين الجامعة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى، عدم التشجيع المادي على البحث، عدم تأمين العيش الكريم للباحث، قلة اللقاءات العلمية المتخصصة. أما الشخصية فتمثلت في التردد قبل البدء في البحث، وانخفاض الدافع، الانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعية، الافتقار إلى الحزم في تنظيم الوقت، سيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث، والضغوط النفسية بسبب

وجود مشكلات خاصة. إضافة إلى معوّقات أخرى تتعلق بـ : الشعور بعدم الجدارة، نقص الإيمان بأهمية البحث العلمي، والخوف من رفض البحث من قبل جهة النشر، مسايرة الزملاء الذين لا يمارسون البحث العلمي، التأثر بالمنطق القائل : الجزائر ليست بلدا للعلم، صعوبة الحصول على موضوع جدير بالبحث، وعدم الميل إلى ممارسة البحث العلمي. ليخلص إلى جملة من التوصيات تجاوزا للمعوقات ودعما لمكانة البحث العلمي في الجامعة. إن الأساتذة في الجامعات العربية يحرثون في أرض صعبة المراس و لكن الإنسان يبقى قادر بإصراره تحدي المعوقات و لا أدل على ذلك ما يقدمه لنا الزملاء العراقيين من أبحاث، و ما البحث الأصيل الذي قدمه لنا كمال فارس نظمي "علم نفس الحاسوب. . . نحو قراءة تصنيفية" إلا دليل هذا، حيث بين في دراسته أن العلم و إن كان حيادياً في مادته النظرية، فإن النشاط العلمي (تكنولوجيا المعلومات) غير حيادي في تطبيقاته. ولذلك وجب التوكيد من منظور نفسي، على ضرورة تجنب المجتمعات النامية الانبهار بالمعلوماتية، لأن بإمكانها أن تلغي تفكير الإنسان. كما أن عليها الاستفادة إلى أقصى الحدود من هذه الثروة والثورة المعلوماتية، سعياً لتطوير إنسانيتها وانتزاع حقوقها، دون أن تنسى أن الغاية هي "المعرفة" وليست "المعلومات". و من أمريكا يشاركنا نعمان الغرايبة بمقالته عن "التعددية اللغوية في الطب النفسي و التعريب بالبلاد العربية" خلص فيها إلى أن التعدد اللغوي يحقق إيجابيات عديدة أهمها المحافظة على الخصوصية الثقافية و اللحاق بركب العلم في الزمن الحقيقي، إلى جانب تجنب حساسيات الانشقاقات الداخلية تجاه التعريب و حصول الطبيب النفسي على المعلومات الموثقة مع تجنبه إضاعة المال و الوقت و الجهد في الترجمة إلى العربية مع التركيز أن الحاجة ملحة في ترجمة الأبحاث العربية إلى لغات أخرى. يشاركنا أخيرا في هذا الباب كل من رمضان زعطوط و عبد الكريم القرش (الجزائر) بدراسة ميدانية عن "قابلية التواصل لدى الأطباء العامين بالجزائر" مقارنة بزملائهم الفرنسيين خلصوا فيه إلى تدني كفاءة التواصل لكل من العينة الجزائرية و الفرنسية مع اختلاف دال للعينة الجزائرية حسب السن و أقدمية الممارسة. و نعرض في ختام هذا الباب لملخصات بعض الأبحاث و المقالات : "المرأة المصرية و المرض النفسي"، "المرأة و الإحساس بالألم"، "العلاج العائلي لمريض الفصام"، "سيكولوجية اللعب و علاقته بمراحل النمو" لكل من داليا مصطفى، منال القاضي، محمد أحمد النابلسي و نهلة أمين أحمد.

أما في باب جمعيات العلوم النفسية فنعرض لتعريف بـ "الجمعية الدولية لأخصائيي علم النفس المسلمين" و لمجلتهم "مجلة الصحة النفسية للمسلم"، و في باب مؤتمرات نقدم برامج عدة مؤتمرات : المؤتمر المصري 21 لعلم النفس، الملتقى الدولي الخامس لوحدة الأبحاث النفسمرضية (تونس)، المؤتمر العلمي التركي الرابع لاضطرابات القلق (تونس)، مؤتمر الإرشاد في الدول العربية (مصر)، ملتقى المستجدات التصنيفية في طبنفس الطفل (تونس) و المؤتمر الدولي الأول لقسم علم النفس (طنطا، مصر) و أخيرا المؤتمر الثاني للجمعية النفسية السودانية (الخرطوم) حول "علم النفس التطبيقي و ثقافة السلام". كما نعرض في باب إصدارات حديثة لأربعة كتب : "مدخل إلى سيبرنطقيا التفكير"، "الوسواس القهري"، "مشاهد من على كرسي الطبيب النفسي" و "الخدمات النفسية على الإنترنت" لكل من سليمان جار الله (الجزائر)، محمد شريف سالم (مصر)، خليل محمد فاضل خليل (مصر) و بسام عويل (بولندا – سوريا) و في باب الدوريات الحديثة نعرض إلى ملخصات المجلة العربية للطب النفسي (الأردن) في العدد 2 المجلد 15 (نوفمبر 2004).

في باب جوائز دولية نقدم تعريفا بـ "جائزة ابن رشد للفكر الحر" التي تقدمها سنويا مؤسسة ابن رشد (ألمانيا) لشخصيات و مؤسسات عربية ساهمت في عملية تطوير المجتمع المدني نحو الحرية و الديمقراطية و الحداثة و التي تسلم في احتفالية ذكرى وفاة المفكر العربي ابن رشد الذي أظهر أهمية الفكر العقلاني و البحث العلمي و المعرفة في تطور المجتمعات قبل بداية تطور أوروبا بعدة قرون.

و في باب قراءات الشبكة نقدم لمشروع شبكة العلوم النفسية العربية في نسخته العربية بالإضافة إلى النسخة الفرنسية التي أشرف على ترجمتها سليمان جار الله (الجزائر) آملين ترجمة هذا النص إلى الإنكليزية مع تجديد الدعوة للزملاء مشاركتنا ترجمة العديد من الأبحاث الأصيلة إلى الفرنسية و الإنكليزية ذلك أنه لا سبيل لإيصال فكرك إلى الآخر ما لم يتحول إنتاجك البحثي إلى لغة يفهمها فالتقوقع على الذات لن يساهم إلا في تعزيز العزلة و الانسحاب من عالم لا مكان فيه لمن لم يفتك موقعا له في دائرة الضوء.

بداية من هذا العدد نشرع في التأسيس لباب جديد حول "مراجعة مواقع ويب" بعرض متصل لموقع "الفلسفة الإسلامية" و ذلك باقتراح من نعمان الغرايبة (الأردن/أمريكا)، الذي نتبناه و نعتبره موفقا و سنعمل أن يكون من الأبواب الثابتة آملين مشاركة الجميع بتقديم المواقع الهامة خاصة و أن الشبكة تعج بمواقع اختلط فيها الغث بالسمين، الأمر الذي يجعلنا في حاجة ماسة للتعرف على المواقع العلمية الرصينة التي يوثق بها و تقدم إضافة للمتصفح الباحث عن المعلومة الصحيحة.

و في ختام هذا العدد نقدم الأبواب الثابتة "انطباعات أساتذة علم النفس عن الشبكة" و "قراءات ملخصة للأبحاث الطبنفسية" الصادرة في الثلاثية الأولى لسنة 2005 إضافة إلى تتمة ترجمة بعض مصطلحات الحرف الأول من المعجم الإلكتروني للعلوم النفسي بلغاته الثلاثة العربية و الفرنسية و الإنكليزية.

إلى أن نلتقي . . .

اللعـــب فـــى الوعـــى... و أسلحـــة الانقـــراض الشامـــل *

أ.د. يحيـــى الرخـــاوي – الطـــب النفســـي – القاهـــرة – مصـــر

yehia_rakhawy@hotmail.com

لكلمة اللعب سحر خاص ودلالات متنوعة حسب السياق الذى ترد فيه. فى بداية كتاب "خدعة التكنولوجيا" (الذى صدرت طبعته الرخيصة هذا الصيف: مكتبة الأسرة ترجمة د. فاطمة نصر)، ينبه المؤلف "جاك إيلول" إلى أن "لعبة الحقيقة تنطوى على مخاطر، كما أن لعبة الديمقراطية تنطوى على مخاطر وكذلك لعبة الثورة، كما أن تأدية هذه الألعاب مجتمعة تنطوى على مخاطر". ماذا تبقى بعد ذلك لا ينطوى على مخاطر؟ وأى نوع من المخاطر تلك التى تنطوى عليها كل تلك الألعاب، ولماذا أسماها إيلول بالألعاب ؟

حتى تلك المسرحية الجيدة – برغم الصوت العالى – المسماة "اللعب فى الدماغ" لم تنجح إلا لأنها كانت تصور اللعب فى مساحة أكبر وأعمق وأشمل للعب: كانت أقرب إلى ما أريده بهذا العنوان "اللعب فى الوعى" (على خفيف: خفة الدم، وخفة الثاول!)

كلمة "لعب" لها استعمالها الخاص فى وصف الحياة أو التكتيك أو العبث أو المناورة حسب السياق. فإذا استعملناها فيما يتعلق بالحياة والموت، أو ببقاء النوع أو فنائه، فإن الأمر يصبح خطيرا.

ثم إن مفهوم "الوعى" أيضا هو من أكثر المفاهيم عرضة لسوء الفهم، هذا إذا لجأ أصلا من الإهمال والاختزال. فما هى الحكاية؟

إن ما يتعرض له الوعى البشرى خاصة فى العقدين الأخيرين على مستوى العالم برمته من خلال الإعلام خاصة أصبح لعبة من أخطر ما تعرضت لها البشرية عبر تاريخها. لو صح ما أراه جليا منذ ذى من أن خطرا تطوريا محيق بالجنس البشرى فى طوره المعاصر، فإن أهم آليات التمادى فى ذلك هو أن تلك القوة المنسبة فى تفاقم هذا الخطر كل أسلحة الانقراض الشامل، تبنها، وتروج لها، وتستعملها لأغراضها الخاصة، وهى لا تدرك مخاطرها التدهورية على مستوى العالم دون استثناء من يستعملها.

المسألة تتعلق بخطأ تطورى جامح يهدد الجنس البشرى برمته، وقد استطاع بعضنا – نحن البشر – بفضل ما نميزنا (وامتحننا) به من "وعى" أن ندرك طبيعة وحجم وسرعة هذا الخطر. المصيبة أن نفس هذا الوعى الذى يمكن أن ينقذنا من خطر الانقراض هو ما يتعرض الآن للبرمجة المغرضة، والتشويه المنظم بألعاب الإعلام، وتفاهة التربية، وسوء التدين، وغير ذلك.

الوعـــى أشمـــل وأخطـــر

الوعى هو غير العقل وغير التفكير وغير الذكاء وغير الإدراك وإن شملها جميعها. الوعى البشرى، بما صار إليه، وبما تمكن منه، هو الذى جعل أغلب ما كان يتم عند أسلافنا الحيوانات بطريقة آلية لحفظ البقاء، يجرى عند الإنسان وهو خاضع للمراجعة والتخطيط والتعديل، أقول مرة أخرى : إنه الوعى وليس العقل على الرغم من أن أغلب الناس يفضلون الحديث عن عقل الإنسان وإنجازاته كأهم علامات ما وصل إليه من تطور، حتى أنهم اختزلوا الإنسان إلى ما يسمى "الحيوان العاقل"...، إن من أهم ما يميز الإنسان، بعد رحلته الرائعة حتى الآن، هو أن وعيه قد تطور حتى صار منظما بهيراركية بالغة الدقة متشعبة الإحاطة. حين تصورنا أن نشاط العقل هو العامل الأرقى جدا فى تنظيم حياة الإنسان كان الأمر قاصرا على إضافة العقل المعرفية والمنهجية فى مجالات بذاتها، لكن العقل حين تحالف مع إنجازات التكنولوجيا والعلم ليصبح أداة قصدية للإسهام فى تشكيل وعى الجنس كله عبر العالم، أصبحت الحسبة أعقد من المنطق الظاهر، وأدعى للنظر والمراجعة. كان الخطر قائما طول الوقت عبر التاريخ المعروف لما هو إنسان، إلا أن التباعد الجغرافى، والاختلافات العرقية والإثنية والدينية والثقافية بين مجاميع الناس، كانت تحول دون أن يمتد الخطر التدهورى الذى يظهر فى بقعة جغرافية ما، أو فى حقبة تاريخية بذاتها، إلى الجنس البشرى كله بسرعة غير ملحوقة، كانت مثل هذه المخاطر محدودة بمحدودية إمكانات الانتشار (وأيضا بالحروب والإبادة وصراعات البقاء بين المجموعات المختلفة المتباعدة). الأمر اختلف الآن خاصة بعد انهيار الاتحاد السوفيتى فى أحرج وقت عرفته البشرية عبر تطورها. الخطر الآن أصبح أشبه بالطاعون حين يعم الوباء العالم كله من خلال الآليات الأحدث المفروض أنها ظهرت لتسهل انتشار المعرفة والتواصل بين البشر، فإذا بالسلطة الواحدة التى تحكم العالم تستعملها ضد كل تاريخ الحياة عامة، وضد الإنسان بما وصل إليه وما تميز به.

أخطر الخطر الآن أن تلك السلطة التى تحكم (وتتحكم فى) العالم هى أولا: خفية، ثانيا : غبية، ثالثا : أحادية. ورابعا : ناشز عن المجموع (لم تعد هى سلطة الدولة ولا حتى سلطة أفراد بعينهم مثل السفاحين والطغاة الذين عرفهم التاريخ). هذه السلطة الغامضة الناشز، بهذه المواصفات الأربعة، تحكم العالم وهى تتحكم فى معظم أسلحة الانقراض الشامل. إنها برغم خفائها وغبائها تمتلك كل الوسائل الأحدث لخدمة أغراضها الخاصة، غير مدركة - كما أشرنا - أن اللعب الجارى إذا ما تمادى حتى حقق ما ينذر به، لن يستثنيها من الفناء.

"الوعى" كما أتناوله فى هذه الأطروحة هو الوظيفة الأشمل للوجود

البشرى بيولوجيا ومعرفيا ووجدانيا على مستويات متعددة. هذا الوعى هو الذى مكّن الإنسان من احتواء تاريخه بشكل غير مسبوق، مثلا : هو الذى احتوى غريزة الجنس حتى لم تعد مقتصرة على حفظ النوع بالتكاثر، بل امتدت لتؤكد خاصية أخرى، لا يكون الإنسان إنسانا إلا بها، ذلك أن الكائن البشرى لا يكون إنسانا إلا وهو مع – فى علاقة بـ- إنسان آخر" : مختلفٍ موالكٍ متفاعلٍ مبدعْ.

الوعى الذى أتحدث عنه ليس نقيض اللاوعى (اللاشعور باللغة الفرويدية) **بل هو كل منظومة بيولوجية وجودية ظاهرة أو كامنة قادرة على التشكيل والتشكّل لتحقيق هدف معلن أو خفى**. نحن لا نملك الوعى فى مقابل ما هو "لا وعى"، نحن نعيش بمستويات متعددة من الوعى تتبادل وتتجادل وتتشكل طول الوقت.

هذا الوعى البشرى هو أعظم ما أنتجه التطور بشكل واعد بما يتخلق منه أروع مما تخلق به، وهو هو الذى يتعرض فى الآونة الحالية لمأزق تطورى حرج، ذلك أن الإنسان المعاصر قد حقق إضافات علمية وتقنية رائعة هى التى يستعملها فى التعامل مع الوعى البشرى بكل مستوياته، فتصيغه فى تشكيلات وتنويعات غير مسبوقة بسرعة لا تسمح باختبارها : هل هى لصالح تطوره أم لمزالق فنائه.

من خلال هذه الآليات أمكن للسلطات المتحكمة فى هذه الآليات أن تؤثر فى تشكيلات الوعى بطرق متعددة تبدأ من تعديلات وتنويعات تكاد تشبه ما علمنا إياها الحاسوب ولا تنتهى عند ما نعلم. إن هذه السلطات السياسية المالية الظاهرة والخفية (وغيرها من وسائل التعليم والإعلام) يمكنها أن تضيف للوعى، وتحذف منه، وتعيد تشكيله، وتوسع ذاكرته، وتسرع من حركته، تماما مثلما نتعامل مع تحسين أو تحديث أو تخريب أى حاسوب (شىء أشبه بإضافة سعة ذاكرة الحاسوب كذا ميجا بايت، أو إضافة قرص عتاد خارجى يحمل آلاف المعلومات اللازمة، أو إضافة مفاعل للسرعة يسهل الإنجاز ويعمقه). أصبح من الممكن بقصد أو بغير قصد، بحسن نية أو بسوئها – أن ندخل إلى الوعى برامج مقحمة ليست بالضرورة لصالح التطور أو الوجود الأرقى أو الجمال أو الإبداع، أصبح من الممكن تخليق غرائز استهلاكية قاتلة، وإقحام غرائز أيديولوجية زائفة، وتجميد غرائز دينية راسخة، أصبح من الممكن حشر معلومات اغترابية مدمرة، تماما مثلما يفعل الساديون أو العابثون حين يقحمون فيروسا مهلكا فى الكمبيوتر.

لكن ثم جانب آخر لهذه الميزة التقنية الحديثة فى تعاملها مع الوعى إذ المفروض أنها تقوم فعلا بتوفير الوقت، وتسريع الترابط، وتسهيل التوثيق، وتشجيع التنويعات... إلخ، ثم إن آلية التواصل الممتد بين البشر قد أتاحت الفرصة لمد شبكة العلاقات الإنسانية عبر القارات، وعبر الأديان، وعبر الألوان، وعبر الأجناس، النتيجة البدهية لهذا وذاك كان ينبغى أن تكون كالتالي : أن يصبح الإنسان أكثر إنسانية، وأعمق وعيا، وأرق تراحما، وأقل تعصبا، وأجمل إبداعا.

فهل حدث ذلك؟

نعم، حدث فى قطاع محدود عبر العالم، محدود جدا، قطاع ما زال يمثل أقلية غير مؤثرة فى مسيرة ومصير البشرية، قطاع يملك سلامة الوعى وحدة البصيرة ومثابرة الإنتاج والإبداع، لكنه لا يملك السلطة القادرة على التغيير الواجب لتحقيق ما تعد به مسيرة التطور. هذا القطاع هو **فئة المبدعين نقدا وإنشاء**، الذين استوعبوا حركة التطور ورصدوا إنذارات الانقراض فراحوا عبر العالم يتواصلون أسرع، ويتعمقون أكثر، ويبدعون أجمل فى كل مكان. ليس من الضرورى أن يحذق كل أفراد هذا الفريق تفاصيل مهارات التواصل والتوصيل الأحدث، لكن كل واحد منهم يدرك بحدسه ووعيه ما يجرى حوله فى العالم، فيسهم بما تيسر. لكن الواقع الماثل يقول: إنه فى غفلة من الزمن، خاصة بعد انهيار الاتحاد السوفيتى (مرة أخرى)، وجد العالم نفسه وقد سلم قيادته – غير مختار– لتيار يسير فى عكس الاتجاه تماما، ذلك أن الذى أمسك بزمام السلطة (في المجالات الفاعلة : المالية والسياسية والإعلامية والتربوية أساسا) فريق يمكن أن يعتبر "طفرة شاذة سلبية من النوع البشرى".

إن الانقراض لم يستأذن أيا من الكائنات التى انقرضت قبل أن تفنى. الأمر يختلف فى حالة الإنسان بعد أن تمتع (أصيب) بمزية (محنة) الوعى، ذلك الإنسان أصبح قادراً على الحيلولة دون انقراضه، كما أنه قد يساهم فى الإسراع بفناء نوعه.

الفرض الذى يطرح نفسه على كل ذى بصيرة الآن يعلن: **إن الانقراض وارد اليوم أكثر من أى يوم مضى**، وبالتالى فعلى كل فرد من أفراد هذا النوع (البشرى) أن يتحمل مسئوليته، لعله يسهم فى الحيلولة دون الفناء الجماعى.

ليست مؤامرة، بل خطأ مرعب

أقر وأعترف أننى لا أزعم وجود مؤامرة بالمعنى الذى استعملت فيه هـذه الكلمة عبر التاريخ، لكن ثم **"خطأ تطورى جسيم"** سوف يدفع ثمنه الجميع برغم أن المسئول عنه هم نتاج طفرة سياسية اجتماعية شاذة فقدت قدرتهـا علـى الانـتماء للحـياة الممتدة فى نوعها فعلا. لقد تحولت أهم إنجـازات الإنسـان التكنولوجية المعلوماتية العلمية الأحدث فى أيدى هذه الفـئة إلى آليات تسمح لها أن تلعب فى وعى كافة البشر ضد قوانين البقاء والتطور.

لا مجال فى مقال بهذا الحجم أن أطرح بالتفصيل ما يدعم هذا الفرض المنذر بالانقراض، سوف أكتفى بالإشارة إلى معالم آليات اللعبة كمجرد عناوين، ثم أعرض نموذجا خبراتيا من الواقع، لعله يبين بعض ما يجرى.

بصفة عامة : إن ما يجرى بشكل منظم، أو حتى عشوائى، **يبدأ باللعب فى الإدراك** ، إن الإدراك – بـرغم شـيوع اسـتعمال الكلمة- هو مدخل المعلومـات إلى الوعى، الإدراك يحدث بشكل سريع جدا، وعلى أكثر من مسـتوى، لدرجـة لـم تسمح بدراسته بما هو كما ينبغى. وذلك برغم كل محـاولات دراسـة الإدراك البصـرى خاصة (نفسفسيولوجيا psycho-physiological) مؤخـرا دراسـات العلـم المعـرفى العصبى Neuro-cognitive science وخاصـة لعمليـة اعتمال المعلومات Information processing). برغم كل ذلك نحن ما زلنا بعيدين عن التعرف على ماهية الإدراك كمـا ينبغى مع أنه من أهم وسائل المعرفة حتى رؤية وجه الحق سبحانه تعالى.

لعلـنا نتذكر أن إدراك الإنسان المعاصر مصلوب أمام التليفزيون لعدد مـن سـاعات النهار والليل طول الوقت بما يسمح لمن يريد أن يلعب فيه ويلعـب بـه أن يفعـل ما يشاء. **اللعب فى الإدراك يتم بالتشتيت والتقطيع والتشويش**، حتى تكاد الحصيلة طولا وعرضا تصبح أشبه بالفيديو كليب المشوه (ليس فقط فى مجال الأغانى).

لن أطيل فى شرح كيفية اللعب فى الإدراك أو الوظائف الأخرى التى يشملها الوعى. أذكّر فقط بأن **اللعب فى الانتباه يجرى بالجذب والكذب والوعود ودغدغة الغرائز منفصلة**، ثم يتمادى إلى قطع مثابرة الانتباه **بالإغراء والتشتيت** حتى يكاد لا ينتهى مشاهد أى موضوع إلى غايته إذا كانت له غاية، فتشل آلية مشاركته فى اتخاذ أى موقف أو حسم أى قرار. اللعب فى الوعى يشمل أيضا آليات **الإغراق، بالإلحاح المتمادى والتكرار المتنوع والملاحقة**، وهو (اللعب) يتعمد **الإلهاء بالتهميش** لتحل الهوامش والتفاصيل محل المتن، كما أنه يستعمل الأرقام (سواء دعمت بمعادلات إحصائية مشبوهة أو لوحت برأى عام غير ممثـل للمجموع) لإشلال الفكر العملى والمنطق البسيط، ثم خذ عندك ذلك الاستغراق فى التحليل التاريخى أو التبرير التاريخى دون أن يصب التاريخ لا فى الحاضر ولا فى المستقبل وكأن الرسالة تنتهى عند ألعاب الحذق وحل ألغاز شطرنج لوحات التاريخ، أو على أحسن الأحوال : تزجية الوقت مع حلّ "المعلومات القديمة المتقاطعة" (قياسا على ألغاز الكلمات المتقاطعة).

عندك أيضا التمادى فى عرض **القضايا الزائفة** (مزاعم قبول الآخر مثلا) لتحل محل القضايا الجوهرية (مثل شرف الجدل لتخليق ما يمكن من الاختلاف الحيوى)، وأخيرا وليس آخرا تقديم **المقدسات الجديدة** بشكل يجعل منها كهنوتا جاثما، أو صنما راسخا، أو أيديولوجيا مغلقة (من أول الديمقراطية بديلا عن الحرية حتى حقوق الإنسان المكتوبة بديلا عن حقوق الإنسان المعاشة..إلخ)

المثال: الغضب، وعروض العنف والقتل والقهر

ما معنى، وهدف، ونتيجة تقديم هذا الكم الهائل من مناظراً العنف والهدم والطرد؟ ثم مناظر الدماء والجثث والأشلاء والجنازات؟ ثم مناظر التجريس والإهانة والتعذيب؟ ثم مناظر الشماتة والتبلد والافتراء لمن يقومون بكل ذلك؟ لماذا؟ ما هو عائد كل هذا الذى يعرض على الإنسان العادى عبر شاشات التليفزيون بوجه خاص؟ ماهى الرسالة المراد توصيلها للناس من خلال مواكبة القتل (لا القتال) والإذلال (لا مجرد الهزيمة) والإبادة (لا الاستعمار)؟ قيل إن مثل هذا الإعلام "الشفاف" قد أسهم بشكل رائع فى إشراك المواطن العادى فى متابعة المذابح (لا المعارك) لحظة بلحظة، لم يعد الأمر يحتاج أن ننتظر سنوات لنتعرف على ما حدث فى الميدان الغربى فى الحرب العالمية الأولى من رواية إ.م.ريمارك "كل شىء هادئ فى الميدان الغربى". إن قارئ تلك الرواية على مهل (بعد انتهاء الحرب) قد استطاع أن يستوعب معنى الحرب وبشاعتها، ولست متأكدا إن كان ذلك قد أسهم فى تأجيل الحرب العالمية الثانية أم لا. الأمر الآن لا يحتاج إلى رواية لاحقة تكشف عن الفظائع فنحن نعيشها بالصورة والصوت أولا بأول، وقد لا تكون هناك فرصة أصلا لقيام حرب عالمية ثالثة. بين من؟ ومن؟ لقد حاولت تلك السلطة العمياء الناشز التى تحكم العالم أن تبتدع ما يجعلنا نتصور احتمال صراع قادم بين الحضارات، أو بين القارات، أو بين الأديان، فجاءت المحاولة أكثر خيالا وغرابة من الخيال العلمى عن الحرب بين الكواكب، وأيضا من الخيال الدينى الذى يقسم العالم إلى محور للشر وآخر للخير. إن مواكبة كل هذا العنف والقتل والتدمير ليس له عائد يخدم الشفافية أو يحفز المقاومة ما دام يجرى بكل هذا الإصرار والتحيز والتكرار والبلادة. إن الناتج قد يكون غير ما تصوره لنا الدعايات عن الشفافية وكيف تخدمها تكنولوجيا الإعلام ومن ذلك : تصورت أن الناتج يمكن أن يتراوح بين التبلد، والتعود، واليأس، والعجز، والإهانة، والتهميش. وهذا بعض ما اكتشفته من تجربة خبراتية أعايشها فى برنامج (ثقافى) لتحريك الوعى.

ذلك أن قناة النيل الثقافية (المصرية) قد أتاحت لى فرصة إعداد وتقديم برنامج باسم "سر اللعبة" أحاول أن يتم من خلاله بعض الكشف التلقائى الخبراتى، فالتدريب على التفكير النقدى وتحريك الوعى بعيدا عن النصح والفتاوى وعبارات التلقين و"فى الواقع..."، وفى "الحقيقة".

منذ أسبوع بالتمام كنا نلعب فى هذا البرنامج لعبة "الغضب"، (تواكب ذلك مع استكتابى هذا المقال للاشتراك فى هذا الملف، وكنت قد أعددت الألعاب قبل ذلك بيوم أو أكثر-وكان التسجيل يوم 4 أغسطس 2004). اللعبة تتمثل فى جملة ناقصة يكملها الضيوف الأربعة، وشخصى، بأكبر قدر من التلقائية، ثم نتحاور حول استجاباتنا، لعبة بلعبة.

كانت اللعبة الخامسة (التى علينا نحن الخمسة أن نكمل عبارتها الناقصة) تقول: "هُم بيورّونا الدم والهدم والقتل دا كله فى التليفزيون ليه؟ عشان نغضب؟ ولا عشان نتعود عليه؟ دلنا حتى..." كان على الضيف المشارك أن يكمل الجملة بأسرع ما يمكن مع أقل قدر من التفكير. جاءت أغلب الاستجابات كما توقعت: دالة تلقائية مؤلمة خطيرة، أذكر منها على سبيل المثال إجابة ضيفة رقيقة، أكملت "... دا انا حتى ما عنتش باحس باللى باشوفه"، أما إجابتى شخصيا فأذكر أننى قلت ".. دلنا حتى ما عنتش بافتح التليفزيون من أصله...". كان ذلك قد حدث فعلا من سنتين، امتد الأمر من تجنب مناظر الدم والقتل والعنف فحسب، إلى الأخبار الأخرى فالأغانى فالتليفزيون كله. وقد أسفت لما حدث لى هكذا دون ادعاء احتجاج أو رفض، فقط: لم أعد أستطيع، هذا كل ما فى الأمر. أصبح التليفزيون بالنسبة لى مثل "الفزاعة"، ثم تطور حتى كدت أرى أشلاء الأطفال وحرائق المخيمات وتجريف الأرض، حتى حول الصغيرة عجرم وهى تغنى، إذا لمحتها عابراً، ولم ينفعنى أننى مازلت محتفظا بسلامة البصيرة طول الوقت.

هذا الحل الفردى (الشخصى) الهروبى الانسحابى ليس حلا أصلا، ومع ذلك، فلعل فيه احترام لأمرين: عدم القدرة على التحمل أكثر، والعجز – ولو مرحليا – عن الرد أو إبطال الجارى أو توجيه الغضب إلى الفعل.

فى هذه الحلقة أيضا كانت هناك لعبة تقول : " الواحد حا يغضب على إيه ولاّ على مين، أنا أحسن لى....." وكان على المشاركين أن يكملوا، وجاءت الإجابات دالة أيضا تعلن أن الأغـلبية أكملوا ما يفيد أن الأحسن لهم أن يتمادوا فى التبلد أو "التطنيش" (الطنبلة)... الخ

كل هذه الآليات الدفاعية، حتى الانسحاب، هى لحمايتنا من الألم، وقد أظهر النقاش، حولها بعد اللعبة أنها مجرد خدعة مؤقتة، فانتبهنا إلى أن كل ما نفعله إزاء ما يعرض علينا (أو يراد بنا) هو أننا نكتم ما يعتمل بنا حتى لا ننفجر الآن، ننجح ظاهرا مرة فمرة فمرات حتى نتبلد أو ننسحب أو نتكلم فى التاريخ، أو فى الآراء ووجهات النظر، ودمتم.

فى لعبة أخرى – فى نفس حلقة الغضب أيضا - قرب نهاية البرنامج كانت العبارة الناقصة تقول " أنا لو سمحت للغضب إللى جوايا إنه ينطلق لآخره يمكن..." واحد منا قال "يمكن انفجر" الآخر قال "يمكن أطُبّ ميت..." وأذكر أنى قلت : يمكن أقتل.. إلخ

إن ما وصلنى من هذا ومثله، هو أننا نتعامل مع هذه الرسائل الإعلامية الدموية "الشفافة"على أكثر من مستوى، وأن ما نعترف به ونقره هو ما يسمح به مستوى وعينا الظاهر لا أكثر، أما تشكيلات الوعى على مستويات أخرى فهى عرضة لأن تمارس أشكالا من البرمجة والكمون والعكس إلى ما لا نهاية له من تشكيلات، ليست فقط على مستوى الذاكرة الخفية والميكانزمات الدفاعية، وإنما هى قد تغوص حتى تصبح انطباعا بيولوجيا غائرا (مشوها فى الأغلب).

إذا تمادى مثل ذلك، وانتشر عبر العالم، وغاص، وتثبت فى البيولوجى فعـلا، فـإن الإنسان لن يعود إنسانا أصلا، هذا إذا بقى على هذه الأرض دون انقراض.

أكـتفى بهذا المثال، وإن كنت لا أستطيع أن أنهى المقال دون الإشارة إلى مثال آخر يحتاج لمقال مستقل، ذلك أنه يتعلق بمقدس نتصور أنه أبعد مـا يكون عن اللعب (بالوعى أو بغيره). إن مايسمى البحث العلمى حين تـتولى أمره تلك السلطة النشاز المضادة للتطور، لم يعد – فى كثير من المجـالات – بحـثا ولا علمـيا، بـل لعبة أخرى تخدم نفس التوجه نحو الانقراض.

فى مجال التطبيب والتداوى، يتم اللعب فى وعى الأطباء بشكل يبرمج أداءهم كله تقريبا ليكون فى خدمة سوق الدواء لا أكثر ولا أقل، بل إنه يتم صرف مليارات الدولات لحجب الأبحاث التى تبين أضرار ومضاعفات الأدوية الجديدة الباهظة الثمن، والنتيجة : ليست فقط حرمان الأفقر من التداوى حتى الموت أحيانا، وإنما يمتد الخطر إلى تشكيل وعى الأطباء بعيدا عن الطبيعة وعن العلم الحقيقى وعن مرضاهم وعن أنفسهم. ثم إن الخطر لا يقتصر على ما يلحق بوعى الأطباء من تشويه تحت ما يسمى "البحث العلمى" ولا ما يلحق المرضى من مخاطر التداوى الخاطئ والمضاعفات، بل إن الأمر يمتد إلى دور شركات الدواء (مع شركات السلاح) فى الإسهام فى القرارات السياسية المدمّرة، وتدعيم آليات الانقراض الشامل، ذلك أن أمثال هذه الشركات هى من أهم أعضاء السلطة العالمية النشاز والخفية التى اشرنا إليها فى بداية المقال.

ولهذا حديث آخر. ...

*سبق نشرها بمجلة "سطور" (تنشر بإذن المؤلف)

ظاهـــرة العنـــف السياســـي (رؤيـة نفسيـة مـن منظـور مقـارن)

أ. د. قـــدري حفنـــي – علـم النفـس – جامعـة عيـن شمـس – مصـــر *

kadrymh@yahoo.com

إن التحديد الدقيق لمصطلح العنف السياسي ليس بالأمر الهين. ويزداد الأمر صعوبة إذا ما حاولنا أن نلتمس تحديدًا لهذا المصطلح المراوغ في إطار علم النفس، وعلى وجه التحديد، علم النفس الاجتماعي. ولنبدأ من حيث ما يثيره هذا المصطلح من معانٍ لدى المستمع من غير الأكاديميين المتخصصين في مثل هذا الموضوع.

تختلط المصطلح في أذهان الكثيرين بمصطلحات أخرى عديدة، منها على سبيل المثال لا الحصر "التطرف"، "التعصب"، "الإرهاب"، "الأصولية"، "الفدائية"، "التضحية"، "الاستشهاد" . . . إلى آخره. والأمر يتوقف في النهاية على هوية المتحدث وموقعه الفكري والاجتماعي. خاصة وأن صفاتٍ كالإرهاب، والتعصب، والتطرف، صفات تطلق عادة على الآخر، ونادرًا ما يصف بها الفرد نفسه أو جماعته. والأمر على العكس بالنسبة لصفاتٍ كالفدائية، والاستشهاد، فنادرًا ما يطلقها فردٌ على آخر منتمٍ لجماعة معادية. إن تعبيري "الفدائي" و "الإرهابي" – على سبيل المثال – غالبًا ما يذكران إطلاقهما على نفس الشخص في نفس الواقعة، من مصدرين مختلفين، ويكمن الفارق الوحيد في طبيعة جماعة الانتماء التي يعبر عنها كل مصدر. في حين تحتل صفة كالأصولية مثلاً مكانة وسطًا بحيث يمكن أن تطلق على الذات أو على الآخر، وفقًا لرؤية المتكلم لدلالة المصطلح في السياق الاجتماعي المحيط به.

وعلى أي حال، فلسنا بصدد التعرض تفصيلاً لتعريفات كل من تلك المصطلحات، وما يثور حول تلك التعريفات من جدل لا ينتهي. كما أننا لسنا بصدد الخوض في ذلك الركام الهائل من التفسيرات النفسية لجذور العنف أو العدوانية، وهل هي جزءٌ أصيلٌ من الطبيعة البشرية، تحاول عمليات التنشئة الاجتماعية تهذيبه والسيطرة عليه ؟. أم أنها مكتسَبٌ يمكن اكتسابه الفرد – الذي يولد بريئًا مسالمًا – خلال عمليات التنشئة الاجتماعية التي يتعرض لها.

ولنبدأ بمحاولة التوصل إلى تعريف أولي مبسط لمصطلح العنف : " إنه سلوكٌ ظاهر يستهدف إلحاق التدمير بالأشخاص أو الممتلكات". والمقصود بكلمة "ظاهر" هو أن العدوانية لكي تكون عنفًا ينبغي أن يتوافر لها شرط الظهور. فثمة أنواع عديدة من العدوان يعرفها المشتغلون بعلم النفس تتميز بالخفاء والكمون، مثل مختلف أنواع المرض السيكوسوماتي، وكذلك ما تفيض به أحلام النوم، وأحلام اليقظة، من صورٍ للعنف البالغ.

ووفقًا لذلك فإن العنف خاصية بشرية طبيعية، مارسه البشر ويمارسونه منذ وجدت البشرية، سواء على المستوى الفردي، أو على المستوى الجماعي. بل إن ثمة أنواعًا من العنف تعد بمثابة ضرورة حياة بالنسبة للفرد، عليه أن يمارسها دفاعًا عن حياته إذا ما تعرضت لتهديد. بل لعلنا لا نجاوز الحقيقة إذا ما قررنا أن المجتمعات جميعها – وبدون أية استثناءات – تشجع ممارسة أنواع بعينها من العنف، ليس هذا فحسب، بل وتدين من يتقاعس من أبنائها عن ممارسة هذا العنف، موقعةً عليه أنواعًا شتى من العقاب، تتراوح بين التأنيب والاحتقار، إلى النفي والإعدام. والأمثلة على ذلك عديدةٌ، وهي غنية عن البيان. هذا عن العنف بعامة فماذا عن خصائص العنف السياسي على وجه التحديد ؟. لعل ذلك يقتضينا تعريفًا لما نقصده بمصطلح العنف السياسي.

محاولـة للتعريـف من منظـور علـم النفـس

تتعدد تعريفات مصطلح العنف السياسيّ وتتباين، وفقًا لتباين المنطلقات الـنظريّة، والتخصصـات العلميّة، التي تحاول التعريف. وما دمنا نتناول الموضـوع من زاوية علم النفس بعامة، وعلم النفس الاجتماعيّ على وجه التحديد، فقد كان لزامًا علينا الإسهام في هذه المحاولات.

"العـنف السياسـيّ، نـوعٌ من أنواع العنف الداخليّ، التي تدور حول السلطة ويتميّز بالرمزيّة، والجماعيّة، و الإيثاريّة، والإعلانيّة" .

ولنقف قليلًا أمام عناصر هذا التعريف المقترح :

أولًا : " العنف السياسيّ نوعٌ من أنواع العنف الداخليّ "

يتمـيز العنف السياسيّ بأنه عنف تتداخل الحدود بين أطرافه، أي أنـه يجـري بين أطرافٍ ثمة ما يجمع بينها، إنه عنفٌ " داخلي" بهذا المعني المحدد. ويتمثّل ذلك الخيط الجامع بين أطراف العنف السياسيّ في كون أطرافه جميعًا يستظلّون بمظلّة سلطة سياسيّة واحدة.يتمرّد عـليها الـبعض، ويتمسّك بها البعض. يرفضها البعض مشككاً في شرعيّتها، وقد يدافع البعض عن تلك الشرعيّة إلى حدّ التقديس.

وبالإضـافة إلـى ذلـك الخيط الأساسيّ الذي يجمع بين الأطراف المتصارعة جميعًا، فإن تلك الأطراف قد تتشارك أيضًا، في أحد، أو بعـض، أو كـل العديد من العناصر الأخرى مثل :الدين، التقاليد، التكوين النفسي، العِرق .... الخ.

خلاصة القول إن أطراف العنف السياسي تمارس عنفها داخل إطار مـا يجمع بينها. ولعل ذلك ما هو أهم ما يميزه عن الحرب بمعناها المعـروف، والتي يمكن أن تكون بالمقابل عنفًا " خارجياً "، بل لعل وجـود هذا الإطار في حد ذاته هو ما يبرر خطورة ظاهرة العنف السياسي، كما أنه يمثل أيضًا المدخل الصحيح لتناوله.

ثانيًا : " العنف السياسيّ، عنفٌ يدور حول السلطة "

العنف السياسيّ، عنفٌ يتعلق - في جوهره - بالسلطة ورموزها. ومن ثم فإنه يتخذ مسارين أساسيين :

(1) مسارٌ موجهٌ إلى الممسكين بالسلطة، يمارسه أصحابه، بهدف انتزاعها من بين أيديهم، أو بهدف مشاركتهم في الإمساك بها.

(2) مسـارٌ موجـه من رموز السلطة إلى من ينازعونهم إيّاها، بهدف الاستمرار في الإمساك بها وإحكام قبضتهم عليها.

وغنـيّ عن البيان أننا إذا ما كنّا بصدد الحديث عن عنفٍ سياسيّ، فـلا بد لنا من توجيه الاهتمام إلى كلا المسارين معًا، فكلاهما لا غنـي عـنه لتواجد عنفٍ سياسيّ بالمعني الصحيح. فغياب عنف رمـوز السلطة، وهو أمرٌ غير وارد، يحول الأمر في النهاية إلى عمـلية استيلاءٍ سلميّ على مقاليد الأمور. كما أن التغييب العمدي لهذا الجانب من جوانب العنف، يحول تمامًا دون الرؤية الصحيحة لطبيعة الظاهرة.

خلاصـة القـول أن العنف السياسيّ هو عنف متبادلٌ بالضرورة. وبذلـك فهو يختلف عن أغلب الأنواع الأخرى من العنف، حيث يتمايز فيها بوضوح دور الضحيّة عن دور المعتدي.

ثالثًا: " العنف السياسيّ عنفٌ يتميّز بالرمزيّة"

تسـتهدف غالبـية أنـواع العنف إيقاع الأذى بشخص محدد، أو بممـتلكات هذا الشخص بالتحديد. أما العنف السياسيّ، فإنه ينتمي إلى تلك الأنواع من العنف التي لا تستهدف أشخاصًا لذواتهم، بل تستهدفهم لصـفاتهم الاجتماعـية، أو الفكريّة، أو الدينيّة، أو العرقيّة. إنه - أي العنف السياسي - لا يستهدف أشخاصًا بل رموزًا. و من يمارسونه إذ يوجهونـه إلى أشخاص، فإنهم لا يوجهونه إليهم بصفتهم العينيّة، بل باعتـبارهم رمـوزٌ تعـبر عـن الآخر المرفوض. ولذلك فليس من المستغرب أن تتجه رصاصات العنف السياسيّ إلى ضحيّة لا تربطها بمـن أطلـق الرصاص أيّة علاقة شخصيّة، بل قد لا يكون لأحدهما معـرفةٌ بالآخر إلّا رمزًا. ونستطيع أن نرصد لهذه الخاصيّة عددا من النتائج لعل أهمها :

(أ) **مـا دام العـنف السياسـي موجـهٌ أساسًـا إلـى الفـرد بصـفته الرمزيّة**، أي باعتباره ممثلا لجماعة، فإن انتفاء هذه الصفة يخفف من درجة العنف الموجه إليه، وإن لم يكن يعني بالضرورة انتهاء الـتهديد تمامًا. ففي بعض الأحيان يوجه العنف إلى رموز بعد أن فقـدت مواقعها، وانتفت بالتالي صفتها التمثيلية، بحيث يبدو الأمر للوهلـة الأولـي كما لو كان انتقامًا شخصيًا فحسب. ولكن نظرة مـتعمقة قد توضح أن الأمر ليس كذلك على الإطلاق. فالعنف في هذه الحالة أيضًا إنما يكون بمثابة رسالة إلى الآخرين مؤداها " لا تقـيموا حسـاباتكم على أن التنحّي في التوقيت المناسب يمكن أن يخـرجكم مـن دائرة الانتقام ". إنه - أيضًا - عنفٌ بمثابة رسالة موجهة إلى رموز قائمة.

(ب) **يتفاوت الثقل الرمزيّ للفرد، وفقًا لموقعه داخل الجماعة** . فرئـيس الجماعـة له ثقـلٌ رمزيّ يفوق نظيره بالنسبة للأتباع، والمرؤوسـين، ولا غـرو، فهو رمزٌ للجماعة برُمّتها. وطالما أن العـنف السياسيّ يستهدف الأفراد بصفاتهم التمثيليّة، فلنا أن نتوقع تناسـب العنف السياسي الموجه للفرد تناسبًا طرديًا مع تزايد ثقله التمثيليّ.

(ج) **العنف السياسيّ** - كمـا قدمـنا - **عنف لا شخصي**، بل انه عـنفٌ موجـه إلـى جماعة معينة. وبالتالي فإنه لا يقتصر على الممثليـن الرسـميين للجماعـة المستهدفة، بل يوجه أيضًا إلى جمهور تلك الجماعة بدرجة أو بأخرى.

والتعرف على الممثلين الرسميين للجماعة المستهدفة قد لا يمثل مشكلة كبيرة، فهم يحرصون من جانبهم على إبراز مظاهر تميّزهم، وذلك لأسـبابٍ عديـدة، لعـل منها أن يتمكن جمهورهم من التعرّف عليهم. أمّا بالنسـبة للتعرف على جمهور تلك الجماعة لتمييزهم عن جمهور جماعة النحـن، فإنّـه يقتضي تكريس ما يمكن أن نطلق عليه تعبير " **العلامات الظاهرة للانتماء** ". ونقصـد بذلـك التعبـير تلك الخصائص المرئيّة أو المسـموعة التي يمكن من خلالها تبيّن انتماء الفرد إلى جماعة معينة دون غيرها.

وتـتعدد تلـك العلامـات وتتباين. فمنها ما يتعلق بالخصائص البدنيّة المـوروث مـنها أو المصـطنع، ومنها ما يتعلق باللهجة وطريقة النطق، ومنها ما يتعلق بالملابس، ومنها ما يتعلق بالعادات.

إن الوجـه الأحمـر، والأنـف المعقوف، والبشرة السوداء، والشعر الأصـفر، والعيون المائلة ... إلى آخره؛ وكذلك اللحية، وطريقة تصفيف الشـعر، وعلامة الصلاة ... إلى آخره؛ وكذلك أيضًا لثغة الراء، والعجز عـن نطـق بعض الحروف، والميل لإخراج الكلمات من الأنف ... إلى آخره ؛ وأيضًا الملابس العسكريّة، والنقاب، والحجاب، والعقال، والقبعة، والملابـس الرياضـية، والكوفـيّة، والعقال ... إلى آخره؛ وكذلك طريقة السـير، وعادات التدخين و أسلوب التحيّة ... إلى آخره؛ هذه كلها مجرد نمـاذج لعلامات تُستخدم لتمييز انتماءات الأفراد، ولقد لعبت بالفعل، وما زالـت تلعـب دورًا حاسـمًا في تحديد أفراد الجمهور المستهدفين للعنف السياسيّ.

وغنـي عن البيان أن تلك الخصائص تتدرج من حيث مدى استطاعة الفـرد التخلي عنها و تغييرها. ففي حين يستحيل تعديل الخصائص البدنية الموروثـة، إلا بـتدخلات جراحية فردية باهظة التكاليف، فإنه من اليسير تمامًا تغيير نمط الملابس، أو تغيير طريقة تصفيف الشعر، أو حتى طريقة المشي ... إلى آخر أساليب التنكّر المعروفة.

رابعًا : " العنف السياسيّ عنفٌ يتميّز بالجماعيّة "

العـنف السياسيّ، عنفٌ يغلب عليه **الطابع الجماعيّ**. ولا يعني ذلك أن التنفـيذ الفعلـي لوقائع العنف السياسيّ يكون جماعيًا دائمًا، وإن كان الأمـر كذلـك بـالفعل في أغلب الأحيان. بل إن بعض أحداث العنف السياسـيّ تفـيض بـالعديد مـن ألوان البطولات الفرديّة الفذة. ولكن المقصـود هو أنّ من يمارس العنف السياسيّ، حتى لو كان ينفّذ العمل وحـده، فإنـه إنمـا ينفعـل ذلك باعتباره ممثلا لجماعته، معبّرًا عن توجهاتهـا، مستهديًا بقيمها. بل انه يندر، في هذا المجال أن نجد عملًا فرديا خالصًا لم يسبقه تخطيط جماعيّ، سواء كان ذلك، استطلاعا، أو تدريبًا، أو تمويلًا، أو تمويهًا ... الخ

خامسًا : " العنف السياسيّ عنفٌ يتسم بالإيثاريّة "

إنـه **عنف توجهه وتحركه أفكار، ودوافع**، تـتجاوز - في صورتها المعلنة على الأقل - المصالح الفردية المباشرة لمن يمارسونه من كلا الجانبيـن. إن "الصالح العام"، هو اللافتة المعلنة الأساسيّة والمتكررة، التـي ترفعها أطراف العنف السياسيّ جميعًا. ولا يعني ذلك بحال أنها مجرد لافتة خلوٌ من أي معنى.

إن جماعات العنف السياسي، إنما تمارس عنفها سعيًا إلى تحقيق هدفٍ يتجاوز بالضرورة المصالح المادية المباشرة لأفرادها كأفراد. وإلّا لما اسـتطعنا تفسـيرًا مقنعًا لإقدام أبناء هذه الجماعات المتصارعة على تعـريض حياتهم لأخطارٍ محققة، رغم أنه في مقدورهم تلافي ذلك لو تخلّـوا عـنّا عن انتماءاتهم. ترى لماذا لا يقدمون على ذلك ؟ صحيح أنهم قد يعاقبون من قِبَل جماعاتهم، وقد يكون ذلك العقاب شديدًا. ولكن هل يعادل ذلك تعرضهم المباشر للموت ؟

إن ذلـك لا يعنـي بطبيعة الحال إغفال الدافع الاقتصادي، بل أن ثمة نوعًـا متمـيزا مـن أنـواع العنف السياسيّ، يقوم أساسًا على الدافع الاقتصـاديّ. ولكـن مـا نعنيه في هذا السياق هو أن مطلب تحسين الأوضـاع المعيشـيّة، يكـون في هذه الحالة منصبًا على تحسين تلك الأوضاع بالنسبة لجماعة الانتماء ككل، و إلا لكنّا حيال لونٍ من ألوان

العنفِ الإجرامي كالسرقة، أو النهب مثلًا.
ويكفي أن نشير في هذا الصدد، إلى أنه من أقسى الاتهامات المتبادلة بين ممارسي العنف السياسيّ، سواء كانوا من المنتمين للسلطة، أو من المتمرّدين عليها، هو الاتهام بأن ممارس العنف إنّما يمارسه لأنّه يتقاضى عن ذلك أجرًا.

سادسًا : " العنف السياسيّ يتسم بالإعلانيّة"

ليس من المألوف أن يسعى المرء باختياره لإعلان مسئوليّته عن عملٍ قام به، وهو يعرف مقدّمًا أنّه بإعلانهِ هذا، إنّما يعرّض نفسه لأذى قد يصل إلى حدّ الموت. ولذلك فإن أصحاب السلوك العدواني لا يعترفون بما فعلوا إلّا مضطرّين. ويستثني من تلك القاعدة، على سبيل الحصر، عنف الثأر، والشرف، والحرب، وكذلك العنف السياسيّ.
إن أطراف العنف السياسيّ، يتسارعون للإعلان عن مسئوليّتهم عن أفعالهم، بل إننا قد نشهد فرديين، أو جهتين، أو تنظيمين، يتنافسان منافسة شديدة في نسبة عملٍ من أعمال العنف السياسيّ إلى أحدهما.

أنواع العنف السياسي

ليس ثمة عنفٍ سياسي خالص مجرّد. بل لا بد له من مضمون أشد قربًا من الوعي المباشر لجماهير الممارسين لهذا النوع من العنف. فالعنف السياسيّ، بالمعني الذي أشرنا إليه، أي بمعني السعي للاستيلاء على السلطة، يقتضي وجود مبررٍ لهذا السعي، ونستطيع - وفقاً لذلك - أن نصنف العنف السياسيّ تبعًا لمبرراته أو لدوافعه.
ولا يعني ذلك بطبيعة الحال، أن لكل واقعة عنفٍ سياسيّ دافع واحد فحسب، يستبعد بالضرورة تأثير بقيّة الدوافع. كما أنه لا يعني أيضًا أن المبرر المعلن لواقعة العنف السياسي هو بالضرورة الدافع الحقيقي.
ونستطيع - وفقًا لما تقدم - أن نميز بين أنواعٍ عديدة للعنف، لعلّ أهمها:

(أ) العنف السياسي القومي

وفيه تتمايز الجماعات الممارسة للعنف السياسي تمايزًا قوميًا، حيث تكون السلطة في يد ممثلي قومية معينة، في حين ينتمي من ينازعونها تلك السلطة إلى قوميّة أخرى مختلفة. والصورة الأكثر شيوعًا لهذا النوع من العنف في بلادنا قد تمثلت في كافة حركات التحرير، والمقاومة الشعبية للمحتل والتي شهدتها غالبية بلدان المنطقة، من مصر، إلى الجزائر، وما زالت تشهدها الأرض الفلسطينيّة المحتلّة.
في تلك الحالات، وفي مثيلاتها، يكون العنف السياسيّ متبادلًا بين جماعتين، تنتمي كلٌ منهما إلى قوميّة مختلفة، وبالتالي، فإنهما تختلفان من حيث اللغة، أو العادات، أو التقاليد، أو التاريخ، أو العقيدة الدينيّة، أو المستوى الاقتصاديّ، أو الملامح البشريّة، أو في بعض، أو كل ما سبق. ولكنهما تقفان على نفس بقعة الأرض، وتخضعان عمليًا لنفس السلطة السياسيّة. ومن هنا كان العنف السياسيّ.
وينبغي ألّا يغيب عنّا أن هذا النوع من العنف السياسيّ، رغم طابعه القوميّ الأساسيّ، لا تغيب عن ممارساته الأبعاد الاقتصاديّة، أو الدينيّة، أو حتى العِرقيّة، طالما كان لها مكان. ولكن تلك الأبعاد لا تمثل بحالٍ، الطابع الأساسيّ المميز لهذه النوعيّة من العنف السياسيّ.

صحيح أن ممارسيه من المطالبين بالسلطة، قد يبرزون مدى عمق الفروق الاقتصادية، التي تميزهم عن الجماعة الممسكة بالسلطة. وصحيحٌ كذلك أنهم قد يركزون الضوء على ما تعانيه جماعتهم من قهرٍ دينيّ. ولكنهم يعلقون حل كافة تلك القضايا على حل القضية الأساسيّة لعنفهم السياسي، وهي القضيّة القوميّة. ومن ناحية أخرى فقد تلجأ الجماعة القوميّة الممسكة بالسلطة، إلى تهميش الطابع القوميّ للعنف، بالتركيز مثلًا على تحسين الأحوال المعيشيّة للجماعة المقابلة، أو إبداء قدرٍ كبيرٍ من الاحترام لرموزهم العقائديّة، ولممارساتهم الدينيّة.

(ب) العنف السياسيّ الاقتصادي

يعد تنظيم إشباع الحاجات الاقتصادية للأفراد من أهم الأدوار التي تضطلع بها السلطة أيًا كانت نوعيّتها، و أيا كان وضعها. ومن ثم فإن اختلال هذا التنظيم يعد بمثابة المصدر الرئيسيّ للعنف السياسيّ الاقتصادي. والعنف السياسيّ الاقتصادي، بهذا المعني، عنفٌ تتبادله جماعتان أو أكثر، ينتمون لنفس المجتمع تاريخيًا، وليس سياسيًا فحسب.
ويكون الهدف النهائيّ للعنف السياسيّ الاقتصاديّ، هو تغيير النظام الذي تتبعه السلطة لإشباع احتياجات المواطنين. وتكون قناعة ممارسيه من الساعين للاستيلاء على السلطة، هو أنه لا سبيل لتحقيق ذلك إلّا بإزاحة الممسكين بزمام السلطة عن مواقعهم.
ولعل الفارق الأساسيّ، بين هذا النوع من العنف السياسيّ الاقتصاديّ، والنوع الذي سبقت الإشارة إليه، أي العنف السياسيّ القوميّ، هو أن ممارسي العنف في الحالة الأولى، لا يسعون، بل ولا حتى يتصورون إمكانيّة الفصل المكاني بين الطرفين المتصارعين. بل انهم لا يتصورون استبعاد الطرف الآخر نهائيًا من حياتهم، ففي ذلك نهاية فعليّة لتلك الحياة. إنهم باختصار، ليسوا دعاة استقلالٍ عن الآخر - كما هو الحال بالنسبة للعنف القوميّ - بل انهم دعاة " مساواة " مع ذلك الآخر، قد يقدمون على استبعاد ممثليه، ولكن لا حياة لهم بدون جماهير أولئك الممثلين. وينطبق ذلك بطبيعة الحال على جانبي الصراع على حدّ سواء، أصحاب السلطة، والساعين للاستيلاء عليها.
ويعد هذا النوع من أنواع العنف، الأكثر قابلية لاتخاذ صورة الهبّات التلقائيّة التي سرعان ما يمكن السيطرة عليها، بشيء من العنف المضاد، وشيء من المكاسب الاقتصادية العاجلة. ورغم أن هذه الهبات العنيفة تترك عادة بعضًا من الندوب النفسيّة في نسيج العلاقة بالسلطة، إلّا أن تلك الندوب نادرًا ما تبلغ من العمق ما تبلغه تلك التي تخلفها ممارسات العنف القوميّ مثلًا. والتفسير النفسيّ لتلك المفارقة واضحٌ جليّ، وهو يستند إلى أمرين :
الأمر الأول هو أن الأطراف التي تبادلت العنف السياسيّ الاقتصاديّ، تظل متعايشةً معًا بعد انتهاء ممارستها للعنف، أيًا كانت نتيجة تلك الممارسة، ممّا يتيح لكل طرف تعديل صورته لدي الطرف الآخر، من خلال ممارسات الحياة اليوميّة. في حين أن ذلك أمرٌ لا محلّ له بالنسبة للعنف السياسيّ القوميّ، حيث يؤدّي المزيد من المعايشة، إلى مزيدٍ من الاحتكاك، فإلى مزيدٍ من العنف وهكذا. وحيث تتمثل نهاية الصراع في انفصال الجماعتين المتصارعتين مكانيًا وبالتالي تعذر - ولا نقول استحالة - تعديل صورة كل طرف لدي الآخر.
الأمر الثاني هو أن شاغلي المواقع الاقتصادية عرضة لتغيير مواقعهم الطبقيّة وبالتالي تعديل مواقفهم من السلطة بناءًا على ذلك. ومن ثم فإنهم كرموز لفئة اقتصاديّة معينة يفقدون مصداقيتهم، ويحل محلهم غيرهم، بفعل الحراك الاجتماعي صعودًا أو هبوطًا.
وينبغي ألّا يغيب عن الأذهان في هذا الصدد، انّه في بعض المجتمعات تظل أسرًا بعينها تحتكر الثراء والسلطة معًا، وتتوارثهما عبر الزمن. وقد يطول الأمر كذلك لأجيال طويلة، بل انه قد تمضي تلك الأجيال دون أن تشهد تلك المجتمعات شيئًا من العنف الاقتصاديّ السياسيّ المتوقع. وقد يرجع ذلك إلى الحجم الكبير نسبيًا من المكاسب الاقتصاديّة التي ينعم بها جمهور تلك المجتمعات، فضلًا عن إحكام قبضة السلطة، ولجوئها فورًا إلى أقصي درجات العنف المضاد لدي أية بادرة - ولو على مستوى الفكر - تشوبها شائبة التململ الاقتصادي.
وفضلًا عن ذلك فإن التضخيم من شأن تهديد خارجيّ ذا طابع قوميّ، أو دينيّ، أو حتى اختلاق مثل هذا التهديد، أمرٌ كفيل باستبعاد احتمالات العنف السياسيّ الاقتصاديّ ولو إلى حين.

(ج) العنف السياسيّ الدينيّ

ولعلّه العنف الأعلى ضجيجًا في عالم اليوم، ومن ثم في منطقتنا أيضًا. ومـن المفهوم، أن أطراف العنف السياسيّ الديني لا بد وأن تكون مستظلّة بعلمٍ واحد، أي منتميةً لدولةٍ واحدة، يستهدف الصراع سلطتها، وإلّا تحول العنف السياسيّ الدينيّ، إلى حربٍ دينيّة شأن الحروب الصليبيّة على سبيل المثال.

ويتخذ العنف السياسّي الدينيّ بعامة واحدةً من الصور التالية :

الصورة الأولى هي ما يمكن أن نطلق عليه " **العنف السياسيّ المذهبيّ** "، وفيه تنتمي الجماعات المتصارعة إلى دينٍ واحدٍ أساسيّ، ثم هم يتباينون مـن حيث انتسابهم لمذهب دون آخر من مذاهب ذلك الدين. فالصراعات مشـهودة بيـن البروتستانت والكاثوليك،على سبيل المثال، في إطار الدين المسـيحي. وهي كذلك مشهودة بين الشيعة والسنة، على سبيل المثال، في إطـار الدين الإسلامي. وفي هذه الحالة تلتقي تلك الجماعات المتصارعة جمـيعًا علـى قمة هذا الدين، أو على رمزه الأعلى، ثم أنها تختلف، بين جماعـة ممسكة بالسلطة وأخرى تسعى إليها، على ما دون ذلك بدرجة أو بأخـرى. وبطبـيعة الحال فإن كلٌ يرى الدين الصحيح متمثّلًا في المذهب الذي ينتمي إليه.

الصورة الثانية وهي ما يمكن أن نطلق عليه " **العنف السياسي الديني الداخلي** "، بمعنـي أنه يدور في هذه الحالة بين جماعات تتفق في الانتماء لـنفس الدين، ولنفس المذهب أيضًا. ومع ذلك يظلّ الصراع على السلطة مسـتعرًا، حيـث تـرى الجماعـة الراغبة في انتزاع السلطة، أن أولئك الممسـكين بها قد خرجوا على صحيح الدين والمذهب معًا، في حين يرى هؤلاء أنهم هم الملتزمون بالدين التزامًا صحيحًا.

الصـورة الثالثة وهو العنف السياسيّ الدينيّ الموجه من **جماعة دينية إلى جماعة دينية** أيضـاً، ولكـنها تنتمي لدين مختلف. ويدور هذا العنف أيضًـا، شأن غيره، حول السلطة، وإن كان دور السلطة في هذا النوع من العنف قد يكون متخفيا، أو بالأحرى محاولًا أن يتخفى.

ولعلّـه ممّـا ينبغـي أن يستوقف النظر، أن مثل هذا النوع من أنواع العنف، رغم توجيهه إلى جماعة مختلفة دينيًا، فإن مثل تلك الجماعة قد لا تكـون مسـتهدفةً لذاتها، بل لكونها تعيش في كنف السلطة التي يستهدفها العـنف أساسًـا، وأن هذه السلطة المستهدفة، ملتزمة بحماية هذه الجماعة الدينـيّة. بعـبارة أخري فإن هذا النوع من أنواع العنف السياسيّ قد يكون مجرد ستار لنوع آخر من أنواع العنف التي سبقت الإشارة إليها.

إن ما أشرنا إليه من أنواعٍ لمضامين العنف السياسيّ، قد اقتصر على المضـمون القوميّ، والمضمون الاقتصاديّ، والمضمون الدينيّ. ولا يعني ذلك أن تلك هي كافة أنواع، أو صور العنف السياسيّ. فثمّة أنواع أخرى، **كالعنف العرقيّ** مثلًا، لم نتعرض لها، دون أن يعني ذلك تقليلًا من أهميتها، ولكنّه ضِيقُ الحيّز المتاح مساحةً وزمانًا، وأخذًا بأن الأهم بالنسبة لمنطقتنا ينبغي أن يسبق المهم.

كذلك فإن هناك قطاعًا كاملًا من أنواع العنف السياسيّ لم نعرض له بحال، رغم انه قد لا يقل أهميّة عمّا تعرّضنا له، إن لم يزد. وأعني بذلك " **العنف السياسيّ الجماهيريّ التلقائي** ". وعلى أي حال فقد سبق أن أتيح لي إنجاز بحثٍ تحت عنوان "ديناميّات العنف الجماهيري في إطار الخصائص النفسـيّة والتاريخـيّة للشخصـيّة المصريّة "، وذلك ضمن دراسة أشمل صدرت عن المركز القومي للبحوث الاجتماعيّة والجنائيّة، في يوليو 1976 ، تحـت عنوان " العنف التلقائي الجماهيري في المجتمع المصري ". ولا يـبدو لـي أنّ بُعـد الشقّة الزمانيّة قد غيّر كثيرًا ممّا انتهيت إليه في هذا البحث.

العنـف السياسـي... صـراع بيـن متشابهيـن

قـد يبدو للوهلة الأولى أنه كلما قل التشابه بين أطراف الصراع، أي كلما أصبح العنف خارجيًا، كلما ازداد ضراوة. وبالمقابل، فكلّما كان تبادل العنف بين أطرافٍ ثمة ما يجمع بينها، كلّما خفت وطأته.

وقد يكون ذلك صحيحًا إذا ما كنّا بصدد المقارنة بين نوعيّات الأسلحة، أو شـموليّة الدمار، أو نظاميّة الجيوش ... الخ. فلا سبيل للمقارنة بالفعل بيـن القنبلة الذرّية، أو الطائرات المتطوّرة، وبين الحجارة، أو المديّ، أو القنابل اليدوية، أو حتّى المدافع الرشّاشة.

ولكـنّ الأمـر يختـلف تمامًا من وجهة النظر النفسيّة. فكلّما توثّقت أواصـر القربى، واتسعت الأرضيّة المشتركة بين الأطراف المتصارعة، كلّمـا كـان الصـراع أشد شراسة، وأصعب حلًا، وأعمق جذورًا، وأكثر تعرضًا للعودة إلى الاندلاع من جديد مرّات، ومرّات.

ولقد سبق أن تعرضنا لكون العنف السياسيّ يقتضي نوعًا من التداخل بيـن أطرافه. وفي حقيقة الأمر، فإن هذا التداخل لا يقتصر على الجوانب الماديّـة، أو الفكـرية وحدهـا، بل يمتد ليصبح تشابهًا، قد يصل إلى حدّ الـتطابق، من الناحية النفسيّة، بين طرفي الصراع. ونعني بالناحية النفسيّة فـي هـذا السـياق، ملامح الصورة الذهنيّة لدى كل طرفٍ عن الطرف الآخـر، أو ما يمكن أن نطلق عليه "**ثقافة العنف**". ولعل من أبرز ملامح تلك الثقافة ما يلي :

1- **إنّ الآخر إمّـا عميلٌ مـأجور، أو سـاذج جـاهل**. فلـيس مـن المنطقيّ، أن يوجد شخصٌ عاقلٌ نزيه، يمكن أن يقبل بتلك الترّهات التي يقول بها الجانب الآخر.

2- **لـم يعد الحوار مع الآخر مجديًا**. لقد استنزفنا معه كافة إمكانيات الحـوار. إنـه لا يفهم إلّا لغة القوّة. إنه البادئُ بالعدوان. إن التفاهم معه لا يعني سوى الضعف و التخاذل.

3- **الآخر هو الخارج على الأصول الصحيحة** : الشرعيّة القانونيّة، الإسلام الصحيح، الاشتراكيّة الصحيحة، المسيحية الأرثوذكسية ... الـخ. المهـم، أنه هو الخارج دومًا عن الأصول، ونحن الملتزمون دومًا بتلك الأصول.

4- **الآخـر لا يمثّل إلّـا أقليّة**، أمّـا الغالبيّة، فإنها تتعاطف معنا بكل تأكـيد. وأيّة مؤشّرات تشير إلى غير ذلك فإنها -أيا كانت - مجرّد زيف.

5- مهمـا قال الآخر، أو حتى فعل، لكي يوهمنا بأنّه قد تغير، فإنه **يظل في جوهره كما هو**.

6- **الآخـر يريد لنا الاغتراب عن الواقع**، اندفاعًا إلى مستقبلٍ غريبٍ عنّا، أو انسحابًا إلى ماضٍ سحيقٍ لم تعُد لنا علاقةٌ به.

7- لا ينبغـي أن نفـرّق فـي مواجهتنا لهم بين " المفكّرين " و " المنفّذيـن "، أو بيـن " الموافقين " و " المعارضين " في صفوفهم، **فكلهم أعداء**. بل ولعلّ ما يبدونه من تنوّع في المواقف ليس سوى نوع من الخديعة.

8- ينبغي أن **ننقّي صفوفنا من أولئك المتخاذلين الذين يدعون إلى حوارٍ مع أعدائنا**. إنّهـم إمّا سُذّجٌ مضلّلون، أو عملاءٌ مندسّون، أو ضعافٌ ترعبهم المواجهة الشاملة.

استراتيجيّات مواجهة العنف السياسي : نظرة تقييميّة

إن ظاهرة العنف السياسيّ، قديمة قدَم ظاهرة السلطة. ومن ثمّ فالتاريخ ملـيء باسـتراتيجيّات اتبعتها السلطات لمقاومة موجات العنف السياسيّ، وكذلـك فـإن السجلّ حافلٌ باستراتيجيّات اتبعها ممارسو العنف السياسيّ لتحقـيق غايـاتهم. وتفاوتت تلك الاستراتيجيّات جميعًا بين الإخفاق تارةً، والنجاح أخرى.

ولـو نظـرنا إلـى تلك الاستراتيجيّات نظرة شاملة، لوجدنا أن أشدها رواجًـا فـي هي ما يمكن أن تسمّى باستراتيجيّة المواجهة الشاملة. وتقوم تلـك الاسـتراتيجيّة - المتـبادلة بطبـيعة الحال - على مسلّمات صراع المتشـابهين، والتـي أشـرنا إليها آنفًا. وتنتهي ممارسة هذه الاستراتيجيّة عمليًا، إلى مواجهةٍ شاملةٍ بين الطرفين. ويعنينا من شموليّة هذه المواجهة،

أنهـا تشـمل تشجيع توجيه الضربات إلى المفكّرين والمنفّذين في صفوف العدوّ دون تفرقة.

ولـيس من شكّ في أن يد الدولة هي الأثقل على المدى المنظور على الأقل. ومن ثمّ فإن تراجع موجة العنف السياسيّ، أمرٌ متوقعٌ ومفهوم. دون أن يعني ذلك بطبيعة الحال أنه تراجعٌ منظمٌ، كتراجع الجيوش النظاميّة.

ولكن تبقى عدة تساؤلات :

أولا : ومـاذا عن الأفكار ؟ إن تلك الاستراتيجيّة تقوم على أن الأفكـار تولّدُ أفعالًا، فهل يمكن لهذه الاستراتيجيّة، أو حتى لغيرها أن تقضي على فكرة مهما كانت سخافتها ؟

إن المؤسسات، والنظم، والتنظيمات، لا بد وأن تنتهي يومًا، بل ويمكن إنهاؤهـا، وتسـتمر بعدها الحياة، فلكل فعلٍ نهاية. أما الأفكار فإنها تتجدد وتتطور. وقد تجمد وتنغلق. وقد يعلو صراخها. وقد يخفت همسها. ولكنها لـيـدا لا تمـوت حتى ولو مات أصحابها. تستوي في ذلك أسخف الأفكار، وأروعها: النازية، الشيوعية، الداروينيّة، الصهيونيّة، الاشتراكيّة، ... الخ. إن الأفعال ترتبط بحياة أصحابها وتنتهي بموتهم. وكذلك المؤسسات تنتهي بانتهاء الحاجة إليها، أو بتدهور أدائها أما الأفكار فما دامت قد خرجت من أفواه أصحابها أو من أقلامهم فإنها تظل باقية ولو مختزنة.

ثانيا : هل صحيحٌ أن ثمة تطابق بين التطرف والعنف السياسيّ ؟

وهل صحيحٌ أن إطلاق التعبير العلنيّ عن الأفكار المتطرّفة يمكن أن يؤدي تلقائيًا إلى تزايد موجة العنف السياسيّ ؟

لـيس ثمـة مـا يؤكّد في إطار علم النفس الاجتماعيّ، أن التعصّب أو الـتطرّف الفكريّ، مهما بلغت درجته، يمكن أن يؤدّي تلقائيًا إلى ممارسة عنفٍ من أيّ نوع. صحيحٌ أن كلّ ذلك إنّما يؤدّي إلى العديد من التشوّهات الانفعالـيّة والفكريّة، و منها على سبيل المثال : الكراهية للآخر، والنفور مـنه، بـل و تمنّي اختفاءه من الوجود. وكذلك العجز الفكريّ عن رؤية الجانب الآخر من الصورة، ومن ثم العجز عن الرؤية الموضوعيّة.

إن مـثل هـؤلاء المتطرّفين المتعصّبين، قد تفيض أحلام نومهم، بل وأحـلام يقظتهم أيضًا برؤًى بالغة العنف والدمويّة. ولكنّ شيئًا من ذلك - رغـم خطورته - لا يؤدّي وحده إلى ممارستهم الفعليّة للعنف. إن تحوّل الأفكـار و الانفعالات إلى ممارسات سلوكيّة، يتطلّب أن يتوافر إلى جانبها العديـد من الخصائص والسمات النفسيّة والاجتماعيّة و الموقفيّة. فكراهية الآخر مهما بلغت شدّتها لا تكفي وحدها للتنبّوء بممارسة العنف حيال هذا الآخر، بل إنها قد تؤدّي عمليًا إلى الانسحاب كليّةً من مواجهة هذا الآخر المكروه.

وفضـلًا عن ذلك، فإن حقائق التاريخ، البعيدة والقريبة، تؤكّد ما نذهب إليه. فالتطرّف الفكريّ، والتعصّب المذهبيّ، كثيرًا ما يؤدّيا، على المستوى السلوكي، إلى أقصى درجات السلبيّة، بل و حتى الاستسلام. ونستطيع أن نشـير على سبيل المثال، إلى جماعات الطرق الصوفيّة الإسلاميّة، أو إلى نظـام الرهبـنة المسيحيّ. ولو اقتربنا قليلًا من مجال الممارسات السياسيّة المعاصـرة، لوجدنا في شعار مقاطعة الإسرائيليين، خير تعبيرٍ عمليّ عمّا نقـول. لقـد أدّت تلـك المقاطعـة عمليًا إلى كفالة أقصى درجات الأمن الشخصيّ لأولئك الإسرائيليين.

خلاصة القول، إن محاولة القضاء على الأفكار بدعوى اجتثاث الجذور الفكريّة للعنف، أو للعنف المضاد، ليست سوى أوهام تدحضها حقائق العلم والـتاريخ معًا. فحين تحاول السلطة ذلك، فإنها لا تنجح، في المدى البعيد فـي القضاء على أيّ من الفكر أو السلوك وكذلك فحين يحاول المتمرّدون علـى السـلطة، توجـيه رصاصـاتهم إلى من يعتبرونهم بمثابة رموزها الفكريّة، فإنهم يغامرون بتعريض مجمل مسعاهم للانتكاس.

وماذا بعد ... ؟

إن مهمّة تقديم وصفة جاهزة للتخلّص من آلام العنف السياسيّ، إذا لم تكـن مسـتحيلة، فإنّهـا تخرج قطعًا عن حدود التخصص الدقيق في علم الـنفس. ولكـن لو حاولنا الامتداد برؤى هذا العلم إلى ما يخرج عن تلك الحـدود الدقـيقة، فلعـلّ لي أن أقول، أن الحلّ الأنسب قد يكمن في تبنّي شعارين محوريين :

الشعار الأول : " **رصاصة مقابل رصاصة، وفكرة مقابل فكرة** " ويعني ذلـك الدعـوة إلـى الـتفرقة بين الفكر والسلوك. بين العنف والتعصّب. ومواجهـة كلّ بما يناسبه. إنّ إدانة الدعوة لمواجهة الفكرة بالرصاصة، لا تقل أهمّية عن إدانة الدعوة لمواجهة الرصاص بمجرّد الحوار.

الشعار الثاني : " **لا حدود للحريّة الفكريّة** ": ويعني ذلك الدعوة إلى القـبول بحـق الأفكـار جميـعًا في التعبير عن نفسها، مهما كانت درجة الاخـتلاف معها، أو النفور منها، بما يتضمّنه ذلك القبول من تسليمٍ واعٍ، بما سوف ينجم عنه من فوضى فكريّة. إن فوضى الأفكار أقل ضررًا من إرهـاب العنف. وضجيج الكلمات، مهما كان ما يسبّبه من إزعاج، أهون كثيرًا، من صوت لعلعة الرصاص.

ولكـنّ ذلك كلّه في النهاية ليس سوى مجرّد شعاراتٍ، ينقصها الكثير مـن الصقل والتطوير. فضلًا عن إنها مجرّد أفكار، بل وانفعالات، تحتاج إلى الكثير لتتحوّل إلى نمطٍ سلوكيّ. هذا إذا ما كان لها أن تتحوّل في هذا الاتجاه أصلًا.

*الـندوة المصـرية - الفرنسـية الخامسـة القاهـرة 19-21 نوفمـبر 1993 ، مركـز الـبحوث و الدراسـات السياسـية ، جامعـة القاهـرة وقدمـت للمناقشـة مـرة أخـرى فـي اللقـاء الفكـري الـذي نظمـته الهيـئة القبطـية الإنجيلـية للخدمـات الاجتماعـية فـي 4-6 سبتمبر 2002 حول "ظاهرة العنف في المجتمع المصري"

المتغيـــرات التي طالـــت الأســـرة اللبنانيـــــة وأثـــر الحـــرب

انعكاســات العنـف الآخـــر للحـــرب

أ. د. منـــى فيـــاض – علـم النفـس – لبنـان

monafayad@hotmail.com

في مراجعة المفهوم التقليدي للأسرة ولدورها الأم: خلال دراستنا الجامعية وما قبل الجامعية، درسنا الأسرة في ديناميتها وفي شكلها الخاص والمعروف لها الآن، أي الناريخي والقابل للتغير كما تبين لنا لاحقاً، وكأنها الشكل الوحيد الممكن لهذه الأسرة. ولكن قراءة كتاب آريس "الطفل والحياة الأسرية في النظام القديم" وفي أعماله اللاحقة مع دوبي في موسوعة "الحياة الخاصة" (1)، تظهر بأن هذه العلاقات تتغير حسب الحقب التاريخية وأنها ليست حقائق أزلية أو ثابتة.

يشير آريس في مقدمة الجزء الأول من موسوعة الحياة الخاصة (2)، إلى أن ولادة الطفل الروماني ليست "واقعة بيولوجية" فقط. فالمولودون الجدد لا يأتون إلى العالم، أو بالأحرى لا يستقبلون فيه، إلا اعتماداً على قرار من رب الأسرة: فمنع الحمل، والإجهاض، وعرض الأطفال المولودين بشكل حي وقتل طفل العبدة كانت كلها ممارسات معتادة وشرعية تماماً. وهو يشير لاحقاً إلى شعوب بعينها (المصريون، اليهود، الألمان...) أنها كانت "تربي جميع أطفالها"، ما يعني أن الأمر لم يكن بمثل البداهة التي نعتقدها. ففي روما مختار الأب الطفل الذي يريده أن يعيش، أما الطفل غير المرغوب فيه فيعرض في ساحة عامة، يأخذه منها من يريد أو يترك للموت. كان التعامل مع الطفل كالتعامل مع الجنين الآن. كذلك يشير آريس إلى أن الطفل يعطى منذ ولادته إلى مرضعة، وللمرضعة وظيفة تتخطى الإرضاع إلى مهمة التربية. فالطفل يبقى معها حتى البلوغ. وهذه عادة كانت شائعة في العالم العربي والرسول نفسه أرسل إلى مرضعة وتربى بعيداً عن أسرته في قبيلة تعلمه اللغة العربية الفصحى كما يجب وهو بعمر سنتين ونصف السنة.

على كل حال يؤكد آريس على أن "صوت الدم" كان قليل الكلام في روما، الصوت الأعلى كان صوت الأسرة. وكان التبني (بمعنى الانتقال إلى أسرة أخرى والانتماء إليها) من الممارسات الشائعة. بينما يعلو صوت الدم الآن ونجد أن أطفالاً متبنين يمضون مضاجع أسرهم بالتبني بحثاً عن "والديهم الحقيقيين"؛ ولدينا أمثلة حية من حالات الأطفال اللبنانيين الذين تبنتهم أسر أوروبية في خضم الدروب عن أهلهم البيولوجيين.

ويرى آريس في نقاشه لفرويد حول عقدة أوديب وتأويل هذا الأخير لها، وبعد أن يصف الظروف بالغة الصعوبة لحياة الأبناء في روما، أن هاجس قتل الأب ووتيرته "النسبية" في روما، كان جريمة كبرى لا شك، لكنها جريمة قابلة للتفسير بشكل معقول وليست أعجوبة فرويدية. كذلك يناقش جيفري ماسون (3) فرويد في هذه المسألة، في معرض دعوته إلى إعادة النظر في نظرية الإغواء التي تخلى عنها فرويد. وهو يرى أن رفض فرويد لهذه النظرية كان بسبب تقديس مفهوم الأسرة بالذات، والذي كان مسيطراً في القرن التاسع عشر، ورفضه أن تكون العلاقات الأسرية على هذا القدر من الاختلال حيث يتعرض هذا العدد من الأطفال للاعتداء الجنسي من قبل محارمهم. فما كان منه إلا أن قام بابتكار مركب أوديب حيث اكتشف من أجل ذلك أن ميول الأطفال أنفسهم هي العدوانية تجاه أهلهم وليس العكس. أي أن فرويد قام باستبدال الفعل بالميول، والحدث الواقعي بالخيالات. وتم نسيان ميول الآباء أنفسهم.

في سياق المراجعة للأدبيات المتعلقة بالمرأة-الأم وبالدور المنوط بالأم والمتمثل بالحب الأمومي المثالي والمتفاني، قامت إليزابيت بادنتر (4) بمراجعة مسألة الأمومة كي تلفت الانتباه أيضاً إلى دور مدرسة التحليل النفسي بالذات في تحميل المرأة-الأم عبء مسؤولية الصحة النفسية للطفل، معفية الأب بنسبة كبيرة من هذه المسألة. ويمكن الاستخلاص منها أن المشاعر الأمومية نفسها متغيرة، وأن نوعية علاقة الأم بأطفالها ليس لها مثال واحد حصري وخاصة عند النظر إلى المسألة من منظار تاريخي وثقافي. وهذا ما تشير إليه أيضاً آرليت فارج (5) من خلال تقديمها للوحات ورسومات عدة تمثل أطفالاً صغاراً في وضعيات مختلفة ومنها العائدين من عند الحاضنة في الريف أو في الضواحي الباريسية ونجد أن الأهل قد لا يتعرفون على أولادهم إلا من خلال ثيابهم، بسبب طول غيابهم وتغيرهم في هذه الأثناء. كما أنها تقدم أرقاماً عن أن من بين كل 21 ألف طفل مولودين في باريس كان يذهب 20 ألفاً منهم إلى المرضعات بعيداً عن الأهل. هذا وكان آريس قد أسهب في الحديث عن نوعية الحب الأمومي المتغير وفي اختلاف إظهار المشاعر وتنوعها. وكذلك فعلت بادنتر، في القسم الذي اسمته "الحب الغائب". النتيجة، ليس هناك من مثال أو نموذج ثابت وأزلي، كل شيء متغير ومتحول، حتى في مسألة تعد "بيولوجية" مثل غريزة الأمومة. لذا يصعب التنظير لأشكال وتنظيمات وظواهر اجتماعية قابلة، بحكم طبيعتها بالذات، للتغير والتبدل خاصة في مرحلتنا الراهنة التي حصلت فيها تغيرات بنيوية في مجتمعنا الإنساني، طالت مختلف أوجه الحياة ونمطها ووتيرتها ولم تظهر جميع آثارها، أو لم يتم وعيها بعد.

لكن من المؤكد أننا نعرف في المرحلة الراهنة تغيرات جذرية على الصعيد العالمي فيما يتعلق بالأسرة وبنمطها وتوزيع الأدوار فيها. في كتابها الحديث المتعلق بنفس موضوع الأسرة، تتساءل اليزابيت رودينسكو (6) عن السبب الذي يدعو المثليين الجنسيين، رجالاً ونساء، إلى إبداء رغبة ملحة من أجل تسوية (من سواء وسوي) أوضاعهم والمطالبة بالزواج وبالتبني وبطلب المساعدة الطبية من أجل الإنجاب. تتساءل رودينسكو عن ما الذي حصل منذ ثلاثين عاماً في المجتمع الغربي كي يطالب أشخاصاً معتبرين كشاذين وغير أسوياء ليس فقط بالاعتراف بهم كمواطنين ذوو

أحقية كاملة، لكن أيضاً محاولة تبني النظام الأسري بكامله والالتحاق به؟

ما الذي حصل كي نمر من مرحلة انتقاد الأسرة وكراهيتها ولعنها علناً (اندريـه جـيد وجملته الشهيرة:"أكرهك أيتها الأسرة") إلى مرحلة البحث مجدداً عن معيار "للأسروية المستعادة"؟

تجـد رودينسـكو أن هذه المشاعر التي تعبر عنها هذه الفئات تزرع الاضـطراب، وهـو أمـر يخـيف رودينسكو نفسها على ما يبدو. فعودة واندمـاج هؤلاء الذين كانوا منبوذين يصبح أكثر خطراً بسبب جعلهم غير مرئييـن بالذات. إن محو الاختلاف معهم هو الذي يسبب الذعر والخوف مـن نهاية الأب ونهاية السلطة، ما يعني سيطرة الأمومية اللامحدودة التي برزت في نفس اللحظة التي عرف فيها الاستنساخ.

وترى رودينسكو أن من دون النظام الأبوي والقانون الرمزي تصبح أسـرة مجـتمعات ما بعد التصنيع مشوهة وشاذة في دورها كخلية قاعدية للمجـتمع. فالأسـرة ذات الوالد الواحد وذات الوالد من نفس الجنس وتلك المعـاد تركيبها والمستنسخة والمكونة اصطناعياً...تصبح عاجزة عن نقل قيمها هي بالذات، أو بالأحرى القيم المحسوبة عليها. وتتغاضى رودينسكو بهـذه الطـريقة عـن مواجهـة المعضلة القادمة والتي تسببها التغيرات الحاصلة فعلياً على الأرض في أشكال الأسرة وتنظيمها والتي سوف نشير إليها لاحقاً.

حول تاريخ الأسرة والدراسات عنها

تجـد رودينسـكو إن الأسرة، بما هي اتحاد مستديم نوعاً ما ومقبول إجتماعـياً، لـرجل وامرأة وأطفالهما، هي ظاهرة كونية وحاضرة في كل أنمـاط المجـتمعات. وهـي تشير إلى أن الأمر الثاني والثابت في تكوين الأسـرة عـدا عـن اخـتلاف الجنسين، هو تحريم العلاقات الجنسية بين المحارم (7) أو الأقرباء؛ وتستنتج رودينسكو بأن هذين هما الثابتين العالمين لتكويـن أسـرة وخـلال قـرون طويلة، مع وجود تنويعات مختلفة عبر العصور والثقافات. وهي ملاحظة صحيحة وسوف نرى لاحقاً علاقة هذا الـتحريم العالمـي بالمقاومـة التي يبديها اللبنانيون في الاعتراف بوجود العلاقـات المحـرمة داخل أسرنا والتي ساهمت الحرب على الأرجح في ازديادها.

بيـنما نجـد أن دومينـيك مِهْل (8) يكتب في مطلع مقالته عن الأسرة لازمـة يـرددها "والدين اثنين، لا أكثر ولا أقل". كلمة سر تبدو له فاقدة لمعـناها فـي الوقـت الراهـن، حيث تتعرض الأسرة وتنظيمها لفوضى عارمـة. إن هذه اللازمة تشكل بذاتها "عارضاً" (9) بحسبه لصعوبة التفكير فـي "الفوضـى" الحاصلة ما يستنتج منه أن التطورات لا يعترف بها إلا بشـكل مـتأخر وغالـباً بأسـف. وهو يعدد أيضاً أنواع الأسر المختلفة الموجـودة حالياً: أسر ذات والد واحد، أسر معاد تركيبها، أسر تبني، أسر مع أطفال أنبوب، أسر مثلية.

ويضـيف: "تتفجر الأسرة، تتعرض لإعادة تكوين ولتفسخ. لطالما كان عـدم الاطمئـنان متصاحباً مع تطور العادات المدركة دائماً بشكل سلبي وكأزمـة بدلاً عن إعادة صياغة للعلاقات. ما يبرز الآن هو فصل الوالدية عـن الزوجـية إذا أمكـن القول، فالنساء ينجبن وحدهن طفلاً إما بشكل عـارض او بحـثاً عـن الاستقلال عن الهيمنة الذكورية، ما أوجد الأسر خارج إطار الكويل وتعددت أنواع الأمومة: أم جينية وأم حاملة للطفل وأم اجتماعـية. كما أن تعدد الطلاق يقوي الظاهرة، بينما إعادة الزواج توجد وضـعيات جديدة لا يكون فيها الزوج هو الأب الحقيقي للأطفال، وكذلك الأمـر بالنسبة للأم، بينما يتساكن أطفال غير أشقاء موجدين علاقات أخوّة بنسـب متفاوتة. ومن الملاحظ أن اللغة تتأقلم مع الجدة الحاصلة في تعدد أشـكال العلاقـات فلـم تعد الأم العازبة أم- بنت. ما يعني اندثار الوَسْم "stigmatization"(10).

هناك إعتقاد بأن شكل الأسرة النواتية، الذي ساد بعد الثورة الصناعية او البرجوازية بحسب البعض، هو الشكل الوحيد الذي عرف للأسرة، هذا بيـنما يشـير مِهْل إلى أن نصف البيوت كانت قد تغيرت في نهاية القرن التاسـع عشر ولم تعد تتبع هذا النموذج المثالي الذي يتم تصوره على أنه الشـكل الأكثر مثالية والمرادف للراحة والعاطفة والنجاح التربوي. بينما بالكاد تستطيع الأشكال الأخرى فرض نفسها كنماذج شرعية.

ومـن الملاحـظ أن الحـروب هـي العامل الأساسي في تغير أنواع العلاقـات، حـتى أن الفرنسيين اعتادوا على تسمية حقبة ما قبل الحرب العالمـية الأولـى "بالحقـبة الجمـيلة" نظراً إلى السمة الرومانسية التي التصـقت بهـا بعد تجربة الحروب المضنية والتغيير الاجتماعي الجذري التـي تسببت وعاشها الإنسان الأوروبي وكأنها زوال لعالم لن يعاش مرة أخرى.

مـع ذلـك ظـل الاعتقاد بوجود كيان ثابت للأسرة سائداً، بحيث أن الباحثيـن لا يكلـوّن من الإشارة إلى هذا الأمر ، وهو ما نجده في بحث فرنسـواز هريتيه (11) التي تؤكد هي أيضاً الاعتقاد الخاطئ السائد في أن الأسـرة كـان لهـا نفس الشكل في كل الحقب، وتشير إلى ما قدمه ليفي سـتراوس عن الأسر في مجتمعات أخرى ذات العلاقات الأسرية وموقع السـلطة المخـتلفة عما هو معروف في المجتمع الغربي. ولا بد هنا من الإشارة إلى بحث سعاد جوزيف (12) التي تكتب عن ثنائية نظام القرابة في لبـنان وعـن اختلاف وظيفة ودور كلتى الأسرتين، أسرة الأم التي تقدم الدفء والحب وأسرة الأب التي تقدم السلطة وتراقب السلوك.

ينقلـنا هذا إلى الأسرة الشرقية وتاريخها وإلى موقع المرأة فيها. تكثر الآن الدراسات التاريخية التي تعود إلى أرشيف المحاكم الشرعية في تتبع أوضـاع الأسر والنساء في عالمنا العربي وتشير أميرة سنبل (13) في هذا السـياق إلى اختلاف الأحكام في طلاق النساء بين عامي 1857 و 1959 (أي خـلال حقبة ماية عام) بما يوضح التناقض في تفسير تطبيق الشريعة قـبل وبعد الإصلاحات التشريعية التي شهدها العالم الإسلامي. وذلك من أجل دحض الفكرة السائدة في دراسات المرأة في الشرق الأوسط بأن هذه الإصلاحات أحدثت تغييرات إيجابية. بينما تجد أن العكس هو صحيح. إذ تؤكـد الدراسـات التاريخية النسوية (14) على حال المرأة قبل الإسلام إلى اشـتراك النساء في حروب قبائلهن، ووجود تعدد زوجات وتعدد أزواج، والقـبول العام لنسب الأم. ولقد أعطى الإسلام المرأة الحق بالميراث بعد تحديـد صلة الدم كمحدد. الأمر الذي تفسره جرمين تيليون على أن حجر المـرأة في الخدر واستمرار عادة زواج الأقارب ترجع إلى رغبة الإبقاء على الثروات داخل حدود الأسرة التي تحددها علاقات الدم (15).

فكـرة أخرى يجري التشديد عليها هي فكرة أن الأنماط والممارسات الاجتماعـية فـي تاريخنا الاجتماعي كانت في تضاد صارخ مع الصورة التقلـيدية التـي تقدمها المصادر الرسمية الفقهية والدينية. وهذا يعني أن الحياة التي عاشتها النساء بالفعل قد دفعت الفقهاء إلى تفسير الشريعة بشكل أكـثر محافظة: "فكلما جنحت النساء إلى التحرر كلما تشددت التفسيرات". وقد بينت دراسة باربارا شتوفاسر (16) كيف طوعت المجتمعات الإسلامية الشـريعة لممارسـاتها الحياتـية الفعلية بدلاً من قبول المثل العليا لأنماط الـتأويل التي اعتنقها المصلحون في العصور الوسطى. وهذا ما نلاحظه فـي اللحظـة الراهنة، إن واقع النساء ومطالبهن في تضاد مع تنظيرات رجال الدين ورفضهم "لرؤية" الواقع واستيعابه.

وتبين أميرة سنبل أن من الواضح أن القوانين الحديثة المنبثقة في ظل الدولـة القومـية الحديـثة قد أنشأت شكلاً جديداً من السلطة الذكورية في الأسـرة يعطي الأفضلية للرجال من أعضاء المجتمع. وفيما ظلت قوانين الأحـوال الشخصـية معـتمدة على الشريعة في تناقض مع الدساتير ذات الطابع الغربي للدول الإسلامية.

كما أن الصورة الجامدة المعطاة للشريعة هي نفسها قابلة لنقاش، وهذا مـا فعلـه محمد عفيفي:"والشريعة ليست جسماً جامداً غير قابل للتغيير، الشـريعة تعنـي القوانين المقبولة. وهي تتغير مع الزمن لأنها اجتهادات الفقهاء والقضاة" (17).

أما الشريعة التي ظهرت إلى الوجود بعد تحديث القوانين وإصلاحات المحاكم فتختلف عن سابقتها لأنها مصممة لمصلحة النظام المهيمن الجديد الذي وصل إلى السلطة كجزء من بناء الدولة القومية. ومن الخطأ الاعتقاد أن الشـريعة المطـبقة فـي صـورتها القديمة هي السبب في قهر المرأة الحالـي، بيـنما واقع الأمر أن سبب القهر يكمن في الإصلاحات الحديثة وأسـلوب الـتعامل مع قوانين الأحوال الشخصية. وهذا ما أوضحه مقال مادلين زلفي (18) أن الدولة القومية الحديثة شجعت الإصلاحات التشريعية التـي زادت مـن سـيطرة الدولة على الأسرة من خلال تضخيم سيطرة الـرجل على المرأة (الزوجة والابنة) وعلى الأبناء القصر (بنات وبنين)، وكـان ذلـك من خلال سن القوانين التي أقرتها الدولة وتوحيد نظم تعليم القضـاة، وإعـادة هـيكلة نظام المحاكم. وقد حدت تلك الإصلاحات من قـدرات المجـتمع على الحركة، وهي القدرات التي كانت متاحة من قبل عـندما كـان فـي مقـدور القضاة أن يختاروا من بين المذاهب الفقهية الإسلامية والأعراف السائدة.

وهـذا ما تفصله أميرة سنبل (19) في بحثها عن فكرة العلاقة بين نشأة الدولة القومية الحديثة وانحطاط دور المرأة وتعرضها للعنف على أنواعه، فتلخص:

1- توجـد علاقـة تبادلية بين القوانين الخاصة بالجنسين في العصر الحديـث وبين نشأة نظام أبوي حديث كان آخذاً في الظهور كجزء من عملية بناء الدولة الوطنية. وبالرغم من تبني الأمة – لخطاب الحداثة، فإنهـا كانت في نفس الوقت تؤكد مجدداً على السيادة الذكورية وترغم التعبئة العامة للرجال والنساء لخدمتها.

2- يعتمد الأسلوب المستخدم في صياغة قوانين الشريعة الحديثة على التلفـيق بحيـث يـتم دمـج شذرات وأجزاء من القوانين الغربية مع تفسيرات المذاهب المختلفة كي يكوّنوا ما أصبح يعرف بقانون الأحوال الشخصـية بالـرغم مـن أن ما كان يتم وضعه نظام جديد إلا أنه تم وضـعه في إطار إسلامي "شرعي" وفكرة هذا النظام القانوني كقانون الأحوال الشخصية منفصل لم يأخذ وضعاً محدداً في مصر قبل القرن العشرين فإن العمل به أثبت أنه ذا أهمية قصوى بالنسبة للنساء".

هل ثمة متغيرات طالت الأسرة العربية واللبنانية في السنوات الأخيرة؟

من أجل رصد التغيرات الحاصلة وتفاعلنا معها وأثر ذلك على نظرتنا البحثـية، عـدت إلى الفصل الذي كتبته في نهاية السبعينيات حول "موقع الأسرة والطفولة في الحضارة العربية-الإسلامية" (20)، فوجدت أنني كتبت بنوع من الحماس الزائد إذا أمكن القول؛ بحيث لو أنني أعدت كتابته الآن لفعلـت ذلـك بطريقة مختلفة، أكثر حيادية. كيف ذلك؟ ربما من المفيد أن أذكـر أن الهدف أو المنظور الذي كتبت من أجله ذلك الفصل حينها كان محاولـة لفهـم خصوصـية وضع الطفل في هذه الثقافة، وخاصة الطفل المـتخلف عقلـياً. وذلك بعد أن لفتت نظري كتابات كل من Foucault, Misès, Ariès et Weulersse (21) حول الطفولة عامة، وحول موضوعة التسامح والموقف الخاص من الطفل في هذه الحضارة. الأمر الذي جعلني أعـود إلى الجذور التاريخية للموقف المتسامح تجاه الطفل المعوق والذي كـان نموذجـه موقف جارة لنا، من أصول ريفية ومتدينة ومحافظة على تقالـيدها، من ابنها المعوق عقلياً ونوعية حمايتها الملفتة له من اعتداءات أطفـال الحـي ومن إهمال المؤسسات ومن موقف بعض الأطباء المحمل بالآراء المسبقة.

كمـا شكل القرآن وأحاديث النبي التي تزخر بالأمثلة التي تحض على التسـامح الخلفية التي دعمت مثل هذا التوجه. ربما لا نزال نجد أن بعض أنـواع السـلوك والممارسـات لا تـزال سائدة حتى الآن، وربما كانت ملاحظاتـي تصـح علـى الوضع الذي سبق الحرب في لبنان، ولكن هذا التحليل لم يعد يكفي الآن. ربما هو التغير الحاصل بسبب الحرب أو بسبب الدور المتعاظم للإعلام الذي يساعد على انتشار المزيد من الصفات العامـة المشتركة بين البشر (أي ما يطلق عليه اسم العولمة)، الأمر الذي يجعـل التجارب الإنسانية المتنوعة والشديدة الاختلاف في متناول الجميع مـع مـا يحملـه ذلك من إمكانية التأثر بها وفي إحداث التغيير في أنواع السـلوك أو على الأقل تمايزها واختلافها عن الموروث؛ لكن ذلك كله لا يمـنع التمسك بالخصوصية والاندفاع فيها كنوع من الدفاع عن الذات من ناحية أخرى.

وأول ما لفت نظري بعد الحرب وأثناء حضوري لزفافين تقليديين إذا أمكـن القـول، هـو وعيي المفاجئ، من موقع الباحثة - وليس من موقع المشـاركة أو المتورطة- الاختلاف الذي لاحظته حديثاً في مسألة الزفاف هـذه والعـودة إلى تقاليد كنا قد اعتقدنا أنها انتهت. وانتبهت إلى أن بداية السبعينات، و قبيل الحرب مباشرة، كانت مرحلة تشكلت فيها فئة اجتماعية جديدة حملت أفكاراً وقيماً جديدة وقامت بممارسات مختلفة عبرت فيها عن مفاهـيم غير تقليدية طالت الزواج والأسرة والإنجاب والموقف من الذات والآخـر. الأمـر الذي كان موضوع بحثي في العدد الأول من باحثات: "الكويل"، نمط آخر من الزيجات في بداية السبعينات – نظرة مغايرة للذات وللتقليد.

والاسـتنتاج إن التغـيرات حدثـت وتحدث بسرعة وكثافة، ونكاد أن نلحظهـا عيانياً ولكننا لم يتم التعبير عن ذلك على المستوى النظري؛ ففي فترة طفولتي لم تكن النساء كثيرات في شوارع مدننا، وكن عندما يخرجن إلـيها يسـرن مسرعات متلفعات بأنواع مختلفة من الأحجبة منها ما كان قريـباً نوعـاً ما من الملابس السائدة الآن في شبه الجزيرة أو في اليمن. بمعـنى أنهن لم تكن مكشوفات الوجه أو حتى ظاهرات للعيان. وكان هذا حـال جدتـي ووالدتـي (22) قبل أن تتزوج. أما الآن فإن نظرة من حولنا تجعلنا ندرك كم أن المرأة موجودة في الشارع، فلكأنها تركت البيت الذي كان موقعها الأساسي وخرجت لتنزل إلى الشارع والمقهى وأماكن التنزه، كمـا دخلت المكتب والمصرف والمعمل... إنها حاضرة في كل الأمكنة. وهـذا تغـير هائل في عمر إنسان واحد، حيث أن التغيرات في السابق لم تكـن تقـاس فـي فترة زمنية بهذا القصر. إنه تغير كبير يصيبنا بالدوار فمؤسسة الزواج تتغير ودور المرأة فيها يتغير (23). الأمر الذي يعني تغير وضـعية الأسـرة، وظيفـتها ودورها طالما تغير وضع حاملتها الأساسية وحاميتها.

الأمر الآخر الذي ساهم في لمسي لمدى التغيرات والتمايزات الحاصلة كـان نتـيجة عملي على السجناء (أطفالاً وكباراً) وجمعي لسيرهم الذاتية (هـذا بالإضافة إلى الملاحظات العيانية التي يقوم بها كل منا كفرد يشكل جـزءاً من المحيط الذي يعيش فيه)؛ ما أوضح لي أننا غالباً ما نمتلك عن أنفسنا صورة تكون مختلفة أو هي لا تزال سابقة على التطورات الحاصلة فعلـياً وميدانـياً أو التـي سبق و تكونت في الواقع. فالفكرة السائدة التي نكونهـا عـن الأسرة في مجتمعاتنا هي أنها متماسكة ومتضامنة (التعبير الإسـلامي المستخدم هو التكافل) وتقوم مقام الدولة ومؤسساتها في عملية دعـم أفرادها وحفظ حقوقهم على مختلف الأصعدة. وشعارنا عامة: الحمد لله إن مجتمعاتنا لا تزال في منأى عن التفلت الحاصل في الغرب والأفراد لـم يعـرفوا بعـد الـتحلل والتمزق والأسرة لم تتفكك...وإلى آخر هذه الشعارات التي تستخدم الإواليات الدفاعية بالمعنى النفسي كي تركن إلى ما تطمئـن إليه أمام التغيرات أو التهديدات الممكنة. ربما لا تعرف مجتمعاتنا أنـواع العـنف المرضي الغربي، لكن يجدر بنا عدم نسيان عنف الحرب اللبنانية التي ذهبت مثلاً يحتذى وصار يكفي أن نشير إلى "لبننة" حرب ما، كـي نعـرف تقريباً ما هو المقصود؛ أي العنف الأهلي المتنقل والمتجدد والمـتكرر؛ والممارسات العنفية التي حصلت كانت سباقة وشكلت نموذجاً يحـتذى فـي أنواع التمثيل بالجثث والتنكيل بالمحجوز عليهم والمسجونين والمخطوفيـن، بحيث تم تطبيق آخر صرعات أفلام العنف الشديد. والأسر نفسـها عانـت مـن التفكك ومن المشاكل على أنواعها. ولست أملك هنا معطيات محددة (24)؛ هذا دون أن ننسى عنف الأنظمة العربية تجاه

مواطنيها وممارستها لأقصى أنواع التعذيب والقمع والإرهاب ولو بدرجات متفاوتة بلغت أقصاها على يد أحدث نماذج الطغاة العالميين صدام حسين (25). ربما لذلك ينبغي أن لا أسأل نفسي عن سبب عدم تفجر الأوضاع أكثر مما هو حاصل وأجد أن السبب ربما يعود إلى اعتياد الإنسان العربي على القمع وإلى قدرته على التحمل والمكابدة أكثر مما يعود إلى مسألة التكاتف والـتعاطف الـذي يحصـل عليهما بالضرورة من الآخرين. كما إن نمط تربيتـنا يجعـل مـن الخضوع والامتثال والطاعة وتقليد الأكبر سناً هو السـلوك المستدخل من قبل المواطن العربي. ونسأل هنا هل يمكن لشعب أن يـتحمل مـا تحملـه الشعب العراقي؟ إنها القدرة الفائقة على الاحتمال (صـبر أيـوب) وعدم البحث عن منقذ، أو منفذ آخر ممكن. لذا أفكر أن الإنسان العربي لم يستوعب، أو هو لا يتطلب أصلاً، فكرة مسؤولية الدولة والمجتمع عن مصائبه بل هي مسألة بينه وبين ربه الذي بيده هو نجاته أو خسـارته. الأمـر الـذي لم يعد الإنسان الغربي ليقبل به فهو يعي حقوقه ويطالب بها. يتعلق الأمر ربما بكيفية تشكل الدولة-الأمة التي حصلت في سياق مختلف عن السياق الغربي وحصلت في بلادنا كتقليد للغرب وبسبب الـتدخل الاسـتعماري المباشـر فـي تقاسم البلدان وتقسيمها بين القوى الكولونيالـية حينها، أكثر مما حصل كتطور في المتطلبات والذهنيات نابع من سياق داخلي. ولكن هذا موضوع آخر.

فـي الدراسة التي قمت بها عن السجن (26)، لاحظت لدى المسجونين وبالـرغم من تخلي أسرتهم عنهم، بحيث قد يترك الأولاد المدرسة إذا لم تسـتطع الأم تأمين أقساطها، ومع ذلك نجد لدى السجناء "وهم" الركون إلـى أقـاربهم مثل الوالد أو الأخ أو العم؛ وهو وهم أكثر من كونه واقعاً ملموسـاً. إذ يكـون السجين في أسوأ حال ويخبرني عن أن أسرته تدعمه وتهـتم به أو أقاربه ويعود في مناسبة أخرى يذكر، مع تنهيدة، أن أمره لله وأن "ما جدا لحدا". وذلك لكان متزوجاً أو عازباً. فغالباً ما لا تحصل أسرة السجين وأولاده وزوجته على الدعم المنتظر لها من هذه البنى التقليدية (27).

الأسـرة تتغير بالطبع ولم يعد هناك Stereotypes من الآن وصاعداً، فلـيس هناك من أسرة شرقية نموذجية بعد الآن، هناك "أسر" بمعنى الجمع والاختلاف والتمايز. أخبرتني إحدى الطالبات منذ فترة قصيرة عن نفسها وأسـرتها ووالدهـا ونظـرتها إلى نفسها وأخبرتني أنها اكتشفت أن شاباً إنجلـيزياً في مثل سنها تراسله بواسطة البريد الإلكتروني يخضع لضغوط مـن جانب أسرته حول حرية حركته تفوق الضغوط التي تتعرض لها هي نفسها (هي ابنة لأسرة عاشت في الخليج ولأب متفتح بالرغم من ذلك، لكن نعـرف جميعنا ما يعنيه العيش في الخليج لجهة الضغط والممارسات...). هل يمكن بعد الآن الركون إلى "أنماط اجتماعية" موحدة في مجتمع ما؟ أم إلـى فـئات وطـبقات تتشـابه أكثر فأكثر على الصعيد العالمي وتختلف باخـتلاف الطبقة الاجتماعية والمستوى التعليمي ونوعية الثقافة؟ هل يمكن أن أعـد نفسـي أقـرب إلى فلاحة من بلادي أم إلى باحثين غربيين من مجـتمع آخـر؟ وهل تشبه أسرتي أسرة عامل أو فلاح من هذا الوسط أم أسـرة متوسطة أقرب إلى النمط الغربي؟ خاصة إذا أخذنا العامل الثقافي والانتماء إلى مفاهيم الديموقراطية الليبرالية بعين الاعتبار؟

ملاحظات أولية حول الأسرة من خلال العمل الميداني في إطار البحث عن المراهقة العربية:

تأخر سن الزواج

إن التغيرات الحاصلة في الواقع في عالمنا العربي كثيرة، وخاصة فيما يتعلق بوضعية المرأة. وعلى كل حال تجمع التقارير في الكثير من البلدان العربـية على تأخر سن الزواج. ففي المغرب، واستناداً إلى تقارير المسح الديموغرافـية، يرد ما يلي: "لم يتوقف سن الزواج الأول عن التزايد منذ العـام 1960، حينها كانت هذه السن 18 عاماً، لكنها بلغت الآن 27 عاماً. وتـزايد تـناول حبوب منع الحمل من 8% في الستينات إلى 60% الآن". كذلك تأخر سن الزواج في تونس (29،2 سنة للفتيات و 32،5 للفتيان) أي متوسط 16 عاماً بعد البلوغ. كذلك تأخر سن الزواج في لبنان إلى متوسط 29 سنة (بحسب إحصاءات وزارة الشؤون 1996).

أمـا المجتمع اليمني فلا يزال يتميز بانتشار ظاهرة الزواج المبكر بين الذكـور والإناث، ورغم التحسن النسبي الذي طرأ على سن الزواج لأول مرة بحيث بلغ 23،63 سنة للجنسين (25،35 للذكور و 21،94 للإناث) إلى أن الواقع يشير إلى استمرار اتجاهات الزواج المبكر في الأسرة اليمنية (28). وقـد أشارت العديد من فتيات العينة أثناء المقابلات أنهن سوف يتزوجن فـي الصـيف وبعضـهن كن مخطوبات أو متزوجات. ويبدو أن الزواج المـبكر يشـكل ظاهرة خليجية؛ إذ مع الإشارة إلى رصد ارتفاع في سن الـزواج في البحرين (29) فهو لم يتحسن سوى بنسبة بسيطة من 21،9 في العام 1990 إلى 22،3 عام 2000. وما يشجع على مقاومة ظاهرة الزواج المبكر واستمرارها عدم تشجيع المجتمع الخليجي عامة على الاختلاط بين الجنسين.

ولـم تعـد العزوبية تعني، في البلاد العربية وبتحفظ، شذوذاً وخروجاً عـن تقاليد المجتمع (30). نلاحظ الآن ظاهرة جديدة تعبر عن نظرة نقدية ومتسائلة لمسألة الزواج، وخاصة بعد بروز الصعوبات والمشاكل الأسرية إلـى العلـن وعلى قاعدة التطور الحديث الذي غيّر في وظيفة الأسرة من ناحـية وفي متطلبات أفرادها من بعضهم البعض من ناحية أخرى. تعبر ماجدة (مصر) عن أن *"أغلبية المتزوجين يشكون من الفقر، فالزواج هربٌ مـن الفقـر يوقـع فـيه، وكذلك تسمع بالمشاكل، من يضرب زوجته أو الإنجـاب ومشـاكله والطلاق"*، الأمر الذي لا يشجعها على الزواج. وهو موقـف بعـض الفتـيات في لبنان، نقول إحداهن *"أنها لا تفكر كثيراً في الـزواج، فهي تكره فكرة بقاء اثنين مع بعضهما، بس لأنه صارت عادة؛ مـثلاً عـادة أنه آخذ klinex (محرمة ورقية) وامسح تمي"*. لكن ذلك لن يمـنعها عن أن تجرب الزواج. كذلك نجد هذا الاتجاه عند بعض الشباب ذوي المـيول اليسـارية أو الليبرالـية، فالبعض منهم ضد مبدأ الزواج. وبعـض الفتيات يضعن شروطاً للزواج: *"فالشريك المثالي يجب أن يكون مـثقفاً وأن يفهـم متطلباتها، فالمرأة يجب أن تحصل دائماً على استقلالية معينة؛ وهي ترفض كل ما يتعلق بالعقلية الذكورية، مثل بقاء المرأة من أجل العمـل في البيت؛ فإذا تطلب شريك المستقبل أن تترك عملها بعد الزواج تفضل أن لا تتزوجه"*.

الحصول على موافقة الأهل

يشـير المسـح التونسي، بالإضافة إلى تأخر سن الزواج، إلى التغير الـذي طـرأ على أنماط وكيفية الزواج، فنجد أن تعرف الزوجين المقبلين على بعضهما عبر علاقات الجيرة والقرابة في نقصان مستمر من عقد إلى آخر (31): " *وهو ما يعني تراجع دور الأسرة في اختيار قرين البنت (كان فـي عـام 1971 89% أصـبح في العقد الأخير 72%*". وهو ما يعني أن الجـيل الجديد يعتبر الزواج مسألة شخصية، أكثر فأكثر، وليست جماعية بحيـث يعـود القرار فيها إلى الأسرة. فمونيا مثلاً (الجزائر) غير منشغلة بالـزواج حالـياً، وعندما يشرع الباحث في سؤالها عن ضرورة الزواج، تقاطعـه مجيـبة: *"لا، صراحة لا، أرى نفسي أعيش منفردة أو أعيش مع شـخص أحبه"*. وصحيح أن رأي والديها مهم، لكن الزواج يتعلق بقرارها هـي، فاختـيار الـزوج *"مسألة شخصية"*. وهي على استعداد للقطيعة مع والديهـا *"لأنهما لو يكنان لي احتراماً، فيجب عليهما احترام قراراتي بكل بسـاطة"*. إن رفض الوالدين لخيارها يعني ببساطة عدم احترامها. وعبر الـبعض بوضوح أن الخيار متعلق بهم وحدهم *"الشخص يأخذ المرأة التي اقتنع بها، فهو من سوف يعيش معها وليس الوالدين"*.

وهـذه مـن دلائل بروز الكائن الاجتماعي كفرد له استقلاليته ويعتمد علـى آرائـه الخاصـة فـي خياراته المصيرية. وأن الحب والتفاهم بين شخصـين هـو الأسـاس وليس مصالح أسرتين، إذ لا يغيب عن بالنا أن الزواج في المجتمعات التقليدية هو شأن عام واجتماعي وتقرره مصالح

الأسرتين المعنيتين (32).

ولقـد تم التعبير عامة خلال دراسات الحالة، وفي جميع البلدان، عن هـذا المـيل إلى التغيير عند الجيل الجديد. ففي أكثر من حالة في مصر ولبـنان والمغـرب، بـرزت ظاهرة رفض الفتاة للزواج (هكذا) أو ربطه بشـروط تراعـي المشـاركة المساواتية التامة بين الزوجين، وعدم قبول اسـتعادة سـيرة الأم العاملة التي تضنى في العمل خارج المنزل وداخله. وبـرزت عـدة حالات تجد أن الأولوية في خططها للمستقبل تعطيها للعلم والعمل قبل أو في مثل أولوية الزواج. ولو أن هناك من يعتبر العمل نوعاً مـن وسـيلة مـن أجـل تحسين شروط الزواج نفسه. وهذا رأي سيرين (تونـس) التي لا تريد *"أن تتزوج قبل أن تحسن مستواها كي لا يأتي يوم يعـيرها فيه زوجها ويشعرها أنه أفضل منها، وهي تريد أن تحقق حلمها قبل الزواج وتصبح مصممة أزياء"*.

يخـتلف الأمر في اليمن (33) نوعاً ما، فمعظم المراهقين يقدرون رأي الأهـل والمسـاعدة فـي الاختـيار ولا يوجد رفض كبير لدورهم بل هم يستأنسون برأي الأم والأب وكبار الأسرة *"لما يتمتع به هؤلاء من خبرات وتجـارب وحـرص على الأبناء"*، كما عبر الكثيرون. فنادر يرى:" *رأي الأسـرة ضروري"*، وشهاب يقول:*"طبعاً في حاجات أنا مش شايفها، مثلاً هـم شـايفين حاجـات بحكـم التجربة أكيد عارفين أكثر مني"*، وعمرو يرى:" *رأي الأهل مهم لأنهم سوف يختارون له الزوجة الصالحة"*، ورويدا تـرى: *"أن أهلهـا أدرى بمصـلحتها"*. ولكنهم مع ذلك غالباً ما يرفضون الإجـبار وفـرض زوج أو زوجة دون اعتبار للطرف المعني بالزواج أو لمجرد تحقيق مصالح عائلية. ويعتقد المختصون اليمنيون أن رغبة هؤلاء فـي تدخـل الأهـل والاستئناس كثيراً برأي الأم أو الأب ربما يرجع إلى محدوديـة مساحات الاختلاط في المجتمع ، وبخاصة أن هناك فصلاً بين مجـتمع النساء ومجتمع الرجال في الجلسات والحفلات والمناسبات، التي تتـيح مزيداً من الاختلاط والتعارف. ولهذا عول معظم العينة من الذكور علـى مسـاعدة الأم. كمـا لوحظ وجود رفض متزايد للارتباط والزواج المبكريـن، حتى تلك الحالات التي ظهرت في العينة متزوجة مبكراً ترى أنه قد وقع عليها الظلم بهذا الزواج المبكر. فنعمة التي لا تزال في مرحلة المـراهقة وتزوجـت مـبكراً تقول:" *تزوجت كذا على طول ... أنا كان عمـري صـغير... وهـو كـان صغير السن 16 سنة يعني أحنا أتظلمنا* وتواصل حديثها بالقول:*أهلي لم يعطوني حرية الاختيار، وكنت أمام الأمر الواقع... ولكن زوجي متفاهم جداً متسامح يتحمل مثلي وصابرين"*.

مواضيع النزاع

وهكذا نجد بروز تغيرات عدة على مستوى متطلبات الجيل الجديد من الأهـل بشـكل عام، وقد نرصد هذه التغيرات بواسطة طرق عدة، ومنها مواضـيع الـنزاع بيـن الجيليـن الجديد والقديم. ومع أن هناك فئة من المراهقين الذين لا يظهرون وجود الكثير من التناقضات بينهم وبين أهلهم. وقـد يخـتلف الوضع من بلد إلى آخر، فالتغير موجود بشكل ملموس في مجتمع كالمجتمع المغربي الذي يعرف حراكاً مهماً، نلاحظ أنه أقل حدة أو هو غير واضح بعد، في مجتمع كالمجتمع اليمني أو الخليجي عامة، حيث لا تـزال العـادات والممارسات التقليدية هي السائدة. مع ذلك هناك تلمس لتغـير، فإذا كانت مواضيع النزاع بين الجيلين تطال الخروج ومواعيده أو رفقـة الجـنس الآخر أو اللباس وعصريته في بلدان مثل تونس والمغرب ولبـنان، إلا أن ذلك لا يعني أن المجتمع اليمني ثابت، إذ نلاحظ أن اللثمة مـثلاً أو حجاب الوجه هي موضع تساؤل من الكثيرين، من الجنسين، في بلد كاليمن وحتى أن البعض يجد أنها تدعو إلى الفتنة والسلوك المنحرف (34). وهناك شكوى في اليمن من سن الزواج المبكر وكثيراً ما تعبر بعض الفتـيات عـن أنها "ظلمت هي وزوجها" بسبب تزويجهما بعمر 15 و 16 عامـاً. بينما لا يوجد تطلب فعلي للسماح بالصداقة بين الجنسين في اليمن وفي البحرين نوعاً ما، إلا أن هذه تطلب يجده الجيل الجديد محفاً في بلدان مـثل تونـس ولبنان، والاختلاط موجود بدرجة أكبر في المغرب على ما يبدو.

مـن الملاحـظ أن المـدن تتعرض لوتيرة سريعة من التغير أكثر من الأريـاف، فنلاحظ (انطلاقاً من عملنا الميداني في لبنان) أن العلاقات بين الأقـارب عـند سـكان المـدن أقل حميمية وشيوعاً وتنحو نحو التراخي والفـتور حتى ما بين الأخوة، ويسود نمط علاقات عصري حديث طابعه الاتـجاه إلى كنف الأسرة النواتية أكثر فأكثر. لكن يختلف الأمر نوعاً ما فـي الأوسـاط الشعبية. ففي مقابلات المراهقين ظهر جلياً ندرة العلاقات الواسـعة والتكافلية أو المحافظة على وشائج القرابة في الأسر. وفي حال وجـود علاقات متماسكة نلاحظ ان وفاة الجدين عامة أو أحدهما يضعف الروابط بين الأسر حتى في الريف.

من المواضيع التي تخضع للتغير وللتفاوض بين الجنسين مسألة تقسيم العمـل، أو مـن يقوم بالمهام المنزلية. فمن الملاحظ أن العمل المنزلي لا يزال بشكل عام منوطاً بالمرأة وأن المراهقة تمضي وقتاً أطول بكثير من المراهق في ذلك. لكن هناك تغيرات عدة، فالفتاة، في لبنان خاصة، بدأت تعـترض على هذه النوع من التمييز ولو أن الفتاة الريفية والمدينية الفقيرة أقـل اعتراضـاً. لكـن من الملفت أن التغير يحصل عند جيل المتعلمات اللواتي أصبحن أكثر تطلباً وظهر ذلك جلياً في المسح القومي الذي تم في مصـر (35)، فلقـد أبرز هذا التقرير (36) ميل الفتيات إلى تطلب المساعدة والمشاركة فيما يتعلق بميزانية الأسرة (71،8% للفتيات و 53،3% للفتيان) ومشـاركة الـزوج فـي تعليم الأولاد وتتطلب الفتاة فرصة العمل خارج المنزل. في اليمن هناك بدايات رفض للتمييز السائد ضد المرأة، ولأفضلية الذكور على الإناث في المعاملة. أشارت إلى ذلك مراهقات ومتخصصات. هـذا التميـيز يناقش بشكل أكبر وهو موضوع رفض أكبر في بلدان مثل لبنان وتونس والمغرب.

كذلـك نلاحظ في هذه البلدان حصول نزاعات حول الملابس، فملابس الفتـيات تنحو لأن تقلد الملابس الشائعة عالمياً (فلم يعد مناسباً أن نسميها غربـية!)، بيـنما يتطلـب الأهل بشكل عام احتشاماً أكثر؛ ولو أن مفهوم الاحتشـام مطـاط وغـير محـدد وهـو يتغير بتغير مكان السكن والفئة الاجتماعية. فقد تعترض فتاة لبنانية مدينية عن السماح لأخيها بالسهر حتى الثانية عشرة ليلاً بينما تمنع هي عن ذلك، في مقابل فتاة مدينية فقيرة من حـي شعبي أو أخرى ريفية تطلب مجرد السماح لها بالخروج حتى نهاراً مـن دون مـرافقة أخيها. كما أن لعدم الاحتشام معنى مختلفاً لفتاة مدينية يطلـب مـنها الأهل مجرد عدم "كشف بطنها" وبين أخرى ريفية تمنع من ارتداء البنطلون الضيق دون تغطيته بتنورة.

الحروب كمسبب أساسي للتغيير

سوف أعتمد على كتاب غاستون بوتول (37)، هذه هي الحرب، كإطار نظـري أسترشـد منه الخطوط العريضة للآثار أو البصمات التي تتركها الحرب على مجتمع معين، وسوف أحاول تطبيقها على الأسرة في لبنان.

اقـترح بوتول لفظة Polémologie التي أخذها عن اليونانية. وهي مؤلفة من polemos وتعني الحرب وlogos وتعني دراسة معتبراً إياها ظاهرة اجتماعـية. يعتـبر بوتول: " *إن الحرب أروع الظاهرات الاجتماعية بلا خـلاف. وإذا كان علم الاجتماع، كما قال دوركهايم، "التاريخ مفهوماً على صورة ما" استطعنا أن نقول: إن الحرب هي التي ولّدت التاريخ. فالتاريخ بدأ في الواقع بكونه تاريخ المعارك المسلحة دون غيره، ولعله سيبقى دوماً تاريخ المعارك"* (38). وهو يرى أن كل الحضارات المعروفة كادت أن تبدأ بالحـرب، كمـا هـي الحال مع الحضارات الحديثة. والحرب هي أيضاً العامل الأساسي الذي يلعب دوراً كبيراً في *التحول الاجتماعي*. وهي برأيه تقطـع سـبيل العزلة وتساهم في نشر الأزياء، وينهي تعليقه بكلمة واحدة: *إنهـا صورة من صور الانتقال المعجل"* . ويتتبع الكتاب التنظير المعطى لضرورة القيام بالحرب ولتمجيدها عند الأديان والشعوب المختلفة.

وإذا ما عدنا إلى التاريخ الأوروبي نجد أن الحرب العالمية الثانية هي التـي ساهمت في تغيير وضع المرأة الجذري وفي خروجها من البيت إلى مـيدان العمـل بسـبب انشغال الرجل في الحرب. وتجد بادنتر أن هذه الحرب هي في أساس استعادة التساؤل حول القيم التقليدية التي كانت سائدة فـي أوروبـا وفـي أصـل ما أسمته قسمة العالم الاقتصادي بين النساء والرجال (39). وهذا كان من أهم التغيرات التي حصلت في القرن العشرين وأدت، مـع اخـتراع حـبوب منع الحمل، إلى الثورة الجنسية التي ترتب علـيها أهم ما حصل في القرن العشرين من سيطرة النساء على أجسادهن وتحكمهـن فـي الولادات الأمر الذي حرّر النساء فعلياً وجعلهن يتقاسمن العالم مع الرجال.

فإذا ما حاولنا الاسترشاد بهذه المقولات وتطبيقها على واقعنا من أجل رصد بعض التغيرات التي أحدثتها الحرب اللبنانية، أو لنقل من أجل الدقة، ساهمت في تعميقها فقط أحياناً، فماذا نجد؟ الحرب كما يراها بوتول تساهم فـي انـتقال الثروات (40) إفقار فئات والصعود بأخرى، وإحداث أثر كبير على السكان (41)، ومنها زيادة الوفيات وخاصة الفتيان. وهذا ما حصل في لبنان، وسوف نرى أثر ذلك على العلاقة بين النساء والرجال وخاصة على موقـف الفتـيات مـن الزواج والعزوبية المتزايدة. وللحرب بنظره دور ديموغرافـي أكـيد، ويبدو أن الحرب ساهمت في لبنان في ازدياد وتيرة التغـير الديموغرافي الذي كان في بداياته، مثل تأخير سن الزواج وهجرة الشبيبة التي تجمع الملاحظة والتقارير على ازدياده...

أمـا التغيـير الأكـيد الذي تسببه الحرب، فهو ما أطلق عليه بوتول "الحرب والعيد"، فشبّه الحرب بالعيد، فبماذا تشبه الحرب العيد ؟

العـيد أولاً هـو الاجتماع المادي لأفراد الجماعة (42)، وما حصل في الحـرب اللبنانـية تسبب في تلاحم الأسر وتجمعها في بيوت ومدن وقرى تكـون أكـثر أمناً، بسبب تنقل الحرب اللبنانية من منطقة إلى أخرى على مـدى السـنوات. كمـا أدت إلـى تلاحم الجماعات اليومي في المنازل والملاجئ، الأمر الذي تسبب بالازدحام من ناحية وبالاحتكاك المستمر بين الأفـراد (أسـر نواتية مع أسر ممتدة مع جيران، مع ما ينتج عن ذلك من صـعوبات) من ناحية أخرى. يضاف إلى ذلك كله أن الحرب (43) تكون مصـدر تسـلية، فتنتزع الفرد من محيطه المعتاد وتضعه في محيط مادي ونفسـي غريب، فهي قبل كل شيء مصدر انفعالات لا يضاهى. وقدمت الحرب اللبنانية الكثير من الأمثلة لمثل هذه الانفعالات قدمت هدى بركات بعـض نماذج منها في كتابها حجر الضحك انعكست في ممارسات جنسية عشـوائية، الأمـر الـذي ينعكس على الأوضاع الأسرية وعلى علاقاتها الداخلية.

كذلـك يجـد بوتـول أن العيد يولد شيئاً من عدم الحساسية الجسدية، فيـتحمل الأفـراد حينئذٍ ويستسلمون إلى نوبات غير مألوفة تصل إلى أن تجعلهـم يقبلون ضربات أو أنواعاً من القصاص الجسدي. وهذا يعني أن الأفـراد يـتحملون الكثـير مـن الصعوبات خلال الحرب، لكن ماذا عن وضـعهم عـند انـتهائها؟ فالحـرب ساهمت بتغيير الظروف والشروط الطبيعية لمعيشة الأسر وهذان عاملان مسببان للتوتر والسترس بحد ذاتهما (44). ولذلك آثار نفسية عميقة لم تتم دراستها حتى الآن، لكن يمكن الإشارة بسـرعة إلى ازدياد التوترات وتعميقها داخل الأسر وإلى ازدياد العدوانية والمشـاكل النفسـية بشكل عام. الأمر الذي لا نزال نلاحظه و نعاني من آثـاره فـي لبنان حتى الآن. وهو ما يظهر في الإقبال الكبير على تناول الأدويـة المتعلقة بالأمراض العصبية من تلك المهدئة والمنومة وما شابه بشكل عام.

يشير بوتول أيضاً إلى أن العيد هو شعيرة تنفق فيها الأموال أو تبعثر، فالجماعـة تسـتهلك الخـيرات التـي كانت قد جمعتها وتتلفها في الفرح والهـيجان، وهـذا ما حصل في الحرب اللبنانية وفي المرحلة التي تلتها وأدت إلى تدهور وتردي الوضع الاقتصادي والاجتماعي وإلى تراكم الدين العام والذي ينعكس على الأسر. وقد نتج عنه العديد من المشاكل،

لكنـي أكتفي بتسجيل ظاهرة ملفتة وجديدة كلياً على المجتمع اللبناني تتمثل في الهجرة بشكل عام وفي هجرة الفتيات بمفردهن وخاصة إلى كندا.

المسألة الأخرى التي يشير إليها بوتول وتتسبب فيها الأعياد والحروب وهي التي تشكل محور اهتمامنا هنا، ظاهرة هدم بعض القواعد الأخلاقية ورفـع المحـرّمات (التابو)، بحيث تباح أعمال كان من المألوف تحريمها فتصـبح مسـتحبة أو تفرض فرضاً (45). وينطبق هذا بشكل خاص على مشـكلة التهجـير وما تتسبب به، وهو ما سوف نتتبعه ميدانياً عبر دراسة الحالـة (حـالات زنى المحارم والعنف الجنسي) وكيف ينعكس ذلك على المرأة تحديداً.

الفتاة العازبة (46)، أو أثر الحرب في تأخير سن الزواج وتغيير النظرة إليه

التقت حولي في الجامعة فأجد الصبايا أكثر عدداً من الفتيان؛ و أجد أن معظمهن عازبات، و المتزوجات النادرات بينهن تزوجن باكراً. تلفتني هذه الظاهـرة مـنذ فترة بحيث يمكنني القول أن صفوفي، حتى العالية منها (دبلوم، ما يعني الأكبر سناً)، مكونة من طالبات عازبات.

مـا السبب؟ لا يمكن أن تكون الإجابة على هذا السؤال بسيطة : كأن أقـول أن الفتـيات اللواتي يكملن تعليمهن فقط هن العازبات و بسبب من ذلك. خاصة في بلد يعتبر ذي طابع شرقي، أي أن الزواج المبكر و تكوين أسـرة يعدان من الأولويات الاجتماعية. لا بد من الاعتراف إذاً بان واقعنا يتغـير، أولويات فتياتنا و فتياتنا تتغير. إن نظرة سريعة من حولنا سوف تريـنا أن سـن الـزواج يتأخر من ناحية، وان عدد العازبين و العازبات يـتزايد من ناحية أخرى. وكأن ما يطلق عليه اسم "عانس" صار ابعد في الزمن و اقل إثارة للخوف!

سـألت طالباتـي عن السبب الذي يبقيهن عازبات و عن نظرتهن إلى الزواج، وسألت الطالب الوحيد الذي كان بينهن، و هذه بعض الإجابات و الانطباعات التي كونتها :

سـألتني ريمـا: "من تريدين أن أتزوج؟ معظم الشباب الذين حولنا لا يناسـبوننا، لأنهـم اشتركوا في الحرب ولم يكملوا تعليمهم و ليس بإمكاني الزواج من شاب لا يتمتع بمستوى فكري و ثقافي لائق. أما الباقون الذين كان يمكن أن أتزوج من أحدهم، فقد هاجروا للعمل في الخارج أو لإكمال تعلـيمهم، وعـندما يعود و أحدهم يبحث عمن هي اصغر سناً أو يتزوج حيث هو".

عبرت لمياء عن معاناة متقاطعة و مختلفة، قالت:" سبب بقائي عزباء حـتى الآن (أعمـار الطالبات يتراوح بين 22 عاماً و 25 عاماً بشكل عام لكـن هناك البعض اللواتي يقاربن الثلاثين) ونحن ست بنات في المنزل، هو أن أمي ترى أن على البنت أن تتسلح بالعلم حتى إذا تزوجت و حصل لها مشاكل زوجية أو مادية يكون باستطاعتها إعالة نفسها. أتى العديد من الخطاب و لكنها كانت تقول أننا نكمل تعليمنا لان حالتهم المادية غير جيدة و لأنهم غير متعلمين. أمي عانت كثيراً، قامت بدور الأب و الأم في نفس الوقـت، لا تريدنا إن نتعذب في حياتنا. كنا نعرف بعض الأشخاص الذين سـافروا إلـى الخـارج. كـان بيننا الإعجاب و التفاهم لكن السفر غير أوضاعهم المادية و بحثوا عن بنات من مستواهم الجديد. يطلبون الآن شقة و لا يهمهـم المعاشرة أو الجمال. لكنني لم أتأثر كثيراً، يجب على واحدتنا أن لا ترتـبط بأحد، و علينا ان نكون اكثر واقعية في هذه الحياة. السعادة نحن من نبنيها و لا تهبط من فوق و لا يهم إذا كان البيت صغيراً. النجاح يكمن في العمل على الاستمرارية. ليس الحب هو الأساس بل التفاهم".

قـررت نـدى أيضا أن لا حب بعد الآن، و لو حصل الحب تنقص المقومات الأخرى: البيت و السيارة.. خطبت ندى بالوكالة من سلف أختها المهاجر في كندا، سأل عنها أن كانت غير مرتبطة فهي في خاطره. تمت الخطـبة لكن سرعان ما تدخل فرع الأهل الذين هنا و خاصة الأخت التي تركت خطيبها و صارت تهيأ نفسها للسفر إلى كندا و السكن مع عريسي

المستقبل. و صارت تتدخل بحياتها الشخصية: لا تلبسي كذا، لا تأكلي من هـذا، لا تذهبـي إلـى البحر.. فرط المشروع. الخلاصة مع ذلك بحسب ندى:" لا يمشي الحال بدون الغرام لكن الغرام وحده لا يكفي".

علـي، الشـاب الوحيد في تلك الجلسة، رفض الزواج من ابنة عمه الموجودة في تركيا و الذي أراد أبوه تزويجه إياها، رفض لأنه لم يرها و لا يعرفها. علي يقول "لن أتزوج بدون حب أكيد و متبادل، خطبة 6 أشهر لا تكفـي قـد تظهر على غير ما هي عليه، أنا متحرر نوعاً ما أخرج مع الفتيات لكن لا أقيم علاقات جنسية، يجب أن أتعرف جيداً على من سوف أتزوجها".

تعلـق الفتـيات أنهـن لا يردن الخروج مع الشباب، لان المسألة تبدأ بالخروج ثم تنتهي بالغرام. ليس الجميع هكذا، لكن غاية الكثير من الشباب هو الجنس.

ليـنا (22 عاماً) تجد أن الوقت مبكر جداً الآن للزواج، لكنها لن تختار من هو اكبر منها، أو اصغر، بعشر سنوات. أعجبت بكثير من الشبان كما تقـول، لكـن اكـثر شخص تأثرت به منذ سنة و نصف بسبب شخصيته القوية، يقولون لها انه لا يناسبها، لأنه يقوم بعمل يدوي. احتارت لينا فترة طويلة لكنها خطبت إلى ذلك الشاب بعد تردد، و قررت أن تغلّب الحب.

تتسـاءل ناديا إذا كان على الفتاة الزواج؟ تقول أن الأمر ليس إلزامياً لكن من الأفضل لو يحصل ذلك. رفضت بعض الأشخاص لانعدام التفاهم.

سـناء المتزوجة (34 عاماً)، تزوجت منذ 15 عاماً، بعد قصة حب و غـرام، رفض الأهل في البداية لأنها صغيرة، لكنهم عادوا و قبلوا. تقول كـان الوقت مختلفاً، لم يكن غنياً بل موظفاً. تقول سناء إنهم الآن يفكرون بعقلهـم أكثر، بينما بنات جيلها لم يكن يقبلن الزواج دون الغرام و علاقة الحـب. لكـنها تفكـر أنها لو خيّرت فلن تعيد الكرة، لأنها تتعذب الآن و تقضـي وقتها في الركض، لأنها أم لثلاثة أولاد و موظفة و تتابع تعليمها في نفس الوقت. الآن تفضل أن تختار زوجاً مرتاحاً مادياً و ليس الغرام.

نفس الخلاصة توصلت إليها بعض الطالبات في كلية بيروت الجامعية، ناقشـني الـبعض منهن و استشرنني: هل يتزوجن عن حب ام عن عقل. نقلت لي إحداهن حيرتها و آراء زميلات لها توصلن إلى أن الغرام، الذي سوف يخف مع الزمن، لن يكون كافياً لاستمرارية الحياة الزوجية، لذا من الأفضل اختيار شريك يؤمن الراحة و الاستقرار الماديين.

سـألت بعـض الطالبات في صفوف أخرى، هل تشعر واحدتهن بأنها تأخـرت حقـاً عن الزواج و هل تخاف بان توصف بالعانس و هل تقوم بتضـحيات معينة كي لا تبقى عزباء؟ اتصلت بي حديثاً صحافية من اجل حديث، و حصل حوار بيننا سألتها خلاله إن كانت متزوجة، نفت الأمر و عـندما اعتقدت أنها لازالت صغيرة علقت أنها تبلغ الرابعة و الثلاثين من العمـر و أنهـا لا تفكر بالزواج بل نسعى إلى تحقيق ذاتها و التفرغ إلى الكتابات الفلسفية. لهذه الصحافية أختان واحدة فقط منهما متزوجة.

يتبين لي أن الفتيات لم يعدن يخفن كثيراً من فكرة البقاء دون زواج و لسـن علـى استعداد لتقديم كل التنازلات الممكنة للحصول بأي ثمن على مرتبة زوجة. لكن من الواضح أن العقلانية (بمعنىً آخر البراغماتية) هي الغالـبة و شـعار الحب مع الخبز و الزيتون لم يعد هو السائد. لكن هناك أيضـاً متطلـبات متعارضة، الحيرة بين الاستقرار و الحب، بين الراحة الماديـة و الغرام؛ و عندما يكون القرار بيد الشخص، كما هو حال عليّ، فانه يقرر الزواج عن حب، ربما لأنه اكثر رومنطيقية أيضاً؟

أعـتقد أن آثار الحرب التي ترمي بثقلها على شكل أزمة مادية خانقة هي أحد مسببات الأزمة الأساسية ، لكن هناك تغير في العقلية أيضاً و في الأولويـات. يـبدو مما سبق أن الزواج ـ الواجب لم يعد موجوداً، و أن البحـث عـن الانسجام، على الأقل الثقافي؛ و الاكتفاء المادي اصبح أحد المطالب الأساسية. وصحيح أن الأوضاع المادية المتردية تقف حائلاً أمام الـزواج، لكـن لـم يكن هذا يشكل عائقاً في مجتمعاتنا السابقة التي كان يسودها اقتصاد الكفاف، وكانت الأسرة الجديدة تعيش مع الأهل دون أن يشـكل عـدم استقلالها بسكن منفرد أي عائق. و لقد ساد في العقد السابق محـاولات للسـكن مـع الأهل من قبل الإسلاميين الملتزمين، و أعرف شخصـياً عدداً من طالباتي اللواتي تزوجن على هذا الأساس، لكن باءت هـذه المحاولات بالفشل و انتهت إلى الطلاق بسبب العقلية الجديدة السائدة التي تتخذ سمات أكثر فردانية و اكثر استقلالية عن قبل. لم يعد ممكناً على الأجـيال الجديدة تقبل تدخل البالغين المستمر أو احتمال وجودهم الدائم. لم يعـد ممكناً أيضاً تحمل فكرة إمكانية مشاركة منزل الزوجية مع أحد و لو لفـترة محددة: نموذج ندى و طلاقها قبل أن تتزوج، بسبب موقف الأخت و الأسرة.

و بينما كان تكوين الأسرة هو أحد أهم أسباب الزواج، يتم البحث الآن عـن تحقـيق الـذات و عن الاستقلالية و إمكانية الاستمرار اعتماداً على الـنفس، بدليل موقف سناء التي لا تكتفي بكونها أماً و زوجة وموظفة، بل تـريد شـيئاً آخر أيضاً، و هو البحث عن ذاتها. كذلك موقف أم لمياء من اعتـبار أن الأولوية هي لتعليم بناتها لضمان مستقبلهن، إذ لم يعد المستقبل مرتـبط فقـط بحسن اختيار الزوج، بل بالمهنة و بإمكانية الاستقلالية. لا ادري دور الحرب في التعجيل في بروز هذه السمات الجديدة، لكن الحرب و الأزمـة الاقتصـادية تجعل المعادلات مختلفة و تغير مفهوم الزواج و تجعل من المرأة كائناً أقوى و اشد عوداً، ربما لاضطرارها الاعتماد على نفسـها. مـن الملاحظ أيضاً ضياع الأوهام حول الزواج: "الحب الذي لا يـدوم"، أو تطلـب الواقعية و أن السعادة تبنى و لا تهبط علينا من فوق، السعادة التي تصبح أحد أهم أولويات الأفراد.

لـم يعد الزواج بأي ثمن أولوية مطلقة، فتياتنا يعطين لأنفسهن الوقت الكافي للتفكير، و يتطلبن شريكاً كفؤاً على الأقل إذ لم يكن مكتفياً مادياً.

يبرز هنا مفهومي العلم و العمل و ضرورتهما المطلقة، لم يعد الزواج هو صمام الأمان، بل العلم و العمل. لذا لم تعد فكرة إيجاد زوج بأي ثمن سائدة أو مثار نقاش، تفضل الفتيات الآن الاعتماد على أنفسهن. يراودهن طبعاً حلم الحب و الزواج عن حب، لكن ذلك لن يعني الجنون أو التضحية بكل شيء من أجله، العقل يبدو في أحسن حالاته الآن!

تعبير "عانس" لم يعد فزاعة لأحد، ولم يعد يطل برأسه مبكراً جداً على كـل حال. يتم توطيد النفس على العزوبية و لو لفترة، و لم تعد الفتاة على ما يبدو زائراً آنياً سرعان ما يترك الأسرة!

السؤال ما هو الأثر الذي سوف يتركه هذا الوضع على العلاقات داخل الأسـرة و بيـن الجنسين؟ كيف ستتحول بنية الأسرة؟ هل سوف تنعكس انحساراً ديموغرافياً؟ أم علاقات خارج الأطر التقليدية؟ أم توترات نفسية؟ أم إنتاجية أعلى؟ أم ماذا؟

ذلك كله خاضع للنقاش.

التهجير و آثاره

مـن أهـم المشاكل التي واجهها لبنان طوال سنوات الاحتلال مشكلة التهجـير التـي تعرضـت له قطاعات واسعة بشكل دوري أو دائم. طال التهجـير في لبنان فئات متعددة ومتنوعة، ما جعل التهجير "شبه مؤسسة" ترسـخت فـي الوجدان والمعاش اللبناني. وإذا ما اعتاد المهجرون على أمكنـتهم الجديـدة فـإن عودتهم الآن إلى محيطهم الطبيعي سوف يعاش كتهجـير ثانٍ، مع ما لذلك من آثار تتراكم على ما تمت معاناته في رحلة التهجير الأولى.

يفـترض أن الوضـع الأسري قبل التهجير يكون في حالة توازن لكن ذلـك لا يعني أنها كينونة جامدة، بل هي بنية خاضعة لمتطلبات التغيرات من داخلها (ولادة طفل، نمو الأطفال، موت أحد الأفراد...) ومن الخارج (تغـيرات فـي النسيج الاجتماعي الاقتصادي). لكن التهجير يعرّض حالة التوازن هذه للاضطراب، تزيد حدة الاضطراب كلما كان التوازن الأصلي للأسـرة أكـثر هشاشـة أي كلمـا كانت قد تعرضت إلى عوامل مثيرة للاضطراب.

يكـون للأسـرة فـي وضعية التوازن تنظيماً داخلياً حيث ينتمي كل شـخص إلـى نظمـة معيـنة (نظمة فرعية تتعلق بالأهل وأخرى تتعلق بالأطفـال) وتتوزع الأدوار والمهام والوظائف لكل شخص بهدف الحفاظ على المجموعة، كذلك من اجل نمو كل فرد فيها وتفتحه.

تنـتظم الأسـرة أيضـاً في علاقات متعددة مع أنظمة أخرى، الأسرة الممتدة مثلاً، الجيران، زملاء العمل، التنظيم السياسي الخ؛ ويحصل تبادل معلومـات وطاقـة مع هذا العالم الخارجي يسمح بالحصول على عناصر مُرضـية وتدعـم هويات الأشخاص بشكل متبادل ويحصل تمثل جماعي يدعم الهوية الاجتماعية المشتركة.

تتأثر مجموعة التبادلات هذه والإنباء الذي تحمله والشبكة التبادلية بين الأشـخاص، بالبيئة المحيطة وبالثقافة وبالتنظيم السياسي للمجتمع. وتعتاد الأسـرة فـي هذه الظروف على استراتيجية دفاع ومواجهة للمشاكل التي تـتعرض لهـا. وتكون الأسرة في حالة من التوازن الهش (عكس الجامد) يأتـي التهجـير القسـري لكـي يكسره، أما إذا كانت الأسرة تعاني من اضطراب أصلاً في وظائفها فإن التهجير يكون أقسى وأصعب وأشد أثراً.

يشـكل التهجـير نوعـاً من الانقطاع في عالم الطفل ويجد نفسه في وضـعية لا- توازن إيكولوجي، وتجد الأسرة نفسها في وضعية مضطربة تحتاج معها إلى البحث عن توازن جديد.

تعانـي الأسـرة المهجرة من صعوبات على المستوى المادي، الجوع والـنقص في العناية والصحة الجسديين وغياب الحماية. ولا يقتصر الأمر علـى الناحية المادية بل يطال المستوى النفسي فيسجل: الحزن والاكتئاب والعزلة الاجتماعية ويتأخر نمو الطفل.

هـناك تجربة خسارة متعددة وعنيفة، خسارة أشخاص قريبين: عضو مـن الأسـرة، أقـارب وقد يعاين الطفل هذا الأمر مباشرة. وقد لا يقدر الطفل في وضعية التهجير على فك الحداد فيظل بعض الأفراد في وضعية حـداد مرضي و لا يستطيعون التخلص منه يظهر على شكل اضطرابات في السلوك (سلوك عدواني، عنف، نشاط حركي زائد...)

يتسـبب التهجـير باضطراب وانقطاع في البنية الأسرية: الأمر الذي يتسـبب في إعادة توزيع للأدوار مع التوتر الذي ينتج عنه ما يفرض على الطفل القيام بأعمال تتخطى قدراته وعمره.

وفي حالة إبعاد الأب يصبح الحمل ثقيلاً على الزوجة، كذلك الأمر في حالة اعتقال أحد أفراد الأسرة. وسوف نرى هذا الأثر عبر الحالات الميدانية التي سنعرضها لاحقاً.

أثـر الحـرب والتهجـير فـي ازديـاد ممارسـة العنـف الجنسـي وزنـى المحارم

مـن الملفـت حقاً ازدياد تواتر تعرفنا على حالات من العنف الجنسي التـي كانـت مسـتترة حتى فترة قريبة. يشيع في بلادنا كلام من نوع أن الأسـر الشـرقية متماسـكة وتمارس علاقات مودة ورحمة وأنها المثال النموذجـي المضـاد للأسر الغربية المنفلتة والمتفككة والتي تعرف العنف والاضـطراب. ما نغفل عنه أن هذا العنف (الغربي) نعرفه ونتعرف عليه لأنـه يـتم كشفه من قبل الغربيين أنفسهم من أجل منعه والسيطرة عليه، وليس العكس.

لكـن الكلام عن التماسك الأسري ظل صحيحاً بشكل عام، بسبب عدم القـدرة على إثبات العكس في ظل غياب الدراسات الجدية والدقيقة والتي تشير إلى الأشياء بمسمياتها، حتى بداية الكلام عن عنف جنسي واغتصاب وعلاقات سفاح القربى وزنى المحارم على شاشة تلفزيون Lbc مع حلقات "الشـاطر يحكـي" (47). ومن هنا الضجة التي أثيرت ضد البرنامج وقيامة رجال الدين ضده واتهامه أنه هو سبب شيوع هذه الحالات، بينما نجد على العكـس من ذلك، كان دوره هو السماح للبنات بالتجرؤ على الإفصاح عن معاناة تظل دفينة الصدور لفترة طويلة.

تغير الوضع منذ ذلك الحين، وصارت بعض الفتيات المتعرضات للعنف يتوجهن إلى طلاب في علم النفس، وخاصة طالبات، من أجل طلب المساعدة وصار الحديث عن الموضوع "غير محرم" أو تابو بشكل مطلق. ومـن هنا عدة ملاحظات قبل الشروع في عرض حالات محددة وإظهار تشابكها مع الحرب.

لوحـظ نوع من المقاومة الشديدة في إظهار الموضوع أو الكلام عنه فـي الأسـر وفي مؤسسات اجتماعية ورعائية تتواجد فيها حالات خاصة وحـالات إعاقـات أو مـا شـابهه. يظهـر الأمر بشكل خاص عند قيام طالب/ـة بإجراء دراسة حالة أثناء العمل الميداني المطلوب في قسم علم الـنفس، فعندما تعترف الفتاة بتعرضها للعنف الجسدي وتعلم الإدارة أنها عبرت عن ذلك، سرعان ما يتم تغيير الحالة أمام الطالب/ـة وتقديم أعذار واهية عن السبب في تغيير الحالة التي كان يقوم بدراستها.

أما في الممارسة العملية داخل الأسر فإن اكتشاف حالة من هذا النوع وافتضـاحها بسـبب طلـبها المساعدة من الآخرين يجعل اللوم يقع على الضـحية نفسها أو على الأم. نقلت لي طالبة عن حالة أرادت أن تتخلص من وضعيتها التي تجد أنها شائنة وتتسبب لها بسوء التكيف، فوصل الأمر إلى شيخ القرية وطلب منه التدخل فما كان منه إلا أن استدعى الأم وألقى اللـوم علـيها لأنها لم "تنتبه" لابنتها وأنها "مقصرة" تجاه زوجها ما يجعله يبحث عن متعته مع الابنة. أما في حالات أخرى فنلاحظ نوع من التستر على الموضوع كي لا يتسبب بالفضيحة. وأحياناً قد تتم رشوة أحد الأقرباء الـذي يهدد بفضح الموضوع. كما أن رجال الدرك يشعرون بالحرج أمام مـثل هـذه المواضـيع غـير المعدين لمواجهتها فيتراجعون عن تسجيل الشـكوى عند تدخل الأسرة وإسقاط الدعوى أو الوعد بعدم تكرار الأمر. وسوف تتضح هذه الممارسات عبر الحالات التي سوف نعرضها.

أود الإشـارة هـنا إلى بحث أميرة سنبل التي وجدت أنه تم في وقتنا الراهـن وضـع الجرائم الجنسية في إطار القانون الجنائي (بدل الأحوال الشخصـية) وبـدلاً مـن تطبيق الحدود(القوانين الشرعية وعقوباتها قابلة للـتعديل أو التـبديل) فضلوا تطبيق القوانين الحديثة التي تتسم بأنها أكثر تسـاهلا بكثير في التعامل مع المغتصب (48). ووجدت أنه كان أمراً عادياً جـداً أن تنظر المحاكم في جرائم مثل الاغتصاب، وكان يتم التعامل معه باعتـباره اختلاسـاً لملكـية خاصة، والذي يتم بموجب حق الإنسان في التصرف بجسمه كيفما يشاء.

بعض الحالات الميدانية

حالة لارا، تضافر الحرب والتهجير

قالـت أنهـا لم تع إلا على حوادث عنف في المنزل. صراخ وضرب ومحاولات والدها للانتحار بواسطة تصويب سلاح ناري على نفسه. تنظر بأسـى وتقـول: أحاول أن أتذكر أشياء مفرحة لا أستطيع. تعبر عن عدم استطاعتها الاستمرار في تحمل وضعها الحالي.

لا تستطيع أن تصف أمها أو تقول ما هو رأيها فيها، أو أن تقول أمي كذا. لا تستطيع. تشعر بثورة داخلية كبيرة، خلعت حجابها منذ فترة وجيزة بعـد أن تحجبت منذ كانت في السادسة عشرة. هي الآن في الثلاثينات. أم لـثلاثة بنات، الكبيرة في حوالي العاشرة وأصغرهن في الثانية. تعيش مع زوجهـا الذي قبل بالزواج منها بسبب قبوله بوضعها (كفتاة مارس والدها الجـنس معهـا)، فهو قريبها أيضاً. اختاره والدها لأنه يعمل وينفذ كل ما يقوله له.

مواصفات الأب

طلـق الوالـد الأم منذ سنوات قليلة، تزوج من سكرتيرته وهاجر إلى الخارج.

يوصف والدها بأنه ينجح في كل ما يقوم به، ويعمله "على كبير". تنقل فـي أعمال كثيرة، كلها تتعلق بالتجارة. عمل بشكل قريب من الميليشيات، تحمـيه فـي تجارته التي تتضمن تهريب السلع أثناء الحرب. الوالد رجل بهي الطلعة، وهي تبدي إعجابها الضمني به، وتشعر بمشاعر متجاذبة

تجاهه، فهي تحبه وتكرهه.

تعبر أنها تشعر الآن بوجود 2 لارا، كل واحدة منهما تتصرف بطريقة مختلفة عن الأخرى. تعصب أحياناً ولا تعود تسيطر على نفسها. تلجأ إلى ضـرب الابـنة الصغيرة التي لم ترد أن تنجبها. الابنة الكبرى من حصة والدتهـا، هي التي تعتني بها والثانية من حصة خالتها. أما الصغيرة فهي المسؤولة عنها وتجد أنها تسيء معاملتها.

كـان والدها يدللها كثيراً، يعاملها كملكة. عندما تدخل عليه في مكتبه يـنهض ويتأهل بها ويقبل يدها، ويترك كل شيء للاعتناء بها. كانت تحب ذلـك. كان يشتري لها الذهب، الكثير من الذهب. لكنه كان يأخذه بعد مدة ويبيعه عندما يخسر في تجارته.

لم تستخدم كلمة اغتصاب، قالت إنه: "كان ينام معي كما يفعل مع أمي. المرة الأولى التي فعل فيها ذلك لا أذكرها. طلب مني أن أتهيأ، أحضر لي فوطة صحية وقال لي أن أضعها، كان عمري حوالي الثلاث عشرة سنة، قلـت لأمي أنه طلب مني ذلك. لم تقل شيئاً. وضعتها ولا أذكر شيئاً. فقط أفقـت فـي الصـباح وأنا مغطاة بالدم. لا أذكر أني تألمت. لا أذكر أول مرتيـن أو ثلاث، لا أذكر شيئاً. كان يأتي إلى غرفتي في الليل. كنت أنام في البداية مع أخوي الصبيين. لم يكونا يحسان، كانا يظلان نائمين، نومهما ثقيل. أنا أيضاً نومي ثقيل. فزوجي مثلاً هو الذي يعتني ببناتي عندما يفقن في الليل، أنا لا أفيق، ربما لأنني لم أكن أرغب بذلك. كان يتصرف بكل حرية، ينام معي وفي المنزل بحضور الزوار. مرة كان هناك كثيرون في المـنزل، دخل إليّ في الحمام ومارس معي. أمي لم تكن تحس شيئاً، حتى الآن عندما أقول لها، لا تقول شيئاً، فقط "الله يسامحه". عندما كان عمري فـي السادسة عشرة، حاولت أن أقول لأسرتي، قلت لخالتي أن والدي ينام معي كما مع امرأته، لم تصدقني. قمت بتسجيل حديثه معي وأسمعتها إياه ولكنها كذبتني. لن أنسى لها ذلك أبداً.

ذات يـوم أقنعنـي أن أنام معه ومع والدتي. قال لي سوف ترين الآن سـوف نسـرّ كثـيراً، سوف تشعرين بشيء لم تشعري به من قبل. نمت بينهما وعندما بدأ مع أمي سحبته بعيداً وأخذته إلى غرفة أخرى".

التهجير

في ذكرياتها أن انتقالهم إلى بيروت بسبب الحرب، بعمر 11 عاماً هو الذي غير والدها وحوّل عنفه ضدهم بعد أن كان يقوم به ضد نفسه. صار يضربهم أكثر وبدأ بعدها ممارسة الجنس معها. تقول:"يا ليتنا لم ننتقل إلى بـيروت، ربمـا مـا كان حصل ذلك. سكنوا في منطقة قريبة من مخيم فلسـطيني. وصار يتصرف بعنف أكبر. كان في قريتهم عنيفاً، لكنها تقول أنـه تغـير وازداد عنفاً عندما انتقلوا إلى بيروت وعاشوا في الضواحي. صـار يحول العنف الذي كان يمارسه ضد نفسه، ضدهم. صار يضربهم ويصرخ دائماً..

تذكـر حادثـة: مـرة عصب عليها كثيراً، كانت في حوالي السادسة عشـرة، طلب منها أن تخرج إلى الشرفة، حيث كان يواجههم قناص. كان قـد ضـربها قـبل ذلك على رأسها، ضرب رأسها في الخزانة فجرحت وصارت تنزف وهي لا تعرف ذلك، جاءت والدتها ورأت الدم، قالت دم، دم وبعـد ذلـك انتبهت إلى أنه دمها، لم تكن تتألم. أخرجها وتركها عشر دقـائق على الشرفة. كانت تخاف منه كثيراً. عندها أخذ جاء أشخاص من الخـارج وجاءت ممرضة أعطته دواءه المسكن. احتاجت هي إلى 6 أو 7 قطب. ماذا تفعل الأم في هذه الأحوال؟ لا شيء. تقول فقط: الله يسامحه. الأم محجبة ومتدينة وتقوم بكل فرائضها الدينية.

لـم تشـعر سوى بمساعدة خالها. و أخيها الأصغر منها، كان إخوتها يتفهمون دائماً وضعها.

تعاني الآن من نوبات عصبية وتأخذ أدوية مسكنة.

البحث عن بديل وشبيه بالأب

تذكر أنها في عمر السادسة أو السابعة عشرة، أحبت شاباً في الجامعة، أحبـته ومارست معه الجنس كاملاً. كان عليها في وقت أن تختار بين أن تـترك الجامعة والشاب، أو أن تبقى معه وتتزوجه. ولكن ظروفه لم تكن تسـمح له بالـزواج. تركـته وعادت إلى مدينتها. والدها الآن في حوالي الخمسين.

أقامـت علاقـة كاملـة مـع شخص في حوالي التسع وثلاثين عاماً، اسـتفادت من خدمات قدمها لها. هو صديق لوالدها، وهي تعي أنها تبحث عـن شـبيه لأبيها، تقول أنه يشبهه وأنها ربما تبحث عن ذلك. تركته لأن زوجـته بـدأت تشك بوجود علاقة بينهما. تقول متأسفة أنه رضي بذلك، وعـندما توقفت أقام علاقة مع فتاة أخرى. كانت اعتقدت أنه يحبها، لكنها اكتشفت أن هذا غير صحيح، إنها كانت مجرد نزوة عنده.

تقـول أنها بدأت تحاول الاستفادة من خدمات يعرضها عليها الرجال. ولكنها ليست مقتنعة بذلك.

بعـد إنهـاء علاقـتها به، تفاجأت عندما رأت صديق لوالدها (صديق حقيقي كما أعتقد، تقول، عندما رآني خفت من نظرته. تعرفين من نظرته ماذا يريد! أخافني، وصار يحكي لي:

" مـنذ كنت صغيرة أتمناك وأريدك، كلما كبرت رغبتك أكثر. طلبت منه وظيفة (تعليم) وأنا غير مقتنعة بذلك، ولكن هذا أفضل من البقاء في البيت. وجد لي الوظيفة وأجريت مقابلة. وطلب مني أن أنتظر.

خلعـت الحجـاب منذ عدة أشهر، أذكر التاريخ بدقة. يوم عيد الميلاد (مامـا محجبة وتلبس عباءة)، أجد أنني تأخرت في خلع الحجاب (تحجبت في عمر السادسة عشرة). إخوتي قالوا لي برافو. ماما لم تصدق وزعلت مني ولا تزال حتى الآن. تعلق على كلامي وليسي وكل شيء.

هي عندي الآن، منذ حوالي الشهر، كنت أنتبه عندما ألبس من دون كم أن لا تراني، لكن الآن لم تعد تفرق معي. اليوم خرجت أمامها هكذا (من دون كـم). عرفـت أنني أتيت أتكلم مع الطبيبة أحاديث خاصة، وزوجي عرف. قلت لهم لا دخل لكم. يقولون عني الآن مجنونة، لارا المجنونة.

قمت هذا العام بخطوة جريئة في كانون الثاني (خلع الحجاب).

مامـا عـندما طلقت وطردت من منزلها، سكنت لمدة عام عند جدي. الآن لا أطـيق أن أقعـد مع خالاتي في بيت جدي، يقولون طوال الوقت: "لازم تسـكتي، لازم تقنعي. توجه لي الأسئلة، تدعي عليّ. لازم، لازم.. بيـت جدي لأبي، خلعي للحجاب كان عندهم عيد. لكني مع ذلك لا أحبهم، وقفوا مع أبي ضد أمي عندما طلقها وتزوج من أخرى. ربما لأنهم يهابون الجرصـة ويخـافون منه. دائماً كان يثير الخوف. كان ميليشيا مع حركة أمل، قريب منهم. أحب عمي رزق بينهم .

علاقتي الجنسية مع زوجي الآن سيئة، صرت أقرف منه وهذا جديد، أشرب وأدوخ قبل أن يقرب لي. أكثر الأيام أقول له لا تقرب. وصلت إلى مـرحلة صار عندي نشفان ولم يعد يستطيع أن يمارس معي. لا رغبة لي بزوجي.

مـرة، اتصلت بأخي الأصغر مني، وقلت له أنني لم أعد أستطيع، لم أعـد أستطيع أن أسيطر على نفسي، فماذا أفعل؟ قال لي خذي دوش ماء بـارد ومارسـي الرياضـة. عملت ما قاله لي ولم أستطع السيطرة على نفسـي. نهارهـا، ترك كل شيء وجاء إليّ في مدينتي وجلست معه على البلكون وصرت أحكي معه وشوي، شوي، فرحت وصرت أضحك. عندما كنـت صغيرة كنت أمارس العادة السرية. الآن STOP أوقفت ذلك. يمكن لأن عندي علاقة، مع أنها ليست جدية.

أشـعر نفسي وحيدة، أريد من يخاف عليّ. تبكي بمرارة، ولا تسيطر على انفعالها.

أقول أن كل ما يحصل لي نتيجة ما قام به أبي.

همي الكبير الآن أن لا تتأذى بناتي. أجد أنني أعصّب كثيراً عليهن، أضربهن، أفقد الوعي والسيطرة. منذ يومين لم أعد أستطيع.

مامـا عـندي في البيت، نزلت البحر منذ الصباح. أخذتهم معي. مرة طلبت أن يأتي أبوهم لأخذهم، خفت عليهن من نفسي. أحس أنني مع ابنتي كما كان أبي معي. أحس أن ابنتي تحبني أحياناً وأحياناً لا تحبني. الكبيرة تبدو مستوعبة لما يدور حولها. هي تحب أبي كثيراً، تعبده، وتتذكره بشكل غـير طبيعي. تتذكر أنها كانت كل شيء عنده. يحضر لها ما تريد قبل أن تقول. زوجي أعطى الأسماء لبناتي.

زوجة أخي صديقتي. هي أخبرتني أن صديق أبي يشبهه.

الآن أخـاف على بناتي. لا أريد أن يحصل لهن ما حصل لي. زوجي لا يدرك ويمارس معي في نفس الغرفة بوجود البنات، لا تفرق معه. وبما أنني لا أفيق على الأولاد تعودت البنتان على النوم معنا. (متزوجة منذ 12 سنة).

أضـرب كثيراً الصغيرة، لأنها مسئوليتي. الكبرى مع أمي، والوسطى مع زوجة أخي. الصغيرة ربت نفسها بنفسها، أنا مسؤولة عنها. لا أعرف أن أكون أماً. الأمهات يعرفن أي نوع من الطعام يريد أولادهم، أنا لا أريد أن أعرف".

وهكـذا نلاحظ تضافر عوامل الحرب والتهجير على حالة لارا وأثر ذلك على وضعها النفسي وانعكاسه على علاقاتها بالزوج والأطفال. وهنا لا بـد مـن الإشارة إلى أن مثل هذه الوضعيات قابلة لأن تتكرر وتعيد نفسها وهذا ما تؤكده الدراسات حول العنف.

حالة زينب، التهجير والتفكك الأسري

تنتمـي زينـب إلى أسرة فقيرة تعيش في مدينة من مدن جنوب لبنان. تشـكو المدرسـة الداخلية التي تنتمي إليها من سلوك جنسي غير متوافق علـيه اجتماعـياً ومن حب البروز ومن عدم الاهتمام بالدراسة كما يجب ومن ردود فعل انفعالية.

وصفت المرشدة الاجتماعية المنزل كما يلي:

يـتألف المنزل من مدخل وحديقة صغيرة غير نظيفة أو مرتبة، مليئة بالأوسـاخ والتـنك وقطـع الأخشاب؛ كما أن بعض الغسيل مرمي على حوافـي الحديقـة. أمـا في المدخل فأول ما يستقبل الزائر أواني وأدوات المطـبخ المرمـية على الأرض من دون جلي (كبايات، صحون طناجر قديمة مؤلفة من ألومنيوم لم تعد تحتفظ بشكلها الأصلي. تكدس هذه الأواني يمنع المرور إلى المنزل الذي يبدو عليه الإهمال الشديد.

يتكون المنزل من غرفتين أساسيتين وحمام غير صحي. لا يوجد في المـنزل إلا بعـض الضروريات من فرش وبطانيات موزعة على أرض الغـرفة وثـياب مرمية على الأرض لا يمكن تمييز لونها. كل ما يملكون موجـود علـى الأرض. تقسم الغرفة الأولى إلى قسمين، طول كل واحد حوالـي المترين. يوجد في القسم الأول الخالي من الأثاث بعض البطانيات والفرش القديمة. أما في القسم الثاني فيوجد تلفزيون صغير وبراد قديم جداً ثم طراحة على الأرض.

الغـرفة الثانية شبه معزولة وخاصة بالعمل المنزلي مثل الغسل، وينام فـيها رغم هذا أحد الأبناء الذكور رغم أنها ممتلئة بالثياب الوسخة وبعض الأثاث القديم الذي يبدو مثل قطع أخشاب غير مستعملة.

المـنزل غـير صـحي وهو بحاجة إلى ترميم وإلى شبابيك من أجل السـماح للشـمس والهـواء بـالدخول. يتميز المنزل لذلك برطوبة عالية ورائحة كريهة لا يمكن تحملها.

وضع الأم

كـان عمر الأم، هدى، 15 عاماً عندما تعرفت على زوجها العائد من الأسر في إسرائيل في إحدى الباصات حيث أمضى شهراً في الاعتقال عام 82. "رآني وأعجبته وتكلم معي". وأخبرها أن لديه بيت صغير وسألها أن تـتزوجه. وافق أهلها النازحين من فلسطين في العام 1948 والذين يعانون من الفقر الشديد على زواجها منه. والدها يعمل عامل أجرة يومي في صـنع الفحم. تعرف زوجها على أسرتها وتم زواجهما بعد أسبوع واحد. كـان عمـر الزوج حوالي 42 عاماً وقد سبق له أن تزوج ثلاث مرات. قالت أنها لم تكن تعرف ذلك عنه ولو عرفت لما تزوجته!

كـان يعمـل ببيع الترمس على عربة صغيرة. الآن عاطل عن العمل مدمـن علـى شـرب الكحول، يضرب أولاده وزوجته ويسيء معاملتهم. يحضر رفاقه إلى المنزل ليسكر معهم.

عمـرها الآن 38 عامـاً مـع خمسة أولاد، توفيت ابنتها الأولى عند ولادتهـا مباشـرة بسبب التفاف حبل السرة على عنقها. هي أمية لا تعمل وكثـيرة التدخين. تعاني من آلام في الرأس ووجع في المعدة وفي الظهر. انفعالية جداً - تتعرض للضرب ولإساءة المعاملة فتهرب من المنزل لعدة أيام أحياناً. تعاني بسبب مشاكلها مع الأولاد وتشكو من عدم احترامهم لها أو الاسـتماع إلـيها. تشـكو من زوجها الموجود في المنزل طوال اليوم فيـتدخل فـي جميع الأمور ويشك في سلوكها الأخلاقي ويضرب الأولاد عـندما لا يحصـل على المشروب الذي يحتاجه. يضربهم بشكل عشوائي ومن دون تمييز بواسطة أي شيء يمر تحت يده (سكين، قنديل..). ما يدفع الأولاد إلى الهرب من المنزل والتسكع في الشوارع وقضاء فترات طويلة خـارج المـنزل قـد تبلغ ثلاثة أيام. وهم يتعرضون لمواجهة مشاكل مع المحيط ما يدفع الجيران إلى الاتصال بالدرك.

وضع الابنة

زينب هي الابنة البكر بين إخوتها. تبدو قلقة وتشكو من المشاكل التي تعانـيها مـع أهلها، ولا سيما مع الأب الذي يفرط في الشراب ويلجأ إلى تأنيـبها هـي وإخوتهـا وإلـى ضربهم بشكل عشوائي حتى أثناء نومهم. تعرضـت إلى الكثير من الاعتداءات، وخاصة الجنسية منها ومنذ صغرها حيـث كـان والدها يرسل بعض الرجال لإقامة علاقة جنسية معها مقابل حصوله على الشراب أو بعض المال. وكنت دائماً أرفض تقول. لكن من الواضح أن رفضها لم يكن يغير من الأمور.

أدّى ذلـك إلـى تعرضها إلى عدة تجارب مع شباب تقيم علاقة معهم وتعتقد أنها تحب الشخص وسوف تتزوجه، جاء أحدهم وطلبها من والدها الـذي لـم يحرك ساكناً، لكن والدة الشاب رفضت زواجهما رفضاً قاطعاً عـندما علمـت وجـاءت إلى منزل الأسرة مهددة متوعدة. أدّى ذلك إلى اسـتغلال زينـب عـدة مرات ومرورها بتجارب تركت عليها أثراً سيئاً وجعلها تتأخر في مدرستها (17 عاماً في صف البروفيه). إن دفاع زينب عن نفسها تجاه اتهام رفيقاتها بأنها تنام مع الشباب تبرره لنفسها باعتقادها أنهـا تقـيم علاقات حب مع الشاب الذي تخرج معه إلى أن يتخلى عنها وتمر بأزمة عندما تجد أنها تعرضت للاستغلال. وهي تخرج مع شباب لا تحـبهم، ولكـنه الشيطان كما تقول. والدتها تقول عنها "إنها تتعرف على واحـد وتـترك واحد" وأنها تتعرف على أربعة شبان مع بعضهم البعض، تقول لأمها: كلهم يحبوني يا أمي".

زينـب غـير مـتأقلمة في المدرسة وتتعرض للنقد من رفيقاتها على سـلوكها مـع الشباب. كما عبرت عن خوفها من أن تطرد من المدرسة، الأمـر الـذي حصل لاحقاً. وحكايتها مع المدرسة كانت في طريقها إلى الحل، انتظمت دراستها نوعاً ما وخططت في أن تتوجه لدراسة التمريض في معهد فني عندما تنال الشهادة (خلال حوالي الثلاثة أشهر)، لكن هربها مـع شاب وبقائها معه طوال الليل خارج مدرستها عرّضها للطرد وفقدان مستقبلها الدراسي وإمكانية خروجها من الظروف التي تعيش فيها.

وتشـكو مـن شـعورها الدائم بالوحدة. تبكي كثيراً في الليل وتشعر بـالخوف. حاولـت الانـتحار عدة مرات، مرة عندما رفض زواجها من صـديقها. ومرة ثانية شربت حبوباً تقول أنها بقيت على أثرها لمدة شهر غائبة عن الوعي. ولكن إيمانها منعها في النهاية من تنفيذ هذا الأمر، فلقد اعتبرت أن الموت لا يريحها هو أيضاً.

تنتمي الأسرة إلى محيط متدين، يعمل الأخ من زوجة أولى للأب في

عمـل محترم ويدأ بالاهتمام بأسرة والده وإخوته ويشعر بنفسه غارقاً في مشـاكلهم وغـير قادر وحده على مواجهة أسرة متفككة من 7 أفراد لكل واحـد فيهم كمية من المشاكل مع الذات ومع المحيط ومع البوليس يصعب حلها من دون مؤازرة متخصصة ورعائية.

الإبنة الصغرى

عمـر ضـياء 13 عامـاً، تواجـه الكثير من المشاكل داخل المنزل وخارجـه. تجد أن أصعب مشاكلها مع والدها الذي لا يحترم آراءها ولا يقدرهـا هي وإخوتها ولا يستعمل سوى أسلوب الضرب المبرح والطرد، ولا يبالـي فـي أي وقت يعود و أحدهم حتى ولو عادت مع الفجر أو أن تمكـث خارج المنزل. تهرب من المنزل بسبب المشاكل وعندما تعود إليه تجـد أن الـنزاع لا يزال قائماً. يدفعها كل ذلك إلى الهرب والنوم خارج المـنزل أو العـودة في السر وفي وقت متأخر (الواحدة صباحاً مثلاً) إلى المنزل، أو عند الفجر.

مـا يولـد البؤس في داخلها وترى نفسها معقدة من خلال كلام والدها الجـارح والمستمر. أكثر ما أثر فيها ضرب أخوها الكبير لها (من زوجة أولى للأب) ضرباً مبرحاً عندما علم أنها تخرج مع شباب وتعود مع الفجر (لسـع بالنار وقشاط وعصا..) فهي كانت قد ذهبت إلى شاب كانت تعرفه وبقيـت معـه حتى ساعة متأخرة في الليل. تقول أنها تعرض لمحاولات اعتداء: عبطني نسيم وحاول تقبيلي..).

تعانـي من الشعور بعدم الاستقرار والاضطراب النفسي وما يزيد من بؤسـها عدم تقدير الجيران لهم ومنادلتهم "بأولاد الجوعان" ومعاملتها من قـبلهم بقلة احترام ويتصرف ابن الجيران معها بشكل غير لائق ويسمعها كلام "غير جيد" كما تقول.

تفضـل ضياء الصداقة مع الجنس الآخر، وتحب أن تكون مع صديق واحـد فقـط. ولكـنها تحب أن يكون لها صديقين (بمعنى رفيقين). تحب التسـلية مع من يفهمها ويوعيها ويوجهها. تواجه مشاكل في المدرسة مع رفـيقاتها ومع المشرفات أيضاً. تقول أنهم يتداولون الكلام عنها ويتهمونها بأشياء غير صحيحة أحياناً.

تقول أنها تحب المدرسة ولا تكرهها وتحب الاهتمام بدروسها لكنها لا تـريد ذلك. تحب الخروج ليلاً خارج البيت "حتى يهدأ بالي". تعاني ضياء من تبول ليلي لا إرادي.

تشـعر بـالقلق دائمـاً وتنام بشكل سيئ وترى أحلاماً مزعجة خاصة عندما تكون مضطربة.

من الملاحظ هنا أن ظروف الحرب الأهلية والاحتلال الإسرائيلي كانا عامليـن مسـاعدين في تردي الظروف الاقتصادية وفي إضعاف عوامل الـرقابة الاجتماعـية والمساندة من المحيط مما أثر ضاعف أثر الظروف الخاصـة للأسـرة، فلـيس للقفر أن يولد العنف أو أن يؤدي 'لي الدعارة المقنعة.

حالة ألفت، عودة الأب المهاجر

تقـول ألفت ذات السادسة عشرة: "نام معي أبي منذ سنتين. تحرش بي أول مـرة في غرفة الكلاب، عندما كنا نسكن في بستان. هددني بالضرب عندها".

عاد الأب من هجرته منذ سبع أو ثماني سنوات. هاجر بسبب الحرب وتـرك الأسرة عندما كانت الأم حاملاً بأصغر أبنائها وكان عمر ألفت 3 سـنوات. سافر في البداية إلى ألمانيا وتزوج بامرأة سعودية، ثم هاجر إلى بلد عربي آخر وتزوج منه امرأة أحضرها معه، ولديه منها ابن وابنة.

عندما بدأ بالتحرش بألفت كان عمرها عشر سنين، أي قبل قدوم العادة الشهرية.

تعانـي الأم من وضع صحي سيئ، تعاني من نوبات عصبية تصيبها وهـي تكنس مثلاً فتغيب عن الوعي وعندما تصحو تسأل: ماذا حصل؟ تغيرت نوباتها بعد عودة الأب وازدادت حدة وصارت تدوخ وتفك أزرارهـا وتسـتمر الـنوبة وقـتاً أطول وتتسبب بوقوعها على الأرض وتستفرغ وتبول على نفسها. حاولت مرة أن تقتل نفسها.

عـندما هجـر الأب أسرته سكنت الأم مع أولادها في بيت استأجرته قرب بيت الجد، وعانت من صعوبات مالية. عندما عاد الأب لم تسأله في الـبداية شـيئاً عـن زواجه، أحضر الزوجة والأولاد. وعندما سألته عن زواجه طالب بأخذ الأولاد، لكن الأخت الكبرى هربت لأنه لم يكن مسؤولاً عـن معيشتهم حتى مجيئه. أرجعها وأجبرها في العيش مع أختها الأصغر عـند زوجته الجديدة. وصارت الأم تراهم خفية عنه بالتواطؤ مع الزوجة الجديدة. ثم قبلت العيش معه في النهاية، وهم يسكنون في قرية جنوبية مع بعضهم البعض، وهناك تواطؤ بين الزوجتين وإدانة لأعمال الزوج لكنهما لا تشعران بالعجز ولا تستطيعان شيئاً.

عـندما أخـبرت ألفـت أمها أول مرة بمحاولات أبيها معها وبلمسه لصدرها، تفاتلت معه وتشاجرا وكاد أن يدخل السجن بسبب ذلك. كان ذلك بعـد محاولـته الـنوم معها في قن الدجاج ورأتهما الأخت الصغرى (من الـزوجة الجديـدة). ذهبت ألفت إلى أمها وأخبرتها : "بابا طلّع شي لونه أبـيض"، قالت لها أين؟ وتوترت ولم تعرف ماذا تفعل. هربت بها الأم في هـذه الفـترة إلى بيت جدها في بيروت وأخبرتهم بما يقوم به. أحضروا الـدرك وحققوا في الموضوع وهددوها أن تقول الحقيقة وصدقوها عندما أخبرتهم عن الشيء الأبيض الذي يخرج منه. زوج خالتها هو الذي اتصل بالدرك الذين أرادوا أخذه، لكن أختي الكبرى رجتهم أن يتركوه وأنه سوف يتحسـن. تـركوه، لكـنه عندما حاول معها في المرة الثانية لم يقبل زوج الخالة أن يتدخل.

عندما تحرر الجنوب أخذ البنت الوسطى إلى المنطقة المحررة، وكان عمـرها 15 عاماً، اشترى لها قنينة بيبسي، قعدت شربتها فداخت ووقعت، حسـب ما سمعت (فالكلام الصريح ممنوع في الأسرة) ووجدوا أن الغشاء مفتوح (فقدت بكارتها). سألته لم فعل ذلك بها؟ وهربت وصار يسبها. نحن صـدقناها لأنـه كان قد مصّها من رقبتها. هددها وقال لها "سوف أخفي خبرك". عندما جاءت أختي وحكت لنا، جاء زوج خالتي لكنه دفع له 100 دولار فسـكت. (تحكـي ألفـت فيما تغص بالبكاء). حينها عرفوا أنه لم يقربني، ففي تلك السنة لم يتحرش بي. وهدده زوج خالتي أن أي تصرف من هذا النوع سوف يتسبب بسجنه.

الآن تزوجت الفتاة الوسطى التي اغتصبها من رجل سوري عمره 64 عامـاً هـرباً من والدها. لكنها نادمة الآن ولا تستطيع أن تفعل شيئاً فهي حامل، صار عمرها الآن 17 عاماً (فهو متزوج من ثلاث نساء ولديه 17 ولـداً وهـو هـارب من سوريا). وهي كانت تحب شاباً هربت معه قبل زواجها ولكن أهله رفضوا أن يزوجوها له.

الأخـت الكـبرى التـي تحرش بها أيضاً تزوجت من رجل يعمل في تنظيم حزبي وتتهمه الأم انه يتاجر بعرض ابنتها. تلاسنت الإثنتان وتسابتا فـي المدرسة عند مواجهتنا وعندما كانت تحاول الإبنة الكبرى أخذ أختها الصغيرة معها. حصلت مشكلة الأم تتهم البنت الكبرى المتزوجة أنها تريد أخـذ أختـها وتشغيلها والإبنة تتهم أمها أنها تتغاضى عن أعمال زوجها وتتركه يعتدي على ألفت.

تنكر الأم عند مقابلتها مع ابنتها ما أخبرته هذه الأخيرة، وتجادلها لماذا تقولي ذلك؟ وتقول لها أنها سوف تجننها. تعتقد بذلك أنها تخفي الجريمة و أثرها المدمر على الأسرة وعلى سمعتها أمام الناس والمدرسات.

تـتحرج ألفت من إخبار الأشياء بوضوح، لكنها تشير إلى عوارضها، فـتقول: "أعانـي مـن التهابات في الخلف وصدري يؤلمني". تخبر كيف يـتحرش بها أمام أختها الأصغر ويقبلها ويدفشها إلى الزاوية وعندما تأتي الأم يصرخ على ألفت ويبهدلها.

فـي بداية العام الحالي أتى إلى المدرسة وطلب إخراجها، يأخذها إلى الأسـواق بحجـة شراء شيء. عندما أحست أول مرة أن شيئاً سيحصل، أخذها إلى جبل بعد التحرير. تخبر أيضاً: " يأخذني أحياناً إلى السينما

ويعمل معي حركات بإصبعه. أحس أنني تغيرت، يقول لي: هيجي. أتنفس بسرعة ويبقى مستمراً... يحكي نكات سيئة وهو يضحك.

يـبدو أنهـا صـارت تشعر بالمتعة وهي لا تستطيع التعبير عن ذلك بوضـوح، فتقول: "يقول لي أنه يعرف من حركاتي المقرفة ما أريد، وأنا أحـس نفسـي أتغـير، أتعب ولا أقدر أن أتنفس، أقول له أنني متضايقة. وأحسست بأشياء كثيرة". تطلب ألفت النجدة من المحيط، تطلب إبعادها عن هـذا الوالـد لأنها صارت تشعر بالضعف أمامه، ولكن عمل ذلك يتطلب فضيحة وتحقيق وبوليس ومحامي، فمن سوف يقوم بذلك كله؟

تخـبر عن حبها لشاب من جيرانها وكيف أنه أراد الزواج منها، "لكن أمـه منعـته بـالقوة، لا أدري ماذا تعرف عن أبي تقول، ومنعت الزواج وقالـت لأخـتها الكبرى: لو أن أختك أشرف الشرفاء لا أريد أن أزوجها لإبني".

الآثار الجانبية للتعرض للاعتقال (49)

من أهم الآثار الجانبية للاعتقال الذي تعرض له الآلاف من السكان في الجـنوب، الاضـطراب أو الشرخ في البنية الأسرية خاصة عند الأسير المـتزوج، وحتى عند المتعامل حيث وضع الأطفال أكثر تعقيداً وصعوبة؛ فالاعتقال يتسبب بإعادة توزيع عنيف وإلزامي داخل الأسرة مع ما يترتب عن ذلك من توترات وإعادة لتوزيع المهام، خاصة بالنسبة لنمط من العيش التقـليدي والريفـي كما هو الحال بالنسبة للجنوب. بما ينعكس على دور الزوجة، إذ تتعرف عندها على وجه جديد ما يتسبب بحصول سيرورة من تقييم الذات تكون معاكسة تماماً لما حصل للزوج في المعتقل. كذلك الأمر مع الأطفال (ابن العشر سنوات مثلاً) الذي يعتاد غياب الأب ويتحمل باكراً بعض المهام الوالدية لمواجهة الوضع المستجد وهو يكبر بمقدار ما يتحمل مـن مهام تجاه الأطفال الأصغر منه سناً. لكن ذلك كله لا يمنع عنه الألم ولا يحميه من القلق والخوف ومشاعر التهميش.

يحـدث الاعـتقال انقطاعـاً آخر أو يدعم انقطاعاً سابقاً على مستوى الـتاريخ الشخصـي والجماعـي للأسـير والذي بدأ مع القمع؛ فوضعية الاعـتقال ومستوى القدرة على احتمالها أو عدمه على علاقة تفاعل جدلي بين شخصية الضحية وتاريخها وردودها النفسية تجاه الحدث الهلعي.

يحصـل عند كل سجين معتقل عملية حداد نفسي لكل فرد ممن يكون على علاقة معهم: زوجة، أهل، أقارب، رفاق استشهدوا. وذلك كله يحمل خطر فقدان الانتماء الاجتماعي والمؤسسي.

عـند تحرير الأسير لا يمكن أن تعود الأشياء إلى سابق عهدها تماماً، فقـد ترفض الزوجة استعادة دورها السابق ويمكن أن تبرز نزاعات حول توزيع الأدوار بين الزوجين.

كذلـك الأمر بالنسبة للطفل الذي لا يمكن أن ينسى معاناته خلال فترة غياب الأب وقد يشعر الأولاد بالابتعاد عن الأب الذين كبروا وعانوا بعيداً عـنه. لـذا قد يرفض هؤلاء الأطفال أن يكونوا أطفالاً أو قد يرفضوا أن يكبروا أو أن يتصرفوا كمن هم أصغر سناً.

هذا عدا عن إمكانية فقدان التأهيل المهني أو الحرفي والمشاكل الصحية المزمنة التي قد تترتب عن التعذيب.

نتائج على أطفال المعتقلين

ولقـد تبين من فحص أبناء الناجين من التعذيب أنهم يوسمون بعلامة أو أكـثر ذات دلالة على إصابتهم باختلال نفسي. كما لوحظ أن القلق كان سـمة عامة وقد عانى أكثر الأطفال من القلق المرتبط بأشياء واقعية مثل الظـلام والحرب والقنابل والأسلحة والطائرات والماء والارتفاع، في حين اشـتكى آخرون من الصداع والمغص ووجع الأطراف والاضطراب في الـنوم، كما سجل الاكتئاب والنكوص. كما يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في التركيز في دراستهم.

فعـندما يـتعرض الأولياء للصدمة والتعذيب يكون هذا مصدر تهديد جدي لنمو شخصية هؤلاء الأطفال ورفاهيتهم. هذا عدا عن أن الأطفال أنفسهم عرضة للتعذيب ولأنواع عنف أخرى. وتبين التجربة تزايد حالات تعذيب الأطفال.

حالة منى

عمـر منى إحدى عشر عاماً ونصف، لا تزال في المرحلة الابتدائية. يتيمة الأب، وأمها متزوجة من رجل آخر. تعيش في إسرائيل ومتهمة بقتل زوجهـا. رفضت أسرة الأب أن يكون لها أي علاقة بالأولاد الأربعة، أي مـنى وإخوتها الثلاثة الأكبر منها. تطالب برؤية والدتها والتعرف عليها، تشعر أنها تتعرض لظلم شديد بسبب حرمانها من رؤية والدتها. لا تحتمل أسرة الأب أي علاقة للوالدة بأولادها بما أنها متهمة بقتل الأب.

كـان عمرها عند وفاة والدها بضعة أشهر. ربتها جدتها هي وإخوتها. تعاني الأسرة المكونة من أربعة أخوة (أكبرهم في السابعة أو الثامنة عشرة ويعمـل) مـن قسوة الجدة والأعمام، ومن تعرضهم للضرب. ولقد ارتأى الجمـيع إسكانهم بمفردهم في منزل والديهم القريب من منزل العم والجدة. ربمـا تكـون القسوة بسبب تحميل الأولاد وزر جريمة والدتهم ولو بشكل غير واعي.

وضعها المدرسي وسط بالرغم من تمتعها بذكاء شديد.

تـم تحويلهـا إلى المرشدة من قبل المربية والمعلمة بسبب: العدوانية، العناد، الأنانية، حب الذات وعدم احترام الآخرين واستخدام الألفاظ البذيئة. تكـذب أحـياناً وتحـب السـيطرة، لها شخصية قيادية. انفعالية وسريعة الغضب.

تشرد خلال الشرح وتتذمر. علاقاتها غير جيدة مع محيطها.

خلاصة وتوصيات

تشـكل هـذه الحـالات التي تم عرضها بعض النماذج المتكاثرة في مجتمعنا (50) والتي يتم ممارسة أشد الحرص على "تخبئتها" وعدم الإعلان عنها. وإذا كان فرويد نفسه قد حوّر في نظرية الإغواء وقلبها إلى مركب أوديب بسبب الحرص على قدسية العائلة فهل سوف نكون أفضل حالاً في بلادنـا من فرويد؟ وخاصة في ظل الأوضاع التي نعاني منها من تراجع ثقـة المواطن العربي بنفسه وبقدراته وبمستقبله. فهل يمكن أن يحتمل هذا المواطـن الفكـرة الإضافية التي تقول أن مثل هذه الممارسات متفشية في مجتمعاتـنا وأن صـورتنا عن أنفسنا زائفة وتحتاج إلى الصدق والشجاعة كـي يـتم الكشـف عـنها؟ وليس فقط بسبب الرغبة المبتذلة في عرض الفضـائح الجنسـية المتفشية، لكن العكس من أجل إيجاد الحلول المناسبة لـبعض المشاكل المعيقة لتطور أوضاع المرأة العربية ومن أجل مساعدة الأجيال القادمة من العيش في جو صحي ومتوازن.

لذا من المناسب اقتراح ما يلي:

- العمل على إجراء دراسات ميدانية معمقة من أجل الكشف عن المشـاكل التـي تعانـي مـنها الأسـرة من دون الوقوع في مطب الازدواجية في القيم والمعايير التي نعاني منها.
- العمل على إيجاد مقعد دراسي مجاني لكل طفل وطفلة.
- العمـل علـى تطوير البرامج الدراسية والاعتناء خاصة بكتب القـراءة والمدنـيات والاهتمام بنوعية القيم التي تبثها والتركيز على حقوق الإنسان والطفل.
- إدخال مادة التربية الجنسية بشكل إلزامي من أجل توعية الطفل والطفلـة علـى حقوقـهم في احترام جسمهم وفي الحفاظ عليه كملكية خاصة ثمينة.
- العمـل على إيجاد مراكز مهمتها توعية وإرشاد الزوجين على أدوارهما الزوجية وعلى ترشيد الوالدين فيما يتعلق بمهامهما الوالدية.
- إيجـاد مراكز متخصصة لتلقي شكاوى النساء والفتيات من أجل حمايتهـن مـن الـتعرض للممارسات البوليسية المجحفة عند التقدم بشكاويهن.

- الـتجرؤ على إنزال عقوبات قانونية تتناسب مع الجرم الجنسي المقـترف بحق النساء من محارمهن من أجل حمايتهن من ممارسات الاغتصـاب والاعـتداءات الجنسـية مـن قبل هؤلاء المحارم. إن الاعـتراف بـالظلم الواقع على الضحية والاعتذار العلني منها (عبر معاقبة الجاني) هو وحده الكفيل بمساعدتها على تخطي مشكلتها.

المراجـــع

1. Ph, Ariés: L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime, Seuil, Paris, 1973. - Ph, Ariés et G, Duby (sous direction): Histoire de la vie privé, Seuil, Paris, 1985-1987, 5 Tomes..
2. Histoire de la vie privee: op. cite. Tome I, P23, 28.
3. - جيفري ماسون: "فرويد ونظرية الإغواء"، مجلة القاهرة، العدد 161، جمهورية مصر العربية، ص 62-78.
4. E, Babinter: L'amour en plus, Flammarion, 1980.
5. A, Farge:"Familles. L'honneur et le secret", In, Histoire de la vie privеé, Op. Cite. Tome 3, p581-583..
6. E, Roudinesco: La famille en désordre, Fayard, Paris, 2002. pp7-25.
7. - لكن رودينسكو تغفل في هذه الطريقة بحث كلاريس هيرينشميدت (الذي أشار إليه كريستيان جامبيه في :مجلة العالمين" عدد أيار 2001) عن شيوع العلاقات الجنسية والزيجات بين الوالدين والأولاد وبين الأخوات واعتباره الأكثر أخلاقية ويتم مع طقوس معينة في إيران القديمة وبحسب الديانة المزدكية ، وكذلك من المعروف أن الفراعنة كانوا يتزوجون من بناتهم وأخواتهم.
8. D, Mehl: "Les famille recomposées", In Revue des deux mondes, *Péres et mères, Mai 2001.PP 9-15.*
9. للدلالة على الطابع غير السوي لعدم symptôme- إن استخدام تعبير استيعاب المستجدات الحاصلة على مستوى تشكيلات الأسرة حالياً.
10. - يناقش الكاتب مسألة التسمية وعن تعبيرها على استيعاب اللغة للعلاقات الجديدة التي "في الواقع قبل أن تتغير في الرأس"، ففي حين هناك تسمية خاصة لزوج الأم وزوجة الأب في اللغة الانجليزية " stepfather, stepmother" للأسر المعاد تكوينها مختلفة عن تسمية " father ou mother in law. " بينما هذه التسميات غائبة عن الفرنسية. هذا بينما نلاحظ وجودها في اللغة العربية ما يعني تنوع أنواع الأسر وعلاقات القربى في العالم العربي بسبب تعدد الزيجات وشيوع الطلاق في ممارسات تكوين الأسر في حقبة بدايات الإسلام.
11. F, Héritier: *Figures du pére,* Revue des deux mondes, op, cite, pp16-19.
12. - في وطني أبحث، بقلم مجموعة من الباحثات، تحرير كأميليا الصلح وثريا التركي، ترجمة ونشر مركز دراسات الوحدة العربية، 1993، بيروت، ص 63.
13. - *النساء والأسرة وقوانين الطلاق* ،مجموعة من المؤلفين، تحرير أ، سنبل،المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 1999، المقدمة، ص 13.
14. - من المفيد هنا مراجعة كتاب ليلى أحمد: *المرأة والجنوسة في الإسلام*، المجلس الأعلى لثقافة، القاهرة، 1999.
15. - نفس المرجع، ص 16. وانظر كتاب تيليون الصادر تحت عنوان "*الحريم وأبناء العم*"، عن دار الساقي، بيروت، 2000
16. - نفس المرجع، "المرأة والمواطنة في القرآن"، ص 33-47.
17. - نفس المرجع، ص 22.
18. - انظر نفس المرجع صفحات: 289-302.
19. - النساء والأسرة وقوانين الطلاق، نفس المرجع، ص 275.
20. أنظر الفصل المتعلق بالموضوع في كتابي: الطفل المتخلف عقلياً في المحيط الأسري والثقافي، معهد الإنماء العربي، بيروت، 1983.
21. Foucault, M: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris, 1972. - Misés, R: *L'enfant déficient mental*, Puf, Paris, 1975. - Weulerse, J: *Paysans de Syrie et de Proche –Orient*, Gallimard, Paris, 1946. - Ariés, Ph: *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Seuil, Paris, 1973. - Shorter, E: *Naissace de la famille moderne*, Seuil, Paris, 1977.
22. - لم تكن والدت تغطي وجهها(وهو التقدم الذي حصل على أيامها)، ولكنها كانت تضع ما يطلقون عليه اسم "الفيشة" وهي عبارة عن غطاء من قماش أسود رقيق وشفاف.
23. - هل يمكن أن نعثر على شبيه "سي السيد"، بطل ثلاثية نجيب محفوظ بعد الآن؟ ألا تشير نوع التقاشات العاصفة التي أثيرت تجاه مسلسل الحاج متولي، وآراء النساء الغاضبة، إلى نوع التفكير الذي أصاب النساء العربيات المعاصرات؟ أنظر قراءتي للمسلسل في ملحق نوافذ التي تصدره جريدة المستقبل البيروتية، أحد أعداد ديسمبر الماضي، حيث كتبت ما يلي: المسلسل أولاً مساحة للحلم وللتسلية الرمضانية، فهل أضرت أسطورة ساندريللا بأحد؟ وهل منعت زواج الفتيات بفتيان التقين بهم في محيطهن بالرغم من حلمهن بالأمير الفارس الذي على حصانه الأبيض! ثم هي أيضاً التعبير عن تحول في المجتمعات العربية، وربما أكون متفائلة بما لا يوافق عليه الكثيرين، لكن تعدد الزوجات في طريقه إلى الزوال، أو الندرة، والتحول إلى فولكلور يمارسه من يستطيع ذلك أليه سبيلا. لكن من سوف يستطيع ذلك بعد الآن؟ وبأي شروط؟ ألا نرى النساء من حولنا؟ ألا يتطلب تعدد الزوجات قبولهن هن أنفسهن بذلك؟ وهل تبدو نساء الحاج متولي نماذج شائعة أو قابلة للتحقيق؟ ثم كم "حاج متولي" سوف ينتج من الآن فصاعداً في مثل هذه المجتمعات التي تعاني من ضائقات ليس الانكماش الاقتصادي أقلها أهمية؟
24. تتهكم على العلاقة بين S-L-SHIحدثني ابني عن حلقة في برنامج الشابات والشبان وعن لعب الأخيرات دور الشبان، في العمل وفي التلطيش وفي المغازلة والتشبيح، بسبب هجرة الشبان المكثفة وبسبب التغير الحاصل على مستوى شخصية المرأة ودورها في المجتمع. لكنه لا يثير سوى الضحك لأن رؤيته مبالغة وتبتعد عن الواقع الموجود الآن. وبالتالي هي أبعد من أن تثير الخوف أو الجدل، فتصبح مجرد تنكيت وبرنامج لإثارة الضحك.ثم هناك على ما سمعت مسلسل "النساء قادمات" وفيه نقد للمرأة المصرية المعاصرة؟فهل يمكن الظن أن الرجل العربي التقليدي و"الذكوري" بدأ يشعر بالخطر يتهدد مكانته ومدى سيطرته على الأمور فبدأ بالهجوم المعاكس؟ ولكن هل هي الصحوة الأخيرة يا ترى قبل أن يتغير العالم بشكل لا عودة عنه؟ أعتقد أنها الصيحة التي تسبق النزاع الأخير، فلنخفف من قلقنا ومن حماسنا. ربما هو مسلسل الوداع لأمثال الحاج متولي ونساءه!
25. - لكن كون 20% من الأسر في لبنان تعولها امرأة (بحسب إحصاءات وزارة الشؤون عبر المسح الذي أجرته عام 1996)، بمفردها هو مؤشر هام على التغير الحاصل في مجتمعنا.
26. أنظر مراجعتي لكتاب جيل بيرو "صديقنا الملك"، في النهار عدد 03/6/1
27. - منى فياض:*السجن مجتمع برّي*، دار النهار، بيروت، 1999.
28. أنظر كتاب: السجن مجتمع بري، سبق ذكره.
29. - ففي نتائج المسح الديموجرافي اليمني الدورة الأولى (1992/91م)، بلغ وسيط العمر عند الزواج الأول للفتاة 16 سنة، الأمر الذي يعني أن نصف النساء في الشريحة العمريه 20-49 سنة يتزوجن في عمر 16 سنة على الأقل.
30. - بحسب التقرير البحريني.
31. - في أوج حركة التحرر والعلمانية في لبنان كان يبصعب على العازب استئجار شقة في وسط سكني للعائلات "المحترمة". وحتى الآن هناك أماكن معينة يمكن فيها للعزاب وخاصة العازبات، السكن بسهولة ومن دون إثارة شبهة المحيط.
32. - المسح التونسي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي، سبتمبر 2002، ص ص 67.
33. Il est interessant ici de se referer (entre autre) à: Ariès, Ph: *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*. Seuil. 1973. Shorter, E: *Naissance de la famille moderne*. Seuil. 1977. - أنظر أيضاً الفصل عن الأسرة في كتابي:*الطفل المتخلف عقلياً في المحيط الأسري والثقافي*، معهد افنماء العربي، بيروت، لبنان، 1983.
34. - تم استطلاع رأي المراهقات والمراهقين في مسائل الزواج وطرقه، وقد أشارت معظم المراهقات في العينة أن الاختيار للزواج (للفتاة بالتحديد) لا يزال يتم بالطريقة التقليدية وعبر الأهل مع أخذ رأي البنت، بينما ذكرت عينة صنعاء (وهي عينة حضرية) أن مجالات العمل والدراسة، والزيارات توفر متسعاً للاختيار بين الأبناء والبنات. ومع ذلك فقد أكدت معظم مفردات العينة من المراهقات على أهمية رأي الفتاة والتعارف عن طريق الأسرة، ويرفضن فكرة الزواج في سن مبكرة، سن المراهقة، وذلك بحسب ما جاء في دراسة أجريت في جامعة الملكة أروى للعلوم الأكاديمية: دراسة اجتماعية-ميدانية حول فهم عناصر الثقافات الفرعية المؤثرة في السلوك السكاني في الجمهورية اليمنية. صنعاء.1999م.
35. - يشيع في اليمن، والخليج عامة، أن للحجاب وظيفة تنكرية، فعندما تضعه المرأة تحصل على حرية حركة مطلقة وتفقد الرقابة دورها ووظيفتها.
36. - "*الانتقال إلى مرحلة النضج*"، مسح قومي حول النشء في مصر، الذي قام به مجلس السكان الدولي، نيويورك – الولايات المتحدة الأميركية. القاهرة ط 2001.
37. - نفس المرجع، ص 165-167.
38. - غاستون بويتول: هذه هي الحرب، ترجمة مروان القنواتي، منشورات عويدات، بيروت، 1981.

39. - غاستون بوتول: نفس المرجع، ص 5.
40. E, Babinter: *L'un est l'autre,* Odile Jacob, Paris, 1989. pp 214-220.
41. - غاستون بوتول: نفس المرجع، ص 49.
42. - نفس المرجع، ص 59.
43. - نفس المرجع، ص 77.
44. - نفس المرجع، ص 81.
45. - E, T, Hall: *La dimension cachée,*Seuil, 1971, Paris. pp 21-60.
46. - نفس المرجع، ص 78.
47. - "الفتاة العازبة"، في كتاب *الأسرة بين الواقع والمرتجى*"، أبحاث مؤتمر مؤسسات الصدر حول الأسرة، 1997.
48. - ساهمت في إعداده جنان ملاط بشكل أساسي.
49. - النساء والأسرة وقوانين الطلاق، نفس المرجع، ص 278- 283.
50. - أنظر بحثي المقدم إلى مؤتمر "العمل الأهلي في الجنوب" الذي قامت به مؤسسات الصدر الاجتماعية، صور، 2 آب 2000.
51. - وذلك لا يعني المجتمع اللبناني فحسب، بل العربي عامة، ويحتاج الأمر إلى إجراء العديد من الأبحاث الميدانية الدقيقة للكشف عن بعض "أمراضنا" المتفشية.

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 1 – العدد الثاني 2004

Download All N° 2 eJournal
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

المجلد 1 – العدد الأول 2004

Download All N° 1 eJournal
www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe

الكتاب الذهبي لأساتذة علم النفس

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsGoldBook.asp

شـــارك برأيـــك

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

الكتاب الذهبي للأطباء النفسانيين

www.arabpsynet.com/propsitions/ConsPsyGoldBook.asp

شـــارك برأيـــك

www.arabpsynet.com/propsitions/PropForm.htm

الطب النفسي المعاصر

أ.د. أحمد عكاشة

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Okasha.B1.htm

نحو سيكولوجية عربية

أ.د. محمد أحمد النابلسي

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

سيكولوجيـة العنـف الآخـــر ... قـراءات

العـنـف الخـــفـــي*

العنف هو أحد صور الإعتداء (العدوانية) على الآخر (أو الذات) بما يلحق به الأذى دون جريرة.

أ.د. يحيـــى الرخـــاوي – الطـب النفسـي – القاهـرة – مصـر

yehia_rakhawy@hotmail.com

نـبـذة: تصنيف للعنف السلبي أو العنف الخفي، ومن ذلك العنف بالإغفال بالحرمان، وبالهجر، وبالإعاقة، وبالافعل، وتحت ستار البراءة (التي أورد فيها قصيدة هجاء للبراءة من هذا المنطلق) وفي النهاية نختم بالإشارة إلى العنف بالنفي والعنف المنعم والعنف المرتد للذات.

حين طلب مني أن أكتب عن العنف المعنوي ترددت في تحديد مفهوم كلمة 'المعنوي' وتصورت أن المراد هو العنف غير المادي، أي الذي يلحق الأذى بطريق غير مباشر دون إستعمال أدوات الإيذاء الملموسة أو حتى اللفظية، لكنني وجدت هذا التعريف ليس كافيا، فتصورت أن المقصود هو العنف 'الخفي'، وأقصد به إلحاق الأذى بقصد ظاهر أو خفي، ولكن بطريقة ملتوية لا تظهر أداة الأذى، حتى تبدو أحيانا أنها عكس ما يسمى عنفا، لكل ذلك فضلت أن أتحدث عن 'العنف الخفي'.

وقـبل الدخول في تصنيف هذا النوع من الإيذاء يجدر بنا أن ننتبه أنه **ليس كل عدوان عنفا**، وقـد سـبق أن أوضحت في مجال آخر كيف أن العدوان غريزة بقائية، وأنه أقدم وأحيانا أهم من غريزة الجنس، وكيف أن **العدوان الإيجابي** يمكن أن يكون خطوة ضرورية في سياق الإبداع حيث يـبدأ الإبـداع بتحطـيم القديم لإعادة التخليق، وأضيف هنا أن ثمة **عنفا مشروعا** بـل ومطلوبا إذا كان دفاعا عن النفس (أو العرض أو الأرض)، أو كان موجها لرد عدوان أو دفع ظلم، لكل ذلك وجب الحذر طول الوقت مـن التعمـيم والتسـطيح وفرط التداخل، ذلك لأننا لو لم نأخذ هذا الحذر لدمغـنا حركات التحرير بالعنف، ولأطلقنا على الإضراب المشروع صفة العنف (الخفي أو المعنوي.. إلخ).

إذن، فسـوف يقتصـر حديثي على العنف بمعنى الإيذاء الظالم دون مبرر، دون خلط بالمعنى الإيجابي للعداون أو بالصور المشروعة للعنف.

والعـنف سواء كان ماديا أو معنويا هو لغة بكل معنى الكلمة، وبالتالي فقد تستعمل هذه اللغة في حوار ما، وإنما يلجأ الإنسان إلى مثل هذا النوع مـن الحوار الخطر حين يفتقر إلى وسائل الحوار الأخرى التي تسمح له بعـرض الـرأي أو المناقشة أو الإقناع أو الاقتناع، أو المطالبة بالحق أو السعي إلى تحقيقه.

والعنف الخفي قد يأخذ أشكالا متعددة منها العنف بالإغفال (فالإنكار) والعنف بالحرمان، والعنف بالترك، والعنف باللافعل، والعنف بالإعاقة، والعنف من خلال البراءة الكاذبة.

أولا : العنف بالإغفال (فالإنكار)

هـذا النوع هو أخفي أنواع العنف، وقد يمارس من بداية الحياة، منذ الـولادة، فالأم التي لا تستقبل وليدها بما ينبغي من إقرار فرعاية، وتظل تـراه بمـا تسقطه عليه 'موضوعا ذاتيا صرفا'، إنما تحرم طفلها حتما من نمـو سـليم، بمـا يلحق به أسوأ أنواع الإيذاء، ومن ثم يصطر الطفل أن يحتوى أمه 'كيانا سيئا' أي 'موضوعا بشعا،' ويظل هذا الموضوع الداخلي كالجسم الغريب في تركيبة نفس الفرد مدى الحياة، هذا إذا لم تأت الفرصة فـي أزمات النمو اللاحقة، ومن خلال الأحلام أو العلاج لهضم هذا الجسم الداخلي وتمثله واستيعابه.

وصـور العـنف بالإنكار تتكرر بشكل متواتر في الحياة العامة، في معـاملات الكـبار فمثلا، حين، يعامل شخص ما كفضلة، لا تضيف ولا تنقص (إن حضر لم يستشر، وإن غاب لم يسأل عنه).

وتـتمادى صور الإنكار حتى يمكن أن تصيب شعبا بأكمله، مثل إنكار أن هـناك شعبا إسمه الشعب الفلسطيني، إنكار وجوده على أرض فلسطين حتى قبل أن تنشأ إسرائيل رسميا، ثم وإنكار وجوده الآن في ما هو جار، وهذا الإنكار الحالي هو عنف أقسى من العنف المادي في شكل سجن هذا الفرد أو قتل هذه الجماعة المحدودة.

ثانيـا : العنف بالحرمان :

وهـذه خطوة لاحقة، حيث أنه يمكن أن يتم الاعتراف بوجود 'الآخر'، فينتفي الإنكار المبدئي، إلا أن هذا الاعتراف قد لا يتبعه اعتراف بالحقوق الأساسـية، ولا سـعى إلى توفيرها : بدءا من الأكل والشرب (الرضاعة) حتى المسكن وصحبة الآخر، وهذا الحرمان الذي يصدر عادة من السلطة تمييزا عنصريا أو قهرا مؤسساتيا لا يكاد يرصد باعتباره عنفا أصلا، مع أن ما يترتب عليه هو أقسى وأخطر.

ثالثـا: العنف بالترك (الهجر)

وحتى حين يحصل الفرد على الاعتراف بوجوده، وحتى حين تتوفر له حاجاته الأولية، لكنه لا يملك حق الاحتفاظ بها، ولا يأمن لاستمرارها، ثم هو يهدد باختفاء أو هجر مصدرها، فإنه يلحق به أذى بالغا، هو من أعنف أشكال العنف أيضا.

رابعـا : العنف بالإعاقة :

وحـتى تكـون الإعاقة عنفا معنويا أو خفيا لابد أن تكون إعاقة غير مباشـرة مثل : أن يحمل والد (أو رئيس) إبنه مهمة أكبر من قدراته حتى يعجز ويحبط، أو مثل أن يستولى صاحب سلطة على مكان أو منصب هو لا يحـتاج إلـيه بـالقدر الـذي يستحقه صاحبه، أو غير ذلك من مظاهر الإعاقة.

خامسـا: العنف باللافعل :

وهـذا أقرب إلى ما يسمى العصيان أو الخلاف، وهو وسيلة من وسائل احتجاج الأضعف أحيانا حين يكون مقصودا وموجها كما نشاهده أحيانا في شـكل مظاهـر العصـيان المدني، كما أن له صورا متعددة في الأحوال الفـردية أو رد بعـض أمـثلة لها كما نقابلها في الممارسة الإكلينيكية : فالطالب المتفوق الذي صاغه أبوه على أنه آلة تحصيل دراسي لا أكثر، قد يفيق وهو يبحث عن ذاته الحقيقية فيكتشف أن ما فعله أبوه به هو أنه ألغاه وأحل محله كتابا مصقولا أو شهادة لامعة، فيوجه هذا الابن إلى أبيه عنفا خفيا بأن يعطل أو يفسد هذه الآلة-آلة التحصيل الدراسي-التي حلت محله فـيكف عن التحصيل، ويتوقف عن الدراسة، على الرغم من أنه هو الذي يشكو ويعانى، من هذا التوقف عادة، فيكون عنفا موجه للوالد أصلا، لكنه لا يـتم إلا إذا لحق بالذات (على وعلى من ألغاني) وكل ذلك لا شعوري طـبعا. والمرأة التي لا تملك أن ترفض زوجها رفضا صريحا، قد توجه عنفها إليه بالبرود الجنسي. وهكذا.

سادسـا: عنف تحت غطاء البراءة

وقـد بلـغ حـذري من صور العنف الخفي ورفضي لخدعة الدهاشة الكاذبـة، بلغ هذا وذاك درجة نيتشوية حتى كدت أرفض كل أنواع الرقة واللـيونة التي يمكن أن يتخفى خلفها العنف، وامتد هذا الرفض إلى أشكال مـتعددة من البراءة، فأنكرت هذا النوع من البراءة البدائية التي تحمل في طياتها كل العنف السلبي والقسوة الباردة، مما يمكن أن يدرج تحت العنف الخفي، فقلت 'في هجاء البراءة' :

-1-	**- 6 -**
براء ة ممتهنة، تنازلت عن حولها	براءة جبانة غبية،...وكاذبة
والقوة	قد لوحت لمثلنا
-2-	بالجنة الموات والسكينة
براءة باهتة	فناء ظهرنا بكدحنا
قد حال لونها وظللت	ومادت السفينة
بالسهو والعمى	**- 7 -**
أحمالي الثقال	براءة مخاتلة،
-3-	وتاجرة
براءة قاسية	تطل من بسمتها المسطحة،
تقتل بالإغفال والمسالمة	معالم المؤامرة
وتلصق الجريمة	والصفقة الخفية
بموتى اليقظ	**- 8 -**
- 4 -	براءة مشلولة
براءة ساكنة	تنتف ريش نورس محلـق معاند
تقطعت أطرافها، فساحت الحدود	تحشى به الوسادة
مائعة مرتجة	تزين القلادة
- 5 -	**9-**
براءة زاحفة مبتلة	تكاثر الجراد
قد سيبت مقابض الأفكار	جحافل البشر
براءة سارقة	كالدود والجذور
من فطرتي عبيرها وبعثها	تغوص في اشتياق
	في الطين والعفن

أنـواع أخـرى أخفـي :

وقبل أن أختم أود أن أشير إلى ثلاثة أنواع خاصة من العنف الخفي أو المعنوي.

النـوع الأول : هو العنف الموجـه إلـى الذات وهو ينشأ أساسا مرتبطا بما أشرنا إليه من احتواء 'الموضوع البشع' (الأم القاسية أو المهملة مثلا) فـي داخل تركيب الذات، وبالتالي يوجه العنف إلى هذا الموضوع الداخلي الـذي هـو داخل الذات فلا يتحقق إلا من خلال إيذاء الذات والتهوين من شـأنها، أو بالحـيلولة دون أن تـنجح أو تنجز، وقد يصل الأمر إلى حد **الانتحار المعنوي**.

النـوع الثانـي : هو العنف المقحم، ويتم هذا النوع بأن يستعمل شخص ذو شخصية طاغية متفوقه أحد الأقربين إليه، المتعلقين به، المعتمدين عليه (مثل أخ أصغر أو إبن أو زوجة..إلخ) يستعمله - بطريقة لاشعورية-ليقوم عـنه بفعل الإيذاء الموجه للآخرين، بما يتضمن إيذاء الشخص المستعمل (الأداة)، وذلـك دون أن يدرك هذا الشخص التابع أو ذو الشخصية التابعة أنـه يقـوم بما يقوم به من إيذاء نيابة عن هذا الطاغي الذي أقحم دوافعه وقسـوته إلـى داخل تابعه ليقوم عنه بالإيذاء، وكأن التابع قد أصبح الأداة التي يؤذى بها الناس.

النـوع الثالث : هو العنف الناتج عن التقمص بالمعتدي، بمعنى أنه حين يـزيد القهر من الخارج، ولا يستطيع الكيان المقهور أن يقاومه أو يرده، فإنـه يتقمص المعتدى فيحقق بذلك عنفا ذا شقين : الأول عنف على نفسه بإلغـاء ذاتـه المستقلة، والثاني : عنف على الغير بأن يمارس نفس القهر الـذي كان يمارس عليه، (مثلما تقمصت إسرائيل النازي) وليس خافيا أن الجـزء الأول من هذه الحيلة الدفاعية وهو جزء إلغاء الذات هو ما يخص هـذا المقال بمعنى أن التقمص - في النهاية - ليس إلا عنفا خفيا موجها للـذات المنسـحقة، حـتى لـو ترتب على ذلك عنف مرتد صريح نحو الآخرين.

خاتمـــة :

لا يفوتني التنويه في النهاية أن **عكس العنف** ليس هو التسامح أو الرقة أو اللـين أو الطيـبة أو البراءة، ولكن عكس العنف هو **العدل، والحوار، والعدوان الإيجابي الخلاق**.

*سبق نشرها بمجلة "سطور" (تنشر بإذن المؤلف)

صـنـاعـــة الـجـنـــون

أ. د. قـــدري حفنـــي – علم النفـس – مصـــر
kadrymh@yahoo.com

التقيت في مستهل دراستي لعلم النفس بمصطلح مثير هو "العصاب التجريبي" و تعرفت من خلال دراسة ذلك الموضوع على مجموعة من التجارب أجراها علماء النفس على فئران التجارب بهدف التعرف على مسببات اختلال الجهاز العصبي الذي تتبدى مظاهره في مجموعة مترابطة من الاضطرابات السلوكية تشمل الخوف و العزوف عن الحركة و الهياج عند الاستثارة و العدوانية إلى آخره.

مـا زلت أذكر ذلك الفأر المسكين الجائع الذي يتم تدريبه لكي يتعرف علـى الطـريق الذي ينبغي أن يسلكه ليجد طعامه، و أن يتجنب الطريق الآخـر الـذي يؤدي إلى صدمة كهربائية مؤلمة. و بعد أن يطمئن الفائم بالتجربة على إتقان الفأر للتمييز بين "طريق السلامة" و "طريق الندامة"، و أنـه – أي الفـأر- أصـبح يتجه مباشرة إلى حيث الطعام، تبدأ التجربة الحقيقـية بأن يتم تبديل مواقع الثواب و العقاب بحيث أن الفأر إذا ما اتجه إلـى الطـريق الذي اعتاده للحصول على المكافأة فوجئ بالعقاب، إلى أن يكتشـف بالمصـادفة أن طريق الندامة قد أصبح طريق السلامة فيأخذ في الـتعود علـيه بصعوبة و ما أن تستقر أحواله حتى يكرر الفائم بالتجربة عملـية تبديل مواقع الثواب و العقاب مرة أخرى حتى يفقد الفأر توقعاته و تخـتلط عليه الأمور، و حينئذ نجد الفأر رغم جوعه قد انكمش في زاوية بعيدة من قفص التجربة، فاقدا شهيته، عازفا عن الحركة، يلوذ بالفرار إذا ما اقترب منه أي كائن حتى لو كان من جنسه، فإذا عجز عن الفرار اندفع مهاجمـا بكـل عـنف. و قـد يظل الفأر المسكين أسيرا لذلك "العصاب التجريبي" إلى أن يفارق الحياة.

تذكـرت ذلـك منذ سنوات خلال قراءتي لسيرة ذاتية كتبها أحد رواد العلوم الاجتماعية أشار فيها إلى أنه بذل جهدا غير عادي لإنجاز واحد من المشروعات الموكلة إليه و توقع أن يحتل اسمه صدر كشوف المكافآت، و إذا بـتلك الكشـوف تخلو من اسمه تماما، و انتابه الحزن و قرر أن يكف عن بذل أي جهد إضافي، فإذا به يتلقى مكافأة مجزية، و بدا له أن القاعدة هي ألا تعمل فتكافأ أنها، فإذا به يكتشف الحقيقة: لا توجد قاعدة أصلا!!

أدركـت آنذاك أن ما تعلمناه في دروسنا الأولى في علم النفس لم يكن قاصـرا علـى سـلوك الفئران و لم تكن أهم تطبيقاته –كما فهمنا آنذاك- تنحصر في مجال علم النفس المرضي، بل إن **هناك من الأفراد من يلعبون بوعي أو بدون وعي دور صاحبنا الذي كان يجري تجاربه على الفئران.** الفـارق هـو أنه كان يجريها بوعي و بهدف العلم و المعرفة، و بدون أن يعنيه أمر الفئران بشكل شخصي، أما غيره فإنهم يفعلون ما يفعلون بهدف **إشباع نزعة عارمة لديهم في التفرعن أو التأله، أو بهدف التدمير النفسي المقصود للآخر.**

و مضـت السنين لألتقي بنماذج مشابهة عديدة: آباء و أمهات يحرصون علـى حرمان أبنائهم من نعمة التوقع. جلادون محترفون يحرصون على تدمـير مخطـط مقصـود لتوقعات ضحاياهم. خبراء في الحرب النفسية يضـعون خططا علمية محكمة بهدف تدمير "**جهاز التوقعات**" لدى الخصم لدفعـه لانكمـاش و الاستسلام. أنظمة اجتماعية كاملة تقوم على حرمان الرعايا من تكوين توقعات للمستقبل القريب أو البعيد على حد سواء.

يشـتركون جمـيعا في النفور كل النفور ممن يسألهم تبريرا لأفعالهم، أو عرضـا لخططهـم المستقبلية، بل قد يقدمون على أبشع أنواع العقاب لمن يجـرؤ علـى اقتراف تلك الخطيئة، خطيئة محاولة معرفة الأسباب و ما يترتب علي تلك المعرفة من إمكانية التوقع.

إن **القدرة على التوقع** تعد من أهم الخصائص التي تميز الكائنات الأرقى عـن الكائـنات الأقـل رقـيا. **إنها جوهر عملية التعلم و التفكير و حل المشكلات**؛ بـل إننا لا نبالغ إذا ما قلنا إنها سر الحياة و بالتحديد **سر حياة البشر**. و قـد يـبدو الأمر للوهلة الأولى كما لو كان به قدر من المبالغة: تـرى ألا تؤدي بعض الاضطرابات العقلية إلى اختلال القدرة علي التوقع لـدي أصحابها بدرجة خطيرة و مع ذلك يظلون أحياء؟ و الإجابة نعم بكل تأكيد، و لكنهم في تلك الحالة يصبحون "**فاقدي الأهلية**" و من ثم يصبحون فـي حاجـة لمن يدير لهم حياتهم، أي في حاجة لمن يمارس التوقع نيابة عـنهم. في حاجة إلى "**وكيل**" يتولى عنهم مسئولية اتخاذ قراراتهم اليومية، أي مسئولية إعاشتهم و حمايتهم وفقا لما يراه.

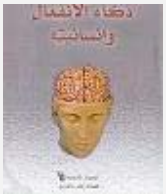
و هـنا مـربط الفـرس كما يقولون. **إن صناعة ذلك النوع من الجنون تستهدف القضاء على أهلية الآخر** الذي قد يكون ابنا أو ابنة أو زوجة أو سـجينا أو أسـيرا أو مرءوسـا أو حـتى مواطنا عاديا. **صناع الجنون** يستهدفون في النهاية **ابتلاع الآخر**. قد تكون نواياهم طيبة أو شريرة، و قد يكونـون علـى بينة من نتائج أعمالهم، أو قد تكون تلك النتائج خافية عن بصيرتهم؛ غير أن ذلك لا يغير بحال من النتيجة المرعبة.

إلا أن الصـورة لا تكون دائما حالكة السواد، فالبشر أفرادا و جماعات يقـاومون الجنون. إنها حقيقة من حقائق الطب النفسي الراسخة. قد تفشل المقاومـة حينا و لكنها تنجح في أغلب الأحيان. و كثيرا ما يعتمد الطبيب النفسي إلى جانب العقاقير على تلك الرغبة الغلابة لدى الفرد في الشفاء و التخلص من الجنون.

أمـا علـى مستوى الجماعات فالأمر أكثر تعقيدا. لقد **تطورت صناعة الجنون** مـع تطـور المجتمع، و أصبحت صناعة ضخمة لها مؤسساتها الإعلامـية و القمعية و الفكرية، و ظل الهدف ثابتا لا يتغير: **إلغاء أهلية المواطنين و تحويلهم إلى رعايا لا يملكون من أمرهم شيئا** و لكـن من خـلال إقناع الضحايا أنفسهم بذلك الهدف بحيث يصبح العزوف عن اتخاذ قـرارتهم بأنفسهم قيمة إيجابية تحكم تصرفاتهم تلقائيا، و يصبح التساؤل عن الأسباب تهمة ينبغي نفيها و الاعتذار عنها، و يصبح الأمر كله لأولي الأمـر يـتولون عن الجميع مهام الإعاشة و الحماية كما يرون و بالشكل الذي يروق لهم و بالقدر الذي يتفق مع مصالحهم.

صـدر حـديـثـا

ذكـــاء الانفعـــال و إنسانيتـــه



د. فـــاروق سعـــدي مجـــذوب – لبنـــان

الإحتـــلال و ثقافـــة الســـــلاح

أ.د. فـــارس كمـــال نظمـــي – العـــراق
fariskonadhmi@hotmail.com

لمن كلّ هذا الرصاصْ؟
لأطفالِ كوريّة البائسينْ
وعمالِ مرسيليا الجائعينْ
وأبناءِ بغدادَ
والآخرينْ
إذا ما أرادوا الخلاصْ
حديد ... ٌرصاص ... ٌرصاصٌ ... رصاصْ!
بـــدر شاكـــر السيـــاب

منذ نصف قرن تقريباً، هزّ السياب بملحمته "الأسلحة والأطفال" الضمير الرومانسي لمجتمع كان يظن أن قيم الخير والعدل والسلم قد أزهرت في أرضه، وصارت وشيكة القطاف! ولكن يبدو أن هذه الأعوام الخمسين لم تكن كافية ليتعلم أطفالنا لغة أخرى غير لغة الرصاص، بل إنها كرّست كلياً لتأليه آلته، بل ظاهرته اسمها (السلاح)، غزت تدريجياً كل البيوت، ومسّت أغلب القبضات، واستوطنت في المشاعر والعقول والذاكرات، وأخيراً... أصبحت (لعبة) يقتنيها الآباء لأطفالهم ليقضوا بها وقتهم (البريء)، سواء كانت لعبة يدوية تشبه سلاحاً خفيفاً، أو برامجيات إلكترونية يمارس فيها الطفل أعمال القتل والحرق والتدمير وإفناء الآخرين على شاشة مجسمة!

فكيف أصبحت لعب الأسلحة الهدية المفضلة لدى الطفل العراقي؟ وما هي العوامل المباشرة وغير المباشرة التي أسهمت في الترويج لهذه الظاهرة المدمرة لقيمة الطفولة؟ وما هي الميكانزمات النفسية التي تقف خلف هذا التجاذب بين الطفل والسلاح؟

الاحتـــلال وتجذيـــر العنـــف

"**الطفل فيلسوف صغير**" : هكذا وصف أحد علماء النفس الطفل في المراحل المبكرة من تطوره العقلي والأخلاقي، إذ أن قدرته على التفاعل الإدراكي والقيمي مع معطيات الواقع لا تقل في نوعها وكمها عن قدرة البالغ. هذه الحقائق النفسية، يدركها جيداً السياسي الأمريكي ذو المشروع الساعي إلى رسملة العالم وأمركته، عبر تفتيت شمولية العقل البشري وتقويض تماسكه، بإغراقه في دوامات العنف والإحباط والاغتراب واللاجدوى واللامعيارية.

ولنبدأ الحكاية من آخرها. فبعد أن بسط الجيش الأمريكي سلطته على أراضي العراق ومؤسساته السياسية والاقتصادية والتعليمية، باشرت وحدات متخصصة بطباعة مجلات مصورة للأطفال باللغتين العربية والإنجليزية، وتوزيعها في مختلف المناطق الواقعة تحت سيطرته منذ بداية العام 2004 م على المدارس الابتدائية. وبعد قراءة تحليلية لمحتوى أعدادٍ من هذه المجلات (*)، اتضح ما يأتي:

- إنها تسعى لإقناع الطفل بفكرة أساسية مفادها : "**إن العالم مكان عدائي، يستحق القلق والحيطة والتجنب**"، من خلال ترويجها المبرمج لمفردات لغوية ذات مضمون عنفي غير مألوف لدى الطفل : (قتل / مجرم / أشرار / شخص مريب / أسلاك شائكة / حواجز كونكريتية...).
- إنها تحاول **تثقيف الطفل بأنواع الأسلحة ومصطلحاتها**، لغة وصوراً : (قنبلة يدوية / مسدس / رشاشة / بندقية / قاذفة صواريخ / قاذفة قنابل / خوذة / كيس الذخيرة / سكين / مركبات عسكرية / رجال ونساء بملابس عسكرية...).
- إنها تسعى، وتحت شعار (التسامح والتعددية)، إلى **بث مشاعر التعصب والطائفية** بأنواعها ضمناً، من خلال توكيدها على مفردات، مثل : (مسلمون / مسيحيون / عرب / أكراد / شيعة / سنة)، بأسلوب مفتعل ومكرر، لا يتلائم مع التطور الادراكي للطفل. فمثل هذه المفردات تخاطب انفعالات الطفل وتزرع شكوكاً وحواجز نفسية بينه وبين أقرانه في المدرسة، ما دام غير قادر على أدراك محتواها الديني أو الطائفي أو العرقي.
- إن جميع المضامين السابقة الذكر، يجري دسّها في هذه المجلات باستعمال تكنيك "كلمة حق يراد بها باطل"، من خلال (إقران شرطي) دقيق لمفردات العنف والسلاح والطائفية، بنصائح وتعليمات وقصص وصور ملونة تعدّ مؤثرة في سيكولوجية الطفل بسبب جاذبيتها وبساطتها و(عفوية) طروحاتها. ففي أحد هذه الأعداد مثلاً، يتوجه عسكري أمريكي بملامح مبتسمة، بالحديث إلى الأطفال العراقيين، قائلاً : "تظهر في الصورة التالية كافة المعدات التي نرتديها عند وجودنا في أنحاء بغداد، نحن بحاجة لكل هذه العدة لتساعدنا في مهامنا لحمايتكم من الأخطار". وتظهر في الصفحة التالية فعلاً تفصيلات دقيقة لتلك الأسلحة والتجهيزات يرتديها عسكري أمريكي له وجه طفل، مقرونة (شرطياً) بصورة طفل عراقي يتطلع إليها بإعجاب. وهناك غيرها عشرات من الأمثلة المشابهة.

لقد أسهمت هذه المطبوعات الموجهة بأداء سيكولوجي حاذق، في بث ثلاثة قيم أساسية في شخصية الطفل العراقي:

1- السلاح أمر مألوف لا يستدعي النفور أو الاستغراب، بوصفه جزءاً اعتيادياً من الحياة اليومية للناس.
2- السلام والأمان غايتان مطلوبتان، ولكن لا يحققهما إلا السلاح بيد الأشخاص (الكفوئين) و(الخيّرين).
3- مهما كنا متسامحين، إلا أن هناك على الدوام شخص آخر إلى جوارنا (مختلف) عنا، إما بدينه أو بطائفته أو بعرقه.

إن قيم العنف الآنية التكوين هذه، والتي تنتمي إلى مرحلة الاحتلال بعد نيسـان 2003م، مضافاً إليها **قيم عنف متراكمة** ترجع جذورها إلى أربعة عقود دموية مضت من تأريخ العراق، تشكل جميعاً الإطار السوسيولوجي المفسّر **لهيمنة ثقافة السلاح على الطفولة العراقية**.

ولكن يبقى السؤال : ما هي القوانين النفسية المفسّرة لهذه الحميمية التي صارت تميز علاقة الطفل العراقي بلعب الأسلحة؟

سيكولوجيـــا لعـــب الأسلحـــة

عندما تمتلئ الذاكرة الجمعية بمفاهيم العنف وتدهور قيمة الحياة، وتجري على ألسنة الناس على نحو يومي مألوف مفردات (الخطف) و(الذبح) و(التفخيخ) و(التفجير) و(الأشلاء البشرية)، فيما تجوب مدنهم بإسلوب استعراضي عرباتٌ عسكرية تقودها مخلوقات ميكانيكية الحركة مدججة بأسلحة متنوعة الموديلات تثير الاستغراب والاشمئزاز والرعب لديهم؛ وعندما تـُحجَب سماؤهم على مدار الساعة بالمروحيات الهادرة وبأعمدة الدخان وصدى الانفجارات الغامضة؛ عندها لا يكون أمام الطفل العراقي، وهو في أدق مراحل نموه الوجداني والأخلاقي، إلا أن يتمسك بواحدة أو أكثر من ثلاث ستراتيجيات نفسية تحفظ له (تكيفه) مع عالم مشبع بثقافة السلاح :

1- فإما أن **يتماهى** (يتوحد) **لا شعورياً بالعنف الشامل المحيط به**، فيدجج نفسه بأشباه الأسلحة، وينهمك في ألعاب حربية يبتكرها مع نفسه أو مع الآخرين، أو في أحلام يقظة عدوانية تحقق له (خفضاً) في قلقه من رعب الخارج، بأن يصبح جزءاً منتمياً له وخاضعاً لقوانينه، عسى أن يأمن (لاشعورياً) قسوته، ما دام عاجزاً عن الحد من تأثيراته الكاسحة. وهذا ما يطلق عليه بـ **"التوحد بالمعتدي"** Identification with Aggressor.

2- أو.. أن يتجه **لمحاكاة أنموذج (رامبو)** الذي أشاعته وروجت له الأفلام والألعاب الإلكترونية ووسائل الإعلام (بضمنها مجلات الأطفال التي يطبعها الجيش الأمريكي)، بوصفه مثالاً للجرأة والوسامة والحكمة والمعصومية من أي خطأ أو هزيمة، فضلاً عن التأثير المباشر لوجود الجندي الأمريكي في الشارع العراقي بهيأته (الرامبوية) المختالة، إذ توفر عملية المحاكاة هذه للطفل شعوراً مطلوباً بالأهمية والزهو والتحكم بالأشياء والثقة بالنفس، يسد بها المساحات النفسية التي ما تزال شاغرة في شخصيته في هذه المرحلة المبكرة من العمر، لاسيما في ظل **التغييب شبه التام لنماذج إنسانوية الطابع في البيئة العراقية**. وهذا ما يطلق عليه بـ **"النمذجة"** Modeling.

3- أو.. أن يسعى إلى تفريغ توتراته وقلقه وعدوانيته الناجمة عن (صدمة الحرب) وعن إحباط حاجاته الطبيعية للعيش في بيئة آمنة، الأمر الذي أدى إلى تحويل طاقة هذه الحاجات لديه من مساراتها الطبيعية إلى **مسارات عدوانية بديلة مصطنعة غايتها التطهير الانفعالي الفج**. وما دام السلاح صار الرمز والأداة الأكثر انتشاراً في سلوك الناس وأقوالهم، فقد وجد الطفل العراقي نفسه يتجه إلى هذا الرمز بوصفه منفذاً مباشراً لانفعالاته المكبوتة. وهذا ما يطلق عليه **بفرضية "الإحباط–العدوان"** Frustration-Aggression. ويذكر أن الدراسات النفسية أثبتت أن مجرد وجود السلاح أمام أبصار الناس يجعلهم أكثر عدوانية في سلوكهم نحو بعضهم، فكيف هو الحال مع طفل ولد وعاش في رحم الحروب؟!

.... ستنتهي قرقعة السلاح يوماً ما، وستهدأ الروح العراقية المعذبة، وستبرأ شوارعنا من عفونة البارود الممتزج بالجثث، وستستعيد الفراشات والكركرات فضاءاتها في سماء أطفالنا القادمين! ولكن قبل كل ذلك، لا بد من الإقرار أن سموم العنف، ومشاعر الخصومة مع الحياة، والخوف من المجهول، والشك بالآخرين، قد نفذت بنسبة فاعلة في شخصيات أطفالنا الحاليين، وإنهم سيكبرون بها، مدركين أو غير مدركين لها، لترسم لهم مسارات وأطراً سلوكية مقيدة لتفتح إنسانيتهم. لكن تلاقح الأجيال المستمر، واختلاط الورود بالجراح في الذاكرة الجمعية، سيتكفلان – بمرور المآسي– بإزاحة الوعي العراقي، خطوة شاقة، نحو ثقافة السلام.

* انظر إلى مجلة (أطفال بغداد) / الأعداد (1) ، (2) ، (5) 2004م

صياغـــة ثقافـــة الإرهـــاب

أ.د. قاسـم حسيـن صالـح – العـراق
qassimsalihy@yahoo.com

نتظلع نحن المعنيين بالعلوم النفسية و السلوكية إلى أنه توجد في داخل أي إنسان "منظومة قيم" هي التي تحرك سلوك الفرد، و توجهها نحو أهداف محددة، تماما مثلما يفعل "الدايمو" بالسيارة. فكما أنك ترى السيارة تتحرك (و حركها سلوك)، و لا ترى الذي حركها (الدايمو)، و كذلك فانك لا ترى "المنظومة القيمية" التي تحرك سلوك الفرد. و لذلك فان اختلاف سلوك الناس (رجل الدين عن رجل السياسة عن رجل الاقتصاد. عن المنحرف. عن الإرهابي...)، إنما يعود إلى أن شبكة المنظومة القيمية و الثقافية الناجمة عنها، تكون مختلفة لديهم نوعيا و كميا و تراتبيا و تفاعليا.

و نرى أيضا أن الإنسان لا يولد مزودا بالفطرة بهذه المنظومة القيمية، إنما يكتسبها من خلال ثلاثة مصادر أساسية هي :

1) **الأسرة**
2) **النظام التربوي** (المدرسة)
3) **السلطة** (نظام الحكم)

و المتفحص للمنظومات القيمية (محركات السلوك و محددات أهدافه) لدى الإرهابيين العرب، يخرج بنتيجة أنها ليست سوى نتاج هذه المصادر المحلية الثلاثة، مضافا لها "**الجامع**" بوصفه مصدرا للتثقيف الديني، و مصدرا خارجيا استفزازيا عدوانيا تحريضيا قادحا لزناد الإرهاب هو "أمريكا". غير أن ما يعنينا هنا هو ما صنعته أيدينا.

فالدراسات النفسية الاجتماعية تشير إلى أن "الأسرة العربية" لاسيما في الأوساط الفقيرة و المتوسطة و المتدنية ثقافيا و هي الأوسع في أمة الإسلام و العرب تنشئ أطفالها على العقاب الجسدي و الترهيب و التهديد و القهر النفسي و الازدراء و التحقير و التخجيل و السخرية و التهكم و خلق الإحساس بالدونية الذي يفضي إلى عقدة الشعور بالنقص، ووأد حرية الرأي فضلا عن أن البعد السلطوي في الثقافة العربية يبدأ مع الأطفال و هم في المهد. فالأم تمارس أسلوب تخويف الأطفال بالأب و الحيوانات و الجن كي يناموا و يطيعوا، فالعصا و الحيوان و الشيطان أدوات تستخدم لقمع الأطفال، و مثيرات للرعب تفضي إلى اغتيال أو خنق روح الحرية في نفوس الناشئة و تغلق نوافذ تفكيرهم في السؤال والحوار.

و نميل نحن النفسيين إلى الاعتقاد بأن المنحرفين و المجرمين و المتمردين على النظام و القانون، يأتون من بين هؤلاء الأطفال الذين عاشوا هذه الخبرات. فالذي أحتقر في صغره و كان موضوعا للسخرية و القمع النفسي و الفكري... و كان ممسوخ الهوية "أعني قمع صوت الأنا" يتشكل لديه أسلوب عصابي في التعامل مع الآخرين يدفعه من بدايات شبابه إلى أن يعمل على "رد اعتباره" لنفسه و إعلاء صوت "الأنا" من خلال النيل ممن يتخذه ضحية من هؤلاء الآخرين بإذلاله و الاعتداء عليه. و بتكرار "الضحايا" يجري تضخيم "الأنا" وصولا لأن يكون بحجم صورة "البطل" في ذهن صاحبه، التي تكون عند العصابي بلا حدود.

و الإرهابي - في اجتهادنا – عصابي بمعنى أنه يفتقد المرونة في التعامل مع الأمور، و لا يجد إلا حلا واحدا لكل قضية يسيطر عليه و يكون قسريا، بمعنى يجبره على أن يقوم به، و يجعله حرونا عنيدا حتى لو كان فيه فناؤه.

و يعد النظام التربوي، بمؤسساته التعليمية من الابتدائية إلى الجامعة،

القـناة الأكثر تأثيرا في تشكيل القيم لدى التلاميذ الطلبة، و أول من يحدد لهـم الطريق إلى ثقافة بعينها. و الباحث في الأنظمة التربوية العربية يجد أنهـا تقوم على تكريس علاقات السلطة الخاصة بالنظام الأبوي، و تسعى إلـى الضبط الاجتماعي بدلا من توظيف الحرية المترتبة عن المعرفة. أن التعلـيم عندنا يقوم على التلقين و حشو الذاكرة الذي ينتج بالضرورة عقلا يأخذ بالأمور كما لو كانت مسلمات دون أن يتحاور معها بفكر ناقد. فتلقين الطالـب تفسـيرا واحـدا أو رأيا واحدا، و إجباره على تبنيه، واحدة من السـمات السلطوية البارزة في مناهجنا التربوية التي نجم عنها أن **الطالب (حتى الجامعي) تعود على الخضوع و العجز**، و غلق كل نوافذ عقله إلا الـنافذة التـي تضخ عليه المعلومات ليودعها في مخازن الذاكرة. و بهذا صـاغ النظام التربوي العربي عقولا عودها على أن "تستقبل" لا على أن "تحـاور". و جعل من هذه العقول أشبه بحصان العربة، لا ترى إلا الذي أمامها في خط مستقيم. و إن استدارت فبتوجيه من سائسها. و للأسف فأن "السائس" لها من أصحاب الفتاوى المتشبع بثقافة الدم. و لهذا السبب، فانه سهل على هذه العقول تلقي الفتاوى و العمل بها دون نقاش.

أما موضوع السلطة، فذلك هو مرض العرب المزمن منذ ما يزيد عن ألـف و ثلاثمائـة سنة. فقد كانت و لا تزال أقرب إلى "**التسلط**" منها إلى "**السلطة**" ذلـك أن السـلطة في المفهومين الفلسفي و الأخلاقي، ضرورة اجتماعـية (لتنظـيم أمـور المجتمع) و ضرورة نفسية (لتحقيق الشعور بالأمـن). و ضـرورة أخلاقية (لتحقيق العدالة بين الناس). فيما يتضمن مفهوم "التسلط" معاني الظلم، و القهر، و الإرهاب، والإكراه، و التشدد، و العـنف... و الأقرب في واقع الحال في مجتمعاتنا العربية، فضلا عن أن السـلطة لديـنا تـنفرد بالـثروة و البذخ و الترف السفيه. و معروف أن المجـتمع الـذي يضـع قيمة كبيرة على الأمور المادية، تتمتع فيها فقط جماعـات قلـيلة في السلطة، فأنها تبرز في هذا المجتمع حالة الإحساس بانعدام العدالة الاجتماعية لدى الجماعات المحرومة منها، فيظهر بينهم من يعمد إلى تجاوز قيم المجتمع و نظامه ليأخذ حقه بسيفه.

و المفارقة أن عامة العرب رسمت صورة عن السلطة العربية مشابهة الصورة أحمد عبد الجواد (سي السيد في ثلاثية نجيب محفوظ) الذي يحل لنفسـه اللهو والحرام، و يحرم على أهل بيته اللهو و الحلال. فنشأت حالة من "**اغتراب" الفرد العربي عن سلطته**، نجم عنها **فقدان المعنى أو الهدف من الحياة**، فصـار معظم الشباب العربي موزعا بين القديم و الحديث. و سواء نزع قسم منهم إلى السلفية، أو اتجه قسم آخر إلى تقليد الغرب، فكلا الحالين يمثل **الاغتراب عن السلطة و المجتمع و الذات**.

و محـنة نفسـية ثقافية و قيمية أخرى يعيشها الشاب العربي هي أنه يملك تاريخا مجيدا و يحمل في الوقت نفسه صورة سلبية عن ذاته. و بين هاتيـن الصورتين (الحالين) يعيش **حالـة مأزقية**. فتاريخه يحدثه بالأمجاد، فيما حاضره يصفعه بالانكسارات و بما يحاول أن يذله. و ما يزيد من هذه المحـنة أن السـلطة فـي مجتمعاتنا العربية تعمق إحساس الفرد بمشاعر الإحـباط، و تمـارس آلية "الإسقاط" بأن تتنصل عن مسؤولياتها و ترميها على قوى خارجية. فوضعته في حالة نفسية مأزقية، أما أن يستكين لها و يقـبل بالأمر الواقع بأي تخريج نفسي مخفف، و إما أن يخاصمها و يبحث عن "سلطة" أخرى، يجد فيها ذاته. فكان "الجامع" و "أهل الفتوى".

و لقـد التقط بعض أئمة الجوامع، من الذين أفتوا بقطع الرؤوس، من الـتاريخ الإسـلامي ما يشبع الحاجات النفسية لدى بعض الشباب العرب المتشـبعين بـثقافة الإحباط و الانكسار النفسي و يحرضهم على "الجهاد" لتغيـير واقـع متخم فعلا بالظلم و انعدام العدالة الاجتماعية و التحلل من القـيم، و بمـا يثـير غريزة العدوان و شرعنة الانتقام. و أهملت الضفة الأوسـع مـن الدين و التي تدعوا إلى التسامح و الحوار و إصلاح الحال بالتـي هـي أحسـن، و مـتى يكون الجهاد فرضا موجبا. و غيبت قوى الإصلاح الديني و صارت مهمشة، فكانت فوضى الفتاوى التي انشغل بها الناس الآن بعد أن كانوا منشغلين بالفكر و الثقافة والسياسة.

وللحقـيقة، فـإن تاريخـنا الإسلامي مليء بالعنف، بدءا بالاعتداءات البشعة على الخلفاء : عمر و عثمان و علي، ثم مقتل الصحابة في معركة الجمل ... وصولا إلى المشهد الكربلائي الذي لا يستوعبه عقل بشري، إذ كـيف يمكن أن يتحول الإنسان إلى أكثر من وحش في القتل و التمثيل و قطع الرؤوس ببشاعة ذلك المشهد ؟؟؟

إن الإرهابـي لا يولـد إرهابيا، إنما نحن الذين صنعناه : الأسرة، و المدرسة، و السلطة، و الجامع...

و في الإنجيل مقولة بليغة : "إذا فسد الملح فبماذا نملح؟"

سيكولوجيـة البطالـة فـي العـراق

المظهـر الآخـر لعنـف الاستبـداد و الحـروب

أ.د. فـارس كمـال نظمـي – علم النفـس – العـراق

fariskonadhmi@hotmail.com

صاحب الشهادة الأكاديمية المعطّل قسراً عن العمل، هو عقل قُطع نسله الفكري وعطلت نزعته الاجتماعوية للنفع، بعد أن أزدريت جهوده لبناء شخصيته العلمية على مدى زمني لا يقل عن عقد ونصف من الدراسة والتفكير الموضوعي، فضلاً عن النفقات الجديدة المقتطعة من خزانة الدولة خلال هذه المدة التي تزيد عن عمر جيل بأكمله. وهذا يعني ببساطة أن انتشار البطالة بين أصحاب الشهادات من فئات عمرية مختلفة في أي مجتمع، يعني إخصاءاً اعتبارياً ونفسياً لأجيال متعاقبة من خيب ذلك المجتمع، تكنوقراطاً ومثقفين. أما إذا كان هذا الإخصاء قد ترافق مع تحميل ثروات ذلك المجتمع وموارده الغزيرة على بغال الفساد والاستبداد والعولمة الشرهة، ثم سوقها وتقريغها في خزائن خارج الحدود، ليعاد شحنها من جديد على هيأة أسلحة وسلع استهلاكية تباع قسراً وطوعاً على أبناء ذلك المجتمع، فإن مفهوم (البطالة) في هذه الحالة، يتخذ مضموناً تدميرياً ذا طابع قصدي، يستدعي بالتبعية تداعيات سوسيولوجية وسيكولوجية خطيرة، قد تصل إلى حد تفتيت الهوية الوطنية للفرد، ونقض عقده الشاركي مع المجتمع، وحجره في زنزانة الاغتراب النفسي واليأس الوجودي والتعصب الفكري والعنف الدفاعي الأعمى. وللأسف، أصبح العراق أنموذجاً إقليمياً وعالمياً لهذه الوظيفة التدميرية للبطالة.

ففـي الدراسـات التي حاولت حصر نسبة البطالة في العراق، جاءت النتائج متقاربة إجمالاً خلال السنوات العشرة الماضية، إذ يشير الاقتصادي العراقـي الدكـتور كاظم حبيب إلى أن هذه النسبة بلغت في نهاية القرن الماضـي وبدايـة القـرن الجديد (65)% من إجمالي الأيدي القادرة على العمل، ثم استمرت على حالها بعد سقوط النظام السابق في نيسان 2003م بسـبب حـل الجيش وقوات الشرطة والأمن والحرس الجمهوري وبعض الـوزارات والمؤسسـات، علمـاً أن البطالة بين النساء تزيد عن ضعف الـبطالة بيـن الرجال، . فيما أشارت تقديرات الأمم المتحدة إلى أن نسبة الـبطالة تصل حالياً إلى (72)% (1). أما التقديرات الرسمية الصادرة عن وزارة التخطيط والتعاون الإنمائي في شباط 2004م فقد أشارت إلى نسبة

(48,7)% مـن السـكان الناشـطين اقتصـادياً (2). كمـا توصـل أحد الاسـتطلاعات الـذي أجـراه موقـع (الاسـتفتاءات العربية) على شبكة الانترنيـت إلى أن (53)% من أفراد عينة الاستطلاع يعتقدون أن البطالة فـي العـراق وصلت إلى حجم (الكارثة)، فيما وصفها (32)% منهم بأنها (مشكلة كبيرة) (3).

وقـد تزامن هذا الارتفاع الحاد في عدد العاطلين، مع تدهور المستوى المعاشـي للفرد العراقي منذ فرض الحصار الاقتصادي في بداية تسعينات القـرن الماضـي وحتى عشية الحرب الأخيرة وما بعدها. فقد تبين خلال المسح الاقتصادي والاجتماعي الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء في العـام 1993 أن (الفقر المطلق) تجاوز نسبة (90)% في العراق (4). كما قدرت إحدى الدراسات المحلية في أواسط التسعينات أن (98)% من سكان العـراق يعيشون عند حد الكفاف أو دون مستوى خط الفقر(5). أما معدل الدخـل السنوي للفرد العراقي فقد تردى إلى مبلغ (300 – 350) دولار في العـام 2002م بعد أن كان (4400) دولار في العام 1979م (6). فكان من نـتائج هـذا الـتدهور أن حراكاً واسعاً حدث من المهن التي تحتاج إلى تحصـيل أكاديمـي باتجـاه المهن التي لا تحتاج ذلك، إذ توصلت إحدى الدراسات المحلية في العام 1994 إلى أن المطرب صار أفضل في مكانته الاقتصادية من عميد الكلية وأن الحمّال يتفوق على معلم الابتدائية في دخله المعاشـي (7)، فضـلاً عـن أن جيوشـاً من العاطلين كان وما يزال يتم تخـريجهم كـل عام من مختلف الجامعات والمعاهد العراقية، إلى جانب عشـرات الآلاف مـن أصحاب المهن العليا ممن هاجروا إلى الغرب، إذ تحـدد إحدى الإحصائيات أن عدد الأكاديميين وأصحاب الكفاءات العلمية الذيـن تـركوا العـراق وأقاموا في الخارج في العام 1999م وحده بلغ (23000) فرد (8). فما هي الإجراءات التي اتخذتها الحكومة المؤقتة الحالية للتعامل مع كل هذه المعطيات الكارثية؟

إذا مـا عدنـا إلـى الحلول الارتجالية التي طرحتها وزارتا التخطيط والعمل لتطويق التفشي المستمر للبطالة، لن نجد أكثر من إجراءات شكلية وتصـريحات مكتبـية متفائلة أمام وسائل الإعلام عن (إنجازات) مكاتب التشغيل، وعن توفير فرص عمل (وهمية) تقدر بمئات الآلاف في مختلف مؤسسـات الدولـة!فقـد أصبح من المعلوم على نطاق واسع في الشارع العراقـي أن محـاولات الإعمار لم ولا تمنح لشركات عراقية مباشرة، إذ يوضـح الدكـتور كـاظم حبيـب بأنها تمنح إلى شركات أمريكية تمنحها بدورهـا إلى شركات أخرى غير عراقية، خاصة الخليجية، وعندما تستقر عـند محـاول عراقي تكون المبالغ قد تقلصت إلى نسبة (10 –15)% من المـبلغ الأصلي، ولذلك فإن المنحة الأمريكية البالغة (18) مليار دولار لن يتـبقى منها فعلياً لصالح الاقتصاد العراقي أكثر من (4) مليار دولار (9). وهـذا يعنـي أن أكثر من (85)% من المنح المقدمة لإعادة إعمار العراق يمكن عدّها (عمولات) ذهبت وستذهب مباشرة إلى أرصدة أفراد وشركات لا يعـرفون حتى موقع العراق على الخارطة. إن هذه الوقائع الاقتصادية المتصـلة عضوياً بأشد أنواع الفساد الإداري الذي لم يشهد تأريخ العراق الحديـث له مثيلاً، ابتداءاً من تفكيك مصانع العراق وجرف تربته وتسليب نفطـه، ثـم تهريـبها بالشاحنات إلى الدول المجاورة على مرأى ومسمع الجمـيع، وانتهاءاً بشفط ملايين الدولارات من عقود تنظيف المدن وصيغ المـدارس وبناء الأرصفة واستيراد الأدوية ومواد الحصة التموينية، إنما تؤشر بوضوح حجم العواقب الاجتماعية والنفسية لهذه المآسي الاقتصادية، ومنها محنة البطالة,ففي بلدان لم تمر باستبداد وحروب واحتلال كالتي مر بها المجتمع العراقي عبر أكثر من ثلاثة عقود، توصلت الدراسات إلى أن ارتفـاع نسـبة البطالة فيها أدى إلى ارتفاع نسب الاكتئاب والقلق ونوبات الغضـب ولوم الذات، وإلى انخفاض في تقدير الذات، ونشوء نزعات نحو مركز التحكم الخارجي (أي عزو أسباب الأحداث إلى قوى غيبية خارجية بـدلاً من عزوها إلى النشاطات البشرية)، والى تدهور ملحوظ في النظام المعرفي والانفعالي، لدى الأفراد العاطلين عن العمل (10). فماذا بشأن الآثـار المدمـرة المستمرة التي تركتها وتتركها البطالة في شخصية الفرد العراقـي، لاسيما إذا كان حائزاً على تحصيل أكاديمي يؤهله لمهنة راقية، للعقل دور أساسي فيها؟

وللحصـول على مؤشرات احصائية تفيد في التعامل الفاعل مع أبعاد هـذا السؤال، أجرينا مسحاً معلوماتياً شمل عينة من الجنسين، تضم حملة شـهادات أكاديمـية عاطلين عن العمل، من اختصاصات علمية متنوعة، بعضـهم من يحمل شهادة عليا في اختصاصه، ومن مناطق سكنية مختلفة في مدينة بغداد. وقد تم حصر أهم النتائج بالآتي:

- (80)% مضى عليهم أكثر من (3) سنوات عاطلين عن العمل، أي إن بطالتهم بدأت خلال العهد السابق وما تزال ممتدة حتى اليوم.
- (44)% يـرون أن (الاحـتلال الأمريكـي) هـو المسؤول عن اسـتمرار أزمـة الـبطالة الحالية، مقابل (41)% يرون أن (الحكومة الحالية) هي المسؤولة عن ذلك، فيما ألقى (15)% فقط بالمسؤولية على (تدهور الوضع الأمني) و (النظام السابق).
- (90)% أكـدوا بأنهم سيهاجرون من العراق نهائياً لو أتيحت لهم فرصـة للعمـل والاسـتقرار في الخارج، مقابل (10)% أعربوا عن ترددهم. ولم يرفض أي من أفراد العينة فكرة الهجرة بشكل قطعي.
- (83)% حـددوا مصـدر عيشهم الحالي بـ (إعانات من الأهل والأقارب)، مقابل (17)% بـ (مدخرات شخصية). ونفى جميع أفراد العيـنة أن يكونـوا قد تلقوا أي مساعدات من وزارة العمل أو من أي جهات دينية أو خيرية.
- وعندما وجه سؤال افتراضي إلى أفراد العينة، نصه ((لو قيل لك أن ثـورة شعبية ستندلع لقلب الأوضاع الحالية وإعادة توزيع الثروات بشكل عادل، فما موقفك منها؟))، أجاب (82)% بأنهم سيشتركون فيها، و(10)% بأنهم يؤيدونها دون المشاركة فيها، فيما عبّرت النسبة الباقية (8)% عن موقف غير محدد.
- (67)% أوضحوا موقفهم من الانتخابات القادمة بعبارة (لا تعني لي شيئاً)، فيما أعرب (23)% عن (عدم التأييد) لإجرائها.
- وعند سؤال العينة عن التأثيرات التي تركتها البطالة على حالتهم النفسـية، اتضـح أن (86)% بـاتوا يشـعرون بالاكتئاب، وبالعجز، وبضعف الثقة بالنفس.
- وعند سؤالهم عن تأثيرات البطالة في علاقتهم بعوائلهم، أوضح (81)% مـنهم أن العلاقة أصبحت (لا تطاق)، مقابل (19)% قال بأنها أصبحت (متوترة).
- أما عن مشاعر هؤلاء العاطلين من حملة الشهادات نحو وطنهم، فقـد وصـف (70)% مـنهم شـعوره بـ (الاغتراب)، و(18)% بـ (الـنفور)، و(8)% بـ (الانتماء)، و(4)% بـ (اللامبالاة). ولم يبدِ أي من لأفراد العينة شعوراً بـ (التعاطف) مع الوطن.

إن قـراءة شـاملة لمضـامين هذه المؤشرات الرقمية، تجعلنا نتلمس اسـتنتاجاً ثلاثـي الأبعـاد، نضعه أمام أنظار الرأي العام العراقي وكافة أصحاب القرار والتأثير والرأي في الدولة والمجتمع :

1- أمست بطالة أصحاب الشهادات الأكاديمية ظاهرة مزمنة في المجـتمع العراقي، لها امتداداتها السابقة والحالية. ولعل التكافل الاجتماعـي النسبي الذي تتميز به الأسرة العراقية هو الذي أعان هـؤلاء العاطلين على الاستمرار بالحياة، في ضوء تلكؤ الجهات الرسمية والدينية والخيرية بالقيام بدورها المتوقع في إسناد هؤلاء العاطلين.

2- أدت الـبطالة المزمنة الى تراكم شعور حاد بالحيف والغيظ والرغـبة بالـثورة لدى أصحاب الشهادات هؤلاء، يرافقه إدراك واع بأن مسؤولية استمرار حالتهم المعاشية المتردية تقع بالأساس

على معطيات الوضع الجديد، الذي يقف الاحتلال الأمريكي في مقدمة احداثياته الفاعلة. ولذلك عبّروا بوضوح عن إحباطهم وموقفهم العدمي من المشروع السياسي الرسمي المتمثل بالانتخابات.

2- تركـت سـنوات الـبطالة أخاديد مأساوية في نفوس أفراد هذه الشـريحة المتعلمة وبعلاقاتهم الأسرية، فضلاً عن انقطاع شبه تام في صـلة التعاطف والانتماء لديهم مع محيطهم الاجتماعي، لتحل محلها مشـاعر الاغـتراب والنفور نحو أهم مفهوم يمنح الحياة الاجتماعية معناها وجذوتها وديمومتها : (الوطن).

إن الدلالـة النهائـية التـي تستشف من هذه المضامين الثلاثة، تؤشر بوضـوح أن الطبقة الوسطى (التكنوقراط) التي قوضتها الحروب السابقة، مـا تـزال بعـيدة عـن الانتعاش لتستأنف دورها العقلاني في العمليتين السياسـية والاقتصادية، بل إنها تعاني من عجز وضمور إضافيين. وهذا يعنـي فـي اللغة النفسية أن المكونات (العقلية) للمجتمع العراقي ما تزال معطلـة فـي غيـبوبة مستمرة، على حساب نشاط غير اعتيادي لمكوناته (الانفعالـية)، وهـذا صـار ملموسـاً بشكل تفصيلي لمن يعايش السلوك الاجتماعي اليومي في الشارع العراقي، مما ينبئ بتهرؤ أشد لنسيجنا المجتمعي خلال المرحلة المنظورة القادمة.

المراجـع

(1) كـاظم حبيـب / هـل مـن سـبل لمكافحـة الـبطالة الراهنة في العراق؟/ موقع الحوار المتمدن، العدد (760)، 2004/3/1م
(2) تقريـر مؤشـرات الاقتصـاد العراقـي (شـباط 2004م)/ وزارة التخطـيط والتعاون الإنمائي / بغداد.
(3) موقع الاستفتاءات العربية www.arabo.com / يناير 2005
(4) المسـح الاقتصـادي والاجتماعـي للأسـرة العراقـية (1993) / وزارة التخطيط- الجهاز المركزي للإحصاء / بغداد.
(5) فاخـتة شـاكر رشـيد (1994) / الحقـوق الاقتصادية للأسرة العراقية في ظل الحصار / بغداد .
(6) كاظم حبيب / مرجع سابق
(7) قاسـم حسين صالح (1994) / المكانتان الاجتماعية والاقتصادية للمهن فـي المجـتمع العراقي من وجهة نظر طلبة الجامعة / مجلة الآداب، العدد (42).
(8) هاشـم نعمـة / هجـرة العراقيين وتأثيراتها على البنية السكانية - الجزء الأول/ موقع الحوار المتمدن، العدد (941)، 2004/8/30م.
(9) كاظم حبيب / مرجع سابق
(10) عدنـان فـرح و خـالدة المومانـي / الحاجـات الإرشـادية للعاطلين عن العمل في الأردن.

تأثيـــر التنشيـــط الذاتـــي للذاكـــرة علـــى التحصيـــل العلمـــي

دراسة تجريبية لدى الطلبة باستخدام مساعدات التذكر وقادحات الذاكرة

د . زيـــاد بركـــات * - جامعـــة القـــدس المفتوحـــة، منطقـــة طولكـــرم التعليميـــة – فلسطيـــن

zeiadb@yahoo.com

ملخص الدراسة : هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق التجريبي من تأثير استخدام استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقتي مساعدات التذكر وقادحات الذاكرة في التحصيل الأكاديمي لدى الطلاب الجامعيين، استخدمت لهذا الغرض عينة بلغت (189) طالباً وطالبة متسمين إلى مجموعتين : إحداهما تجريبية وعددها (87) طالباً وطالبة، والأخرى ضابطة وعددها (102) طالباً وطالبة، وقد أظهرت النتائج وجود تأثير موجب ودال إحصائيا لاستخدام استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقة قادحات الذاكرة في التحصيل الدراسي لمصلحة مجموعة الطلاب الذين استخدموا هذه القادحات، كما أشارت النتائج وجود تأثير موجب ودال إحصائيا لاستراتيجية تنشيط الذاكرة بطريقة مساعدات التذكر في التحصيل الدراسي لمصلحة مجموعة الطلاب الذين استخدموا طريقة الدراسة القائمة على الفهم والاستيعاب، بينما لم تظهر النتائج وجود أثر جوهري للتفاعل المشترك بين طريقتي مساعدات التذكر وقادحات الذاكرة في التحصيل الدراسي .

Summary : **Effect of Promoting Memory Strategy On University Students Academic Achievement**
Experimental Study In Used Mnemonics And Memory Triggers Methods

This study aims at investigating the effectiveness of using the self promoting memory strategy by mnemonics memory and memory triggers methods in academic achievement of university students. For achieving the aims of this study the researcher used the experimental method on sample consisted of (189) student, distributed on two groups of experimental (87 student) and control (102 student). The results showed a positive effect on student's academic achievement with a statistical significance for using promoting memory strategy by memory triggers. Also, findings indicate a positive effect on students' academic achievement with a statistical significance for using promoting memory strategy by mnemonic memory in favor of the students who used understanding and comprehension reading method . While, results didn't show any statistical significance for interaction effect between methods of memory triggers and mnemonic memory in academic achievement.

مقدمة : تقف الذاكرة وراء إنجازات الإنسان العديدة على المستوى الفردي والجماعي وفي مجالات الحياة المختلفة، فكلما زادت ذاكرة الفرد استطاع أن يصل إلى طموحاته ويستغل ما لديه من قدرات بفعالية واقتدار، فالذاكرة هي ظاهرة ووظيفة عقلية عليا أعقد وأهم مما قد يتصوره أي باحث وهي أخطر الظواهر النفسية والعصبية، وهي تستلزم ميكانيزمات مختلفة ومعقدة ومتعددة الجوانب والأنساق ولها علاقات وثيقة بالدماغ، والمعطيات الفيزيوكهربائية، والعصبكميائية، والعصبتشريحية، من هذا المنطلق يمكن اعتبار الذاكرة (Memory) الخاصية الأكثر أهمية وعمومية للجهاز النفسي لدى الإنسان التي تمكنه من تلقي التأثيرات الخارجية والحصول على المعلومات، وتجعله قادراً على معالجتها وترميزها والاحتفاظ بها، واستخدامها في سلوكه المقبل عند اللزوم، وكلما دعت الحاجة إلى ذلك، كما تتضمن الذاكرة وحدة وكلية الشخصية، وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن التعقد التدريجي للسلوك والارتقاء الدائم به يتحقق بفضل تراكم الخبرة الفردية والنوعية والقدرة على الاحتفاظ بهما، لا بل أن تكون الخبرة أمراً غير ممكن فيما لو تلاشت صور العالم الخارجي وإشارته التي تنشأ في الدماغ بدون أن تترك أثراً فيه، ونظراً لأن سلوك الإنسان في كل لحظة من اللحظات وفي أي موقف من المواقف التي يواجهها تحدده الخبرة السابقة أي الذاكرة بأنواعها المختلفة، ومستوياتها المتعددة، من خلال تأزرها مع التفكير واستخدامها لطرائقه وعملياته فإنها تحتل مكانة عظيمة في حياة الإنسان، وهي العامل الحاسم في تقدمه وتطوره، ومن استمرار وديمومة هذا التقدم، لأن الإنسان بدون الذاكرة يبدو لو أنه يوجد من جديد في كل لحظة ولا توجد لديه خبرة سابقة.

لقد أصبحت مشكلة الذاكرة في النصف الثاني من القرن العشرين المنصرم من أكثر مشكلات علم النفس العلمية التي حظيت بالدراسة المعمقة، والاهتمام الشامل، وقد حققت الدراسات بهذا الخصوص تطوراً عظيماً، حيث تم دراستها في فروع ومجالات علمية عديدة بما في ذلك تلك العلوم التي تبدو وكأنها بعيدة عن علم النفس مثل تكنولوجيا المعلومات، والحاسوب، والبيولوجيا، والفسيولوجيا، وعلم الاجتماع، والطب، باستخدام مداخل وأساليب متنوعة، وقد تمخضت هذه الدراسات عن حجم هائل من الأدبيات يقدر بثلاث ما كتب وأنجز في ميادين علم النفس كلها، وقد أظهرت هذه الدراسات نتائج وفيرة مشوقة وممتعة ومثيرة للنقاش والجدل العلمي (Miller,2000؛ Lockl &Fenandes , 2004؛ Hacker , 2004 ؛ Livingston , 2004) . ولقد ساهمت نظرية المعلومات (Information Theory) في دفع عملية تقدم العملية التربوية والتعليمية إلى الأمام، كما ساعدت هذه النظرية على بلورة معنى الترميز (Excoding) كعملية ذات تأثير جيد للانتباه للأشياء والمعارف المتعلمة، والتركيز عليها بشكل فعال وهذا يوفر استراتيجيات الفهم والاستيعاب لهذه الأشياء والمعارف، وبناءاً على معطيات هذه النظرية التي ظهرت لأول مرة في الخمسينيات من القرن الماضي والتي أصبحت ذات التأثير الكبير في سيكولوجية التعلم والتعليم، حيث لاقت اهتماماً عظيماً لدى المعلمين في تعزيز تعلم التلاميذ، وبذلك تطورت النظرة إلى الإنسان بصفته يمتلك نظام ترميزي لمعالجة المعلومات (Symbol-manipulating System)، وأن النظام المهم والرئيس فيه هو مخازن الذاكرة (Memory Stores) حيث يتم الاحتفاظ فيها بالمعلومات على شكل عمليات (Processes) والتي تقوم بترميز

(Excoding) هذه المعلومات وتخزينها ومعالجتها واسترجاعها (Retrieval) عند اللزوم (Bihler & Snowman , 1990 ؛ Woolfolk , 1993). وقد ترجع أهمية هذا الاتجاه إلى كونه قد ركز على طبيعة المتعلم، إذ يرى هذا الاتجاه أن المتعلم فرد نشيط، وحيوي، وفعال، وإيجابي، ويمكنه القيام بعمليات التفسير والمعالجة للمنبهات والمثيرات المتعلمة، كما عنيت هذه النظرية بدراسة التعلم من وجهة نظر موسعة ومعقدة من خلال التركيز على التفاعل (Interaction) بين المتعلم والبيئة والقدرة على الانتباه الانتقائي Selective attention .

1- الذاكـرة والتعلـم

إن مفهوم الذاكرة يشير إلى الدوام النسبي لآثار الخبرة ومثل هذا الدوام دليل على حدوث التعلم (Learning) لا بل شرط لا بد منه لاستمرار عملية التعلم وإتقانها، ولهذا فإن الذاكرة والتعلم يتطلب كل منها وجود الآخر، فبدون تراكم الخبرة المتعلمة ومعالجتها والاحتفاظ بها لا يمكن أن يكون هناك تعلم، وبدون التعلم يتوقف تدفق المعلومات عبر قنوات الاتصال المختلفة وتتحول الذاكرة عندئذ إلى ذاكرة اجترارية مرضية (Miller , 2000)، فإذا كان التعلم يشير إلى حدوث تغيرات أو تعديلات تطرأ على السلوك من جراء تأثير الخبرة السابقة المتعلمة والمكتسبة، فإن الذاكرة هي عملية تثبيت هذه التغيرات والتعديلات وحفظها وابقائها جاهزة للاستخدام عند اللزوم (Kruger & Dunning , 1999)، وهكذا تجمع العديد من الدراسات والبحوث المعاصرة للذاكرة والتعلم (Andersen ,etall , 2004؛ Singhal , 2001 ؛ Dennis , 2002) على أن العوامل التي تؤثر في التذكر والاحتفاظ والاسترجاع هي نفسها التي تؤثر في التحصيل والاكتساب، كما أن الشروط التي تسهل التعلم هي نفسها التي تيسر الاحتفاظ، وأن مستويات التذكر والاسترجاع هي نفسها مستويات التعلم من وجهة النظر المعرفية، ويرى الباحثون أن نظام معالجة المعلومات لدى الإنسان يمكن أن يستخدم استراتيجيتين مختلفتين للإفادة في مجال التعلم والذاكرة وهما : استراتيجية المعالجة المتسلسلة (Serial – Processing)، حيث يقوم الفرد بمعالجة مثير تعليمي محدد ومرغوب فيه في كل لحظة من لحظات المعالجة، ويتجاهل المثيرات الأخرى غير الهدفية، واستراتيجية المعالجة المتوازية (Parallel–Processing)، وتشير إلى ترميز المثيرات المتزامنة جميعها في وقت واحد، ثم الاحتفاظ بالمثير الهدفي وإهمال المثيرات الأخرى (Woolfolk , 1993) .

من هنا، يتبين أن التعلم والذاكرة هما مصطلحان متداخلان وفي كثير من الأحيان متطابقان، وان كل منهما يستخدم ليعبر عن الآخر ويقاس بواسطته ويدلل عليه، ولهذا أصبحا مترادفين تقريباً، فحين يضع المعلم اختباراً لقياس تحصيل طلبته في موضوع ما فإن ما يعمله في حقيقة الأمر هو قياس عملية التذكر والاسترجاع عند هؤلاء الطلبة في نفس الوقت، وإن الدرجة التي يحصل عليها الطالب على هذا الاختبار ليست فقط مؤشراً على تحصيله في هذا الموضوع، وإنما مؤشر أيضاً على قدرته على تذكر المعلومات التي استطاع الاحتفاظ بها في ذاكرته والمتعلقة بهذا الموضوع . يرى وولفوك (Woolfolk,1993) أن معرفة الطالب لما يسمى المعرفة الفوقية (Metacognitive) يساعده في تنظيم ذاكرته الفوقية (Metamemory) وتنشيطها (Promoting memory) أيضا، وهذا يسهل عليه عملية التخطيط للدراسة وذلك باستخدام طرق وأساليب معرفية تطبيقية مهمة تساعد على تخزين المعلومات واسترجاعها عند اللزوم، وهذه الطرق والأساليب عديدة ومتنوعة منها :

1.1- **الحفظ** : ويتطلب ذلك عادة من الطالب جهد ووقت كبيرين ونادراً ما يكون سهل الاستخدام في العديد من المواضيع المتعلمة وبخاصة لدى طلبة الجامعة.

1.2- **التنظيم** (Organization) : ويقوم عن طريق تقسيم المادة الدراسية إلى أجزاء صغيرة يعاد وصفها ووضعها في شكل ذي معنى، وصياغتها من جديد في علاقتها مع المعلومات الأخرى.

1.3- **التصور الذهني** (Mental Visualization) : وهي عملية تخزين المعلومات في الذاكرة على هيئة صور وأشكال (الجانب الأيمن من الدماغ)، وعلى هيئة كلمات وأفكار (الجانب الأيسر من الدماغ)، وبذلك يمكن بهذه الاستراتيجية استثمار الدماغ بشكل كامل إذا استطاع الطالب تنظيم المعلومات والأفكار بأساليب تسهل عملية توظيف نصفي الدماغ بشكل متكامل.

1.4- **المراجعة المنظمة** (Revision) : عملية تعلمية يقوم خلالها الطالب بإعادة كل ما درسه للتأكد من مستوى قدرته على استيعابه وتذكره للمادة الدراسية بشكل مترابط وفعال، إذ تعتبر عملية المراجعة من العمليات التي تقاوم النسيان، وللمراجعة نوعان أو شكلان هما : المراجعة الفورية (Immediate review) وتكون بعد انتهاء الطالب من عملية الدراسة مباشرة، والمراجعة اللاحقة (Later review) وتتم على فترات متفاوتة (يومين، أسبوع، أسبوعين، شهر، شهرين) بعد دراسة المادة وفهمها.

1.5- **التسميع الذاتي الذهني** (Mental rehearsing) وهي محاولة الطالب استذكار ما درسه جهراً وبشكل متكرر دون النظر إلى المادة الدراسية (غيباً) مما يؤدي ذلك إلى ترسيخ الأفكار المهمة وتحويلها من الذاكرة قريبة المدى إلى الذاكرة بعيدة المدى.

1.6- **مساعدات (معينات) التذكر** (Mnemonic) : وتقوم هذه الطريقة على أساس ربط المادة التعليمية أو الجزء الجديد منها مع المعلومات المعروفة جداً، باستخدام آليات التلخيص (Summarizing)، والتدوين (Taking notes)، وقد اصبح استخدام مساعدات التذكر معروفاً وشائعاً لدى الطلبة وطلاب الجامعة بشكل خاص، وتعتبر هذه الآلية من فنون الدراسة القائمة على الفهم والاستيعاب ذات فائدة عظيمة لمساعدة الطالب على استرجاع المعلومات وقت الامتحان، وقد بدأ السيكولوجيون والتربويون يعطون أهمية لهذه الاستراتيجية من حيث أنها تعتبر نقلة مهمة في تحسين عملية التعلم، وقد اقترحت أساليب وتقنيات عديدة يمكن استخدامها كمساعدات للتذكر (Woolfolk , 1993 ؛ Berliner , 1998 ؛ Oren , 2000) أهمها :

1- أسلوب ربط الكلمات (Pog – words method)
2- أسلوب التجميع (Chunking method)
3- أسلوب تحديد الموقع أو المكان (Loci method)
4- أسلوب السلسلة (Chain type method)
5- أسلوب الكلمات الدليلية أو المفتاحية (Key word method)
6- أسلوب التدوين (Taking notes)
7- التلخيص (Summarizing)

حيث تستخدم هذه الأساليب من أجل مساعدة الطالب على الدراسة وتخزين المعلومات في فترة ما قبل الامتحان، أي في فترة الاستعداد للامتحان أثناء الفصل الدراسي .

1.7- **قادحات الذاكرة** (Memory Triggers)
وتتم هذه الطريقة عادة قبل الإجابة مباشرة على أسئلة الامتحان حيث يمنح الطالب جزء من وقت الإمتحان لا يتجاوز في العادة خمس عشرة دقيقة للقيام بهذه المهمة، والتي تقوم على أساس قراءة أسئلة الاختبار قراءة سريعة قبل الإجابة عنها، وتدوين أية أفكار أو ملاحظات أو معادلات أو معلومات مفتاحية أو رمزية ذات علاقة

بالسؤال بصورة موجزة، أو طرح أي استفسار عن أي من الأسئلة، يجد الطالب صعوبة في فهمه، وذلك لتكون هذه الملاحظات المدونة أو الاستفسارات إضاءات للإجابة عن الأسئلة وتوفر الوقت والجهد لكل من الطالب والمعلم أثناء تقديم الاختبار، وتخفف من مستوى التوتر والقلق والمفاجأة أثناء الإجابة عن أسئلة الاختبار، وهي بذلك تعمل على قدح ذاكرة الطالب مما يفضي إلى مساعدته في الاقتراب من الإجابة الصحيحة.

تهدف الدراسة الحالية للتحقق تجريبياً من فعالية التنشيط الذاتي للذاكرة قبل الامتحان لدى طلبة الجامعة في تأثيره على تحصيلهم الأكاديمي في مقرر علم النفس التربوي.

2- نظريـات تفسيـر دوام الذاكـرة

2.1- **نظرية مستويات التجهيز أو المعالجة في الذاكرة** (Levels – of – Processing) **:** ورائدا هذه النظرية هما كريك و لوكهارت (Craik & Lockhart , 1972) حيث ذهبت هذه النظرية إلى أن البيانات المقدمة كدليل على وجود منظومات معدة للتخزين يمكن تفسيرها بنفس الدرجة من الجودة في ضوء مستويات المعالجة أو التجهيز، وتعتمد على مفهوم واسع الانتشار والتقبل وهو أن الإدراك يتضمن التحليل السريع للمثيرات عند عدد من المستويات أو المراحل من المعالجة : حيث يتم في المرحلة الأولى تحليل المثيرات إلى سمات حسية كالخطوط والزوايا والترددات والسعات، ثم يلي ذلك العمل على المزاوجة بين هذه المثيرات في مقابل التمثيلات أو الصور المخزنة مسبقاً وهو ما يعرف بالتعرف على النمط (Pattern recognition) لاستخراج المعاني من بين هذه العلاقات المتزاوجة، وفيما بعد في المرحلة الأخيرة يتم التعمق في تجهيز العلاقات من خلال إطلاق العنان للترابطات أو التداعيات أو الصور المعتمدة على الخبرة السابقة للفرد، وذهب كريك ولوكهارت في تفسيرهما لبقاء المثيرات في الذاكرة بناء على نتائج هذه التحليلات الإدراكية العميقة ومدى بقائها في الذاكرة، فالمستويات الأعمق من العلاقات تنتج آثاراً أكثر دواماً من تلك المستويات الأقل عمقاً، وبذلك، فإن المحدد الأساسي لطول فترة الاحتفاظ بالمعلومات تبعاً لهذه النظرية هو العمق الذي تم تجهيز ومعالجة هذه المعلومات عنده، وكلما ازداد عمق التجهيز والمعالجة المطلوب للمعلومة كلما طالت فترة تذكر هذه المعلومة (Wolfenden , 1995)

2.2- **نظرية الذاكرة الذاتية والسيمانتية** (Episodic and Semantic Memory Theory) : يرى كويليان (Quillian , 1975) صاحب هذه النظرية أن الذاكرة الذاتية تشير إلى المعلومات التي يتم تذكرها منسوبة إلى الذات الشخصية للفرد، فهي ذاكرة المعلومات المرتبطة بالسيرة الذاتية أو الشخصية ويتم ترميزها مكانياً وزمانياً، أما الذاكرة السيمانتية فهي على العكس من ذلك تمثل مخزن المعلومات المنظمة التي يتم تجهيزها ومعالجتها وتدور حول اللغة والعالم من حولنا والخبرات العامة التعليمية والتربوية، وتخزن المعلومات السيمانتية وتنظم على شكل شبكة (Network) من المسارات أو العلاقات المرتبطة بأحد أنواع الشبكات عديدة ومتنوعة التنظيم، وأحد هذه الشبكات المهمة التي حظيت باهتمام الباحثين هي الشبكة الهرمية أو الهيراركية (Hierachial Network)، وفكرة هذه الشبكة أن المعلومات تنظم في الذاكرة تنظيماً هرمياً تبعاً للفترة الزمنية البعيدة أو القريبة، وقد استخدمت هذه النظرية مؤخراً لبرمجة الحاسب الإلكتروني اعتماداً على الافتراض النظري أن النظائر المفهوماتية للكلمات يتم تمثيلها كوحدات مستقلة ترتبطها شبكة من المعلومات على أساس أن ذلك يوفر نوع من الاقتصاد المعرفي (Cognitive economy) في معالجة البيانات وتخزينها في الذاكرة (Berliner , 1998).

2.3- **نظرية المجموعة** (Set Theoretic) : صاحب هذه النظرية هو ماير (Meyer , 1970) حيث تفترض هذه النظرية أن الفئات تمثل في الذاكرة كمجموعات (Setes) من المعلومات، وقد أنشئ هذا الاتجاه ليفسر الطريقة التي يحكم بها الأفراد على ما إذا كانت الجمل المتصلة لفئات مشتركة من الأشياء كالنبات والحيوان أو الأثاث صحيحة أم خاطئة، باستخدام نوعين من العلاقات أسمها ماير : المثبت العام (Universal Affirmative)، والمثبت الخاص (Particular Affirmative)، وبناءاً على ذلك فقد ميز ماير نوعين من فئات المجموعات في العلاقات تقوم على أساس العلاقة بين المسند إليه والمسند وهما : الفئة الفرعية (Subset)، والفئة الرئيسة (Suoerset)، علماً بأن لكل منهما بعض العناصر التي لا تنتمي لأي منهما وتسمى بعلاقة التداخل (Overlap)، في حين بعض الفئات لم يكن بينها أي عناصر مشتركة وتسمى علاقة الانفصال (Disjoint)، ومن هنا، فأن تخزين البيانات والقدرة على الاحتفاظ بها لفترة من الزمن واسترجاعها عند اللزوم يعتمد تبعاً لهذه النظرية على الطريقة التي يمكن اتباعها لبناء علاقات في مجموعات من البيانات الفرعية والرئيسية على أساس خصائص معينة للمسند إليه والمسند (Schoenfeld , 1988).

2.4- **النظرية الكهروفسيولوجية للذاكرة لبنفيلد** (Penfield , 1959) : توصلت تجارب صاحب هذه النظرية العديدة إلى أن الآثار الكهربائية لأجزاء معينة من مخ الإنسان تنتج كمية كبيرة من الاستجابات الذاكرية ذات علاقة بالخبرات المتعلمة في مراحل سابقة، وقد بينت هذه التجارب أهمية الفص الصدغي (Parietal Lobe) من المخ في عملية التذكر، فهو بالإضافة إلى أنه مسئول عن عملية تذكر واسترجاع المعلومات أيضاً مسئول عن فقدان الذاكرة، وقد ثبت ذلك تجريبياً عند إثارة المنطقة الخلفية منه، كما لوحظ أن المخ المتوسط (Midbrain) وبخاصة الجزء المعروف منه باسم الهيبوثلاموس (Hypo – thalamus) ذو تأثير في عملية التذكر وفقدان الذاكرة الفريبة (Wolfenden , 1995).

2.5- **النظرية الجزئية الكيمياوية لعملية التذكر للعالم ماكنال** (Makonal) : لقد اتضح من التجارب والدراسات على الذاكرة أن الأحداث والخبرات تختزن في المخ على صورة تغيرات جزئية في بروتينات الخلايا العصبية، عن طريق الحامض النووي المعروف بحامض (D.N.A) فقد بينت التجارب تحطيم هذا الحامض الو راثي في الخلايا يؤدي إلى فقدان القدرة على الاحتفاظ والاسترجاع، بالإضافة إلى أهمية الحامض النووي فإن هناك دراسات قد أشارت إلى أهمية المادة الكيميائية المعروفة باسم الاستيل كولين الموصلة بين الأعصاب في القشرة الدماغية حيث كشفت التجارب على أن هذه المادة تزداد نسبتها بعد التعلم مباشرة مما يدل لما هذه المادة من خصائص نوعية لعملية التذكر (Corlett , 2001).

3. مشكلـة الدراســة

حاول الباحث التحقق تجريبياً من مدى فعالية وتأثير استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة باستخدام طريقة قدح الذاكرة قبل الامتحان مباشرة في التحصيل الأكاديمي في مقرر علم النفس التربوي لدى طلبة برنامج التربية الملتحقين بجامعة القدس المفتوحة منطقة طولكرم التعليمية، كما سعت هذه الدراسة من جهة أخرى للتحقق من فعالية طريقتي الدراسة الخاصة (الحفظ / الفهم والاستيعاب) أثناء الاستعداد للامتحان على

التحصيل الأكاديمي في هذا المقرر ذاته، ثم التعرف على تأثير التفاعل المشترك بين استراتيجية تنشيط الذاكرة بطريقة القدح وطرقتي الدراسة الخاصة في التحصيل الأكاديمي.

4. هـــدف الدراســـة

انبثقت هذه الدراسة للاجابة عن ثلاثة تساؤلات رئيسية دارت في ذهن الباحث مؤداها الاتي:

4.1- هل يوجد تأثير موجب لاستخدام الطالب الجامعي استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة (α =0.5) قبل الامتحان مباشرة في تحصيله الأكاديمي في مقرر علم النفس التربوي ؟

4.2- هل يوجد تأثير لاستخدام الطالب الجامعي لإحدى طريقتي الدراسة الخاصة (الحفظ والبصم / الفهم والاستيعاب) أثناء الاستعداد للامتحان في تحصيله الأكاديمي في مقرر علم النفس التربوي ؟

4.3- هل يوجد تأثير للتفاعل المشترك بين استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة قبل الامتحان مباشرة وطريقتي الدراسة الخاصة (الحفظ والبصم / والفهم والاستيعاب) أثناء الدراسة الخاصة في التحصيل الأكاديمي في مقرر علم النفس التربوي ؟

5. فرضيـــات الدراســـة

للتحقق من أهداف الدراسة تم فحص الفرضيات الصفرية الآتية:

5.1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α= 0. 05) في تحصيل الطلاب في مقرر علم النفس التربوي تعزى إلى استخدامهم أو عدم استخدامهم استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقة القدح.

5.2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α= 0. 05) في تحصيل الطلاب في مقرر علم النفس التربوي تعزى إلى استخدامهم استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقتي الدراسة الخاصة (الحفظ والبصم / الفهم والاستيعاب).

5.3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α= 0. 05) في تحصيل الطلاب في علم النفس التربوي تعزى لأثر التفاعل المشترك بين استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقة القدح وطريقة الدراسة الخاصة.

6. أهميـــة الدراســـة

يستقبل الإنسان عبر حواسه المختلفة مئات بل الآلاف من المعلومات على مدار الساعة منها ما هو مقصود كالمواد التعليمية، ومنها ما غير مقصود كالمعلومات التي يتلقها أثناء النهار والليل في اليقظة والنوم، وهذه المعلومات تتلون حسب مصدر استلامها بصرية إن كانت أو سمعية أو ذوقية أو حسية وتخزن هذه المعلومات في الذاكرة حتى يمكن استرجاعها عند اللزوم، ويلزم في كثير من الأحيان وبخاصة في حالة استرجاع المعلومات وقت الامتحان استخدام تنشيط لهذه المعلومات المخزونة (Spread of activation) لجعلها متقدة وجاهزة للاستخدام (Bihler & Snowman, 1990)، حيث تعتبر آفة النسيان من أخطر الظواهر الخاصة بمعالجة المعلومات والتي تواجه الإنسان الذي يضطر في هذا العصر إلى اكتساب وتخزين حجم كبير جداً من المعلومات ومن مصادر مختلفة، لذا كان لا بد من استخدام أساليب وطرق عديدة لتنشيط الذاكرة وتنظيم المعلومات حتى يسهل استرجاعها عند اللزوم، علماً بأن الدراسات في هذا المجال قد توصلت إلى أن ذاكرة الإنسان تبدأ في الضعف في منتصف العشرينات من العمر، وان تنشيط الذاكرة يمكن أن يفيد في إبطاء عملية ضعف الذاكرة (Cromley , 2000 ؛ Nuissl , 2001 ؛ Saunders , 2002)، من هنا فإن أهمية هذه الدراسة تنبثق من الأهمية النظرية والتطبيقية لهذا الموضوع الشيق والجذاب، الذي مازال مجالاً خصباً للدراسة والبحث، حيث هناك الكثير يمكن أن تتكشف عنه الدراسات والبحوث في هذا المجال .

7. التعريفـــات الإجرائيـــة

7.1- **تنشيط الذاكرة** (Promoting memory) : اسـتراتيجية ادراكـية معرفـية عُليا يصل إليها الطالب من خلال قيامه بإجراءات معيـنة فـي الدراسـة في فترة ما قبل الامتحان مباشرة أو في فترة الاسـتعداد للامـتحان مـن مـثل تنظيم المادة وترتيبها والاستذكار والمراجعة المنتظمة وغير ذلك.

7.2- **القراءة أو الدراسة الخاصة** Reading : عملية فكرية شخصـية يستخدمها الطالب لبناء علاقة تبادلية مع المعلومات الرمزية وهي الجانب البصري لعملية التعلم وفي هذه الدراسة استخدم طريقتين للدراسـة الخاصـة مـن أجـل تنشـيط الذاكـرة هما طريقة الحفظ والاستظهار الصمي وطريقة الفهم والاستيعاب.

7.3- **مساعدات التذكر** Mnemonic : مجموعـة من الطرق والأساليب التي يستخدمها الطالب في فترة الاستعداد للامتحان من مثل التدويـن والتلخـيص والتسميع والاستذكار والمراجعة والحفظ والتي تؤدي إلى فهم المادة الدراسية واستيعابها بشكل سليم.

7.4- **قادحات الذاكرة** Memory Triggers : طـريقة يتبعها الطالـب لتنشيط ذاكرته قبل الإجابة عن أسئلة الامتحان مباشرة وتتم بـأن يقـوم الطالـب بقراءة الأسئلة جميعها ووضع بعض الإشارات والملاحظـات علـى كـل سؤال حيث تصبح هذه الملاحظات مفاتيح للإجابة تضيء له الإجابة الصحيحة لاحقاً.

8. الدراســات السابقـــة

8.1- الدراسـات التـي تناولـت العلاقـة بيـن تنشـيط الذاكـرة والتحصيل الأكاديمي :

دراسة اوترو وأخرون (Otero, etall 1992) بهـدف التعرف على طبـيعة العلاقة بين تنشيط الذاكرة والتحصيل الأكاديمي لدى طلبة المرحلة الـثانوية في أسبانيا، بلغت عينة الدراسة (102) طالباً وطالبة من الصف الثانـي عشـر، و(116) طالباً وطالبة من الصف العاشر، وقد بينت نتائج التحلـيل الإحصـائي للبـيانات عدم وجود علاقة ارتباطية جوهرية بين استراتيجية تنشيط الذاكرة ومستوى التحصيل الدراسي العام للطلاب.

دراسة سويسجود (Swicegood, 1994) بهـدف الـتحقق من تأثير تنشـيط الذاكـرة مـن خـلال برنامج خاص في إتقان أداء القراءة باللغة الأسـبانية، وتكونـت عيـنة الدراسـة من (118) طالباً وطالبة من طلبة المـرحلة الجامعـة يدرسون اللغة الأسبانية، وقد أشارت النتائج إلى عدم وجـود ارتباط دال إحصائيا بين الذاكرة المحفزة وإتقان أداء القراءة باللغة الأسبانية .

دراسة كاسبير (Kasper, 1997) بهـدف الـتحقق من تأثير برنامج خـاص لتحفـيز الذاكرة المعرفية على القدرة على مهارة الكتابة التعبيرية باللغة الإنجليزية لدى طلبة الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين : إحداهمـا مجموعة تجريبية خضعت لهذا البرنامج وعددها (50) طالباً، والأخـرى مجموعة ضابطة وعددها (58) طالباً، وقد توصلت النتائج إلى وجود فرق جوهري في إتقان مهارة الكتابة نتيجة استخدام برنامج التحفيز الذاكري للطلاب.

دراسة يوب (Yeap, 1998) بهـدف معرفة تأثير تنشيط الذاكرة في حل المشكلات الرياضية لدى طلبة المرحلة الثانوية، تكونت عينة الدراسة مـن (40) متطوعاً من الطلاب اخضعوا لبرنامج خاص بتحفيز الذاكرة، كما استخدم اختبار خاص لقياس القدرة على حل المشكلات الرياضية، وقد أظهـرت النـتائج أن الـنجاح والفشل في حل المشكلات الرياضية يتأثر جوهرياً بمستوى تنشيط الذاكرة .

دراسة بروس وروبينسون (Bruce & Robinson , 1999) بهدف التعرف على تأثير الذاكرة القوية المنشطة في تعلم المفاهيم ومهارة القراءة للنصوص الأدبية لدى عينة بلغت (18) مديراً من مد راء الدوائر الجدد، ولدى استخدام برنامج متطور لتنشيط الذاكرة أظهرت نتائج الدراسة تحسن جوهري في مستوى تعلم المفاهيم وإتقان قراءة النصوص الأدبية لدى أفراد الدراسة.

دراسة كروكير و دانينغ (Kruger & Dunning, 1999) بهدف التحقق من العلاقة بين القدرة على الاحتفاظ والإنجاز الأكاديمي لدى طلبة المرحلة الثانوية، لهذا الغرض تم اختيار عينة مكونة من (80) طالبا وطالبة لتطبيق إجراءات الدراسة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القدرة على الاحتفاظ والإنجاز الدراسي.

دراسة سينكهال (Singhal, 2001) التي هدفت لبحث العلاقة بين مستوى الذاكرة المحفزة لدى الطلاب وبين قدرتهم على القراءة الفعالة، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (67) طالباً وطالبة ممن يدرسون اللغة الإنجليزية كلغة ثانية، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجية تنشيط الذاكرة والقدرة على القراءة الإنجليزية الفعالة.

دراسة جاما (Gama, 2002) بهدف التعرف على تأثير تنشيط الذاكرة في اكتساب طرق حل المشكلات وتعلم بعض المفاهيم العلمية، وتكونت عينة الدراسة من (110) طالباً وطالبة من الطلاب الجامعيين، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب وجوهري لمستوى تنشيط الذاكرة في استراتيجية حل المشكلات وتعلم المفاهيم العلمية.

دراسة راسيكه و رانجباري (Rasekh & Ranjbary , 2003) بهدف التحقق من تأثير برنامج تدريبي لتحسين الذاكرة على تعلم إحدى المقررات الإنجليزية لدى الطالبات الجامعيات الإيرانيات، تكونت عينة الدراسة من (53) طالبة من معهد اللغة الإنجليزية في جامعة طهران تراوحت أعمارهن بين (19 – 25) سنة، وأظهرت النتائج وجود تأثير موجب للبرنامج التدريبي في تعلم المقرر بإتقان.

دراسة ميكالسكي (Michalsky, 2003) بهدف التحقق التجريبي من تأثير برنامج تحفيزي للذاكرة في القدرة على التفكير العلمي وحل المشكلات لدى عينة مكونة من (407) طالباً وطالبة من المرحلة الثانوية، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين تنشيط الذاكرة والقدرة على التفكير العلمي وحل المشكلات.

دراسة رايت و جاكوبس (Wright & Jacobs , 2003) بهدف التحقق من تأثير برنامج تدريبي لتنشيط الذاكرة على حل المشكلات الاجتماعية والحياتية لدى طلاب الجامعة، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين : إحداهما تجريبية اخضع أفرادها لهذا البرنامج وعددها (65)، والأخرى ضابطة لم تخضع للبرنامج وعدد أفرادها (25)، وقد أشارت النتائج إلى وجود تأثير موجب جوهري لبرنامج تنشيط الذاكرة في حل المشكلات الحياتية لمصلحة المجموعة التجريبية.

دراسة أندرسين وأخرون (Andersen, etall, 2004) بهدف التعرف على تأثير مهارات تحسين الذاكرة في تعلم المفاهيم البيئية لدى طلبة المرحلة الثانوية، تكونت عينة الدراسة من (260) طالباً وطالبة، وقد أشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين المهارات التي استخدمها الطلاب لتحسين الذاكرة وقدرتهم على تعلم المفاهيم البيئية.

دراسة وايت و فريدريكسون (White & Frederiksen, 2004) التي هدفت للتعرف على تأثير تنشيط الذاكرة في تعلم بعض المفاهيم العلمية في الحاسوب، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (46) طالباً من طلبة المرحلة الثانوية اخضعوا لبرنامج تعليمي لتنشيط الذاكرة، وقد أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تنشيط الذاكرة وتعلم المفاهيم الحاسوبية.

دراسة لوكل وفيرناندز (Lockl & Fernandez , 2004) بهدف التعرف على العلاقة بين الكفاية الإدراكية وتحفيز الذاكرة والقدرة على الكفاية اللغوية لدى طلبة الجامعة، تكونت عينة الدراسة من (183) طالباً وطالبة (92 طالباً و 91 طالبة) من الطلاب الجامعيين الألمان، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود ارتباط جوهري بين الكفاية الإدراكية أو الذاكرة الفوقية وبين الكفاية اللغوية.

8.2- الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين طريقة الدراسة الخاصة والتحصيل الأكاديمي :

دراسة قام بها معهد كابريكورنيا (Capricornia) بهدف التعرف على أساليب الدراسة الفعالة لدى الطلاب الجامعيين، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (240) طالباً وطالبة، حيث أظهرت النتائج أن الطلاب الذين ينسحبون أو يرسبون في المقررات المختلفة يركزون في دراستهم على حفظ المعلومات والمفاهيم فقط، ويكون هدفهم الأساسي استظهار الحقائق وحفظها أكثر من فهمها واستيعابها، وأن الطلاب الذين ينجحون بهذه المقررات يركزون على فهم المعلومات، والتركيز على المادة الدراسية بصورتها الكلية والشاملة (Harper, etal 1988).

دراسة سويلير (Sweller, 1998) بهدف التعرف على بعض الإجراءات والأساليب التي تدعم وتعزز تعلم الطالب على حل المشكلات الرياضية، تكونت عينة الدراسة من (44) طالب جامعي وقد أظهرت النتائج أن المهارات الروتينية والإجراءات الذهنية الصفية تؤثر في التحصيل الصفي وتؤدي إلى تحفيز عملية التعلم وحل المشكلات الرياضية.

دراسة سميث (Smith, 1999) التي قامت بهدف التعرف على أثر برنامج مقترح لتطوير الفهم والسرعة في القراءة لدى طلاب شعبتين من طلبة اللغة الإنجليزية : الأولى وعددها (30) طالباً وطالبة كمجموعة تجريبية طبق عليهم البرنامج المقترح، والأخرى ضابطة وعددها (32) طالباً وطالبة، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين.

دراسة ميلير (Miller, 2000) بهدف التعرف على استراتيجيات التعلم لدى الطلاب الذين يدرسون عن بعد، وقد تكونت عينة الدراسة من (162) طالباً وطالبة، حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا في تحصيل الطلاب الجامعيين الذين يدرسون عن بعد تعزى إلى طريقة وأسلوب الدراسة المستخدم لديهم، وذلك لمصلحة الطريقة التي تقوم على الفهم والتطبيق والترتيب وتنظيم المعلومات.

دراسة ريتشي و فولكي (Ritchie & Volk , 2000) والتي هدفت إلى معرفة تأثير استراتيجيتين في الدراسة الخاصة هما الطريقة الإدراكية، والطريقة القائمة على الحفظ، واستخدمت لذلك عينة مقسمة إلى مجموعتين : الأولى التجريبية وعددها (40) طالباً وطالبة، والثانية ضابطة وعددها (48) طالباً وطالبة، وقد أظهرت النتائج أن هناك تأثير إيجابي دال إحصائيا لاستخدام الطلاب طريقة الفهم والإدراك في اكتساب المفاهيم والمهارات العلمية.

دراسة ويلش (Welsh, 2000) والتي هدفت للتعرف على مدى تأثير استخدام الطالب للمهارات الدراسية الفعالة في تحصيله الدراسي، أجريت الدراسة على عينتين : إحداهما تجريبية وبلغت (43) طالباً وطالبة، والأخرى ضابطة وبلغت (41) طالباً وطالبة من الطلاب الجامعين الملتحقين في إحدى المقررات اللغوية، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال إحصائيا بين المهارات الفعالة والتحصيل الدراسي.

دراسة كورليت (Corlett, 2001) والتي هدفت للتحقق من العلاقة بين المهارات الدراسية واتجاهات الطلبة نحوها من الجنسين والتحصيل الدراسي، لدى عينة مكونة من (98) طالباً وطالبة نصفهم من الذكور

والنصف الآخر من الإناث، وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة جوهرية بين كل من طريقة الدراسة والاتجاه نحوها والتحصيل الدراسي لدى كلا الجنسين .

دراسة كلي (Clay, 2003) والتي أجريت بهدف التعرف على مدى تأثير العادات التي يستخدمها الطلاب في الدراسة للاستعداد للامتحان في النجاح والفشل في التحصيل، على عينة بلغت (422) طالباً وطالبة، حيث أظهرت النتائج أن ما نسبته (23%) من أسباب النجاح يعود إلى استخدام العادات الحسنة، وان ما نسبته (25%) من أسباب الفشل يعود إلى عدم استخدام الطالب لهذه العادات الفعالة، كما أشارت النتائج إلى ما نسبته (25 %) من أسباب النجاح يعزى إلى الاهتمام والرغبة باستخدام إجراءات فعالة، وان ما نسبته (33%) من أسباب الفشل يعزى إلى عدم توفر هذه الرغبة.

دراسة لين و ماكيجاي (Lin & Makeachie, 2003) وهدفت إلى التحقق من العلاقة بين عادات الدراسة واتجاهات نحوها بالتحصيل الدراسي في ضوء بعض المتغيرات، وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من (211) طالباً وطالبة، كما أظهرت نتائجها وجود فروق جوهرية بين الجنسين في عادرات الاستذكار، وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة جوهرية قدرها (29, 0) بين العادات المستخدمة في الدراسة والاتجاهات نحوها والتحصيل الدراسي.

10. الطريقـــة والإجـــراءات

10.4- منهج الدراسة

للتحقق من هدف الدراسة الحالية استخدم المنهج التجريبي المقارن وذلك لمقارنة تحصيل المجموعة التجريبية بأداء المجموعة الضابطة تبعاً لاستخدام استراتيجية تنشيط الذاكرة الذاتي قبل الامتحان مباشرة أو لطريقة الدراسة الذاتية المستخدمة أثناء الاستعداد للامتحان لمقرر علم النفس التربوي.

10.5- عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (189) طالباً وطالبة وهم يمثلون جميع الطلاب المتقدمين للامتحان لمقرر علم النفس التربوي، وهم ملتحقين للدراسة ببرنامج التربية في جامعة القدس المفتوحة منطقة طولكرم التعليمية، علماً بأن الباحث قام بتدريس هذا المقرر حيث أمكنه تقسيم أفراد الدراسة إلى مجموعتين هما : الأولى وهي تمثل المجموعة التجريبية وقوامها (87) طالباً وطالبة طلب منهم قبل الامتحان مباشرة وخلال عشر دقائق قراءة أسئلة الاختبار جميعها ووضع الملاحظات اللازمة عليها وهذا ما يعرف باستراتيجية قادحات الذاكرة لتنشيط الذاكرة، وطرح أي استفسارات عن الأسئلة بحضور الباحث، والثانية تمثل المجموعة الضابطة وقوامها (102) طالباً وطالبة لم تخضع للإجراءات السابقة واستخدمت لمقارنة تحصيل المجموعة التجريبية بتحصيلها .

10.6- أداة الدراسة

لقياس تحصيل الطلاب في مقرر علم النفس التربوي قام الباحث وهو مدرس المقرر بنفس الوقت بإعداد اختبار حسب التعليمات الخاصة بالجامعة، حيث اشتمل الاختبار على مجموعتين من الأسئلة: مجموعة الأسئلة الموضوعية بأشكالها الأربعة الاختيار من متعدد، والصح والخطأ، والمزاوجة، وتكميل الفراغات، حيث تكون كل سؤال منها من مجموعة من الفقرات، ومجموعة الأسئلة المقالية وتتكون من عدد من الأسئلة ذات الإجابة القصيرة والطويلة، وقد حرص الباحث أن تغطي أسئلة الاختبار بشكليها الموضوعية والمقالية جميع وحدات وأجزاء المقرر، كما حرص على تنوع الفقرات لتغطي مستويات الأهداف المعرفية المختلفة، وذلك لضمان صدق هذا الاختبار.

9.4- خطوات الدراسة

9.4.1- قبل انعقاد الامتحان قسم الباحث الطلاب إلى قسمين عشوائياً: القسم الأول ويمثل المجموعة التجريبية وقوامها (87) طالباً وطالبة، حيث طلب من أفرادها عند استلامهم أوراق الامتحان قراءة الأسئلة جميعها قبل الإجابة عنها، ووضع أي ملاحظات أو إشارات أو رموز على الأسئلة بحيث تساعدهم في تذكر الإجابة عند لاحقاً، وهذا ما يعرف بأسلوب قادحات الذاكرة كأحد الاستراتيجيات الأساسية لتنشيط الذاكرة قبل الامتحان. بينما يمثل القسم الثاني من الطلبة المجموعة الضابطة وقوامها (102) طالباً وطالبة استخدمت لمقارنة تحصيل المجموعة التجريبية بتحصيل أفرادها ولم تخضع لأي إجراءات لتنشيط الذاكرة.

9.4.2- كما تم استطلاع رأي الطلاب في كلا المجموعتين التجريبية والضابطة حول سؤال طرح عليهم وطلب منهم الإجابة عنه في مكان بارز في كراسة الإجابة وهو: ما هي طريقة الدراسة الخاصة التي استخدمتها بشكل أكبر أثناء الاستعداد لهذا الامتحان ؟ هل هي طريقة الحفظ القائمة على بصم المعلومات ؟ أم طريقة الفهم والاستيعاب القائمة على تدوين وتلخيص المعلومات وحفظ الأفكار الأساسية فيها ؟ وبذلك تكون لدى الباحث مجموعتين من الطلاب تبعاً لإجاباتهم على هذا السؤال وهما : مجموعة من الطلاب استخدموا طريقة الحفظ والبصم وقوامها (97) طالباً وطالبة، ومجموعة من الطلاب استخدموا طريقة الفهم والاستيعاب وقوامها (92) طالباً وطالبة .

9.4.3- بعد تصحيح أوراق الامتحان ونتيجة للإجراءات التجريبية السابقة فقد توفر لدى الباحث المجموعات التالية :

المجموعة الأولى : استخدم أفرادها **استراتيجية التنشيط الذاتي** للذاكرة قبل الامتحان وعددهم (87) طالباً وطالبة.

المجموعة الثانية : لم يستخدم أفرادها استراتيجية تنشيط الذاكرة وعددهم (102) طالباً وطالبة.

المجموعة الثالثة : استخدم أفرادها أثناء الاستعداد للامتحان طريقة الدراسة الخاصة القائمة على **الحفظ والبصم** وعددهم (97) طالباً وطالبة.

المجموعة الرابعة : استخدم أفرادها أثناء الاستعداد للامتحان طريقة الدراسة الخاصة القائمة على **الفهم والاستيعاب** وعددهم (92) طالباً وطالبة.

9.4.4- للتحقق من مصدر التفاعل المشترك بين استراتيجية تنشيط الذاكرة وطريقتي الدراسة الخاصة المستخدمة في تحصيل الطلبة فقد تم تكوين مجموعات المعالجة الأربع الآتية :

المجموعة الأولى : استخدم أفرادها استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة قبل الامتحان واستخدموا بنفس الوقت طريقة الفهم والاستيعاب في الدراسة الخاصة للاستعداد للامتحان وعددهم (47) طالباً وطالبة.

المجموعة الثانية : لم يستخدم أفرادها استراتيجية تنشيط الذاكرة ولكنهم استخدموا طريقة الفهم والاستيعاب في الدراسة وعددهم (45) طالباً وطالبة.

المجموعة الثالثة : استخدم أفرادها استراتيجية تنشيط الذاكرة قبل الامتحان واستخدموا بنفس الوقت طريقة الحفظ والبصم في الدراسة الخاصة أثناء الاستعداد للامتحان وعددهم (40) طالباً وطالبة.

المجموعة الرابعة : لم يستخدم أفرادها استراتيجية تنشيط الذاكرة

قبل الامتحان واستخدموا بنفس الوقت طريقة الحفظ والبصم في الدراسة الخاصة أثناء الاستعداد للامتحان وعددهم (57) طالباً وطالبة.

9.4.5- جدولة البيانات الخاصة بدرجات الطلاب التحصيلية تبعاً لمجموعات المعالجة السابقة تمهيداً لإدخالها للحاسوب لمعالجتها إحصائيا.

9.4.6- تم إدخال البيانات على الحاسوب وتم معالجتها إحصائيا للتحقق من أهداف الدراسة وذلك باستخدام برنامج الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS)، كما استخدمت الإجراءات الإحصائية المناسبة وهي: المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، واختبار "ت" (T-test)، واختبار تحليل التباين الثنائي (Two- way Analysis Variance)، واختبار شيفه (Scheffe test) للمقارنات البعدية.

10. نتائـــج الدراســـة

10.1- الفرضية الأولى : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α = 0 .05) في تحصيل الطلاب في مقرر علم النفس التربوي تُعزى إلى استخدامهم أو عدم استخدامهم استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقة القدح.

للتحقق من هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب على الاختبار التحصيلي في مقرر علم النفس التربوي في المجموعتين : التجريبية والضابطة تبعاً لمدى استخدامهم استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقة القدح قبل الامتحان مباشرة، كما استخدم الاختبار التائي للتعرف على دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، والجدول الآتي يبين نتائج هذا الاختبار :

الجدول رقم (1)

يبيـن نـتائج اختـبار " ت " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب على الاختبار التحصيلي تبعاً لاستخدام استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة (ن = 189)

	العدد	م. ح.	ا. م.	ق. "ت" م.	مستوى د.
م. ت.	87	68 .57	13 .99	7 .22	*0 .000
م. ض.	102	53 .8	14 .03		

م. ح. : المتوسط الحسابي
ا. م. : الانحراف المعياري
ق. "ت" م. : قيمة " ت " المحسوبة
مستوى د. : مستوى الدلالة
م. ت. : المجموعة التجريبية
م. ض. : المجموعة الضابطة

* دال عند مستوى الدلالة (α = 0 .01) ودرجات الحرية (187)

يشير الجدول السابق إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط درجات الطلاب التحصيلية عند مستوى الدلالة (α= 0 .01) تعزى إلى استخدام استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة لمصلحة المجموعة التجريبية، بمعنى أن استخدام الطالب لاستراتيجية قدح الذاكرة لتنشيطها قبل الامتحان مباشرة يؤثر ايجابياً في تحصيله الأكاديمي.

10.2- الفرضية الثانية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α = 0 .05) في تحصيل الطلاب في مقرر علم النفس التربوي تُعزى لاستخدامهم استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقتي الدراسة الخاصة (الحفظ والبصم / الفهم والاستيعاب).

للتحقق من هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب على الاختبار التحصيلي في مقرر علم النفس التربوي في المجموعتين: التجريبية والضابطة تبعاً لمدى استخدامهم طريقة الدراسة الخاصة (الفهم والاستيعاب / البصم والحفظ) في الاستعداد للامتحان، كما استخدم الاختبار التائي للتعرف على دلالة الفروق بين هذه المتوسطات، والجدول الآتي يبين نتائج هذا الاختبار:

الجدول رقم (2)

يبيـن نـتائج اختـبار " ت " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لدرجـات الطلاب على الاختبار التحصيلي تبعاً لاستخدام طريقة الدراسة الخاصة (ن = 189)

طريقة الدراسة	العدد	م. ح.	ا. م.	ق. "ت" م.	مستوى د.
طريقة الفهم	97	63.77	14.44	2.89	*0 .004
طريقة البصم	92	57.26	16.55		

م. ح. : المتوسط الحسابي
ا. م. : الانحراف المعياري
ق. "ت" م. : قيمة " ت " المحسوبة
مستوى د. : مستوى الدلالة
م. ت. : المجموعة التجريبية
م. ض. : المجموعة الضابطة

* دال عند مستوى الدلالة (α= 0 .01) ودرجات الحرية (187)

يشير الجدول السابق إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات الحسابية لدرجات الطلاب التحصيلية بحيث تعزى إلى استخدامهم طريقة الدراسة الخاصة القائمة على الفهم والاستيعاب أو طريقة البصم والحفظ، وذلك لمصلحة طريقة الفهم والاستيعاب.

10.3- الفرضية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية (α = 0 .05) في تحصيل الطلاب في علم النفس التربوي تعزى لأثر التفاعل المشترك بين استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة بطريقة القدح وطريقة الدراسة الخاصة (البصم / الفهم).

للتحقق من هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب تبعاً لمتغيري الدراسة: استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة وطريقة الدراسة الخاصة كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (3)

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الطلاب (ن = 189) تبعاً لاستراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة وطريقة الدراسة الخاصة

المجموعات	العدد	م. ح.	ا. م.
مجموعة الافراد الذين استخدموا استراتيجية قدح الذاكرة وطريقة الفهم	40	73.32	12.38
مجموعة الافراد الذين استخدموا استراتيجية القدم وطريقة البصم	47	64.53	14.13
مجموعة الافراد الذين لم يستخدموا استراتيجية القدح وطريقة الفهم	57	57.07	11.83
مجموعة الافراد الذين لم يستخدموا استراتيجية القدح وطريقة البصم	45	49.67	15.57

م. ح. : المتوسط الحسابي
ا. م. : الانحراف المعياري

كما استخدم تحليل التباين الثنائي (Two – way Analysis of Variance) ثنائي التصميم (2 ×2 Factorial Design) للتحقق من هذا السؤال كما هو مبين نتائجه في الجدول الآتي:

جدول رقم (4)

يبيـن نـتائج تحليل التباين الثنائي للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعـيارية لدرجـات الطـلاب تـبعاً لاستراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة وطريقة الدراسة الخاصة(ن = 189)

مصدر التباين	مجموع م.	د. ح.	متوسط م.	ق. "ف" م.	مستوى د.
القدح	11255 .57	1	11255 .57	61 .83	0 .000*
الطريقة	3048 .83	1	3048 .83	16 .75	0 .000*
التفاعل	22 .44	1	22 .44	0 .12	0 .73
الخطأ	33676 .2	185	182 .03		

متوسط م. : متوسط المربعات
ا. م. : الانحراف المعياري
ق. "ف" م. : قيمة " ت " المحسوبة
مستوى د. : مستوى الدلالة
د. ح. : درجات الحرية
مجموع م. : مجموع المربعات

* دال عند مستوى الدلالة (α = 0 .01) ودرجات حرية (1، 189)

يوضح الجدول السابق عدم وجود أثر للتفاعل المشترك لاستراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة وطريقة الدراسة الخاصة في التحصيل الأكاديمي.

11. **مناقشـــة النتائـــج** :

توصلت نتائج الدراسة أولاً إلى وجود فروق جوهرية في تحصيل الطلاب الجامعيين تعزى إلى استراتيجية التنشيط الذاتي للذاكرة قبل الامتحان مباشرة، وذلك لمصلحة مجموعة الطلاب الذين استخدموا استراتيجية قدح الذاكرة، بمعنى أنه كلما اتيح للطالب فرصة لكي يقرأ أسئلة الامتحان قبل الإجابة عنها، وكلما حاول الطالب تدوين بعض الملاحظات على هذه الأسئلة من أجل تنشيط ذاكرته أثناء الإجابة عنها، كلما كان لذلك اثر ايجابي في مستوى تحصيله الأكاديمي. وقد اتفقت هذه النتيجة مع بعض نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال (Kasper, 1997؛ Yeap, 1998؛ Bruce & Robinson, 1999؛ Kruger & Dunning, 1999؛ Gama, 2002؛ Michalsky, 2003؛ Rasekh & Ranjbary, 2003؛ Wright & Jacobs, 2003؛ Andersen, etall 2004؛ White & Frederiksen, 2004)، والتي أشارت إلى وجود تأثير وعلاقة ايجابية دالة إحصائيا لاستخدام استراتيجية تنشيط الذاكرة بطريقة قدح الذاكرة في التحصيل الأكاديمي للطالب. بينما تعارضت هذه النتيجة من جهة أخرى مع بعض الدراسات الأخرى(Otero, etall 1992؛ Swicegood, 1994؛ Singhal, 2001؛ Lockl & Fernandez, 2004)، والتي أشارت إلى عدم وجود ارتباط أو تأثير جوهري لاستراتيجية تنشيط الذاكرة والتحصيل الأكاديمي.

و تدعم هذه النتيجة اتجاهات نظرية عديدة في هذا المجال حيث تبين أن تدوين بعض الأفكار والرموز والمصطلحات الموجزة على ورقة الأسئلة ينشط ذاكرة الطالب، ويفيد في إضاءة سبيل الإجابة عن الأسئلة لاحقاً (Sinkavich, 1991؛ Vanzile, 2003)، كما يساعد ذلك في تجميع الأفكار وفي ربطها وتنظيمها بدلاً من ضياعها أثناء الانشغال في الإجابة عن الأسئلة نتيجة لما يرافق ذلك عادة من توتر وقلق أثناء الامتحان (Snowman & Biehler , 1990)، هذا فضلاً عن أن هذه الطريقة تختصر وقت الإجابة، وتفضي إلى مساعدة الطالب في الاقتراب من الإجابة الصحيحة والنموذجية (Keene ,1997) .

وتشير الدراسات التي تعتمد نظرية معالجة المعلومات كنموذج معرفي (Information Proccessing Theory) إلى اعتبار استراتيجية استخدام مساعدة التذكر طريقة دقيقة وملائمة لتنشيط الذاكرة، وتساعد على التعلم وتخزين المعلومات المهمة في ذاكرة المتعلم لمدة طويلة، حيث تبين أن تدريب الطلاب على استراتيجية تدوين الملاحظات (Note – taking) يسهم في تطويرهم لمعارفهم وخبراتهم، كما أن لهذه الطريقة دوراً مهماً في زيادة الإفادة من التعلم في مواقف حياتية مختلفة وهذا ما يعرفه علماء النفس التعليمي والتربوي بانتقال أثر التعلم أو التدريب (Ritchie & Volk, 2001).

و بجيولوجيا وعصبياً فإن مساعدات التذكر (Mnemonic) كطريقة لتنشيط الذاكرة تعتبر من العمليات المعرفية الراقية التي تتميز بالدقة والنوعية، والتي يمكن توظيفها للمساعدة على الاحتفاظ بالخبرات المكتسبة في الذاكرة طويلة الأمد (Long Term Memory)، باستخدام عمليات معرفية متخصصة كالتنظيم (Organizing)، والتصنيف (Classification)، والترتيب (Arrangement)، والتسلسل (Chaining) ، ووصفها في فئات عامة وخاصة، كما تتضمن عملية تحديد الموقع (Loci)، وعملية التجميع والربط (Chunking)، وغيرها من عمليات الترميز (Coding) التي تتضمن وضع الخبرة في صورة رموز لفظية أو مكتوبة على شكل مفاهيم وأسماء ومصطلحات ومعادلات، أو في صورة رقمية حتى يتم حفظها واسترجاعها عند اللزوم (Andersen,et.all , 2004) .

توصلت نتائج الدراسة كذلك إلى وجود فروق دالة إحصائيا في درجات تحصيل الطلاب الأكاديمي يعزى إلى طريقة الدراسة الخاصة المستخدمة لمصلحة طريقة الدراسة للفهم والاستيعاب. بمعنى أن مجموعة الطلاب الذين استخدموا طريقة الدراسة القائمة على فهم الأفكار واستيعابها من خلال تدوين الملاحظات وتلخيصها وتنظيم المادة الدراسية، قد أظهروا مستوى أفضل من التحصيل مقارنة بمجموعة الطلاب الذين استخدموا الطريقة القائمة على استظهار الأفكار وحفظها صماً. وقد اتفقت هذه النتيجة مع العديد من نتائج الدراسات السابقة: (Harper , etall, 1988 ؛ Welsh, ؛ Ritchie & Volk, 2000 ؛ Miller, 2000 ؛ Sweller, 1998 2000 ؛ Clay, 2003 ؛ Lin & Makeachie, 2003، والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة وجوهرية بين طريقة الدراسة الخاصة التي يستخدمها الطالب وتحصيله الدراسي. كما تعارضت مع بعض نتائج الدراسات الأخرى : Smith, 1999؛ Corlett, 2001، والتي اشارت نتائجها إلى عدم وجود علاقة ارتباطية موجبة بين طريقة الدراسة التي يستخدمها الطالب وتحصيله الدراسي.

يتباين الطلاب عادة في جملة ما يتباينون به في أسلوب دراستهم وطريقة استعدادهم للامتحانات، وأن كثيراً من هذه الأساليب والطرق غير مجد وغير موصل لتحقيق أي مستوى مناسب من الفهم والاستيعاب لما يقرؤنه، ومن الأساليب الخاطئة في الدراسة : أن بعض الطلاب يحاولون تجزئة المادة الدراسية ويقرؤنها على شكل أفكار متناثرة دون محاولة الربط بين أجزائها، ومنهم من يكرر مرات عديدة كل عبارة أو جملة يمر عليها بهدف التأكد من حفظها واستظهار كافة الحقائق والأفكار عن ظهر قلب دون أن يعطي لها أي دلالة أو معنى، ومنهم من يقرأ المادة التعليمية قراءة سريعة مسحية (Speed Reading) دون النظر إلى الأفكار الأساسية والمفاهيم الهامة فيها، ومنهم من يقرأ كل ما هو مكتوب كمسلمات بديهية أو حقائق مطلقة دون التفكير أو إمعان النظر فيها، ومنهم من يقرأ المادة التعليمية قراءة تصفحية (Skimming Reading) للحصول على المعنى العام وبحثاً عن الأفكار العامة (Main Ideas) دون الإمعان والتعمق فيها، أن هذه الأساليب الدراسية الخاطئة على جانب كبير من الخطورة، كما أنها أساليب غير مجدية ولا تؤدي إلى القراءة المنتجة والفعالة (Howe, 1988).

بينما تشير الدراسات النظرية في هذا المجال إلى أن الدراسة للفهم والاستيعاب تتطلب من الطالب **قراءة أكاديمية متأنية وفاعلة**، وتحتاج إلى التفاعل النشط مع محتوى المادة الدراسية، كما تتطلب قراءة جادة وهادفة تتطلب الكثير من **التروي** حتى يستطيع الطالب فهم المادة الدراسية، ويستطيع تطوير أساليب مناسبة لتطبيق المفاهيم الواردة فيها، وهذا يتطلب **قراءة متفحصة** (Reading Scanning) لكافة الأفكار والمفاهيم في الفقرة الواحدة و**استذكار**(Recite) و**مراجعة** (Review) منتظمة ومستمرة للمادة الدراسية، وقدرة على **استخدام أساليب التدوين والتلخيص المناسبة**، وقدرة على **القراءة التحليلية الناقدة** (Harper, etall 1988؛ Saunders, 2002).

فإذا كانت المتغيرات المؤثرة في التحصيل الأكاديمي للطالب كثيرة،

فإن لطريقة الدراسة أهمية خاصة، حيث أن طريقة تعامل الطالب مع العادات الدراسية الصحيحة وأسلوب المذاكرة ورغبته في الدراسة الخاصة في فترة الاستعداد للامتحانات تلعب دوراً مهماً في كفاءة الطالب وقدرته على التعامل مع المادة المتعلمة، فالدراسة المستنيرة التي تقوم على الفهم والاستيعاب تتطلب بالإضافة لما سبق، إلى عادات الطالب وخصائصه السلوكية، وقدراته ودافعيته نحو التعلم، فقد يتعثر بعض الطلبة في حياتهم الدراسية بسبب الجهل وعدم الوعي بطريقة الدراسة الفعالة، وبسبب فقدانهم للاتجاهات الايجابية نحو الدراسة السليمة، وعدم قدرتهم على تحمل الأعباء والمسؤوليات الخاصة باستخدام المهارات اللازمة للدراسة المنتجة (Welsh, 2000).

يشكو الطلاب عادة من عدم تذكر ما قرءوه وقت الامتحان ويشعرون أحيانا أخرى بعدم الجدوى من القراءة لأنهم لا يتذكرون ما يقرؤون، وقد يكون السبب واضحاً لعدم اختيارهم أسلوب القراءة المناسب، وقد يكون راجعاً فعلاً إلى أسباب أخرى تتعلق بالنسيان كفقدان الانتباه، أو نتيجة للتداخل في الأفكار والمعلومات، أو نتيجة للآثار النفسية المحبطة، أو فقدان التشوق والإثارة، أو التكرار والتسميع غير الكافي، أو سوء استخدام المراجعة المستمرة والمنتظمة، أو لعدم تنظيم الوقت ومكان الدراسة (Oren, 2000؛ Singhal, 2001). لهذا، فقد قررت بعض الجامعات في أمريكيا تقديم خدمات إرشادية ومقررات تعليمية موضوعها الأساسي تنمية قدرات الطلاب ومساعدتهم على النجاح عن طريق تقديم أساليب خاصة في القراءة والتعلم الفعال، فقد قدمت جامعة ايوا (Iowa University) وجامعة هارفرد (Harvard University) مثل هذه البرامج والمقررات العلاجية لتطوير مهارات وعادات الدراسة الصحيحة، حيث تنفق من أجل هذه البرامج ملايين الدولارات كل ذلك من أجل تحسين طريقة الأداء الأكاديمي المتميز (Berliner, 1998).

وهذا النتيجة يمكن تفسيرها بالرجوع إلى مبادئ النظرية الجشتالتية (Gestalt Theory) والتي تشير إلى أن التعلم القائم على تنمية الموقف وعلى فهم وإدراك المثيرات المختلفة في الموقف التعلمي واستبصار العلاقات والروابط المنطقية بينها (Towntree, 2002)، والذي يؤدي إلى تنمية التفكير الإبداعي والعلمي في التعلم وحل المشكلات لدى المتعلمين، وتلقى هذه النتيجة أيضاً قبولاً وتفسيراً في مبادئ النظريات الشرطية (ConditioningTheory) وبخاصة نظرية ثورندايك (Thorndike) والذي ربط بين النجاح في الدراسة والأثر الشرطي الايجابي وتجنب الأثر الشرطي السلبي، وان التعلم المثمر الفعال ما هو الإنتاج عوامل ومتغيرات عديدة أهمها : التدريب والممارسة الواعية القائمة على الفهم وليس على التكرار الآلي، والتنشيط الذاتي الايجابي الذي يقوم به أثناء عملية التعلم (Ritchie & Volk, 2000).

من هنا يمكن استخلاص الفوائد الآتية جرّاء استخدام الطالب لطريقة الدراسة القائمة على الفهم والاستيعاب مقابل طريقة الاستظهار والحفظ وهي:

1. العمل على استمرارية وديمومة المعلومات والمعارف لأطول فترة ممكنة مما يعزز ذلك قوة التذكر والاستدعاء لدى الطالب.
2. مساعدة الطالب على فهم العلاقات والروابط المنطقية في المادة الدراسية.
3. استثارة دافعية الطالب للدراسة ويؤدي ذلك إلى تجنب الشعور بالملل.
4. مساعدة الطالب في الوقوف على مستوى تقدمه ويؤدي ذلك إلى استخدام آليات التقويم الذاتي.
5. تسهم في التعرف على المفاهيم والأفكار الأساسية والمهمة في المادة الدراسية.
6. إمكانية توظيف المبادئ والمعلومات المكتسبة وتطبيقها في المواقف الحياتية الواقعية وهذا ما يعرف بانتقال أثر التعلم أو التدريب.
6. تنمية روح البحث العلمي والإبداع لدى الطالب الناتج عن حب الاستطلاع وعملية القراءة الناقدة التحليلية.
7. تمكن الطالب من الرجوع إلى المادة التعليمية المخزنة في ذاكرته بسرعة في المستقبل واستخدامها في الاستعداد للامتحانات.

وبشكل عام ونتيجة لهذه الفوائد المهمة يمكن استخلاص أن الدراسة للفهم والاستيعاب تحقق فائدة أساسية تكمن في أنها تزيد من التحصيل الأكاديمي للطالب، وتساعد في الوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة بسرعة أكبر وبنوعية أفضل.

12. التوصيـــات

في ضوء نتائج هذه الدراسة يمكن اقتراح التوصيات الآتية:

1. يوصي الباحث الطلاب الجامعيين قضاء وقت قصير قبل الدخول في الإجابة عن أسئلة الامتحان لقراءة الأسئلة جميعها، ووضع بعض الملاحظات البسيطة عليها لتجنبه أسباب النسيان والتشتت في الإجابة.
2. يوصي الباحث المدرسين الجامعيين توجيه طلبتهم لاستثمار الفترة الأولى والتي لا تستغرق أكثر من ربع ساعة في قراءة الأسئلة والتعليق عليها ببعض الاضاءات.
3. يوصي الباحث الباحثين إلى إجراء دراسات مماثلة باستخدام متغيرات أخرى وبيئات وعينات مختلفة للتحقق من هذه النتائج وتعميقها.

---

* بكالوريوس علم نفس / علم اجتماع ـ الجامعة الأردنية ـ الأردن
ماجستير علم نفس تربوي ـ جامعة اليرموك ـ الأردن
دكتوراة علم نفس تربوي ـ جامعة عين شمس ـ مصر
أستاذ مساعد في جامعة القدس المفتوحة منذ عام 1993 و حتى تاريخه
إعداد عدد من الدراسات المنشورة وغير المنشورة في مجالات تربوية مختلفة وبخاصة في مجال التعلم والتعليم والشخصية.

References

Andersen, G et.all (2004) "The influence of metacognitive skills on learners' memory of information in a hypermedia enviroment" . Journal of educational com-puting research, Vol . 31 , No . 1 pp . 77 – 93
Berliner, D (1998) Educational Psychology. New York : Microsoft Corporation
Bihler, R & Snowman, J (1990) Psychology applied to teaching. Boston: Huogh-Ton Mifflin
Bruce, M & Robinson, G (1999) «A metacognitive program for improving the word identification and reading comprehension skills of upper primary poor readers' www.aare.edu.au/99pap/bru99504.htm
Clay, H (2003) Psycology of college success. New York: John Wiley
Corlett, D (2001)" Library skills, study habits and attitudes, and sex as related to academic achievement". Educational and psychological measurement, Vol. 64 pp 967 - 969
Cromley, J(2000) "Learning to think, learning to learning : What the science of thin-king and learning has to offer adult education" . ERIC, No . ED440258
Dennis, M (2002) "Understanding reading comprehension strategies" http://bromWell.dpsk12.org/stories/story/
Gama, C (2002) "The reflection assistant : Improving

reflection and metacognitive skills in interactive learning systems" www.claudiag@cogs.susx.ac.uk
Hacker, D (2004) "Metacognition : Definitions and empirical foundations"
www.psyc.memphis.edu/trg/meta.htm
Harper, G, et all (1988) Learning externally. Rockhampton : Capricornia Institue
Howe, A (1988) How to study. London : Kogon page
Kasper, L (1997) "Assessing the metacognitive growth of ESL student writers". Teaching English as a second foreign language (TESL-EJ), Vol. 3, No .1 pp 17 – 43
Keene, E (1997) Mosaics of thinking : Teaching comprehension in a reader's workshop. New Hampshire : Heineman
Kruger, J & Dunning, D (1999) "Unkilled and unaware of it : How difficulties in re-Cognizing one's own incompetence lead to inflated self – assessments" . Journal of personality and social psychology, Vol . 77, No. 6 pp. 1121-1134
Lin, G & Mckeachie, W (2003) "Aptitude anxiety, study habits, and academic achievement" . Journal of college students personel, Vol. 27 pp 306 - 309
Livingston, J (2004) "Metacognition : An overview". www.gae.buffalo.edu/fas/shUell/cep564/Metacog.htm
Lockl, K & Fernandez, O (2004) "Metacognitive competencies in preschool age and early school : Longitudinal study of theory of mind and metacognition" psychologie.uni-wuerzburg.ed/i4pages
Michalsky, T (2003) "The effects of metacognitive guidance within aIn (asynchronous learning network) on the inquiry learning process ".
jryoung@phoenix.Princeton.EDU
Miller, G (2000) «Learning strategies for distance educating students». Journal of Agricultural education , Vol . 41 , No . 1, pp 60 - 68
Nuissl, E (2001) "Learning to learn : Preparing adults for lifelong learning". Lifelong learning in Europe, Vol. 6, No . 1 pp 26 - 31
Otero, J, et. all (1992) "The relationship between academic achievement and metacognitive comprehension monitoring ability of Spanish secondary school students". Educational and psychological measurement, Vol . 52 pp419- 445
Oren, A (2000) "Learner- A model for vitual learning communities in the world wide Web". Journal of educational telecommunications, Vol .6 pp 141-158
Rasekh, Z & Ranjbary, R (2003) "Metacognitive strategy training for vocabulary learning". Teaching English as a second foreign language (TESL-EJ), Vol. 7 , No . 2 pp 26 – 42
Ritchie, K & Volk (2000) "Effectiveness of two generative learning strategies in the Science classroom". Science education, Vol. 100, No2 pp 59-87
Saunders, N (2002) "The impact of instructional strategies on the development of meta – skills in the adult learner". Educational research association, Vol.22 No . 2 pp 24-28
Schoenfeld, A (1988) "When good teaching leads to bad results: The disastors of Wwll- taught mathematics courses". Educational psychologist, vol.23, pp 145 - 166
Singhal, M (2001) "Reading proficience, reading strategies, metacognitive awarness and L2 readers" . The reading matrix journal , Vol . 1 , No . 1 pp 46-62
Sinkavich, F (1991) "Metamemory, study strategies, and attributional style : Cognitive processes in classroom learning" . ERIC , No . ED . 331846
Smith, F (1990) "Understanding reading : A psychologuistic analysis of reading and Learning to rea
www.gettextbooks.com/isbn-0805814191
Sweller, J (1999) "Cognitive technology : Some procedures for facilitating learning and problem solving in mathematies and science " - 466
Swicegood, M (1994) "The effects of metacognitive reading strategy training on the reading performance and student reading analysis strategies of third grade students". Bilingual research journal, Vol . 18, No. 1&2 pp 83 – 97
Towntree, D (2002) Teaching through self – instruction. London : Kogan Page
Vanzile, T (2003) The role of motivation in metacognitive self – regulation . New York: Buffalo
Welsh, M (2000) "The exploratory and confirmatory factor analysis of latent stracture of the study attitudes and methods survey for a sample of eighth- grade studenes". Educational and psychological measurement, Vol. 50 pp369-375
White, B & Frederiksen, J (2004) "Metacognitive facilitation : An approach to making scientific inquiry accessible to all " http://thinkertools.soe.berkley.edu
Wolfenden, M (1995) "Student's study behavior : Areview of research part A". Educational psychology practice , Vol . 1 , pp 91 - 98
Woolfolk , A (1993) Educational psychology. New Jersy : Prentice – Hall
Wright , J & Jacobs , B (2003) "Teaching phonological awareness and metacognitive strategies to children with reading difficulties : A comparison of two instructional methods". Educational psychology, Vol. 23, No. 1 pp 17 – 47
Yeap, B (1998) "Metacognition in mathematical problem solving". Australian association for research in education, Vol. 24, No . 2 pp 22 – 46

الجوانـــــب المعرفيـــــة عـــن أمـــــراض الكلـــــى

(لـــدى طلبـــة الآداب، طبـــرق – ليبيـــا)

أ.د. عبـــد الخالـــق نجـم عبـــد اللـــه – د. رعـــد رحيـــم صالـــح : علـم النفـس – طبـرق، ليبيـا

akhaliqna@yahoo.com

الملخـــص :

إن أمراض الكلى من الأمراض التي لها انتشار واسع في منطقة البطنان، ومع ذلك فأن ما يعرفه السكان عن هذه الأمراض لا يتناسب مع انتشارها عندهم. وعليه فقد أستهدف الباحثان التعرف على ما يأتي :

الجوانب المعرفية لدى طلبة كلية الآداب عن أمراض الكلى من حيث : أ. الأمراض المؤدية إليها . ب. الأعراض. ج. طرائق الوقاية. د. المعرفة الإجمالية.

الفرق في الجوانب المعرفية لدى طلبة كلية الآداب عن أمراض الكلى (الأمراض المؤدية إليها، والأعراض، وطرائق الوقاية، والمعرفة الإجمالية) على وفق متغيرات :

أ. الجنس : (ذكور، إناث).

ب. المرحلة : (الثانية، الثالثة، الرابعة).

ج. أحد ذوي الطالب مصاب بمرض كلوي : (يوجد، لا يوجد).

اشتملت عينة البحث على (198) طالباً وطالبة من طلبة كلية الآداب / فرع طبرق، من المرحلة الدراسية الثانية والثالثة والرابعة.

قام الباحثان بإعداد استبيان يقيس الجوانب المعرفية لدى الطلبة عن أمراض الكلى، وهو يتكون من ثلاثة مجالات : الأسباب، والأعراض، والوقاية. وأجالي فقرات الاستبيان بصيغته النهائية (46) فقرة. وكان يتمتع بصدق ظاهري، وثبات قدره (0.77) باستخدام معامل ألفا للاتساق الداخلي. وبعد معالجة البيانات إحصائياً باستخدام الاختبار الثنائي والنسبة المئوية، جاءت أهم نتائج البحث كالآتي :

إن نسبة ما يعرفه الطلبة عن أمراض الكلى هو (37.67 %) وهي نسبة ضعيفة.

وباستخدام الاختبار الثنائي : أتضح إن كمية المعلومات التي يعرفها الطلبة عن أمراض الكلى ليست ذات دلالة معنوية.

أ. عدم وجود فروق جوهرية بين معرفة الذكور ومعرفة الإناث عن أمراض الكلى (فقط الإناث أفضل من الذكور في معرفة الأعراض).

ب. عدم وجود فروق جوهرية في معرفة طلبة الآداب بأمراض الكلى على وفق متغير المرحلة (فقط المرحلة الرابعة أفضل من المرحلة الثانية في معرفة الوقاية والمعرفة الإجمالية).

ج. وجود فروق جوهرية بين متوسط معرفة الطلبة الذين لديهم شخصا مصابا بمرض كلوي ومتوسط معرفة الطلبة الذين ليس لديهم شخص مصاب ولصالح الطلبة الذين لديهم شخصاً مصاباً وفي جوانب المعرفة الأربعة.

أهميـة البحـث :

إن الكليتيـن والجهاز البولي مهمتان للإنسان لدرجة لا يمكن الاستغناء عـنهما. فالإنسـان يفـرز خلال حياته كمية من البول يقدر حجمها بـ (40.000) لـتر، ويقضي في دورة المياه حوالي (40) يوماً من عمره (عبد الجـواد، 2001، 2). و يحـتاج (2 – 3) لترات من الماء يومياً. وتختلف حاجـته حسـب وزنـه وحجمه، ونسبة الحرارة والبرودة في الجو ونوع الطعـام الذي يتعاطاه ونوع ومكان عمله والملابس التي يستعملها وحالته الصـحية والعـادات والتقاليد وعلى درجة توفير المياه (المكتب الإقليمي، 1991، 41).

وتعـد الكلية من أهم أعضاء جسم الإنسان التي لابد منها لكي يحافظ على حياته، وفي حالة عطل الكلية فلابد من أخرى بديلة، فقد تم زراعة ما يقرب (70.000) كلية حتى الآن في بريطانيا، وتجرى في الولايات المتحدة الأمريكـية حوالي (10.000) آلاف عملية مماثلة في كل عام، وفي الوقت نفسـه يمـوت سنوياً حوالي (1900) مصاب بالفشل الكلوي المزمن نتيجة لـنقص الكلى المتاحة لعمليات النقل والزراعة. أما في الجماهيرية الليبية فـلا يتمكـن الكثير من مرضى الكلى الحصول على متبرع لزراعة كلية (عبد الجواد، 2001، 10). وكل عام يحتاج (50) مريضاً من أصل مليون إلى غسل الدم.

يسـتمد البحـث الحالـي أهميته من أهمية الأمراض موضوع البحث ويـرى الأخصـائيون أن أمـراض الكلى تنتشر في هذه المنطقة بصورة تستوجب اتخاذ خطوات علمية وعملية للحد منها. و ذلك بتوعية المواطنين من خلال نشر المعرفة - المعلومات - الطبية الصحيحة.

ولأهمـية هذه الأمراض في هذه المنطقة (طبرق) فقد تأسست **جمعية أصدقاء مرضى الكلى** عام (2001) التي وضعت تسعة أهدف تسعى

لتحقـيقها من ضمنها إقامة الندوات التثقيفية والمؤتمرات العلمية والدورات التدريبـية فـيما يخـص مرض الفشل الكلوي للتوعية بالأسباب وطرائق الوقاية وآخر التطورات العلمية بهذا المجال.

يمـثل طلـبة الجامعـة الشـريحة المثقفة من المجتمع، وبالتالي فان حصـيلتهم المعرفـية عـن هذه الإمراض تمثل نظريا أفضل ما يمكن أن تمتلكه أية شريحة أخرى، والوقوف على معرفتهم في هذا الموضوع يكون الأساس لوضع أي برنامج للتوعية والتثقيف في هذا النوع من الأمراض. إضـافة إلـى أن هذه الشريحة تمثل أساتذة المستقبل، فكل توعية وتثقيف يحصلون عليها سوف يقومون بنقلها للنشء الجديد.

إنّ الطلـبة خـير من يمثل الشباب ويجب مساعدتهم في تنمية وتطوير اتجاهـاتهم ومواهبهم وثقافتهم بكل البرامج الممكنة سواء أكانت علمية أم صـحية أم ثقافـية أم سياسية أم دينية وبكل ما من شأنه أن يسهم في بناء أنفسهم ومجتمعهم (عبد الستار، ب س، 185) وإبعادهم عن المظاهر الدنيا فـي السـلوك الاجتماعـي كالسـلبية والغـش وإدمان الكحول وتناول المخـدرات، التي تؤدي حتماً للعديد من الأمراض والاضطرابات الجسمية والنفسية.

إن الجوانب المعرفية التي تناولها البحث الحالي لدى طلبة كلية الآداب تؤثـر بشكل مباشر في السلوك الإنساني وفي مستويات عديدة أخرى، بما فـي ذلـك التعلم وتخزين الحقائق، وحل المشكلات والاتصال بالآخرين، وكذلـك الحفـاظ على الاتساق الذاتي، وتحديد الشخص لمشاعره ووجدانه (قلاسـمان، 1993، 269). ولذا قال بيكون **المعرفة قوة** من شأنها أن تقود لما هو إيجابي، وتبعد عن ما هو سلبي (كرم، ب س، 45).

إن سـلوك الفرد محكوم بما يعرفه أو يبنائه المعرفي الذي يشكل أحد المحـددات المهمة للتعامل مع الموقف الذي من خلاله وفي ضوئه يحدث السـلوك أو يكتسـب (الزيات، 1996، 37). لقد اهتمت الجامعات العالمية مـنذ نشـأتها بخلق المعرفة ونشرها، وتسخيرها لخدمة المجتمع والتعليم، والبحـث العلمـي. وقـد جذب **موضوع إدارة المعرفة** اهتمام الأكاديميين فاسـتحدثت الجامعات برامج دراسية للحصول على الماجستير والدكتوراه في إدارة المعرفة بهدف توفير الخبرات المطلوبة للمؤسسات لقيادة التغيير فـيها وتجمـيع المعرفة. وشمل نشاط الجامعات في نشر المعرفة الجامعة نفسـها، حيـث وجـدت إنهـا يُمكن أن تنتفع من المعرفة بالبحث العلمي وتطوير الخدمات للطلبة والتخطيط الاستراتيجي (المجال، 2004، 70).

وتـتجلى أهمية هذا البحث بعدم وجود دراسات سابقة تناولت المعرفة والمـرض فـي ليبـيا، لذلك يأمل الباحثان أن تكون دراستهما هذه بداية متواضعة لدراسات لاحقة.

ومما تقدم فإن أهمية البحث تكمن في الآتي :

لانتشار أمراض الكلى في الجماهيرية الليبية عموماً وطبرق خصوصاً.

تأكـيد المسؤولين في الاهتمام بهذه الأمراض ونشر المعرفة والتوعية بخصوصها.

أهمـية طلبة الجامعة كونهم الشريحة المثقفة في المجتمع القادرة على التغيير، وهي من سيقود المجتمع.

يمثل الجانب المعرفي ركناً مهماً للغاية في تحديد السلوك الإنساني.

أنها الدراسة الأولى التي ربطت بين الجانب المعرفي وأمراض الكلى في الجماهيرية الليبية (على حد علم الباحثين).

الإطـار النظـري :

الجانب المعرفي

يصـنف البشر – من ضمن ما يصنفوا – على أنهم مخلوقات معرفية. وذلك لما للجوانب المعرفية من أهمية في تحديد العديد من جوانب السلوك الإنسـاني. حـتى أن هذا الجانب من الإنسان أصبح له فرع مستقل من فروع علم النفس، وهو ما يسمى **بعلم النفس المعرفي**.

ويرى أصحابه أن الإنسان يعمل على تمرير المعلومات التي يتلقاها وتحليلها وتفسيرها وتأويلها إلى أشكال معرفية جديدة. وكل التنبيهات التي نتلقاها – معلومات أو أحداث – تتعرض إلى جملة عمليات تحويلية نتيجة تفـاعل التنبـيه الجديد مع خبراتنا الماضية ومع مخزون الذاكرة لدينا قبل صـدور الاسـتجابة المناسـبة له. وإلا فكـيف يمكن أن نفسر الاستجابة المخـتلفة للتنبيه الواحد من قبل فردين مختلفين أو من قبل الفرد نفسه في مناسـبتين مختلفتيـن؟ ولذا فان أصحاب هذا الاتجاه يركزون على أهمية العمـليات التفكـيرية التـي يمكن أن تسمى **معالجة المعلومات** (أو تعميل المعلومات) (توق وعدس، 1995، 12).

علـى الـرغم مـن أن هذا العلم يعود أحدث فروع علم النفس إلا انه أصـبح مـن أهمها، والدليل على ذلك أن 75% من علماء النفس الغربيين يصـنفون أنفسـهم علـى أنهـم علماء نفس معرفيين، فهم يستفيدون من معطـيات علـم الأعصـاب المعرفي والحاسوب والمعرفة وغيرها، التي تسمى بمجملها العلوم المعرفية (الزيات، 1998، 41). وقد ساهمت نظرية المعلومـات فـي تفسـير الكيفية التي يتم بها تشفير المعلومات، وتناولت دراسـات شـانون Shannon 1948 وشـانون و ويفر Shannon and Weaver الرسـائل المراد تحويلها في مصطلحات مفهوم المعلومات التي يـتم التعبير عنها رياضياً، وهي تؤكد ليس فقط على أهمية الأحداث التي تتم، ولكن كذلك على الأحداث الممكن توقعها (الشرقاوي، 1992، 70- 71).

ويعد **النشاط العقلي المعرفي** مسؤولاً عن معالجة المعلومات وتجهيزها بـدءاً من استقبالها وانتهاءاً بتمثلها وجعلها جزءاً دائماً من البنية المعرفية للفـرد. فتجارب الفرد وخبراته والمعلومات التي يكونها والمدركات التي يعيـيها، والطـريقة التي من خلالها تتكامل وتنتظم هذه المدركات تشكل البنية المعرفية للفرد (الزيات، 1995، 333- 334).

ويتبـنى الباحـثان تعـريفاً للمعـرفة علـى إنهـا : تراكم الخبرات والممارسات وتطبيق الحلول وتنظيم وتقييم فاعليتها أو هي المعلومات التي اختبرت صحتها بالتجربة والفحص، أو أُقتبست من مصادر علمية موثوقة (المجال، 2004، 70).

أمـراض الكلـى

تـتألف الكلـية من حوالي مليون وحدة كلوية، وظائفها الرئيسة هي : تخلـيص بلازما الدم الفضلات الأيضية والمحافظة على التوازن السائلي والملحـي والمسـتويات السوية للكهارل electrolytes ودرجة الحامضية والقاعديـة ph ويتم بلوغ هذا بإنتاج كمية كبيرة جداً من الراشح الكبيبي، الـذي يخضـع لعملية امتصاص انتقائي أثناء مروره عبر النبيبات البولية للنفرونات ويخرج منها بولاً بمثل ما يجب أن يطرح من أجل الحفاظ على الاتزان الذاتي (Guyton and Hall , 1977).

تعـد الكلـية المنظم للسوائل الجسمية، فهي تحافظ على حجم وتركيب هـذه السـوائل وتبقـيها ضمن الحدود الطبيعية - أي تخليص الجسم من الفضلات والأملاح والسوائل الزائدة والسموم والمركبات الكيماوية الدائبة فـي الـبول - ومـن وظائفهـا أيضـاً تكويـن هرمون الارثروبيوتين (erythropoetine) وهـو مـن هـرمونات بناء الدم في الجسم. كما إن الجـريان الدمـوي فـي الكليتين هائل جداً بالمقارنة مع معظم الأعضاء الأخـرى، فكل الدم تقريباً يمر عبر الكبيبات حيث يرشح (22%) من حجم الـبلازما (125 ملليـتر في الدقيقة) فينتج معدل ترشيح كبيبي يبلغ (170) لتراً في اليوم الواحد.

وقصـور الكلـى هو عبارة عن قصور أو عجز في وظائف الكليتين إلـى حد إحداث اضطراب في البيئة الداخلية للجسم، ويحدث خلال أيام أو أسابيع قليلة (فريحات وآخرون، 1991، 216).

وتـؤدي الكثير من الأمراض إلى اضطرابات في وظيفة الكلية، وهذه الاضـطرابات الـثلاثة الرئيسـة مسؤولة عن أكثر الأعراض السريرية للأمراض الكلوية، وهي :

قـد يـؤدي ضعف جريان الدم في الكليتين إلى إفراط ضغط شرياني (فـرط الضغط الثانوي أو الكلوي) يوجد عادة في أمراض الكبيبات ولكنه قـد ينتج أيضاً عن التندب الكلوي واسع المدى لأسباب مختلفة وعن آفات تحدث خارج الكلية.

الفشـل الكلـوي (اليوريمـية الكلويـة) مع تراكم اليوريا والفضلات الآزوتية الأخرى الناتجة في الجسم واضطرابات الماء والتوازن الحمضي القـاعدي ومسـتويات الكهارل قد يحدث نتيجة لنقص الترشيح الكبيبي أو بسبب أذى النبيبات أو نتيجة للاثنين معاً، ولأن الآفات التي تضعف جريان الـدم فـي الكلـية تخفض معدل الترشيح فليس مستغرباً إن الفشل الكلوي وفرط الضغط يترافقان معاً عادة.

هـناك عـدد مـن الأمراض تؤذي الشعيرات الكبيبية وتجعلها تسرب بشكل غير اعتيادي بروتينات البلازما مما يؤدي للبيلة أو الزلالية الشديدة وطويلـة الأمد، أي هبوط في مستوى البروتينات في البلازما، ويمكن لهذا الهـبوط أن يحـرك سلسلة من الأحداث التي تؤدي **ودمة عامة** (Seeley and others , 1966).

يعـرف تـرافق البـيلة الزلالـية ونقـص بروتين الدم والودمة باسم **المتلازمة الكلائية**. وقد يؤدي الأذى الكبيبي إلى تسرب الخلايا الحمر التي تظهـر في البول إما بأعداد صغيرة أو بأعداد تكفي لتغيير لون البول عند وجـود ارتشاح كبيبي واسع الانتشار كما يحدث في بعض أشكال التهاب كبيـبات الكلـى، فإن البيلة الدموية تكون مرافقة بفرط ضغط وقلة البولة ويعرف هذا التآلف بمتلازمة الالتهاب الكلوي. ويقسم الفشل الكلوي إلى :

فشل كلوي حاد، وهو الذي يحدث في مدة زمنية وجيزة جداً. والوفاة التـي تحـدث في هذا المرض يمكن أن ترجع لواحد أو أكثر من الأسباب الآتية :

أ. زيادة نسبة البوتاسيوم يؤدي إلى هبوط عضلة القلب.
ب. ارتشاح الرئتين نتيجة زيادة اختزان السوائل في الجسم.
ج. الميل إلى النزيف وبخاصة من الجهاز الهضمي.
د. فقدان تدريجي في الوعي إلى حالة الغيبوبة.
ه. ارتفاع في ضغط الدم وإن كان ليس في معظم الحالات.

فشل كلوي مزمن : ويحـدث تدريجـياً علـى مدى شهور أو سنين. وتحدث حالات الوفاة لما يأتي :

- حالـة من الجفاف نتيجة عدم قدرة الكليتين على تركيز السوائل وكذلـك لإدرار الـبول بمعدل أكبر نتيجة وجود مواد في البول ذات تركـيز عالٍ مثل اليوريا وتزداد حالة الجفاف أكثر إذا علنى المريض قيء مستمر، إسهال، أو زيادة في إفراز العرق.
- نقص في كمية الصوديوم في الدم.
- ارتفاع في نسبة البوتاسيوم.
- ارتفاع في نسبة الحموضة في الدم.
- ارتفـاع في نسبة الفوسفات في الدم مع انخفاض نسبة الكالسيوم وتعرض المريض إلى حالة لين العظام.
- تضـخم فـي الغدة جار درقية مما يؤدي إلى حدوث تكيسات في العظام.
- زيـادة فـي نسبة اليوريا والكرياتينين وحمض البوليك ومركبات الفينول واليوروكرموجين.
- ارتفاع في ضغط الدم.
- زيادة التعرض للأمراض المعدية.
- الميل إلى نزيف لنقص في عدد الصفائح الدموية.
- أنيميا (فقر دم) نظراً لقلة مادة الارثيروبيوتين من الكلى المصابة (Guyton and Hall, 1997).

ويذكر عبد الجواد (2001) جملة أمور يمكن أن تساعد في الوقاية من هذه الأمراض، منها :

النظافة الشخصية : وهي مهمة للوقاية من التهابات الجهاز البولي وخاصـة لدى النساء، لقصر قناة البول عندهن. كما إن الممارسات الجنسية غير السوية قد تؤدي إلى التهابات تناسلية وبولية خطيرة.

طلب المشورة الطبية في حالات : التـبول المؤلـم، أو تغير لون البول، أو تغير تيار البول وكميته.

الأطفال : إذا لاحظت عند الطفل : بول غير طبيعي، أو تورم جانبي البطـن، أو نقـص النمو، أو رفض الرضاعة، أو الحمى، كلها قد تكون أعراض لاضطرابات الجهاز البولي.

البدانة : فالسمنة ترتبط بارتفاع معدل الدهون الضارة والكولسترول بـالدم، وترتبط بمرض السكري، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة إفراز هـرمون (أندروجيـن) الذي يؤدي إلى الإصابة بتضخم البروستاتا وربمـا سـرطان البروسـتاتا، وجمـيعها تمثل أخطار كبيرة على الكليتين.

الابتعاد عن التدخين والكحوليات والمخدرات.

سلامة ونقاء مياه الشرب، وكذلك الابتعاد عن الأغذية والمشروبات التي تحتوي على مواد ملونة وخاصة عصائر وحلويات الأطفال.

لا تهمل الالتهابات الجرثومية كالتهاب اللوزتين.

ممارسة الرياضة بانتظام، فهـي تحـرق الدهـون الزائدة، وتعيد لعضـلات الجسـم قوتهـا ومرونـتها. كما تحسن من كفاءة القلب والدورة الدموية وجميعها عوامل تزيد من حيوية وكفاءة الكليتين.

لا تتناول أدوية بدون مشورة الطبيب.

الفحص الطبي الدوري، فهـو السبيل الوحيد لاكتشاف اضطرابات الجهاز البولي بصورة مبكرة.

إذا كنـت مصـاباً بالسـكري، أو ضغط الدم المرتفع فأنت الأكثر عرضة للإصابة بمضاعفات الكليتين.

جمعيـة أصدقـاء مرضـى الكلـى فـي طبـرق

يعاني الأشخاص المصابون بهذا المرض من الآم جسمية مبرحة، كما إن حالـتهم النفسية وظروفهم الاجتماعية تتدهور إلى حد كبير، ولمؤازرة هؤلاء تأسست جمعية أصدقاء مرضى الكلى في مدينة طبرق.

فمرضـى الكلى بحاجة إلى من يهتم بهمومهم واحتياجاتهم، ويستوعب الجوانب المهملة من حياتهم. ومن أهداف هذه الجمعية :

رعايـة مرضـى الفشل الكلـوي وتقديم كل أنواع العون والمساعدة إليهم والسعي إلى تخفيف معاناتهم وآلامهم.

تحسين وتطوير الخدمات الطبية المقدمة إلى مرضى الكلى.

حصر مرضى الكلى وإعـداد بـيانات كاملـة عن أوضاعهم النفسية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية والتعليمية، والسعي إلى تحسين هذه الأوضاع.

إعداد نشاطات ثقافية واجتماعـية وترفيهية لمرضى الكلى للرفع من معنوياتهم.

نشر الوعي الصحي بين المواطنين الأصحاء للوقاية من أمراض الكلى وذلك عن طريق وسائل الإعلام المختلفة وطباعة النشرات العلمية.

إقامـة النـدوات التثقيفية والمؤتمـرات العلمية والدورات التدريبية في جميع ما يخص مرض الفشل الكلوي للتوعية بأسباب الإصابة وطرائق الوقاية وآخر التطورات العلمية في هذا المجال.

علاج الأمراض المزمنـة المؤدية إلى الفشل الكلوي في المجتمع الليبي مـثل داء السكري وارتفع ضغط الدم ودراسة ومحاربة هذه الأمراض والكشـف الـدوري على المصابين بها وتوعيتهم صحياً بأهمية تنظيم العـلاج والكشـف الـدوري لوقايتهم على المدى الطويل من الإصابة بالفشل الكلوي (رعاية وقائية مبكرة).

إعداد برنـامج مسح شامل لجميع فئات المجتمع بغرض اكتشاف مرض

الفشل الكلوي في مراحله المبكرة حين يكون من السهل علاجه وإيقافه قبل تطوره ووصوله إلى مراحله النهائية والتي يصعب معها العلاج وتكثر فيها النفقات والتكاليف والمضاعفات الجانبية.

إقامة مركز للبحوث والدراسات العلمية في مجال الكلى لدراسة أسباب انتشار هذا المرض في مجتمعنا وعلاقة هذه الأسباب بالبيئة المحيطة والعادات والتقاليد والعوامل الوراثية وعوامل التغذية والوصول إلى نتائج يكون من شأنها إيقاف زحف هذا المرض على المجتمع وحماية الأجيال القادمة.

علاج الأمراض المزمنة المؤدية إلى الفشل الكلوي في المجتمع الليبي مثل داء السكري وارتفع ضغط الدم ودراسة ومحاربة هذه الأمراض والكشف الدوري على المصابين بها وتوعيتهم صحياً بأهمية تنظيم العلاج والكشف الدوري لوقايتهم على المدى الطويل من الإصابة بالفشل الكلوي (رعاية وقائية مبكرة).

إعداد برنامج مسح شامل لجميع فئات المجتمع بغرض اكتشاف مرض الفشل الكلوي في مراحله المبكرة حين يكون من السهل علاجه وإيقافه قبل تطوره ووصوله إلى مراحله النهائية والتي يصعب معها العلاج وتكثر فيها النفقات والتكاليف والمضاعفات الجانبية.

إقامة مركز للبحوث والدراسات العلمية في مجال الكلى لدراسة أسباب انتشار هذا المرض في مجتمعنا وعلاقة هذه الأسباب بالبيئة المحيطة والعادات والتقاليد والعوامل الوراثية وعوامل التغذية والوصول إلى نتائج يكون من شأنها إيقاف زحف هذا المرض على المجتمع وحماية الأجيال القادمة.

تشجيع المجتمع للتبرع بالأعضاء وإحياء برنامج زراعة الأعضاء بالجماهيرية والعمل على استحداث القوانين التي من شأنها حماية وتدعيم وتنظيم هذا البرنامج ومن ثم إقامة مركز متخصص في مجال زراعة الكلى (عبد الجواد، 2001، 15 – 16).

أهـداف البحـث :

أستهدف الباحثان من خلال هذا البحث إلى التعرف على ما يأتي :

الجوانب المعرفية لدى طلبة كلية الآداب عن أمراض الكلى من حيث :

أ. الأمراض المؤدية إليها./ ب. الأعراض. / ج. طرائق الوقاية. / د. المعرفة الإجمالية.

2. الفرق في الجوانب المعرفية لدى طلبة كلية الآداب عن أمراض الكلى (الأمراض المؤدية إليها، والأعراض، وطرائق الوقاية، والمعرفة الإجمالية) على وفق متغيرات :

أ. الجنس : (ذكور، إناث). / ب. المرحلة : (الثانية، الثالثة، الرابعة). / ج. أحد ذوي الطالب مصاب بمرض كلوي : (يوجد ، لا يوجد).

العينة :

تألفت عينة البحث من (198) طالباً وطالبة من قسم علم النفس من المراحل الثانية والثالثة والرابعة ومن كلا الجنسين، وممن تطوعوا للإجابة على الاستبيان.

والجدول (1) يبين بعض التفاصيل.

جدول (1) يبين توزيع العينة على متغيرات البحث

المتغيرات	ثانية		ثالثة		رابعة		مجموع
	1	2	1	2	1	2	
ذكور	0	16	2	14	2	18	52
إناث	4	46	4	50	6	36	146
مجموع	4	62	6	64	8	54	198

1 - أحد ذويهم مريض بالكلى
2 - ليس لديهم مريض بالكلى

الأداة (أداة البحث) :

لغرض التعرف على الجوانب المعرفية لدى طلبة كلية الآداب عن أمراض الكلى ولهدف وجود اختبار أو استبيان سابق يمكن أن يخدم أغراض البحث الحالي فقد قام الباحثان بإعداد استبيانٍ مستفيدين بدرجة أساسية من الكتيب الموسوم (المعرفة طريق الوقاية) (عبد الجواد، 2001) وكذلك (الدباغ، 1987) (حداد، 1990) (بن عمران، 1987) (أبو غرارة، 1990) (وجدي، 1971). وقد مرّ إعداد الاستبيان بالخطوات الآتية :

1- تحديد مجالات الاستبيان :

يرى الباحثان - ومن خلال الأدبيات التي تناولت أمراض الكلى - أن الجوانب المعرفية لأمراض الكلى تتجسد في ثلاثة مجالات، وكالآتي :

أ. **المجال الأول** : الأمراض المؤدية إلى أمراض الكلى، و تضمن هذا المجال (8) فقرات.

ب. **المجال الثاني** : أعراض الإصابة بأمراض الكلى، وتضمن (12) فقرة.

ج. **المجال الثالث** : الوقاية من أمراض الكلى، وتضمن (17) فقرة.

وقد أشترط في الفقرات أن تكون واضحة، وإن الفقرة الواحدة تقيس فكرة واحدة فقط (حمزة، 1982، 261) وأن تكون هذه الفقرات بمثابة ملخص معرفي يشمل كل ما يتعلق بأمراض الكلى وحسب المجالات أعلاه، كما أشترط أيضاً أن تمثل هذه الفقرات معلومات عامة، يجب على الجميع معرفتها والإطلاع عليها، فقد تم أخذها من كتب التوعية والتثقيف التي توزع للعامة مجاناً، وليس من كتب التخصص أو الكتب الأكاديمية. وبالتالي فقد ابتعدت عن اللغة العلمية الصرفة، وعن المصطلحات الطبية والفسيولوجية.

2- بدائل الإجابة :

كانت بدائل الإجابة تتكون من ثلاثة خيارات (نعم أعرف، لست متأكداً، لا أعرف) والإجابة تكون باختيار أحد هذه البدائل. والتصحيح يكون بإعطاء الدرجات (2، 1، 0) على التوالي، وبذلك فإن الدرجة العالية على الاستبيان تدل على المعرفة. وبالعكس فإن الدرجة المنخفضة تدل على عدم المعرفة.

3- صدق الاستبيان :

للتحقق من صدق الاستبيان في انه يقيس فعلاً ما وضع لقياسه فقد عرضه الباحثان على مجموعة خبراء، خمسة منهم من المختصين بأمراض الكلى و خمسة من المختصين في علم النفس والتربية وهذا ما يعرف **بالصدق الظاهري** face validity، وبعد أن جمعت الاستبيانات من السادة الخبراء ومناقشتهم في الاستبيان وفي محتوياته فقد أجريت التعديلات الآتية ووفقاً للمجالات :

أ. **في المجال الأول : الأمراض المؤدية**، وهنا تمت إضافة ثلاث فقرات جديدة. ليصبح مجموع فقرات هذا المجال (11) فقرة.

ب. **في المجال الثاني : الأعراض** ـ وهنا تم نقل ست فقرات من الوقاية ـ المجال الثالث ـ إلى هذا المجال، وإضافة أربع فقرات جديدة، ليصبح عدد الفقرات هذا المجال (22) فقرة.

ج. **في المجال الثالث : الوقاية** وبعد نقل (6) فقرات منه. وإضافة فقرتين جديدتين، أصبح عدد فقرات هذا المجال (13) فقرة.

وبذلك يصبح أجمالي فقرات الاستبيان بصيغته النهائية (46) (الملحق).

4- الثبات :

استخدمت معادلة **معامل ألفا** Alpha - Coefficient لكرونباخ في حساب معامل الثبات (Allen & Yen , 1979 , PP.78-80)، لأنها تقدم أفضل مؤشر لمعامل الاتساق الداخلي للمقياس (أبو حطب وآخرون، 1993)، كونها تقسم المقياس إلى عدد من الأجزاء يساوي عدد فقراته (عودة، 1993). بلغ معامل ألفا للفقرات الـ (46) ولجميع أفراد عينة البحث (0.77) وهو معامل ثبات مقبول مقارنة مع الدراسات السابقة.

أما **الخطأ المعياري** standard error وهو يفيد في حساب مدى الثقة لمعـرفة الدرجـة الحقيقية للمفحوص (المصدر السابق، 369) فقد بلغ (± 3.20).

1- تطبيق الاستبيان :

قـام الباحـثان بتطبـيق الاستبيان على الطلبة – عينة البحث – أثناء وجودهـم في المحاضرة، وتم اختيار الطلبة الذين تطوعوا للمشاركة فقط، وقـد شـرح الباحـثان لهم الغرض من الاستبيان والتعليمات بلغة بسيطة وواضحة. في العام الدراسي 2004 – 2005.

الوسائـل الإحصائيـة :

بعـد أن تجمعـت البيانات لدى الباحثَين استخدما الوسائل الإحصائية الآتية :

معادلـة ألفا كرونباخ : لاستخراج الثبات للاستبيان (Allen & Yen , 1979 , PP.78-80)

النسبة المئوية : (وهي وسيلة حسابية) لحساب النسب المئوية لما يعرفه طلبة الجامعة عن أمراض الكلى (الغريب، 1988، 335).

الاختبار التائي : لاختـبار دلالة الفرق بين متوسط درجات أفراد عيـنة البحـث على استبيان الجوانب المعرفية عن أمراض الكلى والمتوسط الفرضي للاستبيان (البياتي واثناسيوس، 1977، 254).

الاختبار التائي لعينتين مستقلتين : لاختـبار دلالـة الفروق بين الجنسـين للـتعرف عـن أمراض الكلى لدى طلبة كلية الآداب، ولاختبار دلالة الفروق بين المرحلة (ثانية، ثالثة، رابعة) وكذلك بين أحد ذوي الطالب مصاب بمرض كلوي (يوجد، لا يوجد) (Pollard, 1975 , 105).

نتائـج البحث : عرضهـا ومناقشتهـا

أولاً : عرضها :

حُقِقَت أهداف هذا البحث كالآتي :

الهدف الأول : " الجوانـب المعرفـية لـدى طلبة كلية الآداب عن أمراض الكلى من حيث :

أ. الأمـراض المؤديـة إلـيها. / ب. الأعراض. / ج. طرائق الوقاية. / د. المعرفة الإجمالية ".

ولتحقيق هذا الهدف قام الباحثان بعرضه فـي نموذجين :

النموذج الأول : وهـنا سيعرض الباحثان النتائج بـ (النسبة المئوية) لأنهـا وسـيلة حسابية سهلة ومعروفة لدى الجميع، لكي تكون هذه النتائج متيسـرة لكـل مـن يريد استخدامها وفهمها والبناء عليها. (حُسِبت النسبة المـئوية علـى أساس المعرفة المتوسطة، أي البديل – لست متأكداً) وقد كانـت النسـبة المئوية لما يعرفه طلبة كلية الآداب عن الأمراض المؤدية للأمـراض الكلويـة هي (30.95) أما نسبة ما يعرفونه عن الأعراض فقد كانـت (30.90) ونسبة ما يعرفونه عن طرائق الوقاية (54.93) أما نسبة المعـرفة الإجمالـية فقد كانت (37.70). وإذا استخدمنا اللغة الأكاديمية – المقـياس الرتبـي – في وصف نسبة المعرفة الإجمالية فأننا نصفها بأنها معلومـات (ضـعيفة). أما الجوانب المعرفية المتعلقة بالأمراض المؤدية والأعـراض فقـد كانت (ضعيفة جداً). والمعرفة المتعلقة بطرائق الوقاية فنسبتها مقبولة. وأدرجت هذه النتائج في جدول (2).

جـدول (2) – النسبة المئوية لمعرفة طلبة كلية الآداب بأمراض الكلى (ن = 198)

ت	نوع المعرفة	التكرار	الكلي	النسبة المئوية
1	الأمراض المؤدية	674	2178	30.95
2	الأعراض	1346	4356	30.90
3	الوقاية	1414	2574	54.93
4	المعرفة الإجمالية	3434	9108	37.70

النموذج الثاني : وهنا قام الباحثان بتطبيق الاختبار التائي للمقارنة بين وسـط العيـنة والوسط الفرضي المقياس (حُسِبَ الوسط الفرضي للمقياس بجمع أوزان البدائل وقسمتها على عددها ثم ضرب الناتج بعدد الفقرات) (البياتي واثناسيوس، 1977، 254)، وأتضح ما يأتي :

الأمراض المؤديـة : حيـث كـان المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضـي للمقـياس (3.4) و (11) علـى التوالـي، أما القيمة التائية المحسوبة فقد كانت (59.38) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية عند درجة حـرية (197) أتضح إنها دالة وعند مستوى (0.001) ولصالح متوسط المقـياس. وهذا يشير إلى إن معرفة طلبة الجامعة بالأمراض المؤدية لأمراض الكلى ضعيفة جداً ولا يعول عليها.

الأعراض : لقـد كـان المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضي للمقـياس (6.8) و (22) علـى التوالي، أما القيمة التائية المحسوبة فقد كانت (63.86) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية عند درجة حرية (197) أتضح إنها دالة وعند مستوى (0.001) ولصالح متوسط المقياس. وهذا يشـير إلـى إن طلـبة الجامعـة لا يملكون المعرفة الكافية بأعراض أمراض الكلى.

طرائق الوقاية : حيـث كـان المتوسـط الحسـابي للعينة والمتوسط الفرضـي للمقـياس (7.14) و (13) علـى التوالي، أما القيمة التائية المحسوبة فقد كانت (31.50) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية عند درجة حرية (197) أتضح إنها دالة وعند مستوى (0.001) ولصالح المقياس. وهـذا يشـير إلى إن طلبة الجامعة لا يملكون المعرفة الكافية بطرائق الوقاية من أمراض الكلى.

المعرفة الإجماليـة : كان المتوسط الحسابي للعينة والمتوسط الفرضي للمقياس (33.17) و (46) على التوالي، أما القيمة الجدولية فقد كانت (66.21) وعند مقارنتهما بالقيمة الجدولية عند درجة حرية (98) أتضح إنهـا دالة وعند مستوى (0.001) ولصالح متوسط المقياس. وهذا يعني أن كمـية المعلومـات التي يعرفها الطلبة عن أمراض الكلى قليلة ولا يعول عليها. وقد أدرجت هذه النتائج في جدول (3).

جدول (3) - الاختبارات التائية لمتوسطات معرفة طلبة كلية الآداب في أمراض الكلى (ن = 198)

الجوانب المعرفية	المتوسط الحسابي للعينة	المتوسط الحسابي للمقياس	ا.م.	د. حرية	ق.ت.م.	الاحتمال
أ. مؤدية	3.40	11	1.80	197	59.375	0.001
الأعراض	6.80	22	3.35	197	63.866	0.001
ط. وقاية	7.14	13	2.62	197	31.505	0.001
م. إ.	17.33	46	6.09	197	66.212	0.001

ا. م. : الانحـراف المعـياري / أ. مؤديـة : الأمراض المؤدية / ط. وقاية : طـرائق الوقاية / م. إ : المعرفة الإجمالية / ق. ت. م. : القيمة التائية المحسوبة / د. حرية : درجات الحرية

2. الهدف الثاني : " الـتعرف على الفرق في الجوانب المعرفية لدى طلـبة كلـية الآداب عـن أمراض الكلى (الأمراض المؤدية، الأعراض، طرائق الوقاية، والمعرفة الكلية) على وفق المتغيرات :

الجنس : (ذكور - إناث)

النموذج الأول : وهنا سيعرض الباحثان **النسب المئوية لمعرفة الذكور** عـن أمـراض الكلى ثم النسب المئوية لمعرفة الإناث. وقد كانت النسبة المـئوية لمعرفة الذكور عن الأمراض المؤدية (29.72) ونسبتهم المعرفية فـي الأعـراض (26.22) وفي الوقاية (55.92) والنسبة المئوية لمعرفتهم الإجمالـية عن أمراض الكلى (35.45). أما **النسب المئوية لمعرفة الإناث** بالأمراض المؤدية فقد كانت (31.38) ونسبتهن المعرفية

عـن الأعـراض (32.50) ومعرفتهن في الوقاية (54.58) والنسبة المئوية لمعرفتهـن الإجمالـية عـن أمراض الكلى كانت (38.48). والجدول (4) يوضح تفصيلات أخرى.

جدول (4) – النسب المئوية لمعرفة الذكور والإناث عن أمراض الكلى

نوع المعرفة	ذكور n = 52			إناث n = 146		
	التكرار	الكلي	النسبة	التكرار	الكلي	النسبة
الأمراض المؤدية	170	572	29.72	504	1606	31.38
الأعراض	300	1144	26.22	1044	3212	32.50
الوقاية	378	676	55.92	1036	1898	54.58
المعرفة الإجمالية	848	2392	35.45	2584	6716	38.48

النموذج الثاني : ولـتحقق فـيما إذا كان الفرق بين متوسط معرفة الذكـور ومتوسط معرفة الإناث ذو دلالة إحصائية أم لا، فقد قام الباحثان بتطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين بين متوسطات الذكور ومتوسطات الإناث في جوانب المعرفة الأربعة، وكالآتي :

الأمراض المؤدية : كان المتوسط الحسابي للذكور (3.27) وللإناث (3.45)، أمـا التباينين فكانا (3.57) و (3.13) على التوالي. أما القيمة التائـية المحسوبة فقد كانت (0.616) وعند مقارنتها بالقسمة الجدولية وعـند درجـة حـرية (196) أتضح إنه لا توجد فروق جوهرية بين معرفة الذكور ومعرفة الإناث في الأمراض المؤدية لأمراض الكلى.

الأعراض : كـان المتوسط الحسابي للذكور (5.77) وللإناث (7.16)، أمـا التباينين فكانا (9.06) و (11.56) على التوالي. أما القيمة التائية المحسوبة فقد كانت (2.598) وعند مقارنتها بالجدولية أتضح إنها دالة وعند مستوى (0.01)، أي إنه توجد فروق جوهرية بين معرفة الذكور ومعرفة الإناث في أعراض أمراض الكلى ولصالح الإناث.

الوقاية : كانـت القـيمة التائـية المحسوبة (0.398) وعند مقارنتها بالجدولـية لم تكن دالة. بمعنى إنه لا توجد فروق جوهرية بين معرفة الذكور ومعرفة الإناث في الوقاية من أمراض الكلى.

المعرفة الكلية : وهـنا كانـت القـيمة التائـية المحسوبة (1.408) وبمقارنتها مع الجدولية لم تكن دالة. وهذا يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين المعرفة الإجمالية للذكور والمعرفة الإجمالية للإناث عن أمراض الكلى. وأدرجت هذه النتائج في جدول (5).

جدول (5) - الاختبار التائي لمتوسطات الذكور ومتوسطات الإناث في الجوانب المعرفية لأمراض الكلى.

جوانب المعرفة	الجنس	م. ح.	التباين	د. حرية	ق.ت.م.	الاحتمال
أ. مؤدية	ذكور	3.27	3.57	196	0.616	غير دالة
	إناث	3.45	3.13			
الأعراض	ذكور	5.77	9.06		2.598	0.01
	إناث	7.16	11.56			
الوقاية	ذكور	7.27	8.82		0.398	غير دالة
	إناث	7.10	6.25			
م. إ.	ذكور	16.31	33.29		1.408	غير دالة
	إناث	17.70	38.44			

م. ح. : المتوسط الحسابي
أ. مؤدية : الأمراض المؤدية
ط. وقاية : طرائق الوقاية
م. إ : المعرفة الإجمالية
ق. ت. م. : القيمة التائية المحسوبة
د. حرية : درجات الحرية

ب. المرحلة : (ثانية، ثالثة، رابعة)

النموذج الأول : وهـنا سـيعرض الباحثان النسب المئوية لمعرفة طلـبة الكلـية عن أمراض الكلى ووفقاً للمرحلة. وقد كانت النسبة المعرفـية لطلـبة المـرحلة الثانية عن الأمراض المؤدية (28.92) ونسبتهم في الأعراض (28.93) . ونسبة معرفتهم بطرائق الوقاية (51.05) أمـا نسـبة المعـرفة الإجمالية بأمراض الكلى فقد كانت (35.18). أمـا طلـبة المرحلة الثالثة فقد كانت نسبة ما يعرفوه عن الأمراض المؤدية (32.98) ومعرفتهم بالأعراض (30.0) ومعرفتهم بطـرائق الوقايـة (55.38) ونسبة معرفتهم الإجمالية (37.88). أما طلـبة المـرحلة الـرابعة فقد كانت النسبة المئوية لما يعرفوه عن الأمـراض المؤديـة (30.79) ونسبة معرفتهم بالأعراض (34.02) ونسـبة معرفتهم بطرائق الوقاية (58.56) ونسبة معرفتهم الإجمالية بأمراض الكلى (40.18). والجدول (6) يبين تفصيلات أخرى.

جـدول (6) - النسب المئوية لمعرفة طلبة الكلية بأمراض الكلى ووفقاً للمرحلة

نوع المعرفة	المرحلة الثانية n = 66		
	التكرار	الكلي	النسبة
الأمراض المؤدية	210	726	28.92
الأعراض	420	1452	28.93
الوقاية	438	858	51.05
المعرفة الإجمالية	1068	3036	35.18

نوع المعرفة	المرحلة الثالثة n = 70		
	التكرار	الكلي	النسبة
الأمراض المؤدية	254	770	32.98
الأعراض	462	1540	30.0
الوقاية	504	910	55.38
المعرفة الإجمالية	1220	3220	37.88

نوع المعرفة	المرحلة الرابعة n = 62		
	التكرار	الكلي	النسبة
الأمراض المؤدية	210	682	30.79
الأعراض	464	1364	34.02
الوقاية	472	806	58.56
المعرفة الإجمالية	1146	2852	40.18

النموذج الثاني : لغـرض الـتعرف علـى دلالـة الفرق بين متوسـطات معـرفة الطلبة ووفقاً للمرحلة الدراسية فقد قام الباحثان بتطبـيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين بين كل متوسطين للمعرفة لكـل مـرحلة مـن المـراحل على حده. بمعنى إنه تم تطبيق هذا الاختـبار أثنتا عشرة مرة. وجميع النتائج أشارت إلى أن الفروق لم تكن ذات دلالة إحصائية. باستثناء :

- **المرحلة الثانية والرابعة في :**

1. الوقايـة : فقـد كانت القيمة التائية المحسوبة (2.029) وهي دالة عـند مستوى (0.05) ولصالح المرحلة الرابعة، أي أن طلبة المرحلة الرابعة معرفتهم بطرائق الوقاية أفضل من طلبة المرحلة الثانية.
2. المعـرفة الإجمالية : فقد كانت القيمة التائية المحسوبة (2.174) وهـي دالة عند مستوى (0.05) ولصالح المرحلة الرابعة، أي أن طلبة المرحلة الرابعة معرفتهم الإجمالية أفضل من طلبة المرحلة الثانية.

وهـذا يشـير إجمالاً إلى أن المرحلة لم تؤثر في طبيعة معرفة الطلبة الجامعة عن أمراض الكلى. وقد وضعت هذه النتائج في جدول (7).

جدول (7) - الاختبار التائي للفرق بين متوسطات المراحل الدراسية في المعرفة عن أمراض الكلى.

جوانب المعرفة	المرحلة	م. ح.	التباين	د. حرية	ق. ت.م.	الاحتمال
الأمراض المؤدية	الثانية	3.18	2.86	134	1.579	غير دالة
	الثالثة	3.63	2.67			
الأعراض	الثانية	6.36	13.32	134	0.407	غير دالة
	الثالثة	6.60	10.37			
الوقاية	الثانية	6.64	10.63	134	1.136	غير دالة
	الثالثة	7.20	6.05			
المعرفة الإجمالية	الثانية	16.12	45.16	134	1.088	غير دالة
	الثالثة	17.29	33.64			
الأمراض المؤدية	الثانية	3.18	2.86	126	0.631	غير دالة
	الرابعة	3.39	4.24			
الأعراض	الثانية	6.36	13.32	126	1.862	غير دالة
	الرابعة	7.49	9.92			
الوقاية	الثانية	6.64	10.63	126	2.029	0.05
	الرابعة	7.61	3.65			
المعرفة الإجمالية	الثانية	16.12	45.16	126	2.174	0.05
	الرابعة	18.52	31.92			
الأمراض المؤدية	الثالثة	3.63	2.67	130	0.745	غير دالة
	الرابعة	3.39	4.24			
الأعراض	الثالثة	6.6	10.37	130	1.601	غير دالة
	الرابعة	7.49	9.92			
الوقاية	الثالثة	7.20	6.05	130	1.059	غير دالة
	الرابعة	7.61	3.65			
المعرفة الإجمالية	الثالثة	17.29	33.64	130	1.230	غير دالة
	الرابعة	18.52	31.92			

م. ح. : المتوسط الحسابي
ق. ت. م. : القيمة التائية المحسوبة
د. حرية : درجات الحرية

ج. إصابة أحد أفراد العائلة بمرض كلوي : (لديه شخص مصاب - ليس لديه شخص مصاب).

النموذج الأول : كانت النسب المئوية لمعرفة طلبة الجامعة وفقاً لإصابة أحد أفراد العائلة بمرض كلوي، كالآتي : الطلبة الذين لديهم شخص مصاب بمرض كلوي كانت النسبة لما يعرفوه عن الأمراض المؤدية (38.38) ونسبة معرفتهم عن الأعراض (39.90) ونسبة معرفتهم بالوقاية (60.68) أما نسبة معرفتهم الإجمالية فقد كانت (45.41). أما الطلبة الذين لم يك لديهم شخص مصاب بمرض كلوي فقد كانت نسبة ما يعرفوه عن الأمراض المؤدية (30.20) ونسبة معرفتهم بالأعراض (30.0) ونسبة معرفتهم بالوقاية (54.36) ونسبة معرفتهم الإجمالية كانت (36.93)، وتبدو نسبة الطلبة الذين لديهم شخص مصاب مرتفعة عن الطلبة الذين ليس لديهم شخص مصاب. وكما موضح في الجدول (8).

جدول (8) - النسب المئوية لمعرفة الطلبة بأمراض الكلى وفقاً لإصابة أحد أفراد عائلتهم بمرض كلوي

نوع المعرفة	طلبة لديهم شخص مصاب n = 18		
	التكرار	الكلي	النسبة
الأمراض المؤدية	76	198	38.38
الأمراض	158	396	39.90
الوقاية	142	234	60.68
المعرفة الإجمالية	376	828	45.41

نوع المعرفة	طلبة ليس لديهم شخص مصاب n = 180		
	النسبة	النسبة	النسبة
الأمراض المؤدية	598	1980	30.20
الأمراض	1188	3960	30.0
الوقاية	1272	2340	54.36
المعرفة الإجمالية	3058	8280	36.93

النموذج الثاني : وللتحقق فيما إذا كان الفرق بين متوسط معرفة الطلبة الذين لديهم شخص مصاب بمرض كلوي ومتوسط معرفة الطلبة الذين ليس لديهم شخص مصاب ذو دلالة جوهرية أم لا، فقد قام الباحثان بتطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين في جوانب المعرفة الأربعة.
وأتضح أن :

- **الأمراض المؤدية** : كان متوسط الطلبة الذين لديهم شخص مصاب (4.22) أما متوسط الطلبة الذين ليس لديهم شخص مصاب فقد كان (3.32) والتباينين (4.20) و (3.10) على التوالي، أما القيمة التائية المحسوبة فقد كانت (2.118) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية عند درجة حرية (196) أتضح إنها دالة عند مستوى (0.05) ولصالح الطلبة الذين لديهم شخص مصاب. وهذا يشير إلى إن الفئة الأخيرة من الطلبة معلوماتهم عن الأمراض المؤدية للأمراض الكلى أفضل من زملائهم الذين ليس لديهم شخص مصاب.
- **الأعراض** : وبتكرار العملية السابقة، كانت القيمة التائية المحسوبة (2.777) وهي دالة عند مستوى (0.01) لصالح الطلبة الذين لديهم شخص مصاب.
- **الوقاية** : كانت القيمة التائية المحسوبة (2.108) وهي دالة عند مستوى (0.05) ولصالح الطلبة الذين لديهم شخص مصاب.
- **المعرفة الإجمالية** : كانت القيمة التائية المحسوبة (2.645) وعند مقارنتها بالقيمة الجدولية أتضح إنها دالة عند مستوى (0.01) ولصالح الطلبة الذين لديهم شخص مصاب.

ويمكن القول : إن الطلبة الذين لديهم شخصاً مصاباً بمرض كلوي فإن ذلك يزيد من معرفتهم بهذه الأمراض. والجدول (9) يبين تفصيلات أخرى.

جدول (9) - الاختبار التائي لمتوسطات معرفة الطلبة بأمراض الكلى وفقاً لإصابة أحد ذويهم

ج. م.	أحد ذ. م.	م. ح.	التباين	د. حرية	ق. ت.م.	الاحتمال
أ. مؤدية	لديهم	4.22	4.20	196	2.118	0.05
	ليس ل.	3.32	3.10			
الأعراض	لديهم	8.78	4.20	196	2.777	0.01
	ليس ل.	6.60	11.56			
الوقاية	لديهم	7.89	10.11	196	2.108	0.05
	ليس ل.	7.07	6.55			
م. إ.	لديهم	20.78	36.97	196	2.645	0.01
	ليس ل.	16.99	36.24			

أ. مؤدية : الأمراض المؤدية / م. إ : المعرفة الإجمالية / م. ح. : المتوسط الحسابي / ق. ت. م. : القيمة التائية المحسوبة / د. حرية : درجات الحرية / ليس ل. : ليس لديهم / أحد ذ. م. : أحد ذويهم مصاب / ج. م. : جوانب المعرفة

مناقشـــة النتائـــج :

لقد أشارت نتائج هذا البحث إلى إن معرفة طلبة كلية الآداب بأمراض الكلى ضعيفة، وربما تثير هذه النتائج نوعاً من الجدل، فهناك من يرى إن هـذه النتـيجة لا تعـد مأخذاً على الطلبة وعلى ما يمتلكونه من معلومات ومعـرفة ، فأمراض الكلى هي مرض مثل باقي الأمراض، والأمراض لا يعـرف عـنها إلا الأطباء والعاملون بالمجال الطبي وربما المصابون بها بدرجـة أقـل. فطلبة الجامعة شريحة من المجتمع مثلها مثل بقية الشرائح ومعلومـاتهم عـن هذه الأمراض قليلة جداً مثلها مثل معلوماتهم عن باقي الأمـراض، ومـثلها مـثل معلومات أية شريحة أخرى. وبالتالي فإن هذه النتيجة تعد طبيعية إلى مدى كبير.

وهناك من يرى إن هذه الأمراض لها من الانتشار في هذه المنطقة ما يجعلها تحظى بأهمية خاصة وتجعل المعرفة بأسبابها وأعراضها وطرائق الوقايـة مـنها أمـراً ضـرورياً. سيما وإن كل المعلومات الموجودة في الاسـتبيان (والذي بُنيت عليه نتائج البحث الحالي) مأخوذة – إلى حد كبير من كتيب منشور لغرض التوعية والتثقيف وينبغي أن يكون متاحاً للجميع – أو على الأقل نتمنى ذلك. كما وأن النسبة المئوية المستخرجة في البحث الحالي هي نسبة المعرفة المتوسطة (أي البديل لست متأكداً 50%) ولو تم اعـتماد نسبة المعرفة الكلية لانخفضت نسب المعرفة في نتائج هذا البحث على النصف، وبالتالي فهي نسب متدنية جداً.

أمـا وجهة النظر التي يتبناها الباحثان الحاليان، فهي أن معرفة الطلبة بالأمـراض المؤدية والأعراض قليلة، ولكن معرفتهم بطرائق الوقاية تعد مقبولة وهذا هو المهم برأينا وهو ما يحتاج إلى تطوير وتدعيم. صحيح إن المعلومات بالأمراض المؤدية والأعراض لابد منها لجيل مثقف وواع بما يحيط به من آفات وأمراض، إلا أن طرائق الوقاية هي التي تجنب هؤلاء الطلبة وأهليهم هذا المرض وما يحمله من معاناة جسيمة لمجتمعهم.

إنـنا نـرى هنا إن مفهوم الرعاية الصحية تطور من المعنى الضيق المحصـور فـي عمليتي التشخيص والعلاج إلى الأخذ بمبدأ الشمولية في مقاومة الأمراض المزمنة وذلك بإتباع محاور جديدة في الرعاية تتمثل في الأبعـاد الاجتماعـية والاقتصادية والنفسية والتربوية والتغذوية والوقائية، التي أخذت بها معظم الدول المتطورة. ومهما يكن من أمر فنحن نضع هذه النـتائج أمـام من يهتم بهذا الموضوع، ومن يرغب بوضع برنامج توعية وتثقيف في هذه الأمراض.

أشـارت نتائج الهدف الثاني إلى عدم وجود فروق جوهرية في معرفة طلـبة الجامعـة بأمـراض الكلى على وفق متغير الجنس (في الأمراض المؤدية، وطرائق الوقاية، والمعرفة الكلية) فالذكور والإناث يمتلكون قدراً متساوياً من المعرفة عن هذه الأمراض. وفي ذلك إشارة إلى تجانس البيئة التـي يعيشون فيها، هذه البيئة التي توفر القدر نفسه من المعلومات، التي تتسـم بالبساطة والشحة. والفرق بين الجنسين كان فقط في الأعراض فقد كـان دالاً ولصالح الإناث، ولأن هذه المعرفة تمثل جانباً من أربع جوانب معرفـية عـن أمراض الكلى فقد لا تعني الكثير. وبالمقابل يمكن أن تعود هـذه النتـيجة إلـى اهتمام الإناث الزائد بمظهرهن وأجسادهن أكثر من الذكـور، وبالتالـي فهـن أكثر شفافية لملاحظة التغيرات التي تطرأ على أجسامهن.

كانـت هـناك فـروق جوهرية لصالح المرحلة الرابعة على حساب المـرحلة الثانـية في الوقاية والمعرفة الكلية. وربما يعود ذلك لأن طلبة المـرحلة الرابعة أصبحوا أكثر وعياً ونضجاً، وقد وفرت لهم الجامعة كماً لا بـأس بـه مـن المعلومات جعلتهم يتفوقون على زملائهم من المرحلة الثانية.

أمـا متغـير (قريب مصاب) فقد أشارت جميع النتائج إلى أن الطلبة الذيـن لديهـم شخصاً مصاباً بمرض كلوي فأن معلوماتهم في (الأمراض المؤديـة، والأعراض , والوقاية، والمعرفة الكلية) أفضل من الطلبة الذين ليس لديهم شخص مصاب، ويُفسر ذلك جزئياً بأن وجود شخص مصاب بمـرض كلوي في بيئة الطالب يجعل تعامله مع قريبه – أُشترط أن تكون القـرابة مـن الدرجة الأولى حتى الرابعة – المريض سيكتسب العديد من المعلومات عن هذا المرض بحكم البيئة التي تكون حتماً غنية بالمعلومات الطبـية. كمـا أن وجود شخص مصاب بعائلة ما يشكل تهديداً لكل أفراد العائلـة بالإصـابة بهذا المرض، إنه يعني أن هذا المرض قريب جداً من هـذه العائلة، لأنهم يقتسمون الظروف المعيشية – طعام وشراب – ذاتها، وتكوينهم الوراثي متقارب. وبالتالي فإنهم مرشحون للإصابة بهذا المرض، إن خـوف هؤلاء الأشخاص من هذا المرض يجعلهم يتعرفون أكثر على مصدر خوفهم، يجعلهم أكثر حساسية نحو هذا النوع من الأمراض.

التوصيـات

في ضوء النتائج التي توصل إليها البحث الحالي فإن الباحثان يوصيان بالآتي :

أن تقـوم المراكـز الطبية، ومراكز صحة المجتمع، وجمعية أصدقاء مرضـى الكلـى **بندوات دورية** تتـناول أمـراض الكلى (الأسباب، الأعراض، الوقاية).

أن يقوم أطباء متخصصون **بإلقاء محاضرات توعية** في مواقع العمل – كالجامعات والمدارس والمراكز الاجتماعية والمصانع.

أن يـوزع الكتيب الصادر عن جمعية أصدقاء الكلى بعنوان (المعرفة طريق الوقاية) وكتيبات أخرى بأكبر قدر ممكن، وعلى مختلف شرائح المجتمع.

أن تقـوم صـحة المجتمع بنشر الملصقات التي توضح أهمية نظافة المأكل والمشرب والنظافة الشخصية.

أن تقـوم دائرة صحة المجتمع وجمعية أصدقاء بنشر البيانات المتعلقة بهذه الأمراض، من قبيل عدد الأشخاص المصابين، عدد الذين يتوفون سنوياً بهذه الأمراض، عدد الذين يقومون بعملية زرع كلية سنوياً.....

المقترحـات

بعـد انـتهاء الباحثين من عملهما هذا فإنهما يقترحان لمن يرغب أن يعمل بهذا المجال الآتي :

أن تطـبق هـذه الدراسـة على عينات أخرى مثل طلبة الجامعة من الكلـيات الأخـرى، وعينات من خارج الجامعة من عمال وموظفين ومسئولين وغيرهم.

أن تطبق هذه الدراسة على عينات أكبر.

أن تطبق هذه الدراسة على المصابين بهذه الإمراض فعلاً.

أن تقوم دراسة على وضع برنامج للتوعية والتثقيف.

أن تقوم دراسة أخرى باستخراج معايير صدق وثبات لأداة المستخدمة في البحث الحالي.

أن يقـوم باحـثون بدراسـة الحالـة النفسية (تقييم نفسي) للمصابين بأمراض الكلى.

المصـادر

أبـو حطـب، فـؤاد. عـثمان، سـيد أحمد. صادق، آمال (1993) التقويم النفسـي، ط 3، القاهرة : الأنجلو المصرية.
أبـو غـرارة، فـوزي عـبد القـادر (1990) الأورام. بـنغازي : دار الكـتاب الوطنية.
بـن عمـران، عيسـى سـليم (1987) التوعـية الصـحية. ليبـيا : الـدار الجماهيرية للنشر
البياتـي، عـبد الجـبار. واثناسـيوس، زكـريا (1977) الإحصـاء الوصـفي والاستدلالي، بغداد : الجامعة المستنصرية.
حداد، علي (1990) أمراض الكليتين. بنغازي : جامعة العرب الطبية.
الدباغ، احمد (1987) علم الأمراض. الموصل : جامعة الموصل.
حمـزة، مخـتار (1982) أسـس علـم الـنفس الاجتماعـي. دار البيان : جدة.
الزيات، فتحي مصطفى (1995) الأسس المعرفية للتكوين العقلي

وتجهيز المعلومات. مصر، دار الوفاء.
الـزيات، فتحـي مصـطفى (1996) سـيكولوجية الـتعلم بيـن المـنظور الارتباطي والمنظور المعرفي. مصر، دار النشر للجامعات.
الـزيات، فتحـي مصـطفى (1998) الأسـس البيولوجـية والنفسـية للنشاط العقلي المعرفي. مصر، دار النشر للجامعات.
الشـرقاوي، أنـور محمـد (1992) علـم الـنفس المعرفـي المعاصـر. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
عـبد الجـواد، محمـد عـبد القادر (2001) المعرفة طريق الوقاية. ليبيا، جمعية أصدقاء مرضى الكلى.
عـبد الستار، فوزية (ب س) مبادئ علم الإجرام وعلم العقاب. بيروت، دار النهضة العربية.
عـدس، عـبد الرحمـن وتـوق، محـي الدين (1995) المدخل إلى علم النفس. عمان، دار الفكر، ط 5.
عـودة، احمـد سـليمان (1993) القـياس والـتقويم فـي العمليـة التدريسية. ط 2،أربد : دار الأمل
الغريـب، رمـزية (1988) التقويم والقياس النفسي والتربوي. القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية
فريحات، حكمت وآخرون (1991) الوجيز في علم الأمراض. عمان، دار الشروق.
قلاسـمان، ولـيام إ. (1993) الاتجاه المعرفي. في / إمسلي، جوردن وآخـرون (1993) اتجاهـات علـم الـنفس المعاصـر. تـرجمة : عـبد الله امحمد عريف. بنغازي، جامعة قار يونس.
كرم، يوسف (ب س) تاريخ الفلسفة الحديثة. القاهرة، دار المعارف.
المجـال (2004) المعـرفة الظاهـرة والمعـرفة المسـتترة،، الحكايـة وسـيلة جديـدة لتوثيق المعلومات. مقال منشور في / مجلة المجال، جامعة عمر المختار، العدد الثالث. 68- 71.
وجـدي، محمـد فـريد (1971) دائـرة المعارف للقرن العشرين. المجلد الثامن. ط 3 بيروت، دار المعرفة.
Allen, J., & Yen W.M, (1979) Introduction to Measurement Theory, California: Brok Cole.
Guyton and Hall)1977(Human physiology and mechanisms of disease. Saunders company , USA.
Pollard , A.H.,)1975(Introductory Statistics : A Service Course. Australia : Bergman.
Seeley and Others)1996(Anatomy and physiology. Mc Grraw – Hill company. USA.

مـــلـحـــق

استبيـان الجوانـب المعرفيـة لأمـراض الكلـى لـدى طلبـة الجامعـة

بسم الله الرحمن الرحيم

أخي الطالب ،،، أختي الطالبة :

يـروم الباحـثان القيام بورقة عمل عن "الجوانب المعرفية لدى طلبة جامعة عمر المختار / فرع طبرق عن أمراض الكلى"، ولتحقيق هذا الهدف فقد قاما بإعداد استبيان يتضمن بعض المعلومات عن هذه الأمراض من حيث الأسباب والأعراض وطرائق الوقاية،،،

ونظـراً لـثقة الباحثين فيكم فإنه يسعدهما أن يضعا بين أيديكم هذا الاستبيان لقراءة فقراته والتفضل بالإجابة عليه. علماً إنه ليس ضرورياً أن تكونوا على علم بهذه المعلومات فنحن نريد الوقوف على ما يعرفه الطلبة بالضبط من معلومات عن هذا الموضوع ليكون لنا أساساً للانطلاق في توعية شرائح المجتمع الأخرى بهذه الأمراض.

علمـاً أن طـريقة الإجابـة تكـون بوضـع علامة (X) تحت البديل الأول إذا كنت متأكد تماماً من أنك تعرف هذه المعلومة قبل أن تقرأها في هذا الاستبيان، وتختار البديل الثاني إذا كنت لست متأكداً من معرفتك لهذه المعلومة، وهكذا... وإليك مثال يوضح ذلك :

ت	الفقرات	نعم	لست متأكداً	لا
-	تصنف أمراض الكلى على أنها أمراض عقلية.			

الجنس : ذكر/ أنثى
المرحلة : ثانية / ثالثة / رابعة
هل لديك أحد أفراد عائلتك مصاب بمرض كلوي ؟ نعم/ لا

المجال الأول : الأمراض التي تؤدي إلى اختلال وظائف الكليتين أو تلف أنسجتهما :

ت	الفقرات	نعم	لست متأكداً	لا
1	العيوب الخلقية للجهاز البولي.			
2	الالتهابات البولية الشديدة الحادة منها والمزمنة.			
3	حصوات المسالك البولية على اختلاف أنواعها.			
4	التفاعلات الالتهابية، الإصابة ببعض البكتريا (مثل التهاب اللوزتين).			
5	بعض التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية.			
6	تلوث البيئة (مثل التلوث بالرصاص والزئبق والنحاس).			
7	أورام وسرطانات الجهاز البولي.			
8	الأمراض الشاملة المزمنة بالجسم (مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم).			
9	تضخم غدة البروستاتا عند الرجال.			
10	الجفاف (فقد سوائل الجسم) خاصة عند الأطفال والمسنين.			
11	النزيف الحاد.			

المجال الثاني : أعراض الإصابة بأمراض الكلى.

ت	الفقرات	نعم	لست متأكداً	لا
1	ألم متقطع انقباضي مكان أيّ من الكليتين.			
2	حرقة أثناء البول.			
3	نقص أو احتباس البول.			
4	قيء.			
5	عرق متزايد.			
6	انتفاخ البطن.			
7	تورم في الجفون (خصوصاً عند الاستيقاظ).			
8	تورم في القدمين والساقين (في حالة الإصابة بأمراض القلب).			
9	نقص كمية البول أو زيادتها.			
10	زيادة مرات التبول أو التبول الليلي.			
11	ظهور الدم بالبول.			
12	الشحوب (في حالة الفشل الكلوي).			
13	تورم جانبي البطن عند الطفل.			
14	نقص النمو عند الطفل.			
15	رفض الطفل للرضاعة.			
	الانتباه لتبول الأطفال فيما يأتي :			
16	زيادة التبول.			
17	البكاء عند التبول.			
18	اختلاف لون البول.			
	في حالة الفشل الكلوي المزمن :			
19	ضعف البنية والخوار.			
20	ضعف البصر والسمع وعدم التركيز.			
21	مشاكل جنسية (ضعف جنسي عند الذكور، وعدم القدرة على الإنجاب عند الإناث).			
22	حكة ومشاكل جلدية.			

المجال الثالث : الوقاية من أمراض الكلى.

ت	الفقرات	نعم	لست متأكداً	لا
1	الاهتمام بالنظافة الشخصية للجهاز البولي.			
2	اجتناب الممارسات الجنسية غير السوية.			
3	الابتعاد عن البدانة.			
4	تجنب التدخين.			
5	تجنب الكحوليات والمخدرات.			
6	سلامة ونقاء مياه الشرب.			
7	الابتعاد عن الأغذية والمشروبات التي تحتوي على مواد مضافة أو ملونة.			
8	عدم إهمال الالتهابات الجرثومية.			
9	ممارسة الرياضة بانتظام.			
10	عدم تناول الأدوية إلا بوصفة طبية.			
11	الفحص الطبي الدوري.			
12	عدم الإفراط في تناول اللحوم الحمراء وملح الطعام.			
13	الإكثار من شرب الماء وتناول الخضروات.			

معوّقـــات البحـث العلمـي في الجزائـــر

دراســة ميدانيــة علــى عينــة مــن أساتــذة جامعــة باتنــة

د. بشيـــر معمريـــة - علـم النفـس - باتنـــة - الجزائـــر

maamria03@yahoo.fr

مقدمـة : تضم الجامعة كمؤسسة ومنظومة عناصر مادية كالبناءات والمكتبات والتجهيزات، وعناصر بشرية كالأساتذة والطلبة، ولكن مكانتها وشهرتها كفكرة وكمؤسسة، ومنذ نشأتها الأولى، ارتبطت بمكانة أساتذتها . فمنذ تأسيس الجامعة وهي توصف كمجتمع للأساتذة أكثر منها مجتمعا للطلبة أو هيكلا من البناءات والتجهيزات. والباحثون في شؤون الجامعة والتعليم الجامعي، يعرّفون الجامعة من خلال أساتذتها وعلمائها . فصارت قوة الجامعات اليوم تقاس بارتفاع أو انخفاض أداء أساتذتها وعلمائها .

وللجامعة رسالة في المجتمعات المتطلعة إلى التطور، فعليها تقع مسؤولية نشر الثقافة وألوان المعرفة والمساهمة في حل المشكلات التي تعترض انطلاق المجتمع نحو النمو. لأنها تتولى إعداد العلماء والباحثين والمفكرين في شتى أصناف المعرفة.

والجامعة هي معقل الفكر الإنساني في أرقى صوره ومستوياته، وموطن لنمو المعرفة والخبرة العلمية وتطبيقاتها، ومكان لتنمية أهم ثروة يمتلكها أي مجتمع وهي الثروة البشرية.

وتعتبر الجامعة في كل المجتمعات محط الأنظار ومعقد الآمال لكل سبل النمو والتطور التي ينشدها أبناء ذلك المجتمع. والذين أسسوا الجامعة وضعوا لها ثلاث وظائف رئيسية هي : التدريس، البحث العلمي، خدمة المجتمع وتنميته. بل هناك من يضع البحث العلمي وظيفة أساسية للجامعة أو وظيفة وحيدة . ويتولى البحث العلمي إنتاج المعرفة وإثرائها وتنميتها .

والحقيقة أن البحوث العلمية تكتسب أهمية كبيرة في تطور أي مجتمع، وإكسابه مكانة رفيعة بين المجتمعات الأخرى. فأصبح العرف في العصر الحديث العنصر الفاصل بين تقدم الأمم وتخلفها، وبين قوة الدول وضعفها، فالمعرفة هي القوة ومن أكتسب المعرفة أكتسب القوة. وبقدر ما تبذل الأمم في سبيل البحث العلمي من جهود وأموال، بقدر ما تتمكن من معطياته وتطبيقاته، وبقدر ما يكون مستوى تقدمها وفوقها، بما يعود عليها من فوائد في سبيل التمكن الاقتصادي والاجتماعي والثقافي. فالعلم من أكثر ثروات الأمم فائدة.

وقد كان البحث العلمي من أهم وظائف الجامعة، وعنصر أساسي وحيوي لها بصفتها مؤسسة علمية وفكرية. ويقاس دور الجامعة القيادي ومعناها العلمية بمستوى الأبحاث التي تنشرها . ففي المجتمعات الغربية، تم الفصل في الكثير من جامعاتها بين وظيفة التدريس ووظيفة البحث العلمي، من أجل التركيز على وظيفة البحث العلمي، لأن نتائجه تتعدى نطاق أسوار الجامعة إلى جميع مجالات الحياة الاجتماعية.

والبحث العلمي عمل جاد وهادف وشامل، يتصدى للمشكلات التي تعترض المجتمع في سيره نحو الرقي.

والأستاذ الجامعي هو الذي تقع على عاتقه مهام البحث العلمي. فهو إلى جانب كونه عضوا فعالا داخل الجامعة تدريسا وتسييرا، حيث يقضي معظم وقته في الاتصال بطلابه، والعمل معهم مباشرة كمرشد أكاديمي وعلمي، فإنه يمارس البحث العلمي الذي يعتبر مطلبا أساسيا من متطلبات ترقيته ووجوده في الجامعة.

إلا أن معظم البحوث التي تنجز في الجامعة الجزائرية، التي يقوم بها الأساتذة الجامعيون، ليست منبثقة من استراتيجيات واضحة ومحددة، ولا تهدف إلى حل مشكلات قائمة، أو تطوير تقنيات معينة تتطلبها جهود التنمية. فهناك الكثير من البحوث تنجز سنويا في جامعاتنا، ولم تؤثر إيجابيا في الصناعة أو الزراعة أو التربية أو الإدارة وغيرها. كما أن الأستاذ في الجامعة الجزائرية، أقل ممارسة وإنتاجا للبحث العلمي مقارنة بغيره من الأساتذة في جامعات الدول الأخرى، سواء العربية أو الغربية. فهناك من يدرجون ضمن " أساتذة الجامعة " من يوجد في منصب " معيد " منذ سنوات، وليس في ذيته إنجاز بحث لدرجة الماجستير، وهناك أيضا من أنجز بحثا حصل من خلاله على درجة الماجستير وقرر الاكتفاء بهذا . وهناك من اكتفى بدرجة الدكتوراه واعتبرها نهاية المطاف بالنسبة لنشاطه في البحث العلمي الجامعي.

لعلنا ندرك من خلال هذه الأوضاع المختلفة التي يتواجد فيها الأستاذ الجامعي الجزائري، أن هناك ظروفا معينة أو معوقات تعترض طريق الأستاذ في الجامعة الجزائرية للقيام بالبحث العلمي بصفته وظيفة أساسية له. لذا فإن هذه البحث يسعى إلى التعرف على هذه المعوقات، كما يدركها الأساتذة أنفسهم، سواء كانت معوقات مادية أو غير مادية.

أهميـــة البحـث :

يكتسي هذا البحث أهمية من خلال المعطيات التالية :

1- أنـه يتـناول قضية ذات وزن اجتماعي هام، وهي قضية البحث العلمي في الجامعة.

2- أنه يتناول البحث العلمي الجامعي من جانب المعوّقات التي تحول دون إنجازه بنجاح.

3- يعتـبر هذا البحث مهما كذلك من خلال النتائج التي يتوصل إليها حول معوّقات البحث العلمي.

أهـداف البحـث :

يهدف هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

1- إعـداد أداة لتقدير معوّقات البحث العلمي في الجامعة الجزائرية من وجهة نظر عينة من أساتذة كليات جامعة باتنة.

2- التعرف على معوّقات البحث العلمي المادية والاجتماعية والنفسية والعلمية.

3- التعرف على أهم المعوّقات وتقديم توصيات للحد منها.

البحـث العلمـي، مهماتـه ومعوّقاتـه :

1 ـ تعريف البحث العلمي :

تعددت محاولات تعريف البحث العلمي، واختلفت في كثير من الأحيان باختلاف أنواع البحوث وميادينها وأهدافها ووسائلها والأدوات المستخدمة فيها.

فعـرفه كارتـر ف. جود 1963 *Carter V. Good* بأنه : " استقصاء مـنظم يهدف إلى إضافة معارف يمكن توصيلها، والتحقق من صحتها عن طريق الاختبار العلمي ". (1 : 18).

وعـرفه ن. بولانسـكي *N. Polansky* بأنه : " تقص أو فحص دقيق لاكتشاف معلومات أو علاقات جديدة، ونمو المعرفة الحالية والتحقق منها ". (1 : 19).

وعـرفه فرانسـيس ج. رومـل 1964 *Francis J. Rummel* بأنه : " نشـاط أكثر تنظيما موجه لاكتشاف وتنمية كيان معرفي منظم، يقوم على التحليل المنظم والموضوعي، الذي يعتمد على تسجيل الملاحظات وتجميع البـيانات التي قد تقود إلى تنمية التعميمات والمبادئ والنظريات والنتائج، التي تساعد على التنبؤ والتحكم القريب في الأحداث والظواهر ". (2 : 139).

وعـرفه جون و. بست 1983 *John W. Best* بأنه : " محاولة دقيقة للتوصل إلى حلول للمشكلات التي تؤرق الإنسان وتحيره ". (1 : 19).

يظهـر مـن الـتعريفات السابقة أن البحث العلمي يقوم على أربعة عناصر هي :

1- أنه نشاط إنساني معرفي ومنظم.

2- أنه يهدف إلى اكتشاف معلومات جديدة.

3- أنه يختبر هذه المعلومات الجديدة موضوعيا.

4- وأنه يهدف إلى حل مشكلات قائمة.

2 ـ مهمات البحث العلمي :

البحـث العلمـي أو الإنتاج المعرفي نشاط هادف، يسعى إلى تطوير المعرفة نظريا وتطبيقيا ومنهجيا، ونذكر فيما يلي المهمات التي يقوم بها : (3 : 14 - 15).

1- حل مشكلة أو الإجابة عن سؤال محير.

2- تنظيم المعرفة في أنساق نظرية تتسم بالاتساق والصدق والدقة.

3- تعديل ما هو قائم من المعلومات بالإضافة إليه.

4- استكمال النقص في المعلومات والأفكار والحقائق والتعميمات.

5- نقل الأفكار من سياقها الأصلي إلى سياقات جديدة.

6- تفنيد ما هو قائم من نظريات أو مفاهيم أو ممارسات تطبيقية عن

7- تثبيـت ودعـم مـا هو قائم من نظريات أو قوانين أو مبادئ أو ممارسات عن طريق الدراسات التوكيدية.

8- توضيح المفاهيم والنظريات الغامضة.

9- إنـتاج معـرفة جديدة من خلال إدراك ارتباطات جديدة وحلول أصيلة للمشكلات.

10- تطوير تطبيقات من أجل حل مشكلات قائمة.

3 ـ معوّقات البحث العلمي :

قسمت معوّقات البحث العلمي إلى مجموعتين :

الأولى هي المعوقات الشخصية، والمقصود بها في هذا البحث هي : تلك العوامل النفسية التي تتعلق بالحالات المزاجية والانفعالية ذات الاتجاه السـلبي كـالخوف، والقلـق، والتردد، وانخفاض الدافع، ونقص الإيمان بالبحث العلمي، والشعور بعدم الجدارة، والتوتر النفسي، والضغوط النفسية والمهنـية، والـتعرض للإحـباط، ونقص الميل إلى القيام بالبحث، وهذه العوامل من شأنها أن تعوّق البحث العلمي.

الثانية هي المعوّقات المادية، والمقصـود بها في هذا البحث هي : تلـك العوامـل الخارجية التي تتعلق بالظروف التي تحيط بالباحث مثل : عـدم توفـر الوسائل والتجهيزات والأموال، ونقص إمكانات النشر القيام بنشـاطات مهنـية أخـرى، غـياب المراجع العلمية الضرورية، صعوبة التطبـيق الميدانـي، كثرة الأعمال الإدارية والأعمال البيداغوجية، انعدام التشجيع المادي للبحث العلمي، غياب الحرية الأكاديمية، غياب العلاقة بين الجامعـة والمؤسسات الاجتماعية، عدم وجود هيئات علمية متخصصة في البحـث، تـردي المسـتوى المعيشي للأستاذ، قلة اللقاءات العلمية، عدم وضوح الرؤية لأولويات البحث العلمي، وهذه العوامل من شأنها أن تعوّق البحث العلمي لدى الأستاذ الجامعي.

4 ـ معوّقات البحث العلمي من خلال الدراسات السابقة :

أُنجـز العديد من الدراسات حول مشكلات البحث العلمي ومعوّقاته، خاصـة في الجامعات العربية، ويتأسف الباحث لعدم عثوره على دراسات عن مشكلات ومعوّقات البحث العلمي في الجامعات الغربية.

فـي نـدوة عقـدت فـي جامعة الملك سعود 1983 وكان من بين محاورهـا معوقـات البحث العلمي في الجامعات العربية، فكان من أكثر العوامـل المعوّقـة للبحث العلمي : ضعف الإنفاق والتمويل، عدم وجود مسـاعدي البحـث، ضـعف الإمكانات الفنية كالأجهزة والمعدات، كثرة الأعباء التدريسية والإدارية، ضعف محتويات المكتبات، قلة وسائل النشر العلمـي، عدم وجود خطط للبحث العلمي على مستوى الجامعة أو الدولة، ضـعف الاحـتكاك العلمـي من خلال الملتقيات والندوات، ضعف تقدير المجتمع لأهمية البحث العلمي (5 : 796 - 797).

فـي دراسـة قام بها محمود عبد المولى 1986 حول التعليم العالي والبحـث العلمـي فـي العـالم الثالث والوطن العربي توصل إلى وجود معوّقات للقيام بالبحث العلمي منها : ضعف الإمكانات المادية، عدم وجود عقلية تنفيذية واعية تستطيع استيعاب نتائج البحث العلمي، عدم وجود مناخ علمـي يحـاول الإفـادة من نتائج البحث العلمي، ارتباط السياسة العلمية بالأشخاص وليس بالمؤسسات ومشكلات المجتمع (7 : 151).

وفـي بحوث أنجزها كل من سيد حسين، محمد عبد العليم، صالحة شـنقر، محمد عبد الرحمن تم تقديمها في ندوة حول عضو هيئة التدريس فـي الجامعـات العربـية عام 1983، تبين من نتائجها أن المعوّقات التي تعـترض الأستاذ الجامعي للقيام بالبحث العلمي ، تتمثل في نقص المراجع والدوريـات والكتب العلمية، ضعف المردود المادي، عدم توفر مساعدي الباحثيـن، كـثرة الأعـباء البيداغوجية، انعدام المناخ المساعد على نمو العلماء، عدم ربط البحوث العلمية بخطط التنمية، مشكلات النشر العلمي. (7 : 152).

وبينت نتائج دراسة شفيق الغبرا 1989 التي عنوانها معوّقات البحث العلمـي في العلوم الاجتماعية، أن أهم المعوّقات في هذا التخصص هي : أزمة المعلومات في المجتمع، الرقابة الذاتية، الصعود الإداري، الالتزامات الاجتماعية والأسرية، هبوط المناخ العلمي في المؤسسات العلمية، حساسية دراسة الموضوعات في المجتمعات العربية (5 : 798).

وفي دراسة أخرى قام بها أحمد بلال 1991 بعنوان : البحث العلمي العربـي : واقـع ومـردود وتطلعات مستقبلية. تبين من نتائجها أن أهم معوّقـات البحـث العلمـي هـي ما يلي : نقص الدوريات العلمية، نقص الأجهـزة، ضـعف الاحتكاك العلمي الخارجي، ضعف مستلزمات البحث كالطـباعة والحاسـب الآلـي، عدم تأمين العيش الكريم للباحث، ضعف العلاقـات الأكاديميـة والجو العلمي، عدم توجيه البحوث لخدمة مشكلات المجتمع (5 : 799).

أما عن نتائج البحوث ن معوّقات البحث العلمي في البلدان الغربية، فقـد بين أدامس 1968 *Adams* عن الإنتاجية العلمية ودراسة إكرت روث *E. Ruth* وجـون سـتكلين 1961 عن الدافعية للعمل والرضى لدى معلم الجامعة فقد أشارت هذه الدراسات إلى مجموعة من المشكلات التي تواجه أعضاء هيئة التدريس عند القيام بالبحث العلمي منها عدم كفاية الاعتمادات المالية للبحث العلمي وزيادة الأعباء التدريسية في الجامعة (6 : 48)

وبينـت دراسة شابان 1973 *Shaban* عن أسباب هجرة العلماء إلى أمريكا، بينت أن هؤلاء العلماء هاجروا بلادنهم الأصلية بسبب الصعوبات المادية والمعنوية التي تواجههم عند القيام بالبحث العلمي (9 : 153).

وفـي بحث أنجزه أ. محمد 1980 *A. Mohamed* عن أسباب رفض المصـريين العـودة إلـى بلادهم بعد حصولهم على درجات الدكتوراه في الولايات المتحدة الأمريكية، فأجاب 67.30 % من أفراد عينة البحث بأنهم فضـلوا البقاء في أمريكا لأن أسلوب الحياة من حولهم في كل شيء كان أفضـل كثـيرا ممـا ألفـوه في مصر، بالإضافة إلى وجود مجموعة من الصعوبات التي تحول دون قيامهم بالبحوث العلمية (8 : 553).

يتبين من نتائج الدراسات السابقة التي اطلع عليها الباحث، أن هناك معوّقـات تقـف في طريق إجراء البحوث العلمية، سواء في المجتمعات العربية أو الغربية. إلا أن هناك اختلافا بين المجتمعين في هذه المعوّقات ؛ ففـي حين تبين أن هذه المعوّقات كثيرة ومتنوعة لدى المجتمعات العربية، تبيـن أنها قليلة في المجتمعات الغربية. أما الملاحظة التي ينبغي ذكرها حـول هـذه الدراسـات، أنها لم تبين التخصصات العلمية الجامعية التي أجريت حولها هذه الدراسات. وهذا يمثل جانبا مهما في هذا المجال، نظرا لاختلاف متطلبات البحوث بين العلوم الإنسانية والعلوم التجريبية، وبالتالي ستختلف في معوّقاتها تبعا لذلك.

مشكلة البحث :

تتحدد مشكلة البحث من خلال الأسئلة التالية :

1- هل توجد معوّقات البحث العلمي من وجهة نظر أساتذة الجامعة ؟
2- مـا هي أهم معوّقات البحث العلمي الشخصية والمادية من وجهة نظر أساتذة الجامعة ؟
3- هـل تختـلف المعوّقـات الشخصية والمعوّقات المادية باختلاف وجهة نظر أساتذة العلوم الإنسانية عن أساتذة العلوم التجريبية ؟

فرضا البحث :

يختبر الفرض الحالي الفرضين التاليين :

الفرض الأول : توجد معوّقات البحث العلمي الشخصية والمادية من وجهة نظر أساتذة جامعة باتنة.

الفرض الثاني : تختـلف معوّقـات البحـث العلمي باختلاف نوع المعوّقات شخصية ومادية، ونوع العلوم إنسانية وتجريبية.

عينة البحث :

تكونـت عيـنة البحـث من 79 أستاذا موزعين على خمس كليات بجامعة باتنة يبينها الجدول رقم (1) :

الكليات \ الجنس		الذكور	الإناث	المجموع
العلوم الإنسانية ن = 47	الآداب	21	-	21
	الاقتصاد	18	2	20
	العلوم الإسلامية	6	-	6
العلوم التجريبية ن = 32	العلوم	19	1	20
	الهندسة	12	-	12
المجموع		76	3	79

يبين الجدول رقم (1) توزيع أفراد العينة على الكليات والجنس.

وقـد تضمن أفراد العينة حاملي شهادات الدكتوراه والماجستير كما يبينها الجدول رقم (2).

الكليات \ الشهادات	الدكتوراه	الماجستير	لم يذكر	المجموع
العلوم الإنسانية	20	27	-	47
العلوم التجريبية	9	20	3	32
المجموع	29	47	3	79

يبين الجدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب الشهادات.

وقـد تضمن أفراد العينة الرتب العلمية الجامعية كما يبينها الجدول رقم (3).

الكليات \ الرتبة العلمية	أ.ت.العالي	أ.محاضر	أ.م.م. د.	أ.مساعد	المج.
العلوم الإنسانية	6	12	25	4	47
العلوم التجريبية	3	9	17	3	32
المجموع	9	21	42	7	79

أ.ت.العالي : أستاذ التعليم العالي
أ.محاضر : أستاذ محاضر
أ.م. م. د. : أستاذ م. م. بالدروس
أ.مساعد : أستاذ مساعد
المج. : المجموع

يبين الجدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب الرتبة العلمية الجامعية.

أما توزيعهم حسب العمر، فكان كما يلي :

1- كلـيات العلوم الإنسانية : بلغ متوسط العمر 42.64 والانحراف المعياري 5.21.
2- كلـيات العلوم التجريبية : بلغ متوسط العمر 44.13 والانحراف المعياري 5.56.
3- العيـنة الكلـية : بلغ متوسط العمر 43.42 والانحراف المعياري 5.49.

أداة البحث :

قـام الباحـث بـإعداد أداة لتقدير معوّقات البحث العلمي. تكونت في صورتها الأولية من 48 عبارة، كل عبارة تتضمن معوّقا معينا ؛ منها 26 تقيس المعوّقات المادية، 22 تقيس المعوقات الشخصية. جمعها الباحث من بعض بحوث مشكلات الأستاذ الجامعي، ومن بحوث تناولت معوّقات

ومشكلات البحث العلمي الجامعي.

الشروط السيكومترية لأداة البحث :

1- تـم حسـاب صـدقها بعرضها على خمسة محكمين، طلب منهم إصدار حكمهم على العبارات طبقا لما وضعت لقياسه. وبعد أن حذف الباحث منها 10 عبارات وعدل في صياغة بعضها، حسب ملاحظات المحكميـن، صـارت الأداة تتكون من 38 عبارة أو معوّق ؛ 20 منها تقيس المعوّقات المادية، 18 تقيس المعوّقات الشخصية.

ثـم حسبه بطريقة أخرى : وضع في نهاية الأداة سؤالا مفتوحا طلب فـيه من أفراد العينة أن يذكروا معوّقات أخرى لم ترد في الأداة. ولما لم يذكر أحد منهم معوّقات أخرى اعتبر ذلك دليلا آخر على صدقها.

2- أما الثبات فتم حسابه بطريقة إعادة التطبيق على عينة تتكون من 27 أستاذا بفارق زمني يتراوح بين عشرة وثمانية عشر يوما. وحسب معـامل ارتـباط سـبيرمان للرتـب بين التطبيقين. فجاءت معاملات الارتباط كما يلي :

1. المعوّقات المادية : 0.814 (دالة إحصائيا عند مستوى 0.01).
2. المعوّقات الشخصية : 0.783 (دالة إحصائيا عند مستوى 0.01).
3. الأداة ككل : 0.751 (دالة إحصائيا عند مستوى 0.01).

ويجـاب عـن الأداة بوضع إشارة × تحت واحد من البدائل الخمسة التالـية وهي : لا، أحيانا، متوسطا ، كثيرا، دائما. ثم تجمع تكرارات كل عبارة حسب اختيار أفراد العينة له.

الأسلوب الإحصائي المستخدم :

بما أن بيانات البحث تقع في المستوى الاسمي من مستويات القياس، فـإن الإحصاء الملائم لحسابها هو الإحصاء اللابرامتري (4 : 172). وقد اختار الباحث كا² لحساب دلالة الفروق بين التكرارات لعينتي أساتذة العلوم الإنسـانية وأسـاتذة العلـوم التجريبـية في المعوّقات المادية والمعوّقات الشخصية.

وعـند القـيام بالمعالجـة الإحصـائية لبيانات البحث، قام الباحث باختصار الاختيارات الخمسة إلى ثلاث اختيارات فقط هي : (لا)، (أحيانا + متوسطا)، (كثيرا + دائما). وذلك من أجل تسهيل المعالجات الإحصائية وإعطائها قوة لإبراز النتائج.

عرض نتائج البحث ومناقشتها

الفرض الأول : توجد معوّقات البحث العلمي الشخصية والمادية من وجهة نظر أساتذة جامعة باتنة.

ولاختـبار هذا الفرض يحسب الباحث كا² لمعرفة دلالة الفروق بين بدائـل الإجابات لعينتي أساتذة العلوم الإنسانية وأساتذة العلوم التجريبية ثم العينة الكلية في المعوّقات المادية والمعوّقات الشخصية.

أولا : نتائج المعوّقات المادية لأساتذة كليات العلوم الإنسانية :

الجـدول رقـم (4) يبيـن التـكرارات وقيم كا² لدلالة الفروق في المعوّقات المادية لعينة أساتذة العلوم الإنسانية.

العبارات	التـكـرارات			كا²
	لا	أحيانا + وسطا	كثيرا + دائما	
1 ـ عدم توفر و. م.	5	8	14	4.65
3 ـ عدم توفر ا. م.	8	5	14	4.65
5 ـ نقص إمكانات النشر	1	2	22	31***
7 ـ الانشغال أ. أخرى	9	6	12	2
9 ـ غياب م. ع. ح.	2	8	17	12.66**
11 ـ صعوبة ت. ميداني	10	8	8	0.3
13 ـ تعقيد إ. خ. ب. م.	5	13	8	3.76
15 ـ عدم ت. بحث أ. إ.	15	6	6	6*
17 ـ عدم ت. ب. أ. ب.	10	12	5	2.88
19 ـ نظرة م. س.	10	10	7	0.66
21 ـ البيئة ج. غير م.	2	12	13	8.21*
22 ـ غياب الحرية الأ.	13	7	7	2.65
24 ـ نقص خ. م. ب. ع.	20	5	2	20.61***
26 ـ غياب ت. ع. ج.	7	9	11	0.88
28 ـ عدم و. ع. ج. م.	2	11	14	8.65*
30 ـ عدم ت. م. ب.	4	5	18	13.54***
32 ـ عدم و. ه. ج. م.	7	9	11	0.88
34 ـ عدم تأمين ع. ك.	2	5	20	20.61***
36 ـ قلة اللقاءات ع. م.	1	11	15	12.04**
38 ـ عدم وضوح الرؤية	6	10	11	1.55

1 ـ عدم توفر الوسائل المساعدة على البحث.
3 ـ عدم توفر اعتمادات مالية لإنجاز البحث.
7 ـ الانشغال بأعمال أخرى لتحسين الدخل.
9 ـ غياب المراجع العلمية الحديثة.
11 ـ صعوبة التطبيق الميداني لنتائج البحوث.
13 ـ تعقيد الإجراءات الخاصة بالبحوث الميدانية.
15 ـ عدم التفرغ للبحث بسبب كثرة الأعمال الإدارية.
17 ـ عدم التفرغ للبحث لكثرة الأعمال البيداغوجية.
19 ـ نظرة المجتمع السلبية للبحث العلمي.
21 ـ البيئة الجامعية غير مشجعة على البحث.
22 ـ غياب الحرية الأكاديمية
24 ـ نقص الخبرة بمنهجية البحث العلمي.
26 ـ غياب التنافس العلمي في الجامعة.
28 ـ عدم وجود علاقة بين الجامعة والمؤسسات الأخر.
30 ـ عدم التشجيع المادي على البحث.
32 ـ عدم وجود هيئا جامعية متخصصة في البحث
34 ـ عدم تأمين العيش الكريم للباحث.
36 ـ قلة اللقاءات العلمية المتخصصة.
38 ـ عدم وضوح الرؤية لأولويات البحث في المجتمع

*** دالة عند مستوى 0.001 ** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01
* دالة إحصائيا عند مستوى 0.05

يتبيـن مـن الجدول رقم (4) الذي يعرض قيم كا² لدلالة الفروق بين تكرارات المعوّقات المادية لدى أساتذة العلوم الإنسانية، أن أكثر المعوّقات الماديـة التـي تحول دون القيام بالبحث العلمي، وكانت الفروق فيها دالة إحصـائيا لصـالح (كثـيرا + دائما) هي التي تشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 5، 9، 21، 28، 30، 34، 36.

أما المعوّقات المادية التي كانت الفروق فيها دالة إحصائيا لصالح (لا) فتشير إليها العبارتان التاليتان : 15، 24.

أمـا المعوّقـات التـي لم تكن الفروق فيها دالة إحصائيا فتشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية: 1، 3، 7، 11، 13، 17، 19، 22، 26، 32، 38.

ثانيا : نتائج المعوّقات الشخصية لأساتذة كليات العلوم الإنسانية :

الجدول رقم (5) يبين التكرارات وقيم كا² لدلالة الفروق في المعوّقات

الشخصية لعينة أساتذة العلوم الإنسانية.

العبارات	التـكـرارات			كا²
	لا	أحيانا + وسطا	كثيرا + دائما	
2 ـ التردد قبل ب. ب.	9	17	1	14.22***
4 ـ انخفاض د.ش.ب.ع.	4	18	4	15.07***
6 ـ الشعور ع. ج. إ. ب.	18	8	1	16.22***
8 ـ نقص الإيمان أ.ب.ع.	15	7	5	6.22*
10 ـ الانشغال ا. أ. ا.	4	19	4	16.65***
12 ـ نقص ق. م. ب.	9	14	4	5.54
14 ـ الافتقار ح. ت. و.	6	16	4	9.53**
16 ـ الخوف ر. البحث	17	8	2	12.66**
18 ـ توتر ن. بسبب أ. ا.	7	14	1	4.21
20 ـ مسايرة ز. ي. ب.	18	8	1	16.22***
23 ـ التأثر م. القائل	22	3	2	28.21***
25 ـ سيطرة ق.ت.ق.ب.	10	14	3	6.88*
27 ـ الضغوط ن. و. م.خ.	6	15	6	6*
29 ـ صعوبة ح. م. ج.ب.	13	11	2	7.92*
31 ـ الإحباط ض. ا. م.	4	12	11	4.21
33 ـ سيطرة ا. غير ع.	7	11	9	0.88
35 ـ شعوري ب. ج. م.	11	7	9	0.88
37 ـ عدم م. م. ب. ع.	17	7	3	11.55**

2 ـ التردد قبل البدء في البحث.
4 ـ انخفاض الدافع الشخصي للبحث العلمي.
6 ـ الشعور بعدم الجدارة لإنجاز البحث.
8 ـ نقص الإيمان بأهمية البحث العلمي.
10 ـ الانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعية.
12 ـ نقص القدرة على مواصلة البحث إلى نهايته.
14 ـ الافتقار إلى الحزم في تنظيم الوقت
16 ـ الخوف من رفض البحث من قبل جهة النشر
18 ـ التوتر النفسي بسبب الأوضاع الاجتماعية
20 ـ مسايرة الزملاء الذين لا يمارسون البحث
23 ـ التأثر بالمنطوق القائل : الجزائر ليست بلد العلم
25 ـ سيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث
27 ـ الضغوط النفسية بسبب وجود مشكلات خاصة
29 ـ صعوبة الحصول على موضوع جدير بالبحث.
31 ـ الإحباط لضعف استجابة المجتمع لنتائج البحث.
33 ـ سيطرة الاهتمامات غير العلمية.
35 ـ شعوري بأن الباحث الجاد منبوذ في الجامعة.
37 ـ عدم الميل إلى ممارسة البحث العلمي.

*** دالة عند مستوى 0.001 ** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01
* دالة إحصائيا عند مستوى 0.05

يتبيـن مـن الجدول رقم (5) الذي يعرض قيم كا² لدلالة الفروق بين تكـرارات المعوّقات الشخصية لدى أساتذة العلوم الإنسانية، أن المعوّقات الشخصـية التـي كانـت الفـروق فـيها دالة إحصائيا لصالح (أحيانا + متوسطا)، أي أنها تعوّق القيام بالبحث العلمي بدرجة متوسطة، تشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 2، 4 ، 10 ، 14 ، 25 ، 27.

أمـا المعوّقات التي جاءت الفروق فيها دالة إحصائيا لصالح (لا)، أي أنها لا تعوّق القيام بالبحث العلمي من وجهة نظر أساتذة العلوم الإنسانية، هي التي تشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 6، 8، 16، 20، 23، 29، 37.

أمـا المعوّقـات التـي لم تكن الفروق فيها دالة إحصائيا فتشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 12، 18، 31، 33، 35.

ثالثا : نتائج المعوّقات المادية لأساتذة كليات العلوم التجريبية :

الجدول رقم (6) يبين التكرارات وقيم كا² لدلالة الفروق في المعوّقات المادية لعينة أساتذة العلوم التجريبية.

العبارات	التـكـرارات			كا²
	لا	أحيانا + وسطا	كثيرا + دائما	
1 ـ عدم توفر و. م.	00	07	17	18.26***
3 ـ عدم توفر ا. مالية	00	5	16	19.14***
5 ـ نقص إمكانات النشر	4	10	9	2.68
7 ـ الانشغال أ. أ. ت. د.	9	7	8	0.25
9 ـ غياب المراجع ع.ح.	1	9	14	10.75**
11 ـ صعوبة ت.م.ن.ب.	2	7	15	10.75**
13 ـ تعقيد إ. خ. ب. م.	00	11	12	4.13
15 ـ عدم ت. ب. ك. أ.	5	12	7	3.25
17 ـ عدم التفرغ للبحث	2	17	5	15.75***
19 ـ نظرة المجتمع س.	7	8	8	0.08
21 ـ البيئة ج. غير م.	3	8	13	6.25*
22 ـ غياب الحرية الأ.	7	8	7	0.08
24 ـ نقص الخبرة م.	14	7	3	7.75*
26 ـ غياب التنافس ع.	2	11	10	6.34*
28 ـ عدم وجود ع.ج.م.	2	7	14	9.47**
30 ـ عدم التشجيع م.	00	3	19	28.45***
32 ـ عدم و. ه. ج. م.	5	7	11	2.42
34 ـ عدم تأ. ع. ك. ب.	1	4	18	21.48***
36 ـ قلة اللقاءات ع. م.	2	9	12	6.86*
38 ـ عدم وضوح ر.أ.ب.	5	5	13	5.56

1 ـ عدم توفر الوسائل المساعدة على البحث
3 ـ عدم توفر اعتمادات مالية لإنجاز البحث
7 ـ الانشغال بأعمال أخرى لتحسين الدخل
9 ـ غياب المراجع العلمية الحديثة
11 ـ صعوبة التطبيق الميداني لنتائج البحوث
13 ـ تعقيد الإجراءات الخاصة بالبحوث الميدانية
15 ـ عدم التفرغ للبحث بسبب كثرة الأعمال الإدارية
17 ـ عدم التفرغ للبحث لكثرة الأعمال البيداغوجية
19 ـ نظرة المجتمع السلبية للبحث العلمي
21 ـ البيئة الجامعية غير مشجعة على البحث
22 ـ غياب الحرية الأكاديمية
24 ـ نقص الخبرة بمنهجية البحث العلمي
26 ـ غياب التنافس العلمي في الجامعة
28 ـ عدم وجود علاقة بين الجامعة والمؤسسات الأخر
30 ـ عدم التشجيع المادي على البحث
32 ـ عدم وجود هيئات جامعية متخصصة في البحث

34 ـ عدم تأمين العيش الكريم للباحث
36 ـ قلة اللقاءات العلمية المتخصصة
38 ـ عدم وضوح الرؤية لأولويات البحث في المجتمع

*** دالة عند مستوى 0.001 ** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01
* دالة إحصائيا عند مستوى 0.05

يتبيـن مـن الجدول رقم (6) الذي يعرض قيم كا² لدلالة الفروق بين تكرارات المعوّقات المادية لدى أساتذة العلوم التجريبية، أن أكثر المعوّقات الماديـة التي تحول دون القيام بالبحث العـلمي، وكانت الفروق فيها دالة إحصـائيا لصـالح (كثـيرا + دائما) هي التي تشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 1، 3، 9، 11، 21، 26، 28، 30، 34، 36.

أمـا الفـروق الدالـة إحصائيا لصالح (أحيانا + متوسطا) فكانت في العبارة التي يشير إليها الرقم التالي : 17.

أمـا المعوّقـات التـي لم تكن الفروق فيها دالة إحصائيا فتشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 5، 7، 13، 15، 19، 22، 32، 38.

رابعا : نتائج المعوّقات الشخصية لأساتذة كليات العلوم التجريبية :

الجدول رقم (7) يبين التكرارات وقيم كا² لدلالة الفروق في المعوّقات الشخصية لعينة أساتذة العلوم التجريبية.

العبارات	التـكـرارات			كا²
	لا	أحيانا + وسطا	كثيرا + دائما	
2 ـ التردد قبل بدء البحث	6	12	6	3
4 ـ انخفاض د. ش. ب. ع.	8	9	7	0.25
6 ـ شعور بعدم ج. إ.ب.	13	7	3	*6.6
8 ـ نقص الإيمان أ.ب.ع.	13	5	5	5.56
10 ـ الانشغال ا. أ. ا.	6	12	6	3
12 ـ نقص القدرة م. ب.	6	12	6	3
14 ـ الافتقار ح. ت. و.	8	13	3	*6.25
16 ـ الخوف من ر. ب.	14	7	2	**9.47
18 ـ التوتر ن. أ. ا.	2	12	10	*7
20 ـ مسايرة ز. ي. ب.	13	8	3	*6.25
23 ـ التأثر م. القائل	14	9	1	**10.75
25 ـ سيطرة ق.ت.ق.ب.	12	9	1	*8.81
27 ـ ضغوط ن. و. م. خ.	4	15	5	**9.25
29 ـ صعوبة ح.م. ج. ب.	8	10	5	1.64
31 ـ الإحباط ض. ا. م.	7	6	9	0.63
33 ـ سيطرة ا. غير ع.	8	10	6	1
35 ـ شعوري ب. ج. م.	6	7	10	1.11
37 ـ عدم م. م. ب. ع.	11	8	4	3.2

2 ـ التردد قبل البدء في البحث.
4 ـ انخفاض الدافع الشخصي للبحث العلمي.
6 ـ الشعور بعدم الجدارة لإنجاز البحث.
8 ـ نقص الإيمان بأهمية البحث العلمي.
10 ـ الانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعية.
12 ـ نقص القدرة على مواصلة البحث إلى نهايته.
14 ـ الافتقار إلى الحزم في تنظيم الوقت.
16 ـ الخوف من رفض البحث من قبل جهة النشر.
18 ـ التوتر النفسي بسبب الأوضاع الاجتماعية.
20 ـ مسايرة الزملاء الذين لا يمارسون البحث.
23 ـ التأثر بالمنطوق القائل : الجزائر ليست بلد العلم.
25 ـ سيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث.
27 ـ الضغوط النفسية بسب وجود مشكلات خاصة.
29 ـ صعوبة الحصول على موضوع جدير بالبحث.
31 ـ الإحباط لضعف استجابة المجتمع لنتائج البحث.
33 ـ سيطرة الاهتمامات غير العلمية.
35 ـ شعوري بأن الباحث الجاد منبوذ في الجامعة.
37 ـ عدم الميل إلى ممارسة البحث العلمي.

*** دالة عند مستوى 0.001 ** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01
* دالة إحصائيا عند مستوى 0.05

يتبيـن مـن الجدول رقم (7) الذي يعرض قيم كا² لدلالة الفروق بين تكـرارات المعوّقات الشخصية لدى أساتذة العلوم التجريبية، أن المعوّقات الشخصـية التـي كانـت الفـروق فـيها دالة إحصائيا لصالح (أحيانا + متوسطا)، أي أنها تعوّق القيام بالبحث العلمي بدرجة متوسطة، فتشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 14، 18، 27.

أمـا الفـروق الدالـة إحصائيا لصالح (لا) فتشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 6، 14، 20، 23، 25

أمـا المعوّقـات التـي لم تكن الفروق فيها دالة إحصائيا، فتشير إليها العبارات ذات الأرقام التالية : 2، 4، 8، 10، 12، 29، 31، 33، 35، 37.

الفرض الثاني : تختـلف معوّقـات البحـث العلمـي باختلاف نوع المعوّقات شخصية ومادية، ونوع العلوم إنسانية وتجريبية.

أولا : نتائج الفروق بين أساتذة العلوم الإنسانية والعلوم التجريبية في المعوّقات المادية :

الجـدول رقم (8) يبين التكرارات وقيم كا² لدلالة الفروق بين أساتذة العلوم الإنسانية والعلوم التجريبية في المعوّقات المادية.

العبارات	ت.علمي	التـكـرارات			كا²
		لا	أحيانا +وسطا	كثيرا + دائما	
1	ع. إ.	00	7	17	5.2
	ع. ت.	5	8	14	
3	ع. إ.	8	5	14	*7.49
	ع. ت.	00	5	16	
5	ع. إ.	1	3	22	**10.86
	ع. ت.	4	10	9	
7	ع. إ.	9	12	6	1.41
	ع. ت.	9	7	8	
9	ع. إ.	2	8	17	5.28
	ع. ت.	1	9	14	
11	ع. إ.	10	8	8	*7.45
	ع. ت.	2	7	15	
13	ع. إ.	5	13	8	5.80
	ع. ت.	00	11	12	
15	ع. إ.	15	6	6	*8.72
	ع. ت.	5	12	7	
17	ع. إ.	10	12	5	6.09
	ع. ت.	2	17	5	
19	ع. إ.	10	10	7	0.47
	ع. ت.	7	8	8	
21	ع. إ.	2	12	13	0.8
	ع. ت.	3	8	13	

العبارات	ت.علمي	التكرارات			كا²
		لا	أحيانا +وسطا	كثيرا + دائما	
22	ع. إ.	13	7	7	1.34
	ع. ت.	7	8	7	
24	ع. إ.	20	5	2	1.39
	ع. ت.	14	7	3	
26	ع. إ.	7	9	11	2.71
	ع. ت.	2	11	10	
28	ع. إ.	2	11	14	0.54
	ع. ت.	2	7	14	
30	ع. إ.	4	5	18	*7.98
	ع. ت.	00	3	19	
32	ع. إ.	4	5	18	7.98
	ع. ت.	00	9	11	
34	ع. إ.	2	5	20	0.5
	ع. ت.	1	4	18	
36	ع. إ.	1	11	15	0.97
	ع. ت.	2	9	12	
38	ع. إ.	6	10	11	1.59
	ع. ت.	5	5	13	

ع. إ. : علوم إنسانية
ع. ت. : علوم تجريبية
ت. علمي : التخصص العلمي

*** دالة عند مستوى 0.001 ** دالة إحصائيا عند مستوى 0.01
* دالة إحصائيا عند مستوى 0.05

يتبين من الجدول رقم (8) أن الفروق الدالة إحصائيا في قيم كا² بين أساتذة العلوم الإنسانية وأساتذة العلوم التجريبية وبين الاختيارات الثلاثة في المعوّقات المادية كانت في العبارات التالية :

العبارة رقم 3 لصالح العينتين وعند الاختيار (كثيرا + دائما).
العبارة رقم 5 لصالح عينة العلوم الإنسانية وعند الاختيار (كثيرا + دائما).
العبارة رقم 11 لصالح عينة العلوم التجريبية وعند الاختيار (كثيرا + دائما).
العبارة رقم 30 لصالح العينتين وعند الاختيار (كثيرا + دائما).
العبارة رقم 32 لصالح العلوم الإنسانية وعند الاختيار (كثيرا + دائما).

أما المعوّقات المادية الأخرى فجاءت الفروق فيها غير دالة إحصائيا.

ثانيا : نتائج الفروق بين أساتذة العلوم الإنسانية والعلوم التجريبية في المعوقات الشخصية :

الجدول رقم (9) يبين التكرارات وقيم كا² لدلالة الفروق بين أساتذة العلوم الإنسانية والعلوم التجريبية في المعوّقات الشخصية.

العبارات	ت.علمي	التكرارات			كا²
		لا	أحيانا +وسطا	كثيرا + دائما	
2	ع. إ.	9	12	1	4.85
	ع. ت.	6	12	6	
4	ع. إ.	4	18	4	*7.22
	ع. ت.	8	9	7	
6	ع. إ.	18	8	1	3.84
	ع. ت.	13	5	5	
8	ع. إ.	15	7	5	0.30
	ع. ت.	13	7	3	
10	ع. إ.	4	19	4	2.17
	ع. ت.	6	12	6	
12	ع. إ.	9	14	4	0.96
	ع. ت.	6	12	6	
14	ع. إ.	6	16	4	0.63
	ع. ت.	8	13	3	
16	ع. إ.	17	8	2	0.03
	ع. ت.	14	7	2	
18	ع. إ.	7	14	6	3.75
	ع. ت.	2	12	16	
20	ع. إ.	18	8	1	1.61
	ع. ت.	13	8	3	
23	ع. إ.	22	3	2	4.94
	ع. ت.	14	9	1	
25	ع. إ.	10	14	3	1.74
	ع. ت.	12	9	1	
27	ع. إ.	6	15	6	0.25
	ع. ت.	4	15	5	
29	ع. إ.	13	11	2	2.33
	ع. ت.	8	10	5	
31	ع. إ.	4	12	11	2.17
	ع. ت.	7	6	9	
33	ع. إ.	7	11	9	0.52
	ع. ت.	8	10	6	
35	ع. إ.	11	7	9	1.19
	ع. ت.	6	7	10	
37	ع. إ.	17	7	3	1.15
	ع. ت.	11	8	4	

ع. إ. : علوم إنسانية
ع. ت. : علوم تجريبية
ت. علمي : التخصص العلمي

يتبيـن من الجدول رقم (9) أن الفروق الدالة إحصائيا في قيم كا² بين أسـاتذة العلوم الإنسانية وأساتذة العلوم التجريبية وبين الاختيارات الثلاثة في المعوّقات الشخصية كانت في العبارة التالية :

العـبارة رقـم 4 لصـالح العلـوم الإنسانية وعند الاختيار (أحيانا + متوسطا).

أما المعوّقات الشخصية الأخرى فلم تكن فيها الفروق دالة إحصائيا.

مناقشة نتائج البحث

الفرض الأول : توجـد معوّقات البحث العلمي المادية والشخصية من وجهة نظر أساتذة جامعة باتنة.

1 ـ المعوّقات المادية :

إن النـتائج المسـجلة في الجدولين رقمي (4، 6) والمتعلقة بالمعوّقات الماديـة لأساتذة العلوم الإنسانية وأساتذة العلوم التجريبية، تبين أن أساتذة العلوم الإنسانية (جدول : 4) ذكروا سبعة معوّقات ذات تأثير سلبي مرتفع (كثـيرا + دائمـا) علـى القـيام بالبحث العلمي وتتعلق بـ : النقص في إمكانات النشر، غياب المراجع العلمية، عدم تشجيع البيئة الجامعية للبحث، عدم وجود علاقة بين الجامعة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى، عدم

التشـجيع المـادي علـى البحـث، عدم تأمين العيش الكريم للباحث، قلة اللقـاءات العلمـية المتخصصة. وذكرت نفس العينة عاملين لا يسببان أية إعاقة (لا) للقيام بالبحث العلمي ويتعلقان بعدم التفرغ للبحث العلمي بسبب كثرة الأعمال الإدارية، نقص الخبرة بمنهجية البحث العلمي.

بيـنما ذكـر أساتذة العلوم التجريبية (جدول : 6) تسعة معوّقات مادية ذات تأثـير سلبي مرتفع (كثيرا + دائما) على القيام بالبحث العلمي تعلقت بـ : عدم توفر الوسائل المساعدة على البحث، عدم توفر اعتمادات مالية لإنجـاز البحث، غياب المراجع العلمية الحديثة، صعوبة التطبيق الميداني لنتائج البحوث، البيئة الجامعية غير مشجعة على البحث، عدم وجود علاقة بيـن الجامعـة والمؤسسات الجامعية الأخرى، عدم تشجيع الجامعة على البحـث ماديـا، عـدم تأميـن العيش الكريم للباحث، قلة اللقاءات العلمية المتخصصة. وذكرت نفس العينة معوّقين يؤثران سلبيا بدرجة متوسطة (أحـيانا + متوسـطا) على القيام بالبحث العلمي وهما عدم التفرغ للبحث بسـبب كثرة الأعمال البيداغوجية، غياب التنافس العلمي في الجامعة. كما ذكـرت معوّقـا واحدا لا يؤثر سلبا (لا) على القيام بالبحث العلمي وهو : نقص الخبرة بمناهج البحث العلمي.

هـذا من ناحية ومن ناحية أخرى، فقد اتفقت العينتان في ستة معوّقات مرتفعة في تأثيرها السلبي (كثيرا + دائما) على القيام بالبحث العلمي تتعلق بغـياب المراجع العلمية الحديثة، البيئة الجامعية غير مشجعة على البحث، عـدم وجـود علاقـة بيـن الجامعة والمؤسسات الجامعية الأخرى، عدم التشـجيع المـادي علـى البحـث، عدم تأمين العيش الكريم للباحث، قلة اللقـاءات العلمـية المتخصصة. مما يجعل نسبة الاتفاق بين العينتين في إدراك معوّقـات البحـث العلمـي 66.67 %، مما يعني أن إدراك أساتذة الجامعة لمعوّقات البحث العلمي ذات التأثير السلبي المرتفع متقارب كثيرا، بغـض الـنظر عـن الاختلاف في التخصص العلمي. مما يدل على أن مشـكلات البحـث العلمي في جامعة باتنة، ومن ثم الجامعة الجزائرية إذا عممنا نتائج البحث، ومتطلباته وإمكاناته المادية هي واحدة تقريبا.

واختلفـت العينتان في أربعة معوّقات ذات التأثير السلبي المرتفع على القـيام بالبحـث العلمـي وهي : النقص في إمكانات نشر البحوث (علوم إنسـانية). عدم توفر الوسائل المساعدة على البحث، عدم توفر اعتمادات مالـية لإنجـاز البحـث، صعوبة التطبيق الميداني لنتائج البحوث (علوم تجريبية).

وقد اتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة محمود عبد المولى 1986 حول التعلـيم العالـي والبحث العلمي في العالم الثالث والوطن العربي. ونتائج دراسـة سيد حسين وآخرون 1983 حول المعوّقات التي تعترض الأستاذ الجامعـي للقيام بالبحث العلمي في الجامعات العربية. ونتائج دراسة بلال 1991 حـول واقـع ومردود البحث العلمي العربي. مما يعني أن معوّقات البحـث العلمي تكاد تكون واحدة في البلدان العربية وبلدان العالم الثالث، وهذا نتيجة لسيطرة العقلية المتخلفة التي لا تعطي للعلم قيمة في حياتها ولا تحتكم إلى نتائجه، وبالتالي لا توفر له شروط القيام به، فيجد الباحث نفسه محاصـرا بالنبذ والتنكر، فيتوقف عن البحث أو يهاجر إلى البلدان الغربية أين يجد الظروف ملائمة للبحث، فيبتكر هناك ويترك بلاده في تخلفه.

2 ـ المعوّقات الشخصية :

إن النـتائج المسـجلة في الجدولين رقمي (5، 7) والمتعلقة بالمعوّقات الماديـة لأساتذة العلوم الإنسانية وأساتذة العلوم التجريبية، تبين أن أساتذة العلوم الإنسانية (جدول : 5) ذكروا ستة معوّقات ذات تأثير متوسط (أحيانا + متوسـطا) على القيام بالبحث العلمي، وتتعلق بـ : التردد قبل البدء في البحـث، وانخفاض الدافع لإجراء البحث، والانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعـية، والافـتقار إلى الحزم في تنظيم الوقت، وسيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث، والضغوط النفسية بسبب وجود مشكلات خاصة. وذكـروا سبعة معوّقات ليس لها أي تأثير (لا) على القيام بالبحث العلمي، وتـتعلق بـ : الشعور بعدم الجدارة لإنجاز البحث، نقص الإيمان بأهمية البحـث العلمـي، والخوف من رفض البحث من قبل جهة النشر، مسايرة الـزملاء الذيـن لا يمارسـون البحـث العلمي، التأثر بالمنطوق القائل : الجزائـر ليست بلدا للعلم، صعوبة الحصول على موضوع جدير بالبحث، وعدم الميل إلى ممارسة البحث العلمي.

أمـا المعوّقـات التي لم ترد فيها أي فروق فهي خمسة : نقص القدرة علـى مواصـلة البحـث إلـى نهايـته، التوتر النفسي بسبب الأوضاع الاجتماعـية، الإحـباط بسـبب ضعف استجابة المجتمع لنتائج البحوث، سـيطرة الاهـتمامات غـير العلمية، شعوري أن الباحث الجاد منبوذ في الجامعة.

بينما ذكر أساتذة العلوم التجريبية (جدول : 7) ثلاثة معوّقات لها تأثير متوسـط (أحـيانا + متوسـطا) على القيام بالبحث العلمي. وتتعلق بـ : الافـتقار إلـى الحـزم فـي تنظيم الوقت، التوتر النفسي بسبب الأوضاع الاجتماعية، الضغوط النفسية بسبب وجود مشكلات خاصة. وذكروا كذلك خمسـة معوّقـات لا تؤثـر (لا) على القيام بالبحث العلمي. وتتعلق بـ : الشـعور بعـدم الجدارة لإنجاز البحث، الخوف من رفض البحث من قبل جهـة النشر، مسايرة الزملاء الذين لا يمارسون البحث، التأثر بالمنطوق الـذي يقول : الجزائر ليست بلدا للعلم، سيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث.

أمـا المعوّقات التي لم ترد فيها فروق فهي عشرة وتتعلق بـ : التردد قـبل بدء البحث، انخفاض الدافع الشخصي لإجراء البحث، نقص الإيمان بأهمية البحث العلمي، الانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعية، نقص القـدرة على مواصلة البحث إلى نهايته، صعوبة الحصول على موضوع جديـر بالبحـث، الإحباط بسبب ضعف استجابة المجتمع لنتائج البحوث، سـيطرة الاهتمامات غير العلمية، شعوري بأن الباحث منبوذ في الجامعة، عدم الميل إلى ممارسة البحث العلمي.

اتفقت العينتان في معوّقين هما : الافتقار إلى الحزم في تنظيم الوقت، الضـغوط النفسـية بسـبب وجود مشكلات شخصية. واختلفتا في خمسة معوقـات وهي : التردد قبل بدء البحث، انخفاض الدافع الشخصي لإجراء البحـث، الانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعية، التوتر النفسي بسبب الأوضـاع الاجتماعية، سيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث. وبهذا تكـون نسـبة الاتفـاق بين العينتين في المعوّقات الشخصية هي : 29 % تقريـبا. مما يعني أن إدراك الأساتذة المشاركين في عينة البحث للمعوّقات الشخصية، يختلف باختلاف التخصصات الجامعية التي تدرسها كل عينة. لأن لكـل تخصص علمي جامعي خصوصياته وشروطه التي تظهر عند ممارسة البحث. وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع نتائج دراسات كل من الغبرا 1989 وزحلان 1990 وموسى 986.

إذن، تبين النتائج السابقة وجود مجموعة معوّقات تقف حائلا دون قيام الأستاذ الجامعي بالبحث العلمي. وبهذا يكون الفرض قد تحقق.

الفرض الثاني : تختـلف معوّقـات البحـث العلمـي باختلاف نوع المعوّقات شخصية ـ مادية، ونوع العلوم إنسانية ـ تجريبية.

أولا : المعوّقات المادية :

إن النـتائج المسجلة في الجدول رقم (8) تبين أنه لا توجد فروق كبيرة بين أساتذة العلوم الإنسانية وأساتذة العلوم التجريبية في إدراكهم المعوّقات الماديـة كانت. مما يدل على أن المعوّقات تقريبا هي واحدة عند الأساتذة مهما اختلفت مجالات بحوثهم العلمية. وهذا ما نلاحظه على العبارات

التالية : عدم توفر اعتمادات مالية لإنجاز البحوث (لصالح العينتين). نقص إمكانـات نشر البحوث العلمية (لصالح العلوم الإنسانية). صعوبة التطبيق الميدانـي لنـتائج البحوث (لصالح العلوم التجريبية). عدم تشجيع الجامعة ماديا على البحث (لصالح العينتين). عدم وجود هيئات جامعية متخصصة للبحـث. وهـذه العبارات كلها جاءت عند الاختيار كثيرا دائما، مما يعني تأثـيرها السـلبي القوي على القيام بالبحث العلمي. مما يعني أن المعاناة واحدة، لأن وضعية البحث العلمي واحدة.

ثانيـا : المعوقات الشخصية :

كمـا يتبين من النتائج المسجلة في الجدول رقم (9) والمتعلقة بالفروق بيـن أسـاتذة العلوم الإنسانية والعلوم التجريبية، أن كلا من أساتذة العلوم الإنسـانية وأسـاتذة العلـوم التجريبية يتأثرون بنفس الطريقة بمشكلاتهم الشخصية وحالاتهم النفسية أثناء شروعهم في القيام بالبحث العلمي. حيث أنه لم تظهر بينهم فروق في هذه المعوّقات إلا في بند واحدة، والمتعلق بـ : انخفاض الدافع الشخصي لإجراء البحث. لصالح أساتذة العلوم الإنسانية. وبعد هذه النتيجة يكون الفرض قد تحقق بمستوى ضئيل.

التوصيـــات :

وفقا للنتائج التي توصل إليها البحث، يوصي الباحث بما يلي :

1) توفير الوسائل المساعدة على البحث العلمي.
2) توفير المراجع العلمية الحديثة بالمكتبات الجامعية.
3) توفـير إمكانـات النشـر للبحوث الجامعية بإنشاء مجلات على مستوى كل كلية.
4) فـتح قـنوات الاتصـال بيـن الجامعة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى، حتى يتسنى لهذه المؤسسات أن تستفيد من الإمكانات العلمية لباحثين الجامعيين.
5) توفـير مـناخ جامعـي يبعث على الاتجاه نحو ممارسة البحث العلمي.
6) توفـير العـيش الكريم والمحترم للأستاذ الجامعي حتى يتسنى له التفرغ لممارسة البحث العلمي.
7) الإكـثار مـن اللقاءات العلمية كالملتقيات والندوات حتى يتسنى للأساتذة تبادل الخبرات والمعلومات فيما بينهم في مشكلات بحوثهم.

المـراجـــع

1. أحمد بدر. أصول البحث العلمي ومناهجه. وكالة المطبوعات ـ الكويت الطبعة الرابعة 1978.
2. أحلام حسن محمود وآخر. معوقات البحث العلمي النفسية وغير النفسية من وجهة نظر عضوات هيئة التدريس بالمدينة المنورة. دراسات تربوية تصدر عن رابطة التربية الحديثة ـ القاهرة المجلد السادس الجزء 35 عام 1991.
3. حامد عمار. مهمات البحث العلمي وأخلاقياته. المجلة المصرية للدراسات النفسية. عدد 15 يوليو 1996.
4. زكريا الشربيني. الإحصاء اللابارامتري في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. مكتبة الأنجلو المصرية 1990.
5. صالح بن إبراهيم الصنيع. المعوقات النفسية وغير النفسية للبحث العلمي لدى بعض أساتذة العلوم الاجتماعية السعوديين. المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي المجلد الثاني جامعة عين شمس ديسمبر 1996.
6. محمد محمد خليل. معوقات فاعلية معلمي الجامعة. مجلة علم النفس تصدرها الهيئة المصرية العامة للكتاب عدد 36 ديسمبر 1995.
7. مهـا إسـماعيل هاشـم. معوقات البحث العلمي النفسية وغير النفسية من وجهة نظر عضوات هيئة التدريس بكلية التربية بالمدينة المنورة ـ دراسة تحليلية. دراسات تربوية تصدر عن رابطة التربية الحديثة ـ القاهرة المجلد العاشر الجزء 73 عام 1994.
8. هادية محمد أبو كليلة. الإنتاجية العلمية لأعضاء هيئة التدريس المصريين العاملين بالخارج. مجلة كلية التربية بالمنصورة عدد 23 سبتمبر 1993.

الملـحـــق

أداة تقدير معوّقات البحث العلمي في الجامعة إعداد : د. بشير معمرية - قسم علم النفس جامعة باتنة

أولا : البيانات العامة

الجنس : ذكر ( ) أنثى ( ) العمر .....
الكلية ..... القسم .....
الشهادة العلمية : الدكتوراه ( ) الماجستير ( )
مكان أو بلد الحصول عليها .....
تاريخ الحصول عليها .....
التخصص العلمي .....
عدد سنوات الخبرة في مهنة التدريس الجامعي .....
الرتبة في المهنة : أ. مساعد ( ) أ. م. مكلف بالدروس ( )
أ. محاضر ( ) أ. التعليم العالي ( )
عدد البحوث المنشورة في مجلات محكمة ( )
عدد البحوث المقبولة للنشر في مجلات محكمة ( )
عدد البحوث في طور الإنجاز ( )
عدد البحوث المقدمة إلى ملتقيات وطنية ( )
عدد البحوث المقدمة إلى ملتقيات دولية ( )
عدد الكتب المنشورة ( )
عدد الكتب في طور الإنجاز ( )

تعليمات

أيتها الزميلة المحترمة أيها الزميل المحترم،
توجد عوامل تعوّق الأستاذ الجامعي عن القيام بالبحث العلمي، وتهدف هذه الأداة إلى التعرف عليها من خلال مساهمتكم في الإجابة عن عباراتها.
اقرأ كل عبارة جيدا، ثم ضع علامة × أمامها وتحت درجة وجود العامل المعوّق حسب وجهة نظرك. وهي : لا، أحيانا، متوسطا، كثيرا، دائما.

المطلوب أن تكون الإجابة جدية عن كل العبارات، من أجل الوصول إلى نتائج علمية موضوعية تفيد في تطوير البحث العلمي.

وشكرا لكم على تعاونكم

البـاحـــث

العـــبـارات	لا	أحيانا	وسطا	كثيرا	دائما
1 ـ عدم توفر الوسائل المساعدة على البحث	....	....	....	....	....
2 ـ التردد قبل البدء في البحث.	....	....	....	....	....
3 ـ عدم توفر اعتمادات مالية لإنجاز البحث.	....	....	....	....	....
4 ـ انخفاض الدافع الشخصي لإجراء البحث	....	....	....	....	....
5 ـ نقص إمكانات النشر.	....	....	....	....	....
6 ـ الشعور بعدم الجدارة لإنجاز البحث.	....	....	....	....	....
7 ـ الانشغال بأعمال أخرى لتحسين الدخل.	....	....	....	....	....
8 ـ نقص الإيمان بأهمية البحث.	....	....	....	....	....
9 ـ غياب المراجع العلمية الحديثة في المكتبات الجامعية.	....	....	....	....	....
10 ـ الانشغال بالالتزامات الأسرية والاجتماعية.	....	....	....	....	....
11 ـ صعوبة التطبيق الميداني لنتائج البحوث.	....	....	....	....	....
12 ـ نقص القدرة على مواصلة البحث إلى نهايته.	....	....	....	....	....
13 ـ تعقيد الإجراءات الخاصة بالبحوث الميدانية.	....	....	....	....	....
14 ـ الفقر إلى الحزم في تنظيم الوقت.	....	....	....	....	....
15 ـ عدم التفرغ للبحث بسبب كثرة الأعمال الإدارية.	....	....	....	....	....
16 ـ الخوف من رفض البحث من قبل جهة النشر.	....	....	....	....	....
17 ـ عدم التفرغ لبحث بسبب كثرة الأعمال البيداغوجية.	....	....	....	....	....
18 ـ التوتر النفسي بسبب الأوضاع الاجتماعية.	....	....	....	....	....
19 ـ نظرة المجتمع السلبية للبحث العلمي.	....	....	....	....	....
20 ـ مسايرة الزملاء الذين لا يمارسون البحث.	....	....	....	....	....
21 ـ البيئة الجامعية غير مشجعة على البحث	....	....	....	....	....
22 ـ غياب الحرية الأكاديمية.	....	....	....	....	....
23 ـ التأثر بالمنطوق القائل : الجزائر ليست بلد العلم.	....	....	....	....	....
24 ـ نقص الخبرة بمنهجية البحث.	....	....	....	....	....
25 ـ سيطرة القلق عند التفكير في القيام بالبحث.	....	....	....	....	....
26 ـ غياب التنافس العلمي في الجامعة.	....	....	....	....	....
27 ـ الضغوط النفسية بسبب وجود مشكلات خاصة.	....	....	....	....	....
28 ـ عدم وجود علاقة بين الجامعة والمؤسسات الاجتماعية الأخر.	....	....	....	....	....
29 ـ صعوبة الحصول على موضوع جدير بالبحث.	....	....	....	....	....
30 ـ عدم التشجيع المادي على البحث.	....	....	....	....	....
31 ـ الإحباط بسبب ضعف استجابة المجتمع لنتائج البحوث العلمية.	....	....	....	....	....
32 ـ عدم وجود هيئات جامعية متخصصة في البحث.	....	....	....	....	....
33 ـ سيطرة الاهتمامات غير العلمية.	....	....	....	....	....
34 ـ عدم تأمين العيش الكريم للباحث.	....	....	....	....	....
35 ـ شعوري بأن الباحث الجاد منبوذ في الجامعة.	....	....	....	....	....
36 ـ قلة اللقاءات العلمية المتخصصة.	....	....	....	....	....
37 ـ عدم الميل إلى ممارسة البحث العلمي.	....	....	....	....	....
38 ـ عدم وضوح الرؤية لأولويات البحث في المجتمع.	....	....	....	....	....

ألفت انتباه الزميلات والزملاء الأفاضل ، إلى أنه يمكنهم أن يضيفوا معوّقات أخرى لم ترد في القائمة.

.....

.....

.....

.....

علـــم نفـــس الحاســـوب ... نحـــو قـــراءة تصنيفيـــة (بحـــث نظـــري)

تصنيـــف ابتدائـــي لحقـــول علـــم نفـــس الحاســـوب

أ.د. فـــارس كمـــال نظمـــي – علـــم النفـــس – بغـــداد، العـــراق

fariskonadhmi@hotmail.com

الملخص : تشهد الحياة البشرية اليوم اضمحلال العلاقات الاجتماعية، واختزالاً في زمنها وضغطاً متزايداً على حياة كل إنسان. فالعلم يسير بسرعة جنونية ومصطحباً معه تكنولوجيا سريعة ما تلبث أن تضع كل يوم ما هو جديد وأكثر عملية لحياة مستقبلية تبعد كل البعد عن الاسترخاء ولو للحظات قليلة. ولكن لا بد من التمييز بين العلم ونشاط العلم. فغالباً ما تحدث خلط بين مكتشفات العلم التي هي حيادية، ونشاط العلم الذي هو غير حيادي. فالتكنولوجيا المنبثقة عن العلم والمتداخلة معه، هي قبل كل شئ نتاج إنساني اجتماعي، ولا يمكن أن يكون لها استقلال ذاتي عن نوع الأبنية المجتمعية المحيطة بها. فنوع المجتمع الذي يظهر فيه هذا العلم هو الذي يحدد ما إذا كان هذا العلم سيسير في اتجاه عدواني أم في اتجاه يستهدف إسعاد الإنسان. فلا يمكن إذن الجزم بأن التكنولوجيا تمتلك في ماهيتها خاصية إحداث الاختلال النفسي الحتمي في الإنسان، بل إن الأمر يتعلق أكثر بالكيفية التي يتم بها توظيف هذه التكنولوجيا تبعاً لأنماط العلاقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية السائدة. ولذلك كان من المتوقع أن يفرز المجتمع البشري (الذي يسوده في الوقت الحاضر نمط العلاقات الرأسمالية القائمة على الاستغلال) أشكالاً جديدة من الضغوط النفسية على الإنسان لم يعرفها في العصور السابقة، تلك هي شعوره بالإنهاك النفسي أمام سيول ثورة المعلومات التي تفوق في سرعة تدفقها وتطورها قدرة جهازه النفسي على التكيف إدراكياً وانفعالياً مع هذا الكم الهائل من منبهات، عليه أن يتعامل معها ليظل متصلاً بركب الحضارة. ومن هنا توجب على علم النفس بحقوله المتنوعة أن يشرع بممارسة دوره الإنساني البناء في التعامل مع الوقائع التي أتى بها التطور التكنولوجي، لصالح تعزيز المضامين الإيجابية لهذا التطور، والتخفيف من مضامينه السلبية في الحياة النفسية للبشر، إذ باشر "علم نفس الحاسوب" دراساته في الغرب منذ سبعينات القرن الماضي، مراكماً كماً معرفياً ثرياً في هذا الميدان. أما المجتمعات النامية فما تزال تفتقر بشكل نسبي أو مطلق لوجود هذا الحقل المعرفي، لأسباب تتعلق بتخلفها التكنولوجي والعلمي. ونظراً للتطور الملحوظ الذي شهده المجتمع العراقي في السنوات الأخيرة في استخدام الحواسيب وشبكات المعلومات، تبرز الحاجة إلى المبادرة السريعة بتنمية ثقافية نفسية تلازم عملية التطور هذه، وتصولها قدر الإمكان من التأثيرات السلبية التي يمكن أن تنجم عنها. ولعل البحث النظري الحالي يمكن أن يعد رائداً في هذا المضمار على مستوى دراسات علم النفس في العراق، من خلال مراجعته للأدبيات السابقة المتخصصة في سيكولوجية استخدام تكنولوجيا المعلومات، ومحاولة تبويب المفاهيم والمتغيرات والمقاييس والدراسات الواردة فيها مستهدفاً : اقتراح تصنيف ابتدائي للحقول المتنوعة التي تتفرع عن علم نفس الحاسوب، إذ يمكن لهذا التصنيف أن يكون نواة أكاديمية قابلة للتعديل والتطوير، كما يمكن أن يصبح نقطة انطلاق للقيام لاحقاً بدراسات ميدانية للظواهر الواردة فيه، ضمن التخصصات النفسية الفرعية ذات الصلة. وتحددت مساحة هذا البحث بما تم مراجعته من أدبيات نفسية عربية وأجنبية متخصصة بمفاهيم البحث، تراوحت تواريخ إصدارها بين العامين (1977-2001) م.

وقد تم التوصل إلى هذا التصنيف الابتدائي، على أساس ثلاثة حقول في علم النفس، هي: (1) الدراسات السريرية والإرشادية / (2) الدراسات النفسية الاجتماعية / (3) دراسات الشخصية؛ بعد أن صُنف كل حقل منها إلى ثلاثة مباحث، هي : (أ) مفاهيم / (ب) أدوات قياس / (ج) أمثلة لدراسات.

وبناءاً على مضامين هذا التصنيف الابتدائي، فضلاً عما تم تناوله ومناقشته من تنظيرات وأفكار، جرى التوصل إلى توصية نظرية أساسية، وعدد من التوصيات الإجرائية، من بينها : توجيه طلبة الدراسات العليا في أقسام علم النفس للاهتمام بعلم نفس الحاسوب سواء في بحوثهم أثناء السنة التحضيرية أو في رسائلهم وأطاريحهم.

الفصـــل الأول : مدخـــلات البحـــث

1.1 أهميـــة البحـــث

1.1.1 بعـــض المضـــامين النفســـية الاجتماعـــية للـــتطور التكنلوجي

التكنولوجيا (*) Technology هي الأدوات والوسائل التي يستعين بها الإنسان لإكمال قواه وقدراته، وتلبية تلك الحاجات التي تظهر في إطار ظروفه الاجتماعية ومرحلته التاريخية الخاصة. وإذا كان العلم يعد معرفة نظرية، فان التكنولوجيا هي تطبيق لهذه المعرفة النظرية في مجال العمل البشري. وقد شهد العصر الحديث تحالفاً وثيقاً بين العلم والتكنولوجيا، إذ أصبح كلاهما يؤدي إلى تطوير الآخر في حلقة محكمة من التأثيرات المتبادلة غير النهائية. (زكريا، 1977، ص 176، 188).

وقد توج سعي الإنسان المعاصر لإخضاع الطبيعة بواسطة التكنولوجيا بالنجاح إلى حد كبير، ولكن على حساب خضوعه لهذه القوى التكنولوجية المتعاظمة والمتجاوزة لذات الفرد نحو غايات اغترابية لا

تعرف لها ملامح، إذ اصبح الفرد يواجه آلات ضخمة غير مفهومة وغير شخصـية، تـبلغ من القوة والضخامة حداً يملؤه إحساساً بالعجز (فيشر، 1980، ص 135). فولـّد هذا التنافر العميق بين الإنسان ومخلوقاته (أي التكنولوجـيا) التي تستعبده وتحوله إلى مجرد شيء، اختلالاً في التوازن النفسي الاجتماعي. فالمجتمع البشري الحديث هو حصيلة ثنائية من الهيمنة والاغـتراب التـي يعـرّض المجـتمع التكنولوجـي النفس الإنسانية لها (كاميليري، 1984، ص 38). فالبشرية اليوم، حسب رأي عالم الاجتماع Alvin Toffler، تشهد اضمحلال العلاقات الاجتماعية واختزالاً في زمنها وضـغطاً مـتزايداً علـى حـياة كل إنسان. فالعالم يسير بسرعة جنونية ومصـطحباً معه تكنولوجيا سريعة ما تلبث أن تضع كل يوم ما هو جديد ولكـثر عمليـةً لحياة مستقبلية تبتعد كل البعد عن الاسترخاء ولو للحظات قليلة، إذ أن التسارع التكنولوجي في الوقت الحاضر وفي المستقبل سيخلق أجيالاً جديدة تصاب بما يسميه Toffler "**صدمة المستقبل**" Future Shock ، التـي يعرفها بأنها المحنة البدنية والنفسية التي تنجم عن تحميل كل نظم التكيف البدني وعمليات صنع القرارات في الكائن البشري فوق طاقتها؛ أو إنهـا الاسـتجابة البشـرية لأقصى درجات التنبيه؛، أو إنها مرض نفسي أصبحت تعاني منه أعداد متزايدة من البشر كل يوم بسبب عدم القدرة على التكيف للتغير السريع (سلمان، 1986، ص 36-38).

وهنا يبرز السؤال الآتي : **هل إن هذا الاختلال النفسي الاجتماعي الذي يشهده عالم اليوم هو نتاج حتمي للتطور التكنولوجي؟ أم إنه نتاج للأسلوب الرأسمالي الذي يوظف تلك التكنولوجيا لتكديس أرباحه، ولو على حساب استنزاف الطاقة النفسية للإنسان؟**

إن أي محاولة للإجابة عن هذا السؤال، لا بد أن تبدأ أولاً بالتمييز بين العلم ونشاط العلم. فغالباً ما يحدث خلط بين **مكتشفات العلم** التي هي **حيادية**، و **نشاط العلم** الذي هو **غير حيادي** (برونوسكي، 1989، ص 100). فالتكنولوجيا المنبثقة عن العلم والمتداخلة معه، هي قبل كل شئ نتاج إنساني اجتماعي، ولا يمكن أن يكون لها استقلال ذاتي عن نوع الأبنية المجتمعية المحيطة بها. فنوع المجتمع الذي يظهر فيه هذا العلم هو الذي يحدد ما إذا كان هذا العلم سيسير في اتجاه عدواني أم في اتجاه يستهدف إسعاد الإنسان (زكريا، 1977، ص 188).

بصياغة أخرى : تعد التكنولوجيا نتاجاً تطبيقياً للعلم، أي نشاطاً له. فلا يمكن إذن الجزم بأنها تمتلك في ماهيتها خاصية إحداث الاختلال النفسي الحتمي في الإنسان، بل إن الأمر يتعلق أكثر بالكيفية التي يتم بها توظيف هذه التكنولوجيا تبعاً لأنماط العلاقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية السائدة. ولذلك كان من المتوقع أن يفرز المجتمع البشري (الذي يسوده في الوقت الحاضر نمط العلاقات الرأسمالية القائمة على الاستغلال) أشكالاً جديدة من الضغوط النفسية على الإنسان لم يعرفها في العصور السابقة، تلك هي شعوره **بالإنهاك النفسي** أمام سيول ثورة المعلومات التي تفوق في سرعة تدفقها وتطورها قدرة جهازه النفسي على التكيف إدراكياً وانفعالياً مع هذا الكم الهائل من منبهات عليه أن يتعامل معها ليظل متصلاً بركب الحضارة.

أما من الناحية المعرفية، فعلى الرغم مما أتاحته تكنولوجيا الاتصالات من إمكانية الانتشار الكمي والنوعي الهائل للمعلومات على مساحة الكرة الأرضية، إلا أن هناك توجهاً بين بعض الباحثين الغربيين يحذر من **مخاطر المعلوماتية**، إذ يؤكد Breen 1997 : "المعلومات Information لا تساوي المعرفة Knowledge". ويستطرد : إن هناك شرخاً في المعرفة العقلية لعالم اليوم (يسميه **بالعالم ما بعد الحديث** Postmodern world)، لأنه (أي عالم اليوم) ركّز على معلوماتية غير واعية بتاريخها، وحدّ من المعرفة إلى الحد الذي أصبحت فيه المعرفة بحد ذاتها مهددة. فالمعلومات في عصر المعلومات أصبحت منفصلة عن تأريخها، وسبباً في إحداث فجوة في المعرفة يصاحبها غياب النقد البنّاء (Breen، 1997). وهذا التوجه الفكري ليس بمعزل عما سبق أن نبه إليه "إريك فروم" Erich From (1900-1979) م في كتابه "الخوف من الحرية" 1942 م : "تأكدوا أن التفكير بدون معرفة الحقائق يظل فارغاً وخيالياً، ولكن المعلومات وحدها يمكن أن تشكل عقبة في وجه التفكير تماماً مثل عدم وجودها" (فروم، 1972، ص 198).

وفي مقابل ذلك، يقف توجه آخر، إذ توصلت دراستان قام بهما Rosen & Weil 1999، 2000 على عينة من الأطفال والمراهقين، إلى أن ازدياد استخدام شبكة الإنترنت من أفراد هذه العينة يرافقه نقصان في سوء السلوك لديهم. إلا أنه ظهر أيضاً أن ازدياد استخدام الألعاب الإلكترونية يرافقه ازدياد في سوء السلوك، مع ظهور صعوبات شديدة في الانتباه داخل غرف الصف الدراسي (Rosen & Weil، 2001، p. 10).

1.1.2 ضـــرورات البحـــث الحالـــي :

مما تقدم من معطيات نفسية و سوسيولوجية وحضارية، يمكن استنتاج ثلاث نقاط تتصل بعمل المختص في علم النفس، هي :

1) لا يمكـن الجزم بأن التكنولوجيا (في ماهيتها) لابد أن تمارس بالمحصلة تأثيراً انفعالياً سلبياً في الإنسان، بل أن الأمر يتعلق أكثر بالأسـلوب الذي يتم به توظيف هذه المعطيات التكنولوجية في حياة الفـرد؛أي بشبكة العلاقات المجتمعية التي تحدد علاقة الإنسان بكل الـرموز الطبيعـية والاجتماعية المحيطة به : أهي علاقة اغتراب وقلق، أم علاقة انتماء وأمن؟!

2) ينبغي تجنب الانبهار المتسرع بما حققته تكنولوجيا المعلومات، لأن المعلومـات لا تسـاوي المعـرفة بالضرورة، إذ انتشرت في السـنوات الأخـيرة حمى الحاسوب والإنترنت والبريد الإلكتروني، بوصـفها أسـلوباً جديداً للحياة، يعده الكثير من الناس معياراً لقياس تطـور الشخصية وكفايتها ونجاحها. إلا أن هذه الدعوة للتريث، لا تعني دعوة للوقوف بوجه هذه الثورة التكنولوجية، فكل الاختراعات البشـرية فـي الـتاريخ (ومنها القطار والسيارة والطائرة والهاتف والـتلفاز) كـان لهـا إيجابـياتها وسلبياتها على المستويات البيئية والصـحية و السوسـيولوجية والنفسـية. إنها إذن دعوة للتعامل الموضـوعي مع المخرجات النفسية المتناقضة التي تمخضت عنها ثورة المعلومات.

3) بـناءاً على النقطتين أعلاه، يمكن لعلم النفس بحقوله المتنوعة أن يمارس دوره الإنساني البنّاء في التعامل مع الوقائع التي أتى بها التطور التكنولوجي، لصالح تعزيز المضامين الإيجابية لهذا التطور، والتخفـيف من مضامينه السلبية في الحياة النفسية للبشر. ويمكن أن يتضح هذا الدور من خلال ما يأتي من وظائـف :

أ) تحديـد **العوامل النفسية الضاغطة التي تعرقل تقبل الأفراد لاستخدام الحاسوب** وغـيره من وسائل تكنولوجيا المعلومات في تطويـر نشاطاتهم المهنية بكافة أنواعها، والعمل على إزالة هذه المعرقلات.

ب) الكشـف عـن **التأثيرات المعرفية والانفعالية السلبية** التي يولـّدهـا اسـتخدام الحاسـوب وغـيره مـن وسائل تكنولوجيا المعلومـات فـي الفـرد، على المديين القريب والبعيد، وتحديد الأسـاليب السلوكية المثلى للتعامل مع هذه الآلات للتقليل من تلك التأثيرات.

ج) الـتعرف علـى **التأثيرات الإيجابية** التـي يمكن أن يحدثها اسـتخدام الحاسـوب وغيره من وسائل تكنولوجيا المعلومات في النشاطات المعرفية والانفعالية والاجتماعية للإنسان، والعمل على تصميم البرامج الخاصة بتنمية هذه التأثيرات وتعزيزها.

ء) التأكـيد علـى **مبدأ الفروق الفردية في التعامل مع الحاسوب** وغيره من وسائل تكنولوجيا المعلومات. ويعني هذا وضع الأسس العلمية لعملية تصنيف الأفراد على وفق خصائصهم المعرفية

والشخصـية، سـعياً لتحديد الاختصاصات المهنية الملائمة لهم، والتي أصبح استخدام الحاسوب عنصراً أساسياً فيها.

هـ ـ) توظـيف **الهندسة البشرية** لتحسين مواصفات الحاسوب، تحقيقاً لراحة الإنسان نفسياً وبدنياً أثناء استخدامه لهذه الآلة.

وإذا كان "**علم النفس الحاسوب**" Computer Psychology في الغرب، قد باشر دراساته منذ سبعينات القرن الماضي، مراكماً كماً معرفياً ثرياً في هذا الميدان، فإن المجتمعات النامية ما تزال تفتقر بشكل نسبي أو مطلق لوجود هذا الحقل المعرفي، لأسباب تتعلق بتخلفها التكنولوجي والعلمي. ونظراً للتطور الملحوظ الذي شهده المجتمع العراقي في السنوات الأخيرة في استخدام الحواسيب وشبكات المعلومات، تبرز الحاجة إلى المبادرة السريعة بتنمية ثقافية نفسية تلازم عملية التطور هذه، وتصونها قدر الإمكان من التأثيرات السلبية التي يمكن أن تنجم عنها. ولعل البحث النظري الحالي يمكن أن يعدّ رائداً في هذا المضمار على مستوى دراسات علم النفس في العراق، من خلال مراجعته للأدبيات السابقة المتخصصة في سيكولوجية استخدام تكنولوجيا المعلومات، ومحاولة تبويب المفاهيم والمتغيرات الواردة فيها ضمن تصنيف ابتدائي، له تعريفاته ومحدداته ومراجعه ومقاييسه، إذ يمكن لهذا التصنيف أن يكون نواة أكاديمية قابلة للتعديل والتطوير، يستعين بها الباحثون النفسانيون العراقيون، ممن يسعون إلى تأسيس مبحث معرفي وثقافي في بلادهم. كما يمكن أن يصبح نقطة انطلاق للقيام لاحقاً بدراسات ميدانية للظواهر الواردة فيه، ضمن التخصصات النفسية الفرعية ذات الصلة.

1.2- هـــدف البحـــث

انطلاقـاً من الوظائف الخمسة التي يضطلع بها علم النفس في التعامل مع معطيات تكنولوجيا المعلومات (والتي تم التوصل إليها في فقرة أهمية البحـث)، يسـعى البحـث الحالي إلى الإسهام في **تأسيس ثقافة نفسية مختصة بسلوك التعامل مع الحاسوب**، مستهدفاً : اقتراح "**تصنيف أبتدائي للحقول المتنوعة التي تتفرع عن علم نفس الحاسوب**".

1.3- حـدود البحـــث

تحددت مساحة البحث النظري الحالي بما تمت مراجعته من أدبيات نفسية عربية وأجنبية متخصصة بمفاهيم البحث، تراوحت تواريخ إصدارها بين العامين (1977-2001) م .

1.4- مصطلحـــات البحـــث

- **1.4.1 تصنيـــف** Classification

تـتوافر تعـريفات متـ ـنوعة لمفهوم "**التصنيف**" في المعاجم اللغوية والاجتماعـية. وقـد ارتأى الباحث تبني التعريف الآتي الوارد في "معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية"، لكونه يتفق مع متطلبات البحث الحالي :

"عمـلية تصنيف البيانات إلى فئات، لتسهيل فهم هذه البيانات وتحليلها" (بدوي، 1982، ص64)

أما مصطلح "تصنيف ابتدائي"، فيقصد به أن هذا التصنيف هو اقتراح أولي أو نقطة ابتداء لتبويب حقول دراسات علم نفس الحاسوب، بأسلوب قابل للتطوير والتعديل، وصولاً إلى تصنيف اكثر شمولاً، من خلال تراكم البحوث مستقبلاً.

- **1.4.2 علم نفس الحاسوب** Computer Psychology

بعد مراجعة الباحث للأدبيات المتخصصة بموضوع البحث الحالي، لم يقع على تعريف محدد لعلم نفس الحاسوب بالرغم من كثرة التطرق إليه، لأن التركيز في هذه الأدبيات جاء منصباً على الحقول والمفاهيم الفرعية المتخصصة لهذا العلم، لا على مفهومه العام. ولذلك سعى الباحث لصياغة التعريف الآتي، مستدلاً عليه من التصنيف الابتدائي الذي سيتم عرضه لاحقاً :

"أحد فروع علم النفس، يدرس علاقة الفرد بالحاسوب الإلكتروني، في جوانبها المعرفية والانفعالية والسلوكية، ضمن عدد من الحقول الفرعية، كعلم النفس السريري، وعلم النفس الإرشادي، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم نفس الشخصية".

- أما مصطلحات البحث الأخرى : "**الضغط التكنولوجي**"، "**الاتجاهات نحو الحاسوب**"، و"**الأنماط النفسية**"، و"**فاعلية الذات**"، فسيكتفي بتقديمها وتعريفها تباعاً في الفصل الثاني من البحث، تحاشياً لتكرارها، وحفاظاً على انسيابية البحث.

2- الفصـل الثانـــي : مخرجـــات البحـــث

2.1 - تصـنيف ابتدائـي مقـترح لحقـول دراسـات علـم نفـس الحاسوب

بـناءاً على المعطيات التي تم جمعها ضمن إطار حدود البحث وهدفه، تـم التوصل إلى التصنيف الابتدائي أدناه، على أساس ثلاثة حقول في علم النفس، وعلى النحو الآتي :

2.1.1- حقـل الدراسـات السريريـة والارشاديـة

نشأت الحاجة إلى البحوث في هذين الحقلين، من حقيقة أن الكثير من الناس (لاسيما الكبار) يجدون أن تعلم استخدام تكنولوجيا الحاسوب يعد أمراً مخيفاً وصادماً Traumatic، مما يجعلهم يشعرون بالافتقار إلى القدرة المناسبة لتطوير مهاراتهم في هذا الميدان، فيتجنبون بقوة استخدام الحواسيب (Rusell، 1996 ، pp . 2-1) .

(أ) مفـاهيـم:

- **الضغـط التكنولوجـي Technostress**

يقف هذا المفهوم في بداية المفاهيم التي تدرس في هذين الحقلين. وقد عرفه Brod 1948 بالآتي :

"مرض معاصر من أمراض التكيف النفسي، ينجم من عدم القدرة على التعامل مع تكنولوجيا الحاسوب الحديثة بطريقة صحيحة" (Brod,1948).

ويظهر هذا المرض بطريقتين متميزتين ومرتبطتين ببعضهما :

- في الكفاح Struggle من اجل تقبل تكنولوجيا الحاسوب.
- فـي الـتوحد المفـرط over identification مـع تكنولوجيا الحاسوب . (Brod، 1984)

ويحدد Brod 1984 أعراض الضغط التكنولوجي بقوله أن العرض الرئيس لدى أولئك الذين يعانون من الصراع أو الكره أو الخوف من الحاسوب هو القلق anxiety . وهذا القلق يتم التعبير عنه بطرائق كثيرة منها : حدة الطبع irritability، أو الصداع headache، أو الكوابيس nightmares، أو مقاومة resistance تعلم تقنيات الحاسوب، أو رفض تام outright rejection للتكنولوجيا (Brod، 1984).

وقـد أطلـق الباحثون لاحقاً مسميات أخرى مرادفة لمفهوم «الضغط التكنولوجي»، منها :

- رهاب التكنولوجيا Technophobia
- رهاب الحاسوب Computer phobia
- قلق الحاسوب Computer Anxiety
- ضغط الحاسوب Computer press
- الرهاب السبراني Cyberphobia
- الاتجاهـات السـلبية نحـو الحاسوب Negative Computer Attitudes
- النفور من الحاسوب Computer Aversion (Hudiburg, 1999 p1)

(ب) أدوات قيـــاس :

- **مقياس المشاحنات مع الحاسوب** Computer Hassles Scale

المؤلف: Hudiburg 1995

يتألف من مقياسين فرعيين، ويقيس المشكلات الضاغطة الناتجة عن خصائص الحاسوب نفسه، والتي يمكن أن تواجه الفرد عند استخدام الحاسوب (Hudiburg 1995)

- **اختبـار قلـق الحاسـوب Computer Anxiety Test**

المؤلفون : Simonson etal, 1987

استخدم لقياس قلق الحاسوب لدى طلبة الجامعة قبل وبعد انتهاء المقرر الدراسي المخصص لتعليم استخدام الحاسوب (Simonson etal, 1987).

- **مقـياس تـقدير قلـق الحاسـوب Computer Anxiety Rating Scale** [CARS–C]

المؤلفون: Rosen etal, 1985, 1988

تتألف الصورة © من هذا المقياس من (20) فقرة، و (5) بدائل للاستجابة. وطبق على عينات متنوعة في أكثر من (22) بلداً (Rosen etal, 1985, 1988).

(ج) أمثلـــة لدراســـات :

- بينـت دراسـة Applebaum & Primmer 1990 أن النفور من وجود الحواسيب ينجم عنه ردود أفعال ذات طبيعة فزيولوجية، إلا أن رد الفعـل الأكـثر شيوعاً هو ظهور حالة من القلق تؤدي إلى تجنب الحواسيب كلما كان ذلك ممكناً (Applebanm & Primmer 1990) .
- توصلت دراسة Arnetz & Berg 1993 إلى أن الغدة الكظرية تـزيد من إفراز "الأدرينالين" Adernaline و "النورادرينالين" أثناء عمل الأشخاص مع الحاسوب. كما أشارت دراسة (Muter etal, 1993) إلى ازدياد معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم وازدياد مستوى التوصيل في الجلد لدى الأفراد عند إنجازهم لمهمات معينة باستخدام الحاسوب. ولاحظت دراستان أخريان لـ Emurian 1991;1993 أن التقلصات العضلية تزداد أثناء استخدام الحاسوب (Hudiburg, 1999, pp2-3) وتعد جميع هذه الأعراض الفيزيولوجية مؤشرات على الضغوط النفسية التي يسببها استخدام الحاسوب.
- أشـارت دراسـة Hudiburg 1995 إلى أن الطلبة الذين سجلوا درجات عالية على مقياس المشاحنات مع الحاسوب، أظهروا مستوى عال من أعراض القلق والشكاوى الجسدية، مما يعني أنهم يعانون من درجة عالية من الضغوط التكنولوجية (Hudiburg, 1995).

2.1.2 - حقل الدراسات النفسية الاجتماعية

انطلقت الدراسات المبكرة في هذا الحقل من الرغبة في معرفة اتجاهات الناس نحو الحاسوب، في محاولة للتعرف على الطريقة التي سيتصرف بها المجتمع عموماً نحو تكنولوجيا الحاسوب (Landry etal, 1996, p3) .

(أ) مفاهيـــم :

- **الاتجاهات نحو الحاسوب Computer Attitudes**

عرّفها Varank 2001 بأنها "استعداد تقويمي evaluative disposition للحواسيب" (Varank 2001).

(ب) ادوات قياس :

- **مقياس الاتجاهات نحو الحاسوب Computer Attitude scale(CAS)**

المؤلفان: Loyd & Gressard 1985

صمم هذا المقياس لقياس اتجاهات الطلبة نحو تعلم استخدام الحاسوب، ونحو استخدامه. (Loyd & Gressard, 1985).

- **مقياس الاتجاهات العامة نحو الحواسيب** General Attitudes Towards Computers (GATCS-C)

المؤلفون : Sears & Rosen & Weil 1985, 1988

تتألف الصورة © من هذا المقياس من (20) فقرة تقيس اتجاهات متنوعة نحو الحواسيب والتكنولوجيا، على مدرج للاستجابات من (5) بدائل. طبق هذا المقياس على عينات متنوعة في أكثر من (22) بلداً (Sears etal, 1985-1988).

- **مسح الأفكار الناجمة عن التعامل مع الحاسوب Computer Thoughts Survey** (CTS-C)

المؤلفان : Weil & Rosen 1988

تتألف الصورة © من هذا المقياس من (20) فقرة تقيس أفكاراً معينة تظهر لدى الناس عند عملهم مع التكنولوجيا أو عندما يفكرون بالعمل معها. يتكون مدرج الاستجابات من (5) بدائل. طبق هذا المقياس على أكثر من (12000) فرداً في أكثر من (22) بلداً (Weil &Rosen, 1988).

(ج) امثـــل لدراســـات

- توصلت دراسة Ahl 1975 إلى أن الناس يشعرون أن الحواسيب أدت إلـى انخفاض في عدد فرص العمل المتاحة، وقللت من إنسانية المجتمع (Ahl, 1975).
- أظهرت الاستبانة الهاتفية التي قامت بها دراسة Shaw 1984 أن نسبة مئوية كبيرة من الناس يشعرون أن الحاسوب سوف يطور نوعية الحياة، إلا أنهم يشعرون ايضاً أن تكنولوجيا الحاسوب قد تغدو تهديداً لفرصهم في العمل ولخصوصيتهم الشخصية (Shaw, 1984).
- تمكنـت العديـد مـن الدراسات، ومن بينها دراسة لـ Cohen 1983-1984 أن تحـدد مدى واسعاً من اتجاهات الطلبة تراوحت بين المدمنيـن علـى الحاسوب والمصابين بالرهاب منه (Cohen, 1983-1984)

2.1.2- حقـل دراســات الشخصيـــة

يستمد هذا الحقل أهميته من حقيقة أن التدريب واكتساب المهارات الفنية الخاصة باستخدام الحاسوب لا يكفي على الدوام لإقامة علاقة ناجحة بين الإنسان والحاسوب، بل توجد إلى جانب ذلك عوامل أخرى تتعلق بشخصية الفرد، مما يتطلب دراسة هذه العوامل لتحديد علاقتها بالشروط المعرفية والانفعالية التي يقتضيها استخدام الحاسوب بطريقة إيجابية من الناحيتين النفسية والتكنولوجية.

(أ) مفاهيـــم :

- **الأنمـــاط النفسيـــة Psychological Types**

ينسب هذا الموضوع إلى نظرية Jung 1923، التي ترى أن الناس يستخدمون (4) وظائف عقلية Mental Functions تمثل توجهات وعي الفرد، وان واحداً من هذه الوظائف هو الذي يسود لديه. وهذه الوظائف هي :

"الحس" Sensing (أي ميل الفرد للتركيز على الخبرة الآنية التي يمكن للحواس أن تدركها)

"الحدس" Intuition (أي ميل الفرد إلى إدراك ما وراء الأشياء الماثلة للحواس)

"التفكير" Thinking (أي ميل الفرد إلى تفحص الأسباب والنتائج بعيداً عن الذاتية)

"الشعور" Feeling (أي ميل الفرد إلى الذاتية في تكوين الأحكام).

وقد تم توظيف هذا المنظور على نطاق واسع في الأدبيات النفسية لأغراض متنوعة، لكنه لم يوظف لغرض إيجاد علاقة الأنماط النفسية بالمقاومة التي يبديها الأفراد نحو استخدام الحاسوب إلا في العام 1996م عند ظهور دراسة Landry etal, 1996 الرائدة في هذا

المجـال، والتـي عـدّت الأنماط النفسية أساليب معرفية Cognitive Styles (Landry etal, 1996, p4)

- **فاعليـــة الـــذات Self-Efficacy**

ينتمي هذا المفهوم إلى النظرية المعرفية الاجتماعية Social Cognitive Theory لمؤسسها Bandura، الذي عرّف "فاعلية الذات المدرَكة" Perceived Self-Efficacy بأنها: "اعتقاد الفرد بقدراته على تنظيم وتنفيذ مجموعة من السلوكيات المطلوبة لتحقيق نتائج معينة" (Bandura, 1997, p3) .

وقد أيدت الدراسات فائدة مفهوم "فاعلية الذات" في تفسير السلوك البشري في ميادين متنوعة، منها سلوكيات الصحة العامة، وعلاج الرهاب، والتنظيم الذاتي للألم، والإنجازات الأكاديمية، والتطوير المهني (Bandura، 1986)، وأخيراً في ميدان سلوك الإنسان مع الحاسوب (Hill etal, 1987). (Harrison etal, 1997).

(ب) أدوات قيـــاس :

- **مقياس الاعتقاد بفاعلية التدريس باستخدام الحاسوب الصغير Microcomputer Utilization Teaching Efficacy Beliefs Instrument (MUTEBI)**

المؤلفون: Enocks & Riggs & Ellis 1993

استخدم هذا المقياس في تقويم برنامج لتطوير الهيئة التدريسية، مصمم لتشجيع استخدام الحاسوب الصغير في تدريس العلوم (Enochs et al, 1993).

- **مقياس الاعتقادات بفاعلية الذات في استخدام الحاسوب-Self efficacy Beliefs for Computer Use Instrument**

المؤلفون: Kinzie & Delcourt & Powers 1994

تتضمن هذه الأداة عدداً من المقاييس الفرعية لقياس فاعلية الذات في عدد من المجالات الخاصة باستخدام الحاسوب. وتم التحقق من صدق هذه الأداة بتطبيقها على عينات من طلبة الأعمال التجارية والتمريض والتربية (Kinzie et al, 1994).

(جـ) أمثلـــة لدراســـات :

- أوضحت دراسة Mckenny & Keen 1984 عدم وجود علاقة دالة بين الأساليب المعرفية وقلق الحاسوب (Mckenny & Keen 1984).
- بينت دراسة Hill et al, 1987 أن فاعلية الذات الخاصة بالحاسوب لها دور مهم في اتخاذ القرار باستخدامه (Hill et al, 1987).
- توصلت دراسة Landry et al, 1996 التي وظفت نظرية Jung في الأنماط النفسية، إلى أن الطلبة الذين أظهروا تفضيلاً للنمط الحدسي أبدوا مقداراً أقل من رهاب الحاسوب، من الطلبة الذين أظهروا تفضيلاً للنمط الحسي. كما اتضح أن الطلبة الذين أظهروا تفضيلاً للنمط التفكيري أبدوا مقداراً أقل من رهاب الحاسوب من الطلبة الذين أظهروا تفضيلاً للنمط الشعوري (Landry et al, 1996, p8)
- وجـدت دراسـة Harrison et al, 1997 أن ازديـاد فاعلية الـذات الخاصـة باسـتخدام الحاسوب ترتبط ارتباطاً دالاً بازدياد الإنجاز في المهمات الخاصة بالحاسوب (Harrison et al, 1997).

مما تقدم من مفاهيم وأدوات قياس ودراسات، يمكن اقتراح الجدول (1) أدناه، ليمثل إيجازاً بالتصنيف الابتدائي الذي تم التوصل إليه هذا الفصل :

تصنيف ابتدائي مقترح لحقول دراسات علم نفس الحاسوب

الدراســات السريريـــة والارشاديـــة

المفاهيم المدروسة

* الضغط التكنولوجي/ Technostress
* قلق الحاسوب/Computer Anxiety
*رهاب الحاسوب/ Computer Phobia

أدوات قياس

*Computer Hassles Scale (Hudiburg, 1995)
* Computer Anxiety Rating Scale (Rosen et al., 1985, 1988)

الدراســات النفسيـــة الاجتماعيـــة

المفاهيم المدروسة

* الاتجاهات نحو الحاسوب / Computer Attitude

أدوات قياس

* General Attitudes Toward Computers (Sears et al., 1985, 1988)

دراســات الشخصيـــة

المفاهيم المدروسة

* الأنماط النفسية / Psychological Types
* الأساليب المعرفية / Cognitive Styles
* فاعلية الذات / Self-Efficacy

أدوات قياس

* Microcomputer Utilization in Teaching Efficacy Belief Instrument (Enochs et al., 1993)

الفصـل الثالـث : توصـــيـــات

استكمالاً للتصنيف الابتدائي الذي تم التوصل إليه في الفقرة السابقة، وبالعودة إلى ما تمت مناقشته من تنظيرات وأفكار وردت في الفصل الأول، يوصي الباحث بما يأتي:

3.1- توصيـــة نظريـــة :

إذا كان العلم حيادياً في مادته النظرية، فإن النشاط العلمي (ومنه تكنولوجيا المعلومات) غير حيادي في تطبيقاته. ولذلك يجب التوكيد، ومن منظور نفسي، على ضرورة أن تتجنب المجتمعات النامية (ومنها مجتمعنا العراقي) الانبهار الشديد بالمعلوماتية، لأن المعلوماتية يمكن أن تلغي تفكير الإنسان. ومن جهة أخرى، على هذه المجتمعات النامية أن تستفيد إلى أقصى الحدود من هذه الثروة والثورة المعلوماتية، سعياً لتطوير إنسانيتها وانتزاع حقوقها، ولكن دون أن تنسى أن **الغاية في النهاية هي "المعرفة" وليست "المعلومات"**.

3.2- توصيـــات إجرائيـــة :

1) توجيه طلبة الدراسات العليا في أقسام علم النفس للاهتمام بعلم نفس استخدام الحاسوب سواء في بحوثهم أثناء السنة التحضيرية أو في رسائلهم وأطاريحهم.
2) إضافة مادة دراسية بعنوان "**علم نفس استخدام الحاسوب**" إلى بقية مواد المنهج الدراسي المقرر في مرحلة الدراسات الأولية في أقسام علم النفس، أو تدريس هذه المادة ضمن دروس الشرف للمتفوقين.
3) النظر في إمكانية إدخال مادة دراسية جديدة على مستوى الدراستين الجامعية والإعدادية بكافة فروعهما، تختص بتبيان التأثيرات السلبية والإيجابية لاستخدام تكنولوجيا المعلومات.
4) بعد أن تتراكم مادة معرفية مناسبة في اختصاص علم نفس استخدام الحاسوب من خلال البحوث والمقالات والترجمات التي يقدمها الباحثون والتدريسيون والطلبة، تتم الدعوة إلى عقد مؤتمر علمي دوري متخصص في هذا الميدان على مستوى وزارتي التربية والتعليم العالي.

المراجـــع

- برونوسـكي ، ج. (1989). العلـم والقـيم الإنسانية . ترجمة عدنان خالد . بغداد: دار المأمون.
- بدوي ، احمد زكي (1982) معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية .

بيروت: مكتبة لبنان.
- زكريا ، فؤاد (1977). التفكير العلمي . الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- سلمان ، رشيد سلمان (1986). المستقبلية . بغداد: موسوعة علوم.
- فروم ، اريك (1972) الخوف من الحرية . ترجمة: مجاهد عبد المنعم مجاهد . بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- فيشر ، ارنست (1980). الاشتراكية والفن . ترجمة أسعد حليم . بيروت:دار القلم.
- كاميليري ، جوزيف أ. (1984) . أزمة الحضارة . ترجمة فيصل السامر . بغداد: دار الشؤون الثقافية والنشر.

- Ahl, D. (1975). Survey of Public Attitudes Toward Computer in Society. Creative Computing, January, pp. 49-51. In: Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Applebaum, S. H. & Primmer, B. (1990). AN HRX for Computer Anxiety: Human Resources Departments & Employee Use of Computers. Personnel, September, pp. , 4-99. In: Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought & Action: A social Cognitive Theory. Englewood cliffs, NJ: prentice-Hall. In : P. R. Albion (1999). Self-Efficacy Beliefs as an Indicator of Teachers' Preparedness for Teaching with Technology. Paper presented in "Technology &Teacher Education Annual", Charlottesville, p. 4 . In: Internet.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman. In P. R. Albion (1999). Self-Efficacy Beliefs as an Indicator of Teachers' Preparedness for Teaching with Technology. Paper presented in "Technology &Teacher Education Annual", Charlottesville, p. 3. In: Internet.
- Breen, M. (1997) . Information does not equal Knowledge: Theorizing the Political Economy of Virtuality. Journal of Computer Mediated Communication, 3(3). In: Internet .
- Brod, C. (1984). Technostress: The Human Cost of the Computer Revolution. Reading, MA: Addison-Wesley. In: R. A. Hudiburg (1999). Assessing & Managing Technostress. New York: Annual Meeting of the American library Association, July 1996 pp. 1-2 . In: Internet.
- Cohen, P. (1983-1984). Computing at Dartmouth: A Survey of Faculty & Students. Journal of Education Technology, 21, pp 95-105. In: Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Enochs, L. G. & Riggs, I. M. & Ellis, J. D. (1993). The Development & Partial Validation of Microcomputer Utilization in Teaching Efficacy Beliefs Instrument in a Science Setting. School Science & Mathematics, 93(5), 257-263. In: P. R. Albion (1999). Self-Efficacy Beliefs as an Indicator of Teachers' Preparedness for Teaching with Technology. Paper presented in Technology & Teacher Education Annual, Charlottesville, p. 4. In: Internet.
- Harrison, A. W. & Rainer, R. K. & Hochwarter, W. A. & Thompson, K. R. (1997). Testing the Self-Efficacy Performance Linkage of Social-Cognitive Theory. Journal of Social Psychology, 137(1), 79-87. In: P. R. Albion (1999). Self-Efficacy Beliefs as an Indicator of Teacher's Preparedness for Teaching with Technology. Paper presented: "Technology & Teacher Education Annual", charlottesssville, p. 4 . In: Internet.
- Hill, T. & Smith, N. D. & Mann, M. F. (1987) Role of Efficacy Expectations in Predicting the Decision to use Advanced Technologies: The Case of Computers. Journal of Applied Psychology, 72(2), 307-313. In: P. R. Albion (1999). Self-Efficacy beliefs as an indicator of Teachers' Preparedness for Teaching with Technology. Paper presented in "Technology & Teacher Education Annual", characteristics, p. 4 . In: Internet.
- Hudiburg, R. A. (1995). Psychology of Computer Use: xxIV. The computer Hassles Scale: Subscales, Norms &Reliability. Psychological reports, 77, pp. 779-782. In:R. A. Hudiburg(1999). Assessing& Managing Technostress. New York: Annual Meeting of the American library Association, July 1996, pp. 4-5. In Internet
- Hudiburg, R. A. (1999). Assessing & Managing Technostress. New York: Annual Meeting of the American library Association, July 1996. In: internet .
- Kinzie, M. B. & Delcourt, M. A. B. & Powers, S. M. (1994). Computer Technologies: Attitudes & Self-Efficacy across undergraduate disciplines. Research in higher education, 35 (6), 745-768. In: P. R. Albion (1999). Self-Efficacy Beliefs as an Indicator of Teachers' Preparedness for Teaching with Technology. Paper presented in Technology & Teacher Education Annual, Charlottesville, p. 4 . In: Internet.
- Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Loyd, B. H. & Gressard, C. (1985). The Reliability & Validity of an Instrument for the Assessment of Computer Attitudes. Educational & Psychological Measurement, 45, 903-908. In: Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Mckenney, J. L. & Keen, P. G. (1984). How Managers' Minds work. Harvard Business Review, March, pp. 79-90. In: Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Rosen, L. D. & Sears, D. C. & Weil, M. M. (1985, 1988) . Computer Anxiety Rating Scale (form c). In: Internet.
- Rosen, L. D. & Weil, M. M. (2001). Are Computer, Video and Arcade Games Affecting Children's Behavior? An Empirical study. In: Internet.
- Russell, A. L. (1996). Six Stages for Learning to Use Technology. Paper presented at the American Education Communications & Technology Association Convention, Indianapolis. In: Internet.
- Sears, D. C. & Rosen, L. D. & Weil, M. M. (1985, 1988). General Attitudes Toward Computers Scale (form c). In: Internet.
- S haw, L. (1984). Harris Poll Shows Public is High on Computers. Mini-Micro Systems, February, p. 55. In: Landry, R. M. & Rogers, R. L. & Harrell, H. W. (1996). Computer Usage & Psychological Type Characteristics in Accounting Students. Journal of Accounting of Computers Issue(12), Article (4). In: Internet.
- Simonson, M. R. & Maurer, M. & Mantag-Rorardi, M. & Whitaker, M. (1987). Development of a Standardized test of Computer Literacy & a Computer Anxiety Index. Journal of Educational Computing Research, 3, 231-246. In: Russell, A. L. (1996). Six Stages for Learning to Use Technology. Paper presented at the American Education Communications & Technology Association Convention, Indianapolis. P. 2. In: Internet.
- Varank, I. (2001). Issues in Integrating Computers into Classroom. Florida state university. In: Internet.
- Weil, M. M. & Rosen, L. D. (1988). Computer Thoughts Survey (form c). In: Internet

* يعرّب مصطلح "Technology" إلى "التِقْنية"، إلا أن الباحث إرتأى إبقاءه على لفظه الأجنبي لكونه مصطلحاً عالمياً تتفق أغلب لغات العالم على استخدامه،شأنه في ذلك شأن مصطلحات أخرى عديدة، مثل : الديمقراطية، و الميكيافيلية.

Multilingualism vs. Arabisation of psychiatry in the Arab countries

NUMAN M. GHARAIBEH - PSYCHIATRIST
Glastonbury, CT 06033 – USA

n_gharaibeh@yahoo.com

Objective: *There seems to be a split among psychiatrists in the Arab world regarding the Arabisation of psychiatric education, training, research, and practice. The author reviewed Medline literature in English and non-Medline literature in Arabic and English on the subject to explore the advantages and disadvantages of Arabisation of psychiatry, as well as to attempt to find common grounds for the two parties in debate and possible alternatives.*
Method: *Because of severe paucity of data on the subject in the MEDLINE-indexed literature, relevant web-based literature was searched through Google for non-indexed data in Arabic as well as English. The opinions of Arab psychiatrists were reviewed from the Arabpsynet's website.*
Results: *There is a visible paucity of data on this subject. Although there were compelling arguments for and against Arabisation, the bridging of the gap between pro- and anti- parties seems possible by adopting multilingualism in psychiatric education, training, research, and practice.*
Conclusions: *The advantages of multilingualism vs. Arabisation (monolingualism) include: a) preserving the cultural integrity of the region while joining the rest of the world at the same time, b) keeping the Arab psychiatrist well informed while saving money, time and effort on translation to and from Arabic, and c) avoiding the internally divisive sensitivities brought by Arabisation.*
Key Words*: Arabisation, Arabization, Multilingualism, Psychiatry, Arab.*

Introduction: Since the Clay Tablets of ancient Mesopotamia, language has been an insoluble part of the cultural identity. Since then (~ 3500 BCE), the geopolitical atmosphere of the world in general and the Middle East in particular has become much more complex. At the dawn of the 21st century and the beginning of the second millennium CE, even a small Arab country has complex ethnolinguistic and religious make up (e.g. Lebanon, Jordan, or Tunisia). The issue of Arabisation of psychiatry can not be separated from the bigger controversial concept of "Arabisation" and the sensitivities it touches upon.

Method: Paucity of Data: Under Multilingualism (including Bilingualism) AND Arabs, MEDLINE produced two irrelevant studies. When "Psychiatry, the result is zero. Arabisation in not in Medline's Medical Subject Headings (MeSH). Google was used for non-indexed content as well as the Arabpsynet's website for Arabic content. Under Arabs AND Multilingualism, Google begets 664 hits. Adding psychiatry narrows the search to 22 hits (as of October 24, 2004); none of them was pertinent to this subject. Arabisation and Psychiatry begets 39 hits with Google, with only 4 sites relevant to the subject matter.

Results: Arab Psychiatry: To Translate or not to Translate: Under the auspices of the World Health Organization's Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO), the Arabisation of Health Sciences Network (AHSN) was established with the intention of implementing several regional activities such as training courses for translators, editors, and publishers and the production of educational materials in health subjects for medical and paramedical schools and promotion of the unified terminology of International Classification of Functioning (ICF), International Classification of Diseases (ICD), International Nomenclature of Diseases (IND) and the Unified Medical Dictionary (1).

In 1989, The Arab Center for Arabisation, Translation, Authorship and Publication (ACATAP) was established with the goal of "Arabizing subjects relating to the different specializations of higher education in the Arab countries, enriching the Arab culture with highly refined works of intellectual production of foreign origin, by translating such works into Arabic, and sharing efforts in translating highly refined Arabic intellectual works in the fields of science, art and literature, into widely used foreign languages." (2)

Arab psychiatrists, educators, researchers and academicians different opinions regarding Arabisation; following are some opinions by Arab psychiatrists on the subject:

"The Arabic language is more than equipped to deal with the progress and new information in the field of psychiatry and psychology, it is the Arab psychiatrists, psychologists, researchers, academicians, and educators who suffer from "intellectual infertility," or "barrenness of thought" [not the Arabic language], thought and language are inseparable; thought is language and language is thought." (Mohammad R. Hasan).

"The world cultural scene no longer accepts intellectual, cultural or linguistic closed-mindedness. It tends to dictate a reality of inter-culturalism, leaving to each culture the responsibility of preserving its identity and uniqueness. The Arab psychiatrists have a big responsibility in preserving the uniqueness of the Arab identity while respecting all other languages and avoiding xenophobia." (M. A. Nabulsi)

Why have we neglected Arabic so much? Why all the fighting and partisanship amongst ourselves, and with others? Why do most see progress and success only by vanquishing the opposing view? Why do we prefer monologue over dialogue? (Nabeel Ali)

Those who write psychology in Arabic or translate it to Arabic will only enrich the language, bring to it much needed discipline and precision. Over-emphasis on rhetoric and form instead of content traditionally slowed the progress of ideas. (Ali Zay'our)

For the Arab person, language and self are one. (Barakah)

The deterioration in the Arab national consciousness and deterioration of Arabic have created a vicious cycle. (Yahya Rakhaoui)

All opinions are from the Arab Psych Net forum on "Arabic language and psychological sciences [sic.]." (3)

The above arguments can be refuted by examining the "either/or" erroneous logic: It is either the fault of the Arabic language or the fault of Arab scholars; or, put differently, either the Arabic language has failed the Arab academician/scholar or the scholar failed the language. This false logic does not take into consideration that the fault or deficiency may be elsewhere. If there is a deficiency, it is mainly a deficiency of the academic infrastructure, a deficiency of a whole system, including: limited financial resources for research, teaching, training, and mental health delivery (with concomitant high military spending), regional conflicts and wars: Iraq (1980-88, 1990-91, and 2003-present), Kuwait (1990), Lebanon (1975-91), Palestine (1948-present), Somalia and Sudan (ongoing), and embargos in the past 20 years imposed on Iraq and Libya until recently (4). Other factors include the brain and skill drain, low salaries, limited translation services to and from other languages, lack of incentives, poorly trained support staff, a culture of tardiness and cynicism (even among scholars), and non-indexed monolinguistic publications. There is also the technical problem that faces the academic literature in Arabic which remains rather difficult to search or to be indexed leaving the contents of psychiatric literature in Arabic outside the international mainstream.

Discussion: Bilingual/multilingual education and training in psychiatry will help in meeting the demands of a new era and what follows from integration, internationalization or globalization. Multilingualism among Arab psychiatrists is very likely to improve international communication with psychiatrists from the rest of the world.

The other refutation for the above argument is that we can avoid the all or non logic: All in Arabic or Nothing in Arabic. This does not have to be the case. The success of new technologies in integrating Arabic with other languages is already evident in the Arab Psy Net with the first issue of Arabpsynet Journal appearing in January 2004 in Tri-Lingual format (Arabic, French, and English) (5).

Instead of spending money, time, and effort on translating the most recent publications, the multilingual Arab psychiatrist will have the benefit of access to English academic work while talking to his patients and their families in their spoken or vernacular Arabic.

In addition to Arabic, adopting a second language for research, teaching and communication will minimize the variability and confusion in understanding and communicating with other scholars regarding the concepts that are by their nature vague and slippery. This will serve to preserve the cultural identity without sacrificing our thirst for knowledge.

"Arabisation" can also be understood in reverse, i.e. the Arab psychiatric community putting serious effort in joining the rest of the world psychiatrists in advancing the practice and science of psychiatry by publishing more in International journals indexed in Medline/Pub Med, or translating important contributions in Arabic to other languages.

Outside Mainstream: As of the date of this paper there is not a single Arabic publication in Psychiatry that is indexed in MEDLINE. It is well known that publications that are not indexed in Medline are not taken seriously and are very difficult to search for since the most used database for research in the medical field is Medline/Pub Med. Following is a list of journals and magazines published in the Arab world but not indexed in Medline:

Arabpsynet eJournal (Tunisia), published by Webpsysoft Arab Company in Arabic, French, and English.

Man and Evolution (Egypt), published by Evolutive Psychiatric Association, in Arabic.

Mental Peace Journal of WIAMH (KSA), by World Islamic Association for Mental Health, in Arabic.

Journal on Arab Children (Kuwait), by Kuwait Association for Arab Childhood Evolution, in Arabic.

Psychology (Egypt), by Egyptian General Company for Books, in Arabic.

Interdisciplinary Psychology (Lebanon), by Psychosomatics Studies Center, in Arabic.

News Letter of the AFNGO for Drug Abuse Prevention (Egypt), by The Arab Federation of NGO for Drug Abuse Prevention, in Arabic.

Bulletin of Egyptian Psychiatric Association, by The Egyptian Psychiatrics Association, in Arabic.

The Egyptian Journal of Psychological Studies, by the Egyptian Society For Psychological Studies, in Arabic.

Psychological Quarterly (Egypt), by The Egyptian Psychologists Association, in Arabic.

Assihha Al Aklia (Mental Health) (Yemen), by the Yemen Association For Mental Health, in Arabic.

Mental Health (Yemen), by Psychology Yemeni Association, in Arabic.

Addiction Bulletin (Egypt), by Evolutive Psychiatric Association, in Arabic.

Tunisian Journal of Psychiatry (Tunisia), by the Tunisian Society of Psychiatry, in French.

Tunisian Annals of Psychiatry (Tunisia), by the Tunisian Society of Psychiatry, in French.

Current Psychiatry (Egypt), Official Journal of the Institute of Psychiatry - Cairo, in English.

The Arab Journal of Psychiatry (Jordan) , by the Arab Federation of Psychiatrists, in English with Arabic Abstracts and vice versa.

The Egyptian Journal of Psychiatry, by the Egyptian Psychiatrics Association, in English.

The Egyptian Journal of Mental Health, by the Egyptian Association of Mental Health, in Arabic/English.

The Arab psychologist (Egypt), by the Arab Federation of Psychologists, in English.

WIAMH Newsletter (Egypt), by the World Islamic Association for Mental Health, in English.

Another important obstacle to communication in Arabic (especially with patients) is the split between the one written or "literary" [also called Classical] Arabic and the everyday colloquial Arabic usually used in conversation which varies widely from one part of the Arab world to another (Mansfield, 1992). An Iraqi psychiatrist may find a Moroccan patient's Arabic unintelligible.

There seems to be a split regarding Arabisation of psychiatry among psychiatrists in the Arab world with pro- and anti-Arabisation sentiments. Whereas for an Arab mathematician, for example, the question of language may be irrelevant, for an Arab psychiatrist the issue is very relevant. Compared to the Behavioral Sciences, Mathematics is mathematics; there is no English mathematics, Arabic mathematics, Japanese mathematics, and the like. In a way, mathematics is language in itself, or rather a sublanguage. Psychiatry may be the medical specialty most dependent on language and culture in clinical practice as well as education and research.

Although the doctor patient relationship is important in all medical specialties, in psychiatry it is the cornerstone of accurate diagnosis and the delivery of services, especially psychotherapy. The patients' ability to make their thoughts and feelings intelligible

to psychiatrists is beyond the abilities of the most competent interpreters. To grasp the complicated phenomena of thought disorder, delusional thoughts as opposed to cultural beliefs, subtle feelings, mood states, and private thoughts, the psychiatrist does not only have to speak standard Arabic but he or she has to be familiar with the colloquial dialect. In the mental health field, there is a lot to be lost in translation or interpretation. A possible solution to the problem of translation on an academic as well as a cultural level may be bilingualism or multi-lingualism. Multilingualism may serve to appease the opponents of globalizations and assimilation as well as the proponents of the "global village." Arab psychiatrists are in a good position to bridge the gap between the state of the art scholarly work (mostly originating in North America or Europe, or published there) and the local Arab scene which is influenced by socio-cultural factors including religion, customs, values, morals, codes of conduct, tradition, superstition and, of course, politics.

The technological advances in telecommunication and multimedia via the internet have changed and will continue to change the cultural landscape of the world. The cross pollination among the different parts of the world will no doubt touch every aspect of our lives; the field of mental health is no exception. The relatively easy access to information on the internet has influenced the practice of psychiatry and medicine in general. The education of psychiatrists, psychologists as well as patients has changed and will continue to change with the widespread use of the internet.

Language is deeply woven into the way we think, interact, feel, and into our psychological make-up and political relations. (Tannenbaum, 2003) Although this may change during this century, it is unlikely to happen in the first part of it. This deep link between language and the psyche may be the strongest argument for Arabisation (following National pride). Another argument for Arabisation is that without it, we are running the risk of imposing practices appropriate somewhere else in the world but not our part of it and providing unacceptable mental health services to a particular local community, under the guise of "standardization."

Although one may argue that Arabisation will improve the psychiatrists' ability to explain some concepts adequately in Arabic to patients and their families, a multilingual professional may switch back and forth between two or more languages with greater flexibility to communicate with a monolingual patient as well as the rest of the academic world.

Compared to the other medical specialties psychiatry may have more pronounced disagreements among psychiatrists speaking the same language regarding the "meaning" of psychiatric terms. The slippery terms in our filed makes it difficult to arrive at a consensus even without the burden of translation. The lack of precision in the technical terms or "psychiatric jargon" is often a significant obstacle in any language. If you add to that the burden of translation, you are likely to compound the imprecision and miscommunication. One can argue that psychiatry as a practice, as a science, and as an art has its own language, a sublanguage with its own semantics.

The problem with psychiatric sublanguage is not just at the level definitions found in glossaries, but at the level of conceptual understanding. It is the concept itself-symbolized by words and phrases-that is misunderstood or understood differently by different psychiatrists. The more complex the concepts are the more translation creates further miscommunication or even lack of understanding (e.g. consciousness, ego, dissociation, and so on). Divisive issues: Historical, Geographical, Ethnolinguistic, and Political

Dimension One person's national pride or "patriotism" may be another person's shame and humiliation. That's why "Arabisation" is a term that brings up a lot of sensitivities and heightened passions due to the complex makeup of the people(s) who inhabit the geographical area know as the Arab world (22 countries in all). The sensitivity originates from the insoluble link between and language and cultural identity. Although the term is used here specifically to refer to using the Arabic language as a medium for teaching, research, and publication in psychiatry, as well as delivery of mental health services, it, still, can not be divorced from its historical, geographical, ethnolinguistic, or political context.

The broader sense of the term "Arabisation" does not only refer to the effort to translate and adapt foreign terminology and knowledge, it also refers to a language policy, an education policy, and a political agenda of some Arab regimes' efforts to force ethnolinguistic minorities in the geographical Arab countries to assimilate.

The divisiveness of "Arabisation" from a historical and geographical point of view is due to its overtones of Arab imperialism and colonization by the Semitic tribes migrating out of the Arabian Peninsula to areas that historically were not Arabic and populations who still exit today who are not ethno-linguistically Arab, such as Africans, Assyrians, Berbers (Amazigh), Copts, Kurds, Maronites, Nubians, and Turkmen.

Independent of the above there are ethno-linguistic minorities who immigrated to the Arab world and want to preserve their tradition and cultural identity such as Armenians and Chechens.
The political dimension is insoluble from the above dimensions plus aspirations of ethnolinguistic minorities for more freedom, autonomy, and even sovereignty.

Bilingualism and/or Multilingualism may resolve the apparent conflict between the pro- and anti-Arabisation of Psychiatry camps: Firstly, by preserving the cultural integrity of the region while joining the rest of the world at the same time.
Secondly, by keeping the Arab psychiatrist well informed while saving money, time and effort on translation to Arabic. Thirdly, by avoiding the internally divisive sensitivities.

References:

1. Sara, Kassem. Arabisation of Health Sciences Network (AHSN): Current issues, problems, trends and the role of the Regional Office. Saudi Medical Journal 2004; Vol. 25 (1): S47-S47
2. Arab Center for Arabisation, Translation, Authorship and Publication, The (ACATAP) at their website: http://www.acatap.htmlplanet.com/index.htm
3. All are translated from the forum on "Arabic language and psychological sciences [sic]" at the Arabpsynet website in Arabic): Ali, Nabeel. Forum on Arabic Language and Psychological Sciences, at www.arabpsynet.com
   Barakah, Hasan, Mohammad R. Nabulsi, Mohammad A. Rakhawi, Yahya. Zay'our, Ali.
   Mansfield, Peter. The Arabs. p521. Third Edition. Penguin Books, London, 1992.
4. Tadmouri, Ghazi Omar, Bissar-Tadmouri, Nisrine. Biomedical publications in an unstable region: the Arab world, 1988-2002. The Lancet, p. 1766, Vol. 362, November 22, 2003.
   Tannenbaum, Michel. The Narrative of Language Choice: Writers from Ethnolinguistic Minorities. Canadian Modern Language Review; Vol. 60 (1): Sept. 2003.
5. Turky, Jamal. Arabpsynet Journal. First Issue January 2004 www.arabpsynet.com

LES APTITUDES DE COMMUNICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Etude comparative entre des médecins algériens et français

DR. ABDELKRIM KORICHI; DR. RAMDANE ZAATOUT
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université de Ouargla/2005- Faculté des sciences humaines, Département de psychologie
z.ramdan@gmail.com

Résumé *: Nous assistons, à l'aube du 21ème siècle, à un changement significatif des concepts de santé et de maladie, ainsi qu'à une redéfinition des rôles et statues des opérants dans le système de santé et de prise en charge du malade.*
La relation soignant-soigné, particulièrement entre médecin et malade, est reconnue comme étant une composante directrice du concept de la communication pour la santé (communication for health). La nonadherence aux traitements; l'insatisfaction des malades, ainsi que les consultations intempestives ne sont que le sommet de l'iceberg d'une communication défaillante dans le contexte du health care.
Dans notre étude nous avons exploré les compétences de communication des médecins généralistes de la ville de Ouargla, comparés à un échantillon de leurs confrères français, contactés par courrier électronique en utilisant un questionnaire de 23 items. Les résultats ont montré une diminution de ces compétences concernant les deux échantillons ainsi q'une différence significative dans l'échantillon algérien selon l'age et la duré d'activité.
Mots clés *: compétences ; communication ; médecins ; malades.*

1. Introduction

La rencontre entre médecin et malade est un événement très important du point de vu du patient .Autrefois laissée au bons sens du praticien, dépendait essentiellement de facteurs personnels et faisant partie plus de l'art médical que de la science. Cette relation intime est remplacée actuellement par une rencontre structurée, brève, et superficielle, l'exigence du temps et du nombre l'oblige.

Pourtant elle est la pierre angulaire de la pratique médicale efficace, ayant la même importance que la compétence technique. Un généraliste pratiquera 120000 à 160000 entretiens pendant 40 ans de service(Cockburn ,1999) ; son soucis majeur est de trouver le bon diagnostic, malheureusement pour lui, 60% des diagnostics sont le fruit d'un entretien médical basé sur des stratégies de recueil d'information (Raine, 2002) , ce qui suppose des compétences de communication très efficaces au moment où 25% des admissions aux hôpitaux sont causées par la non observance du traitement et la non adhérence aux conseils des médecins, fruits indésirables d'une communication médecin –malade pauvre et inefficace.

Depuis que korsch (1968) a souligné l'importance de la communication dans ce type de relation , il précisa qu'il est généralement admis que le comportement de santé chez les patients et leurs réactions vis à vis des systèmes de soin sont influencés par les aspects économiques et culturelles et sociaux des patients , ainsi que par leurs traits de personnalité, leur connaissance et leurs vécus, mais on doit reconnaître que ce comportement est aussi lié à la façon par laquelle un médecin approche la souffrance de son patient .

Doherty (1990) précise que 75 % des informations fournies par le médecin à son patient sont oubliés quand le contexte d'interaction entre les deux est stressant.De plus, en examinant les programmes de formation des médecins généralistes dans les pays sous développés, y compris l'Algérie , il est facile de repérer l'absence de programmes relatifs à l'éducation et à l'apprentissage des compétences de communication des futurs praticiens, la priorité est laissée au bagage médical technique, or si dans les pays développés , en 1979, 25 % seulement des facultés de médecine adoptaient de tels programmes , ce taux devient 65% en 1992 et 90% en 2000.

L'importance d'une communication optimale entre le médecin et son malade est corrélée aux étapes du processus relationnel lui-même (Fig.1).

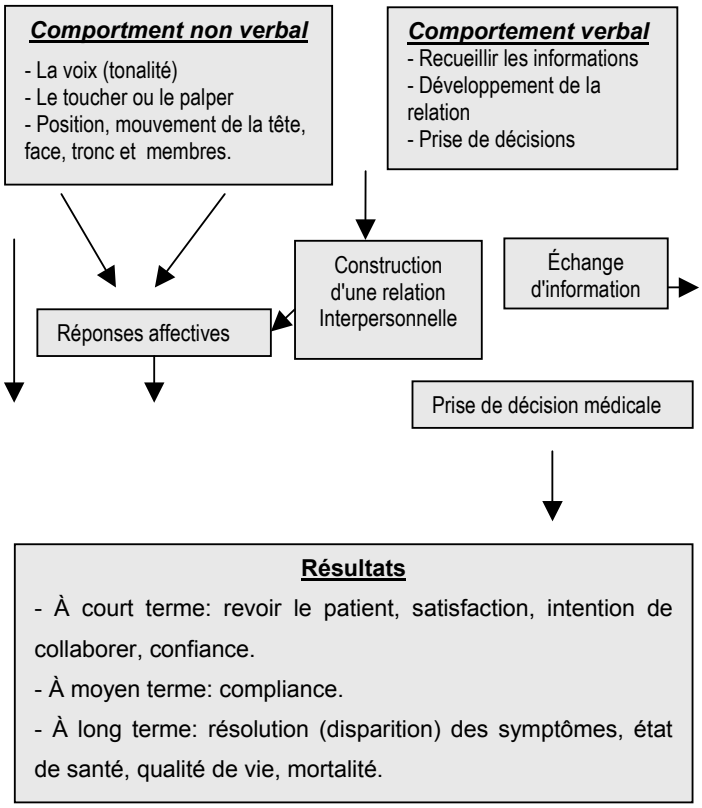


Fig.1: Domaines de communication dans la relation médecin–malade (Rainer 2002).

1.1. Revue de littérature :

Il faut d'emblé faire la différence entre : a) les compétences de communication, et b) les compétences interpersonnelles (Daniel 2004) . Ainsi nous nous sommes limités dans la présente étude aux comportements de communication des médecins généralistes lors de l'entretien de consultation.

Dans une revue de littérature, Rain et collaborateurs ont analysé les études concernant la communication médecin malade (CMM), utilisant les bases de donnés *Medline* et *Psyinfo*, de 1975 à 2000, ils ont retenu comme critères d'inclusion :

1- Les études empiriques de la CMM au cabinet médical.
2- Les études ayant utilisé soit des observateurs indépendants pour coder l'entretien clinique, soit l'enregistrement audio ou vidéo.
3- La relation significative entre les mesures de la CMM et les résultats de santé chez le malade.

14 études concernant le comportement verbale, et 8 études concernant le comportement non verbal ont été retenues ; l'age moyen des participants est de 46 ans, le nombre de patients a varié entre 29-550 (m = 165), et le nombre des médecins entre 2- 154 (m = 40), 8 sur 14 études out utilisé l'enregistrement audio, 2 l'enregistrement vidéo,et le reste des observateurs. La variable dépendante fût la satisfaction des patients, la compliance et l'adhérence au traitement. Le comportement de 22 médecins est lié aux résultats de santé chez le patient surtout pour le mode empathique centré sur le malade.

L'étude de Korsch (1968) aux USA a eu le mérité de montrer au doigt, précocement, l'intérêt de comprendre les soucis des parents, de la famille ainsi que les aptitudes de communication des praticiens généralistes. En utilisent la méthode Bales, Freeman (1971) explore l'importance de l'histoire du patient, le questionnement et la discussion des plaintes. Cornstock (1982) au Mexique et Carters aux USA s'intéressent aussi à l'étude de la CMM (Williams, 1998).

En 1989, Roter analyse 60 études concernant la CMM, de même que les études de Williams (1991), Robbin (1993) et McCann (1996). Stiles utilise un échantillon de 53 malades passé en consultation chez l'un de 19 praticiens généralistes dans une clinique universitaire, l'entretien fut analysé par les méthode "Stiles Verbal Response Model", les patients ont répondu à un questionnaire évaluant leur satisfaction en sortant de la consultation ; les résultats ont montré que le feedback utilisé par le médecin est corrélé positivement à la satisfaction du patient.

Dans une étude interculturelle, Sachiko (2003) étudie les compétences de communication des généralistes américains comparés à celles de leurs confrères Japonais utilisant l'analyse du discours pour comparer l'entretien de 20 patients passant en consultation chez l'un de10 médecins. La durée de consultation est respectivement de 11′ aux USA, et 8.5′ aux Japons. Les médecins aux USA passent 31% de ce temps à expliquer le traitement et aux conseils versus 28% aux Japon. La différence dans les compétences de communication n'est pas significative.

Notre recherche bibliographique concernant le monde arabe et particulièrement l'Algérie ne fût pas fructueuse, mise à part l'étude de Yassine Ibrahim à l'hôpital d'Abu Dhabi au Emirates Arabes Unies qui porte sur le comportent de communication des médecins utilisant l'anglais pendant l'entretien (Ibrahim 2001), et qui n'est pas différente des études antérieures, pour les quelles nous constatons que :

a) Ces études sont effectuées dans des pays développés qui ont une culture différente de la notre ; ce qui n'est pas sans impact sur le comportement des intervenants (représentations, stéréotypes).
b) L'absence, à notre connaissance, d'études concernant les pays arabes y compris l'Algérie.
c) L'approche partielle du processus de communication par souci de rigueur méthodologique.

L'exploration du processus de communication est complexe, tenant compte des barrières imposées par les deux intervenants (Tableau : 1,2).

Barrières relevant du médecin	Barrières relevant du malade
- Absence d'écoute active, attentive	- Capacité linguistique pauvre
- Langage utilisé (Baby talk) ou trop technique	- Santé mentale altérée
-Traitement impersonnel apathique	- Effets des médicaments
- Attitudes et représentations	- Caractéristiques de la personnalité
- Pressions du temps	- Attitude, représentations, Stéréotypes
-Sexe du médecin VS malade	- Sexe du malade VS médecin
- Contraintes émotionnelles	
- Désintérêt pour le vécu du patient	

1.2. Problématique :

La transition épidémiologique en Algérie est reflétée par la recrudescence des pathologies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, les rhumatismes chroniques (INSP, 2004), dont la prise en charge incombe surtout aux médecins généralistes exerçant dans le secteur public ou libéral.

Comme dans toutes les activités de soins, l'entretient de consultation occupera la place du roi dans l'univers médical (Heath care des anglo-saxons).La relation médecin- malade a changé d'aspects, du à la participation de plus en plus des malades dans la prise de décision qui concerne leur santé, aussi le médecin n'est plus la seule source d'information médicale ; certes l'internet n'est pas à la porté de tous les patients mais ceci n'oblige plus le malade à se soumettre aux relations paternalistes traditionnelles (Tableau 3).

Tableau 3: Les Aspects de relation médecin-malade selon Stewart (Maguire, 2005).

Type de relation	Description
1- Paternaliste	Centré sur le médecin, utilisant des questions fermées, et une approche " Disease".
2- Consumériste	Le malade vient avec une demande que le médecin doit exaucer
3- Défaillante	Le médecin essaye d'aider le patient qui refuse, c'est l'impasse.
4- Matualiste	Les deux partenaires s'entraident pour des résultats de santé, et une pise de décision réfléchie.

Le recueil d'information lors de la consultation est soumis aux contraintes de plusieurs facteurs dont les plus importants sont le temps et le nombre des malades à passer, ce qui oblige le médecin à améliorer ses compétences de communication pour s'adapter aux changement rapides de l'univers du *Health care* (Honnorat 2002). La question principale est ainsi posée : quel est le niveau des compétences de communication des généralistes exerçant à Ouargla ?

L'étude comparative de Sachiko et Maichael (2003) entre les généralistes américains et japonais nous a inciter à poser une deuxième question:existe-t-elle une différence dans les compétences de communication entre les généralistes algériens exerçant à Ouargla et leurs confrères français ?

1.3. L'opérationnalisation de la variable dépendante :

Dans notre étude, nous considérons les compétence de

communication comme des taches (Comportements) accomplies par le médecin afin d'établir une relation mutualiste visant à faciliter le recueil d'information nécessaire pour permettre une prise de décision, une adhérence au traitement, et une satisfaction bilatérale. Ce niveau de compétence est supposé refléter par le score total obtenu en réponse au questionnaire établi pour les fins de notre étude, il varie entre 0-230.

1.4. Hypothéses :

1- Il y a une diminution du niveau des compétences de communication des médecins généralistes.
2- Il y à une différence significative entre le niveau des compétences des médecins généralistes algériens comparé à celui de leur confrères français en faveur des médecins français.
3- Il y à une différence dans le niveau des compétences des médecins algériens selon l'âge, le sexe, la période d'activité (expérience), le secteur d'activité (libérale, public) et la durée de consultation.

2. Méthode:

2.1- Instrument:

L'évaluation des compétences de communication des médecins a fait l'objet de plusieurs consensus internationaux fixant des standards, dont 5 modèles sont actuellement les plus présents dans la littérature internationale (Daniel, 2004):

1- Le modèle E4 du Bayer Institute for Health Care Communication.
2- Le modèle trifonctionnel du Brown Interview Checklist.
3- Le guide d'observation de Calgary-Combridage.
4- La méthode clinique centrée sur le patient.
5- Le modèle SEGUE pour enseigner et évaluer les compétences de communication.

Aussi, l'analyse des études antérieures à fait ressortir 3 méthodes utilisées dans l'évaluation des dites compétences :

a- évaluation lors de la consultation des patients réels ou supposés (simulation).
b- Evaluation du vécu des patients après la consultation.
c- Utilisation des questionnaires à réponse orale, écrite on à choix multiple.

Nous avons choisi la dernière méthode pour nous permettre l'envoi du questionnaire par courrier électronique aux médecins français.

Le contenu des items est basé sur les compétences citées dans les 5 modèles (tab.5); ainsi le questionnaire dans sa forme finale comporte 23 items, reparti sur 4 thèmes suivant la logique de l'entretien médical soit :

1- La rencontre et l'ouverture de la discussion (items: 2, 21, 23).
2- Le recueil d'information (items : 1, 3, 4, 8, 13, 14, 17, 19,20, 22).
3- La prise de décision (items : 5, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 18).
4- La clôture de l'entretien (items : 6, 16).

La plupart des comportements non verbaux, y compris l'examen médical lui-même ne sont pas pris en considération afin de contrôler d'autres variables intermédiaires.

2.2. Etude psychométrique du questionnaire :

La question de savoir si l'instrument mesure bien ce pour quoi il a été conçu (la validité), a été vérifiée par la méthode des juges spécialisés, ainsi le questionnaire a été soumis pour évaluer sa validité de structure et de contenu à 5 juges: trois psychologues, un médecin, et à un francophone. Leurs avis ont été pris en considération dans l'élaboration de la version finale du questionnaire.

- La fiabilité de notre instrument fut vérifiée par les comparaison des moyennes entre deux passations successives du questionnaire *(test-retest*) à15 jours d'intervalle (r= 0.71, n =13, p < 0.05).
- La réponse à chaque item ce fait sur la base d'une échelle visuelle de 0-10, la réponse (0) correspond à une absence totale de la compétence (comportement), la réponse (10) correspond à l'utilisation systématique (optimale) de cette compétence (comportement). On a opté pour l'échelle visuelle car elle est familière à la pratique médicale. Le score total varie entre 0-230; le questionnaire est auto administré.

2.3. L'échantillon algérien :

Notre population (n=74) est formée par tous les médecins généralistes exerçant dans la ville de Ouargla, qu'il soit du secteur public ou libéral. Les Dairas de N'gouça et de Sidi Khouiled, y compris les communes de Ain Beida et Hassi Ben Abdallâh; ont été exclus de notre étude sous la contrainte du temps.

Le nombre finale des médecins qui nous ont retourné le questionnaire dûment rempli est de 46, dont 13 ont participé au test-retest, ainsi l'échantillon final est n= 33, avec une moyenne d'age de 39 ans (27-57), dont 18 hommes et 15 femmes, 18 du secteur public et 15 du secteur libéral.

2.4. L'échantillon français :

Nous avons pu recueillir 125 adresses électroniques de généralistes français exerçants dans déférentes villes en France, 10 questionnaires seulement nous ont été retourné ; ainsi l'échantillon français est n = 10, avec une moyenne d'age de 45 ans (27-56) une femmes et 9 hommes, 7 du secteur libéral et 3 du secteur public.

Par contrainte méthodologique, La taille de l'échantillon français nous a pas permet de faire la comparaison sur toutes les variables entre les deux échantillons (age, sexe, secteur d'activité et durée de consultation).

2.5. Procédure :

Les médecins algériens ont répondu au questionnaire en notre présence (ce qui nous a apparu, après l'analyse des résultats, en relation avec la désirabilité sociale).

- L'étude a débuté le 23/11/2004 et clôturé le 31/01/2005. L'analyse des résultats est faite par SPSS -11.

3. Résultats:

a- Les compétences de communication chez les médecins généralistes:

La moyenne du score totale concernant les deux échantillons (algériens, français) est de 168; il est de 171.8 pour l'échantillon algériens versus 155.6 pour l'échantillon français. En référence au score global du questionnaire qui indique que plus la moyenne est proche de 230 (maximum de score) plus la communication est considérée comme optimale et en appliquant la loi t –Test de Student entre une moyenne théorique (m_1=230) et une moyenne observée (m_2=168), la différence est significative (ε0=18.02, n=43, p<0.05).

b- La différence dans les compétences de communication entres les médecins algériens et les médecins français:

La différence entre les deux moyennes (m_1=171.8 et m_2=155.6) selon le t-Test est significative (t= 2.4, dl = 41, P < 0.05) en faveur des médecins algériens.

c- Les compétences de communication selon l'age :

L'échantillon est stratifié selon d'age en deux : n_1 = age ≤ 40 ans = 18, et n_2= age > 40 ans = 15, la différence entre n_1, n_2 est significative en faveur des plus âgés (t= -3.04, dl = 31, p< 0.01).

d- Les compétences de communication selon le sexe :

L'échantillon comporte n_1=20 hommes et, n_2 = 13 femmes, la différence entre $n_1$et n_2 n'est pas significative (t= 0.71).

e-Les compétences de communication selon la période d'activité:

La durée d'activité correspond à la période allant du début de l'exercice médicale du médecin à ce jour. L'échantillon des généralistes algériens est stratifié en deux, ceux qui ont une durée d'activité ≤ 14 ans, n_1 = 19 , et ceux qui ont une durée >14 ans, n_2 = 14.La différence entre les deux est significative en faveur des plus anciens dans l'exercice médicale (t=2.95, dl=31, P< 0.01).

f- Les compétences de communication selon le secteur d'activité :

Le nombre des médecins exerçant dans le secteur public est n_1= 18, celui de leur confères exerçant en secteur libéral est n_1= 15 ; la différence entre $n_1$et n_2 n'est pas significative (t= 0.91, dl= 31).

g- Les compétences de communication selon la durée de consultation :

L'échantillon est stratifié selon la durée de consultation en deux; n_1= ≤ 10'=18, n2= >10'=15.La différence entre n_1 et n_2 n'est pas significative (t=1.05, dl = 31).

h- Comparaison des deux échantillons (algérien, français) selon les items 13 et 17:

Nous avons trouvé intéressant de comparer la réponse des médecins concernant 2 items du questionnaire qui reflètent à notre point de vu le degré d'empathie dans la relation médecin malade. Il s'agit de l'item 13 (Discuter avec le patient de ses sentiments spirituels et de ses convictions religieuses) et l'item 17 (parler avec le patient de ses sentiments les plus intimes).

Les moyennes de réponse sur les deux questions sont respectivement (2,5et 2,8 pour l'item 13, et 5,1 et 5,4 pour l'item 17. la différence n'est pas significative.

4. Discussion :

Nos résultats confirment l'hypothèse principale qui stipule qu'll y a une diminution du niveau des compétences de communication des médecins généraliste par rapport aux standards issus des consensus internationaux.

a- En considérant la première hypothèse supposant une diminution du niveau des compétences des médecins généralistes algériens et français, la différence entre le maximum du score et la moyenne de l'échantillon global (n=43) est significative. Ce qui implique que le niveau de compétence des médecins généralistes est au dessous du niveau optimal.

Ce résultat est en accort avec celui de l'étude de Marvell (1999) qui indique que 72% des médecins ont des aptitudes de communication défaillantes; ainsi qu'avec l'étude de Suchman (1977) sur 21 médecins attachés à une clinique universitaire, montrant des failles de communication, les médecins négligent le vécu émotionnel par leurs patients ; ce résultat est en accord avec celui de Cornstock (1982), Williams (1998) et Sachiko (2003).

b- La différence entre les niveaux de compétence des généralistes algériens et français est significative en faveur des généralistes algériens, ce résultat peut être expliqué soit par une relation plus intime entre le médecin et son malade (supposition à vérifier sur malades), soit par l'effet de la désirabilité sociale, les médecins algériens surestiment leurs aptitudes relationnelles. Nous espérons vérifier ultérieurement sa validité par une évaluation de la satisfaction des patients passés en consultation chez ces médecins. Ce résultat nous parait paradoxal comparé à la durée de consultation (12′ pour les algériens, 18′ pour les français), sachant de plus les contraintes du temps et le nombre des consultants des médecins algériens.

c- La différence dans le niveau des compétences de communication selon l'âge est en faveur des généralistes les plus agés (>40ans) ceci est peut être due à la maturité affective et à l'expérience cumulée. Le facteur âge nous semble été négligé dans les études antérieures. L'analyse de Ronald (2004) concernant 367 résumés de recherche et 51 articles allant de 1966 à 2003, en utilisant la base de données *Medline*, ne fait pas allusion à l'age des médecins.

d- La différence selon le sexe n'est pas significative alors que les médecins femmes sont supposées plus attentives aux plaintes à charge émotionnelle et affective, posent plus de questions, et utilise plus les modes de communication non verbale (Irish, Roter, 1994).

e- La différence selon la période d'activité est significative en faveur des plus anciens, qui ont cumulé plus de 14 ans d'activité, ceci est l'image en miroir de la différence due à l'âge, les études antérieures ne mentionnent pas cette variable.Le médecin généraliste améliore ses aptitudes de communication au fur et à mesure de son expérience pratique; il est confronté chaque fois à de nouvelles situations avec des patients différents, surtout pour le généraliste du secteur publique où le travail de groupe et le conseil des aînés peuvent servir de support professionnel dans ce domaine relationnel.

f- La différence selon le secteur d'activité n'est pas significative, ce qui semble contraire au bon sens déjà cité ainsi qu'à la réalité sur le terrain, étant donné que le médecin du secteur libéral voit moins de malade par rapport à son confrère du secteur public.Dans la ville de Ouargla (y compris les régions exclues de notre étude) il y a 102 généralistes (publique = 62, libérale = 40) avec un généraliste pour 2304 habitants et puisque 75% des patients passent, pour des raisons socio-économiques, chez le médecin généraliste du secteur publique, celui ci est de loin le plus soumis aux contraintes qui entravent la communication avec le patient (A.S. 2004).

g- La différence selon la durée de consultation n'est pas significative or le temps est l'élément capital de la consultation, un médecin pressé et anxieux n'aura pas le temps de communiquer avec son patient. L'étude de sachiko (2003) rapporte une durée de 11′ pour les généralistes américains et 8,5′ pour leurs confrères japonais. Il nous semble que le profit que peut tirer un médecin de la durée de consultation est fonction de ses compétences ainsi que des caractéristiques de son patient (tab.1, 2).

h- Les résultats concernant les items 13 et 17 sont très significatifs de notre point de vue. Le rôle des émotions et du vécu affectif, ainsi que des attitudes religieuses sont très signalés dans les études concernant la santé mentale et organique (koening, Mc Cullangh & Larson 2001, cité dans Richard et al. 2004) Les réponses superposables des généralistes algériens et français à ces deux questions nous semblent corrélées aux dogmes de la médecine occidentale qui ne préfère pas trop se rapprocher de ces domaines considérés comme la propriété exclusive du patient. Honnorat précise que la maladie en tant que rituel socioculturel prend trois aspects: disease, illeness et sickness. S'éloigner trop de l'expérience émotionnelle dans sa forme habituelle ou transcendantale et existentielle altère la fluidité d'information nécessaire pour poser un diagnostic fiable et impose une autre barrière devant l'installation d'une relation empathique (Honnorat 2002).

Les programmes de formations des médecins algériens ne sont pas très différents de ceux de leurs confrères français; n'oubliant pas toutefois que la médecine organiciste ne prête guère attention aux raisons des émotions et à la sagesse des religions (Damasio, 1994).

5. Conclusion :

Les résultats de notre étude ont montré que les aptitudes de

communication des medecins généralistes ne sont pas optimales. Il est évident que Le niveau de ces compétences est fonction de plusieurs facteurs socio-économiques, culturelles, psychologiques et écologiques relatifs au médecin et à son patient en plus des autres variables (age, sexe, expérience).
Ces compétences peuvent être enseignés selon des programmes très évolués, d'où l'intérêt d'entraîner les étudiants en médecine dans les pays sous développés, y compris l'Algérie, à ces compétences dés les premiers cycles d'études médicales. Les compétences de communication ne sont-elles pas l'image en miroir du concept d'empathie de Vischer et le facteur commun de la relation d'aide entre un soignant et une personne en détresse déjà manipulé par Freud, Allport, Rogers, Cosnier et autres.

Notre étude, (limitée du point de vue de la taille d'échantillon, et de la méthode utilisé) a peut être le mérite de primauté pour signaler l'importance de ce rituel social spécifique qu'est la consultation médicale afin de le transformer à un moment bénéfique pour les deux partenaires, le médecin et son patient

BIBLIOGRAPHIE:

1- American Heath Ways & Johns Hopkins (2003) Defining the patient-physician relationships for the 21st century, 3rd Annual Disease Management, Arizona, phoenix.
2- Aschbury F.D., Iverson D.C., Kroly B. (2001) Physician communication skills: results of survey of general family practionners in new found land, *Med.educ.*(on line) 6:1, at http://www.Med-ed-online.org
3- Bateson G. et al (2000): La nouvelle communication. Textes recueilli par Yves Winkin. Paris, Edition le Seuil.
4- Beck R., Daughbridge R., Sloane P. (2002) physician-patient communication in the primary care office: A systematic Review, *J.Am. Board Fam., Pract.*, 15, 25-38.
5-Cockburn J., and Walters W.A.W.(1999) Communication between doctors and patients *Current obstetrics and gynecology,* 9.39-40.
6- Daniel F.D. et al. (2004) Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II Report, *Academic Medicine*, 79,495-507.
7- DAMASIO Antonio R. (1994) L'erreur de Descartes : La raison des émotions.Paris, Odile Jacob.
8- Doherty E., O'Boyle, Shannon W.(1990) Communication skills training in under graduate medicine, *Ir.Med.J.* 83, 54-56.
9- Gregroy V.G., O'Dowd (2004) Doctor patient communication: Introduction for medical students, *General Education*, The Hamamatsu Medical College 18, 39-51.
10- Honnorat C. (2002) apprentissage de l'exercice médicale: modèles transversaux, Chap. 1: *le malade et sa maladie* pp.1-10, Paris, Masson.
11- Ibrahim Yassine (2001): Doctor and patient questions as a measure of doctor-centeredness in UAE hospitals, *English for Specific Purposer*: 20,331-344.
12- Jeammet Ph., Reynaud M., Consoli S.M., (1996) psychologie médicale, Paris, Masson.
13- Kath Maguire (2005): Doctor-patient relations, in Sociology of Heath and Illness (on line) at www.medgraphics.com
14- Korsch B.B., (1968) Gaps in doctor patient communication: doctor patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics*, vol. 42, N◦ 5, 855-882.
15- Kurtz S., Silverman J. (2003): Marrying content and process in clinical method teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, *Acad. Med.* 78; 802-809.
16- Novack D.H., Dube C., Goldstein M.G.(1992) Teaching medical interviewing: A basic course on interviewing and the physician-patient relationship, *Arch.Intern.Med.*152 (9): 1814-1820.
17- Peter M., Carolyn P.(2002) Key communication skills and how to acquire them; *BMJ*, Vol. 325, 697-700.
18- Richard J., et al.(2004) Psychosocial Factors in outcomes of Heart Surgery: The Impact of Religious Involvement and Depressive Symptoms, *Heath Psychology*, Vol.23, No.3, 227-238
19- Ronald M.E., et al.(2004) Communicating evidence for participatory decision making, *JAMA*, Vol. 291 N◦.19,2359-2366.
20- Sachikoa O., Toshio O., Maichael D.F.(2003) Doctor patient communication: a comparison of the USA and Japan, *family practice*, vol.20, N◦3,276-282.
21- Taylor, S.E.,(2003) Heath psychology, 5 Ed, New York, McGraw-Hill.
22- Travaline J.M., Ruchinkas R., D'Alonzo Jr. (2005) Patient-physician communication: Why and How, *JAOA*, vol. 105, N◦1: 13-18.
23- Van Dulmen A.M.(2002) Different perspectives of doctor and patient in communication, *International Congress Series*; 1241, 243-248.
24- Williams, W., Weiman J., Dale J.(1998) Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review, *Family Practice* 15.448-492.
25- Wolken Steïn P. et al. (2002): la relation médecin-malade: l'annonce d'une maladie grave, *Ann.Dermato. vénéreol.* 129: 2S7-2S10.

****

QUESTIONNAIRE

****

- o Utiliser des mots que le patient comprend facilement.
- o Laisser le patient terminer ses phrases sans l'interrompre.
- o Utiliser des questions ouvertes et d'autres fermées.
- o Explorer le contexte des plaintes de votre patient (famille, culture, age, sexe, statut socio-économique).
- o Adapter le plan du traitement et le régime à l'emploi du temps du patient.
- o Résumer les étapes de l'entretient et les conclusions tirées.
- o Regarder le patient dans les yeux.
- o Faire sentir au patient que vous êtes confident et que son état vous préoccupe sérieusement.
- o S'assurer que le patient a bien compris vos explications en posant des questions teste.
- o Expliquer au patient la nature de sa maladie ainsi que son pronostic.
- o Expliquer au patient vos préférences concernant les tests, les traitements, et les choix qui lui sont offerts.
- o Faire sentir à votre patient que vous avez bien compris ses plaintes et ses sentiments.
- o Discuter avec le patient de ses sentiments spirituels et de ses convictions religieuses.
- o Utiliser d'une façon active les techniques d'écoute verbale (mots, encouragements) et non verbales (regards, gestes).
- o Associer le patient, sa famille, et ses amis (es) dans les prises de décisions.
- o S'assurer que le patient va sortir de votre cabinet satisfait et convaincu.
- o Parler avec le patient de ses sentiments ; même les plus intimes.
- o Expliquer au patient d'une façon précise les modalités du traitement, ses effets secondaires, et le style de vie à adopter.
- o Répondre à toutes les questions du patient et l'encourager à en poser d'autres.
- o Recueillir les informations d'une façon structurée et pré établi.
- o Laisser le patient parler librement de ses plaintes.
- o Utiliser les techniques du feed back envers les signes verbaux et non verbaux émanant de votre patient.
- o Etablir un contact personnalisé avec le patient (sourire, saluer avec la main…).

ملـخـصـــات أبحـــــاث و مقـــالات

المـــرأة المصريـــة والمـــرض النفســـي

أثر العوامل الاجتماعية و الموروث الثقافي على الاضطرابات النفسية

داليـا أحمـد عبـد الرحيـم مصطفـى / القاهـرة – مصـر
deemost@hotmail.com

حصلت الباحثة داليا أحمد عبد الرحيم مصطفى على درجة الماجستير قسم الأنثروبولوجي و العلوم الاجتماعية بالجامعة الأمريكية بالقاهرة. وكان عنوان الرسالة: "تأثير العوامل الاجتماعية و الموروث الثقافي على إصابة المرأة المصرية بالمرض النفسي."

من واقع التحليل الميداني، كشفت الدراسة عن أن المرض النفسي لدى معظـم النسـاء في مصر يبدأ في سن مبكرة، في حين أن اللجوء لطبيب متخصص يأتي في مراحل متأخرة يكون المرض النفسي حينها بلغ مرحلة يكـون فـيها العـلاج مستعصياً إلى حد كبير. و تبين أيضاً أن الكثيرات يعانيـن في صمت ولا يلجأن إلا نادراً للعلاج على أيدي متخصصين. و يـرجع سبب التراجع عن اللجوء للعلاج النفسي المتخصص إلى الموروث الثقافـي المغلـوط الذي يعتبر المعاناة النفسية خللاً في القدرات العقلية، و الشـكوى من الاكتئاب مثلاً ضعفاً في الايمان و البناء النفسي. سبب اخر هـو أن قرار العلاج غالباً ما يكون في يد أشخاص قريبين يفتقرون إلى المعـرفة السليمة بالمرض و أسبابه أو يقللون من شأنه. هذا بالإضافة إلى تهمـيش المرأة نفسها لأهمية العلاج النفسي، فهي تعتبر أبناءها أو زوجها أكـثر اسـتحقاقاً لوقت و تكلفة العلاج. و من الأسباب المهمة الأخرى في اللجـوء لمخـتص ارتفـاع تكلفة العلاج و بالتالي عدم المتابعة المطلوبة بانتظام.

كنتيجة، يتم التجاهل خطورة المرض النفسي أو تحوير الشكوى لتتخذ صيغة مقبولة اجتماعياً و مناسبة أكثر للموروث الثقافي السائد، فنجد المرأة تشـكو مـن الام جسـمية مـثل الصداع النصفي، ألم المفاصل، و تنميل الأطـراف مـثلاً، فيما يعرف "بالجسمنة somatization" . و يتم تعطيل العـلاج أو تدهـور الحالـة عـند اللجوء لأطباء متخصصين في علاج الأعـراض الفسيولوجية أو لدى اللجوء لمعالجين شعبيين أو مشعوذين أو استسـهال استشـارة الصـيدلي مـثلاً. هـذا و نرى أيضاً اللجوء لغير المتخصصـين متمـثلاً في الاتصال ببعض مقدمي الفقرات التلفزيونية و الإذاعـية و اعتماد آراءهم كحل أوفر أو أسهل، و ربما ضماناً للسرية. و تكون النتيجة أيضاً تأخراً في الحالة النفسية.

تبيـن أيضاً من الدراسة أن هناك تزامنا في بعض الأعراض النفسية بين المرأة في مصر و في دول أخرى و في دول أخرى و في زيادة نسبة الاكتئاب بين النساء عن الرجال، كما أوضحت الدراسة عدم وجود فروق تذكـر بيـن مصـر و غـيرها مـن الدول من ناحية مسئولية الظروف الاجتماعـية و المـوروث الثقافـي عن إصابة النساء بما يسمى "بالتعب النفسي" أو الاكتئاب.

كما أوضحت الدراسة أيضاً احتمالية مساهمة الظروف الاجتماعية في مصـر فـي إصـابة الكثـير من الفتيات المصريات بأمراض نفسية أو نفسجسـمية مـن بينها الفلق الناتج عن الأعباء الدراسية الخاصة بالثانوية العامـة، بالإضـافة إلى العبء النفسي الناتج عن زواج الفتيات قبل سن الثلاثين.

و أشـارت الدراسة أيضاً إلى بعض العوامل الاجتماعية التي قد تؤثر سلبياً على السلامة النفسية للمرأة المصرية و العربية، و منها :

1) **الضغوط النفسية** التي تسببها بعض العلاقات الإنسانية،
2) **الازدواجية الاجتماعية الشائعة**، و عدم التوازن في الأدوار الاجتماعية بين كل من الرجل و المرأة،
3) **إنكار المرأة لذاتها** فـي كثير من الأحيان ، و محاولة إعادة صياغة شخصيتها لتناسب رغبات و توقعات الآخرين،
4) **رضاء المرأة بمنزلة أدنى** مـن إمكانياتها العقلية و مؤهلاتها الدراسية و طموحاتها الشخصية.
5) **المعاناة في صمت** و افـتقار الصـداقات الأمينة و الروابط الحمـيمة غالباً بسبب مشاغل العمل في المنزل أو خارجه و ضيق الوقت.
6) **التشتت بين نمطين اجتماعيين متناقضين** في غالب الأحيان، يمـثل أحدهما التحديث و التطور و الحراك الاجتماعي للأعلى، و الآخـر لكـل ما هو تقليدي و موروث. و تكون النتيجة كما تؤكد إحـدى الدراسات أن المرأة تصاب بالاكتئاب نتيجة لمحاولتها اتباع النمطين في آن واحد.
7) **الضغوط الكبيرة الناتجة عن الدراسة** فـي مرحلتي الثانوية العامة و الجامعة.
8) الفشـل فـي الخضـوع لضـغوط المجتمع **للزواج مبكراً** أو الإنجاب مبكراً أو الاستمرار في زواج غير مستقر.

هذا و تقدم هذه الدراسة عددا من التوصيات، من ضمنها :

- **أهمية الحوار بين سائر التخصصات الأكاديمية**، و تجنب النظرة الأحادية، فلا يجب مثلا فصل العلوم الاجتماعية عن الطب و الاقتصاد و التربية و التعليم و الإعلام و السياسة و العلوم البيئية
- يتوجـب على المؤسسات الطبية و الباحثين المختصين في مصر أن يعـتمدوا **رصداً واقعياً نابعاً من الظروف الخاصة بمصر و المنطقة العربية**، بدلاً من تعميم نظريات و تطبيقات بحثية و توصيات تناسب دولاً أخرى، كما ينبغي أخذ ال"جندر" أو النوع الاجتماعي دائماً بعين الاعتـبار. فلا تنقل دراسات أجريت على الذكور و يتم تعميمها على الإناث.

- أهمـية الـنظر إلى صحة المرأة عامة و صحتها النفسية خاصة علـى أنهـا هـدف أساسي و تكاملي يضم كلاً من العقل و الجسد و النفس

- كما توصي الدراسة بالشروع في أبحاث أخرى نابعة من صميم الـثقافة المصرية و التنسيق بين الجهات البحثية و الأكاديمية المعنية لنشـر و تبادل النتائج ليستفيد منها القارىء العادي، المريض النفسي، و الأطباء و الأكاديميون.

- تقـترح الدراسـة أيضـاً تخطيط **حملة قومية** تستهدف **الارتقاء بالصحة النفسية للمرأة** المصرية و العربية، و تتضمن هذه الخطة :

أ- البدء بمعالجة المعتقدات الاجتماعية الراكدة و الموروثات الثقافـية التي من تساهم في الفهم المغلوط للمريض النفسي و الطبيب النفسي و المرض النفسي، و ذلك مهم جداً أهمية العلاج النفسي ذاته.

ب- تعزيـز و تسـويق فكرة التدخل المبكر للعلاج على نطاق إعلاميو تعليمي و تربوي واسع.

ت- التنسيق بين الجهود الحكومية و كل من المؤسسات الأهلية و الإعـلام لتبني حملات تثقيفية من شأنها تصحيح الصور الراسخة المغلوطة.

ث- تدريب المدرسين و الآباء و الأخصائيين الاجتماعيين على اكتشـاف المشـاكل المتعلقة بالتعليم و التكيف الاجتماعي منذ الصغر لتسهيل إمكانية العلاج المبكر.

ج- أخـيراً يتوجـب أن تستهدف المؤسسات الراقية للنهوض بصحة المرأة أن تأخذ بعين الاعتبار تعريف الصحة بشكل تكاملي لا يتجزأ، فالصحة و السلامة النفسية ما هي إلا محصلة عوامل بيئية و اجتماعية و ثقافية و سياسية، بالإضافة لتأثرها بالعوامل الشخصية و الفسيولوجية.

الـــمرأة و الإحســـــاس بالألـــــم

د. منـــال القاضـــي – علـم الـنـفـس – مـصـر
manalkady@hotmail.com

من منا لم يتألم، فالألم ديموقراطي لابد أن يجربه كل البشر، وهو وان كان أحيانا لا يحتمل ولكنه رحمة الهية، تنبهنا إلى أي خلل يصيب أجسادنا .

بدون ألم لن نشبه إلى العديد من المشكلات والأمراض، ولكنه في بعض الأحيان يتجاوز دوره التنبيهي ويصير مزمنا، حينها يصبح الألم في حد ذاته مرضا يستوجب العلاج.

هـناك اعتقاد خاطئ بأن شعور المرأة بالألم ليس له أسباب عضوية، ولكـنه يـرجع فـي المقام الأول إلى ميل المرأة للافصاح والمبالغة في وصف مشاعرها، وهناك اعتقاد آخر يحول دون التعامل بفاعلية مع ألم المـرأة، وهوأن المرأة تستطيع التعامل مع الألم بكفاءة أكثر من الرجل، هذا الاعتقاد وغيره من الاعتقادات التي تعتبر المرأة كائن فولاذي أو مبالغ كثـير الشـكوي تحول دون وصف علاج مناسب لها يضع في الاعتبار طبيعتها البيولوجية، فهناك دراسات قليلة ولكنها تستحق الالتفات إليها عن تفاعل المرأة مع الادوية المختلفة ومن بينها مسكنات الألم وكيف يتأثر هذا ببيولوجيتها.

ان اسـتمرار شـعور المـرأة بالألم ينعكس سلبا على حالتها النفسية، فينتابها الأرق، الاجهاد، ضعف الشهية، الغضب، عدم القدرة على التركيز والتذكر، وكذلك القلق، الاكتئاب، وقد تصاب بالعديد من الأمراض العضوية وضعف المناعة لأن الألم يمثل لها ضغطا عصبيا، كما تنعكس اصابتها بالألم على علاقاتها الأسرية والاجتماعية وقدرتها على الانجاز، كل هذا من شأنه أن يزيد احساس المرأة بالألم، ويدخلها فيما يسمى "**دورة الألم المزمن**"، فعدم قدرة المرأة علي القيام بمسؤلياتها في العمل والبيت، يؤدي إلى شعورها بالاحباط وعدم الكفاءة، مما يجعلها تزحم نفسها بالاعباء في الأوقات التي يتناقص فيها الألم، أو يعد محتملا فتصاب بالاجهاد الزائد ويعود الألم من جديد فتقل من أنشطتها وتبدأ الدورة ثانيا.

ولكن كيف نفسر شعور المرأة بالألم ؟

إن الشـعور بـالألم له بعدا سيكلوجيا، من الممكن أن يزيد من حدته وجـود صراع نفسي تعاني منه المرأة، أو ضغطا شديدا لا تستطيع المرأة أن تعبر عنه بالكلمات فتعبر عنه بما يعتري جسدها من أوجاع، و خاصة لو كانت تنتمي لثقافة لا تعتد بالمعاناة النفسية.

هناك العديد من العوامل التي تجعل الشعور بالألم يتفاوت من شخص إلـى آخـر، مثل السمات الشخصية، التاريخ العائلي والتنشئة الاجتماعية، ولكن كل هذا لايفسر ألم المرأة بصفة خاصة.

فلماذا المرأة أكثر تألما إذن؟

أشارت دراسات عديدة إلى ان السبب يكمن في اختلاف بيولوجيتها هذا الاخـتلاف هـو الذي يجعلها أكثر تألما من الرجل، ففي أمراض تصيب الجنسين مثل الفولون العصبي، الصداع، التهابات الجهاز البولي، التهابات المفاصل، آلام الصدر وغيرها..

وجـد أن المـرأة أكـثر إحساسـاً بالألم فنحن حين نتألم، يثبط الجهاز العصبي إشارات الألم عن طريق الموصل العصبي المسمى بالسروتونين وكذلـك مـن خلال إفراز المسكنات الذاتية مثل الاندورفين والانكيفالين وتعد المرأة أكثرعرضة للألم حيث يوجد **السروتونين لديها بنسبة أقل من الرجل**، كمـا **تتأثر قدرتها على إفراز الاندورفين** من وقت إلى آخر وفق حالتها البيولوجية ونسبة الاستروجين لديها.

فالاستروجين يعمل لدى المرأة خادم لانوثتها، يفعل المعجزات، ولكنه خـادم غـير مطيع يعرف قيمته جيدا وفي شد وجذب دائم معها، ينخفض فتصـاب بـالأرق والتهيج العصبي ومشكلات التفكير والذاكرة ويعود إلى معدلـه الطبيعي فتلتقط أنفاسها برهة، أو يرتفع معلنا أهبة الاستعداد لحالة بيولوجية خاصة وهي الحمل.

هـو بعـبارة أكـثر دقة ليس رهن إشارتها ولكنه رهن إشارة المرحلة البيولوجية التي تمر بها.

وأخيرا ثبت تأثيره على إحساس المرأة بالألم، فاذا ارتفع **الاستروجين** فـان قدرتهـا على تحمل الألم تزداد حيث تتمكن من إفراز الكيميائيات الطبيعية القاتلة لهذا الألم مثل الانكيفالين والاندورفين، بينما تقل هذه القدرة كلما قلت نسبة الاستروجين.

ولذلـك فالمـرأة الحـامل، تـزيد قدرتهـا على تحمل الألم لأن نسبة الأستروجين تكون مرتفعة لديها بينما تقل هذه القدرة لدى المرأة في مرحلة انقطاع الطمث، حين يقدم الاستروجين بطاقة تفاعده.

قـد تكـون المـرأة أكثر كفاءة في التعامل مع الألم ولكن هذا لاينفي احتـياجها إلى تفهم شعورها حين تعبر عن ألمها واعطائها العلاج الدوائي المتوافق مع بيولوجيتها.

إضافة إلى العلاج الدوائي المناسب تحتاج المرأة إلى تعديل في أسلوب حياتها كي تسيطر على الألم وتحقق الصحة بمفهومها الشامل من سلامة نفسية وجسدية واجتماعية كما يلي :

- **الرياضة** : فالرياضـة المنتظمة تخفف من حدة القلق والاكتئاب وتؤدي إلى إفراز المسكنات الطبيعية في الجسم.

- **الماء** : يجب تناول ما لا يقل عن 8 أكواب يومياً، فالماء يغسل السموم ويخفف من آلام العضلات.
- **تناول طعاما متوازنا**، 50% مـن أطعمة نيئة وعصائر طازجة ويركـز أغلبه على الخضروات والفواكه والحبوب الكاملة والأسماك، فهذا يؤدي إلى تجديد الطاقة وبناء المناعة.
- **التدليك** : وهـو أنـواع عديدة ويجب أن يتم تحت إشراف طبي لاختيار النوع المناسب، فأولئك الذين يعانون من ارتفاع في الضغط أو مشاكل الأوعية الدموية لا يجب أن يتلقوا أي نوع من تدليك العضلات العمـيق، كذلك فالتدليك لا يجب أن يؤدي في المناطق الملتهبة أو مع هؤلاء المصابين بالسرطان والأمراض المعدية.
- **الاسترخاء** : يخفف من التوتر والانفعال الذي يمكن أن يزيد من حدة الألم وبالتالي يساعد في كسر دورة الألم المزمن.

لقـد تألمـت المرأة كثيرا ومن حقها أن نتفهم ألمها ونكون أكثر دراية بأسـبابه وبالعلاجـات المناسبة لطبيعتها البيولوجية، الأبحاث الجادة التي تدرس ألمها بموضوعية.

العـــــلاج العائلـــــي لمريـــض الفصـــام

أ.د. محمـد أحمـد النابلسـي – الطب النفسي – لبنـان
nabulsy@cyberia.net.lb

كان فرويد وأتباعه من المحللين السباقين في اكتشاف دور الخلل العائلي في إحداث مرض الانفصام. فالتحليل النفسي يرد الأسباب النفسية للانفصام إلى ما وراء الأسباب الظاهرية التي ولدت المرض. وهم يركزون على المرحلة الفمية بالذات Oral Stade حيث يمكن أن تنشأ اتصالات مضطربة بين الأم ورضيعها. ويشبه المحللون اضطراب العلاقة بين الأم ورضيعها بنقطة ضعف في أساس العمارة (أي الشخصية). ومن خلال دراساتهم للحالات الفصامية توصل المحللون إلى وضع وتحديد أنماط عدة "للأم المنسبة بالفصام". ومن أهم هذه الأنماط وأكثرها مطابقة للمنطق التحليلي نمط الأم المتزوجة من رجل (أي والد المريض) ضعيف الشخصية ولكنه سريع الغضب والانفعال. ونظراً لضعف شخصية الوالد فإن المريض منحيا طفولة تغيب عنها السلطة الأبوية أو تشوه صورة الأب (وبالتالي السلطة الأبوية) في نظر الطفل من خلال عمليات النقد والهجوم المستمرة التي تمارسها الأم على الأب (قد نحصل ذلك في غياب الأب).

ولـو قمـنا بتفحص المحيط العائلي لمريض الانفصام لوجدنا أن هذا المحـيط قد يبدو طبيعياً دون أن تشوبه شائبة للوهلة الأولى. إلا أننا ولدى تعمقـنا في دراسة أفراد هذه العائلة (وخاصة الأم والأب) نلاحظ نوعاً من القسـاوة والجمود العاطفي والفكري يهيمنان على أجواء هذه العائلة. كما نلاحـظ انخفـاض قدرة هؤلاء الأفراد على إقامة صلات عاطفية أو حتى حـوارات حمـيمة فيما بينهم. وبمعنى آخر فإن عائلة مريض الفصام هي عائلـة تعانـي صـعوبات علائقية مؤثرة في توازن المريض من الناحية النفسية على أكثر من صعيد.

وبالرغم من تحديد فرويد، والمحللين من بعده، للدور الهام الذي يلعبه الخلل العائلي في إحداث الفصام فإنه لم يتوجه للعلاج العائلي لهذا المرض. ولكن مع إرساء أسس العلاج النفسي العائلي التفت الباحثون نحو عائلة مريض الانفصام موجهين اهتمامهم نحو دراسة العلاقات العائلية للمريض وأثرها في ظهور المرض وفي تطوره أو تراجعه. (بالأحرى خموده). وقد حاول هؤلاء الباحثون العلاج عن طريق إصلاح علاقات المريض وأجوائه العائلية فلم ينجحوا. والحقيقة أن هذا الفشل لا يعود، في رأينا الشخصي، لقصور العلاج العائلي وإنما هو عائد إلى عدم قدرة المريض على استيعاب هذا العلاج بطرقة فعالة. والدليل القاطع على ذلك نجده في قدرة العلاج العائلي على الحؤول دون حصول الانتكاسات المرضي أو على الأقل تأخير حدوثها. ففي دراسة للباحث Goldstein تأكدت فعالية العلاج العائلي في منع الانتكاسات لدى مرضى الفصام المعالجين دوائياً وعائلياً بالمقارنة مع المرضى المعالجين دوائياً فقط. وتشير هذه الدراسة وعديدة غيرها إلى أن العلاج العائلي يؤدي إلى تحسن جوانب نفسية عديدة في شخصية المريض لا يطالها التأثير الدوائي.

أما عن خطوات العلاج العائلي للفصام فهي ترتكز على المبادئ التالية :

1- تحديـد **أفراد العائلة** الذيـن يعايشون المريض والذين **يتميزون بتعابير انفعالية سلبية مبالغة** (الشعور بالظلم، الكره، الحسد، الرغبة بالـثأر، التدمير ... الخ). وقد أطلق الباحثون الأميركيون على هؤلاء الأشخاص تعبير الـ High E.E" واعتبروهم مسؤولين عن المساهمة في إحداث اضطرابات الشخصية لدى المريض واستمراريته. وهذا ما يؤكـده الباحـث Brown الـذي يشـير إلى أن 92% من الانتكاسات الانفصامية تعود لوجود مثل هؤلاء الأشخاص في عائلة المريض.

2- **ضرورة إعادة التوازن للصورة الأبوية** : وسنتبسـط في شرح هـذه النقطة بسبب أهميتها البالغة. فالطفل وابتداءً من سن الثالثة يبدأ باستيعاب النقاط التي تتيح للأب التفوق عليه. فإذا ما وصل الطفل إلى سن 5 - 6 سنوات تخلى عن الصراع الأوديبي لمصلحة والده وتحول صـراعهما إلى محاولة الطفل تقليد أبيه والتماهي به. والطفل في هذه المـرحلة يتخـيل نفسـه شبيهاً بأبيه عندما يكبر. فإذا ما تدخلت الأم وأحدثت تشويهاً في صورة الأب فإن الطفل يستشعر هذا التشويه في صورته الذاتية. ويكون هذا التشويه أولى دعائم اضطراب الشخصي لـدى الطفل الفصامي. ولذلك وجب توجيه الأم وتدريبها للعمل على تجميل الصورة الأبوية.

3- **تثقيف العائلة في موضوع المرض** : علينا أن نعمل ومن خلال جلسات عائلية موسعة يحضرها جميع أفراد العائلة (باستثناء المريض والأطفـال دون الـ رابعة) الذيـن يعيشـون مع المريض. وفي هذه الجلسـات عليـنا أن نشرح للعائلة المظاهر المرضية والاضطرابات المـرافقة للمرضى، النوبات وإمكانية ظهورها، أهمية العلاج الدوائي وضرورة الإشراف الطبي، احتمالات تطورات المرض وتأثيره على حياة المريض المستقبلية. وأخيراً الأساليب الواجب اتباعها في العلاقة مع المريض.

ومناقشـة مـثل هذه المواضيع مع العائلة غالباً ما تكون مصدراً لعدد كبـير مـن الأسـئلة الاستيضاحية التي يطرحها أفراد العائلة التي تجب الإجابة عليها بوضوح مع إعطاء التعليمات اللازمة.

4- **إصلاح الجهاز العلائقي داخل الأسرة** : بعد مناقشتنا للخطوات الـثلاثة الأولـى أصبح من السهل علينا تبيين الأعطال الطارئة على جهاز العلاقات داخل الأسرة. ومن الوجهة الطبية ـ النفسية علينا أن نقـوم بإصلاح هذه الأعطال اعتماداً على الطريقة التي نراها مناسبة سـواءً أكانت سلوكية أم تحليلية أم إدراكية ... إلخ. فالهدف هو أولاً وأخـيراً تأميـن الأجـواء العائلـية الملائمة للمريض وإزالة التوتر والصراعات من هذه الأجواء منعاً لحدوث الانتكاسات.

5- **الإصرار على إقتران العلاجيين الدوائي والعائلي** : رأيـنا أن العلاج العائلي منفرداً لا يستطيع أن يحل مكان العلاج الدوائي. لذلك

فإنه من العبث القيام بالعلاج العائلي إذا ما كان المريض ممتنعاً عن تناول علاجه الدوائي. ولعل أفضل الفترات للقيام بالعلاج العائلي هي فترة وجود المريض في المصح.

وإذا كـنا في مجال الحديث عن العلاج العائلي لحالات الفصام فإننا لا نسـتطيع أن نتجاهل الأجواء الاجتماعية العامة للمريض ولعائلته. وهذا ما يدفعنا لطرح عدد من الأسئلة، نعرف سلفاً أن الأجوبة عليها سلبية :

1. ما هي إمكانيات العلاج المتحضر لهذا المريض في مجتمعنا؟
2. كم هي الحالات التي تشخص في الوقت المناسب؟
3. من هي العائلات التي تتقبل بموضوعية فكرة كونها مساهمة في إحداث المرض؟ وكم عددها؟
4. كـم هـي النسـبة المئوية للمرضى الذين تم عرضهم على الطبيب؟
5. ما هي نسبة العائلات القادرة مادياً على متابعة علاج من هذا النوع وعلى تحمل أعبائه؟
6. هل عندنا أعداد كافية من الاختصاصيين في هذه المجالات؟
7. هل سعينا أو نسعى لإعداد مثل هؤلاء الاختصاصيين.
8. هـل نعلم النسبة المئوية للإصابة بالانفصام في مجتمعنا؟ أو العدد التقريبي لهؤلاء المرضى؟
9. هل وضعنا حداً لأساليب العلاج المتخلفة وذات الآثار السلبية على هؤلاء المرضى ... الخ.

وتطـول هذه اللائحة ليس فقط بالنسبة لمرضى الانفصام ولكن أيضاً بالنسبة لسائر المرضى النفسيين والعقليين.

سيكولوجيـة اللعـب و عـلاقتـه بمراحـل النمـو

د. نـهلـة أميـن أحمـد / علـم النفـس – القاهـرة، مصـر

Nahla_amin2@yahoo.com

اللعب ليس مجرد شيء يفعله الصغار بل أنه شيء مهم ويأخذ حيزاً كبيراً في نشاط الكبار، فهو لا يمنحنا الشعور بالجمال والسعادة فقط بل أنه يثري عقولنا بالمعرفة، وهو ليس نشاط فردي بل أنه نشاط اجتماعي.

اللعب أهدافه وأهميته ووظائفه: يحقق للطفل من خلال اللعب الأشياء الآتية:

- ✓ التعرف على البيئة المحيطة.
- ✓ تحقق التواصل معها.
- ✓ ينمو من الناحية الجسمية واللغوية والانفعالية والاجتماعية.
- ✓ وكذلك يكتسب العديد من المهارات والمعلومات.

اللعب وسيط تربوي يساهم في نمو الشخصية والصحة النفسية للطفل، وهـو وسـيلة لتعلـيم الكثـير مـن المفاهيم العلمية والرياضية والدينية والاجتماعية.

ويتصـف اللعـب بأنه ذو فاعلية ممتعة يؤديها الفرد لذاتها بإخلاص، وكذلـك لأنـه نشاط حر لا قهر فيه ولا إجبار، ولأنه مرن ومتنوع، فهو موجـه وغـير موجه إيهامي أو واقعي، فاللعب يتضمن نشاطات متنوعة جسـمية وعقلية ولغوية واجتماعية، يرتبط بالميل والدوافع الداخلية، وعليه فهو لا يتعب صاحبه، ويمتاز اللعب بالسرعة و الخفة، ويبتعد عن الصراع النفسي والاضطراب، وهو يعد مطلب أساسي من مطالب نمو الطفل.

وتتسـم اللعبة بأنها نشاط منظم تسير وفق قواعد محددة ومتفق عليها ومفهومـه مـن قبل من يمارسها تتضمن تعاونا أو منافسه مع الذات ومع الآخريـن تمـنح لمن يمارسها شعورا بالمتعة أو الفائدة دون إلحاق الأذى بالآخرين.

أمـا أدوات فهـي المـواد والوسائل التي يستخدمها الطفل أثناء قيامه بنشاط اللعب وقد تشترى أو تصنع من المواد الخام الموجودة في البيئة أو التي تعالج يدويا مثل الطين والصلصال والرمل والماء والدقيق.

مـثال علـى ذلك العروسة التي تصنع من القماش والشعر والصوف وتشترك البنات في صنعها مع الأم وليس البنات فقط بل الأولاد أيضا في السـن الصـغيرة يحـبوا هـذا العمـل ليس للعروسة ولكن للعمل نفسه والاشـتراك فـيه والإحساس بأنه استطاع أن ينجز شيء عظيم يفخر به ويشعر بقيمته وأهميته في المجتمع بأنه إنسان منتج.
ومن تلك اللعبة يمكن أن نستدل على الطفل المبدع والمبتكر ونعرف أيضا قدراته وميوله ونشجعه في أن ينميها ويكبر معها.

ومـن فوائد اللعب أيضا زيادة الشعور بالبهجة والمتعة وتطوير خبرات الطفل وزيادة معرفته بالبيئة.

أمـا عـن أهـداف اللعب فهي تشعر الطفل بالمتعة والبهجة والسرور وترويض الجسم وتمرين العضلات وتعده للتعلم مثل اللعب بالمكعبات التي علـيها الأرقام فهو يقوم ببناء هرم مثلا من خلال الأرقام وكذلك يسهم في تعلـيم الطفـل المهارات الاجتماعية من خلال اللعب الجماعي الذي ينمي روح الـتعاون والمشـاركة والتفاعل الاجتماعي وكذلك تخلص الطفل من التوتر والانفعالات الضارة ومن الطاقة الزائدة من خلال ألعاب المسدسات في السن الصغير والتي تعتبر محبوبة ومفضلة للأطفال الصغار حيث أنهم يشـعروا أنهـم ملكـوا العالم من خلال خوف الآخرين من الصوت الذي يصدره المسدس اللعبة أو كنوع من أنواع المداعبات مع الطفل بأن يرتمي الكـبار علـى الأرض أمام الطفل عند تصويب المسدس عليهم وقد تساهم هـذه اللعـبة فـي إشباع الحاجات النفسية للطفل من حيث التقبل من قبل الآخريـن إثـبات الوجود والذات، الشعور بأهميته وأهمية ما يقوم به من أفعال.

وهـذا يحقق للطفل **النمو الجسمي والحركي والحسي** من خلال تقويم الجسـم وتمريـن العضـلات الكبـيرة والصغيرة كما في العاب الحركة والمجهـود الجسـمي مـثل ألعاب الكاراتيه والكونغوفو، تعليم العديد من المهارات الحركية مثل القفز والتسلق وزيادة القدرة على حفظ التوازن، و المساهمة في إعداد الطفل للعمليات العقلية كالتحليل والتركيب والاكتشاف تدريب الحواس والقدرة على استخدامها، تنمية التآزر الحسي الحركي.

يسـاهم اللعـب فـي **النمو العقلي** عن طريق توفير فرص الابتكار والتشكيل كما في العاب التركيب، تنمية الإدراك الحسي، تنمية القدرة على الـتذكر والـربط والتبصر والاستبصار وتقوية الملاحظة، زيادة معلومات الطفل عن الناس والأشياء، حب الاستطلاع والخيال الإبداعي لدى الطفل، توظـيف وقت الفراغ واستثماره في مجالات مفيدة، التدريب على التركيز والانتـباه، القدرة على حل المشكلات والألغاز، التدريب على صنع نماذج وأشـكال ولعـب هادفـة وكذلك تحقيق أهداف متصلة باكتساب الحقائق والمفاهـيم والمـبادئ. ويهـدف اللعـب أيضا ليساعد الطفل على **النمو الاجتماعي** مـن حيـث معـرفة عـادات وقوانيـن المجتمع، تعليم القيم الاجتماعـية كالـتعاون والحـب والعطـاء والانتماء، تعلم الدور الخاص بالجـنس وتعلم الدور عموما وأدوار الآخرين، التدريب على الانتقال من الـتمركز حـول الـذات إلى الاهتمام بالآخرين والشعور بهم وفهم وجهة نظرهم، تحقيق المكانة الاجتماعية وممارسة مواقف الحياة المختلفة، وتعليم

مهارات التواصل الاجتماعي وتقبل الخسارة.

أما من **النواحي الانفعالية** فاللعب يساهم في تنمية التعبير عن الحاجات النفسـية وإشـباعها، التخفيف من الانفعالات الضارة وتنمية الثقة بالنفس ورفع الروح المعنوية وتنمية الميول والاتجاهات والشعور بالمتعة والبهجة وكذلك المساهمة في علاج عدد من الاضطرابات الانفعالية كالخوف مثلا.

وهـناك أيضا **أهمية لغوية وتعبيرية للعب** فهو ينمي قدرة الطفل على التعبير عن أفكاره ومشاعره وتمكن الآخرين من فهم ميول وحاجات الطفل والعمـل علـى تلبيـتها وكذلك معرفة قدرات الطفل فلا يطلبون منه ولا يكلفونه بما يفوق إمكانياته. ويستطيع الطفل يعبر عن مشاكله والعمل على حلهـا. ويساعد اللعب أيضا في التخلص من عيوب النطق التي يمكن أن تعـيق التواصل مع الآخرين، وتنمية القدرة على تكوين الجمل المفيدة مما يساهم في زيادة التفاعل مع الآخرين.

وأخـيرا يسـاعد اللعـب في **بناء شخصية الطفل المتكاملة** من خلال التدريـب على الاستقلال وتحمل المسئولية واتخاذ القرار وذلك منذ لحظة اختـياره للعبة التي يريدها ثم كيفية اللعب بها والمحافظة عليها ووصولا إلى الاحتفاظ بها في مكان ما.

الـتخلص من الخجل والانطواء والعزلة، معرفة الذات وتقبلها ومعرفة الآخريـن وتقـبلهم، تخفـيف حدة القلق والعصاب، التكيف مع الخبرات الجديـدة وإعـداد الشخصـية لدورهـا في المستقبل، ممارسة الحرية في الاختيار وتعلم أن للحرية حدود.

ويختلف اللعب وطريقته من مرحلة نمو إلى مرحلة أخرى.

فمـثلا اللعب في أول أسبوعين من عمر الطفل يختلف عن اللعب في الفـترة مـن 4 : 9 شهور، ففي الأسابيع الأولي يستجيب للمؤثرات القوية المفاجـئة أكـثر مـن اسـتجابته للمثيرات الهادئة المستمرة في حين أن الأصـوات العالـية القويـة المفاجئة تعمل على إزعاجه وما يجعله يفرد ذراعيه وساقيه فجأة ثم يضمها بشكل عصبي.

وفـي **تسعة أشهر** لسـنة يتميز اللعب الوثوب والحبو تحريكه الأثاث وإصدار أصوات لا معنى لها.

وفـي **السنة الثالثة** من العمر يضع الكفين حول الأذنان لسماع صوت الدورة الدموية وممارسة العاب البناء والتركيب والتشكيل والألعاب المتحركة مثل القطارات والسيارات والشاحنات.

وبالتالـي يتحول لعب الطفل من العشوائية والعفوية في اللعب وانعدام القواعـد واللعـب الفـردي إلى أن يكون اللعب رمزي وتصبح الألعاب وظيفية.

وفـي **الخامسة** من العمر يميل اللعب إلى الواقعية واللعب الاجتماعي بشكل تدريجي ويبدأ الاهتمام بالألعاب ذات القواعد.

أمـا اللعـب فـي **مرحلة الطفولة المتأخرة** من 9 : 12 سنة فالطفل يمـارس الألعـاب التخيلية مثل لعب دور القرصان واللصوص ورجال الفضاء وممارسة الرسم ذات الأبعاد الثلاثة و الاهتمام بالقصص الواقعية والبوليسية وقصص المغامرات.

وعـند اختـيارنا للعبة يجب أن نراعي الآتي دافعيه الطفل ومبادرته الذاتية للعب، مناسبة اللعبة لسن الطفل وقدراته الجسمية والعقلية.

ومن أشهر نماذج ألعاب البناء والتركيب والتشكيل هي المكعبات التي يكتسب الطفل من خلالها مفهوم التسلسل الأكبر ـ الأصغر ـ الأطول ـ الأقصـر، مفهـوم العلاقـة بيـن الكل والجزء، النظام والترتيب، التمييز البصري باختيار المتشابهات في الحجم والشكل، تنمية التآزر البصري ـ الحركي.

ويمكن استخدام اللعب لتدريس بعض المواد مثل استخدام الرمل وهي عـبارة عـن حوض بلاستيك به كمية من الرمل الناعم ويشكل من خلاله الظواهـر الجغرافـية أو رسـم الـوادي والنيل وكذلك المعارك الحربية والـتجمعات السـكانية ويمكن استخدام مواد مثل القطن / نشارة الخشب الملونة / الطين وأيضا يمكن أن يوضع الحوض بشكل مائل قليلا ويسكب المـاء بشكل متوسط الغزارة على الرمل فيري الجميع كيف يجري الماء منحدرا بين الرمل.

وهـذا الـنوع من **التعليم عن طريق اللعب** ينمي التطور الحسي لدي الطفل ويزيد من توافقه الحركي ويزيد من الاستقرار الانفعالي لديه وينمي القـدرة علـى التفكـير المجرد بالمسئولية ويزيد من قدرته على الانتباه والتركيز والإدراك.

المؤتمـــر المصـــري 21 لعلـم النفـس (المؤتمر العربي 13 لعلم النفس)

قضيـــة العولمـــة، جـــودة الحيـــاة و تنميـــة التفكيـــر

تنظيـــــم : الجمعيـــة المصريـــة للدراســـات النفسيـــة (http://eapsegypt.Tripod.com)

31 يناير إلى 2 فبراير 2005 - مصـر / أكاديمية العبـور للتكنولوجيـا : المعهـد العالي للإدارة والحاسبـــات ونظـم المعلومـــات

eapsegypt@hotmail.com

رعـايـة المؤتمـر

أ.د. عبد الله سرور الدهشان
مضيف المؤتمر و رئيس مجلس إدارة ورئيس الأكاديمية

أ.د. آمال احمد مختار صادق
رئيس المؤتمر و رئيس مجلس إدارة الجمعية

أ.د. السيد عبد القادر زيدان
مقرر عام المؤتمر، رئيس قسم العلوم الإنسانية وعميد المعهد

دعـوة للمشاركـة :

تتشـرف أ.د. آمال صادق رئيس الجمعية ورئيس المؤتمر و أ.د. السيد عـبد القادر زيدان عميد المعهد ومقرر المؤتمر بالإعلان عن بدء استقبال الأبحاث المشاركة في المؤتمر لتحكيمها قبل المؤتمر وذلك في موعد غايته 2004/12/31 بمقر الجمعية الحالي (قسم علم النفس – كلية التربية – جامعة عين شمس) وذلك لدى سكرتيرة الجمعية السيدة سعدية مصطفى في مواعيد العمل الرسمية من 9- 1 ظهراً خلال أيام الأسبوع. علماً بأن المعهد سوف يوفـر وسـيلة نقل من كلية التربية – جامعة عين شمس إلى مقر المؤتمر يومياً.

برنامـج المؤتمـر

مائـدة مستديـرة : علم النفس وقضية العولمة
النـدوة الأولـى : قضية الدمج
النـدوة الثانيـة : علم النفس وجودة الحياة
النـدوة الثالثـة : تنمية التفكير

تحكيـم البحـث

يسـدد الباحث (10 دولارات) عن كل صفحة بما في ذلك الملخصات، و(30 دولار) مستلات، و(100 دولار) تحكيم البحث. (لغير المصريين).

جوائـز المؤتمـر

يسر مجلس إدارة الجمعية العمومية للدراسات النفسية عن الإعلان عن الجوائـز التي رصدها أصحابها طبقاً للشروط المحددة لكل جائزة. ويرجو مجلـس الإدارة كـل من يجد نفسه مستوفياً لشروط هذه الجوائز التقدم لها حتى يمكن النظر والترشيح.

الجوائـــز :

- جائزة أ.د. سمية فهمي لأحسن إنتاج علمي 1000 جنيه.
- جائزة أ.د. عنايات زكي لأحسن بحث تجريبي 600 جنيه.
- جائزة أ.د. أنور الشرقاوي لأحسن بحث تجريبي في مجال التعلم الإنساني 150 جنيه.
- جائزة أ.د. أنور الشرقاوي لأحسن بحث في علم النفس المعرفي 150.
- جائزة الأستاذ هشام ممدوح الكناني لأفضل بحث مقدم من شباب علماء النفس 500 جنيه.
- جائزة أ.د. سعد المغربي لأحسن بحث مقدم للمؤتمر يرتبط بالمشكلات المجتمعية 100 جنيه.
- جائزة أ.د. عبد الوهاب كامل لأفضـل بحث تجريبي في علم الـنفس الفسـيولوجي والبيولوجي (امتزاج المعرفة العلمية بين علم النفس وكلا من الفسيولوجية والرياضة) 500 جنيه.

الباحـث الذي يرغب في التقدم للجوائز عليه أن يسمى الجائزة المراد التقدم لها، علماً بأن البحوث ستحكم للنشر في المؤتمر وسيتم تحكيم آخر خاص بالجائزة.

المجلة المصرية للدراسات النفسية : قواعـد النشـر

1- تنشر المجلة المصرية للدراسات النفسية البحوث والدراسات الأصلية في ميدان علم النفس سواء قدمت للنشر فيها مباشرة أو للعرض في المؤتمرات العلمية للجمعية، سعياً إلى تقدم علم النفس في مجالاته المختلفة ونشر الثقافة النفسية باللغة العربية تحقيقاً للأهداف التي أنشئت من أجلها الجمعية المصرية للدراسات النفسية عام 1948.
2- لا يزيد البحث المقدم للنشر في المجلة أو للعرض في المؤتمر السنوي للجمعية عن 30 صفحة بحجم الكوارتز منسوخة على الكمبيوتر وتعتبر الصفحة المزدحمة التي يزيد عدد كلماتها عن 250 كلمة بمثابة صفحتين، ولن تقبل مطلقاً البحوث التي تزيد عن هذا الحد مهما كانت الظروف.
3- أن يلـتزم الباحـث بقواعد الكتابة العلمية الصحيحة كما أقرتها الجمعـيات العالمية لعلم النفس وخاصة الجمعية الأمريكية لعلم النفس، والجمعية البريطانية لعلم النفس، وكما تظهر بالفعل في البحوث العلمية المتخصصة المنشورة في المجلات المتخصصة فـي هـذا المـيدان، مـع الالتزام الكامل بقواعد اللغة العربية والإنجليزية (أو الفرنسية أو الألمانية).
4- أن يلتزم الباحث بالأمانة العلمية وأصولها المتعارف عليها من حيـث الـنقل والاقتباس والإحالة إلى المراجع والحصول على البيانات.
5- يسـدد الباحـث (الذي لا تستكتبه المجلة) رسم النشر المقرر، والـذي يعلن عنه دورياً في نشرة الجمعية المصرية للدراسات النفسـية (أخبار علم النفس)، ويخفض الرسم لأعضاء الجمعية المسـددين لاشـتراكاتهم السنوية للجمعية بنسبة 10% على أن يقدم العضو صوراً من إيصال السداد.
6- يعرض البحث الذي تتوافر فيه الشروط السابقة علي محكمين من هيئة مستشاري المجلة لتقرير مدى صلاحيته للنشر.
7- يلتزم الباحث بتقديم نسخة من دسك الكمبيوتر الذي كتب عليه البحث بعد التحكيم منسقاً على النحو الوارد في نشرة أخبار علم النفس.
8- الشروط الواجب إتباعها لكتابة البحث:
- الكتابة تكون مكتوبة على برنامج محرر الكلمات (WORD2000) على أجهزة IBM.

- حجـم الصفحة 17×24 سم، والهوامش/ علوي 2سم، سفلي 2سم، يمين 2سم، يسار 2سم. بحيث تكون الكتابة 12×20.
- الجـداول: يجب أن تكون منتجة من خلال خاصية الجداول الموجـودة بالـبرنامج وألا تزيد عن الهوامش المنصوص عليها وكذلك الرسومات.

9- الأخطاء اللغوية والطباعة مسئولية الباحث.

اشتراكـــات المؤتمـــر :

- 30 جنيه للأعضاء العاملين مقابل الحصول على برنامج المؤتمر وملخصات البحوث.(30 دولارلغير المصريين).
- 10 جنيه شهادة حضور المؤتمر،(10 دولار لغير المصريين)
- 15 جنيه لطلاب الدراسات العليا.
- يسـدد الباحـث (10 جنـيهات) عـن كل صفحة بما في ذلك الملخصات، و(30 جنيه) مستلات، و(100 جنيه)

المراســـلات

الجمعيـة المصريـة للدراسـات النفسيـة
قسـم علم النفس التربوي – كلية التربية – جامعة عين شمس – رمز بريدي 11757
بريد هليوبوليس – جمهورية مصر العربية
بريد الكتروني : eapsegypt@hotmail.com
موقع ويـب : http://eapsegypt.Tripod.com

معهـد العبـور العالـي للإدارة و الحاسبـات ونظـم المعلومات
ك 21 طريق القاهرة بلبيس ص. ب : 27 - مدينة العبور
تلفون : 4781990 (5)
فاكس: 4781994 (202)
بريد إلكتروني : admiasions@abouracademy.edu.eg
موقع ويـب: http://abouracademy.edu.eg

المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

مصر- القاهرة، 10- 15 سبتمبـــــر 2005
www.wpa-cairo2005.com

دعـــوة إلـى الأطبـــاء النفسـانييـــن العـرب

حضرة الزميل المحترم

تشهد المنطقة العربية لأول مرة في تاريخها انعقاد مؤتمر عالمي للطب النفسي : "المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي " و ذلك بعد نجاح جهود البروفسور أحمد عكاشة و فريقه على مستوى الجمعية العالمية للطب النفسي باستضافة مصر المؤتمر.

بمناسبة هذا **الحدث الطبنفسي المميز** يشرفني دعوة الزملاء الأطباء النفسانيين العرب في كافة الوطن العربي للعمل على تكوين لجان خاصة لإعداد المؤتمر على مستوى كل قطر يكون هدفها:

1- تحسيس الأطباء النفسانيين بأهمية هذا المؤتمر العلمي العالمي.
2- دعوة أكبر عدد من الأطباء النفسانيين العرب للمشاركة في المؤتمر.
3- تشجيع **المساهمات العلمية** العربية بالمؤتمر و ذلك بتقديم أبحاث ميدانية أصيلة.
4- تكوين **هيئة علمية** على مستوى كل لجنة تعمل لمناقشة أوراق البحث المرشحة قبل إرسالها إلى سكرتيرية المؤتمر حرصا على القيمة العلمية للأبحاث البطبنفسية العربية.

آمـل أن تلقى هذه الدعوة العناية و الاهتمام من زملائي الأطباء النفسانيين العرب للمساهمة في تقديم صورة مشرفة عن تطور الطب النفسي في هذا المؤتمر العالمي .

د. جمـال التركـي - تونـس
عضو الهيئة التحضيرية للمؤتمر
لجنة العلاقات العامة و التظاهرات الاجتماعية

5ème Colloque International de L'URPC

Le rituel

4 – 5 février 2005 - Hôtel "Diplomat", Tunis

L'Unité de Recherche Psychopathologie Clinique
Universite de Tunis – FSHST - département de psychologie

الملتقـى الدولـي 5 لوحـدة الأبحـاث النفسمرضيـة

الطقـــس

4 – 5 فيفري 2005 – نزل الديبلوماسي – تونـــــس

وحدة الأبحاث النفسمرضية السريرية
جامعة تونس، كلية العلوم الإنسانية - قسم علم النفس

Programme du colloque

Vendredi 04 février 2005

A partir de 8h 30 : Accueil et inscriptions
9h00 : Ouverture du colloque : Riadh BEN REJEB

1ère séance : *De quelques aspects culturels du rituel*
Présidente : Alia BELKADHI

9h 30 : Riadh BEN REJEB :
La danse rituelle des nombres
9h 50 : Wahid ESSAAFI :
De quelques rituels du pèlerinage
10h10: Hatem BOURIEL:
Mémoire des gestes, destin des signes
10h 30 : Discussion et pause café

2ème séance : *Aspects psychosociologiques et anthropologiques du rituel*
Président: Abderrazek AMMAR

11h 10 : Danièle MAOUDJ :
Le deuil du regard
11h 30 : Amel REBAI :
Une pratique thérapeutique dans la zâwiya de Lella Arbia (Tunis)
11h 50 : Yassine KARAMTI :
Les marabouts thaumaturges : Le cas de la zâwiya de Sîdi Halfaoui (Tunis)
12h 10 : Discussion
13h : Déjeuner (libre)

3ème séance : *Aspects psychosociologiques et anthropologiques du rituel (suite)*
Président : Abdallah MAAOUIA

14h 30 : Faïka BAGBAG : *Rituel et certitude*
14h: 50 : Ibtissem BEN DRIDI : *Le tasfîh, rituel de la Point de vue anthropologique.*
15h 10 : Mohamed BEN MBAREK : *Le rituel du tasfîh. Point de vue psychologique.*
15h 30 : Discussion et pause café

4ème séance : *Transmissions de rituels*
Présidente : Samia CHARFI

16h 10 : Gérard DECHERF : *La transmission des liens familiaux et leur élaboration dans la contenance thérapeutique*
16h 30: Sofiane BOUHDIBA : *Le rituel funéraire en terre d'Islam : tradition et modernité*
16h 50 : Salouha INOUBLI : *Rituel de l'accouchement chez la femme dans la région de Nafta*
17h 15 : Discussion

برنامـج الملتقـى
الجمعة 4 فيفري 2005

بداية س8 و30 د : استقبال المشاركين
س9 : رياض بن رجب : افتتاح الملتقى

الجلسة الأولى : بعض المظاهر الثقافية للطقوس
الرئيس : علياء بلقاضي

س9 و30 د : رياض بن رجب : تأرجح طقوس الأرقام
س9 و50 د : وحيد السافي : حول بعض شعائر الحج
س10 و10 د : حاتم بوريال : ذاكرة الحركات، قدر الإشارات
س10 و30 د : مناقشة و استراحة

الجلسة الثانية : المظاهر النفستماعية و الأثنروبولوجية للطقوس
الرئيس : عبد الرزاق عمار

س11 و10 د : دنيال مأودج :
حداد النظر
س11 و30 د : أمال الرباعي :
ممارسة علاجية في زاوية للا عربية (تونس)
س11 و50 د : ياسين كرمتي :
حالة زاوية سيدي حلفاوي (تونس)
س12 و10 د : مناقشة
س13 و00 د : عشاء - استراحة

الجلسة الثالثة : المظاهر النفستماعية و الأثنروبولوجية للطقوس (2)
الرئيس : عبد الله معاوية

س14 و 30د : فائقة بغبغ : الطقوس و اليقين
س14 و 50د : ابتسـام بن دريدي : التصفيح : طقوس حماية عذرية الفتاة التونسية : وجهة نظر انثروبولوجية
س15 و 10د : محمد بن مبارك : طقوس التصفيح، وجهة نظر نفسانية
س15 و 30د : مناقشة – استراحة

الجلسة الرابعة : تبليغ الطقوس
الرئيسة : سامية الشرفي

س16 و 10د : جـرارد بشـارف : تبلـيغ العلاقات العائلية و تشكيلها في مسار العلاج
س16 و 30د : سـفيان بوحديبة : طقوس المآتم في أرض الإسلام : تقاليد وحداثة
س16 و 50د : صـلوحة انوبلـي : طقوس الولادة الخاصة بالمرأة بمنطقة نفطة (تونس)
س17 و 15د : مناقشة

Samedi 05 février 2005

5ème séance : *Rituels cliniques de la périnatalité*
Présidente : Raja LABBENE

9h00 : Marcel HOUSER : *Vécu fœtal et rituel oedipien*
9h 20 : Boujemaa OUESLATI: *De quelques rituels autour de l'échographie*
9h 40 : Geneviève DELAISI de PARCEVAL : *De quelques rites relatifs à l'avant-naissance*
10h00 : Discussion et pause café

6ème séance : *Rituels en clinique de l'enfant et de l'adolescent*
Président : Mohamed BEN AMMAR

10h 40 : Catherine GRAINDORGE : *Louis range pour ne pas perdre : rituels et réinvestissements corporels chez un enfant de 4 ans et demi.*
11h 00 : Férodja HOCINI : *Les scarifications à l'adolescence : Du rite de passage aux voies incarnées vers une subjectivation ?*
11h 20 : Wided BOUHOUCHE : *Les troubles des conduites alimentaires : du rituel alimentaire au rituel identitaire*
11h40 : Discussion
12h30 : Déjeuner (libre)

7ème séance : *Psychanalyse du rituel*
Président: Patrice DUBUS

14h 30 : Gérard HADDAD: *La place du rituel dans l'évolution de la pensée de Freud*
14h 50 : Béatrice BACHY-DUQUESNE : *Réflexions à propos du rituel.*
15h 10 : Nicole GEBLESCO : *Sacrifice et création*
15h 30 : Discussion et pause-café

8ème séance : *Clinique du rituel*
Présidente : Monia HADDAD

16h 10 : Mourad MERDACI : *Gassra, un rituel schizophrénique*
16h 30 : Hajer AMRI, Th. BEN ABLA ; Gh. KRID ; J. MOHSNI ; MF. MRAD : *La névrose obsessionnelle aux confins de la psychose : quand le rituel échoue…*
16h 50 : Nathalie BOUVIER : *Les rituels : pour un diagnostic différentiel*
17h 10 : Discussion puis clôture du colloque
20h 30 : **Dîner de clôture :** Inscription préalable exigée

Liste des participants

Abderrazek AMMAR: Ancien enseignant à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis (FSHST), psychologue consultant.
Hajer AMRI : Psychologue clinicienne. Service de psychiatrie G ; hôpital Razi, la Manouba.
Béatrice BACHY-DUQUESNE : Psychiatre, psychanalyste, le Havre, France.
Faïka BAGBAG: Maître-assistante, département de psychologie, FSHST.
Alia BELKADHI : Maître-assistante, département de psychologie, FSHST.
Thouraya BEN ABLA : Assistante hospitalo-universitaire de psychiatrie, service de Psychiatrie G, hôpital Razi, la Manouba.

السبت 5 فيفري 2005

الجلسة الخامسة : الطقوس السريري المتعلقة بالولادة
الرئيسة : رجاء اللبان

س9 و00د : مارسال هوسر : إحساس الجنين بالحياة و الطقوس الأوديبية
س9 و 20د : بوجمعـة وسـلاتي : مـن بعض الطقوس الفحص بالصدى الصوتي
س9 و 40د : جنيفياف دلايس : بعض الطقوس السابقة للولادة
س10 و 00د : مناقشة – استراحة

الجلسة السادسة : طقوس الطفل و المراهق في الممارسة السريرية
الرئيس : محمد بن عمار

س10 و 40د : كاتريـن قـراندورج : الطقوس و إعادة التوظيف الجسدي لحالة طفل في الرابعة
س11 و 00د : فرودجة حسيني : تضحيات المراهقين : من طقس العبور إلى تكوين الذاتية
س11 و 20د : وداد بوحوش : اضطرابات السلوك الغذائي : من طقوس الغذائية إلى طقوس هوية الذات
س11 و 40د : مناقشة
س12 و 30د : غداء - استراحة

الجلسة السابعة : التحليلنفسي للطقوس
الرئيس : باتريس ديبيس

س14 و 30د : جرارد حداد : مكانة الطقوس في تطور الفكر عند فرويد
س14 و 50د : بياتريس باشي ديكان : التفكير في الطقوس
س15 و 10د : نيكول جيبلسكو : التضحية و الإبداع
س15 و 30د : مناقشة - استراحة

الجلسة الثامنة : المظاهر السريرية للطقوس
الرئيس : منية حداد

س16 و 10د : مراد مرداسي : قصرة ... طقس فصامي
س16 و 30د : هاجر العمري، ذ. بن عبلة، غ. كريد، ج. محسني، م. مراد : العصاب الوسواسي و الذهان : عندما تفشل الطقوس
س16 و 50د : ناتلي بوفياي : الطقوس : نحو تشخيص مفارق
س17 و 10د : مناقشة ثم ختام الملتقى
س20 و 30د : عشاء الختام (ضرورة التسجيل السبقي)

قائمـة المشاركيـن

عبد الرزاق عمار : أسـتاذ سابقا بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية – تونس، استشاري علم النفس
هاجر العمري : أخصـائية نفسـانية سريرية قسم الطب النفسي ج. – مستشفى الرازي، منوبة – تونس
فائقة بغبغ : أستاذة مساعدة ، قسم علم النفس – كلية العلوم الإنسانية – تونس
علياء بلقاضي : أستاذة مساعدة ، قسم علم النفس – كلية العلوم الإنسانية – تونس
ثريا بن عبلة : أستاذة مساعدة استشفائية جامعية، قسم الطب النفسي ج، مستشفى الرازي، منوبة - تونس

Mohammed BEN AMMAR: Ancien enseignant à la Faculté des Sciences Humaines et Sociales de Tunis, Psychologue consultant.

Ibtissem BEN DRIDI : Doctorante en anthropologie, EHESS, Paris.

Mohamed BEN MBAREK : Psychologue clinicien, Doctorant en psychologie, Paris.

Riadh BEN REJEB: Professeur, département de psychologie, Responsable de l'URPC, FSHST.

Sofiane BOUHDIBA : Assistant-chercheur en démographie, FSHST.

Wided BOUHOUCHE, Assistante de psychologie clinique, FSHST

Hatem BOURIAL: Critique culturel, Tunis.

Nathalie BOUVIER : Psychologue clinicienne, Doctorante, Université de Rennes, Attaché Temporaire d'enseignement et de Recherche, Université d'Angers (France).

Gérard DECHERF : Psychologue, psychanalyste, membre de la SPP, thérapeute familial, Président de la Société de Thérapie Familiale Psychanalytique d'Ile-de-France (STFPIF), Paris.

Geneviève DELAISI de PARCEVAL : Psychanalyste, Paris (http://www.genevieve.delaisi.free.fr)

Patrice DUBUS: Psychiatre – Psychanalyste, la Fondation Vallée, Gentilly, France.

Wahid ESSAAFI : Maître de conférences, département d'arabe, FSHST.

Nicole GEBLESCO : Psychanalyste, Principauté de Monaco.

Catherine GRAINDORGE : Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université de Paris XI (Paris Sud). Chef de service de la Fondation Vallée, Centre Interdépartemental de Psychiatrie infanto-juvénile, Gentilly, France (www.ch-fondationvallee.fr).

Gérard HADDAD: Psychiatre – Psychanalyste, Paris.

Férodja HOCINI, Psychiatre, Doctorante en Sciences Humaines Cliniques à l'Université Paris VII, URA (Unité de Recherches sur l'Adolescence).

Marcel HOUSER, Psychiatre, psychanalyste, Lyon.

Salouha INOUBLI, Directrice de la Maison Slimaniya, chercheur en patrimoine.

Yassine KARAMTI, Anthropologue – Institut National du Patrimoine, Université de Tunis.

Ghanem KRID : Résident de psychiatrie, service de psychiatre G ; hôpital Razi, la Manouba.

Raja LABBENE: Professeur Agrégée de psychiatrie, Chef de service à l'Hôpital Razi, la Manouba.

Abdallah MAAOUIA : Maître-assistant de psychologie, FSHST.

Danièle MAOUDJ , Enseigne l'économie, la communication et culture, le cinéma, vecteur d'identité à l'Université de Corse. Responsable de l'Atelier littéraire Rive sud Méditerranée dans le cadre du Centre Culturel Universitaire.

Mourad MERDACI, Psychologue clinicien, psychopathologue, Constantine (Algérie).

Jamila MOHSNI : Médecin de la santé publique, service de psychiatrie G, hôpital Razi, la Manouba.

Mohamed Fadhel M'RAD : Professeur Agrégé de psychiatrie, Chef de service à l'Hôpital Razi.

Boujemaa OUESLATI, Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique, échographie et médecine fœtale. (www.echogyn.com)

Amel REBAI, Assistante d'anthropologie, département de Sociologie, Institut Supérieur des Sciences Humaines, Tunis.

محمد بن عمار : أستاذ علم النفس سابقا بكلية العلوم الإنسانية بتونس، استشاري علم النفس

ابتسام بن دريدي : دكتوراه علم البشريات (أنثروبولوجيا)

محمد بن مبارك : أخصـائي علم النفس السريري، دكتوراه علم النفس باريس

سفيان بوحديبة : أستاذ مساعد باحث – كلية العلوم الإنسانية - تونس

رياض بن رجب : أستاذ علم النفس قسم علم النفس بالجامعة التونسية

وداد بوحوش : أسـتاذة مساعدة في علم النفس السريري – كلية العلوم الإنسانية بتونس

حاتم بوريال : النقد الثقافي، تونس

ناتالي بوفياي : أخصـائية علم النفس السريري، دكتوراه، جامعة ران، ملحقة مؤقتا بجامعة أنجار (فرنسا)

جرار دشارف : أخصائي نفساني، محلل نفساني، عضو جمعية باريس للتحليل النفسي، معالج عائلي، رئيس جمعية العلاج العائلي التحليلي بمدينة باريس

جنفيفياب دولايسي : محللة نفسانية بباريس (http://www.genevieve.delaisi.free.fr)

باتريس ديبيس : طبيب نفساني، محلل نفساني، مؤسسة فلاي، جنتيي – فرنسا

وحيد السعفي : أسـتاذ محاضـر، قسـم اللغـة العربية – كلية العلوم الإنسانية – تونس

نيكول جيبلسكو : التحليل النفسي، إمارة موناكو

كاترين قرين دورج : أسـتاذة طـب نفس الأطفال و المراهقين بجامعة باريس التاسعة، رئيسة مصلحة بمؤسسة فلاي (www.ch-fondationvallee.fr)

جرار حداد : الطب النفسي – التحليل النفسي – باريس

فارودجة حسيني : الطـب النفسي، دكتوراه العلوم الإنسانية السريرية بجامعة باريس السابعة (وحدة البحث في علم المراهقة)

مارسال هوزار : الطب النفسي، التحليل النفسي – ليون، فرنسا

صلوحة إنوبلي : مديرة دار السلمانية، باحثة في التراث الوطني

يس كرمتي : أخصائي علم البشريات – المعهد الأعلى للتراث – جامعة تونس

غانم كريد : مقـيم في الطب النفسي – قسم الطب النفسي ج. مستشفى الرازي – منوبة، تونس

رجاء اللبان : أستاذة مبرزة في الطب النفسي، رئيسة قسم الطب النفسي ج. مستشفى الرازي – منوبة، تونس

عبد الله معاوية : أستاذ مساعد في علم النفس - كلية العلوم الإنسانية – تونس

دانيال ماوودج : محاضـرة في الاقتصاد، الاتصال و الثقافة – جامعة الكورس – مسؤولة الورشة الأدبية "ريف جنوب متوسط" في إطار المركز الثقافي الجامعي

مراد مرداسي : أخصـائي نفسـاني سـريري و علمنفسمرضـي – قسطنطينة، الجزائر

جميلة محسني : طبيبة صحية عمومية، قسم الطب النفسي ج. مستشفى الرازي – منوبة، تونس

محمد فاضل مراد : أسـتاذ مبرز في الطب النفسي، رئيس قسم الطب النفسي بمستشفى الرازي – منوبة، تونس

بوجمعة الوسلاتي : أخصائي أمراض و توليد النساء (www.echogyn.com)

أمال الرباعي : أسـتاذة مساعدة في علم البشريات – قسم علم الاجتماع بالمعهد الأعلى للعلوم الإنسانية – تونس

Comité Scientifique

Riadh BEN REJEB, Nedra ZAYANI et Samir JEBABLI

Comité d'Organisation

Riadh BEN REJEB, Samir JEBABLI, Nadia GAOUA et toute l'équipe de l'URPC

Soutien et sponsorisation

Colloque réalisé avec le soutien du **CERES** (Centre d'Etudes et de Recherches Economiques et Sociales), l'Institut Supérieur des Sciences Humaines (**ISSH**), **l'IFC** (L'Institut français de Coopération), du Centre National pour la Promotion de la Transplantation d'Organes (**CNPTO**), de la section **UTAIM de Kélibia** et de **Tunis Air**, Transporteur officiel.

Droits d'inscription au colloque

Etudiant : 5 dinars
Autres : 15 dinars

Contact

Pr. Riadh Ben Rejeb : Riadhbrejeb@yahoo.fr

الهيئـــة العلميـــة

رياض بن رجب، نادرة الزياني، سمير الجبابلي

الهيئـــة المنظمـــة

ريـاض بـن رجب، سمير الجبابلي، نادرة غاوة و جميع فريق وحدة البحث

رعايـــة المؤتمـــر

تم إعداد هذا الملتقى بمساعدة مركز الدراسات و الأبحاث الاقتصادية و الاجتماعـية، المعهـد الأعلى للعلوم الإنسانية، المؤسسة الفرنسية للتعاون، المركز القومي للنهوض بزراعة الأعضاء، قسم إتام قليبية، و تونس الجوية (الراعي الرسمي للسفريات).

التسجيـل فـي الملقـى

طلبة : 5 دنانير
آخرون : 15 دينار.

للاتصـــال

أ.د. رياض بن رجب : Riadhbrejeb@yahoo.fr

ARABPSYNET LINKS GUIDE
ENGLISH EDITION

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

ARABPSYNET LINKS GUIDE
ENGLISH EDITION

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

بحث عن الارتباطات النفسية العربية و العالمية

www.arabpsynet.com

بحث عن الروائـز النفسية العربية و العالميـة

www.arabpsynet.com

ARABPSYNET PSYCHOMETRY GUIDE
ENGLISH EDITION

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

دليل القياسات النفسية العربية و العالمية

الإصدار العربي

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

4th Scientific Congress of Anxiety

PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF TURKEY &TURKISH NEUROPSYCHIATRIC ASSOCIATION
WEB SITE : www.4-anksiyetekongresi2005.com

09-13 MARCH 2005 / TUNISIA – HAMMAMET, ROYAL HOTEL

bilimsel@adimtravel.com

SCIENTIFIC PROGRAM

9 March 2005

18h 00 : OPENİNG CEROMONY AND PANEL
Topic: Anxiety in Culture and Art – Anxiety and Creativity
Chairman: Dr. Cengiz Güleç
Speakers: Dr. Kerem Doksat, Dr. Levent Mete, Dr. Medaim Yanık, Dr. Demet Dankı

20h 00 : OPENING COCKTAİL (Lundbeck Pharmaceuticals)

10 March 2005

07h 30 – 08h 00 : MEET THE EXPERTS
HALL 1 : Epidemiology: Dr. Orhan Doğan - Dr. Neşe Kocabaşoğlu
HALL 2 : Social Phobia: Dr. Nesrin Dilbaz - Dr. Hatice Güz

09h 00 –11h 00 : PANEL 1
Topic: Social Phobia (Case Presentation and Discussion)
Chairman: Dr. Nesrin Dilbaz
Speakers: Dr. Nesrin Dilbaz, Dr. Kemal Sayar, Dr. Tunç Alkın, Dr. Emine Kılıç, Dr. Hatice Güz, Dr. Nihat Kaya

Discussion Subjects:
- Treatment, prognose and results in social phobia Dr. Nesrin Dilbaz
- Is social phobia a valid diagnosis? Dr. Tunç Alkın
- Cultural aspects of social Phobia Dr. Kemal Sayar
- Clinical epidemiology and biologic correlations of social phobia and avoidant personality disorder Dr. Hatice Güz
- Social phobic children and family characteristics Dr. Emine Kılıç
- Comorbidity in social phobia Dr. Nihat Kaya

11h 00 – 11h 30 : COFFEE BRAKE (Lilly Pharmaceuticals)

11h 30 – 13h 00 : PANEL 2
Topic: Generalized Anxiety Disorder
Chairman: Dr. İlkin İçelli
Speakers: Dr. Armağan Samancı, Dr. Meral Berkem, Dr. Reha Bayar, Dr. İbrahim Balcıoğlu, Dr. Adnan Cansever, Dr. Orhan Doğan

Discussion Subjects:
- Treatment of treatment resistant Generalized Anxiety Disorder. Dr. Armağan Samancı
- Diagnosis and treatment of childhood GAD Dr. Meral Berkem
- Prediction and treatment resistance in GAD Dr. Reha Bayar
- Prognose and coping strategies in GAD Dr. İbrahim Balcıoğlu
- Difficulties in GAD Dr. Adnan Cansever
- Epidemiology of GAD Dr. Orhan Doğan

13h 00 – 14h 00 : LUNCH

14h 00 – 16h 30 : PANEL 3

Topic: Eating Disorders (Case Presentation and Discussion) and Body Dysmorphic disorder
Chairman: Dr. Hüsnü Erkmen
Speakers: Dr. Hakan Türkçapar, Dr. Ayça Gürdal, Dr. Füsun Çuhadaroğlu, Dr. Atilla Erol, Dr. Fulya Maner, Dr. Başak Yücel, Psk. Rukiye Hayran

Discussion Subjects:
- Psychotic and neurotic aspects of Anorexia Nervosa, Which on is more related? Dr. Ayça Gürdal
- Is denial of treatment and treatment resistance in Anorexia Nervosa Psychotic? Dr. Atilla Erol
- Family therapy in eating disorders Psy. Rukiye Hayran Clinical features in Bulimia Nervosa Dr. Fulya Maner
- Soul and body are suffering together: Are the medical problems being overlooked in Eating disorders? Dr. Başak Yücel
- Cognitive approaches in Eating Disorders Dr. Hakan Türkçapar
- Anorexia nervosa as self pathology Dr. Füsun Çuhadaroğlu

16h 30 – 17h 00 : COFFEE BRAKE (Lilly Pharmaceuticals)

17h 00 – 19h 00 : PANEL 4
Topic: Obsessive Compulsive Disorder
(Case report Discussion)
Chairman: Dr. Esat Göktepe
Speakers: Dr. Mehmet Zihni Sungur, Dr. Ertan Tezcan, Dr. Aytül Çorapçıoğlu, Dr. Zerrin Topçu, Dr. Raşit Tükel

Discussion Subjects:
- Psychotherapeutic approaches to OCD Dr. M. Zihni Sungur
- Pharmacotherapy of OCD Dr. Raşit Tükel
- Resistance concept in OCD Dr. Aytül Çorapçıoğlu
- Comorbidity in OCD Dr. Ertan Tezcan
- OCD in Attention deficit hyperactivity disorder Dr. Zerrin Topçu

19h 30 : DINNER

20h 30 : TUNISIAN WINE AND CHEESE (With Assistance Of Fako Pharmaceuticals)

11 March 2005

07h 30 – 08h 30 : MEET WİTH EXPERTS
HALL 1 : Cognitive Behavioral Therapy in Anxiety Disorders: Dr. M. Zihni Sungur - Dr. Hakan Türkçapar
HALL 2 : Research Methods in psychiatry: Dr. Hasan Herken - Dr. Murat Erkıran

09h 00 – 10h 30 : PANEL 5
Topic: Panic Disorder

Chairman: Dr. Erdal Işık
Speakers: Dr. Erdal Işık, Dr. Şeref Özer, Dr. Ozan Pazvantoğlu,Dr. Çağlar Açıkgöz, Dr. Selçuk Kırlı, Dr. Ümit Tural

Discussion Subjects:
- Panic with and without agoraphobia Dr. Ümit Tural
- Diagnosis of Panic disorder in Emergency Service and rapid intervention. Dr. Ozan Pazvantoğlu
- Subsyndrom concept in panic disorder Dr. Çağlar Açıkgöz
- Nocturnal and day time panic attacks Dr. Şeref Özer
- Differentiation of Panic disorder and social anxiety disorder Dr. Selçuk Kırlı
- Treatment strategies of panic disorder Dr. Erdal Işık

10h 30 – 10h 45 : COFFEE BRAKE (Lilly Pharmaceuticals)

10h 45 – 12h 45 : PANEL 6

Topic: Biological aspects of Anxiety
Chairman: Dr. Salih Battal
Speakers: Dr. Tayfun Uzbay , Dr. Ercan Abay , Dr. Murat Rezaki , Dr. Serap Monkul , Dr. Numan Ermutlu

Discussion Subjects:
- Neurobiology of anxiety Dr. Tayfun Uzbay
- Genetic of anxiety Dr. Ercan Abay
- Neural circuits in Anxiety Dr. Murat Rezaki
- Neuro imaging studies in Anxiety Dr. Serap Monkul
- Electro physiology of ,Anxiety Dr. Numan Ermutlu

12h 15 – 13h 00 : LUNCH

13 h 00-14 h 00 : SATELLİTE SYMPOSIUM (With Assistance Of Janssen-Cılag Pharmaceuticals)
Speaker: Dr. Atilla Turgay
Adult onset Attention deficit hyperactivity disorder

14h 30 : HALF DAY CITY TRIP
Two optional tours.
1- Capital Tunis/ Bardo Museum
2- Kartaja/ Sidi Bou Said

20h 00 : DINNER

12 March 2005

07h 30 – 08h 30 : MEET WİTH EXPERT
HALL 1 : Panic disorder : Dr. Hüsnü Erkmen, Dr. Tunç Alkın
HALL 2 : OCD Raşit Tükel : Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

09h 00 – 11h 00 : PANEL 7
Topic: Comorbidity in Anxiety disorders
Chairman: Dr. Sunar Birsöz
Speakers: Dr. Mansur Beyazyürek, Dr. Lut Tamam, Dr. Behçet Coşar, Dr. Göksel Bayam, Dr. Cem İncesu, Dr. Hayriye Elbi Mete, Dr. Duran Çakmak, Dr. Nihat Alpay

Discussion Subjects :
- Alcohol use disorders Dr. Duran Çakmak
- Substance use disorders Dr. Mansur Beyazyürek
- Mood disorders Dr. Lut Tamam
- General Medical Conditions Dr. Behçet Coşar
- Cerebrovascular and cardiovascular risks Dr. Göksel Bayam
- Sexual function disorders Dr. Cem İncesu
- Cancer and Psychiatry Dr Hayriye Elbi Mete
- Anxiety in psychotic disorders Dr. Nihat Alpay

11h 00 – 11h 30 : COFFEE BRAKE (Lilly Pharmaceuticals)

11h 30 – 13h 00 : PANEL 8
Topic: Post Traumatic Stress Disorder
Chairman: Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu
Speakers: Dr. Aytekin Sır, Dr. Işıl Erdinç Bilgin, Dr. Tuncer Okay, Dr. Mustafa Yıldız, Dr. Hayrettin Kara, Dr. Neşe Kocabaşoğlu

Discussion Subjects :
- Violence in anxiety disorders Dr. Işıl Erdinç Bilgin
- Subsyndromal concept in PTSD Dr. Tuncer Okay
- Treatment resistance in ;PTSD, Presentation of a prediction study in Turkey Dr. Neşe Kocabaşoğlu
- Psychodynamic perspectives of trauma Dr. Aytekin Sır
- Psychosis after trauma Dr. Mustafa Yıldız
- Trauma and dissociation Dr. Hayrettin Kara

13h 00 – 14h 00 : LUNCH

14h 00 – 16h 00 : PANEL 9
Topic: Treatment approaches and practical suggestions in Anxiety disorders
COFFEE BRAKE (With Assistance Of Lilly Pharmaceuticals) Dr. Hüsnü Erkmen
Speakers: Dr. Mehmet Emin Önder, Dr. Nesrin Dilbaz, Dr. Mehmet Emin Ceylan, Dr. Hasan Herken, Dr. Hamdi Tutkun, Dr. Süha Özaşkınlı, Dr. Musa Tosun, Dr. Nevzat Yüksel, Dr. Bilgen Taneli, Dr. İsmet Kırkpınar

Discussion Subjects:
- Benzodiazepine use in Anxiety Disorder Dr. Mehmet Emin Önder - Dr. Süha Özaşkınlı
- Antidepressant use in Anxiety Disorder Dr. Nesrin Dilbaz - Dr. Musa Tosun
- Are there any neurochemical base of antipsychotic use in Anxiety disorders? Dr. Mehmet Emin Ceylan - Dr. Nevzat Yüksel
- Side effects of drug therapy in anxiety disorders and patient adaptation Dr. Hasan Herken - Dr. Bilgen Taneli
- Genetic in predisposition to disease and predicting treatment response Dr. Hamdi Tutkun -Dr. İsmet Kırkpınar

16h 00 – 16h 30 : COFFEE BRAKE (Lilly Pharmaceuticals)

16h 30 – 18h 30 : PANEL 10
Topic: OCD Spectrum Concept and disorders
Chairman: Dr. Mesut Çetin

Speakers: Dr. Mesut Çetin, Dr. Ayhan Kalyoncu, Dr. Murat Demet, Dr. Abdül Kadir Tabo, Dr. Ramazan Konkan, Dr. Levent Sevinçok, Dr. Ömer Aydemir

Discussion Subjects:
- Hypochondriasis and evolution of health anxiety Dr. Ömer Aydemir
- Olfactory Reference Syndrome Dr. Ramazan Konkan
- Trikotilomania Dr. Murat Demet
- Compulsive skin plucking disorder Dr. Abdül Kadir Tabo
- Harming self behaviour Dr. Ayhan Kalyoncu
- Monosymptomatic Hypochondriasis Dr. Mesut Çetin
- OCD and pathological gambling in Parkinson patients Dr. Levent Sevinçok

20h 30 : DOCTORS BALL (Pfizer Pharmaceuticals)

13 March 2005

09h 00 – 11h 00 : PANEL 11
Topic: Childhood and Adolescent anxiety disorders and treatment approaches
Chairman: Dr. Efser Kerimoğlu
Speakers: Dr. Efser Kerimoğlu, Dr. Selahattin Şenol, Dr. Ayla Aysev, Dr. Bengü Semerci

Discussion Subjects:

- ADHD and anxiety disorders in children Dr. Efser Kerimoğlu
- Psychologic and medical treatment in childhood OCD Dr. Ayla Aysev
- Is separation anxiety precursor of adulthood anxiety disorders? Dr. Bengü Semerci
- Expression of childhood phobias in late life Dr. Selahattin Şenol

RULES OF ONLINE POSTER SUBMISSION

1. All abstracts should be sent to www.4-anksiyetekongresi2005.com E-mails and other type of shipments will not be accepted
2. System was restricted with 2500 characters. System will not give permission to use more than 2500 characters
3. Automatic character format will be used for all abstracts and format other than this will not be allowed.
4. All words other than specific abbreviations like “NaCl” or “Ph” will not be allowed in title of abstract.
5. Two tables and a graphic can be added to presentation
6. Standard abbreviations are allowed. Specific abbreviations should be given completely after where they were firstly used in blankets
7. First letters of the drug names must be in capital letters. Use of generic names were preferred , and first letters of the general names should be in small letters.
8. References should be given in text instead of footnores.
9. Make last reading of abstracts carefully
10. Deadline of online submission is 15 February 2005. Abstract which will be send after this date will not be accepted. Withdrawal of submissions will not be allowed.

RULES OF POSTER PRESENTATION

- Poster abstracts must be between 250-400 words and written in Microsoft Word format for publishing in congress book.
- Abstract should include title, objective, method, results, discussion and references.3-5 references should be given in each abstract. 2 printout of abstract and a 3-½ diskette should be send until 15/02/2005 scientific address. E-mails which were send in the same format are also accepted. At least pen of the authors should pay the registration fee for the congress and send bank deduction with the poster abstract.
- Full text of presentations should be sent to bilimsel@adimtravel.com for the jury for the evaluation of the poster presentation competition.
- Winner of the competition would be awarded with 500 USD

JURY MEMBERS:

Prof. Dr. Yankı Yazgan
Prof Dr. Raşit Tükel
Prof. Dr. Mansur Beyazyürek
Assoc. Prof. Dr. Nesrin Dilbaz
Assoc. Prof .Dr. Hüsnü Erkmen
Assoc. Prof. Dr. Oğuz Karamustafalıoğlu

GENERAL INFORMATION

Registiration & Accomodation

	Before 01/02/2005	After 01/02/2005
Room with Two Bed	610	760
Room with One Bed	66	816

First rezervations will be accepted for Royal Hotel. After the getting full of Royal Hotel rezervations for Marco Polop Hotel will be accepted. Residents in Marco Polo hotel will take only breakfast in their hotel. Other services will be given in congress hotel.

After 01/02/2005 additional fligth schedules will not be arranged.

Passaport Information: All turkish civilians must take visa and have a valid passport for 6 months.

4 day 5 night full pansion accomodation in Tunisia, registration fee, opening cocktail, coffee breaks, gala dinner and flight fee is included. Tunisia airport tax is included but tax of going to another country is not included.

Flights will be made at 11:00 and 14:00 in Ataturk airport at 9 March 2005.

You have to be in airport 2 hours before takeoff.
You can follow the details about flight on our website.
For domestic flights you can contact our agency.
You will have to pay the fee to accounts given below.
Adım Petrol Taşımacılık Turizm Ltd. Şti.
Akbank : Cinnah Şubesi, Ankara
Account Number : 31170-4
(USD account)
Simay Işık SOYDEMİR
For reservation: anksiyete@adimtravel.com

Colloque Tuniso-Italien de Psychanalyse

La psychanalyse face à l'Islam

BEIT EL HEKMA - Tunis

Lundi 28 et Mardi 29 mars 2005

الملتقـــى التونسي الإيطالي للتحليلنفســـي

التحليلنفســي و الإســلام

بيت الحكمة – تونـــس

الاثنين 28 و الثلاثاء 29 مارس 2005

E. mail: ahikbal@yahoo.fr : بريـــد إلكترونـــي

Programme

Lundi 28 mars 2005 :

15h00 : Allocution de bienvenue du Professeur Abdelwaheb Bouhdiba
15h15 : Allocution de Madame Lidia Tarantini

Première séance : 15h30 – 18h30 Président : Mohamed Béchir Hlaïem

- Pr. Marcello Pignatelli : Psychothérapie interculturelle
- Pr. Hachmi Dhaoui : Les musulmans entre régression et décadence
- Pr. Lidia Tarantini : Cure et culture
- Pr. Ikbal Gharbi : Approche psychanalytique du sacrifice d'Abraham (Aïd Al-Idha)

Débat avec la participation des Professeurs :
Riadh Ben R e jeb, Teresa Colonna, Patrice Dubosc, Hajer Karray, Fadhel M'rad, Karim Tabbène.

Mardi 29 mars 2005 :

Deuxième séance : 15h00 – 18h00
Présidente : Lidia Tarantini

- Pr. Riadh Ben Rejeb : De quelques résistances à la psychanalyse
- Pr. Fabrice Dubosc : Le dépôt du désir : dialoguer dans le mythe avec la culture islamique
- Pr. Teresa Colonna : Misogynie fondamentaliste et princesses chasseresses.

Débat avec la participation des Professeurs :
Hachmi Dhaoui, Ikbal Gharbi, Mohamed Béchir Hlaïem, Hajer Karray, Fadhel M'rad, Marcello Pignatelli et Karim Tabbène.

البرنامـــج

الإثنين 28 مارس 2005

س 15 : كلمة الترحيب و الافتتاح : أستاذ عبد الوهاب بو حديبة
س 15 و 15 د : كلمة الأستاذة ليديا ترنتيني

الحصـة الأولـى : س 15 و 30د – س 18 و 30د : الرئيس محمد بشير حليم

- الأستاذ مارسالو بنياتلي : العلاجنفسي البيثقافي
- أسـتاذ هاشـمي الضاوي : المسلمين بين النكوص و التفهقر
- أستاذة ليديا ترنتيني : المعالجة التحليلية و الثقافة
- أستاذة إقبال الغربي : مقاربة نفستحليلية لفداء إبراهيم (عيد الأضحى)

مناقشـة بمشاركة الأساتذة : رياض بن رجب، تريزا كولونا، باتريس ديبوسك، هاجر الكراي، فاضل مراد، كريم تبان.

الثلاثاء 29 مارس 2005

الحصة الثانية : س 15 إلى س 18 - الرئيس : الأستاذة ليديا ترنتيني

- أستاذ رياض بن رجب : حول بعض مقاومات التحليل النفسي
- أستاذ فابريس ديبوسك : مخزن الرغبة : حوار في الأسطورة مع الثقافة الإسلامية
- أستاذ تريزا كولونا : بغض الإناث الأصولي

مناقشة بمشاركة الأساتذة : هاشمي الضاوي، إقبال الغربي، محمد بشير حليم، هاجر الكراي، فاضل مراد، مارسالو بنياتلي و كريم تبان.

ArabPsyNet Congress Guide

English Edition

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

دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالمية

الإصدار العربي

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

المؤتـمر الدولـي الأول لقسـم علـم النفـــس (جامعـة طنطـا ، مصـــر)

تنميـــة السلـــوك البشـــري

28-26 ابريـــل 2005 / طنطـــا، مصـــر

Psycho_tanta2@hotmail.com

رعـايـة المؤتمـر

السيد أ. د. عمرو عزت سلامة
وزير التعليم العالي والدولة للبحث العلمي
السيد أ. د. فؤاد خليفة هراس
رئيس جامعة طنطا
رئيس المؤتمر أ. د. السيد أبو العزم داود
عميد كلية الآداب جامعة طنطا
أ. د. خالد إبراهيم الفخراني
مقـرر عـام المؤتمـر و رئيس قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة طنطا

محـــاور المؤتمـــر:

- سـلوك الإنسـان ومجـتمع المعلومات - التأثير والتأثر - ثورة المعلومـات ومتطلباتها، تنمية الوعي المعلوماتي لدى الإنسان ودورها في التنمية البشرية.
- التدريب علي النهوض بالابتكار والإبداع لمواكبة العولمة.
- التركيز علي الذكاء الاصطناعي وتنمية القدرات البشرية في هذا المجال.
- تنمـية سـلوك ذوي الاحتياجات الخاصة بهدف الاستفادة بهم في المجتمع بصورة لائقة تتلاءم مع قدراتهم.
- الزيادة السكانية وتأثيرها علي عملية التنمية البشرية.
- تعاطـي الشباب للمخدرات وتأثيراتها السلبية على سلوك الإنسان ومدى عرقلتها لعملية التنمية البشرية.
- مشـكلات الـتوافق الزواجـي ومدى تأثيرها على الأسرة بصفة خاصة :
  - تأثيرها السلبي على الآباء
  - التوترات الناتجة عنها لدى سلوك الأبناء
  - انعكاس مشكلات الآباء والأبناء على المجتمع بصفة عامة.

شـــروط البحـــث المتقـــدم :

- يرسـل أولا ملخـص البحث باللغة العربية في موعد أقصاه أول أبريل 2005
- يقدم البحث مستوفيا للقواعد العلمية المتعارف عليها ولا يكون قد سبق نشره أو التقدم به لأي جهة أخرى .
- يقدم البحث في ثلاث نسخ باللغة العربية بالإضافة إلى كتابته على ديسـك كمبـيوتر (IBM) (word7) بحجـم ورق الكوارتز (A4) ويسلم الديسك أيضا ونظام الصفحات كالتالي
- يكون نظام الكتابة في الصفحة كآلاتي :
  - كـتلة الكلام 20 سم (الطول 13x (سم (عرض) وبنط الكتابة (14) عريض والعناوين (16) عريض
  - يكتـب اسم البحث في وسط الصفحة و أسفله بمسافة صغيره اسم الباحث مع وضع علامة *
  - يوضع خط علي الصفحات الفردية ويكتب اسم المؤتمر وفي المنتصـف يكتـب قسـم علم النفس - كلية الآداب وفي الجانب جامعـة طنطا، وفي الصفحات الزوجية يوضع خط يكتب أعلاه اسـم الباحـث مع العلم أن هذه الخطوط اعلى الصفحات تكون ضمن نظام الكتابة كتل الكلام 20 x 13 سم السالف الذكر.
- يكتـب ملخـص للبحث باللغتين العربية والإنجليزية ويسلم مع البحث
- عـدد صفحات البحث (16) صفحة وكل صفحة تزيد عن هذا العدد يدفع لها الباحث رسم (10) جنيه مصري، و(10) دولارات.
- آخـر موعد لتقديم ملخصات البحوث الأول من أبريل 2005 و آخـر موعد لتقديم البحوث كاملة ومستوفية للشروط منتصف أبريل 2005.
- تقوم إدارة المؤتمر بنشر البحوث المقبولة بعد تحكيمها من قبل اللجنة العلمية في مجلد خاص.
- تقوم إدارة المؤتمر بنشر البحوث المقبولة بعد تحكيمها من قبل اللجنة العلمية في مجلد خاص.
- كمـا تقـوم إدارة المؤتمـر بـتزويد المشتركين من الباحثين بمجلدات المؤتمر ومتسلسلات من بحوثهم.
- يقوم المؤتمر باستضافة المشتركين في المؤتمر (بدون المبيت ونفقات النقل).

معاليـم الاشتـراك

350 جنيه مصري للباحث المشارك ببحث من داخل مصر
350 دولار أمريكي للباحث المشارك ببحث من خارج مصر
150 جنيه مصري للباحث المشارك بدون بحث من مصر
150 دولار أمريكي للباحث المشارك بدون بحث من خارج مصر

المراسـلات

ترسل باسم السيد أ. د. **خالد إبراهيم الفخراني** مقرر المؤتمر ورئيس قسـم علـم الـنفس بكلـية الآداب - جامعـة طنطا على عنوان البريد الإلكتروني للمؤتمر.

البريد الإلكتروني : Psycho_tanta2@hotmail.com

المؤتمر العالمي الثالث عشر للطب النفسي

www.wpa-cairo2005.com

مؤتمـــر الإرشـــاد فـي الـــدول العربيـــة 2005

"الوحـــدة مـــن خـــلال التنـــوع"

3 - 4 مايو 2005

Web Site : http://sacc.uaeu.ac.ae/
E.mail : cac2005@uaeu.ac.ae

▪ دعـــوة رئيـــس المؤتمـــر

حضرة الزملاء المحترمين يسرنا دعوتكم لحضور مؤتمر الإرشاد في الـدول العربية 2005 الذي ينظم تحت رعاية **سمو الشيخ نهيان مبارك آل نهيان وزير التربية والتعليم الرئيس الأعلى لجامعة الإمارات العربية المتحدة،** مـن قبل مجموعة من العاملين في مجال الإرشاد في المؤسسات التعليمـية وغـيرها مـن الجهات ذات العلاقة في دولة الإمارات العربية المـتحدة ، ويعتبر الهدف من إقامة هذا المؤتمر هو تكوين رابطة قوية من مجموعـة وطنـية مـن الممارسـين والمتخصصين في مجالات الإرشاد الشخصـي والمهنـي والأكاديمي ليس على مستوى دولة الإمارات العربية المتحدة فحسب ولكن على مستوى العالم العربي ككل ، ويعتبر هذا المؤتمر هو الثالث من نوعه الذي يُعقد في دولة الإمارات، حيث أن المؤتمر الأول تـم انعقـاده فـي أبـريل مـن عام 2003 واستضافته كلية دبي للطالبات وموضـوعه : الإرشـاد ومهنة الإرشاد بالنسبة للشباب في دولة الإمارات العربـية المتحدة، في حين تم انعقاد المؤتمر الثاني في مايو من عام 2004 واستضـافته كلـيات التقنية العليا بالشارقة وموضوعه : تفعيل عملية تنمية وتطوير أداء المتخصصين في مجال الإرشاد، أما هذا العام فإنه سوف يتم استضافة المؤتمر من قبل مركز الإرشاد الجامعي بجامعة الإمارات العربية المـتحدة وسوف تُجري فعاليات المؤتمر بفندق إنتركونتيننتال- العين، أما بالنسـبة لموضـوع المؤتمـر فهو : الوحدة من خلال التنوع، والتنوع هنا يشمل التنوع الثقافي والأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة، والتنوع في الأعمـار والجنسيات والعرق والمعتقدات الدينية، ونظراً للنجاح الذي أسفر عنه انعقاد المؤتمرين السابقين فإن المؤتمر هذا العام سوف يُعقد على مدار يومين خلال الفترة من 3-4 مايو 2005.

محـــاور المؤتمـــر

سوف تتم مناقشة الموضوعات التالية من خلال هذا المؤتمر:
وسائل وأساليب التقييم المستخدمة في منطقة الخليج
الابتكارات في الممارسات والبرامج والتدريب
الاهتمام والعناية الذاتية بممتهني الإرشاد
النماذج والأنظمة العالمية من مجال ممارسة مهنة الإرشاد
التطبيقات النظرية الملائمة للعالم العربي
الإرشاد المهني للمؤسسات والإرشاد الشخصي/ والتنمية المهنية
الـثقافة والـنوع والإعاقـة والمعتقدات الدينية وموضوعات الخاصة بالعمر ذات العلاقة بمجال الإرشاد

أهـداف المؤتمـــر

ويهـدف المؤتمـر إلى تجميع مجموعة من المتخصصين والممارسين لمهنة الإرشاد والذين يلعبون أدواراً رئيسية في عدد من المؤسسات المهنية على مستوى القطاعين العام والخاص، وتتضمن هذه المجموعة فيما تشتمل على ما يلي :

المرشدون في مجال الإرشاد النفسي والمهني
المتخصصون في مجال التنمية المهنية
المتخصصـون الذين يعملون في وظائف لدى بعض المؤسسات (مثل العاملون في مجال الموارد البشرية والتنمية المهنية)
المتخصصون العاملون في مجال التعليم

ومن المقرر أن يكون المتحدثان الرئيسيان في المؤتمر كلاً من : الأستاذ الدكتور بانكي ب. هيبنر - الأستاذة الدكتورة ويندي هيرش.

ويمكـنكم من خلال موقع المؤتمر على شبكة الإنترنت الحصول على معلومـات تفصـيلية عن المتحدثين الرئيسيين واللجان المنظمة للمؤتمر، وكيفية التقدم بالأوراق البحثية ومقترحات المشاركة، والتسجيل للمشاركة فـي المؤتمـر، وبـرنامج المؤتمر وخريطة مكان انعقاد المؤتمر. ومن المقـرر أن يتم انعقاد الدورات التدريبية بدءاً من 30 أبريل وحتى 2 مايو 2005 أي لمدة ثلاث أيام قبيل انعقاد المؤتمر، ولمزيد من المعلومات عن بـرنامج المؤتمر والدورات التدريبية يمكنكم الدخول على الرابط الخاص بهما في موقع المؤتمر على الإنترنت.

إرشـــادات

ولقـد تم الاتفاق على منح الذين يسجلون للاشتراك في المؤتمر أولاً وقـبل غـيرهم أسـعاراً خاصة علاوة على وجود برامج خاصة تشمل الاشـتراك فـي يومي المؤتمر، ولمزيد من المعلومات حول هذه البرامج والتخفيضات يرجى الدخول على الرابط الخاص بالتسجيل.

لمـزيد من المعلومات أو الاستفسارات يرجى الاتصال على الأرقام التالية :

السيدة جوليان جونستون : 4145 -505 6 -00971
اللجنة التحضيرية للمؤتمر : 1663- 713 -3 00971

للـتقدم بمقـترحات المشـاركة في الفترة من 3-4 مايو 2005 فندق إنتركونتنـتال العيـن دورات مـا قبل المؤتمر 30 أبريل و 1 – 2 مايو 2005

جلســات المؤتمـــر

يطيـب لنا دعوتكم للمشاركة بتقديم مقترحاتكم للمشاركة في جلسات مؤتمـر الإرشـاد في الدول العربية للعام 2005 والمقام تحت إطار فكرة "الوحـدة مـن خـلال التـنوع" والتنوع هنا يشمل الثقافة والنوع وذوي الحاجات الخاصة والعمر والعرق والمعتقدات الدينية.

هـذا وسيكون هنالك العديد من الجلسات باللغتين العربية والإنجليزية خـلال يومـي المؤتمـر. وتمتد فترة الجلسة من 90 دقيقة إلى ساعتين. ويسـتطيع مقـدم الجلسة، إن رغب، تقديم موضوعه مرتين، مرة باللغة العربية وأخرى باللغة الإنجليزية. علماً بأنه يجب أن يغلب على الجلسات الطـابع التفاعلي بين المقدم والحضور، كما يمكن للجلسة أن تأخذ العديد مـن الأشـكال مـثل ورش العمل، والندوات، وحلقات النقاش المفتوح، ودراسة الحالات، وحوارات الطاولة المستديرة.

يشارك في الجلسات التي على هيئة الندوة ثلاثة متحدثين، يعرض كل مـنهم موضـوعاً في فترة لا تتعدى الخمسة عشر دقيقة. بعد ذلك يقوم رئيس الندوة بإدارة حلقة نقاش مفتوح بين جميع المشاركين. كما تتضمن جلسات المؤتمر حلقات نقاش على هيئة حوارات الطاولة المستديرة، مدة كـل منها 30 دقيقة، حيث ينتقل بعدها المشاركين لطاولات أخرى لنفس الفترة. وتتيح هذه الصيغة للحضور فرصة أكبر في المشاركة في العديد مـن المواضـيع وفـي فترة وجيزة. وبهذا وخلال مدة ساعتين سيتمكن المشارك من حضور أربعة حوارات مختلفة. والهدف من هذه الحوارات تزويد الشخص بكم من المعلومات وليس المهارات.

وستعقد جلسات تدريبية في إمارات مختلفة خلال الثلاثة أيام التي

تسـبق يومي المؤتمر (30 أبريل – 2 مايو). ويتوقع أن تعقد هذه الجلسات فـي كـل مـن إمارة رأس الخيمة، منطقة دبي/الشارقة، وإمارة أبو ظبي. تهـدف هـذه الجلسات التدريبية، والتي سوف تكون طوال اليوم إلى تزويد المشـاركين بمهـارات معيـنة. وبالرغم من أننا ما زلنا نستقبل مقترحات المتحدثيـن حـول هذه الدورات، إلا أن المتحدثين الرئيسيين سوف يقوموا بتقديم عدد منها. الرجاء العلم بأنه لا يتحتم على مقدمي ورش العمل إعادة تقديـم دوراتهم في كل الإمارات المذكورة سابقاً، لذلك نرجو من المتحدثين المشـاركين ذكر الإمارة التي يفضلوا أن يعقدوا فيها دورتهم. هذا وستكون فترة المحاضرة من الساعة التاسعة صباحاً حتى الساعة الثالثة ظهراً.

عـند تقديـم العرض، الرجاء الأخذ في الاعتبار بان جمهور الحضور سوف يتكون من أفراد يعملون في مجال الإرشاد النفسي، والإرشاد المهني، والعامليـن فـي مجال تطوير القوى العاملة، وقطاع التعليم، بالإضافة إلى طلـبة التعلـيم العالـي في مجال الإرشاد وعلم النفس. وسوف يتم اختيار الجلسـات على أساس الموضوعات التي نتوقع أن تحظى بإهتمام أكبر عدد من الفئات المذكورة أعلاه.

للمشاركـة فـي المؤتمـــر

الـرجاء إدراج المعلومـات الآتـية وعلـى النسق المذكور عند تقديم مقترحاتكم للمشاركة في المؤتمر :

1- اسم المقدم أو المقدمين.....
2- العنوان البريدي الكامل.....
3- رقم التلفون.....
4- رقم الفاكس.....
5- العنوان الإلكتروني كاملاً.....
6- عنوان الصفحة الإلكترونية (إن وجد).....
7- معلومات تعريفية عن المقدم أو المقدمين.....
8- نـبذة عـن خـبرة المقدم العملية : سنوات الخبرة والمشاركة في المؤتمـرات (في حال كانت سنوات الخبرة أقل من سنة، فالرجاء ذكر عـدد مـرات التقديم السابقة). كما يجب إعطاء مرجع عن مؤسسة أو مجموعـة معـروفة قـد قمت بتقديم موضوع أو دورة تدريبية لها في الماضي القريب (إن وجد).....
9- موضوع الجلسة.....
10- موجز الجلسة : في ما لا يزيد عن 100 كلمة الرجاء إعطاء نبذة عـن محـتويات الموضوع المقترح تقديمه مع تحديد الصيغة المناسبة للعرض (مثل : حوار طاولة مستديرة أو ورشة عمل أو ندوة) مع ذكر إمكانية صيغ أخرى.....
11- ذكـر لغة تقديم الجلسة مع تحديد إذا كان بالإمكان تقديم العرض باللغتين العربية والإنجليزية.....
12- تحديـد الفـئة أو مجموعة الحضور(من المجموعات آنفة الذكر) التي سوف يكون لها اهتمام أكبر بالموضوع المطروح من قبلكم.....
13- الأفكـار أو الموضوعات (من موضوعات المؤتمر) التي ستركز عليها الجلسة.....
14- ذكـر أي معدات أو تجهيزات قد تحتاجها لتقديم الجلسة، علماً بان جميع الغرف المخصصة للجلسات ستكون مجهزة تجهيزاً كاملاً.....
15- تحديـد العدد المتوقع لحضور الجلسة، علماً بان الغرف تسع من 30 إلى 250 شخص.....
16- الرجاء تحديد إذا كنت تنوي المشاركة في الجلسات التدريبية التي تسـبق المؤتمر مع تحديد عدد الأيام أو عدد الجلسات التي ترغب في المشاركة فيها، ولا تنسى تحديد الإمارة المناسبة لك. يرجى كذلك ذكر عدد الحضور والفئات المناسبة لموضوع الجلسة التدريبية، والمهارات التي من المتوقع أن يكتسبها المشاركون من الجلسة. كذلك الرجاء ذكر إذا كـان بإمكانك تقديم الجلسة التدريبية باللغتين الإنجليزية والعربية و إمكانية تقديمها في يومين مختلفين.....

ستقوم لجنة مكونة من أشخاص متمرسين في مجالات الإرشاد المهني والنفسـي، المذكـورة سابقاً، النظر في المقترحات المقدمة للمشاركة في جلسات المؤتمر. هذا وسوف تؤخذ جميع المقترحات بعين الاعتبار وسيتم انتقاء المقترحات للمشاركة على أساس الموضوع المقترح تقديمه وصلته بـأهداف المؤتمـر، وجمهـور الحضـور، واللغة المستخدمة في تقديم الموضوع، ... الخ.

وتحـتفظ اللجـنة بالحق في تحديد صيغة الجلسة (ندوة، ورشة عمل، حلقـة نقـاش، أو غـيرها) وذلـك حسـب الصورة الكاملة للمقترحات المطـروحة. كذلـك نـرجو الأخذ بالعلم انه لن تكون هناك أي مكافآت للأشخاص المشاركين في تقديم جلسات المؤتمر، ولكن سيتم تقديم مكافآت ماديـة للمشاركين في تقديم الدورات التدريبية التي تسبق المؤتمر. وعلى المقـدم تـزويد الحضـور المشاركين في الجلسة بملخص أو نسخة من الورقـة المقدمـة في الجلسة. وسوف تقوم اللجنة بتحديد غرف الجلسات بـناء علـى المعطيات المقدمة من قبلكم فيما يخص العدد المتوقع وعدد المسجلين في هذه الجلسة.

آخـر موعـد لاستلام مقترحاتكم هو يوم الأربعاء الموافق 23 فبراير 2005 في الساعة الخامسة مساءً. وسيعلن عن مقترحات الجلسات التي تم اختيارها للمشاركة في المؤتمر خلال الأسبوع الثالث من شهر مارس.

يـرجى من المشاركين إرسال المعلومات المطلوبة أعلاه إلى العنوان التالي :

كليات التقنية العليا بالشارقة (كلية الطالبات)
مؤتمر الإرشاد في الدول العربية 2005
لجنة اختيار موضوعات جلسات المؤتمر والدورات التدريبية
لعناية : السيدة فدوى القرشي Fadwa.lkorchy@hct.ac.ae
فاكس : 5353-558 (6)971+

موضوعـــات المؤتمـــر

العناويـن المدرجـة تحـت الموضوعات أدناه هي على سبيل المثال وليست للحصر حيث أنه هناك العديد من الموضوعات التي تندرج تحت عنوان التنوع

طـرق وأدوات تقييـم

- أدوات تقييم إرشاد مهني تناسب مع ثقافات الدول العربية
- طرق إرشاد مقبولة ثقافياً واجتماعياً لدى مواطني دول العربية
- أدوات لتقييم الإعاقة
- بحوث
- دراسة حالات
- مصادر أخرى تم تطويرها لتتناسب مع مواطني الدول العربية

الابتكار في ممارسة مهنة الإرشاد .. البرامج والتدريب

- بـرامج وخدمـات حديـثة صممت لفئات محددة ومجموعات مختلفة
- سياسـات وإجـراءات جديدة تتعلق بتقديم الخدمات الإرشادية لفئات متنوعة من الأفراد
- تطوير برامج تدريب لتلبية حاجات سوق العمل

معايير ممارسة مهنة الإرشاد

- أخلاقيات المهنة
- المعايير المهنية، معايير ممارسة المهنة والترخيص
- تدريب وتأهيل المرشد

- المواضيع ذات الصلة بالمسئولية القانونية
- الجمعيات المهنية

العنايـــة الشخصيـــة لمحترفـــي مهنـــة الإرشـــاد

- وضع حدود مهنية وشخصية
- إذكاء العقل والعناية بالجسم
- التعامل مع ضغوطات العمل
- الإشراف المهني
- القدرة على التعرف على الإحتراق النفسي وكيفية مواجهته

النماذج الدولية وأنظمة ممارسة مهنة الإرشاد

- توجهات السياسة العامة في التطوير المهني المتعلقة بموضوعات التنوع
- المعايـير العالمية لتأهيل المرشد في مجال تقديم خدمات إرشادية للفئات المختلفة
- أفضل الممارسات العالمية في تطبيق أنظمة برامج الإرشاد لفئات مختلفة في المجتمع
- البناء النظري الذي يناسب مهنة الإرشاد في العالم العربي
- تطوير نظريات الإرشاد بما يتناسب مع العالم العربي
- نظريات في طور الإعداد والدراسة

تطويـــر الإرشـــاد النفســـي والإرشـــاد المهنـــي للمؤسســـات

- الممارسات في إدارة التطوير المهني للمؤسسات
- تلبية إحتياجات ذوي الحاجات الخاصة من الموظفين
- الإشراف والمتابعة في أماكن العمل
- التوجيه والتدريب
- طرق وأدوات مبتكرة في تقييم الأداء
- مراكز الرعاية الصحية وصلتها بالإرشاد
- الـتوازن بيـن الحياة الشخصية والحياة المهنية من وجهة نظر مؤسسية
- الديناميكيات في المؤسسات ذات الثقافات المتعددة
- تطوير وتطبيق الكفاءة المؤسسية في منطقة الخليج

- إدارة المستقبل المهني للمرأة في القوى العاملة
- توظيف عاملين من ثقافات وخبرات وخلفيات متنوعة

التحديات التي تواجه مهنة الإرشاد والناتجة عن اختلاف الثقافات، النوع، الإعاقات، المعتقدات الدينية والهوية

- معوقات التعلم في القاعات الدراسية أو في مكان العمل
- الأمور المتعلقة باختلاف الثقافات في أماكن العمل
- الإرشاد عبر الثقافات
- المعتقدات الدينية وعملية الإرشاد
- قضايا تتعلق بالرجال أو النساء، ذات الصلة بمهنة الإرشاد
- الأمور التي تؤثر على النمو لدى الأفرادوموضوعات تتعلق بفئة الشباب
- مفاهيم تتعلق بالاتجاهات السائدة في الدول العربية ذات الصلة بمهنة الإرشاد

اللجـــان المنظمـــة للمؤتمـــر ورؤساؤهـــا :

اللجنـــة المنظمـــة

مركز الإرشاد الجامعي – جامعة الإمارات العربية المتحدة

اللجنة العليا لإدارة المؤتمر :

د. فاطمة الدرمكي fatima.aldarmaki@uaeu.ac.ae

السيدة جيليان جونستون Gillian.Johnston@hct.ac.ae

لجنة التحضيرية للمؤتمر :

د. فاطمة الدرمكي fatima.aldarmaki@uaeu.ac.ae

لجنة الشؤون المالية والجهات الراعية :

السيدة ريما منون avi127@emirates.net.ae

لجنة الدعاية والإعلان :

السيدة ريما منون avi127@emirates.net.ae

لجنة المتحدثين الرئيسيين وموضوعات المؤتمر :

السيدة جيليان جونستون Gillian.Johnston@hct.ac.ae

لجنة المشاركات الخارجية :

السيدة جيليان جونستون Gillian.Johnston@hct.ac.ae

د. محمد عدنان الغورانى m.alghorani@uaeu.ac.ae

دليـل المشافـي النفسيـة العربيـة – الإصدار العربـي

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

انجراحات السلوك و الفكر في الـذات العربيـة

علـــي زيعـــور

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

ARABPSYNET HOSPITALS GUIDE - ENGLISH EDITION

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

اللاوعي الثقافي و لغة الجسد و التواصل اللفظي في الذات العربية

علـــي زيعـــور

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

المستجـدات التصنيفية في طبنفس الطفل و المراهـق

يوما علميا تحـــت إشـــراف :
ج. ت. للأطباء النفسانيين الإستشفائيين الجامعيين
وحدة البحث "النفسعصبي للطفل والمراهق"
كلية الطب بصفاقس و قسم طبنفس الأطفال بصفاقس

السبت 7 ماي 2005 - نزل سيفاكس - صفاقـس – تونس

MISE AU POINT NOSOGRAPHIQUE EN PEDOPSYCHIATRIE

Une Journee Scientifique Organisé par :
Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire
Unité de Recherche «Neuropsychiatrie Infanto-juvénile»
Faculté de Médecine de Sfax
Le Service de Pédopsychiatrie de Sfax

Samedi le 7 Mai 2005 à l'hôtel Syphax – Sfax (TUNISIE)

▪ دواعـــي المؤتمـــر

حضـرة الزمـيل المحـترم، يشرفني ويسعدني إ علامكم أن الجمعية التونسية للأطباء النفسانيين الإستشفائيين الجامعيين تنظم بالإشتراك مع كلية الطـب بصفاقس، وحدة البحث النفسعصبي للطفل والمراهق وقسم طبنفس الأطفـال بصفاقس، يوما علميا للمستجدات التصنيفية في طبنفس الطفل و المـراهق، و ذلـك يوم 7 ماي 2005 بنزل سيفاكس تحت إشراف الأساتذة فرحات العريبي و يسر معلى والدكتورة هالة العيادي.

لقـد تـم اختيارالموضـوع الأساسي لهذا الملتقى بناء على التغيرات المسـجدة و المحدثـة على مستوى تصنيف لإضطرابات النفسية للطفل و المراهق (تصنيفات : ICD, DSM, CFTMEA)

بهـذه المناسـبة أوجـه الدعوة إلى جميع الأطباء النفسانيين، والأطباء المقيميـن إضافـة إلـى الزملاء المهتمين بهذا الموضوع للمشاركة في هذا الملتقى.

حضـرة الزمـيل، يسـعدني تواجدكـم بيننا و مشاركتنا إثراء الحوار بمداخلاتكم في هذه التظاهرة العلمية.

إلـى أن نلتقـي، تقبلـوا زملائي الأفاضل تقبل أصدق مشاعر المودّة والإحترام.

عن منسق اليوم العلمي : **أ.د. فرحات الغريبي**

▪ برنامـج الملتقـى

س 9 : الإفتتاح : د. بن حاج علي (رئيس الجمعية)

الجلسـة الأولـى : (الرؤساء : أ . جراية، ل. قحة، ع. جراية)

س 9. 10د : تصنيف الذهانات المبكرة للطفل (اظطرابات مؤثرة على النمو) ف. الغريبي.

س 9. 40د : تصـنيف الإظطرابات المعرفية والإستيعاب الدراسي : ن. قدور، ر. حناشي، ن. بنزرتي

س 10. 10د : تصنيف اظطرابات فرط الحركة عند الطفل : أ. ولها

س 10. 40د : مناقشة.

س 11 : استراحة.

الجلسـة الثانيـة : (الرئساء : ز. الهاشمي، ع. عمامي، أ. عشيش)

س 11. 20د : تصنيف الإظطرابات النفسية للطفولة المبكرة (إلى 3 سنوات) ي. معلى.

س 11. 50د : تصنيف ذهانات المراهق هـ. عيادي الجمل.

س 12. 20د : تصنيف إظطرابات القلق عند الطفل.

س 12. 50د : مناقشة.

س 13 : غداء.

▪ استرشـــادات

لمـزيد الإرشادات الإتصال بالسيدة ب. شاكر – سكريتيرة قسم طبنفس الطفل والمراهق بصفاقس.

بريد الإلكتروني : farhat.ghribi@rns.tn

هاتف : +216 74 241 907 - **فاكس :** +216 74 241384

▪ Argument du Congrès

Cher(e) Collègue, Nous avons le plaisir et l'honneur de vous informer que sous l'égide de la Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire (STPHU), en collaboration avec la Faculté de Médecine de Sfax et l'Unité de Recherche Neuropsychiatrie infanto-juvénile, le Service de Pédopsychiatrie de Sfax organise une journée scientifique consacrée à une mise au point nosographique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et ceci le 7 Mai 2005 à l'hôtel Syphax de Sfax (coordinateurs : Pr. Farhat GHRIBI, Pr. Ag. Yousr MOALLA, Dr. Héla AYEDI).

Le choix de ce thème nous a été dicté par le constat de nouveautés nosographiques introduites au niveau des différentes classifications des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (ICD, DSM, CFTMEA).

Tous les psychiatres ainsi que ceux en formation et tous les médecins intéressés sont invités à y participer.

Nous serons très heureux de vous voir parmi nous et prendre part à l'enrichissement des débats lors de cette manifestation.

Dans l'attente du plaisir de vous revoir, je vous prie cher(e) collègue, de croire à l'assurance de mes meilleurs sentiments.
Vous êtes cordialement invités à y assister.

Pour les coordinateurs : **Pr. Farhat GHRIBI**

▪ PROGRAMME

9h : Ouverture - B. BEN HAJ ALI (président de la STPHU)

1ère séance (Présidents : An. JARRAYA – L. GAHA – A. JARRAYA)

9h 10 : Nosographie des psychoses précoces de l'enfant (troubles envahissants du développement). / F. GHRIBI

9h 40 : Nosographie des troubles cognitifs et des apprentissages scolaires / N. GADDOUR – R. HANNACHI – N. BENZARTI

10h 10 : Nosographie des troubles hyperkinétiques de l'enfant. / A. WALHA

10h 40 : Discussion

11h : Pause café

2ème séance (Présidents : Z. ELHACHMI – O. AMAMI – A. ACHICH)

11h 20 : Nosographie des troubles mentaux de la petite enfance (0-3 ans) / Y. MOALLA

11h 50 : Nosographie des psychoses de l'adolescent. / H. AYADI JEMAL

12h 20 : Nosographie des troubles anxieux de l'enfant. / A. BOUDEN

12h 50 : Discussion

13h : Déjeuner

▪ RENSEIGNEMENTS

Pour plus d'informations contacter Mme B. CHAKER
Au Secrétariat du service de Pédopsychiatrie de Sfax

Email : farhat.ghribi@rns.tn
Tel : +216 74 241 907 - **Fax :** +216 74 241384

THE 2ND CONFERENCE OF THE SUDANESE PSYCHOLOGICAL SOCIETY

APPLIED PSYCHOLOGY AND THE CULTURE OF PEACE

1- 4 August 2005 - Khartoum, Sudan

المؤتمـر 2 للجمعيـة النفسيـة السودانيـة

علـم النفـس التطبيقـي وثقافـة السـلام

1- 4 أغسطس 2005 - جامعة الخرطوم، السودان.

E. mail: okhaleefa@hotmail.com : بريـــد إلكترونـــي

Invitation from the President of the SPS

It gives me great pleasure as President of the Sudanese Psychological Society (SPS), to invite you to Sudan to attend the Second Conference of our society which will take place in Khartoum 1-4 August 2005 under the theme "Applied Psychology and the Culture of Peace". In August 2004, Sudan has become a member of the International Union of Psychological Sciences. In January 2005, a peace treaty was signed between Sudan government and Sudan's People Liberation Army.

The Sudanese Psychological Society has been a strong voice of indigenization of psychology at the local and regional levels. The SPS hopes that you will be stimulated by contributing to the culture of peace. We have invited some keynote speakers, a number of oral presentations, and interactive poster sessions. The conference is expected to provide a special opportunity for exchange of views on the psychology of peace and various domains of applied psychology. I would like to express my appreciation for your contribution and for joining us in Khartoum. Your participation would greatly enhance the scientific programe of our conference. The venue of the conference is located at the University of Khartoum, near the River Nile and the downtown area.

Sudan warmly welcomes you and hopes that you will have a scientific, professional social and cultural rich experience in Khartoum.

Prof. El-Zubair Bashir Taha
President of the SPS

The Sudanese Psychological Society

The Sudanese Psychological Society, a member of the International Union of Psychological Sciences (IUPsyS), convenes its Second Conference of Psychology under the theme "Applied Psychology and Peace culture" under the patronage of His Excellency Omar Al-Bashir, the President of the Republic of the Sudan. We hope that the conference will contribute to promoting information, forming opinions and reinforcing co-operation among psychologists in the various domains between them and those concerned with issues of the conference.

The Program: The academic program includes diverse sessions:

(1) Keynote speakers
(2) Applied Psychology
(3) Oral presentation
(4) Poster sessions
(5) Advanced training workshops.

Objectives of the Conference

دعـوة من رئيـس الجمعيـة

يطيـب لـي بوصفي رئيسا للجمعية النفسية السودانية دعوتكم الكريمة للمشـاركة في المؤتمر الثاني لجمعيتنا بمدينة الخرطوم في الفترة من 1-4 أغسـطس 2005 تحت شعار "علم النفس التطبيقي وثقافة السلام". في شهر أغسـطس 2004 أصبح السودان عضوا في الاتحاد الدولي للعلوم النفسية، وفي شهر يناير 2005 وقعت اتفاقية السلام بين الحكومة السودانية والحركة الشـعبية لـتحرير السـودان، إيذانا بإيقاف الحرب وبداية بشريات السلام. وتمثل الجمعية النفسية السودانية صوتا عاليا في حركة توطين وتأصيل علم الـنفس علـى المستوى المحلي والإقليمي فضلا عن ذلك تستجيب الجمعية لنداء بناء ثقافة السلام.

لقد وجهنا الدعوة لعدد من المتحدثين الرئيسيين وسوف تكون هناك عدد مـن الورش التدريبية المتقدمة، والمحاضرات الشفهية، وجلسات الملصقات الحـية، فضلا عن برنامج إجتماعي وثقافي حافل. ويتوقع أن يوفر المؤتمر فرصـا خاصـة لتبادل الآراء حول علم نفس السلام، ومجالات علم النفس التطبيقـية المخـتلفة. أود أن أعـبر لكم مقدما عن سعادتي بمساهمتكم في مؤتمرنا في الخرطوم. إن مشاركتكم الفاعلة سوف يكون لها الأثر الطيب فـي دعـم برنامجـنا العلمي. وسيكون مقر المؤتمر في جامعة الخرطوم، والتـي احتفلت بمرور 100 عام على إنشائها عام 1903 وكذلك بالقرب من ملتقى النيل الأزرق والأبيض .

يرحب بكم السودان بحرارة ونأمل أن تكون لكم خبرات وتجارب علمية ومهنـية واجتماعية وثقافية ثرة في مدينة الخرطوم عاصمة الثقافة العربية لعام 2005.

بروفسير الزبير بشير طه
رئيس الجمعية النفسية السودانية

مقدمـة:

تعقـد الجمعية النفسية السودانية، عضو الاتحاد الدولي للعلوم النفسية، مؤتمـرها الثانـي لعلـم النفس تحت شعار "علم النفس التطبيقي و ثقافة السـلام" تحـت رعايـة الفريق عمر البشير، رئيس الجمهورية. ونأمل أن يسـاهم المؤتمر في ترقية تبادل المعلومات وبلورة الآراء وتعزيز التعاون بيـن علماء النفس في مختلف المجالات من جهة، وبينهم وبين بقية علماء العلوم السلوكية الذين لهم اهتمام بموضوعات المؤتمر من جهة أخرى وفقا لمبدأ تكامل العلوم.

البرنامـج العلمـي:

(1) متحدثون رئيسيون من الخبراء المحليين والدوليين
(2) أوراق عمل وبحوث محكمة في علم النفس التطبيقي
(3) تجارب وممارسات في تطبيقات علم النفس
(4) ملصقات علمية ومعرض مصاحب
(5) ورش تدريبية متقدمة في علم النفس التطبيقي تسبق المؤتمر

أهـداف المؤتمـر:

The conference aims to achieve the following objectives:

(1) To exchange views on how peace culture could be reinforced
(2) To exchange views on the contribution of applied psychology in response to national and international challenges
(3) To exchange views among applied psychologists on local, regional and international levels
(4) To provide an updated overview of applied psychology and non-conventional application
(5) To enhance and market applied psychology as an effective profession in problems solving

Sessions of the Conference

(1) Psychology of peace and reinforcement of peace culture
(2) Issues of forgiveness, tolerance and rehabilitation
(3) Applied psychology in the context of social and economic development in time of peace
(4) Issues relating to the environment, family, the displaced and of those with special needs
(5) Contribution of psychology in forming public opinion and the study of attitudes

Conference information

(1) Scientific papers could be submitted in the form of oral presentations or in posters
(2) Deadline for submission of abstracts is 31 April 2005. Authors will be notified of decisions by the Scientific Committee. If no notification has been received by 31May 2005 pls check the Head of the Organizing Committee.
(3) Abstracts received after April 31, 2005 may not be published in the Abstract Book; but will be accepted for oral presentation or poster
(4) The abstract should be in the limit of 200 words including the title page, names of presenters, complete affiliates, and addresses including e.mail or fax.
(5) Abstracts can be submitted in Arabic or English
(6) Abstracts must be based on psychological research, theory or practice. Priority will be given to original work
(7) Abstracts will be reviewed and classified by the Scientific Committee according to the type of issue to be tackled
(8) Presenters are advised to prepare transparencies, slides or multimedia that can be easily read on the screen when viewed from the back of the presentation room.
(9) Oral presentation is strictly limited to 20 minutes, including 5 minutes for discussion
(10) Abstracts can be submitted by post, fax, or e.mail. Abstracts not completed according to the given instructions will not be acknowledged. Abstracts should be sent to the Head of the Organizing Committee.

(1) تبادل الآراء حول كيفية تعزيز ثقافة السلام
(2) تسـليط الضـوء على مساهمة علم النفس التطبيقي في الاستجابة للتحديات القومية والعالمية
(3) تبادل المعرفة والخبرات بين الجهات المعنية والمختصين في علم النفس التطبيقي
(4) مناقشـة الـدور الذي يمكن أن يساهم به علم النفس التطبيقي في مجالات التنمية المختلفة
(5) تبادل الآراء حول تطبيقات علم النفس غير التقليدية
(6) زيـادة درجة تأثير علم النفس في البيئة وتسويق علم النفس كمهنة مساعدة في حل المشكلات

محـاور المؤتمـر:

(1) علم نفس السلام وتعزيز ثقافة السلام
(2) الصفح والمسامحة وبرامج إعادة التأهيل
(3) جوانـب جديـدة وغـير تقليدية لتطبيقات علم النفس في الميادين المختلفة
(4) علـم النفس التطبيقي والتنمية الاجتماعية والاقتصادية في مرحلة السلام
(5) قضايا البيئة، والأسرة، والهجرة والنزوح، والعلاج النفسي، وذوي الحاجات الخاصة
(6) مسـاهمة علـم الـنفس التطبيقي في بلورة الرأي العام ودراسة الاتجاهات النفسية

معلومـات تنظيميـة :

1. تقـدم الأوراق في محاور المؤتمر في شكل محاضرات شفهية أو ملصـقات علمية. ولكن سوف تحدد اللجنة العلمية طريقة العرض وفقا لعدد الملخصات المقدمة والجلسات المتاحة
2. الالتزام الكامل بالقواعد العلمية الصارمة في كتابة ملخص البحث ولا يقبل الذي لا يلتزم بها.
3. لا تطـبع الملخصات التي تسلم بعد التاريخ المحدد أدناه في كتيب الملخصات ولكنها تقبل للتقديم الشفاهي أو في ملصق علمي.
4. يجب ألا تزيد كلمات الملخص على 200 ولا يقبل الملخص الذي يزيد عليها. ويتضمن الملخص: عنوان البحث، واسم الباحث، المؤسسة التـي ينتمي لها الباحث، وعنوان الباحث كاملا، ورقم هاتفه، وعنوان بريده الإلكتروني.
5. يجب أن ترسل ثلاثة نسخ من الملخص مطبوعة ومحفوظة كذلك فـي قـرص مرن (مايكروسفت) ويجب أن يكتب اسم الباحث وعنوان الملخص على القرص.
6. يجـب أن يرتكـز الملخص على البحث السيكولوجي التطبيقي أو الـنظريات أو الممارسة. وسوف تعطى أولوية للأوراق التي تستجيب لتحديات الواقع الراهن وتطبيقات علم النفس
7. تقـيم الملخصـات بواسطة اللجنة العلمية للمؤتمر وسيتم إخطار الباحثيـن الذي تقبل ملخصاتهم للتقديم. وسوف تصنف الملخصات في الجلسات أو الملصقات حسب نوع الموضوع المعالج.
8. يجـب أن يجهـز الباحـث الورقة المقدمة شفويا في شفافيات أو شـرائح أو وسائط متعددة يسهل قراءتها على الشاشة بالنسبة للحضور داخل المقاعد المختلفة في القاعة.
9. سـوف تجهـز غـرفة المحاضرات بأدوات العرض (بروجكتار الشفافيات والوسائط المتعددة) كما سوف تجهز لوحات خاصة للعرض بالنسبة للملصقات العلمية.
10. تقـدم الأوراق العلمية الشفاهية في 15 دقيقة فقط و5 دقائق أخرى للـنقاش. والأوراق التـي يـزيد تقديمها على 15 دقيقة لا تعطى زمن للنقاش.

Preparation of posters

(1) The poster size should be 120 X 180 cm
(2) Writing should be clear (handwritten or typed)
(3) The poster should be clearly read from a distance of one meter
(4) The author must be present at designated times

Mailing the Abstract

Authors should mail three hard copies of the abstract together with diskette, High Density, in IBM format. Text should be saved as Microsoft World file. Be sure to label the diskette with your full name, text version, the title of presentation. Please mail the diskette to the Head of the Organizing Committee.

E.mailing the abstract

The message should contain full information in print, including title, names, institution, and body of the text and to be transmitted as a Microsoft Word file attachment. Abstract sent by fax only will not be acknowledged . When the deadline for submission is close, fax the abstract first, then mail the abstract on a diskette, following the instructions above.

Registration fees

(1) Participants from abroad should complete the Registration Form and pay at the registration desk on the 1st of August, 2005, between 8:00 to 9:00 A.M

(2) USD 200 for participants from abroad and only cash is accepted and no personal cheque, travelers' cheque or credit cards are acceptable

(3) USD 100 for students from abroad who must provide proof of full time status when submitting registration form and payment

Entitlements of full registered participant and student

(1) Opening ceremony
(2) Attending all sessions
(3) Abstracts book and conference kit
(4) Coffee break
(5) Lunch

General information

(1) A valid passport and visa for visiting Sudan are required
(2) Upon acceptance of your abstract, the Organizing Committee will send you an official invitation letter with which you can apply for an entry visa at the Sudan Embassy or the nearest consulate general
(3) August in Sudan is a rainy season
(4) It is advisable that participants from abroad make their arrangement for hotels reservation and insurance
(4) Its advisable to bring US Dollars with you. Travelers' cheque and all credit cards are not accepted in Sudan. The current exchange rate of US$ 1= SD 25
(5) Tax service is available at Khartoum Airport the whole day
(6) Departure International Air ticket should be reconfirmed 72 hours in advance
(7) Participants from abroad are to bear the costs of travel and accommodation. The Organizing Committee

قواعد إخراج الملصق العلمي :

1. يجب أن يكون مقاس البوستر (الملصق) 180 × 120 سم
2. يجب أن تكون الكتابة واضحة بخط اليد أو مطبوعة
3. يجب أن يقرأ الملصق بصورة جيدة من مسافة متر
4. يجب أن يكون صاحب الملصق متواجدا في الوقت المحدد لعرض ملصقه ربما يفضل لطلاب الماجستير عمل ملصقات علمية

الجهات المعنية بحضور المؤتمر:

أقسام علم النفس في الجامعات، مستشفيات الطب النفسي ومراكز الإرشاد النفسي، مراكز السلام المختلفة الحكومية والمنظمات غير الحكومية، المراكز والمعاهد الخاصة، علماء النفس التطبيقيين في القطاع الخاص، المؤسسات الإقليمية والدولية ذات العلاقة بموضوع المؤتمر.

تواريخ هامة:

(1) 30 مارس 2005 آخر يوم لتسليم ملخصات البحث
(2) 30 أبريل 2005 مراجعة الملخصات وإخطار أصحاب الملخصات المقبولة
(3) 30 مايو 2005 آخر موعد لتسليم البحوث كاملة للجنة العلمية
(4) 1 أغسطس 2005 دفع رسوم التسجيل للمشاركين من خارج السودان

رسوم الاشتراك:

1. رسوم السودانيين العاملين بالخارج والمشاركين من الدول الأخرى 200 دولار أمريكي
2. رسوم الطلاب من خارج السودان 100 دولار أمريكي مع إثبات التسجيل كطالب نظامي
3. تدفع الرسوم عند التسجيل للمؤتمر بالنسبة للقادمين من خارج السودان نقدا في 1 أغسطس 2005، ولا تقبل الشيكات الشخصية، والشيكات السياحية، وبطاقات الائتمان.
4. على المشاركين من خارج السودان تحمل نفقات السفر والسكن والإعاشة. وسعت اللجنة التنظيمية للمؤتمر بإيجاد تخفيض في بعض الفنادق ويمكن الاتصال مباشرة بهذه الفنادق

مزايا دفع رسوم اشتراك المؤتمر:

يجب على كل المشاركين من الداخل والخارج التسجيل للمؤتمر، وتتضمن مزايا التسجيل:
(1) كتاب الملخصات (2) جلكيت المؤتمر (3) حضور المحاضرات (4) المرطبات (5) الإفطار

الورش التدريبية ما قبل المؤتمر:

(1) نظرية وتطبيقات الذكاءات المتعددة (بروفيسر كبشور كوكو قمبيل)
(2) نشر البحوث السيكولوجية في الدوريات الإقليمية والعالمية (د. عمر هارون الخليفة)
(3) مقاييس الشخصية وكيفية بناء وتصميم المقاييس النفسية (د. مهيد محمد المتوكل)
(4) كيفية تقديم ورقة في مؤتمر (د. خالد الكردي)
(5) الإرشاد النفسي للصدمة وإدارة الضغوط (د. رقية السيد، وأ. سامي عوض)
(6) علم النفس المدرسي وثقافة السلام (د. عبير عبد الرحمن خليل)

على الراغبين في الورش أعلاه تسجيل أسمائهم لدى الدكتورة مها الصادق حسب العنوان التالي: مركز التقوى للقياس والعلاج النفسي، أم درمان، ص.ب 98، السودان.

هاتف مكتب (249)-(187)-(531178)

of the Conference made an effort to secure reduced accommodation rates in some hotels (see the list).

Meeting facilities

Projectors : Overhead projectors and multimedia projectors will be available in meeting rooms.

Electricity : The electricity in Sudan is supplied at 220V.

Posters : The poster board is 120 X 180 cm.

Language : Abstracts and papers can be presented either in Arabic or English. Simultaneous translation services will be provided during the conference.

Venue of the Conference

Conference Venue: Al-Sharja Hall, University of Khartoum, Sudan

Contact Address:

Any requests regarding abstracts, program, registration, visa application, pls contact:

Dr Omar Khaleefa - Head of the Organizing Committee
Khartoum, P.O Box 12718, Sudan
Tel (Work) : ++ 249-183-760712
Tel (Home) : + 249-185-324507
Tel (Cell) : + 249-912277467
Fax : +249-183-760712
E. mail: okhaleefa@hotmail.com

Hotel Accommodation

Participants from abroad are to bear the costs of travel and accommodation
The Organizing Committee of the Conference made an effort to secure reduced accommodation rates in the following hotels

First : Grand Holiday Villa (Khartoum, Nile Avenue)
Standard Single = USD 175 (B+B)
Double room = USD 220
Hotel address: Grand Holiday Villa Khartoum, P.O. Box 316 Nile Avenue, Khartoum, Sudan.
Tel : ++ 249-183-774039 - **Fax :** ++ 249-183-773961
E.mail : grandholidayvilla@hotmail.com
Web site : www.holidayvilla.com.my

Second : Meridien Khartoum
Address: Qasr Avenue, Khartoum, Sudan
Standard Single = USD 115 (B+B)
Double USD 135(B+B)
Tel: ++ 249-183-775970 - **Fax :** ++ 249-183-779069
E-mail : marketing@meridienkh.com

Third: Green Village Hotel (Khartoum)
Standard Single = USD 89
Hotel address: Green Village Hotel, P.O. Box 2366, Khartoum, Sudan.
Tel : ++ 249-183-280882 - **Fax :** + 249-183-263658
E-mail : greenvillagehotel@hotmail.com

Fourth : Sahara Hotel (Khartoum)

Standard Single = USD 60 (B & B)

Tel : ++ 249-183-796541 - **Fax :** ++ 249-183-796540

موبايل (249)- 912915086
بريد إلكتروني: mahaelsadig@hotmail.com

لغة المؤتمر: تقـدم الأوراق العلمـية باللغة العربية أو الإنجليزية مع توفير الترجمة الفورية بينهما

المراسـلات الخارجيـة:

توجـه جمـيع المراسلات الخاصة بالمؤتمر من خارج السودان على **العنوان التالي**: د. عمـر هارون الخليفة، رئيس اللجنة التنظيمية للمؤتمر، الخرطوم، ص. ب 12718، السودان

تلفون/فاكس مكتب : 249-183-760712 ++
هاتف منزل: 249-185-324507++
هاتف موبايل: 249-912277467++
بريد إلكتروني: okhaleefa@hotmail.com

معلومـات للمؤتمريـن القادميـن مـن خـارج السـودان

يـتحمل المشـاركون فـي المؤتمر من خارج السودان تكاليف السفر والسـكن والإعاشة. وسعت اللجنة التنظيمية للمؤتمر لإيجاد أسعار مخفضة للسكن في الفنادق التالية:

أولا: فندق الهولي دي فيلا (الخرطوم شارع النيل)
الغرفة المفردة في اليوم مع الإفطار 175 دولار أمريكي
الغرفة المزدوجة في اليوم مع الإفطار 220 دولار أمريكي
عنوان الفندق: الخرطوم، ص. ب 316 شارع النيل، فندق الهولي دي فيلا، السودان.
هاتف: 249-183-774039 ++ - **فاكس**: 249-183-773961 ++
بريد إلكتروني: hovikha@sudanet.net
بريد إلكتروني: grandholidayvilla@hotmail.com

ثانيا: فندق المريديان (الخرطوم)
الغرفة المفردة في اليوم مع الإفطار 115
الغرفة المزدوجة في اليوم مع الإفطار 135
عنوان الفندق: شارع القصر، الخرطوم، السودان
تلفون: 249-183-775970 ++ - **فاكس**: 249-183-779069 ++
بريد إلكتروني: marketing@meridienkh.com

ثالثا: فندق القرين فيلدج (الخرطوم- بري)
الغرفة المفردة في اليوم 89 دولار أمريكي
عنوان الفندق: الخرطوم، ص. ب 2366، فندق القرين فيلدج.
هاتف : 249-183-280882 ++ - **فاكس** : 249-183-263658 ++
بريد إلكتروني: greenvillagehotel@hotmail.com

رابعا: فندق صحارى (الخرطوم)
الغرفة المفردة في اليوم مع الإفطار 60 دولار أمريكي
هاتف: 249-183-796541 ++ - **فاكس**: 249-183-796540

خامسا: فندق الخرطوم بلازا (الخرطوم)
الغرفة المفردة في اليوم مع الإفطار 70 دولار أمريكي
الغرفة المزدوجة في اليوم مع الإفطار 100 دولار أمريكي
هاتف: ++ 249-183-772275 - **فاكس**: ++ 249-183-773917

سادسا: فندق قباء (الخرطوم)
الغرفة المفردة في اليوم 42 دولار أمريكي
الغرفة المزدوجة في اليوم 50 دولار أمريكي
العنوان: فندق قباء، ص. 44478، الخرطوم، السودان
هاتف: ++ 249-183-787718 - **فاكس**: ++249-183-784395

هناك سكن مخفض في بعض بيوت الضيافة (الاتصال باللجنة التنظيمية)

Fifth : Khartoum Plaza Hotel (Khartoum)
Standard Single = USD 70 (B+B)
Double USD 100 (B+B)
Tel : ++ 249-183-772275 - **Fax :** ++ 249-183-773917

Sixth : Gobbaa Hotel (Khartoum)
Standard Single = USD 42
Double = USD 50
Hotel address: Gobbaa Hotel, P.O. Box 44478, Khartoum, Sudan
Tel : ++ 249-183-787718 - **Fax :** ++ 249-183-784395

Budget accommodation is available in Guest houses and Hostels upon request.

جائـــزة بروفســـور مالـــك بـــدري فـــي علـــم النفـــس

أولا : الجائزة السنوية والتي تقدمها الجمعية النفسية السودانية
(1) جائزة واحدة لأفضل خريج في كل أقسام علم النفس بالجامعات السودانية
(2) جائـزة واحدة لأفضل (أ) بحث مقدم في رسائل الماجستير أو (ب) تغطية إعلامية لعلم النفس أو (ج) مراكز علم النفس الخاصة (د) مجالات أخرى
ثانيا : جائزة كل سنتين تقدم مع انعقاد مؤتمر الجمعية النفسية السودانية
(3) أفضـل (أ) بحث مقدم في رسائل الدكتوراه أو (ب) أفضل الكتب المؤلفة أو المترجمة أو (ج) أفضل الدراسات المنشورة في دوريات محكمة في علم النفس.
(4) جائزة الخدمة الممتازة في علم النفس تقدم لفرد واحد له إسهاماته المقدرة في تطوير علم النفس محليا أو إقليميا أو عالميا ويتم اختياره من قبل لجنة الجائزة
لمزيد من التفاصيل حول جائزة مالك بدري الاتصال بمكتب سكرتارية الجمعية النفسية السودانية

استمـــارة مشاركـــة المؤتمـــر الثانـــي للجمعيـــة النفسيـــة السودانيـــة (1- 4 أغسطس 2005)

اسم الباحث (رباعي).....
المؤسسة: .....
تلفون المنزل: ..... تلفون العمل: .....
موبايل: ..... فاكس: .....
بريد الكتروني: .....
عنوان البريد: .....

نـوع المساهمـة (ضع دائرة):
(أ) عـرض شـفاهي (15 دقيقة) (ب) ملصق (120×180 سم) (ج) حضور جلسات المؤتمر دون تقديم ورقة (ج) حضور الورش التدريبية
(ضع دائرة حول رقم الورشة المناسبة)
(1) نظرية وتطبيقات الذكاءات المتعددة (بروفسير كبشور كوكو قمبيل) / (2) نشر البحوث السيكولوجية في الدوريات الاقليمية والعالمية (د. عمر هارون الخليفة) / (3) مقاييس الشخصية وكيفية بناء وتصميم المقاييس النفسية (د. مهيد محمد المتوكل) / (4) كيفية تقديم ورقة في مؤتمر (د. خالد الكردي) / (4) الارشاد النفسي للصدمة وإدارة الضغوط (د. رقية السيد، وأ. سامي عوض) / (5) علم النفس المدرسي وثقافة السلام (د. عبير عبد الرحمن خليل)
(هناك رسوم للورش تحدد لاحقا، وسوف يمنح المشاركون شهادات مشاركة من الجمعية)

محـور الورقـة (ضع دائرة):
(1) علـم نفـس السـلام وتعزيـز ثقافـة السـلام / (2) الصفح والمسامحة وبرامج إعادة التأهيل / (3) جوانب جديدة وغير تقليدية لتطبيقات علـم الـنفس فـي الميادين المختلفة / (4) علـم الـنفس التطبيقـي والتنمـية الاجتماعية والاقتصادية في مرحلة السلام / (5) قضايا البيـئة والأسـرة والهجـرة والـنزوح والعلاج النفسي وذوي الحاجات الخاصة / (6) مساهمة علم النفس التطبيقي في بلورة الرأي العام ودراسة الاتجاهات النفسية / (7) موضوعات أخرى ذات علاقة بالمؤتمر

يجـب أن يسـلم الملخـص فـي يوم 30 مارس 2005 . ترسل الملخصات العلمية حسب عنوان البريد التالي: د. عمر هارون الخليفة، رئيس اللجنة التنظيمية للمؤتمر، الخرطوم، ص. ب 12718، السودان.
تلفون/فاكس مكتب : 249-183-760712 ++ - **موبيل** : ++249-912277467 - **بريد الكتروني** : okhaleefa@hotmail.com

التوقيع..... التاريخ.....

Psy Congress Agenda

SECOND QUARTLY 2005

April – May – June

أجنـدة المؤتمـرات النفسيـة

الثـلاثيـة الثانيـة 2005

أفريـل – مـاي – جـوان

Arab Psy Congress Agenda

Title : 21st Egyptian Congress of Psychology (EAPS)
Date: 31 January - 2 February 2005
Country: Egypt
E-Mail: eapsegypt@hotmail.com
Web site : http://eapsegypt.Tripod.com

****

Title: 5ème Colloque International de L'URPC Le rituel
(L'Unité de Recherche Psychopathologie CliniqueUniversite de Tunis - FSHST - département de psychologie)
Date: 4 - 5 février 2005
Country: Tunisie - ***City:*** Tunis, Hôtel "Diplomat"
Contact: Pr. Riadh Ben Rejeb
E-Mail: Riadhbrejeb@yahoo.fr

****

Title: 4th Scientific Congress of Anxiety Psychiatric Association of Turkey & Turkish Neuropsychiatric Association
Date: 09-13 March 2005
Country: Tunisia ***City:*** Hammamet - Royal Hotel
For reservation: anksiyete@adimtravel.com
E-Mail: bilimsel@adimtravel.com

****

Title : 1st congress of psychology department
Date: 26-28 Avril 2005
Country: Egypt ***City:*** Tanta
E-Mail: Psycho_tanta2@hotmail.com

****

Title: The 39th Middle East Medical Assembly (MEMA)
Date: May 12, 2005 - May 15, 2005
Country: Lebanon - ***City:*** Beirut
Contact: Dr. Ghassan Hamadeh
Phone: 961-135-0000 - ***Fax:*** 961-174-4464
E-Mail: mema@aub.edu.lb

****

Title: The 2nd Conference of the Sudanese Psychological Society Applied Psychology & the Culture of Peace1
Date: 4 August 2005
Country: Sudan - ***City:*** Khartoum
Contact: Dr. Omar Khaleefa
Phone: 249-183-760712 / 912277467 - ***Fax:*** 249-183-760712
E-Mail: : okhaleefa@hotmail.com

Title : Colloque Tuniso-Italien de Psychanalyse : La psychanalyse face à l'Islam
Country: Tunis
Date: Lundi 28 et Mardi 29 Mars 2005
E-Mail: ahikbal@yahoo.fr

International Psy Congress Agenda

Title: Psychiatric Congress Regional Extension
Date: April 02, 2005
Country: United States - ***City:*** Dearborn / MI
Contact: CME LLC, 2801 McGaw Avenue, Irvine, CA 92614-5835
Phone: 800-993-2632 / 949-250-1008 - ***Fax:*** 949-250-0445
E-Mail: customer.service@cmellc.com

****

Title: International Mental Health Professionals Japan Announces Its 9th Annual Conference Of Imhpj
Date: April 2-3, 2005
Country: Japan - ***City:*** Hakone

****

Title: The Spectrum of Developemental Disabilities XXVII
Date: April 04, 2005 - April 06, 2005
Country: United States - ***City:*** Baltimore, MD
Contact: Office of Continuing Medical Education
Phone: 410 955-2959 - ***Fax:*** 410 955-0807
E-Mail: cmenet@jhmi.edu

****

Title: Treating Alzheimer's and Related Dementias
Date: April 05, 2005
Country: Canada - ***City:*** Toronto, ON
Contact: Ontario College of Family Physicians
Phone: 416-867-9646 - ***Fax:*** 416-867-9990
E-Mail: ocfp@cfpc.ca

****

Title: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): the NICE guideline
Date: April 06, 2005
Country: United Kingdom - ***City:*** London / England
Contact: Emma George
Phone: 02-0-72-270-825
E-Mail: egeorge@cru.rcpsych.ac.uk

Title: 2005 Society for Research in Child Development (SRCD) Biennial Meeting
Date: April 07, 2005 - April 10, 2005
Country: United States - *City:* Atlanta / GA
Contact: Society for Research in Child Development
Phone: 734-998-6578 - *Fax:* 734-998-6569
E-Mail: srcd@umich.edu

****

Title: Faculty of Psychotherapy Annual Meeting
Date: April 07, 2005 - April 09, 2005
Country: United Kingdom - *City:* Cardiff / Wales
Contact: College Conference Office
Phone: 44-0-2-072-352-351 ext 145 - *Fax:* 2-072-596-507
E-Mail: pcornell@rcpsych.ac.uk

****

Title: Schizophrenia: 20th Annual Conference
Date: April 09, 2005
Country: United States - *City:* New York / NY
Contact: Columbia University College of Physicians & Surgeons Center for Continuing Education, 630 West 168th Street, Unit 39, New York, NY 10032
Phone: 212-305-3334 - *Fax:* 212-781-6047
E-Mail: cme@columbia.edu

****

Title: Psychiatric Congress Regional Extension
Date: April 09, 2005
Country: United States - *City:* Los Angeles, CA
Contact: CME LLC, 2801 McGaw Avenue, Irvine, CA 92614-5835
Phone: 800-993-2632 / 949-250-1008 - *Fax:* 949-250-0445
E-Mail: customer.service@cmellc.com

****

Title: Spring Symposia IX, Annual Meeting of Psychiatric Association of Turkey
Date: April 13, 2005 - April 16, 2005
Country: Turkey - *City:* Antalya
Contact: Prof. Berna Ulug (MD)
Phone: 905-326-571-885
E-Mail: dulug@hacettepe.edu.tr

****

Title: Building and Sustaining Partnerships with Diverse Communities/Groups
Date: April 14, 2005 - April 15, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6444
E-Mail: ets@camh.net

Title: XII International Symposium about Current Issues and Controversies in Psychiatry: Comorbity
Date: April 14, 2005 - April 15, 2005
Country: Spain - *City:* Barcelona
Contact: Grupo Gyseco
Phone: 34-932-212-242 - *Fax:* 34-932-217-005
E-Mail: controversias@geyseco.com

****

Title: Pain and Addiction: Common Threads IV
Date: April 14, 2005
Country: United States - *City:* Dallas, TX
Contact: American Society of Addiction Medicine, 4601 N. park Avenue, Upper Arcade #101, Chevy Chase, MD 20815
Phone: 301-656-3920 - *Fax:* 301-656-3815
E-Mail: email@asam.org

****

Title: 36th Annual Meeting & Medical-Scientific Conference 50th Anniversary
Date: April 15, 2005 - April 17, 2005
Country: United States - *City:* Dallas, TX
Contact: American Society of Addiction Medicine, 4601 N. park Avenue, Upper Arcade #101, Chevy Chase, MD 20815
Phone: 301-656-3920 - *Fax:* 301-656-3815
E-Mail: email@asam.org

****

Title: Psychiatric Congress Regional Extension
Date: April 16, 2005
Country: United States - *City:* New York / NY
Contact: CME LLC, 2801 McGaw Avenue, Irvine, CA 92614-5835
Phone: 800-993-2632 / 949-250-1008 - *Fax:* 949-250-0445
E-Mail: customer.service@cmellc.com

****

Title: CINP Regional Meeting - Psychiatry and Neuroscience in Africa
Date: April 20, 2005 - April 22, 2005
Country: South Africa - *City:* Cape Town
Contact: Liesel Coetzee
Phone: 27-0-219-389-238 - *Fax:* 27-0-219-332-649
E-Mail: consult@sun.ac.za

****

Title: IRBD 5, 5th International Review of Bipolar Disorders
Date: April 20, 2005 - April 23, 2005
Country: France - *City:* Lyon - Palais Des Congrès de Lyon
Contact: Russell Pendleton
Phone: 00-441-159-692-016 - *Fax:* 00-441-159-692-017
E-Mail: rp@rpa.bz

Title: Learning Disability Spring Meeting
Date: April 20, 2005
Country: United Kingdom - *City:* London / England
Contact: College Conference Office
Phone: 44-0-2-072-352-351 ext 145 - *Fax:* 2-072-596-507
E-Mail: pcornell@rcpsych.ac.uk

****

Title: 19th Annual Mood Disorders Symposium
Date: April 20, 2005
Country: United States - *City:* Baltimore, MD
Contact: Office of Continuing Medical Education
Phone: 410 955-2959 - *Fax:* 410 955-0807
E-Mail: cmenet@jhmi.edu

****

Title: Treating Alzheimer's and Related Dementias
Date: April 20, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Ontario College of Family Physicians
Phone: 416-867-9646 - *Fax:* 416-867-9990
E-Mail: ocfp@cfpc.ca

****

Title: Comprehensive Review of Sexual Medicine 2005
Date: April 21, 2005 - April 23, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Conference Secretariat
E-Mail: congress@venuewest.com

****

Title: Training Day in ECT
Date: April 21, 2005
Country: United Kingdom - *City:* Edinburgh, Scotland
Contact: Emma George
Phone: 02-0-72-270-825
E-Mail: egeorge@cru.rcpsych.ac.uk

****

Title: Driving and Dementia
Date: April 21, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Ontario College of Family Physicians
Phone: 416-867-9646 - *Fax:* 416-867-9990
E-Mail: ocfp@cfpc.ca

****

Title: SW Division Spring Biannual Meeting
Date: April 22, 2005
Country: United Kingdom - *City:* Buckfastleigh, England
Contact: Pat McPhee
Phone: 44-0-1-179-286-644 - *Fax:* 01-179-286-650
E-Mail: Pat.McPhee@awp.nhs.uk

Title: Practitioners Day in ECT
Date: April 22, 2005
Country: United Kingdom - *City:* Edinburgh, Scotland
Contact: Emma George
Phone: 02-0-72-270-825
E-Mail: egeorge@cru.rcpsych.ac.uk

****

Title: Reconnecting and Healing: A Workshop for Mental Health Professionals Affected by Trauma
Date: April 27, 2005 - April 28, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6444
E-Mail: ets@camh.net

****

Title: "Old Age in a New Age" 3rd Biennial Conference in Geriatric Care
Date: April 28, 2005 - April 30, 2005
Country: Canada - *City:* Saint John, New Brunswick
Contact: Pati Teed
Phone: 506-632-5453 - *Fax:* 506-632-5484
E-Mail: teepa@reg2.health.nb.ca

****

Title: 10th Annual Psychiatric Update
Date: April 29, 2005
Country: United States - *City:* Galveston, TX
Contact: UTMB Office of Continuing Education, 301 University Boulevard, Mail Route 0851, Galveston, TX 77555-0851
Phone: 409-772-9300 - *Fax:* 409-772-9333
E-Mail: ocfp@cfpc.ca

****

Title: Assessing and Treating Depression
Date: May 04, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6444
E-Mail: ets@camh.net

****

Title: 6th International Symposium on Sympathetic Surgery - ISSS 2005
Date: May 04, 2005 - May 06, 2005
Country: Austria - *City:* Vienna
Contact: Vienna Medical Academy
Phone: 43-1-4-051-383-0 - *Fax:* 43-1-407-8274
E-Mail: isss2005@medacad.org

Title: **The 1st International Congress of The Minimally Interventional Spinal Treatment**
Date: May 05, 2005 - May 07, 2005
Country: Iran - *City:* Tehran
Contact: Dr Foad Elahi
Phone: 00-98-218-812-391 - *Fax:* 00-98-218-728-860
E-Mail: foadelahi@yahoo.com

****

Title: **Annual Meeting for the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration**
Date: May 05, 2005 - May 08, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Alberta Pos, Local Host/Organizer
Phone: 1-416-535-8501 ext 6627
E-Mail: alberta_pos@camh.net

****

Title: **Faculty of Substance Misuse Annual Meeting**
Date: May 05, 2005 - May 06, 2005
Country: United Kingdom - *City:* Cambridge, England
Contact: College Conference Office
Phone: 44-0-2-072-352-351 ext 145 - *Fax:* 2-072-596-507
E-Mail: pcornell@rcpsych.ac.uk

****

Title: **Psychiatric Update for Family Physicians**
Date: May 07, 2005 - May 08, 2005
Country: Canada - *City:* Vancouver, BC
Contact: The College of Family Physicians of Canada, 2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario, L4W 5A4 / Mary Steel
Phone: 905-629-0900 / 1-800-387-6197 / 604-682-6042
Fax: 905-629-0893 / 604-662-7627
E-Mail: info@psychupdate

****

Title: **The 55th Institute for Spirituality and Medicine: Spiritual Well-Being**
Date: May 09, 2005 - May 11, 2005
Country: United States - *City:* Baltimore, MD
Contact: Contact: Office of Continuing Medical Education
Phone: 410-955-2959 - *Fax:* 410-955-0807
E-Mail: cmenet@jhmi.edu

****

Title: Driving and Dementia: Assessing Fitness to Drive
Date: May 11, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Ontario College of Family Physicians
Phone: 416-867-9646 - *Fax:* 416-867-9990
E-Mail: ocfp@cfpc.ca

Title: **Annual Congress of Iranian Society of Pediatrics & 26th Memorial Congress of Professor Mohammad Gharib**
Date: May 13, 2005 - May 17, 2005
Country: Iran - *City:* Tehran
Contact: Hossein Asheri
Phone: 98-216-968-317 - *Fax:* 98-216-465-828
E-Mail: info@irisp.org

****

Title: **9th Multidisciplinary International Conference of Biological Psychiatry Stress and Behaviour**
Date: May 16, 2005 - May 19, 2005
Country: Russia - *City:* St Petersburg
Contact: Dr. Allan V Kalueff, PhD, Conference Chair
E-Mail: biopsych-2005@mail.ru

****

Title: **General Practice: What's common, What's Complex**
Date: May 16, 2005 - May 19, 2005
Country: Italy - *City:* Prato
Contact: Annabel Whitby
Phone: 61-385-752-215 - *Fax:* 61-385-752-233
E-Mail: Annabel.Whitby@med.monash.edu.au

****

Title: **Suicidology Series: Suicide and Aboriginal Peoples**
Date: May 18, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6644
E-Mail: ets@camh.net

****

Title: **The Second Adolescent Forensic Special Interest Group Conference**
Date: May 18, 2005
Country: United Kingdom - *City:* London, England
Contact: College Conference Office
Phone: 44-0-2-072-352-351 ext 145 - *Fax:* 2-072-596-507
E-Mail: pcornell@rcpsych.ac.uk

****

Title: **Alzheimer's Disease: Update on Research, Treatment, and Care**
Date: May 19, 2005 - May 20, 2005
Country: United States - *City:* San Diego, CA
Contact: Jill Collier
E-Mail: JCOLLIER@ucsd.edu

****

Title: **Society of Biological Psychiatry 60th Annual Convention**
Date: May 19, 2005 - May 21, 2005
Country: United States - *City:* Atlanta, GA
Contact: Maggie Peterson
Phone: 904-953-2842 - *Fax:* 904-953-7117
E-Mail: peterson.maggie@mayo.edu

Title: Living on the Raiser's Edge: Solution-Oriented Brief Family Therapy with Self-Harming
Date: May 19, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Edythe Nerlick
Phone: 416-972-1935 - *Fax:* 416-924-9808
E-Mail: enerlich@hincksdellcrest.org

****

Title: Mental Health 2005
Date: May 19, 2005 - May 20, 2005
Country: United Kingdom - *City:* London, England
Contact: Charlotte Wenden
Phone: 0-20-85-411-399 - *Fax:* 0-20-85-472-300
E-Mail: charlottew@healthcare-events.co.uk

****

Title: Headache and Facial Pain
Date: May 20, 2005 - May 22, 2005
Country: United States - *City:* Cambridge, MA
Contact: Office of Continuing Education
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: Pathways to Solutions with Challenging At Risk Adolescents
Date: May 20, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Edythe Nerlich
Phone: 416-972-1935 - *Fax:* 416-924-9806
E-Mail: enerich@hincksdellcrest.org

****

Title: American Psychiatric Association 158th Annual Meeting
Date: May 21, 2005 - May 26, 2005
Country: United States - *City:* Atlanta, GA
Contact: Conference Coordinator, American Psychiatric Association, Group Travel Office, 333
Phone: 202-682-6800 - *Fax:* 202-682-6850
E-Mail: apa@psych.org

****

Title: 6th National Child Welfare Symposium - Protecting Children, Helping Adults: Bringing Two Worlds Closer Together
Date: May 25, 2005
Country: Canada - *City:* Montreal, QC
Contact: Sophie Léveillé
Phone: 514-343-2227 - *Fax:* 514-343-2493
E-Mail: sophie.leveille@umontreal.ca

Title: Quality and Quantity in Medical Education
Date: May 26, 2005 - May 28, 2005
Country: Italy - *City:* Milan
Contact: Dr. Samantha Romanelli
Phone: 00-39-022-666-880 - *Fax:* 00-39-022-361-226
E-Mail: smm@unambro.it

****

Title: International Conference on Science Law Ethics - Medical Research - Human Rights
Date: May 29, 2005 - June 02, 2005
Country: Israel - *City:* Haifa
Contact: Conference Secretariat, ISAS International Seminars, POB 574, Jerusalem, Israel 91004
Phone: 97-226-520-574 - *Fax:* 97-226-520-558
E-Mail: seminars@isas.co.il

****

Title: The 12th International Congress of Biorheology (12thICB) and the 5th International Conference on Clinical Hemorheology (5thICCH)
Date: May 30, 2005 - June 03, 2005
Country: China - *City:* Chongqing
Contact: S.X.Cai
Phone: 86-23-65-112-097 - *Fax:* 86-23-65-112-097
E-Mail: biorheo@cqu.edu.cn

****

Title: Medicolegal Risk Management
Date: May 30, 2005 - June 03, 2005
Country: United States - *City:* Bradenton-Sarasota, FL
Contact: Eva or Cristina
Phone: 866-267-4263 / 1-941-388-1766 - *Fax:* 941-365-7073
E-Mail: mail@ams4cme.com

****

Title: International Family Nursing Conference
Date: June 01, 2005 - June 04, 2005
Country: Canada - *City:* Victoria, BC
Contact: Conference Secretariat
E-Mail: congress@venuewest.com

****

Title: Asking the Right Questions 2: Talking with Clients about Sexual Orientation and Gender Identity in Mental Health, Counselling and Addiction Settings
Date: June 02, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Centre for Addiction and Mental Health
Phone: 416-595-6020 - *Fax:* 416-595-6444
E-Mail: ets@camh.net

Title: Delirium and Pharmacotherapy of Dementia
Date: June 02, 2005
Country: Canada - *City:* Toronto, ON
Contact: Ontario College of Family Physicians
Phone: 416-867-9646 - *Fax:* 416-867-9990
E-Mail: ocfp@cfpc.ca

****

Title: Conference on Applied Technologies in Medicine and Neuroscience
Date: June 06, 2005 - June 10, 2005
Country: Switzerland - *City:* Basel
Contact: Oliver Stefani
Phone: 00-41-613-255-317 - *Fax:* 00-41-613-832-818
E-Mail: ols@coat-basel.com

****

Title: Catching the Winds Of Change: A Conference To Inspire Healing Conversations and Stories Of Hope With Children, Families, and Communities
Date: June 07, 2005 - June 10, 2005
Country: Canada - *City:* Halifax, NS
Contact: Louise Ghiz
Phone: 902-494-1353 x2249 - *Fax:* 902-494-8025
E-Mail: lab@sympatico.ca

****

Title: Bridging Eastern and Western Psychiatry: Toward Co-operation
Date: June 10, 2005 - June 13, 2005
Country: Russia - *City:* Moscow
Contact: Oleg V. Lapshin
Phone: 39-05-846-055-240 - *Fax:* 39-05-846-055-239
E-Mail: olapshin@mail.ru psy@psyter.org

****

Title: 1st International Congress of IASSID-Pacific
Date: June 11, 2005 - June 14, 2005
Country: Taiwan - *City:* Taipei
Contact: Dr. Kuo-yu Wang
Phone: 88-652-428-132 - *Fax:* 88-652-720-810
E-Mail: sowkyw@ccunix.ccu.edu.tw

****

Title: 6th International Bipolar Conference
Date: June 16, 2005 - June 18, 2005
Country: United States - *City:* Pittsburgh, PA
Contact: Mary Healy
Phone: 412-605-1219
E-Mail: healymk@upmc.edu

Title: World Psychiatric Association Thematic Conference "Quality and Outcome Outreach in Psychiatry"
Date: June 17, 2005 - June 20, 2005
Country: Spain - *City:* Valencia
Contact: Meeting Organiser
Phone: 34-932-212-242 - *Fax:* 34-932-217-005
E-Mail: barcelona@geyseco.com

****

Title: 9th ECOTS - IX European Conference on Traumatic Stress
Date: June 18, 2005 - June 21, 2005
Country: Sweden - *City:* Stockholm
Contact: Conference Secretariat / The National Centre for Disaster Psychiatry (KCKP), Sparrisgatan 2, SE-754 46 Uppsala Sweden
Phone: 46-0-186-118-822 - *Fax:* 46-0-186-118-890
E-Mail: info@sfph.se

****

Title: Psychiatric Update for Family Physicians
Date: June 18, 2005 - June 19, 2005
Country: Canada - *City:* Niagara-on-the-Lake, ON
Contact: The College of Family Physicians of Canada, 2630 Skymark Avenue, Mississauga, Ontario, L4W 5A4 / Mary Steel
Phone: 905-629-0900 / 1-800-387-6197 / 604-682-6042
Fax: 905-629-0893 / 604-662-7627
E-Mail: info@psychupdate

****

Title: 2005 Annual Meeting of the Royal College of Psychiatrists
Date: June 20, 2005 - June 23, 2005
Country: United Kingdom - *City:* Edinburgh, Scotland
Contact: College Conference Office
Phone: 44-0-2-072-352-351 ext 145 - *Fax:* 2-072-596-507
E-Mail: conference@rcpsych.ac.uk

****

Title: Principles and Practice of Pain Medicine
Date: June 22, 2005 - June 26, 2005
Country: United States - *City:* Boston, MA
Contact: Office of Continuing Education
Phone: 617-384-8600 - *Fax:* 617-384-8686
E-Mail: hms-cme@hms.harvard.edu

****

Title: 1st Latin American Congress in Aging Male
Date: June 23, 2005 - June 25, 2005
Country: Mexico - *City:* Cancun
Contact: Grupo Destinos
Phone: 525-519-985-376, 585-968-489 - *Fax:* 555-758-487
E-Mail: lassam2005@grupodestinos.com.mx

Title: 5th Congress on Psychic Trauma and Traumatic Stress
Date: June 23, 2005 - June 25, 2005
Country: Argentina - *City:* Buenos Aires
Contact: Lic. Susana Orlando
Phone: 54-114-903-0493 - *Fax:* 54-114-903-0493
E-Mail: info@psicotrauma.org.ar

****

Title: 28th Annual Scientific Meeting of the Research Society on Alcoholism
Date: June 25, 2005 - June 29, 2005
Country: United States - *City:* Santa Barbara, CA
Contact: Meeting Organiser
Phone: 00-41-613-255-317 - *Fax:* 00-41-613-832-818
E-Mail: debbyrsa@bga.com

Title: International Interdisciplinary Conference on Emergencies - Congrès international interdisciplinaire sur les urgences
Date: June 26, 2005 - June 30, 2005
Country: Canada - *City:* Montréal, QC
Contact: Louise Clément
Phone: 418-658-7679 - *Fax:* 418-658-6545
E-Mail: congres@amuq.qc.ca / info@iice2005montreal.com

****

Title: 8th World Congress of Biological Psychiatry
Date: June 28, 2005 - July 03, 2005
Country: Austria - *City:* Vienna
Contact: Stefan Walter
Phone: 431-588-040 - *Fax:* 43-15-869-185
E-Mail: wfsbp2005@mondial.at

موقـــع البروفسـور يحيـى الرخـاوي

www.rakhawy.com

الجمعيـــة اللبنانيـــة للدراســات النفسيـــة

www.filnafs.com/alep.html

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.	

إصـدارات طبنفسيـة و علمنفسيـة حديثـة

مدخـل إلـى سيبرنطقيـا التفكيـر
الـوسـواس الـقـهـري
مشاهـد من علـى كرسـي الطبيـب النفسـي
Online Psychological Services

د. سليمـان جـار اللـه – علـم النفـس – الجزائـر
د. محمـد شريـف سالـم – الطـب النفسـي – مصـر
د. خليـل محمـد فاضـل خليـل – الطـب النفسـي – مصـر
د. بسـام عـويـل – علـم النفـس – بـولنـدا / سـوريـا

مدخـل إلـى سيبرنطقيـا التفكيـر

د. سليمـان جـار اللـه – علـم النفـس – الجزائـر
s_djarallah@yahoo.fr

فهـرست الكتـاب

مقدمة الكتـاب : البحـث فـي كيفية عمل الجهاز العصبي عموما والمـخ خصوصا في كثير من أنشطته كالتفكير والإدراك والدوافع، تعتبر من أساسيات توافق الإنسان مع البيئة. كانت وما زالت محل اهتمام العديد مـن العلماء ومن تخصصات متعددة، محاولين فك الألغاز التي تحيط مثل هـذه الأنشـطة المميزة للإنسان. مع تقدم العلوم، بدأت مفاهيمها وحقائقها تـتجلى أكـثر. فلقـد أماط علم النفس اللثام عن سلوك الإنسان ودوافعه، واسـتطاع علماء البيولوجيا أن يتعمقوا في معرفة مكونات خلايا الأنسجة المخـتلفة وعلاقتها ببعضها البعض، ومحاولاتهم لوضع خريطة الجينات، وهم على وشك الإنتهاء من رسمها.

علمـاء علم النفس الفسيولوجي قاموا بالتعرّف على الأسس العضوية للسلوك والدوافع وكيفية عمل المخ و"الإتزان الحيوي " الذي يحقق الثبات وبقـاء الكائـن الحي. هذا المفهوم الأخير الذي يمثل التحكم الذاتي وينظم وظـائف الأعضاء بفضل مراقبة ذاتية تتم بآلية تسمى (التغذية المرتجعة) والتي سميناها في بحثنا هذا بـ (الترجيح) ويعتبر المبدأ الرئيسي في السيبرنطيقا.

ما يتميز وينفرد به الفكر السيبرنطيقي هو معالجة المواضيع من زاوية جديدة وغير معتادة، فهو لا يطرح السؤال (ما هو، أو ما هي الوظيفة؟) بـل (مـا هي الآلية التي تسير وظيفة ما، في حلقة وظيفية..؟) وقد أدخـل فـي جمـيع الميادين العلمية. منها العلوم الدقيقة، الإلكترونيك، الميكانـيكا، علـوم الإقتصاد، علم الاجتماع، علم النفس، علوم الأحياء، وغيرها من العلوم...

وقـد حاولت إعداد هذا الكتاب كمحاولة لتقريب فهم كيفية التفكير لدى الإنسـان، علـى أسـاس الفكر السيبرنطيقي الذي عـولج به الموضوع، وتعمـيم المعـرفة وتوضـيح أهميته. وتم إدراج نصوص محتوى الكتاب بتسلسل يستطيع القارئ استيعابها وإدراك الهدف المرجو.

لـم نسرد التفاصيل الفسيولوجية العصبية، وكل التحاليل الرياضية التي تـترجم تلـك الوظـائف إلى نماذج رياضية، واقتصرنا على بناء نماذج أساسـية لكـل وظيفة عصبية لها دور في عملية التفكير ثم وضع نموذج عام.

واعـتمدت في البناء التدريجي للنموذج السيبرنطيقي لآلية التفكير على مـا قام به "برنار جران" في كتابه (سيبر نطيقا التفكير) ونماذج من مواقع الإنترنت المختلفة. وقمت بوضع مصطلحات خاصة باللغة العربية لمختلف الدارات والمسالك في النموذج العام.

سيوضـح ما ورد في الكتاب مفاهيم عديدة، خاصة منها عملية التذكر ومفهوم السلوك الموروث والمكتسب، والشعور، والإرادة.

1- أهمية و أسس النظرة السيبرنطيقية للتفكير

1.1 - مدخل وعموميات

السـيبرنطيقا (Kubernesis) كلمة يونانية قديمة معناها (قيادة، تحكم)، وهـي تعبر عن مجموعة المفاهيم التي تحكم عمل أي منظومة تتكون من أجـزاء عديدة، بحيث تتحكم في ذاتها معتمدة على ما تتبادله أجزاؤها من معلومـات فيما بينها أثناء عمل المنظومة، وذلك بغرض تحقيق وظيفة ما. ونضـرب مـثالا عـن ذلك: الثلاجة المنزلية وطريقة عملها. في حجرة التـبريد يـراد تثبيت درجة حرارة الثلاجة في حدود معينة، هناك جهاز مثبـت لدرجـة الحرارة يعدّل حسب اختيارنا، ويقوم أيضا بقياس الحرارة الفعلـية في هذه الحجرة ويقارنها بدرجة الحرارة المطلوبة المحددة سابقا على جهاز مثبت درجة الحرارة. محرك يقوم بتشغيل الثلاجة يتلقى أوامر بـالعمل أو التوقف من الجهاز المثبت لدرجة الحرارة، فكيف تعمل أجزاء هذه المنظومة؟

فـي بدايـة التشغيل تكون درجة الحرارة داخل الحجرة مرتفعة، ويـبقى المحرك يشتغل إلى أن تصل درجة الحرارة داخل الحجرة مساوية لدرجـة الحرارة المطلوبة، فيستشعرها جهاز مثبت درجة الحرارة، وهنا يرسـل أوامـره إلى المحرك ليتوقف (إرسال الأمر هنا هو نظام وظيفي كهربائـي). بعـد ذلـك تبدأ درجة الحرارة داخل الحجرة بالإرتفاع مرة أخـرى، فيرسل مثبت الحرارة الأمر للمحرك ليشتغل، وهكذا تستمر هذه الأجزاء في العمل معتمدة على ما تتبادله أجزاءها من معلومات فيما بينها، أي على الترجيع القائم بين المحرك ومثبت الحرارة.

" **فينر نوربرت** " عـرف السيبرنطيقا بأنها < الميدان الشامل لنظرية الـتحكم والمعرفة، في الأجهزة الآلية كما في الكائن الحي "، أما **كوفينيال** فيعتبرها <فن جعل الفعل مجديا > وبالنسبة لـ هونري لابوريت < دراسة حركية الأنظمة>.

يعتـبر **فينر نوربرت** (1894-1964م) أب السـيبرنطيقا وهـو عالم رياضـيات أمريكـي، أدخـل مفهوم الترجيع في معالجة المعلومات في العمليات الآلية المعقدة المختلفة، ولاحظ وجود تشابه كبير بين فيزيولوجيا الجهـاز العصـبي (المخ خصوصا)، وآلية عمل الأجهزة الإلكترونية التي درسـها. وفي عام 1948م نشر كتاب (السيبرنطيقا. Cybernetics) بعد أبحـاث قام بها رفقة علماء في اختصاصات مختلفة "البيولوجيا، الفيزياء، الرياضـيات ". وبذلـك أحدث نوع جديد في طريقة التفكير العلمية، فتولد عنه ما لا يعد من الأبحاث، ونذكر على سبيل المثال:

- التفكـير العمـيق بالمحاكاة أدى خصوصا إلى استنتاج نظريات و تحويلها إلى نماذج رياضية.
- نظـرية فـي المعلوماتـية الخاصة بالعالم الأمريكي "شانون" الذي يبحث عن أفضل تحسين لعاملي الدقة والسرعة، لإرسال الإشارة.
- نظـرية فـي القيادة الآلية ومن أمثلة تطبيقات ذلك: القيادة الآلية للطائرات، والعقول الالكترونية الموجهة للصواريخ، وهذه الأجهزة تسـتعمل بالأخص المفهوم الأساسي في السيبرنطيقا المعروف وهو الترجيع (ويسمى أيضا التغذية المرتجعة أو التغذية المرتدة).
- نظـرية حول الذاكرة وفي البرامج المطبقة في صناعة الحاسوب، والأجهـزة ذات التفكير، لتقوم بأشغال محددة : كومبيوتر للتسيير، والبحث، الترجمة، وغير ذلك من أجهزة الكومبيوتر المتطورة جدا الآن...
- نظـرية في التعلّم : صناعة أجهزة لها القدرة على لعب الشطرنج مـثلا وأجهـزة آلـية العمل. تغيير عميق في طرق التعليم الحالية بإدخال "التعليم السيبرنطيقي" أو "المبرمج".

هناك العديد من الفروع في علم النفس؛ كدراسة السلوك، التعلم، الدارات العصبية الناقلة للمعلومات، تركيب الذاكرة.. وغير ذلك، يعنيهم مباشرة التوجه الجديد في التفكير السيبرنطيقي. وتشمل أيضا علم البيولوجيا، والكيمياء، والفيزياء، وعلم الاجتماع.

حسب تعريف مولس: (السيبرنطيقا هي قبل كل شيء علم يبحث في الأحياء وردود فعل هذه الأخيرة إزاء الوسط الخارجي).

- فـي علـم الـنفس. نستطيع أن نقول حسب تعريف فينر نوربرت للمفهـوم، التحكم المعرفي في علم النفس لا يعزل أو يفصل الفرد عـن وسـطه الذي نمى فيه، لكن بالعكس يجمعهما و يؤدي إلى ما يعـرف بـ ـ "العلاج المعرفي السلوكي" و " العلاج الجشطالتي "، الـذي هدفـه هـو ربط الشكل- الشخصية – مع العمق النفسي – الوسط. أي نجعل كل ما في محيطنا الخارجي كما وأنه جزء حي مركـب فـي الصورة المعبرة عن ذاتنا، حتى يكون هناك توافق وانسـجام تام بين عمقنا النفسي وما نلتقطه من محيطنا الخارجي، الذي يعني حالة جديدة.
- الصورة عن الذات لا تتغير بواسطة إمتثال حالة ذهنية وفقط، لكن بفضل التفكير الفعال ممزوجا بإنفعال، لتحقيق ذلك لابد من تحرير الذهـن والإعتماد على المنطق والسعي لتثبيت الفكرة، إلى غاية تشـبع الصـورة الذهنـية المنشـطة المعـبرة عنها. هذه الحالة الإسـتثنائية، يمكن قياسها بواسطة رسام المخ الكهربي، ويدل عليها ظهـور أمواج ألفا وتيتا [بينما الوظيفة الذهنية العادية تتميز بتوالد أمواج غالبتها من نوع بيتا].
- فعالـية سـيبرنطيقا علم النفس لا تقتصر على تطوير الصورة عن ذاتنا ؛ بل يجب أن تكون مكملة لها مع إثبات ملموس لما نبحث عنه.

في علم النفس الضبطي تتقارب الثقافات المختلفة ؛ وتقوم الروح بجمع الـنفس بالمـادة، تلـك الطاقة المتولدة من المادة، التي تتم بفضل المحيط الخارجي، فتكون النفس لها بمثابة العمود الفقري التي تتمفصل مع الوعي. فعلم النفس الضبطي <السيبرنطيقي> يعلمنا كيف نبني "التنظيم – الذاتي " بين المسلكين اللذين يبدوا أنهما متعاكسين في الإتجاه.

الشـيء الفـريد مـن نوعه كون هذا العلم هو من أعمال الفيزيائيين وعلمـاء الرياضيات أكثر مما هو عند علماء علم النفس،علم الضبط يهتم بـالغائـية : تحديـد الهـدف، سلوك موجه نحو نهايته كما هو الحال في الأجهـزة الميكانيكـية . علـم الضبط يفسر< مالذي يحدث > و < ماذا تستلزم > العملية ذات النتيجة الحتمية في الآلة.

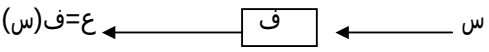
1.2 - أسس النمـذجة الرياضيـة

الصياغة الرياضية تتطلب دقة الفهم والتحليل المنطقي للموضوع المراد صياغته على شكل حسابي. النظريات الرياضية تتكون من متتالية من الإفتراضات، تنتج الحالية عن سابقتها إنطلاقا من مسلمات أولية.

استعمال الرياضيات في الفكر السيبرنطيقي، يتمثل في إستقراء ظواهر طبيعية وتفسيرها باللغة الحسابية. كل شيء خلقه الله وقدره في هذا الكون مـن حولـنا، ومـا علينا إلا الملاحظة والإستنتاج ومحاولة التقدير الكمي والكيفي لوظيفة ما.

بالنسبة للسيبرنطيقا فهم عملية أو وظيفة لدى الكائن الحي، معناه القدرة علـى تصـنيع نمـوذج لها إذا كان ممكنا، وليس فقط على الورق وإنما فيزيائيا وهو ما نلاحظه في المحاولات المتكررة لصناعة و تطوير نموذج آلـي ممـاثل للمـخ، عندما بدأ في الظهور علم الإلكترونيك والذي أدخل كوسيلة قوية في التقنية الصناعية. المبدأ المهم جدا في السيبرنطيقا هو مبدأ "الترجيع" أي إعادة الفعل أو "الإحاطة بالمدخل من المخرج".

التعريف العام هو بالمثال التالي:



شكل رقم : 03

المتغـير "س" الداخـل، بمروره في الجهاز يتحول إلى متغير خارج "ع" يسـاوي "ف (س)" وعلـيه نقول: إن الدارة (مفتوحة) لكون الناتج "ع" لا يستطيع أن يؤثر على السبب س.

لنضيف إلى "ف" مأخذ على شكل جهاز يقوم بوظيفة "فَ" انطلاقا من الـناتج "ع" بحيث يحقن المخرج عند المدخل للجهاز الرئيسي "ف". حسب المخطط الموالي:

شكل رقم: 04

المتغير الناتج من التركيب الجديد يمكن كتابته على الشكل الرمزي:

ع = ف (س، فَ(ع))

نقـول إذن: إن الـدارة تمـثل حلقة ترجيعية وذلك لربط المخرج مع المدخل بواسطة الجهاز "فَ".

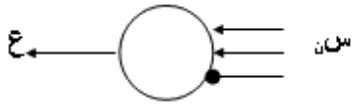
الجهـد الـناتج "ع" يؤثر على سببه الخاص "س"، بخلاف الجهاز ذو الـدارة المفـتوحة. ومن الجانب الطاقوي عمل الدارة ذات جهد قوي "ف" يوجد تحت تأثير دارة ذات جهد ضعيف "فَ".

بالتعمق أكثر في مفهوم الترجيع نميز بين نوعين، إذا كانت تغيّرات المتغير فَ (ع) الخارجة من الجهاز "فَ" تضاف إلى المتغير الأول "س" فتأثيرهما متكامل، فالوظيفة "ع" تتقوّى والترجيع نقول عنه:< موجب >. و إذا كانت فَ (ع) تنقص جهد "س" فالوظيفة "ع" تضعف، والترجيع نقول عنه: <سالب>.

في كلتا الحالتين العملية الوظيفية تأخذ شكلا لولبيا: دخول "س" يعطي بواسـطة "ف" خـروج "ع" والتي تعطي بدورها وبفضل "فَ" دخولا من جديـد هـ ـو"س1" والذي يعطي بدوره بواسطة "ف" خروج "ع1" ثم "س2" وهكذا...

لنعتـبر الدائـرة عصـبون له عدة روابط استقبالية (سيالة واردة) هي اسـتطالات، وروابـط خارجة وهي المحور العصبي، السيالة الواردة أي الداخلة على نوعين:

- تنبيهية ونرمز لها في الشكل بـ (سهم).
- مثبطة ونرمز لها بـ (دائرة صغيرة)



(شكل رقم: 05)

العصبون يحقق الجمع الجبري التـوازني للمتغيرات "سن".

ع = أن سن

حيث < أن > هي معاملات التوازنات بالنسبة لكل متغير مورد < سن >. الموردات المنبهة لها معاملات < أن > موجبة، الموردات المثبطة لها معاملات < أن > سالبة.

معـاملات الـتوازن < أن >، تمثل التوازنات في المشابك، ويمكن أن تـأخذ أي قيمة حقيقية، بينما المتغيرات <س> و <ع> معرفة في المجال المغلـق [0، +1]، في منطق النظام الثنائي، القيم الممكنة لهما هي (0 أو 1). وفي منطق النظام المستمر، كل القيم الوسطية بين [0، +1] ممكنة :

(0 < س ≤ 10) و (0 < ع ≤ 1)

2- نواقل المعلومات الموردة

الوسـط الخارجـي والمراكز العصبية بينهما رابطة تكاملية وتتم عبر أعضـاء الحـس التي تبعث الإشارات الحسية الموافقة للمنبهات الخارجية التـي أحدثـتها، انطلاقـا من جهاز الرؤية أو السمع أو الشم أو الذوق أو اللمـس، وهـذا الأخير نعطي له مفهوم جديد حسب علم تشريح الأجهزة العصـبية وهـو حس بدني أو حس جسدي (مجموعة احساسات بدنية من لمـس وحرارة واحساسات عميقة الخاصة بالعضلات والأوتار والمفاصل والحـركة ونقـل حالـة الضغط والاهتزاز والتوازن أثناء أداء وظائفها، وكذلـك لتجـاه الحـركات). الإحساسـات الحشوية الخاصة بالأحشاء أو الحاجـات العضـوية الداخلية (جوع، عطش، شهوة...) ويختص في ذلك الجهاز العصبي الذاتي.

2.1- الإحساس والتشـفير.

في كل من الحواس ؛ بصر، سمع، شم، وذوق، المنبه بعد معالجته في المشـفر "ش" يصـبح من مجموعة المتغيرات الموردة "سن" عند مدخلها إلى مركز المعالجة وبنفس الطريقة التشفيرية يقوم المشفر بتعيين مجموعة المتغـيرات المـوردة الحسـية الجسـدية، "سن" حس_جسدي القادمة من الأعضاء البدنية، وذلك من أجل التبسيط للمتغيرات "سن". لأنه في الحقيقة يخفـي وراءه تعقيدات فيزيائية وفيزيولوجية وحسابية، فمثلا صورة مرئية ثابتة واحدة تحدث عددا هائلا من معلومات فما عسانا أن نقول عن صورة وهي في حالة حركة.

المسـتقبلات الحسـية تستجيب للمنبهات المميزة وذلك حسب طبيعتها والكـل يولد سيالة باهتزازات منتظمة أثناء الفترة التنبيهية المنشطة، سواء كانـت المستقبلات للحس تستجيب في حالة وجود منبه أو يغيب الإحساس بغـياب المنـبه، أو فـي حالة تنبيه نسبي بالنسبة للمنبه أي أن مستقبلات الحس تتأثر بتغيرات شدة التنبيه في الحالة الأخيرة.

أجهزة التشفير للإشارات الحسية، وظيفتها الأساسية هي استخراج المعلومـات المهمـة والمسـيطرة من العدد الكبير المكون للسيالة المنبهة الموردة وخاصة استخراج (الثوابت) من العالم الخارجي (الشكل، الحجم، اللون وهذا في حالة الرؤية).

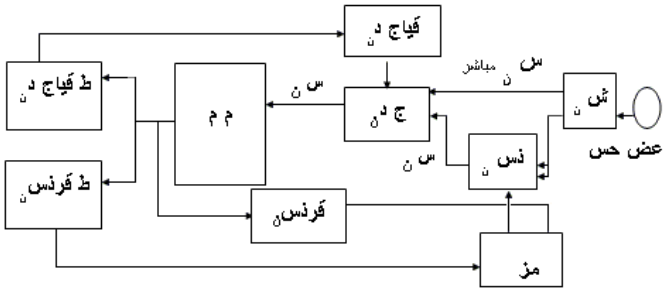
2.2- موجـه المـوردات.

موجـه المدخـلات "جر" الملتقطة من الحواس الخمسة لإيصالها إلى مركـز المعالجـة "م م"، فهو يستقبل من جهة الإشارات المباشرة "سن م" القادمة من المشفر، ومن جهة أخرى المتغيرات المخزنة في الذاكرة "سن ذ" التـي اسـتخرجت بطلـب مـن "قرذسن" ومصدرها من "ذسن" وهذه الموجهـات للمـوردات تعمـل بكل وضوح تحت أوامر وطلبات إرادية مركزية كما يعبر عنها المخطط الموالي :

3- المخ و مركز المعالجة

مركز المعالجة ⟵ طلب قيادة موجهات الموردات "ط قاج دن" ⟵ قيادة موجهات الموردات

"قيا ج دن" ⟵ الموجهات "ج دن".



شكل رقم 17

المقـياس "ط قـيا ج دن" من النوع المنفذ يحول الوظيفة "ع" التي هي طلب، إلى برنامج يحدد وضعية الموجهات للموردات "ج د" ونحصل على المخطط. (شكل 17)

فـي كـل لحظـة يمكننا أن نستقبل الإحساسات المباشرة أو الذكريات الموجـودة فـي الذاكرة وهو ما يترجم الطلبات الإرادية التي تصدر من مركـز المعالجة. و في حالة غياب الأمر بقيادة موجهات الموردات، فإن هذه الأخيرة تبقى متذبذبة الإتجاه كما هو الحال بالنسبة للحظ لكنها تتدخل وتوجـه عشوائيا المتغيرات "سن " المباشرة " أو "سن ذ" وهو ما يحدث في حالة الاسترخاء عندما لا نركز وندع شعورنا يتجول كيفما شاء.

ولإنهاء هذه الفقرة المخصصة للنواقل الموردة فإننا نركز على وجود عملية (الترجيع) في السلاسل الأربعة التالية:

1) ش ⟵ عض حس
2) ط قرذسن ⟵ قرذسن ⟵ ذسن
3) ط قيا ج دن ⟵ قيا ج دن ⟵ جدن
4) مز ⟵ ذسن

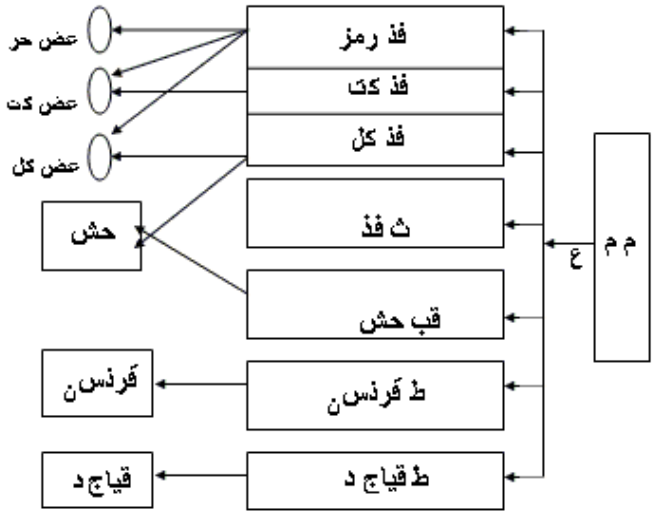
4- النواقل المصدرة

4.1- نواقل المخرجات

تقسـم نواقـل المخرجات إلى ثلاثة أنواع وذلك حسب الأعضاء التي تـنقل إلـيها الأوامـر. التركيبات العضلية الخارجية، الأعضاء الباطنية (العضـلات الحشـوية وبعـض الغدد) وأخيرا نوع خاص من الأعضاء يتموقع في باطن المخ نفسه (الدارات : قرذسن، قياج د، ث حر).

المجموعة الأولى للنواقل المصدرة تنقسم إلى مصدرات الكلام اللفظي ويحـوي كـل العضلات الضرورية لهذا النشاط، الباطنية منها (عضلات الرئتيـن...) والخارجـية (الشفتين، اللسان، الفكين) ؛ ومصدرات الكلام المكـتوب يتركـب من (عضلات الطرف العلوي) ومصدرات الحركات الأخـرى. الكلام والكتابة مجموعتين جزئيتين متخصصتين تشملهما نفس المجموعة أيضا. لكن نستثني الكلام لكونه عملية معقدة (مجردة) رغم أنه مـن نفـس طبـيعة الأفعـال الحركـية. إن تأثير الأوامر المصدرة لها مظهرين. إما أن السيالة تترجم إلى تقلصات عضلية كما هو الحال بالنسبة للعضـلات عموما ؛ أو إنها تغير وظيفة حركة دائمة مثل حركة القلب، وكـل مجموعة أعضاء مركبة نضيف أمامها متعدد أقطاب خاص نسميه (منفّذ).

بعـد القـرار(البرنامج) الذي لتخذه مركز المعالجة يرسل إلى أعضاء التنفـيذ. يقـوم بهـذه المهمة كما قلنا المنفذ "فـذ ". يجمع عدد هائل من المعلومـات الأولـية (الوظـيفة "ع") القادمـة من الادارات المركزية بعد برمجـتها، وكذلـك الإشارات التي توظف مجموعات معينة من الأعضاء ذات وظـائف روتينية دائمة. والمخطط النظري للنموذج (شكل24)، يبين المنفذين والأعضاء المنفذة



شكل رقم 24

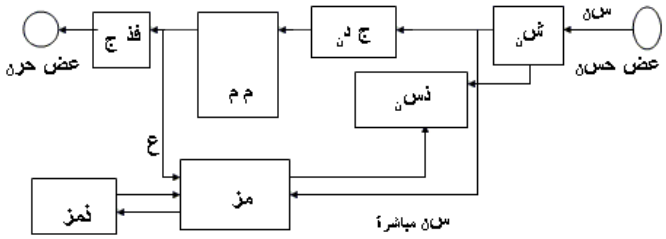
فـذ رمـز: مـنفذ حـركات رمـزية / عض: عضلات / فذ كت: منفذ للكتابة / عض كـت: عضـلات الكتابة / فـذ كـل: منفذ للكلام / عض كل: عضلات الكلام / ث فـذ: مثبط للمـنفذ / حـش: أحشـاء / قـب حش : مراقب الأحشاء / قرذس ن: قـراءة ذاكـرة المـوردات / ط قـرذ س ن: طلـب قراءة ذاكرة الموردات / قيا ج دن: قيادة موجهات الموردات / ط قيا ج دن: طلب قيادة موجهات الموردات.

5- التفكـير اللولـبي

هـذه الفقـرة تخص مجموعة التكوينات من متعددات الأقطاب التي لها أهمـية بالغة وكبرى في تفسير العمليات، مثل الإدراك والأفعال المنعكسة والدوافع. وأول هذه التركيبات الإضافيـة؛ متعدد أقطاب " الموزع " نرمـز له بـ "مـز". وهو موضوع هذه الفقرة، يجسد إتمـام حلقة إيصال مخارج مركز المعالجة بمداخله.

5.1- عمليـة التـوزيـع.

بالتحديد هي إعادة حقن الإشارة عند نقطة معينـة في مدخل الذاكرة " ذسن ".كـل وظـيفة " ع "، أنـتجها مركز المعالجة، إضافة إلى أوامره المؤثـرة في المنفذين، تتعرض لعملية نسميها " توزيع ".وهي عبارة عن إعادة استعمالها كمتغيرات موردة ذاكرية " سن ذ ". بصورة أخرى هي ترجمة وظائف مصدرة " ع " إلى متغـيرات " سن " موردة. تحقيق هذه العملية يتطلب أن يكون الموزع يستقبل كمعلومات، الوظيفة " ع "، ومن جهة أخرى المتغيرات الموردة المباشرة " سن م ". هاتين المجموعتين يجمعهما معا الموزع ومتعدد أقطاب آخر غير الموزع، يقوم بوظيفة تخزين، أي ذاكرة لكل عملية يقوم بها المـوزع . نسميه متعدد الأقطـاب " ذاكرة التوزيع "، نرمز له بالرمز " ذ مز " (شكل 28)



شكل رقم 28

6- الخلاصـــة

لقـد حاولـنا إعطـاء نظرة بنائية لمجموع العمليات الذهنية الملموسة والمجردة، آخذين بعين الإعتبار ما نعرفه عن الوظيفة العصبية، الدراسات البيوعصـبية واسـتخرجنا مـا أمكن إستنتاجه دون أن ننسى أن < الكل يتعامل مع الكل >، وهو ما جعل الأمر صعب، مع وجود نوع من اليأس. رغـم تعقـد المخطـط العصبي فهو يسمح لنا بتحليله إلى أجزاء وهو ما نسـميه نحـن بالطرق الكبيرة للسيالة المعلوماتية، دون أن نكترث للطرق والقـنوات الصغيرة والضيقة، وقمنا بتخطيط نموذج لها. فيما يخص معنى قنوات المعلومات، حسب رأي العالم الرياضي الأمريكي شانون، فلا توجد إلاّ لربط < متعدد ومعقد > بين أجهزة بث واستقبال. الممثلة في نموذجنا بمتعددات الأقطاب التي تقوم بوظائف محددة نسبيا، دون حكم مسبق على مـا يقابلها من الناحية التشريحية. وعند اللزوم، فإن ما يقابل < الصناديق السـوداء > مـن الأجهزة العصبية وضع لها مخططا دون أن نعتبر ذلك دليل على صحة النموذج. بالتوازي نورد بعض المعلومات عن الوظائف الفيزيولوجية العصبية، نريدها مكملة ومفيدة لبنائنا.

لعـل الخطـوات العلمية اللاحقة ستكون مراحل تساعد على صناعة جهاز حقيقي وبكل المقاييس الإلكترونية، بحيث يستطيع القيام بوظيفة كل من متعددات الأقطاب الواردة في النموذج النظري.

بعض النماذج مطبقة الآن،مثل تحليل الصور والصوت والبعض يبدوا أنه بعيد المنال مثل التوزيع. ونرجو أن نكون قد قاسمنا القارئ وجهة نظر حـول كيفية التفكير لدى الإنسان، أداته الوحيدة التي فرض بها نفسه على باقي الكائنات الحية.

الوســـــواس القهـــــري

(دليـل عملـي للمريـض والأســـرة و الأصدقـاء)

د. محمـد شريـف سالـم – الطـب النفسـي – مصـــر
مكتبـة دار العقيدة القاهـرة – الأزهـر، مصـــر

alsharif3257@yahoo.com

فهـرسـت الكتـــاب

مقدمة أ. د. هدى سلامة ـ كلية الطب- جامعة الإسكندرية

كثيرة هي أمراضنا، ومتنوعة هي آلامنا الجسدية والنفسية، وقليلة هي أبحاثنا الصادقة في قلب ونفس وجسد الإنسان العربي.

إن ممارسة الطب النفسي تنبع من حب الطبيب لمهنته، وموهبته تؤدي إلى نتائج طيبه وحقيقية إذا ما حالفها الجد والتوفيق.

ولابـد لـنا من إدراك حقيقة هامة وهي أن الطبيب النفسي عليه أن يـتعامل مـع المرضى بكل حواسه ومشاعره وفكره لكي يخفف المعاناة، ويسـاعد علـى فهم الناس للمرض النفسي وحقيقته حتى يقبل الناس فكرة الذهاب إلى الطبيب النفسي، وتناول العلاج الدوائي والنفسي بدلا من طرق باب الدجالين والمشعوذين.

إن المـرض النفسي مرض مثل كل الأمراض العضوية قد يصيب أي أحد منا، وهو ليس وصمة عار أو سبة أو خطأ أو عقاب إلهي، ولكنه داء يحتاج إلى دواء عن طريق المختصين بالطب النفسي.

وبناءا على ذلك تم تقديـم هذا الكتاب إلى مريض الوسواس القهري وأسـرته وأصدقائه ليساعد الجميع على فهم المرض وتخفيف أعراضه، ومحاولة علاجه في كتاب بسيط اللغة، دقيق المعاني، نفسي الصبغة، طبي الهدف، وذلك لتصل المعلومة الهامة لكل من يحتاجها.

لقـد سـعدت بمطالعـة الكـتاب وأفكاره وأبوابه كلها على المستوى الشخصـي والمجتمعي والمهني، فهو مجهود طيب ورائع يستحق كاتبه أن يهنّأ عليه.

فقـد أقلع بسفينته، وتزود بالمعرفة العلمية والطبية والمهنية والدينية في آن واحد.

ثم رسا على شاطئ الآلام النفسية والأوجاع الفكرية، وقدم أطواق نجاة لمن حاصرهم المرض في جزيرة الوسواس القهري. ولا يقدّر قيمة معاناة المريض والمصاب إلا من ذاق هذا الألم وتجرع شرابه المر. ولا يشارك المريض المحتاج في أحاسيسه سوى طبيبه وأسرته وأصدقائه الذين يحبون له الخير ويتمنون له الصحة والعافية.

إن دهالـيز الـنفس الإنسانية في حاجة إلى اكتشاف وإنارة واستنارة بجهد كل الباحثين الجادين. ولعل هذا الكتاب بلغته الصادقة وبأمانة البحث والـتجربة فـيه علـى عشـرات بل مئات المرضى هو اكتشاف لحقيقة أمراضنا وأسباب عللنا.

وختاما آمل أن تصلنا جميعا- مرضى وأطباء- رسالة الدكتور محمد شـريف فنحسن القراءة والتفاعل معها، ولا نخجل من أنفسنا وعللنا كثيرا كما تعودنا.

فالكتاب ملئ بالأمثلة والنماذج المرضية التي يكتوي بنارها أصحابها وقـد يـتهمهم مـن يجهل حقيقة الإنسان وأفكاره بشكل عام، والوسواس القهري بشكل خاص.

تهانينا القلبية للقارئ والكاتب والطبيب والمريض هذا الكتاب الشيق والمثـير و العلمي... ولعلها تكون بداية ومثل لمزيد من الجهد والبحث له ولغيره من الباحثين. والله أسأل للجميع التوفيق والسعادة.

مقدمة الكتاب : إذا كنت إنسانا سويا ولا تعاني من الوساوس القهرية فسـيبدو هذا الكتاب قليل الفائدة بالنسبة لك، ولكنك ستدرك أن هناك آلاف المرضى الذين يعانون من أفكار وأفعال غريبة. وإن كنت مريضا وتعاني من فكرة وسواسية معينة أو فعل قهري فلا تستغرب باقي الأفكار والأفعال فهي لا تعنيك بل تعني غيرك.

إن هـذا الكـتاب كتب للجميع حتى يستفيد منه كل من له علاقة بهذا الموضوع، ولعل من نافلة القول أن نقول :

أولا: إذا كنـت تعـالج فهـذا الكتاب سيساعدك على سرعة العلاج والشفاء، إن شاء الله.

ثانيا: إن كنـت من أولئك الذي ينفرون من العلاج النفسي والطب النفسـي لأي سـبب كان وتريد معرفة الكثير عن الوساوس القهرية وكيفية التحكم فيها والخلاص منها أو حتى تخفيفها أو مساعدة إنسان آخر يهمك أمره فهذا الكتاب سيفيدك كثيرا.

ثالثا: الأسرة التي تريد فهم الوساوس القهرية التي يعاني منها أحد

أفـرادها ومسـاعدته من خلال هذه الدراسة ستعرف دورها وكيفية عونها.

إن معانـاة ملايين الناس في هذا العالم من الوساوس القهرية وعدم معـرفة هؤلاء الناس بأنهم مرضى وأنهم من الممكن أن تحسنوا، كان هو الدافـع الأساسي لوضع هذا الكتاب. فما هو الحجم الحقيقي لمشكلة مرض الوسواس القهري في العالم؟

لقـد وجـد الباحـثون أن (25) فـردا من بين (1000) فرد يعانون الوسـواس القهـري، ولا تعجـب من هذه النسبة فإنها كبيرة، لأن معظم المرضـى الذين يعانون من هذا الاضطراب يعانونه في السر ولا يبوحون به إلا بعد طول معاناة، بل وربما لا يبوحون به أبدا.

وهؤلاء يكافحون ويكابدون من اضطراب عضوي بالمخ يملأ عقولهم بأفكـار غـير مـرغوبة وتهديدات بالضياع والمرض لو لم يقوموا بعمل طقوس متكررة وغير منطقية، ولا معنى لها، بل وأحيانا حمقاء.

والآن نلاحظ ارتفاع نسبة الشفاء والتحسن بصورة كبيرة مما دحض الأوهـام السـابقة عـن مرض الوسواس القهري من أنه مرض يصعب علاجـه، أو أنـه لا يشـفى منه أبدا، وذلك بفضل الله وحده، فقد توصل العلمـاء إلـى أدوية حديثة تعطى بجرعات محددة، وعلى فترات محسوبة بدقة، وتكون جنبا إلى جنب مع العلاج المعرفي السلوكي، الذي وجدناه في غاية الأهمية.

وعلـى المـريض الاشتراك الفعال في طرق العلاج النفسي بغرض تبديل السلوك المرضى، وعليه تحمل بعض المسئولية في العلاج.

ولا ينبغي الاعتماد على الطبيب وحده أثناء العلاج فما هو إلا موجه وداعـم لكـي ينمى قدرات مريضه لتأكيد ذاته واعتماده على نفسه وفهم معـنى أعراضه وكيفية السيطرة عليها. وبقدر توقعات المريض ودوافعه للعـلاج وقبولـه لمتطلـباته وطريقة الطيب في العلاج وموهبته وخبرته العملية وخلفيته العلمية تسير الخطة العلاجية نحو التحسن والشفاء بإذن الله تعالى. وأسأل الله الصحة والعافية للجميع.

والله من وراء القصد وهو يهدى السبيل.

مدخل الكتاب : قـبل الدخول إلى أبواب الكتاب وموضوعاته المختلفة أود الإشارة إلى :

أولا: هـذا الكتاب أطروحة نفسية مختصرة ومفيدة تساعد على فهم هذا المرض وتعطى الأمل في الشفاء، وتبين طريقة العلاج.

ثانيا: الكـتاب عـبارة عق دراسة طبية نفسية علمية شرعية انبثق مـنها دلـيل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء لعلاج الوسواس القهري.

ثالثا : الموضوعات التي سوف نتداولها بين دفتي هذا الكتاب :

معـنى الوسواس القهري / أسباب الوسواس القهري / الفارق بين وسـواس الشيطان والوسواس القهري / قصص وحكايات ومآسي وحماقات الوسواس القهري

رابعا: من المسائل المهمة التي ناقشها الكتاب :

عـلاج الوسـواس القهـري / علاج وسواس الشيطان / الوسـواس القهري الديني وعلاجه / هل التدين الصحيح يسبب الإصابة بالوسواس القهري؟

خامسا : هناك بعض المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري ويخافون على أنفسهم من تناول الدواء الطبي الموصوف لهم وذلك خوفـا من إدمان تعاطى الدواء أو أنهم سيضطرون إلى الاستمرار في تعاطي الدواء مدى الحياة.

هـنا لا بـد أن نؤكد على أن أدوية الوسواس القهري، وكذلك الأدوية النفسية عموما ليست بمخدرات ولا تؤدي إلى الإدمان طالما يتم ذلك تحت إشراف طبي متخصص.

سادسا: المرضى الذين يعانون من أفعال قهرية يمكن علاجهم عن طـريق العـلاج المعرفـي السلوكي فقط. أما مرضى الأفكار الو سواسية، فيجب أن يتضمن العلاج تناول الدواء مع العلاج المعرفي السلوكي.

سابعا: يجـب أن يوضـع فـي الاعتبار أن الأسباب العضوية مثل إضـطراب النواقل العصبية أو زيادة تدفق الدم والتمثيل الغذائي في أجـزاء من المخ أو صغر أجزاء أخرى من المخ أو الوراثة ليست هـي المسـئولة وحدهـا عن حدوث المرض ولكن هناك العوامل السـلوكية والبيئية المؤثرة. لذلك يجب أن ننظر إلى المريض نظرة شمولية كإنسان قبل أن يكون حالة مرضية تعانى من نقص ما.

ولنعلم أن هناك أهمية خاصة لشخصية الطبيب المعالج وموهبته وحبه لمهنـته لتحسين الحالة الفكرية والنفسية للمريض وإعادته إلى السواء في الفكر والإحساس المعاملة مع نفسه والآخرين.

ثامنا: نظرا لكثرة أعراض الوسواس القهري وتنوعها وعدم ثباتها فمن الصعب عمل قائمة لعلاج كل الأعراض. ولذلك سنكتفي بوضع أمثلة لكي يسترشد بها المريض وأهله لعمل قوائم علاجية مماثلة تناسب الأعراض التي يعاني منها المريض. إلى جانب أهمية اتباع القواعد العلاجية المعطاة من الطبيب المعالج.

الباب السادس : دور الأسرة في العلاج

إن مـن يعاني الوساوس القهرية لا يستطيع التحكم في الدوافع القهرية التـي تسوقه إلى تنفيذ طقوسه الو سواسية. فالمشكلة تكمن في و جود عدم توازن كيميائي في المخ مما يؤثر على الأفكار والسلوك.

لذلـك فهؤلاء المرضى لم يختاروا طواعية مرض الوسواس القهري تمامـا كعـدم اختيار المريض لمرض السكر أو ضغط الدم أو روماتيزم المفاصل.

وموقف الأسرة الواعي حيال المريض يجب أن يكون مشجعا ومساعدا للتغلب على استمرار تنفيذ الطقوس والأعراض المرضية.

وهذه بعض الإرشادات الهامة للأسرة لمساعدة المريض على الشفاء :

- الكـف عـن انتقاد المريض أو لومه إذا لم يتحسن التحسن المتوقع من قبل الأسرة.
- لا تحكم على المريض على تقدمه أو عدم تقدمه.
- قرار العلاج يجب أن ينبع من ذات المريض واختياره بدون ضغط
- توقـع الانتكاس رغم حصول التقدم في العلاج وسوف يكون أملنا معقودا على مبدأ : خطوتين للأمام وخطوة للخلف.
- لابد من الثناء على المريض والفرح عند ظهور أي تحسن.
- فالوضـوء خمـس مرات بدلا من عشر مرات يعتبر إنجازا كبـيرا. وفـى خلال الأسبوع القادم سيتناقص العدد إلى ثلاثة ثم اثنيـن ثم واحد ونفس الأمر ينطبق على من يراجع الباب المغلق عدة مرات أو البوتاجاز المشتعل أو غسيل اليدين.
- لا تلـم نفسـك لأن في بيتك مريض بالوسواس ظنا منك أن التربية والعقد القديمة هي السبب في الوساوس القهرية.
- واعلـم أن الأسـباب الحقيقية للمرض، لا ترتبط فقط بالبيئة بقدر ما هي عوامل بيولوجية ووراثية ولذلك فدور الطبيب النفسي هام وحيوي.
- وتأكـيدا لمـا سبق دع مشاعر الذنب تجاه المريض، لأنها تستنزف طاقتك التي أنت في حاجة إليها كي تساعد مريضك.
- توقع أن يفعل مريضك أي شيئ متناقض مع معني الوساوس القهرية التي يعاني منها الآن، فالوساوس القهرية لا معنى لها.

مـثال ذلـك الـرجل الذي يبتعد عن الناس أثناء الكلام حتى عن زوجـته وأولاده خوفا من تطاير رذاذ الفم عليه. ومع ذلك يطعم كلبه بيديه ويسيل لعاب الكلب عل يده أثناء ذلك ولا يخاف من هذا اللعاب.

- ثبت أن أعراض الوساوس القهرية ليس لها معنى رمزي أو دفيـن، لذلك يجب أن لا نفسر الأعراض على هذا الأساس أو أن نرجعها إلى عقد دفينة في نفسية المصاب بها. أو أنها تعتمد على التحليل النفسي في علاجها، فذلك غير مقبول مطلقا.
- محظور على أفراد الأسرة الانسياق وراء رغبات المريض في الحصول على. الطمأنة المستمرة بأن كل شيء على ما يرام،
  وأنه لا أحد لمس القذارة .....
  وأن الأكل نظيف .....
  وأن الباب مغلق .....
  وأنه لم يؤذ أحدا قط.

ولا شـك أن الطمأنـة سوف تقلل من إزعاج المريض لأسرته ولكن مؤقتا.

ولكن الطمأنة سوف تحرم المريض من التعود على القلق وتحمّله. وبالتالـي سـوف تؤخر شفاء المريض أو تحسنه وإذا توقفت الطمأنة سوف يزيد القلق فيتعود عليه المريض ويحتمله، ويتوقف عن طلبها.

ولذلـك فإن تخفيف الأعراض ثم التحكم فيها يحتاج إلى تعاون جميع أفراد الأسرة الذين يعيشون مع المريض ويؤثرون فيه ويؤثر فيهم.

- إن الكثـير من المرضى يضعف صبرهم ويقل احتمالهم مع طـول مدة وشدة الأعراض. لذلك فلابد لأفراد الأسرة أن يتفهموا أعـراض المـرض وأهمـية العـلاج السلوكي المعرفي وطرقه وواجباته.
- أيضـا يجـب وضـع حد لدور الأسرة في زيادة الأعراض واسـتمرار المشـكلة مـن خلال معاونة المريض على استمرار طقوسـه ومسـاعدته علـى ذلك للمحافظة على سلام الأسر؟ مما يضعف مواجهة تلك الوساوس وأمثلة ذلك هي :
  - الأم التـي وقفت في الحمام مع ابنها لتعد له عدد مرات غسـيل يديـه لكي تشعره بالراحة وتزيح عنه القلق وهى لا تدرى أنها تزيد وتعقد من شدة المرض.
  - الـزوجة التي تقوم بغسل ملابس زوجها عدة مرات لكي تزيل قلقه من أنها غير نظيفة أو ملوثة.
  - الوالـد الذي جلس خلف ابنه في الصلاة لكي يعد له عدد الـركعات فـي الصـلاة، ويعطى ولده إشارة عند حدوث أي اضطراب أو مخالفة في قواعد الصلاة.
  - الـزوجة التـي تقـوم بغسل يد الحنفية وقاعدة التواليت والبانـيو ورش الأرض بالمـاء أمام زوجها عدة مرات كلما دخل الحمام.
  - المريضـة التي قررت عدم الاستجابة للوساوس القهرية وطقوسـها، فطلبت من زوجها أن ينوب عنها بأداء الطقوس بدلا منها كي يقل قلقها.
  - الزوج الذي يقوم بإعداد الطعام ورعاية الأولاد والنظافة والغسيل لكي تتفرغ الزوجة لطقوسها.
  - الانصياع لرغبات المريض مثل عدم فتح الباب لأحد من الـزوار خوفـا من اضطراب النظام أو التلوث من قدميه، أو عـدم لمـس يديه بالسلام. أو التنبيه على أفراد الأسرة بخلع الأحذيـة خارج البيت والملابس عند المدخل والاستحمام قبل الدخول.
  - الـزوج الذي يرضى زوجته بالامتناع عند الجماع خوفا من الإفرازات لنجاستها وقذارتها وكذلك طاعتها في غسيل اليدين عدة مرات قبل وبعد الجماع.
  - انصـياع الأولاد لأمهـم بـأن يمسـكوا المقابض والمفاتيح والحنفيات، بالمناديل الورقية.

مشاهـــد مـن علـى كرسـي الطبيـب النفسـي

د. خليـــل محمـد فاضـــل خليـــل – الطـــب النفســـي – مصـــر

مكتبـــة الأســـرة 2003

kmfadel@menanet.net

فهـرسـت الكتـــاب

خطـــة الكتـــاب

يخطـط الكتاب للمعرفة من خلال البوح الإنساني والمعاومة النفسية، فيتنقل بين حالات عادية معروفة تشخيصيا، وبين حالات حدثت، رصدت ونشـرت عالمـيا. ومن ثم قسمها المؤلف إلى خمسة فصول تبعا لتوجهها وليس ليافطتها العلمية من أجل توليد المعرفة بشكل أكبر.

من خلال الرصد الدقيق للتاريخ الحياتي والمرضي، ومن تفسير أخبار الناس بشكل دقيق، ثم يتأمل الحالة الإنسانية العامة من خلال محاور ثلاثة : المحور البيولوجي أو الجسدي أو المخ والجهاز العصبي وكيمياء كل هذا، المحور الاجتماعي بكل ما يكتنفه من صراعات واتجاهات، والمحور النفسي بكل آلياته وتوتراته وتأرجحه بين مساحتي العقل المتوتر والجنون الفعلي : المؤقت والمزمن- المبدع والمرضي. وهكذا تسير خطة الكتاب من أجل هدف واحد هو شرح النفس في حالتها المتحيرة، وفي لوعتها المرتبكة من أجل صحة - وقائية من خلال الفهم العميق والمعرفة الحقة.

الأهـــداف النوعيـــة

يهدف الفصل الأول (حالات أثرت فيها النفس على البدن والجسد على الذهن) إلى شرح فلسفة تأثر العقل بالجسد، والجسد بالذهن، والتأكيد على أنهما بالفعل ليسا شيئين منفصلين، وذلك من خلال حالات (صرع صدغي- صداع- فقدان الشهية العصبي- الاكتئاب المرتبط بآلام الظهر- الشلل الهستيري).

الفصل الثاني (حالات نادرة وغريبة) : يوضح للقارئ آليات الأعراض والاضطرابات المحيرة، مثل نزع شعر الرأس بشكل قهري وسواسي، وحالة عشق الإنسان لأن يكون مريضا عقليا أو بدنيا، الهدف هنا هو تفسير وشرح كل ما يجول في النفس البشرية من خلال ظواهر مثل هوس عشق المشاهير والغيرة القاتلة وكيفية علاج كل ذلك.

الفصل الثالث (النفس والعنف والجريمة): يخوض في ارتباط شهوة القتل، العنف، بالحياة، محللا حالات تناولتها الصحافة المحلية والعالمية مثل جريمة الأولاد الذين قتلوا زملاءهم في "كولارادو" في أمريكا ومذبحة مدرسة "دنبلين " في اسكتلندا. ولأن ظاهرة العنف الذي ينتهي أو لا ينتهي بالقتل، لم تزل محيرة على المستوى الاجتماعي والنفسي والبيولوجي، فإن الهدف النوعي الأساسي لهذا الفصل هو محاولة شرح هذا الأمر ورؤيته بشكل علمي.

الفصل الرابع: (حالات الموت والاقتراب منه) : تتناول الموت اختيارا أو انتحارا بشكل أو بآخر، مفسرين ذلك الشعور الغريب الذي يكتنف الإنسان وهو مقدم عليه، وكأنه يختبر الموت ويختبر الموت في آن واحد. تلك اللحظات التي يقترب منها أناس كثيرون سواء أثناء خضوعهم لعمليات جرحة أو لتعرضهم لحوادث أليمة، لحظات حساسة تعتمل فيها كوامن وآليات عند شرحها يتفهم القارئ أمور شتى تتعلق بحياته وبموته، بهويته وكينونته.

الفصل الخامس والأخير (حالات إنسانية عامة) : نورد فيها أمور تتعلق بالعلاقات الإنسانية بين البنت وأبيها، وبين الزوجة وزوجها، والأم وجنينها، كما نوضح الأمر أكثر بتناول حالة للأميرة ديانا وتعبها النفسي. تلك الحالات عند تفصيلها وتحليلها تمكن القارئ العام والمتخصص من تأمل النفس في حيرتها ولوعتها وهذا يمكنه أن يعي ويستبطن، يتوهج و يستفيد في حياته الخاصة.

المقدمـــة

إن الطب النفسي ما زال بعد صغيرا ففي عام 1971 تقريبا فقط، أنشأت الكلية الملكية البريطانية للطب النفسي وقبل ذلك كان الطب النفسي أحد فروع الطب الباطني وهكذا فإن قاعدته العلمية في توسع واطراد وتطبيقه على أوجه الحياة وفروع الطب الأخرى آخذ في النماء.

في نفس الوقت يحاول أطباء النفس تكوين هوية أساسية وأصيلة لهم محددين بذلك علاقتهم بالآخرين في علوم وفروع الطب الأخرى، ووسط هذا التدفق والتفاعل والمناظرة والخلاف والاختلاف العلمي المعترف به يجلس المريض على كرسي الطبيب النفسي شامخا يحكي بأعراضه متحديا العلم والعلماء محاولا قهر المستحيل والتغلب على المأزق، ولا بد هنا من الإيمان بأن كل التجارب الإنسانية تكمن وتسكن قلب الطبيب النفسي، توجهه نحو هدفه الأساسي مساعدة إنسان في أزمة. في عصر يجرف فيه الحماس كل شيء بانتظام.

هذه الاعترافات مجرد محاولة لرصد الناس في همهم وحزنهم والمهم، وقد تتبدل أسماؤهم ورؤاهم وشخصياتهم متخذة أنماطا و أسماءا وأشكالا أخرى.

هذا كتاب عن حياة الإنسان، كتب من زاوية خاصة جدا و متخصصة. أعتقد دون أدنى نرجسية مهنية تتعلق بالطب النفسي تحديدا، أن هذه المهنة متميزة وشديدة الخصوصية فالطب النفسي عندما يتعلم ويتدرب يكون الكرسي والمعترف والذي ينظم الاعتراف ويسهل الحل، يدخل إلى عالم الاضطراب مسلحا بالعلم والحكمة دون إقحام أو تدخل.

في الاعترافات من على كرسي الطبيب النفسي يحدث نوع من الوعي على مستويين الأول للتعرف على ذلك التفاعل الحميم بين اثنين من البشر الطبيب والمريض من ناحية وبين تلك القوى المؤثرة على حياة الإنسان من ناحية أخرى. وهنا فإن الطبيب النفسي لا يستدعى من الذاكرة ما قد سمعه أو دونه لكنه ينتقي ويختار تلك الأزمات والتشوهات.

والطبيب النفسي إذا لم يتمكن من تذكر عذابه وألمه فلن يحترم عذابات وآلام الآخرين ممن يجلسون على كرسي أمامه. إذا لم يحس بألم الرفض فلن يقدر ألم المريض وحجم اعترافه ودرجة القسوة التي تصل إلى حد إنهاء الروح المعنوية وتكسير ضلوعها.

المستوى الثاني للوعي مكمل للمستوى الأول لدى الطبيب النفسي، ألا وهو الوعي بنفسه كما هي كلما فتح عينيه على التجارب الإنسانية التي يواجهها بقدراته المتميزة ليساعد إنسانا في أزمة ليتخطاها.

هنا يكون الطبيب النفسي الحقيقي ذا قدرة على صياغة المشاعر والوجدان، منغمسا في المجتمع. قادر على تشريحه، مغموس في الواقع وله قدرة تحليلية ترتكز على تراكم ثقافي و إبداعي، وليس مجرد راصد أو مطبق- فقط- لنظريات بعينها.

هذه اعترافات حية من اللحم والدم والأعصاب تتراوح ما بين غيرة قاتلة ومهووس يرعب النساء بالتليفون. وبين ولد يختار الصمت وشاب يختبر الموت في سيارة، ما بين امرأة تعيسة وأخرى تحاول الانتحار في شهر العسل، بين رجل يعشق المرض ويحب المستشفيات ورجل لا يعجبه شكله، موضحا طرقا علاجية منها استدعاء الوحش الكامن داخل (مارى) أو وصف عفاريت ذات تأثير نفساني أو وصف للمخ الذي يرتج داخل الجمجمة.

إن تلك الإعترافات تعتبر تحديا للنفس الإنسانية في صراعها المر مع الذات والوجود حولها والحياة بكاملها.

Online Psychological Services

The Internet in the psychological services

Dr. Bassam AOUILI Psychology , Poland / Syria
bassam@ab-byd.edu.pl

Summary **:** The transformations of the world which have rapidly changed personal, professional and social life of people, bring about troubles and needs that differ from problems treated in psychologists' offices ten years ago. Clinical psychologists have to face the challenge of getting to know expectations, difficulties and conditions of functioning of the modern patient. Instruments created by modern communication and information technology can be helpful in reaching this purpose. The present work invites to make use of possibilities opened by Internet as a annihilator of time and space.

In Chapter I the Author describes shortly the history of Internet and – in a more detailed way – its application as a space of communication, a support for human developement, an instrument of education and a source of psychological help. The Author concentrate principally on the specificity of the communication by Internet and points at dangers and possibilities connected with this medium.

Chapter II presents experiences gathered by the Author during his practice as Online counsellor and therapist. He have conducted this activity for three years within a framework of Academic Centre for Psychological Aid (www.acpp.eb.edu.pl) and of the web portal: „Healthy city" (www.zdrowemiasto.pl). It consisted in psychoeducation and psychoprophylaxis with elements of social support, as well as in consultations with elements of critical intervention and psychological support.

The Autors begins with a short review of professional literature refering to the Online psychological assistance and he exposes the main arguments used by its adherents and opponents. Then he characterizes the Online therapy. He focuses on features of the language used by people communicating via Internet and on the motives of persons who choose such kind of contact.

Messages of people who applied for Online psychological assistance contain a great diversity of problems, like partnership problems, sexual troubles, as well as life and development crisis. The letters are set up acording to the type of psychological aid (psychoeducation, consultation, intervention, therapy) and the type of problem. The Author presents his ways of working with Online patients, he describes obstacles an Online consellor have to deal with, he points at terapist's attitudes that incite a patient to continue the contact, he demotrates the stages of the Online therapy and shows the circumstances in which Online terapy becomes introduction and preparation for traditional terapy.

The Chapter III contains results of researches on students and psychologist opinion about Online psychological assistance and conditions of its efficacy. Questionnaires prepared especially for that purpose were filled out in a traditional way or via Internet (according to some exterior and interior factors, like access to Internet and attitude toward computers). The results were analysed from the point of view of consolidation and popularisation of these services. Opinions of persons who profited of Online psychological assistance in the Academic Centre are presented in conclusion of this Chapter.

The conclusion concerns the the perspectives of Online psychological assistance. Its introduction, popularisation and enrichment will meet some obstacles, but the Author is optimistic because Internet opens many possibilities to psychologists as well as to persons in crisis.

Service psychologique online

Les services psychologiques sur Internet

Dr. Bassam AOUILI Psychologie , Poland / Syrie
bassam@ab-byd.edu.pl

Résumé : Les transformations du monde moderne, qui modifient si dynamiquement le fonctionnement personnel, professionel et social de l'homme, font naître des troubles et des besoins qui diffèrent considérablement des problèmes traités dans les cabinets des psychologues il a y dix ans. Les psychologues ont pour mission de connaître les aspirations, les problèmes et les conditions de vie du patient contemporain. Pour atteindre ce but ils peuvent se servir d'instruments créés par la technologie d'information et de communication qui jouent dans notre monde le rôle de plus en plus important. Le livre de Bassam Aouil invite à profiter des possibilités offertes par ce vainqueur du temps et de l'espace qu'est Internet.

Le chapître I présente en raccourci l'histoire d'Internet et – d'une manière plus détaillée – son usage en tant que milieu de communication, soutien au développement de l'homme, instrument de l'éducation et de la thérapie. L'auteur se concentre avant tout sur la spécificité de la communication par Internet, et indique les dangers et les avantages qui sont impliqués par cet instrument.

La partie principale du livre contient les exemples des contacts thérapeutiques par Internet. L'auteur pratiquait ce type d'aide psychologique pendant 3 ans, dans le cadre du Centre Académique d'Aide Psychologique (www.acpp.edu.pl) et sur le site « une ville saine » (www.zdrowemiasto.pl). Cette activité embrassait la psychoéducation et la psychoprophylaxie avec les éléments du soutient psychologique, aussi bien que les consultations avec les éléments de l'intervention de crise et du soutien émotionnel.

L'Auteur commence par une revue de littérature sur l'aide psychologique Online et il présente les arguments des adversaires et des partisants de cette méthode. Ensuite il passe à la description du contact thérapeutique Online, en soulignant les caractéristiques du langage utilisé dans ce type de communication et les motivations des personnes qui choisissent l'aide psychologique par Internet.

Les problèmes décris dans les messages éléctroniques se caractérisent d'une grande diversité. Ce sont aussi bien des problèmes sexuels et familiaux que les crises de développement et situationnelles. Les lettres ont été arrangé selon le type de l'aide psychologique (psychoéducation, consultations, thérapie) et selon le type du problème. L'Auteur présente les expériences acquises grâce à la pratique professionnelle dans Internet. Il énumère les difficultés causées par la spécificité du contact thérapeutique Online, souligne les comportements du psychologue qui incitent le client à continuer la thérapie, il montre les étapes de la thérapie Online et indique les circonstances dans lesquelles les formes indirectes deviennent l'introduction à la thérapie traditionnelle.

Le chapître III contient les résultats des recherches concernant l'opinion des étudiants (handicapés et valides) et des psychologues sur l'aide psychologique Online. Les enquêtes, préparées spécialement pour cette occasion, étaient remplies aussi bien traditionnellement que par Internet – selon des facteurs intérieurs (le rôle de l'ordinateur et d'Internet dans la vie de la personne qui répondait aux quéstions) et extérieurs (l'accès à Internet). Les résultats des recherches sont analysés en vue du perfectionnement et du développement de ce type de service. Pour conclure, l'Auteur présente les opinions de quelques clients du service d'aide psychologique Online dans le Centre Académique d'Aide Psychologique.

Le réflexion finale concerne les difficultés et les perspectives liés à l'application, l'enrichissement et la popularisation de l'aide psychologique par Internet. Selon l'Auteur ce type d'activité offre de larges possibilités aussi bien aux psychologues qu'aux personnes en crise.

المجلـــة العربيـــة للطـــب النفســـي

المجلـد الخامـس عشـر – العـدد الثانـي – نوفمبـر 2004

اتحـاد الأطبـاء النفسانييـن العـرب – الأردن

takriti@nets.com.jo

▪ **الأخلاق الطبية من المقاصد الشرعية /** عمر حسن كسولا

الملخـص : إن القـانون الوضعي الأوروبي ينكر الاعتبارات الأخلاقية المرتـبطة بالديـن ولذلك فقد فشل في تقديم الحلول المتعلقة بمواضيع طبية حديـثة تتطلـب اعتبارات أخلاقية وهذا أدى إلى ظهور اختصاص الأخلاق الطبـية والتي لا يتبناها القانون ولا هي أخلاق تنبع من الضمير الإنساني، القانون الإسلامي شمولي ويحوى مبادئ أخلاقية تنطبق مباشرة على الطب.

هذه الورقة تقترح أن نظرية الأخلاق الطبية في الإسلام يجب أن ترتكز علـى خمسة مقاصد في القانون والتي يمكن تسميتها مقاصد وهذه الأهداف الخمسـة هـي: حدة الدين، حدة النفس، حدة النسل، حدة العقل وحدة المال، وإن أي عمل طبي لابد أن يأخذ بأحد هذه الأسباب حتى يعتبر أخلاقيا، وإذا خالف الإجراء الطبي أي المقاصد الخمسة أعتبر لا أخلاقيا.

كمـا تقترح هذه الورقة أن المبادئ الأساسية للأخلاق الطبية في الإسلام يجب أن تستنبط من خمسة مبادئ من قواعد الشريعة وهي : القصد، اليقين، الضرر، المشقة والعادات.

إن المقاصـد والقواعد الشرعية يجب أن تستعمل بشكل متكرر فالهدف مـن القواعد هو تقديم الأسس الواضحة لحل المواقف والخلاف بين وضمن مختلف المقاصد.

إن الـتحدي أمـام الأطباء المسلمين هو أن يحرروا أنفسهم من المبادئ والـنظريات الأخلاقية الأوروبية المختلطة والغير منسجمة، وأن يعملوا بجد لـتطوير أنظمة محددة لكل المدخلات الطبية (ثوابت الطبابة) وذلك بالعودة للاجـتهاد، وهذا الاجتهاد لابد أن يعتمد على المصادر الأولية للقانون وهي القـرآن الكـريم والسنة الشريفة، المصادر الثانوية للقانون في الاجتهاد فهو يعـتمد على مصادر- (الإجماع والقياس) وتعتمد أيضا على مصادر عقلية (إستشهاد، إستشعار والإصلاح) وكذلك مقاصد الشريعة وقواعد الفقه وثوابت الفقه.

فـي الفترة الأولى من الطب الشرعي (حتى 1400 هجري) كانت تحل معظـم القضايا بالإشارة للمبادئ الأولية للقانون، وفي الفترة المتوسطة (بين 1401-1420 هجـري) فقـد حلـت الإشـكالات باللجوء للإجماع والقياس والإستشـهاد والاستحسان والاصطلاح، أما في الفترة المعاصرة من 1420 هجري وحتى الآن فإن التكنولوجيا الطبية قد خلقت العديد من الإشكاليات و التـي يعتمد حلها على أسلوب واسع الأفق و الذي لا يمكن أن يتوفر إلا في المقاصد الشرعية.

▪ **Medical Ethics from Maqasid Al Shariiat /** Omer Hasan kasule

Abstract **:** Secularized European law denied moral considerations associated with 'religion' and therefore failed to solve issues in modern medicine requiring moral considerations. This led to the birth of the discipline of medical ethics that is neither law enforceable, by government nor morality enforceable by conscience. On the other hand, Islamic Law is comprehensive and encompasses moral principles directly applicable to medicine. This paper proposes that the theory of medical ethics in Islam should be based on the 5 purposes of the *Law, (maqasid al shariat),* that are also considered the 5 purposes of medicine. The 5 purposes are preservation of religion and morality, *(hifdh al ddin);* preservation of life and health, *(hifdh al nafs);* preservation of progeny, *(hifdh al* nasl); preservation of intellect, *(hifdh al* aql*)* and preservation of wealth, *(hifdh al maal).* Any medical action must fulfill one of the above purposes if it is to be considered ethical. If any medical procedure violates any of the 5 purposes it is deemed unethical. This paper proposes that the basic ethical principles of Islam relevant to medical practice be derived from the 5 principles of the Law, *(qawaid al shariat),* that are: intention,* (qasd), certainty, (yaqeen); injury, (*dharar):* hardship, *(mashaqqat),* and custom or precedent *(aadat). The (maqasid) and (gawa'id)* are used in a synergistic way. The basic purpose of *(qawaid)* is to provide robust rules for resolving situations of conflict between or among different *(maqasid).* The challenge before Muslim physicians is to liberate themselves from confusing and inconsistent European ethical theories and principles and instead to work hard to develop specific regulations for various medical interventions, *(dhawaabit al tibaabat),* by a renewal of *(ijtihad). This (etihad)* will be based on primary sources of the Law *(Quran and sunnat),* secondary sources of the Law based on transmission, *(masaadir naqlyyat ijma and qiyaas);* secondary sources of the Law based on reason, *(maagased al aqleat istishaad, istishan& istilaah);* the purposes of the Law, *(maqasid al shariat);* principles of the law, *(qawaid al fiqh);* as Well as regulations of the Law, *dhawaabit alfiqh.*

In the early period of medical jurisprudence (0-1400 H) most issues could be resolved by direct reference to the primary sources. In the middle period (1401 - 1420 H) issues were resolved by using *(ijma, qiyaas, istishaad & istihsaan istilaah).* In the modem period (1420-) medical technology is creating so many issues whose resolution will require a broad birds eye-view approach that can only be found in the theory of (maqasid al shari'at).

▪ **الإدمـان علـى العقاقـير – مـراجعة للأسـباب البيولوجـية حـتى المعالجة /** نسيم اخطر قرشي و طارق علي الحبيب

الملخص : إن الآلية العصبية للإدمان على الكحول غير واضحة حتى الآن. وهـذه الورقـة تـراجع الـتقدم الذي تم مؤخرا في هذا المجال مع التركيز على النواحي العلاجية، تم إجراء بحث على مدلاين للحصول على المقـالات المنشـورة في الدوريات العالمية خلال العقدين الماضيين، إن تعـاطى المـواد المخـدرة بشـكل حاد أو مزمن من قبل أشخاص لديهم الاسـتعداد البيولوجـي النفسي الاجتماعي تؤدي إلى سلسلة من التغيرات الخلويـة والجزيئـية في التكيف العصبي وخصوصا في الجهاز الحرقفي القشري الذي يعمل على توصيل المكافأة.

إن التكـيف العصـبي البيولوجي يتم بواسطة آلية نسخ الإشارات التي تمكـن العديد من مكونات الإدمان، إن الفهم المتقدم لهذه الآليات أدى إلى تطويـر العديـد مـن الأدويـة، وهناك حاجة للمزيد من البحوث لتطوير علاجات أفضل في المستقبل.

الكلمات الرئيسية: الإدمـان، بيولوجـيا الجهـاز العصـبي، التكيف العصبي، الجهاز الحرقفي القشري، المكافأة، جهاز نسخ الإشارة.

شملت الدراسة 44 موقوفا من الذين تحولوا من قبل المحكمة العسكرية إلـى قسـم الصحة النفسية في الخدمات الطبية الملكية وذلك لتقييم الحالة العقلية وتنظيم تقرير طبي لبيان فيما إذا كان المتهم مدركا لكنه أفعاله وقت ارتكاب الجرم أم لا.

بعـد التقييم النفسي الشامل وتنظيم التقارير الطبية، تبين بأن 80 % من العسـكريين المحوليـن كـان لديهم اضطرابات نفسية. تم الإطلاع على الأحكـام الصـادرة بحقهم ومقارنتها بالأحكام الصادرة بحق مجموعة من السجناء المحكومين والذين لم يحولوا إلى قسم النفسية.

وجد أن شدة العقوبة تقل بوجود اضطراب نفسي، وإن كان المتهم مدركا لكنه أفعاله.

- **Psychiatry in military courts : influence on verdicts** / Fairouz Farah SAYEGH

***Conclusions*:** Military courts, like other courts, tend to be influenced by psychiatric opinion and decrease the level of punishment for mentally disordered offenders. Moreover, it was noted in this study that even psychiatric referral alone, in the absence of any psychiatric abnormality being round, could be considered a mitigating factor. Another interesting finding was the high rate of psychiatric referrals ordered by military courts for servicemen charged with absconded. They formed 82% of the study sample, while being 26% of the prison population.

- **الوصـف الديمغرافـي و المرضـي للأشـخاص الذيـن راجعـوا مستشفى الطب النفسي في الكويت خلال عام 2002** / عادل الزايد و عادل سرور

الملخص : على الرغم من ضخامة أبحاث استقصاء الأمراض النفسية و الـتطور الكبـير الحادث في مجال علاج هذه الأمراض، إلا إنه مازال هـناك كـم هائل من المعلومات التي تخص طبيعة المرضى النفسانيين و كيفـية المعالجـة فـي الوضع الطبي الاعتيادي التي لا توفرها مثل تلك الأبحـاث. وهذا البحث الاستقصائي الذي أجري عام 2002 في مستشفى الطب النفسي في دولة الكويت، قمنا بمراجعة كافة الملفات الجديدة التي تم فـتحها خص هذا العام لمعاينة نوعية المرضى و طرق العلاج المتبعة في المستشفى.

- **Annual treated psychopathological morbidity. Demographic and diagnostic features findings from Kuwait psychological medicine hospital 2002** / Adel Alzayed and Adel Sorour

Conclusion : Given the rapid evolution of managed care and the changing health care system, it will be critical to continue to examine variations in practice associated with system factors (e.g. setting, health plan) and their relationship to patient outcomes. Psychiatric services in Kuwait are rapidly developing and a continuous survey of the services assures that the best level of care is provided.

- **زواج دون إيلاج : نسخة سعودية** / محمد الصغير

الملخص: أجريت هذه الدراسة في العيادة النفسية في مستشفى تعليمي فـي الـرياض من أجل كشف الخصائص الإكلينيكية لحالات الزواج دون إيلاج لدى الأزواج السعوديين ومقارنتها بالدراسات الأخرى.

خـلال أربع سنوات تم تقييم 39 حالة زواج دون إيلاج ومقارنتها مع 37 حالـة ضـابطة من نفس العيادة. لم يتضح فرق بين المجموعتين فيما يتعلق بالمعلومات الأساسية عن الجنس والتعليم والوظيفة والإقامة واتضح أن الـزوجات فـي حـالات الزواج دون إيلاج تزوجن في سن أقل من مثيلاتهـن فـي المجموعـة الضابطة وكان مستوى القلق أثناء المعاشرة الجنسية لديهن أكثر من مثيلاتهن وكان لذلك القلق علاقة عكسية مع قدرة

- **Drug Addiction : From Neurobiology to Treatment** / Naseem Akhtar Qureshi and Tariq Ali Al-Habeeb

Abstract : The neurobiology of drug and alcohol addiction is poorly understood. This paper selectively reviews the recent advances in the neurobiology of addictions with a brief focus on treatment implications.

A MEDLINE search was conducted for identifying peer-reviewed articles published in the international journals over the past two decades. Both acute and chronic intakes of addictive drugs by biopsychosocially vulnerable persons led to a cascade of cellular and molecular neuroadaptations mainly in the mesocorticolimbic system, which mediates reward. The neurobiological adaptations arc brought by the signal transduction mechanisms underlying multiple key components that distinguish drug addictions. Although an advanced understanding into these mechanisms has led to the development of several drugs for the treatment of addiction, there is a further need for research for developing better drugs in the future.

Key Words : drug addiction, neurobiology, neuroadaptation, mesocorticolimbic System, reward, signals transduction system.

Conclusions : In summary, drug addiction, caused by genetic-environmental factors and recently viewed as impaired response inhibition and salience attribution (I-RISA), is coupled with neuroadaptations in orbitofrontal cortex and anterior cingulate gyrus of mesolimbic system. Development of specific drugs, identification of specific genes and mechanisms underlying short- and long-term neuroadaptations, individual vulnerability, and stress related relapses are some of the major future challenges in addiction research.

- **دافع غريب لإيذاء النفس عند شخص يعاني من التخلف العقلي – دراسة بحثية و عرض لحالة مرضية** / وليد شنيقات، ناصر الشريفي، فايق شعبان، عبد الله الرعود

الملخص : الغرض من هذه الورقة هو عرض حالة مرضية فريدة لذكر يعانـي من التخلف العقلي وغير ذهاني راجع المستشفى بعد أن أدخل ملقط جراحي في قضيبه عن طريق الأحليل.

لقد قدم هذا الشخص دافع غريب لهذا الفعل وهو تجنب الاتصال الجنسي مع زوجته كعقاب لها.

تشتمل هذه الورقة على دراسة أسباب إيذاء النفس عند الأشخاص الذين يعـانون مـن الـتخلف العقلي بالإضافة إلى التشخيص التفريقي لذلك. كما تشـتمل هـذه الورقـة علـى بحث موسع لحالات الإيذاء الذاتي والمتعمد للأعضاء الجنسية والتي وردت في المصادر العالمية المختلفة.

- **Self-injury with a strange motive in a mentally retarded male - A literature and case review** / Walid Shuneigat, Nasser Shuriquie, Faiq Shaban and Abdullah Raod

Objectives : To document a *rare* and unique case report of a young mentally subnormal non- psychotic male patient, who presented with self-insertion of a forceps inside his penis. His reported strange motive was to avoid sexual intercourse with his wife as a form of punishment. The etiology and differential diagnosis are reviewed in relation to literature.

- **تأثـير وجـود إضـرابات نفسـية لـدى الموقوفيـن فـي السـجن العسكري** / فيروز فرح الصايغ

الملخص : أجريـت هـذه الدراسـة للـتعرف علـى مدى تأثير وجود اضـطرابات نفسـية لـدى الموقفين في السجن العسكري على شدة العقوبة المقررة من قبل المحاكم العسكرية.

أزواجهن على التحكم بعملية القذف. تتراوح مدى الزواج بدون إيلاج بين 7-47 شـهرا وكان السبب الأكثر شيوعا هو انقباض المهبل (77 %) أما العنة لـدى الأزواج فقـد وجـدت لدى 13 % منهم والغالبية العظمى (87 %) من الحالات عزو مشكلتهم إلى أحد الأسباب الغيبية (السحر أو المس أو العين). أربع نسوة سبق أن أجريت لهن عملية إزالة غشاء البكارة ولكنها لم تفلح في تسهيل عملية الإيلاج. وثلاث نسوة حملن من دون إيلاج.
تم نقاش النتائج مقارنة بالدراسات الأخرى في المجال نفسه.

- **Unconsummated Marriage : A Saudi Version** / Mohammed Abdullah Al Sughayir

Abstract : To explore the clinical characteristics of unconsummated marriage in Saudi couples we consecutively recruited all Saudi patients who presented at outpatient psychiatric clinic with unconsummated marriage as the main complaint, after organic causes have been ruled out by other specialties. A control group of couples with consummated marriage was drawn consecutively from the same pool of psychiatric outpatients reporting for treatment at the same time. During a 4-year period 39 couples of unconsummated marriage and 37 control couples were evaluated. There were no significant differences between the two groups in the method of acquiring knowledge of basic information on sexuality, education, job and residency. Wives in the unconsummated marriage married at an earlier age than wives in the consummated marriage and showed a higher scores of sexual anxiety which negatively correlated with their husband's ejaculation scores. The length of unconsummated marriage ranged from 7-47 months. Vaginismus was responsible for 77% of the unconsummated marriages. Erectile dysfunction, not preceded by vaginisrnus, was reported by 13%. More than three quarters (87%) of unconsummated marriages were attributed to supernatural influences. Futile hymenectomy had been done in 4 wives. Three women had become pregnant through extravaginal ejaculation. Results are discussed in comparison with other studies in the field.

- دراسة حول تأثير القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية في الإصابة بارتفاع ضغط الدم / عبد الباري بنر، عبد العزيزي كمال، عرو فارس، عثمان صابونجواوغلو

الملخص :

عنوان الدراسة : العلاقة بين ارتفاع ضغط الدم والقلق والاكتئاب والضغوط النفسية.

الكلمات الرئيسية : الوبائيات، ارتفاع ضغط الدم، الضغوط النفسية، القلق، الاكتئاب، عوامل الخطر.

الهدف : الهدف من الدراسة الحالية هو تحديد الدور الذي تلعبه مظاهر القلق والاكتئاب والضغوط النفسية في الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم، في المجتمع القطري.

الخطة : هي دراسة إسترجاعية للمقارنة بين أشخاص مرضى وآخرين أصحاء.

الموقع : تم إجراء الدراسة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الطريقة : تم إجراء الدراسة خلال الفترة من يناير 2003- يوليو 2004 ، علـى مجموعـة من المواطنين القطريين تتراوح أعمارهم بين 25-65 سـنة. شـملت الدراسة 800 شخص، منهم 400 شخص مصاب بارتفاع ضغط الدم و400 شخص سليم. فقط 318 من مجموع المصابين بالمرض، و 316 من مجموع الأصحاء استجابوا للاستبيان، وذلك بمعدل استجابة بلغ 79.3 %. تعـريف مـرض ارتفاع ضغط الدم وفق معايير منظمة الصحة العالمـية: ضغط دم انقباضي ≤140 mmHg (SBP) وضغط دم انبساطي ≥90 mmHg (DBP). اشـتملت هـذه الدراسة على استبيان، يجرى وجها لوجـه مـع الأشخاص موضوع الدراسة، ويدور حول مدى تأثير مظاهر القلق والاكتئاب والضغوط النفسية في الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

النتائج : من مجموع المرضى الذين أجريت عليم الدراسة، بلغت نسبة الرجال 42.1 %، بينما بلغت نسبة النساء 57.9 %. المتوسط ± الانحراف المعـياري للعمر، للرجال مقابل النساء يساوى (45.7 ± 14.6 و 41.3 ± 13.1 علـى التوالـي، p< 0.001). أظهرت الدراسة الحالية أن العمر، و السمنة ((BMI> 30 ومرض السكري، وعادة التدخين، والضغط النفسي، و القلـق، و الاكتئاب كلها تعتبر عوامل خطر للإصابة بارتفاع ضغط الدم، وقد تم تأكيد هذه النتائج بواسطة العديد من التحاليل. فضلا عن ذلك أثبتت الدراسـة أن هـناك علاقة إيجابية بين ارتفاع ضغط الدم و الاضطرابات النفسية و القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية.

الخلاصة : أثبتـت الدراسـة الحالية أن القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية لها علاقة بارتفاع ضغط الدم.

المجلـة العربيـــة للطـــب النفســـي

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

المجـلة المصريـــة للطـــب النفســـي

Summaries : www.arabpsynet.com/Journals/EJP/index.ejp.htm

مجـلة الطـفـــولـــة االعربيـــة

Summaries : www.arabpsynet.com/Journals/JAC/index.jac.htm

مجـلة الثـقـافـة الـنـفـسـيـة الـمـتـخـصـصـة

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

Islamic Philosophy online : www.muslimphilosophy.com

Numan M. Gharaibeh - Psychiatry - *Arizona Tucson, AZ, USA*

n_gharaibeh@yahoo.com

Book reviews have been an established part of academic journals for a very long time. The emergence of alternative ways of communication gives credence to the establishment of other reviews of different multimedia ways of communication such as film reviews, website reviews, as well as reviews of CD-ROMs. The barrier between what is intended for the public and what is intended for the academician is slowly eroding especially on the internet. For example, doctor as well as patient may be reading the same literature on the same website such as information about a particular drug of disorder. I have had the experience of patients bringing me print outs from credible websites about their medications or research studies on their particular disorder that I was not aware of. This humbling experience made me acutely aware of the importance of the internet in patient education as well as our own education.

I hope that the following review of a web site is going to be the first in a long series of "reviews" fitting logically just after the "Book and Thesis Reviews" and "Journal/Magazine Review" sections of the Arab Psy Net (APN) e-Journal.

Parent Web Site (also referred to as Web Page):

The parent website is that of the Islamic Philosophy Online, Inc. http://www.muslimphilosophy.com/main.htm

This web page was created in 2001 and last updated February 2005. It is available in English and Arabic. I came upon this page while searching for original Ibn Rushd text in Arabic. This parent page is a wealth of information and-I believe-will win Dr. Turky's approval as well as many others to make "Web Page Review" or "Web Site Review" a regular part of the APN e-Journal. With the technology at hand, it is theoretically possible to include text in so many languages making the switch between Arabic text (currently in PDF format) and text in English (or other languages) seamless. The web page is rich with "full text" making a visit to the library almost un-necessary. Reviewing the whole page will require a lot of time and effort, let alone it may not be necessary since a click away the reader will find for him- or herself able to navigate with the ease the wealth of information available.

The daughter website review :

http://www.muslimphilosophy.com/ir/

The page title with beautiful Arabic calligraphy in the very appropriate Andalusian Arabic font "Ibn Rush al-Qurtubi." Following a brief biography there is a list of his works in Arabic, then in "English and other languages." The Arabic full text is apparently scanned and saved in PDF format which makes printing it true to the original publication but unfortunately makes the text unsearchable. However, searching the Arabic text is a pervasive problem on the Internet and one of the most difficult problems facing scholars searching Arabic literature. The bright point is that technology is catching up with this problem and Arabic search engines are propping up, slowly but surely. Having the full text of "Tahafut al Tahafut" in Arabic and for free makes one tempted to reach for his check book and donating handsomely to the webmaster Muhammad Hozien. Just a scroll down the page will get you the full text in English as translated by Simon Van Den Bergh, Published and Distributed by The Trustees of the "E. J. W. Gibb Memorial." This makes the book searchable in English.

Also in Arabic are "Talkhees Kitab al-Jadal" (PDF), "Fasl al-Maqal" and "Risalat an-Nafs" both in Arabic e-text, "al-Dharuri fi Isul al-Fiqh" (PDF) and Arabic e-text courtesy of the Poloz family, Morocco, and "Bidyat al-Mujtahid" in Arabic e-text. The emergence of Arabic e-text is very encouraging because it is a searchable texts.

In addition to Ibn Rushd's own works there are works about him including several biographies, articles on his philosophy, a master's thesis by Maksood Aftab, links to relevant web pages, portraits, links to Cordoba (his birth place) with a photo tour, bibliography, and what I found very interesting information such as:

He has a statue in Cordoba as well as a wax figure (a rude reminder for the Arab cities to follow suite in honoring great men and women).

There are video tapes (documentary and lectures) also something in great shortage in the Arab world where the documentary scene is very bleak.

A Kuwaiti ship was named in his honor.

In summary, this is a great site with a wealth of information. The webmaster asks for feedback and I believe will appreciate input for suggested improvements

WEBSITE PRESENTATION

J. TURKY – Psychiatry, TUNISIA

1. Introduction

Welcome to the Premier Islamic Philosophy resource on the Web. This is our fourth year online and we are dedicated to the study of the philosophical output of the Muslim World.

This site contains hundreds of full-length books and articles on Islamic philosophy, ranging from the classical texts in the canon of Islamic philosophy to modern works of Muslim philosophy.

We are continually striving to improve this page. This current version is java free and makes minimal use of graphics. Should you have problem or issues with any of pages please do let us know. (webmaster@muslimphilosophy.com?).

Our flagship project, the Journal of Islamic Philosophy, is flourishing as we approach the publication of our first issue. In addition, we have a forum for the discussion of issues in Islamic thought, general resources for the study of philosophy, a catalog of upcoming events in the field, among other useful resources.

We hope you enjoy this site and make use of this project. We are always looking for good people to join our team. Your feedback is most welcome. TheStaff@muslimphilosophy.com

2. Our Featured Original Resources:

■ **Dictionary of Islamic Philosophy**. (Local E-text) Newly Updated! also available in PDF! (www.muslimphilosophy.com/pd/dmp.pdf)

■ **Map of Islamic Philosophy** and where it fits in with other world philosophies. (www.muslimphilosophy.com/ip/p1.htm)

■ **Major Islamic Philosophers**, their thought and works. (www.muslimphilosophy.com/main.htm#people)

■ **Islamic Philosophy Forum** (our E-discussion board) - (www.muslimphilosophy.com/forum/default.asp)

■ **The Journal of Islamic philosophy** (www.muslimphilosophy.com/journal/default.htm), a publication dedicated to the field. CALL FOR PAPERS (www.muslimphilosophy.com/journal/cfp.html)

GET INVOLVED: Interested in working with us? Are you a scholar or graduate student in Islamic philosophy? (Email us : editor@muslimphilosophy.com), join our mailing list (www.muslimphilosophy.com/journal/default.htm#sign) , sign our guest book (www.muslimphilosophy.com/gbook/jip.htm), or engage in the forum (www.muslimphilosophy.com/forum/).

3. General and introductory texts:

■ History of Muslim Philosophy (www.muslimphilosophy.com/hmp/default.htm) Ed. M. M. Sharif. An overview of Muslim Philosophy in English.

■ Introduction of Greek Philosophy in the Muslim World. (new) (www.muslimphilosophy.com/ip/intgkp.htm)

■ Articles by S. H. Nasr:
- The meaning and concept (www.muslimphilosophy.com/ip/nasr-ip1.htm) of philosophy in Islam
- The Qur'an and Hadith (www.muslimphilosophy.com/ip/nasr-ip2.htm) as source and inspiration of Islamic Philosophy

■ Islamic Philosophy (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/ip-sheikh.pdf) by M. Saeed Sheikh (This book has been published under four different names--this is the original!) (pdf format) It is a very brief introduction to main areas of the discipline.

■ Al-falsafa al-'arabia: mushkalat wa'hulul (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/arab-phil.pdf) (Arabic Philosophy: problems and solutions) By Ali Bomelhem. (Arabic PDF).

■ Al-tafkeer al-falsafi al-islami (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/tfi-sd.pdf) (Islamic Philosophical Thought). S. Dunya (Arabic pdf)

■ Islamic Theology and Philosophy (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/ipt-wat.pdf) (by M. W. Watt. (pdf format)

■ History of Islamic Philosophy (www.muslimphilosophy.com/ip/hip.htm) by Majid Fahkry. (Partial E-text)

■ Islamic Philosophy Overviews:
- From Routledge:
  - History of Islamic Philosophy (HIP) table of contents (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/hip-cnts.pdf) (pdf)
  - Encyclopedia of Philosophy (www.muslimphilosophy.com/ip/rep.htm)(REP).
  - Just what is Islamic Philosophy. (www.rep.routledge.com/philosophy/cgi-bin/article.cgi?it=H057) (REP) By O. Leaman. (link)
- Transcript: From Egyptian TV. (www.muslimphilosophy.com/tvtk/ch19.htm)
- Islamic Philosophy from The Encyclopedia of Islam (www.muslimphilosophy.com/ei/default.htm) (EI). (no frills e-text).
- McMillan (www.muslimphilosophy.com/ip/mep-ip-lst.htm) Encyclopedia of Philosophy (list of Islamic philosophy articles)
- Islamic Philosophy Links (www.ais.org/~islam/subject/philosophy.html) (link)

■ Metaphysics in Islamic Philosophy (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/fadel-meta.pdf) by F. Shehadi (pdf format)

■ Durrant's Story of Civilization's article on Islamic Philosophy (Arabic E-text in word format) (www.hozien.com/txt/sc-ip.doc)

■ The History of Philosophy in Islam (www.muslimphilosophy.com/ip/deboer.htm) by T. J. De Bore (dated) also available in pdf. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/deboer.pdf)

■ Greek into Arabic (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/walzr-grk.pdf) R. Walzer. A collection of articles on the flow of Greek philosophy into Arabic and its practitioners. (PDF)

■ The Philosophy of the Kalam. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/kalam.pdf) Harry A. Wolfson (PDF)

■ The Philosophical Forum 1972 issue on Islamic Philosophy. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/philforum.pdf) (pdf)

■ Transcendent Philosophy: (www.islamic-studies.org/journalnumber.htm) E-Journal for Comparative Philosophy & Mysticism. (link).

■ Philosophy of the Muslim World: Authors and Principal Themes (www.diafrica.org/nigeriaop/kenny/IslTheology.htm), J. Kenny, O. P. (link).

■ **Bibliography :**
- Collected Scholarly volumes in Islamic philosophy (www.uni-frankfurt.de/fb13/igaiw/publication/philosophy.html). (link)
- List of works arranged by Philosopher (www.nig.op.org/kenny/BibPhilAr.htm). (link)
- A bibliography of of Books on Islam (www.muslimphilosophy.com/ip/is-biblio.htm) ,which includes Islamic Philosophy.

■ Adventures in Philosophy: A brief history of Islamic Philosophy. (www.radicalacademy.com/adiphilislamindex.htm). From the Radical Academy (link)

4. Current research and events:

Announce your (or events that you know of) upcoming Islamic Philosophy events. Send us a line (webmaster@muslimphilosophy.com).

Keep up with current research in Islamic Philosophy. Sign up for our Mailing list (Now automated with enhanced features) (www.muslimphilosophy.com/ip/mailing.htm) and we'll keep you updated with upcoming events as well as when the site is updated.

4.1 Upcoming events:

- SUFISM & THEOLOGY CONFERENCE (www.arts.gla.ac.uk/sufism/): 11 – 12 March 2005, at the Department of Theology & Religious Studies, University of Glasgow, UK.
- Middle East Studies Association (MESA), to be held at (www.fp.arizona.edu/mesassoc/cfp/CFPhome.htm) Washington, DC November 2005. Deadline for submission is Feb. 2005.
- American Academy of Religion (www.aarweb.org/) November 2005.

- Our fifth year online July 2005.
- WCOMES to be held in Amman, Jordan on June 2006.

4.2 Past events:

- See our events page (www.muslimphilosophy.com/events/default.htm) for a full listing of past events that we announced on our site.
- Rethinking the Classical (www.bisav.org.tr/symposium.htm) an International Symposium of the Foundation of Arts and Science in Turkey, October (8 -10) 2004.
- International al-Farabi Symposium. (www.muslimphilosophy.com/events/sempozyumingilizce.htm) October (7 - 8) 2004. Ankara University, Faculty of Divinity, Ankara, Turkey.
- Ancient and Medieval Philosophy (includes Islamic Philosophy sessions) Fordham University New York City. October (22-24) 2004. Preliminary program (www.muslimphilosophy.com/events/fordhamconf9-2004.htm).
- Middle East Studies Association (MESA), was held at San Francisco, California, USA between Nov (20-23) 2004 (www.fp.arizona.edu/mesassoc/cfp/CFPhome.htm)
- American Academy of Religion was held at San Antonio, Texas, USA (AAR) (www.aarweb.org/) between Nov. (20-23) 2004.

4.3 Ongoing events:

- Middle East Studies Association (MESA) - Announcement calendar. (www.fp.arizona.edu/mesassoc/Onlinenews/announcements03.htm)(link)
- American Philosophical Association (APA) Announcement calendar. (www.apa.udel.edu/apa/opportunities/conferences/) (link)
- American Academy of Religion (AAR) Meeting calendar.(www.aarweb.org/meetings/default.asp)(link)

4.4 New publications:

- Introduction to Islamic Philosophy.(www.muslimphilosophy.com/ip/pa-mc-iip.htm) In Italian...
- Ibn Taymiyya. Fetwa de Mardin (See pdf (www.muslimphilosophy.com/it/works/itapubl.pdf) for Table des matières) Un ouvrage de XII & 176p. (13X19) ISBN: 2841612554 (12€) La Librairie de l'Orient (El-Bouraq éditions). 2005. (French)
- Ibn Taymiyya. Un Dieu Hésitant? (See pdf (www.muslimphilosophy.com/it/works/itapubl.pdf) for Table des matières) Un ouvrage de VI & 37p. (14X21) ISBN: 2841612554 (4€) La Librairie de l'Orient (El-Bouraq éditions). 2005 (French)
- THE CAMBRIDGE COMPANION TO ARABIC PHILOSOPHY Edited by Peter Adamson and Richard C. Taylor ISBN 0 521 52069 X. 2005. (English)

Let us know of your publications, Send us a line by e-mail: (ipo * muslimphilosophy.com) (Note: replace the * with @) This is just to avoid spam!

5. The Philosophers:

Those who shaped Islamic Philosophy into something quite unique. (In chronological order)

- The Translator's Page. (www.muslimphilosophy.com/ip/TTpg.htm) (Those who brought Greek thought into Arabic).
  - Philosophy Entry from al-Nadim's Fahrist (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/nad-phil.pdf) (English E-text) Pdf.
- al-Kindi Site (www.muslimphilosophy.com/kindi/default.htm) (d. 866) our site dedicated to him.
- Al-Farabi Site (www.muslimphilosophy.com/farabi/default.htm) (870-950)
  - Kitab al-Huruf (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/huruf.htm) (Book of letters) Arabic html E-text. Also in word file format. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/huruf.doc)
  - al-tahsil (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/farabi-tahsil.doc) Arabic word file.
  - The Philosophy of Plato and Aristotle. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/farabi-pl-aris.pdf)English E-text PDF format.
- Ibn Sina Site (www.muslimphilosophy.com/sina/default.htm) (Avicenna) (980-1037) and the Ibn Sina Gallery. (www.muslimphilosophy.com/sina/gal/IS-gal-01.htm)
- Ibn Hazm (www.muslimphilosophy.com/hazm/ibnhazm.htm) (994-1063).
  - Al-fasl fil al-Milal wal-Nihal (on Sects)
  - On Mannerism and Behavior.(www.muslimphilosophy.com/hazm/akhlaq/default.htm) (on Ethics), English translation and in Arabic word. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/ethics-hazm.doc)
  - The Dove's Necklace. (www.muslimphilosophy.com/hazm/dove/default.htm)(on love) is here.
- Al-Ghazali Site (1058-1111). (Note new URL www.ghazali.org/ .)
- Shahrastani (www.muslimphilosophy.com/ei/Shahrastani.htm) (1087-1153): Nihyat al-qadam fi Ilm al-Kalam (Islamic Theology) (Arabic E-text in word format). (www.hozien.com/txt/iqdam.doc)
- Ibn Tufayl (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/XVII-TwentySeven.pdf) (1110-1185) (PDF)
  - Hayy bani Yaqzan (Living son of awake) (pdf) (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/hayy.pdf) -(unedited rtf) (www.hozien.com/pdf/hayy.rtf)-Bio (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/XVII-TwentySeven.pdf) in pdf.
- Ibn Rushd Site (www.muslimphilosophy.com/ir/default.htm) (Averroes) (1126-1198).
- Fakhraddin al-Razi (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/XXXII-Thirty-two.pdf) (1149-1209) (PDF)
  - Book on Ethics an English translation (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/razi-akhlak.pdf) of Kitab al-nafs wa'l-ruh wa sharh quwahuma (pdf).
- Muhyiddin Ibn 'Arabi (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/XX-Twenty.pdf) (1165-1240) (Bio, PDF) (Ibn 'Arabi Society) (www.ibnarabisociety.org/) (Anqa Publishing) (www.ibn-arabi.com/)
- Ibn Taymiyah. (www.muslimphilosophy.com/it/default.htm) (1263-1328) Finally our Site on the man.
- Ibn Kummunah (PDF) (www.muslimphilosophy.com/ip/kumnah.pdf)
- Ibn Khaldun's Life and works.(www.muslimphilosophy.com/ik/klf.htm) (1332-1406). a link to an improved version. (www.cis-ca.org/voices/k/khaldun.htm)
  - Autobiography (at-Tarif) (www.muslimphilosophy.com/ik/tarif.doc
  - In Arabic (word).
  - al-Muqadimah (www.muslimphilosophy.com/ik/muqadima.doc) (Prolegomena) In Arabic (word). 2718kb very large file!
  - English Translation (www.muslimphilosophy.com/ik/Muqaddimah/index.htm) (E-text)

- Ibn Khaldun: His Life and Works (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/ibn-khald.pdf)by M. A. Enan (pdf E-text)
- Ibn Khaldun: a short Bio (www.muslimphilosophy.com/ip/ibnkhld.htm)
- History of Muslim Philosophy (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/XLVI-Forty-six.pdf) Bio. (PDF)
- Identification, asabiyah and culture: Ibn Khaldun and Freud. (www.muslimphilosophy.com/ik/M-ahclc-ik.htm) by Alfredo Lustosa (Portuguese html)

■ Mulla Sadra. (1571-1640) Bio from History of Muslim Philosophy. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/XLVIII-Forty-eight.pdf) (Website - link) (www.mullasadra.org/)

■ Muhammad Iqbal Site (www.muslimphilosophy.com/iqbal/default.htm) (1877 -1938)

■ More Modern Philosophers. (www.muslimphilosophy.com/ip/mdphilpg.htm) In the 19th and 20th Century. A Who's Who short list.

- Abdel-Rahman Badawi (1917- 2002) Review of life and works. (www.muslimphilosophy.com/msg/msg-arbd.htm) (link)
- Translation of Aritstotle's Poetica (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/poetica.pdf)in Arabic. PDF file.
- Muhammad Baqir as-Sadr: (1935-1980) Our Philosophy. (www.muslimphilosophy.com/op/default.htm) Trans. by S. Inati. (E-text)
- Murtada Mutahhari: Introduction to Ilm al-Kalam. (www.muslimphilosophy.com/ip/kalam.htm) (E-text)
- Syed Hossein Nasr: (www.cis-ca.org/voices/n/nasr.htm) (1933-) Islam and Modern Science. (www.muslimphilosophy.com/ip/nasr1.htm) (E-text)
- Dr. Abdelwahab M. Elmessiri: The West and Islam: Clash points and Dialogues (www.muslimphilosophy.com/ip/21-cen.htm) (E-text)

6. Featured articles:

■ A comment of Abul Hassan (www.muslimphilosophy.com/ip/abou%20al%20%20hassen.doc) Al-Âsh'ari's argument proving that *existentia* is *essentia*. (in arabic) word. Khayrallah, Lotfi.

■ Islamic Political Philosophy Book (Arabic Text): Tuhafat al-turk fima yajb an ya'mal fil muluk. (ed. Abdel Karim M. al-Hamdawy. (zipped word file) (www.muslimphilosophy.com/pol/tuhfah.zip) 2 Megs of 11. megs book.

■ Averroes' Critique of Kalam Atomism by M. Altaie (www.muslimphilosophy.com/ip/Atomism.pdf) (Arabic PDF E-text) Arabic Word. (www.muslimphilosophy.com/ip/Atomism.doc) (note there is an abstract in English on page 2).

■ Reason, Physicalism, and Faith (www.muslimphilosophy.com/ip/rpf-kdc1.doc) By. Prof. Crow. E-text English in word format.

■ On the expansion of the universe: Ghazali versus Ibn Rushd. (www.muslimphilosophy.com/ip/Expansion.pdf) by M. Altaie (Arabic PDF E-text - 328K) New Article. Also in Arabic word format. (www.muslimphilosophy.com/ip/Expansion.doc)

■ The degeneration of the Sun: Galen versus Ghazali with the defense of Ibn Rushd. (www.muslimphilosophy.com/ip/sun.pdf) by M. Altaie (Arabic E-text - 328K) New Article. Also in Arabic word format. (www.muslimphilosophy.com/ip/sun.doc)

■ The explanation of the refutations of al-Ghazali (www.muslimphilosophy.com/ip/ALgazali2.doc) against the first proof of the philosophers which confirms the eternity of the world. (in arabic) word. Khayrallah, Lotfi.

■ Islamic Philosophical Arguments for the Existence of God. (www.muslimphilosophy.com/ip/pg1.htm) M. Fahkry. (E-text)

■ Al-Ghazali's Crisis: a Re-evaluation of writings on his crisis. (www.ghazali.org/articles/crisis.htm) M. Hozien. (E-text)

■ Primer on Islam and the Problems of Causation, Induction and Skepticism. (www.muslimphilosophy.com/ed001/causation.htm) M. Aftab. (E-text)

■ The Scientific value of *dakik al-Kalam*. (www.muslimphilosophy.com/ip/dakik.pdf) M. Altaie (E-text- pdf only-783Kb)

■ Rationality in Islamic Philosophy. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/ration-mf.pdf) M. Fahkry. (E-text- pdf)

■ Philosophical Terminology in Arabic and Persian. (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/afnan-term.pdf) S. Afnan (E-text- pdf)

■ From the Net:

- Subject-Object Relation in Mullâ Sadrâ's Theory of Knowledge. (www.software2.bu.edu/WCP/Papers/TKno/TKnoMesb.htm) A. Mesbah (Link)
- Avicennisme et averroïsme dans la poétique et la rhétorique islamiques médiévales: La tradition persane. (www.software2.bu.edu/WCP/Papers/Medi/MediLell.htm) G. Lelli (French - Link)
- The Neoplatonist Roots of Sufi Philosophy. (www.muslimphilosophy.com/ip/CompGode.htm) K. Godelek
- Casuality and Islamic Thought (www.muslimphilosophy.com/ip/cause.htm) by A. Smirnov (e-text) also in Russian (link). (www.iph.ras.ru/~orient/win/publictn/texts/arph_pr.htm)
- Truth and Islamic Thought (www.muslimphilosophy.com/ip/truth.htm) by A. Smirnov (e-text) also in Russian (link).(www.iph.ras.ru/~orient/win/publictn/texts/arph_ist.htm)
- Ontological Argument revisited (www.muslimphilosophy.com/ip/Ontol101.htm) (by Ü. Dericioglu (e-text).

■ Lost on the Net:

- Al-Ghazali Causality & Knowledge. (www.muslimphilosophy.com/ip/gck.htm) By P. Adamson. (E-text or word: 73Kb)(www.muslimphilosophy.com/ip/gck.doc) Soon to be replaced by a new article Inshallah! right Peter!
- Knowledge and Immortality in Spinoza and Mulla Sadra. (www.muslimphilosophy.com/ip/kni.htm) By: C. Wilson. (E-text or word: 54Kb) (www.muslimphilosophy.com/ip/kni.doc)
- The Uncanonical Dante: The Divine Comedy And Islamic Philosophy. (www.muslimphilosophy.com/ip/tud.htm) P. Cantor. (E-text or word: 67Kb) (www.muslimphilosophy.com/ip/ud.doc)
- God Physics: From Hawkings to Avicenna. (www.muslimphilosophy.com/sina/art/gpa.doc) (By: W. Carroll (e-text only in word: 82Kb)

7. Courses:

■ Prof. Mashhad Al-Allaf (Course work) (www.muslimphilosophy.com/ma/default.htm)

■ Islamic Philosophy and Theology (www.muslimphilosophy.com/kalin/syllabus-IPT.htm): An introduction to key issues and figures. (link: Prof. I. Kalin's class).(www.holycross.edu/departments/religiousstudies/ikalin/) (updated: 2004-12-13)

■ Graduate Seminar on Arabic Philosophy. (www.muslimphilosophy.com/ip/syl/arabicphil.html) University of

London. Prof. P. Adamson. (peter.adamson@kcl.ac.uk)
- McGill University's Islamic Philosophy and thought. (link) (www.arts.mcgill.ca/programs/islamic/courses/philcrs.html)
- If your course is not listed here let us know. (e-mail Amir Al-Mawqiah) (webmaster@muslimphilosophy.com)

8. Clubs:
- Toronto Arabic Philosophy Reading Circle. (click here) (www.muslimphilosophy.com/ip/taprc.htm)

9. Endnote:
- What is endnote? (Bibliographic Resource software from Thomson ISI ResearchSoft) (www.endnote.com/)
- Islamic Philosophy (www.muslimphilosophy.com/en/ip-prct.enl)
- Avicenna (www.muslimphilosophy.com/en/avicenna.enl)
- Al-Ghazali (www.ghazali.org/biblio/ghazali.enl)
- Averroes (www.muslimphilosophy.com/en/averroes.enl)
- Iqbal (www.muslimphilosophy.com/en/iqbal.enl)
- webmaster's own (?) (www.muslimphilosophy.com/en/mih.enl)

10. Utilities:
- How to do Arabic in Windows (www.uga.edu/islam/arabic_windows.html) (new) by. aH. Madhany. Also in pdf. (links) (www.nclrc.org/inst-arabic3.pdf)
- Minipad: Arabic Text processor. (link) (www.harf.com/software/eminipad.htm)
- How to find Philosophical works in the Library. (link) (www.karn.ohiolink.edu/philosophy/shook.html)
- Need help with citations, see Internet Citation Guide. (link) (www.h-net.org/about/citation/)
- A reader is needed for PDF files and it is available free of charge from Adobe. (link) (www.adobe.com/prodindex/acrobat/readstep.html)
- Need help with pdf files, see Acrobat help for PDF files (link) (www.uwec.edu/help/Acrobat/pdf.htm)
- A reader is needed for Word files and it is available free of charge from Microsoft. (link) (www.office.microsoft.com/downloads/2000/wd97vwr32.aspx)
- Date Converter. Hijri to AD and vice versa. (local) (www.muslimphilosophy.com/ip/hijri.htm)
- Convert to/from Roman Numeral to/from Decimal. (local) (www.muslimphilosophy.com/asp/RND2.htm)
- Finally, if you have your own site please link to us. Islamic Philosophy Online: www.muslimphilosophy.com
- E-mail the webmaster : webmaster@muslimphilosophy.com

- **To download any files PDF or word:**

  1. Right-click (Mac users Click-and-hold) anywhere on the link.
  2. Choose 'Save Target As'.
  3. Choose a location to save the file, then click 'Save

11. Diversions (;-):
- Vanity in Arabic (site name in *Thulth* script). (www.muslimphilosophy.com/images/ipo.jpg)
- Games: Tic Tac Toe. (www.muslimphilosophy.com/games/tictactoe.asp)
- Games: Islamic Philosophy Hangman. (www.muslimphilosophy.com/games/hangman.asp)
- Music: Instrumental music presented in MP3 format. (www.muslimphilosophy.com/ip/music.htm)
- Download: Screen Saver (Islamic Art). Thumbnail Image. (www.muslimphilosophy.com/games/art.zip)
- Download: Screen Saver (Islamic Science). Thumbnail Image. (www.muslimphilosophy.com/games/science.zip)
- One thousand and One nights in Arabic html. (www.muslimphilosophy.com/ip/1001-ar.htm) Just one story Sherhazade's introduction the first and last story including the finale. More stories by request only...
  - Sinbad: in Arabic html (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/sinbad.htm)
  - Ali Baba: in English (www.muslimphilosophy.com/1001/ali-baba.htm)
  - Aladdin: in English (www.muslimphilosophy.com/1001/alaeddin.htm)
- Al-Bukhala' - The misers (www.muslimphilosophy.com/ip/bukhla.doc) - of al-Jahiz in Arabic word file (Unedited).
- Poetry:
  - The seven hanging odes (al-mu'alaqat) English translation by Arberry (PDF) (www.umcc.ais.org/~maftab/ip/pdf/bktxt/odes.pdf)
  - Lament of Seville (www.muslimphilosophy.com/ip/abubaqa.htm) by al-Randi. English html. Also in Arabic (www.muslimphilosophy.com/ip/abu-baq-ar2.htm). Also a new dual language version (www.muslimphilosophy.com/ip/seville-dual.htm) from Hammoud Mar'ey II. (alhameed@mail.sy)
- Our Multi lingual introductory screen. If your language is not included tell us! (www.muslimphilosophy.com/ip/intro.htm)
- Reporting copyright infringement. (www.muslimphilosophy.com/ip/rci.htm)
- About the Islamic Philosophy Online Project. (www.muslimphilosophy.com/ip/about.htm)
- See our guest book. (www.muslimphilosophy.com/gbook/ipgbk.htm) (Let us know your thoughts by e-mail: (ipo * muslimphilosophy.com) (Note: replace the * with @)or join our discussion fourm) (www.muslimphilosophy.com/forum/default.asp) This is just to avoid spam!

NB: Page created on 2001-06-28. - Last update on.
Page URL: www.muslimphilosophy.com/main.htm, alternate URL's: http://www.muslimphilosophy.net/, http://www.muslimphilosophy.org/, http://www.islamicphilosophy.org/

The International Association of Muslim Psychologists & The Journal of Muslim Mental Health

Web Site : www.MuslimMentalHealth.com

The International Associaton of Muslim Psychologists

Muslim Health Network

To contribute in the Islamization of Psychology process
To develop a network of Muslim psychologists
To hold regular workshops and provide training to psychologists in different professional areas
To hold an international seminar/conference every three years
To publish a quarterly newsletter
To publish a biannual, refereed journal, Muslim Psychologist
To provide professional consultation to departments of psychology in the Muslim world, such as curriculum development at the undergraduate and postgraduate levels, test construction, and other industrial/organizational and clinical issues.

MEMBERSHIP CATEGORIES: CATEGORIES ANNUAL FEES

A. Honorary Member US$100 minimum
B. Full Member: At least a Master's degree in Psychology - US$20
C. Affiliate Member : A degree in related fields - US$10
D. Student Member : At least a Bachelor's degree in Psychology - US$5

MuslimMentalHealth · Muslim Mental Health Network

bismillah ar-rahman ar-raheem

Muslim Mental Health is a discussion forum for professionals and students of the mental health fields (psychology, psychiatry, counseling, social work, etc.) .

It is for individuals who fear Allah and have a sincere intention to not only keep from straying from the Straight Path, but to also use their knowledge and effort to benefit and build the Islamic Ummah.

Topics of Discussion May Include:

- the intellectual, emotional, psychological, and spiritual nature of Muslim communities; areas of concern for the present-day Muslim mental health professional
- secular theories and how they relate or conflict with Islamic constructs and cultural variables
- solutions provided by the Qur'an and sunna for our psychological ailments
- personal issues and difficulties relating to clients and advice seeking; case presentations
- collaboration on research projects and recent issues presented in scientific journals
- announcements on conferences and career opportunities

On-Going Group Activities Include :

- Database of Islamic mental health references
- Research sadaqah project

Recent Discussion Topics Were :

- videotaping clients during relapse to enhance insight
- handshaking with opposite gender
- online Muslim mental health provider directories
- solution-focused brief therapy: Islamic perspective
- why are Muslims not pursuing empirical data studies?

This list is open to Muslims from around the world, regardless of theoretical orientation or training. Working in the mental health fields can be mentally and emotionally strenuous and exhausting. Unfortunately, however, most of us do not have the support of colleagues who are likewise trying to follow Islam .

Jazakum Allah Khairan, and may Allah bless this list and its members and allow for us to exchange knowledge and support that will benefit ourselves and our clients both in this world and the next.

For more information: muslimmentalhealth@hotmail.com
Post message: MuslimMentalHealth@yahoogroups.com
Subscribe: MuslimMentalHealth-subscribe@yahoogroups.com
Unsubscribe: MuslimMentalHealth-unsubscribe@yahoogroups.com
List owner: MuslimMentalHealth-owner@yahoogroups.com

Conferences

September 10-15, 2005 - XIII World Congress of Psychiatry (Cairo / Egypt)
Sponsored by The World Psychiatric Association and The Egyptian Psychiatric Association
Deadline for submission of abstracts, lectures, papers, posters, and workshops is November 1, 2004
www.wpa-cairo2005.com

OFFICE BEARERS

President – Prof. Dr. Malik B. Badri
International Institute of Islamic Thought & Civilization (ISTAC)
205 Jalan Damansara 50840Kuala Lumpur / MALAYSIA
Fax: 603-2548343

General Secretary - Prof. Dr. Nizar S. Al-'Ani
Kulliyyah of Islamic Revealed Knowledge & Human Sciences IIUM
Tel.: 604-7903119

Treasurer Assoc. – Prof. Dr. Noraini Mohd. Noor
Department of Psychology IIUM
Tel.: 603-7903415

Journal Editor - Prof. Dr. Mahfooz A. Ansari
Department of Psychology IIUM
Tel.: 603-7903112 Fax: 603-7576045
E-mail: iiu.@edu.my

Journal Editor - Prof. Dr. Mustafa Achoui
Research Centre IIUM
Tel.: 603-7903396 Fax: 603-7572589
E-mail : achoui@iiu.edu.my

Membership Director - Prof. Dr. Zafar A. Ansari
Department of Psychology IIUM
Tel.: 603-7903179 Fax: 603-7576045
E-mail: zafar@iiu.edu.my

Bureau Member - Prof. Dato' Dr. Abdul Halim Osman
School of Psychology & Social Work University Malaysia Sabah Likas Bay Campus
Jalan Yayasan Sabah, 88400 Kota Kinabalu Sabah / MALAYSIA
Tel.: 6-008-434001 ext. 311/201 Fax: 6-088-433979

Bureau Member - Prof. Dr. Muhammad Haji Yusuf
National University of Malaysia , 43600Bangi Selangor / MALAYSIA
Tel.: 603-8250442 Fax: 603-8256484

Bureau Member - Assoc. Prof. Dr. Fatma Zohra Sai
Department of Psychology IIUM
Tel.: 603-7903693

The Journal of Muslims Mental Health

The Journal of Muslim Mental Health intends to identify the mental health care needs of Muslims. Establishing a peer reviewed and refereed academic journal will encourage research in this field and provide a forum for the development of culturally sensitive psychometric scales, faith-based psychotherapy techniques, outcome studies on mental health interventions in Muslim populations, etc.…

As community service projects are developed, the void in the Muslim mental health literature becomes more glaring. The Journal of Muslim Mental Health will be a forum for filling this vacuum by making relevant research data, typically overlooked by more general mental health journals, readily available within and beyond the academic medical community. Aside from important intellectual contributions, the journal will inform service-oriented work that will make institutions more effective in delivering mental health care to their communities.

Can Muslim mental health professionals and academics provide a culturally, and religiously, relevant approach to mental illness? Can Islam as a tradition develop a distinct position on human behavior, psyche, and mental health which can accommodate different cultures in different periods? These are questions that must be addressed by researchers in the field who are familiar with the principles of Islamic law, theology, and philosophy and are actively participating in research on mental health. There are only a few contemporary works that attempt to reconcile current theories of behavior and psychopathology with Muslim cultures. The Journal of Muslim Mental Health will serve as a vehicle for critical engagements with the academic discourse, integrating different modes of research and analysis, exploring the culturally constructed dimension of mental illness and exploring the spectrum of Muslim perspectives on mental health.

How Can You Help?

One of the most important contribution one can make is your intellectual contribution. The success of this journal depends on the quality of the literature published. Therefore, if you have interesting clinical or analytical research, a compelling editorial or book review, or if you can write up an interesting clinical case then please submit your work to our journal. Second, if you have expertise in a specific discipline within mental health, please volunteer as a peer reviewer. We carefully select our peer review staff; therefore, you must submit your curriculum vita to the below address. Finally, as in any worthwhile endeavor, we could always use financial support .

For questions or contributions please email Dr. Hamada Hamid, Managing Editor: journal@MuslimMentalHealth.com

Editor-in-Chief

Abdul Basit, Ph.D directs The University of Chicago's Division of Multicultural Mental Health Services. He is an eminent clinician and scholar in multicultural services. Dr. Basit is a member of the National Advisory Board to the Center for Mental Health Services, Chicago Governor Ryan's board on children and family services, and The U.S. Human Health Service Secretary Tommy Thompson's panel on services for Arab and Muslim Americans. Dr. Basit is also the director of the Islamic Society of North America's Center for Health and Human Services .

Managing Editor

Hamada Hamid, D.O. after graduating medical school at Michigan State University, completed an internal medicine internship at Cook County Hospital in Chicago, Illinois. He then spent a year as a Fulbright fellow studying the public health problems of Jordanians with various neuopsychiatric illnesses. He is currently a clinical fellow at New York University's Center for Global Health and a resident in the combined neurology and psychiatry program at NYU. His current research interests include the role of culture in the presentation and management of neuropsychiatric illnesses.

Imam & Chaplain Sections Editor

Ahmed Nezar M. Kobeisy, Ph.D. is the Director of the Islamic Society of North America's Center for Aging Support and Counseling. After providing 17 years of service as Imam and Counselor for the Islamic Society of Central New York in Syracuse, he has recently relocated to Schenectady, New York. He is currently Imam and Director of the Islamic Center of Capital District and continues to work as the Muslim Chaplain of Syracuse University. He has faculty appointments at Le Moyne College, State University of New York at Oswego, and Hartford Seminary. His areas of specialty include cross-cultural counseling particularly to Muslims and Arabs, pastoral care, conflict management and resolutions, and history, cultures and affairs of Islam and the Muslim world. He is the author of "Counseling American Muslims: Understanding the Faith and Helping the People."

Associate Editors

Sameera Ahmed, Ph.D (biosketch coming soon)

Osman Ali, M.D. completed his general psychiatry residency at Cornell University in 2003 and a fellowship in public psychiatry at Columbia University in June 2004. He is the primary investigator for an ongoing research study of imam's role in meeting the counseling needs of Muslim communities in the United States. He is currently an Attending Psychiatrist at Bellevue Hospital in New York City.

Mona Amer, M.A. is a Psychology Fellow at Yale University School of Medicine and a Clinical Psychology PhD candidate at The University of Toledo, Ohio. She received her initial psychology training at the Behman Hospital, Egypt, where she served on the research team for the United Nations Drug Control Program Global Study on the Illicit Drug Markets. She is the primary investigator on mental health needs assessment research of the Northwest Ohio Muslim community and has pioneered a cultural competency training model for mental health practitioners working with Muslims. She is also the Associate Editor for The Community Psychologist.

Ihsan Al-Issa, Ph.D is the General Secretary of the International Arab Psychological Association. His present research interest is in the indigenization of Arab psychology and the study of the concept of the self in Arab Islamic communities.

His publications include edited volumes: “Handbook of Culture and Mental Illness: An International Perspective” and “Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World.”

Navid Rashid, MD completed his general psychiatry training and was chief resident in at University of Illinois-Chicago. He serves on the American Psychiatry Association’s Corresponding Committee on Religion, Spirituality, and Psychiatry. He is also the primary investigator on trauma intervention by religious professionals. He is currently a fellow at Georgetown University’s Consultation Liaison program .

Ahsan Sheikh, M.D. is a Child Psychiatrist currently practicing in San Jose, California at Eastfield Ming Quong, a Non Profit Organization servicing children at risk of losing their placement at home. He received his B.S. in Psychology at the University of Michigan and graduated from the University of Michigan Medical School, where he received his Adult Psychiatry training. He completed his Child Psychiatry Fellowship at Stanford University. He has worked in a Consultation-Liason role between Mental Health Care systems and the Muslim population, both in Greater Detroit and in the Bay Area.

Information for Authors

Mental illness is culturally influenced, and to form diagnostic opinions, management decisions, and health policy on people from different communities, the historical and social nuances of the culture must be well understood. The Journal of Muslim Mental Health provides an academic forum to explore social, cultural, historical, theological, and psychological factors related to the mental health of Muslims in the United States as well as that of the global Islamic community. To this end, the Journal welcomes contributions across the social science disciplines,

including psychiatry, psychology, Islamic studies, nursing, social work, sociology, anthropology, philosophy and fields interested in mental health and the Muslim community. Readership is intended to include social scientists, clinicians, counselors, and health policy makers. Clinical and research material is welcome for submission to the following areas: Original Contributions (reviews, original research), Chaplains' Forum (for reflections and observations by pastoral care specialists and imams involved in clinical mental health care and counseling), book review, and Letters to the Editor.

Manuscript Submission

Submitted manuscripts will be :

Original contributions (please specify whether material has been previously published or is under consideration for publication elsewhere). Approved by the authors, who are all expected to qualify for authorship by significant participation in the submitted material. The corresponding author should be designated and contact information provided. Adherent to accepted standards of patient anonymity and informed consent; this responsibility rests with the authors. Reviewed anonymously by JMMH editorial board members or other designated peer reviewers prior to acceptance for publication. Inclusive of disclosure of all forms of support including conflict of interests.

Manuscript Preparation

The Journal's format will be in accordance with the International Committee of Medical Journal Editors. See "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals," Ann Intern Med 1997; 126:36-47. See http://www.icmje.org

Original research and review articles are welcomed:

Include Title, Abstract, and standard text format of Introduction, Materials and Methods, Results, and Discussion with references and figures. Please consult "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals." Ann Intern Med 19) 47-126:36 ;97icmje.org)

Other categories for submission include:

Chaplains' Forum; this is intended for observations, reflections, and introspective material from imams, clergy, chaplains and religious professionals of all faiths. It is preferred that the material be relevant to clinical encounters, and address in some way the relationship between the domains of religion/ spirituality and mental health . Case studies and case series of interesting clinical cases are also welcomed.

Featured topics will occasionally include: Islamic Law & Ethics, History of Mental Health in the Islamic World, Mental Health Concept.

Letters to the Editor; these should be concise, and may include general comments and concerns from the readership, specific responses to published material in the JMMH, and case reports or anecdotal reports.

Submit articles to journal@MuslimMentalHealth.com

PROFESSIONAL ASSOCIATION

The following are information links to websites associated with Muslim Mental Health :

AJMMH - American Journal of Muslim Mental Health
http://www.muslimmentalhealth.com/Association_Docs/contribute.asp

Arab Psych Network - Internet psychology and psychiatry resource for the Middle East.
http://www.arabpsynet.com/

Crescent Life - Excellent resource for online articles related to Muslims and mental health
http://www.crescentlife.com/index.htm

Ethnic Health Forum - Mental Health Information in Urdu
http://www.ethnichealth.org.uk/urdu-mind/eindex13.htm

IAMP - International Association of Muslim Psychologist - European office website
http://www.angelfire.com/me/iampe

ICNA - Islamic Circle of North America
http://www.icna.com/

IMA - Islamic Medical Association of South Africa
http://www.ima.org.za/

IMANA - Islamic Medical Association of North America
http://www.imana.org

Islamic Chaplaincy Program - Hartford Seminary Islamic Chaplaincy Program
http://macdonald.hartsem.edu/chaplaincy/index.html

Islamic Psychology Online - Resource to traditional and premodern Islamic theories of mental health
http://www.angelfire.com/al/islamicpsychology/

ISNA - Islamic Society of North America
http://www.isna.net/

ISSA - Islamic Social Service Association
http://www.issaservices.com/

MHN - Muslim Health Network. United Kingdom based charity organization dedicated to educating and providing resources to Muslims in the UK
http://www.muslimhealthnetwork.org/

MMH List - Muslim Mental Health email list. Over 200 mental health professionals from different disciplines around the world subscribed
http://groups.yahoo.com/group/MuslimMentalHealth/

WIAMH - World Islamic Association for Mental Health
http://www.geocities.com/wiamh2001/index.html

جائـزة ابـن رشـد للفكـر الحـر

ملحـق : مؤسسـة ابـن رشـد للفكـر الحـر

Web site : http://www.ibn-rushd.org - *E.mail :* info@ibn-rushd.org

ابـن رشـد : لمحـة عن حياته و فلسفتـه

- هو محمد بن أحمد بن محمد بن رشد ويُكنى أبا الوليد
- ولد عام 520 هجري – 1126 ميلادي في مدينة قرطبة بالأندلس
- روى عن أبيه أبي القاسم استظهر عليه الموطأ حفظا، وأخذ الفقه عن أبي القاسم بن بشكوال وأبي مروان بن مسرة وأبي بكر بن سمحون وأبي جعفر بن عبد العزيز وأبي عبد الله المازري. وأخذ علم الطب عن أبي مروان بن جريول، وكانت الدراية أغلب عليه من الرواية، ودرس الفقه والأصول وعلم الكلام. ولم ينشأ بالأندلس مثله كمالا وعلما وفضلا، وكان على شرفه أشد الناس تواضعا وأخفضهم جناحا، وعني بالعلم من صغره إلى كبره، حتى حكى أنه لم يدع النظر ولا القراءة منذ عقل إلا ليلة وفاة أبيه، وليلة بنائه على أهله، وأنه سود فيما صنف وقيد وألف وهذب واختصر نحو من عشرة آلاف ورقة. ومال إلى علوم الأوائل، وكانت له فيها الإمامة دون أهل عصره، وكان يفزع إلى فنياه في الطب كما يفزع إلى فنياه في الفقه مع الحظ الوافر من الإعراب والآداب والحكمة. حكي عنه أنه كان يحفظ شعر المتنبي وحبيب. وله تآليف جليلة الفائدة، منها كتاب "بداية المجتهد، ونهاية المقتصد" في الفقه (هو هذا الكتاب الذي أبان عن مقدار معرفة الرجل بالشريعة، فإنه ذكر فيه أقوال فقهاء الأمة من الصحابة فمن بعدهم، مع بيان مستند كل من الكتاب والسنة، والقياس مع الترجيح، وبيان الصحيح، فخاض في خر عجاج ملتطم الأمواج، واهتدى فيه للسلوك، ونظم جواهره في صحائف تلك السلوك، فرحمه الله رحمة واسعة) ذكر فيه أسباب الخلاف وعلل وجهه، فأفاد وأمتع به، ولا يعلم في وقته أنفع منه ولا أحسن سياقا، وكتاب الكليات في الطب، ومختصر المستصفى في الأصول، وكتابه في العربية الذي وسمه بالضروري، وغير ذلك تنيف على ستين تأليفا، وحدث سيرته في القضاء بقرطبة، وتأثلت له عند الملوك وجاهة عظيمة، ولم يصرفها في ترفيع حال ولا جمع مال، إنما قصرها على مصالح أهل بلده خاصة ومنافع أهل الأندلس. وحدث وسمع منه أبو بكر بن جمهور وأبو محمد بن حوط الله وأبو الحسن بن سهل ابن مالك وغيرهم.
- توفي عام 595 هجري – 1198 ميلادي في مدينة مراكش
- اشتهر بالقضاء حيث ولي قضاء قرطبة وفي الطب حيث كان طبيباً لبعض الخلفاء ثم في الفلسفة فاهتم بدراسة المنطق والبحث عن الحقيقة وذلك بدرس أرسطو وشرحه.
- ألف كتباً في الفقه والإلهيات والفلسفة وأهم كتبه:

  تهافت التهافت و فصل المقال، الكشف عن مناهج الأدلة، القسم الرابع من وراء الطبيعة، بداية المجتهد ونهاية المقتصد.

  وله عشرات المؤلفات الأخرى نقت ترجمتها في آنه إلى العبرية ثم اللاتينية فاللغات الأوروبية.
- عاش عدة عقود من عمره في كنف الخلفاء يزين مجالسهم في حلقات العلم والفلسفة والفقه عندما كان جو التسامح كبيراً ثم حوكم وأبعد في نهاية زمن الخليفة يعقوب المنصور بدسائس الحاقدين وانصراف المنصور إلى مشايخ الطرق الصوفية. عفا عنه الخليفة بعد فترة ليست طويلة ولكن بعد أن كانت جمع كتبه عن الفلسفة قد أحرقت.

تقديـم الجائـزة

تماشـياً مـع تحقـيق أهـداف المؤسسة في دعم الفكر الحر والديمقراطية والإبداع في العالم العربي تمكّنت مؤسسة ابن رشد للفكر الحر وبسبب دعم المشتركين المادي والفكري والمعنوي تمنح "جائزة ابن رشد للفكر الحر في برليـن باسـم أعضـاء وداعمي المؤسسة للمرة الخامسة منذ عام 1999. والجوائـز تُمـنح لشخصيات أو مؤسسات عربية ساهمت في عملية تطوير المجتمع العربي نحو الحرية والديمقراطية والحداثة. احتفالية منح جائزة ابن رشد للفكر الحر تقام سنوياً في برلين حول العاشر من شهر ديسمبر/كانون أول لتكريم الفائزين وتسليط الأضواء من خلال مؤتمر صحفي عالمي على أعمـالهم وكـتاباتهم وتكريم فيلسوف العرب ابن رشد في ذكرى وفاته، المفكـر العربـي الـذي أظهـر أهمية التفكير العقلاني والبحث العلمي والمعرفة في تطور المجتمعات قبل بداية تطور أوروبا بعدة قرون.

دعوة للمشاركة في ترشيح أسماء للفوز بجائزة 2004 في موضوع الأدب الملتزم

- تمنح هذه السنة لكاتب عربي معاصر أثرى بأعماله المميزة الأدب العربـي الملتزم واستطاع من خلالها إيقاظ ضمير القارئ العربي وتفعيل وعيه النقدي وتحفيزه على التصدّي لمشكلات عصره والإسهام الفعّال في

تشكيل محيطه.
- تُمَـوّل جائـزة مؤسسة ابن رشد للفكر الحر من أعضائها في البلاد العربية والمهجر.
- تُمنح للفائز / للفائزة في الأسبوع الثاني من شهر ديسمبر في احتفال رسـمي فـي برليـن يوم ذكرى وفاة الفيلسوف ابن رشد تقديراً لاستقلاله الفكري وتسامحه الديني واستنتاجاته العقلية.
- عقب الاحتفال سيُعقد مؤتمر صحفي. قيمة الجائزة 2500 يورو
- تتكفل المؤسسة بتذكرة الطائرة والإقامة في برلين لمدة 2-3 أيام.
- مـن أراد ترشـيح شـخص عليه أن يُرسل أسم المُرشّح مع بضعة سـطور يشـرح فـيها سـبب ترشيحه وذلك بخطاب أو بالفاكس أو البريد الإلكتروني إلى عنوان المؤسسة قبل تاريخ 2004/7/15.
- تُحال الاقتراحات إلى لجنة مستقلة تختار الفائز من ضمن هذه الاقتراحات.

تاريـخ جوائـز ابـن رشـد للفكـر الحـر

جائـزة عام 1999 – مُنحـت لقـناة الجزيـرة الفضـائية من قطر لمساهمتها في تطوير الإعلام في العلم العربي.

جائـزة عام 2000 – مُنحـت في مجال حقوق المرأة العربية للأستاذة عصام عبد الهادي، رئيسة الاتحاد العام للمرأة الفلسطينية.

جائـزة عام 2001 – مُنحـت للمفكـر والكاتـب محمود أمين العالِم لإسهامه الطويل في النقد والإبداع وكفاحه السياسي.

جائـزة عام 2002 - مُنحت للبرلماني العربي عزمي بشارة لكفاحه من أجل الديمقراطية والتعددية في المجتمع الفلسطيني والعربي.

جائـزة عام 2003 - مُنحـت للأستاذ محمد أركون وذلك تقديراً لدوره الـريادي فـي البحث عن جذور عربية أصيلة في المنطق والعقلانية والتنوير.

كانت نتيجة الاستفتاء لأعضاء المؤسسة في موضوع جائزة سنة 2004 لصالح "كاتب / كاتبة عربي في الأدب الملتزم وقد وصل المؤسسة العديد من طلبات الترشيح تم تحويلها، كما في كل عام، إلى لجنة تحكيم مستقلة للنظر في أحقية الفائز.

جائزة ابن رشد 2004 تُمنح للكاتب العربي : صنع الله إبراهيم

منحت مؤسسة ابن رشد للفكر الحر جائزتها هذا العام للروائي المصري صـنع الله إبراهيم. تم ذلك في احتفال بهيج حضره عدد غفير من المثقفين العـرب وممـثلون عـن الجمعيات العربية والألمانية والأكاديميون الألمان ومجموعـة من الصحفيين العرب والالمان والسلك الدبلوماسي العربي. وقد تسـابقت أجهزة الإعلام العربية والأوروبية في إجراء مقابلات مع الروائي صنع الله إبراهيم طيلة إقامته في برلين.

قالـت المؤسسـة في خطاب التكريم : إنّ مؤسسة ابن رشد للفكر الحر تقـدم للمـرة السادسـة جائزتها في برلين ونالها هذه السنة السيد صنع الله إبراهيم الذي كرس حياته بجرأة ودون حلول وسط سواءً في كتاباته الأدبية أو فـي تصرفاته للوصول إلى الحق وحرية الرأي والديموقراطية في الدول العربـية. وقع الاختيار عليه من قبل هيئة تحكيم مستقلة تكونت من خمسة أعضاء من أشهر المثقفين وأساتذة الأدب العربي.

روايـته الأولـى التي نشرت غير كاملة عام 1966 تحت عنوان "**تلك الرائحة**" التي تصف تجربته في السجن والفترة بعد خروجه مباشرة حددت اتجاه نشاطه الأدبي الكامل بعد ذلك. تم مصادرة رواية "**تلك الرائحة**" من سنة 1966 حتى 1986 حيث تم نشرها لأول مرة بكامل نصوصها الأصلية.

وكمـؤرخ لزمنه طرح صنع الله إبراهيم موضوع الحرب الأهلية في لبـنان في كتابه "**بيروت بيروت**" (1984) وفي كتابه "**وردة**" (2000) يعالج تجربة جبهة التحرير في سلطنة عُمان أوئل السبعينات. أحدث رواياته هي "**أمريكانلي**" (2003) التـي يمكن أن تقرأ "**أمـري كان لي**" وتسجل تجربة أستاذ تاريخ مصري في جامعة أمريكية وتعرض لتاريخ كل من البلدين.

صـنع الله إبراهيم رصد تطوره الفكري من خلال ملاحظات كان يكتبها علـى ورق السجائر في السجن علي مدى سنوات ووضّح مفهوم الالتزام عند كتّاب عالميين كما وضّح تطور هذا المفهوم لديه شخصياً.

قضـى الكاتب صنع الله إبراهيم خمسة سنوات ونصف في السجن من 1959 إلى 1964 عقب السجن الجماعي للمثقفين في مصر في الستينات.

وذكـر صـنع الله إبراهيم في خطابه : " كنت أنمو بسرعة. قالوا إن السـجن مدرسـة لـثوار ولدي شكوك بالنسبة لصحة هذه العبارة. لكني متأكد من أن السجن مدرسة هامة للكاتب. ففيه يحتك بشخصيات ومواقف متباينـة ويـتعرف علي كتابات متنوعة ويثري معارفه بمناقشات لأفكار مختلفة وبملاحظات عن السلوك الإنساني ومحاولات لفهم دوافعها. الوقت في السجن طويل طويل يتيح للكاتب أن يفكر ويتساءل ويشك ويقترب من الضعف الإنساني ويصبح هو نفسه أكثر إنسانية."

وتـابع في مكان آخر من خطابه : " وبينما يباد الشعب الفلسطيني على رؤوس الأشهاد، وتضع الإمبراطورية الأمريكية يدها على بترول العراق وتستعد للسيطرة على بترول إيران، ويُصنع من الإسلام غولا يستخدمه رأسـماليو أوروبا في التغطية على استغلالهم لمواطنيهم، وتوضع القوانين الفاشـية باسـم محاربـة العـداء للسامية... بينما كل هذا يجري يتحدث المثقفون" الليبراليون" عن الحكمة والسلام والتسامح والحوار وحب الآخر والتجديد الديني."

فجّـر إبراهـيم ضـجة كبيرة عندما رفض قبول "**جائزة الرواية العربية سنة 2003 المقدمة من وزارة الثقافة المصرية**، وقال في خطابه : **"إن هـذه الجائـزة مقدّمـة مـن حكومـة لا تملـك ـفـي نظـري- مصـداقية منحها".**

خـلال أعمالـه نادى صنع الله إبراهيم بالاحتفاظ بالضمير الناقد لكي نـرى مـن خلاله ونفهم العلاقات السياسية المعقّدة. رواياته تُشجع قارئيها على المقاومة، لا على تحمل الوضع المزري.

وقالـت الأستاذة ألريكِ شتيلي فيريكْ في خطاب التكريم : على الرغم مـن الأضـرار التي أصابته والمعاداة التي واجهته كان صنع الله إبراهيم مخلصاً لمثله العليا وهي البحث عن الحقيقة. صنع الله إبراهيم منوّرٌ منذرٌ لا يكـل ولا يتعب - هو ضمير الأمة الجسور. هذه الجرأة في البحث عن الحقيقة والمعرفة تربط صنع الله إبراهيم بابن رشد وأنه مثله لا يخاف من أي جـدل مـع الغريب أو بالأحرى من التفكير الغريب. وجائزة ابن رشد تُمنح اليوم لشخص وضع بكتاباته وأعماله علامات واضحة ترمز للوقوف ضـد أي نـوع مـن الوصاية والكذب والتعسف والعنف وانتهاك حقوق الإنسان.

أصبح اسم صنع الله إبراهيم يرمز إلى الفكر الحر وكرامة الإنسان.

جائزة ابن رشد 2005 هل يتوافق الفكر الإسلامي مع الحداثة؟

هـل يـتوافق الفكر الإسلامي مع الحداثة؟ هل تسمح أصول الدين أن يعـيش العربي المسلم في دولة عربية حديثة تتميز بصفات الحضارة بما فيها محورية الإنسان المواطن في المجتمع، حرية الرأي والمساواة بغض الـنظر عـن الجـنس أو اللون أو الدين؟ هل يتعارض الإسلام مع أنظمة الحكم الحديثة القائمة على الديمقراطية وتناوب الحكم والتعددية؟

نحـن نعـتقد أن الدولة الديمقراطية الحديثة، التي تصبو معظم شعوب العـالم إلـى تحقـيقها هـي نـتاج الفكر الإنساني الذي أثّرت فيه جميع الحضـارات الأولى وجميع الديانات السماوية ومجمل النظريات الفلسفية. إنهـا ليسـت نـتاجاً غربـياً فقط بل تبلوراً لتراكم الفكر الإنساني نضج والحضارة الغربية في أوج تطورها.

فما وضعنا نحن العرب المسلمين من هذه الحضارة وكيف بنا أن نخرج مـن عمق الأزمة؟ هل للإسلام من دور في إلحاقنا بالحداثة؟ وعندما نقول إسـلام أي إسـلام نعني؟ الإسلام الرسمي الملحق بالحكومات المضطهدة؟ الإسلام السياسي؟ الإسلام السلفي؟ أم بذرة التطور الكامن في قلب كل مسلم مشتاق إلى تغير فعلي نحو العدالة الاجتماعية؟

نحـن بـأمس الحاجـة إلى انطلاق حركة تنوير حقيقية وجذرية بدأها مفكّرون مثل الأفغاني ومحمد عبده والكواكبي وبحاجة إلى إعادة النظر في تفسـير الـتراث الدينـي وتنقيح ما يتعارض مع أهم دعائم الحداثة وكتابة الـتاريخ العربـي الإسـلامي بموضوعية تستبعد كل ما يكبل العقل والفكر الرشيد. فأين المصلحون المستفلون اليوم؟

تُمنح جائزة ابن رشد للفكر الحر لسنة 2005 لعالِم عربي مسلم /عالمة عربية مسلمة مجتهد في أصول الدين يدعو إلى الإصلاح الديني قرّب بتفسيره وتأويله بين الفكر الديني الإسلامي والحداثة مدة الترشيح : 3/1/ 2005 – 2005/5/15

تُمنح جائزة ابن رشد من مؤسسة ابن رشد للفكر الحر في برلين بألمانيا كـل عـام لإحـدى الشخصـيات العربية التي تساهم في دعم الفكر الحر والديمقراطـية فـي البلاد العربية وذلك حول العاشر من شهر ديسمبر في ذكرى وفاة مفكر العرب الأكبر الفيلسوف ابن رشد واحتراماً لحقوق الإنسان التي صدر بيانها في مثل هذا التاريخ. قيمة الجائزة معنوية بالدرجة الأولى تـبلغ 2500,00 EUR وتتكفل المؤسسة بتغطية السفر والإقامة في برلين من 3-2 أيـام. تمويـل المؤسسة يتم من أعضاء معظمهم من العرب في الوطن العربي والمهجر.

يحـق لكـل مثقف في البلاد العربية أو في المهجر ترشيح أي شخص عربي تتناسب أعماله وأفكاره مع عنوان الجائزة وله تأثير واضح في البلاد العربـية في التقريب بين الفكر الديني الإسلامي والحداثة مع ذكر الأسباب والبراهيـن كتابياً وإرساله إلى عنوان المؤسسة ضمن مدة الترشيح. تتكون كـل عـام لجـنة تحكيم مستقلة عن المؤسسة للنظر في أولوية المستحقين للجائزة.

ملحـــق : مؤسســـة ابـــن رشـــد للفكـــر الحـــر

مؤسسة مستقلة تسعى لدعم ونشر قيم الحرية والديمقراطية في العالم العربي

فلسفـة المؤسسـة : قناعـات ومعتقـدات

قـبل مائة عام تقريباً عندما كان **خير الدين التونسي** والشيخ **محمد عبده** و**جمال الدين الأفغاني** ينادون بالإصلاح والتغيير والنهضة في العالم العربي الإسـلامي، كانـت إمكانـية اللحاق بالحضارة السّائدة نظرياً وعمليا ليست ببعيدة آنذاك.

عـندما نـنظر الآن نجـد أن هوّة الفرق بين الحضارة الغربية السّائدة والعـالم الثالث ومنهم بلاد العرب أصبحت من العمق بحيث ان اللحاق بها يكـاد يكـون من الأوهام. كانت كل الاكتشافات والاختراعات والنظريات العلمية والفلسفية طيلة القرون الستة الماضية من نصيب الغرب وحده. ولا شـك أن الاعـتراف بهـذا السبق مؤلم بالنسبة لمن يرتبط تراثيّاً وحضاريّاً بالعـالم العربي، ولنه لمفزع أنّ العالم العربي لم يقدم شيئاً يُذكر سواءً لنفسه أو للحضارة الإنسانية طيلة هذا الوقت.

يسيطر الغرب على العالم العربي عسكرياً واقتصادياً وحضارياً بواسطة اسـتخدام المعـرفة والعلم والتحليل العقلي. بل أصبح يحدّد مجريات العالم أجمعه وأمست حضارات الدول النامية وحضارة العرب تابعة للغرب تدور في فلكه.

بالتأكيد هذا وضعٌ غير مقبول ينبغي اجتيازه. ولكن إذا أراد العرب أن يكونوا أنداداً للغرب، **عليهم أن يدركوا مصدر قوة الغرب بدلاً من تقليدهم لـه تقليداً أعمى باستهلاك منتجاته فقط.** عليهم أن يفكروا بتطبيق قيم جديدة تـؤدي إلـى تطـور اجتماعي واقتصادي، قيم تضمن كرامة كل مواطن. ولكـنهم يجـدون كل المبررات الاجتماعية والدينية لعدم تطبيق تلك القيم والمبادئ: إنّها **قيم المساواة، حقوق الإنسان، الكرامة والعدل لجميع أفراد المجتمع.**

إن الحضارة الغربية السائدة ليست وحدها التي بذرت وأنبتت هذه القيم إنمـا ساهمت فيها كلّ الحضارات بتراكم المعرفة وتطور الفكر الإنساني علـى هذا النحو المشترك. وقد سبق للمفكرين العرب إن نقلوا واستوعبوا وطـوروا الحضـارات السـابقة لهـم، مثل الحضارة الإيرانية والهندية واليونانية، فيكون العرب قد ساهموا بالحضارة الغربية، حيث كانوا جسراً بين الحضارة الإغريقية والغربية الحالية.

إن جـوهر الفكر الحر والتسامح بالرأي والفكر الآخر هو الأساس الذي علـيه تـتكوّن الحضـارات. إن تبنّي طُرُق تفكير جديدة لا يعني التكيف والارتـباط بالغرب : معظم الحضارات العالمية قد ساهمت في تطور تلك القيم التي يُقالُ الآن عنها بأنها غربية لكنها أصبحت الآن مبادئ يرتشد بها الجميع. فهي **قيم إنسانية عالمية**. تطبيقها في العالم العربي، يعني أننا نعيد التوجه نحو الذات، لنقوم ضمناً بإحياء مَنْ تحلّى بهذه القيم مثل أبي العلاء المعـري وابـن سينا وابن خلدون وابن رشد وابن طفيل وآخرين كثيرين ساهموا بشكل فعّال في الحضارة الإنسانية.

حان الوقت لمن ينتمي إلى الحضارة العربية أن يساهم مرة أخرى في الحضارة الإنسانية: من الضرورة أن تكون الشعوب العربية صانعة للحضارة من جديد. من الضروري أن تصبح مجددة شريكة في إثراء الحضارة العالمية بدلا من أن تكون تابعة. والطريق للتوصل إلى ذلك هو إعادة تنظيم البيت العربي، والذي يعني أن نحترم ونطور المشترك بين العرب ونسعى نحو الوحدة وإعادة بناء الانتماء العربي والقومي إبتداءً من الطفولة في جو من التسامح وحرية الفكر. على الشعوب العربية إن أرادت أن تساهم في الثقافة والتراث العالمي مرة أخرى أن تبني علاقة أكثر احتراما نحو الإبداع وأكثر جدّية نحو والعمل والإنتاج، **فمن لا يُنتج معرفة بالمجتمع لا يستطيع المساهمة في تغييره، ومن لا يُبدع فكرا هو اعجز من أن يُؤثر في مجرى الأحداث وتطور الأفكار**. يتوجب تشجيع من يقوم بدور فعّال مبدع من خلال إسهامه في البحث عن أبعاد وآفاق جديدة وإيجاد حلول جديدة للقضايا المعاصرة. حلول لا سابق لها في التراث.

لعلهـا حلـول إيجابية ومنافية للتراث أحيانا. فالإبداع هو خلق الجديد المُفيد والجميل والمُلائم للإنسان.

إن الصـراع بين مؤيدي التراث التقليدي ومؤيّدي تيار التجديد الجذري يُحـدث جـدلاً نشطاً ويشجع إيجاد أجوبة واقعية مقنعة. ويمكن أن تتبلور جـراء ذلـك واقعـية جديدة تصبح صفة إيجابية، ملازمة، مميزة للعالم العربـي. لهـذا السبب نرحب بالحوار الصريح المفتوح كل الترحيب. إن نجاح الحوار بين الآراء السياسية والفكرية المختلفة سيكون مضمونا طالما توافرت حرية إبداء الأفكار.

أُنشئت مؤسسة ابن رشد للفكر الحر لإحراز الأهداف المذكورة أعلاه. وهي مؤسسة مسجلة مستقلة لا تقع تحت تأثير أيّة حكومة أو سُلطة دينية. هي مؤسسة ليبرالية تحمل آمال العرب في الارتقاء، في الحرية والمساواة وحقوق الإنسان والعدل الاجتماعي.

تحمل المؤسسة اسم ابن رشد. وهو المعروف في أوروبا والغرب باسم Averroes. كان مفكراً عربيا عظيماً، طبيباً وعالماً، قاضياً وفيلسوفاً. عاش من 1126 إلى 1198 ميلادية في الأندلس ومراكش. وقد أنشأنا مؤسسة ابن رشد للفكر الحر في تمام العاشر من ديسمبر، 1998، بمناسبة مرور ثمانمائة عام على وفاته، ذكرى لابن رشد وتذكيراً بفضله وبالأخص بفكره الحر.

تاريـخ التأسيـس

أعلنت مؤسسة ابن رشد للفكر الحر عن تأسيسها في 10 ديسمبر (كانون الأول) عـام 1998 أثناء مؤتمر صحفي عقدته في "بيت حضارات العالم (Haus der Kulturen der Welt) في برلين، ألمانيا. وقد اختير تاريخ العاشر مـن ديسـمبر، 1998 عمداً، حيث أنه يجمع بين مرور 800 سنة على وفاة الفيلسـوف العربي الكبير ابن رشد واليوبيل الخمسيني لإعلان لائحة حقوق الإنسان للأمم المتحدة.

لقـد اختير اسم المؤسسة تقديراً لإنجازات الفيلسوف الفكرية، واستقلاله في تفسير الأفكار والمعتقدات الإسلامية، وتسامحه إزاء المعتقدات والثقافات المغايرة الأخرى.

ويحمـل أفكـار ابن رشد إلى القرن الميلادي الحادي والعشرين، تشجع "مؤسسـة ابن رشد للفكر الحر" وتدعم حرية الفكر، والإبداع، والتجديد في العـالم العربي. فهذه الخصائص مميزة ولا غنى عنها للديمقراطية الحقيقية التـي تضـمن الحـرية، والمساواة، والعدالة الاجتماعية. وتدعم "المؤسسة" الحـوار الحر بين الاتجاهات السياسية المتعارضة في جو من الديمقراطية. ويؤكد الأعضاء المؤسسون أن الديمقراطية لا تُفرض من الأعلى، بل ينبغي أن تـبدأ لدى الفرد، فتتسع وتنتشر منه لتشكيل قاعدة واسعة، وأنها يجب أن تُمارس تدريجياً وبرعاية وعناية فائقتين. (وللحصول على معلومات أخرى حـول مواقـف المؤسسـة الأساسية، راجع : المبادئ والأهداف وقناعات ومعتقدات).

"مؤسسـة ابن رشد" مؤسسة خيرية، مسجلة في ألمانيا وخاضعة للقانون الألمانـي الخـاص بالمؤسسات والجمعيات. والأعضاء المؤسسون هم في الغالب مواطنون لبلدان عربية مختلفة، ويعيشون في ألمانيا. وسيتركّز مجال نشـاطات المؤسسـة على العالم العربي بكامله. وتمنح "مؤسسة ابن رشد" جوائـز لمن برزوا في مساهماتهم في حقول اختصاصهم لدفع عجلة الحرية والديمقراطية في العالم العربي.

مبـادئ وأهـداف المؤسسـة

- ابن رشد للفكر الحر مؤسسة مسجلة في ألمانيا، لا تستهدف الربح. معظـم المؤسسـون من اصل عربي ويعيشون في ألمانيا. مجال عمل المؤسسة يتركز على البلاد العربية.
- المؤسسة تدين بالديمقراطية بما فيها من الحرية والمساواة والعدالة الاجتماعية. المؤسسة تدعم كل دستور يضمن هذه القيم. ولا يحق لأحد أن يضـع نفسه فوق الدستور، سواء لأسباب وطنية أو دينية أو اثنية أو قبلية.
- المؤسسة تؤيد وتدعم الحوار بين كافة الاتجاهات السياسية في جو مـن الفكـر الحـر والديمقراطية. المؤسسة ترى أن الإنسان/الفرد هو جوهر المجتمع والدولة.
- أخـذت المؤسسة واجبا على عاتقها، بتشجيع الفكر الحر والإبداع والعلـوم فـي العـالم العربي. لذلك تقوم بجمع الأموال وتقديم الجوائز لـتكريم مـن ساهم في البحث والإبداع في موضوعه وذلك لرفع شأن الحرية والديمقراطية في البلاد العربية.
- تمويـل المؤسسـة يكون من خلال التبرعات وقاعدة عريضة من الأعضاء المساهمين.
- ترفض المؤسسة أي نوع من التدخل في مبادئها وأهدافها.

مركز إدارة المؤسسة في ألمانيا حيث مكان تسجيلها. هدف المؤسسة في المسـتقبل أن تنقل مركزها إلى أي بلد عربي حالما يكون هذا البلد قد حقق المبادئ التي نؤمن بها بحيث نستطيع ممارسة نشاطنا بحرية.

النظـام الداخلـي للمؤسسـة

هـي مؤسسة عربية مستقلة تسعى لدعم ونشر قيم الحرية والديمقراطية في العالم العربي

1- الاسم والمقر

تحمـل المؤسسة بعد تسجيلها في سجل المؤسسات والجمعيات اسم : "Ibn Rushd e.V".

مقر المؤسسة هو : OLSBERG, GERMANY 59939

ويجـري تسجيلها في سجل المؤسسات والجمعيات للمحكمة الابتدائية في : BRILON, GERMANY 59929

بعـد التسـجيل يصبح اسم المؤسسة : Fund for Ibn Rushd e.V - Freedom of Thought "مؤسسة ابن رشد للفكر الحر"

بعـد توسـيع المؤسسـة يمكن فتح فروع لها في أماكن أخرى. سنة العمل هي السنة التقويمية.

2- أهداف المؤسسة

ترمي المؤسسة بصورة استثنائية ومباشرة إلى خدمة أغراض عامة لا تهدف إلى الربح وفقاً لمفهوم الفقرة الخاصة "بالأغراض المعفاة ضرائبيا" فـي قـانون الضرائب. وتكمن أهداف المؤسسة في تشجيع التفكير الحر، والإبـداع والعلوم في العالم العربي، بغرض دعم الحرية والديمقراطية في هـذا الجزء العربي من العالم. وتتحقق أغراض القانون الداخلي للمؤسسة بوجـه خـاص عـن طـريق منح جوائز لتشجيع العلم، والبحث، والفن، والسياسة، والتربية والتعليم، لأشخاص يستحقون ذلك بفضل إنجازاتهم في أي بلد عربي. والمؤسسة مستقلة سياسياً، وعقائدياً، ومذهبياً. وعندما يحين الأوان، وتـتوفر الإمكانـات المالية والبشرية الكافية، سيُصبح في الإمكان توسيع مجال النشاطات الثقافية للمؤسسة.

3- استخدام أموال المؤسسة

لا تسـعى المؤسسـة إلى تحقيق أي أرباح، وتعمل بدون منفعة ذاتية. وهي لا ترمي بالدرجة الأولى إلى تحقيق أغراض اقتصادية ذاتية.

ولا يجوز استخدام أموال المؤسسة، إلا بما يتمشى مع نظامها الداخلي. ولا يتقاضى الأعضاء أي مكافآت من أموال المؤسسة. ولا يميز أي عضو باسـترداد مصـاريف مقابل نشاط لا صلة له بأهداف المؤسسة، ولا يُمنح مخصصات عالية لا مبرر لها.

4- العضوية

تُمنح العضوية للأشخاص الطبيعيين أو للأشخاص المعنويين (القانونيين). ولا يُمنح حق التصويت إلا للأعضاء الذين بلغوا سن الرشد، والذين مضت على عضويتهم فترة نصف عام على الأقل. وتقرر الهيئة الإدارية بشأن قبول طلب الانتساب الخطي. وعند رفض طلب الانتساب، فإن الهيئة الإدارية ليست ملزمة بالتبليغ عن أسباب الرفض.

5- إنهاء العضوية

تنتهـي العضوية عند الوفاة، أو بتقديم طلب خطي طوعي بالتخلي عن الانتسـاب إلـى عضو في الهيئة الإدارية، أو بقرار فصل من المؤسسة. والعضـو الـذي يتصرف بصورة ضارة بمصالح المؤسسة ضرراً كبيراً يمكن فصله بقرار من الهيئة الإدارية بكاملها. ويُعتبر من الأسباب المهمة بوجـه خاص هنا السلوك الضار بالمؤسسة، داخل إطارها أو خارجها، أو التقصـير فـي أداء المهمات المطلوبة، أو في دفع الاشتراكات المستحقة. وقـبل اتخاذ قرار الفصل، تُعطى للعضو فرصة ضمن المدة المحددة، لكي يُعرب عن وجهة نظره بخصوص ذلك.

6- اشتراكات الأعضاء

تُجمـع مـن الأعضاء اشتراكات عن العضوية. وتُحدد الهيئة الإدارية مبلغ الاشتراك.

تُرحب المؤسسة بالحصول على مبالغ تطوّعية من طرف ثالث، وبتقديم تبرعات المشجعين. وقبول الأموال رهن بقرار الهيئة الإدارية.

7- أجهزة المؤسسة

تتألف أجهزة المؤسسة من الهيئة الإدارية والهيئة العامة للأعضاء.

وتـتم ممارسـة الأعمال والوظائف الخاصة بالمؤسسة فخرياً وبدون مقابل وفقا للقانون الداخلي.

8- رئاسة الهيئة الإدارية

تتألف رئاسة الهيئة الإدارية بمفهوم الفقرة 26 من القانون المدني الألماني من :

أ- الرئيس الأول
ب- الرئيس الثاني (نائب الرئيس)

وهما يمثلان المؤسسة معا أمام القضاء وخارج القضاء.

تُحدد صلاحيات رئاسة الهيئة الإدارية بضرورة حصولها على الموافقة الخطية من الهيئة الإدارية بمجموعها، عندما تزيد الالتزامات القانونية على 200 مارك ألماني.

تتألف الهيئة الإدارية بمجموعها من :

- رئاسة الهيئة
- الكاتب وأمين السر
- أمين الصندوق

يجـري انـتخاب الهيئة الإدارية من قبل الهيئة العامة للأعضاء بأغلبية بسيطة لمدة ثلاث سنوات. ويُسمح بإعادة الانتخاب. ويمكن إجراء الانتخاب خطـياً كذلـك. ولا يجـوز أن تتشـكل الهيئة الإدارية إلا من الأشخاص الطبيعيين الذين بلغوا سن الرشد.

9- انتخاب الهيئة الإدارية

يـتم انـتخاب الهيـئة الإدارية من قبل الهيئة العامة للأعضاء بأغلبية بسـيطة. ولا يجوز أن يصبح عضواً في الهيئة الإدارية إلا من مضت على عضـويته في المؤسسة مدة سنتين على الأقل. ويبقى عضو الهيئة الإدارية فـي منصبه إلى حين موعد الانتخاب الجديد. وعند خروج عضو في الهيئة الإداريـة مـن الهيئة قبل انتهاء المدة القانونية، يُعيّن العضو التالي في عدد الأصوات بديلا عنه في الهيئة الإدارية إلى حين انعقاد الجلسة القادمة للهيئة العامة للأعضاء لمجلس الأعضاء. وعند إنهاء العضوية في المؤسسة ينتهي كذلك المنصب في الهيئة الإدارية.

10- جلسات الهيئة الإدارية

تصدر الهيئة الإدارية قراراتها في جلسات يطلب انعقادها الرئيس الأول أو الثانـي (نائـب الرئـيس) للهيئة الإدارية. وتكون الهيئة الإدارية مخولة بإصـدار القرارات عندما يحضر الجلسة 3 أعضاء على الأقل من مجموع أعضـاء الهيئة. وتُصدر الهيئة قراراتها بأغلبية الأصوات. ولكل عضو في الهيـئة الإداريـة صوت واحد. وعند تساوي عدد الأصوات، يُحسم القرار بصوت الرئيس الأول، وعند غيابه، بصوت الرئيس الثاني (نائب الرئيس).

تُنجز الهيئة الإدارية مهماتها بإصدار القرارات، أو بعقد جلسات رسمية، أو عن طريق التبليغ الخطي، إذا وافق جميع أعضاء الهيئة الإدارية. ويكتب محضر بالقرارات.

11- واجبات الهيئة الإدارية وصلاحياتها

الهيئة الإدارية مسؤولة عن جميع القضايا الخاصة بالمؤسسة، فيما عدا تلك التي توكل إلى جهاز آخر للمؤسسة وفقاً للقانون الداخلي.

ومن واجباتها بوجه خاص:

- تسيير المعاملات الجارية
- إدارة أموال المؤسسة

تقوم معاهد متخصصة أو خبراء مختصون بتقويم الأشخاص الذين يراد تشجيعهم ودعمهم وبترشيح أسمائهم للهيئة الإدارية. وتحتفظ الهيئة الإدارية لنفسـها بحـق القـرار بهـذا الشأن، لضمان الحفاظ على أهداف المؤسسة وحمايتها.

- التحضـير لاجـتماعات الهيئة العامة للأعضاء وطلب عقدها ووضع جدول الأعمال
- المحافظة على حقوق المؤسسة والتزاماتها
- تنفيذ قرارات الهيئة العامة للأعضاء
- وضـع خطـة سـنوية، وتدويـن الحسابات، وتقديم تقرير الحسابات السنوي
- القرار بشأن طلبات الانتساب، وفصل الأعضاء.

12- الهيئة العامة للأعضاء

تقوم رئاسة الهيئة الإدارية بطلب خطي، وبحسب الحاجة، بعقد اجتماع سـنوي للهيئة العامة للأعضاء. وتقوم رئاسة الهيئة الإدارية بتوجيه دعوة خطـية لعقد الجلسة ضمن فترة 6 أسابيع، مع بيان جدول الأعمال. وتُعتبر الدعوة قد جرى إرسالها عند توجيهها إلى آخر عنوان معروف للعضو في المؤسسة. وفي اجتماع الهيئة العامة للأعضاء، يكون لكل عضو - وكذلك لكـل عضو فخري - صوت واحد. ولا يجوز نقل ممارسة حق التصويت إلـى عضـو آخر. ويكون اجتماع الهيئة العامة للأعضاء مخوّلاً بإصدار القـرارات، عندما يتم انعقاده وفقا للنظام. ويكون مخوّلاً بإصدار القرارات بغض النظر عن عدد الأعضاء الحاضرين. ويمكن ممارسة حق التصويت برسالة خطية.

وتسـتطيع رئاسـة الهيئة الإدارية للمؤسسة عقد جلسات طارئة غير عاديـة للهيـئة العامة للأعضاء. وتكون رئاسة الهيئة الإدارية هنا ملزمة بعقـد الجلسة الطارئة، إذا ما طلب ثلث أعضاء المؤسسة عقد هذه الجلسة خطياً، مع بيان الأسباب.

تُعلـن القـرارات عـند توفـر الغالبية البسيطة من الأصوات. ويتم التصـويت السـري على القرارات، إذا ما تقدم رُبع الأعضاء الحاضرين بطلـب بـذلك. ولا يستطيع اجتماع الهيئة العامة للأعضاء التصويت حول الطلبات التي لا تكون مذكورة في جدول الأعمال، إلا إذا كانت هذه الطلبات قد أُرسلت خطياً إلى الهيئة الإدارية قبل انعقاد الجلسة العامة بمدة أُسـبوعين على الأقل، وأُعلم الأعضاء بالأمر قبل ذلك بأسبوع واحد على الأقـل قبل انعقاد الاجتماع. ولا يجوز النظر في الطلبات الملحة الطارئة فـي اجـتماع الهيئة العامة للأعضاء، إلا إذا قرر مجلس الأعضاء بغالبية ثلثي الأعضاء الحاضرين بأن تُعتبر الطلبات الملحة الطارئة نقاطاً إضافية إلـى جدول الأعمال. ويساهم جميع الأعضاء في تنفيذ الواجبات المتمشية مع النظام الداخلي للمؤسسة.

تُعتبر الهيئة العامة للأعضاء مسؤولة عن الشؤون التالية ومخوّلة بها :

1. انتخاب الهيئة الإدارية، وطلب انعقاد اجتماعها، وعزلها.
2. إخضاع الهيئة الإدارية للفحص والتدقيق وإعفاء ذمتها.
3. فحص تقرير الحساب السنوي والموافقة عليه.
4. تعيين أشخاص متميزين بإنجازاتهم كأعضاء فخريين.
5. القيام بالواجبات الأخرى التي قد تنشأ وفقاً للنظام الداخلي أو القانون العام.
6. القـرار بشـأن تغيـير النظام الداخلي للمؤسسة وبشأن حل المؤسسة. ويجب أن تكون قرارات اجتماع الهيئة العامة للأعضاء خطية، ولا بد من تسجيلها في محضر للجلسة.

13- حلّ المؤسسة

يحـتاج تغيـير النظام الداخلي للمؤسسة أو حل المؤسسة أغلبية ثلثي الأعضـاء الحاضـرين في اجتماع الهيئة العامة للأعضاء. وفي حالة حل المؤسسـة، أو انعدام حالة "الإعفاء الضرائبي"، تنتقل أموال المؤسسة إلى هيـئة تابعة للحق العام أو إلى هيئة أُخرى تتمتع بحق الإعفاء الضرائبي، وتسـتخدم هـذه الأمـوال بصورة مباشرة واستثنائية للأغراض الخيرية العامة.

تـم إقـرار القانون المذكور أعلاه في 1998/11/29 في أولسبيرغ من قبل أعضاء الاجتماع التأسيسي. وفيما يلي تواقيع الأعضاء المؤسسين :

نبيل بشناق / مفتاح الشريف / محمد علي حشيشو / جوزيف عون /

بير بشناق / حكمت بشناق / كورا يوستنغ / إبراهيم لدعة / خيري قطّاوي

لمحـة عن سيـرة الأعضـاء المؤسسين

سيرة حياة الأعضاء تعطي تفسيرا لمدى ارتباط هؤلاء بالبلاد العربية

- **نبيل بشناق**، طبيب نساء وولادة، مواليد الرملة - فلسطين 1940، دراسة الطب ألمانيا. العمل في الطب 4 سنوات في الكويت و 18 سـنة في نابلس- فلسطين. العمل في الحقل الاجتماعي والتنوير (تأسـيس بنك الدم، جمعية أصدقاء الجامعة ونادي المدينة / نابلس). منذ 1992 العمل في ألمانيا.
- **د. محمد علي حشيشو**، من أب لبناني وأم فلسطينية، مواليد الأردن 1931، دراسة الإنجليزية AUB تدريس الإنجليزية في العراق ولبـنان. دراسة إسلاميات ودكتوراه في الفلسفة في جامعة بون. من 1970- 1996 محاضر أدب عربي في جامعتي توبنجن وبون. مُخرج في الدبلجة الفيلمية / كولونيا.
- **مفتاح الشريف**، مـن مواليـد 1936 ساهم منذ الصغر في النشاط الفكري والنقابي وله دراسات في النقد الأدبي والتاريخ، مارس العمـل في السلك الدبلوماسي لحوالي أربعين سنة، وهو الآن متقاعد ومتفرغ للأبحاث الفكرية والتاريخية.
- **د. جوزيف عون**، مكـان الولادة في لبنان، في بداية شبابه عمـل في تدريس اللغة الفرنسية. دراسة الطب والدكتوراه في ألمانيا ثـم تخصـص في العلاج النفسي. عمل لمدة في لبنان أثناء الحرب الأهلـية، يـتابع عمله في الطب بمدينة بريلون - ألمانيا، يعمل أيضا كمراسل حر لعدّة صحف ومجلات عربية.
- **د. إبراهيم خليل لدعة**، طبيب، أخصّائي أنف وأذن وحنجرة، مـن مواليـد 1942 يافا / فلسطين، الهجرة إلى القدس / رام الله عام 1948، دراسـة الطب والتخصص في ألمانيا. من 1979 حتى 1996 العمل في مجال تخصصه في مستشفيات رام الله- القدس / فلسطين. منذ 1997 كبير أطباء في ألمانيا.
- **د. خيري قطّاوي**، مواليد طولكرم / فلسطين، دراسة الطب والتخصص في موضوع أنف وأذن وحنجرة في ألمانيا. عمل كطبيب فـي الأردن / جرش 1972 وفيما بعد بألمانيا في تخصصه بالإضافة إلى ممارسة تخصصه الإضافي في الطب النفسي. ويقول د. قطّاوي دائما : إذا صلح الفرد صلح المجتمع.
- **عبير بشناق**، مكـان الـولادة في الكويت 1966، نشأت في نـابلس / فلسـطين، درست الإنجليزية وعلوم إسلامية، والعربية في بامبـيرج، رندـج / إنجلـترا، وفـي بون، حاليا تقدم الدكتوراه في بامبيرج. وبجانب نشاطها الأكاديمي تعمل عبير في فن النحت.
- **كورا يوستنج**، مكـان الـولادة في وستفاليا بألمانيا 1968، دراسـة الأمريكـية والألمانـية فـي برلين تخللها إقامات عديدة في الولايات المتحدة وكندا، عملت في عدة مجلاّت ودور نشر وكذلك في تنظيم المعارض الدولية.
- **حكمت بشناق**، الـولادة 1970، نشـأ في نابلس / فلسطين، الدراسـة فـي موضوع البيوتيكنولوجيا في برلين، يُدرّس كورسات كمبيوتر، مدير مشروع في شركة للأبحاث في جامعة لايبتسيج.

أعضـاء الهيئـة الجديـدة للمؤسسـة

بـتاريخ 2004/8/14 تـم عقد الاجتماع السنوي لأعضاء المؤسسة في برليـن والـذي تدارس فيه الأعضاء أعمال المؤسسة السابقة والقادمة وتم توصـية مـتابعة نشـاط المؤسسة لتحقيق أهدافها مع توسيع النشاط الثقافي والعمـل على رفع عدد الأعضاء والمتبرعين لضمان استمرار العمل. وفي هذا الاجتماع تم انتخاب هيئة إدارية جديدة والتي استدعت في اجتماعها في 8/16 أعضاء اللجنة الاستشارية للمساهمة في حمل مسؤولية الإدارة.

للتذكـير يـتم تمويل المؤسسة من خلال التبرعات وقاعدة عريضة من الأعضـاء المسـاهمين. ولا نقـبل الهـبات المالية من سلطات دينية أو حكومـية. إنّ القـاعدة الأساسية لِضمان استقلالية مؤسسة ابن رشد للفكر الحر سياسياً هي استقلالها مالياً، لذلك نحن بحاجة لاستمرار دعمكم ونحن بحاجـة إلى انضمام عدد أكبر من المثقفين العرب لعضوية المؤسسة حتى نتمكـن قريباً من منح عدد أكبر من الجوائز لمفكري العالم العربي لإعادة الثقة في قدرة المجتمع العربي الدخول في عالم الحداثة.

نذكر هنا أسماء أعضاء الهيئة الإدارية والاستشارية وسبل الاتصال بهم :

الهيئـة الإداريـة

رئيس : **نبيل بشناق** : info@ibn-rushd.org
نائب رئيس : **د. جون نسطة** : john.nasta@freenet.de
أمين صندوق : **حكمت بشناق** : h.b.j@web.de
سكرتير : **Heidewig El Hadidi** heihadidi@web.de

الهيئـة الاستشاريـة :

أ.د. زهير شنّار : ZShunnar@aol.com - +49 (0) 30 21479749
د. فاروق بيضون : +49 (0) 30 325 58 25
كورا يوستنج : Bushnaq-Josting@snafu.de
سعيد علم الدين : alameddine@freenet.de
فادية فوده : sakalfoda@tiscali.de - +49 (0) 30 85 615 96
د. حامد فضل الله : h-fad@gmx.de - +49 (0) 30 58 322 50

وكـان لمـنح الجوائـز صدىً كبيراً وإيجابياً في الأوساط العربية في ألمانيا وخارجها وكذلك في الصحف العربية والألمانية. فمنذ 1998 تم نشر مـا يزيد على 140 خبر أو مقالة في الصحف العربية والألمانية والعالمية عـن نشاط وأهداف المؤسسة. يمكن الإطّلاع حوالي 100 منها في صفحة المؤسسة الإلكترونية. انظر في الإنترنت :
http://www.ibn-rushd.org/English/PressCoverage.html
العمـل فـي الهيئة الإدارية والاستشارية هو عمل تطوعي. ساهموا بالعضـوية أو التبرع وبالكتابة على موقعنا في الإنترنت لرفع قيمة الفكر الحر والديمقراطية في البلاد العربية، نحن نتوقع اتصالكم بنا.

Address : IBN RUSHD e.V, Wiesenstr. 53, 16352 Schoenwalde, Germany
Tel. : +49 (0) 33056 43 64 69 - *Fax :* +49 (0) 33056 43 64 70

التحليـل النفسـي للـذات العربيـة

علـي زيعـور

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

انطباعـــــات : أساتـــذة و أخصـــائيـــوا علـــم النفـــس

شـارك برأيك: www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm

أ. د. عبـدالستـار إبراهيـم - مصـر / الدمـام، السعوديـة

إنك تقوم بعمل جليل بالفعل، وفقك الله ورعاك لأن ما تفعله لا يقدر عليه إلا أولى العزم أو على الأقل مؤسسة ضخمة. لك منى خاصة كل التقدير.

أ. د. قـدري محمـود حفنـي - القاهـرة، مصـر

الإخوة الأعزاء، تحياتي و تقديري للجهد المشرف مع موفور التحية.

د. سوسـن شاكـر الجلبـي - بغـداد ، العـراق

إني على اهتمام بشبكتكم المميزة علميا وأشجع طلبتي باستمرار على تصفحها ولكن كما تعرفون ظروف العراق، ان الانترنيت بدأ حديثا في بلدنا والطلاب بدأوا تعلمه مؤخرا أيضا.سأعمل ان شاء الله أكون عونا لكم ودعما لشبكتكم الرصينة. شاكرة لكم ترشيحي للهيئة العلمية كما سأسعى للتواصل معكم بردكم مستجدات الاختصاص. ادعوا لنا بالأمن والأمان والاستقرار، وفقكم الله لما فيه الخير.

أ. د. بشيـر معمريـة – باتنـة، الجزائـر

الأستاذ الفاضل، تحية أخوية طيبة... وفقكم الله إلى فعل الأشياء الجميلة التي تدل على مستوى رفيع من التحضر وحب الآخر و إرساء قيم أخلاقية وحضارية عالية، تبدو من تفانيكم في العمل والابتكار وتقديم كل ما هو مفيد وخير. تقبلوا تقديري واحترامي الخالصين. وإلى لقاء طيب.

د. أحمـد الحريـري – الريـاض ، السعوديـة

أسعد الله أوقاتكم بكل خير... إنه لمما يثلج الصدر أن نجد هذا المجهود الجبار على الشبكة الذي لا يسعنا ال أن نكن له كل الاحترام والتقدير ولو كان هذا النموذج متكررا في العالم العربي لوصلنا إلى هوية نفسية عربية علمية لها من الأصالة والاستقلالية ما يجعلها مرجعية علمية لكل العالم مع كل ما نملكه من مقومات يشهد بها التراث النفسي عند العرب والمسلمين، إنه لمن دواعي سروري التواصل معكم و إني مقدر أخلاقكم الرفيعة و مهنيتكم العالية. شكرا مرة أخرى و تشرفني خدمتكم .

أ. د. فـارس كمـال نظمـي – بغـداد ، العـراق

حضرة الزميل الفاضل ... أسعدني وشرفني اهتمامكم النبيل بنشر أبحاث ومقالات النفسانيين العراقيين (ومنها مقالتي)، في العدد الرابع من المجلة الإلكترونية للشبكة. أسجل إعجابي بمحتويات هذا العدد، الذي لا أبالغ اذا ما قلت إنه ثروة معرفية في علم النفس وفي مقترباته من المنظورات الاجتماعية الأخرى، وهذا هو السبيل الأمثل لتأصيل المعرفة النفسية في العقل العربي. أبارك خطواتكم الرائدة، وإلى المزيد من العطاء العلمي المتميز.

د. المحجـوب حبيبـي – آسفـي ، المغـرب

تلقيت بترحيب كبير واعتزاز إدراجي ضمن لائحة السيكولوجين العرب لنشكل فريقا ينتمي إلى العصر بكل مستجداته ومتغيراته المعقدة التي علينا مسؤولية رصدها و وعيها بقصد الفعل فيها.

صـيانة لنفسـية الإنسان العربي المقهور و المهدد بالكثير من الإنجراحات النفسية بفعل ما يحيطه من هزائم متنوعة، إن على الصعيد العسكري أو العلمي أو المعرفي أو السياسي التكنولوجي أو الإقتصـادي. أمام لامبالاة قل نظيرها إلا عند الشعوب التي انتهـت إلى الانقراض، وحيث أنني تصفحت بعناية وعلى مدى يوميـن الموقع الذي جعلتموه مجالا للتواصل بين هؤلاء النخبة من العارفين ببواطن الأمور ودقائقها فإنني أتمنى لنهجك النجاح وأؤكد لك أنني سأعمل جهدي لأساهم بما أستطيعه ويتناسب مع توجهـات الموقع من دراسات وأبحاث سيكوسوسيولوجية تتناول واقـع الإنسان في زمننا هذا، والتحولات التي نعيشها وما طرأ ويطـرأ بشـكل متسارع وغير مسبوق والتأثيرات الحاصلة في الثقافة والنفسية الجمعية للإنسان المقهور الذين علينا الإسهام في المحافظـة على توازنه ودعمه لاسترجاع كينونته الإيجابية في اتجاه تحوله وتطوره الفعال والهادف حفاظا على هوية متميزة و إنسانية العمق مساهمة في بناء العالم والنظام الكوني الجديد دون السماح بتحويله إلى كائن دون بشري أو بشر تقهقري هدام، كما يحـاول العنصـريون الجدد أن يصنفوننا وعلى وجه الإطلاق. تحية كبيرة وسلام صادق من زميل يقدر جهدك.

جـواد الزعبـي - عمـان، الاردن

أعـتقد أنكـم بالمستوى الذي يُفخر به. أتمنى أن يسمح للباحثين طـلاب الدراسات العليا الاطلاع على كامل الموقع لما له فائدة فـي مجال المراجع والأبحاث الحديثة التي تثري فاعلية طلاب الدكتوراه . آسف أن تقتصر الاشتراكات على من قطع الأشواط مـن الأساتذة الكرام. إن أطروحتي تبحث بشكل عام بموضوع "التعصـب" فهـل من إمكانية لمساعدتي، خاصة على مستوى المقاييـس الحديثة بهذا المجال وكل الشكر لكم. جواد الزعبي - طالب دكتوراه.

محمـد أبو سلمـان - لنـــدن، انكلتـــرا

الموقـع ممـتاز و أقـترح أن يُسـمح للزائريـن قـراءة كل الموضـوعات دون أن تكـون محـتكره للنفسانين ذلك أن في إسـتطاعة كل إنسان قرائتها في الكتب و المراجع، فهي ليست أسرار مهنة يتم التغطية عليها أو حجبها عن الانظار و كائنا ما يكون السبب أرى أن نجاح الموقع في خدماته و في مدى الإقبال علـيه و تقديمه المعلومات دون شرط أو قيد. أتمنى دراسة هذا الإقتراح برؤية موضوعية.

ذيـاب أحمـد أبوريـش – صوريـف، لخليـل، فلسطيـن

شـبكة واسعة من المعرفة يجد فيها الباحث والمتخصص الكثير من الفائدة والمنفعة العلمية والدراسات النفسية. اتمنى لكم النجاح والتوفـيق، آمـلا ان اكون عضو فيها. أقترح توفير دراسات و أبحـاث أو رسـائل ماجسـتير أو دكتوراه في مجال الأمراض السيكوسـوماتية فأنـا مـن المهتمين بهذا المجال. ذياب أحمد أبوريش.

محمـد مختـار حسنـي محمـود - القاهـــرة، مصـــر

أتمـنى لهـذا الموقـع دوام الرقى و المزيد من الانتشار الذي سـأعمل من أجله إن شاء الله، أقترح التزود بالدرسات الجديدة ونشر الرسائل العلمية التى تهم العاملين بالمجال.

مصطفـى علـي نمـر علـي – المنيـا، مصـــــر

سـعيد جـدا بهـذا الموقع و العمل الجيد و انا الان فى مرحلة الدكتوراه. رجاء نشر الابحاث والدراسات فى مجال علم النفس.

الطالبـــة حاجي منيـــرة – المسيلـــة، الجزائـــر

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، إنه لشيء جميل أن نجد مثل هذا الموقع الرائع و اغتنم الفرصة لاشكر القائمين عليه وجزاهم الله خيرا على جهدهم في سبيل العلم والمعرفة.

وائـل أبـو العـز – الكويـــت

اتقـدم بشـكري الجـزيل للقائميـن على هذا الموقع المفيد جدا للمختصين وغير المختصين .... وأتمنى لهم التوفيق.

أ. د. عـادل كمال - بنـهـــا ، مصـــــر

السـلام علـيكم ورحمة الله وبركاته، أحييكم على جهدكم الفائق الـذي يتضـح في موقعكم و أود أن أعبر عن سعادتي للتواجد بينكم.

ش. فتـــون - حمـــاه ، سوريـــا

شـكرا لكـم على هذا الموقع الغني بالمعلومات و الكتب المفيدة لكافة الاختصاصات. أقترح السماح للزائر الإطلاع على الكتب الحديـثة لـزيادة ثقافـته و مسـاعدته فـي بحثه بانتقاء أحدث المواضـيع و الأفكار. كما أطلب إطلاعي على جديد الموقع من خـلال بـريدي الإلكتروني شاكرين تعاونكم و مقدرين جهودكم المبذولة.

أسمـاء التميمـي – فلسطيـــن، الخليـــل

السـلام علـيكم ورحمة الله وبركاته، أتقدم بالشكر الجزيل لهذا العمل العظيم .. بوركت هذه الجهود الطيبة.. جزاكم الله خيرا و جعله في ميزان حسناتكم.

الآنسـة طمـوم الجبيـــل – الإمـــارات العربيـــة المتحـــدة

موقع رائع بمعنى الكلمة .. ليس أقتراح بقدر ماهو رجاء .. أن يفتح باب التسجيل للراغبين وذلك للاستفادة من خبرات أساتذتنا المتخصصـين ونسـتعين بهـم فـيما نواجهه من عراقيل أثناء دراستنا. أتمنى لكم المزيد من الازدهار والتقدم .. وليوفقكم الله لما فيه خير الأمة .

أ. زيـــاد النويـــصر – الريـــاض، السعوديـــة

شـاكر لكـم علـى هـذا الموقع وأتمنى التطوير الدائم ونحن مستعدون للتعاون معكم.

محمد النجـــار – اللاذقيـــة، سوريـــا

موقـع رائع جدا وأرى أنه يسير على الطريق الصحيح، آمل أن تجعلوا زاوية لدراسات الحديثة في مجالات علم الإجتماع وعلم الـنفس والعلوم المتصلة بها وخاصة ما توصل إليه الغرب في هـذا المجال وشكرا مع تمنياتنا لكم بمزيد من التقدم و الإزدهار و التوفيق .

حســـن علـــي – بيـــروت، لبنـــان

بسم الله الرحمن الرحيم، أتقدم إليكم بأخلص و أرفع كلمات الثناء تقديـرا لهذا العمل الذي أثرى عقولنا وألهم أبناء الوطن العربي والإسلامي.. لا أخفي عليكم وبكل صدق إعجابي بمحتوى و مسـتوى أبحاث الشبكة.. أدعوا لكم بالتوفيق آملا المضي على دربكم...

أ. سلـوى المجنونـــي – مكـــة ، السعوديـــة

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان على حسن تعاونكم وكرمكم معنا و يسرني كثيراً أن أشارك في الشبكة العربية للعلوم النفسية والله ولي التوفيق.

Pr. Farouk MAJZOUB - Beirut , LEBANON

I really appreciate a lot your scientific standard and devotion to collaborate with all psychologists and psychiatrists in the Arab word. You really add a zest to psychology in the Arab world through the « Arabpsynet » that you have created and the endeavour you exert in making this net of a high quality. Yours sincerely.

Pr. Maher M. ABU-HILAL - Al-Ain, UAE

It is an honor and pleasure for me to communicate and contribute to the Arabpsynet. In the mean time I wish you the best of luck and success. I am ready for any assignment and any work required of me as a member of the net. Sincerily .

Dr. Yasser AL-HILAWANI

I am really glad to see such a web site in Arabic. It is extremely educational and enlightening for those who do not know English. Thank you.

Fatima Zohra BAKKOUCH - Rabat,MAROC

Trés bien et important site pour les psy arabe, je propose de faire aussi un site pour les etudiants arabe en psychologie.

A.Hammad - U. A. EMIRAT

It is one of the greatest arabic works in psychology field, Go On.

Mrs. Maie ELDOAIEFL - Cairo, EGYPT

I've a great honour to find such a wonderful site that presents its information in Arabic language which will be avaliable allover the world for all Arab. I hope this site provides us with new subjects and new ideas that need search, to be avaliable for the student and help them when they want to prepare and write any research.

Dr. Elnour DAFEEAH - Umrawaba, SUDAN

This is a wonderful site which is long overdue. It is a great and valuable work. It is also an opportunity for specialits and scholars to meet and share their ideas and discuss issues relevant to us in the Islamic and Arab world. My Suggestions : Registration of all scholars in the Arab word in regard to their specialality, e.g., psychologists, psychiatrists, social workers, sociologists, etc. This will inhance ways of sharing common goals and interests.

Dr. Mustafa AL'ABSI / Minnesota - USA

Thank you very much Dr. Jamal. You are doing an excellent job! If there is anything I could help your organization or the psychology community in the Arab world, please do not hesitate to let me know. I am more than happy to help in any way. My best regards.

مشروع شبكة العلوم النفسية العربية

نحو بوابة عربية للعلوم النفسية على الإنترنت

د. جمال التركي – الطب النفسي – تونس

turky.jamel@gnet.tn

الملخص : و نحن على عتبة الألفية الثالثة أصبح لزاما على أخصائيي العلوم النفسية في العالم العربي ولوج عالم اللغة الرضحية و الإنترنت و تطويع أدواتها و برمجياتها لخدمة هذا الاختصاص و لا عذر لنا في تخلفنا عن اللحاق بثورة المعلوماتية و في هذا الإطار يدخل سعيي لتأسيس مشروع شبكة العلوم النفسية على الويب. أحاول من خلال هذا البحث أن أعرض للطرق و الوسائل التي توخيناها للاتصال بالأطراف المعنية سواء من أهل الاختصاص (الأطباء و الأخصائيون) أو من المهتمين بالعلوم النفسية (الجمعيات، المجلات، دور النشر، أقسام علم النفس و الطب النفسي بالجامعات العربية)، ثم أعرض بصفة مفصلة للطموحات والأهداف الممثلة أساسا في إعداد : دليل العناوين الإلكترونية، دليل الأطباء و الأخصائيين النفسانيين، دليل الجمعيات النفسية العربية، دليل المجلات و الدوريات العربية النفسية، دليل المكتبة النفسية العربية، بنك الأبحاث النفسية الأكاديمية و الجامعية، دليل المؤتمرات النفسية العربية العالمية، صفحة المعجم الشبكي للعلوم النفسية، دليل مراكز الاستشفاء الطبنفسية العربية، دليل الوظائف النفسية العربية، دليل النشر الإلكتروني النفسي العربي إضافة إلى صفحة الروائز و الاختبارات النفسية العربية.

SUMMARY *: At the beginning of the third millennium, the realization of a WEB PAGE concerning psychological sciences in the Arab world by specialists of the mental health is more than a necessity: a necessity to know and to be known, a necessity to evolve and to be evaluated, a necessity to expose our works and the specificity of our practice, briefly a quasi indispensable necessity in this century marked by the computer revolution so as to assert our presence in the world of the globalization that tends to deny our difference, to deny our specificity, to deny our culture, to deny our civilization and to deny even our presence.*

Realized " ARABPSYNET " is a way for us (specialists of the mental health in the Arab world) to express our presence as producers and not as consumers, to express our existence despite our difference (I am different from the other, indeed : but I exist) while showing our specificities, our characteristics, our cultural approach and civilization ... Yes I recognize you as different from me, as long as I do not expose my approach and my model you will never be able to recognize me." ARABPSYNET " is only one way among others to express, to prove the existence and to be known.

In this study we expose the material and methods of our work for the realization of this web page as well as the preliminary results. Finally, we detail the different perspectives to realize: Electronic mailing lists, the psychiatrists and psychologists guide, the guide of Arabic associations of psychological sciences, the reviews and periodicals guide, the guide of psychology and psychiatry departments of Arab universities, the guide of research centers, the guide of the Arab student in psychological sciences, the Arab and international congress guide, the guide of psychiatric care centers in the Arab countries, , the guide concerning psychological jobs, the electronic publication guide, the page of psychological sciences dictionary « PSYDICT - NET» & the psychometric test page.

المقدمة : اقتحمت المعلوماتية مجتمعنا في الربع الأخير من القرن العشرين، مقدّمة خدمات في غاية الأهمّية، مجدّدة العلوم و محدثة تغيرا في العقليّات. و لم يكن الميدان الطبّي بمعزل عن هذه الثّورة المعلوماتية حيث وصلنا إلى نقطة اللا عودة يكون فيها موقع الطّبيب الرّافض لخدمات الإعلامية في وضعيّة متخلفة شأنه شأن الأطبّاء الذين رفضوا استعمال السّمّاعة الطبّية في عهد ليناك. ذلك لما تحمله ثورة الاتّصالات من وعود التّغيير المرتكزة على سرعة نقل المعلومات، حيث تكتسب المعلومة قيمة مضاعفة بمضاعفة سرعة انتقالها.

1- مراحل إعداد الشبكة الطرق والوسائل

يعود التفكير لإعداد هذه الشبكة إلى منتصف التسعينات (بداية عهد انتشار الإنترنت) حيث كانت هذه الفكرة مجرد حلما بعيد المنال إن لم نقل أنها من باب الترف الفكري فأنّا للعاملين في ميادين العلوم النفسية المنهمكين بين العيادات والمشافي لمعالجة المرضى أو بين أروقة الجامعات للتدريس، أنّا لهم يفكروا في المعلوماتية وأدواتها وما يمكن أن تقدمه لهم من خدمات يعود نفعها عليهم و على الإختصاص. وفي ظل انشغالنا بهموم الإختصاص كانت المعلوماتية تكتسح جميع ميادين المعرفة وكانت البرمجيات تتحكم في كافة الأجهزة المسيرة لحياتنا وإذا بشبكة الإنترنت تمسك قبضتها على كافة مصادر المعلومات مقدمة خدمات في غاية التنوع والثراء حتى أصبح بالإمكان متابعة المؤتمرات العالمية إنطلاقا من كمبيوتر شخصي. وبدأت مجالات اهتمام شبكة الإنترنت تتسع وتتسع لتشمل أغلب ميادين الحياة إن لم نقل جلّها.

وبفضل تطور البرمجيات أصبحت المعلوماتية في متناول غير الأخصائي وبدأ البعض من أهل الاختصاص في العلوم النفسية يلجون هذا العالم المعلوماتي **(الذي كان إلى زمن قريب عالما مجهولا كله رموز لا يقدر على فكها غير أخصائي هذا الفرع من العلوم)** طورا باحتشام وطورا آخر بحذر شديد، فإن امتلك أحدهم جهاز كمبيوتر تراه محجما عن فهم أسراره، وإن اشترك في شبكة الإنترنت تجد تعامله لا يتعدى تبادل البريد الإلكتروني أو التصفح لبعض المواقع دون دليل يوجهه.

و في غمرة هذه الثورة المعلوماتية أصبح لزاما على الأخصائي العربي في العلوم النفسية الاستفادة إلى أقصى حد من الخدمات التي يمكن أن تقدمها المعلوماتية وشبكة الإنترنت إلى ميادين العلوم النفسية في الوطن العربي.

وفي هذا الإطار يدخل سعيي لتأسيس شبكة العلوم النفسية على الإنترنت لتكون مرآة عاكسة لهذا الاختصاص في الوطن العربي و أصبح هذا المشروع الذي كان مجرد فكرة بعيدة المنال قابلا للإنجاز، وبدأت معالمه تتضح أكثر مع مرور الزمن إلى غاية بداية جانفي سنة 2000 حيث بدأ الإعداد العملي لتأسيس الشبكة و تم الاتصال بالأطراف المعنية بهذا الفرع من العلوم سواء عن طريق البريد الورقي أو الإلكتروني وكان دليلي في التعرف على عناوين هؤلاء مصادر متعددة أهمها :

- كتاب "**الدليل لنفسي العربي** " للأستاذ محمد أحمد النابلسي والذي أصدره مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية بطرابلس لبنان 1992
- "المجلة العربية للطب النفسي " الصادرة باسم اتحاد الأطباء النفسانيين العرب
- "**الثقافة النفسية التخصصية**" الصادرة عن مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية -لبنان
- مجلة "**علم النفس**" الصادرة عن الهيئة المصرية للكتاب.

2- دليل الأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس

شمل الاتصال الأطراف التالية :

2-1- أطراف الاتصال :

وجهنا مجموع 426 رسالة إلي الأطباء والأخصائيين النفسانيين وكان جلها بالبريد الورقي :

- 259 **رسالة إلى الأطباء النفسانيين** وكان التوزيع حسب البلد الذي يمارس العمل فيه كالآتي :

السعودية	مصر	الجزائر	لبنان	الأردن	الإمارات	سوريا	تونس
42	41	23	22	13	15	11	38

البحرين	العراق	اليمن	السودان	ليبيا	المغرب	دول أخرى	مجموع
6	4	4	3	2	43	4	259

مجموع الرسائل المرسلة للأطباء النفسيين	الردود	رجوع رسائل	بدون إجابة
259	44	18	161
%100	%17	%9	%72

- 167 **رسالة إلى الأخصائيين النفسانيين** جلها بالبريد الورقي وكان التوزيع حسب البلد الذي يمارس العمل فيه كالآتي :

لبنان	مصر	السعودية	سوريا	الكويت	الأردن
43	41	26	14	15	9

الإمارات	قطر	تونس	دول أخرى	المجموع	
7	5	2	5	167	

مجموع الرسائل المرسلة للأخصائيين النفسيين	الردود	رجوع رسائل	بدون إجابة
167	17	5	144
%100	%10	%2	%86

كنت طلبت من كل طبيب وأخصائي ما يلي :

- عنوان البريد الإلكتروني الشخصي لإدراجه ضمن ***"قائمة البريد الإلكتروني للأطباء والأخصائيين النفسانيين العرب"***.
- السيرة العلمية و لمحة عن النشاط العملي و محاور الاهتمامات لإدراجهم ضمن ***"دليل السير العلمية للأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس العرب"***.
- قائمة الإصدارات العلميّة (أبحاث، مقالات، كتب علميّة) مع ملخّصات موجزة باللّغة العربية و الإنكليزية أو العربية و الفرنسية لإنجاز ***"بنك المعلومات النّفسيّة العربيّة"***.

2-2- ردود الفعل

كان الترحيب الكامل و الإشادة لمشروع الشبكة، السمة المشتركة لجميع الردود التي وصلتني مع طلب المساهمة الفعّالة في إعداد الشبكة بالنسبة للبعض منهم، هذا وقد أمدّنا البعض من الزملاء سيرهم العلمية وقائمة أبحاثهم و منشوراتهم في حين أحجم البعض الآخر والأمر الملفت للنظر غزارة الإنتاج العلمي للعديد منهم إلا أن سوء التواصل العلمي حال دون معرفتنا لهذه الأبحاث و لعل من أهداف الشبكة تحقيق التواصل بين الأخصائيين و التعريف بالإنتاج أبحاث الزملاء العرب.

2-3- إنجاز دليل الأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس

أسعى من خلال هذه الصفحة للتعريف بالأطباء النفسانيين و بأساتذة علم النفس في الوطن العربي أو المهجر: اهتماماتهم العلمية، ميادين عملهم، تاريخهم العلمي والعملي، قائمة أبحاثهم وإصداراتهم الطبنفسية، نشاطهم الجمعياتي، مع جوانب من شخصياتهم الإنسانية واهتماماتهم الثقافية توطيدا لأواصر تعارف يتجاوز حدود العلمي إلى الإنساني.

أما بالنسبة للأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس الذين لم تعدّ الاتصال بهم بإمكانهم إرسال سيرتهم العلمية مصحوبة بملخصات أبحاثهم و كلماتها المفتاحية باستعمال النموذج المرفق في هذه الصفحة.

نمـوذج السيرة الذاتية
www.arabpsynet.com/cv/CV.HTM

تتضمن هذه الصفحة السير العلمية للرواد من علم النفس و الطب النفسي في الوطن العربي الذي قدموا خدمات جليلة للصحة النفسية هذا إلى جانب سير أعضاء الهيئة العلمية الذين ساهموا بشكل فعال في تأسيس الشبكة و تطويرها.

كما أعرض نافذة للبحث في قواعد بيانات عن سير الأطباء و الأساتذة الذين تكرموا إرسال سيرهم العلمية و نافذة للبحث تتعلق بالأبحاث الطبنفسية و العلمنفسية العربية (يتم البحث باللغات الثلاث : العربية و الفرنسية و الإنكليزية) و نافذة أبحاث خاصة بملخصات أطروحات الطب النفسي و رسائل الماجستير لعلم النفس.

هذا و تتضمن الصفحة استطلاعا للرأي حول أفضل بحث طبنفسي و مقالة طبنفسية لسنة 2003 و أفضل بحث علمنفسي و مقالة علمنفسية يرشحها المتصفح المشترك بالموقع لسنة 2003 مع الملاحظة أنه لا يمكن إجراء هذا الاستطلاع أكثر من مرة واحدة وهو مخصص للمشتركين بالشبكة.

تأتي هذه الصفحة محمية بكلمة عبور و هي خاصة بالأطباء المشتركين بالشبكة و المسجلين بقائمة المراسلات الإلكترونية.

آمل أن يكون هذا الدليل متطوّرا و متجدّدا بصفة تفاعليّة مع تطوّر وضعية الطبيب أو الأخصائي العلمية والعملية و أن يتم إدراج الأطباء و الأخصائيين الشبان حديثي العهد بالتخرّج. و حتى يكون شاملا لكل الأطباء والأخصائيين النفسانيين في الوطن العربي و يعكس دائرة اهتماماتهم و مستوى أبحاثهم العلمية و همومهم الإنسانية.

دليل الأطباء النفسانيين العرب
الإصدار الإنجليزي: http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp
الإصدار الفرنسي : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp
الإصدار العربي : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp

دليل أساتذة علم النفس العرب
الإصدار الإنجليزي: http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp
الإصدار الفرنسي: http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp
الإصدار العربي : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp

3-2- إنجاز بنك الأبحاث الطبنفسية و العلمنفسية العربية

إن الأبحاث العربية الأصيلة في حقل العلوم النفسية رغم ندرتها تبقى مبعثرة و غير مجمّعة، و من خلال تأسيس قاعدة بيانات الأبحاث أسعى لتكوين نواة *" بنك الأبحاث العربية الأكاديمية"* شاملة لغالبية الدراسات النفسانية، و هي مكوّنة أساسا من عناوين الأبحاث، أسماء الباحثين، الملخصات و الكلمات المفاتيح الخاصة بها مع ذكر مصادرها. آملا أن تكون قاعدة بيانات الأبحاث العلمنفسية و الطبنفسية مصدرا رئيسيا من مصادر البحث بالنسبة لكل باحث أو طالب يسعى لإعداد دراسة أو أطروحة للإطلاع على أحدث الدراسات العربيّة المتعلّقة بموضوع بحثه.

يعتمد البحث في البنك الإلكتروني للأبحاث النفسية على الكلمات المفاتيح، و قد لفت نظري أن عديد الدراسات الأكاديمية العربية تفتقر إلى هذه الكلمات و هذه عقبة رئيسيّة أعمل على تجاوزها بالاجتهاد وضع الكلمات المفتاحية لهذه الدراسات انطلاقا من نص البحث أو ملخّصه.

هذا و بإمكان الأساتذة و الأطباء المشتركين في الموقع إرسال ملخصات أبحاثهم من خلال نموذج الأبحاث المرفق في الموقع.

نمـوذج الأبحـاث
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

3- دليل الجمعيات العربية الطبنفسية و العلمنفسية :

3-1- أطراف الاتصال

بلغ عدد الجمعيات المهتمة بالعلوم النفسية التي وجهت لها رسائل للمساهمة بالتعريف بأنشطتها في الشبكة 33 جمعية موزعة كالآتي:

- 20 **جمعيات عربية طبنفسية** :

الاتّحاد المغاربي للطبّ النّفسي - الجمعيّة الأردنيّة للطبّ النفسي- الجمعيّة التونسيّة للطب النفسي - الجمعيّة العالميّة الإسلامية للصحّة النفسيّة - الجمعيّة المصريّة للصحّة النفسيّة - الجمعيّة المصريّة للطّب النفسي - المركز الوطني للصحة العقليّة - رابطة الأطبّاء النفسيّين بالخليج - جمعيّة الأطبّاء النفسيّين العراقيّين - الجمعية التونسية للأطباء النفسانيين بالممارسة الخاصة - لجنة مكافحة الوصمة و التفرقة تجاه الفصام - جمعية الطب النفسي التطور - مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية - رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية رانم - الجمعية المصرية لعلم المراهقة - برنامج غزة للصحة النفسية - الاتحاد العربي للوقاية من الإدمان - الاتحاد العالمي للصحة النفسية (م. إ.ش. م) - الجمعية التونسية للطب النفسي الجامعي - جمعية شرق المتوسط للصحة النفسية للأطفال و المراهقين.

- 13 **جمعيات عربية علمنفسية** وهي:

الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية - مركز معوقات الطفولة - جمعية أحباء الطفولة - مركز الإرشاد النفسي - فريق الباحثين النفسانيين اليمنيين - الاتّحاد العربي لعلم النفس - الجمعيّة التونسيّة لعلم النفس - الجمعيّة اللبنانيّة للدّراسات النفسيّة - الجمعيّة المصريّة للدّراسات النفسيّة - الجمعيّة النفسيّة اليمنيّة - المركز العربي للدّراسات و التدريب الأمني بالرياض - رابطة الأخصّائيّين النفسيّين في مصر - مركز دراسات الطّفولة / مصر.

كنت قد طلبت من كل جمعية ما يلي :

1- عنوان البريد الإلكتروني للجمعيّة لإدراجه ضمن ***قائمة البريد الإلكتروني للجمعيّات النفسيّة العربيّة*** ".

2- عنوان موقع الجمعيّة على شبكة الإنترنت للتّعريف به و لإدراجه ضمن قائمة ***"مواقع الجمعيّات النّفسيّة العربيّة على شبكة الإنترنت"***.

3- لمحة موجزة عن تاريخ الجمعيّة، أنشطتها، برامجها، ملتقياتها، أعضائها لإدراجها ضمن ***"دليل الجمعيّات النّفسيّة العربيّة"***.

4- قائمة إصدارات الجمعيّة (مجلاّت، كتب، أبحاث، مقالات) مع ملخّصات موجزة باللّغة العربيّة و الفرنسية أو العربية والإنكليزية لإدراجهم في ***"بنك المعلومات النّفسيّة العربيّة"***.

3-2- إنجاز دليل الجمعيات الطبنفسية و العلمنفسية العربية

حاولت في هذه الصفحة أن أعرّف بالجمعيّات العربيّة العاملة في حقل العلوم النفسية سواء منها الطبنفسية أو العلمنفسية أو النفستماعية (النفسية الاجتماعية). محاولا تسليط الأضواء على أهدافها، أنشطتها و أعضائها، ساعيا لخلق تواصل بين الجمعيّات العربية ذات التوجّهات الواحدة لتبادل التجارب والخبرات، و متابعة آخر المستجدات و الأحداث الجمعيّاتية.

هذا و بإمكان الجمعيات الذين تعذر الاتصال بهم التعريف بأنشطتهم من خلال إرسال نموذج الخاص بالجمعيات العلمنفسية و الطبنفسية و ذلك بعد إدراج البيانات الخاصة بهم و إرساله إلى قاعدة بيانات الجمعيات بالشبكة:

نمـــوذج جمعيـــات
www.arabpsynet.com/AssDB/AssForm.htm

يتضـمن ارتـباط الجمعـيات نـافذة عرض للإطلاع على الجمعيات العلمنفسية و الطبنفسية العربية.

كمـا تضـمنت اسـتطلاعا للـرأي حول فعالية الجمعيات العلمنفسية و الطبنفسية العربية و أهميتها:

1- هل تؤمن بأهمية دور جمعيات العلوم النفسية في العالم العربي؟
2- هـل أنـت عضـو في إحدى الجمعيات الطبنفسية و العلمنفسية الوطنية والعربية ؟
3- هـل تسـاهم الجمعيات الطبنفسية و العلمنفسية في رفع مستوى اللياقة النفسية العربية ؟

إن هذا الاستطلاع مخصص للمشتركين بالشبكة ولا يمكن إجراءه أكثر من مرة واحدة بالنسبة لكل مشترك.

دليـل الجمعيـة النفسيـة العـربيـة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.htm
الإصدار الفرنسي : www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Ar.htm

4- دليل المجلات والدوريات النفسية العربية :

4-1- أطراف الاتصال

سعيا للتعريف بالمجلات العربية النفسية وجهت رسائل إلى 24 مجلة ودورية عربية منها المختصة في الطب النفسي و علم النفس و أخرى علمية غير مختصة وهي كالآتي :

- 10 **مجلات مختصة في الطب النفسي** :

الثّقافة النفسيّة التخصصية/ لبنان - الصحّة النفسيّة/ اليمن- المجلة المغاربيّة للطب النفسي/ المغرب- المجلّة العربيّة للطب النفسي/ الأردن - الإنسان والتطور / مصر – المجلة المصرية للطب النفسي / مصر – الحوليات التونسية للطب النفسي/ تونس – المجلة التونسية للطب النفسي/ تونس– النشرة الإخبارية للإتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان / مصر - نشرة الجمعية المصرية للطب النفسي/ مصر.

- 6 **مجلات مختصة في العلوم النفسية** :

الإرشاد النفسي/مصر - النفس المطمئنّة/مصر- دراسات نفسيّة/مصر- علم النفس/مصر - مجلّة الجمعيّة المصريّة للدّراسات النفسيّة/مصر –الأخصائي النفسي العربي /مصر .

- 8 **مجلات علمية-ثقافية تعرض لمواضيع تهتم بالعلوم النفسية :**

عالم الفكر/ الكويت - كتابات معاصرة/ لبنان - الفكر المعاصر/ لبنان – دراسات عربية/ لبنان (توقفت مؤخرا) - المستقبل العربي/ لبنان – العربي/ الكويت – المجلة العربية للطفولة/ الكويت - الإبداع والعلوم/ لبنان .

	مجلات الطب النفسي	مجلات علم النفس	مجلات ثقافية-علمية	المجموع
العدد	10	6	8	24
الردود	9	2	3	14
النسبة	%90	33%	37%	%58

طلبت من هذه المجلات والدوريات:

- عنوان البريد الإلكتروني للمجلّة لإدراجه ضمن ***"قائمة البريد الإلكتروني للمجلات المختصّة أو المهتمة بالعلوم النفسية "*** التي نسعى لإنشائها.
- عنوان موقع المجلة على شبكة الإنترنت و لإدراجه ضمن قائمة ***"مواقع المجلات النّفسيّة العربيّة"***.
- لمحة موجزة عن المجلّة ،توجّهاتها ،أهدافها ،لغة إصدارها مع التعريف بهيئة أعضاء التّحرير .
- فهرس الأعداد الماضية لإنجاز ***"بنك المعلومات النّفسيّة العربية "*** مع ملخصات الأبحاث المنشورة والكلمات المفاتيح الخاصة بها.

4-2- إنجاز دليل المجلات و الدوريات النفسية :

عملت في صفحة **المجلاّت و الدوريات العربية المختصّة بالعلوم النفسيّة** للتعريف بجل المجلاّت العربيّة سواء المختصّة في الطب النفسي أو علم النفس، ساعيا إلى عرض **فهارس جميع أعدادها** بداية من تاريخ صدورها، مع عرض ملخص موجز للأبحاث الواردة فيها و الكلمات المفاتيح الخاصة بكل بحث، كما كنت متابعا لآخر إصدارات هذه الدوريات، معرّفة مع صدور كل عدد أهم الأبحاث التي يحتويها. و سعيا وراء انتشار الصحافة النفسية المختصة عملت إلى جانب التعريف بهيئة تحرير هذه الدوريات و جهة إصدارها إلى تشجيع الاشتراك بها من خلال عرض قسيمة اشتراك الدوريات.

دليـل الدوريـات النفسيـة العـربيـة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

كما وضعت في وصلة المجلات ارتباط "نموذج مجلات" ليتم من خلاله إرسال البيانات المتعلقة بأية دورية إلى قاعدة بيانات الدوريات بالشبكة.

أشير إلى أن صفحة المجلات مفتوحة و غير محمية بكلمة عبور و ذلك للتعريف بهذه المجلات لدى الجمهور العريض من المتصفحين.

كما تم إدراج في الصفحة نافذة للاختيار المتعدد محتوية لعديد من الدوريات الطبنفسية و العلمنفسية للإطلاع عليها و ذلك سواء من الصفحة الرئيسية للموقع أو من ارتباط المجلات.

5- دليل المكتبة النفسية العربية :

5-1- أطراف الاتصال

إن الإصدارات العربيّة في حقل العلوم النفسية ضئيلة مقارنة سواء بالإصدارات الأجنبية في هذا الميدان أو بالإصدارات العربية في الميادين الأخرى (أدب، سياسة، تاريخ، دين ...) و من أجل التعرف على الإصدارات النفسية العربيّة عملت على الاتصال بالبريد الورقي بعديد دور النشر و كان مجموعها 177 موزّعة حسب العربي كالآتي:

البلد	لبنان	سوريا	مصر	الأردن	س.	تونس	الكويت	م.	ن.
د.نشر	72	45	43	9	4	2	2	177	%100
الردود	4	3	3	1	0	0	0	11	%6
ع. ر.	25	5	2	0	0	1	0	33	%18
بدون إ.	43	37	38	8	4	1	2	133	%75

س. : السعودية
م. : المجموع
ن. : النسبة
ع. ر. : عودة الرسائل
د. نشر : دور النشر
بدون إ. : بدون إجابة

طلبت من دور النشر ما يلي :

- العنوان الإلكتروني للدّار لإدراجه ضمن ***"دليل العناوين الإلكترونية لدور النشر العربية"***.
- عنوان موقع الدار على شبكة الإنترنت و لإدراجه ضمن قائمة ***"مواقع دور النشر العربيّة المهتمة بالإصدارات النّفسيّة "***.
- لمحة موجزة عن تاريخ الدار ،نشأتها ، توجّهاتها ،أهدافها، منشوراتها . لتأسيس ***"الدليل الإلكتروني لدور النشر العربيّة "***.
- قائمة الإصدارات النفسيّة للدّار مصحوبة بفهرس كلّ إصدار، مع التعريف بالكاتب و بتاريخ الصّدور لإنجاز ***"بنك الإصدارات النّفسيّة العربيّة"***. مع التعريف بالإصدارات النّفسيّة الحديثة بصفة دوريّة حتّى يتمكّن المتصفّح من الإطّلاع على آخر الإصدارات في ميدان العلوم النّفسيّة.

2-5- إنجاز دليل المكتبة النفسية العربية :

أسعى هذا الدليل إلى سد فراغ كبير في المكتبة العربية، فالكتاب النفسي العربي رغم ندرته يبقى مهمشا مقارنة بالإصدارات الأدبية و التراثية و الدينية و غيرها، كما أنه يشكو سوء التعريف به و الإشهار المحدود الذي لا يكاد يتجاوز المدينة أو البلد الصادر فيه و سعيا وراء تجاوز هذه النقائص عملت في إطار هذه الصفحة على التعريف بالإصدارات النفسية العربية القيّمة سواء منها العربية أو الفرنسية أو الإنكليزية، حيث يتم عرض ملخصاتها مع الفهارس التابعة لها مصنفة حسب الاختصاصات النفسية الدقيقة (طبنفس، علمنفس، علاجنفسي، تحليلنفسي، علمنفس الطفل و المراهق.....) لتيسير بحث المتصفح على العناوين حسب اهتماماته.

تم تأسيس بنك الإصدارات النفسية العربية من خلال قاعدة بيانات محتوية لعديد الإصدارات يتم البحث فيها سواء من خلال الكلمات المفتاحية أو اسم الباحث، هذا و يتم إثراء بنك الإصدارات بصفة تفاعلية مستمرة من خلال إرسال نموذج الكتب بعد إدراج البيانات فيه إلى الشبكة. هذه الصفحة غير محمية بكلمة عبور.

نمـــوذج كتـــب
www.arabpsynet.com/book/bookForm.htm

تتضمن الصفحة استطلاعا للرأي حول أفضل كتاب طبنفسي لسنة 2003، و أفضل كتاب علمنفس مع الملاحظة أن هذا الاستطلاع مخصص حصريا للمشتركين بالشبكة و لا يمكن إجراءه أكثر من مرة واحدة بالنسبة لكل مشترك.

دليـل الإصـدارات النفسيـة العـربيـة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm

6-دليل الروائز و الاختبارات العربية

أسعى للتعريف بأهم اختبارات القياس النفسي سواء المقننة للبيئة العربية أو التي لم تقنن، ساعيا إلى تشجيع تعريبها و تقنينها للبيئة العربية و برمجتها و معالجتها إلكترونيا كما تم عرض بعض الاختبارات النفسية على الصفحة حيث بالإمكان إجرائها من خلال الموقع والحصول على نتيجة الاختبار.

سلم تقييم درجة الإكتئاب لهاميلتون : النص الكامل - الاختبار
سلم تقييم درجة القلق لهاميلتون : النص الكامل - الاختبار
استبيان تحري الاضطرابات النفسية السابقة للدورة الشهرية النص : (فرنسي) - موجز

كما تتضمن هذه الصفحة استطلاعا للرأي حول أهمية الروائز و مدى استعمالها في العيادة النفسية العربية و جاءت الأسئلة كالآتي:

1- هل تستعين في ممارستك العيادية بالاختبارات النفسية؟
2- هل تستعين بأخصائي القياس النفسي لتحليل نتائج الاختبارات ؟
3- هل حصلت على تكوين علمي وعملي في القياس النفسي ؟
4- ما هو الاختبار الأكثر استعمالا في ممارستك العيادية ؟

كما أن هذا الاستطلاع مخصص للمشتركين بالشبكة و يتعذر إجراءه أكثر من مرة واحدة.

هذه الصفحة محمية بكلمة عبور و هي مخصصة حصريا للأطباء النفسانيين و أساتذة علم النفس المشتركين بالموقع.

Arabpsynet Psychometry Guide :
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.asp
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Fr.asp
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Ar.asp

7- دليل المؤتمرات النفسية العربية و العالمية :

أعرض في هذه الصفحة الجدول الزمني للمؤتمرات الطبنفسية و العلمنفسية العربية و العالمية مع عناوين مواقعها على الشبكة للإطلاع على تفاصيل برامجها أو عناوين مراسلاتها الإلكترونية إن تعذّر التعرّف على موقعها.

إلى جانب التعريف بالمؤتمرات العربية أسعى إلى تشجيع الأطباء و الأخصائيين المشاركة فيها دعما و توطيدا لأواصر التعارف العلمي و الإنساني و خلقا لمناخ التنافس العلمي و للإطلاع على خدمات الصحة النفسية في مختلف أقطار الوطن العربي.

تتضمن هذه الصفحة نافذة اختبار للإطلاع على المؤتمرات العالمية مبوبة كالآتي :

- مؤتمرات عربية / مؤتمرات أوروبية / مؤتمرات آسيوية / مؤتمرات إفريقية / مؤتمرات عالمية / مؤتمرات أسترالية

كما أعرض استطلاعا للرأي حول أهمية المؤتمرات الطبنفسية و العلمنفسية العربية و مدى المشاركة فيها و كانت أسئلة الاستطلاع كالآتي :

1- هل تهتم بالمؤتمرات الطبنفسية والعلمنفسية العربية و تسعى للمشاركة فيها ؟
2- هل تحقق لك المؤتمرات العربية إضافة علمية عند مشاركتك فيها ؟
3- هل تسعى عند مشاركتك المؤتمرات العربية في التعرف على الزملاء العرب و ربط علاقة للتعاون العلمي معهم؟

أشير إلى أن هذا الاستطلاع مخصص للمشتركين بالشبكة و يتعذر إجراءه أكثر من مرة واحدة.

أسعى في وقت لاحق متابعة أهم المؤتمرات العربية بإطلاق أبحاثها المعروضة على الشبكة خلال أيام المؤتمر، لمتابعة فعالياتها من خلال الشبكة في الزمن الحقيقي.

إثراء لهذه الصفحة بإمكان الجمعيات و المنظمات العلمية و الطبنفسية الراغبين في التعريف بمؤتمراتهم إرسال البيانات حسب النموذج المخصص للمؤتمرات

نمـــوذج مؤتمـــرات
www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

دليـل المؤتمـرات النفسيـة العـربيـة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Ar.htm

8- دليل المواقع النفسية و المواقع النفسية العربية و العالمية والنشر الإلكتروني النفسي العربي

إنّ النشر الإلكتروني أو يكاد يكون منعدما في العالم العربي ولا

عذر في تخلفنا عن هذا الميدان فالتعامل الرقمي مع المعلومة أصبح أكثر من ضرورة.

إن أهمية الكتاب الإلكتروني والبحث الإلكتروني لا تلغي بأي حال الكتاب الورقي والبحث المكتبي ولكنها مكمّلة له فهي تقدم خدمات تفاعلية يعجز عنها الكتاب الورقي فلكل شكل من المعرفة مكانته ولكل عصر أدواته ولغته.

أسعى من خلال هذه الصفحة إلى تشجيع النشر الإلكتروني سواء كانت أبحاثا أو اختبارات أو برمجيات أو ملخصات مؤتمرات أو دوريات ومجلات إلكترونية من خلال الأقراص المكثفة أو شبكة الويب.

أعـرض فـي هـذه الصفحة لأهم ارتباطات العلوم النفسية على شبكة الإنترنـت التـي تـم اختيارها لقيمتها العلمية من بين آلاف المواقع و قد عرضـتها مـبوبة حسـب محـاور العلـوم النفسية (اضطرابات الإدمان، اضطرابات وجدانية، اضطرابات الزهايمر، اضطرابات القلق ...) لتسهيل عملية البحث و ذلك من خلال نافذة اختيار خاصة بالمواقع و ذلك إلى جانب التعريف بمحركات الأبحاث العالمية للبحث حسب المفردات و التي لا غنى للباحـث علـى الويـب في اللجوء إليها و أهمها (MEDLine ، Google ، YahooMH) ...

كمـا أعـرض في هذه الصفحة استطلاعا للرأي لترشيح أفضل المواقع النفسية العربية و العالمية و أفضل محركات الأبحاث :

1- مـا هي أفضل ثلاث مواقع ويب عربية طبنفسية و علمنفسية ترشحها ؟
2- مـا هي أفضل ثلاث مواقع ويب عالمية طبنفسية و علمنفسية ترشحها ؟
3- ما هو أفضل محرك أبحاث ترشحه للعلوم النفسية ؟

هـذا الاسـتطلاع مخصـص للمشـتركين بـالموقع سواء من الأطباء النفسانيين أو أساتذة علم النفس و يتعذر إجراءه أكثر من مرة واحدة.

هذه الصفحة مفتوحة و غير محمية بكلمة عبور.

دليـل الارتباطـات النفسيـة العـربيـة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Ar.htm

9- صفحة منتدى الحوار للأطباء و الأخصائيين

أسـعى أن تكـون هـذه الصفحة التفاعلية منتدى إلكترونيا يعرض فيه الأخصـائيون وجهـة نظرهم حول المواضيع التي تشغل بال البعض منهم لتـبادل الآراء العلمية. وهي محمية بكلمة عبور حتى لا يلج إليها غير أهل الإختصاص.

فـي هذا المنتدى يعرض المختصون فيه وجهات نظرهم حول مواضيع متفرقة حسب اهتماماتهم في المنتدى الحر كما بإمكانهم المشاركة في محاور المنتدى الثلاثة المحددة كالتالي :

- **اللغة العربية في العلوم النفسية** و كمدخل لهذا المنتدى نعرض لأبحاث أهمها للأستاذ يحيى الرخاوي " اللغة العربية و تشكيل الوعي القومي" لتكون منطلقا للحوار لهذا المنتدى.
  - اللغة و خصوصية الشخصية العربية - بسام بركة
- **"نحو سيكولوجيا عربية"** و كمدخـل للحـوار في هذا المحور نعرض الأبحاث التالية :
  - واقع الطب النفسـي فـي العـالم العربـي - أ.د. محمـد أحمد النابلسي
  - مسـيرة العلـوم النفسية في الوطن العربي - أ .د. نزار عيون السود - سوريا
  - علـى طـريق المدرسـة العربية للعلوم النفسية - أ .د. محمد أحمد نابلسي - لبنان
  - الملامـح المميـزة للمدرسـة العربية للعلوم النفسية - أ .د . علي زيعور - لبنان
  - الخصـائص المعرفية للمحـاولات السـيكولوجية العربـية - د. الغالي أحروشاو
- **الوظيفة الجنسية من السواء إلى الاضطراب** : مدخـل للحوار نعرض فيه الأبحاث التالية :
  - عقـدة ليليـت" الجانـب المظلـم من الأنوثة" - د. سـامر جميل رضوان
  - الاضطرابات النفسجنسية : مقاربة تصنيفية حديثة أ.د .كلود كريبولت - ترجمة د .جمال التركي
  - الجـنس و الـنفس في الحياة الإنسانية (مقدمة كتاب) أ.د. كمال علي - العراق
  - الجـنس الفـيض، الجـنس الصـفقة، الجـنس اليأس في "بيع نفس بشرية" لـ محمد قنديل - أ.د. يحيى الرخاوي
  - تطور الهوية الجنسية - رؤية من منظور الصحة و المرض د. أسامة عرفة
  - الانحـراف الجنسـي : إعـادة قـراءة مصـطلح أ.د. يحـيى الرخاوي - القاهرة / مصر
  - تحرير المرأة بالحرمان ...!!! أ.د. يحيى الرخاوي - القاهرة / مصر

أشير إلى هذا الاستطلاع مخصص للمشتركين في الشبكة من الأطباء النفسـانيين و أسـاتذة علم النفس و لا يمكن إجراءه أكثر من مرة واحدة بالنسبة لكل مشترك.

دليـل منتدى الحـوار
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.asp
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.Fr.asp
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.Ar.asp

10- صفحة المعجم الشبكي للعلوم النفسية

أعرض في صفحة المعاجم الإصدار الكامل **للمعجم الإلكتروني للعلوم النفسية** الذي تجاوز إعداده فترة العشر سنوات محتويا على أكثر من 113 ألف مصطلح. حيث بإمكان المتصفح من خلال **المعجم الشبكي للعلوم النفسية** " **NetPsydict** " الاطلاع على ترجمة المصطلح النفسي من وإلى العربية، الفرنسية و الإنكليزية.

يمـتاز المعجـم الشبكي على خلاف المعجم الورقي بالتفاعلية حيث يـتطور مـع استعمال المتصفحين له. فقد تضاف له مصطلحات جديدة و تختفـي أخـرى وقد تتغير ترجمة كلمة ما و تضاف ترجمات جديدة إلى أخـرى قديمة وبإمكان كل مشترك بالشبكة سواء من الأطباء النفسانيين أو أسـاتذة علـم النفس إبداء الرأي في ترجمة مصطلح ما وعرض ترجمة أخـرى يـراها مناسبة لمصطلح آخر وإرسالها من خلال النماذج المرفقة لتعديل ترجمة المصطلح أو لإضافته بعد المشاورة و الدراسة.

نموذج إضافة مصطلح إنجليزي / نموذج إضافة مصطلح عربي / نموذج إضافة مصطلح فرنسي

دليـل المعجـم النفسـي
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Ar.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.Fr.htm

11- دليل الوظائف النفسية العربية

إن العقـبة التـي تجابه حديثي العهد بالتخرج في ميدان العلوم النفسية تتمثل أساسا في الحصول على وظيفة تناسب اختصاصهم و مؤهلاتهم، و هـذه المسـألة تعـدّ أكـثر حدّة بالنسبة لأخصائيي العلوم النفسية مقارنة بالأطباء النفسانيين، فحاجة العالم العربي سواء إلى الأطباء أو

الأخصائيين مازالت كبيرة جدّا، لكن ندرة المطالبة بهؤلاء الأخصائيين تعود لعدم الوعي بأهمية هذا الاختصاص و إن حدث أن طلبت بعض المؤسسات هؤلاء الأخصائيين فسوء التواصل بينها و بين أخصائيي العلوم النفسية يكون عائقا رئيسيا في توظيف الكفاءة المناسبة في المكان المناسب، الأمر الذي أدى إلى ارتباك في توظيف هؤلاء. حتى أصبحنا نجد أخصائيي علم النفس يقومون بوظائف أبعد ما تكون عن اختصاصهم كأن يوظفوا أساتذة للغة العربية أو الأجنبية أو يهجرون اختصاصهم إلى وظائف لا علاقة لها بعلم النفس والعكس يشاهد أيضا حيث أن بعض المؤسسات توظّف أخصائيين غير مؤهلين لوظائف نفسية.

سعيا لرأب الهوة بين الأخصائيين والمؤسسات ومن أجل تحسيس المؤسسات بأهمية الإختصاص أسعى للتعريف بالمجالات التي يمكن للأطباء والأخصائيين أن يقدموا فيها خدماتهم إضافة إلى المؤسسات الإستشفائية شأن المؤسسات التعليمية، المؤسسات الصناعية، المؤسسات المالية، المؤسسات الإدارية ... كما أسعى إلى تعريف المؤسسات بالأخصائيين والأخصائيين بالمؤسسات من خلال عرض **طلبات المؤسسات** للوظائف الشاغرة لديها في مجال علم النفس والطب النفسي وأيضا من خلال عرض **طلبات التّوظيف** لحديثي العهد بالتخرج في العلوم النفسية إيجاد مساهمة في فرص توظيف الأخصائيين في ميدان اختصاصهم و لوقف نزيف هجرة الأخصائيين ميادين العلوم النفسية بعد أن أعياهم البحث وعجزوا عن إيجاد وظائف تناسب مؤهلاتهم فكل طبيب أو أخصائي يعمل خارج نطاق اختصاصه هو خسارة لهذا الإختصاص في العالم العربي الذي نحن أحوج ما نكون فيه إلى أمثال هؤلاء لرفع مستوى اللياقة النفسية للمواطن العربي التي هي في أدنى درجاتها.

نمـــوذج عـــرض وظائـــف
www.arabpsynet.com/joboe/JobsOEForm.htm
نمـــوذج طلـــب وظائـــف
www.arabpsynet.com/jobde/JobsDEForm.htm

دليـــل الوظائـــف النفسيـــة العـــربيـــة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Ar.htm

12- دليل مراكز الاستشفاء الطبنفسية العربية :

أسـعى فـي هـذه الصـفحة إلى التعريف بأهم المؤسسات الإستشفائية الطبنفسـية في العالم العربي سواء منها الخاصة أو الحكومية، طرق العلاج المتـبعة فيها، الطاقم الطبي، طاقة استيعابها من المرضى، تاريخ المؤسسة، نشاطها العلمي بعيدا عن الإشهار التجاري...

تتضمن الصفحة استطلاعا للرأي مخصص للمشتركين حول المشافي النفسية العربية.

1- كيف تقيم أداء المشافي النفسية العربية؟
2- هل توجد مشافي خاصة للصحة النفسية في بلدكم؟
3- هل تدعم فكرة إنشاء مشافي صحية نهارية؟
4- كيف تقيم العلاقة بين الأطباء النفسانيين العاملين في المجال الاستشفائي وزملائهم في الممارسة الحرة؟

هذه الصفحة مفتوحة لعموم المتصفحين و غير محمية بكلمة عبور.

دليـــل المشافـــي النفسيـــة العـــربيـــة
الإصدار الإنجليزي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-hosp.htm
الإصدار الفرنسي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-hosp.Fr.htm
الإصدار العربي: www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-hosp.Ar.htm

13- دليل الجامعات العربية (لم يحدث بعد)

رغبة في التعريف بأقسام علم النفس و الطب النفسي بالجامعات العربية، تتضمن :

- عنوان البريد الإلكتروني لأقسام علم النّفس / الطب النّفسي بالجامعة لإدراجه ضمن "قائمة البريد الإلكتروني لأقسام علم النفس و الطب النفسي بالجامعات العربيّة " التي نسعى لإنشائها.
- عنوان موقع الجامعة على شبكة الإنترنت لإدراجه ضمن قائمة ***"مواقع الجامعات العربيّة"***.
- قائمة أعضاء هيئة التّدريس مع عناوينهم الإلكترونية و لمحة موجزة عن دائرة اهتمامهم و تخصّصاتهم الدقيقة لإعداد ***"قائمة الأساتذة الجامعيين المختصين في العلوم النفسية "***
- لمحة موجزة عن البرامج المعتمدة في أقسام علم النفس و الطب النفسي في هذه الجامعات، مدّة الدّراسة، شهادات ختم الدروس الجامعيّة.
- قائمة الأبحاث و الأطروحات الجامعيّة مع ملخّصاتها باللّغة العربية و الإنكليزية أو العربية و الفرنسية لإنجاز ***"بنك المعلومات النّفسيّة العربيّة"***.

14- دليل المريض النفسي العربي : (لم يؤسس بعد)

هذه الصفحة موجهة إلى المريض النفسي العربي حيث تعرّف في صورة مبسطة أهم الأمراض النفسانية (الفصام، الاكتئاب، الرهاب، الوسواس القهري.....) وذلك لتخليص المريض النفسي من الخرافات و الشعوذات التي صحبت الاضطرابات النفسية ردها طويلا من الزمن، كما تهدف الصفحة إرشاد المريض إلى الطرق السليمة التي ينبغي أن يتوخاها للعلاج حتى يوفر أكثر الضمانات لتحقيق الشفاء.

إن هدف هذه الصفحة أساسا توعوي ولا تسعى بأي حال إلى تقديم وصفات علاجية أو إرشادات دوائية فكل ما تسعى إليه هو إنارة طريق المريض النفسي حتى يدرك طبيعة مرضه والطريق السوي الذي ينبغي اتباعه للعلاج كي لا يتيه بين سراديب الدجالين والمشعوذين.

15- صفحة الثقافة المعلوماتية : (لم تؤسس بعد)

إن امتلاك قدر أدنى من "**الثقافة المعلوماتية**" بالنسبة للطبيب و الأخصائي أصبح أكثر من ضرورة ونحن على أعتاب الألفية الثالثة، فالتعامل مع جهاز الكمبيوتر والأدوات التابعة له وفهم البرامج وكيفية الاستفادة منها لتطوير أسلوب العمل ولتطور الأبحاث النفسية يعد أمرا أساسيا فلا عذر للأخصائيين بـ ***"الأمية المعلوماتية"***

سنعمل من خلال هذه الصفحة على تبسيط مصطلحات المعلوماتية وتشجيع الأخصائيين على امتلاك كمبيوتر شخصي و الاشتراك بالإنترنت لامتلاك عنوان إلكتروني، و كيفية إعداد صفحة ويب شخصية يعرض فيها سيرته العلمية ويعرف بشخصه واهتماماته. إنّ معرفة حد أدنى من البرامج شأن برامج معالجة النصوص، برامج قواعد البيانات، برامج التصفح على شبكة الإنترنت، برامج إعداد صفحات الويب ... يعدّ من **أبجديات الثقافة المعلوماتية**، إنّ هذه الثقافة التي لم يتلقاها جل الأخصائيين في الجامعة زمن دراستهم، يمكن استيعابها بصفة تدريجية وامتلاك ناصيتها ولا خيار لنا في ذلك إن أردنا دخول هذه الألفية من الباب الكبير وإلا سنبقى في دائرة الظل في عصر العولمة، عصر محو الآخر إن لم يعلن عن وجوده ويعبّر عن ذاته وكيانه وخصائصه.

خاتمة : إن نجاح هذا الإنجاز المعلوماتي يتطلب تضافر جهود جميع العاملين في ميادين العلوم النفسية حتى يكون مرآة عاكسة لحالة هذا الاختصاص في الوطن العربي و حتى يعرّف بالمستوى العلمي الذي وصل إليه و يساهم في ربط صلة التعارف العلمي و الإنساني بين الأخصائيين .

إنّي أوجّه دعوة إلى جميع الأطباء و الأخصائيين العرب المهتمين بالعلوم النفسيّة سواء العاملين منهم في الوطن العربي أو المغتربين و الذي تعذّر الاتصال المباشر بهم سواء عن طريق البريد الورقي أو الإلكتروني مشاركتنا إعداد الصفحة، بإرسال سيرتهم العلمية و قائمة أبحاثهم مع ملخصاتها و الكلمات المفاتيح الخاصة بها، كما أوجّه دعوة إلى الجمعيات و المجلاّت و الجامعات المختصة بالعلوم النفسية (طب نفس- علم نفس) في الوطن العربي للمساهمة معنا في إعداد الصفحة من التعريف بأنشطتهم و برامجهم و أبحاثهم. إنّ الأمل كبير في تظافر جهود جميع العاملين في ميادين العلوم النفسية في العالم العربي لإنجاز هذا المشروع المعلوماتي و نرحب بكل من يرغب في التعاون الدائم معنا و متابعة مراحل إعداد الصفحة إلى حين إطلاقها على الشبكة. أما فيما يخص موعد عرض الصفحة على شبكة الإنترنت فليس بوسعنا في الوقت الحاضر الإعلان عن زمن محدد لأن إنجاز هذا العمل رهين مشاركة و تعاون أطراف متعددة، ولكن سنعمل قدر الإمكان على ألاّ تطول فترة الإنجاز بفضل تضافر مجهودات الجميع.

شكـــر و اعتـــراف و تقديـــر

أتقدم بالشكر و الاعتراف بالفضل إلى كل من ساهم معي في إنجاز هذا المشروع المعلوماتي الذي لولا دعمهم لما جاءت هذه البوابة بالثراء و التنوع التي هي عليه و أخص بالذكر كل من الأساتذة محمد أحمد النابلسي (لبنان)، يحيى الرخاوي (مصر)، حسيب الدفراوي (مصر)، طارق عكاشة (مصر)، نبيل سفيان (اليمن)، معن عبد الباري (اليمن)، سامر رضوان (سوريا)، حسان المالح (السعودية)، الزين عمارة (الإمارات)، مساعد النجار (الكويت)، وليد سرحان (الأردن)، عدنان الفرح (الأردن)، سفيان الزريبي (تونس) إضافة إلى أخصائيي البرمجة والمعلوماتية السيد ماهر اليانقي، السيد عبد السلام الحكيم و السيد عبد العزيز التركي لدعمهم المتواصل و لاجتهادهم في التغلب على صعوبات تقنية البرمجة العربية.

كما أشكر رؤساء المؤتمرات الطبنفسية و العلمنفسية سواء منهم الذين أفسحوا المجال لعرض مشروع الشبكة و المعجم الإلكتروني في ورشات العمل أو في المحاضرات أو الذين تكرموا بدعوتي لمؤتمراتهم و أخص بالذكر من هؤلاء :

- الأستاذة سعيدة الدوكي (المؤتمر العربي التاسع للأطباء النفسانيين العرب / تونس – ماي 2001)
- الأساتذة آمال صادق – بديوي علام و إسماعيل الفقي (المؤتمر العربي التاسع لعلم النفس / القاهرة – جانفي 2001)
- الدكاترة جليل بناني و محمد الجماعي (المؤتمر الثاني للأطباء النفسانيين الخواص الناطقين بالفرنسية / المغرب 2002)
- الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوي (الندوة العلمية لجمعية الطب النفسي التطوري / القاهرة – فيفري 2002)
- الدكتور سفيان الزريبي (المؤتمر الثالث للأطباء النفسانيين الخواص الناطقين بالفرنسية / سوسة – ماي 2003)
- الأستاذ الدكتور عدنان العيدان الذي تكرم دعوتي للمؤتمر الأول للصحة النفسية بالخليج (الكويت أفريل 2003) و التي حالت وضعية المنطقة دون انعقاده.

كما أود التعرض لسؤال طرح في عديد المؤتمرات حول مصادر تمويل المشروع و كلفته و الجمعيات التي يمثلها، أما الإجابة فإن التمويل شخصي و قد اعتذرت عن قبول دعم العديد من المؤسسات و مخابر الأدوية حفاظا على استقلالية الموقع أما عن كلفة المشروع فإني أترفع عن ذكر الأرقام و أكتفي بالإشارة إلى أن إعداد الموقع تطلب زيارة عديد الدول العربية إضافة إلى العمل بمعدل أربع ساعات يوميا على مدى ثلاث سنوات مع طاقم مكون من ثلاث سكرتيرات وأخصائيي البرمجة و التصميم (8 ساعات أسبوعيا على مدى ثلاث سنوات). أما فيما يخص الجمعيات الداعمة لهذا المشروع فهو لا يعبر عن وجهة نظر أية جمعية علمنفسية و طبنفسية عربية و لكن أشيد بالدعم المعنوي و العلمي لعديد الجمعيات و أخص بالذكر اتحاد الأطباء النفسانيين العرب، المركز العربي للدراسات النفسية، جمعية الطب النفسي التطوري و الجمعية التونسية للطب النفسي.

و بعد كل هذا فالفضل لله سبحانه و تعالى أن وفقني و رزقني و الفريق العامل من الصبر و الاحتمال ما نستطيع تحمله إلى أن جاء الموقع على ما هو عليه.

" مجانيـــن " الصحـــة النفسيـــة للجميـــع

www.maganin.com

المركـــز العربـــي للطـــب المسنـــد

www.arabicebm.com

LE PROJET ARABPSYNET

VERS UNE COLLABORATION ACADÉMIQUE PSY INTER ARABE

DR. JAMEL TURKY – TUNISIA / Traduit par DR. SLIMANE DJARALLAH - ALGERIA

turky.jamel@gnet.tn - s_djarallah@yahoo.fr

RESUME *: A l'aube du 3ème millénaire, la réalisation d'une page WEB intéressant les sciences psychologiques dans le monde arabe par les spécialistes de la santé mentale est plus qu'une nécessité : nécessité pour connaître et se faire connaître, nécessité pour évoluer et se faire évaluer, nécessité pour exposer nos travaux et la spécificité de notre pratique, bref une nécessité quasi indispensable dans l'ère de la révolution informatique afin de marquer notre présence devant le fléau de la mondialisation qui tend à nier le différent, sa spécificité, sa culture, sa civilisation et à l'extrême nier même sa présence.*

Réalisé « ARABPSYNET » est une façon pour nous (spécialistes de la santé mentale dans le monde arabe) d'exprimer notre présence en tant que producteurs et non consommateurs , d'exprimer notre existence et notre différence (je suis différent, certes : mais voiçi ma conception) tout en montrant nos spécificités, nos caractéristiques, notre approche culturelle et civilisationnelle ... Je te reconnais en tant que différent, mais tant que je n'expose pas mon approche et mon modèle tu ne pourras jamais me faire connaître et reconnaître. « ARABPSYNET » n'est qu'une façon parmi d'autres pour s'exprimer ,et pour expliciter sa spécification.

Dans cette étude nous exposons les matériels et méthodes de notre travail pour la réalisation de cette page web ; par la suite nous révélons avec précaution les résultats préliminaires. Enfin nous détaillons les différentes perspectives à réaliser a travers cette page web tout en citant en particulier : les listes de diffusion des E. mails, le guide des psychiatres et des psychologues, le guide des associations arabes des sciences psychologiques, le guide des revues et périodiques, le guide des départements de psychologie et de psychiatrie des universités arabes, le guide des centres de recherche, le guide de l'étudiant arabe en sciences psychologiques, le guide des congrès arabes et internationaux, le guide des centres de soins psychiatrique dans les pays arabes, le guide des emplois intéressant le domaine des sciences psychologiques, le guide des publications électroniques, de même « ARABPSYNET » présente des liens vers la page du dictionnaire des sciences psychologiques « PSYDICT-NET » et vers la page des tests psychométriques.

SUMMARY *: At the beginning of the third millennium, the realization of a WEB PAGE concerning psychological sciences in the Arab world by specialists of the mental health is more than a necessity: a necessity to know and to be known, a necessity to evolve and to be evaluated, a necessity to expose our works and the specificity of our practice, briefly a quasi indispensable necessity in this century marked by the computer revolution so as to assert our presence in the world of the globalization that tends to deny our difference, to deny our specificity, to deny our culture, to deny our civilization and to deny even our presence.*

Realized " ARABPSYNET " is a way for us (specialists of the mental health in the Arab world) to express our presence as producers and not as consumers, to express our existence despite our difference (I am different from the other, indeed : but I exist) while showing our specificities, our characteristics, our cultural approach and civilization ... Yes I recognize you as different from me, as long as I do not expose my approach and my model you will never be able to recognize me." ARABPSYNET " is only one way among others to express, to prove the existence and to be known.

In this study we expose the material and methods of our work for the realization of this web page as well as the preliminary results. Finally, we detail the different perspectives to realize: Electronic mailing lists, the psychiatrists and psychologists guide, the guide of Arabic associations of psychological sciences, the reviews and periodicals guide, the guide of psychology and psychiatry departments of Arab universities, the guide of research centers, the guide of the Arab student in psychological sciences, the Arab and international congress guide, the guide of psychiatric care centers in the Arab countries, , the guide concerning psychological jobs, the electronic publication guide, the page of psychological sciences dictionary « PSYDICT - NET » and the psychometric test page.

INTRODUCTION : Les technologies informatiques se propagent d'une façon exponentielle; elles ouvrent des perspectives nouvelles, utiles pour tout le monde, dont la société arabe fait partie; elles permettent d'avoir un changement radical du cours de la pensée des individus.

La médecine est un des domaines qui sont sur le point de non retour dans l'exploitation et l'utilisation des technologies informatiques; le médecin ne peut refuser ces services, comme c'était le cas des médecins ayant refusé l'utilisation du stéthoscope a l'époque de LAENNEC .La circulation de l'information est devenue très rapide, depuis l'émergence des applications de la théorie de la communication moderne; son intérêt est multiplie.

1. Etapes dans la réalisation du site, méthodes et moyens.

L'idée de réalisation du site remonte aux années quatre-vingt-dix (début de l'extension d'utilisation de l'Internet); elle était comme un rêve, sa réalisation semblait lointaine sinon impossible. Il me semblait que c'etait une tâche ambiguë, ayant échappé aux spécialistes de psychologie, qui etaient débordés par leurs activités reparties entre les cliniques, les hôpitaux et l'enseignement a l'université. Ils n'avaient même pas le temps de penser rationnellement à l'efficacité de l'informatique et à son bienfait pour eux même et leur spécialité. Au moment ou nous nous n'intéressions qu'aux problèmes de notre spécialité, l'informatique envahit tous les domaines scientifiques; la programmation dirige tous les systèmes et structures dont on a besoin dans notre vie; puis la généralisation de l'utilisation du réseau Internet a pu maîtriser l'ensemble des sources de l'information dans toute leur variété et leur richesse; on peut même y suivre une conférence internationale a travers notre PC personnel. Actuellement le réseau Internet est en pleine extension et recouvre la majorité de nos activités quotidiennes, si ce n'est la totalité.

L'informatique est même entre les mains des non spécialistes, grâce aux progrès de la programmation. Certains spécialistes en psychologie ont commencé a s'introduire dans le monde informatique (durant les années passées c'était un monde inconnu, bien codé; personne n'osait le décoder a part les spécialistes de ce domaine). Tout d'abord hésitant, l'acquéreur d'un micro-ordinateur; s'abstient d'avouer sa non compréhension de ces secrets et se limite a avoir une adresse électronique pour échanger des messages via email ou compulser certains sites sans l'utilisation d'un moteur de recherche.

Dans le courant de la révolution informatique, il est de nécessite absolue pour le spécialiste en science psychologique de profiter au maximum des services que nous permet l'informatique et le réseau Internet dans le développement des sciences psychologiques dans le monde arabe.

Mes efforts pour réaliser un site en sciences psychologiques tendent a enrichir cette spécialité dans le monde arabe. Ce projet était une idée réalisable mais à long terme ; au fil des temps ces perspectives s'éclaircissent, surtout au début de l'année 2000. J'ai commencé la préparation de la réalisation du site Web en même temps que j'établissais des contactes par voie postale ou via Email avec les intéressés de cette filière scientifique.

Je me suis basé sur plusieurs sources pour les contacter, dont les plus importantes sont:

- Le livre ***" Guide arabe de psychologie "*** Dr. Mohamad A. Nabouls . édite par le centre des études psychologiques et psychosomatique, tarablous- Liban 1992.
- ***" Revue arabe de psychiatrie"*** édité au nom de l'union arabe des psychiatres.
- ***" la culture psychologique spécialisée"*** édité par le centre des études psychologiques et psychosomatique, liban.
- La revue ***" psychologie "*** édité par l'organisation égyptienne du livre.

2 . Le guide des psychiatres et professeurs de psychologie

Les contacts ont touché les parties suivantes:

2. 1. Ensemble des contacts :

- 259 lettres adressées aux psychiatres; leurs répartitions selon les pays où ils exercent se présente comme suit:

Saoudi	Egypte	Algérie	Liban	Jordanie	Emirat	Syrie	Tunisie
42	41	23	22	13	15	11	38
Bahreïn	Iraq	Yémen	Soudan	Libie	Maroc	Autres payes	Total
6	4	4	3	2	43	4	259

Total des lettres envoyées aux psychiatres	Réponses	Lettres retournées	Aucune réponse
259	44	18	161
100 %	17 %	9 %	72 %

- 167 lettres aux psychologues par courrier ordinaire, reparties comme suit, selon les pays ou ils exercent:

Liban	Egypte	Saoudi	Syrie	Koweït	Jordanie
43	41	26	14	15	9
Emarat	Qatar	Tunisie	Autres payes	Total	
7	5	2	5	167	

Total des lettres envoyées aux psychologues	Réponses	Lettres retournées	Aucune réponse
167	17	5	144
100 %	10 %	2 %	86 %

J'ai demandé à chaque médecin et psychologue les informations suivantes:

- Son adresse électronique personnelle, afin d'inclure son nom dans le ***" Répertoire arabe des adresses électroniques des psychiatres et psychologues ".***
- Son CV et un résumé de ses activités scientifiques et de ses préoccupations pour inclure son nom dans le ***" guide arabe des CV des psychiatres et psychologues "***.
- Liste des travaux scientifiques (recherche, articles, livres scientifiques) avec leurs résumés en langue arabe et en anglais ou en arabe et en français pour réaliser une ***" Banque arabe de données de psychologie "***.

2. 2. Réponses et Réactions

L'enthousiasme pour la réalisation du projet "Portail Psy Arabe" réside dans l'ensemble des réponses, avec demande de participation active de certains ; qui ont envoyé leur CV et les listes de leurs travaux scientifiques; par contre d'autres se sont abstenus. Mais ce qui attire l'attention, c'est, pour la majorité d'entre eux, la richesse de leur production scientifique. La mésestimation des relations scientifiques a empêché la connaissance de ces travaux; il est apparent que l'un des objectifs du "Réseau" soit l'intercommunication des spécialistes, et un aperçu des recherches réalisées par les confrères arabes.

2. 3. La réalisation du guide des psychiatres et des psychologues

A travers cette page Web, j'essaye d'identifier les psychiatres et psychologues arabes exerçant dans le monde arabe ou a l'étranger, a partir de leurs travaux scientifiques, domaines d'exercice, parcours et pratique scientifique, liste de leurs thèmes de recherche, leurs éditions en psychiatrie, leurs activités a caractère associatif. En plus de tout cela, leurs personnalités et leur fonds culturel; contribuent au dépassement des frontières scientifiques et touche plus profondément le coté humain.

Quand aux psychiatres et psychologues n'ayant pu être contactés, ils peuvent nous envoyer leurs Curriculum Vitae avec les résumés de leurs thèmes de recherche et leurs mots clés selon le formulaire du CV ci-joint :

Formulaire du CV
www.arabpsynet.com/cv/CV.HTM

Cette page comporte les CV des pionniers de la psychologie et de la psychiatrie dans le monde arabe; ceux qui ont beaucoup fait pour la santé mentale; en plus des CV du groupe scientifique qui a participé d'une façon active à la réalisation et au développement du site. Comme je mets egalement à votre disposition dans cette page un moteur de recherche qui permet l'accès a la base des données comportant les CV des psychiatres et des psychologues ayant envoyé leurs curriculums vitae. Une autre fenêtre avec moteur de recherche, concerne les travaux en psychiatrie et psychologie (la recherche s'effectué en trois langues: Arabe, français et anglais). Une autre fenêtre a moteur de recherche donne les résumés des thésis de fin d'étude en psychiatrie et les mémoires proposés pour l'obtention du diplôme de magister en psychologie.

On a réservé aussi une page pour le sondage d'opinion, concernant le meilleur thème de recherche et le meilleur article en psychiatrie et en psychologie pour l'année 2004. Le choix est effectue par les membres adhérents au site, qui ne doivent participer qu'une seule fois. Cette page est sécurisée, l'accès en est réservé seulement aux docteurs adhérents au site, inscrits dans la liste du courrier électronique et possédant un mot de passe. Je souhaite que ce guide soit bien développé et révisé d'une façon interactive avec la situation scientifique et fonctionnelle du médecin et du spécialiste, avec
insertion des noms des nouveaux médecins et spécialistes qui viennent d'achever leurs études; ceci permettra de toucher l'ensemble des docteurs et des psychologues et refléter leurs intérêts, le niveau de leurs recherches scientifiques et leurs préoccupations d'ordre humain.

Arabpsynet Psychiatrist Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp
Edition Fr.: http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp

Arabpsynet Psychologist Guide:

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp
Edition Fr.: http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp

2. 4. Réalisation d'une banque arabe de données de psychiatrie et de psychologie

L'apparence de rareté des recherches dans le domaine des sciences psychologiques, en langue arabe, vient de leur dispersion, ce qui m'a poussé à créer à une banque de données et à noyau (banque arabe de données académique), englobant la majeure partie des études psychologiques. Elle contient essentiellement, les titres des publications, les noms de leurs auteurs, avec résumés, mots clés et leurs bibliographies. Mon ambition est que cette banque de données des publications en psychiatrie et en psychologie devienne la source principale pour les chercheurs et les étudiants préparant des projets d'études dans ce domaine, leur permettant ainsi de prendre connaissance des publications arabes les plus récentes concernant le sujet de leur thèse.

La recherche dans la banque de données électroniques de psychologie se fait par les mots clés. Ce qui a attiré mon attention, c'est que la majorité des thèses académiques en langue arabe sont dépourvue de ces mots clés. Cet obstacle, j'essaye de le surmonter en créant des mots clés à ces études, a partir du contenu de la thèse ou de son résume.

Ainsi les docteurs et professeurs adhérant au site peuvent nous envoyer les résumés de leurs publications selon le formulaire des articles ci-joint :

Formulaire des Articles
www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm

3. Guide des associations psy-arabe de psychiatrie et de psychologie :

3. 1. Parties déjà contactées

Le nombre d'associations intéressant aux sciences psychologiques, auquelles on a demandé de participer avec leurs activités au site est de 33, reparties comme suit :

20 associations arabes de psychiatrie

Association maghrébine de psychiatrie - L'association jordanienne de psychiatrie - La société Tunisienne des psychiatres - L'association islamique internationale de la santé mentale - L'association Egyptienne de la santé mentale - L'association Egyptienne de psychiatrie – Le centre national de la santé mentale – La fédération des psychologues du Golfe – L'association des psychologues Irakiens - L'association Tunisienne des psychiatres privés – Le comité de lutte contre la ségrégation envers les schizophrènes – L'association de psychiatrie évolutive – Le centre des études psychologiques et psychosomatiques –Fédération Egyptienne des spécialistes en psychologie – L'association Egyptienne de science de l'adolescence – Gaza programme de la santé mentale – La fédération arabe de prévention de la toxicomanie - La fédération internationale de la santé mentale – La société Tunisienne de psychiatrie universitaire – L'association Est méditerranéenne de la santé mentale des enfants et des adolescents.

13 associations arabes de psychologie qui sont:

L'association Koweitienne pour la progression des enfants du monde arabe – Centre d'orientation des enfants – Association d'amitié des enfants – Centre d'aide psychologique – Groupe Yéménite des chercheurs en psychologie – Fédération arabe de psychologie - L'association Tunisienne de psychologie - L'association Libanaise des études psychologiques - L'association Egyptienne des études psychologiques - L'association de psychologie de yemen – Le centre arabe des études et d'entraînement a Riad – Fédération des spécialistes de psychologie d' Egypte – Centre des études de l'enfant/ Egypte.

J'ai demandé de chacune de ces associations les informations suivantes:

1. L'adresse électronique de l'association pour l'insérer dans ***"la liste du courrier électronique arabe des associations de psychologie ".***
2. L'adresse du site Web de l'association, pour la faire connaître au public et l'insérer dans ***"la liste des sites Web arabes des associations de psychologie ".***
3. Un aperçu de l'historique de l'association, ses activités, son programme, ses travaux et ses membres afin de les insérer dans ***"le guide arabe des associations de psychologie ".***
4. La liste des éditions de l'association (Revues, livres, publications, articles) avec leurs résumés en langue arabe - français ou en arabe – anglais, pour les insérer dans ***"La banque arabe de données de psychologie ".***

3. 2. La réalisation du guide arabe des associations psychiatriques et psychologiques

Concernant cette page, j'ai essayé de faire connaître les associations arabes qui travaillent dans les domaines des

sciences psychologiques, que se soit en psychiatrie en psychologie ou en psychosociologie, dans le but de faire connaitre leurs objectifs, leurs activités et leurs membres. Tous cela pour créer des liaisons entre les différentes associations arabes, ayant les mêmes orientations, ce qui permetra l'échange des expériences et la mise à jour de l'évolution des mouvements associatifs.

Les associations qui n'ont pu être contactées, peuvent se faire connaître, par l'envoi a la banque de données du formulaire des associations psychologiques et psychiatriques, dûment rempli.

Associations Form

www.arabpsynet.com/AssDB/AssForm.htm

La fenêtre portant les liens de ces associations, nous permet une bonne communication avec elles. Elle comporte aussi un sondage d'opinion suivant; concernant l'efficacité des associations arabes de psychologie et de psychiatrie et leur impact.

1. Croyez- vous à l'utilité des associations arabes de psychologie et de psychiatrie?
2. Appartenez- vous à une association nationale ou arabe de psychologie et/ou de psychiatrie?
3. Est-ce que les associations de psychologie et de psychiatrie participent a l'évolution du niveau culturel en psychologie dans les pays arabes?

Ce sondage est réservé aux membres adhérents au site Web, ayant droit à une seule voix.

Arabpsynet Association Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.htm
Edition Fr.: http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Ar.htm

4. Guide des périodiques psy-arabe:

4. 1. Parties contactées

Dans le but de faire connaître au public les revues arabes de psychologie et de psychologie, j'ai adressé des lettres à 24 revues et journaux arabes, spécialisés dans ces domaines, ainsi qu'aux revues scientifiques non spécialisées :

10 revues spécialisées en psychiatrie:

Culture psychologique spécialisée /Liban – Santé mentale(Al-saha Al aklia)/yemen – Revue maghrébine de psychiatrie /Maroc – Revue arabe de psychologie / Jordanie – L'homme et l'évolution /Egypte – Revue égyptienne de psychiatrie / Egypte – Annales tunisiennes de psychiatrie /Tunisie –Revue tunisienne de psychiatrie /Tunisie – Informations de l'union arabe des associations non gouvernementale de prévention de la toxicomanie /Egypte – Informations de l'association égyptienne de psychiatrie /Egypte.

6 revues spécialisées en sciences psychologiques:

L'orientation psychologique /Egypte – Nefs moutmaina /Egypte – Etudes psychologiques (dérasât nafseyah) /Egypte – La psychologie /Egypte – Revue de l'association égyptienne des études psychologiques / Egypte – Le spécialiste de psychologie dans les pays arabes / Egypte.

8 revues scientifiques culturelles proposant des articles en psychologie:

Le monde de la pensée / Koweït – Travaux contemporains /Liban – La pensée contemporaine /Liban – Etudes arabes /Liban (Arrêté dernièrement) - El-moustakbal El-arabi / Liban – Al-arabi / Koweït – Journal arabe de l'enfance / Koweït – Innovation et sciences /Liban.

	Rev. psychiatriques	Rev. psychologiques	Rev. Sc.culturelles	Total
Nombre	10	6	8	24
Réponses	9	2	3	14
Pourcentage	90%	33%	27%	58%

Afin de réaliser ***"La banque arabe de données de psychologie*** "; j'ai demandé de ces revues et journaux les données suivantes :

- Leurs adresses électroniques pour les insérer dans ***" La liste du courrier électronique des revues spécialisées et celles s'intéressant aux sciences psychologiques"***, pour compléter notre démarche.
- L'adresse du site Web de la revue, pour l'insérer dans ***"la liste des sites Web arabes des revues de psychologie "***.
- Un aperçu de la revue, ses orientations, ses objectifs, la langue d'édition et les membres rédacteurs.
- L'index des numéros passés, avec les résumés travaux publies et leurs mots clés.

4. 2. Réalisation d'un guide des revues et journaux psychologiques:

Mon but est de faire connaître l'ensemble des revues et journaux arabes de psychologie et de psychiatrie, en réservant une page a cette rubrique; cela nous facilite la consultation de l'index de tous les numéros a partir du jour de leur parution; chaque publication comporte un petit résumé et les mots clés. J'ai suivi les derniers numéros édités de ces revues et j'ai cité les article qu'elles contiennent. De notre part nous proposons un formulaire d'adhésion à ces publications, dans le but de contribuer a leur diffusion et de faire connaître leurs membres rédacteurs et encourager ainsi l'affiliation de nouveaux membres.

Arabpsynet Reviews Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

Cette page, n'est pas sécurisée par un mot de passe, permettant l'accès à un large public. On y inclu une fenêtre qui nous permet de choisir et consulter des revues psychiatriques et psychologiques, a partir de la page principale du site ou du lien de la revue.

5. Le guide arabe de la bibliothèque de psychologie:

5. 1. Parties contactés

L'édition arabe dans le domaine de la psychologie reste modeste, comparée aux travaux réalisés a l'étranger. Contrairement a ses publications dans d'autres domaines (littératures, histoire, politique, religion…).Pour faire connaître les travaux arabes en psychologie, j'ai essayé de contacter par courrier ordinaire plusieurs maisons d'édition (environ 177), reparties de la façon suivante:

Pays	Li	Sy	Eg	Jo	KSA	Tn	Kw	Total	%
Maison d'édition	72	45	43	9	4	2	2	177	100%
Réponses	4	3	3	1	0	0	0	11	6%
Courrier Retourner	25	5	2	0	0	1	0	33	18%
Sans réponse	43	37	38	8	4	1	2	133	75%

J'ai demandé à ces maisons d'édition les informations suivantes:

- Leur adresse électronique pour l'insérer dans ***"Le guide arabe des adresses électroniques des maisons d'édition "***.
- Leur site Web, pour l'insérer dans la liste ***" Sites Web des maisons d'édition arabes qui s'intéressent aux thèmes de la psychologie "***.
- Un aperçu de la maison d'édition, ça création, ses orientations, ses objectifs et ses publications, pour établir ***"Le guide arabe électronique des maisons d'édition*** ".

- La liste des parutions traitant les sujets de psychologies accompagnée du sommaire de chaque édition, les noms des auteurs et dates de leur publication, pour créer ***"Une banque arabe de données d'édition en psychologie "***. - Toute nouvelle édition y sera ajoutée, pour que le lecteur puisse se tenir au courant des derniers travaux dans ce domaine.

5. 2. Réalisation du guide arabe de la bibliothèque de psychologie:

Je compte beaucoup sur ce guide pour qu'on puisse combler le vide de la bibliothèque arabe en matière de psychologie. Ce domaine est négligé comparativement aux éditions en littératures, patrimoniales, religieuses et autres; la diffusion de ces travaux se limite au pays ou la ville dans lesquels sont publiés. J'ai travaillé à cette page pour combler ces lacunes et faire connaître les éditions arabes de psychologie les plus intéressantes, ainsi que celles éditées en
français ou en anglais. Nous en exposons les résumés avec index, classifiés selon les spécialités des sciences psychologiques les plus récentes (psychiatrie, psychologie, psychothérapie, psychanalyse, psychologie de l'enfant et de l'adolescent…); ceci pour faciliter la recherche dans les thèmes qui intéressent le lecteur.

La banque des données des éditions arabes en psychologie est réalisée à partir des réponses obtenues. La recherche dans celle-ci s'effectué par les mots clés ou par le nom de l'auteur. L'enrichissement de cette banque se fera d'une façon interactive et continue grâce a l'utilisation du formulaire des livres.Cette page n'est pas sécurisée par un mot de passe.

Formulaire des livres

www.arabpsynet.com/book/bookForm.htm

Nous vous proposons aussi dans cette page un sondage d'opinion, donnant le meilleure livre de psychiatrie et de psychologie pour l'année 2003, sachant que ce sondage est réservé aux seuls membres adhérents au site, qui n'y participeront qu'une fois.

Arabpsynet Books Guide:

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm

6. Guide arabe des tests et échelles

J'essaye de proposer les tests psychométriques les plus répandus, adaptés ou non à l'environnement arabe, afin d'encourager leur traduction et les ajuster à notre environnement. Ceci permettra les programmer et informatiser. Quelques tests proposés sur cette page Web que vous pouvez exécuter et avoir le résultat en ligne.

Echelle de dépression de Hamilton - test
Echelle d'anxiété de Hamilton -test
Troubles psychiques prémenstruels: texte (français) – résumé

Elle comporte aussi un sondage d'opinion concernant l'utilité des tests et leurs utilisations dans les cliniques arabes de psychologie. Les questions posées sont:

1. Pratiquez- vous les tests psychologiques dans vos consultations?
2. Demandez- vous l'aide du spécialiste en psychométrie pour l'interprétation des résultats?
3. Avez- vous fait une formation théorique et pratique en psychométrie?
4. Quel est le test le plus pratiqué dans vos consultations?

Ce sondage est réservé seulement aux membres adhérents au site, pouvant participer une seule fois. Cette page est sécurisée par un mot de passe et exclusivement réservée aux psychiatres et aux professeurs de psychologie membres adhérents du site.

Arabpsynet Psychometry Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.asp
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Fr.asp
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Ar.asp

7. Guide des congrès psy arabes et internationaux:

Je propose dans cette page le programme des congrès arabes et internationaux en psychiatrie et psychologies, et leurs adresses Internet en vue d'en consulter les programmes de travail ou les adresses Emails en cas de non obtention de l'adresse du site. Nous encourageons les médecins spécialistes à y participer, pour mieux renforcer les liens humanitaires et scientifiques entre eux, et créer un climat de coopération. Ceci leur permettra de suivre les nouveautés dans le domaine de la santé mentale dans le monde arabe. Dans cette page vous pouvez consulter les programmes des congrès internationaux à travers une fenêtre d'accès.
Congrès arabes / Congrès européen / Congrès asiatique / Congrès africain / Congrès internationaux / Congrès australien.

Je propose un sondage d'opinion concernant l'utilité des congrès arabes de psychiatrie et psychologie. Les questions posées sont:

- téressez- vous aux congrès arabes de psychiatrie et psychologie et essayez- vous d'y participer?
- Quand vous participez aux congrès arabes; enquérez – vous des nouveautés scientifiques?
- Essayez- vous de faire connaissances avec les confrères arabes et développer avec eux des relations de collaboration scientifique?

Ce sondage concerne les membres adhérents au site, qui ne peuvent répondre qu'une seule fois. Plus tard nous essayerons d'introduire la téléconférence sur ce site.

Dans le cadre de l'enrichissement de cette page, ce portail est à la disposition de toutes les associations et organismes scientifiques et psychiatriques désirant tenir leurs congrès, en nous envoyant leurs coordonnées selon le formulaire conçu pour les congrès .

Formulaire des Congrès

www.arabpsynet.com/congre/CongForm.htm

Arabpsynet Congress Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.htm
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Cong.Ar.htm

8. Guide des sites psy-arabes et internationaux et des éditions psy électroniques.

L'édition électronique en langue arabe est quasi nulle ; le retard dans ce domaine n'a aucune justification devant la nécessité impérative de l'utilisation de l'information numérique.

L'intérêt du livre électronique et la recherche via Internet, ne peuvent se substituer a l'écrit conventionnel, mais il en est

complémentaire, ce qui permet une grande interaction pour traite ce qui n'était pas par le livre ordinaire. Chaque outil de transmission de la connaissance a son temps et sa propre langue langue.
Parmi des milliers des sites, je vous propose dans cette page, quelques liens aux sites Web de psychologie choisis pour leur valeur scientifique. Je les présente selon les grands axes de la psychologie (Toxicomanie, troubles affectifs, Troubles Alzheimer, anxiété ….). Une fenêtre est conçue pour faciliter la recherche d'un site Web. Concernant les recherches avancées s'obtenant par des mots ou phrases y afférant; vous pouvez utiliser les moteurs de recherche internationaux et parmi eux les suivants: (MEDLine ، Google ، Yahoo...).
Cette page comporte aussi un sondage d'opinion sous forme du questionnaire ci dessous, pour le choix du meilleur site Internet arabe et international de psychologie et du meilleur moteur de recherche.

- Quels sont les trois meilleurs sites Web arabes de psychiatrie et de psychologie?
- Quels sont les trois meilleurs sites Web internationaux de psychiatrie et de psychologie?
- Quel est le meilleur moteur de recherche à utiliser pour la psychologie?

Ce sondage réservé aux membres adhérents au site, psychiatres et psychologues qui ne peuvent donner leur opinion qu'une seule fois. L'accès à la page est sans mot de passe.

Arabpsynet Links Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.htm
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Ar.htm

9 . Page du forum des médecins et psychologues.

J'espère que cette page du forum électronique, sera un point de rencontre et d'échange d'idées ou les spécialistes peuvent exposer leurs points de vue sur les différents sujets qui les préoccupent. Elle est sécurisée par un mot de passe la réservant uniquement aux spécialistes, qui peuvent participer à l'enrichissement des trois grands axes suivants:

1. La langue arabe dans le domaine de la psychologie: Comme introduction et point de départ de ce forum nous vous proposons les thèmes suivants:

- La langue arabe et l'élaboration de l'identité - Pr. Yahia Rakhawi.
- La langue et les spécificités de la personnalité arabe – Bessam Baraka.

2. Vers une psychologie arabe: Comme sujet de débat dans cet axe, nous vous proposons les thèmes suivants:

- La psychiatrie dans le monde arabe : état des lieux - Pr.Dr Mohamed Ahmed Naboulsi
- Histoire des Sciences Psychologiques dans les Pays Arabes - Pr.Dr. Nezar. Ayoun Soud . Syrie.
- Spécificités de l'école Arabe des sciences psychologiques - Pr.Dr . Ali. Zayour . LIBAN .
- Les propriétés cognitives des essais arabes de psychologie. Dr . Alghali Ahrouchaw .

3. La fonction sexuelle, du normal au pathologique: comme introduction aux sujets de débat, nous vous proposons les thèmes suivants:

- Le complexe de Lilith " le féminisme caché ".
- Les troubles psycho sexuels : Approche nosographique récente –Pr.Dr. Claud Crepault - Jamal Turky
- Sexualité et psyché dans la vie humaine (Préface d'un livre) - Pr.Dr. Kamel Ali / Irak .
- Sexe exubérance, sexe transaction, sexe désespérément " vendre un être humain". Mohamed Kandil – Pr. Yahia Rakhawi
- Développement de l'identité sexuelle du point de vue santé et pathologie. Dr. Oussama Arafa
- Déviation sexuelle : Relecture d'un concept. - Pr. Yahia Rakhawi.
- Liberté de la femme en état de manque - Pr.Dr. Yahia Rakhawi / Egybte.

J'espère un enrichissement de ce forum et une participation active, afin d'établir un terrain de "débat électronique de haut niveau scientifique sur le net ".
Je propose aussi sur cette page un sondage d'opinion concernant la langue arabe, les possibilités de la développer en tant que langue scientifique et l'intérêt de son utilisation dans les recherches et études spécialisées; de même qu'un sondage d'opinion concernant la terminologie arabe de psychologie et de psychiatrie.

Le sondage du forum

Les questions du sondage sont les suivantes :

1. Pensez- vous à la nécessité d'enseigner en arabe les sciences psychologiques?
2. Considérez- vous que l'arabisation des sciences est une action dépassée?
3. Croyez- vous que l'enseignement des sciences en arabe contribué a l'épanouissement du soi?
4. Acceptez- vous la transcription d'un terme en arabe en absence de sa traduction?
5. Etes- vous d'accord avec l'association de mots en cas de traduction des termes composés ?
6. Efforcez- vous a rédiger vos recherches en arabe?
7. Ce retard de la terminologie arabe est-il dû à la structure de la langue?
8. Les linguistes arabes doivent-ils prendre leurs responsabilités du retard de la langue?
9. L'enseignement des sciences dans les langues étrangères est-il une volenté politique?
10. La langue arabe peut-elle surmonter ce retard et contribuer à l'évolution des sciences?
11. Vous Intéressez- vous à la production et la construction de la terminologie en arabe?

Je précise que ce sondage est réservé aux membres adhérents au site, psychiatres et psychologues, qui ne peuvent participer qu'une seule fois.

Arabpsynet Forum Guide :

Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.asp
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.Fr.asp
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Forum.Ar.asp

11. Guide arabe des emplois dans le domaine des sciences psychologiques

Les nouveaux diplômés universitaires dans les sciences psychologiques, se heurtent à la difficulté de trouver des emplois qui conviennent à leurs spécialités et leurs compétences scientifiques. Ce problème se pose beaucoup plus aux psychologues qu'aux psychiatres, malgré les besoins importants du monde arabe dans ces spécialistes; mais la demande très minime de ces spécialités est due au manque de la prise de conscience de leur utilité. Lorsqu'une société recrute un spécialiste, sa perception des problèmes constitue un grand obstacle dans l'exploitation de ses compétences et à son affectation au poste qui lui convient; ce qui a engendré des perturbations de recrutements. Ainsi nous trouvons des

psychologues dans des fonctions autres que la leur, telles que l'enseignement de la littérature arabe ou des langues étrangères ou même d'autres activités qui n'ont aucune relation avec leur spécialité; comme on peut trouver des cas contraires ou l'organisme employeur recrute des spécialistes non compétents dans le domaine des sciences psychologiques.

Pour rapprocher les spécialistes des institutions et sociétés, j'essaye de sensibiliser les responsables de l'utilité de la spécialité et de leur faire connaître les domaines dans lesquels les spécialistes des sciences psychologiques peuvent être efficace, tels que l'éducation, l'industrie, les banques, les administrations…. D'autre part j'essaye de tissu des liens entre institutions et spécialistes en proposant les offres d'emplois de ces institutions dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie; comme nous publions aussi les demandes d'emploi des nouveaux spécialistes des sciences psychologiques; pour leurs donner plus de chances d'avoir un poste de travail, ceci minimise l'émigration des spécialistes des sciences psychologiques, qui est dû surtout a l'absence d'emplois convenables a leur discipline. Chaque psychiatre ou psychologue exerçant en dehors de sa spécialité constitue une perte pour ce domaine dans le monde arabe, vu nos besoins dans ce genre de compétences pour le développement des capacités psychologiques de l'individu arabe qui se sont détériorées.

Formulaire Offre d'emploi
www.arabpsynet.com/joboe/JobsOEForm.htm
Formulaire Demande d'emploi
www.arabpsynet.com/jobde/JobsDEForm.htm

Arabpsynet Jobs Guide :
Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.htm
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Jobs.Ar.htm

12. Guide arabe des centres hospitaliers psychiatriques:

Dans cette page j'essaye de faire connaître les centres hospitaliers psychiatriques privés et étatiques les plus importants dans le monde arabe, les méthodes thérapeutiques utilisées, les équipes médicales, la capacité du centre (nombre de lits), son histoire, ses activités scientifiques, ceci loin de toute forme publicitaire.

Le sondage d'opinion concernant les centres hospitaliers dans le monde arabe est réservé seulement aux membres adhérents.

1. Comment évaluez-vous les services des hôpitaux psychiatriques dans les pays arabes?
2. Y a t'il des hôpitaux spécialisés dans la santé mentale dans votre pays?
3. Que pensez- vous de l'ouverture d'hôpitaux de jour?
4. Comment évaluez-vous les relations de travail entre les psychiatres exerçant dans les hôpitaux et leurs confrères exerçant dans le privé?

Arabpsynet Hospital Guide :
Edition Eng : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-hosp.htm
Edition Fr. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-hosp.Fr.htm
Edition Ar. : http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-hosp.Ar.htm

13. Guide des universités arabes (en construction)

Ce guide des instituts de psychologie et de psychiatrie dans les universités arabes aura:

- Son adresse électronique ou celle de l'université dans laquelle il se trouve, pour l'insérer a la " liste des adresses électronique des instituts de psychologie et de psychiatrie dans les universités arabes".
- Adresse du site Web de l'université pour l'insérer a la liste des " sites Web des universités arabes".
- Liste de l'ensemble des membres chargés de l'enseignement et leurs adresses électroniques. Un aperçu de leurs travaux scientifiques dans leurs spécialités afin de préparer une "liste des professeurs universitaires spécialistes en sciences psychologiques".
- Un bref aperçu des programmes suivis par les instituts de psychologie et de psychiatrie dans ces universités; durée de formation et diplôme de fin d'études universitaires.
- Liste des articles et des thèses universitaires et leurs résumés en arabe - anglais ou en arabe - français, ce qui nous permet de réaliser une" Banque arabe de données en sciences psychologiques".

14. Guide arabe pour les malades psychiques: (en construction)

Dans cette page faite pour nos malades psychiques, nous proposons des définitions simples et claires des maladies psychiques les plus répandues (schizophrénie, dépression, phobie, troubles obsessionnels compulsifs,……), pour leur éviter les fausses croyances et les mythes traditionnels corollaires des troubles psychiques durant les siècles passés. L'objectif de cette page est de conseiller le malade et de l'orienter sur la bonne voie pour se faire soigner et avoir beaucoup plus de chances de guérir.

Le but essentiel de cette page est la sensibilisation et non la thérapie et prescription de médicament. Nous essayons de montrer aux malades psychiques le chemin à suivre pour prendre conscience de la nature de leur maladie et la meilleure façon de le faire, sans s'égarer dans les labyrinthes des charlatans.

15. Page de la culture informatique (en construction)

Avoir un minimum de connaissance en informatique est une nécessité pour le médecin et le spécialiste dans ce millénaire de manipulation du micro-ordinateur, de ses outils accessoires pour la compréhension et l'utilisation des logiciels. Ce qui permet un bon développement des méthodes de travail ainsi de la qualité des recherches scientifiques qui sont une tâche fondamentale. Il n'y a aucune justification valable de la part du spécialiste de son "ignorance de l'informatique".

Nous allons proposer dans cette page la terminologie informatique usuelle, encourager nos confrères spécialistes des sciences psychologiques a acquérir un micro-ordinateur et leurs faire connaître la façon de s'abonner a l'Internet et comment avoir une adresse électronique…. Nous leur proposons également les méthodes de réalisation d'une page Web personnelle, dans laquelle ils peuvent inscrire leur CV; nous leur montrons comment exploiter quelques programmes (logiciels) essentiels; tels que le traitement de texte, Excel et Internet explorer (navigation sur Internet) de même que la réalisation des sites Web…Tout cela est considéré comme "l'abécédaire de la culture informatique".Cette culture que les spécialistes n'ont pas reçu pendant leur formation universitaire,ils peuvent l'acquérir progressivement et la maîtriser; ils n'ont pas d'autre choix s'ils veulent continuer leur parcours scientifique durant ce millénaire; sinon, ils passent a côté de cet ère d'universalisation; dont le résultat serait l'effacement de quiconque n'ayant pu exprimer son identité en tant qu'entité ayant ses propres caractéristiques.

Conclusion : La réussite de ce projet informatique exige une continuité des efforts de tous les praticiens dans les domaines des sciences psychologiques; afin de montrer la situation de cette spécialité dans le monde arabe, et faire connaître le niveau scientifique qui est atteint, ceci renforce aussi les liens scientifiques et humanitaires entre les spécialistes.

Je lance un appel a tous les médecins et les spécialistes arabes qui s'intéressent aux sciences psychologiques, exerçant dans le monde arabe ou à l'étranger, n'ayant pu être contactés par courrier ordinaire ou par Email, afin qu'ils essayent de participer avec nous a la réalisation de cette page en envoyant leurs CV, leurs articles avec leurs résumés et les mots clés de chaque article. Je lance aussi un appel aux associations, aux revues des sciences psychologiques (psychiatrie – psychologie) dans le monde arabe pour participer avec nous a la réalisation de cette page dans laquelle ils peuvent exposer leurs activités, leurs programmes et leurs articles.

Notre espoir est la réalisation de ce projet informatique. Mais nous comptons beaucoup sur les efforts de l'ensemble des professionnels dans les domaines des sciences psychologiques du monde arabe, et nous serons reconnaissants de toute aide en vue de la réalisation du site et de son lancement. En ce qui concerne la date du lancement de la page sur le réseau Internet, elle ne peut pas être fixée dés maintenant; vue que ce projet dépend de la participation de plusieurs parties. Mais nous allons faire le maximum possible d'efforts pour minimiser le temps de sa réalisation grâce aux efforts de tout le monde.

REMERCIEMENTS & RECONNAISSANCE

Je tiens à remercier vivement ceux qui m'ont aidé à la réalisation de ce projet informatique; je suis très reconnaissant de leur soutien, qui a fait l'enrichissement de ce portail et sa diversité; et je cite les professeurs: Mohamed Ahmed Naboulsi (Liban), Yahia Rakhawi (Egypte), Hassib Dafraoui (Egypte), Tarek Okasha (Egypte), Nabil sofiane (Yamen), Maan Abdelbari (Yamen), Samer Radhouane (Syrie), Hassan Elmalah (Ar-saoudit), Zine Omara (Emirat), Mossaed Najjar (Koweït), Walid Sarhane (Jordanie), Adnane Elfarah (Jordanie), Sofiane Zribi (Tunisie) . En plus, toute ma gratitude aux informaticiens et aux spécialistes de la programmation, messieurs: Maher Elyangui, Abdessalem Elhakim, Abdelaziz Turky .

Mes remerciements pour leurs efforts incessants afin de surmonter les difficultés des techniques de programmation en langue arabe. Comme je remercié les présidents des congrès psychiatriques et des sciences psychologiques, ceux qui m'ont donné l'occasion d'exposer le projet "net" et le dictionnaire électronique soit dans les ateliers de travail soit en conférence, de même que ceux qui m'ont invité avec générosité à leurs congrès , je cite en particulier:

- Professeur Saida Douki (IX Congres arabe de psychiatrie / Tunisie – mai 2001)
- Professeur Amel Sadok – Badioui Alem et Ismail Elfaki (IX Congres arabe de psychologie / Caire – Janvier 2001)
- Les docteurs Djalil Banani, Mohamed Eljamai (II congres des psychiatres privés francophones / Maroc 2003)
- Professeur Yahia Rakhawi (conférences scientifiques de l'association de psychiatrie évolutive / Caire – février 2002)
- Docteur Sofiane Zribi (III congré des psychiatres privés francophones / Sousse – Mai 2003)
- Professeur Docteur Adnane Elaidane, qui ma invité au premier congres de la santé mentale du Golfe (Koweït – Avril 2003) . Mais la situation de la région a empêché son déroulement.

J'aimerais bien donner une réponse à la question qui m'a été posée plusieurs fois dans les différents congrès, concernant le financement du projet, son coût et les associations participantes. Le financement est personnel, et j'ai décliné les propositions d'aides financières (institutions, laboratoires pharmaceutiques…), afin de préserver l'autonomie du site. Pour le coût du projet je m'abstiens de citer le chiffre et me limite a signaler que la réalisation de ce portail m'a valu la visite de plusieurs pays arabes et m'a demandé en moyenne quatre heures de travail par jour pendant trois ans avec une équipe formée de trois secrétaires (l'une a plein temps, les deux autres travaillant chacune une demi journée) et d'un spécialiste de programmation et planification des sites Web (à raison de 7 heures par semaine et pendant trois ans). En ce qui concerne les associations arabes de psychologie et de psychiatrie qui ont soutenu ce projet, j'apprécié beaucoup leur aide scientifique et morale; parmi elles je doit citer : L'union arabe des psychiatres, le centre arabe des études psychologiques, l'association de psychiatrie évolutive, l'association tunisienne de psychiatrie.

Après tout cela et avant toute autre chose, j'aprecie la faveur et la bienveillance de dieu, l'infiniment haut, qui m'a aidé a voir la réussite, et donné la patience et l'endurance jusqu'a l'émergence du site tel qu'il est.

سيكولوجية السياسة العربية – العرب و المستقبليات

أ.د. محمد أحمد النابلسي

Summary : www.arabpsynet.com/Books/Nab.B1.htm

علم النفس الفيزيولوجي

أ.د. أحمد عكاشة

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

Depression, BD, MDD & DD

Venlafaxine, Elderly & DD

- **An open treatment trial of venlafaxine for elderly patients with dysthymic disorder.**

Authors : Devanand DP, Juszczak N, Nobler MS, Turret N, Fitzsimons L, Sackeim HA, Roose SP. - New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, Unit 126, New York, NY 10032. dpd3@columbia.edu.

Source : J Geriatr Psychiatry Neurol. 2004 Dec;17(4):219-24. Related Articles, Links

Summary: Treatment response and side effects of venlafaxine were evaluated in an open-label trial of elderly outpatients with dysthymic disorder (DD). Patients received flexible dose (up to 300 mg/d) venlafaxine (Effexor XR) for 12 weeks. Of 23 study patients, 18 completed the trial. Fourteen (60.9%) were responders in intent-to-treat analyses with the last observation carried forward, and 77.8% were responders in completer analyses. Nearly half the sample (47.8%) met criteria for remission. In the intent-to-treat sample, increased severity of depression at baseline was associated with superior response, and the presence of cardiovascular disease was associated with poorer response. Venlafaxine open-label treatment was associated with fairly high response rates and generally good tolerability in elderly patients with DD. These results indicate that in elderly patients with DD, placebo-controlled trials of a dual reuptake inhibitor such as venlafaxine would be needed to assess its efficacy or to compare its efficacy to that of other antidepressants.

BD I & Olanzapine

- **Olanzapine: a review of its use in the management of bipolar I disorder.**

Authors : McCormack PL, Wiseman LR.- Adis International Limited, Auckland, New Zealand

Source : Drugs. 2004;64(23):2709-26. Related Articles, Links

Summary: Olanzapine is an atypical antipsychotic that is approved in the US and Europe for the oral treatment of acute manic episodes in patients with bipolar I disorder, and for maintenance therapy to prevent recurrence in responders.Oral olanzapine is effective in the treatment of bipolar mania, both as single agent therapy and as adjunctive therapy in combination with lithium or valproate semisodium. In the treatment of acute episodes, olanzapine is superior to placebo and at least as effective as lithium, valproate semisodium, haloperidol and risperidone in reducing the symptoms of mania and inducing remission. Additional comparative studies are required to determine the efficacy of olanzapine relative to newer atypical antipsychotics, such as quetiapine, ziprasidone and aripiprazole. Olanzapine is also effective at delaying or preventing relapse during long-term maintenance therapy in treatment responders, and is currently the only atypical antipsychotic approved for this indication. Current evidence suggests that olanzapine may be more effective than lithium in preventing relapse into mania, but not relapse into depression or relapse overall. Olanzapine is generally well tolerated, and although it is associated with a higher incidence of weight gain than most atypical agents, it has a low incidence of extrapyramidal symptoms (EPS). **Conclusion** : *Therefore, oral olanzapine is a useful first-line or adjunctive agent for both the acute treatment of manic episodes and the long-term prevention of relapse into manic, depressive or mixed episodes associated with bipolar I disorder.*

Recurrent MDD & KLS

- **[Koro-like symptoms in recurrent major depression.] [Article in German]**

Authors : Freudenmann RW, Schonfeldt-Lecuona C.- Abt. Psychiatrie III, Universitatsklinikum Ulm

Source : Nervenarzt. 2004 Dec 1; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: We report the case of a German male with a major depressive episode who also suffered from the terrifying perception that his penis was shrinking. These so-called koro-like symptoms (KLS) had also been present in earlier depressive episodes and subsided in the symptom-free interval of the recurrent depressive disorder. Under sufficient antidepressant medication with venlafaxine and lithium not only KLS but also the depressive symptoms remitted. **Conclusion** : *The course of illness provides further evidence that KLS are not a distinct clinical entity in Western countries, but represent a concomitant syndro me that requires treatment of the underlying illness.*

BD & Therapeutic regimens

- **Employing pharmacologic treatment of bipolar disorder to greatest effect.**

Authors : Schatzberg AF. From the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, Calif.

Source : J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 15:15-20. Related Articles, Links

Summary: Mechanisms of action, onset and duration of action, and interactions with other medications-all of these pharmacokinetic properties of pharmacologic agents affect the efficacy and safety of therapeutic regimens for bipolar disorder. For example, antiglutamatergic agents such as lamotrigine may relieve depression but have no impact on mania. Atypical antipsychotics with the dual effect of blocking dopamine and serotonin receptors in the brain decrease psychosis, mania, and, according to some preliminary indications, possibly depression. The impact of these properties has been borne out in clinical studies. **Conclusion** : *Mood stabilizers such as lithium and valproate stabilize mood by significantly decreasing the manic and hypomanic symptoms of bipolar disorder, although they can have effects on depressive symptoms too. Lamotrigine stabilizes mood by reducing depression. The atypical anti-psychotics have been shown to be effective either as monotherapy or in combination with mood stabilizers.*

Depression, Oldest & Citalopram

- **Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: a randomized, placebo-controlled trial.**

Authors : Roose SP, Sackeim HA, Krishnan KR, Pollock BG, Alexopoulos G, Lavretsky H, Katz IR, Hakkarainen H; Old-Old Depression Study Group. - New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA. spr2@columbia.edu

Source : Am J Psychiatry. 2004 Nov;161(11):2050-9. Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: This study determined the efficacy of antidepressant medication for the treatment of depression in the "old-old." METHOD: This randomized 8-week medication trial compared citalopram, 10-40 mg/day, to placebo in the treatment of patients 75 and older with unipolar depression. RESULTS: A total of 174 patients who were 58% women with a mean age of 79.6 years (SD=4.4) and a mean baseline Hamilton Depression Rating Scale score of 24.3 (SD=4.1) were randomly assigned to treatment at 15 sites. There was a main effect for site but not for treatment condition. The remission rate, defined as a final Hamilton depression scale score <10, was 35% for the citalopram and 33% for the placebo groups. However, patients with severe depression (baseline Hamilton depression scale score >24) tended to have a higher remission rate with medication than with placebo (35% versus 19%). **Conclusion** : *In the oldest group of community-dwelling patients to be studied to date, medication was not more effective than placebo for the treatment of depression. However, given the considerable psychosocial support received by all patients, the placebo condition represents more than the ingestion of an inactive pill. Across sites, there was considerable range in response to medication, 18% to 82%, and to placebo, 16% to 80%.*

Resistant Depression & Novel Antipsychotics

Novel Antipsychotics for Treatment-Resistant Depression

Authors : by Richard C. Shelton, M.D.

Source : Psychiatric Times October 2004 Vol. XXI Issue 11

Summary: : Finally, Papakostas et al. (2004) treated 20 patients who had experienced an inadequate response to an SSRI with an open trial of the addition of ziprasidone (Geodon) (maximum dose 80 mg bid) to the SSRI. Prior failures included a minimum dose of 20 mg/day of paroxetine (Paxil), fluoxetine or citalopram (Celexa), or 50 mg/day of sertraline (Zoloft) for six weeks. Thirteen of 20 patients completed the trial (65%); of the completers, 61.5% experienced a therapeutic response (50% reduction in Hamilton Rating Scale for Depression [HAM-D] scores), and 38.5% experienced remission (HAM-D≤7). For the intent-to-treat analysis, 50% achieved response and 25% remission.

Altogether, these reports suggest that novel antipsychotics, particularly olanzapine, may produce an augmenting effect when given with an SSRI. However, at this point, the data must be considered preliminary, and more research clearly is needed before any conclusion can be reached.

SSRIs, Venlafaxine & Children MDD

Selective serotonin reuptake inhibitor and venlafaxine use in children and adolescents with major depressive disorder: a systematic review of published randomized controlled trials

Authors : Courtney DB. - Queen's University, Kingston, Ontario. darren.courtney@sympatico.ca

Source : Can J Psychiatry. 2004 Aug;49(8):557-63. Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: This review critiques published randomized placebo-controlled trials pertaining to the efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and venlafaxine in the treatment of major depressive disorder in children and adolescents. METHOD: Medline was searched for articles meeting defined inclusion criteria. The following key terms were used: depressive disorders, antidepressive agents, fluoxetine, paroxetine, sertraline, citalopram, fluvoxamine, venlafaxine, child, and adolescent. RESULTS: Six articles met inclusion criteria. Only 2 studies claim efficacy by significant results in primary outcomes; both have since been contested in further analysis. Not one study adequately examines safety, particularly with respect to whether a link exists between antidepressant use and induction of suicidal ideation or attempts. **Conclusion** : *Published studies on SSRI or venlafaxine use in children and adolescents are inconclusive with respect to safety and efficacy, owing to inappropriate claims of efficacy, lack of improvement in global functioning scores, nonstandardized data collection regarding adverse effects, exclusion of suicidal subjects in the recruitment process, grouping of children and adolescents together, small sample sizes, conflict of interest posed by pharmaceutical company sponsorship, and publishing bias. Future investigators should consider these factors when developing study designs.*

HIV-infected & Depression

Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons.

Authors : Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, Trotta MP, Murri R, Bartoli L, Monforte AD, Wu AW, Starace F. - Clinica delle Malattie Infettive, Universita Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy. aammassari@libero.it

Source : Psychosomatics. 2004 Sep-Oct;45(5):394-402

Summary: The association of depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) was evaluated in 135 HIV-infected persons. Thirty percent reported nonadherence to HAART. Depressive symptoms (assessed with the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) and neurocognitive impairment (assessed with a neuropsychological test battery) were documented in 24% and 12%, respectively, of the study participants. Nonadherence to HAART was independently associated with worse depression rating scale scores (odds ratio=1.05, 95% confidence interval [CI]=1.00-1.10), acquisition of HIV through injection of drugs (odds ratio=2.59, 95% CI=1.05-6.39), and complaints about impairment of sexual activity (odds ratio=6.62, 95% CI=1.16-37.6). The presence of depressive symptoms, but not neurocognitive impairment, was associated with nonadherence.

Bipolar Disorder

Utilization of MRS to Identify Neurochemical Abnormalities in Patients With Bipolar Disorder

Authors : by Serap Monkul, M.D., and Jair C. Soares, M.D

Source : Psychiatric Times August 2004 Vol. XXI Issue 9

Summary: Magnetic resonance spectroscopy (MRS) is a useful, noninvasive method of examining alterations in brain neurochemistry that might be associated with the development of bipolar disorder (BD) and the effects of treatment (Soares et al., 1996). It uses the same technology as magnetic resonance

imaging and provides a frequency signal intensity spectrum of multiple peaks that reflect the metabolite levels of a localized region in the brain. Magnetic resonance spectroscopy data are usually displayed in the frequency domain, and the area under a specific peak is proportional to the number of protons processing at that frequency (Stanley, 2002). It can assess chemicals containing phosphorus-31 (31P), carbon-13 (13C), lithium-7 and fluorine-19. The most commonly used, however, is proton magnetic resonance spectroscopy (1H-MRS).

Depression & Escitalopram

Escitalopram: better treatment for depression is through the looking glass

Authors : PJ Malin, SP Wengel & WJ Burke

Source : Expert Review of Neurotherapeutics 4(5),769–779 (2004)

Summary: Depression remains a common and often devastating illness. With the introduction of the selective serotonin reuptake inhibitors in the 1980s, patients were afforded treatment for depression that was both safer and better tolerated than any prior treatment modality offered. Although selective serotonin reuptake inhibitors quickly became the most widely used medications for the treatment of depression, no single agent has been recognized as an obvious first-line choice. Chirality potentially offers one method to improve upon the selective serotonin reuptake inhibitor class. For racemic compounds that differ in stereospecificity, separation into single enantiomers can result in significant changes in potency, tolerability and efficacy. One of the most widely prescribed selective serotonin reuptake inhibitors is citalopram, which exists as a racemic mixture of R- and S-enantiomers. The S-enantiomer escitalopram (Cipralex®, Lundbeck) is the therapeutically active portion of the parent compound and has a proven antidepressant efficacy. The R-enantiomer lacks activity as an antidepressant and has been shown to inhibit the effect of the S-enantiomer when the two are combined. Escitalopram is the most selective member of its class and with minimal effects on the cytochrome P450 system, has a negligible potential for drug–drug interactions. In placebo-controlled trials, escitalopram has consistently demonstrated symptomatic improvement as early as the first to second week of treatment. In addition to antidepressant efficacy, escitalopram also appears to exhibit significant anxiolytic properties. It has also shown efficacy in treating panic disorder and generalized and social anxiety disorders. This is advantageous as many patients who suffer from depression also experience comorbid anxiety disorders.
antidepressant, binding, efficacy, enantiomer, escitalopram, major depressive disorder, selective serotonin reuptake inhibitor, serotonin tolerability, uptake.

Depression & Rheumatoid arthritis

Impact of social support on valued activity disability and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis.

Authors : Neugebauer A, Katz PP. - University of California, San Francisco, CA 94143-0920, USA.

Source : Arthritis Rheum. 2004 Aug 15;51(4):586-92

Summary: OBJECTIVE: To examine the impact of instrumental and emotional support on valued life activity (VLA) disability and depressive symptoms. Instrumental support was expected to affect VLA disability; emotional support was expected to be associated with depressive symptoms and moderate the impact of VLA disability on depressive symptoms. METHODS: Data were collected over 3 years through interviews with the University of California, San Francisco, Rheumatoid Arthritis Panel. Analyses assessed whether instrumental support predicted later VLA disability and whether emotional support predicted both concurrent and later depressive symptoms. RESULTS: Receiving adequate instrumental support was associated with less subsequent VLA disability. Strong associations were noted between both VLA disability and emotional support with concurrent depressive symptoms. No relationship was found between emotional support and later depression. No evidence was found for the hypothesis that emotional support moderated the impact of VLA disability on depressive symptoms. **Conclusion:** *Results highlight the need to assess different types of support and their unique impact on critical outcomes. Instrumental support is beneficial to the maintenance of valued activities, a critical factor in the psychological adjustment of individuals living with rheumatoid arthritis. Emotional support has a significant short-term impact on depression, although it may not buffer the impact of VLA disability on future depression.*

Breast cancer & Depression

Breast cancer and depression

Authors : Somerset W, Stout SC, Miller AH, Musselman D. - Emory University, School of Medicine, Atlanta, Georgia 30322, USA

Source : Oncology (Huntingt). 2004 Jul;18(8):1021-34; discussion 1035-6, 1047-8

Summary: Major depression and depressive symptoms, although commonly encountered in patients with medical illnesses, are frequently underdiagnosed and undertreated in women with breast cancer. Depression and its associated symptoms diminish quality of life, adversely affect compliance with medical therapies, and reduce survival. Treatment of depression in women with breast cancer improves their dysphoria and other depressive symptoms, enhances quality of life, and may increase longevity. In this review, studies that investigate pathophysiologic alterations in patients with cancer and comorbid depression are discussed, and the few studies on treatment of depression and related symptoms in women with breast cancer are examined.

BD & Levetiracetam, Monotherapy

Monotherapy treatment of bipolar disorder with levetiracetam.

Authors : Kaufman KR.- Departments of Psychiatry and Neurology, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, 125 Paterson Street, Suite 2200, New Brunswick, NJ 08901, USA

Source : Epilepsy Behav. 2004 Dec;5(6):1017-20. Related Articles, Links

Summary: Bipolar patients with early-onset, comorbid substance abuse, rapid cycling, and mixed episodes are difficult to treat and frequently require rational polypharmacy. When polypharmacy is unsuccessful, the clinician must consider the off-label use of newer psychotropics. Levetiracetam is a novel anticonvulsant with antikindling, inhibitory, and neuroprotective properties that is effective in an animal model of mania. This case report describes a patient with treatment-resistant rapid cycling bipolar disorder who failed 15 psychotropics, individually or in various combinations (maximum of 6), but ultimately

responded to levetiracetam monotherapy and remained without bipolar features during 1 year of maintenance treatment, excluding 1 week during which the patient was medicine noncompliant. Further, methylphenidate used to treat comorbid attention deficit disorder did not precipitate manic features. **Conclusion** : *Levetiracetam should be further studied for its potential use in the treatment of bipolar disorders.*

BD & Newer Anticonvulsants

Newer anticonvulsants in the treatment of bipolar disorder.

Authors : Yatham LN. - Division of Mood Disorders, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada. yatham@internchange.ubc.ca

Source : J Clin Psychiatry. 2004;65 Suppl 10:28-35. Related Articles, Links

Summary: The anticonvulsants valproate and carbamazepine have efficacy in treating acute mania, but their efficacy in treating acute bipolar depression and preventing mood episodes remains uncertain. Despite this, and given their utility and widespread use, both are widely accepted as standard treatments for bipolar disorder. All the newer anticonvulsants that have become available during the last decade have been or are being assessed to determine their efficacy in the treatment of various phases of bipolar disorder. Among the newer anticonvulsants, some appear to have efficacy in treating core bipolar symptoms, while others have efficacy in treating psychiatric comorbidity such as substance abuse or an anxiety disorder. Lamotrigine is the most widely studied and is effective in treating and preventing bipolar depression, and it is the only anticonvulsant approved by the U.S. Food and Drug Administration as a maintenance treatment for bipolar disorder. Other newer anticonvulsants, levetiracetam, oxcarbazepine, phenytoin, and zonisamide offer promise, but further studies are required before they can be recommended for routine use to treat bipolar disorder. Gabapentin and topiramate do not appear to have efficacy in treating acute mania, but their utility in bipolar depression and prevention of mood episodes has not been studied in double-blind trials. Pregabalin has utility in treating generalized anxiety disorder, but it has not been studied in bipolar disorder. Given the success of lamotrigine in treating bipolar disorder, further double-blind controlled trials of the newer anticonvulsants in treating bipolar disorder are warranted. **Conclusion** : *This article summarizes current evidence from trials of anticonvulsants in bipolar disorder and makes recommendations for their clinical use.*

BD & Levetiracetam

APA: Levetiracetam Appears Useful in Women and Children With Bipolar Disease

Authors : By Ed Susman - mgitlin@mednet.ucla.edu

Source : NEW YORK, NY -- May 10, 2004

Summary: The antiepileptic agent levetiracetam may be useful in treating patients with bipolar disorders who, despite standard regimens, still have symptoms of the disorder, researchers said here May 4th at the American Psychiatric Association 157th Annual Meeting.

"Levetiracetam was generally well tolerated and no adverse events were reported," said Ali Ahmadi, MD, Department of Psychiatry, Medical Center of Central Georgia, Macon, Georgia. The addition of levetiracetam improves symptoms such as mood instability, irritability, impulsivity, poor sleep and racing thoughts, he said.

Over the past decade several of the newer antiepileptic drugs -- such as levetiracetam and topiramate -- have been tested extensively in other areas of neurology and psychiatry. Dr. Ahmadi said levetiracetam's safety profile and mechanisms of actions have led to its use in bipolar disorder patients.

He reviewed charts of 30 patients -- 18 women and 12 men -- who ranged in age from 5 to 50 years. Eight of the nine children treated were boys. None of the girls in the study -- which included three adolescents -- were under the age of 12 years.

Dr. Ahmadi said that 19 patients appeared to show good or excellent response to treatment with levetiracetam. The children (ages 5-12) scored 3.8 on a scale of 0-4, where 4 represented an excellent response. Adolescents scored 2.4 and adults 3.0.

"Results of this chart review suggest that levetiracetam may be effective in improving selected symptoms of bipolar disorder when added to existing therapy," Dr. Amahdi said during his poster presentation. **Conclusion** : *"Additional studies are needed to evaluate the effects of levetiracetam for the treatment of patients with bipolar disorder."*

BD, Aggressivity & Levetiracetam

APA: Antiepileptic Levetiracetam Safe, Effective for Treating Bipolar or Aggressive Disorders

Authors : By Bruce Sylvester

Source : NEW YORK, NY -- May 5, 2004

Summary: The antiepileptic medication levetiracetam appears to offer relief of symptoms from bipolar disorder and other aggressive disorders with few adverse side effects, said researchers on May 4th there at the American Psychiatric Association Annual Meeting.

Levetiracetam demonstrated that it could control symptoms in people with oppositional defiant disorder, intermittent explosive disorder, impulse-control disorder, and conduct disorder, as well as bipolar disorder.

"We are very excited about the use of this drug," said study coauthor Daniel Deutschman, MD, chief of psychiatry, Southwest General Health Center, Middleburg Heights, Ohio, and assistant clinical professor of psychiatry, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.

"Treatment of bipolar and aggressive disorders can be challenging in terms of both controlling symptoms and managing medication side effects," Dr. Deutschman said. "We have been looking for a better method of stabilizing anger among patients -- conditions that can erupt into road rage and other problematic situations. We have been looking at other antiepileptics, but some previous compounds have proven to [either] have too many adverse side effects or to not be effective." With levetiracetam, the researchers said they have found a medication that, in their open-label studies, proved to offer symptom control with limited side effects (somnolence being the major one). "We were able to convince patients that levetiracetam would be simpler to take," Dr. Deutschman noted, adding that the need to draw blood from patients to check medication levels was a drawback with certain drugs -- especially when those drugs were administered to children.

In the study involving aggressive disorders, Dr. Deutschman said about 45% of the 54 patients were able to control their symptoms with levetiracetam. Sixty-two percent of patients had oppositional defiant disorder. Dr. Deutschman said 11% of the patients stopped taking the medication because it didn't seem to

be effective; 12% were unable to handle side effects.
In the bipolar-disorders study, Dr. Deutschman and colleagues reported that 48.6% of the 109 patients achieved symptom control, which when compared with baseline, represented a statistically significant improvement. "We were surprised that the difference was such a robust P <.001," Dr. Deutschman noted.

"The fact that we found such a strong and consistent response to levetiracetam despite the diversity of patients in these studies is extremely encouraging," said lead author Douglas Deutschman, PhD, associate professor of biology, San Diego State University, San Diego, California, and son of the study's coauthor.
The studies were investigator initiated, the senior Dr. Deutschman said, "But once UCB Pharma learned of the data we collected, the company awarded us unrestricted grants to complete the work."

Atypical BD Forme & New Anticonvulsants

- **Relevance of new and newly rediscovered anticonvulsants for atypical forms of bipolar disorder.**

Authors : Grunze H, Walden J. - Department of Psychiatry, LMU, Nussbaumstr. 7, D-80336 Munich, Germany. grunze@psy.med.uni-muenchen.de

Source : J Affect Disord. 2002 Dec;72 Suppl 1:S15-21. Related Articles, Links

Summary: The so-called atypical forms of bipolar disorder are not a rarity, but instead are rather the rule. Particularly in specialized settings such as the bipolar disorder clinic, the majority of patients are characterized by atypical manifestations (). Mixed states, psychotic mania and a rapid cycling course of bipolar disorder are a challenge both to pharmacological and non-pharmacological treatment. The benefit of classical mood stabilizers such as lithium and carbamazepine is limited in monotherapy, although valproate has a broader spectrum of activity in atypical bipolar disorders and is often used in combination with other agents. Thus, new treatment alternatives are needed urgently for optimizing the treatment of atypical bipolar disorder. During the last decade, several new antiepileptic drugs have been released, e.g. lamotrigine, gabapentin, tiagabine, topiramate and levetiracetam. Others have been available for some time, but only recently have become the focus of bipolar disorder research; for example, phenytoin, and especially, oxcarbazepine. **Conclusion** : *This review will consider our current knowledge of the benefit of these new and newly rediscovered anticonvulsants in treating bipolar disorders, with a special focus on their value in treating atypical manifestations.*

Lamotrigine & Rapid Cycling BD II

- **Lamotrigine therapy in treatment-resistant menstrually-related rapid cycling bipolar disorder: a case report.**

Authors : Becker OV, Rasgon NL, Marsh WK, Glenn T, Ketter TA. - Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA 94305-5723, USA.

Source : Bipolar Disord. 2004 Oct;6(5):435-9. Related Articles, Links

Summary: AIMS/OBJECTIVES: To evaluate lamotrigine in a woman with a 30-year history of treatment-resistant menstrually-entrained rapid cycling bipolar II disorder with follicular phase depressive and luteal phase mood elevation symptoms. METHODS: Lamotrigine was started at 5 mg/day and gradually increased up to 300 mg/day, while venlafaxine was tapered gradually and discontinued, and divalproex sodium 500 mg/day and levothyroxine 175 mcgm/day were continued. Daily self-reported mood ratings were obtained from the patient, using ChronoRecord software. RESULTS: As lamotrigine was increased gradually, mood cycle amplitude attenuated. There was notable decrease in the severity and duration of depressive symptoms specifically during the follicular phase of the menstrual cycle. At the time of submission of this paper, the subject had remained euthymic for a total of 12 months. **Conclusion** : *This case suggests the potential utility of lamotrigine in treatment-resistant menstrually-related rapid cycling bipolar disorder, and raises the possibility that lamotrigine might be able to treat pathological entrainment of mood with the menstrual cycle. Both of these issues merit systematic assessment.*

BD & Quetiapine

- **Quetiapine in bipolar disorder: Increasing evidence of efficacy and tolerability**

Authors : Cole P, Rabasseda X. - Medical Information Department, Prous Science, Provenca 388, Barcelona 08025, Spain

Source : Drugs Today (Barc). 2004 Oct;40(10):837-52. Related Articles, Links

Summary: Quetiapine is an atypical antipsychotic agent that has been approved for the treatment of schizophrenia in over 75 countries; it has been used to treat more than 4 million individuals since its launch in 1997. After quetiapine was found to improve mood and reduce aggression in patients with schizophrenia, researchers began investigating the drug in other indications. Of particular note is the incidence of extrapyramidal symptoms at levels similar to those seen with placebo. A phase III trial program in bipolar disorder is presently ongoing and includes five randomized, double-blind, controlled trials already reported and several other studies which are ongoing or planned. **Conclusion** : *Quetiapine, as monotherapy or combined with mood stabilizers, significantly reduces measures of disease severity and acute mania in a variety of bipolar disorder patients, and displays excellent tolerability for a drug in its class.*

MDD prevention & Fluoxetine

- **Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study.**

Authors : Emslie GJ, Heiligenstein JH, Hoog SL, Wagner KD, Findling RL, McCracken JT, Nilsson ME, Jacobson JG. - University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Texas, USA

Source : Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: To compare fluoxetine 20 to 60 mg/day with placebo for prevention of relapse of major depressive disorder in children and adolescents who had achieved

Children's Depression Rating Scale, Revised scores of < or =28 during treatment with fluoxetine 20 to 60 mg. METHOD: In this 32-week relapse-prevention phase of a double-blind, multicenter, placebo-controlled 51-week study, 20 patients continued to receive their fixed dose of fluoxetine (F/F group), while 20 similar patients were switched to placebo (F/P group). Definition of relapse for the primary analysis was a Children's Depression Rating Scale, Revised score of >40 with a 2-week history of clinical deterioration or relapse in the opinion of the physician. Adverse events were compared between treatment groups to assess discontinuation-emergent adverse events. RESULTS: Mean time to relapse was longer in the F/F recipients than in the F/P recipients (p=.046). Relapse occurred in an estimated 34% in the F/F cohort and 60% in the F/P cohort. Incidence of adverse events and tolerability were similar in the F/F and F/P groups, suggesting that fluoxetine is not associated with significant discontinuation events. **Conclusion** : *Fluoxetine 20 to 60 mg/day was well tolerated and can significantly delay relapse of major depressive disorder symptoms in children and adolescents.*

RC BD I & Olanzapine

Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar I manic patients during treatment with olanzapine: analysis of pooled data.

Authors : Vieta E, Calabrese JR, Hennen J, Colom F, Martinez-Aran A, Sanchez-Moreno J, Yatham LN, Tohen M, Baldessarini RJ. - Bipolar Disorders Program, Department of Psychiatry, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, Spain. evieta@clinic.ub.es

Source : J Clin Psychiatry. 2004 Oct;65(10):1420-8. Related Articles, Links

Summary: Introduction: Rapid-cycling (RC) bipolar disorder patients experience high levels of morbidity, typically respond unsatisfactorily to available treatments, and, so, require additional studies of novel treatments. We report on the first controlled study comparing acute and continuous clinical outcomes in RC and non-RC manic patients treated with olanzapine. Method: We analyzed data pooled from 2 placebo-controlled, double-blind, 3- to 4-week trials of olanzapine in mania (N = 254), 1 with an open-label extension up to 1 year (N = 113) and controlled supplementation with lithium or fluoxetine as needed, to compare demographic, clinical, and outcome measures between RC and non-RC subgroups of 254 DSM-IV bipolar I manic subjects. Results: RC (N = 90, 35%) versus non-RC subjects (N = 164, 65%) were younger at intake (p = .02), less often psychotic (p < .0001), and more likely to have familial bipolar disorder (p < .0001), abused substances (p = .01), more previous hospitalizations (p = .004), and many more illness episodes (p < .001). In initial blinded trial outcomes, relative responses (> or = 50% improvement of mania) to olanzapine/placebo were similar in RC and non-RC subjects, though early responses to olanzapine favored RC over non-RC subjects (p = .003), and long-term outcomes favored non-RC subjects (p = .05). Fewer RC subjects achieved strictly defined initial symptomatic remission (p = .014) within a year; RC subjects were more likely to experience recurrences (p = .002), especially of depressive illness (< .001), and had more rehospitalizations (p = .01) and suicide attempts (p = .03). **Conclusion** : *RC bipolar I patients showed major initial differences and more rapid initial clinical changes, especially toward depression, with less favorable long-term outcomes than non-RC cases during treatment with olanzapine. Inclusion of RC bipolar disorder patients can complicate therapeutic trials, but these patients require further study for differential responsiveness to innovative treatments with methods of assessing clinical response that take their mood instability into account.*

MDD, Venlafaxine & Carbamazepine

Combination therapy with venlafaxine and carbamazepine in depressive patients not responding to venlafaxine

Authors : Elio Ciusani, Daniele F. Zullino, Chin B. Eap, Marlyse Brawand-Amey, Murielle Brocard and Pierre Baumann , Unité de Biochimie et Psychopharmacologie Clinique, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Prilly-Lausanne, Switzerland;

Source : Volume 18 Issue 04 - Publication Date: 12/2004

Summary: The chiral antidepressant venlafaxine (VEN) is both a serotonin and a norepinephrine uptake inhibitor. CYP2D6 and CYP3A4 contribute to its metabolism, which has been shown to be stereoselective. Ten CYP2D6 genotyped and depressive (F32x and F33x, ICD-10) patients participated in an open study on the pharmacokinetic and pharmacodynamic consequences of a carbamazepine augmentation in VEN non-responders. After an initial 4-week treatment with VEN (195 52mg/day), the only poor metabolizer out of 10 depressive patients had the highest plasma concentrations of S-VEN and R-VEN, respectively, whereas those of R-O-demethyl-VEN were lowest. Five non-responders completed the second 4-week study period, during which they were submitted to a combined VENcarbamazepine treatment. In the only non-responder to this combined treatment, there was a dramatic decrease of both enantiomers of VEN, O-demethylvenlafaxine, N-desmethylvenlafaxine and N,O-didesmethylvenlafaxine in plasma, which suggests non-compliance, although metabolic induction by carbamazepine cannot entirely be excluded. The administration of carbamazepine [mean SD, range: 360 89 (200400) mg/day] over 4 weeks did not result in a significant modification of the plasma concentrations of the enantiomers of VEN and its O- and N-demethylated metabolites in the other patients. **Conclusion** : *In conclusion, these preliminary observations suggest that the combination of VEN and carbamazepine represents an interesting augmentation strategy by its efficacy, tolerance and absence of pharmacokinetic modifications. However, these findings should be verified in a more comprehensive study.*

Resistant BD & Clozapine

Low doses of clozapine may stabilize treatment-resistant bipolar patients.

Authors : Fehr BS, Ozcan ME, Suppes T. - VA Hospital, The University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA

Source : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Nov 12; [Epub ahead of print] Links

Summary: Open, uncontrolled studies suggest clozapine can have mood-stabilizing effects in treatment-resistant bipolar disorder. Unfortunately, the side effect profile limits clozapine's use at high doses. We report a series of nine bipolar I disorder patients who improved on relatively low doses of clozapine add-

on therapy (250 mg or lower). Retrospectively abstracted clinical data identified nine patients with bipolar I disorder, as defined by DSMIV criteria, treated with low-dose clozapine at inpatient and outpatient settings. Monthly symptom evaluations were collected prospectively using standard assessments. Symptoms of mania and mood lability improved in all patients. Three patients demonstrated striking mood stabilization and returned to previous levels of functioning; five patients evidenced moderate improvement in mood stabilization and functioning; and one patient showed a minimal response. Overall, clozapine did not have a significant antidepressant effect. The mean clozapine dose at the end of the study was 156.3 +/- 77.6 mg/day, and duration of treatment was 12 months. **Conclusion** : *Residual side effects were mild. The symptomatic improvement in these prospectively evaluated patients is consistent with our clinical impression in the majority of patients with bipolar disorder taking clozapine.*

PPD

PPD & Discontinuation syndrome

- **Postpartum depression recurrence versus discontinuation syndrome: observations from a randomized controlled trial.**

Authors : Sunder KR, Wisner KL, Hanusa BH, Perel JM. - Department of Psychiatry, and Women's Behavioral HealthCARE, Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213, USA

Source : J Clin Psychiatry. 2004 Sep;65(9):1266-8. Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: To differentiate characteristics of a discontinuation syndrome from a recurrence of major depressive disorder in the context of a randomized trial. METHOD: We performed a randomized clinical trial to compare the efficacy of sertraline versus placebo for the prevention of recurrent postpartum DSM-IV major depressive disorder. Women whose depression did not recur in the initial 17-week active treatment trial were followed through the taper phase (weeks 18-20). At week 17, 3 women assigned to placebo and 8 assigned to sertraline remained in the trial. Nine symptoms that characterize discontinuation syndrome were extracted from the 25-item Asberg Rating Scale for Side Effects (ASE) and assessed weekly during the taper phase. The 21-item Hamilton Rating Scale for Depression was used to evaluate depressive symptoms. RESULTS: In the taper phase, there were no significant differences between the sertraline- and placebo-treated women on the sum of the ASE-derived symptoms. Both groups had low levels of symptoms on the ASE during the weeks of taper. None of the 3 women assigned to placebo and 2 of the 8 women assigned to sertraline suffered a depressive recurrence within 6 weeks of the end of the study. **Conclusion** : *A gradual taper of sertraline (75 mg) over 3 weeks did not lead to discontinuation syndrome; however, the systematic dissection of symptoms resulted in our conclusion that the duration of preventive therapy should be extended to 26 weeks (about 6 months) in subsequent randomized trials, consistent with the treatment guidelines for a single episode of depression.*

PPD, CBT & Paroxetine

- **The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial.**

Authors : Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L. - Department of , Faculty of Medicine, University of British Columbia and Reproductive Mental Health Programs, St. Paul's Hospital, Vancouver, British Columbia, Canada.
smisri@providencehealth.bc.ca

Source : J Clin Psychiatry. 2004 Sep;65(9):1236-41. Related Articles, Links

Summary: BACKGROUND: Approximately 10% to 16% of women experience a major depressive episode after childbirth. A significant proportion of these women also suffer from comorbid anxiety disorders. The purpose of this study was to evaluate whether the addition of cognitive-behavioral therapy (CBT) to standard antidepressant therapy offers additional benefits in the treatment of post-partum depression with comorbid anxiety disorders. METHOD: Thirty-five women referred to a tertiary care hospital outpatient program with a DSM-IV diagnosis of postpartum depression with comorbid anxiety disorder were randomly assigned to 1 of 2 treatment groups-paroxetine-only monotherapy group (N = 16) or paroxetine plus 12 sessions of CBT combination therapy group (N = 19)-for a 12-week trial. Progress was monitored by a psychiatrist blinded to treatment group, using the Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton Rating Scale for Anxiety, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Clinical Global Impressions scale, and Edinburgh Postnatal Depression Scale. Data were analyzed using 2-tailed statistical tests at an alpha level of.05. The study was conducted from April 1, 2002, to June 30, 2003. RESULTS: Both treatment groups showed a highly significant improvement (p <.01) in mood and anxiety symptoms. Groups did not differ significantly in week of recovery, dose of paroxetine at remission, or measures of depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms at outcome. **Conclusion** : *Antidepressant monotherapy and combination therapy with antidepressants and CBT were both efficacious in reducing depression and anxiety symptoms. However, in this sample of acutely depressed/anxious postpartum women, there were no additional benefits from combining the 2 treatment modalities. Further research into the efficacy of combination therapy in the treatment of moderate-to-severe depression with comorbid disorders in postpartum women is recommended.*

Schizophrenie

Delirium in general hospitals

- **Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptation of the confusion assessment method.**

Authors : Gonzalez M, de Pablo J, Fuente E, Valdes M, Peri JM, Nomdedeu M, Matrai S. - IDIBAPS Clinical Institute of Psychiatry and Psychology, Internal Medicine Department, Hospital Clinic, University of Barcelona, Spain.

Source : Psychosomatics. 2004 Sep-Oct;45(5):426-31

Summary: Delirium is a common and severe disorder that is often misdiagnosed. The use of screening instruments is advisable for its early detection and treatment. In this study, the authors present an adaptation of the Confusion Assessment

Method in order to improve its psychometric properties. One hundred fifty-three elderly inpatients were assessed in a four-phase procedure. Interrater reliability was high (kappa = 0.89). Sensitivity was 90%, and specificity was 100%; the value for negative predictive accuracy was 97%, and the value for positive predictive accuracy was 100%. The adaptation has convergent agreement with two other mental status tests, the Mini-Mental Status Examination and the Delirium Rating Scale. Our results suggest that the adaptation of the Confusion Assessment Method is sensitive, specific, reliable, and easy to use by clinicians.

Transcranial Magnetic Stimulation

Applications of Transcranial Magnetic Stimulation to Therapy in Psychiatry

Authors : by Antonio Mantovani, M.D., Ph.D., and Sarah H. Lisanby, M.D.

Source : Psychiatric Times August 2004 Vol. XXI Issue 9

Summary: Transcranial magnetic stimulation (TMS) is a non-invasive means of stimulating focal regions of the brain using magnetic fields. Since its introduction in 1985, TMS has been used to study localization of brain functions, connectivity of brain regions and pathophysiology of neuropsychiatric disorders. The potential uses of TMS to treat psychiatric disorders are under active study. This article reviews the state of knowledge about the therapeutic potential of TMS in psychiatry.

The TMS Process

Transcranial magnetic stimulation is an investigational medical procedure performed by placing an electromagnetic coil on the scalp (Figure). High-intensity current is rapidly turned on and off in the coil through the discharge of a capacitor. This produces a time-varying magnetic field that lasts for about 100 to 200 microseconds. The magnetic field strength is about 1.5 to 2 tesla (about the same intensity as the static magnetic field used in clinical magnetic resonance imaging) at the surface of the coil, but the strength of the magnetic field drops off exponentially with distance from the coil. The proximity of the brain to the time-varying magnetic field results in current flow in neural tissue and in membrane depolarization. Transcranial magnetic stimulation is experimental; it is not approved by the U.S. Food and Drug Administration for the treatment of any disorder.

A striking effect of TMS occurs when one places the coil on the scalp over the primary motor cortex. A single TMS pulse of sufficient intensity causes involuntary movement in the muscle represented by that region of cortex. Thus, a TMS pulse produces a powerful but brief magnetic field that passes through the skin, soft tissue and skull. This induces electrical current in neurons, causing depolarization that then has behavioral effects. The minimum magnetic field intensity needed to produce motor movement is known as the individual motor threshold.

Repeated application of TMS pulses at regular intervals is called repetitive TMS (rTMS). The physiological effects of TMS depend upon the site and frequency of stimulation. If the stimulation occurs faster than once per second (1 Hz), it is referred to as fast rTMS and can result in excitatory physiologic changes. On the contrary, if the frequency is low, it is referred to as slow rTMS and can have an inhibitory effect on brain excitability. High-frequency rTMS carries a risk of seizure. Guidelines exist to reduce this risk by appropriate screening of participants for seizure risk factors, titrating the individual motor threshold and limiting rTMS dosage (Belmaker et al., 2003; Wassermann, 1998). The ability to focally alter cortical excitability opens up the potential to modulate cortical circuitry for potential therapeutic benefit. The focality of the effects also presents a challenge to clinical application, because it is necessary to know the circuitry of the underlying disorder to guide where and how to stimulate to ameliorate its symptoms.

Sex differences in brain function & SCZ

Sex differences in functional connectivity in first-episode and chronic schizophrenia patients.

Authors : Slewa-Younan S, Gordon E, Harris AW, Haig AR, Brown KJ, Flor-Henry P, Williams LM. - The Brain Dynamics Centre, Acacia House, Westmead Hospital, Westmead NSW, 2145, Australia. shameran@biru.wsahs.nsw.gov.au

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1595-602

Summary: OBJECTIVE: There has been consistent evidence for a lower incidence and milder course of schizophrenia in women, yet there have been very few investigations of sex differences in brain function in this disorder. This study used a new high-temporal-resolution measure of functional brain connectivity to test the prediction that female patients would show relatively greater inter- and intrahemispheric connectivity than male patients, particularly in the early stage of schizophrenia. METHOD: Forty patients with chronic schizophrenia (20 women and 20 men) and 24 patients with first-episode schizophrenia (12 women and 12 men) and their respective matched comparison groups completed a conventional auditory oddball task. Phase synchronous gamma (40 Hz) activity was extracted from EEG recording during the task and time-locked to the oddball (target) stimuli. RESULTS: Chronic schizophrenia subjects showed a reduction in global functional connectivity (lower gamma phase synchrony) relative to their matched healthy subjects. Unexpectedly, this reduction was most apparent in female patients. By contrast, while first-episode patients showed a general reduction in the speed of frontal connectivity, the speed of global connectivity was relatively faster in female patients. **Conclusions:** *This is the first study to investigate sex differences in schizophrenia that used the functional connectivity measure of gamma phase synchrony. The results suggest that in female patients with schizophrenia, additional breakdowns in brain network connectivity may develop with illness chronicity.*

Temporal gyrus gray & SCZ

Middle and inferior temporal gyrus gray matter volume abnormalities in chronic schizophrenia: an MRI study.

Authors : Onitsuka T, Shenton ME, Salisbury DF, Dickey CC, Kasai K, Toner SK, Frumin M, Kikinis R, Jolesz FA, McCarley RW. - Department of Psychiatry (116A), Boston VA Healthcare System, Brockton Division, Harvard Medical School, 940 Belmont St., Brockton, MA 02301. robert_mccarley@hms.harvard.edu

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1603-11

Summary: OBJECTIVE: The middle temporal gyrus and inferior temporal gyrus subserve language and semantic memory processing, visual perception, and multimodal sensory integration. Functional deficits in these cognitive processes have been well documented in patients with schizophrenia. However, there have been few in vivo structural magnetic resonance imaging (MRI) studies of the middle temporal gyrus and inferior

temporal gyrus in schizophrenia. METHOD: Middle temporal gyrus and inferior temporal gyrus gray matter volumes were measured in 23 male patients diagnosed with chronic schizophrenia and 28 healthy male subjects by using high-spatial-resolution MRI. For comparison, superior temporal gyrus and fusiform gyrus gray matter volumes were also measured. Correlations between these four regions and clinical symptoms were also investigated. RESULTS: Relative to healthy subjects, the patients with chronic schizophrenia showed gray matter volume reductions in the left middle temporal gyrus (13% difference) and bilateral inferior temporal gyrus (10% difference in both hemispheres). In addition, the patients showed gray matter volume reductions in the left superior temporal gyrus (13% difference) and bilateral fusiform gyrus (10% difference in both hemispheres). More severe hallucinations were significantly correlated with smaller left hemisphere volumes in the superior temporal gyrus and middle temporal gyrus. **Conclusions**: *These results suggest that patients with schizophrenia evince reduced gray matter volume in the left middle temporal gyrus and bilateral reductions in the inferior temporal gyrus. In conjunction with findings of left superior temporal gyrus reduction and bilateral fusiform gyrus reductions, these data suggest that schizophrenia may be characterized by left hemisphere-selective dorsal pathophysiology and bilateral ventral pathophysiology in temporal lobe gray matter.*

(COMT) gene & Prefrontal Cognitive Function

Effects of a Functional COMT Polymorphism on Prefrontal Cognitive Function in Patients With 22q11.2 Deletion Syndrome.

Authors : Bearden CE, Jawad AF, Lynch DR, Sokol S, Kanes SJ, McDonald-McGinn DM, Saitta SC, Harris SE, Moss E, Wang PP, Zackai E, Emanuel BS, Simon TJ. - UCLA Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, 300 UCLA Medical Plaza, Room 2265, Los Angeles, CA 90095. cbearden@mednet.ucla.edu

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1700-2

Summary: OBJECTIVE: The 22q11.2 deletion syndrome (DiGeorge/velocardiofacial syndrome) is associated with attentional problems and executive dysfunction, and is one of the highest known risk factors for schizophrenia. These behavioral manifestations of 22q11.2 deletion syndrome could result from haploinsufficiency of the catechol O-methyltransferase (COMT) gene, located within the 22q11 region. The goal of the present study was to examine COMT genotype as a predictor of prefrontal cognitive function in patients with 22q11.2 deletion syndrome. METHOD: Patients with confirmed 22q11.2 deletions (N=44) underwent neurocognitive testing following Val(158)Met genotyping (Met hemizygous: N=16; Val hemizygous: N=28). RESULTS: Analyses of covariance revealed that Met-hemizygous patients performed significantly better on a composite measure of executive function (comprising set-shifting, verbal fluency, attention, and working memory) than did Val-hemizygous patients. **Conclusions:** *These data are consistent with those of previous studies in normal individuals, suggesting that a functional genetic polymorphism in the 22q11 region may influence prefrontal cognition in individuals with COMT haploinsufficiency.*

SCZ, Smoking Cessation & Ziprasidone

Spontaneous Long-term Smoking Cessation in a Patient With Schizophrenia After Treatment With Ziprasidone

Authors : Vartian, Brian A BSc; Hawken, Emily R MSc; Delva, Nicholas J MD

Source : Addictive Disorders & Their Treatment. 3(3):138-143, September 2004

Summary: A patient suffering from schizophrenia stopped smoking 9 days after the initiation of treatment with ziprasidone and had not resumed smoking 2 years later. While a reduction in cigarette consumption has been previously observed after the switch from typical to atypical antipsychotics, spontaneous cessation of smoking has not been previously reported during treatment with ziprasidone. Cigarette smoking is very common in patients with schizophrenia, and it is a major cause of morbidity and mortality in this group. Any treatment that assists these patients to stop smoking is thus of great value. The relationships between schizophrenia, smoking, and antipsychotic medication are complex. In the context of a brief but comprehensive literature review, we discuss potential explanations for the successful outcome seen in our patient.

SCZ &Amisulpride

Premenstrual Dysphoric Disorder: An Update [Record Supplied By Aries Systems]

Authors : McKeage K, Plosker GL. - Adis International Limited, Auckland, New Zealand

Source : CNS Drugs. 2004;18(13):933-56. Related Articles, Links

Summary: Amisulpride (Solian), a substituted benzamide derivative, is a second-generation antipsychotic that preferentially binds to dopamine D2/D3 receptors in limbic rather than striatal structures. High dosages preferentially antagonise postsynaptic D2/D3 receptors, resulting in reduced dopamine transmission, and low dosages preferentially block presynaptic D2/D3 receptors, resulting in enhanced dopamine transmission. Amisulpride (200-1200 mg/day) was at least as effective as haloperidol and as effective as risperidone or olanzapine, in studies of up to 1 year in patients with schizophrenia manifesting predominantly positive symptoms. Amisulpride (50-300 mg/day) was significantly more effective than placebo in studies of up to 6 months in patients manifesting predominantly negative symptoms. Quality of life was also improved significantly more in patients receiving amisulpride than in those receiving haloperidol in 4- and 12-month studies in patients with predominantly mixed symptoms. Amisulpride was generally well tolerated in clinical trials. In patients with predominantly positive symptoms, amisulpride appeared to be better tolerated than haloperidol and was tolerated as well as risperidone and olanzapine. The incidence of extrapyramidal adverse effects with amisulpride was lower than with haloperidol but was generally similar to risperidone or olanzapine. Weight gain with amisulpride was less than that with risperidone or olanzapine and, unlike these agents, amisulpride does not seem to be associated with diabetogenic effects. Plasma prolactin levels are increased during amisulpride therapy and amenorrhoea occurs in about 4% of women. The incidence of adverse events with low dosages of amisulpride (< or = 300 mg/day) in patients with predominantly negative symptoms was similar to that observed with placebo. In conclusion, oral amisulpride (200-1200 mg/day) is at least as effective as haloperidol, and as effective as risperidone or olanzapine, in the treatment of patients with

schizophrenia manifesting predominantly positive symptoms. In the treatment of patients manifesting predominantly negative symptoms, low dosages of amisulpride (50-300 mg/day) are significantly more effective than placebo. Amisulpride appears to be better tolerated than haloperidol, causing a lower incidence of extrapyramidal adverse effects and an improved quality of life. Compared with risperidone or olanzapine, amisulpride is more likely to cause hyperprolactinaemia, but has a lower propensity to cause weight gain and does not seem to be associated with diabetogenic effects. **Conclusion** : *Thus, amisulpride is an effective and well tolerated option for the first-line treatment of patients with acute schizophrenia as well as for those requiring long-term maintenance therapy.*

SCZ, ECT & Clozapine

- **Electroconvulsive therapy for the treatment of clozapine nonresponders suffering from schizophreniaAn open label study.**

Authors : Kho KH, Blansjaar BA, de Vries S, Babuskova D, Zwinderman AH, Linszen DH. - GGZ Delfland, St Jorisweg 2, 2612, GA Delft, The Netherlands

Source : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004 Nov 12; [Epub ahead of print] Links

Summary: OBJECTIVE. This open label study describes the efficacy of electroconvulsive therapy (ECT) as adjunctive treatment in clozapine nonresponders suffering from schizophrenia. METHOD. The results of clozapine and ECT treatment in 11 clozapine nonresponders suffering from schizophrenia are reported in terms of remission and relapse. RESULTS. Eight patients had a remission with this combination treatment. After remission of symptoms five patients had a relapse. Three of the five patients who relapsed had a second successful ECT course and remained well with maintenance ECT and clozapine. No evidence for adverse effects was found. **Conclusion** : *Adjunctive ECT can be efficacious in clozapine nonresponders suffering from schizophrenia.*

PMS & PMDD

PMDD ; Current information

- **PMDD : Brief review of current information**

Authors : Freeman EW; Sondheimer SJ - Department of Obstetrics/Gynecology and the Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia.

Source : Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2003 Feb;5(1):30-39 (ISSN: 1523-5998)

Summary: Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) represents the more severe and disabling end of the spectrum of premenstrual syndrome and occurs in an estimated 2% to 9% of menstruating women. The most frequent PMDD symptoms among women seeking treatment consist of anger/irritability, anxiety/tension, feeling tired or lethargic, mood swings, feeling sad or depressed, and increased interpersonal conflicts. Women who develop PMDD appear to have serotonergic dysregulation that may be triggered by cyclic changes in gonadal steroids. The marked increase in the number of well-designed placebo-controlled studies in the past decade has established several selective serotonin reuptake- inhibiting antidepressants as effective first-line treatments for this disorder. Both continuous dosing and intermittent luteal dosing strategies lead to rapid improvement in symptoms and functioning. The present article provides a *brief review of current information on the epidemiology, clinical presentation, neurobiology, and treatment of PMDD.*

PMDD & Update

- **Premenstrual Dysphoric Disorder: An Update [Record Supplied By Aries Systems]**

Authors : Gold Judith H CM MD FRCPC FRANZCP

Source : J Psych Pract 1999 Jul;5(4):209-215 (ISSN: 1076-5417)

Summary: The author, who chaired the Work Group for premenstrual dysphoric disorder (PMDD) for the DSM-IV Task Force, reviews what has been learned about PMDD since the publication of DSM-IV. She reviews data from studies published between 1994 and 1998 that used human subjects and the DSM-IV proposed research criteria for PMDD. Studies of the validity of the criteria have found that mood symptoms, including irritability, anxiety, and affective lability, were the most stable and discriminating of the symptoms, whereas somatic symptoms could be omitted from the criteria set without loss of validity. The author also reviews studies of the relationship between PMDD and other mood disorders, endocrine studies, and studies concerning the association of norepinephrine levels and PMDD. In each case, findings are still unclear and more research is needed. Treatment studies in PMDD done since the publication of DSM-IV have demonstrated the efficacy of ovariectomy, gonadal hormone releasing agonists, the selective serotonin reuptake inhibitors, and clomipramine. **Conclusion** : *The author concludes that the literature suggests that PMDD should be considered as a differential diagnosis in all women who present with dysphoric mood complaints, but that it is important not to confuse PMDD with the premenstrual exacerbation of a pre-existing mood disorder. The literature suggests pharmacological treatment with an SSRI as the first choice.*

PMDD & MDD

- **Premenstrual dysphoric disorder and risk for major depressive disorder: a preliminary study.**

Authors : Hartlage SA; Arduino KE; Gehlert S Rush-Presbyterian-St. Luke's Medical Center and Rush Medical College, Chicago, IL 60612-3864, USA

Source : J Clin Psychol 2001 Dec;57(12):1571-8 (ISSN: 0021-9762)

Summary: Investigators examined whether premenstrual dysphoric disorder (PMDD) poses a risk for major depressive disorder (MDD). In an initial study, women rated premenstrual symptoms and functional impairment daily for two menstrual cycles. A semistructured diagnostic interview was given to obtain psychiatric histories and differentiate PMDD from premenstrual exacerbations of other disorders. Participants in this pilot study were eight women with PMDD and a random subgroup without PMDD (n = 9) initially. Another semistructured interview was given to diagnose psychiatric disorders occurring during a two-year follow-up interval. In all, seven of the eight women with PMDD developed MDD within two years, including all those who had never had MDD before. **Conclusion** : *The odds that a woman with PMDD developed MDD were 14 times*

the odds that a woman without PMDD developed MDD (p <.05). Premenstrual dysphoric disorder may be a prodrome of or causal risk factor for MDD. Preliminary evidence for the diagnostic validity of PMDD is provided.

PMDD & Dysmenorrhea Dietary habits

Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls [In Process Citation]

Authors : Derman O; Kanbur NO; Tokur TE; Kutluk T - Section of Adolescent Medicine, Department of Pediatrics, Ihsan Dogramaci Childrens Hospital, Hacettepe University School of Medicine, 06100 Ankara, Turkey

Source : Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004 Oct 15;116(2):201-6 (ISSN: 0301-2115)

Summary: Objective: To investigate the frequency of premenstrual syndrome (PMS) associated symptoms and effects of nutrition on PMS in adolescent girls. Patients and methods: One hundred and seventy-one adolescent girls who had menstrual cycles were included in this study. They were given a questionnaire on criteria for PMS, dysmenorrhea and regularity of menstrual cycle. Modified Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) criteria were used for the diagnosis of PMS. We also investigated which nutritional supplements affect the PMS-associated symptoms and signs. Results: One hundred and five adolescent girls out of 171 (61.4%) met DSM-IV criteria for PMS. There was an association between dysmenorrhea and PMS in 60 (57.1%). Half of the girls, i.e. 52 (49.5%) had mild, 39 (37.1%) had moderate and 14 (13.4%) had severe PMS. The most common symptom of PMS was negative affect particularly in the form of stress (87.6%) and nervousness (87.6%). There was a statistically significant negative relationship between milk consumption and the following: abdominal bloating, cramps, craving for some foods and increased appetite. **Conclusion** : *PMS and dysmenorrhea are frequently overlapping. We also found that PMS is associated with dietary habits.*

PMS & Complementary therapy

Effects of qi therapy (external qigong) on premenstrual syndrome: a randomized placebo-controlled study [In Process Citation]

Authors : Jang HS; Lee MS - Department of Nursing, Wonkwang Health Science College, Iksan, Korea

Source : J Altern Complement Med 2004 Jul;10(3):456-62 (ISSN: 1075-5535)

Summary: OBJECTIVES: To assess the effects of qi therapy on premenstrual symptoms in women with premenstrual syndrome (PMS). DESIGN: A randomized placebo-controlled trial. SUBJECTS: Thirty-six (36) college women with symptoms of PMS.INTERVENTION: After 2 months of screening, subjects with PMS were randomized to receive real qi therapy (18 subjects) or placebo (18 subjects). The subjects were informed that they would receive one of two types of treatment. They did not know which treatment they received. Each intervention was performed eight times during the second and third cycles with subjects completing a PMS diary Results: There were significant improvements in the symptoms of negative feeling, pain, water retention, and total PMS symptoms in subjects receiving qi therapy compared to placebo controls. **Conclusion** :*Qi therapy may be an effective complementary therapy for managing the symptoms of PMS.*

PMDD, PMS & Suicide

Premenstrual symptoms and luteal suicide attempts [In Process Citation]

Authors : Baca-Garcia E; Diaz-Sastre C; Ceverino A; Garcia Resa E; Oquendo MA; Saiz-Ruiz J; De Leon J - Department of Psychiatry, Fundacion Jimenez Diaz, Madrid, Spain

Source : Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004 Oct;254(5):326-9 (ISSN: 0940-1334)

Summary: OBJECTIVE: If premenstrual symptoms (PMS) are temporally and specifically associated with suicidal attempts, suicide attempts in women with PMS should occur more frequently in the luteal phase. METHOD: In a general hospital, 125 fertile female suicide attempters (and 83 blood donors as controls) with regular menstrual cycles were prospectively studied. A retrospective DSM-IV diagnosis of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) was made. RESULTS: Attempts during the luteal phase were not more frequent in females with PMDD (34%,23/68) than in those without PMDD (35%, 20/57). The sample had enough power to detect medium and large effect sizes. As expected, there was a significantly higher frequency of PMDD in suicide attempters than in the controls (54% vs 6%; Fisher's exact test, p </= 0.001). **Conclusion** : *This study was limited by the use of retrospective PMDD diagnosis but suggests that PMDD may not be associated with suicidal acts during the luteal phase,when PMS are present.*

PMDD, Hormones & Psychotropic drug

Current update of hormonal and psychotropic drug treatment of premenstrual dysphoric disorder

Authors : Freeman EW - Department of Obstetrics and Gynecology, University of Pennsylvania Medical Center, 3400 Spruce Street, 2 Dulles, Mudd Suite, Philadelphia, PA 19104, USA. freemane@mail.med.upenn.edu

Source : Curr Psychiatry Rep 2002 Dec;4(6):435-40 (ISSN: 1523-3812)

Summary: This review discusses the current status of diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD), with an emphasis on studies that have been published in the medical literature during the 2001 to 2002 interval. Serotonergic antidepressants are effective for PMDD, and are currently considered the first-line treatment. Recent clinical trials have shown that selective serotonin reuptake inhibitors, taken only during the symptomatic luteal phase, are also effective for PMDD. One study reported efficacy for a slow-release formulation of fluoxetine that was taken two times during the menstrual cycle. Oral contraceptives still lack definitive evidence of efficacy as a treatment for PMDD, although a new contraceptive formulation has appeared promising for the mood and behavioral symptoms of the disorder. **Conclusion** : *The results of a meta-analysis of the published trials of progesterone and progestins further indicate that these hormones are not effective in the management of PMDD.*

PMS, PMDD, Life Style & SSRI

Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder:

guidelines for management [Record Supplied By Publisher]

Authors : Steiner M - Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton, Ont. mst@fhs.mcmaster.ca.

Source : J Psychiatry Neurosci 2000 Nov;25(5):459-68

Summary: The inclusion of research diagnostic criteria for premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, recognizes the fact that some women have extremely distressing emotional and behavioural symptoms premenstrually. PMDD can be differentiated from premenstrual syndrome (PMS), which presents with milder physical symptoms, headache, and more minor mood changes. In addition, PMDD can be differentiated from premenstrual magnification of physical or psychological symptoms of a concurrent psychiatric or medical disorder. As many as 75% of women with regular menstrual cycles experience some symptoms of PMS, according to epidemiologic surveys. PMDD is much less common; it affects only 3% to 8% of women in this group. The etiology of PMDD is largely unknown, but the current consensus is that normal ovarian function (rather than hormone imbalance) is the cyclical trigger for PMDD-related biochemical events within the central nervous system and other target organs. The serotonergic system is in a close reciprocal relation with the gonadal hormones and has been identified as the most plausible target for interventions. Thus, beyond conservative treatment options such as lifestyle and stress management, other non-antidepressant treatments, or the more extreme intervneitons that eliminate ovulation altogether, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are emerging as the most effective treatment option. **Conclusion** : *Results from several randomized, placebo-controlled trials in women with PMDD have clearly demonstrated that SSRIs have excellent efficacy and minimal side effects. More recently, several preliminary studies indicate that intermittent (premenstrual only) treatment with selective SSRIs is equally effective in these women and, thus, may offer an attractive treatment option for a disorder that is itself intermittent.*

PMDD & Venlafaxine

Efficacy and tolerability of premenstrual use of venlafaxine (flexible dose) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder.

Authors : Cohen LS, Soares CN, Lyster A, Cassano P, Brandes M, Leblanc GA. - Perinatal and Reproductive Psychiatry Clinical Research Program, Massachusetts General Hospital (MGH), Harvard Medical School, Boston, MA 02114, USA. LCOHEN2@PARTNERS.ORG

Source : J Clin Psychopharmacol. 2004 Oct;24(5):540-3. Related Articles, Links

Summary: The objective of this study was to examine the efficacy and tolerability of intermittent dosing of venlafaxine for the treatment of premenstrual dysphoric disorder. One hundred and twenty-four women aged 18 to 45 years, with regular menstrual cycles and who reported significant premenstrual symptoms, were assessed prospectively to confirm their diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. Twenty subjects with confirmed premenstrual dysphoric disorder entered a single-blind, placebo phase (1 cycle). Placebo nonresponders (n = 12) received 2 cycles of intermittent (premenstrual) treatment with venlafaxine (75 to 112.5 mg/d). Subjects initiated treatment 14 days before the anticipated onset of menses and discontinued it on the second day of bleeding. Doses could be adjusted after cycle 1 based on subjects' response and tolerability. Response to treatment was assessed based on changes in the Daily Rating Severity of Problems and Premenstrual Tension Syndrome Questionnaire scores from baseline (before the placebo cycle), as well as Clinical Global Impression-Severity scores. Discontinuation symptoms were assessed between treatment cycles, using the Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms questionnaire. Eleven subjects concluded 2 cycles of intermittent dosing with venlafaxine. Nine subjects (81.8%) showed satisfactory response based on Clinical Global Impression of < or = 2. Changes in Daily Rating Severity of Problems scores and subscores (depression, physical symptoms, and anger) and in Premenstrual Tension Syndrome Questionnaire scores were significant ($P < 0.05$ for all comparisons, Wilcoxon tests). **Conclusion** : *Intermittent treatment was well tolerated. This preliminary report suggests that premenstrual use of venlafaxine is an efficacious and well-tolerated treatment for premenstrual dysphoric disorder.*

Psychotropes

AMT, VLF & Prophylactic Migraine

Venlafaxine versus amitriptyline in the prophylactic treatment of migraine: randomized, double-blind, crossover study.

Authors : Bulut S, Berilgen MS, Baran A, Tekatas A, Atmaca M, Mungen B. -Department of Neurology, Faculty of Medicine, Firat University, TR 23119 Elazig, Turkey

Source : Clin Neurol Neurosurg. 2004 Dec;107(1):44-8. Related Articles, Links

Summary: In patients with migraine with or without aura the prophylactic effect of amitriptyline (AMT) and venlafaxine (VLF) was compared in a randomized double-blind crossover study. Intolerable side effects resulted in drop out of five patients on AMT (due to hypersomnia, difficulty in concentration and orthostatic hypotension) and one patient on VLF (because of nausea and vomiting). Following the run-in period the patients ([Formula: see text]) were randomly treated with one of the study medications for 12 weeks. After a wash-out period lasting 4 weeks the patients were treated with the other drug for further 12 weeks. **Conclusion** : *Both drugs had significant beneficial effect on pain parameters. Total number of side effects of VLF was low when compared with the side effect profile of AMT. In conclusion, it is suggested that VLF may be considered for the prophylaxis of migraine because of its low and/or tolerable side effect properties.*

SSRIs & Negative Symptoms

Selective serotonin re-uptake inhibitor augmentation in the treatment of negative symptoms of schizophrenia.

Authors : Silver H. - Sha'ar Menashe Mental Health Center, Mobile Post Hefer 38814, Israel. mdsilver@tx.technion.ac.il

Source : Expert Opin Pharmacother. 2004 Oct;5(10):2053-8. Related Articles, Links

Summary: Negative symptoms are core features of schizophrenia that respond poorly to first-generation

antipsychotics and present a major obstacle in rehabilitation. Patients may be somewhat more responsive to clozapine and second-generation antipsychotics but even then, considerable impairment remains. This paper reviews the use of selective serotonin re-uptake inhibitor (SSRI) augmentation of antipsychotics in the treatment of negative symptoms in schizophrenia. Important methodological issues particular to the study of negative symptoms are also discussed. Current evidence indicates that at least two SSRIs, fluvoxamine and fluoxetine, can ameliorate primary negative symptoms in chronic schizophrenic patients treated with first-generation antipsychotics. Onset of improvement may be detected within 2 weeks of starting treatment. The combination is well-tolerated, although as antipsychotic drug concentrations may rise, close monitoring of drug doses and possibly drug concentrations is needed. So far, evidence regarding SSRI augmentation of second-generation antipsychotics is limited and in view of the increasing use of these newer agents, controlled studies are urgently needed. SSRI augmentation may be a useful addition to the treatment of schizophrenic patients with persistent negative symptoms. **Conclusion** : *The paradoxical findings that both clozapine, a serotonin antagonist, and an SSRI antidepressant added to antipsychotics, can improve negative symptoms suggests that these pharmacologically distinct treatments may share common final mechanisms. A better understanding of these mechanisms can shed light on the pathogenesis of negative symptoms and provide new targets for drug development.*

Clozapine & Leukopenia

Leukopenia in clozapine treated patients may be induced by other drugs: a case series.

Authors : Imbarlina MJ, Sarkar S, Marwah S, Parepally H, Johnston PR, Brar JS, Chengappa KN. - Special Studies Center at Mayview State Hospital.

Source : Eur Psychiatry. 2004 Dec;19(8):506-9. Related Articles, Links

Summary: The combination of clozapine and other potentially leukopenic drugs may pose a greater risk for neutropenia. However, neutropenia may not always be due to clozapine. When adding potentially leukopenic drugs, clinicians should look for possible alternatives especially as clozapine is often a drug used as the last resort in treatment refractory schizophrenia.

Ziprasidone, Efficacy & Tolerability

Ziprasidone: First Year Experience in a Hospital Setting.

Authors : Centorrino, Franca Md; Maclean, Elizabeth Pharmd; Salvatore, Paola Md; Kidwell, Jennifer E.; Fogarty, Kate V.; Berry, Judith M. Ma; Baldessarini, Ross J. Md

Source : Journal of Psychiatric Practice. 10(6):361-367, November 2004.

Summary: Background: The antipsychotic drug ziprasidone, FDA-approved and introduced in the United States in February 2001 for the treatment of schizophrenia, appears to have similar efficacy but better tolerability than older antipsychotics and requires further evaluation under clinical conditions.
Methods: We analyzed medical records of McLean Hospital inpatients treated with ziprasidone between March 2001 and February 2002, gathering data on DSM-IV diagnoses, presenting symptoms, dosing, concomitant psychotropic medications, clinical changes, adverse effects, and electrocardiographic (ECG) findings. Results: Ziprasidone was given to 151 inpatients (3.4% of admissions; 108 women, 43 men), aged 37.5 +/- 11.4 years, who presented with depression (n = 79), psychosis (n = 46), mania (n = 18), bipolar mixed-states (n = 4), or other conditions (n = 4). Daily doses averaged 49.8 +/- 34.1 mg initially and 83.2 +/- 46.3 mg at discharge; the greatest dose increases during hospitalization (by a mean of 61%) were in patients with schizoaffective disorder (n = 46; 30% of cases). In 41 cases (27%), ziprasidone was the only antipsychotic at discharge; in 61 (40%) it was used with other antipsychotics. Ziprasidone was discontinued during hospitalization in 49 cases (32.5%), due to lack of efficacy (n = 26; 17.2%), adverse effects (n = 13, 8.6%), or reasons not stated (n = 10, 6.6%). Of 70 patients for whom ECG data were obtained during treatment with ziprasidone, 8 (11%) had QTc intervals > 450 msec during treatment, but none of the 39 patients with ECGs both before and during ziprasidone treatment showed clinically meaningful increases in QTc intervals. Ziprasidone was discontinued in 4 patients (2.6%) due to concern about QTc intervals, but in no case was the QTc interval >= 500 msec or associated with clinical cardiac toxicity. Improvements in CGI and GAF scores from admission to discharge were similar across diagnoses and unrelated to length of stay or ziprasidone dose. **Conclusion** : *Ziprasidone was well tolerated by hospitalized patients with various major psychiatric disorders and may be of value in conditions other than schizophrenia.*

Antidepressants, Migraine & CTH

Therapy of primary headaches: the role of antidepressants.

Authors : Colombo B, Annovazzi PO, Comi G.- Department of Neurology, Scientific Institute, Ospedale San Raffaele Headache Research Unit, Via Olgettina 48, Milan, Italy. colombo.bruno@hsr.it

Source : Neurol Sci. 2004 Oct;25 Suppl 3:S171-5. Related Articles, Links

Summary: Antidepressants are included in evidence-based guidelines for the prophylactic therapy of migraine. Although they can cause several side effects depending on the neurochemical activity, and are to be used with caution in older patients, some of them have a well-documented efficacy. Amitriptyline is classified as a Group 1 drug, whereas Fluoxetine is included in Group 2. There is fair support for the effectiveness of other serotonine reuptake inhibitors in migraine prevention. **Conclusion** : *Amitriptyline has demonstrated a consistent efficacy in Chronic Tension Type Headache, and Mirtazapine has a promising profile for the treatment of the same disease.*

Fluvoxamine & Multiple sclerosis

Fluvoxamine treatment of major depression associated with multiple sclerosis.

Authors : Benedetti F, Campori E, Colombo C, Smeraldi E. - Department of Neuropsychiatric Sciences, Universita Vita-Salute San Raffaele, School of Medicine, Milan, Italy. benedetti.francesco@hsr.it

Source : J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2004 Summer; 16 (3) : 364-6

Summary: Fluvoxamine 200 mg was administered for 3 months

to a group of 43 interferon beta-1b treated patients affected by major depression associated with multiple sclerosis. Despite a 16.3% attrition rate, 79% of patients achieved response. The drug was well tolerated.

Citalopram & Jaw tremo

Citalopram-induced jaw tremor.

Authors : Tarlaci S.- Ozel Ege Saglik Hastanesi, Alsancak, 35040 Bornova, Izmir, Turkey.

Source : Clin Neurol Neurosurg. 2004 Dec;107(1):73-5. Related Articles, Links

Summary: A variety of medications can induce or enhance a tremor. Tremors most commonly affect the limbs, especially the arms. We report a patient who presented with a 5-6Hz jaw tremor with a temporal association with the administration of citalopram. To our knowledge, this is the first report in literature, of a transient jaw tremor associated with citalopram. According to the current data. **Conclusion** : *Citalopram-induced jaw tremor can be explained by an indirect inhibitory effect on central dopaminergic activity.*

Aripiprazole & NMS

Aripiprazole and neuroleptic malignant syndrome

Authors : Chakraborty N, Johnston T. - Department of Psychiatry, Ailsa Hospital, Ayr, UK. nandini_dass@rediffmail.com

Source : Int Clin Psychopharmacol. 2004 Nov;19(6):351-3. Related Articles, Links

Summary: Aripiprazole, an atypical antipsychotic with a novel method of action, has only recently been awarded a license in the UK. We report our first patient to receive this drug, who had treatment-resistant schizophrenia and developed neuroleptic malignant syndrome (NMS) with aripiprazole. To our knowledge, this is the first published case report involving aripiprazole and NMS in a potentially fatal medical emergency. **Conclusion** : *Further experience with this drug should indicate whether this is an isolated case (as described with other atypical antipsychotics) or constitutes a more serious risk than that suggested by the relatively beneficial therapeutic profile described in the literature to date.*

SSRI Response & Thyroid Hormones

Peripheral thyroid hormones and response to selective serotonin reuptake inhibitors

Authors : Michael Gitlin, MD; Lori L. Altshuler, MD; Mark A. Frye, MD; Rita Suri, MD; Emily L. Huynh, BA; Lynn Fairbanks, PhD; Michael Bauer, MD; Stanley Korenman, MD

Source : J Psychiatry Neurosci 2004;29(5):383-6.

Summary: Objective: To examine the relation between baseline measurements of thyroid function and response to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and to consider the effect of these antidepressants on thyroid hormone levels. Methods: Nineteen subjects with major depression, but without a history of thyroid treatment or lithium treatment, were treated openly with either sertraline or fluoxetine in a university-affiliated tertiary care hospital. Hamilton Depression Rating Scale (Ham-D) scores were measured before and after treatment. Clinical Global Impressions (CGI) scores were measured at study end. Thyroid data, consisting of values for thyroid-stimulating hormone (TSH), triiodothyronine (T3, measured by radioimmunoassay [RIA]), thyroxine (T4, measured by RIA) and free T4, were collected before and after treatment. Complete thyroid data were available for 17 subjects. Data were collected during 1997-1999. Results: Baseline TSH correlated strongly with response to treatment as measured by change in Ham-D scores ($r = 0.64$, $p = 0.003$). Low TSH values correlated with greater improvement in depressive symptoms. Thyroid hormone levels decreased with treatment, but these decreases did not correlate with clinical improvement. **Conclusion** : *Baseline thyroid function, as measured by serum TSH, may predict a patient's response to antidepressant treatment with SSRIs. Optimal thyroid function, beyond simply being within the normal laboratory values, may be necessary for an optimal response to antidepressants.*

Levetiracetam & Pharmacokonetics

Clinical pharmacokinetics of levetiracetam.

Authors : Patsalos PN. - Pharmacology and Therapeutics Unit, Department of Clinical and Experimental Epilepsy, Institute of Neurology/The National Hospital for Neurology and Neurosurgery, London, UK. P.Patsalos@ion.ucl.ac.uk

Source : Clin Pharmacokinet. 2004;43(11):707-24. Related Articles, Links

Summary: Since 1989, eight new antiepileptic drugs (AEDs) have been licensed for clinical use. Levetiracetam is the latest to be licensed and is used as adjunctive therapy for the treatment of adult patients with partial seizures with or without secondary generalisation that are refractory to other established first-line AEDs.Pharmacokinetic studies of levetiracetam have been conducted in healthy volunteers, in adults, children and elderly patients with epilepsy, and in patients with renal and hepatic impairment. After oral ingestion, levetiracetam is rapidly absorbed, with peak concentration occurring after 1.3 hours, and its bioavailability is >95%. Co-ingestion of food slows the rate but not the extent of absorption. Levetiracetam is not bound to plasma proteins and has a volume of distribution of 0.5-0.7 L/kg. Plasma concentrations increase in proportion to dose over the clinically relevant dose range (500-5000 mg) and there is no evidence of accumulation during multiple administration. Steady-state blood concentrations are achieved within 24-48 hours.The elimination half-life in adult volunteers, adults with epilepsy, children with epilepsy and elderly volunteers is 6-8, 6-8, 5-7 and 10-11 hours, respectively. Approximately 34% of a levetiracetam dose is metabolised and 66% is excreted in urine unmetabolised; however, the metabolism is not hepatic but occurs primarily in blood by hydrolysis. Autoinduction is not a feature. As clearance is renal in nature it is directly dependent on creatinine clearance. Consequently, dosage adjustments are necessary for patients with moderate to severe renal impairment.To date, no clinically relevant pharmacokinetic interactions between AEDs and levetiracetam have been identified. Similarly, levetiracetam does not interact with digoxin, warfarin and the low-dose contraceptive pill; however, adverse pharmacodynamic interactions with carbamazepine and topiramate have been demonstrated. Overall. **Conclusion** : *pharmacokinetic characteristics of levetiracetam are highly favourable and make its clinical use simple and straightforward.*

Levetiracetam & Weight Gain

Levetiracetam does not alter body weight: analysis of

randomized, controlled clinical trials.

Authors : Gidal BE, Sheth RD, Magnus L, Herbeuval AF. - Department of Neurology, School of Pharmacy, University of Wisconsin, 777 Highland Ave., Madison, WI 53705, USA. begidal@pharmacy.wisc.edu

Source : Epilepsy Res. 2003 Oct;56(2-3):121-6. Related Articles, Links

Summary: Increases in body weight gain are important, and clinically significant adverse effects of several antiepileptic drugs (AED) including valproate and gabapentin. Weight gain may contribute to medication non-compliance, discontinuation, and importantly, may have secondary medical implications as well. Levetiracetam (LEV) is indicated for adjunctive treatment of partial seizures. The objective of the present evaluation was to examine the effects of LEV treatment on body weight in adult patients. METHODS: We analyzed data derived from four prospective, placebo-controlled randomized, clinical trials conducted in both in the US and Europe. Patients included in the present analysis were both men and women, greater than 16 years old, and who had LEV exposure for at least 1 month. Body weight was measured at baseline and at the final LEV study visit. Data are analyzed for all patients, by gender, body mass index (BMI), duration of LEV exposure and by concomitant AED treatment. Wilcoxan Signed Rank, or Rank Sum test used where appropriate, with significance assigned at P<0.05. Data are presented as mean values+/-1 S.D. RESULTS: Nine-hundred and seventy patients (age=37.5 years, 54% men/46% women) were evaluated. There were no significant differences in baseline demographics between LEV (n=631) or placebo (n=339) treated patient groups. Mean LEV dose and duration of treatment were 2053 mg/day (maximum dose of 4000 mg/day) and 125 days (maximum=181 days), respectively. Concomitant AED therapy included CBZ, PHT, VPA, PB, GBP, LTG, and VGB. For LEV-treated patients, no significant changes in body weight were noted. Mean body weight at baseline versus final study visit for LEV was 74.3+/-16.6 kg and 74.3+/-16.6 kg, respectively. For placebo-treated patients, baseline versus end of treatment weight was 72.4+/-15.4 kg and 72.7+/-15.9 kg, respectively, representing a slight, yet clinically trivial increase. Clinically significant weight change as defined as >7% change from baseline weight, occurred in 9% of LEV-treated patients (4.5% had increase in weight/4.5% decrease) versus 9.4% (5.9% had increase/3.5% decrease) in placebo-treated patients. Weight changes were not significantly different between groups. Neither baseline BMI, gender, or background AEDs, appeared to predispose to significant weight change for LEV-treated patients. **Conclusion** : *We conclude that treatment with LEV at clinically relevant dosages is not associated with significant weight change. LEV would, therefore, appear to be a weight neutral AED.*

Levetiracetam & Elderly patients

Tolerability of levetiracetam in elderly patients with CNS disorders.

Authors : Cramer JA, Leppik IE, Rue KD, Edrich P, Kramer G. - Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, 950 Campbell Avenue (G7E, Room 7-127), West Haven, CT 06516-2770, USA. Joyce.Cramer@Yale.Edu

Source : Epilepsy Res. 2003 Oct;56(2-3):135-45. Related Articles, Links

Summary: The purpose of this analysis was to compare treatment-emergent adverse events (TEAE) related to use of levetiracetam (LEV) reported by young and elderly patients with anxiety and cognitive disorders, and young epilepsy patients. The LEV database includes reports of TEAE from trials of patients with diagnoses of a cognitive disorder (N=719), an anxiety disorder (N=1510), or localization-related epilepsy (N=1023) who participated in clinical trials lasting up to 16 weeks. Patients were grouped as young (<65 years) or elderly (> or = 65 years). The most common TEAE occurring most frequently in the LEV-treated groups were abdominal pain, asthenia, headache, anorexia, weight loss, dizziness, insomnia, somnolence, and tremor. The only significant differences in TEAE were seen between young and elderly groups with anxiety disorders (>3% higher for LEV than for placebo-treated patients) in headache (5.2% elderly, -0.9% young, P=0.041), and tremor (5.2 and -0.5%, respectively, P=0.022) and between young anxiety patients and young epilepsy patients for somnolence (-0.7 and 5.4%, respectively, P=0.036). For the other TEAEs there was no evidence for consistent differences between young and elderly patients and between patients with different CNS disorders. **Conclusion** : *Overall, LEV was well tolerated by all patient groups. The favorable adverse event profile suggests that LEV might be suitable for use by elderly patients*

Levetiracetam, Tolerability & Efficacy

Safety profile of levetiracetam.

Authors : Arroyo S, Crawford P. - Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin 53226, United States. sarroyo@mcw.edu

Source : Epileptic Disord. 2003 May;5 Suppl 1:S57-63. Related Articles, Links

Summary: A good balance between safety and tolerability is necessary for an antiepileptic drug (AED) to be successful in the management of patients with epilepsy. Levetiracetam is one of the new generation of AEDs licensed as an add-on therapy for the treatment of patients with partial-onset seizures. Leveti-racetam's mechanisms of action are not fully understood. Controlled clinical trials, open-label studies, and postmarketing surveillance indicate that leveti-racetam has a favorable safety profile characterized by little effect on vital signs or clinical laboratory values, reported adverse events that are mild to moderate, and no known drug-drug interactions. The tolerability of levetiracetam may extend to both pediatric and elderly patients based on analyses of small numbers of patients. Tolerability is maintained over the long term. Levetirac-etam does not appear to have a different safety profile in learning-disabled patients. **Conclusion** : *Levetiracetam appears to have a good balance between tolerability and efficacy in the treatment of a wide variety of patients with partial epilepsy.*

Levetiracetam & Pharmacokinetic

The ideal pharmacokinetic properties of an antiepileptic drug: how close does levetiracetam come?

Authors : Perucca E, Johannessen SI. - Clinical Pharmacology Unit, University of Pavia, Pavia, Italy. perucca@unipv.it

Source : Epileptic Disord. 2003 May;5 Suppl 1:S17-26. Related Articles, Links

Summary: The pharmacokinetic properties of a drug are the primary deter-minant of the extent and duration of drug action, and influence susceptibility to clinically important drug interactions. Most of the older-generation antiepileptic drugs

(AEDs) are far from ideal in terms of pharmacokinetics and interaction potential. For example, phenytoin, carbamazepine, and valproic acid exhibit non-linear kinetics; carbamazepine and valproic acid have relatively short half-lives; and most of these drugs cause either enzyme induction (phenytoin, phenobarbital, primidone, carbamazepine) or enzyme inhibition (valproic acid). Compared with older agents, certain new-generation AEDs offer a num-ber of pharmacokinetic advantages, particularly in terms of reduced inter-patient variability in drug clearance and a lower interaction potential. One of the most recently developed of these drugs, levetiracetam, comes especially close to fulfilling the desirable pharmacokinetic characteristics for an AED: (1) it has a high oral bioavailability, which is unaffected by food; (2) it is not significantly bound to plasma proteins; (3) it is eliminated partly in unchanged form by the kidneys and partly by hydrolysis to an inactive metabolite, without involvement of oxidative and conjugative enzymes; (4) it has linear kinetics; and (5) it is not vulnerable to important drug interactions, nor does it cause clinically significant alterations in the kinetics of concomitantly administered drugs. Although its half-life is relatively short (6 to 8 hours), its duration of action is longer than anticipated from its pharmacokinetics in plasma, and a twice-daily dosing regimen is adequate to produce the desired response.

Levetiracetam & PAE

Psychiatric adverse events during levetiracetam therapy.

Authors : Mula M, Trimble MR, Yuen A, Liu RS, Sander JW. - Department of Clinical and Experimental Epilepsy, Institute of Neurology, University College London, UK.

Source : Neurology. 2003 Sep 9;61(5):704-6. Related Articles, Links

Summary: The prevalence and psychopathologic features of psychiatric adverse events (PAE) in 517 patients taking levetiracetam (LEV) were investigated. Fifty-three (10.1%) patients developed PAE. A significant association was found with previous psychiatric history, history of febrile convulsions, and history of status epilepticus, whereas lamotrigine co-therapy had a protective effect. **Conclusion** : *PAE were not related to the titration schedule of LEV, and certain patients seem to be biologically more vulnerable.*

Levetiracetam & Acute mania

Levetiracetam in the treatment of acute mania: an open add-on study with an on-off-on design.

Authors : Grunze H, Langosch J, Born C, Schaub G, Walden J. - Department of Psychiatry at the University of Munich, Germany. grunze@psy.med.uni-muenchen.de

Source : J Clin Psychiatry. 2003 Jul;64(7):781-4. Related Articles, Links

Summary: BACKGROUND: Levetiracetam is a novel antiepileptic drug with a broad spectrum of efficacy in epilepsy. We have tested the antimanic properties of the drug as an add-on to haloperidol in an open trial. METHOD: After giving informed written consent, 10 bipolar I acutely manic (DSM-IV) inpatients were investigated in an on-off-on study design. All patients were treated with 5 to 10 mg/day of haloperidol, depending on tolerability, throughout the investigation. Levetiracetam (up to 4000 mg/day) was added until day 14, then discontinued and reintroduced at day 21. The psychopathologic changes were assessed with the Young Mania Rating Scale (YMRS). RESULTS: After a mean decrease of the YMRS scores from 29.6 to 17.2 during the first "on" phase, manic symptoms worsened during the "off" period (YMRS score 20.9) and ameliorated again during the second "on" phase, with a decrease of the mean YMRS score to 14.7 at the end of the study. The mean dose of levetiracetam was 3125 mg/day. At day 14, only 2 (20%) of 10 patients were responders (defined as a decrease in YMRS scores of 50%) compared with 7 (70%) of 10 responders at the end of the study at day 28. **Conclusion** : *The results from this open on-off-on add-on study suggest that levetiracetam exhibited additional antimanic effects. Controlled studies are clearly required.*

Levetiracetam & N-Type Calcium Channels

Epilepsia: Selective Blockade of N-Type Calcium Channels by Levetiracetam

Authors : E. A. Lukyanetz, V. M. Shkryl, and P. G. Kostyuk

Source : Volume 43 Issue 1 Page 9 - January 2002

Doi :10.1046/j.1528-1157.2002.24501.x

Summary: Purpose: We investigated the effect of the new antiepileptic drug (AED) levetiracetam (LEV) on different types of high-voltageactivated (HVA) Ca2+ channels in freshly isolated CA1 hippocampal neurons of rats.

Methods: Patch-clamp recordings of HVA Ca2+ channel activity were obtained from isolated hippocampal CA1 neurons. LEV was applied by gravity flow from a pipette placed near the cell, and solution changes were made by electromicrovalves. Ca2+ channel blockers were used for separation of the channel subtypes.

Results: The currents were measured in controls and after application of 1200 M LEV. LEV irreversibly inhibited the HVA calcium current by 18% on the average. With a prepulse stimulation protocol, which can eliminate direct inhibition of Ca2+ channels by G proteins, we found that G proteins were not involved in the pathways underlying the LEV inhibitory effect. This suggested that the inhibitory effect arises from a direct action of LEV on the channel molecule. The blocking mechanism of LEV was not related to changes in steady-state activation or inactivation of Ca2+ channels. LEV also did not influence the rundown of the HVA Ca2+ current during experimental protocols lasting 10 min. Finally, LEV at the highest concentration used (200 M) did not influence the activity of L-, P- or Q-type Ca2+ channels in CA1 neurons, while selectively influencing the activity of N-type calcium channels. The maximal effect on these channels separated from other channel types was 37%. **Conclusion** : *Our results provide evidence that LEV selectively inhibits N-type Ca2+ channels of CA1 pyramidal hippocampal neurons. These data suggest the existence of a subtype of N-type channels sensitive to LEV, which might be involved in the molecular basis of its antiepileptic action.*

Levetiracetam & Pharmacokinetics

Epilepsia : Pharmacokinetics of Levetiracetam

Authors : Rodney A. Radtke

Source : Volume 42 Issue s4 Page 24 - August 2001

doi:10.1046/j.1528-1157.2001.0420s4024.x

Summary: Major considerations in the acceptance and impact of new antiepileptic drugs include their pharmacokinetics and their potential for interaction with other drugs. The

pharmacokinetics of levetiracetam, a newly approved add-on antiepileptic agent for partial-onset seizures in adults, has been evaluated in 27 phase I and II studies. **Conclusion** : *Consistent findings in these studies include rapid and complete oral absorption, linear dose kinetics, a minimal degree of protein binding, and predominantly renal excretion. Because of the lack of hepatic metabolism and low protein binding, the risk of interaction with other drugs is considered low.*

SSRIs & Breastfeeding

Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome p450 genotypes.

Authors : Berle JO, Steen VM, Aamo TO, Breilid H, Zahlsen K, Spigset O. - Centre for Child and Adolescent Mental Health, University of Bergen, Bergen, Norway. jean.berle@psyk.uib.no

Source : J Clin Psychiatry. 2004 Sep;65(9):1228-34. Related Articles, Links

Summary: BACKGROUND: The aims of the study were to quantify the drug exposure in breastfed infants of antidepressant-treated mothers, to identify possible adverse events, and to correlate these variables to maternal and infant drug metabolism-relevant genotypes and milk triglyceride content. METHOD: The study included 25 lactating women treated with citalopram (N = 9), sertraline (N = 6), paroxetine (N = 6), fluoxetine (N = 1), or venlafaxine (N = 3) and their 26 breastfed infants. Drug concentrations in maternal and infant serum and milk were analyzed using liquid chromotography mass spectrometry methods; milk triglyceride levels were measured with a commercial kit. Cytochrome P450 (CYP) 2D6 and CYP2C19 activity was determined by polymerase chain reaction-based genotyping of the mothers and infants. An infant adverse event questionnaire was completed by the medication-treated mothers as well as by a control group of medication-free breastfeeding mothers of 68 infants. RESULTS: Sertraline and paroxetine were not detected in any of the drug-exposed infants. The infant serum level of citalopram was either undetectable (N = 4) or low (N = 6). All venlafaxine-exposed infants had measurable drug concentrations. We identified a paroxetine-treated mother and her infant who were both CYP2D6 poor metabolizers, as well as a citalopram-treated mother with CYP2C19 poor metabolizer status, but the serum drug levels of their infants were still either undetectable (paroxetine) or low (citalopram). There was no evidence of adverse events in the drug-exposed infants. **Conclusion** : *Serum drug levels in breastfed infants of antidepressant-treated mothers were undetectable or low. This study adds further evidence to previously published data indicating that breastfeeding should not be generally discouraged in women using serotonin reuptake inhibitor anti-depressants.*

Antipsychotic drugs & Diabetes

Diabetes and antipsychotic drugs

Authors : Joseph Proietto, Sir Edward Dunlop Medical Research Foundation Professor of Medicine, University of Melbourne and Department of Medicine, Heidelberg Repatriation Hospital, Austin Health, Melbourne

Source : (Aust Prescr 2004;27:118-9)

Summary: There is an increased risk of diabetes in patients with schizophrenia and this risk is elevated by some antipsychotic medications. The risk is greater with the atypical drugs clozapine and olanzapine and the low potency conventional antipsychotics than with risperidone or high potency conventional drugs. While weight gain may be a mechanism for the development of diabetes, a direct effect of these drugs on insulin action in muscle may also be an important contributor. **Conclusion :** *Patients with major psychosis should be managed in the same way as other patients with diabetes, but difficulties in complying with diet, exercise and taking medication should be kept in mind. Treating cardiovascular risk factors is important.*

Key words: schizophrenia, obesity, insulin resistance.

Aripiprazole , Lithium & Valproate

Pharmacokinetics of aripiprazole and concomitant lithium and valproate.

Authors : Citrome L, Josiassen R, Bark N, Salazar DE, Mallikaarjun S.

MPH, 140 Old Orangeburg Road, Orangeburg, NY 10962

Source : J Clin Pharmacol. 2005 Jan;45(1):89-93. Related Articles, Links

Summary: The objective of this study was to assess the pharmacokinetics of the antipsychotic aripiprazole when coadministered with lithium or valproate. Two open-label, sequential treatment design studies were conducted in chronically institutionalized patients with schizophrenia or schizoaffective disorder requiring treatment with lithium (n = 12) or valproate (divalproex sodium) (n = 10). Patients received aripiprazole 30 mg/day on days 1 to 14 and aripiprazole with concomitant therapy on days 15 to 36. Lithium was titrated from 900 mg until serum concentrations reached 1.0 to 1.4 mEq/L for at least 5 days. Valproate was titrated to 50 to 125 mg/L. Coadministration with lithium increased mean C(max) and AUC values of aripiprazole by about 19% and 15%, respectively, whereas the apparent oral clearance decreased by 15%. There was no effect on the steady-state pharmacokinetics of the active metabolite of aripiprazole. Coadministration with valproate decreased the AUC and C(max) of aripiprazole by 24% and 26%, respectively, with minimal effects on the active metabolite. **Conclusion** : *Therapeutic doses of lithium and divalproex had no clinically significant effects on the pharmacokinetics of aripiprazole in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder.*

Antipsychotic & Sexual functioning

Antipsychotic treatment and sexual functioning in first-time neuroleptic-treated schizophrenic patients.

Authors : Bitter I, Basson BR, Dossenbach MR. - Department of Psychiatry and Psychotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary bE. Lilly Regional Operations, Vienna, Austria cE. Lilly GmbH, Vienna, Austria.

Source : Int Clin Psychopharmacol. 2005 Jan;20(1):19-21. Related Articles, Links

Summary: The present study examined sexual functioning among first-time treated schizophrenia patients at the time that they initiated antipsychotic treatment, and again 3 and 6 months later. These first-time treated patients comprise a subgroup of 570 schizophrenia patients who were part of a cohort of 7655 patients enrolled in the Intercontinental Schizophrenia

Outpatient-Health Outcomes observational study (IC-SOHO). As part of a brief clinical assessment conducted at entry to the study, and after 3 and 6 months of antipsychotic medication, patients were asked to rate their sexual functioning, and the investigator was asked to rate the extent to which the patient had neuroleptic-related loss of libido and sexual dysfunction. After being treated, patients treated with olanzapine showed the lowest prevalence of neuroleptic-induced sexual difficulties. At 3 months, there were significant differences between the treatment groups on neuroleptic-related loss of libido, neuroleptic-related sexual dysfunction and change in patient-rated sexual dysfunction. At 6 months, the difference between the groups on neuroleptic-related loss of libido was statistically significant. There were no significant differences between males and females. Many recent onset patients appear to suffer from problems of sexual functioning. **Conclusion** : *Olanzapine may offer an advantage in this area.*

SSRIs & Sensory Disturbances

Serotonin reuptake inhibitor induced sensory disturbances.

Authors : Praharaj SK. - Department of Psychiatry, Dr Ram Manohar Lohia Hospital, New Delhi, India.

Source : Br J Clin Pharmacol. 2004 Dec;58(6):673-4. Related Articles, Links

Summary: Serotonin reuptake inhibitor induced sensory disturbances are reported rarely in the literature. This case report describes numbness and dysmorphic symptoms in the upper facial area associated with fluoxetine. There is no previous report of such an adverse reaction with any serotonin reuptake inhibitor in the literature and this report is intended to draw attention towards these unusual adverse effects.

« Atypical neuroleptic » & Analgesia

Do the second-generation "atypical neuroleptics" have analgesic properties? A structured evidence-based review

Authors : Fishbain DA, Cutler RB, Lewis J, Cole B, Rosomoff RS, Rosomoff HL. - Department of Psychiatry, University of Miami School of Medicine, Miami, Flordia

Source : Pain Med. 2004 Dec;5(4):359-65. Related Articles, Links

Summary: ABSTRACT Study Design. This is a structured, evidence-based review of all available studies on the potential effectiveness of the atypical neuroleptics for the treatment of pain (analgesia). Objectives. To determine what evidence, if any, exists for, or against, the effectiveness of the atypical neuroleptics for analgesia. Summary of Background Data. There has been significant controversy over whether the conventional neuroleptics (non-atypicals) have analgesic properties. A recent review (Patt et al. 1994) did conclude that the evidence for effectiveness was sparse, except for methotrimeprazine. However, that review did not include a new class of neuroleptics: the atypicals such as olazapine, risperidone, quetiapine, etc. Methods. A computer and manual search for studies relating to the atypicals and their analgesic effectiveness produced 10 studies/reports. These were reviewed in detail, and information relating to the above problem was abstracted and placed into tabular form. Each report was also categorized by the type of study it represented according to the guidelines developed by the Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). The strength and consistency of the evidence represented by the 10 studies were then categorized according to the AHCPR guidelines. **Conclusion** : *of this review were based on these results. Results of Data Synthesis. Of the 10 studies/reports, four were characterized by AHCPR guidelines as Type II (experimental), two were Type III (quasiexperimental), two were Type IV (nonexperimental), and two were Type V (case reports). Of these studies/reports, 90% indicated that the atypicals did have an analgesic effect. The overall strength and consistency of this evidence using the AHCPR guidelines was, therefore, categorized as B (generally consistent from Type II, Type III, and Type IV studies). Conclusions. Based on the above results, it was concluded that the reviewed data were generally consistent, suggesting that some of the atypicals may have an analgesic effect. There were, however, few double-blind, placebo-controlled studies, and many of the reports/studies had less than 50 patients. As such, this question requires further research.*

Donepezil, Safety & Tolerability

The safety and tolerability of donepezil in patients with Alzheimer's disease.

Authors : Jackson S, Ham RJ, Wilkinson D. - Department of Health Care of the Elderly, Guy's, King's and St Thomas' School of Medicine, Kings College London, London, UK.
stephen.jackson@kcl.ac.uk

Source : Br J Clin Pharmacol. 2004 Nov;58 Suppl 1:1-8. Related Articles, Links

Summary: Cholinesterase (ChE) inhibitors, which prevent the hydrolysis of acetylcholine, have been approved for the symptomatic treatment of Alzheimer's disease (AD) for over a decade. However, the first ChE inhibitors were associated with a high incidence of side-effects and general tolerability concerns, including hepatotoxicity. Side-effects associated with increased cholinergic activity, particularly in the gastrointestinal (GI) system, can prevent patients from achieving effective doses of drug. In addition, the advanced age and frail nature of patients with AD mean that poor tolerability is a serious concern. The potential for drug-drug interactions is also an important consideration, due to the high prevalence of comorbid disease in these patients. Data both from clinical trials and studies in routine clinical practice have shown that donepezil is associated with a low incidence of GI adverse events (AEs) that is comparable with placebo. Donepezil is a potent, selective inhibitor of acetylcholinesterase, and selective inhibition of central as opposed to peripheral ChEs might be expected to reduce the incidence of AEs, thus this may explain the lower incidence of cholinergic AEs observed following treatment with donepezil, compared with nonselective ChE inhibitors. There are no differences in cardiovascular AEs, including bradycardia, between placebo and donepezil groups in the clinical trials published to date, even in a very sick vascular dementia population with high rates of comorbidity and concomitant medication use. Data from single- and multiple-dose studies of donepezil in patients with hepatic impairment and with moderately to severely impaired renal function indicate that donepezil is safe and well tolerated in these groups. Furthermore, both in vitro and clinical studies have shown that donepezil is not associated with drug-drug interactions. The incidence of weight loss is very similar between donepezil- and placebo-treated patients. Although insomnia and other sleep disorders have been reported following administration of

donepezil, lengthening the time period before increasing the dose of donepezil from 5 to 10 mg day(-1) or switching to morning dosing can reduce these events to the levels of placebo-treated patients. Over 770 million days of patient use and an extensive publication database demonstrate that donepezil has a good tolerability and safety profile.

Injectable Risperidone & Long-acting

Long-acting injectable risperidone.

Authors : Ehret MJ, Fuller MA. - Cleveland Department of Veterans Affairs Medical Center, 10000 Brecksville Rd., Brecksville, OH 44141-3204, USA.

Source : Ann Pharmacother. 2004 Dec;38(12):2122-7. Epub 2004 Nov 02. Related Articles, Links

Summary: Objective: To review the pharmacology, pharmacokinetics, clinical efficacy, and safety profile of long-acting (LA) risperidone for the treatment of schizophrenia. Data Sources: Information was selected from PubMed (1965-July 2004). Applicable scientific posters were also used. Study Selection And Data Extraction: All published information on risperidone LA was considered. Material providing a comprehensive description was considered. Data Synthesis: Risperidone LA is the first long-acting, injectable atypical antipsychotic. It is dosed at 25-50 mg every 2 weeks. Adverse effects are similar to those seen with oral risperidone. A short-term study showed that risperidone LA is better than placebo in reducing the signs and symptoms of schizophrenia, and a long-term trial showed that stable schizophrenic patients can be switched from either oral or other injectable antipsychotic medications to risperidone. **Conclusion** : *Risperidone LA is efficacious and safe in the treatment of schizophrenia.*

New SNRI & Duloxetine

Duloxetine: A new serotonin/noradrenaline reuptake inhibitor for the treatment of depression

Authors : Rabasseda X. - Medical Information Department, Prous Science, Barcelona, Spain. xrabasseda@prous.com

Source : Drugs Today (Barc). 2004 Sep;40(9):773-90. Related Articles, Links

Summary: Double-blind, placebo-controlled clinical trials have evaluated and demonstrated the efficacy of duloxetine as an antidepressant in patients with major depressive disorders. The drug has been noted to be well tolerated and effective in the control of depressive symptoms. In addition, duloxetine has been shown to be better than placebo and as effective as paroxetine as an antidepressant and also better than placebo for reducing pain in both experimental models and patients. **Conclusion** : *Duloxetine is a safe and well-tolerated new treatment option for depression including anxiety and painful physical symptoms. Furthermore, duloxetine has proven robust efficacy in stress urinary incontinence.*

Epilepsy & Antiepileptics

Epilepsy & New Antiepileptic

Efficacy and tolerability of the new antiepileptic drugs: comparison of two recent guidelines.

Authors : Beghi E. - Epilepsy Center, University of Milano-Bicocca, Ospedale San Gerardo, Monza, Italy. beghi@marionegri.it

Source : Lancet Neurol. 2004 Oct;3(10):618-21. Related Articles, Links

Summary: BACKGROUND: Until the early 1990s six major compounds (carbamazepine, ethosuximide, phenobarbital, phenytoin, primidone, and valproic acid) were available for the treatment of epilepsy. However, these drugs have pharmacokinetic limitations, teratogenic potential, and a negative effect on cognitive functions that impairs the quality of patients' lives and limits the use of these drugs in some patients. In addition, 20-30% of patients are refractory to these drugs. RECENT DEVELOPMENTS: The development of ten new antiepileptic drugs (vigabatrin, felbamate, gabapentin, lamotrigine, topiramate, tiagabine, oxcarbazepine, levetiracetam, zonisamide, and pregabalin) has expanded treatment options. The newer drugs may be better tolerated, have fewer drug interactions, and seem to affect cognitive functions to a lesser extent than old drugs. Guidelines on the use of new antiepileptic drugs have been developed in the USA and in the UK. Both guidelines offer a clear picture of the efficacy, safety, and tolerability of the new antiepileptic drugs and agree on their use as add-on treatment in patients who do not respond to conventional drugs. The guidelines differ in the type and strength of recommendations. Whereas the US guidelines recommend treatment in newly diagnosed epilepsy with a standard drug or a new drug depending on the individual patient's characteristics, the UK guidelines recommend that a new antiepileptic drug should be considered only if there is no benefit from an old antiepileptic drug, an old drug is contraindicated, there is a previous negative experience with the same drug, or the patient is a woman of childbearing potential. WHERE NEXT: The limited amount of information on the new antiepileptic drugs may explain the discrepancies among the two guidelines and between these and other recommendations. Comparative, pragmatic, long-term and open trials should be done to show long-term efficacy and comparative features of the new antiepileptic drugs, and to better assess the effect on quality-of-life, cost-effectiveness, tolerability, and teratogenic potential. In addition, the conflicts should be resolved between the needs of the regulatory bodies and those of the treating physicians. Finally, there is a need for trial designs to be standardised.

Levetiracetam & Epilepsy

Levetiracetam: treatment in epilepsy.

Authors : Ben-Menachem E. - University of Goteborg, Sahlgren Hospital, Goteborg, Sweden. ebm@neuro.gu.se

Source : Expert Opin Pharmacother. 2003 Nov;4(11):2079-88. Related Articles, Links

Summary: A large number of new antiepileptic drugs (AEDs) have become available over the last 10 years. Results from placebo-controlled clinical trials and community-based practice have demonstrated that levetiracetam has a broad spectrum of activity in suppressing seizures as add-on treatment and monotherapy and that it is safe and well-tolerated. Levetiracetam also has a favourable pharmacokinetic profile characterised by rapid and nearly complete absorption, very low potential for drug interactions and a prolonged

pharmacodynamic effect that permits twice-daily dosing.
Conclusion : *Although, the mechanism of action of levetiracetam is not completely understood, preclinical studies suggest that it may have antiepileptogenic and neuroprotective effects, with the potential to slow or arrest disease progression.*

Levetiracetam & Optimal Choice

Role of levetiracetam in the treatment of epilepsy.

Authors : Brodie MJ, French JA. - Epilepsy Unit, Division of Cardiovascular and Medical Sciences, Western Infirmary, Glasgow, Scotland, United Kingdom.
Martin.J.Brodie@clinmed.gla.ac.uk
Source : Epileptic Disord. 2003 May;5 Suppl 1:S65-72. Related Articles, Links

Summary: Physicians treating patients with epilepsy have a host of thera-peutic options. Drug choice is dictated first by the seizure(s) and/or epilepsy syndrome. Age is also a factor. Special considerations apply to women, particu-larly during their childbearing years, and to patients who are learning-disabled. Drug selection is further influenced by such characteristics as spectrum of activity, rapid response, low potential for drug-drug interactions, and ease of use. In addition to clinical trial data, postmarketing assessments of the new antiepileptic drugs provide useful clinical information on efficacy and safety. **Conclusion** : *Levetiracetam has specific characteristics that make it an optimal choice for many patient populations.*

Levetiracetam, Monotherapy & Refractory partial seizures

Preliminary efficacy of levetiracetam in monotherapy.

Authors : Ben-Menachem E. - University of Goteborg, Sahlgren Hospital, Goteborg, Sweden. ebm@neuro.gu.se
Source : Epileptic Disord. 2003 May;5 Suppl 1:S51-5. Related Articles, Links

Summary: The standard of care for prescribing antiepileptic drugs (AEDs) has come to favor the use of monotherapy when possible; i.e., when compa-rable efficacy can be achieved with fewer risks of adverse events and drug interactions. Most patients with epilepsy are started on one of the classic AEDs and, if it proves ineffective, another drug is tried, usually as monotherapy. While most of the newer AEDs that have come into clinical use in recent years are initially used as add-on therapy, their success at improving seizure control in combination treatments has led to their cautious use as monotherapy even before they have been approved for this indication. As a first study to determine the potential efficacy of levetiracetam in monotherapy, a withdrawal trial model was used. Patients who achieved adequate seizure control with levetiracetam as add-on therapy in a double-blind, placebo-controlled study entered a monotherapy phase of the trial in which the baseline AED was gradually withdrawn. Also, long-term data of 505 patients who received levetiracetam for refractory partial seizures were reviewed and found to include 49 patients still treated with levetiracetam monotherapy at the end of the study for a duration between 3 months and 5.5 years. **Conclusion** : *Data from patients in the two trials lend supportive evidence that levetiracetam monotherapy is safe and effective for partial seizures.*

Levetiracetam & Long-term Experience

Long-term experience with levetiracetam.

Authors : Abou-Khalil B, Lazenby B. - Department of Neurology, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee 37232-3375, United States.
bassel.abou-khalil@mcmail.vanderbilt.edu
Source : Epileptic Disord. 2003 May;5 Suppl 1:S33-7. Related Articles, Links

Summary: Although short-term clinical trials provide important data regard-ing efficacy and tolerability, long-term studies are needed to address important aspects of clinical practice, such as long-term efficacy and safety. Long-term studies and post-marketing data show that the efficacy of levetiracetam is sustained over the long term and that this antiepileptic drug continues to be well tolerated, with low withdrawal rates and high retention rates. Patients continue to achieve significant reductions in seizure frequency and may achieve seizure freedom. **Conclusion** : *Levetiracetam may allow patients to decrease the number of concomi-tant antiepileptic medications or withdraw to monotherapy. Add-on therapy with levetiracetam should be considered when additional control of seizures is needed.*

New AEDs

New antiepileptic drug therapies.

Authors : Bergin AM, Connolly M. - Division of Epilepsy and Clinical Neurophysiology, Children's Hospital, 300 Longwood Avenue, HU2, Boston, MA 02115, USA.
ann.bergin@tch.harvard.edu
Source : Neurol Clin. 2002 Nov;20(4):1163-82. Related Articles, Links

Summary: The introduction of these new antiepileptic drugs, from felbamate to levetiracetam, raised hope of control of epilepsy with fewer adverse effects and improved quality of life. Unfortunately, many patients continue to experience refractory epilepsy despite the use of these new agents, and dose-related adverse effects and idiosyncratic reactions continue to be problematic. A recent report describes six new compounds in preclinical development, and five in clinical trials [131]. As the number of available, effective, but imperfect antiepileptic drugs increases, many challenges remain. These include: choosing the drug appropriate for the epileptic syndrome, assessing accurately the range of a drug's adverse effects in an individual patient, and considering carefully the drug's interactions in combination drug therapy. In considering drug combinations, differing mechanisms of drug action and favorable pharmacodynamic interactions (an area requiring additional studies) are of importance. **Conclusion** : *Clinicians caring for children who have epilepsy anticipate further advances in the pharmacogenetics and molecular pathophysiology of epilepsy, leading to individually tailored, effective, and safe therapy.*

Anxiety : PTSD, OCD, SP & GAD

Social Anxiety & Levetiracetam

An open-label study of levetiracetam for the treatment of social anxiety disorder.

Authors : Simon NM, Worthington JJ, Doyle AC, Hoge EA,

Kinrys G, Fischmann D, Link N, Pollack MH. - Center for Anxiety and Traumatic Stress Related Disorders, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA 02114, USA.

Source : J Clin Psychiatry. 2004 Sep;65(9):1219-22. Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: Social anxiety disorder is a disabling condition characterized by excessive fear and avoidance of social and performance situations. While a variety of effective pharmacotherapies exists, many patients do not fully respond to or tolerate available agents. Preclinical and early clinical experience with levetiracetam, a novel anticonvulsant agent, suggests that levetiracetam has anxiolytic properties and a favorable adverse event profile. Levetiracetam thus warrants systematic evaluation as a treatment option for anxiety disorders. METHOD: Twenty adult outpatients who were recruited through advertisement and clinical referral and who met DSM-IV criteria for social anxiety disorder, generalized type, participated in this 8-week open-label, flexible-dose study from November 2002 to December 2003. Participants were required to have scores of >/= 50 on the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and >/= 4 on the Clinical Global Impressions-Severity of Illness scale (CGI-S) at baseline. The presence of comorbid depression and anxiety disorders were permitted as long as social anxiety disorder was the primary disorder. Levetiracetam was initiated at 250 mg/day for the first week and flexibly titrated up to a maximum of 3000 mg/day (1500 mg b.i.d.). The primary outcome measure was change in the LSAS score at endpoint. RESULTS: There was a clinically significant 20.5-point decrease in LSAS scores in the intent-to-treat, last-observation-carried-forward analysis (t = 3.1; p <.01, N = 20). There were also significant reductions in CGI-S (p <.01) and Hamilton Rating Scale for Anxiety (p <.02) scores. **Conclusion** : *This pilot study supports the safety and potential efficacy of a novel agent, levetiracetam, for the treatment of social anxiety disorder. Larger controlled trials are warranted to confirm these results.*

Resistant OCD & Strategies for treatment

Pharmacological augmentation strategies for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder.

Authors : Walsh KH, McDougle CJ. - Department of Psychiatry, Indiana University School of Medicine, Riley Hospital for Children, Room 4300, 702 Barnhill Drive, Indianapolis, IN 46202, USA. kewalsh@iupui.edu

Source : Expert Opin Pharmacother. 2004 Oct;5(10):2059-67. Related Articles, Links

Summary: First-line treatment for obsessive-compulsive disorder (OCD) has been well-established for over a decade, although newer medications, such as citalopram and venlafaxine, have emerged to take a place among the older, more established serotonin re-uptake inhibitors (SRIs). Unfortunately, as many as 50% of all patients with OCD will have symptoms refractory to a single medication treatment trial, and a smaller percentage will remain refractory after two or more trials. The optimal dosage and duration for first-line trials have been established. Many strategies exist for patients who do not respond to first- or second-line medication trials, including behavioural therapy, switching to newer SRIs, and augmentation with additional medications. **Conclusion** : *This review will focus on medication strategies for augmenting SRI treatment response in OCD treatment, including neuroleptic and serotonergic agents. Future investigations should include more controlled studies and investigate medications that are less likely to trigger extrapyramidal symptoms, diabetes mellitus and weight gain.*

Hypermobility & Anxiety

Is joint hypermobility related to anxiety in a nonclinical population also?

Authors : Bulbena A, Agullo A, Pailhez G, Martin-Santos R, Porta M, Guitart J, Gago J. - Department of Psychiatry, Hospital del Mar, Barcelona, Spain. abulbena@acmcb.es

Source : Psychosomatics. 2004 Sep-Oct;45(5):432-7

Summary: This study examines the association between joint hypermobility syndrome and anxiety in a nonclinical sample. Subjects (N = 526) receiving a medical check-up were assessed with the Hospital del Mar hypermobility criteria and the State-Trait Anxiety Inventory. Scores for trait anxiety, and to a lesser extent state anxiety, were significantly higher among subjects with joint hypermobility syndrome than among subjects without this syndrome (median trait anxiety scores for women: 17 versus 11; median scores for men: 13 versus 1). These findings indicate that the association of joint hypermobility syndrome and anxiety holds even for subjects with no psychiatric diagnosis. Therefore, it seems that this benign connective tissue disorder is a predisposing factor for trait anxiety. However, it is necessary to further explore and define the biological basis of this syndrome, as well as its associations and clinical expressions, which interact with great complexity.

PTSD, Depression & September 11

Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after september 11.

Authors : Psychiatr Serv. 2004 Sep;55(9):1061-3

Source : Grieger TA, Fullerton CS, Ursano RJ. - Uniformed Services University of the Health Sciences, Department of Psychiatry, B3068, 4301 Jones Bridge Road, Bethesda, Maryland 20814. thomas.grieger@na.amedd.army.mil

Summary: This study assessed relationships between exposure to the September 11, 2001, terrorist attack, current posttraumatic stress disorder (PTSD), current major depression, and current safety perceptions in a sample of 212 Pentagon staff members 13 months after the attack. Forty-eight respondents (23 percent) had possible PTSD; eight (4 percent) had probable major depression. Respondents who were directly exposed to the attack were more likely to have PTSD and major depression and were less likely to have a perception of safety at work and in usual activities and travel only. In contrast, respondents with PTSD reported a lower perception of safety at home, at work, and in usual activities and travel.

Hypochondriasis diagnosis

A new, empirically established hypochondriasis diagnosis.

Authors : Fink P, ORnbol E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. - Research Unit for Functional Disorders, Aarhus University Hospital, DK-8000 Aarhus C, Denmark. flip@akh.aaa.dk

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1680-91

Summary: OBJECTIVE: The narrow ICD-10 and DSM-IV definition of hypochondriasis makes it rarely used yet does not prevent extensive diagnosis overlap. This study identified a

distinct hypochondriasis symptom cluster and defined diagnostic criteria. METHOD: Consecutive patients (N=1,785) consulting primary care physicians for new illness were screened for somatization, anxiety, depression, and alcohol abuse. A stratified subgroup of 701 patients were interviewed with the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry and questions addressing common hypochondriasis symptoms. Symptom patterns were analyzed by latent class analysis. RESULTS: Patients fell into three classes based on six symptoms: preoccupation with the idea of harboring an illness or with bodily function, rumination about illness, suggestibility, unrealistic fear of infection, fascination with medical information, and fear of prescribed medication. All symptoms, particularly rumination, were frequent in one of the classes. Classification allowed definition of new diagnostic criteria for hypochondriasis and division of the cases into "mild" and "severe." The weighted prevalence of severe cases was 9.5% versus 5.8% for DSM-IV hypochondriasis. Compared with DSM-IV hypochondriasis, this approach produced less overlap with other somatoform disorders, similar overlap with nonsomatoform psychiatric disorders, and similar assessments by primary care physicians. Severe cases of the new hypochondriasis lasted 2 or more years in 54.3% of the subjects and 1 month or less in 27.2%. **Conclusions:** *These results suggest that rumination about illness plus at least one of five other symptoms form a distinct diagnostic entity performing better than the current DSM-IV hypochondriasis diagnosis. However, these criteria are preliminary, awaiting cross-validation in other subject groups.*

Recfractory OCD; PP & Quetiapine

Obsessive-compulsive disorder in the postpartum: open-label trial of quetiapine augmentation.

Authors : Misri S, Milis L. - Department of Psychiatry, University of British Columbia, British Columbia, Canada. smisri@providencehealth.bc.ca

Source : J Clin Psychopharmacol. 2004 Dec;24(6):624-7. Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: Postpartum nonpsychotic conditions are routinely treated with antidepressant therapy. However, a subset of this population with comorbid obsessive-compulsive disorder (OCD) is treatment-resistant. Optimal response is obtained by augmentation therapy with novel antipsychotics. The objective of this open-label study was to evaluate clinical response to quetiapine augmentation of SSRIs or SNRIs in treatment-resistant OCD in the postpartum. METHODS: Twenty-two postpartum women diagnosed with OCD as per DSM-IV criteria, who did not respond to at least 8 weeks of SSRI or SNRI monotherapy, were offered a trial of quetiapine augmentation for 12 weeks. Response (defined as >50% reduction in scores) was assessed using the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS) and Clinical Global Impressions scale (CGI). RESULTS: Seventeen patients agreed to a trial of quetiapine augmentation. Three withdrew early due to side effects, and 14 completed the 12-week trial. Of these, 11 responded to treatment within 12 weeks, with a mean (SD) response time of 5.9 (2.6) weeks. The mean (SD) baseline YBOCS score of 24.7 (6.8) dropped to a mean of 10.3 (9.0), with a mean reduction of 59.6%. Mean CGI scores at outcome were 1.9 (1.2). The average dose of response was 112.5 mg (76.4 mg). Sedation was the most commonly reported side effect. **Conclusion** : *Although limited by lack of controls, this is the first study in a postpartum population where the addition of quetiapine to antidepressant therapy has been shown to be effective for treatment-refractory OCD. Quetiapine deserves further controlled study in this context.*

OCD & Venlafaxine

The Role of Venlafaxine in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (January).

Authors : Phelps NJ, Cates ME. - Western Missouri Mental Health Center, Kansas City, MO.

Source : Ann Pharmacother. 2004 Dec 7; [Epub ahead of print] Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: To evaluate the published literature regarding the use of venlafaxine in the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). DATA SOURCES: MEDLINE (1996-March 2004) and International Pharmaceutical Abstracts (1970-March 2004) were searched using the terms venlafaxine and obsessive-compulsive disorder. A bibliographic search was conducted as well. DATA SYNTHESIS: Successful treatment of OCD with venlafaxine has been reported in case reports, open trials, and blinded trials versus active comparators. The only placebo-controlled trial did not find statistically significant improvement with venlafaxine treatment; however, methodologic limitations may have influenced those results. Venlafaxine appears to be as efficacious as clomipramine, but is preferable to this agent in terms of safety and tolerability. Venlafaxine seems to be similar to paroxetine with respect to both therapeutic effects and adverse effects, but may be inferior to paroxetine when used for nonresponders to previous serotonin-reuptake inhibitor therapy. **Conclusion** : *Although the relative scarcity of data precludes definitive conclusions, available evidence suggests that venlafaxine is effective and well tolerated in the treatment of OCD. Unfortunately, it has not shown any unique advantages relative to currently available medications.*

Social phobia & Neurobiology

[Neurobiology and pharmacotherapy of social phobia.] [Article in French]

Authors : Aouizerate B, Martin-Guehl C, Tignol J. - Service de Psychiatrie d'Adultes, (Professeur Tignol) Universite Victor-Segalen Bordeaux 2, Centre Hospitalier Charles-Perrens, Centre Carreire, 121, rue de la Bechade, 33076 Bordeaux

Source : Encephale. 2004 Jul-Aug;30(4):301-13. Related Articles, Links

Summary: Social phobia (also known as social anxiety disorder) is still not clearly understood. It was not established as an authentic psychiatric entity until the diagnostic nomenclature of the American Psychiatric Association DSM III in 1980. In recent years, increasing attention among resear-chers has contributed to provide important information about the genetic, familial and temperamental bases of social phobia and its neurochemical, neuroendocrinological and neuroanatomical substrates, which remain to be further investigated. Up to date, there have been several findings about the possible influence of variables, including particularly genetic, socio-familial and early temperamental (eg behavioral inhibition) factors that represent risk for the later development of social phobia. Clinical neurobiological studies, based on the use of exogenous compounds such as lactate, CO2, caffeine, epinephrine,

flumazenil or cholecystokinin/pentagastrin to reproduce naturally occurring phobic anxiety, have shown that patients with social phobia appear to exhibit an intermediate sensitivity between patients with panic disorder and control subjects. No difference in the rate of panic attacks in response to lactate, low concentrations of CO2 (5%), epinephrine or flumazenil was observed between patients with social phobia and normal healthy subjects, both being less reactive compared to patients with panic disorder. However, patients with social phobia had similar anxiety reactions to high concentrations of CO2 (35%), caffeine or cholecystokinin/pentagastrin than those seen in patients with panic disorder, both being more intensive than in controls. Several lines of evidence suggest specific neurotransmitter system alterations in social phobia, especially with regard to the serotoninergic, noradrenergic and dopaminergic systems. Although no abnormality in platelet serotonin transporter density has been found, patients with social phobia appear to show an enhanced sensitivity of both post-synaptic 5HT1A and 5HT2 serotonin receptor subtypes, as reflected by increased anxiety and hormonal responses to serotoninergic probes. Platelet 5HT2 receptor density has also been reported to be positively correlated to symptom severity in patients with social phobia. During anticipation of public speaking, heart rate was elevated in patients with social phobia compared to controls. Norepinephrine response to the orthostatic challenge test or to the Valsalva maneuver was also greater in patients with social phobia. While normal b-adre-nergic receptor number was observed in lymphocytes, a blunted response of growth hormone to clonidine, an a2-adre-nergic agonist, was reported. This suggests reduced post-synaptic a2-adrenergic receptor functioning related to norepinephrine overactivity in social phobia. Decreased cerebrospinal fluid levels of the dopamine metabolite homovanillic acid have also been observed. There are relatively few reports of involvement of the adrenal and thyroid functions in social phobia, and all that has been noted is that patients with social phobia show an exaggerated adrenocortical response to a psychological stressor. Recent advances in neuro-ima-ging have contributed to find low striatal dopamine D2 receptor binding or low dopamine transporter site density in patients with social phobia. They have also demonstrated the involvement of the cortico-limbic pathways, including the prefrontal cortex, hippocampus and amygdala, which show an increased activity in different experimental conditions. These brain regions have extensively been reported to play an important role in the cognitive appraisal in determining the significance of environmental stimuli, in the emotional and mnemonic integration of information, and in the expression of contextual fear-conditioned behaviors, which might be disrupted in the light of the phenomelogical aspects of social phobia. A substantial body of literature based on case reports, open and placebo-controlled trials, has now clearly examined the efficacy of major classes of psychotropic agents including monoamine oxidase inhibitors, b-blockers, selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines in social phobia. Until recently, irreversible non-selective monoamine oxidase inhibitors, of which phenelzine was the most extensively eva-luated, were considered as the most efficacious treatment in reducing the symptomatology associated with social phobia in 50-70% of cases after 4 to 6 weeks. However, side effects and dietary restrictions limit their use. This led to the deve-lopment of reversible inhibitors of monoamine oxidase A, for which careful dietary monitoring is not required. Moclobemide has been the most widely studied but produced unconvin--cingly therapeutic effects on social phobic symptoms. To date, selective serotonin reuptake inhibitors may be consi-dered as a reasonable first-line pharmacotherapy for social phobia. There is growing evidence for the efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors fluvoxamine, fluoxe-tine, citalopram, paroxetine and sertraline. They have beneficial effects with response rates ranging from 50 to 80% in social phobia. It has been recommended that the treatment period should be extended at least 6 months beyond the early improvement achieved within the first 4 to 6 weeks. The overall advantages include tolerability with a low risk of adverse events. The benzodiazepines clonazepam and alprazolam have also been proposed for the treatment of social phobia. Symptomatic relief occurred in 40 to 80% of the cases with a relatively rapid onset of action within the first two weeks. Untoward effects, discontinuation-related withdrawal symptoms and abuse or dependence liability constitute major concerns about the use of benzodiazepines, so they should be reserved for cases unresponsive to the safer medications cited above. b-blockers such as atenolol and propanolol have commonly been employed in performance anxiety, decrea-sing autonomic symptoms (eg, tachycardia, sweating and dry mouth). However, they are not effective in the generalized form of social phobia. Other pharmacologic alternatives seem helpful for the management of social phobia, including venlafaxine, gabapentin, bupropion, nefazodone or augmentation with buspirone. Preliminary studies point to promising effects of these agents. Larger controlled clinical trials are now needed to confirm their potential role in the treatment of social phobia.

Addiction

Recreational gambling

▪ Health correlates of recreational gambling in older adults.

Authors : Desai RA, Maciejewski PK, Dausey DJ, Caldarone BJ, Potenza MN. - Northeast Program Evaluation Center/182, 950 Campbell Ave., West Haven, CT 06516. desai@biomed.med.yale.edu

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1672-9

Summary: OBJECTIVE: Prior studies have found high rates of alcohol use and abuse/dependence, depression, bankruptcy, and incarceration associated with recreational gambling. Despite growing rates of recreational gambling in older adults, little is known regarding its health correlates in this age group. The objective of this study was to identify health and well-being correlates of past-year recreational gambling in adults age 65 years and older, compared to adults age 18-64 years. METHOD: The Gambling Impact and Behavior Study surveyed by telephone a nationally representative sample of 2,417 adults. Multivariate analyses were used to compare past-year recreational gamblers and nongamblers in the older and younger age groups on measures of alcohol use and abuse/dependence, substance abuse/dependence, depression, mental health treatment, subjective general health, incarceration, and bankruptcy. Additional analyses compared the gambling patterns in older and younger adult past-year recreational gamblers. RESULTS: After the effects of sociodemographic factors were controlled, older adult past-year recreational gamblers were more likely to report past-year alcohol use and better health than were older nongamblers. Multivariate analyses investigating interactions of gambling and age found that higher rates of good to excellent subjective general health in recreational gamblers were mainly attributable

to the older age group. Older adult gamblers were more likely than younger adult gamblers to begin gambling after age 18 years, to gamble more frequently, and to report a larger maximum win. **Conclusions:** *Recreational gambling patterns of older adults differ from those of younger adults. In contrast to findings in younger adults, recreational gambling in older adults is not associated with negative measures of health and well-being.*

Dexamphetamine & Cocaine Dependence

Outpatient Treatment of Cocaine Dependence With Dexamphetamine

Authors : Moselhy, Hamdy F MBBCh, MSc, DCP, MRCPsych *; El-Sheikh, Hussein MBBCh, MSc, MD +

Source : Addictive Disorders & Their Treatment. 3(3):133-137, September 2004

Summary: Objectives: This research assessed the effect of prescribed dexamphetamine on cocaine users in a community in 2001. Methods: Case notes of all patients seen and prescribed medication by the consultant psychiatrist in the service were received. A matched age and sex control group was compared with subject group. Results: The mean age for the subject group was 31 years. The approximate number of days of using cocaine was 4 days per week. The mean amount of use in typical day was 2 g. The mean results of treatment showed that the mean dose of dexamphetamine was 25 mg daily. The retention in treatment was 5.6 months.

Conclusion: *Dexamphetamine treatment of cocaine dependence could help in reducing the amount of use and help in retention of the patient in the treatment service.*

Addiction

Changes in Methadone Concentration, Opioid Effects, and Opioid Withdrawal During Induction Onto Maintenance Treatment

Authors : Athanasos, Peter BSc (Hons); Morrish, Glynn BSc (Hons); Somogyi, Andrew A PhD; Bochner, Felix MD, FRACP; White, Jason M PhD

Source : Addictive Disorders & Their Treatment. 3(3):122-128, September 2004

Summary: Objective: Deaths of people on methadone maintenance due to respiratory depression most commonly occur during the first week of dosing. This paper describes the changes in opioid withdrawal, respiratory rate, and pupil diameter that occur during the first 8 days of methadone treatment. The changes in plasma concentration of the active enantiomer, R-methadone, are also described and related to the changes in opioid effects and withdrawal. Methods: Five heroin dependent subjects were assessed each day over the first 8 days of methadone administration. Blood samples were collected and measures made of withdrawal severity, respiration, and pupil diameter prior to methadone dosing and 3 hours after; additional sampling and testing were carried out on days 1, 3, 5, and 8. Blood samples were analyzed to determine the plasma concentration of R-methadone. Results: Over the first 8 days plasma concentration of R-methadone increased, withdrawal severity decreased, and both pupil diameter and respiratory rate decreased. Each of the 3 measures of opioid effect/withdrawal was significantly correlated with plasma R-methadone concentration. Respiratory depression was marked in some subjects and was maximal at time of peak R-methadone concentration. **Conclusion:** *Caution needs to be exercised during the first days of methadone dosing as some degree of respiratory depression is common in non-problematic patients. Observation of patients around time of peak methadone concentration would reduce risk.*

Alcoholism & Serotonergic system

Role of the serotonergic system in the neurobiology of alcoholism : implications for treatment.

Authors : Johnson BA.- University of Virginia Health System, Charlottesville, Virginia, USA

Source : CNS Drugs. 2004;18(15):1105-18. Related Articles, Links

Summary: Preclinical studies have contributed greatly to our understanding of the neurochemical pathways associated with the development and maintenance of alcohol-seeking behaviour. These studies have demonstrated the important role of serotonin pathways, particularly as they relate to dopaminergic function, which mediates alcohol-induced reward associated with its abuse liability. Naturally, this has led to the study of serotonergic agents as treatments for alcoholism.SSRIs do not appear to be effective treatment for a heterogeneous alcoholic group. However, they may be useful as treatment for late-onset alcoholics, or alcoholism complicated by comorbid major depression. Buspirone, a serotonin 5-HT(1A) partial agonist, does not appear to be an effective treatment for alcoholics without comorbid disease. Buspirone may, however, have some utility for treating alcoholics with comorbid anxiety disorder. The 5-HT(2) antagonist ritanserin, at pharmacologically relevant clinical doses, does not appear to be an effective treatment for alcoholism. Ondansetron, a 5-HT(3) antagonist, is an efficacious and promising medication for the treatment of early-onset alcoholism. Preliminary evidence suggests that combining the mu antagonist naltrexone with the 5-HT(3) antagonist ondansetron promises to be more effective for treating alcoholism than either alone.The differential treatment effect of SSRIs and ondansetron among various subtypes of alcoholic is intriguing. Future research is needed to understand more clearly the molecular genetic differences and the interactions of such differences with the environment that typify a particular alcoholic subtype. Such an understanding could enable us to make comfortable predictions as to which alcoholic subtype might respond best to a particular serotonergic agent, which could then be provided.

ADHD

ADHD & New formulations of stimulants

New formulations of stimulants for attention-deficit hyperactivity disorder: therapeutic potential.

Authors : Connor DF, Steingard RJ. - Department of Psychiatry, Division of Child and Adolescent Psychiatry, University of Massachusetts Medical School, Worcester, Massachusetts 01655, USA. daniel.connor@umassmed.edu

Source : CNS Drugs. 2004;18(14):1011-30. Related Articles, Links

Summary: New formulations of stimulant medications for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) have been an important focus for pharmaceutical industry research

and development over the past decade. In this article, we review and assess the therapeutic potential of five new stimulant formulations (one immediate release and four longer-acting preparations) that have recently become available for the treatment of ADHD.While the therapeutic potential of immediate-release enantiomers of methylphenidate has not yet been clinically realised, new long-acting formulations of stimulants have changed the standard of care for children, adolescents and adults with ADHD. The longer duration of action of these once-daily compounds, and the consequent expansion of the duration of daily ADHD coverage afforded by them, has introduced the realistic possibility of reducing the overall daily burden of ADHD on affected individuals. **Conclusion** : *Although more expensive, these new stimulant formulations are easier for patients to use than older stimulants, more resistant to abuse and misuse, and allow for increased privacy of ADHD treatment at school or work*

Time Reproduction , ADHD-Combined & ADHD-Inattentive

Variability in Time Reproduction : Difference in ADHD Combined and Inattentive Subtypes.

Authors : Mullins C, Bellgrove MA, Gill M, Robertson IH.
Ms. Mullins and Dr. Bellgrove are with the Departments of Psychology, Psychiatry, and Genetics and Trinity College Institute of Neuroscience, Trinity College Dublin; Prof. Gill is with the Departments of Psychiatry and Genetics and Trinity College Institute of Neuroscience, Trinity College Dublin; Prof. Robertson is with the Department of Psychology and Trinity College Institute of Neuroscience, Trinity College Dublin.

Source : J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 Feb;44(2):169-176. Related Articles, Links

Summary: OBJECTIVE: To examine the relationship between time reproduction, performance variability, and sustained attention deficits in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) combined (ADHD-C) and inattentive (ADHD-I) subtypes, relative to matched controls. METHO: Participants (age range 7.1-14.1 years) performed a time reproduction task. A subset of the ADHD group was also tested on the Sustained Attention to Response Test. Absolute discrepancy, accuracy coefficient, and intraindividual variability scores on the time reproduction task were compared across the three groups (ADHD-C: N = 20; ADHD-I: N = 19; controls: N = 44) and correlated with the Sustained Attention to Response Test. RESULTS: First, significantly better performance was observed in matched controls than in children with ADHD on the time reproduction task. Second, there was a significant difference between the two ADHD subtypes in the variability of the size of errors made at high time intervals (36-60 seconds). Third, intraindividual performance variability in the direction (over- versus underestimations) of time reproductions correlated with sustained attention performance. **Conclusions:** *Children with ADHD varied more in the size and direction of their time reproduction errors than control children. Those with ADHD-C demonstrated more intraindividual variability than did those with ADHD-I in the size of their errors. The data provide support for a relationship between sustained attention and time reproduction. This relationship has previously been inferred from common right-lateralized neural circuitry that is thought to subserve these processes.*

Psychotherapies

Psychodynamic psychotherapy

Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders.

Authors : Bond M, Perry JC. - Institute of Community and Family Psychiatry, 4333 Cote Ste-Catherine Rd., Montreal, Quebec, Canada, H3T 1E4. michael.bond@mcgill.ca

Source : Am J Psychiatry. 2004 Sep;161(9):1665-71

Summary: OBJECTIVE: This study examined 1) whether patients with chronic and recurrent anxiety and depressive disorders and/or personality disorders demonstrate improvement in their defense styles with long-term dynamic psychotherapy and 2) what the relationship is between defense style change and symptomatic change. METHOD: Measures of defense (Defense Style Questionnaire) and symptoms and functioning were administered at regular intervals over the course of 3-5 years to adults who entered a naturalistic study of long-term psychodynamic psychotherapy. With hierarchical linear regression, the relative contributions of change in variables on the Defense Style Questionnaire to change in other outcome variables were calculated. RESULTS: Those with high initial scores on the maladaptive and self-sacrificing defense styles improved, with effect sizes of 0.80 and 0.67, while overall defensive functioning improved, with an effect size of 0.43. The effect size of the change in score on the Global Assessment of Functioning scale was 0.82. Depressed subjects improved their scores significantly on the Hamilton Depression Rating Scale, and there was a significant improvement in distress, as measured by the SCL-90-R. Changes in score on the Defense Style Questionnaire added substantially to the prediction of variance in these three outcomes above their initial levels. A higher level of defensive functioning also predicted a better self-reported therapeutic alliance. **Conclusions:** *Defense styles became more adaptive and symptoms improved over time in patients who started with scores in the clinical range. Change in defense style predicts symptomatic change, but causation has not been established.*

المعجـــم الإلكترونـــي للعلـــوم النفسيـــة العربيـــة

مصطلحـــات عربيـــة : عربـي – إنكليـــزي – فرنســـي

د. جمـــال التركـــي الطـــب النفســـي – تونـــس
turky.jamel@gnet.tn

ء

إضطراب – اضمحلال
إعتلال – إعتماد
إكتئاب

إضطراب السّياق الفكري	thinking context disorder	trouble du cours de la pensée
إضطراب الشّخصيّة	personality disorder	trouble de la personnalité
إضطراب الشّعور	consciousness disorder	trouble de la conscience
إضطراب الطّباع	character disorder	trouble du caractère
إضطراب العادة	habit disturbance	trouble de l'habitude
إضطراب العاطفة	affectivity disorder	trouble de l'affectivité
إضطراب الفكر	thought disorder	trouble de la pensée
إضطراب الفهم	comprehension trouble	trouble de la compréhension
إضطراب القذف	ejaculation disorder	trouble de l'éjaculation
إضطراب القلق	anxiety disorder	trouble anxieux
إضطراب الكتابة المستحدث	neographism	néographisme
إضطراب الكلام	speech disorder	trouble de la parole
ضطراب اللّغة	language disorder	trouble du langage
إضطراب المحاكمة	judgement disorder	trouble de jugement
إضطراب المزاج	humour disorder, mood disorder, dysphoria	trouble de l'humeur, trouble thymique, dysphorie
إضطراب المزاج الدوري	cyclothymic disorder	trouble cyclothymique
اضطراب المعارضة	oppositional disorder	trouble oppositionnel
إضطراب النّظم	amnesic disorder	trouble amnésique
إضطراب النّمو	development trouble	trouble du développement
إضطراب النّوم	dyssomnia	dyssomnie
إضطراب الهلع	panic trouble	trouble panique
إضطراب الهويّة	identity disorder	trouble de l'identité
إضطراب الهويّة الجنسيّة	sexual identity disorder	trouble de l'identité sexuelle
إضطراب الواقع	reality disorder	trouble de la réalité
إضطراب الوجدان	affectivity disorder	trouble de l'affectivité
إضطراب الوظيفة	kakergasia, cacergasia, dysfunction	kakergasie, cacergasie, dysfonction
إضطراب الوعي	conscious disorder	trouble de la conscience
إضطراب الوعي بالذات	self conscious disorder	trouble de conscience du soi
إضطراب اليقظة	igilance's disorder	trouble de la vigilance
إضطراب بريكيت	Briquet's disorder	trouble de Briquet
إضطراب تحت سريري	infraclinical trouble	trouble infra clinique
اضطراب تحتعتبي	subliminal disorder	trouble subliminaire
إضطراب تحوّلي	conversion disorder	désordre de conversion
إضطراب تخلّجي	convulsive disorder	trouble convulsif
إضطراب تصوّري	conceptual disturbances	trouble conceptuel
إضطراب تفاعلي	reactional trouble	trouble réactionnel
إضطراب تفكّكي	dissociative disorder	trouble dissociatif
إضطراب تنكّسي	degenerative disorder	trouble dégénératif
إضطراب ثانوي	secondary trouble	trouble secondaire
إضطراب ثنائي القطب	bipolar disorder	trouble bipolaire
إضطراب جسدي	somatic disorder	trouble somatique
إضطراب جسمي	somatoform disorder	trouble somatoforme
إضطراب جنسي	sexual disorder	trouble sexuel
إضطراب حدّي	borderline disorders	trouble limite
إضطراب حركي	kinetic disorder, motor disorder	trouble moteur, trouble kinétique
إضطراب حسّ الألم	paralgesia	paralgie, paralgésie
إضطراب حسّي	sensitivity disturbance	trouble sensitive
إضطراب حشوي	visceral disorder	trouble viscéral
إضطراب خفيّ	covered trouble	trouble caché
إضطراب خلقي	character disorder	trouble de caractère

trouble amnésique	amnesic trouble	إضطراب فقد الذّاكرة
trouble intellectuel	intellectual trouble	إضطراب فكري
trouble semantogénique	semantogenic disorder	إضطراب فهم المدلول
trouble de l'éjaculation	ejaculation trouble	إضطراب قذفي
trouble compulsif	compulsive disorder	إضطراب قهري
phonopathie	phonopathy	إضطراب كلامي
trouble asocial	asocial trouble	إضطراب لا اجتماعي
trouble atypique	atypical disorder	إضطراب لا نمطي
trouble atypique	atypical disorder	إضطراب لا نموذجي
métonymie	metonymy	إضطراب لغوي فصامي
trouble transitoire	transitory trouble	إضطراب مؤقّت
trouble précoce	precocious disorder	اضطراب مبكّر
trouble du cours de la pensée	thought conduit disorder	إضطراب مجرى التفكير
trouble du contenu de la pensée	disorder of thinking contest	إضطراب محتوى التفكير
trouble mixte	disorder mixed	إضطراب مختلط (مزدوج)
trouble thymique	disorder thymic	إضطراب مزاجي
trouble mixte anxio-dépressif	anxiodepressive mixed trouble	ضطراب مزدوج قلقي اكتئابي
trouble induit	induced trouble	إضطراب مستحدث (مستقرأ)
trouble autonome	autonomous trouble	إضطراب مستقل
trouble du comportement	sphincterian disorder	إضطراب مصرّي
trouble factice	factitious disorder	إضطراب مصطنع
trouble de cognition	cognition disorder	إضطراب معرفي
trouble factice	factitious disorder	إضطراب مفتعل
trouble isolée	isolated trouble	إضطراب منعزل
trouble situationnel	situational trouble	إضطراب موقفي
trouble discordant	discordant disorder	إضطراب ناشز
trouble narcissique	narcissistic disorder	إضطراب نرجسي
trouble psychogène	psychogenic disorder	إضطراب نفسانيّ المنشأ
miliose, trouble psychosocial	miliosis, psycho-social trouble	إضطراب نفستماعي، إضطراب نفسي اجتماعي
trouble psychomoteur	psychomotor trouble	إضطراب نفسحركي
trouble psychobiologique	psychobiologic disorder	إضطراب نفسحيوي
trouble psychosomatique	psychosomatic disorder	إضطراب نفسدي
trouble psychique	psychic trouble	إضطراب نفسي
trouble psychogène	psychogenic disorder	إضطراب نفسي المنشأ
trouble psycho-névrotique	psychoneurotic trouble	إضطراب نفسي عصابي
trouble phobique	phobic trouble	إضطراب خوافي
trouble sémantogénique	semantogenic disorder	إضطراب دلالي المنشأ
trouble cyclique	cyclic disorder	إضطراب دوري
trouble mnésique	mnesic trouble	إضطراب ذاكري
trouble psychotique	psychotic trouble	إضطراب ذهاني
trouble mental	mental disorder	إضطراب ذهني
trouble paranoïde	paranoid disorder	إضطراب زوراني
trouble comportemental	behaviourism disorder	إضطراب سلوكي
trouble perceptible auditif	auditory perceptual disorder	إضطراب سمعي إدراكي
trouble du cours de la pensée	thought disturbance	إضطراب سياق التفكير
trouble orgastique	orgastic disorder	اضطراب شبقي
trouble de dépersonnalisation	depersonalization trouble	إضطراب ضياع الشخصية
trouble médico-psychique	medicopsychic trouble	إضطراب طبي نفسي
trouble familial	family disorder	إضطراب عائلي
trouble transitoire	transitory disorder	إضطراب عابر
trouble affectif, parapathie	affective disorder, parapathia	إضطراب عاطفي
trouble agressif	aggressive disorder	إضطراب عدواني
trouble symptomatique	symptomatic disorder	إضطراب عرضي
trouble dysthymique	dysthymic trouble	إضطراب عسر الوجدان
désordre névrotique	neurotic disorder	إضطراب عصابي
trouble nerveux	nervous disorder	إضطراب عصبي
trouble neuro-végétatif	neuro-vegetative disorder	إضطراب عصبي نباتي
trouble organique	organic disorder	إضطراب عضوي
trouble paranoïaque	paranoiac trouble	إضطراب عظامي
trouble mentale, psychalie, phrénoblabie, psychonosema mentalie	mental disorder, psychalia, phrenoblabia, psychonosema mentalia	إضطراب عقلي
trouble sémantique	semantic trouble	إضطراب علم الدلالة
trouble latent	latent trouble	إضطراب غير منظور
trouble atypique	atypical disorder	إضطراب غير نمطي
trouble hyperkinétique	hyperkinetic disorder	إضطراب فرط الحركة
trouble physiologique	physiologic trouble	إضطراب فسلجي
trouble schizophrénique	schizophrenic trouble	إضطراب فصامي

trouble psycho-physiologique	psychophysiological disorder	إضطراب نفسي فسلجي
trouble paranoïaque	paranoic disorder	إضطراب هذائي
trouble délirant	delirious trouble	إضطراب هذياني
trouble hystérique	hysteric trouble	إضطراب هراعي
trouble hallucination	hallucination disorder	إضطراب هلسي
trouble maniaque	mania disorder	إضطراب هوسي
catathymie, katatymie, trouble affectif	catathymia, katathymia, affective disorder	إضطراب وجداني
trouble obsessionnel	obsessional trouble	إضطراب وسواسي
trouble fonctionnel	functional disorder	إضطراب وظيفي
altération	**alteration**	**اضمحلال**
altération de l'introspection	introspection alteration	اضمحلال الإستبصار
altération du moi	the ego alteration	اضمحلال الأنا
altération de l'attention	attention alteration	اضمحلال الإنتباه
altération de la mémoire	memory alteration	اضمحلال الذّاكرة
pathie	**pathy**	**إعتلال**
sociopathie	sociopathy	إعتلال اجتماعي
egopathie	egopathy	إعتلال الأنا
acropathie	acropathy	إعتلال الأطراف
neuropathie	neuropathy	إعتلال الأعصاب
antropopathie	anthropopathy	إعتلال البشريّات
logopathie	logopathy	إعتلال التّكلّم (عيّ الكلام)
génopathie	genopathy	إعتلال الجينات
cénesthopathie	cenesthopathy	إعتلال الحسّ
cénesthésiopathie	cenesthesiopathy	إعتلال الحسّ المشترك
enzymopathie	enzymopathy	إعتلال الخمائر
encéphalopathie	encephalopathy	إعتلال الدّماغ
paramnésie	paramnesia	إعتلال الذّاكرة
cephalopathie	cephalopathy	إعتلال الرّأس
uteropathie	uteropathy	إعتلال الرّحم
anethopathie	anethopathy	إعتلال الشّخصيّة
caractéropathie	characteropathy	إعتلال الطّباع
myopathie	myopathy	إعتلال العضلات
embryopathie	embryopathy	إعتلال العلقة
endocrinopathie	endocrinopathy	إعتلال الغدد الصّماء
phonopathie	phonopathy	إعتلال الكلام
xénopathie	xenopathy	إعتلال المطابقة الأجنبية
rythmopathie	rhythmopathy	إعتلال النّسق
lalopathie	lalopathy	إعتلال النّطق (اعتلال الكلام)
somnipathie	somnipathy	إعتلال النّوم
thymopathie	thymopathy	إعتلال ثوتي (مزاجي، عاطفي)

monopathie	monopathy	إعتلال جزء واحد
somatopathie	somatopathy	إعتلال جسدي
sexopathie	sexopathy	إعتلال جنسي
foetopathie, génopathie	fetopathy, genopathy	إعتلال جنيني
psycho-embryopathie	psychoembryopathy	إعتلال جنيني نفسي
kakesthésie	kakesthesia	إعتلال حسّي
zoopathie	zoopathy	إعتلال حيواني
encéphalopathie	encephalopathy	إعتلال دماغي
myopsychose	myopsychosis	إعتلال ذهاني عضلي
elaiopathie	elaiopathia, elaiopathy	إعتلال ذهني
toxipathie	toxipathy	إعتلال ذيفاني
traumatopathie	traumatopathy	إعتلال رضحي
toxicopathie	toxicopathy	إعتلال سمي
psychopathie	psychopathy	إعتلال سيكوباتي
erotopathie	erotopathy	إعتلال شبقي
démonopathie	demonopathy	إعتلال شيطاني
echopathie	echopathy	إعتلال صدائي محاكاتي
thymopathie	thymopathy	إعتلال عاطفي (وجداني)
névropathie	neuropathy	إعتلال عصابي
neuropathie, neuropathique	neuropathy, neuropathic	إعتلال عصبي (عصابيّة)
neuropathie alcoolique	alcoholic neuropathy	إعتلال عصبي كحولي
neuropsychopathie	neuropsychopathy	إعتلال عصبي نفساني
myopathie	myopathy	إعتلال عضلي
organopathie	organopathy	إعتلال عضوي
autopathie	autopathy	إعتلال عفوي
phrénopathie	phrenopathy	إعتلال عقلي
protopathie	protopathy	إعتلال غامض
craniopathie	craniopathy	إعتلال قحفي
colopathie	colonopathy	إعتلال قولوني
alcoolopathie	alcoholopathy	إعتلال كحولي
sogopathie, logopathie	sogopathy, logopathy	إعتلال كلامي
thymopathie	thymopathy	إعتلال مزاجي
néo-pathie	neopathy	إعتلال مستجدّ
allopathie	allopathy	إعتلال مغاير
arthrophathie	arthrophathy	إعتلال مفصلي
exopathie	exopathy	إعتلال من الخارج
myelopathie	myelopathy	إعتلال نخاعي
psychopathie	psychopathy, psychopathia	إعتلال نفساني
myopsychopathie	myopsychopathy	إعتلال نفساني عضلي
psychopathie sexuelle	psychopathia sexualis	إعتلال نفسي جنسي
psychopathie symptomatique	symptomatic psychopathy	إعتلال نفسي عرضي
myopsychie	myopsychy	إعتلال نفسي عضلي

génétopathie, hérédopathie	genetopathy, heredopathia	إعتلال وراثي
dépendance	**dependence**	**إعتماد (تعويل، تبعية)**
dépendance amphétaminique	amphetaminic dependence	إعتماد أمفيتاميني
dépendance de cannabis	cannabis dependence	إعتماد الحشيش
dépendance somatique	somatic dependence	إعتماد بدني
dépendance barbiturique	barbiturate dependence	إعتماد بربيتوري
dépendance somatique	somatic dependence	إعتماد جسمي
dépendance médicamenteuse	drug dependence	إعتماد دوائي
dépendance infantile	infantile dependence	إعتماد طفولي
dépendance a la mère	mother dependence	إعتماد على الأم
dépendance médicamenteuse	drug dependence	إعتماد عقاقيري
dépendance physiologique	physiological dependence	إعتماد فسلجي
dépendance orale	oral dependence	إعتماد فمّي
dépendance physique	physic dependence	إعتماد فيزيائي
alcoolodépendance	dependence alcohol	إعتماد كحولي
dépendance chimique	chemical dependence	إعتماد كيميائي
dépendance psychique	psychic dependence	إعتماد نفسي
dépression, mélancolie	**depression, melancholia**	**إكتئاب (انهيار)**
dépression	anaclitic depression	إكتئاب إتّكالي
anaclitique	depression	
mélancolie	nostalgic melancholia	إكتئاب إجتوائي
nostalgique		
dépression envahissante	invader depression	إكتئاب إجتياحي
dépression monopolaire, dépression unipolaire	monopolar depression, unipolar depression	إكتئاب أحادي القطب
dépression revendicative	demanding depression	إكتئاب إدّعائي
dépression d'involution	involution depression	إكتئاب إرتدادي
dépression réactionnelle	reactive depression	إكتئاب إرتكاسي
dépression essentielle	essential depression	إكتئاب أساسي
dépression anaclitique	anaclitic depression	إكتئاب إعتمادي
dépression subaiguë	subacute depression	إكتئاب أقلّ من الحاد
dépression maternelle	maternal depression	إكتئاب أمومي
dépression récidivante	recurring depression	إكتئاب إنتكاسي
dépression d'épuisement	exhaustion depression	إكتئاب إنهاكي
dépression agitée	agitation depression	إكتئاب إهتياجي
dépression involutionnelle	involutional depression	إكتئاب أوبي
dépression primaire	primary depression	إكتئاب أوّلي
dépression d'épuisement	exhausting depression	إكتئاب الإرهاق
dépression d'épuisement	exhausting depression	إكتئاب الإستنفاد

الكتاب الإلكتروني لمعجم للعلوم النفسية

المعجم الإلكتروني النفسي العربي – المجلد 1 "PDF doc"

عربية – إنجليزية – فرنسية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (. Ko 1415)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe

****

المعجم الإلكتروني النفسي العربي – المجلد 2 "PDF doc".

عربية – فرنسية – إنجليزية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (. Ko 1271)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

المعجم الإلكتروني النفسي الإنجليزي "PDF doc".

إنجليزية – فرنسية – عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (. Ko 1024)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe

****

المعجم الإلكتروني النفسي الفرنسي "PDF doc" .

فرنسية – إنجليزية – عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (. Ko 942)

www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe

e.Dictionary of Psychological Sciences
English PSY Terminologies (English – French – Arabic)

Jamel TURKY – TUNISIA turky.jamel@gnet.tn

A

Anaclitic - Analysis
Analytic - Analytical
Anesthesia - Anguish

Anaclitic	**anaclitique**	**اتّكالي، تواكلي، اعتمادي**
Anaclitic choice	choix anaclitique	اختيار اعتمادي
Anaclitic depression	dépression anaclitique	اكتئاب حرماني عاطفي، اكتئاب اتّكالي
Anaclitic identification	identification anaclitique	تشخّص اعتمادي
Anaclitic object choice	choix d'objet anaclitique	اختيار الموضوع الإعتمادي
Anaclitic period	période anaclitique	مرحلة اتّكالية
Anaclitic psychotherapy	psychothérapie anaclitique	جانح نفسي اتّكالي
Anaclitic relation	relation anaclitique	علاقة اتّكاليّة
Anaclitic situation	situation anaclitique	حالة اتّكالية
Anaclitic therapy	thérapie anaclitique	علاج اعتمادي
Anaclitic type	type anaclitique	نمط اتّكالي
Analysis	**analyse**	**تحليل**
Analysis (academic-)	analyse académique	تحليل مجمعي
Analysis (active-)	analyse active	تحليل فعّال
Analysis (activity-)	analyse des activités	تحليل الفاعليّة
Analysis (behaviour-)	analyse du comportement	تحليل السّلوك
Analysis (bio-)	analyse biologique	تحليل إحيائي
Analysis (bio-psychic-)	analyse bio-psychique	تحليل نفسي حيوي
Analysis (blind-)	analyse absente	تحليل غيابي
Analysis (character-)	analyse du caractère	تحليل الطّباع، تحليل الخلق
Analysis (characterial-)	analyse caractérielle	تحليل طبعي
Analysis (chemical-)	analyse chimique	تحليل كيميائي
Analysis (cluster-)	analyse du groupe	تحليل جماعي
Analysis (componential-)	analyse des composants	تحليل المكوّنات
Analysis (constructive-)	analyse constructive	تحليل تركيبي
Analysis (content-)	analyse de contenu	تحليل المحتوى
Analysis (control-)	analyse de contrôle	تحليل المراقبة
Analysis (controlled a wake dream-)	analyse par des rêves éveillés	تحليل بالحلم اليقظ
Analysis (controlled-)	analyse dirigée	تحليل موجّه
Analysis (cost-effectiveness-)	analyse de l'efficacité du coût	تحليل فاعليّة الكلفة
Analysis (cost- reward-)	analyse du coût de la récompense	تحليل كلفة المكافأة
Analysis (covariance-)	analyse de covariance	تحليل التّغاير
Analysis (criterion-)	analyse du critère	تحليل المحك
Analysis (deep-)	analyse profonde	تحليل عميق
Analysis (depth-)	analyse de profondeur , analyse en profondeur	تحليل الأعماق، تحليل عميق
Analysis (descriptive-)	analyse descriptive	تحليل وصفي
Analysis (didactic-)	analyse didactique	تحليل تلقيني
Analysis (direct-)	analyse directe	تحليل مباشر
Analysis (dispersion-)	analyse de la dispersion	تحليل التّشتّت
Analysis (distributive-)	analyse distributive	تحليل إفرادي توزيعي
Analysis (dream-)	analyse des rêves	تحليل الأحلام
Analysis (dynamic-)	analyse dynamique	تحليل دينامي
Analysis (ego-)	analyse du moi	تحليل الأنا
Analysis (existential-)	analyse existentielle	تحليل وجودي
Analysis (experimental-)	analyse expérimentale	تحليل تجريبي
Analysis (factor-)	analyse factorielle	تحليل عاملي
Analysis (Freudian-)	analyse freudienne	تحليل فرويدي
Analysis (functional-)	analyse fonctionnelle	تحليل وظيفي
Analysis (game-)	analyse du jeu	تحليل اللّعب
Analysis (group-)	analyse en groupe	تحليل جماعي
Analysis (harmonic-)	analyse harmonique	تحليل إيقاعي
Analysis (historical-)	analyse historique	تحليل تاريخي
Analysis (hypno-)	analyse hypnotique	تحليل تنويمي

Analysis (intent-)	analyse intention	تحليل قصدي
Analysis (interaction-)	analyse des interactions	تحليل التّفاعل
Analysis (interactional-)	analyse interactionnelle	تحليل تعاملي
Analysis (item-)	analyse des items	تحليل البنود
Analysis (job-)	analyse du travail	تحليل العمل
Analysis (jungienne-)	analyse jungienne	تحليل يونغي
Analysis (laic-)	analyse laïque	تحليل علماني
Analysis (lay-)	analyse scientifique	تحليل علمي
Analysis (mental-)	analyse mental	تحليل عقلي
Analysis (moral-)	analyse morale	تحليل خلقي
Analysis (multivariable-)	analyse multi-variable	تحليل متعدّد التّغيّرات
Analysis (narcotic-)	analyse narcotique	تحليل تخديري
Analysis (occupational-)	analyse professionnelle	تحليل مهني
Analysis (opinion-)	analyse des opinions	تحليل الآراء
Analysis (passive-)	analyse passive	تحليل سلبي
Analysis (pattern-)	analyse type	تحليل نمطي
Analysis (phenomenological-)	analyse phénoménologique	تحليل ظاهراتي
Analysis (principal-)	analyse principale	تحليل أساسي
Analysis (profile-)	analyse du profil	تحليل الصّفحة
Analysis (propaganda-)	analyse de la propagande	تحليل الدّعاية
Analysis (psycho- narcotic-)	analyse psycho- narcotique	تحليل نفسي تخديري
Analysis (psychological-)	analyse psychologique	تحليل نفساني
Analysis (psychosocial-)	analyse psychosociale	تحليل نفسي اجتماعي
Analysis (qualitative-)	analyse qualitative	تحليل وصفي
Analysis (quantitative-)	analyse quantitative	تحليل كمّي
Analysis (reactional-)	analyse réactionnelle	تحليل الإستجابة
Analysis (reading ability-)	analyse d'abilité de la lecture	تحليل القدرة على القراءة
Analysis (reality-)	analyse de la réalité	تحليل الواقع
Analysis (regression-)	analyse régressive	تحليل نكوصي
Analysis (relational-)	analyse relationnelle	تحليل علائقي
Analysis (savage-)	analyse sauvage	تحليل وحشي
Analysis (scales-)	analyse des échelles	تحليل سّلمي
Analysis (schicksal-)	analyse du destin	تحليل القدر
Analysis (scientific-)	analyse scientifique	تحليل علمي
Analysis (scotter-)	analyse de répartition	تحليل التّوزّع
Analysis (seatter-)	analyse de dispersion	تحليل التّوزيع
Analysis (self-)	auto-analyse	تحليل ذاتي
Analysis (semantic-)	analyse sémantique	تحليل معاني الكلمات
Analysis (sequential-)	analyse séquentielle	تحليل مقطعي
Analysis (session-)	séance d'analyse	جلسة تحليل
Analysis (situational-)	analyse situationnelle	تحليل وضعي
Analysis (slind-)	analyse coutumance	تحليل غيابي
Analysis (space life-)	analyse de l'espace vécu	تحليل الفضاء المعاش
Analysis (specific-)	analyse spécifique	تحليل نوعي
Analysis (spectral-)	analyse spectrale	تحليل طيفي
Analysis (symptom-)	analyse des symptômes	تحليل الأعراض
Analysis (the resistance-)	analyse de la résistance	تحليل المقاومة
Analysis (the unconscious-)	analyse de l'inconscient	تحليل اللاّشعور
Analysis (time true to life-)	analyse du temps vécu	تحليل للزّمن المعاش
Analysis (transactional-)	analyse transactionnelle	تحليل تعاملي
Analysis (transference-)	analyse du transfert	تحليل التّحويل
Analysis (transitional-)	analyse transitionnelle	تحليل انتقالي
Analysis (trend-)	analyse de la déduction	تحليل الإستنتاج
Analysis (variance-)	analyse de la variance	تحليل شروط التّغيير
Analysis by synthesis	synthèse par analyse	تحليل بالتّركيب
Analysis controls a weak dream	analyse par des rêves éveillés dirigés	تحليل بالحلم اليقظ الموجّه
Analysis level	niveau d'analyse	مستوى التّحليل
Analysis method	méthode d'analyse	طريقة التّحليل
Analysis system	système d'analyse	جهاز التّحليل
Analysis target	analyse du but	تحليل الهدف
Analytic	**analytique**	**تحليلي**
Analytic activity	activité analytique	نشاط تحليلي
Analytic approach	approche analytique	مدخل تحليلي
Analytic awake dream	rêve éveillé analytique	حلم اليقظة التّحليلي
Analytic change	changement analytique	تغيير تحليلي
Analytic communication	communication analytique	تواصل تحليلي

Analytic critic	critique analytique	نقد تحليلي
Analytic criticism	critique analytique	انتقاد تحليلي
Analytic family psychotherapy	psychothérapie familiale analytique	معالجة نفسيّة أسرويّة تحليليّة
Analytic group psycho-therapy	psychothérapie du groupe analytique	علاج نفسي جمعي تحليلي
Analytic group therapy	thérapie analytique de groupe	علاج تحليلي جماعي
Analytic insight	aperçu analytique	استبصار تحليلي
Analytic interpretation	interprétation analytique	تفسير تحليلي
Analytic intervention	intervention analytique	تدخّل تحليلي
Analytic know	savoir analytique	معرفة تحليليّة
Analytic method	méthode analytique	طريقة تحليليّة
Analytic neurosis	névrose analytique	عصاب تحليلي
Analytic patient	patient analytique	مريض تحليلي
Analytic process	processus analytique	سيرورة تحليليّة
Analytic psychologist	psychologue analytique	أخصّائي نفسي تحليلي
Analytic psychology	psychologie analytique	علم النّفس التّحليلي
Analytic psychotherapy	psychothérapie analytique	علاج نفسي تحليلي
Analytic rationalism	rationalisme analytique	عقلانيّة تحليليّة
Analytic rule	règle analytique	قاعدة التّحليل
Analytic situation	situation analytique	موقف التّحليل
Analytic skill	habilité analytique	مهارة تحليليّة
Analytic space	espace analytique	فضاء تحليلي
Analytic statistic	statistique analytique	علم الإحصاء التّحليلي
Analytic synthetic method	méthode synthétique analytique	طريقة تحليليّة تأليفيّة
Analytic therapy	thérapie analytique	علاج تحليلي
Analytic thinking	pensée analytique	تفكير تحليلي
Analytic thought	pensée analytique	فكر تحليلي
Analytic touch	touche analytique	لمس تحليلي (تفسيري)
Analytical	**analytique**	**تحليلي**
Analytical care	cure analytique	استشفاء تحليلي
Analytical group therapy	thérapie de groupe analytique	علاج جماعي تحليلي
Analytical intelligence test	test d'intelligence analytique	اختبار الذّكاء التّحليلي
Analytical judgement	jugement analytique	حكم تحليلي
Analytical fantasmotherapy	phantasmothérapie analytique	علاج هوامي تحليلي
Analytical method	méthode analytique	طريقة تحليليّة
Analytical psychodrama	psychodrame analytique	مسرحيّة نفسيّة تحليليّة، تحليلي نفسي مسرحي
Analytical psychological drama	psychodrame analytique	دراما نفسيّة تحليليّة
Analytical psychologist	psychologue analytique	أخصّائي علم النّفس التّحليلي
Analytical psychology	psychologie analytique	علم النّفس التّحليلي
Analytical psychotherapy	psychothérapie analytique	علاج نفسي تحليلي
Analytical relaxation	relaxation analytique	استرخاء تحليلي
Analytical scale	échelle analytique	سلّم تحليلي
Analytical science	science analytique	علم تحليلي
Analytical sexotherapy	sexothérapie analytique	علاج جنسي تحليلي
Analytical study	étude analytique	دراسة تحليليّة
Analytical therapy	thérapie analytique	علاج تحليلي
Analytical thought	pensée analytique	تفكير تحليلي
Analytical type	type analytique	نمط تحليلي
Anesthesia	**anesthésie**	**خدار، خدر، تبنيج**
Anesthesia (basin-)	anesthésie du bassin	خدار الحوض
Anesthesia (belt-)	anesthésie de ceinture	خدار الخصر
Anesthesia (cutaneous-)	anesthésie cutanée	خدر جلدي
Anesthesia (electric-)	anesthésie électrique	خدر كهربائي
Anesthesia (general-)	anesthésie générale	تبنيج عام
Anesthesia (girdle-)	anesthésie pelvienne	خدار خزامي
Anesthesia (glove-)	anesthésie en gants	خدار قفّازي
Anesthesia (hypnosis-)	anesthésie hypnotique	خدار تنويمي
Anesthesia (hysteric cutaneous-)	anesthésie cutanée hystérique	خدار جلدي هراعي
Anesthesia (hysterical-)	anesthésie hystérique	خدر هراعي
Anesthesia (mental-)	anesthésie mentale	تخدير العقل
Anesthesia (moral-)	anesthésie morale	خدر أخلاقي، لامبالاة
Anesthesia (organic-)	anesthésie organique	خدار عضوي
Anesthesia (painful-)	anesthésie douloureuse	خدر مؤلم
Anesthesia (psychic-)	anesthésie psychique	خدار نفسي
Anesthesia (psychogenesis-)	anesthésie psychogène	خدار نفسيّ المنشأ
Anesthesia (sensorial-)	anesthésie sensorielle	تخدير الحواس

Anesthesia (sexual-)	anesthésie sexuelle	خدر جنسي
Anesthesia (sock-)	anesthésie en chaussette	خدار جوربي
Anesthesia (spiritual-)	anesthésie spirituelle	خدار روحي
Anesthesia (stocking-)	anesthésie stocking	خدار جوربي
Anesthesia (wrist-)	anesthésie du poignet	خدار المعصم
Anesthesia affective	anesthésie affective	خدر وجداني
Anesthesia centre	centre d'analgésie	مركز علاج الألم
Anesthesia cerebral	anesthésie cérébrale	خدر مخّي
Anguish	**détresse**	**كرب، قلق، حصر**
Anguish (abandon-)	angoisse d'abandon	حصر الهجران
Anguish (actual-)	angoisse actuelle	حصراني
Anguish (anal-)	angoisse anale	حصر شرجي
Anguish (annihilation-)	angoisse d'annihilation	حصر الإبادة
Anguish (automatic-)	angoisse automatique	قلق آلاتي
Anguish (chronic-)	angoisse chronique	حصر مزمن
Anguish (death-)	angoisse de mort	حصر الموت، قلق الموت
Anguish (depersonalization-)	angoisse de dépersonnalisation	حصر تبدّد الشّخصيّة
Anguish (depressive-)	angoisse dépressive	حصر اكتئابي
Anguish (dividing-)	angoisse de morcellement	حصر التّفتيت
Anguish (ego-)	angoisse du moi	قلق الأنا، حصر الأنا
Anguish (existential-)	angoisse existentielle	حصر وجودي
Anguish (family-)	angoisse familiale	قلق عائلي، حصر عائلي
Anguish (foreign face-)	angoisse du visage de l'étranger	حصر رؤية وجه غريب
Anguish (free-)	angoisse libre	قلق حرّ
Anguish (hypochondriac-)	angoisse hypocondriaque	حصر مراقي
Anguish (id -)	angoisse du ça	حصر الهو
Anguish (infantile-)	angoisse infantile	حصر طفولي
Anguish (neuropathetic-)	angoisse névropathique	حصر الاعتلال العصابي
Anguish (neurotic acute-)	angoisse aiguë névrotique	حصر حادّ عصابي
Anguish (neurotic-)	angoisse névrotique	حصر عصابي
Anguish (nocturnal-)	angoisse nocturne	حصر ليلي
Anguish (normal-)	angoisse normale	حصر عادي
Anguish (paroxystic-)	angoisse paroxystique	حصر فجئي
Anguish (phallic-)	angoisse phallique	حصر قضيبي
Anguish (phobic-)	angoisse phobique	حصر رهابي
Anguish (psychosomatic-)	angoisse psychosomatique	حصر نفسدي
Anguish (psychotic-)	angoisse psychotique	حصر ذهاني
Anguish (pulsional-)	angoisse pulsionnelle	حصر دافعي
Anguish (reactional-)	angoisse réactionnelle	حصر ارتكاسي
Anguish (schizo- paranoid-)	angoisse schizo- paranoïde	حصر فصامي هذياني
Anguish (signal-)	angoisse signal	إشارة الحصر
Anguish (unconscious-)	angoisse inconsciente	حصر لاشعوري
Anguish (vital-)	angoisse vitale	حصر حيوي
Anguish acute	angoisse aiguë	حصر حاد

e.Dictionnaire des Sciences Psychologiques
Terminologies PSY Française (Français – Anglais – Arabe)

Jamel TURKY – TUNISIA turky.jamel@gnet.tn

A

Aphasie - Apraxie
Association - Asthénie
Ataxie - Attaque
Attention - Autisme - Auto

Aphasie	**aphasia**	**حبسة، صمات، خرس - فقد التّعبير**
Aphasie grammaticale	grammatical aphasia	حبسة نحويّة
Aphasie graphomotrice	graphomotor aphasia	حبسة حركيّة كتابيّة
Aphasie jargonaphasie	jargonophasis aphasia	حبسة هذريّة
Aphasie mathématique	mathematic aphasia	حبسة حسابيّة
Aphasie mixte	mixed aphasia	حبسة مختلطة
Aphasie motrice	motor aphasia	حبسة حركيّة
Aphasie nominale	nominal aphasia	حبسة التّسمية
Aphasie nominative	nominative aphasia	حبسة اسميّة
Aphasie olfactive	olfactory aphasia	حبسة شمّيّة
Aphasie optique	optic aphasia	حبسة بصريّة
Aphasie pathématique	pathematic aphasia	حبسة التّهيّب، خرس الفزع
Aphasie pure	pure aphasia	حبسة خالصة
Aphasie réceptive	receptive aphasia	حبسة متلقّية
Aphasie réelle	real aphasia	حبسة حقيقيّة
Aphasie sémantique	semantic aphasia	حبسة المعنى
Aphasie sensitive	sensitive aphasia	حبسة حسّيّة
Aphasie sensorielle	sensory aphasia	حبسة حاسّيّة، خرس حاسّي
Aphasie sous-corticale	subcortical aphasia	حبسة تحت القشريّة
Aphasie sportive	sportive aphasia	حبسة رياضيّة
Aphasie syntactique	syntactical aphasia	حبسة عباريّة (رطانيّة)
Aphasie tactile	tactile aphasia	حبسة لمسيّة
Aphasie totale	total aphasia, global aphasia	حبسة شاملة، حبسة حركيّة حسّيّة
Aphasie transcorticale	transcortical aphasia	خرس عبر القشرة، حبسة عبر لحائيّة
Aphasie transitoire	transitory aphasia	حبسة عرضيّة
Aphasie verbale	verbal aphasia	حبسة لفظيّة
Aphasie visuelle	visual aphasia (alexia)	حبسة إبصاريّة (اللاّ قرائيّة)، حبسة نظريّة
Aphasie vraie	true aphasia	حبسة حقيقيّة
Apraxie	**apraxia**	**عمه، خرق، لا أدائيّة**
Apraxie akinétique	akinetic apraxia	خرق لا حركي
Apraxie amnésique	amnesic apraxia	لا أدائيّة نساويّة
Apraxie amnéstique	amnestic apraxia	خرق نسياني
Apraxie bucco-faciale	bucco facial apraxia	عمه فمي وجهي
Apraxie constructive	constructional apraxia	لا أدائيّة بنائيّة
Apraxie corticale	cortical apraxia	لا أدائيّة قشريّة
Apraxie d'aimantation	magnetization apraxia	عمه حركي ممغنط
Apraxie d'innervation	innervation apraxia	عمه فقد التّعصّب
Apraxie de construction	constructional apraxia	عمه حركي بنائي
Apraxie de démarche	gait apraxia	عمه المشي
Apraxie de l'habillage	dressing apraxia	لا أدائيّة الارتداء
Apraxie droite	right apraxia	عمه حركي مستقيم
Apraxie du tronc	trunk apraxia	عمه جذعي
Apraxie gestuelle	gestual apraxie	عمه حركي إشاري
Apraxie idéatoire	ideational apraxia	عمه فكري
Apraxie idéo-kinétique	ideokinetic apraxia	لا أدائيّة فكريّة حركيّة
Apraxie idéomotrice	ideomotor apraxia	لا أدائية فكرية حركية
Apraxie mélokinétique	melokenetic apraxia	عمه الحركات ة الموسيقي
Apraxie motrice	motor apraxia	لا أدائيّة حركيّة ، عمه حركي
Apraxie unilatérale	unilateral apraxia	عمه أحادي الجانب
Association	**association, correlation**	**ترابط، ارتباط، تداعي**
Association (centre d'-)	association center	مركز التّرابط
Association (coefficient d'-)	association coefficient	معامل التّرابط
Association (force d'-)	association strength	قوّة التّرابط
Association (méthode de libre-)	free association method	طريقة التّداعي الحرّ
Association (relâchement d'-)	relaxation association	ارتخاء التّداعي

Association contrôlée	controlled association	تداعي مراقب
Association corporelle	corporal association	ترابط جسدي، تداعي جسدي
Association d'idées	ideas association	تداعي الأفكار
Association de Biofeed back	Biofeed back association	تداعي التّغذية البيولوجيّة الرّاجعة
Association de mots	word association	ترابط الكلمات، تداعي الكلمات
Association des émotions	emotion association	تداعي الانفعالات
Association des expressions	expression association	تداعي المعاني
Association des idées	ideas association	تداعي الأفكار
Association des opérations mentales	mental operation association	تداعي العمليّات الذّهنيّة
Association des pensées	thought association	تداعي الخواطر
Association des relations	relation association	تداعي العلاقات
Association des sentiments	sensation association	تداعي المشاعر
Association des souvenirs	remembrance association	تداعي الذّكريات
Association des taches d'encre	spot ink association	تداعي بقع الحبر
Association directe	direct association	ترابط مباشر
Association dirigée	controlled association	تداعي موجّه
Association éloignée	remote association	تداعي بعيد
Association en série	serial association	ترابط متسلسل
Association évidente	evidential association	تداعي بديهي
Association falsifiée	false association	تداعي زائف
Association générale	general association	تداعي عام
Association ideique	ideic association	تداعي الأفكار
Association immédiate	immediate association	تداعي مباشر
Association indirecte	indirect association	تداعي غير مباشر
Association induite	induced association	تداعي مستحثّ
Association libre	free association	تداعي حرّ، تداعي طليق
Association linguistique	linguistic association	تداعي لغوي
Association lointaine	remote association	تداعي بعيد
Association médicamenteuse	medicinal association	تداعي دوائي
Association mentale	mental association	تداعي عقلي
Association multiple	multiple correlation	تداعي متعدّد
Association organisatrice	organizer association	تداعي منظّم
Association par	association by	ترابط بالسّجع
assonance	assonance	
Association par contiguïté	association by contiguity	ترابط بالمجاورة
Association par ressemblance	association by similarity	تداعي بالتّشابه
Association perturbée	disturbance association	اضطراب التّداعي
Association psychosomatique	psychosomatic association	تداعي نفسدي
Association réflective	reflex association	ارتباط ارتكاسي
Association rétroactive	retroactive association	ترابط رجعي
Association rétromnésique	anamnies associative	تداعي الذّكريات السّابقة
Association rétrospective	backward association	ربط رجعي
Asthénie	**asthenia**	**وهن، نهك، نفه، خور، إعياء**
Asthénie de la fièvre	heat exhaustion	نهك الحرارة
Asthénie du combat	combat asthenia	نهك المعركة، وهن القتال
Asthénie du travail	work asthenia	نهك العمل
Asthénie générale	general asthenia	نهك عام
Asthénie matinale	morning asthenia	وهن صباحي
Asthénie mentale	mental asthenia	وهن عقلي
Asthénie nerveuse	nervous asthenia	نهك عصبي
Asthénie neurologique	neurologic asthenia	وهن عصي
Asthénie névrotique	neurotic asthenia	وهن عصابي
Asthénie physique	physical asthenia	وهن جسمي
Asthénie psychique	psychic asthenia	وهن نفسي، نهك نفساني
Asthénie sexuelle	sexual asthenia	وهن جنسي، نفه جنسي
Asthénie somatique	somatic asthenia	نهك جسدي
Asthénie vitale	life asthenia	وهن حياتي
Ataxie	**ataxia**	**رنح، ترنّح، هزع، تهزّع، لا انتظام، تخلّج، ترنّح**
Ataxie aiguë	acute ataxia	رنح حادّ
Ataxie alcoolique	alcoholic ataxia	رنح كحولي
Ataxie amnésique	ataxia mnesic	رنح نسياني
Ataxie aphasie	ataxiaphasia	عدم تنسيق الجمل
Ataxie autonomique	autonomic ataxia	رنح الجهاز المستقلّ
Ataxie cérébelleuse	cerebellor ataxia	رنح مخيخي
Ataxie cérébrale	cerebral ataxia	رنح مخّي
Ataxie de Biemond	Biemond's ataxia	تخلّج بيموند
Ataxie de Briquet	Briquet's ataxia	رنح بريكاي
Ataxie de Fredric	Fredric ataxia	هزع فريديريك
Ataxie de Freid reich	Freid reich's ataxia	رنح فريدرايخ
Ataxie familiale	family ataxia	رنح عائلي
Ataxie frontale	frontal ataxia	رنح جبهي

Ataxie héréditaire	hereditary ataxia	رنح وراثي
Ataxie intrapsychique	intrapsychic ataxia	هزع نفسي داخلي
Ataxie labyrinthique	labyrinthic ataxia	رنح تيهي
Ataxie locomoteur	locomotor ataxia	رنح الحركة، رنح تحرّكي
Ataxie mentale	mental ataxia	هزع عقلي
Ataxie mnésique	ataxia mnesic	رنحي ذاكري
Ataxie motrice	motor ataxia	رنح حركي
Ataxie nerveuse	ataxia spirituum	هزع عصبي
Ataxie oculaire	ocular ataxia	رنح عيني، رنح مقلي، رأرأة
Ataxie optique	optical ataxia	هزع بصري
Ataxie progressive	progressive ataxia	رنح متزايد
Ataxie psychique	psychic ataxia	رنح نفساني
Ataxie psychomotrice	psychomotor ataxia	رنح نفسحركي
Ataxie sensorielle	sensory ataxia	رنح حسي
Ataxie spinocérébelleuse	spino-cerebellar ataxia	رنح نخاعي مخيخي، رنح شوكي مخيخي
Ataxie statique	static ataxia	رنح سكوبي
Ataxie tronculaire	truncal ataxia	رنح جذعي
Attaque	**attack, stroke**	**هجمة، نوبة، سورة**
Attaque akinétique	akinetic attack	نوبة حركيّة
Attaque audio-génique	audiogenic attack	هجمة سمعيّة المنشأ
Attaque automatique	automatic attack	هجمة آليّة
Attaque cataleptique	cataleptic attack	هجمة تخشّبيّة
Attaque centrencephalique	centrencephalic attack	نوبة مخّية مركزيّة
Attaque cérébelleuse	cerebellar attack	نوبة مخّية
Attaque d'adolescent	adolescent attack	سورة مراهقية
Attaque d'agressivité	hostile attack	هجمة عدوانيّة
Attaque d'angoisse	anguish attack	هجمة القلق
Attaque d'hystérie	hysteria attack	هجمة الهرع
Attaque de cataplexie	cataplexy attack	هجمة تصلّب تخشّبي
Attaque de colère	tantrum	سورة غضب
Attaque de griffe	clawing attack	هجمة مخلبيّة
Attaque de panique	panic attack	هجمة هلع
Attaque de sommeil	sleep attack	هجمة نوم
Attaque délirante	delirium attack	هجمة هذيانيّة
Attaque dépressive	extinctional attack	هجمة هموديّة
Attaque du crépuscule	twilight attack	هجمة الشّفق
Attaque infantile	infantile attack	هجوم طفلي
Attaque mordante	biting attack	هجمة العضّ
Attaque périodique	periodical attack	هجمة دوريّة
Attaque psychotique	psychotic attack	هجمة ذهانيّة
Attaque régressive	retreated attack	هجمة نكوصيّة
Attaque schizophrénique	schizophrenic attack	هجمة فصاميّة
Attaque verbale	verbal attack	هجمة لفظيّة
Attention	**attention**	**انتباه**
Attention (déficit de l'-)	attention deficit	عوز الانتباه
Attention (fonction de l'-)	attention function	وظيفة الانتباه
Attention (niveau d'-)	attention level	مستوى الانتباه
Attention (trouble de l'-)	attention disorder	اضطراب الانتباه
Attention conjointe	conjoined attention	انتباه مقترن
Attention contrôlée	controlled attention	انتباه مراقب
Attention fixée	fixed attention	انتباه مثبّت
Attention flottante	floating attention	انتباه عائم
Attention focalisée	focal attention	انتباه بؤري
Attention primaire	primary attention	انتباه أوّلي
Attention secondaire	secondary attention	انتباه ثانوي
Attention sélective	selective attention	انتباه انتقائي
Attention spontanée	spontaneous attention	انتباه عفوي
Attention volontaire	voluntary attention	انتباه إرادي
Autisme	**autism**	**فصم ذاتي، ذاتيّة، انطوائيّة**
Autisme abstrait	abstract autism	ذاتيّة مجرّدة
Autisme de Kanner	Kanner autism	ذاتيّة "كانير"
Autisme infantile	infantile autism	ذاتيّة طفوليّة
Autisme pauvre	poor autism	ذاتيّة ضحلة
Autisme précoce	early autism	ذاتيّة باكرة
Autisme primaire	primary autism	ذاتيّة أوّليّة
Autisme secondaire	secondary autism	ذاتيّة ثانويّة
Auto-	**auto-**	**ذاتي (سابقة)**
Auto-abaissement	self-abasement	استكانة ذاتيّة، خنوع ذاتي، احتقار ذاتي
Auto-abandonnent	autoabandonment	هجران ذاتي، تخلّي عن الذّات
Auto-abnégation	self renunciation	جحود الذّات
Auto-académique	academic self	أكاديمي ذاتي
Auto-acceptation	self admittance	تقبّل الذّات
Auto-accusateur	self accusatory	متّهم الذّات
Auto-accusation	self accusation	اتّهام ذاتي، اتّهام الذّات
Auto-activation	autoactivation	تنشيط ذاتي (تلقائي)
Auto-activité	activity self	نشاط ذاتي

Auto-actualisation	self actualization	تحقيق الذّات
Auto-actuel	actual self	ذات حاضرة
Auto-administration	autoadministration	إدارة ذاتيّة
Auto-affection	self affection	انغلاق ذاتي
Auto-affirmation	self assertion	تأكيد الذّات
Auto-agnosie	autoagnosia (is)	عمه ذاتي
Auto-agressif	autoaggressive	عدوان ذاتي
Auto-agressivité	autoaggressivity	عدوانيّة ذاتيّة
Auto-aliénégation	self-renunciation	جحود الذّات
Auto-aliénation	self alienation	اغتراب الذّات
Auto-altruisme	autounselfishness, autoaltruism	عدوانيّة غيريّة
Auto-analyse	autoanalysis, self analysis	تحليل الذّات، تحليل تلقائي
Auto-analyseur	autoanalyser	محلّل الذّات، محلّل تلقائي
Auto-anamnèse	autoanamnesis	استجواب ذاتي (تلقائي)
Auto-anamnésie	autoanamnesia	تاريخ المرض الذّاتي
Auto-ancrage	ego anchoring	رسو الذّات (الأنا)
Auto-annulation	autoannulment	إلغاء الذّات
Auto-appréciation	self appaisae, self assertion	تأكيد الذّات، تقدير الذّات
Auto-apprentissage	autoapprentice ship	تعليم ذاتي
Auto-assertion	self-assertion	سيطرة ذاتيّة
Auto-audible	autoaudible	تعليم ذاتي
Autobiographie	autobiography	سيرة ذاتيّة
Autobiographique	autobiographic	سير ذاتي
Autocastration	autocastration	إخصاء ذاتي
Auto-catharsie	autocatharsis	تنفيس ذاتي
Auto-cathexie	ego cathexia	شحن ذاتي
Auto-censure	self censorship	مراقبة ذاتيّة
Auto-centrique	autocentric	متمركز حول الذّات
Auto-centrisme	autocentrism	تمركز ذاتي
Auto-châtiment	autochastisement	عقاب الذّات
Auto-chirie	autochiria	انتحار
Auto-chtone	autochthon	أصلي، أهلي، طبيعي
Auto-colère	anger in	غضب موجّه للذّات
Auto-commisération	autocommiseration	شفقة ذاتيّة
Auto-compétition	self-competition	تنافس ذاتي، سباق ذاتي
Auto-compréhension	self-comprehension	فهم الذّات
Auto-concept	self-concept	مفهوم الذّات
Auto-confiance	self-confidence	ثقة بالذّات
Auto-confirmation	self-confirmation	تأكيد الذّات
Auto-conformation	self-actualization	تحقيق الذّات
Auto-connaissance	self-knowledge	معرفة ذاتيّة، معرفة الذّات
Auto-conscience	autoconsciousness	وعي بالذّات
Auto-conservation	autoconservation	محافظة على الذّات
Auto-consistance	self consistency	اتّساق الذّات
Auto-consolidation	self consolidation	تعزيز الذّات
Auto-contrôle	self control	رقابة ذاتيّة، رقابة الذّات
Auto-coordination	autoco-ordination	تآزر ذاتي
Auto-corrélation	self correlation	ترابط ذاتي، ترابط الذّات
Autocrate	autocrat	مستبدّ، طاغية، مطلق السّلطة
Autocratie	autocracy	استبداديّة
Autocratique	autocratic	استبدادي، مطلق
Autocréateur	creative self	ذات مبدعة
Auto-créative	creative self	مبدع ذاتي
Auto-critique	self criticism	نقد ذاتي، نقد الذّات
Auto-culpabilité	autoculpability	اتّهام الذّات
Auto-déception	self deception	خداع ذاتي، خيبة الذّات
Auto-décroissance	autodecrease	تناقص ذاتي
Auto-défense	self defense	دفاع ذاتي
Auto-déguisement	autodisguise	تنكّر للذّات
Auto-dénial	self-denial	إنكار الذّات
Auto-dénombrement	autoconsidering	اعتداد ذاتي
Auto-dépersonnalisation	auto depersonalization	تبدّد الشّخصيّة الذّاتية

المعجـم الشبكـي للعلـوم النفسيـة

Arabpsynet Dictionaries Search :

ePsydictNet

www.arabpsynet.com

Arabpsynet Dictionaries

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

قـــواعد النشـــر بمجلـــة شبكـــة العلـــوم النفسيـــة العربيـــة

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

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

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

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

■ قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والتوثيق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني APNjournal@arabpsynet.com أو بواسطة قرص مرن (لا تقبل الأبحاث الورقية).
- إرسال السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكتاب الذين لم يسبق لهم النشر في مجلة الشبكة.

■ قواعد خاصة

1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفتاحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
2- يراعى 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 وفرضه وتعريف مصطلحاته
4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العينة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية وخطوات إجراء الدراسة
5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستعينا بالجداول الإحصائية أو الرسومات البيانية متى كانت هناك حاجة لذلك
6- تخضع الأعمال الطبنفسية المعروضة للنشر لتحكيم اللجنة الاستشارية الطبنفسية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمنفسية لتحكيم اللجنة الاستشارية العلمنفسية و ذلك وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
8- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
9- لا تعاد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.
10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنشر.

قواعـــد التوثيق:

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المرجع يذكر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرون مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius etal., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, etal., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990 : 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيبا أبجديا . دون ترقيم مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولا ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأنجلو المصرية

-عندما يكون المرجع بحثا في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايفة (2002) . تعليم التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12، 87 - 114

ج- عندما يكون المرجع بحثا في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث

1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها مرتفعة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت بها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر ممكن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع

2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

- **الدراسات والمقالات العلمية النظرية:**

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا لمست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ورؤية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامه بالأصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

- **عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:**

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة وتقدها إذا توافرت الشروط الآتية:

1- الكتاب حديث النشر، ويعالج قضية تخص أحد مجالات الطب النفسي، علم النفس، العلاج النفسي أو التحليل النفسي

2- استعراض المراجع لمحتويات الكتاب وأهم الأفكار التي يطرحها وإيجابياته وسلبياته

3- تحتوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

- **التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات:**

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.