

المجلد الثالث - العدد الثاني تشرين ثاني (نوفمبر) ١٩٩٢

تصدرعت ن العرب المالنفسانيين العرب

The more precise the action the less the unwanted reaction



"Although many new 5HT up-take inhibitors have been developed, citalopram (Cipram®) is unique in its extreme specificity to the uptake mechanisms..."



إتحاد الأطباء النفسانيين العرب المجلة العربية للطب النفسي

السم :	41
مئوان: ُ العمل	ال
المنزل	
تلكس تليفاكس تليفاكس	
بنسية:	11
ان سنة التفرّج:	مک
رجات العلمية:	ال
سمل الحالي:	ال
التوقيع:	الن
ضوية الاتحاد واشتراك المجلة ٢٠ دولاراً أمريكياً في السنة للأطباء النفسيين العرب.	
سِل القيمة بحوالة بنكية (فقط) على حساب رقم ١٢٠ - البنك الأهلي الأردني - فرع جبل عمّان - عمّان/الأردن	
اد طلب الاشتراك على عنوان المجلة ص.ب (٣٧٠) عمان/الأردن	
	-
The Arab Journal of Psychiatry Subscription for institutions and individuals	Æ
Name:	
Address:	
Signature: Date	
Annual Subscription fee 40 U.S.\$	
Money should be sent by bank transfer to the account of the journal no. 120 National	ai
Jordan Bank, Jabal Amman Br. Amman/Jordan	
This form should be sent back to the journal P.O.Box (5370) Amman/Jordan	
Note: Number and date of the bank transfer	



المجلد الثالث - العدد الثاني تشرين ثاني (نوفمبر) ١٩٩٢

تصدر عسن العرب إتحاد الاطبتاء النفسانيين العرب

717, 1.0

(تمت الفهرسة بمعرفة دائرة المكتبات والوثائق الوطنية)

المجلة العربية

عدنان يحيى التكريني رئيس الثحربر ناثب رئيس التحرير وليد سرحان

> المحررون المشاركون يحيى الرخاوي – مصر قنيبة الچلبي - السعودية إدريس موسوي - المغرب، فؤاد أنطون - لبنان

المحررون المساعدون محمسود أبو دنون

بهجت عبد الرحيم رضوان على - تيسير إلياس أحمد

المحررون

اليمن

مصر

الأردن

الأردن

البحرين أمريكا

السودان

البحرين

قطر

نظام أبو حجلة محمذ السفرخ

> المحرر الفني سهام الوحوش

الترجمة الفرنسية سمير أبو جاموس

سكرتارية المجلة

رجاء نصر الله

خديجة النجداوي

هيئة المستشارين

أحمد مكّى عبد المنعم عاشور عمر شاهين

> عوني سعد علي كيال علي مطر فيرجيل وتون

مالك البسري عمد حداد محمد شعلان

محمد فخر الاسلام

محمود سامی عبد الجواد وليد شقم السودان نزيه حمدي

الأردن استراليا آرثر هندرسون الامارات توفيق درادكه

ايرلندا فرنسا بريطانيا

السعودية

أمريكا

بريطانيا

حسين العوضى

الامارات العربية المتحدة

الكويت حسين درويش حنا خوري سوريا بريطانيا روبرت بريست العراق زهير المختار تونس سليم عماد

أحمد عكاشة

أسامة الراضى

آدثو فوييان

الزين عمارة

بيتر كيندي

توماس فاهي

جان مارك ألىي

جمال أبو العزايم

جيرالد راسل

السودان عادل صادق لبنان عادل عقل

رسالة المحرر

حضرة الزميل العزيز . نحية طببة وبعد ،

يسرني أن أقدم لك هذا العدد من المجلة عشية انعقاد المؤتمر العربي الخامس للطب النفسي في الدار البيضاء. إن تصميم ومثابرة زملائنا من الأطباء النفسانيين العرب قد حقق الأعمال والطموحات التي كنا نصبو إليها.

وإننا لنسأل الله العلي القدير أن يساعدنا في التغلّب على صعوباتنا ولنتّحد لتحقيق أهدافنا السامية.

معلومات هامة للناشرين

يصدر اتحاد الاطباء النفسانيين العرب المجلة العربية للطب النفسي مرتين في السنة.

وتستقبل المجلة من الزملاء البحوث العلمية والمقالات العلمية ودراسة الحالة في جميع حقول الطب النفسي على أن لا تكون قد قدمت للنشر في أي مجلة أخرى وتقبل النصوص في اللغات العربية والانجليزية والفرنسية ويرفق بالبحث ملخص لا يتجاوز (١٥٠) كلمة على أن يضم ترجمات له في اللغتين الاخريتين.

ملاحظات هامة لمقدمي الأبحاث:

تهتم هيئة التحرير بوضوح التعبير والصياغة الجيدة ويجب ان تكون مطبوعة بمسافات مزدوجة بين الاسطر وبوجه واحد من الورقة وبهوامش واسعة ويفضل حجم الورقة ان يكون ٢١ × ٢٨ سم، ويجب ترقيم الصفحات ابتداء من صفحة عنوان المقال بشكل متسلسل، ويجب ان يكون العنوان قصيرا وذو دلالة لمحتويات البحث ويكتب في الصفحة الاولى اسم الكتاب، اسماءهم ودرجاتهم العلمية وعنوانهم الكامل ويرسل الماحث ثلاث نسخ من المقال الى محرر المجلة.

المراجع

يعمل قائمة بالمراجع في نهاية البحث مرقمة حسب اولوية ورودها في النص الاصلي. وتشمل اسم العائلة للكاتب والحروف الأولى من اسماءه الاخرى، سنة. البحث وعنوان البحث بالاضافة الى اسم المجلة او الكتاب ورقم المجلد ورقم المصفحة.

(۱) مثال: م، س، عبد الجواد وعرفة، م. (۱۹۸۰) دراسة عبر ثقافية لاغراض الكآبة المجلة المصرية للطب النفسى، ۳۲۳ ـ ۳۲.

أما الصور والجداول والاشكال فيجب ان تقدم بأوراق منفصلة مع تفاصيل عن ماهيتها وبيان موضعهامن البحث ويجب الرجوع الى المرجع المتعلق بالابحاث المقدمة للمجلات الطبية 405-401-498; 296:401 للتقيد بشروط تقديم الصور والجداول والاشكال آخر موعد لتقديم الاوراق ٢٠/ ٩ و ٢٠/ ٢.

- * يرسل للباحث عشر نسخ من المقال بدون مقابل.
- ★ الاشتراكات: أن الاشتراك في اتحاد الاطباء النفسانيين العرب يهيىء للمشترك استلام المجلة مجاناً.
- ★ الاشتراك السنوي (٢٥) دولاراً أمريكيا / (٤٠) دولارا أمريكيا لغير الأطباء النفسانيين العرب
 - ★ ثمن العدد الواحد: (۲۰) دولارا أمريكيا
 - ★ يرسل الاشتراك للبنك الاملي الاردني/ جبل عمان _ عمان _ الاردن.
 رقم الحساب ۱۲۰ يُرسل الاشتراك بحوالة بنكية فقط
 - عنوان المجلة المحرر المسؤول الدكتور عدنان التكريتي ص.ب (٣٧٠) عمان، الاردن.

THE ARAB JOURNAL OF PSYCHIATRY المحلة العربية للطب النفسي

المحتويات

77	لة المرضى الذين يشكلون خطورة انتحار. محمد أبو صالح	معالج
۸۰	ة في الفصام. جمبرت وبريست	الكآب
٩.	م النص العربي لمقياس كونرز المبسط . توفيق درادكه	تقوی
٩,٨	مائص الديموغرافية وأنهاط الإدمان المتواجدة عند المرضى النفسيين . نسيم قريشي .	الخص
۱۰۸	-زيــة ،	تع
124	قة بالواقع وبالموضوع من خلال الأمثال العامية في مصر والبحرين . يحيى الرخاوي .	العلا

Reality and object Relations through (Bahrainian and Egyptian Proverbs)

Y. T. Rakhawy

العلاقة بالواقع وبالموضوع من خلال الأمثال العامية في مصر والبحرين يحيى الرخاري

ملخص

هذا البحث هو محاولة لاستكشاف بعض الظواهر النفسية واضطرابها لدى عامة الناس وبشكل فطري في كل من البحرين ومصر. وذلك يتمثل في الأمثال الشعبية التي يفصح عنها الناس باللغة العامية وقد بين الباحث أن منهاجية البحث في الطب النفسي وخاصة بها يتعلق بالثقافات المقارنة تشكل تحد كبير للباحثين في هذا الحقل.

Abstract

This paper is a trial to explore certain psychological and psychopathological phenomena as they are presented via the mass intuition of people in both Bahrain and Egypt as manifested in certain proverbs in the colloquial language (slang). The problem of methodology in psychiatric research in general and in transcultural comparative studies in particular has been a stimulating challenge.

Résumé

Cet article est un essai pour explorer certains phénoménes psychologiques et psychopathologiques dans la population et d'une façon spontanée a Bahrain et en Egypte. Cela est presenté a travers les proverbes populaires en "Argot" Le problème de méthodologie dans la recherche psychiatrique en général et dans les études comparatives transculturelles en particulier présente un défi pour les chércheurs dans ce domaine.

مقدمة

العالم العربي له موقعه الخاص والدقيق، وهو لم وهو ليس بالضرورة متميزاً أو مميز، وهو لم يعد من العالم الثالث لأنه لم يعد هناك عالم ثالث، لكنه ما زال عالماً تجمعه لغة ذات تاريخ خاص، وتركيب غائر، ثم هو من وجهة ذاتية هو عالمنا الذي يفرزنا، فنصبح مسئولين عنه.

ونحن نواجه عامة، وفي فرعنا خاصة إشكالات متراكمة في محاولتنا اللحاق بركب العلم الأحدث والأقدر من ناحية، والبحث عن ما نتميز به ويناسبنا من ناحية أخرى، وتمتد هذه الإشكالة حين نواجه بالمنهج بصفة عامة ثم حين نواجه بالمنهج المقارن عبر الحضارات بصفة خاصة.

وفي الطب النفسي كها هو في سائر العلوم النفسية، الدراسات المقارنة في أغلب الأحوال – عبر الحضارات – إلى الالتزام بالمنهج الإحصائي لعينات ممثلة ما أمكن ذلك.

وفي خبرتي خلال ثلاثين عاماً في المارسة الإكلينكية والبحث العلمي، وجدت أن أصعب تحدّ ينبغي التصدي له هو مسألة البحث عن منهج، حيث أنه بتكرار محاولة المقارنة كدت أتيقن في النهاية أن المقارنة تكاد تكون مستحيلة عملياً، فضلاً عن ما يمكن أن تُلحق بالحقائق من تشويهات محتملة نتيجة للتركيز على الجزء دون الكل، وعلى المظهر دون الجوهر، وعلى ما سبقت

حضارة أكثر تقدما إلى اكتشافه أو الاهتام به، وأخص بالذكر الحضارة المساة بالحضارة الغربية، والتي تستحق اليوم إسم حضارة الشال، وهي الاكثر ثراء، في مقابل الجنوب الأكثر فقرأ وتخلفاً.

وفي دراسة سابقة (۱) في محاولة تقديم اقتراب جديد لتقسيم الأمراض النفسية – أشرت إلى ما ينبغي الإهتام به ودراسته حول ماهية الفروق الحقيقية عبر المجتمعات المختلفة (الحضارات).

فقد أوضحت أن هذه الدراسات عبر الحضارات لا ينبغي أن تركز (فقط) على (١) نسبة تواتر أو حدوث مرض نفسي بذاته أو (٣) على اختلاف صوره، أو (٣) توزيع أعراض بذاتها في وعي المريض وسلوكه، أو (٤) تباين محتوى ضلالات هنا وهناك، أو (٥) طبيعة العلاجات الشعبية غير التقليدية، وإنها يجب أن تمتد إلى ما هو أكثر أهمية وأقدر على الإضافة الحقيقية للمعرفة الإنسانية.

وقد بينت أن ذلك يتطلب أن تكون الدراسات عبر الحضارات متعلقة أساساً (وابتداء) بطبيعة الفروق في: (١) طريقة إدراك المشاكل وصياغتها في مفاهيم محتلفة ذات تركيب خاص، ويكون هذا أشد ما يكون إلزاماً في طبيعة النظر في ماهية الإضطرابات النفسية التي تمثل بالضرورة

لغة متكاملة – رغم كونها سلبية في ناتجها – هي لغة المرض الغاثر في عمق الوجود الإنساني في تعقد علاقته بالتاريخ من ناحية، وبالأرض من ناحية أخرى. كما ينبغي أن تهتم هذه الدراسات (٢) بوضع أولوبات تصاعدية لما هو جدير بالدراسة المنظمة – كذلك فإن عليها (٣) أن تبحث في دراسة الأفكار المحورية والغائية التي تدور حولها ترتيبات الوجود الفردي والجمعي، وبها يلحق ذلك من تغيرات نوعية في بنية عجموعة من الناس، على قطعة من الأرض تتكلم لساناً متميزاً، عن غيرها كما أنها قد تعبر عن تاريخ محتلف حتاً.

وهذا كله لا ينني ثبات الطبيعة المشتركة للكيان البشري في كل مكان، كما أنه لا يبرر بداهة أية شبهة انفصال نوعي للإنسان عن أخيه الإنسان لمجرد أنه ينتمي إلى حضارة مختلفة، أو بقعة أرض بذاتها.

وكل ذلك يرتبط حتمًا بها «هو لغة».

وهنا ينبغي أن أكرر ما أعنيه - تركيباً بها هو لغة، فأقتطف أن «اللغة ليست إضافة لاحقة بالوجود البشري، الفردي أو الجمعي، بل هي الوجود البشري في أرق مراتب تعقده، إذ هي التركيب الغائر الذي يمثل الهيكل الأساسي الذي يصدر منه السلوك، وبالتالي، فهي جزء لا يتجزّا من التركيب البولوجي» (عامة).

واللغة من هذا المنطلق – هي ذلك الكيان البيولوجي الراسخ/المرن المفتوح:

معًا، وبالتالي فهي دائمة التشكيل والتشكل، وليس «الكلام» الا بعض مظاهرها في سلوك رمزي «منطوق او مكتوب» (٤).

وانطلاقاً من هذا التأكيد على رسوخ اللغة كائناً غائراً في التركيب البشري نشرت دراسة مسهبة تحدّر من استيراد كلام أجني يغير على تركيبنا اللغوي (ألا كما جاءت ماولاني لاستلهام لغتي العربية في الإضافة الأساسي عن خطورة الترجمة فيا يتعلق بالظواهر النفسية، حيث تستعمل ألفاظ أعجمية أو معجمية، قد تكون عاجزة عن إستيعاب الظاهرة النفسية الأكثر غوراً والأكثر تعقيداً في طبيعتنا الخاصة، وقد أضفتُ إلى اللغة الإنجليزية ألفاظاً عربية لم أضفتُ إلى اللغة الإنجليزية، لأنها كانت تحوي من التضمين ما يعجز لفظ واحد عوي استعاب، مثل قمظ «وجدان» والإنجليزية عن استعاب، مثل قمظ «وجدان»

ومن هذا المنطلق، إلتحاماً بمارستي الإكلينيكية، رحت أحدد اقتراباً تشخيصياً للا هو شائع من نظام تصنيني للأمراض النفسية (مستورد في العادة)، أضفت من خلاله أبعاداً (لا محاور) جديدة كان أهمها البعد الوجداني في مقابل البعد اللاوجداني ومقابل البعد اللاوجداني بدأ طلبتي وبعض زملائي يستعملون هذا اللفظ بحروف لاتينية ليصنفوا هذا البعد التشخيصي.

وفي غمرة حاسي للغة العربية، إنتبهت إلى أنني أتكلم عن اللغة العربية الفصحى دون العامية، ورغم عمق جذور الفصحى في وحدات كل المتحدثين باللغة العربية مها اختلفت لهجاتهم، ورغم ارتباطي الشخصي بهذه اللغة حباً ومعايشة، إلا أنني وجدتني بتمسكي بتفضيل الفصحى، أبتعد قليلاً أو كثيراً عن فرضي الأول الذي يحدد اللغة ككيان تركيبي غائر تارس بعض مظاهره حقيقة وفعلاً في شكل كلام متداول.

وهنا اتجه إهتهامي إلى اللغة العامية وانتقبت أن تبدأ دراساتي بعينة مركزة منها، وهي المتمثلة في الأمثال العامية السائدة أو المهجورة، أما السائدة (وهي في تناقص مستمر) فقد تشير إلى بعض ما ينبغي الالتفات إليه، أما المهجورة فهي تشير إلَى عمق ما احتواه تاریخنا من حدّس شعبی ومعرفة بالنفس، ترسله في شكل مكثف في ألفاظ محددة سريعة الانطلاق حادة الأثر دالة المغزى - وصاحَبَ ذلك محاولة شبه مواكبة لهذا الاهتهام تتناول الموال الشعبى المصري أيضاً، وصدر لي من خلال ذلك عديد من الدراسات في الظواهر النفسية تناولت مساحة عريضة من الظواهر النفسية من أول «الحاجة إلى كبير» وطبيعة الاعتبادية في مجتمعنا حتى «تفسير الغش الجماعي» مارين بمحاولة اختراق سياج الأخلاق الشائعة، ونظرة في العلاقات البشرية والعلاقة بالواقع وبالآخر والفروق الفردية (٦٦-١)

وأحسست من خلال ذلك أنني أعتذر للغة العامية المصرية، ، وانني أقترب أكثر من الفرض الأساسي فيا يتعلق بعلاقة اللغة بالتركيب الغائر لأي فرد أو مجتمع أو ثقافة، سواء كانت اللغة هي الفصحي أو العامية.

وقبل أن أطمئن إلى هذا التصالع، بدأت أحسن الإنصات لمرضاي، وخاصة من اليمن الشهالي (وهم أكثر نسبياً) الجديدة المهجرة) وإلى بعض المرضى من الخليج، فوجدت أنني ملزم بإعادة النظر فها يربطنا داخل مصر وخارجها، يربطنا ببعضنا تركيباً لغوياً غائراً، قبل وبعد اللغة الفصحي.

وبمحض الصدفة، أثناء رحلة في الخليج عثرت في مطار البحرين على كتاب في الأمثال الشعبية البحرينية، كتاب متواضع، إذا قيس بمصادر الأمثال المصرية التي أعايشها في المجتمع المصري، بالإضافة إلى المجموعة الأم التي جمعت في مصدر راسخ عندنا، هو كتاب أحمد باشا تيمور.

وحين رحت أبحث في هذا الكتاب البحريني. وجدت أنني أكثر اقتراباً من الفرض الأحدث، وأكثر اثتناساً بها وجدته موازياً لأبحاث السابقة، رغم صعوبة اللهجة واختلاف النطق.

ومع أنه لا مجال للمقارنة من حيث العدد، إلا أنني اعتبرت هذا الكتاب من البحرين دعوة لبعض المقارنات التي حفزني

إليها لقائي المواكب ببعض المرضى المبحرانيين، فضلاً عن دعوتي للاشتراك في مؤتمر الجمعية الملكية البريطانية للأطباء النفسيين المنعقد في البحرين في أكتوبر ١٩٩١ ثم المؤجل إلى أكتوبر ١٩٩١ . والتي وعدت فيها بتقديم بحث مقارن فيا يتعلق بظاهرتين نفسيتين أساسيتين فجاءت هذه الدراسة، التي أعتبرها دراسة استطلاعية.

فهي تخطيط مبدئي، ودعوة عامة لكل أهلي من العرب لإكهافا والاسهام بارسال ما يقابل، أو ما يكمل ما ورد فيها من أمثال حول مختلف الأفكار والآراء، آملًا أن تصدر في صورتها النهائية بها يفيد ويعدد مصادر وتنوعات الدراسة.

وقد غيرت العنوان المبدئي من دراسة «مقارنة» في الأمثال العامية المصرية والبحرينية إلى دراسة «من خلال»، والفرق ليس هينا، ثم غيرت العنوان من أن الدراسة تتعلق بمبدأ الواقع با قد يشير إلى موقف سيجموند فرويد من هذا المبدأ، إلى مبدأ الواقع في مقابل مبدأ اللذة) إلى الإشارة أن هذه الدراسة تتعلق بمفهوم الواقع بمعنى مدى الإقتراب من موضوعية الإدراك في شتى نواحيه.

أما الجزء الثاني من الدراسة فهو يتعلق بمسألة العلاقة بالموضوع (أي بالآخر في الداخل والحارج) وهذه المسألة تتعلق أساساً (وليس تهاماً) بمدرسة من مدارس التحليل النفسي وهي مدرسة ميلاني كلابن، ثم

أتباعها وزملائها من أمثال فيربيرن وجانترب، لكن الدراسة الحالية تتجاوز هذه المدرسة لتشمل بعض نواحي العلاقات التكيفية والتشكلية الاجتماعية بصفة عامة.

الهدف من الدراسة (البحث):

ان أستلهم جذور المواقف الكيانية لأهلي وعجمعي من واقع هذه القطرات الحكيمة المركزة في صورة أمثلة يتجمع فيها الوعي البشري كما تتجمع الأشعة الضامة في بؤرة الضياء.

٢-أن أواصل سعيي في البحث عن مناهج بديلة تقربني من موضوع البحث:
 الإنسان مربضاً وصحيحاً.

٣-أن أعرض منطلقاً خاصاً لدراسة
 الفروق الثقافية كمدخل لفهم النفس
 الإنسانية في الصحة والمرض.

مصادر البحث:

۱-ممارستي للطب النفسي والعلاج النفسي مع مرضاي من المصريين والعرب. ٢-معايشتي الحاصة لأهل في قرى متعددة وخاصة في الفترة قبل الحالية (قبل خمس سنوات) حين كانت طبيعة إهتهاماتي تسمح لي بالاختلاط المباشر والعميق بالفلاحين من قريتي والقرى والأحياء التي انتميت إليها فيا بعد.

 ٣-كتاباتي السابقة في الموضوع، والتي نشرت أساساً في مجلة الإنسان والتطور.

٤-كتاب: مجموعة أحمد باشا تيمور في الامثال العامية المصرية - الطبعة الرابعة 19۸٦ - الهيئة العامة للكتاب (والمكونة من ٣١٨٨ مثلاً شعبياً).

ه-مجموعة الأمثال الشعبية في البحرين
 جمع وتعليق منى الخليفة الطبعة الأولى لسنة
 ١٩٨٩ (والمكونة من ٤٢٨ مثلاً بحرانياً).

تحفظات منهجية:

لا بد في البداية من أن أحدد تحفظاتي تجاه المنهج المتبع في عرض هذه الدراسة الحالية بما يلي:

أولا: أن هذه الدراسة ليست دراسة مقارنة بالمعنى التقليدي وإنها هي دراسة مستوحاة من بعض المتاح من الأمثال، التي يستحيل بالتالي أن تعتبر دليلاً أو قرينة على تأويل بذاته.

ثانياً: أن المقارنة المحكمة بين الأمثال هنا وهناك تزداد صعوبتها إذا اختلف عدد الأمثال التي في متناول البحث من كل من البلدين، وحتى لو تساوى العدد في الأمثال فإن الدراسة المقارنة تظل عاجزة، ما لم تتع نفس الفرصة للباحث أن يعيش ويخالط الناس على الجانبين بقدر متقارب.

ثالثاً: أنه في حدود المتاح يمكن أن يعتبر المثل العامي مجرد مثير ثري يحرّك موقف الباحث الخاص كما يحفز رؤاه العلمية أو الإبداعية على حد سواء، وهذا في ذاته له دلالته وفائدته.

رابعاً: أن كل مثل في ذاته، لا يمكن تأويله بعيداً عن كل مما يلي:

(أ) تواتر استعماله حالياً.

(ب) درجة بقائه (مقاومته الاندثار).

(ج) موقف استعاله في السياقات المختلفة.

(د) أبعاد شخصية الذي استعمله في موقف بذاته.

خامساً: لاحظت في دراستي السابقة للحيل النفسية في الأمثال العامية المصرية، ثم في دراساتي اللاحقة، أن المثل العامي قد يقوم بوظيفة إيجابية بالنسبة للتعريف بهذه الدفاعات النفسية والاقتراب من الوعي الأعمق، كما قد يقوم بدور سلمي فيا يتعلق بنفس هذه الدفاعات النفسية المساة بالحيل.

وعلى ذلك، فإن التأويل لا ينبغي أن يؤخذ من جانب واحد، بل إنه قد يؤخذ من الجانب وعكسه تهاماً، فاستعال مثل ما بالنسبة لحيلة (أو ميكانزم دفاعي) قد يكون له دور إيجابي بمعنى:

(أ) أنه يعرّي هذه الحيلة النفسية ويكشفها فتصبح أقرب إلى الشعور.

(ب) أنه يعادل طبيعتها فيقلل من التهادي في استعهالها.

(ج) أنه يساهم في تجاوزها باستعالها هي هي في درجة أقرب من الوعي، أو باستعال أساليب واعية بديلة أكثر قدرة على التكيف.

وعلى الجانب الآخر، فقد يكون الاستعال المثل الكاشف لحيلة نفسية بذاتها أثراً سلبياً من حيث أن هذا الإستعال:

(أ) قد يكون تبريراً لموقف غير نافع، أو غير ناضج (كما يقول صلاح جاهين: إفعل أي شيء تقرر، وستجد مثلاً يبرره).

(ب) كما قد يكون عقلنة للحيلة النفسية فبدلاً من أن يستعمل الميكانزم بعيداً عن دائرة الوعي، يعلن طبيعته بألفاظ معقلنة، ثم يتهادى الفرد في استعاله في نفس الاتجاه، وكأن مجرد المعرفة العقلانية لطبيعة ما يجري ينهي أنه يجري، في حين أنه يكاد يتخفّى بهذه العقلنة.

(ج) وأخيراً فإن استعمال المثل العامي في ضبط (أو رصد) حيلة نفسية قد يثبّت هذه الحيلة ويؤكدها، لا يُتَمْتِعُها، ولا يتجاوزها.

من كل ذلك وجب التنويه – منهجياً – أن ظهور مثل بذاته، في مجتمع بذاته، وتواتره، وعمقه، ليس دليلًا بالضرورة على أي نوع من الوظيفة يقوم بها هذا المثل.

ولهذا، فإن في ميلي إلى ترجيح إيجابيات المثل عن سلبياته هو موقف شخصي مبدئي، أنا أعيه تهاماً، ولا أتمسك بالتهادي في أحقيتي في الدفاع غير المشروط عن ما ذهب إليه، وليس هناك بديل عن ذلك مرحلياً، إلا بدراسات لاحقة مماثلة أو محاورة، أو مناقضة وهكذا.

سادساً: مها أوحت القراءة، وأغرى التأويل، فإن تعميم الأحكام يكاد بكون

مستحيلًا.

سابعاً: تعتبر المعرفة الإنسانية من خلال الحدس الشعبي (في صورة الأمثال الشعبية) أسبق من النظريات النفسية الأحدث، وعلى ذلك فيان المصداقية متبادلة بالإتفاق، بمعنى أن المثل يثبت النظرية التي تشرحه، كما أن النظرية التي تجتهد في تأويل المثل، تترسخ أقدامها أكثر باتفاقها مع عمق هذا المثل أو ذاك.

الجزء الأول :

أُولًا : إدراك الواقع والتعامل مع أبعاده

من خلال الأمثال الشعبية المصرية والبحرينية

الواقع الذي تتناوله الدراسة هنا:

ليس (فقط) واقع فرويد بمعنى ما هو ضد اللذة، أو ما هو مرتبط بقانون التكيف، واحترام متطلبات الحياة العملة والتفكير الناضج المسلسل.

وهو ليس (فقط) العالم الخارجي المحيط بنا دون داخل الذات (ما ليس أنا).

وهو ليس (فقط) الشعور الواعي (بمعنى أنه ما ليس لا شعورياً فهو واقع).

وهو ليس (فقط) المكان والأشخاص (بل هو أساساً الزمن والزمان).

لكل ذلك وجه التنويه ابتداء على أن كلمة الواقع التي استعملها إنها تستعمل بشكل فيه فرط تضمين overinclusion، وفي

نفس الوقت هي تكاد تستعمل بمعنى أنها مرادف لكلمة «موضوعية objectivity»، كما ينبغي أن تكون الموضوعية، وأقرب تعريف للواقع كما يستعمل في هذه الدراسة هو ما تفيده دعوة السيد البدوي في قوله: «اللهم أرني الأموركما هي، وهو المعنى الأقرب تهاماً إلى ما يسمى في دراسات الإدراك والتحليل النفسي: الموضوع الذاتي <= = = => في مقابل الموضوع الحقيق Self object versus real object نری الأشياء كما نرجو، أو كما نخاف، أو كما نَسقط عليها من ذواتنا فهذا ما يشير إليه تعبير «الموضوع الذاتي« أما حين نراها كما خلقها الله، كما هي، فإنها تسمى الموضوع الحقيقي، وعلى هذا فسوف تشمل الدراسة في هذًّا الجزء الأول كلًّا من:

١-موضوع إدراك العالم الخارجي واحتمالات الحداع الذاتي خوفاً أو رغبة أو كليها (الموضوع الذاتي في مقابل الموضوع الحقيق).

٢-إدراك الفروق الفردية : في الأفراد، أو المواقف، أو التفاعل.

٣-التناسب الموضوعي من حيث أن الواقع (الموضوعية) يرتبط بضبط جرعة ماذا يناسب من، أو يناسب ماذا ... الخ.

٤-إدراك الزمن، وتناسب التوقيت.

ه-الحسم الإرادي (عادةً في: هنا والآن).

٦-البصيرة والحُكم على الأمور والأشياء

وسوف أقوم بعرض هذه الأبعاد من حلال لوحات متتالية ويكون المتن تعقيباً محدوداً عليها باعتبار هذه الدراسة إستهلالية.

الحداع (الوهلIllusim)

نلاحظ في المثلين المصريين الواردين هنا أنه قد تحدد بشكل قاطع التناقض الشديد بين حقيقة الشكل وخداع الادراك، ما بين القرد والغزال «القرد في عين أمه غزال»،

Real object Vs Self Object: (Illusions)

الموضوع الذاني < ـ ـ ـ > الموضوع الحقيق

Egypt:

- 1. The monkey in his mother's eyes is a gazelle.

 2. A scarab seeing her daughter on the wall extained: what a قالت دى لولتة ف خيط ١- القرد ف عين أمه غزال.
- قالت دي لولية ف خيطً. pearl in a string.

- Bahrain 1. Hussein in his mother's eyes البحرين : ١– محسين ف عين أثه زين. is (almost always) perfect.

 2. You see a doom, you believe
- ٧- إنشتوف كُنه لحسينها مَزَارُ it is a shrink.

وما بين الخنفسية واللولية. «خنفسة شافت بنتها عا الحيط قالت دى لولية ف خيط».

في حين أن المثل البحريني يقدم الأمور بشكل أقل تعارضاً بين الموضوع الذاتي، والموضوع الحقيتي، «حسين ف عين أمه زين، وحتى الإضافة في الترجمة الإنجليزية (تقريباً دائهاً) هي إضافة اجتهادية من روح المثل البحريني وليس من نص ألفاظه.

أما المثل البحريني الآخر «تشوف كبة تحسبها مزار»، فهو أيضاً دال على قرب المسافة بين الموضوع الذاتي (المزار) والموضوع الحقيقي (القبّة)، لكن هذا الحداع البصري يمكن أن يحدث بدون رغبة في الزيارة، فلا يكون موضوعاً ذاتياً

فالفرق هنا أيضاً بين الحداع والحقيقة لا يرجع بالضرورة إلى ما هو موضوع ذاتي أو موضوع حقيقي، وإنها هو خداع بصري وارد، يمكن أن يكون له أكثر من سبب.

ثم نعثر في أمثال مصر أمثلة في الاتجاه العكسي، أمثلة تحاول أن تذكرنا بأن الشيء هو الشيء (رغم أن هذه الأمثلة تضرب في سياق آخر، مثل الحد من المساومة في البيع والشراء مثلاً .. إلخ).

Table 2

Disillusionment:

Bgypt: 1. (a kilo of) onion costs five مندة بميل. بصل بخسة – and five could bye (one kilo)

ضد الحداع :

2. One word, it is a pound; مطل وعشرة رطل. - ۲ ten words, it is but a pound.

يقول مثل ما: «بخمسة بصل، بصل بخمسة». فيبدو أنه تحذير من نوع من الحداع، في حين يعلن المثل الآخر أن الشيء ليس إلا هو ذات الشيء لا أكثر ولإ أقل، وأنه لن يغيره رغبة أو ملاحاة أو إعادة شاكة أو راجية «كلمة رطل وعشرة رطل».

المراك الفروق الفردية (١) (١) Both Bahrain and Egypt: (٢) مصر : (٢) المحرين : (٢) Your fingers are not alike

۲/۱ إدراك الفروق الفردية

غيل القارئ – ابتداء – إلى بحث سابق أكثر إسهاباً في هذا الشأن، لكننا نلاحظ من خلال المقارنة هنا أن المثل الاكثر شيوعاً المتعلق بهذه القضية هو الذي يلفت النظر إلى اختلاف الأصابع «صوابعك مش زي بعضها». وهو يكاد يتكرر بنفس الألفاظ «أصابعك مُبّ سوى». في البحرين مع تغير طفيف في النطق والترادف.

ثم نرصد إضافات مصرية دالة حول هذا الموضوع:

Table 4

إدراك الفروق الفردية (٢) : (٦) Individual differences

Egypt: : مصر

No body is like any other, neither the wooden mortar is like the beats in the brass زى الهون.

one.

Bahrain: : ilipació

الناس أجناس . People are (different) races.

1/4/1

فمثل يقول: «لا زول زي زول ولا الصلاية زي دق الهون»، وزول يعني شخص، ويستعمل هذا اللفظ في السودان أساساً، ويبدو أن أصله من السودان أو النوبة، والبدء بالتأكيد على الفروق الفردية بين كل فرد وآخر، يستتبع حتاً التفرقة في الأداء، (ولا الصلاية زي دق الهون).

أما في البحرين فثمة مثل يقول إن «الناس أجناس» مما قد يشير إلى بعض ما يفرضه مجتمع البحرين من التفرقة على أساس قبلي وعرقي، لكنها تشير أساساً إلى الفروق الفردية حتماً، حتى لو رجعت هذه الفروق إلى اختلاف الجنس.

4/4/1

Table 5

إدراك الفروق الفردية (٣): [1] Individual differences

AND A Difference between the state of the st

What a difference between: ايش جاب التين للتنتين. الله The fig (eteen) and the

1- The fig (eteen) and the
(?) fifig !! (El-tinteen).
2- Ahmed and Haj Ahmed.
3- أيش جاب أحمد للحاج أحمد المابقة المابعة الما

3- The veiled and the dandy ايش جاب لجاب، العابقة العابد العابد

4 The master and the slave, however, each of them has his own guise. - إيش جاب العبد لسيده ، 4 The master and the slave, however, each of them all the slave, and the slav

ثم نرصد التأكيد على الفروق الفردية من وجهة نظر طبقية أساساً، إذ نلاحظ في المثل الأول التمييز ابتداء بين المبنى اللفظي بدون

معنى حقيقي (معجمي أو شائع) للفظ الثاني، «التنتين» يقول المثل «إيش جاب التين الحاج بغير المتنتين» ثم يقارن المثل الثاني الحاج أحمد» ثم يقارن المثل الثالث المحجبة بالمتزيّنة «إيش جاب لجاب، العابقة لام حجاب» وأخيراً بين العبد وسيده «إيش جاب العبد لسيده» وإن كنت قد تحفظت في دراسة سابقة على أن يعتبر المثل الأخير بمثابة تفضيل مطلق أن يعتبر المثل الأخير بمثابة تفضيل مطلق للسيد على العبد، حيث أن تكملة المثل يقول: «قال لده طلعه ولده طلعه» وهكذا ترك لكل طلعته المميزة دون إشارة إلى طبقية معينة، رغم أن السياق كله يرجع تلك الطبقية.

وفي تطوير لتأكيد الفروق الفردية بها يتفق مع إيجابية فكرة الطبقية السليمة، يقول المثل الأخير أنه لا بدَّ من ترتيب هيراركية الناس – في العمل خاصة – تبعاً للفروق الفردية،

Table 6

Consequences on Individual differences.

ما يترتب على الغاء الفروق:

Egypt & Bahrain :

إنتَّ أمير وأنا أمير ومين يسوق الحمير.

If both of us are leaders whom would care after the donkeys ...?

البحرين : إانت ثمير وأنا أمير من يسؤق الحمد.

وقد ورد نفس المثل في مصــر «إنت أمير وأنا أمير ومين يسوق الحمير». بنفس الألفاظ التي ورد فيها في البحرين «إنت ثمير، وأنا

أمير مِنْ يسوق الحمير».

نبدأ بالمثل من مصر الذي يعلن طبيعة هذا Table 7

التعميم بصراحة وبساطة: أنه «كله عند العرب صابون» وكلمة العرب في مصر قـــد

مغاير مما يؤدي إلى خلط استسهالي.

Table 8	
Generalization:	التعميم :
Egypt :	مصر:
For the "Arabs", all is soap.	كله عند العرب صابون .

تعني العرب كما يعرفهم الناس كأمة تتكلم العربية وهذا ما لا نرجحه هنا، حيث أن الشائع في الريف المصري والصعيد خاصة هو أن يطلق لفظ «العرب» على بعض تجمعات الرتحل التي تدق خيامها هنا وهناك، وتسمى أحياناً غجراً وهؤلاء يستعملون التراب، والمش أحياناً بمثابة الصابون لتنظيف الأواني والأيدي، ولذلك فإن نشأة المثل لا تشير إلى إستعالاته البعدية.

Table 9 Anti-Generalization (1): (1) مصر : Egypt: 1- The one who is flogged is not like the one who just counts the flogs. 2- Whose hand is in the water is not like the one whose hand is in the the fire.

Table 7 Relation of Individual differences to external reality. Egypt: 1- Every beard has its own comb. 2- Every one has his own different aubergine.

4/4/1

على أن ثمة وعي بأن ما ترتب على الفروق الفردية هو بالضرورة يؤثر على التلاؤم والانتقاء في العالم الحارجي، والمزاج، والدورات الذاتية، فالمثل المصري يقول رمزاً لذلك «كل دقن ولها مشط»، ثم «كل واحد له بدنجان شكل»، وقد يكون لهذا المثل دلالة خاصة في التأكيد على التفرقة في تشخيص الجنون رغم اتفاق الاسم، حيث يطلق لفظ الباذنجان في مصر إشارة إلى المرض العقلي الذي يظهر في صورة دورية في موسم نضج الباذنجان خاصة وكأن المثل يقول: أن نضج الباذنجان خاصة وكأن المثل يقول: أن كل واحد جنونه يختلف عن جنون الآخر، حتى لو كان الاسم واحدا (باذنجان).

1/4/1

وعكس إدراك الفروق الفردية هو اللجوء إلى التعميم العشوائي لمجرد تشابه جزئية من أجزاء موقف ما مع جزئية مماثلة من موقف

وثمة مثل آخر سه على الحذر من التعميم العشوائي، فحين يحكم على أحدهم بالجلد ثانين جَلدة مثلًا، لا بدَّ أنه بعدّ الجلدة تلو الجلدة وهو بعاني منها، في نفس الوقت، فإن المكلف بمراقبة تنفيذ الجلد سوف يعده أيضاً، وبديهي أن وجه الشبه هو أن هذا بعد وذاك بعد، لكن الفرق هو فرق السماء من الأرض، يقول المثل المصرى «إللي ياكل الضرب (الجلد) مش زي إللي بيعدّه» بحيث يستحيل الخلط، مثلها يستحيل الخلط بين الماء والنار، وبالتالي بين واضع يده هنا وواضع يده هناك «إللي إيده في المية مش زي إللي إيده في النار».

ثم نرى في البحرين مثلاً رقيقاً ينبهنا بطريقة دقيقة إلى أننا إذا وقعنا في التعميم، فأغفلنا الفرق بين الصقر والحمام أو حتى بين الصقر والبط، لو حدث هذا لأخذنا الصقر ذلك الصائد الماهر.. ملك لطيور ، وشويناها

Table 10

التحذير من التعميم (٢) Anti-Generalization (2):

Rahrain : البحرين :

He who does not know اللي ما يعرف الصُّكر يشويه. the Saker (falcon) would fry it.

Not all beards are edible. ش كل الطير اللي يتأكل لحمه.

طعاما رخيصاً، لمجرد أنه طاثر «إللي ما يعرفش الصكر يشويه» ثم نجد مثلًا مصرياً يدرك هذه الحقيقة لكنه لا يصورها بنفس

الدقة فهو سه تنسهاً عاماً على أنه ماكل طائر قابل للأكل أو للشواء «مش كل الطير إللي يتاكل لحمه»، ولكن هذا المثل لا سن إن كان ذلك بسبب علو شأنه (مثل الصقر) أم بسبب عدم صلاحيته للأكل أصلًا.

4/1

التناسب (النسبية الموضوعية)

ولا تكني معرفة الفروق لذاتها، إذ أن الأهم في التعامل مع الواقع بها هو، هو أن تساعدنا معرفتنا بالفروق الفردية على الإقلال من الخداع، والتمييز الفارقي، على أن تتلاءم القدرات مع الفعل، وأن تتلاءم الجرعة مع التحمل، وأن تتلاءم المهمة مع الغرض منها، وهكذا.

والأمثال الشعبية المتعلقة بدقة التلاؤم، والنهى عن تجاوزه (بها يقربنا من الواقع) كثيرة، نكتنى منها بالأمثلة التالية:

Table 11

تلاؤم المعرفة والحبرة (١) : Good-Enough information and appropriate experience

Egypt: ١- أم الأعمى أدرى برقاده. 1- The blind's mother

knows better how she makes him lie (sleep). 2- Tie down the donkey (exactly) where his owner

٧- إربط الحيار مطرح ما يقولك صاحبه. tells you.

النصيحة مثل الأمانة والشطارة.

1/4/1

7/4/1

تلاؤم فيها يتعلق بالجرعة المناسبة:

ورود مثل ذلك في الأمثال لا يقتصر على moderation أو التسوية معنى التوسط compromise وإنها يؤكد أساساً على معنى ضبط الجرعة الفاعلة المناسبة just effective . dose

وتبدأ الأمثلة المصربة بالتنبيه على جرعة التعب والراحة، فالمثل المصرى ينصح ببذل الجهد بالدرجة التي لا تُنهك، وأن يعاود العمل قبل التعود على الكسل، وذلك لإتمام دورات العمل والراحة ، «حط قبل ما تتعب وشيل قبل ما تستريح» والتناسب هنا ليس فقط في كم الجهد أو طول المهمة وإنها أيضاً في احترام القدرة وتقدير الضعف البشري، الضعف أمام التهادي في الغرور بقدرة لا تنتهي، والضعف امام الإغراء براحة تغــري

Table 13

Work - rest cycle

دورة التعب - الراحة (ضبط الجرعة) :

(adjust the dose) : بط قبل ما تنعب وشيل قبل Egypt: ما تستريع .

Stop before being that tired, and start before too much

relaxation.

بالتعود واللاعودة للعمل.

ثم يمتد الوعي بضرورة ضبط الجرعة إلى دقة الرضا بالقدر الدقيق في الموقف الصعب،

تلاؤم المعرفة والخبرة (بعض التخصص):

في مصر ينبه المثل على تلاؤم يتناسب مع صدق العاطفة وعمق الخبرة وليس مع الاجتهاد النظري أو الاكتفاء بإسداء النصح. أم الأعمى أدرى برقاده وكذلك «إدى إبنك للى له ولد» ثم يؤكد على خبرة صاحب الشيء بما يلاثم الشيء مكاناً وغير ذلك، «إربط الحار .. مطرح ما يقولك صاحبه » رغم أن هذا المثل الأخير له جانب آخر غير التلاؤم في المكان.

وثمة مثل مصرى آخر يقابله مثل بحريني يبدو أكثر دقة في التركيز على التلاؤم والخبرة معاً، لأنه أكثر تحذيراً، إذ أنه يستعمل صيغة النبي الحاسم: «لا تودع عيالك إلا من عنده

Table 12

تلاؤم المعرفة والحبرة (٢) :

Good-Enough information and appropriate experience

دي إينك للي له ولد.

Let he who has a son cares after your son.

ا تؤدع مَالكُ إلا من عنده ولا تُودعَ إغيالكْ إلا مــن

Dont give your money except to he who has money Dont let one care after your children unless he is a father

ثم يضيف مثل ذلك للمال «لا تودع مالك إلا من عنده مال» وإن كان المثل الأول يشير إلى التلاؤم وضهان الحنان والخبرة، فالمثل الثاني يضيف إلى التلاؤم عوامل مساعدة تبرر

وهدده إن لم يرض بهذه الجرعة فإنه قد يمضي كلية عنه «شفيك يا حظ كاعد، قال «اسكِت ولا انسدح».

وفي نفس الوقت نرى أن التنبيه على التلاؤم الذي هو أساس في إدراك الواقع كما هو، قد يتأتى من النهي عن الإفراط، بصفة خاصة.

وفي الأمثال المصرية وفرة من التحذير من فرط الجرعة حيث يفسد فرط القسوة العلاقة «كتر القسية ... تقطع عروق المحبة» أو يرخى فرط الشد التوتر اللازم لاستمرار الدفع «كتر الشد يرخي» أو يفسد فرط اللين المحبة «كتر الدلع يكره العاشق» أو تخل الثرثرة بالقيمة والاحترام. «كتر الكلام يقل القيمة».

أما في البحرين فلم يتواتر كثيراً النهي عن الإفراط، وحين ورد كان يحتمل الإيجابية ولو في الحلفية، «كتر اللك إيفج للحام» فكثرة اللدق إذ تفك اللحام يكون منهياً عنها إذا كان المطلوب أن يظل اللحام متاسكا، أما إذا كانت المهمة هي نفسها أن يفك اللحام لسبب أو لآخر فيصبح المثل هنا دافعاً إلى المثابرة مثل بيت الشعر العربي «...أخلق بذي الصبر أن يحظى بحاجته ومدمن القرع للأبواب أن بلجأ».

Table 14

Appropriate dose:

Egypt:

- Oh God, safety and profit.
- Excuse me God, just safety is more than enough.

Bahrain :

- My luck !., why are you not augmenting. - Take care my dear lest

I should just go altogether

UIC 14

مصر : قال يا رب سلّم وغنم، قال يا رب سلّم ويس.

تناسب الجرعة :

البحرين :

شغیك یا حظی كاعد، كال اسكت ولا بانسدح.

فطالب السلامة عند الشدة لا ينبغي أن يتادى في طلب النفع حتى من الله سبحانه «قال يا رب سلم وغنم، قال يا رب سلم وبس». فهو تنبيه على أنه في الموقف الصعب ينبغي الحرص على دقة الجرعة وتناسبها حتى في الدعاء.

وفي البحرين قابلت التناسب في موقف شديد الطرافة حيث يعرض لوحة فنية للحظ وقد حضر بجرعة معقولة وجلس بجوار صاحبه، فاستزاد صاحبه منه، فضجر الحظ

Table 15

the dignity.

لا تلاؤم (فرط الجرعة) : Inappriateness (over dose)

Egypt: : : : : :

1- Too much harshness cuts مروق of heartily feelings. 2- Too much stretching

loosens the rope.

3- Too much beating generates apathy.

4- كُتُر الصّرب علم البلادة.

1- كُثر الكلام يقل القبية:

Bahrain: : البحرين:

Too much hitting loosens the soldered joint.

نَفْرِ الدُّكِّ إِيفِجِ للْحَامْ

1/2/1

الواقع : من خلال بعد الزمن 1/٤/١

إدراك بعد الزمن والوعي به من أهم أنواع الإدراك المرتبطة بالعلاقة بالواقع من جهة، وبالفكر النائي من جهة أخرى، وهو مرتبط كذلك بالمبدأ الأساسي في بعض أنواع العلاج النفسي الجمعي، خاصة الجشتالتي، وبعض الفكر الوجودي عامة والفكر النفسي الوجودي خاصة.

وسوف نلتقط في هذه الفقرة ما يرتبط إبتداء بمبدأ الهنا والآن وهو، وإن أخذ شكل القناعة أو النصح بالصبر، فإنه يتضمن من هذا المنطلق – معنى الوعي بالوقت، وأيضاً أهمية أن يملأ الآن بالمتاح دون التسليم بأن هذا هو نهاية المطاف، ففضلاً عن ثراء الآن، فهو الأب الشرعي للمستقبل شريطة أن يمتليء بالحاضر فعلاً واقعياً.

4/2/1

وفي الأمثال المصرية المتاحة كان هذا البعد (الهنا والآن) بعدا شديد الظهور والتحديد بل والمباشرة «إقنع بالحاضر على ما يبجي الغايب» وتعبير الغايب هنا له أهمية خاصة لأنه لم يقل على ما يبجي الغائب غداً أو في المستقبل، ولا على ما يبجي المرجو (اللي أنت عايزه) وإنها اعتبر ضمناً – أو هكذا تلقيت

إيحاءاته – أن الغايب هو حاضر كامن، لا يخرج إلا إذا بدأنا بالحاضر الظاهر، وفي هذا ما فيه من إشارة إلى المبدأ الجشتالتي الذي يعمق الشكل قبل أن يلتفت إلى الأرضية، ذلك أنه متى تأكد وتحدد الشكل Background إنتقل الوعي إلى الأرضية Background لتصبح شكلًا (حاضرا) وهكذا. (وسيأتي تأكيد ذكر هذا المبدأ وعلاقته بالواقع فيا بعد).

Table 16

Time dimension (1): (perception & handling)

Here and now: (See also Volition & Decision taking).

عمر : Egypt :

ا يجي له Accept what is actually there (what is present) until you get what is not.

2- Eat the sycamore
(= Aljimmaize) until
you get the fig
(= Atteen).

3- Put on a shoe, take off a shoe until you find the shoe.

4- Bequeath me life today and take it tomorrow.

اقنع بالحاضر على ما يبجي
 الغايب.

بعد الزمن (إدراكا، وتناولا) (١)

 ٣- نجمتر بالجمتيز حتى يأتيك التين.

٣- إلبس خف واقلع خف على
 ما تلاقي خف.

٤- إحيني النهاردة وموتني بكره

ثم يأتي المثل الثاني «تجمز بالجميز حتى يأتيك التين» ليؤكد نفس المعنى، ولكن بطريقة غير مباشرة من جهة، وبتحديد مستقبلي بنسبة أكبر من جهة أخرى، وفي مصر بوجه خاص يستعملون ظهور فاكهة (في المشمش) أو توقيت خدمة زراعية بذاتها (قطع جريد النخل): «على ما ينقطع الجريد

Table 17

Time dimension (2): (۱) (۱) وتاولا) (Here and now:warning of هنا والآن): التحدير من التأجيل postponement).

Egypt: : : :

He who does not like peaches (now) will have to drink its juice (tomorrow).

اللي ما يرضى بالخوخ يرضى بشدامه .

٣/٤/

ثم ثمة تحذير واضح تهاماً لمن لا يحترم الواقع الآني، تحذيراً أنه سوف يضطر لقبوله محوّراً هو هو، وإن كان في شكل آخر، «اللي ما يرضى بالخوخ يرضى بشرابه»، على أساس أن المصري – الفلاح المصري خاصة – قد يعتبر أن الأصل والطزاجة «الآن» هي الأفضل من المعلب والمحفوظ ولو كان من نفس النوع، وبهذا يتميز الخوخ عن شرابه كما تتميز «الطاطم» عن «الصلصة».

٤/٤/١

وفي العينة المحدودة أمامي من أمثال البحرين لم أجد هذا التحديد والتحذير المتعلق مباشرة بالآن إلا في مثل يقول «بيضة اليوم ولا دياية باجر» وهو صورة أخف لكنها أدق، وإن كانت تحمل نفس الإتجاه (سلبا وإيجابا) الذي يحمله مثل «إحييني النهاردة ...».

يفعل الله ما يريد» يستعملون هذا وذاك في تحديد الوقت بالذات، فهنا تعبير: يأتيك التين قد يشير إلى «الغائب» بقدر ما يشير إلى «الآتى».

أما المثل الرابع «إلبس خف واقع خف على ما تلاقي خف» فقد استعرته هنا لتأكيد معنى التعامل من «الآن» الموازي للمثل السابق «تجمز بالجميز» مع علمي بأن علاقته بالتجربة والخطأ أوثق من علاقته بإدراك الزمن.

لكننا نعلم من علمنا، ومن الحياة، أن المبالغة في التركيز على «هنا والآن» له وجهه سلبية حين يصل الأمر إلى طلاق الماضي وإنكار المستقبل، فلا تصبح لحظة «الآن» هي الحلقة الظاهرة من سلسلة متصلة، وإنا تصبح هي الحلقة الوحيدة في وعي متخثر، نشاهد ذلك عند الأطفال أحياناً وفي أنواع اضطرابات الشخصية «السيكوباتية» التي لا تتعلم من الخبرة السابقة، ولا تتصرف ببعد نظر.

وقد يشير المثل المصري الثالث هنا إلى هذا المعنى حين يكون التركيز على الآن حتى لو كانت النثيجة هي الهلاك غداً. «إحيني النهارده وموتني بكره» مع ملاحظة أنني قمت بتأويل هذا المثل بشكل إيجابي في موقع آخر (١٣٠).

الإيجابي هو أنه رفض ضمني للموت انتظاراً، كما يقول المثل المصري «موت يا حمار على ما يجيلك العليق»، وهو موقف ينشأ حين يطول الإنتظار بلا طائل، ولا حتى مجرد إرهاصات تعد بتحقيق الوعد حيث «لو كانت ندت كانت ندت مالعصر».

وفي أمثال البحرين يوجد تصعيد طريق ودال لمثل الحار والعلبق حبث توجد ثلاثة أمثلة تحمل بداياتها نفس الألفاظ، ولكن المثل لا يقول موت يا حيار، ولكنه يطلب من الحمار أن يصبر، ثم يصاعد بالأمر درجة درجة، فهو يصبر انتظاراً لمن يأتيه بالعليق، وهذا قد يستغرق ساعة أو بضع ساعات، لكنه قد يصبر حتى ينمو البرسيم، وهذا بتطلب شهوراً، فنبدأ نشعر بلهجة السخرية الناهية عن الصبر، ثم يتضح الأمر حين تصل درجة التصعيد إلى فرض المستحيل، فهذا التدرج من «أصبر يا حمار لين يجيلك الربيع»، ثم «لين ينبت البراني» ثم «لين بطلع لك قرون» يتضمن تنبيهاً إلى أن التأجيل الواقعي هو محتمل، أما التأجيل المخادع واللانهائي، فهو وعد بالمستحيل، وبالتالي نقترب ضمناً من المثل المصرى المباشر «موت یا حمار .. ولیس اصبر یا حمار».

واستعمال الحمار هنا في كل من مصر والبحرين هو متضمّن حتماً لما عرف عنه من صبر وماله من تاريخ. التراث الشعبي

ثم قابلت مثلاً يقول «إللي ما يمشي بالولم يمشي بالفالع» وهو التطبيق البيثي لطبيعة البحرين البحرية، وهو ما يقابل المثل المصري «اللي ما يرضى بالخوخ ...الخ» مع الفارق.

Table 18 بعد الزمن (إدراكا، وتناولا) (٣) Time dimension (3): (هنا والآن: التحذير من التأجيل) (Here and now:warning of postponement) Egypt : 1- Donkey !! die until you - موت يا حمار على ما بجيلك get your food. 2- If it would rain, it would ahve rained ا- لو كانت ندّت كانت ندّت earlier. Bahrain: Here there is a crescendo - اصبر يا حمار لين اييك warning. Oh! donkey, patience, patience: ٧– اصبُرُ يَا حمار لين ينبت a- until the clover is brought to you. المراني. b- until the clover grows ٣- اصبُر بَا حاد لبِن يَطلَع c- until you have homs. لك اكرونْ.

ثم لم يترك المثل الشعبي الأمور هكذا في إنجاه واحد، هو التركيز على الآن سلباً وإيجاباً، وخاصة حين يكون «الآن» مليئاً بالوعود لا أكثر، وهذا ما يشير إليه ضمناً الوجه الإيجابي للمثل السابق الإشارة إليه «إحييني النهارده ... الخ»، إذ أن تفسيري

والوعى الشعبي عامة.

٥/١

الإرادة «الآن» وحسم القرار:

ويرتبط بهذا البعد الآني «هنا والآن» بُعد آخر هو حسم القرار، فقيمة الآن لا تأتي بأن يمتلىء بالمكن الجاهز، المكن بل يستعمل في شكل قرار يصبح فعلاً آنياً في نفس الوقت تقرسا.

Table 19

Volitional decisiveness (1) (Directly related both to:a) here and now, b)
delinestion of the figure
from the ground (Gestalt therapy approach) and c) some degree of pragmatism

- Whatever you intend to do, just go and do it
- (now).
 2- Whatever you tend to pawn just sell it (now).
 3- Whoever is going to be
- your boss, simply obey

(The latter is more related to adjustment and confirmity but it is put here perhaps, also for the rhyme).

الحسم الإرادي (١) (وعلاقته بالـ دهنا والآن،، وتحديد الأرضية من الشكل (جشتالتيا)، ويعض النفعية).

١- اللي بدك تقضيه إمضيه.

٧- واللي بدّك ترهنه بيعه.

٣- واللي بدّك نخدمه طيعه.

وقد يؤكد مبدأ التبادل الجشتالتي لتحديد الأرضية من الموضوع ثلة أخرى أقل مباشرة

حاضراً، وليس أملاً ملوحاً مؤجلاً. ولكن أن

يصبح ماضياً بالإنجاز، ثم الانتقال إلى حاضر

تال حالة كونه يطلب الإنجاز ليمضى،

ويتدعم هذا الاتجاه بالشطر الثاني حتما

«اللي بدك ترهنه بيعه»، ولا يحتاج هذا

الشطر إلى تفسير، فهو بمثابة عرض نموذج

عملي محدد تفسيراً لما سبقه حالاً، إذ هو

رفض عملي أن يترك أي حاضر كالمعلق، فالراهن: لا هو يملك، ولا هو لا يملك،

وهذا ضد المبدأ الجشتالي السالف الإشارة إليه، والذي يرفض الخلط بين المواقف

لكن الشطر الثالث قد لا يسير في نفس

الاتجاه إلا قليلًا، لأنه أقرب إلى موضوع

التكيف والتشكل الذي سيرد ذكره في حينه.

وهكذا نستشعر الوعى بالآنية المتلاحقة.

Table 20

Volitional indecisiveness (2)

الحسم الإرادي (٢)

المتداخلة

Egypt:

- 4- If you steal, steal a camel, and if you love, love a moon (a beauty)
- 5- If you are going to say it, there is no place for fear, and if you are afraid, just don't sait
- 6- The hand which intends and does not beat deserves to be served.
- ٤- إن سرقت إسرق جمل، وإن عشفت إعشق قمر.
 - و- إن قلت ما نخافش، وإن خفت ما تقولش.
 - ٦– الإيد إللي تتمد، ولا تضربشي تستاهل قطعه.

1/0/1

ويأتى المثل المصرى المتصاعد الدرجات يقول: إن ما تريد أن تفعله، فلتمض الآن فتفعله، «اللي بدك تقضيه إمضيه» «والمضاء» هنا استعمال جميل، ففضلًا عن أنه يحمل لمحة لمعة السيف وهو يقطع، لكنه أيضاً قد يحمل الحفز ليس فقط أن يصبح الحاضر

Table 20"

Volitional indecisiveness and imposed paralysis of volition. اللاحسم الإرادي، وشلل الإرادة الثقحم

Egypt: Warning of the opposite:

مصر : النهي عن ميوعة الموقف : زي اللي رقصوا على السلم، لا اللي فوق شافوه ولا اللي نحت جربوبه.

Just like who dances on the sairs, no body will see him, neither upstairs nor down stairs.

الساح الفارغ (مع استحالة الفعل)

The paralizing permissiveness (experimental neurosis):

العمل) صحيح ما تكسري، ومكسور ما تاكل، وكُل يا حبيبتي لَما تشمر .

Hard (bread) do not break and broken do not eat but eat my dear as much as you like.

«زي اللي رقصوا على السلم، لا اللي فوق شافوه ولا اللي اللي تحت دريوبه».

لكن ثمة شلل قد يصيب الإرادة نتيجة لموقف ما عافياً، إلا أن مصدره يكون من خارج، وكأن المثل هنا يشير إلى ما يقابل «العصاب التجريبي»، لإعلان أنه ما كل ما يقال، حتى بسماح ظاهر، هو واقع قابل للتنفيذ. يقول المثل المصري «صحيح ما تكسري ومكسور ما تاكلي، وكلي يا حبيبتي لم تشبعي» والمثل هنا عادة يقال على لسان الحاة تقوله لزوجة ابنتها لتعلن السماح الظاهر مع وقف التنفيذ، وهي تشير به «صحيح» إلى رغيف الخبز الجاف المتكامل، وهو موقف رغيف الخبز الجاف المتكامل، وهو موقف لشلل الإرادة من الخارج، كما ذكرنا.

وأقار ارتباطاً بالهنا الآن، إلا بطريق غير مباشر. مثل المثل المصرى «إن قلت ما تخافش وان خفت ما تقلش» فالحفز هنا لاختراق المقاومة وكسر التسوية المعطلة واضح في أن على الإنسان أن يختار، وهو واع بالجانب الآخر، ومتحمل مسؤلة ما يترتب على اختياره. هنا يصبح الحسم جيداً وصحياً، وله علاقة يتعميق اللحظة وتحديد حدود الواقع بجانبيه، فالقول الصريح - نقداً عادة قد يعقبه لوم وعتاب، بل ورفض وتهديد، فإذا رجحت كفة ضرورة إعلان الرأى فليكن، وليحدث كل ذلك ولنواجهه آولًا بأول، ثم نورد هنا دليلًا أكثر مباشرة على رفض الموقف النصف نصف، رفضاً حتى العقاب الحاسم «الإيد اللي تتمد، ولا تضربش تستاهل قطعها»، وقد شعرت أن هذا المثل أقوى من سابقه، وكأنه يقول ما دمت لست قادراً على الضرب فعلاً فلهاذا مددت يدك، لماذا هممت به؟ إذن فلتقطع. فبدایة المثل قریب من «إن خفت ما تقلش» لكن تكملته أقوى لأنه يعلن فورأ وحسأ أنك فعلت (مددت يدك) وأنت خائف، فدفعك الخوف في منتصف الطريق إلى التراجع عن الحسم، فلتدفع الثمن، وهو لم يقل نَقطع، وإنها نبه أنها «تستاهل القطع».

وفي تحذير أرق يقول مثل مصري آخر أن هذا الموقف الماثع يجعل الفعل بلا جدوى، الفلوس فيه خلوس» إذ يشير هذا المثل إلى أن ظهور الفلوس عند عقد صفقة يشوبها تردد ومساومة قد يكون دافعاً لحسمها وإنهائها، بها يقرب هذه الصورة ايضاً من الحسم.

Table 22"

Insight and judgement (1) (۱) البصيرة والتغذير (۱) (Insight in the need of blinding defenses)

تصر : : Egypt :

My problem is that I know, أفتى معرفني، راحتي ما عوفشي while it is much more easy not to know.

البحرين: (البصيرةوالحاجة للدفاع) Bahrain:

Accept some sort of self-deception to avoid headache.

٦/١ البصيرة والحكم على الامور.١/٦/١

تهتم الأمثال الشعبية بصفة عامة بتوسيع رقعة المعارف بلا استثناء، فتعمق المعرفة بالله بالله المعرفة ثمن باهظ، يزيد كلما عمقت طبقات الرؤية وها هو المثل المصري يعلنها منذ البداية: «آفتي معرفتي راحتي ما عرفش»، وهذا المثل له وجهان: حيث قد يعني أن من يعرف أكثر في حرفة أو مهمة يكلف أكثر بأدائها بعكس من لا يعرف أو حتى من يدعى العجز.

٢/٥/١ أما في البحرين :

فإن الأمثلة المقابلة لم أعثر عليها بقدر كاف، وإن كان ثمة إشارة إلى «الهنا»، و «الآن» في حسم انتهاز الفرصة قبل فوات الأوان «أخبر خبزك ما دام التنور حار» وهو مثل أقرب إلى الدعوة لاغتنام الفرص منه إلى الحسم في اتخاذ القرار، وثمة مثل آخر ربا يشير إلى حسم آخر بطريق غير مباشر وهو المثل الذي يعلن علاقة الجزاء الواضح والسريع والمدفوع مسبقاً بإنجاز الفعل المراد دون تلكؤ أو مساومة. «أبرز من دراهم الغوص» – ويبدو أن علاقة أهل البحرين بالغوص كان لها تأثير خاص في علاقتهم بالحسم والمخامرة، وبالواقع علاقة امتدت من

Table 21

الحسم الإرادي (٣) ± + (٣) Volitional decisiveness

Bahrain: المحرين:

ا النابور عَمْرِكُ ما دام النابور - أخبِرُ خَمْرِكُ ما دام النابور - النابو

ا أَبْرَزُ مِنْ دراهمَ الغوصن. Egypt:
One money appears, the deal is settled.

أعاق البحر إلى سطح الأرض، وإني أعترف أنني أتعسف في اعتبار هذا المثل قريب من أمثلة الحسم، لأنه يشير أساساً إلى سرعة الحفز بإظهار المثير جاهزاً جاذباً، وهو يوازي (ولا يساوي) مثلًا مصرياً يقول «ساعة

«قالوا يا مرة إنت سمينة وعورة، قالت قيّم ده جنب ده». فهی تری نفسها – هکذا – رؤية ناضجة وحادة، وهو نفس الموقف الذي يشير إليه ضمنا رؤية القردة لوجهها لسي فقط وجهها القبيح وإنها وجهها لمتعود علي

Table 24

Insight and judgement (3)

Egypt: (Insight)

3- They asked the blind to adorn his stick, he wondered: whyl? as if

I like it that much. 4- Ugly? yes but I am fond of myself, while I am disgusted from others.

النصدة والتقدير (٣): مصر: (البصيرة)

٣- قالو للأعمى زوّق عصاتك: قال يعني من حتى فيها؟ ٤- وحشة وعاجبة نفسي

وأشوف الناس تقرف نفسي

الفضيحة، «قالو للقردة اتبرقعي، قالت دا وش واخد عالفضيحة». وأيضاً رؤية الأعمر. لنفسه ليس فقط لعجزه أو لآلامه من جرّاء عجزه، وإنها رؤبته لعصاه وموقفه الطب الساخر الناقد لمن ينسى هذه العلاقات جميعاً «قالو للأعمى زوّق عصاتك، قال يعني من

Table 25

Insight and judgement (4).

البصيرة والتقدير (٤) :

Egypt

1- Do you know him.

١- قال فلان ده تعرفه، قال:

- Yes - Have you lived with him. أعرفه، قال: عاشرته،

- No. You dont know him قال: لأه، قال ما تعرفوش ٧- إلى تعرفه أحسن من اللي ما تعرفوش.

2- That you know is better (and safer) than that you dont.

Bahrain: البحرين :

مَجُنُون إنعرف ولاَ عَاكلُ إِنْحَبَطُ A mad man whom you know is better than some sane one with clumsy relations.

لكنني أفضل أن أقرأ هذا المثل باعتباره إعلاناً عن مسئولية المعرفة وصعوبة الرؤية، وهذا هو المعنى الذي التقطته مباشرة لأول قراءة للمثار

أما في البحرين حيث يقولها مثل بحريني أكثر صراحة: «حط راسك في الخداع، واسلم من الصداع؛ فتعبير حط راسك في الخداع شديد الدقة من حيث إعلان صعوبة ما يترتب على البصيرة المخترقة، كما يشير إلى الوعى بوظيفة الحيل النفسية التي هي مقابل ما يسمى الخداع هنا.

Table 23

Insight and judgement (2)

البصيرة والتقدير (٢) :

Egypt: (Insight)

مصر: (البصيرة)

1- They said to the fatty (pretty lady): you are fat but one-eyed. She commented: take it as a package deal.

١- قالوا يا مرة إنت سمينة وعورة قالت قيم ده جنب ده.

2- They said to the female monkey put a veil on your face, she commented:(What for?) this face is used to scandals

٧- قالو للفردة اتبرقعي، قالت دا وش واخد عالفضيحة.

7/7/1

على أن البصرة في الذات أو رؤية الذات، قد تشمل جزئياً قدراً من التعرية في الأمثال عامة، فني الأمثلة المصرية، حين تقول المرأة السمينة رحيث كانت البدانة علامة الرفاهية والجمال معاً) لمن يعايرها بأنها عورة تقول له بأن يقبل الصفقة «على بعضها»

حتى فيها». على أن ثمة مثل آخر يعلن رؤية الذات بعيوبها، ثم يلحق ذلك نوع من القبول حتى التحدي «وحشة وعاجبه نفسي وأشوف الناس تقرف نفسى، فها هو التحدى يتادى ليعلن هذا الموقف المعتز (الذي يلامس الغرور)، فكأن المثل يصل إلى أعهاق تقول إن «وحاشتي» هذه التي تعايروني بها ليست هي أنا، بل إنها جزء مني، وهي في السياق الكلى لرؤىتى ذاتي تذوب في كلّ (ذاتی) أفتخر به، وإذا لم يعجبكم، فأنتم أدنى ومقززون وعميان (بدليل هذا العجز عن الرية مثلاً)، ورغم تناقض هذا المثل مع أمثلة أخرى تؤكد على لزوم الحرص على إعجاب الناس مثل «كل ما يعجبك والبس ما يعجب الناس» أو «امشى على عدوك معرش ولا تمشى عليه مكرس» إلا أنه تناقض ظاهرى فحسب، فالمثل الذي نستشهد به هنا هو متعلق بالبصيرة والروية الكلية للذات، أما المثلين الآخرين، فهما يشيران إلى نوع من التكيف من ناحية واحترام رأي الآخرين منعأ للشذوذ الخاص من ناحية أخرى، وأيضاً في تفضيل الإنفاق على المظهر الدال على العناية بالذات عن الإنفاق على نهم غذائي خاص.

4/1/1

فاذا انتقلنا من التركيز على البصيرة إلى موضوع الحكم على الأمور وعلاقة ذلك

بإدراك الواقع والتعامل معه لأمكن أن نُعمّم قائلين إن معظم الأمثال، هي نوع من الحكم الصادق وبالتالي هي دعوة للتفكير النقدي والحكم الموضوعي، لكن ثمة مثلاً بسيطاً في مصر ينبه إلى قيمة المعرفة وطبيعتها وجدواها في التعامل، وشروطها، فالمثل الأول يقول «فلان تعرفه قال اعرفه، قال عاشرته قال لأ، قال ما تعرفوش»، وهنا يجعل العشرة اختباراً للمعرفة، فيعلى من بعد التجربة والمعاملة المادية والسفر، كما في سياق ديني والمعاملة المادية والسفر، كما في سياق ديني تخر (عن عمر بن الخطاب: كرر السؤال لمن يزعم معرفة آخر: هل سافرت معه؟ هل عاملته بالدرهم والدينار؟ ... إلخ..

والمثل الآخر القائل «اللي تعرفه أحسن من اللي ما تعرفوش» لا ينبغي أن يؤخذ ببساطة ظاهرة، وإنها هو يدعو إلى عدم المغامرة في التعامل أو الاعتهاد إلا بعد الحصول على المعلومات الكافية.

Table 26	
Insight and judgement (5)	البصيرة والتقدير (٠) :
Egypt :	مصر:
(Gestalt Game: and I am responsible for it)	(من أدوار الجشتالت: وأنا مسئول عن ذلك).
3- He who bears a leather container of water (querba) is soiled by	٣- إللي شابل قربة تنز عليه.
dropping water. 4 He who bears perforated basket has to bear what leaks on his head.	2– إللي شايل قفّة مخروقة تخر عمل راسه.

1/7/3

وقد آن الأوان للنظر في علاقة البصيرة بالمسئولية إشارة غير مباشرة فتقابل التنبيه على أن كل إنسان مسئول عن فعله، وأن النقص أو العيب الذي قد يكون في ذاتي أو فعلي في أو نتيجة تقصيري أنا، وبالتالي فإني مسئول عن النتائج بشكل أو بآخر يقول المثل «إللي شايل قربة تنز عليه» أو «إللي شايل قدر محنوقة تخر على راسه».

وهذا المثل يذكرنا بأحد أدوار الجشتالت في العلاج الجمعي التي تطلب من المريض أو المشارك أن يقول: «... وأنا مسئول عن ذلك» بعد كل "معور أو إحساس أو قول أو إعلان موقف.

ثانياً: العلاقة بالموضوع (الآخر)

مسألة العلاقة بالموضوع غير واضحة عند كثيرين من المشتغلين بالطب النفسي، وإلى درجة أقل بالتحليل النفسي، ولن أدخل في مقدمة نظرية، ولكنني أنبه على حدود هذه الدراسة في هذه البداية، وأن المسألة ليست علاقة بين شخصين أو أشخاص، وإن كانت العلاقات بين الأشخاص متضمنة في العلاقة بالموضوع، كما أنها ليست تركيزاً على أنواع بالتكيف الاجتماعي، وإن كان هذا أيضاً متضمن بدرجة أقل في هذه الدراسة،

فالموضوع هنا هو طبيعة التركيبة البشرية التي تحدد أنواع وتباديل وأبعاد وأعماق التعامل بين الذات والعالم الخارجي (أحد أهم أبعاد الواقع).

وسأقصر حديث هنا على عرض بعض المواقف التي وصفت بلغة التحليل النفسي المرتبط بهذه المدرسة مثل الموقف الشيزيدي والاكتثابي، - ثم أعرج على الذاتوية وأستشهد في كل ذلك بها تيسر من الأمثال.

كذلك سوف أشير إلى مسألة التشكل والتكيف كقضية لاحقة، ومترتبة على العلاقة بالموضوع وإن كانت ليست متفرعة منه، ثم إنها أقرب إلى الموقف الناضج إن صح التعبير.

1/4

الموقف الشيزيدي :

ورغم أن العلاقة الشيزيدية تنني وجود علاقة أصلاً، إلا أن المسألة هي ليست كذلك تهاماً، فني الموقف الشيزيدي يرفض الفرد الموضوع، يرفضه بالإلغاء والإنكار والإلتهام والذوبان فيه حسب الموقف والسياق، والشيزيدي مغلق الأبواب، فاتر العاطفة، أو أن عاطفته الرقيقة الظاهرة ليست لها نبض يسمح بالإقتراب، لكنها دماثة زائفة تؤدي في النهاية إلى البعد

والتقوقع كل في ذاته.

وما أقدمه هنا ليس الشخصية الشيزيدية وإنها هو الموقف الشيزيدي، الذي يمثل أول خطوات النمو، حيث «لا موضوع» أصلاً، ومن أصعب الصعب فصل هذا الموقف عن الموقف التالي، المسمى بالموقف البارنوي، حيث أن هذا الأخير الذي يمثل موقف الكر والفر الذي يؤدي في أحد جوانبه إلى تجنب العلاقة، اللهم إلا هذه العلاقة القتالية المناورة.

ثم نبدأ بالأمثلة المصرية، فنرى أن أحد أوجه الموقف الشيزيدي هو نفور التماثل، فالشيزيدي المنغلق على ذاته مثل الحبل المبروم الذي لا يصلح أن يقترب من مثله حبال

Table 27

Schizoid position (1-repulsion)

to likeness).

الموقف الشيزيدي (١-تنافر): ition

(Incompatible relation due

- ۱- Twisted on twisted cant اینمتلش میل مبروم مل ینمتلش -۱

Bahrain: : البحرين

Dry date over another dry one never adhere together.

مبروم آخر، ومن هنا: مبروم على مبروم لا يلتقيان أو لا يتكاملان، وفي المثل «مبروم على مبروم ما ينفتلش» جانب آخر، وهو أن الذي

يعرف نفس حيل الآخر، لا يمكن أن يتغلب عليه في تحايل مماثل، شيء أشبه بالتذكرة بفشل من «يبيع الميّة في حارة السقايين» وإن كان هذا تفسير أضعف.

1/1/4

وما يوضح فكرة التنافر بالتماثل هو مثل «زي نخل أبو قير دكر قصاد دكر» ولم يشر المثل هنا إلى صعوبة أو استحالة التنافر بقدر ما أشار إلى عدم جدوى العلاقة أو عقمها.

أما في البحرين فالمثل المقابل هو الذي يعلن أنه لا يستحيل لصق تمرة (بلحة) جافة بأخرى جافة مثلها «احشفة على احشفة ما تلتصك» وهذا المثل أقرب إلى وصف الشيزيدية من المثل المصري لأنه يشير إلى جفاف يستحيل أن يلتصق بجفاف مماثل، والجفاف هنا هو جفاف عاطفة الشيزيدي، كما يشير المثل في نفس الوقت إلى لا جدوى عاولة الاقتراب حتى الالتصاق، فما دامت العاطفة جفت، بإذا نتواصل؟

Table 28

الوقف الشيزيدي (٢-مسافة): Egypt :

- 1- I neither love you nor bear to be away of you. على بعدك الخدر على بعدك ١
- 2- When nearby, you are مزيوا نبقو بصل بعدو نبقـو onions when far away, you become honey.

4/1/4

على أن الشيزيدي قد لا يلغي المسافة أبداً، وإنها هو يحافظ عليها ثابتة بحيث يضمن إلغاء العلاقة، وكأنها علاقة مع وقف التنفيذ، وثمة مثلان مصريان يمثلان هذه الوقفة مع ثبات المسافة يقول الأول «لا باحبك، ولا بقدر على بعدك، «ويقول الثاني «قربوا تبقو بصل بعدوا تبقوا عسل»، وهما مثلان يكادان لا يحتاجان أي تعقب.

Table 29

present

الموقف الشيز بدي (٣--إنسحاب): Schizoid position (2-withdrawal).

Egypt: مصر: 1- If your neighbor attacks you, have your door on ان جار عليك جارك حوّل the other side.

باب دارك. 2- To stay in-doors is much better (safer) than to be مستني بين أمتايي ولا تعدي عسرين أمتايي ولا تعدي المستني ولا تعدي المستني والا تعدي المستني المستني والا تعديد المستني المستني

among my beloved people

3- Like Ghoz Tatur (place
name), they do not miss
ماب ولا يأنسه من حضر.

3- خاب ولا يأنسه من حضر.

4- خاب ولا يأنسه من حضر.

4/1/4

أما الجانب الآخر من الشيزيدية فهو جانب التجنب بالهروب والانسحاب، يقول المثل المصري «إن جار عليك جارك، حول باب دارك» فهنا رفض الشيزيدي الدعوة إلى الانتقال من اللاموضوع، إلى الموضوع القتالي أي الإنتقال من الموقف الشيزيدي إلى الموقف البارنوي، هي دعوة تتم بفعل تحويل باب الدار، عند جور الجار، دون الرد علية، تجنب أي نوع من أنواع المواجهة.

أما المثل التالي فهو أكثر إعلاناً للشيزيدية

إذ يجعل الإنسحاب ليس من الجار الجائر، وليس بتحويل باب الدار فحسب، وإنها يجعله إنسحاباً من صحبة الأحباب، فهنا يعلن المثل أن العزلة أو الوحدة هي أفضل من قعدة الأحباب، وليست لتجنب أذى الغير، وهذا من أعمق مراتب رؤية الموقف الشيزيدي «قعدتي بين أعتابي ولا قعدتي بين أحبابي».

1/1/4

ثم تأتي المرحلة الثالثة التي تعلن الإنسحاب الوجداني لدرجة التبلد وقطع مواصلات المودة في المثل القائل «زي غز ططر لا يوحشه من غاب ولا يآنسه من الشطر الأول: لا يوحشه من غاب هو أهم من الشطر الثاني، ومما سبقه، لأن الموضوع من السطر الثاني، ومما سبقه، لأن الموضوع الداخلي هنا هو الأهم من الموضوع الخارجي، ووحشة الغائب هي إعلان على الحالة يعلن المثل خطورة هذا الفقد (أو إنكار الحاف أو عدم حركة الموضوع الداخلي).

0/1/4

ثم ننتقل أيضاً – ما زلنا مع الأمثال المصرية – إلى نوع آخر من الشيزيدية المتعلقة – بالالتهام حتى الإختفاء، والعودة الى الرحم، وهي قضية قديمة في التراث الأدبي

وفي التحليل النفسي على حد سواء، وفي التراث الشعبي بشكل متواتر، أرجو أن تسنح لي الفرصة للعودة إليها. والأمثلة المصرية تتناول هذه الظاهرة من منطق شيزيدي عميق الغور، أنظر بداية الشكل المباشر الذي يعلنها المثل القائل: «رجع العجل بطن أمه» وهذه ليست جملة تقريرية

ولا يخرج لأن الرحم ينقلب في هذه الحالة

وبالتالي تصبح العودة إلى الرحم هي موت نفسي وهو الذي يتحقق أحياناً بشكل من أشكال العقلنة في صورة الإنتحار المحقق حقيقة وفعلًا.

فالمثل يقول «القبر ما يرتجعش ميت»، فمن ناحية - حسب تأويلي هنا، هو يعلن أن الموت النفسى (الشيزيدية المطلقة) لا يسمح إبتداء بالمقامرة بمحاولة لعبة الداخل الخارج كما أن الرحم إذا صار قبراً، فإنه لا يستقبل إلا ميتاً، وهو لا يردّه بداهة.

ثم ننتهي بالمثل المصري الثالث الذي يعلن أن هذا الإحتواء حتى الإختفاء وهو أمر لا شعوري، ولا يتم إلا بعيداً عن الوعي، فالمثل يقول «دسني في عين اللي ما يحسني» فهو من ناحية دس في العين بما يعميها

Table 30

Schizoid relation (4-incorporation) الموقف الشيزيدي (٤-إحتواء):

Egypt:

٣- دسني ف عين اللي ما 3- Insert me in the eye of

who is not aware of me.
4- If your beloved is honey ٤– إن كان حبيبك عسل ما تلحسوش كله.

بداهة، ومن ناحية أخرى أنه حتى صاحب هذا العين هو لا يحس بهذه العملية فيلغي العلاقة بالآخر كآخر رغم أنه داخله. ورغم أن التفسير الذي أورده تيمور في المرجع

Table 30

Schizoid relation (4-incorporation)

١- رجم العجل بطن أمه. 1- The Calf goes back to his

الموقف الشيزيدي (٤–إحتواء):

mother's womb. Like the grave, it never gives back the cadaver.

٧- زي القبر ما يرجعش ميت.

وإنها هو مثل يعلن الوعى باتجاه الفرد وهو ينسحب إلى الرحم سواء كان انسحاب الذات إلى رحم الذات الأكبر، أو كان انسحاب الفرد إلى اعتادية رحمية مطلقة على «آخر» موضوع خارجی فعلًا.

والمثل الثاني الذي اقتطفته هو مثل يحذر ضمنا – من هذه العودة للرحم على أمل (in-and-out programm) الخارج فالشيزيدي يتقن هذه اللعبة شريطة أن يحافظ على المسافة التي تضمن عدم الإقتراب، ولكن ثمة خطر يكمن في نشاط الشيزيدي فجأة، أو تهاماً، نشاطاً بلا رجعة حتى يدخل

الأصلي كان يشير إلى كلمة دسني على أنها «تقرأ بفتح الدال» (دسني)، وبالتالي قدّم هو تفسيراً يقلب المعنى الذي التقطته هنا رأساً على عقب، فإنه يعني إحتجاجاً على من دعا المتحدث إلى الإقتراب جداً من شخص لا يقدِّره حق قدره ولا يحس به، لكنني عدت أقرأ المثل بكسر الدال، لأن الشطر الثاني من المثل هو في المضارع «ما يحسني» وليس ما يشير إلى شيزيدية أعمق، وليس الى احتجاج على إهمال الرؤية.

0/1/4

الموقف الشيزيدي (٤-إحتواء؟

إذا كانْ ريجكْ حَلُوْ لَا تَأْكُلُهُ كُلُّهُ.

ي غنم العرب تبات تشتر على

البحرين :

إكتفاء).

فإذا انتقلنا إلى البحرين (في هذه الجزئية الانسحابية عن الآخر أو الاستغنائية عنه) وجدنا – ربا لصغر حجم العينة، أمثلة أضعف في وصف الشيزيدية، حتى أن المثلين اللذين إقتطفتها قد يعنيان الشيزيدية بقدر ما يعنيان الدفع إلى الإعتاد على النفس أو محاربة الإعتادية، فالأول يقول: «اللي ما يشيل القدح بيده ما يرتوي».

ا مو عار يس المو الع

Table 31

Bahrain:

Egypt:

Schizoid relations (4-incorporation? auto satisfaction)

swallow all of it.

If your salive is honey, dont

Like the sheep of Arab,

they pass the night ruminating their saliva

Schizoid relation (5-auto-satisfaction) : الموقف الشيزيدي (a) إكتفاء) : الموقف الشيزيدي (a) الموقف التبار (عليه الموقف التبار الموقف التبار (عليه الموقف التبار ولاً عليه التبار ولاً الموقف التبار ولاً عليه التبار ولاً الموقف التبار ولاً الموقف التبار ولاً الموقف التبار ولاً التبار ولاًا التبار ولاًا التبار ولاً التبار ولاًا التبار ولاً

others

والثاني يقول: «حمل فوق الراس ولا حاجة الناس»، والاستكفاء الذاتي لا يكون شيزيدياً إلا إذا شغل كل مساحة الحصول على الاحتياجات العاطفية طول الوقت. وهي الظاهرة التي تتمثل مباشرة في المثل المصري القائل «زي غنم العرب تبات تشتر على بربورها».

7/1/4

هامش عن الذاتوية (التركيز على الذات):
على أن ثمة ظاهرة ليست متعلقة
بالشيزيدية كموقف سيكوباثولوجي أو
موضوعي، وإنها متعلقة بها من حيث
علاقتها بالسلوك الذاتوي أو التحوصلي الذي
يسمى في اللغة الدارجة أحياناً الأنانية. هذا
الموقف السلوكي الذاتوي شائع في الأمثلة
العامية المصرية بشكل متواتر، فها هو جحا
يقرّ أن القيامة تقوم إذا هو مات، وكأنه يعلن
بذلك ضمناً أنه «أنا وبعدى الطوفان».

Table 34

Schizoid Position (7-Related Phenomena: egoism, Narcissim, ..etc) الموقف الشيزيدي (٧-مظاهر أخوى: الذاتوية، النرجسية..الخ).

Rahrain '

البحرين :

matter. 2- The rain which does not بطر ما يبلك ما يهمك –۲ wet you, dont bother yourself about it.

حين يشير المثل إلى تحميل الخشن والثقيل والصعب على ظهر غيرك، «ظهر مب ظهرك حمّل عليه كرب»، وكذلك حين يشير إلى التركيز على الذات وإهمال كل ما لا يمسك مباشرة وشخصياً «مطر ما يبلك ما يهمك».

٣/٢ – الموقف البارنوي

سبق أن أشرنا إلى أن الموقف البارنوي هو شديد الالتصاق بالموقف الشيزيدي، ثم هو في ذاته يحمل نوعاً من التعالي، وفي نفس الوقت يؤكد الانفرادية والتوجس، لكنه لا يلغي الآخر تهاماً، بل يحتاجه ويحافظ عليه مع الحرص على الارتفاع عنه ودمغه كراً وفراً.

1/4/4

ومن مصر نبدأ بالموقف المتعالي الذي يحكم على الآخرين بأنهم أدنى، أو أنهم موتى لا يستأهلون أو أنهم لا يحرصون أو أو أو إلى أخر مثل ذلك، فيقول المثل أن «الصقر صقر وله همه، يموت من الجوع ولا يحوّد على رمة» وهذا العلو في الشطر الأول ليس دليلاً في

وأن العالم لا وجود له إلا بوجوده الفردي الذاتي جداً. ثم مثل آخر يؤكد الذاتوية حتى على حساب الأولاد «فؤادي ولا أولادي»، وهو يقول أنا أولاً وكأنه يصف كرامازوف الأب، ثم مثل ثالث يكاد ينهي عن عون الغير تطوعاً حتى لا تُدْعى إلى ما لا تستفيد منه، بل قد تصاب من خلاله بأذى، «أردب ما هو لك ما تحضر كيله، تتعفر دقنك، ما هو لك ما تحضر كيله، تتعفر دقنك،

Table 33

Schizoid Position (6-Related Phenomena: egoism, Narcissism, ... etc)

Egypt:

- 1- They said to Goha when the world would end (doomsday would set in?) He answered: when I die.
- 2- My heart (self) before my children.
- 3- If it is not your own wheat do not attend weighing it you are going to dust your bread and perhaps will be asked to share in lifting it
- 4- If you find your luck (chance) in your sister's lap, pick it and run away.

- الموقف الشيزيدي (٦-مظاهر أخرى: الذاتوية، النرجسية..الخ).
 - ىمەر:
- ١- قالو لجحا إمنى تقوم القيامة
 قال لما أموت أنا.
 - ٧– نُمَوَادي ولا أولادي.
- ۳- أردب ما هو لك ما نحضر
 كيله، تتعفر دقنك، وتتعب
 في شيله.
- إن لقيتي بختك في حجر أختك، خديه واجري.

وأخيراً يوصي المثل المصري أن نحرص على أخذ المكاسب بمنتهى اللهفة، حتى ولو خطفتها من أقرب الناس إليك، وبعد أن يكونوا قد تملكوها «إن لقيتي بختك في حجر أختك خذيه واجري».

وفي البحرين يظهر هذا الموقف بدرجة أقل

يحبى الرخاوي

شوكته في ضهره».

Table 36 الموقف البارنوي (٢) Parnoid position (2) The evasiveness concealed مرقف الاستخفاء والراوغة attitude: Egypt: ١- ميّة من نحت ثبن . 1- Water under the straw. Rahrain . لبحرين: Under the coat (the daffa) لحت الدُّفة حنَّة ملتَّفة. there is a whirled snake.

4/4/4

أما الجانب الآخر من الموقف البارنوي، وهو جانب الخبث والتخنى والشك والمفاجآت المختبثة فالأمثلة التي تعريها كثيرة مثل «مية من تحت تين»، أو تحت الدفة حية ملتفة».

Table 37 حادلة الموقف البارنوي Anti-paranoid attitude: Egypt: طول ما الولادة تولد، ما على So long as women are الدنيا شاطر.

giving birth no body is unique or superior.

لبحرين : Bahrain: عَلَى هَامَانُ يَا فُوْعُونُ Paraoh !! Make it with

Hamam if you can.

£/4/4

مثل مصري يواجه هذا الموقف البارنوي مواجهة شديدة العمق، إذ يجذب هذا الذي يعلو حتى ليتصور أنه وحيد زمانه

Table 35

Paranoid position (1) The superiority non-need attitude.

الموقف البارنوي (١) موقف الاستعلاء والاستغناء

Egypt:

1- The saker is but the saker ١– الصقر صفر وله قمه، يموت with its dignity; it dies out of hunger but does من الجوع ولا بحوّد على رقه. not accept to come near a cadaver.

٧- زي مرزوق، بحب العلو ولو 2- Like Marzouk, he likes to be on top, even if it is the top of a stake. على خازوق.

3- Like zagazeeg's fish ٣– زي الزقازيق، كل منهو every one has his spine شوكته في ظهره. on his back.

ذاته على كل جوانب الموقف البارنوي، أما فهو المهم في الشطر الثاني الغاثه) Y) الإسراع بدَمْغِه أنه جثة الإستغناء عنه تهاماً (ولا يحوّد) مع الاحتفاظ به في دائرة وعيه موضوعاً هامداً على مستوى أدني.

ويأتي مثل آخر يؤكد الحاجة إلى الاستعلاء بأي ثمن «زي مرزوق، يحب العلو ولو على خازوق» ومع ما في الصورة من سخرية، وواقع في نفس الوقت، فإن فيها ما فيها تحذير من العلو الزائف، ومن البعد الآخرين بهذا العلو بأي ثمن، فالثمن هنا هو الهلاك التدريجي في وحدة قاسية مفتوحة (هـ).

المثل التالي ليعلن نوعاً من ذات الشوك، بالمقارنة الانفرادية البارنوية بالانفرادية الشيزيدية الانسحابية، يقول المثل: «زي الزقازيق (نوع من السمك) كل منهو

بل وحيد كل الأزمان، يجذبه إلى التواضع البشري، بتنبيهه أن الساحة مفتوحة لكل تفوق، عنه، وحتى إذا لم يتم ذلك الآن فهو وارد مستقبلاً، فعلام التعالي والغرور. يقول المثل: «طول ما الولادة بتولد ما على الدنيا شاطر».

أما المثل من البحرين الذي قد يقوم بإعلان المواجهة المضادة لهذه الحالة البارنوية من الاستعلاء فهو المثل الذي يذكر الأعلى بأن ثمة من هو مثله أو أخبث «على هامان يا فرعون».

4/x الموقف الاكتئابي 1/٤/٢

مفهوم الموقف الاكتئابي عامة ليس واضحاً بنفس وضوح مفهوم الموقف الشيزيدي أو البارنوي، ذلك أن الاكتئاب هنا لا يظهر كمظهر سلوكي يمكن رصده، وإنها الاكتئاب هنا هو حسبة علاقاتية أكثر منه مظهر حزن أو ما شابه.

والأمر الثاني الذي ينبغي توضيحه هنا ابتداء هو أن هذا الموقف هو موقف تناقض الوجدان. وفي نفس الوقت هو موقف احتال الغموض واستيعاب التضاد، والانتقال من ثنائية الوجدان إلى احتال التناقض هو انتقال من موقف ممزّق متنافِر (الثنائية)، إلى موقف ضام متضفّر (تحمل التناقض)، كذلك هو

انتقال من انفصال متجاور (الثناثية)، إلى تكامل معقد (تحمل التناقض)، وهذا الانتقال هو بعينه الذي يولد الموقف الاكتثابي.

فالموقف الاكتثابي هو أقرب المواقف إلى ما هو واقع، فهو الربط الحقيق بين جزئي هذه الدراسة (العلاقة بالموضوع وإدراك الواقع كما هو).

Table 38

Depressive position (1): (۱) الموقف الاكتتابي (المواقف الاكتتابي (المواقف الاكتتابي (المواقف الاكتتابي (المواقف الوجيدان)، position, awareness of pain and tolerance of ambiguity) والوعي بالألم، واحتال الغموض)

Awareness and tolerance of

- pain. 1- Life is bitter and sweat, الدنيا حلوة ومرّة ومرها أكثر. —۱ but its bitterness is more.
- Dut its Differness is more.

 2- It is better to tolerate and مبري على نفسي، ولا صبر -٣

 control myself instead of
 waiting for, or asking,
 others to bear me as such.

7/1/

ثم نبدأ من مصر بمثل مباشر يقول «الدنيا حلوة ومرة ومرها أكثر» فيقدم لنا طبق الواقع المموقف «حلوة + مرة، والتميز الكتمي أيضاً، «ومرها أكثر، إلا أن الإيحاء الكلي للمثل، والإيقاع السريع للألفاظ يجعل المستمع يلتقط (أو هكذا فعلت) أن المرارة الثانية هي ليست المرارة الأولى، وكأن المرارة الأولى هي أحد شطري المعادلة، والمرارة الثانية تشير إلى صعوبة نتيجة المعادلة، فإذا كان الموقف الاكتثابي يقول إن «الموضوع» هو مصدر حب

أخرى بنفس المعنى، المثل الأول يقول: «صبري على خلّي ولا عدمه»، والثاني يقول «قساوتهم ولا خلو بيوتهم»، والثالث يقول بنفس المعنى «جفاك ولا خلو دارك».

وهذه الأمثال الثلاثة تعلن ببساطة واقتحام أن الموقف الاكتثابي المتحمل للموضوع الحلو/ المرهو أفضل وأبق وأكثر واقعية من الموقف اللاغي للموضوع، فني الأمثلة الثلاثة يعلن الحدس الشعبي التنبيه على موضوعية الحاجة للآخر، حتى لو هجر، حتى لو نسي، حتى لو لم يقترب، فمجرد وجوده على ظهر الدنيا مكسب، فهذه الأمثال تعلن رفض العدم برفض اختفاء الموضوع مها كان الهجر محتملاً.

ثم تتبادى المبالغة في إعلان المغامرة بالعلاقة، حتى لو كانت تحمل خطر الموت نفسه وليس فقط مرارة الصعب، يتبين ذلك في مثل مبالغ فيه يقول: «إن حبتك حية الطوق بها»، ثم يخفف هذه المبالغة مثل آخر يقول: «إن كان جارك بلا حكّ به جسمك».

Table 39

Depressive position (2)

الموقف الاكتثابي (٢)

6- To tolerate their harshness is better than their absence altogether. ٦- قساوتهم ولا خلو بيوتهم.

7- Desert me but do not disappear.

٧– جفاك ولا خلو دارك.

8- If a snake likes you, whirly your neck with it.

۸- إن حبتك حيّة اتطوق بيها.
 ٩- إن كان الراجل غول ما

9- If the man is a hungry demon, he does not eat his wife.

10-Be careful, but do not

mistrust.

بكلش مراته. ۱۰– حرّس ولا نخوّنش.

کان الراجل غول ما m is a nungry کلش مراته. (حلوة) وهو هو تهديد الهجر (مرة) فإن نتاج ذلك هو الاكتثاب (مرها أكثر).

Table 38"

Depressive position (1): (including ambivalent position, awareness of pain and tolerance of ambiguity). الموقف الاكتثابي (١) (ويشمل تناقض الوجدان، والوعي بالألم، واحتمال الفوضي)

Egypt: Awareness and tolerance of pain.

إن خانقك جارك إبقيه،
 وان غسلت ثوبك انقيه.

- 3- If you get in conflict with your neighbour keep the relation, but if you clean your dress do not leave whatever minute dirt.
- 4- If your neighbour is an affliction, rub your body with it.

 5- It is better to tolerate موري على خل ولا عدمه.
- 5- It is better to tolerate my friend than to lose him altogether.

وتتأكد احتمال صحة هذا التفسير من ورود أمثلة أخرى تشير إلى تحمل التناقض بشكل واع تهاماً، يقول المثل التالي «إن خانقك جارك إبقيه» وإن غسلت ثوبك إنقيه» وجهال هذا المثل يكمن في المقابلة بين العلاقة بالجار (الإنسان/الحي).

والعلاقة بالشيء (الثوب – الجهاد) فأنت يمكن أن تنقى الثوب فيصير أبيض ناسعاً بلا شائبة، لكنك لا يمكن أن تنقي الجار – إنسانا – ليصبح ذا صفات واحدية – تهاماً وبالتالي يثير مشاعر واحدية دون تناقض وجداني يثير مشاعر الكنك يمكن أن تنتي الثوب تاماً.

ويتأكد هذا المثل بالذات من ثلاثة أمثال

4/2/4

الآخر، ودعمه، وحل صعوباته، «غَصـــيّـثُ

Table 40'	
Depressive position (3):	الموقف الاكتثابي (٣)
Bahrain:	البحرين :
 I was chocked with water, with what I can push it down. I like you doing me some favour even though you are my enemy. 	۱– غَمَتَیْت بِكْ یا مَاي شَادَىٰمَك به. ۲– أُحِیْكْ یا نَافْعِي لَو كُنْت عَنْدَوَي

بِكْ يا مَايْ شَا دِفْعِكْ به الله ذلك أن هذا المثل يشير إلى أن الصعوبة (الغصة) تأتي من نفس مصدر الريّ – وهو نفس الموقف الاكتئابي حين يأتي التهديد من آلام المحبوبة فعلاً. وثمة ثمل في نفس الإتجاه وإن كان أقل عمقاً (سيكوباثولوجي) فهو يحمل قدراً من النفعية اكثر مما يحمل قدراً من تناقض الوجدان، وهو يقترب من القدرة على التكيف (أنظر بعد) أكثر من اقترابه من الموقف الاكتئابي «أحبك يا نافعي ولو كنت عدوى».

Table 40' الموقف الاكتثابي (٣) Depressive position (3): Bahrain: البحرين : ٣- يَا لُوزِهِ لُوزِجِ شَاكِنِي كَالْثُ 3- Oh !! almond's tree I do need your almonds. دَرَيْتُ مِنْ الحَمِيَا. Yes, I have been so informed through the stones thrown at me. إ- الحفَظُ مَالكُ ولا تَتهم بَاركُ. - Take care of your money and do not accuse your neighbor.

وثمة مثل بحريني آخر يقول « يا لوزة شوكك شاقني كاليت دريت ما الحصي»

وبشكل مباشر، يواجه حدس الناس الموقف البارنوي بمحاولة العبور منه إلى الموقف الاكتثابي، وكما واجه الوقف الشيزيدي برفض العدم حتى لو كان يغري بالراحة من القسوة أو الجفاف، يواجه الحدس الشعبي الموقف البارنوي بالتفرقة بين الشك والحرص، يقول المثل المصري «حرّس ولا تخونش» يفرق تفريقاً رفيقاً بين الوعي بمخاطر الواقع وتناقضاته، وبين واحتمالات التخلي والخداع والترك وما شابه، وهو الذي تعنيه كلمة «حرّس» وبين موقف التوجس والشك والاتهام بالخيانة (ولا تخوّنش).

وفي البحرين: يوجد مثل قريب، وإن كان ليس مرادفاً يقول: «إحفظ مالك ولا تتهم يارك»، فالتركيز هنا على مسئولية الذات تجاه الآخر لتجاوز موقف التوجس.

وتؤكد الأمثال البحرينية وعي الحدس الشعبي بهذا الموقف الصعب الحامل لتناقضات الواقع، والمتكيف معها والمستوعب لها في نفس الوقت، وهو الموقف الاكتثابي، وإن كان البحث عن تناقضات الموضوع مع تضفرها في آن، لم يسعفني مثلما أسعفتني الأمثال المصرية.

أما المثل البحريني الأعمق في هذا الصدد، فهو الذي يعري صعوبة الإيذاء يأتي من نفس المصدر الذي ينتظر منه إرواء الحاجة إلى

فالواقع هنا ماثل بشكل مباشر، ذلك أن الرغبة في اللوز وحلاوته وطعمه، يصاحبه إيذاء (غير مقصود) لشجرته في محاولة الحصول على ثمرة بقذفه بالحصى، وكأن هذا المثل يصور الموقف الاكتثابي من «وجهة نظر الأم» (أي الموضوع) وليس من وجهة نظر الطفل (الفرد).

٧/٥ التكيف الاجتهاعي والتشكل

ولو أن هذا الموضوع ليس له علاقة مباشرة بهاهية العلاقة بالموضوع، فإن ابراده في هذه الدراسة له مبرران:

الأول: أنه ربط بين العلاقة بالموضوع وبين الصلة بالآخر بواقعية محسوبة.

والثاني: أنه يعالج موضوع الأخذ والعطاء على مستوى السلوك الاجتماعي، بحيث ينبه إلى واقعية الجانبين، وضرورة المرونة التي سبق الإشارة إليها.

وتنقسم الأمثال التي تصلح لإظهار هذا البعد إلى ما يلي:

الأمثال التي تنبه على أن كلا من الموقف الطاغي (المسيطر) والموقف المتنحي (التابعي) هما لازمان لتحقيق التكيف، وأن هذا الموقف (المسيطر) يكمل ذلك الموقف (المتنحي) ويتبادل معه.

نبدأ بالبحرين: يقول المثل البحريني

ببساطة ومباشرة «إذا ما طاعك الزمن طيعه».

لكن هذا المثل هو عام وليس متعلقاً بالتعامل بين الناس بعضهم وبعض بقدر ما هو متعلق بقبول، الذي أشرنا إليه سابقاً في مسألة التلاؤم.

Table 41

The yielding / mastering alterations (1): التبادل بين السيطرة والإذعان (١):

Egypt: الإيد إللي ما تقدرشي تقطعها The hand which you cannot رسها.

Bahrain: البحرين : البحرين : البحرين الله destiny does not obey you, just obey him.

2- He who marries my اللي يتجوز ستي أقوله با —۲ mistress, I shall call him my master.

وفي مصر نرى الصورة أكثر مباشرة في مثل آخر يقول مباشرة «الإيد اللي ما تقدرشي تقطعها بوسها» وفي الحالتين فالتكيف قائم ومحتمل.

أما الامثال التي تدعو إلى التكيف بالإذعان فهي كثيرة في مصر خاصة مثل: «إللي يتجوز أمي أقوله يا عمي»، و «اللي يتجوز ستي أقوله يا سيدي»، وأرقص للقرد في دولته». وكثرتها في مصر (المبالغة فيها) قد يشير إلى موقف خاص بعلاقة الشعب بفراعينه، (دون أن ننسى ثقة هذا بالزمن

الذي يفني هذه الفراعين أولاً بأول).

وفي البحرين يقدم صورة التكيف «بالسيطرة»، ثم التكيف «بالإذعان» في مثليين متلاحقين «اللي ما يطيع يضيع» (إذن فلا بدُّ من الطاعة تكيفاً وحفاظاً على النفس من الضياع) وعكس ذلك من الجانب الفوق أنه «اللي ما يرضى يترض»، يعنى هكذا هو الأمر ومنّ ذا الذي لا بعجبه، فسوف بضطر أن بعجبه.

كما نرى أن ما تركز عليه أمثال البحرين في هذه النقطة هو الإلحاح على ضرورة التفويت والملاينة حتى تسير الأمور ويتم التكيف.

- « اللي ما يلين ينكسر » .
- « ضلع ما يلين ينكسر ».
 - « وادهن السير يجرى ».

أما علاقة الندبة والدعوة إلى المعاملة بالمثل فهى كثيرة التواتر، ولها دلالتها إذا أخذت جنباً إلى جنب مع علاقة السيطرة والإذعان، فني مصر يقول المثل: «من رادك ريده»، «ومن طلب بعدك زيده»، كما يقول آخر «من فاتك فوته» أو «اللي يديك ظهره إديله كتفك»».

Table 43

Treatment as equals (one to one):

معاملة الند (واحدة بواحدة):

Egypt:

- 1&2- He who likes you, ١- من رادك ريده، ومن طلب just like him. بعدك زيده. and he who deserts you ust leave him. ٧- من فاتك فوته. 3- He who gives his
- ٣- إللي يدّيك كتفه إديله shoulder give him your ضهرك.

وبعد

فهذه القراءة هي مجرد تذكرة بها أردنا الإشارة إليه في البداية من أن الحدس الشعبي أسبق من التنظير النفسي، وأن تسجيل هذا الحدس الذي يظهر أكثر ما يظهر في الحدس الجماعي والمرض النفسي هو أسلوب شديد الأهمية في كل من المنهج والمحتوى على حد سواء.

Table 42

Rahrain:

The yielding / mastering التبادل بسين السيطرة والإذعان falterations (2): : (Y)

Bahrain:

1- He who does not obey ١- اللَّي مَا يُطيعُ إيضيعُ will loose every thing. Opposite:

البحرين :

٧- اللي مَا يَوْضَى يَنْوَضَ 2- He who does not accept will be forced to.

Egypt:

He whom you will agree with take him as friend. إللي توافقه رافقه .

١– اللَّي مَا يُوَافِيعُ مَا يُرَافِعُ.

l- He who cannot agree (and tolerate) will fail to have a friend.

 ٢- اللي مَا يُليِنُ يِنْكِسِر
 ضلع ما يلين ينكسر. 2- Whatever (rib) is not malleable is liable to be

3- Lubricate the tire, it will ٣- ادْهَنْ السَّتْبُر بْجُرِيْ go faster.

وفي حين يدعو المثل المصرى إلى شرط الموافقة لتتم الصداقة والمواءمة «اللي توافقه رافقه»، يعلن المثل البحريني ضرورة الالتزام بالموافقة ابتداءً (ولو بالتفويت) إذا كان للصداقة أن تتم أصلًا «اللي ما يوافق ما يرافق».

دراسات سابقة للباحث متعلقة بالموضوع

1- يحيى الرخاوي (1991): آفاق وخداعات حول تصنيف وتسمية الأمراض النفسية - الجزء الثاني: التناول المتعدد الأبعاد وجها لوجه مع التناول المتعدد المحاور لتشخيص الأمراض النفسية، المجلة العربية للطب النفسي، المجلد ٢، العدد ١.

٢- يحيى الرحاوي (١٩٨٤): احتبار الأمثال
 لعملية التفكير.

٣- يحيى الرخاول (١٩٨٨) : اختبار الأمثال
 لظاهرية الاكتئاب.

٤-يحيى الرخاوي (١٩٨٨) : اختبار الأمثال
 للمواقف تجاه الصحة والمرض والقدرية.

٥-يحيى الرخاوي (١٩٨٨): اللغة العربية
 والعلوم النفسية الحديثة. القاهرة: جمعية الطب
 النفسى التطوري، (٤٨ص).

٣- يحيى الرخاوي (١٩٨٤) : مثل وموال: علم بالنفس من أقوال الناس. الإنسان والتطور، ٢١: ٥٥-٨٦.

٧-يحيى الرخاوي (١٩٨٥): مثل وموال فصل في النذالة والحسة. الإنسان والتطور. عدد ٢٢. ص.ص. ص.ص: ١١٢-٢٠٤

٨-يحيى الرخاوي (١٩٨٥): مثل وموال:
 فصل في الحرمان والشبع والطبقية. الإنسان
 والتطور، ٢٣، ١١٤-١٢١ .

٩- يحيى الرخاوي (١٩٨٥): مثل وموال
 «اختراق الحدود الاخلاقية: بما يستأهل»

الإنسان والتطور، ۲۶: ۲۶–۲۷ . ۱۰– يحمر الرخاوي (۱۹۸۶): مثل

10- يحيى الرخاوي (١٩٨٦): مثل بلا موال «إبعد عن الشر وغنّي له» (تأويل على تأويل أحمد حربي). الإنسان والتطور، ٢٥: ٧٠. 11- يحيى الرخاوي (١٩٨٦): مثل وموال: زاوية (زوايا أخرى للجذب والصداقة في الصداقة والهجر). الإنسان والتطور، ٢٦:

17 - يحيى الرخاوي (١٩٨٦): مثل وموال: في لعبة العلاقات البشرية. الإنسان والتطور، ٧٤ - ٥٥ .

17- يحيى الرخاوي (١٩٨٦): مثل وموال: قانون الواقع من الجبر والإختيار إلى الحسابات والتعلم. الإنسان والتطور، ٢٨: ١٠٣-١٠٣ التناسب والفروق الفردية (من الأمثال الشعبية). الإنسان والتطور، ٢٩: ١١٥-١٠٣ .

١٥ يحيى الرخاوي (١٩٨٧): مثل وموال وحدوتة أولا العقد الإجتباعي والغش الجاعي.
 ثانياً تسطيح التراث بالإنكار والاختزال.
 الإنسان والتطور، ٣١: ٣٥ – ٧٥.

- يحيى الرخاوي (١٩٨٧،١٩٨٧): مثل وموال: الإنسان المصري حال كونه مهموماً، حزيناً (عن الهم والناس). الإنسان والتطور، ٣٣، ٣٣: ٤٥ – ٤٤.

تعزية

فقدت فلسطين والأردن علماً من أعلام الطب النفسي أضاء عالمه وقدم خدمات جليلة لهذا الفرع من الطب الذي كان في أمس الحاجة إلى النمو والتقدّم في وقت كانت الحدمات التي تقدم للمرضى النفسيين ضئيلة ومتواضعة.

ولد الدكتور محمد سعيد كمال رحمه الله في عنبتا بفلسطين في ١٩٢٨/١٠/٤ وأنهى الدراسة الثانوية في طولكرم. ثم أتم دراسة الطب في الجامعة الأمريكية في بيروت عام ١٩٥٣ ثم التحق بمعهد الطب النفسي في جامعة لندن عام ١٩٥٦ وتخرج عام ١٩٥٨ حيث بدأ يارس مهنته كأول طبيب نفسي في مستشفى بيت لحم في الضفة الغربية وكان يساعده طبيبان يعالجون ٤٥٠ نزيلاً في المستشفى بالإضافة إلى العيادة النفسية الوحيدة في المستشفى. ولم يكن هناك جهاز تمريضي بالمفهوم الحديث وكانت غرف العزل والأجنحة المغلقة هي طابع المستشفى.

فكان أمامه مهمة شاقة وطريق صعب للقيام باصلاح جذري للأوضاع القائمة حينذاك، فقام رحمه الله بتحديد الأهداف ووضع البرامج والدراسات لتحديث الجدمات الطبية النفسية بتدريب الكوادر لمختلف العاملين في حقل الصحة النفسية.

ومن خلال ادارته للخدمات الطبية في الضفة الغربية ورغم صعوبة العمل بعد نكسة عام ١٩٦٧ تحت الاحتلال فقد أخذ على عاتقه الاستمرار في احداث نقلة نوعية في مجالات العلاج والوقاية. أخذ يعمل رحمه الله بخطى متزنة ثابتة واضحة المعالم أمام ما اعترضه من صعوبات لا يعمقه عائق.

وقد حاز على عضوية الكلية الملكية البريطانية وزمالتها في عامي ١٩٧٥ و ١٩٨٥ . لقد كان لنشاطه بعداً عالمياً إذ أنه كان عضواً فاعلاً في الجمعيات العالمية وخاصة الجمعية العالمية للتأهيل النفسى الاجتهاعي والذي كان يمثلها في منطقتنا.

وإن كان محمد سعيد كمال قد غاب عنا بجسده فإن روحه ما زالت بيننا نلمسها من خلال انجازاته وعطاءه الكبير في محتلف حقول الطب النفسى.

لقدكان الراثد الحقيقي في مهنته وخلقه ومثالاً يحتذى من جميع العاملين في حقل الصحة النفسية. رحم الله الفقيد وأسكنه فسيح جنانه.

الدكتور أحمد خلف عن جمعية الأطباء النفسانيين الأردنيين

References -

- Burkstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. Am J Psychiatry 1989; 146:1131-1141.
- 2. Gordon AM. Psychosocial aspects of drug abuse. In:Recent Advances in Clinical Psychiatry, No.-5. Granville-Grossman K ed. Churchill Livingstone, 1985. London.
- Abstracts of International Symposium on Drug Addictions, held in Security Forces Hospital, Riyadh. May 22-23 1990. KSA.
- 4. Americal Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, revised. APA, Washington, DC, 1987.
- Suliman H. Alcohol and family impairment. Arab J Psychiatry 1990; 1:104-111.

- Schneier FR, Siris SG. A reveiew of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia; Patterns of drug choice. J. Nerv Ment Dis 1987; 175:641-650.
- 7. Test MA, Wallisch LS, Allness DJ, Ripp K. Substance use in adult schizophrenic disorders. Schizophr Bull 1989; 15:465-475.
- Gerstley LJ, Alterman AI, McLellan AT, Woody GE. Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis? Am J Psychiatry 1990; 147-173-178.
- 9. Miller NS. Comments on the natural history of alcohol abuse (letter). Am J Psychiatry 1991; 148:1095.

DR. N. A. QURESHI MD

P. O. Box 2292, Buraidah Mental Health Hospital Buraidah, Al-Qassim Kingdom of Saudi Arabia. researchers ^(2, 8), and might be due to sociocultural factors and sample characteristics as majority of patients with legal problems having psychopathic proclivities were not referred for evaluation to the author.

This preliminary study has some The selection of limitations. patients was biased and, moreover, based on DSM-111R criteria for substance abuse/ dependence which have recently been criticized for being not specific in differentiating drug abuse from dependence disorders (1, 9). The control group, derived from attendants of nonindexed mental patients, might not be normal and representative of general population as they were possibly experiencing some stresses due to the diseases of their kins. The heterogenous nature of the sample (as regards nationalities) and wide cultural and economic differences, though assessment was done by similar testing materials, precluded the author to generalize the results of this study to Saudi society. Though the drug abuse/dependence questionnaire was pretested, it might yet not have revealed with full reliability the true perspectives of drug abuse/dependence among studied patients. We felt that, in future drug abuse/dependence researches, the above mentioned pitfalls should be removed by using specific diagnostic criteria of drug abuse/dependence, selecting homogenous Saudi mental patients and a normal control representative of general population, and finally applying localy standardised drug abuse screening scale.

In conclusion, we suggest that the tentative data of this study, which has some methodological flaws, be taken up with caution and, with a note of optimisim, we feel that this research will prompt other investigators to carry out sophisticated drug abuse/dependence studies in Arabian peninsula.

Acknowledgement:

The Author expresses his sincere thanks to Mr. Ahmad Saleh Al-Barrak, Hospital Director, Dr. T K Gowrishanker, Ibrahim Hamad Al-Bazi and other hospital staff for their tremendous help in carrying out this research work.

abilities (3, 3, 5). This was also confirmed by this study as occupational difficulties, recividism, and deterioration in religious duties were significantly (p<0.001) increased post-drug abuse. This has a great implication that while treating drug abusers and in an attempt to rehabilitate them such psychosocial issues should be addressed and adequately resolved for a possible better outcome.

This study elucidated some patterns of drug abuse. At variance with other researchers (2, 3), it found the least and no abuse of heroin and coaine respectively, drug pushers being the second common source of illicit drug supply, abuse of drugs mainly by oral route though some of the reported drugs in this study could be abused parenterally, predominance of chronic drug abusers rather than heavy or compulsive types, locally produced beverages and amphetamines the commonest abused drugs, and excessive preoccupation with guilt among drug abusers. This all might be due to lack of familiarity with and nonavailability of all illicit drugs, cultural constraints, economic factors, nature of comorbid psychopathology, religious conservatism of catchment area, and other yet unknown factors which, according to author, all need appropriate researches.

Recently several psychiatric disorders have been described to coexist with drug abuse. Though the association between substance abuse and comorbidity disorders is complex and unresolved due to different reasons (1), the accumulated evidence supported the concept in majority of mental patients drug abuse is probably the result of mental disorders and affects the prognosis in a complicated way. In drug abuse researches (1, 5) (n = 38, 3.67%) and mood (n = 45, 37.50%) disorders as corroborated by our study are the commonest comorbidity dis-The schizophrenic paorders. tients with a tendency to have depression and dysphoric mood^(6,7) have also been reported to abuse different drugs in particular amphetamines, cocaine, cannabis, hallucinogens and, to a lesser extent, sedatives and opiates. However our schizophrenic patients (n = 12, 10%) were mainly abusing, amphetamines, locally produced beverages and eau de cologne. The coexistence of drug abuse with antisocial peronality disorder is a very complex issue⁽⁸⁾. Low percentage of antisocial personality disorder (n=6, 5%)who also manifested with heroin (n=3, 2.5%) and alcohol addictions (n=2, 1.66%) in in our study was at variance with other

Table 2 Pattern of drug abuse.

Variables	Patients n = 120	%	Remarks
Source of Drugs			
Friends	84	70.00	Benzodiazepines were the main
Drug pushers	09	07.50	prescribed drugs of abuse.*
Health personnel *	08	06.67	
Family	07	05.83	
Acquaintances	04	03.33	
Others	08	06.67	
Route of Drug Adm.			
Oral **	104	86.67	Oral route was the commonest
Inhaling	021	17.50	in our sample and single abuser
Smoking	019	15.83	used more than one route. **
Sniffing	009	07.50	
Duration of Abuse	1.7	1417	Cl
< One year	17	14.17	Chronic abusers were
0105 year	35	29.17	predominant.
06-10 year	48	40.00	
11-15 year	12	10.00	
Unknown	08	06.66	
Typology			
Experimenters	13	10.83	Regular abuse of drugs was the
Occasional (Casual)	18	15.00	commonest trend.
Regular	69	57.50	
Heavy (Episodic)	20	16.67	
Polydrug abuser +	88	73.33	Not strictly in the sense of
Single drug	32	26.67	DSM-111R +
Single drug	32	20.07	Z-DATA ALLAN
Abused Drugs		5 0.00	N . C.1 . 1
Amphetamines	88	73.33	Most of the drugs were known
Beverages/Alcohol @	85	70.83	by local street names. Locally
Barbiturates	74	61.62	produced and with high % of
Eau de cologne #	52	43.33	alcohol @. Manufactured in
Connobia	17	14.17	factories as perfumes etc, with low % of alcohol #. Included
Cannabis	16	13.33	mainly glue, paints, and benzene
Ghat			
Benzodiazepines	17	14.17	\$.
Solvents \$	14 08	11.67 06.67	
Heroin	08	00.07	

Table-1 Some studied demographic parameters **.

Variable	Patients n = 120	%	Control n = 120	%	P value
Occupation	-				
Students	18	15.00	15	12.50	p < 0.0001
Unemployed	22	18.33	06	05.00	•
Unskilled workers	42	35.00	30	25.00	
Skilled	27	22.50	36	30.00	
Others @@	11	09.17	33	27.25	
Marital Status					
Single	62	51.67	37	30.84	p < 0.0001
Married	38	31.66	72	60.00	•
Others ##	20	16.67	11	09.16	
Social Class					
Lower	52	43.33	27	22.50	p < 0.001
Middle	31	25.83	38	31.66	•
Upper	37	30.84	55	45.84	

Statistically significant.
Included business and professionals.
Divorced, separated and widower.

Table 3 Comorbidity of drug abuse

Diagnoses	n = 120	%	Remarks
Mood Disorders			-
Dysthymic disorder	23.00	19.17	Somatization was the
Major Depression	12.00	10.00	common feature of all
Bipolar disorders	06.00	05.00	
Others	04.00	03.33	mild/moderate severity.
Anxiety Disorders			,,,,,
Social phobia	18.00	15.00	Claustrophobia (closed
Gen. Anxiety disorders	11.00	09.17	
Panic with agorophobia	06.00	05.00	
Simple phobia *	02.00	01.67	
Others	01.00	00.83	
Schizophrenic Disorder	12.00	10.00	
Schizoprenia-like disorders			
Amphetamine psychosis	03.00	02.50	Could well represent
Ganja psychosis	01.00	00.83	organic brain disorders
Personality disorder	06.00	05.00	Mainly manifested
			unsocialized behavior.
No additional specific			SHOOTHILLE CHILITIOI.
Psychopathology	15.00 12.50		Transient sleep and/or minor problems were reported.

one drug at a time. Moreover, curiosity, adventurousness, sexual prowess, memory enhancement were the main motivations offered by experimenters (n = 13.10.83%). Notably 78.3% (n = 94) of drug abusers communicated guilt feelings while 8.3% (n = 10) expressed mixed feelings. The abuse of ghat was exclusively reported by immigrants. patients (11.67%) abused different solvents at their adolescent ages. Older adults abused benzodiazepines (n = 17.14.17%) which were prescribed for therapeutic purposes.

The studied patients presented with a panopoly of symptoms and signs. A careful diagnostic formulation taking into account several clinical parameters and also supported by DSM-111R criteria revealed that 87.5% patients (n=105) had the axis-1 diagnoses of DSM-111R as shown in table-3. In 15 patients (12.5%) no additional significant psychopathology was observed.

Discussion:

The relationship between sociodemographic variables and drug

abuse is not straightforward. It is because that in addition to biopsychosocial factors, several other parameters including cultural. economic, and political (2) interact in a complex manner to produce substance abuse. Nonetheless this controlled study could found some significant association between drug abuse and marital problems, being unemployed and unskilled job, and poor social class, thus substantiating the results of other researchers Moreover the presence of some significant psychosocial stresses in the form of occupational, financial, and marital (p > 0.0001) proceding to drug abuse indicate that drug abusive behavior might be a tension reducing but ineffective coping mechanism to deal with these Though it was a stressors. controlled study, other unstudied/or unseen biosociocultural parameters might be additionally important for the development of substance abuse as reported in substance abuse literature. It has been found in several researches that substance abuse disorders have adverse effects on the individual life style and, if so, bring about many biopsychosocial dispsychosocial stressors sheet elicited the various stresses including financial, marital, occupational, sexual, residential, recreational, schooling, death, medical/surgical diseases, imprisonment and religious existing 6 months before the development of drug abuse. The pretested questionnaire comprised of 22 simple questions which explored the different perspectives of drug abuse/dependence among these patients.

For the purpose of comparison of demographic parameters and psychosocial stresses the nonparallel controled group (n = 120) was selected from normal attendants of mental patients not abusing the drugs. The matching was done as regards the age, education, residential status. Finally all patients and control group were assured about the confidentiality of their responses. The data were analysed by computer and chi square test was used for statistical significance..

Results:

As we carefully matched age, educational status, and residential background, therefore no significant results were observed regarding these parameters. Likewise family constellation and nationalities ie S a u d i (n=61,50.83%) vs Non-Saudi

(n=59,49.17%) also did not achieve any statistical significance (p>0.05). But other studied variables (table-1) when subjected to statistical analysis showed significant association with drug abuse.

Psychosocial stressors have been given a greater importance in the understanding of drug abuse. It was observed that, preceding to drug abuse, the drug abusers as contrast to control group reported financial, occupational, and marital problems in a significant manner (p > 0.0001). However other studied stressors like death of a relative, medical/surgical diseases, schooling, problems related to housing, recreation, morality and imprisonment did not achieve any statistical significance (p > 0.05) between patients and It was also observed that post-substance abuse the occupational difficulties, imprisonment rates, and carelessness towards religious duties were significantly increased (p > 0.001).

The pattern of drug abuse has been summarized in table-2. In addition, it was observed that nonavailability (n = 62,51.67%), neutralizing the adverse effects (n = 32,26.67%), and enhancing some effects (n = 26,21.66%) of primary drugs were the main reasons for abusing more than

coexist with drug abuse among psychiatric patients ^(1,2). The data derived from such researches have been utilized in planning the proper and overall management of mental patients abusing drugs.

Alternately, it has been found that approximately 40% of mental patients abuse different drugs, manifest a variety of mental disorders and pose special management problems. Though in general the problems of drug abuse and addictions have been recognized and discussed (3), relatively there is a dearth of published literature. Therefore, the author conducted this study with the objectives to explore the possible demographic factors. patterns, and comorbidity of drug abuse among psychiatric patients.

Material and methods:

This preliminary study was carried out in Buraidah Mental Health Hospital which provides the inpatient services to the entire population of Al-Qassim region. As regards the OPD psychiatric services, this hospital assisted by three other mental health clinics affiliated to different general hospitals. Therefore for admission purpose, the patients are referred from different hospitals and primary health care centers to this

hospital. There is no drug addiction clinic attached to this hospital or elsewhere in this region. Therefore patients attend this hospital primarily due to mental disorders. For studying the extent of drug abuse among these patients, a detailed and rigorous exploration was needed.

The sample of this study comprised of 120 selected male incident patients who satisfied the criteria of DSM-111R for substance abuse/dependence disorders (4). The patients abusing prescribed drugs like benzodiazepines were also included in this research. Though the phenomenon of shifting from drug abuse to dependence and vice versa is common in all types of illicit drugs and especially in alcoholism, so the patients were manifesting this disorder also included. These patients were evaluated by administering a semistructured proforma, mental status examination schedule, psychosocial stressors sheet, and a pretested drug abuse questionnaire. The relevent data regarding age, education, family type, residential status, social class, marital status and longitudinal clinical details were recorded. In addition to the semistructured mental status examination schedule, DSM-111R criteria were also used for diagnosing the mental disorders. The

120 male mental patients in a controlled fashion by using different testing materials. The computer analysis of data revealed that relatively single and/or disruptive marital life, poor social class, unskilled job and or unemployment and several psychosocial stressors were significantly associated with drug abuse. The multiple drug abuse patterns and a variety of mental disorders also characterized these patients. It is suggested that the tentative data of this research might stimulate interest in other researchers to study further the different aspects of drug abuse/addictions in Arabian peninsula.

Résumé

Corrélations sociodémographiques, mode d'utilisation, et co-morbidité de l'abus de drogue parmi les malades psychiatriques

Bien qu'il n'y ait pas de rapport publié, apparemment l'extension de campagne par les mass médias et la création de 3 centres spécialisés dans l'abus de drogue en Arabie Saoudite sont indicatifs d'émergence de probléms d'abus de drogue et de toxico manie. Nous avons effectué une étude préliminaire pour évaluer les paramétres démographiques, le mode d'utilisation et la co-morbidité d'abus de drogue parmi 120 malades mentaux males d'une manière controlée en utilisant différents matériels L'analyse sur ordinateur des données révela que. de mesure. relativement, le célibat et/ou une vie conjugale rompute, la classe sociale panyre, le travail de manaeuvre et/on le chomage et plusieurs stress psycho-sociaux étaient significativement associés a un abus de drogues. Les multiples modes d'abus de drogue et une variété de troubles mentaux caractériserent aussi ces patients. Il est proposé que les données d'essai de cette recherche pourraient stimuler l'intérét d'autres chercheurs a pousser l'étude des différents aspects d'abus de drogues et de la toxicomanie dans la péninsule Arabe.

INTRODUCTION:

The sociodemographic factors of drug abuse have been explored in different groups of population across cultures. Besides, several important demographic correlates and multiple patterns, a variety of mental disorders with vaiable frequency have been reported to

SOCIODEMOGRAPHIC CORRELATES, PATTERN, AND COMORBIDITY OF DRUG ABUSE AMONG PSYCHIATRIC PATIENTS

N. A. QURESHI

الخصائص الديموغرافية وانباط الإدمان المتواجدة عند المرضى النفسيين نسيم القريشي

ملخص:

بالرغم من قلة الأبحاث المنشورة عن مشكلة الادمان فإن إهتام الاعلام المتزايد بهذه المشكلة وإنشاء ثلاث مراكز للادمان في المملكة العربية السعودية يعكس مدى خطورة هذه المشكلة.

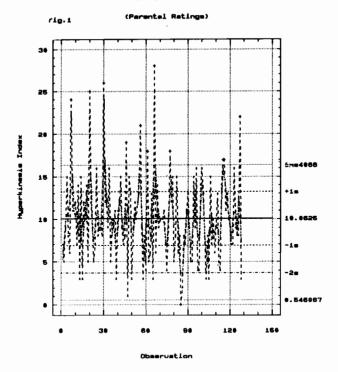
لقد قام الباحث بدراسة أولية لتقييم الأبعاد الديموغرافية للأدمان وأنهاطه وتواجده مع أمراض أخرى في مئة وعشرين مريضاً نفسياً بطريقة ضابطة مستعملين الاختبارات المختلفة ، وقد أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً بين الادمان وبين العوامل التالية: العزوبية، الزواج المضطرب، الفقر، البطالة، وضغوط اجتهاعية نفسية متعددة.

وقد تميز هؤلاء المرضى باستعمال العديد من العقاقير بالاضافة إلى أنّهم يعانون من عدة أمراض نفسية. ويعتقد الباحث أن هذه النتائج قد تكون مشجعة للباحثين لدراسة مختلف جوانب الادمان وإساءة استعمال العقاقير.

Abstruct

Though there is no published report, apparently the extensive mass media campaign and the establishment of 3 specialized drug abuse centres in Saudi Arabia are indicative of emergence of drug abuse/addiction problems. We carried out a preliminary study to evaluate the demographic parameters, pattern, and comorbidity of drug abuse among

Charting Hyperkinesis Index



Charting Huperkinesis Index

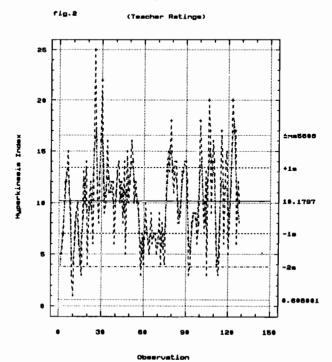


Table 2

Item-Total Statistics (Parent Scale)

Variable	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Restless or overactive	8.34	17.24	4.15	.30	.73
Excitable, impulsive	9.06	14.71	3.83	.68	.66
Disturbs other children	9.17	16.86	4.10	.34	.72
Fails to finish things he starts short attention span	9.45	18.29	4.27	.17	.75
Constantly fidgeting	8.81	15.51	3.93	.55	.69
Inattentive, especially distracted	9.27	16.99	4.12	.35	.72
Demands must be met immediately-easily frustrated	9.09	18.05	4.24	.21	.74
Cries often and easily	9.44	17.49	4.18	.26	.73
Mood changes quickly and drastically	9.34	16.45	4.05	.48	.70
Temper outbursts, explosive and unpredictable behaviour	9.61	15.76	3.97	.65	.68

Table 1

Item-Total Statistics
(Teacher Scale)

Variable	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
Restless or overactive	7.92	23.97	4.89	.35	.76
Excitable, impulsive	8.85	20.65	4.54	.63	.73
Disturbs other children	9.17	24.57	4.95	.17	.79
Fails to finish things he starts short attention span	9.57	24.08	4.90	.31	.77
Constantly fidgeting	8.64	20.47	4.52	.58	.73
Inattentive, especially distracted	9.35	23.79	4.87	.28	.77
Demands must be met immediately-easily frustrated	8.95	22.29	4.72	.400	.76
Cries often and easily	9.14	21.2	4.60	.51	.74
Mood changes quickly and drastically	9.42	21.66	4.65	.62	7.73
Temper outbursts, explosive and unpredictable behaviour	9.51	21.71	4.66	.58	.74

achievements of children with high Hyperkinesis Index and their summed scores. For this reason, one can state with relative confidence that despite the high reliability of the scale its validity is low. The findings of this study confirm the fact that the test should be used as a screening device and as just one part of the total assessment of the child.

References

- 1. Conners CK. Symptom patterns in hyperactive, neurotic and normal children. Child Dev 41:667-682, 1970.
- 2. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children.
- 3. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. J. Abnorm Child Psychology 6:221-236, 1978.
- 4. Daradkeh, TK. (Submitted.),
- Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Beverly Hills, CA:Stage Publication, 1980.

- 6. Nunally JC. Introduction to psychological measurement. New York: McGraw-Hill. 1970.
- Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. Harper & Row, Publisher, New York, 1990.
- 8. CCS:Statistica. Statsoft, 1991.
- Cantwell DP, Baker L. Issues in classification of child and adolescent psychopathology. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry, 42:1026-1028,1988.

TAWFIK DARADKEH MD, MRCPysch., DPM.

Associate Professor
Department of Psychiatry
Faculty of Medicine and Health Sciences
United Arab Emirates University
P.O.Box 17666
Al - Ain
U. A. E.

variable "disturbs others" in the parent scale is poorly correlated with the rest of the scale; and by deleting it, the reliability of the scale rises to 0.79. Table 2 also reveals that the variable "fails to finish things" in the teacher's scale is poorly correlated with the rest of the variables: and by deleting it. the reliability of the scale rises to 0.75. Items-total statistics suggest that the two variables should be modified or replaced. Figure 1 shows that there are 11 children whose Hyperkinesis Index are above 2. sigma as rated by their parents. Figure 2 shows that there are 9 children whose Hyperkinesis Index exceeds + 2.0 sigma as rated by their teachers. Regardless of the raters, there were no significant correlations between the summed scores of children whose Hyperkinesis Index exceeded +2.0 sigma and their school achievements (Kendall's Tan values were -0.3 and -0.23 on parental and teacher's rating respectively).

Discussion:

Although the two forms seem to have reasonable reliability, the original scales have higher reliability. The item "disturbs other children" in the parent scale appears to be poorly correlated with the rest of the items. This is quite understandable, since the

impact of one's behavior on other children in the classrooms is more amenable to observation by teachers rather than by par-The finding that the item "fails to finish things" in the teacher scale has poor correlation with the rest of the items is an unexpected finding. Failure to finish or accomplish assignment by pupils is expected to be one of the items of behavior teachers would monitor most. It is not clear to us whether such findings were due to a lack of clarity of the item, or due to something else. It seems that by deleting the two items: the coefficients of reliability don't rise very much. Though parents appear to be more consistent in their ratings, their consistency reflects their opinions and may not correlate with clinical judgments. The finding that the two forms possess nearly equal reliability makes the idea of considering both parents and teachers as source of information in epidemiological research on this subject more appealing. The rationale behind considering school achievement as an external criterion, against which the scale can be validated, stems from the fact that most children with the label of hyperactivity are school underachievers (9). If the scale was a valid instrument, one would expect to find a significant correlation between the school

into Arabic by the author (4). A study was carried out in 1991 using the Arabic form of the abbreviated version with an aim to estimate the parent - teacher reliability when rating the behavior of schoolchildren on the 10items scale. In many areas of research, the precise measurement of hypothesized processes poses a challenge by itself. For example, in psychology, the precise measurement of personality variables or attitudes is a necessary first step before any theories of personality or attitudes can be considered. In all social sciences. unreliable measurements of people's beliefs or attitudes will obviously hamper efforts to predict their behavior. The assessment of scale reliability is based on the correlations between individual items or measurements that make up the scale, relative to the variances of all items. classical testing theory model of scale construction has a long history, and there are many textbooks available on the subiect ⁽⁵⁻⁷⁾. The purpose of the study is to estimate the reliability and validity of the translated scale.

Method and Material:

The design of the study was described elsewhere. In brief, 128 schoolchildren were rated

independently by their parents and teachers on the 10 items of the scale. Parents and teachers were also requested to rate the child's school achievement on a 4-point scale ranging from poor to above average. The purpose of this study was to estimate the reliability and validity of the translated scale. The hypothesis tested was whether the items of the scale distinguish reliably the severity of the symptoms and whether they are adequate in number to lead to a reasonable level of reliability. Quality Control Charts were used to identify children whose Hyperkinesis Index was +2.0 sigma. Hyperkinesis Index was correlated with their school achievement. CSS Statistica was used to analyze data (8).

Results:

The reliability coefficient of the parent scale was 0.78, and the average inter-item correlation is 0.27. The reliability coefficient of the teacher scale was 0.74, and the average inter-item correlation was 0.23. These figures suggest that over 70% of the variability reflect variations of the true scores. For a scale of 10 items; the reliability is considered to be good. Tables 1 and 2 show the item total statistics for the two scales. Table 1 reveals that the

Resumé

La Liabilité et la validité du resumé traduit de l'échelle de CONNERS

Le but de cette étude était d'estimer la fiabilité et la validité de la version simplifieé de l'échelle d'évaluation de Conners, traduite (en arabe). Les Parents et les Instituteurs ont été demandés d'evaluer 128 élevès sur l'échelle a 10 items et d'évaluer leur accomplissement scolaire L'item Fiabilité/Analyse révéla une fiabilité d'échelle élevèe pour les deux formes, mais la validité de l'échelle a été trouvéc basse. Les résultats confirment les rapports précédents que l'échelle doit étre intilisée seulement comme une partie de l'évaluation totale de l'enfant.

Mots-clés: Conners, Fiabilitè, Validité.

Conners has developed both Parent and Teacher Rating Scales (1,2) They are used as general screening tests for behavior problems; identify hyperactive children, and to assess the response of symptoms to drug treatment. Factor analysis of the Teacher Rating Scale has produced four factors: aggressive conduct disorder, inattentivepassive dimension, hyperactivity, and a poorly defined factor reflecting a sociable, cooperative child without symptoms. Teacher Rating Scale consists of 39 items, each of which is scored from 0 to 3 to reflect the rater's judgment. The Parent Rating Scale is scored in a similar It has 93 items and manner several factors. Abbreviated Parent and Teacher Question naires are also available; these

contain 10 overlapping parent and teacher items from the larger scales. Revised Parent and Teacher Rating Scales have been developed in an attempt to simplify administration and interpretation (3). The newer parent scale has 48 items, and the newer teacher scale has 28 items. Among the items on the two forms are ten phrases or items describing specific traits found among children with hyperkinesis. Several of these phrases overlap on the two forms, and summed scores of these ten phrases on each form constitute the Hyperkinesis Index. Conners himself feels that the original scales, which have more items and greater reliability, are to be preferred over the revised forms. The abbreviated form of the scale was translated

The Reliability and validity of the translated short version of the Conners Rating Scale

T. Daradkeh

تقويم النص العربي لمقياس كونرز المبسط نوفق درادكه

ملخص:

الغرض من هذه الدراسة هو تقويم درجة تقويم ثبات ومصداقية النص العربي لآلية أو مقياس كونرز المبسط. وللوصول لهذه الغاية تم تقييم سلوك ١٢٨ تلميذاً وتلميذة بواسطة إستعال آلية كونرز من قبل كل من الوالدين والمعلمين. لقد أثبتت الدراسة أن الآلية المذكورة تتمتع بدرجة ثبات عالية إلا أن درجة مصداقيتها كانت منخفضة. وتؤكد هذه الدراسة التقارير السابقة بأن تستعمل هذه الآلية (المقياس) كجزء من التقويم الشامل للطفل.

Abstract

The purpose of this study was to estimate the reliability and validity of the translated short version of the Conners Teacher or Parent Rating Scale. Parents and Teachers were requested to rate 128 schoolchildren on the 10-item scale and to rate their School achievements. Item Reliability/Analysis revealed high scale reliability for both forms, but the validity of the scale was found to be low. The findings confirm previous reports that the scale should only be used as just one part of the total assessment of the child.

Key words: Conners, Reliability, Validity.

- 33. Wistedt B and Palmstrema T. Depressive symptoms in chronic schizophrenic patients after withdrawal of long-acting neuroleptics. J clin Psych 44, 369-371, 1983.
- 34. Hogarty GE and Munetz MR. Pharmacogenic depression among outpatient schizophrenic patients: A failure to substantiate. J Clin Psychopharm, 4, 17-24, 1984.
- Donlon P Rada R, Arora K. Depression and the reintegration phase of acute schizophrenia. AM J Psych 133, 1265, 1976.

- Priest RG, Shariatmadari, ME, Tarighati SH. Affective states in schizophrenia. Br J Soc clin Psychol 12, 283-28, 1973.
- 37. Roy, A. Depression in the course of chronic undifferentiated schizophrenia. Arch Gen Psych, 38, 296-297, 1981.
- 38. Planansky K, Johnston R. Depressive syndrome in schizophrenia. Acta Psych Scand, 57, 207-218, 1978.

Dr. R. C. GIMBRETT MRCPsych.

Senior Registrar, Ealing Mental Health Unit Ealing Hospital, Southall.

PROFESSOR R. G. PRIEST MD, FRCP (E), FRCPsych.

Head, Academic Department of Psychiatry St. Mary's Hospital Medical School, London.

- Hoedemaker FS. Psychotic episodes and postpsychotic depression in young adults. Am J Psychiatry 1970, 127, 606-610.
- Wildroe HJ. Depression following acute schizophrenic psychosis. J. Hillside Hosp 1966, 15, 114-122.
- Kayton L. Good outcome in young adult schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1973, 29, 103-110.
- 17. Gift TE, Strauss JS, Kokes RF et al. Schizophrenia: affect and outcome. Am J Psychiatry 1980, 137.
- 18. Mandel MR, Severe JP, Schooler NR, Gelenberg AJ, and Mieske M. Development and prediction of postpsychotic depression in neuroleptic treated schizophrenics. Arch Gen Psych 1982, 39, 197-203.
- Carpenter W, Bartks J, Strauss J, Hawk A. Signs and symptoms as predictors of outcome:
 A report from the international Pilot Study of schizophrenia. AM J Psych, 135, 940-944, 1978.
- Left J and Wing JK. Trial of maintenance therapy in schizophrenia. BMJ 1971, iii, 559-604.
- 21. Johnstone EC, Frith CD, Gold A, and Stevens, K. The outcome of severe acute schizophrenic illness after one year. BJ psych, 1979, 134, 28-33.
- 22. Becker RE. Depression in schizophrenia. Hospital and community psychiatry 1988, 39, 1269-1275.

- Heinricks, DW, and Carpendter, WT. Prospective study of prodromal symptom in schizophrenic relapse. AM J Psych 1985, 142, 371-373.
- 24. Siris SG. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-iv. Schiz Bulletin 1991, 17, 75-98.
- 25. Drake RE, Gotes C, Cotton PG, Whitaker A. Suicide among schizophrenics: who is at risk? J Nervous Ment Dis, 172, 613-617, 1984.
- Drake RE and Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. B J Psych 148, 554-559, 1986.
- 27. Roy, A. Suicide in chronic schizophrenia. BJ Psych 141, 171-177, 1982.
- 28. Galdi J and Hirsch SR. Discussion. The causality of depression in schizophrenia. B J Psych 142, 621-628, 1983.
- Van Putten T and May P. Akinetic depression in schizophrenia. Arch Gen Psych 36, 1101-11-7, 1978.
- 30. Hirsch SR. Depresion revealed in schizophrenia. B J Psych 140, 421-424, 1982.
- 31. Knights AK, Hirch SR. 'revealed' depression and drug treatment for schizophrenia. Arch Gen-Psych 38, 800-811, 1981.
- 32. Levy A B, Kurtz N, Kling AS. Association between cerebral ventricular enlargement and suicide attempt in chronic schizophrenia. AN J Psych 141, 438-439, 1984.

benefit and not benefit. It appears that those trials conducted in patients who were more stable and treated as out-patients showed more positive outcomes, and the unfavourable results tend to be in studies of in-patients.

One study, using small numbers of patients, has shown a favourable outcome for maintenance of antidepressant treatment in schizophrenics who showed an initial good response to an adjunctive antidepressant.

There are reports of the improvement of depression-like symptomatology with the addition of anti-parkinsonism drugs to the antipsychotic medication, but it seems likely that these patient groups had an akinetic syndrome rather than a true depressive illness.

References-

- 1. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. Edinburgh, Livingstone, 1919.
- 2. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York, International Universities Press, 1950.
- 3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition, revised. APA 1987.
- 4. Cooper JE. Diagnostic change in a longitudinal study of psychiatric patients. Br J Psych 1967, 113, 129-142.
- 5. = 20-24 in SYT in book.
- 6. Vaillant GE. The natural history of the remitting schizophrenias, Am J Psych. 1963, 120, 367-376.
- Craig TJ, Richardson MA, Pass R, et al. Measurement of mood and affect in schizophre

- nic inpatients. Am J Psychiat 1985, 142, 1272-77.
- 8. Pogue-geile, M. see book.
- 9. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in schizophrenia. Br J Psychiatry 1983, 142, 465-478.
- McGlashan TH, Carpenter WT. Postpsychotic depression in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1976, 33, 231-
- 11. Johnson DAW. The significance of depression in the prediction of relapse in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry 1988, 152, 320-323.
- 12. Roth S. The seemingly ubiquitous depression following acute schizophrenic epidsodes, a neglected area of clinical discussion. Am J Psychiatry 1970, 127, 51-58.
- 13. = 21-25 in 10.

Is Post Psychotic Depression Caused By Neuroleptics?

Descriptions in the earlier literature often raised the possibility that antipsychotic medication was the cause of depression in treated schizophrenics, and indeed depression is listed among the numerous potential side effects of the antipsychotic drugs in the Galdi²⁸ has put forward BNF. the concept of "pharmacogenetic depression" occurring in genetically predisposed patients who receive neuroleptic treatment. He suggests that in many cases it is commingled with Pseudo-Parkinsonism and that it is nigrostriatal in origin and responsive to anticholinergics. Other work has recognised the difficulty of distinguishing between depression and drug induced akintetic syndromes²⁹.

However, most recent evidence goes against the likelihood of neuroleptic use being implicated in most cases of post psychotic depression. Hirsch has argued against the concept of pharmacogenetic depression, and uses the term "revealed depression 30 31 to suggest that the depressive symptoms are an integral part of the schizophrenic syndrome and shows a common pathophysiological process.

The evidence from the recent studies supports this view. dies of patients not treated with neuroleptics find as much or more depressive symptomatology 33 34 Schizophrenic patients with depression do not take higher doses of neuroleptic drugs, and studies have found no relationship between the extent of depression and plasma or CSF neuroleptic con-Depression-like centrations. symptomatology is common at the height of the psychotic episodes and generally diminishes during the treatment phase. though perhaps at a slower rate, causing the depression to be "revealed" as the florid symptoms abate.

Treatment

A number of studies have looked at the efficacy of antidepressant medication in post psychotic depression. Antidepressants are of no value in schizophrenics without depressive symptomatology, or those who have depressive features only within a florid psychotic episode. Therefore, if antidepressants are of proven benefit in post psychotic depressive states, this provides useful evidence to support its delineation as a separate clinical entity. However, the literature remains unclear on this point. There are equal numbers of studies showing in the two years following first hospitalisation, but psychotic symptoms where correlated with poor outcome. They criticised previous studies for failing to employ systematic methods of symptom evaluation, not using reliable approaches for diagnosing schizophrenia, and relying on symptoms such as retardation and flat affect as evidence for the presence of depression.

The International Pilot Study of Schizophrenia found that depression was not a significant predictor of outcome in the early stages of schizophrenia, restricted affect being the only variable which discriminated between best and worst outcome groups 19. Mandel¹⁸ concluded that depressed patients had a history of chronic illness and a higher risk of relapse. Other studies conclude that no clinical variables are able to differentiate good from poor prognosis patients, but that social conditions are more relevant²¹

Johnson¹¹ found that depression occurring after an interval of one year from recovery from an acute relapse indicates a significant increase in the risk of a further relapse within 2 years, compared with no depression, or depression within the first year. He suggests that the aetiology of depression in patients after one year in a stable

mental state is different from that of depression within the first year, i.e. the former represents underlying schizophrenic acitivity prior to an early relapse.

Other more recent studies also provide evidence that depression occurring after the psychosis has resolved indicates a poorer prognosis²², but this may not apply to the depressive symptomatology seen during the early stages of schizophrenic illness²³.

It is estimated that around 10% of schizophrenics will commit suicide 25. These patients are more likely to have had depressive episodes or shown depressionlike symptomatology at their last contact. Suicide may correlate with hopelessness and the psychological aspects of depression more than with vegetative features²⁶. Schizophrenics who commit suicide have histories of depression, or show depressive symptomatology at their last contact more often than control groups²⁷. One study has suggested that ventricular brain ratios (VBRs) may correlate with suicidal attempts in schizophrenics³², and no doubt further work on these areas will follow in the next few years.

relapse and the implications of having an illness with a highly stigmatising label and a need for continued treatment may also play a part.

Post Psychotic Depression.

Depressive symptoms have frequently been reported in acute schizophrenic episodes. Affective symptoms are more prominent in acute than in chronic schizophrenics, though are still found in a large proportion of the latter.^{37 39}. However, depression also appears to be common in the months following an acute psychotic episode, when the acute psychotic symptoms are in remission. This is usually termed postpsychotic A review of the depression. literature¹⁰ suggests that 25% of patients become depressed in the 6 months after recovery from acute psychosis. It usually begins insidiously and is of variable duration. Roth¹² reported that post-psychotic depression occurs in acute "reactive" type schizophrenic patients without a prior history of psychosis, and where agitation and affective symptoms characterise the acute state. He found that chronic schizophrenics with acute relapses do not show as marked a depressive phase. suggested that neurasthenic signs remitted before the depression, energy levels and ability improving despite depressed affect

It remains to be clarified whether such depression represents features of the core disorder which are slower to resolve or are unmasked by the resolution of the acute psychotic features (so-called "revealed depression" - see below), or whether the depression should be regarded as a separate phenomenon with its own aetiology.

Prognosis

It has been widely reported in the earlier literature that affective symptoms have favourable prognostic implications in acute schizophrenia¹³, and that postpsychotic depression precedes good psychosocial recovery in schizophrenics¹⁴ 15 Kayton¹⁶ concluded that "a successfully traversed postpsychotic regression may be very important in producing a substantial and relatively enduring outcome in young adult schizophrenia". The presence of depressive features at the time of first presentation is often given as one of a list of "good prognosis" factors²⁰ and appears in standard psychiatric textbooks.

However, this view has been disputed by more recent work. Gift et al¹⁷ found affective symptoms had little prognostic power

A variety of measures have been used to assess depression in schizophrenics. However most rating scales are devised in order to assess either depressive disorders or schizophrenia, and this can lead to problems when they are used to measure affective symptoms in schizophrenics. Depression rating scales used with acutely ill schizophrenics show a high total scale reliability but much lower intra-item reliability⁷. Such scales may be measuring different dimensions in acute schizophrenics than in affective disorders. Schizophrenia and depression share signs and symptoms, including psychomotor disturbance, hypochondriasis, appetite and sleep disturbances. apathy and impulse control impairment. Also, depression may be more labile and transitory in overtly psychotic schizophrenics and depressive symptoms may be overshadowed by cognitive and behavioural disturbances. Donlon et al35 found that to identify and quantify depression in schizophrenics, it is best to measure aspects of depressive mind and attitude such as guilt, remorse. self-degradation, suicidal concern, pessimism, despair, helplessness and hopelessness. They found the depressive factor of the BPRS and the anxiety/depression factors of the Hamilton side were the most useful rating scales in acute schizophrenics.

A particular problem is the overlap between schizophrenic and depressive symptoms, especially the so-called "negative" symptoms of schizophrenia. Such features as poverty of speech, apathy, social withdrawal, anhedonia, fatigue, distractability, and decline in self care are well recognised in both conditions, and are often measured in rating scales for depression.

Personality and Life Events.

The contribution of personality in determining whether schizophrenics become depressed has received little attention. events have been shown to be precipitants of acute schizophrenic episodes. Roy et al⁹ found that chronic schizophrenics who became depressed as out-patients had experienced an excess of life events compared with non-depressed schizophrenic out-patients. They were also more likely to live alone, have low self-esteem and have suffered early parental loss.³⁸

Depression has also been conceptualised as a reaction to being ill, occurring as insight returns as a psychological response to awareness of the illness and its ravaging effects on patients' lives. Fear of

sence of "positive" symptomatology, especially the Schneiderian symptoms of first rank, has come to dominate the currently used diagnostic criteria. Hence depressive features have been relatively neglected in schizophrenic disorders.

The increasing recognition of such disturbances of affect in schizophrenics has led to the introduction of the category of schizoaffective disorder in the DSM-III-R, though this is still regarded as "one of the most confusing and controversial concepts in psychiatric nosology"3. This diagnosis is usually reserved for patients who meet fully the criteria for both schizophrenia and major depressive disorder. If schizophrenic symptoms predominate or the depressive features arise later in the course of the illness, the diagnosis remains one of schizophrenia, and the affective symptoms sit rather uneasily within this framework. syndrome of "post schizophrenia depression" is to be introduced in the forthcoming ICD - 10 to include these patients, who are being increasingly recognised and studied.

This article will review the concept of depression in schizophrenia, looking at current attitudes to aetiology, classification and management.

Depressive features may precede the first appearance of schizo-phrenic phenomena⁴, may coexist with the acute phase of the illness⁵, or may occur for the first time in the post-psychotic phase of the illness ^{6, 10, 11} or as the first indicator of impending relapse. It remains unclear whether depressive symptoms occurring in different phases of the illness have a shared aetiology or result from different mechanisms.

Problems of Definition and Assessment.

"Depression" as a term remains potentially confusing, as it is used in a number of different ways. It may represent an affect, a symptom, a syndrome, or a disease in itself. This makes it difficult to compare studies of the prevalence of depression in schizophrenia. Use of point prevalence in some studies and period prevalence in others further clouds the picture. Generally it appears that between 25 and 40% of schizophrenics experience depression during the acute phase of illnes. Studies of depression in the post psychotic stage give prevalence rates of from 7 to 70%. Siris²⁴ reviewed these studies and gave an overall estimate of 25%.

Contrary to earlier studies, depression does not signify better outcome of schizophrenia as recent studies are showing.

Lastly, the implication of the use of neuroleptics in the aetiology and the treatment of depressive symptoms in schizophrenia is discussed.

Résume

Le dépression dans la schizophrénie.

Cet article revoit le concept de dépression dans la schizophrénie, regardant les attitudes courantes pour l'étiologie, la classification et la conduite a tenir.

Les caractéristiques dépressives penvent précéder l'apparition des phénomènes schizophréniques, peuvent coexister avec la phase aigue de la maladie ou peuvent survenir pour la première fois dans la phase post-psychatique de la maladie, ou comme le premier indicateur d'une rechute imminente.

L'article revoit les problémes de définition et d'évaluation, l'impact de la personnalité et des événements de la vie. Il jette aussi de la lumiere sur la dépression post-psychotique quand les symptomes schizophréniques sont en rémission.

En opposition avec les études précédentes, la dépression ne signifie pas une meilleure évolution de la schizophrénie comme des études récentes l'ont montré.

En dernier lieu, l'implication de l'utilisation de neuroleptiques dans l'étiologie et le traitement des symptomes dépressifs dans la schizohrénie

Introduction

Depression has been recognised as occurring in schizophrenics dating back to the seminal descriptions of Kraepeline¹ and Bleuler², from which the modern concepts and definitions of schizophrenia are derived. Bleuler called depression "one of the most frequent acute disturbances in schizophrenia".

However, in the course of the development of diagnostic and classification schemes for the functional psychoses, schizophrenic illnesses have been conceptualised as associated with a fundamental defect in the emotions or volition, whereas mood disturbance is considered central to affective disorders. The pre-

DEPRESSION IN SCHIZOPHRENIA

R. C. Gimbrett and R. G. Priest

الكابّة في مرض الفصام جميرت ويوست

ملخص

هذه المراجعة لمفهوم الكآبة عند الفصاميين، نلتي الضوء على الاتجاهات الحديثة في تفسير الأسباب والتصنيفات والمعالجات لهذا المرض.

إن أعراض الكآبة يمكن أن تسبق ظهور الفصام كما يمكن أن يتزامن ظهورها مع الأعراض الحادة للمرض أو قد تظهر في المرحلة اللاحقة للمرض أو يمكن أن تكون مؤشراً أولياً على حدوث الانتكاس.

وهذه المراجعة تبحث في مشاكل التعريفات والتقييم. كما تبحث في أثر الشخصية وأحداث الحياة. وتلتي الضوء على الكآبة اللاحقة للذهان عندما تختني أعراض الفصام. وبعكس ما تقول الدراسات السابقة فإن ظهور الكآبة لا يعني نتائج أفضل في المعالجة. وأخيراً فإن هذه الورقة تناقش أثر استعال المهدئات الكبرى في إحداث المرض وفي معالحته.

Abstract

This article reviews the concept of depression in schizophrenia, looking at the current attitudes to aetiology, classification and management.

Depressive features may precede the first appearance of schizophrenic phenomena, may coexist with the acute phase of the illness or may occur for the first time in the post-psychotic phase of the illness or as the first indicator of impending relapse

The article reviews the problems of definition and assessment. The impact of personality and life events. It also throws light on postpsychotic depression when acute schizophrenic symptoms are in remission.

- Montgomery SA, Roy D, Montgomery DB: The prevention of recurrent suicidal acts. Br J Clin Pharmacol. 1983; 15: 183S-188S.
- 31. Motto J: Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment. Suicide Life Threat Behav 1976; 6:223-230.
- 32. Paykel ES: Stress and Life Events. National Institutes of Mental Health Conference on Youth Suicide. Bethesda, MD, May 1986.
- 33. Pokorny AD: A follow-up of 618 suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 1966; 14:1109-1116.
- 34. Pokorny AD: Prediction of suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:249-257.
- 35. Prien RF, Kupfer DJ, Mansky PA, Small JG, Tuason VB, Voss CB, Johnson WE. Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders: a report of the NIMH Collaborative Study Group comparing lithium carbonate, imipramine, and a lithium carbonate-imipramine combination. Arch Gen Psychiatry. 1984; 41:1096-1104.

- 36. Quitkin FM. The importance of Dosage in Prescribing Anti-depressants. British Journal of Psychiatry. 1985; 147:593-597.
- Reynolds, E. H., Chanarin, I., Milner, G. and Matthews, O.M. (1986) Anticonvulsant therapy; folic acid and vitamin B12 metabolism and mental symptoms,. Epilepsia 7, 261-270.
- Roy A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1982a; 39:1089-1095.
- 39. Schulsinger R, Kety S, Rosenthal D, et al: A family study of suicide, in Origins, Prevention, and Treatment of Affective Disorders. Edited by Schou M, Stromgren E. New York, Academic Press, 1979.
- Weissman, M. and Paykel, E.S., The Depressed Woman: A Study of Social Relationship, University of Chicago Press, Chicago, IL, 1974.
- 41. Weissman, M.M., Prusoff, B.A. and Klerman, G.L., Personality and the prediction of long term outcome of depression, Am. J. Psychiatry, 135 (1978) 797-800.

M. T. Abou - Saleh M. B. CH. B., PH.D., M. R. C. Psych.

Professor and Chairman, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine and Health Sciences.

United Arab Emirates University.

P. O. Box 17666 - Al - Ain

United Arab Emirate

- Dunner DL, Dwyer T, Fieve R: Depressive symptoms in patients with unipolar and bipolar affective disorder. Compr Psychiatry 17:447-451, 1976.
- Fowler RC, Tsuang MT, Kronfol Z: Communication of suicidal intent and suicide in unipolar depression. J Affective Disord 1979; 1:219-225.
- 18. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarett DB, Mallinger AG, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch G e n Psychiatry. 1990;47:1100-1105.
- Glen AIM, Johnson AL, Shepherd M. Continuation therapy with lithium and amitriptyline in unipolar depressive illness: a randomized, double-blind, controlled trial. Psychol Med. 1984; 14:27-50.
- 29. Goodwin FK and Jamison KR. Clinical Management of Suicidal Patients in Manic Depressive Illness. Edited by Goodwin FK and Jamison KR. New York Oxford, Oxford University Press, 1990, 27:769:779.
- Hirsch SR, Walsh C, Draper R: The concept and efficacy of the treatment of parasuicide. Br J Clin Pharmacol 1983; 15:189S-194S.
- 22. Klerman GL. Treatment of Recurrent Unipolar Major Depressive Disorder. Arch Gen Psychiatry.

- 1990:47:1158-1162.
- 23. Kreitman N, Smith P, Tan E: Attempted suicide as language: an empirical study. Br J Psychiatry 1970; 116:465-473.
- 24. Liberman RP, Eckman T: Behaviour therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. Arch Gen Psychiatry 1981; 38:1126-1130.
- 25. Mathews W, Barabas G: Suicide and epilepsy: a review of the literature. Psychosomatics 1981; 22:515:524.
- Miles C: Conditions predisposing to suicide: a review. J Nerv. Ment. Dis 1977; 164:231-246.
- Mindham RH, Howland C, Shepherd M. An evaluation of continuation therapy with tricyclic antidepressants illness. Psychol Med. 1973; 5:5-17.
- 28. Montgomery S, Montgomery D, Rani S, et al: Maintenance therapy in repeat suicidal behaviour: a placebo controlled trial. Proceedings of the 10th International Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Ottawa, Ontario, June 1979.
- 29. Montgomery S.A., Dufour H., Brion S., Gailledreau J., Laqueille X., Ferrey G., Moron P., Parant-Lucena N., Singer L., Danion J.M., Beuzen J.N. and Pierredon M.A. (1988). The prophylactic efficacy of fluoxetine in unipolar depression. British Journal of Psychiatry, 153 (Suppl. 3), 67-76.

References

1. Abou-Saleh M.T. How useful is a dexamethasone suppression test. Current Opinion in Psychiatry 1988, 1:60-65.

Abou-Saleh MT, Coppen AJ: Predictors of long-term outcome of mood disorder on prophylactic lithium. Lithium 1:27-35, 1990.

Abou-Saleh MT, Coppen AJ: Who responds to prophylactic lithium? J Affective Disord

10:115-125, 1986.

- Abou-Saleh, M.T. and Coppen A. Serum and red blood cell folate in depression. Acta Psychiatr Scand 1989:80:78-82.
- 5. Abou-Saleh, M.T. and Coppen A.J. Continuation Therapy with Antidepressants After Electroconvulsive Therapy (Editorial). Convulsive Therapy, 1988; 4(4):263-268.
- Angst J, Frey R, Lohmeyer B, Zerbin-Rudin E: Bipolar manic-depressive psychoses: Results of a genetic investigation. Hum Genet 55:237-254, 1980.
- Asberg M. Thoren P. Traskman L, et al: Serotonin depression: a biochemical subgroup within the affective disorders? Science 1976; 191:478-480.
- Beck AT, Schuyler D, Herman J: Development of suicidal intent scales, in The Prediction of Suicide. Edited by Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ. Bowie, Maryland,

- Charles Press, 1974.
- Brent D, Perper JA, Allman C: Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, PA, 1960-1983. JAMA 1987: 3369-3372.
- 10. Brent, D.A., Kupfer, D.J., Bromet, E.J., and Dew, M.A. The Assessment and Treatment of Patients at Risk for (1988) Review of Suicide. Psychiatry, 7:353-385.
- 11. Cohen J: Statistical approaches to suicidal risk factor analysis, in Psychobiology of Suicidal Behavior. Edited by Mann JJ. Stanley M. New York, Annals of the New York Academy of Sciences, 1986.
- 12. Coppen A, Abou-Saleh MT. Lithium in the prophylaxis of unipolar depression: a review. J R Soc. Med. 1983; 76:297-301.
- 13. Coppen A, Chaudhry S, Swade C: Folic acid enhances lithium prophylaxis. J Affective Disord 10:9-13, 1986.
- 14. Coryell W, Keller M, Endicott J, Andreasen N, Clayton P, Hirschfeld R: Bipolar II ilness: Course and outcome over a five-year period. Psychol Med 19:129-141, 1989.
- 15. Doogan D.P. and Caillard V. (1988). Setraline in the prevention of relapse in major depression. Psychopharmacology, 96 (Suppl.), 271.

their suicidality has abated and it is crucial to monitor their suicidality notwithstanding their improvement. Home leave trials before discharge should be very closely supervised by family to avert the considerable risk of suicide Studies showed that a high proportion of suicides occur shortly after discharge³⁸. Once discharged, patients should be closely followed up in the outpatient clinic. The clinician should remain accessible, available and maintain frequent contact with the patient and his Medication should be family. closely monitored and when toxic drugs are used, the family should be involved and take charge of medication.. Those who drop-out of treatment should be actively sought out. It has been shown that depressive suicidal patients who dropped-out of treatment and followed-up for a period of 4 years had a lower suicide rate when they were actively sought out than if no follow-up was arranged³¹. Studies evaluating psychological treatments in the prevention of suicidal behaviour over a period of 1-2 year showed better results for task-oriented and behavioural treatment than insight-oriented or conventional case work²⁴. Studies of drug treatments reported positive results with neuroleptics in reducing the rate of suicidal attempts in

frequent attempters when compared to Placebo²⁸. Antidepressant drugs are often ineffective in reducing suicidal behaviour ^{21, 33} The value of selective serotonin uptake inhibitors such as fluoxetine and sertraline has not been explored. There is a prima facie case for investigating their efficasy in view of the established involvement of 5-HT system in the biology of suicide and their high safety in overdose.

Conclusion:

The clinical management of affectively ill patients at risk for suicide is based on the comprehensive psychiatric and physical assessment including a thorough assessment of suicidal intent. Treatment should be targeted to the treatment of the underlying affective disorder and concurrent medical disorder or substance misuse. Treatment should be vigorous using effective treatment which should be continued until full remission of the illness for a period of at least 6 months. Patients with recurrent affective disorders should receive prophylactic treatment. There are no specific treatments for suicidal behaviour which could nevertheless be managed the long-term with supportive psychotherapy and community out-reach care.

received combined imipramine and interpersonal psychotherapy in the acute and continuation phases, which sets it apart from all other maintenance studies. Worthy of note, however, is that the success rate for placebo plus clinical management (20%) over 2 years maintenance treatment is identical to that obtained in the NIMH study³⁵ and may provide an estimate of outcome under naturalistic conditions.

The results of this study are encouraging and have important implications for long-term management of unipolar depression: high dose imipramine and interpersonal psychotherapy are effective maintenance treatments with a clear trend for the combination to achieve even higher recovery The study has also the important implication that conventional maintenance doses of tricyclic medication are subtherapeutic with the recommendation that patients should be maintained on their acute doses.

The value of cognitive therapy used solely or in combination with drug therapy requires evaluation in a similar study. One such study of the value of cognitive therapy in comparison with supportive psychotherapy in conjunction with lithium versus placebo in the elderly depressed, is near

completion (Wilson and Abou-Saleh, unpublished observations).

Of the new antidepressants, fluoxetine and sertraline were evaluated as long-term treatments and have been shown to reduce the relapse and recurrence rates of depression when compared with placebo ^{29, 15}.

Treatment of Suicidal Behaviour:

Suicidal patients including those who attempt suicide require careful assessment and those who are at high risk may best be cared for in a hospital environment with intensive nursing supervision. The decision to admit the patient to hospital is based on the seriousness of the suicidal intent or attempt, its circumstances, the degree of hopelessness, poor social support and associated medical and psychiatric illness including substance misuse. Those who refuse admission should be considered for compulsory admission and detention in hospital for assessment and treatment. Once the diagnosis is made. the patient should be treated vigorously with ECT, antidepressant and antipsychotic medication as required. The patient should remain under close observation and nursing supervision until

relapse rate by 50% compared to placebo within six to twelve months from recovery by ECT¹. In a number of controlled investigations of variable stringency. tricyclic antidepressants and lithium were shown to substantially reduce the long-term morbidity and mortality of unipolar illness¹². The results of these studies have, however, been disappointing with only 48% success rate (absence of relapse/recurrence) in the NIMH study with imipramine maintenance therapy over 2 years. The Medical Research Council study showed a success rate for amitriptyline of 32% over a period of 3 years maintenance therapy¹⁹.

The recent publication of the Pittsburgh study on the longterm treatment outcome of recurrent depression is a landmark and provides a major advance¹⁸. The study evaluated the effectiveness of four treatments in a large series of patients with unipolar depression with a high risk for relapse/ recurrence studied over a period of 3 years: high dose imipramine (200mg per day), interpersonal psychotherapy, combined interpersonal psychotherapy and placebo, combined interpersonal psychotherapy and imipramine and placebo, plus clinical manage-The results showed the ment. following success rates for the first year: imipramine 60% interpersonal psychotherapy 46%, imipramine plus interpersonal psychotherapy 84% and placebo plus clinical management 22%. Success rates after three years maintenance treatment were imipramine 46%, interpersonal psychotherapy 30%, imipramine plus interpersonal psychotherapy 60% and placebo plus clinical management 9%.

In this study, imipramine was used in high doses (200mg per day) for maintenance contrary to the conventional wisdom of using maintenance doses which are 50% to 70% lower than the doses used in acute treatment. This higher dose schedule may have contributed to the higher success rate in this study suggesting that conventional maintenance doses are subtherapeutic and less effective. There is evidence from acute studies that increasing the dose of tricyclic medication increases the recovery rate by $50\%^{36}$.

This study is of high quality in its methods and design and sets a new standard for maintenance studies. Criteria for selection of patients; maintenance of dose and blood levels; standardization of psychotherapy; clear definition of recovery, relapse, and recurrence; and application of survival analysis²². All patients however,

tion. Patients require good nursing care including supportive therapy which involves reassurance, encouragement and explanation that their condition is not a moral failure on their part. Providing reassurance to the patient and family is particularly important when the patient is suicidal: offering hope with an illness that is treatable and recoverable. Moreover, the therapist should maintain an "active relatedness" to the patient²⁰. choice of physical treatment will essentially depend on the severity of the symptoms and the decision has to be made as to whether they require electro convulsive therapy (ECT) or antidepressant medication as a priority. ECT is a rapid and most effective treatment for severe depressive illness, particularly if associated with delusions. morbid guilt and loss of insight (psychotic depression). particularly indicated tions with high sure risk, extreme distress, depressive stupor and physical deterioration, otherwise it is considered when

Antidepressant medication is the mainstay of treatment. For suicidal depression it is prudent not to use conventional antidepressants such as amitriptyline or imipramine in view of their toxi-

antidepressants fail to bring about

a satisfactory recovery.

city in overdose.

New antidepressants such as lofepramine (noradrenaline selective inhibitor) and the series of serotonin (5-HT) selective uptake inhibitors such as fluvoxamine. fluoxetine and sertraline have proven their worth as effective antidepressants with the advantage, particularly in the 5-HT series of not having anticholinerggic side-effects or cardiotoxicity when compared to conventional antidepressants. Most important is their safety in overdose and hence their usefulness in patients with high suicide risk.

Cognitive therapy has established efficacy in the management of depression presenting in hospital and general practical settings with evidence for its long-term effectiveness in preventing relapses or recurrence of illness.

Long-Term Management:

Long-term management occurs in two phases: a continuation therapy phase to prevent early relapse of illness and a maintenance/prophylactic phase to prevent recurrence. Studies of the value of continuation therapy after recovery have established the efficacy of antidepressants²⁷ and lithium³ in preventing relapse in illness. 'Continuation therapy with drugs appears to reduce the

Biological risk factors:

The biology of suicidal behaviour has been a fruitful area of investigation. Postmortem studies since the early 1960s showed diminished 5-HT and 5-HIAA concentrations in the brain stem. of completed suicides. Evidence for the involvement of the 5-HT system includes CSF5-HIAA concentration which is decreased in suicidal patients with depression, alcoholism and schizophrenia. Moreover, more recent postmortem brain studies showed decreased imipramine binding sites and increased 5-HT2 binding sites in the cortex of suicide victims. The other major biological marker for depression and suicide is the Dexamethasone suppression test (DST)¹. The relationship between dexamethasone nonsuppression and suicidality is clearly mediated by the presence of depressive illness particularly severe and delusional depression. The importance of dexamethasone nonsuppression for the management of suicidal behaviour, rests with the predictive value of nonsuppression to outcome. Studies of the long-term outcome of depression in relation to DST status showed that patients who failed to revert to normal suppression have the worst outcome: they relapsed or died by suicide in 77% of cases, while only 19% of those

who had a conversion to normal suppression had the same outcome. The DST is a useful aid in monitoring patients during maintenance and prophylactic treatment: continued non-suppression reflects, continuing vulnerability and indicates the need for more intensive follow-up and continuation on maintenance or prophylactic therapy.

Treatment:

The treatment of patients at risk for suicide is not different in principle from the treatment of patients who are not at such risk except for the management of their suicidality and of other risk factors including the treatment of concurrent medical conditions. substance misuse and the specific treatment of suicidal behaviour. The prime objective of treatment is the treatment of the underlying affective illness with effective acute treatment, continatuion/ maintenance therapy to maintain patients in the remission and where indicated the introduction of prophylactic treatment to prevent future recurrences of illness.

Acute treatment:

Treatment should be undertaken in hospital if there is a serious suicide risk or physical deteriorarisk factors for suicide. It appears that their contribution to increased risk of suicide is possibly mediated by the common occurrence of depressive illness in these disorders.

Substance misuse:

Alcohol and drug abuse is a nowerful determinant of suicidal behaviour in a substantial minority of adult and adolescent suicide victims intoxicated at a time of death⁹. This is related to the strong disinhibiting effects of alcohol and drugs on suicidal behaviour. The association of substance misuse disorders and suicide is also related to their common association with affective disorders. It is, therefore, crucial to enquire into the history of substance misuse and exclude its presence as part of the assessment of current psychiatric status.

Assessment of suicidal intent:

Assessment of suicidal intent is the most crucial element in psychiatric examination. Suicidal intent ranges from ideas and wishes of death to determined plans. This task should be approached with the utmost tact starting with general questioning about the degree of hopelessness to the presence of any suicidal ideas to enquiring into constructed plans for suicide. Suicidal

intent is strongly related to the degree of hopelesssness and the 15-item Suicidal Intent Scale devised by Beck et al (1974) is a useful aid in assessing suicidal risk. Brent et al (1988) in their review laid emphasis on the circumstances of the suicidal act highlighting the importance of precipitating and motivating factors and the medical lethality of the suicidal attempt. Stressful events are important contributing factors to occurrence of suicidal attempts³², and most importantly bereavement which is also often complicated with depression. Childhood bereavement is associated with occurrence of severe depressive illness and suicide later in life. Assessing the motivation for suicidal behaviour and whether it reflects a strong desire to die or to influence another person's behaviour or express anger has implications for management. The degree of lethality of the suicidal act is not a strong correlate of the seriousness of suicidal intent. Availability of means of suicide is of crucial importance and most importantly the availability of intoxicating drugs such as tricyclic antidepres-A sizeable majority of sants. patients who die by suicide use antidepressant drugs that they obtained from their general practitioners.

recovery⁴⁰ and/or by rendering the individual more vulnerable to undesirable life events and changes that might well also be provoked by this personality disturbance

Suicidal behaviour is likely in patients with deficits in interpersonal problem-solving skills and dysfunctional cognitions who resort to the short-cut solution of suicidal behaviour in their life and interpersonal crisis. It has also been noted that patients who are independent, confident and striving are more likely to react suicidally to their illness than those with lack of confidence who are used to seeking help and may not be also so demoralised to resort to this behaviour. adequacy of interpersonal relationships and family support is also critical for the survival of suicidal patients.

Medical disorders:

Medical disorders such as peptic ulcer, cancer and Huntington's Chorea are associated with suicide. Medical disorders which are also commonly associated with depressive illness are also associated with suicide such as endocrine disease and neurological conditions such as multiple sclerosis and epilepsy. The risk for suicide in cancer patients is highest soon after the diagnosis is

made and in those who receive chemotherapy. This association may be mediated also by the common occurrence of alcohol misuse and depression in patients with cancer. The association with peptic ulcer disease may also be mediated by the high prevalence of alcoholism in patients with this illness.

In epilepsy the suicide rate is 4 times that of normal controls which has been attributed to treatment with phenobarbital²⁵. This phenomenon may also be a correlate of depression, a common occurrence in these patients which has also been related to folate deficiency³⁷. Folate deficiency is a common occurrence in affective disorders with evidence for folate supplement enhancing recovery in these disorders ³.

Endocrine disorders such as Cushing's disease, hypo and hyperthyroidism are commonly associated with depressive symptoms and with suicide. Hypothyroidism including sub-clinical hypothyroidism may also occur during lithium therapy and contribute to rapid cycling illness and lithium resistance.

All in all, it is crucial to enquire into the history of the medical disorders and exclude their presence in the current assessment as a 40 year follow up study of a large cohort of patients with bipolar illness reported that all those who died by suicide had previously threatened it and none of the patients who survived had ever threatened suicide during the follow-up period indicating that the presence of suicidal intent is a specific predictor of future suicide.²³

Previous History:

It is most important to enquire into previous history of affective illness to obtain a detailed chart of the course of illness. For previous episodes of illness, it is important to note the occurrence of suicidal ideas and threats and time of their occurrence whether during mixed affective and transitional states of depression and mania. The presence of delusions in the affective state is also associated with a high risk for suicide as well as associated alcohol misuse. The risk of suicide is highest in the first years of the illness. Goodwin and Jamison (1990) highlighted the important points of the latency of the occurrence of suicidal attempts/ideas from the onset of illness, and the time of most vulnerability within individual episodes whether in the beginning, at its peak or at the tail end of an episode or in the transition between manic to depressive phases and the increased risk at postpartum, seasons, anniversaries and the menstrual cycle.

Personality:

Personality is a strong determinant of suicidal behaviour and a proportion of patients who attempt or commit suicide including those with affective disorders show abnormal personality traits and in a minority severe personality disorders with a strong tendency for violence, sensation seeking and impulsivity which has also been related to the biological risk factor of low CSF5-HIAA first reported by Asberg et al (1976). The impact of personality dysfunction on suicidal risk in affective disorders may also be mediated by increased risk of relapse/recurrence of affective Studies of long term episodes. outcome of affective disorders on prophylactic lithium have shown that the abnormal personality traits such as increased neuroticism, introversion, decreased drive, low dominance and increased intropunitiveness are strongly associated with high recurrence of morbidity^{3, 2.}

In studies of long-term outcome of depressive illness, high neuroticism⁴¹ proved to be a powerful predictor of outcome.

Personality disturbance per se may contribute to poor outcome by impairing or retarding social psychological treatments. It is shown that the most effective means of managing affectively ill patients at risk for suicide is the treatment of the underlying illness with effective, acute and longterm physical and psychological treatments.

Suicidal behaviour in affective disorders:

The first review of studies of the rate of suicide in unipolar and bipolar patients (14 studies) found that at least 15% of all deaths among patients were the result of suicide a rate that is 30 times of that found in the general population. A more recent review of 30 studies of completed suicide found a range of 9 to 60% of affectively ill patients of death by suicide with a mean of 19% 20. Studies of attempted suicide in patients with affective disorders (15 studies) show that 25-50% of patients attempted suicide at least once. Sex differences in suicidal behaviour observed in the general population are not obtained in studies of patients with affective disorders particularly those with bipolar illness where differences are marginal rather than substantial as in the general population. A review of 8 studies showed no differences in the rates of suicidal behaviour between patients with bipolar and unipolar illness²⁰. Patients with bipolar I illness have lower rates of suicidal behaviour than patients with bipolar II illness ¹⁶. This may be related to the distinguishing characteristics of bipolar II patients who have more complicated psychopathology with higher prevalence of personality pathology and substance misuse ¹⁴. This finding was not confirmed by Angst et al (1980) in similar populations who nevertheless reported a similar pattern in their first degree relatives.

Clinical management of patients at risk for suicide:

The management of patients at risk for suicide starts with a comprehensive assessment of their physical and psychiatric status with particular emphasis on the assessment of previous suicidal behaviour, family history of suicidal behaviour, personality, current or previous history of medical disorders, substance misuse and most importantly the assessment of suicidal intent.

Previous suicidal behaviour:

At least 1% of those who attempt suicide, die by suicide every year and those with multiple attempts are at a particularly high risk of suicide³⁴. There is also evidence that patients with suicidal ideas and plans have a similar risk to those who had attempted suicide³³. Fowler et al, (1979) in

Introduction:

The clinical management of patients with risk for suicide is by far the most difficult element of their overall management and suicidal behaviour remains unpredictable. There are no strict guidelines for risk management. Clinicians in their endeavours to confront this most dreaded outcome of psychiatric disorder fall back on their paternalistic stance taking over responsibility for the suicidal patient's life when he refuses treatment.

The risk of suicide in patients with affective disorders is at least 10 times that of the general population. The incidence of suicide in psychiatric patients including those who had previously attempted suicide is in the order of 1 per cent per year and followup studies show that at least 10-15% of patients die by suicide 26. task of determining who is at risk for suicide has been facilitated by our accumulating knowledge of risk factors demographic, clinical, psychological or social. characteristics, however, also describe patients who will never commit suicide. This is related to the very low basic rate of suicide even in the highest risk groups. This problem was well addressed by Cohen (1986). It is

based on the assumption that suicide rate in the highest risk group is 1% per year vs 10 in 100.000 per vear general population and assuming that a hypothetical predictor index with a sensitivity of 90% (takes 9 out of 10 patients who would commit suicide) and specificity of 90% then the false positive rate is If 1000 patients were 90%. screened, the predictor index would designate 100 patients as potential suicides of whom 90 would not commit suicide.

Notwithstanding this logic and the shortcomings of this statistical approach to management, clinicians confronted with suicidal patients in their daily practice could still be guided by these risk factors and include them in their overall clinical management of patients at risk for suicide.

In this paper, the clinical management of patients at risk for suicide is described including assessment methods and therapeutic strategies: the risk of suicide and attempted suicide in sub-groups of patients with affective disorders, risk factors that should be considered in the clinical assessment; clinical, psychological or social and the management of these factors with physical and

THE MANAGEMENT OF PATIENTS AT RISK FOR SUICIDE

M. T. ABOU - SALEH معالجة المرضى الذين يشكّلون خطورة انتحار محمد أبو صالح

ملخص:

تراجع الورقة الدراسات في مجال معالجة المرضى الذين يظهرون خطورة انتحار وتبحث العلاقة الشائكة بين الانتحار والاضطرابات الوجدانية، وتركز على تقويم ومعالجة هؤلاء المرضى من خلال استقصاء التاريخ السابق لمحاولات الانتحار، وتاريخ العائلة في هذا التصرف الشخصي، الأمراض الطبية وإساءة إسراف استعال العقاقير والكحول، وتبحث المؤشرات البيولوجية لخطورة الانتحار بالاضافة للمعالجة الفورية والمعالجة الطويلة الأمد.

Abstract

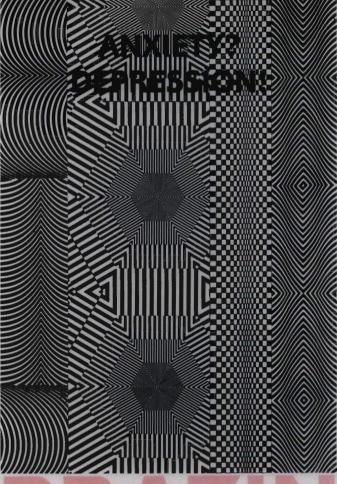
The paper reviews the literature in the field of managing patients at risk of suicide, exploring the complex relationship with affective disorders, emphasis on the assessment and management through, history of previous attempts, family history of suicidal behaviour, personality, medical diseases, and abuse of Alcohol and drugs. The biological risk factors and the acute and long term treatment are discussed.

Resumé

La prise en charge de malades a risque de suicide

Le papier revoit la littérature dans le domaire de la prise en chage des malades a risque de suicide, explorant le rapport complexe avec les troubles affectifs, et il appuie sur l'évaluation et la prise en charge, l'histoire des tentatives antérieures, l'histoire familiale de comportement suicidaire, la personnalité, les maladies médicales, l'abus d'alcool et de médicaments ...

Les facteurs de risque biologiques et le traitement a court et a long terme sont discutés.



PRAZIN

Another Quality Product From HIKMA

PRAZIN (Alprazolam) THE UNIQUE ANXIOLYTIC WITH OUTSTANDING ANTIDEPRESSANT EFFICACY

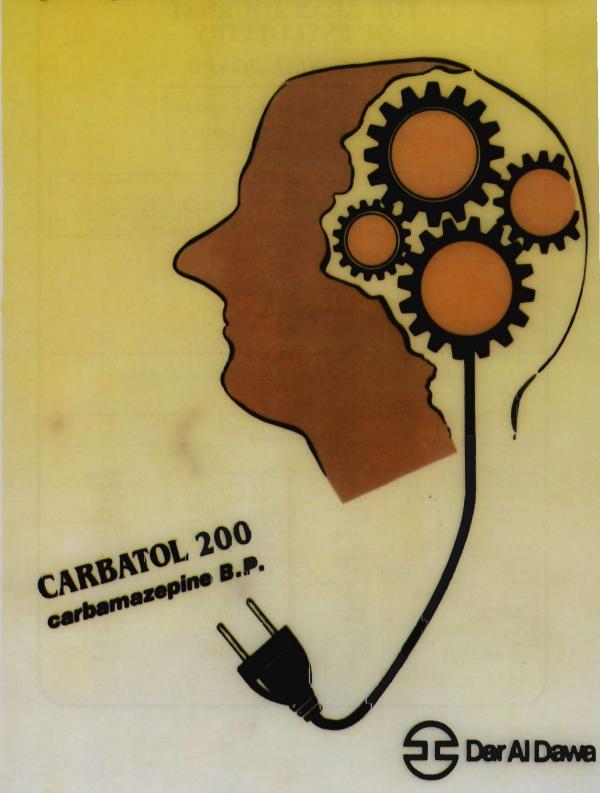


Hikma Pharmaceuticals P.O.Box 182400 Amman - Jordan Tel: 811692, Fax: 817102 Tix: 22328 Hikma Jo

CONTENTS-

Review Article	
The Management of Patients at risk for suicide	
M. T. Abou-Saleh.	66
Annotation Depression In Schizophrenia	
R. C. Gimbrett and R. G. Priest.	80
Papers The Reliability and Validity of the Translated short version of the Conners Rating Scale.	
T. K. Daradkeh	90
Sociodemographic Correlates, Pattern and Comorbidity of Drug Abuse Among Psychiatric Patients.	
N. A. Qureshi.	98
Obituary ·····	108
Reality and Object Relations Through Bahrainian and Egyptian Proverbs.	
Y. T. Rakhawy	143

HELP your patient to become more sociable



THE ARAB JOURNAL OF PSYCHIATRY

EDITORIAL BOARD

Editor -in Chief Adnan y. TAKRITI

Deputy Editor Walid SARHAN

Editors

Nizam ABU HIJLEH Mohammad ALFAREKH

Assistant Editors

Mahmoud ABU-DANOON, Bahjat ABDEL RAHIM, Radwan ALI, Tayseer Elias AHMAD

Associate Editors

Yahya RAKHAWI - Egypt Kutaiba CHALEBY - Saudi Arabia Dris MOUSSAOUI - Morrocco Fuad ANTUN - Lebanon

Editor Assistant

Siham AL-WAHOUSH

French Translation: Samir Abu-Jamus

Samir Aba-Jamas

______ Secreterial Assitance -

Hussein AWADI Raja NASRALLAH Khadija NAJDAWI

Advisory Board _____

Egypt
Egypt
Egypt
Lebanon
France
Tunisia
Iraq
Yemen
Qatar
Saudi Arabia
Egypt
Sudan
Sudan
Kuwait
Ireland
U.S.A.

Mohammad HADDAD Ali KAMAL Peter KENNEDY Hanna KHOURY Ali MATAR AlZain OMARA Robert PRIEST Gerald RUSSEL Awni SAAD Adel SADEK Mohammad SHAALAN Omar SHAHEEN Walid SHEKIM Virgil WOOTEN Hasaba SULEIMAN	Bahrain Jordan U.K. Syria Bahrain U.A.E. U.K. Jordan Egypt Egypt U.S.A. U.S.A. Sudan
Virgil WOOTEN	U.S.A.
Hasabo SULEIMAN	Sudan
Nezih HAMDI	Jordan

NOTICE TO CONTRIBUTORS THE ARAB JOURNAL OF PSYCHIATRY is published

under the auspices of the Arab Federation of Psychiatrists, provisionally in November and May of each year.

Communications of original papers, reviews, case reports and brief communications in all fields of psychiatry are accepted provided that their substance has not been published elsewhere. Manuscripts in Arabic, English and French are accepted. An abstract not exceeding 150 words must be provided. It must be translated into the other two languages.

General advice to authors:

Great importance is attached to clarity and brevity of expression. Manuscripts should be typed on one side of the page with double spacing and wide margins. Page size should be 28 × 21 cm. Starting from the title page, all pages must be numbered sequentially. Three high quality copies should be submitted. The title should be brief and to the point. The names of the authors should appear on the title page, and their names, degrees, affiliations and full adresses at the end of the paper.

References: Should be listed numerically according to their sequence in the text at the end of the paper including the author's surname with initials, years, full title of the article, Journal name, Volume number and page number, for example:

(1) Gawad, M.S.A. and Arafa, M. (1980): Transcultural Study of Depressive Symptomatology. Egypt. J. Psychiat., 3: 23-37.

Tables, figures and photographs should be provided on a seperate sheet with an adequate heading. The desired position in the text must be indicated.

Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical Journals, Br. Med. J 1988: 401-405 should be sought.

- ★ Prints: -10 off prints of each paper are provided free of charge.
- ★ Deadline for papers: 30th sept. and 30th March.
- * Subscription: Subscription to The Arab Federation of Psychiatrists will cover the subscription for the ARAB JOURNAL OF PSYCHIATRY.
- * Annual Subscription: US \$ 25, Single copy: US \$ 20 Subscription of others: US \$ 40
- * Subscriptions are made to National Jordan Bank, Jabal Amman, Amman Jordan Account No. 120 Bank transfers are accepted only.

The Editor, Dr. Adnan Takriti

* P.O.B. 5370 Amman - Jordan

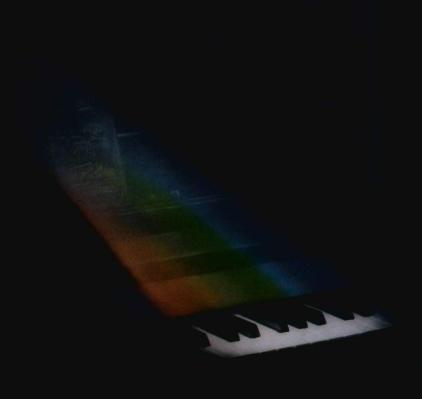
Editorial Letter

Dear Colleagues,

The editorial board is introducing this issue of the Journal on the eve of the fifth panarabic congress to be held in Casablanca.

It is the persistence and patience of our colleagues all over the arab world that the cause of the arab federation of psychiatrist is fulfilled. Let us ask almighty allah to overcome our difficulties and unite over our sacred cause.

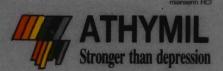
The editor

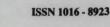


Athymil immediately begins to change the picture.

Athymil immediately improves sleep and within one week feelings of anxiety and agitation are being relieved. In addition to proven antidepressant efficacy Athymil offers your depressed patients a series of important therapeutic benefits such as: low overdose toxicity and a minimum of troublesome anticholinergic side-effects.

For further information please contact:
Organon Middle East, P.O.Box 5669, NICOSIA - CYPRUS





THE ARAB JOURNAL OF PSYCHIA

VOLUME 3, NO. 2, NOVEMBER, 1992

Published by
The Arab Federation of Psychiatrists

Division of the Arab Medical Association

Happy again



Maprotiline HC





THE ARAB JOURNAL OF PSYCHIATRY

VOLUME 3, NO. 2, NOVEMBER 1992

Published by
The Arab Federation of Psychiatrists