



TABLE OF CONTENTS

Editorials

- **Climate Change Conference (COP27): Urgent Action Needed for Africa and the World** 96 – 100
Lukoye Atwoli, Gregory E. Erhabor, Aiah A. Gbakima, Abraham Haileamlak, Jean-Marie Kayembe et al
- **The Role of Vitamin D in Mental Health** 107 – 109
Nazar M Mohammad Amin

COP27 Climate Change Conference: urgent action needed for Africa and the world

Review Articles

- **Acute Stress Disorder Prediction of Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature** 110 – 121
Joodi Mourhli, Josleen Al Barathie, Elie Karam
- **Gender Disparity in Mental Disorders: A Review Article from Iraq** 122 – 128
Maha Sulaiman Younis

Original Papers

- **Burnout in Healthcare Workers During the COVID19- Pandemic** 129 – 137
Meryem Herken, Cuneyt Tegin, Rif S. El-Mallakh
- **Quality of Life of Stabilized Outpatients' Families with Psychiatric Disorders in the Eastern Region of Morocco** 138 – 147
Bouchra Oneib, Meryem Lamjoun, Naima Abda
- **Stigma in Mental Health** 148 – 156
Saif Daniel Alrashid, Ali Alqam
- **Cognitive Symptoms in Patients with Schizophrenia at the Psychiatric Ward and Outpatient Clinic in Sulaimani City** 157 – 167
Zana Ahmad Qasab, Nazar M Mohammad Amin, Vanya Ibrahim Jwamer

Case Series

- **Renal Cell Carcinoma with Long-Term Use of Clozapine** 168 – 170
Nahla Fawzi Jamil, Sudad Jawad Al-Timimi, Ali Jawad

Arabic Language

- **من التحليل النفسي إلى التحليل الثقافي: عن استخدام الثقافة والدين في العلاج النفسي** 171 – 176
مروان دويري
- **أعلام في الطب النفسي العربي المعاصر أبرز المحطات الحياتية في رحلته مع الطب النفسي** 1167 – 177
أ.د. أحمد عكاشة

Instruction to Authors

The Arab Journal of Psychiatry (AJP) is published by the Arab Federation of Psychiatrists since 1989 in Jordan. The Journal is biannual published in May and November electronically. Original scientific reports, review articles, and articles describing the clinical practice of Psychiatry will be of interest for publication in AJP. The Articles should not be published before. The articles may be written in English or Arabic and should always be accompanied by an abstract in English and Arabic. All Papers are accepted upon the understanding that the work has been performed in accordance with national and International laws and ethical guidelines. Manuscripts submitted for publication in the Arab Journal of Psychiatry should be sent to:

The Chief Editor.

Papers are submitted in electronic form

- Title, running head (Max: 40 letters), title of the article in English and Arabic, the names of authors should be without their titles and addresses in both languages.
- Abstract in English (max: 200 words). It should follow a structured format (objectives, method, results and conclusion). It should be followed by key words (max. 5).
- Declaration of interest after the key words.
- Names of authors, titles, and full addresses and address for correspondence at the end of the paper.
- Acknowledgment of support and persons who have had major contribution to the study can be included after the references.
- Arabic abstract like the English abstract should follow a structured format. In addition, it follows the references section (last page).
- All Pages should be numbered.

Tables

Tables should be typed with double-spaced in separate pages. They should be numbered with Arabic (e.g1, 2, 3) numerals and have a short descriptive headings.

Illustrations

All illustration should be submitted camera-ready; line drawings/diagrams should be approximately twice the size they will appear in the journal.

Reference List

References should follow the 'Van Couver style' only the numbers appear in the text. List them consecutively in the order in which they appear in the text (not alphabetically).

Example of references:

- Zeigler FJ, Imboden, JB, Meyer E. Contemporary conversion reactions: a clinical study. *Am. J. Psychiatry* 1960; 116:901 – 10.
- Mosey AC. Occupational therapy. Configuration of a profession. New York: Raven Press, 1981.

Mailing Address:

Dr. Walid Sarhan - The Chief Editor -The Arab Journal of Psychiatry

P.O. Box 541212 Postal Code 11937 Amman – Jordan

Tel: 00962 – 6 – 5335446 Fax: 00962 – 6 – 5349763

Email: wsarhan34@gmail.com, wsarhan34@hotmail.com

Journal Website: <http://arabjournalpsychiatry.com/>

Letter from the Editor



Dear Colleagues,

It's my pleasure to introduce this issue of the journal, after my re-election as chief editor by the new executive committee of the Arab Federation of Psychiatrists last September.

The new committee is supporting the journal and work on its development.

The evaluation of the Journal by Arcif (Arab Citation and Impact Factor) for 2022 showed the AJP to be in the second rank among 18 medical journals and it has been classified in the psychology journals as well.

My colleagues I am sorry to inform you that I will be leaving the position of the chief editor after the next issue, May 2023.

The Journal is available on:

ALMANHAL database, PSYCHINFO, EPSCO, DAR ALMANDUMAH database, and the Journal website.

The journal Is approved by the federation of Arab universities.

The November volume of the *Arab Journal of Psychiatry* offers the usual collection of stimulating and interesting studies and review articles. Stigma in mental health, raising awareness about the impact of Vitamin D deficiency on mental health and the effects of gender inequality are among the topics that have been explored.

The *AJP* has also joined forces with more than 250 international health journals to publish an editorial urging world leader to deliver climate justice for Africa ahead of the UN Climate Change Conference (COP27) taking place in Cairo, Egypt in November. Why should this matter to our readers? In the Middle East and North Africa, we are seeing first-hand the damaging impact of air pollution on the health of our communities, increasing the risk of dangerous disease and illness. The damage to Africa should be of supreme concern to all nations because, in an interconnected world, leaving countries to the mercy of environmental shocks creates instability that has severe consequences for all nations.

Dr Adrian James, President of the Royal College of Psychiatrists, has stated that 'no one can deny that the climate and ecological crisis is a mental health emergency and requires an urgent response. Everyone deserves access to good quality green space, protection from the rising cost of energy, and clean air to breathe. These are not 'nice to haves', they are fundamental to protecting our mental and physical health now and for future generations.'

The *Arab Journal of Psychiatry* calls upon its contributors to apply their efforts to this important area of research and welcomes reviews, editorials and new avenues of study relating to the impact of climate crisis on the mental health of MENA communities.

Sincerely,

Walid Sarhan

Editor-in-Chief

Amman, Jordan

November 2022

Table of Contents

Editorials

- **Climate Change Conference (COP27): Urgent Action Needed for Africa and the World**
Lukoye Atwoli, Gregory E. Erhabor, Aiah A. Gbakima, Abraham Haileamlak, Jean-Marie Kayembe et al 96 – 100
- **The Role of Vitamin D in Mental Health**
Nazar M Mohammad Amin 107 – 109

COP27 Climate Change Conference: urgent action needed for Africa and the world

Review Articles

- **Acute Stress Disorder Prediction of Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature**
Joodi Mourhli, Josleen Al Barathie, Elie Karam 110 – 121
- **Gender Disparity in Mental Disorders: A Review Article from Iraq**
Maha Sulaiman Younis 122 – 128

Original Papers

- **Burnout in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic**
Meryem Herken, Cuneyt Tegin, Rif S. El-Mallakh 129 – 137
- **Quality of Life of Stabilized Outpatients' Families with Psychiatric Disorders in the Eastern Region of Morocco**
Bouchra Oneib, Meryem Lamjoun, Naima Abda 138 – 147
- **Stigma in Mental Health**
Saif Daniel Alrashid, Ali Alqam 148 – 156
- **Cognitive Symptoms in Patients with Schizophrenia at the Psychiatric Ward and Outpatient Clinic in Sulaimani City**
Zana Ahmad Qasab, Nazar M Mohammad Amin, Vanya Ibrahim Jwamer 157 – 167

Case Series

- **Renal Cell Carcinoma with Long-Term Use of Clozapine**
Nahla Fawzi Jamil, Sudad Jawad Al-Timimi, Ali Jawad 168 – 170

Arabic Language

- من التحليل النفسي إلى التحليل الثقافي: عن استخدام الثقافة والدين في العلاج النفسي
مروان دويري 171 – 176
- أعلام في الطب النفسي العربي المعاصر
أبرز المحطات الحياتية أ.د. أحمد عكاشة
في رحلته مع الطب النفسي 177 – 176

التاريخ: 2022/09/28

الرقم: L22/0542 ARCIF

السعادة أ. د. رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي **The Arab Journal of Psychiatry** المحترم
اتحاد الأطباء النفسيين العرب، عمان الأردن
تحية طيبة وبعد،،،

يسر معامل التأثير والاستشهادات المرجعية للمجلات العلمية العربية (ارسييف - ARCIF)، أحد مبادرات قاعدة بيانات "معرفة" للإنتاج والمحتوى العلمي، إعلامكم بأنه قد أطلق التقرير السنوي السابع للمجلات للعام 2022.

يخضع معامل التأثير "Arcif" لإشراف "مجلس الإشراف والتنسيق" الذي يتكون من ممثلين لعدة جهات عربية ودولية: (مكتب اليونيسكو الإقليمي للتربية في الدول العربية ببيروت، لجنة الأمم المتحدة لغرب آسيا (الإسكوا)، مكتبة الاسكندرية، قاعدة بيانات معرفة). بالإضافة للجنة علمية من خبراء وأكاديميين ذوي سمعة علمية رائدة من عدة دول عربية وبريطانيا.

ومن الجدير بالذكر بأن معامل "Arcif" قام بالعمل على فحص ودراسة بيانات ما يزيد عن (5100) عنوان مجلة عربية علمية أو بحثية في مختلف التخصصات، والصادرة عن أكثر من (1400) هيئة علمية أو بحثية في (20) دولة عربية (باستثناء دولة جيبوتي وجزر القمر لعدم توفر البيانات). ونجح منها (1000) مجلة علمية فقط لتكون معتمدة ضمن المعايير العالمية لمعامل "Arcif" في تقرير عام 2022 .

ويسرنا تهنئكم وإعلامكم بأن المجلة العربية للطب النفسي **The Arab Journal of Psychiatry** الصادرة عن اتحاد الأطباء النفسيين العرب، عمان الأردن، قد نجحت في تحقيق معايير اعتماد معامل "Arcif" المتوافقة مع المعايير العالمية، والتي يبلغ عددها (32) معياراً، وللاطلاع على هذه المعايير يمكنكم الدخول إلى الرابط التالي:

<http://e-marefa.net/arcif/criteria/>

وكان معامل "ارسييف Arcif" العام لمجلتكم لسنة 2022 (0.0488). وتهنئكم بحصول المجلة على:

- **المرتبة الثانية** في تخصص العلوم الطبية والصيدلة والعلوم الصحية من إجمالي عدد المجلات (12) على المستوى العربي، مع العلم أن متوسط معامل ارسيف لهذا التخصص كان (0.032).
- **كما صنفت في** تخصص علم النفس من إجمالي عدد المجلات (34) على المستوى العربي، مع العلم أن متوسط معامل ارسيف لهذا التخصص كان (0.394).

وبإمكانكم الإعلان عن هذه النتيجة سواء على موقعكم الإلكتروني، أو على مواقع التواصل الاجتماعي، وكذلك الإشارة في النسخة الورقية لمجلتكم إلى معامل "ارسييف Arcif" الخاص بمجلتكم.

ختاماً، نرجو في حال رغبتكم الحصول على شهادة رسمية إلكترونية خاصة بنجاحكم في معامل " ارسيف"، التواصل معنا مشكورين. وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير

أ.د. سامي الخزندار

رئيس مبادرة معامل التأثير "Arcif"





إتحاد الأطباء النفسيين العرب
ARAB FEDERATION OF PSYCHIATRISTS

اتحاد الأطباء النفسيين العرب

أعضاء المجلس التنفيذي

2022

- | | |
|---|---|
| رئيساً فخرياً | 1. أ.د. أحمد عكاشة – مصر |
| رئيساً | 2. أ.د. سامية الخوري – الإمارات العربية المتحدة |
| اميناً عاماً | 3. أ.د. مصطفى شاهين – مصر |
| الأمين العام المساعد الأول والمستشار المالي | 4. أ.د. هشام رامي – مصر |
| الأمين العام المساعد الثاني | 5. أ.د. غانم الحساني – الإمارات العربية المتحدة |
| رئيس تحرير المجلة العربية | 6. د. وليد سرحان – الأردن |
| نائب رئيس تحرير المجلة العربية | 7. أ.د. طارق الحبيب – المملكة العربية السعودية |
| المستشار العلمي | 8. أ.د. حمد السناوي – سلطنة عمان |
| مستشار المؤتمرات | 9. أ.د. شارلوت كامل – البحرين |
| مستشار العلاقات الدولية | 10. د. محمد صديق – السودان |
| مستشار الشعب | 11. د. عيد المحسن الحمود – الكويت |
| المستشار التقني | 12. أ.د. مدحت الصباحي – مصر |

مجلس الحكماء

- أ.د. عبدالله عبد الرحمن – السودان
د. ناصر الشريقي – الاردن
أ.د. شارل بدوره – لبنان
أ.د. ممتاز عبد الوهاب – مصر
د. عادل كراني – الإمارات العربية المتحدة
أ.د. طارق الحبيب – المملكة العربية السعودية

Climate Change Conference (COP27): Urgent Action Needed for Africa and the World

Chris Zielinski & et.,al

مؤتمر الأمم المتحدة المعني بتغير المناخ (COP27): العمل على إتخاذ إجراءات فورية من أجل إفريقيا والعالم

كريس زيلينكسي ومجموعته

Editorial:

Wealthy nations must step up support for Africa and vulnerable countries in addressing past, present and future impacts of climate change

على الدول الغنية زيادة دعمها لإفريقيا والبلدان الضعيفة لمعالجة الآثار السابقة والحالية والمستقبلية لتغير المناخ

The 2022 report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) paints a dark picture of the future of life on earth, characterized by ecosystem collapse, species extinction, and climate hazards such as heatwaves and floods¹. These are all linked to physical and mental health problems, with direct and indirect consequences of increased morbidity and mortality. To avoid these catastrophic health effects across all regions of the globe, there is broad agreement - as 231 health journals argued together in 2021 - that the rise in global temperature must be limited to less than 1.5oC compared with pre-industrial levels.

While the Paris Agreement of 2015 outlines a global action framework that incorporates providing climate finance to developing countries, this support has yet to materialise². COP27 is the fifth Conference of the Parties (COP) to be organised in Africa since its inception in 1995. Ahead of this meeting, we - as health journal editors from across the continent - call for urgent action to ensure it is the COP that finally delivers climate justice for Africa and vulnerable countries. This is essential not just for the health of those countries, but for the health of the whole world.

Africa has suffered disproportionately although it has done little to cause the crisis

The climate crisis has had an impact on the environmental and social determinants of health across Africa, leading to devastating health effects³. Impacts on health can result directly from environmental shocks and indirectly through socially mediated effects⁴. Climate change-related risks in Africa include flooding, drought, heatwaves, reduced food production, and reduced labour productivity⁵.

Droughts in sub-Saharan Africa have tripled between 1970-79 and 2010-2019⁶. In 2018, devastating cyclones impacted 2.2 million people in Malawi, Mozambique and Zimbabwe⁶. In west and central Africa, severe flooding resulted in mortality and forced migration from loss of shelter, cultivated land,

and livestock⁷. Changes in vector ecology brought about by floods and damage to environmental hygiene have led to increases in diseases across sub-Saharan Africa, with rises in malaria, dengue fever, Lassa fever, Rift Valley fever, Lyme disease, Ebola virus, West Nile virus and other infections^{8,9}. Rising sea levels reduce water quality, leading to water-borne diseases, including diarrheal diseases, a leading cause of mortality in Africa⁸. Extreme weather damages water and food supply, increasing food insecurity and malnutrition, which causes 1.7 million deaths annually in Africa¹⁰. According to the Food and Agriculture Organization of the United Nations, malnutrition has increased by almost 50% since 2012, owing to the central role agriculture plays in African economies¹¹. Environmental shocks and their knock-on effects also

cause severe harm to mental health¹². In all, it is estimated that the climate crisis has destroyed a fifth of the gross domestic product (GDP) of the countries most vulnerable to climate shocks¹³.

The damage to Africa should be of supreme concern to all nations. This is partly for moral reasons. It is

highly unjust that the most impacted nations have contributed the least to global cumulative emissions, which are driving the climate crisis and its increasingly severe effects. North America and Europe have contributed 62% of carbon dioxide emissions since the Industrial Revolution, whereas Africa has contributed only 3%¹⁴.

The fight against the climate crisis needs all hands-on deck

Yet it is not just for moral reasons that all nations should be concerned for Africa. The acute and chronic impacts of the climate crisis create problems like poverty, infectious disease, forced migration, and conflict that spread through globalized systems^{6,15}. These knock-on impacts affect all nations. COVID-19 served as a wake-up call to these global dynamics, and it is no coincidence that health professionals have been active in identifying and responding to the consequences of growing systemic risks to health. But the lessons of the COVID-19 pandemic should not be limited to pandemic risk^{16,17}. Instead, it is imperative that the suffering of frontline nations, including those in Africa, be the core consideration at COP27: in an interconnected world, leaving countries to the mercy of environmental shocks creates instability that has severe consequences for all nations.

The primary focus of climate summits remains to rapidly reduce emissions so that global temperature rises are kept to below 1.5 °C. This will limit the harm. But, for Africa and other vulnerable regions, this harm is already severe. Achieving the promised target of providing \$100bn of climate finance a year is now globally critical if we are to forestall the systemic risks of leaving societies in crisis. This can be done by ensuring these resources focus on increasing resilience to the existing and inevitable future impacts of the climate crisis, as well as on supporting vulnerable nations to reduce their greenhouse gas emissions: a parity of esteem between adaptation and mitigation. These resources should come through grants not loans and be urgently scaled up before the current review

جميع أنحاء العالم، هناك اتفاق واسع النطاق – حيث اتفقت 231 مجلة متخصصة في العلوم الصحية في عام 2021 - على أن ارتفاع درجة الحرارة عالمياً يجب أن يقل عن 1.5 درجة مئوية مقارنة بمستويات ما قبل عصر الصناعة.

ففي الوقت الذي حدد فيه اتفاق باريس لعام 2015 إطار عمل عالمي يتضمن توفير التمويل من أجل المناخ للبلدان النامية، فإن هذا الدعم لم

period of 2025. They must put health system resilience at the forefront, as the compounding crises caused by the climate crisis often manifest in acute health problems. Financing adaptation will be more cost-effective than relying on disaster relief.

Some progress has been made on adaptation in Africa and around the world, including early warning systems and infrastructure to defend against extremes. But frontline nations are not compensated for impacts from a crisis they did not cause. This is not only unfair, but also drives the spiral of global destabilization, as nations pour money into responding to disasters, but can no longer afford to pay for greater resilience or to reduce the root problem through emissions reductions. A financing facility for loss and damage must now be introduced, providing additional resources beyond those given for mitigation and adaptation. This must go beyond the failures of COP26 where the suggestion of such a facility was downgraded to “a dialogue”¹⁸.

The climate crisis is a product of global inaction and comes at great cost not only to disproportionately impacted African countries, but to the whole world. Africa is united with other frontline regions in urging wealthy nations to finally step up, if for no other reason than that the crises in Africa will sooner rather than later spread and engulf all corners of the globe, by which time it may be too late to effectively respond. If so, far they have failed to be persuaded by moral arguments, then hopefully their self-interest will now prevail.

يرسم تقرير 2022 الصادر عن الهيئة الحكومية الدولية المعنية بتغير المناخ (IPCC) صورة قاتمة لمستقبل الحياة على الأرض، تتميز بانهايار النظام البيئي، وانقراض الأنواع، والمخاطر المناخية مثل موجات الحر والفيضانات¹ وترتبط هذه كلها بمشاكل الصحة البدنية والعقلية، مع ما يترتب على ذلك من عواقب مباشرة وغير مباشرة تتمثل في زيادة الأمراض والوفيات. لتجنب هذه الآثار الصحية الكارثية في

الفقر والأمراض المعدية والهجرة القسرية والصراع التي تنتشر عبر نظم العولمة^{15,16}. تؤثر هذه الآثار غير المباشرة على جميع الدول. وكان كوفيد-19 بمثابة جرس الإنذار لهذه الآليات العالمية، وليس من قبيل الصدفة أن خبراء الصحة كانوا نشطين في تحديد عواقب المخاطر المتزايدة على الصحة والاستجابة لها. لا ينبغي للدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 أن تقتصر على أخطار الجائحة^{16,17}. بدلا من ذلك، فمن الضروري أن تكون معاناة دول المواجهة، بما في ذلك تلك الموجودة في إفريقيا، لها الأولوية الأساسية في مؤتمر الأمم المتحدة المعني بتغير المناخ: (COP27) في عالم متشابك، يؤدي ترك البلدان تحت رحمة التغيرات البيئية الصادمة إلى عدم الاستقرار الذي له عواقب وخيمة على جميع الناس.

يبقى التركيز الأساس في مؤتمرات قمة المناخ على خفض الانبعاثات بسرعة بحيث يتم الحفاظ على ارتفاع درجات الحرارة العالمية إلى أقل من 1.5 درجة مئوية. سوف يحد هذا من الضرر. ولكن بالنسبة لإفريقيا وغيرها من المناطق الضعيفة، فإن هذا الضرر شديد بالفعل. إن تحقيق الهدف المنشود المتمثل في توفير 100 مليار دولار لتمويل المناخ سنويا أمر بالغ الأهمية على الصعيد العالمي الآن إذا أردنا وقف المخاطر المؤكدة والمتمثلة في ترك المجتمعات في أزمة. يمكن القيام بذلك من خلال ضمان تركيز هذه الموارد على زيادة القدرة على الصمود في وجه الآثار الحالية والمستقبلية المؤكدة لأزمة المناخ، وكذلك على دعم الدول الضعيفة للحد من انبعاثات الغازات الدفيئة: التوازن السليم بين التكيف والتخفيف. وينبغي أن تأتي هذه الموارد من خلال المنح وليس القروض، وأن يتم زيادتها على وجه السرعة قبل فترة المراجعة الحالية بحلول عام 2025. وعليهم وضع قدرة النظام الصحي على الصمود في المقدمة، لأن الأزمات المتتالية الناجمة عن أزمة المناخ غالبا ما ينتج عنها مشاكل صحية حادة. وسيكون تمويل التكيف مع الأوضاع السائدة أكثر فعالية اقتصادية من الاعتماد على الإغاثة في حالات الكوارث.

وقد تم إحراز بعض التقدم في مجال التكيف في إفريقيا وحول العالم، بما في ذلك نظم الإنذار المبكر والبنية التحتية للدفاع ضد الحالات القصوى. لكن دول خط المواجهة لا يتم تعويضها عن الآثار الناجمة عن أزمة لم تكن هي سببها. وهذا ليس غير عادل فحسب، بل إنه يدفع أيضا إلى دوامة تسبب في زعزعة الاستقرار العالمي، حيث تصب الأمم الأموال في الاستجابة للكوارث، ولكنها لم تعد قادرة على تحمل تكاليف المزيد من المرونة أو الحد من جذر المشكلة من خلال خفض الانبعاثات. ويجب الآن إيجاد مرفق خاص لتعويض الخسائر والأضرار وتوفير موارد إضافية تتجاوز الموارد المخصصة للتخفيف والتكيف. يجب أن يتجاوز هذا إخفاقات مؤتمر الأمم المتحدة المعني بتغير المناخ (COP26) 26 حيث تم تخفيض اقتراح مثل هذا المرفق إلى "حوار"¹⁸

إن أزمة المناخ هي نتاج التقاعس العالمي عن العمل، وتأتي بتكلفة باهظة ليس فقط للبلدان الإفريقية المتأثرة بشكل غير متناسب، ولكن للعالم بأسره. أخيرا، فإن قارة إفريقيا، وأقاليم أخرى في خط المواجهة، متحدتين في حث البلدان الغنية على التحرك، إذا لم يكن هناك سبب آخر سوى أن الأزمات في إفريقيا سوف تعم عاجلا وليس آجلا وتبتلع كافة أنحاء العالم، وفي ذلك الوقت قد يكون قد فات الأوان للاستجابة بفعالية. إذا فشلوا حتى الآن بالافتتاح بالحجج الأخلاقية، فنأمل أن تغلب مصطلحتهم الذاتية الآن.

يتحقق بعد². وهذا هو المؤتمر الخامس للأطراف المعنية الذي يتم تنظيمه في إفريقيا منذ إنشائه في عام 1995. قبل انعقاد هذا الاجتماع، ندعو - بصفتنا محرري مجلات العلوم الصحية من جميع أنحاء إفريقيا إلى اتخاذ إجراءات عاجلة لضمان أن يكون مؤتمر الأطراف المعنية هو الذي يحقق في النهاية العدالة المناخية لإفريقيا والبلدان الضعيفة الأخرى. وهذا أمر ضروري ليس فقط للصحة في تلك البلدان، ولكن أيضا للصحة في العالم بأسره.

لقد عانت إفريقيا بشكل غير متناسب على الرغم من أنها لم تفعل شيئا يذكر للتسبب في الأزمة.

كان لأزمة المناخ تأثيرا على المحددات البيئية والاجتماعية للصحة في جميع أنحاء إفريقيا، مما أدى إلى آثار صحية مدمرة³. يمكن أن تنتج آثار ذلك على الصحة بشكل مباشر نتيجة الصدمات البيئية وبشكل غير مباشر من خلال الآثار التي تحدث عن طريق التفاعلات الاجتماعية⁴. وتتضمن المخاطر المرتبطة بتغير المناخ في إفريقيا كل من الفيضانات والجفاف وموجات الحر وانخفاض إنتاج الغذاء وانخفاض إنتاجية العمالة⁵.

في الأعوام 1979-1970 و2010-2019 تضاعفت ثلاث مرات حالات الجفاف في جنوب الصحراء الكبرى الإفريقية⁶. في عام 2018، فقد أثرت الأعاصير المدمرة على ثلاثة ملايين إنسان في ملاوي وموزمبيق وزيمبابوي⁶. وفي غرب ووسط أفريقيا، أدت الفيضانات الشديدة إلى وفيات وهجرة قسرية للناس بسبب فقدان المأوى والأراضي المزروعة والماشية⁷.

وقد أدت التغيرات في بيئة النواقل الناجمة عن الفيضانات والأضرار التي لحقت بصحة البيئة إلى زيادة الأمراض في جميع أنحاء جنوب الصحراء الكبرى الإفريقية، مع ارتفاع إصابات الملاريا وحمى الضنك وحمى لاسا وحمى الوادي المتصدع ومرض لايم وفيروس الإيبولا وفيروس غرب النيل وغيرها من حالات العدوى^{8,9}.

يؤدي ارتفاع منسوب مياه البحر إلى خفض جودة المياه، مما يؤدي إلى الأمراض التي تحملها المياه، بما في ذلك أمراض الإسهال، وهي سبب رئيسي للوفيات في إفريقيا⁸. ويسبب الطقس القاسي ضرا بامدادات المياه والغذاء، مما يزيد من انعدام الأمن الغذائي وسوء التغذية، مما يتسبب في وفاة 1.7 مليون شخص سنويا في إفريقيا¹⁰. ووفقا لمنظمة الأغذية والزراعة التابعة للأمم المتحدة، ازداد سوء التغذية بنسبة 50٪ تقريبا منذ عام 2012 نظرا للدور المركزي الذي تلعبه الزراعة في الاقتصادات الإفريقية¹¹. كما تسبب التغيرات البيئية المفاجئة وآثارها غير المباشرة ضرا شديدا على الصحة العقلية¹². وبشكل عام، تشير التقديرات إلى أن أزمة المناخ قد دمرت خمس الناتج المحلي الإجمالي للبلدان الأكثر عرضة للتغيرات المناخية المفاجئة¹³.

وينبغي لكافة الدول إعطاء الضرر الذي يلحق بإفريقيا أولوية قصوى ويعود ذلك جزئيا إلى أسباب أخلاقية. ومن الظلم الشديد أن تكون الدول الأكثر تأثرا بتغير المناخ قد ساهمت بأقل قدر من الانبعاثات التراكمية العالمية والتي تفوق أزمة المناخ وآثارها المتزايدة الحدة. ساهمت كل من أمريكا الشمالية وأوروبا بنسبة 62٪ من انبعاثات ثاني أكسيد الكربون منذ الثورة الصناعية، في حين ساهمت إفريقيا بنسبة 3٪ فقط¹⁴.

تحتاج المعركة ضد أزمة المناخ إلى تكاتف الجميع

ومع ذلك، فبالرغم من الأسباب الأخلاقية فإنه ينبغي لجميع الدول أن تهتم بإفريقيا. تخلق الآثار الحادة والمزمنة لأزمة المناخ مشاكل مثل

This Comment is being published simultaneously in multiple journals. For the full list of journals see:

<https://www.bmj.com/content/full-list-authors-and-signatories-climate-emergency-editorial-october-2022>.

References

1. IPCC. Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Working Group II Contribution to the IPCC Sixth Assessment Report; 2022.
2. UN. The Paris Agreement: United Nations; 2022 [Available from: <https://www.un.org/en/climatechange/paris-agreement> (accessed 12/9/2022)].
3. Climate change and Health in Sub-Saharan Africa: The Case of Uganda. Climate Investment Funds; 2020.
4. WHO. Strengthening Health Resilience to Climate Change 2016.
5. Trisos CH, I.O. Adelekan, E. Totin, A. Ayanlade, J. Efitre, A. Gemedda, et al. Africa. In: Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. 2022 [Available from: <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/> (accessed 26/9/2022)].
6. Climate Change Adaptation and Economic Transformation in Sub-Saharan Africa. World Bank; 2021.
7. Opoku SK, Leal Filho W, Hubert F, Adejumo O. Climate Change and Health Preparedness in Africa: Analysing Trends in Six African Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4672.
8. Evans M, Munslow B. Climate change, health, and conflict in Africa's arc of instability. *Perspectives in Public Health*. 2021;141(6):338-41.
9. S. P. Stawicki, T. J. Papadimos, S. C. Galwankar, A. C. Miller, Firstenberg MS. Reflections on Climate Change and Public Health in Africa in an Era of Global Pandemic. *Contemporary Developments and Perspectives in International Health Security*. 2: Intechopen; 2021.
10. Climate change and Health in Africa: Issues and Options: African Climate Policy Centre 2013 [Available from: https://archive.uneca.org/sites/default/files/PublicationFiles/policy_brief_12_climate_change_and_health_in_africa_issues_and_options.pdf (accessed 12/9/2022)].
11. Climate change is an increasing threat to Africa 2020. Available from: <https://unfccc.int/news/climate-change-is-an-increasing-threat-to-africa> (accessed 12/9/2022).
12. Atwoli L, Muhia J, Merali Z. Mental health and climate change in Africa. *BJPsych International*. 2022:1-4 <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-international/article/mental-health-and-climate-change-in-africa/65A414598BA1D620F4208A9177EED94B> (accessed 26/9/2022).
13. Climate Vulnerable Economies Loss report. Switzerland: Vulnerable twenty group; 2020.
14. Ritchie H. Who has contributed most to global CO2 emissions? *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/contributed-most-global-co2> (accessed 12/9/2022).
15. Bilotta N, Botti F. Paving the Way for Greener Central Banks. *Current Trends and Future Developments around the Globe*. Rome: Edizioni Nuova Cultura for Istituto Affari Internazionali (IAI); 2022.
16. WHO. COP26 special report on climate change and health: the health argument for climate action. . Geneva: World Health Organization; 2021.
17. Al-Mandhari A; Al-Yousfi A; Malkawi M; El-Adawy M. "Our planet, our health": saving lives, promoting health and attaining well-being by protecting the planet – the Eastern Mediterranean perspectives. *East Mediterr Health J*. 2022;28(4):247–248. <https://doi.org/10.26719/2022.28.4.247> (accessed 26/9/2022)
18. Simon Evans, Josh Gabbatiss, Robert McSweeney, Aruna Chandrasekhar, Ayesha Tandon, Giuliana Viglione, et al. COP26: Key outcomes agreed at the UN climate talks in Glasgow. *Carbon Brief* [Internet]. 2021. Available from: <https://www.carbonbrief.org/cop26-key-outcomes-agreed-at-the-un-climate-talks-in-glasgow/> (accessed 12/9/2022).

Correspondence authors

Chris Zielinski, University of Winchester.

Email: chris.zielinski@ukhealthalliance.org

Authors

Lukoye Atwoli, Editor-in-Chief, East African Medical Journal.

Gregory E. Erhabor, Editor-in-Chief, West African Journal of Medicine.

Aiah A. Gbakima, Editor-in-Chief, Sierra Leone Journal of Biomedical Research.

Abraham Haileamlak, Editor-in-Chief, Ethiopian Journal of Health Sciences.

Jean-Marie Kayembe Ntumba, Chief Editor, Annales Africaines de Medecine;

James Kigera, Editor-in-Chief, Annals of African Surgery.

Laurie Laybourn-Langton, University of Exeter.

Bob Mash, Editor-in-Chief, African Journal of Primary Health Care & Family Medicine.

Joy Muhia, London School of Medicine, and Tropical Hygiene.

Fhumulani Mavis Mulaudzi, Editor-in-Chief, Curationi

David Ofori-Adjei, Editor-in-Chief, Ghana Medical Journal.

Friday Okonofua, Editor-in-Chief, African Journal of Reproductive Health.

Arash Rashidian, Executive Editor, and Maha El-Adawy, Director of Health Promotion, Eastern Mediterranean Health Journal.

Siaka Sidibé, Director of Publication, Mali Médical; Abdelmadjid Snouber, Managing Editor, Journal de la Faculté de Médecine d'Oran;

James Tumwine, Editor-in-Chief, African Health Sciences.

Mohammad Sahar Yassien, Editor-in-Chief, Evidence-Based Nursing Research.

Paul Yonga, Managing Editor, East African Medical Journal.

Lilia Zakhama, Editor-in-Chief, La Tunisie Médicale;

Chris Zielinski, University of Winchester.

The Role of Vitamin D on Mental Health

Nazar M Mohammad Amin

دور فيتامين دي في الصحة النفسية
نزار محمد محمد أمين

Abstract

The concept of mental health evolved from the psychiatric setting to a much wider field of study and work. While Vitamin D is not a new substance in the field of general medicine, its role in many diseases in medicine is gaining greater interest in specialist branches of medicine, including psychiatry where research on this topic is also increasing. Over the past 25 years, a growing body of literature has been published on this topic. The current review will examine research on the link between Vitamin D and mental health as a way to update what is understood in the context of psychiatry.

Key words: Vitamin D, mental health, psychiatry, ADHD, ASD, depression, COVID 19, schizophrenia

Declaration of interest: none

Introduction

Vitamin D₃ is produced non-enzymatically when the cholesterol precursor 7-dehydrocholesterol is exposed to Ultraviolet Beam (UV-B). Vitamin D endocrinology started when some 550 million years ago first species developed a Vitamin D receptor that binds with high affinity the Vitamin D metabolite 1 α ,25-dihydroxyvitamin D₃¹. The Vitamin D endocrine system plays an essential role in calcium homeostasis and bone metabolism, but research during the past two decades has revealed a diverse range of biological actions that include induction of cell differentiation, inhibition of cell growth, immunomodulation, and control of other hormonal systems².

The current review refers to it as Vitamin D or 25 (OH) D. Awareness of the connection between Vitamin D and mental health is relatively new. It is part of the interest in Vitamin D in other branches of medicine which is recent in occurrence too. The relation of Vitamin D and some psychiatric issues were chosen to be studied in the current review and I will show the results of the research that we had access to. They have been classified into different sections and some of the results were found in more than one group of papers. They were not repeated in the other sections to avoid unnecessary lengthening of the review.

Children and adolescents

A Polish systematic review studying the effect of Vitamin D intake either in a balanced diet or as a supplement concluded that it should be recommended to meet the required 25(OH)cholecalciferol blood level to prevent or alleviate mental health problems³. The burden of disease in children in many respects, including mental health, could be positively influenced by adopting a proactive program like the

current immunization using Vitamin D supplementation⁴.

The current section considers research on children and adolescents under two subsections: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD).

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

A multicenter study across China revealed that the classification of ADHD will elucidate differential effects of Vitamins A and D on ADHD subtypes and provide evidence regarding Vitamin A and Vitamin D supplementation in patients with ADHD⁵. A study from Iran revealed that Vitamin D as an adjunctive therapy to methylphenidate decreased ADHD symptoms in the evening after eight weeks⁶. A study on Turkish children with ADHD showed lower levels of Vitamin D and Vitamin D receptors⁷. A child cohort study from Australia and New Zealand revealed an inverse association between umbilical cord 25(OH)D and ADHD symptoms in toddlers, suggesting a protective effect of prenatal Vitamin D⁸. Another study from Iran showed that Vitamin D and magnesium supplementation in children with ADHD was effective on reported symptom levels associated with conduct problems, social problems, and anxiety/self-esteem compared with placebo intake but did not affect psychosomatic problems, significantly⁹. The same group of authors showed that Vitamin D and magnesium co-supplementation for a duration of eight weeks could improve the behavioral function and mental health of offspring ADHD¹⁰. Maternal Vitamin D deficiency and risk of offspring ADHD was studied, and an association was found between low maternal 25(OH)D during pregnancy and an elevated risk for offspring ADHD¹¹.

Autism spectrum disorder (ASD)

Findings from the Stockholm youth cohort study suggested that Vitamin D concentrations in early life may be associated with increased risk of neurodevelopmental disorders including ASD¹². Another group of researchers from Australia studied gestational Vitamin D status and found that mid-gestational Vitamin D deficiency was associated with an increased risk of ASD, therefore they suggested the use of Vitamin D supplement during pregnancy, which is readily safe, cheap and accessible^{13,14}. A case series from Malaysia by Yau et al. on Vitamin D deficiency in children with ASD who had central precocious puberty was studied and concluded that early recognition and therapy may be beneficial¹⁵. A literature review explored the role of prenatal and early postnatal Vitamin D deficiency in ASD etiopathogenesis, at both genetic and environmental levels, and the possible effect of Vitamin D supplementation in children with autism. Conflicting but promising results emerged on the topic and further studies were suggested¹⁶.

Women's mental health

A large population-based study regarding the association between mental health related quality of life (QOL) among elderly women and Vitamin D intake was labelled the Iowa Women's Health Study. Participants who consumed <400 IU/day had significantly lower mental health related QOL compared with those who consumed ≥ 400 IU/day and the authors suggest meeting the daily recommended requirement improves quality of life¹⁷. A Mexican study showed a negative correlation between Vitamin D level with muscle mass and cognitive function in postmenopausal women¹⁸. A systematic review regarding vitamin D deficiency and quality of sleep in pregnant women showed a direct association between postpartum depression and sleep quality during pregnancy. They suggested the use of Vitamin D as a preventive measure against postpartum depression, anxiety and poor sleep quality during pregnancy¹⁹.

A large multidisciplinary project at the University of Melbourne - known as the Safe-D study - was ongoing at the time of the current review although some results have been published. Callegari et al. studied bone mineral density and mental health in relation to Vitamin D levels in young Australian women and the concluded that public awareness may include encouraging safe sun exposure to improve Vitamin D levels or promoting participation in physical activity²⁰. The Safe-D study also assessed the effects of a mobile-based app behavioral intervention and Vitamin D supplementation on Vitamin D status with the view to evaluating the effects of improving Vitamin D levels on several health outcomes²¹. Part A of the Safe-D study aims to identify participants with Vitamin D levels of 25-75 nmol/L. It is anticipated that this will apply to approximately 50% of respondents who will be invited to participate in a randomised controlled trial for Part B (personal correspondence). A study from Finland tested for the relationship between prenatal maternal serum Vitamin D levels and offspring specific learning disorders. This study found no association between low maternal 25(OH)D in early pregnancy and offspring specific learning disorders²². In a study from the United States (US), women in their third trimester of pregnancy were assessed for their Vitamin D and early childhood socioemotional development. Higher maternal Vitamin D was associated with lower offspring behavior problems and not associated with socioemotional competence indicating the association of maternal Vitamin D and offspring development may be dependent on the specific developmental component being investigated²³. Another US study looked at the contribution of genetics to maternal and

neonatal Vitamin D levels and found an association between decreased neonatal Vitamin D levels in children with intellectual disability from mothers with a specific genotype which suggests that cross-genetic contribution in pregnancy might have a role in early risk for neurodevelopmental disorders²⁴.

Vitamin D during COVID 19

The pandemic of COVID 19 coincided with many research studies in various fields of medicine, including Vitamin D. A study conducted in Saudi Arabia showed that participants aged ≥ 50 years with high income (≥ 8000 SAR) were at a lower risk of developing depression, whereas participants of the same age group with income (5000-7000 SAR) were at high risk of developing anxiety²⁵. A Swedish study conducted during the pandemic concluded that from a public health and mental health standpoint, based on the currently limited knowledge, for individuals with severe mental disorders, the benefits of Vitamin D optimization through supplementation seems to outweigh the risks. Vitamin D supplementation, however, should not substitute for vaccination or medical care for COVID 19 infection²⁶. In the same period of the pandemic, a study was conducted in Brazil and concluded that Vitamin D deficiency has been associated with an increased risk of mental health problems as well as individual responses to stress. Therefore, Vitamin D monitoring and supplementation should be considered in cases where the social isolation and the lockdown during the pandemic lasts for a long time²⁷. A study was carried out with residents of the United Arab Emirates (UAE) during the pandemic and examined the relation between Vitamin D status and COVID 19 severity and mortality. Vitamin D Levels < 12 ng/mL were significantly associated with higher risk of severe COVID 19 infection and of death. Age was the only other independent risk factor, whereas comorbidities and smoking did not contribute to the outcomes upon adjustment²⁸.

Depression and anxiety

Lack of response or no response to treatment of depression is seen usually during the practice of most mental health workers. Augmentation of antidepressant medications with various supplements targeting nutritional and physiological factors can potentiate antidepressant effects. Medical foods, particularly L-methyl folate, and other supplements (possibly including Vitamin D) may play a role in managing depression in patients with inadequate response to antidepressant therapies²⁹. Currently, a

five-year project is examining the effect of supplemental marine omega 3 and Vitamin D for the prevention of depression in middle life and older adults. The results will appear when the project ends³⁰.

Another study by the same group of researchers revealed a negative effect and their findings did not support the use of Vitamin D3 in adults to prevent depression³¹. A comparative observational study from Iran was carried out with people experiencing obesity, which provided additional evidence for the hypothesis that low Vitamin D serum concentration is associated with depression in this population and highlights the need for further research to determine whether there is a causal link³². A Danish study demonstrated that Vitamin D supplementation did not achieve reduction in self-reported symptom levels among patients with depression³³.

Research from China examined the effect of Vitamin D supplementation on symptoms of depression in patients with depression and anxiety with low serum 25-hydroxy Vitamin D [25(OH) D] levels. It was concluded that there is no significant correlation between depressive symptoms and Vitamin D supplementation, and a clear relationship between low Vitamin D levels and high levels of anxiety³⁴. A Korean study investigated the relationship between serum Vitamin D, C-reactive protein (CRP) levels, and anxiety symptoms. Insufficient and deficient Vitamin D levels were significantly associated with risk of anxiety symptoms. After adjusting for CRP levels, the results were not changed, and no evidence of interaction between Vitamin D and CRP levels was found³⁵.

Research from Germany examined the complex relationship between depression and Vitamin D and whether this relationship is moderated or mediated by inflammation. Results highlighted the complex relationship between Vitamin D, depressive symptoms, and inflammation but none of the inflammatory markers studied showed a moderation effect on the association between 25(OH)D levels and depressive symptoms³⁶. Regarding inflammation, a study from Sweden looked at Vitamin D and inflammation in major depressive disorder. While 25(OH)D levels did not significantly differ in major depressive disorder (MDD) compared with controls, or in MDD with or without suicidal ideation, lower 25(OH)D was associated with indices of immune activation in MDD, especially in cases with suicidal ideation. Results were reportedly consistent with

findings that relatively low 25(OH)D levels in MDD are associated with a pro-inflammatory state³⁷.

Another German study involving Mendelian Randomization (MR) and sensitivity analyses confirmed that 25(OH)Vitamin D concentrations were not significantly associated with depressive symptoms³⁸. A randomized clinical trial from the Netherlands investigated the effect of Vitamin D supplementation on depressive symptoms, functional limitations, and physical performance in a high-risk older population with low Vitamin D status. The study found that supplementation with 1200 IU/day Vitamin D for twelve months had no effect on depressive symptoms and physical functioning in older persons with relatively low Vitamin D status, clinically relevant depressive symptoms, and poor physical functioning³⁹. Vitamin D supplementation for depressive symptoms was tried taking gender differences into consideration in a study from Saudi Arabia. Findings suggested that Vitamin D supplementation may ameliorate symptoms of MDD, particularly in women, via a serotonin-dependent mechanism⁴⁰.

A study from Taiwan examined the impact of Vitamin D supplementation on negative emotions and the possible influence of sample and regimen. Results support the hypothesis that Vitamin D supplementation can reduce negative emotions. Patients with major depressive disorder and individuals with Vitamin D deficiency are most likely to benefit from supplementation⁴¹. A meta-analysis of randomized controlled trials revealed Vitamin D supplementation favorably impacted depression ratings in major depression with a moderate effect size⁴².

A study from Korea on Vitamin D deficiency/insufficiency among inpatients with depressive symptoms found that neither the subtype of depression, determined using DSM-5 specifiers, nor the polarity of depression (bipolar or unipolar) was affected by Vitamin D status. The study concluded that it is important to consider measuring the Vitamin D levels of patients with severe and core depressive symptoms and providing Vitamin D supplementation when necessary⁴³. A review from the Netherlands examined the potential benefits of Vitamin D for (somatic) health outcomes in randomized controlled supplementation trials for depression. It concluded that while people who experience depressive

symptoms are at increased risk of Vitamin D deficiency, supplementation trials do not adequately address the common negative health consequences of low Vitamin D levels as secondary outcome measures. The results highlight the importance of conducting well-designed trials on the effects of Vitamin D supplementation in late-life depression⁴⁴.

A randomized, double-blind, placebo-controlled, 12-week trial of Vitamin D augmentation in major depressive disorder associated with Vitamin D deficiency from India concluded that Vitamin D supplementation does not improve antidepressant outcomes with flexibly dosed escitalopram. Besides, Vitamin D deficient patients with depressive symptoms may require higher antidepressant doses to experience benefits like those whose deficiency is corrected by Vitamin D supplementation⁴⁵. Similarly, a randomized clinical trial from Iran on the effect of Vitamin D supplementation on depression in elderly patients concluded that Vitamin D supplementation can improve depressive symptoms in persons aged 60 years and over⁴⁶. The preventive effects of Vitamin D supplementation against depression in elderly was studied in the US, which concluded that among adults aged 50 years or older without clinically relevant depressive symptoms at baseline, treatment with Vitamin D3 compared with placebo did not result in a statistically significant difference in the incidence and recurrence of depression or clinically relevant depressive symptoms or for change in self-reported symptoms relating to mood over a median follow-up of 5.3 years⁴⁷.

Schizophrenia

A review from Australia on the link between Vitamin D and schizophrenia, summarized the inconsistent results from existing Vitamin D supplementation trials in humans with schizophrenia urging caution when making any association between both. The study suggested that what remains plausible and warrants further research is the notion that Vitamin D deficiency during early life may increase the risk of schizophrenia⁴⁸.

A study from Denmark hypothesised that exposure to Vitamin D deficiency during early life increases risk of neurodevelopmental disorders, including schizophrenia. However, the study lacked sufficient data to generalise any findings to population-based prevention efforts and, therefore, cautioned against

using prenatal or neonatal Vitamin D supplements as a method to reduce the risk of schizophrenia. However, the possibility of their being an association has not been ruled out⁴⁹.

A study from Norway investigated the relationship between Vitamin D levels and brain phenotypes in psychotic disorders by assessing possible interactions with genetic variants in Vitamin D receptor and other genetic variants that play a role in Vitamin D levels in the body. Vitamin D levels were significantly positively associated with peripheral grey matter volume in patients. Vitamin D did not predict ventricular volume, which rather was associated with patient status and CYP24A1 marker⁵⁰.

McGrath et al. postulated that low levels of developmental Vitamin D may be associated with increased risk of schizophrenia and concluded that both low and high concentrations of neonatal Vitamin D are associated with increased risk of schizophrenia. The study suggested it is feasible that this exposure may contribute to a sizeable proportion of cases in Denmark. Considering the substantial public health implications of this finding, there is an urgent need to further explore the effect of Vitamin D status on brain development and later mental health⁵¹. Eyles et al. explored the Danish case control study and the hypothesis that there may be an association between neonatal Vitamin D status and risk of schizophrenia. The study concluded that neonatal Vitamin D deficiency may be associated with an increased risk for schizophrenia in later life. On these findings remains the question of whether optimization of maternal Vitamin D status might support the primary prevention of schizophrenia in a manner comparable to the role of folate supplementation in the prevention of spina bifida⁵².

Research from Croatia examined Vitamin D and neurotrophin levels and their impact on the symptoms of schizophrenia. A primary aim was to investigate the interrelationship between Vitamin D, nerve growth factors (NGF), brain-derived neurotrophic factor [BDNF], and neuregulin-1 [NRG1]), and schizophrenia symptom domains. It was concluded that the Vitamin D concentration positively affected NRG1 levels but not schizophrenia symptomatology as measured by the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The association between the two could be intermediated via NRG1⁵³. Research from Turkey examined the role that Vitamin D plays in the brain in the context of neuroplasticity,

neurotransmitter biosynthesis, neuroprotection, and neurotransmission. The effects of Vitamin D replacement on positive, negative, and cognitive symptoms of schizophrenia were studied. Results suggested that eliminating the 25OHD deficiency together with antipsychotic treatment can improve the total attention span and positive and negative symptoms in schizophrenia. The 25OHD levels should be regularly measured, replacement should be started when necessary, and the patients should be encouraged to get sunlight exposure to keep optimal 25OHD levels⁵⁴.

Cognitive functions

The link of Vitamin D to cognitive functions are referred in the current review with reference to Vitamin D in women and Vitamin D in schizophrenia. Further literature is pertinent important to the subject. Two population-based prospective studies from the Netherlands and US about Vitamin D and memory decline suggested an association between severe Vitamin D deficiency and visual memory decline but no association with verbal memory decline⁵⁵. A review from the US suggested that Vitamin D deficiency has been linked to many problems such as dementia, depression, diabetes mellitus, autism, and schizophrenia. Correction of this deficiency can help prevent many negative health consequences⁵⁶.

Eyles et al. conducted a mini review of studies on animals and humans and identified Vitamin D as an important neurosteroid for both developing and adult brains. The study identified abnormalities in animals that might explain a diverse range of behavioral phenotypes of interest to both psychiatry and neurology. Hypovitaminosis D is prevalent in pregnant women and their newborns and the general population, ensuring the diverse functional capacities of this neuroactive steroid in the developing and adult brain are preserved through either environmental or dietary interventions that would appear to be a vital public health priority⁵⁷.

A Canadian study examined the association between cognitive function and dementia with Vitamin D concentration in adults. Results suggested that lower Vitamin D concentrations are associated with poorer cognitive function and a higher risk of Alzheimer's Disease⁵⁸. Conversely, another Canadian study of health and aging did not support a protective effect of Vitamin D status on cognitive function⁵⁹. A study from

China looked at Vitamin D supplementation and cognitive function and concluded that daily oral Vitamin D supplementation (800 IU/day) for 12 months may improve cognitive function and decrease A β -related biomarkers in elderly patients with Alzheimer's Disease⁶⁰.

Mental health and Vitamin D in specific diseases

A systematic review from Poland on the influence of Vitamin D supplementation on mental health in diabetic adults demonstrated the positive influence of Vitamin D supplementation on the mental health of diabetic patients, which was proved for anxiety and depression. However, in the case of health-related quality of life, the positive effect was observed only when the intervention included mindfulness training⁶¹. The review established the positive effect of Vitamin

D supplementation on the mental health of people with Inflammatory Bowel Disease and Irritable Bowel Syndrome although further investigation was recommended, particularly in relation to other mental health outcomes⁶². With regard to mental health and Multiple Sclerosis, the study concluded that there may be a positive effect of Vitamin D supplementation on the quality of life and depressive symptoms of patients⁶³.

A study from the United Kingdom (UK) evaluated Vitamin D testing and supplementation among in-patients with intellectual and developmental disability and concluded that Vitamin D (800 IU/day) supplementation is effective although the adequacy of the nationally recommended dose of 400 IU/day is unclear⁶⁴.

Conclusion

The current review examined some of the available literature on Vitamin D in relation to mental health in general and certain psychiatric disorders. A secondary aim was to highlight the relationship between Vitamin D and specific diseases within the specialty of psychiatry. Most of the studies reviewed indicated a

positive effect of Vitamin D although some findings were equivocal. Given that the topic is relatively new, a common theme that was identified across the selected studies was a recommendation for further research indicating that there are so far no solid conclusions on this issue.

References

1. Hanel A, Carlberg C. Vitamin D and evolution: Pharmacologic implications, *Biochem Pharmacol.* 2020 Mar;173:113595.
2. Dusso et al, Vitamin D, <https://doi.org/10.1152/ajprenal.00336.2004>, // 01 JUL 2005
3. Glabska D, Kolota A, Lachowicz K, et al. The Influence of Vitamin D Intake and Status on Mental Health in Children: A Systematic Review. *Nutr.* 2021 Mar;13(3):952.
4. Weydert JA, Vitamin D in Children's Health, *Children (Basel).* 2014 Sep;1(2):208-26
5. Zhou P, Wolraich ML, Cao A, et al. Adjuvant effects of vitamin A and vitamin D supplementation on treatment of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a study protocol for a randomised, double-blinded, placebo-controlled, multicentric trial in China. *BMJ Open* 2021;11: e050541.
6. Mohammadpour N, Jazayeri S, Tehrani-Doost M, et al. Effect of vitamin D supplementation as adjunctive therapy to methylphenidate on ADHD symptoms: A randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Nutr Neurosci.* 2018 Apr; 21(3):202-209.
7. Sahin N, Altun H, Kurutas EB, et al. Vitamin D and vitamin D receptor levels in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018 Feb; 14:581-585.
8. Mossin MH, Aaby JB, Dalgard C, et al. Inverse associations between cord vitamin D and attention deficit hyperactivity disorder symptoms: A child cohort study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017 Jul;51(7):703-710.
9. Hemamy M, Heidari-Ben M. Askari G, et al. Effect of Vitamin D and magnesium supplementation on behavior problems in children with attention-deficit hyperactivity disorder, *Int J Prev Med.* 2020 Jan;11(1):4.
10. Hemamy M, Pahlavani N, Amanollahi A, et al. The effect of vitamin D and magnesium supplementation on the mental health status of attention-deficit hyperactive children: a

- randomized controlled trial, *BMC Pediatr.* 2021 Apr 17;21(1):178.
11. Sucksdorff M, Brown AS, Chudal R, et al. Maternal Vitamin D Levels and the Risk of Offspring Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Jan;60(1):142-151.e2.
 12. Lee BK, Eyles DW, Magnusson C, et al. Developmental vitamin D and autism spectrum disorders: findings from the Stockholm Youth Cohort. *Mol Psychiatry.* 2021 May. 26;1578–1588. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0578-y2019>,
 13. Vinkhuyzen AAE, Eyles DW, Burne THJ, et al. Gestational vitamin D deficiency and autism spectrum disorder, *BJPsych Open.* 2017 Mar;3(2):85-90.
 14. Vinkhuyzen AAE, Eyles DW, Burne THJ, et al. Gestational vitamin D deficiency and autism-related traits: the Generation R Study, *Mol Psychiatry.* 2018 Feb;23(2):240-246.
 15. Yau EU, Samingan N, Jalaludin MY, Zaini AA. Vitamin D Deficiency and central precocious puberty (CPP) in children with autism spectrum disorder (ASD) - a case series. *J ASEAN Fed Endocr Soc.* 2022 Jul;37(S2);MAC12.
 16. Siracusano M, Riccioni A, Abate R, et al. Vitamin D Deficiency and Autism Spectrum Disorder. *Curr Pharm Des.* 2020; 26(21):2460-2474.
 17. Motsinger S, Lazovich D, MacLehose RF, et al. Vitamin D intake and mental health-related quality of life in older women: the Iowa Women's Health Study. *Maturitas.* 2012 Mar;71(3):267-73.
 18. Carranza-Lira S, Chavez-Lopez M, Diaz-de-Leon-de-Luna A, et al. Relationship of vitamin D blood concentration with muscle mass and cognitive function in postmenopausal women. *Gac Med Mex* 2021;157(5):484-493.
 19. Fallah M, Askari G, et al. Is Vitamin D Status Associated with Depression, Anxiety and Sleep Quality in Pregnancy: A Systematic Review. *Adv Biomed Res.* 2020 Jul 27;9:32. DOI: 10.4103/abr.abr_188_19.
 20. Callegari ET, Reavley N, Garland SM, et al. Vitamin D status, bone mineral density and mental health in young Australian women: the Safe-D study. *J Pub Health Res.* 2015 Nov 17; 4(3):594.
 21. Tabesh M, Garland SM, Gorelik A, et al. Improving Vitamin D Status and Related Health in Young Women: The Safe-D study - Part B. *JMIR Res Protoc.* 2016 Apr-Jun; 5(2);e80.
 22. Arrhenius B, Upadhyaya S, Hinkka-Yli-Salomaki S, et al. Prenatal Vitamin D Levels in Maternal Sera and Offspring Specific Learning Disorders. *Nutr.* 2021;13(10): 3321.
 23. Francis EC, Charron E, Li M, et al. Third trimester maternal vitamin D and early childhood socioemotional development. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2021 May;35(3):350-358.
 24. Traglia M, et al. Genome-wide association of maternal and neonatal vitamin D. *Genet.* 2020 Apr;214(4):1091-1102.
 25. Alfawaz H, Yakout SM, Wani K, Aljumah GA, Ansari MGA, et al. Dietary Intake and Mental Health among Saudi Adults during COVID-19 Lockdown. *Int J Environ Res. Public Health.* 2021 Feb;18(4):1653.
 26. Werneke U, Gaughran F, Taylor DM. Vitamin D in the time of the coronavirus (COVID-19) pandemic – a clinical review from a public health and public mental health perspective. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2021 July;11:1-27.
 27. Ceolin G, Mano GPR, Hames NS, Antunes LdaC, Brietzke E, et al. Vitamin D, Depressive Symptoms, and Covid-19 Pandemic. *Front Neurosci.* 2021 May; 13;15:670879
 28. AlSafar H, Grant WB, Hijazi R, Uddin M, Alkaabi N, et al. COVID-19 Disease Severity and Death in Relation to Vitamin D Status among SARS-CoV-2-Positive UAE Residents. *Nutr.* 2021 May;13(5):1714.
 29. Hoepner CT, McIntyre RS, Papkostas GI, et al. Impact of Supplementation and Nutritional Interventions on Pathogenic Processes of Mood Disorders: A Review of the Evidence. *Nutr.* 2021 Feb;13(3):767.
 30. Okereke OI, Reynolds CF, Mischoulon D, Chang G, Cook NR, et al. The Vitamin D and Omega-3 Trial-Depression Endpoint Prevention (VITAL-DEP): Rationale and design of a large-scale ancillary study evaluating vitamin D and marine omega-3 fatty acid supplements for prevention of late-life depression. *Contemp Clin Trials.* 2018 May;68:133-145.
 31. Okereke OI, Reynolds CF, Mischoulon D, Chang G, Vyas CM, et al. Effect of Long-term Vitamin D3 Supplementation vs Placebo on Risk of Depression or Clinically Relevant Depressive Symptoms and on

- Change in Mood Scores: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020;324(5):471-480.
32. Kamalzadeh L, Saghafi M, Mortazavi SS, Jolfaei AG. Vitamin D deficiency and depression in obese adults: a comparative observational study. *BMC Psychiatry*. 2021 Nov 30;21(1):599.
 33. Hansen JP, Pareek M, Hvolby A, Schmedes A, Toft T, et al. Vitamin D3 supplementation and treatment outcomes in patients with depression (D3-vit-dep), *BMC Res Notes*. 2019;12(1):203.
 34. Zhu C, Zhang Y, Wang T, Lin Y, Yu J, et al. Vitamin D supplementation improves anxiety but not depression symptoms in patients with vitamin D deficiency. *Brain Behav*. 2020 Nov;10(11):e01760.
 35. Kim S-Y, Jeon S-W, Lim W-J, Oh K-S, Shin D-W, et al. The Relationship between Serum Vitamin D Levels, C-Reactive Protein, and Anxiety Symptoms. *Psychiatry Investig*. 2020 Apr;17(4):312-319
 36. Dogan-Sander E, Mergi, R, Willenberg A, Baber R, Wirkner K, et al. Inflammation and the Association of Vitamin D and Depressive Symptomatology. *Nutr*. 2021;13(6):1972.
 37. Grudet C, Wolkowitz OM, Mellon SH, Malm J, Reus VI, et al. Vitamin D and inflammation in major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2020 Apr;267:33-41.
 38. Libuda L, Labbs B-H, Ludwig C, Buhlmeier J, Antel J, et al. Vitamin D and the Risk of Depression: A Causal Relationship? Findings from a Mendelian Randomization Study. *Nutr*. 2019 May;11(5):1085.
 39. de Koning EJ, Lips P, Pennix BWJH, Elders PJM, Heijboer AC, et al. Vitamin D supplementation for the prevention of depression and poor physical function in older persons: the D-Vitaal study, a randomized clinical trial, *Am J Clin Nutr*. 2019 Nov;110(5):1119-1130.
 40. Alghamdi S, Alsulam N, Khoja S, Alsufiani H, Tayeb HO, et al. Vitamin D Supplementation Ameliorates Severity of Major Depressive Disorder. *J Mol Neurosci*. 2020 Feb;70(2):230-235.
 41. Cheng Y-C, Kuo P-H, Su MI, Huang W-L. The efficacy of non-invasive, non-convulsive electrical neuromodulation on depression, anxiety and sleep disturbance: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2022 Apr;52(5):801-812.
 42. Vellekkatt F, Menon V. Efficacy of vitamin D supplementation in major depression: A meta-analysis of randomized controlled trials, Efficacy of vitamin D supplementation in major depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Postgrad Med*. 2019 Apr-Jun;65(2):74-80.
 43. Woo YS, Kim S, Jeong JH, Jung Y-E, Kim M-D. Vitamin D Deficiency/Insufficiency among Inpatients with Depressive Symptoms. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2019;17(1):121-124.
 44. van den Berg KS, Marijnissen RM, van den Brink RHS, Voshaar RCO, Hegeman JM. Adverse health outcomes in vitamin D supplementation trials for depression: A systematic review. *Ageing Res Rev*. 2021 Nov;71:101442.
 45. Kumar PNS, Menon V, Andrade C, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, 12-week trial of vitamin D augmentation in major depressive disorder associated with vitamin D deficiency. *J Affect Disord*. 2022 Oct;314(1):143-149,
 46. Alavi NM, Khademalhosseini S, Vakili Z, Asarian F. Effect of vitamin D supplementation on depression in elderly patients: Q3 A randomized clinical trial. *Clin Nutr*. 2018; 1-6.
 47. Okereke OI, Reynolds CF, Mischoulon D, Chang G, Vyas CM, et al. Effect of Long-term Vitamin D3 Supplementation vs Placebo on Risk of Depression or Clinically Relevant Depressive Symptoms and on Change in Mood Scores: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2020 Aug;324(5):471-480.
 48. Cui X, McGrath JJ, Burne THJ, Eyles DW. Vitamin D and schizophrenia: 20 years on, *Mol Psychiatr*. 2021 Jan;26: 2708-2720.<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01025-0>).
 49. Albinana C, et al. *Schizophr Res*. 2010
 50. Berg AO, Jorgensen KN, Nerhus M, Athanasiu L, Popejoy AB, et al. Vitamin D levels, brain volume, and genetic architecture in patients with psychosis. *PLOS ONE* | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200250> August 24, 2018.
 51. McGrath JJ, Eyles DW, Pedersen CB, Anderson C, Ko P, et al. Neonatal vitamin D status and risk of schizophrenia: a population-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Sep;67(9):889-94.
 52. Eyles DW, Trzaskowski M, Vinkhuysen AAE, Mattheisen M, Meier S, et al. The association between neonatal vitamin D status and risk of schizophrenia. *Sci Rep*. 2018;8:17692.

53. Peitl V, Silic A, Orlovic I, Vidrih B, Crnkovic D, et al. Vitamin D and Neurotrophin Levels and Their Impact on the Symptoms of Schizophrenia. *Neuropsychobiol.* 2019 Dec;79(3):1-7.
54. Neriman A, Hakan Y, Ozge U. The psychotropic effect of vitamin D supplementation on schizophrenia symptoms. *BMC Psychiatry.* 2021 Jun;21:309.
55. Kuzma E, Soni M, Littlejohns TJ, Ranson JN, van Schoor NM, et al. Vitamin D and Memory Decline: Two Population-Based Prospective Studies. *J Alzheimers Dis.* 2016;50(4):1099-1108.
56. Anjum I, Jaffery SS, Fayyaz M. The Role of Vitamin D in Brain Health: A Mini Literature Review. *Cureus.* 2018;10(7): e2960.
57. Eyles DW. Vitamin D: Brain and Behavior, *JBMR PLUS Special Issue:* 2021Jan;5(1) e10419.
58. Balion C, Griffith LE, Strifler L, Henderson M, Patterson C, et al. Vitamin D, cognition, and dementia: A systematic review and meta-analysis. *Neurology.* 2012 Sept;79(13):1397-1405.
59. Duchaine CS, Talbot D, Nafti M, Giguere Y, Dodin S, et al. Vitamin D status, cognitive decline and incident dementia: the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Public Health.* published online 03 February 2020 Jun;111(3):312-321. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00290-5>.
60. Jia J, Hu J, Huo X, Miao R, Zhang Y, et al. Effects of vitamin D supplementation on cognitive function and blood A β -related biomarkers in older adults with Alzheimer's disease: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2019 Dec;90(12):1347-1352.
61. Guzek D, Kolota A, Lachowicz K, Skolmowska D, Stachon M, et al. Influence of Vitamin D Supplementation on Mental Health in Diabetic Patients: A Systematic Review. *Nutrients.* 2021;13(11):3678.
62. Głąbska D, et al. *Nutrients.* 2021, 13(10), 3662; *Nutrients.* 2021, 13(10), 3662.
63. Głąbska D, Kolota A, Lachowicz K, Skolmowska D, Stachon M, et al. Vitamin D Supplementation and Mental Health in Multiple Sclerosis Patients: A Systematic Review, *Nutrients.* 2021 Nov;13(12):4207.
64. Dudley B, Ostrowski M, Ciausiu V, Ince C, McKinnon I. Revisiting vitamin D status and supplementation for in-patients with intellectual and developmental disability in the North of England, UK. *BJPsych Bulletin.* 2022 Aug;46(4):214-220.

الملخص

ان الاهتمام بفيتامين دي في فروع الطب المختلفة ازداد في العقود الاخيرة ومن ضمنها في اختصاص الطب النفسي كجزء من الصحة النفسية. وان البحوث في هذا المجال زادت بسبب هذا الاهتمام مما ولد لدى كاتب المقالة رغبة في دراسة الادبيات المنشورة في هذا المجال في العقود الماضية حيث تم عرض النتائج المنشورة حول الموضوع متمنيا ان يكون هذا العرض مساهمة في دفع عجلة العلم الى الامام في هذا المجال.

Author

Prof Nazar M Mohammad Amin, MBChB, DPM, MRCPsych, FRCPsych, FACP

Sulaymaniyah - Kurdistan Region-Iraq

Email: nazar.amin@gmail.com

Acute Stress Disorder Prediction of Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature

Joodi Mourhli, Josleen Al Barathie, Elie Karam

مراجعة للدراسات المنشورة عن توقع اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام اضطراب الكرب الحاد

جودي مور ه لي، جوسلين البراضعي، ايلي كرم

Abstract

Objective: The relationship between Acute Stress Disorder (ASD) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) has been extensively researched among various types of traumas and populations to detect early-on individuals who are at risk of developing PTSD and offer immediate interventions. This paper serves as an important follow-up to build on a previous systematic review by Bryant. It aims to update the present knowledge in assessing ASD's ability to predict PTSD. **Method:** We extracted all relevant articles from databases including APA Psycinfo, APA Psycbooks, APA PsycTests, Medline, and Pubmed. We fixed our time frame starting after 2011, date of Bryant's review and focused on original articles that relied on human subjects, reported psychometric values, used English language, and examined PTSD as an outcome of traumatic events. **Results:** Ten original articles were used to compose the current review. ASD and PTSD prevalence ranged from 4.9% to 68.8% and from 6% to 56%, respectively. In reference to psychometric properties, we found that ASD has very good NPV, a range of PPV which includes high numbers, very good specificity, but still rather low sensitivity in its capacity to predict PTSD. **Conclusion:** The recent literature on the prediction of PTSD by ASD seems to be quite favorable in negative predictive values (NPV) and specificity with less good positive predictive values (PPV) and sensitivity. We have identified some gaps in these and previous studies that have explored the correlation between the two disorders, including, quite importantly, subthreshold PTSD.

Keywords: Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, psychometric properties, prediction, trauma

Declaration of interest: None

Introduction

Previous research on stress disorders has contributed valuable insight to their diagnostic criteria, risk factors, comorbidities, and treatment plans. Additionally, recent efforts have identified some gaps in the continuity and prediction of stress disorders that share symptoms and identical precipitants such as acute stress disorder (ASD) and posttraumatic stress disorder (PTSD). As a result, in the current review, we aim to expand on the connection between these specific stress disorders; examine the extent to which ASD can accurately predict PTSD; explore the

mutualism between ASD and PTSD; highlight the limitations of previous studies; and, suggest improvements for future research. In fact, we aim to publish this review as a continuation to a previous one published in 2011 by Bryant, who is widely recognized as the world's leading expert on acute stress disorder¹. Bryant's 2011 review assessed the extent to which ASD can predict PTSD by analyzing studies published between 1994 and 2009².

Methods

Study selection

To execute the current review, we relied on specific medical subject headings, index terms, and Boolean expressions in order to optimize our search process and extract the most relevant literature. Our search strategy

included but was not limited to the following keywords: "acute stress disorder", "posttraumatic stress disorder", "stress and trauma related disorders", "predictor", "assessment time-point", "diagnosis of acute stress disorder", and "diagnosis of posttraumatic stress

disorder”; all related to diagnostic criteria of ASD and PTSD, their prevalence among exposed individuals, the ability of ASD to predict PTSD in traumatic events survivors, and most importantly, the effect of different assessment time points on the predictive power of ASD.

Inclusion and exclusion criteria

In an attempt to cover the widest range of relevant published articles, we have put forth a list of the following inclusion and exclusion criteria. First and foremost, we narrowed our time frame for all articles that were published in the past decade (after 2011). Moreover, we used the English language and examined PTSD as an outcome of traumatic events. Additionally, out of all of the articles retrieved, we extracted data only from original articles that reported psychometric properties related to ASD prediction of PTSD. On the other hand, we excluded all articles that relied on animal models, used other languages, followed the methodology of clinical trials, and examined PTSD as a predictor or an underlying cause of prominent clinical manifestations.

Literature search

Upon finalizing our search strategy, we ran and translated it across multiple databases including APA Psycinfo, APA Psycbooks, APA PsycTests, Medline, and Pubmed to sequester the broadest range of article variety. After filtering out all duplicates, our search came up with 12,500 articles, out of which 370 were nominated to the title-abstract screening phase, 33 were selected for the full-text screening phase, and 10 original articles were used to compose this review based on the aforementioned inclusion/exclusion criteria.

Data collection

To effectively analyze and compare the retrieved articles, we constructed a data collection sheet to extract critical figures such as the type of trauma studied, type of population, prevalence of ASD and PTSD in the population studied, sensitivity, specificity, positive and negative predictive powers of the ASD scale used, ASD and PTSD assessment time-points, and the version of the DSM used to clinically diagnose the onset of either disorder. Based on this extensive search process, we were successfully able to observe and analyze the trends. The data is available in Table 1.

Table 1. Data collection

Author	Year	Type of Trauma	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)	Population	Prevalence of ASD (%)	Prevalence of PTSD (%)	Time Assessment of ASD	Time Assessment of PTSD	DSM Used
FINDINGS OF THE CURRENT REVIEW (AFTER 2011)												
Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC	2012	Injury (transport, assault, traumatic fall, work injury, other injury)	34	94	36	93	Consecutive randomized admissions to 5 major trauma hospitals across Australia (N=1084) were assessed during hospital admission	10	10	ASD was evaluated in the initial month after trauma	12 months after initial assessment	DSM-IV
McCarthy MC, Ashley DM, Lee KJ, Anderson VA	2012	Cancer diagnosis	--	--	Mothers: 52 Fathers: 40	Mothers: 89 Fathers: 90	Parents of children recently diagnosed with cancer	Mothers: 63 Fathers: 60	Mothers: 21 Fathers: 16	At diagnosis	6-8 months after diagnosis	DSM-IV
Hansen M, Elkhit A	2013	Bank robberies	Sensitivity ranges between 56-89 across different combinations of ASD symptom clusters and cutoff scores	Specificity ranges between 42-91 across different combinations of ASD symptom clusters and cutoff scores	PPV ranges between 10-39 across different combinations of ASD symptom clusters and cutoff scores	NPV ranges between 97-99 across different combinations of ASD symptom clusters and cutoff scores	A total of 132 bank employees, employed at 28 different banks, that were exposed to bank robberies	14.4	6.8	48 hr to 1 week after incident	6 months after incident	DSM-IV
Roncione R, Giusti L, Mazza M, Bianchini V, Ussorio D, Pollice R, Casacchia M	2013	L'Aquila Earthquake	--	--	full ASD: (100) partial ASD: (80.6)	--	After the earthquake (April 7 to May 6, 2009), the authors assessed 122 earthquake victims who sought help at the Psychiatric Unit	At the beginning of the study, 6 subjects (4.9) were affected by "full" ASD, whereas 48 subjects	56	During the first month of the earthquake	6 months after the incident	DSM-IV

Acute Stress Disorder Prediction of Posttraumatic Stress Disorder

								(39.3) were affected by "partial" ASD; this produced a total of 54 (45.2) ASD cases				
Shevlin M, Hyland P, Elklit A	2014	Sexual trauma	79.8	45.1	--	--	Participants were recruited from 1127 female rape victims who contacted the Centre for Rape Victims (CRV) at the University Hospital of Aarhus (Denmark) from 2002 to 2012	68.80	48.30	within 30 days after the incident.	3 months after incident	DSM-IV
Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane A, C, Forbes D	2015	Randomized admissions to the trauma centers	DSM-IV ASD: At 3 months: 31 At 12 months: 26 At 24 months: 18 At 72 months (DSM-IV PTSD): 19 At 72 months (DSM-5 PTSD): 19 DSM-5 ASD: At 3 months: 51 At 12 months: 45 At 24 months: 33	DSM-IV ASD: At 3 months: 96 At 12 months: 96 At 24 months: 95 At 72 months (DSM-IV PTSD): 95 At 72 months (DSM-5 PTSD): 95 DSM-5 ASD: At 3 months: 93 At 12 months: 93 At 24 months: 92	DSM-IV ASD: At 3 months: 46 At 12 months: 39 At 24 months: 32 At 72 months (DSM-IV PTSD): 25 At 72 months (DSM-5): 25 DSM-5 ASD: At 3 months: 43 At 12 months: 42 At 24 months: 33 At 72 months (DSM-IV PTSD): 24	DSM-IV ASD: At 3 months: 93 At 12 months: 92 At 24 months: 90 At 72 months (DSM-IV PTSD): 93 At 72 months (DSM-5 PTSD): 93 DSM-5 ASD: At 3 months: 95	Patients with randomized admissions to 5 hospitals across Australia (N = 596) were assessed in hospital	DSM-IV: 8 DSM-5: 14	At 3 months: 9 At 12 months: 10 At 24 months: 12 At 72 months: 8 (DSM-IV) At 72 months: 6 (DSM-5)	ASD was evaluated in the hospital upon hospitalization	3, 12, 24, and 72 months after the traumatic experience	ASD was assessed using both DSM-IV and DSM-5. For PTSD, the DSM-IV criteria were used for 3,12, and 24 months assessments and both DSM-IV and DSM-5 were used for the 72-months assessment

			At 72 months (DSM-IV PTSD): 27 At 72 months (DSM-5 PTSD): 27	At 72 months (DSM-IV PTSD): 92 At 72 months (DSM-5 PTSD): 92	At 72 months (DSM-5 PTSD): 17	At 12 months: 94 At 24 months: 92 At 72 months (DSM-IV PTSD): 93 At 72 months (DSM-5 PTSD): 95						
Brown RC, Nugent NR, Hawn SE, Koenen KC, Miller A, Amstadter AB, Saxe G	2016	Severe injuries such as burns, violent injuries (stab wound, gunshot wound, and assault), and nonviolent injuries (motor vehicle accident, pedestrian motor vehicle accident, fell off bike, fell off cliff, fell, crushing injury, suffocation, sports injury, and accidental	51.51	66.10	29.82	82.97	Youth ages 7 to 18 and their parents drawn from a sample of 204 youth who were sequentially admitted to Shriners Burn Hospital in Boston and Boston Medical Center for burns and injuries between April 2002 and January 2004 as part of a prospective study	36	At any time: 21.3 At 3 months: 17.9 At 6 months: 9.8 At 12 months: 16.1 At 18 months: 10.6	Approximately 5 days after the incident (M=5.47 and SD=10.69)	3, 6, 12, and 18 months	DSM-IV

Acute Stress Disorder Prediction of Posttraumatic Stress Disorder

		penetrating injury)										
Zhou P, Zhang Y, Wei C, Liu Z, Hannak W	2016	Lushan Earthquake	T2=56 T3=38 T4=35	T2=77 T3=75 T4=72	T2=32 T3=22 T4=14	T2=95 T3=87 T4=91	A sample of 197 students (fourth to eighth grade)	28.4	T2=16.2 T3=15.74 T4=10.15	2 weeks after the earthquake	2,6, and 12 months after the earthquake	DSM-IV
Meiser-Stedman R, McKinnon A, Dixon C, Boyle A, Smith P, Dalgleish T	2017	Childhood trauma	Using DSM-IV: 38 Using DSM-5: 31	Using DSM-IV: 88 Using DSM-5: 92	Using DSM-IV: 49 Using DSM-5: 54	Using DSM-IV: 82 Using DSM-5: 81	Participants were 8- to 17-year-old emergency departments attendees exposed to single incident traumas.	Using DSM-IV: 18.6 Using DSM-5: 14.2	Using DSM-IV: 8.7 Using DSM-5: 9.6	2 weeks post-trauma	9 weeks post-trauma	DSM-5 AND DSM-IV
Mazo A, Waddell M, Raddatz J, Blankenship K, Rachal JC, Reynolds S, Christmas AB	2021	Significant physical injury that required admission to the pediatric trauma surgery	Acute Stress Checklist for Children-Short Form (ASC-6): 100% Child Stress Disorders Checklist-Short Form (CSDC-SF): 67% Screening Tool for Early Predictor of PTSD (STEPP): 60%	ASC-6: 88 CSDC-SF: 17 STEPP: 100	ASC-6: 50 CSDC-SF: 29 STEPP: 100	ASC-6: 100 CSDC-SF: 50 STEPP: 75	Pediatric Trauma patients aged 7-17 years	41	31	3 days to 1 month after incident	30,60, and 90-120 days after incident	DSM-5

Overview of ASD and PTSD

Historically, posttraumatic stress disorder (PTSD) was first introduced to the third version of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM- III) in 1980 as an anxiety disorder with an aim to identify individuals who have been mentally and or emotionally affected by a traumatic experience³. In fact, the main purpose of introducing PTSD was to stipulate that the etiological agent responsible for the mental and emotional effects expressed by individuals is the traumatic experience itself and not an inherent individual weakness⁴. On the other hand, acute stress disorder (ASD) was introduced to DSM-IV in 1994 mainly to identify early on – from two days up to four weeks after exposure - patients who have sustained a traumatic event and have expressed signs of intense fear, helplessness, or horror⁵. Eventually, ASD was explored as a means to identify individuals who have been exposed to traumatic incidents and are at risk of developing subsequent PTSD, which is diagnosed when it lasts more than one month after exposure⁶.

Evolution of diagnostic criteria of ASD and PTSD from DSM-IV to DSM-5

Starting with the category to which both disorders belonged, it was not until the emergence of DSM-5 that both ASD and PTSD were categorized as trauma- and stressor-related disorders as opposed to anxiety disorders. However, many other changes to the diagnostic criteria of both disorders have been done to facilitate the process of identifying affected individuals.

For instance, critics have argued that the trauma definition used in DSM-IV was too ambiguous; as a result, DSM-5 was mainly focused on narrowing the types of events that qualify as traumatic in order to clarify the most fundamental nosology of PTSD⁷. Moreover, DSM-5 has also emphasized the importance of having a sufficient or qualifying exposure to the traumatic event⁸. Previously, DSM-IV identified three types of trauma exposure such as “direct personal exposure, witnessing of trauma to others, and indirect exposure through trauma experience of a family member or other close associate”⁵. In its turn, DSM-5 retained all three options but additionally introduced a fourth type of qualifying exposure of “repeated or extreme exposure to aversive details of a traumatic event”, which can be observed in military soldiers for instance⁸. Moreover, DSM-5 increased the number of PTSD symptoms from 17 to 20 to include three new symptoms outlined as “persistent negative emotional state, persistent distorted cognitions about the cause or consequences of the trauma leading to blame of self or others, and reckless or self-destructive behavior”⁸.

However, there seem to be no modifications made to the duration of posttraumatic symptoms that a person shall report to be diagnosed with PTSD, as both versions of the DSM emphasized the need for the symptoms to persevere for at least one month^{5,8}. However, and most importantly, the concept of delayed-onset PTSD described in DSM-IV was replaced with delayed-expression PTSD that is expected to manifest up to six months after the exposure to a traumatic experience⁸.

Like PTSD, ASD has also undergone significant changes to increase its efficacy at identifying people at risk for developing PTSD following an exposure to a traumatic experience. For instance, in terms of qualifying traumatic events, two additional options were added to cover a wider range of exposure including “learning that the event(s) occurred to a close family member or close friend” and “experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s)”⁸. Additionally, according to DSM-IV, people had to report disturbed feelings for at least two days and at most four weeks within four weeks of experiencing a traumatic event to be diagnosed with ASD. However, this criterion was also modified in DSM-5 to include all symptoms experienced three days up to one month after the traumatic experience⁸. All these changes have led various researchers to believe that “the DSM-5 criteria for ASD results in better identification of people who will subsequently develop PTSD or another psychiatric disorder relative to the DSM-IV criteria”⁹. Further information will be presented later in this review.

Types of traumas and populations studied

In his review, Bryant aimed to evaluate the utility of ASD to predict PTSD by focusing on all relevant articles published between 1994 and 2009. The population sample covered by his review included assault victims^{10, 11}, motor vehicle accident and disaster survivors¹²⁻¹⁹, distressed parents²⁰, cancer and brain injury patients²¹⁻²³, injured individuals²⁴⁻²⁶, and rape victims²⁷.

Expanding on Bryant’s review, ours serves as a follow-up comprising all relevant articles published after 2011 that include a wide spectrum of traumatic events such as natural disasters (e.g., Earthquakes)^{28,29}, childhood adversities³⁰, bank robbery³¹, injuries^{6,9,32,33}, cancer diagnoses³⁴, and sexual abuse³⁵. Age groups included pediatric participants aged 7 years through 18 years^{30,32,33}, bank employees³¹, victims affected by natural disasters in Europe and Asia^{28,29} and patients admitted after traumatic injury⁹.

Prevalence of ASD and PTSD

The prevalence rates, in Bryant's review of ASD, ranged from 7% to 59%, and of PTSD from 6 to 35%. Based on the newly reported results which we reviewed, the prevalence of ASD and PTSD ranged from 4.9% to 68.8% and from 6% to 56%, respectively.

The rates were highest among women who survived sexual trauma - ASD 68.8% and PTSD 48.3%³⁵. In bank robberies, ASD was 14.4% and that of PTSD 6.8%³⁶.

In another study conducted among children and adolescent survivors of childhood trauma (any which satisfies criteria), researchers generated the prevalence of ASD and PTSD using both DSM-IV and DSM-5³⁰. The prevalence of ASD according to the diagnostic criteria of DSM-IV and DSM-5 was 18.6% and 14.2%, respectively, while that of PTSD was 8.7% and 9.6%, respectively. Mazo et al. have showed that 41% of pediatric patients with significant physical injury that required admission to the pediatric trauma surgery unit developed ASD according to DSM-5 and 31% according to DSM-IV during their growth and development³³. In a study on earthquake trauma, Roncone et al. reported that 45.2% of people who have sought psychosocial support after L'Aquila earthquake in Italy fulfilled the DSM-IV criteria of ASD (4.9% with full ASD and 39.3% with partial ASD) and 56% were later diagnosed with DSM-IV PTSD²⁸. On the other hand, Zhou et al. reported a prevalence of 28.4% of ASD among student victims of Lushan earthquake and a PTSD prevalence of 16.2%, 15.74% and 10.15%, 2-, 6-, and 12-months post-earthquake²⁹. The study by Bryant et al. of consecutive randomized admissions to five major trauma hospitals across Australia found that 10% of people met the DSM-IV ASD criteria within one month of diagnosis, and 10% met the DSM-IV PTSD criteria 12 months later⁹. On the other hand, Brown et al. reported a DSM-IV ASD prevalence of 36% and an any time DSM-IV PTSD prevalence of 21.3% among youth aged 7 years to 18 years who were sequentially admitted to a burn hospital³². In a study done by McCarthy et al. on a group of parents who recently received the news of their children's diagnosis with cancer, 63% of mothers and 60% of fathers met the criteria for DSM-IV ASD at diagnosis, and 6-8 months post diagnosis, 21% of mothers and 16% of fathers met the criteria for DSM-IV PTSD³⁴. Finally, in Bryant et al.'s longitudinal study of patients with randomized admissions to five hospitals across Australia, the ASD prevalence was higher using DSM-5 criteria compared to DSM-IV criteria (14% vs. 8%)⁹. On the contrary, the prevalence of PTSD measured 72 months post trauma was higher using DSM-IV criteria compared to DSM-5 (8% vs. 6%)⁹. Further information can be found in Table 1.

Assessment timepoints

With the exception of two articles, all the publications included in the current review focused on assessing ASD at one time point and reported that relation to the prevalence of PTSD, assessed at one time point, as a predicted response at follow-up. Only two articles, looked at the ASD prediction in multiple subsequent assessments of PTSD^{9,29}. Further information about exact assessment timepoints can be found in Table 1.

Psychometric properties

In reference to the results collected from Bryant's review in 2011, ASD had a reasonable positive predictive value. In fact, most studies indicated that at least half of the adults who were initially diagnosed with ASD subsequently met the criteria for PTSD². Concurrently, another consistent finding was a strong negative predicting power across studies (65%-96%), indicating that those who did not initially meet the criteria for ASD did not develop subsequent PTSD². However, the overall reported sensitivity was poor (20%-72%), indicating that those who eventually developed PTSD did not actually meet the full criteria for ASD². Prevalence rates of ASD and PTSD ranged from 7-59% and 6-25%, respectively².

On the other hand, and in reference to the results collected through our review, based on the data reported in studies that relied on DSM-IV, solely^{6,28,29,32,34-36}, the ASD positive predictive value (PPV) of PTSD ranged from as low as 14% to 100%. On the other hand, the negative predictive power of ASD (NPV) ranged from 82.97% up to 99%. The sensitivity of ASD prediction of PTSD ranged from 34% to 89%. Finally, the specificity of ASD prediction of PTSD ranged from 42% to 94%.

On the other hand, in studies that relied on DSM-5 solely, the sensitivity ranged from 60% to 100%, while the specificity ranged from 17% to 100%³³. Moreover, the positive predictive power was documented to be between 29% and 100%, as the negative predictive power ranged from 50% to 100% depending on the scale used: Acute Stress Checklist for Children-Short Form (ASC-6) Child Stress Disorders Checklist-Short Form (CSDC-SF) Child Stress Disorders Checklist-Short Form (CSDC-SF)

Finally, a couple of studies were aimed at evaluating the diagnostic sensitivity of both versions of DSM^{9,30}. For instance, Meiser-Stedman et al. reported that each version yielded high negative predictive values (all >97%) and high specificity coefficients (>87%)³⁰. Moreover, they reported that PPV values were modest (48% for DSM-5 and 37 for DSM-IV)³⁰. Additionally, sensitivity was 31% for DSM-5 PTSD and 38% for DSM-IV³⁰. Furthermore, based on a study aimed at examining the significance of nuances between the diagnostic criteria of ASD according

to DSM-IV as opposed to DSM-5, Bryant et al. concluded that the improved sensitivity of the new ASD definition has resulted in relatively enhanced identification of individuals at risk for developing subsequent PTSD or any other psychiatric disorder⁹.

Additionally, it is worth mentioning that studies reported by Bryant that focused on child populations reflected a poor ability of ASD to predict PTSD based on the psychometric properties recorded (sensitivity 20-25%). The studies focused on children included in the current review reported a variety of sensitivity levels ranging from 31% to 100%.

Discussion and future recommendations

In the current review, we have gathered substantial evidence on the ability of ASD to predict PTSD in individuals exposed to traumatic events. Bryant had concluded in his review, which included studies published before 2011, that a diagnosis of ASD is not yet adequate to identify individuals at risk for developing subsequent PTSD: sensitivity ranged between 20% to 72%². In our present review, which picked up where Bryant had left, included articles from 2011 to 2021. The diagnosis of ASD did not successfully identify most of those who developed PTSD where five out of the eight studies which reported on sensitivity found it to be less than 60%. This could be due to multiple factors. First, there is a paucity of research to affirm whether ASD possesses a significant predictive ability of PTSD across various types of traumas and populations, since many of the studies focused on specific subsamples of the exposed individuals or used clinical samples. Second, we have discerned that in this area of research there is a lack of studies that have examined the effect of various assessment time-points on the predictability of PTSD by ASD. We believe that this prediction would be better characterized when assessed at two time points, yet still within the time frame of an acute

stress disorder. Considering different assessment time-points to diagnose ASD may render multiple studies capable of reaching a different conclusion of whether ASD is a good predictor of PTSD including the true possibility of delayed-onset PTSD or “adjustment disorder”. Third, none of the studies attended to controlling for items such as levels of shock/fear experienced during the event, recall bias in trauma recollection, and several other previous or current comorbidities in exposed individuals. A fourth contributor to the less than desirable prediction of PTSD by ASD could be the focus on categorical diagnosis of both ASD and PTSD. We suggest that looking at the predictive power of severity of the ASD reaction over and above the categorical diagnosis could warrant closer assessment of the prediction power. No previous research, to our knowledge, has combined those approaches with the clear advantage of looking at the full picture of the acute reaction and PTSD. Additionally, we recommend future studies which assess the usefulness of ASD in its predictive power, to rely on the diagnostic criteria of DSM-5 as opposed to DSM-IV, because of better sensitivity.

Conclusion

Through the current review, we were able to expand on the work of Bryant which focused on examining the extent to which ASD can predict PTSD and to explore various studies that have been conducted after 2011 to provide further insight into the ability of ASD to predict PTSD. This review included many studies based on DSM-5. After analyzing the results, we concluded that ASD has very good NPV, a range of PPV which includes high

numbers, very good specificity, but rather low sensitivity in most studies. Moreover, we have identified some gaps in the previous studies that have explored the correlation between the two disorders, including subthreshold PTSD, to which we have endorsed substantial recommendations, in order to be able to implement early interventions and possibly detect PTSD early.

References

1. Bryant, R. Interview with Professor Richard Bryant. [Personal interview, July]; 2016.
2. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2009 Sept;72(2):233-239.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd Edition. 1980.
4. Rockville MD. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2016.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Edition. 1994.
6. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC. The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *J Psychiatric Res.* 2012 Feb 1;46(2):168-73.
7. Pai A, Suris AM, North CS. Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behav Sci.* 2017 Mar;7(1):7.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Edition. 2013.
9. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC, Forbes D. A comparison of the capacity of DSM-IV and DSM-5 acute stress disorder definitions to predict posttraumatic stress disorder and related disorders. *J Clin Psychiatry.* 2015 Nov 11;76(4):34-67.
10. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Ame J Psychiatry.* 1999 Mar 1;156(3):360-6.
11. Elklit A, Brink O. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder in physical assault victims. *J Interpersonal Viol.* 2004 Jun;19(6):709-26.
12. Bryant RA, Harvey AG. Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry.* 1998 May 1;155(5):625-9.
13. Holeva V, TARRIER N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy.* 2001 Dec 1;32(1):65-83.
14. Fuglsang AK, Moergeli H, Schnyder U. Does acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder in traffic accident victims? Analysis of a self-report inventory. *Nordic J Psychiatry.* 2004 Jun 1;58(3):223-9.
15. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1999 Dec;67(6):985.
16. Hamanaka S, Asukai N, Kamijo Y, Hatta K, Kishimoto J, Miyaoka H. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006 May 1;28(3):234-41.
17. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *The Brit J Psychiatry.* 2002 Apr;180(4):363-8.
18. Dalgleish T, Meiser-Stedman R, Kassam-Adams N, Ehlers A, Winston F, Smith P, Bryant B, Mayou RA, Yule W. Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *Brit J Psychiatry.* 2008 May;192(5):392-3.
19. Kassam-Adams N, Winston FK. Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004 Apr 1;43(4):403-11.
20. Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M. Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2004 Nov 1;5(6):547-53.
21. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *J Consult Clin Psychol.* 2005 Apr;73(2):360.
22. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of Motor Vehicle Accident Survivors. *J Consult Clin Psychol.* U.S. National Library of Medicine. 1998 Jun;66(3):507-12
23. Harvey AG, Bryant RA. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry.* 2000 Apr;157(4), 626–628.
24. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML, Silove D, McFarlane AC. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 2008 Jun 1;69(6):923-9.
25. Kühn M, Ehlerst U, Rumpf HJ, Backhaus J, Hohagen F, Broocks A. Onset and maintenance of psychiatric disorders after serious accidents. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256(8):497-503.
26. Bryant RA, Salmon K, Sinclair E, Davidson P. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *J Traum Stress.* 2007 Dec; 20(6):1075-1079.

27. Elklit A, Christiansen DM. ASD and PTSD in rape victims. *J Interpers Violence*. 2010 Aug;25(8):1470-88.
28. Roncone R, Giusti L, Mazza M, Bianchini V, Ussorio D, Pollice R, Casacchia M. Persistent fear of aftershocks, impairment of working memory, and acute stress disorder predict post-traumatic stress disorder: 6-month follow-up of help seekers following the L'Aquila earthquake. *Springerplus*. 2013 Dec;2(1):1.
29. Zhou P, Zhang Y, Wei C, Liu Z, Hannak W. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress: A longitudinal study of Chinese children exposed to the Lushan earthquake. *Psych J*. 2016 Sep;5(3):206-14.
30. Meiser-Stedman R, McKinnon A, Dixon C, Boyle A, Smith P, Dalgleish T. Acute stress disorder and the transition to posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Prevalence, course, prognosis, diagnostic suitability, and risk markers. *Depress Anxiety*. 2017 Apr;34(4):348-55.
31. Hansen M, Hyland P, Armour C. Does highly symptomatic class membership in the acute phase predict highly symptomatic classification in victims 6 months after traumatic exposure? *J Anxiety Disord*. 2016 May;(1)40:44-51.
32. Brown RC, Nugent NR, Hawn SE, Koenen K. C, Miller A, Amstadter AB, Saxe G. Predicting the transition from acute stress disorder to posttraumatic stress disorder in children with severe injuries. *J Pediatr Health Care*. 2016 Nov;30(6):558-68.
33. Mazo A, Waddell M, Raddatz J, Blankenship K, Rachal JC, Reynolds S, Christmas AB. Screening of acute traumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder in pediatric trauma patients: a pilot study. *Int J Traum Nurs*. 2021 Jul;28(4):235-42.
34. McCarthy MC, Ashley DM, Lee KJ, Anderson VA. Predictors of acute and posttraumatic stress symptoms in parents following their child's cancer diagnosis. *J Traum Stress*. 2012 Oct;25(5):558-66.
35. Shevlin M, Hyland P, Elklit A. Different profiles of acute stress disorder differentially predict posttraumatic stress disorder in a large sample of female victims of sexual trauma. *Psychol Assess*. 2014 Dec;26(4):1155.
36. Hansen M, Elklit A. Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following bank robbery?. *J Interpers Violence*. 2013 Jan;28(1):25-44.

المخلص

الهدف: تمت دراسة العلاقة بين اضطراب الإجهاد الحاد (ASD) واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) على نطاق واسع بين أنواع مختلفة من الصدمات والأشخاص، لاكتشاف الأفراد المعرضين لخطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في وقت مبكر وتقديم تدخلات/خدمات فورية. بني هذا البحث على مراجعة منهجية سابقة للباحث R. Bryant تهدف إلى تحديث المعرفة الحالية في تقييم قدرة اضطراب الإجهاد الحاد (ASD) على تنبؤ اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

الطريقة: استخرجنا جميع المقالات ذات الصلة من قواعد البيانات بما في ذلك APA Psycinfo و APA Psycbooks و APA PsycTests و Medline و Pubmed. لقد حددنا إطارنا الزمني لجميع المقالات التي تم نشرها بعد عام 2011 و هو تاريخ نشر مقال R. Bryant وركزنا على المقالات الأصلية التي اعتمدت على موضوعات بشرية، ذكرت الخصائص السيكمترية، واللغة الإنجليزية، و كان اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) فيها نتيجة للأحداث الصادمة.

النتائج: تم استخدام عشر مقالات أصلية في هذه المراجعة. تراوح انتشار اضطراب الإجهاد الحاد واضطراب ما بعد الصدمة من 4.9% إلى 68.8% ومن 6% إلى 56% على التوالي. بالإشارة إلى الخصائص السيكمترية، لقد تبين أن اضطراب الإجهاد الحاد لديه نسبة NPV جيدة جداً، و نطاق واسع من PPV يتضمن أرقاماً عالية، specificity جيدة جداً، ولكن sensitivity لا تزال منخفضة إلى حد ما في القدرة على تنبؤ اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

الخلاصة: يبدو أن الأبحاث الحديثة حول تنبؤ اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) باستخدام اضطراب الإجهاد الحاد (ASD) مواتية تماماً وفق نسب ال NPV و specificity لكن نسب PPV و sensitivity تبين أنها أقل ملائمة. لقد حددنا بعض الثغرات في هذه الأبحاث وكذلك الأبحاث السابقة التي استكشفت العلاقة بين الاضطرابين، من ضمنها و بشكل مهم، اضطراب ما بعد الصدمة الجزئي.

Corresponding Author

Prof Elie G Karam, MD, Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon

Department of Psychiatry & Clinical Psychology, St George Hospital University Medical Center, Beirut, Lebanon

Department of Psychiatry & Clinical Psychology, Faculty of Medicine, University of Balamand, Beirut, Lebanon

Email address: egkaram@idraac.org

Authors

Ms Joodi Mourhli1, Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon

Mrs Josleen Al Barathie, Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon

Prof Elie G Karam, MD, Institute for Development, Research, Advocacy and Applied Care (IDRAAC), Beirut, Lebanon

Department of Psychiatry & Clinical Psychology, St George Hospital University Medical Center, Beirut, Lebanon

Department of Psychiatry & Clinical Psychology, Faculty of Medicine, University of Balamand, Beirut, Lebanon

Gender Disparity in Mental Disorders: A Review Article from Iraq

Maha Sulaiman Younis

الفروقات بين الجنسين في الاضطرابات النفسية : مقالة مراجعة من العراق

مها سليمان يونس

Abstract

Background: Mental disorders are a growing public health concern in Iraq. Gender is important in defining susceptibility and exposure to many mental health problems in variable clinical presentations. **Objective:** The current review aims to identify, appraise, and synthesize available evidence on gender disparity in the prevalence of Iraq's most common and most frequently studied mental disorders. **Method:** From 1st January to 30th February 2022, the following search engines were explored: PsycINFO, PubMed, Clarivate, Embase, Google Scholar. Keywords used were prevalence of mental disorders, gender disparity, gender differences, psychiatric morbidity, and the titles of the six most common mental disorders. Of 168 research items that matched the keywords, 53 full text articles were reviewed to determine gender differences among adults with mental health difficulties in Iraq. **Results:** Pooled analyses showed a high prevalence of depression, anxiety, and suicidal thoughts and attempts in women. In contrast, alcohol and substance use were higher in men compared with women due to religious and cultural taboos, with comparable gender differences in psychosis, including schizophrenia, obsessive-compulsive disorder (OCD). The finding variation is due to different screening instruments, times, and surroundings. **Conclusion:** Women experienced the greater burden of mental disorders being vulnerable and exposed to life adversities, especially during the last decades. There is a need for further studies to address an existing knowledge gap in the literature.

Keywords: Gender disparity, mental disorders, review, Iraq

Declaration of interest: None

Introduction

Mental health is essential for one's general health and life quality, where the capacity to tolerate a 'normal expectable' level of stressor is a sign of optimum mental health. Because of the wide variations in people's psychological construct, many cannot withstand the usual vicissitudes of life, manifesting their distress in minor or temporary mental health problems that can pass unnoticed. Such mental health problems are underreported in the non-clinical population, being resolved through adaptation, resilience, and moral support from the individuals' family and social support. On the other hand, psychological suffering can be complicated to moderate or severe mental disorders affecting a person's quality of life and contribute to wider public health problems. The World Health Organization (WHO) estimated one in ten individuals at any given time suffer from mental health problems worldwide, and they rarely receive the treatment and care they need¹. If left untreated, mental disorders can lead to serious health consequences affecting people or their surroundings and may reach a fatality level. Gender is a critical determinant of poor mental health and is closely related to socioeconomic position, roles, rank and

social status, access to resources, and treatment. Gender is important in defining susceptibility and exposure to several mental health risks. Many negative experiences and exposures to mental health risk factors leading to and maintaining psychological disorders predominately involve gender-based socioeconomic factors². A wealth of literature in developed and developing countries indicate that women are disproportionately affected by mental health problems compared to men^{2,3}. According to the WHO, 44% of psychiatric outpatient visits were by women, and the proportion of women accessing health services is highest in inpatient community-based units and lower in mental hospitals⁴. Moreover, war-related traumas over the last four decades in Iraq have added further burden on women's mental health, increasing their vulnerability, morbidity, and create barriers to psychiatric treatment, which highlights gender difference more than ever⁵. To the best of the current author's knowledge, no study specifies the gender disparity of mental disorders in Iraq apart from scattered data within the context of mental health services, prevalences, or demographic profiles. This highlights a data gap relating to the effect of gender

on the prevalence, morbidity, and outcome of mental disorders. There has been no national study since the WHO-Iraq Mental Health Survey (IMHS) was launched in 2007. Epidemiological data about the prevalences of a wide range of mental disorders were discussed and used as primary references in the study⁶. Many studies suggest women are more susceptible to depression and anxiety than men. Several studies denoted possible explanations: the cyclical fluctuation of female hormones intensifies the

physical stress response. Social factors, present the world over, also result in certain features being more typical of women's experience than that of men, thus predisposing them to a higher rate of depression and anxiety, particularly where oppressive cultural traditions and social values play a significant role^{2,5}. Such an important issue has not been adequately tackled, and the available data has not been updated.

Method

From 1st January to 30th February 2022, the author searched the internet to identify all relevant published literature in the English language. Databases searched were: PsycINFO, PubMed, Clarivate, Embase, Google Scholar, and websites of Iraqi Scientific Journals (iqsj.net.), and The Arab Journal of Psychiatry (arabjournalpsychiatry.com). The following keywords/search terms were used: gender disparity, gender differences, prevalence of mental disorders, mental illnesses, psychiatric morbidity, sociodemographic factors, Iraq. The next step involved browsing the titles of six selected mental health difficulties each at a time: (1) psychosis and schizophrenia, (2) depression, (3) suicide and suicidality, (4) anxiety and OCD, (5) alcohol and substance use, (6) mental disorders in old age. The following literature was excluded: age less than 18 years old, studies from foreign military sources or media reports, studies about mental health problem directly caused by all types of violence, non-Iraqi samples, or Iraqis living outside. A rigorous, independent appraisal

was applied before inclusion. Of 168 possible relevant papers, 53 most evidenced articles were retrieved from Research Gate, emailing the authors and personal communication in its full text and read thoroughly. Reports about clinical trials, case-control studies, conference proceedings, and women's related mental disorders were deemed insufficient methodological quality and were excluded from the review. Chosen articles were reviewed manually to extract the gender ratio of each mental illness studied in the geographical regions of Iraq. To see the current results in light of international literature, studies about mental health services in general were searched for "women's mental health" and "gender differences" in international literature. The reference list of each chosen paper was browsed through google scholar for other related pieces of knowledge. Data were categorized into six most common, most frequently searched mental disorders. Manual rechecking of the results was done to minimize methodological error or biases.

Results

Psychosis and schizophrenia

In a study of 298 patients diagnosed with first episodes of schizophrenia from 1985 to 1987 in Babylon, men (20%) showed a good prognosis when compared with women (31.3%). However, 54.7% of the men who participated were in the poor prognosis group compared with 48.7% of women⁷. From 10,101 attendees of the neuro-psychiatric outpatient clinic in Medical City Hospital in Baghdad in 1994, the male-to-female ratio was 1:1.2, with a comparable percentage of psychotic disorders, including schizophrenia⁸. In a similar study conducted on 1315 attendees to the psychiatric outpatient clinic in Baghdad, the male-to-female ratio was 1.4%: 1% for schizophrenia⁹. In 2010, it was 28%:18% in the same clinic¹⁰. The IMHS revealed no marked gender differences regarding psychosis and schizophrenia^{6,11}. In 2011, a study of 86 patients with schizophrenia reported a male-to-female ratio of 1.5:1¹². Another study revealed no gender

difference regarding religious and cultural beliefs¹³. In contrast, the male-to-female was 57.3%: 42.7% in a study that included 228 patients with schizophrenia admitted to Ibn-Rush Mental Hospital in Baghdad¹⁴. Another survey of 136 patients with schizophrenia north of Iraq revealed no gender differences in developing positive and negative symptoms of schizophrenia¹⁵.

Depression

Five decades ago, Bazzoui referred to the gender disparity of depression in favor of men in his narrative article¹⁶. The IMHS revealed that the lifetime prevalence of any affective disorder was 6.13% in men and 9.3% in women in a 4332 adult population sample^{6,11}. By 2010, the male-to-female ratio of depression was 25%:37% of the psychiatric outpatient clinic attendees in Baghdad¹⁰. Al Hamzawi et al. reported a male-to-female ratio for major depressive disorder was 1:2.8 in a national study.¹⁷ A

selected sample of female students from the Medical College in Baghdad reported a slightly higher prevalence of developing severe depressive symptoms and non-significant mild or temporary depressive symptoms, which may be explained by being healthy, educated youth¹⁸. Another study conducted on 527 patients attending a primary health care clinic in Baghdad reported the male-to-female ratio for any mental illness as 35.3%:37.9% with depression being the most prevalent at 49.4%¹⁹. A recent cross-sectional study found 34.2% of a non-clinical sample of 1000 women reported depressive symptoms⁵.

Suicide and suicidality

The estimated suicidal rate is 1.7 for the 100,000 Iraqi population²⁰. A national study of 647 post-mortem reports found the male-to-female ratio of 55.9%:44.1% in 2015 and 59.4%:40.6% in 2016. The most commonly used suicide method was hanging with male-to-female ratio of 42.2%:39.2%, followed by firearms (38.2%:22%), and by self-burning (12.6%:28.2%)²¹. In 2009, a similar methodology was applied to 80 post-mortem cases in Sulaimani. For suicides by hanging, the male-to-female ratio was 10.5%:1.6% and by self-burning 10.5%:62.3%²². The male-to-female ratio of death by self-immolation was 1:13.28 in the Kurdistan region in the north of Iraq²³. Amin et al. described such a violent method as a demonstration of women protesting against family and community oppression²⁴. Another study which examined 912 acute burn admissions in Baghdad during 2008, revealed a 69.4% fatality rate caused by self-immolation where the male-to-female ratio was 15%:84.7%²⁵. Self-burn carried a mortality rate of 80.6%, with a male-to-female ratio of 1:12²⁶. Suicide attempts with or without serious death intents were the focus of two studies conducted on patient in an emergency department in Baghdad in 1992 and 1998, respectively, where the male-to-female ratios were 1.2:3.9 and 1:2.2^{27,28}.

Another study conducted on suicide attempts in Babylon from 1996 to 2002 found that the male-to-female ratio was 1:4.6. The most common method was self-poisoning with 96%, involving pesticides or drug overdose²⁹. The IMHS estimated that suicidal thoughts among people with affective disorders reached 68.39%, while the male-to-female ratio for suicide thoughts was 2.44%:3.40%, and 16.2%:23.7% among people having PTSD⁶. Lafta and Al-Shawi reported that suicide ideation was expressed by 7.6% of patients diagnosed with major depressive episodes, which was more common in women; also, they found a male-to-female ratio of 10.36%:19.31% for suicide ideation among household survey in Baghdad³⁰. A contradictory finding was reported in a study of 148 patients with mental health difficulties attending an emergency unit in Baghdad. There was no gender

disparity regarding suicide attempts and thoughts, which may be attributed to methodological differences in assessing patients³¹.

Anxiety and OCD

In a study conducted on medical students at Baghdad University, men scored slightly higher than women in anxiety (2.0:1.9). This unexpected gender difference was attributed to the adverse effects of economic sanctions during 2001³². The male-to-female ratio was 17%:15.12 of any anxiety disorder found among Baghdad's psychiatric outpatients¹⁰. The IMHS reported the male-to-female ratio of 1.0:1.8 for any anxiety disorder^{6,11}. A study on gender disparity conducted with 3064 undergraduates found that women had higher mean anxiety self-reported scores than their male counterparts in ten Arab countries, including Iraq³³. The male-to-female ratio of 35.5: 64.4% was reported in a study on anxiety symptoms among medical students at Mosul University. Such a high rate can be attributed to war-related traumas³⁴. Anxiety disorders were prevalent among attendees of primary health care clinics in Al-Nasiriyah city, south of Iraq, with a comparable gender ratio³⁵. A recent study by Lafta et al. found that 39.7 of 1000 studied women showed anxiety symptoms⁵. According to many international studies and local clinical observations, dissociative disorders are far more common among women than men, especially in the younger age group. Hamdy et al. found that 71% of 268 patients in Baghdad were diagnosed with 'hysteria', affecting young women more than men and highly influenced by cultural and social factors³⁶. Regarding OCD, there was no clear gender difference in the IMHS^{6,11}. Another study from Karbala indicated that half of the studied patients with OCD showed no gender difference^{37,38}. A recent survey in Mosul found a comparable male-to-female ratio; 41.3:58.7 among 92 patients attending psychiatric outpatient clinics diagnosed with OCD³⁹.

Alcohol and substance use

The prevalence of alcohol and substance use was revealed by the IMHS, where the male-to-female ratio was 1.52:0.256, which is similar to what Younis et al. found: 2:0.110. In an updated large-scale study, the male-to-female ratio was 96.4%:3.6% of the clinical sample in Baghdad⁴⁰. In another study conducted on a non-clinical population sample of 3200 participants, women reported a significantly lower prevalence of alcohol and substance use than men. Men using illicit drugs comprised 0.2% of the sample, with 0% for women^{41,42}. In a study of 36 patients with Tramadol dependence in Baghdad, 78% were men, 22% were women, and 92% were iatrogenic dependent⁴³. A study of 130 patients with Tramadol, Benzodiazepine, and Procyclidine dependence in Al-

Dewanyea reported a male-to-female ratio of 88%:12%⁴⁴. A recent survey of 265 medical undergraduates in Baghdad found a male-to-female ratio of 25%:18.4% for collective substance use, including tobacco and caffeine, mostly; however, women tended to report use of medically prescribed psychoactive drugs⁴⁵.

Mental disorders in old age

Older people included in the current review were above 60 years old. A review concluded that 68.4% of older

women experienced depression⁴⁶. While other studies found that the male-to-female ratio for depression was 37.1%:41.1% out of 362 older adults⁴⁷. Another study reported a male-to-female ratio of 54.4%:45.6% in the collective percentage of mental disorders among 907 older outpatients⁴⁸. A recent survey of 300 non-psychiatric elderly attending the geriatric outpatient clinic in Baghdad found a significant association of gender with quality of life (QoL), where the male-to-female ratio was 45% men, and 55% women reported a low level of satisfaction with their QoL⁴⁹.

Discussion and Conclusion

The current review highlights gender differences relating to six common mental disorders in Iraq by examining the best-evidenced articles. Several studies conducted on different population samples in Arab Muslim countries denoted that woman experience mental health problems more than men, where women lack gender equality in education and employment. Moreover, women are the direct victims of community and domestic violence, being members of male-dominant families, especially in disadvantaged and rural communities. Several studies indicated hormonal imbalance plays a role in initiating or maintaining mental disorders, such as perinatal psychosis and depression^{2,3,50}.

On the other hand, the gender difference is narrow in psychosis, schizophrenia and OCD due to the biological basis of these disorders. A similar finding was highlighted in many international studies^{4,6,11,13,50}. Despite the different study settings and circumstances, all of the literature reviewed concluded that women experience depression more than men^{5,30,51}. Women's vulnerability has been attributed to differences in their reaction to stress, coping styles, and being victims of community and domestic violence. In Iraq, women have endured the devastating impact of wars, violence, and conflicts for the last four decades⁵¹. Suicidal thoughts and attempts were also higher among women when compared to men in association with major depressive disorders or response to family oppression^{21,25}. Several studies reported a higher rate of self-immolation among women than men in attempts and mortalities; however, completed suicide, especially by self-immolation, is under-reported and commonly claimed to be accidental due to shame and fear of legal consequences^{21,22,23,24,25}. Also, anxiety disorders were higher in women, which is consistent with international studies and thought to be influenced by family and social surroundings^{8,9,10,11,32,34}. The prevalence of alcohol and substance use among different population sectors was highly influenced by gender in favor of women due to religious and social taboos despite the

availability of alcoholic beverages in markets and public clubs. Men who reported problematic alcohol and substance use were frequently encountered in psychiatric and other clinical settings. At the same time, illicit drug use was less common among women. However, it is believed to be a mounting public health problem where both consumption and dependence rates are increasing due to poor control over trading and the absence of restrictions on pharmacies selling psychoactive medications^{40,41,42,43,44}. Some studies on older people showed a higher prevalence of anxiety and depression among women due to social isolation, physical disabilities, cognitive and sensory impairment, and many difficulties managing their daily lives.

Such gender differences must be confirmed and considered in their roles and responsibilities, social position, and access and use of health resources^{46,47,48,49}. Understanding the gender difference in mental disorders is essential because high morbidity in women significantly impacts their quality of life and home responsibilities^{2,33,50}. The current review shows gender disparity in mental disorders in Iraq by demonstrating a descriptive review of international and local articles. The methodology was not scrupulously discussed and not included within the objectives. This approach is expected to give unreliable conclusions due to error and bias; however, this study tackles a non-searched topic before hoping to attract future large-scale studies' attention. A gender-sensitive surveillance system is needed to explore mental health problems and severe mental disorders. Mental health services in Arab countries, including Iraq, are still underdeveloped. Addressing gender-based issues and culturally tailored mental health services are recommended⁵². There is an urgent need for robust research on mental health in Iraq to cover the data gap and promote the quality of provided services^{52,53}.

Limitations

The current review was limited by the scarcity of updated large-scale studies on gender disparity in Iraqi women who experience mental disorders. For the same reason, studies about somatoform diseases, despite being commonly encountered in clinical settings, were not addressed in this review. Also, studies about war-related trauma or gender-based violence were ruled out;

therefore, it may be possible that some relevant individual studies were missed. The numerous published studies about foreign military troops overshadowed our targeted issues using the exact keywords. This work only reviews the literature and interprets the findings without testing the statistical significance of the results.

References

1. World Health Organization. (2020). Health statistics and information systems. Retrieved February 2022 from <https://www.who.int/healthinfo/survey/en>.
2. Afifi, M. Gender differences in mental health. *Singapore Med J.* 2007;48(5):385.
3. Fakhr El-Islam, M. Arab culture and mental health care. *Transcultural Psychiatry.* 2008;45(4):671-682. <https://doi.org/10.1177/1363461508100788>.
4. World Health Organization. (2006). WHO-AIMS, Report on Mental Health System in Iraq. Iraq Ministry of Health, Baghdad, Iraq; Geneva, http://www.who.int/mental_health/evidence/iraq_who_aims_report
5. Lafta RK, Merza AK. Women's mental health in Iraq post-conflict. *Med Confl Surviv.* 2021 Jun;37(2):146-159.[doi:10.1080/13623699.2021.1946903](https://doi.org/10.1080/13623699.2021.1946903).
6. WHO EMRO. Iraq Mental Health Survey (2006/7). Retrieved on February 2022, from www.emro.who.int/dsaf/EmroPub_2009_EN_1367.
7. Younis A, Moselhy HF. A nation under siege: The 15-year outcome of Iraqi patients with schizophrenia in Babylon, Iraq. *J Ment Health.* 2009;18(5):394-404. [Doi:10.3109/09638230902968266](https://doi.org/10.3109/09638230902968266)
8. Younis M, R Lafta. Working in a Conflict Region: A Total Year Work Load of a Psychiatry-Neurology Outpatient Clinic in Baghdad. *Am J Bioterror Biosecur Biodefens.* 2014;1(1):4.
9. Younis MS, Al-Naimy A. A cross-sectional study of the psychiatric outpatient clinic at Baghdad University Hospital in the year 2003. *J Arab Board Med Specializ.* 2016;8(1):85-87.
10. Younis MS, Al-Noaimi A, Zaidan Z, Al-Rubayie A, Al-Farsi Y, Al-Zakwani I, Al-Adawi S. Clinical and demographic profile of attendees at Baghdad's walk-in psychiatric clinic. *Oman Med J.* 2013;28(5):365-370. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.104>.
11. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M, Baban A, Al-Alak M, Othman A, Othman Y. Iraq Mental Health Survey Study Group. The Prevalence and Correlates of DSM-IV Disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS) *World Psychiatry.* 2009;8(2):97- 109.[PMID: 19516934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19516934/).
12. Saleh AI. Sociodemographic factors of schizophrenia in Basra. *Zanco J Med Sci.* 2011;15(2):15-20, em Inglès | IMEMR | ID: emr-122789
13. Al-Abbudi SJ. Causal beliefs of schizophrenia among a sample of Iraqi schizophrenic inpatients' families in Iraq. *Iraqi J Med Sci.* 2016;14(3).
14. Al-Abbudi SJ. Prodromal Symptoms and Signs of First-Episode Schizophrenia in Iraq. *J Psychiatry Ment Illn.* 2018;102(1):1-8.
15. Rahim TA, Kareem HFH. Positive and negative symptom patterns in schizophrenia. *Arab J Psychiatry.* 2017;28(1):59-68. [doi:10.12816/0036887](https://doi.org/10.12816/0036887).
16. Bazzoui W. Affective disorders in Iraq. *Brit J Psychiatry.* 1970;117(537):195-2031.
17. Al-Hamzawi A, Bruffaerts R, Bromet E, AlKhafaji A, Kessel R. The epidemiology of major depressive episodes in the Iraqi general population. *PLoS One.* 2015;10(7):<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131937>
18. Al-Kadhimi FA, Al-Hemiary NJ, Hassan A. Depressive Symptoms and Associated Stressors among Medical Students. *J Facul Med Baghdad.* 2017; <https://doi.org/10.32007/jfacmedbagdad.59392>.
19. Salman TS, Al-Lami FH, Rhemah SHJ. Prevalence of Mental Illnesses among Adults Attending Primary Health Care Centers in Baghdad. *Iraqi Post Grad Med J.* 2016;15(2):228-233.
20. WHO-EMRO. An increasing number of suicide cases in Iraq worries public health experts amid COVID-19 pandemic, <http://www.emro.who.int/iraq/Iraq-news> (Retrieved on February 2022).

21. Abass M, Alhemiary N, Abdul-Razaq E, Naosh S. H, Applebye L. The Iraqi national study of suicide: Report on suicide data in Iraq in 2015 and 2016. *J Affect Disord.* 2018;229(15):56-62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.037>.
22. Hanna VN, Ahmad A. Suicide in the Kurdistan Region of Iraq: A state of the art. *Nord J Psychiatry.* 2009;63:280-4. DOI: 10.3109/08039488.2012.761401.
23. Othman N. Suicide by self-burning in Iraqi Kurdistan: Description and risk factors. *Arch Suicide Res.* 2009;15(3):238-249. doi.org/10.1080/13811118.2011.589717.
24. Amin NM, Abed R, Abbas M. Self-Burning in Iraqi Kurdistan: Proportion and Risk Factors in a Burns Unit. *J Int Psychiatry.* 2012;9:72-74.
25. Al-Hamzawi A. Psycho-social and Clinical patterns of Suicide attempt by Burning. *Kufa Med J.* 2010;13(1):89-97. www.iasj.net.
26. Al-Zacko SM. Self-inflicted burns in Mosul: a cross-sectional study. *Ann Burns Fire Disasters.*2012;25(3):121-125. PMID: PMC3575151.
27. Younis M. Evaluation of risk factors in Iraqi parasuicidal patients. *J Facul Med Baghdad.* 2002;44(4):1-5.
28. Al-Samarrai M, Hussein M. Para suicide with self-poisoning in an emergency department in Baghdad. *Arab J Psychiatry.* 2011;11(2):78-82.
29. Younis AA, Moselhy HF. A pattern of attempted suicide in Babylon in the last six years of sanctions against Iraq. *Int J Psychiatry.* 2010;7(1):18-19, [doi:10.1192/S1749367600000965](https://doi.org/10.1192/S1749367600000965).
30. Al-Shawi A, LaftaR KH, Al-Nuaimi AS. Prevalence of Suicidal Thoughts among a Sample from Baghdad. *J Community Med Health Educ.* 2015;5(1):1-6, doi.org/10.412/2161-0711.1000334.
31. Ali NS, Jabbar A. Mental health difficulties among attendees in the emergency department of Baghdad Teaching Hospital. *Arab J Psychiatry.* 2018;29(2):108-116. DOI-10.12816/0051275.
32. Al-Azzawi R, Younis MS. Psychoneurotic Profile in Iraqi Medical Students: Three Decades Comparison. *Iraqi J Com Med.* 2009;(4):247-249.
33. Ahmed M, Alansari A-K, Bader M. Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Int J Soc Behav Pers.* 2004; 32(7):649-655, DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.7.649>.
34. Al-Ghurairi SA. Prevalence of Anxiety Disorder among Medical Students of Mosul University Iraq. *Indian J Public Health Res Develop.* 2009;10(10):1065-1069.
35. Hussein AH, Sa'adoon AA. Prevalence of anxiety and depressive disorders among primary health care attendees in Al-Nasiriyah, Iraq. *J Muslim Ment Health.* 2006;1(2):171-6. DOI:10.1080/15564900600980772.
36. Hamdi TL, Al-Hasani M, Al-Husaini A. Hysteria: A large series in Iraq. *Brit J Psychiat.* 1981;138: 177-184. (Retrieved Mar 1, 2022, from <https://www.cambridge.org/core>).
37. Al-Hemiary NJ, AlHasnawi SMK. Obsessive-Compulsive Disorder in Karbala, Iraq: a preliminary report. *Kerbala J Med.* 2014 Dec 28;7(2).
38. Al-Hemiary NJ, Al-Hasnawi SM. Seeking help from faith healers among Iraqi patients with obsessive-compulsive disorder. *J Facult Med Baghdad.* 2009;51(4):385-7. DOI: <https://doi.org/10.32007/jfacmedbagdad.5141089>.
39. Hasan MS, Ibrahim RH. Sociodemographic and Clinical Features of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder in City of Mosul, Iraq. *J Marriage Fam.* 2020;64:69(5):1325-1329.
40. Al-Hemiary N, Talib M. Substance Abuse and Dependence in the Iraqi Hospitals and Health Centers Records during 2008. *Iraqi Postgrad Med J.* 2010;9(2):206-209.
41. Al-Hemiary N, Dabbagh R, Hashim MT, Al-Hasnawi S, Abutiheen A, et al. Self-reported substance use in Iraq: findings from the Iraqi National Household Survey of Alcohol and Drug Use. *Addiction.* 2017;112(8):1470-9. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.913633>.
42. Al-Hemiary NJ, Al-Diwan JK, Hasson AL, Rawson RA. Drug and alcohol use in Iraq: findings of the inaugural Iraqi Community Epidemiological Workgroup. *J Subst Use Misuse.* 2014;49(13):1759-63.
43. Al-Aboodi MRL. Tramadol dependence in the addiction unit of Baghdad: a cross-sectional study. *Arab J Psychiatry.* 2011;22(1):76-78.
44. Albermany S. Sociodemographic profile of a sample of drug-dependent patients who visit the psychiatric unit at Al Dewanyea teaching hospital, Iraq. *Int J Res Pharm Sci.* 2019;10(2):221-229, <http://scopeindex.org/handle/sc/1514>.
45. Younis MS, Hussain HY. The prevalence and pattern of substance misuse among medical undergraduates in Baghdad University; A preliminary report. *Arab J Psychiatry.* 2021;32(1):43-39.
46. Hussain, H. Elderly, health, and sociodemographic profile in Iraq: The context of conflict, violence, and social exclusion:

- Systematic review. ME-JAA. 2016;83(4013):1-8. <https://doi.org/10.5742/MEJAA.2016.92882>.
47. Ibrahim A, AL-Lami F, Al-Rudainy R, Khader Y. Mental disorders among older people in Baghdad, Iraq. Inquiry. 2017;56:1-8. <https://doi.org/10.1177/0046958019845960>.
 48. Al Abbudi SH, Ezzat KH. Pattern and determinants of psychogeriatric disorders in old age psychiatric unit, Baghdad, Iraq. J Psychiatry Behav Sci. 2018;4:1017. <https://doi.org/10.33582/2637-8027/1017>.
 49. Younis MS, Omran B, Khalil M. Quality of life of older patients attending a general hospital in Baghdad/Iraq. Middle East J Fam Med. 2020;18I(8):28-34.
 50. Zubair A, Waqas A, Naveed S, Hossain MM, Rahman A, Saeed K, Fuhr DC. Prevalence of mental disorders in the WHO Eastern Mediterranean Region: A systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2012;12:665019. DOI: 10.3389/fpsy.2021.665019.
 51. Younis M, Lafta R. The Plight of Women in Iraq: Gender Disparity, Violence, and Mental Health, Review Article. Int J Soc Psychiatry. 2021;67(3). doi:10.1177/00207640211003602.
 52. Okasha A, Karam E, Okasha T. Mental health services in the Arab world. J World Psychiatry. 2012;11(1):52-54.
 53. Hashim HT, Ramadhan MA, Al-Jarshawi M, Kadhim MH. Psychiatry in Iraq: Challenges and Consequences. The Primary Care Companion for CNS Disord. 2021;3(3):32946.

المخلص

خلفية الدراسة: تعتبر الاضطرابات النفسية مشكلة صحية مجتمعية واسعة الطيف في العراق وفي تصاعد مستمر. يحتل عامل الفرق بين الجنسين أهميه بارزة في تحديد نسب التعرض والاصابة بالامراض النفسية باختلاف انواعها ودرجاتها وأعراضها السريرية.

الهدف: تهدف هذه الدراسة الى بيان عامل الاختلاف بين الجنسين في الاصابة بالاضطرابات النفسية الشائعة في العراق، عن طريق تحديد وتحليل اكثرها شيوعاً في المراضة وفي البحث العلمي كماً ونوعاً.

طريقة البحث: خلال شهري كانون الثاني وشباط من العام 2022، تم أستعراض محركات البحث العلمية المعتمدة والمستويات العالمية للدوريات مع المواقع العنكبوتية للمجلات المفهرسة العالمية والعربية والعراقية، باستعمال الكلمات المفتاحية بدأ "بالعراق"، المراضة، الجوانب الديموغرافية، كذلك ستة انواع من الامراض النفسية البارزة. نتج عن البحث 168 بحث ذو صلة بالموضوع، تمت استعادة وتمحيص 53 مقالة منشورة في المجلات والدوريات المفهرسة عالمياً ومحلياً، والتي ابرزت عامل الاختلاف بين الجنسين بشكل واضح وتأثيره على البالغين العراقيين.

النتائج والاستنتاج: أظهرت هذه الدراسة الاسترجاعية وجود نسب اعلى للاصابة بالاكتئاب، القلق، والأفكار او المحاولات الانتحارية لدى النساء ما هو عليه في الرجال بينما تبلغ نسب الاصابة باضطرابات تعاطي المشروبات الكحولية والمواد المخدرة لدى الرجال أضعاف ما هو عليه لدى النساء، لوجود الروادع الدينية والاجتماعية بشكل أبرز لدى النساء ولكن الفرق بين الجنسين تضاعف في نسب المراضة بالاضطرابات الذهانية وبالأخص الفصام العقلي واضطراب الوسواس القهري. أستنتجت هذه الدراسة الى ان للنساء الحصة الاكبر في الاصابة بالأمراض النفسية، كونهن أكثر هشاشة وتعرضاً للظروف المحيطة السلبية خلال العقود الاخيرة. تدعو هذه الورقة الى إجراء مزيد من الابحاث الاحصائية والوطنية لسد الثغرة المعلوماتية الحاصلة حالياً.

Prof Maha Sulaiman Younis, MD, FIMS, CABP

Professor of Psychiatry, College of Medicine, University of Baghdad

Consultant Psychiatrist, Department of Psychiatry, Medical City Teaching Hospital

Baghdad, 121142, POB:61082

Baghdad, Iraq

Email: maha.younis@gmail.com

Burnout in Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic

Meryem Herken, Cuneyt Tegin, Rif S El-Mallakh

الاحتراق بين العاملين الصحيين خلال جائحة فيروس كورونا المستجد 19

مريم حركين، كونتي تيجين، ريف الملاخ

Abstract

Background: Burnout in healthcare providers (HCPs) can also impact their families, patients, and the healthcare system as a whole. The Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic has had an extraordinary impact on the health care system and on HCPs. The current study examined its association with potential burnout. **Methods:** An internet survey was mailed to HCPs in the United States (US) and Turkey who agreed to participate. Participants completed demographic and work-related information and the shortened version of the Pines' Burnout Scale. Chi-Square was utilized for most analyses. **Results:** Rates of burnout were related to age, with the youngest workers (<35 years) having the highest rate (67.2%) and the older workers (>55 years) having the lowest rate (41.2%; $\chi^2 = 15.3$, $P < 0.001$). Women reported higher rates of burnout (67.6%) than men (51.6%, OR=1.96, 95% CI 1.47-2.62, $p < 0.001$). Frontline workers (in emergency rooms or intensive care units) (70.4% vs. 58.7%, $\chi^2: 5.6$, $p=0.017$) and those involved in COVID-19 care (66.7% vs. 55.5%; OR: 1.6, 95% CI 1.1 to 2.1, $p=0.002$) reported significantly higher burnout rates than others. Burnout rates were significantly lower when workers believed their employer was taking proper precautions to protect employees from COVID-19 (48.0% vs. 74.5%, OR: 3.1, 95% CI 2.3 to 4.2, $p < 0.001$). HCPs in Turkey were twice as likely to experience burnout than HCPs from the US (OR=1.95, 95% CI 1.29-2.95).

Key words: Burnout, COVID-19, healthcare providers, HCPs

Declaration of interest: None

Introduction

Burnout is a psychological syndrome characterized by depersonalization, a sense of reduced accomplishment in day-to-day work, and emotional exhaustion¹. While the concept was introduced in the 1970s, the past 10 years have seen a dramatic increase in research on this topic². Emotional exhaustion refers to the depletion of one's emotional and physical resources, feelings of being overextended and feelings of being drained and depleted. Reduced personal accomplishment implies negative self-appraisal, inefficiency in daily work, and feelings of incompetence. Multiple studies have shown that 25%-60% of physicians report exhaustion across different specialties³⁻⁵.

Physicians working in specialties at the front line of access to care e.g., emergency medicine, general internal medicine, neurology, and family medicine, are at highest risk of stress^{6,7}. When compared with other professions, physicians have almost twice the risk of work-life dissatisfaction and burnout after controlling for factors such as work hours and level of education⁸. Physician burnout and fatigue has a negative impact not only on their

well-being but also on patient care, treatment outcomes, and the healthcare system as a whole^{9,10}.

Additionally, burnout is associated with low job satisfaction, decreased work productivity, increased medical errors, increased risk of malpractice, reduced patient satisfaction, poor quality of patient care, early retirement and healthcare system failure¹¹⁻¹⁴.

The current global pandemic of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is causing fear and concern among many and impacting the mental health of over 40% of the population¹⁵. The outbreak started in China but has now infected more than 380,321,615 people worldwide, including 5,680,741 deaths by 3rd February 2022¹⁶. In previous outbreaks of severe acute respiratory syndrome (SARS), Middle East Respiratory Syndrome (MERS), and Ebola virus disease many healthcare workers (HCPs) experienced severe emotional stress¹⁷. HCPs may experience burnout, anxiety, depressive symptoms, or display symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD), which may persist after the outbreak¹⁷. The situation with COVID-19 may be similar¹⁸. The current

study investigated burnout in HCPs during COVID-19 pandemic in two countries.

Method

Study Design and Population

A cross-sectional study was conducted from 28 April to 18 May 2020, in Turkey and the United States (US), where the current authors were able to access HCPs easier due to their cultural backgrounds, languages spoken, and physical locations. The research population was limited to subjects with some connection to the investigators. The professionals working in healthcare are divided in three categories: physicians, nurses, and other HCPs. Other HCPs include technicians, assistant nurses, and clerks. An online survey eliciting potential risk factors of burnout

syndrome identified by literature review¹⁹⁻²¹, and a burnout scale, was prepared and performed online using Survey Monkey²². The survey was anonymous. Participant contact was person-to-person with the survey shared among co-workers, which made dissemination easier. All participants were informed about the study purpose and written consent was obtained in the first question of the survey. The COVID-19 Research Ethics Committee of the Ministry of Health of Turkey approved this research. The study was reviewed and approved by all the authors.

Survey and measures

Sociodemographic data included age range, gender, living condition and family situation, and consumption of tobacco products since smoking is associated with adverse outcomes of COVID-19 infection²⁶. Professional characteristics, including occupation e.g., physician, nurse, other healthcare worker, years of experience; details of workplace setting e.g., emergency room, intensive care unit (ICU) other; and, details about working hours were obtained.

Social and professional life changes of HCPs during the COVID-19 pandemic were assessed. These included a change in living condition; directly engaging in clinical activities with COVID-19 patients; knowing someone who has been diagnosed with COVID-19; knowing someone who has died from COVID-19; and, being diagnosed with a COVID-19 infection. Participants were also asked whether they believed their employer had been taking the proper precautions in the workplace to protect employees from COVID-19 infections.

Pines et al.²³, Maslach and Jackson¹, and Jones²⁴ developed instruments to measure burnout. Each scale has unique characteristics and investigators select them according to their preferences and needs. Pines' Burnout Scale has a shortened version developed by Maslach-Pines in 2005¹⁹. Pines' Burnout Scale (shortened) was used in the current study because of its brevity, high specificity, and availability of a validated Turkish version²⁵. The questionnaire is composed of 10 questions which are rated on a scale from one (never) to seven (always). Burnout levels are defined as "very low level of burnout" (score up to 2.4), "danger signs of burnout" (score of 2.5-3.4), "burnout" (score of 3.5-4.4), "very serious problem of burnout" (score of 4.5 -5.4), "need immediate professional help" (score>5.5)¹⁹. We dichotomized groups to "no burnout" (score <3.4) and "burnout" (score >3.5) for analysis.

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 21.0 (IBM Corp., Released 2012. Armonk, NY, USA). Descriptive statistics were mean, standard deviation, frequency, and percent. The Pearson's Chi-square test was used to assess the relationship between categorical variables. Continuous variables were tested by Kolmogorov-Smirnov test. The non-parametric Mann-Whitney U test was utilized to assess sample distribution. Univariate and

multivariate logistic regression analyses were performed to identify the risk factors independently associated with severe burnout in at least one subscale. A probability ($p<0.05$) was considered to be significant.

Results

Of the 1237 invited to participate, 785 (63.5%) completed the survey. All cases in the sample were valid to be analyzed. One hundred and four participants were working in the US and 681 participants were working in Turkey. Overall burnout rate in the US was 46.2% while in Turkey the rate was 62.2% ($\chi^2=10.145$, $p=0.001$). Healthcare workers from Turkey are twice as likely to experience burnout than healthcare workers from the US (Odds Ratio [OR] =1.95, 95% Confidence Interval [CI] 1.29-2.95). The breakdown of burnout severity in the US was 33.7% with clear burnout, 9.6% with a serious problem, and 2.9% who needed immediate professional help. An additional 41.3% of participants showed danger signs of impending burnout; in Turkey 30.1% showed burnout, 21.6% had a serious problem, 10.5% needed immediate professional help, and an additional 24.5% were in danger of burnout ($\chi^2 =22.55$, $p< 0.001$, Tables 1, 2 and 3)

Burnout was highest in the youngest age group, those < 35 years at 67.2% (OR 2.99 versus those > 55 years, 95% CI 1.69-5.09); in age group 35-54 years it was 59.7% (OR 2.1 versus those > 55 years, 95% CI 1.26-3.54); and in those > than 55 it was 41.2% ($\chi^2=15.3$, $p<0.001$). However, since age factor is related with years of experience, experience has found to have a more significant effect than age. (adjusted OR=0.972, 95% CI 0.957-0.987, $p< 0.001$, Table 3). Burnout rate was higher in women at 67.6% versus 51.6% in men (OR=1.96, 95% CI 1.47-2.62, $p<0.001$). We did not find a significant correlation between different occupational groups: physicians

(59.8%), nurses (67.7%), other HCPs (53.2%) ($\chi^2= 3.32$, $p=0.19$). There were also no differences in burnout rates among HCPs having a chronic medical condition (63.6% vs no condition 59.1%, $\chi^2=1.35$, $P=0.245$), knowing or working with someone diagnosed with COVID-19 (61.7% vs not working with someone with COVID-19 59.0%, $\chi^2=0.6$, $p=0.439$), or died from COVID-19 (59.9% vs no COVID-19 deaths 60.5%, $\chi^2= 0.07$, $p=0.791$); or being diagnosed with COVID-19 herself/himself (60.0% vs no diagnosis 60.4%, $\chi^2= 0.001$, $p=0.97$). There was also no association with hours worked in a week ($z=-0.74$, $p=0.459$) See Tables 2, 3 and 4.

Healthcare workers in emergency rooms or intensive care units (ICUs) had the highest burnout rate (70.4%) compared to others (58.7%, $\chi^2=5.6$, $p=0.017$). Burnout rate was significantly higher in the healthcare workers who are directly involved in COVID-19 care (66.7%) when it is compared to the healthcare workers who are not involved in direct care (55.5%; OR: 1.6 95% CI 1.1 to 2.1, $p=0.002$). However, when other factors are taken into account direct involvement in COVID-19 care is not a significant factor (Table 3). Burnout rate was significantly lower in the group who believed their employer had taken the proper precautions in the workplace to protect employees from COVID-19 (48.0%) than who believed proper precautions were not taken (67.4.5%) (OR: 3.1, 95% CI 2.3 to 4.2, $p<0.001$). Burnout rate was significantly higher in the group who use tobacco products (71.1% vs 58.2%, OR: 1.7, 95% CI 1.1 to 2.6, $p=0.005$, Tables 2 and 3)

Table 1. Demographic information

		n	%
Country	US	104	13.2
	Turkey	681	86.8
	Total	785	100.0
Gender	Female	432	55.0
	Male	353	45.0
	Total	785	100.0
Age group (years)	Under 35	241	30.7
	35-54	476	60.6
	55 and older	68	8.7
	Total	785	100.0
Living condition	Single	126	16.1
	Without partner with child	46	5.9
	With partner	613	78.0
	Overall total	785	100.0

Table 2. Sociodemographic factors and burnout (n=785)

		No Burnout N (%)	Burnout N (%)	Chi -square	p*
Country	USA	56 (53.8)	48 (46.2)	10.145	0.001
	Turkey	255 (37.4)	426 (62.6)		
Gender	Female	140 (32.4)	292 (67.6)	20.879	<0.001
	Male	171 (48.4)	182 (51.6)		
Age group (years)	Under 35	79 (32.8)	162 (67.2)	15.298	<0.001
	35-54	192 (40.3)	284 (59.7)		
	55 and older	40 (58.8)	28 (41.2)		
Living condition	Single	37 (29.4)	89 (70.6)	7.550	0.023
	Without partner with child	16 (34.8)	30 (65.2)		
	With partner	258 (42.1)	355 (57.9)		
Occupation	Physician	257 (40.2)	382 (59.8)	0.519	0.471
	Others	54 (37.0)	92 (63.0)		
Changed in living condition during pandemic	Yes	291 (39.8)	440 (60.2)	0.161	0.688
	No	20 (37.0)	34 (63.0)		
Having a chronic condition	Yes	80(36.4)	140 (63.6)	1.353	0.245
	No	231(40.9)	334 (59.1)		
Work place	Emergency room or ICU	34 (10.9)	277 (89.1)	5.692	0.017
	Other	81 (17.1)	393 (82.9)		
Directly providing care for COVID 19 patients	Yes	114 (33.3)	228 (66.7)	10.005	0.002
	No	197 (44.5)	246 (55.5)		
Believing precautions are sufficient in the workplace	Yes	217 (52.0)	200 (48.0)	57.364	<0.001
	No	94 (25.5)	274 (74.5)		
Anybody diagnosed with COVID 19 around	Yes	150 (38.3)	242 (61.7)	0.599	0.439
	No	161 (41.0)	232 (59.0)		
Anyone who died from COVID 19	Yes	34 (41.0)	49 (59.0)	0.070	0.791
	No	277 (39.5)	425 (60.5)		
Diagnosed with COVID 19 herself/himself	Yes	8 (40.0)	12 (60.0)	0.001	0.972
	No	303 (39.6)	462 (60.4)		
Use of tobacco	Yes	39 (28.9)	96 (71.1)	7.845	0.005
	No	272 (41.8)	378 (58.2)		

Table 3. Regression analyses

Characteristics	Univariate Logistic Regression Analysis			Multivariate Logistic Regression Analysis		
	OR	95% CI	p	Adjusted OR	95% CI	p
Country						
US	R			R		
Turkey	1.949	1.286-2.953	0.002	2.436	1.519-3.909	<0.001
Gender						
Female	1.960	1.466-2.619	<0.001	2.014	1.476-2.749	<0.001
Male	R			R		
Age group (years)						
Under 35	2.929	1.685-5.092	<0.001			
35-54	2.113	1.261-3.542	0.005			
55 and older	R					
Occupation						
Physician	R					
Others	1.146	0.791-1.662	0.471			
Living condition						
Single	1.748	1.154-2.649	0.008			
without partner	1.363	0.728-2.552	0.334			
with child	R					
with partner						
Experience	0.976	0.963-0.990	0.001	0.972	0.957-0.987	<0.001
Directly engaged						
No	R					
Yes	1.602	1.195-2.146	0.002			
Belief in precautions						
Yes	R			R		
No	3.163	2.336-4.282	<0.001	3.090	2.257-4.230	<0.001
Use of tobacco						
No	R			R		
Yes	1.771	1.183-2.652	0.005	1.659	1.080-2.546	0.021

Table 4. Mann Whitney U test

	No burnout	Mean	Burnout	Mean	Mann-Whitney	p*
Experience	311	18.54	474	15.85	63297.500	0.001
Work hours	311	39.56	474	41.14	71452.500	0.459

Discussion

The extraordinary circumstances created by the COVID-19 pandemic appear to contribute to greater likelihood for burnout among HCPs. Many variables can contribute to this, such as years of experience and number of hours worked per week²⁰. In the current study, burnout rate was inversely correlated with age; the youngest health care workers had the highest burnout rate. Increment of years of experience and feeling like proper precautions are implemented in the workplace are the major protective

factors. Interestingly, smoking status also affected the risk for burnout.

A recent international survey of burnout has been performed²⁷. The study utilized an internet-based survey of 2707 health care workers from 60 countries, but limited participation to individuals on COVID-19 specific social media groups, ensuring a non-generalizable outcome.

Nonetheless, some of their findings are similar to the current study. Specifically, the supportive role of employers, for example, in providing personal protective equipment, was important in both surveys in all countries. Similarly, the role of the impact on personal household issues appeared to be a near universal risk factor. Unlike the current study, the greater impact of COVID-19 on nurses versus physicians reached statistical significance (OR: 1.47, 95% CI, 1.12 to 1.92, $p=0.006$)²⁷. But the increased risk for burnout and a female gender has been a universal finding²⁷⁻²⁹. Surprisingly and contrary to our findings, the burnout rate was higher in high income countries compared to countries with lower income levels (RR: 1.18, 95% CI, 1.02 to 1.36, $p=0.018$)²⁷. This would appear to be an artifact of having recruited participants from social media groups (i.e., only those highly connected to the internet)²⁷, which was not the case for the current study.

There has been a general sense that COVID-19 has been stressful to health care providers^{30,31}, and it has been the topic of recent investigations. A study of emergency physicians found a significant increase in the level of stress experienced since the arrival of COVID-19³². Nearly all (90.8%) had changed their interactions with loved ones due to working with potential COVID-19 patients.

In the current study, over 70% of emergency physicians met criteria for burnout. In both studies, workplace protection was an important theme leading to stress or burnout³². In an online survey of American neurointervention physicians, about a third of responders (35%) reported subjective burnout, and 66% reported increased job stress³³. In a study of 349 otolaryngologists in a national (US) online survey, 21.8% reported burnout³⁴. Similar to the current study, older individuals reported less burnout than younger ones (OR 0.28, 95% CI 0.11 to 0.68, $p=0.005$)³⁴. This appears to be a general and reproducible finding³⁵⁻⁴¹. Among trainees (residents), exposure to patients with potential COVID-19 infections increased the likelihood of burnout (46.3% vs 33.7%) and this was associated with increased personal stress (29.4% vs. 18.9%)⁴². Work stress related to COVID-19 is superimposed over other changes in medicine that are also

associated with increased burnout rates, like electronic health records⁴³, a variable that is less prevalent in Turkey than the US⁴⁴ and may explain the higher burnout rate in the US observed in other studies²⁷.

With a focus on not overwhelming the healthcare system, there has also been a realization that support of healthcare workers during the pandemic is essential⁴⁵. Strategies to reduce the risk of burnout have been proposed and investigated, but that literature is characterized by excessive biased reporting, so that the actual utility of such interventions is not clear⁴⁶. At any rate, no such interventions have been attempted in relation to COVID-19 related burnout. Nonetheless, it is clear that if sufficient support is provided to frontline workers in the COVID-19 epidemic, burnout rates can be reduced^{47,49}.

The current study has several limitations. The sample is not random. Researchers reached out to prospective participants with personal contact via online co-worker groups and hospital groups. Although anonymity was assured, some candidates did not want to participate due to their workplace restrictions. A non-random sample and a decision not to participate may have contributed to non-generalizable results.

In addition, the study was conducted in two different countries with different healthcare systems and different workloads; for example, there are many more physicians per person in the US than Turkey (2.6 vs 1.8 per 1000 people)⁴⁹. These non-COVID-19 related factors might have impacted the results. Despite these limitations, there are sufficient consistencies between the current study and previous work to support the conclusion of clear trends. Additionally, the responses indicate that variables related to the COVID-19 pandemic do play a role in burnout risk.

Despite availability of vaccines⁵⁰ COVID-19 continues to spread worldwide. Mental wellbeing of healthcare workers is crucial during the pandemic because it impacts healthcare professionals and their patients. The current study suggests that COVID-19 related burnout is widespread in healthcare workers in two different countries, in different settings, and age groups. Adequate resources and support are needed to optimize outcomes for everyone.

Acknowledgements

The authors thank all participants for volunteering in this study.

All authors contributed to the design, data attainment and critical review of the manuscript.

Ethical Standards

The authors confirm that all procedures contributing to the current work comply with the ethical standards of the relevant national and institutional committee on human experimentation with the Helsinki Declaration of 1975, as

revised in 2008. The authors confirm that ethical approval for publication of this perspective piece was not required by their local Ethics Committee. Written informed consent was obtained from all participants in the survey.

References

1. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual: Christina Maslach, Susan E. Jackson, Michael P. Leiter. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1998.
2. Sweileh WM. Research trends and scientific analysis of publications on burnout and Compassion Fatigue among healthcare providers. *J Occup Med Toxicol.* 2020;15(1).
3. Gazelle G, Liebschutz JM, Riess H. Physician burnout: Coaching A way out. *J Gen Intern Med.* 2014;30(4):508-13.
4. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg.* 2009;250(3):463-71.
5. Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, Satele D, Chew H, Horn L, et al. Burnout and career satisfaction among us oncologists. *J Clin Oncol.* 2014;32(7):678-86.
6. Psenka TM, Freedy JR, Mims LD, DeCastro AO, Berini CR, Diaz VA, et al. A cross-sectional study of United States Family Medicine Residency Programme director Burnout: Implications for mitigation efforts and future research. *Fam Pract.* 2020;37(6):772-8.
7. Zhang Q, Mu M-chun, He Y, Cai Z-lun, Li Z-chi. Burnout in emergency medicine physicians. *Med (Baltimore).* 2020 Aug;99(32):e21462.
8. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377.
9. Halbesleben JR, Rathert C. Linking physician burnout and patient outcomes. *Health Care Manag Rev.* 2008;33(1):29-39.
10. De Stefano C, Philippon A-L, Krastinova E, Hausfater P, Riou B, Adnet F, et al. Effect of emergency physician burnout on Patient Waiting Times. *Intern Emerg Med.* 2018 Apr;13(3):421-428
11. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283(6):516-29.
12. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official Critical Care Societies Collaborative statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals: A call for action. *Am J Crit Care.* 2016;25(4):368-76.
13. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The relationship between professional burnout and quality and safety in Healthcare: A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2016;32(4):475-82.
14. Patel R, Bachu R, Adikay A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its Consequences: A review. *Behav Sci (Basel).* 2018 Nov;8(11):98.
15. Czeisler MÉ, Wiley JF, Facer-Childs ER, Robbins R, Weaver MD, Barger LK, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during a prolonged Covid-19-related lockdown in a region with low SARS-COV-2 prevalence. *J Psychiatric Res.* 2021;140:533-44.
16. Coronavirus disease (Covid-19) situation reports [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; [cited 2022Feb03]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
17. Lee SM, Kang WS, Cho A-R, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry.* 2018;87:123-7.
18. Shah K, Kamrai D, Mekala H, Mann B, Desai K, Patel RS. Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: Applying learnings from the past outbreaks. *Cureus.* 2020.
19. Malach-Pines A. The burnout measure, short version. *Int J Stress Manag.* 2005;12(1):78-88.
20. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Retracted: Prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care clinicians in the U.S. *J Pain Symptom Manag.* 2016;51(4):690-6.
21. Iorga M, Socolov V, Muraru D, Dirtu C, Soponaru C, Ilea C, et al. Factors influencing

- burnout syndrome in obstetrics and gynecology physicians. *BioMed Res Int.* 2017;2017:1-10.
22. The world's most popular free online survey tool [Internet]. SurveyMonkey. [cited 2022Feb3]. Available from: <https://www.surveymonkey.com/>
 23. Malakh-Pines A, Aronson E, Kafry D. *Burnout: From tedium to personal growth.* New York: Free Press; 1981.
 24. Jones JW. *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP): Preliminary test manual.* Park Ridge, IL: London House Press; 1980.
 25. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2006;2(1):62-77.
 26. Vardavas C, Nikitara K. Covid-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobac Induc Dis.* 2020 Mar;18:20.
 27. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar O, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS One.* 2020 Sep;15(9):e0238217.2020;2020.05.17.20101915
 28. Giusti EM, Pedroli E, D'Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: A cross-sectional study. *Front Psychol.* 2020;11.
 29. Matsuo T, Kobayashi D, Taki F, Sakamoto F, Uehara Y, Mori N, et al. Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic in Japan. *JAMA Network Open.* 2020;3(8).
 30. J B. Palpable Fear: COVID-19's Toll on Physician Morale and Mental Health [Internet]. PubMed. 2022 [cited 3 February 2022]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32645185/>
 31. Bradley M, Chahar P. Burnout of healthcare providers during COVID-19. *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* 2020; ;10.3949/ccjm.87a.ccc051. doi:10.3949/ccjm.87a.ccc051
 32. Rodriguez RM, Medak AJ, Baumann BM, Lim S, Chinnock B, Frazier R, et al. Academic emergency medicine physicians' anxiety levels, stressors, and potential stress mitigation measures during the acceleration phase of the Covid-19 pandemic. *Acad Emerg Med.* 2020;27(8):700-7.
 33. Fargen KM, Leslie-Mazwi TM, Klucznik RP, Wolfe SQ, Brown P, Ansari SA, et al. The professional and personal impact of the coronavirus pandemic on US neurointerventional practices: A nationwide survey. *J NeuroInterv Surg.* 2020;12(10):927-31.
 34. Civantos A, Byrnes Y, Chang C, Prasad A, Chorath K, Poonia S et al. Mental health among otolaryngology resident and attending physicians during the COVID-19 pandemic: National study. *Head Neck.* 2020;42(7):1597-1609.
 35. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Whittington R. Morale is high in acute inpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;44(1):39-46.
 36. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: A multicenter survey. *Psychiatric Serv.* 2009;60(7):985-8.
 37. Chaudhury S, Chakraborty R, Chatterjee A. Internal predictors of burnout in psychiatric nurses: An Indian study. *Ind Psychiatry J.* 2012;21(2):119.
 38. Johnson S, Osborn DP, Araya R, Wearn E, Paul M, Stafford M, et al. Morale in the English Mental Health Workforce: Questionnaire survey. *Brit J Psychiatry.* 2012;201(3):239-46.
 39. Rupert PA, Kent JS. Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Prof Psychol Res Pract.* 2007;38(1):88-96.
 40. Rupert PA, Morgan DJ. Work setting and burnout among professional psychologists. *Prof Psychol Res Pract.* 2005;36(5):544-50.
 41. Kannampallil TG, Goss CW, Evanoff BA, Strickland JR, McAlister RP, Duncan J. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and Burnout. *PLOS ONE.* 2020;15(8).
 42. Tajirian T, Stergiopoulos V, Strudwick G, Sequeira L, Sanches M, Kemp J, et al. The influence of electronic health record use on Physician Burnout: Cross-sectional survey. *J Med Internet Res.* 2020;22(7).
 43. Güler İ, Müldür S. A model approach to sharing electronic medical records between and within the state hospitals in Turkey. *Comput Biol Med.* 2001;31(6):513-23.
 44. Dewey C, Hingle S, Goelz E, Linzer M. Supporting clinicians during the COVID-19 pandemic. *Ann Intern Med.* 2020;172(11):752-3.
 45. Zhang X-jie, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi T-ying. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses. *Med.* 2020;99(26).
 46. Sasangohar F, Jones SL, Masud FN, Vahidy FS, Kash BA. Provider burnout and fatigue during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from

- a high-volume Intensive Care Unit. *Anesth Analg.* 2020;131(1):106–11.
47. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the covid-19 epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Jul;60(1):e60-e65.
48. Yates M, Samuel V. Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis. *Europ J Cancer Care.* 2019;28(3).
49. World Bank Open Data. [cited 2022Feb3]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>.
50. Fisk RJ. Barriers to vaccination for coronavirus disease 2019 (COVID-19) control: Experience from the United States. *Glob Health J.* 2021;5(1):51-5.

المخلص

الخلفية: الاحتراق بين العاملين الصحيين يمكن ان يكون له تأثير اياً على عائلته من المرضى، ونظام الرعاية الصحية ككل. ان جائحة فيروس كورونا المستجد قد ادت الى وقع غير عادي على نظام الرعاية الصحية وعلى مقدمي الرعاية الصحية. سوف نفحص ارتباطاً بامكانية الاحتراق.

الطريقة: مسح عبر الانترنت قد تم ارساله بالبريد الالكتروني لمقدمي الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الامريكية وتركيا الذين وافقوا على المشاركة. لقد قامو بتعبئة المعلومات السكانية والمعلومات المتعلقة بالعمل ومقياس باينز المختصر للاحتراق. تم استعمال اختبار مربع كاي لمعظم التحليلات الاحصائية.

النتائج: معدلات الاحتراق كانت مرتبطة بالعمر، وكانت الاعداد الصغيرة (دون 35 عام) لها المعدل الأعلى (67.2%) والعاملين الاكبر سناً (فوق 55 عام) لها المعدل الأقل (41.2%; $\chi^2 = 15.3, P < 0.001$) كانت معدلات الاحتراق بين النساء اعلى (67.6%) من الرجال- (51.6%, OR = 1.96, 95% CI 1.47-2.62, P < 0.001). العاملون في الخط الاول (غرف الطوارئ او وحدات العناية المركزه) ($\chi^2: 5.6, P = 0.017$) واولئك المنخرطين في رعاية مرضى فيروس كورونا المستجد. (66.7% vs. 55.5%; OR: 1.6, 95% CI 1.1 to 2.1, P = 0.002). كان لديهم معدلات اعلى بشكل هام عن الاخرين.

كانت معدلات الاحتراق منخفضة بشكل هام عندما كان العاملين يعتقدون ان المستخدم كان يأخذ بالاعتبار الاحتياطات لحماية المستخدمين من مرض فيروس كورونا المستجد. (48.0% vs. 74.5%, OR: 3.1, 95% CI 2.3 to 4.2, P < 0.001). بخبرة الاحتراق عن مقدمي الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الامريكية. (OR = 1.95, 95% CI 1.29 – 2.95).

Corresponding author

Dr Meryem Herken, MD Isle of Wight NHS Trust, Isle of Wight PO30 5T- United Kingdom

Email: meryemherken@gmail.com

Authors

Dr Meryem Herken, MD Isle of Wight NHS Trust-Isle of Wight PO30 5TG - United Kingdom

Dr Cuneyt Tegin, MD University of Missouri-Columbia, Missouri, 65211 - United States of America

Dr Rif S. El-Mallakh, MD, Mood Disorders Research Program, Depression Center Department of Psychiatry and Behavioral Sciences University of Louisville School of Medicine-Louisville, Kentucky 40202 - United States of America

Quality of Life of Stabilized Outpatients' Families with Mental Health Difficulties in the Eastern Region of Morocco

Bouchra Oneib, Meryem Lamjoun, Naima Abda

نوعية الحياة لأسر المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية وحالاتهم مستقرة في منطقة شرق المغرب
بشرى عنيب، مريم لمجون، نعيمة عبدا

Abstract

Objectives: Being a caregiver for a person experiencing psychiatric illness, mental health difficulties or intellectual disability can have an adverse impact on families, including a reduced quality of life. The current study assessed the quality of life of stabilized outpatients' families and examined associated factors. **Method:** A cross-sectional study was conducted among outpatients' families at the psychiatric hospital at Oujda in Morocco. In addition to sociodemographic characteristics for both groups, therapeutic compliance, insight, and patient autonomy was assessed via three scales: Medication Adherence Report Scale (MARS-5), Birchwood Insight Scale (BIS), and Social Autonomy Scale (SAS). The Medical Outcome Short Form (SF-36) assessed the quality of life of these families. **Results:** The mean age of caregivers was 53.34 years; 65.67% were women and 46.7% of relatives were the patients' parents. In terms of patient characteristics, 61.33% were single and 84% were unemployed; 55.3% had a diagnosis of schizophrenia with 80.5% reporting good insight. Compliance was low (40.7% of patients) with 98 patients indicating high levels of autonomy. Low quality of life was associated with being a young female caregiver caring for someone with limited autonomy and/or poor insight into their difficulties. **Conclusion:** Psychiatric disorders, mental health conditions and intellectual disability cause significant psychological distress for families. Supporting caregivers is essential to improving patient functioning and wellbeing as well as family quality of life

Keywords: Life quality, caregivers, mental disorders, mental health, personal autonomy, family

Declaration of interest: None

Introduction

Therapeutic advances have meant shorter hospital stays for people with mental health difficulties and psychiatric conditions. The World Health Organisation (WHO) have recommended de-institutionalization and community-based care for people in need of such care, so families are more involved in the care of their loved ones¹.

In Morocco, family ties are strong. Therefore, relatives are providing care for unwell family members and acting as caregivers. The burden of psychiatric disorders can cause considerable stress within families. Investing in the role of

caregiver can compromise the quality of life of the family and daily life^{2,3}. Indeed, such pressures can increase the of risk mood disorder, anxiety disorder, and psychosomatic symptoms much more than the general population⁴. Therefore, ensuring a person with mental health difficulties is supported in ways that stabilize their symptoms will, by extension, be beneficial within the family also. The current study aimed to evaluate the quality of life of stabilized outpatients' families in Oujda and determine their associated factors.

Material and methods

Families of people attending an outpatient clinic in CHU Mohammad IV Hospital in Oujda were recruited to the

study according to their appointments from September to December 2018.

Ethics

All participants were informed as to the purpose of the study. Informed consent was obtained prior to interview. Participant anonymity and confidentiality was assured, all had the right to withdraw from the study at any time and all were aware that any such decision would not affect the quality of care offered.

Participant characteristics

Inclusion criteria

- The caregiver must live with the patient, at least three days a week for at least six months in the past year.
- The caregiver must take part in the patient's daily life e.g. providing financial assistance, emotional support, daily supervision, maintenance of personal belongings of the patient as well as the organization of medical appointments.
- The patient must be at least in partial remission according to his or her psychiatrist.

Exclusion criteria

- Families and patients who decline to provide consent or who may not understand the questions.
- Any caregiver with a known psychiatric disorder or a chronic medical condition.

Patients

Patient demographics were collected via data from medical records fulfilled by the treating psychiatrist. These included:

- Sociodemographic characteristics of patients (age, gender, marital status, socioeconomic status, education, profession).
- The type of mental health problem, age of onset, and *duration* of the condition.

Caregivers

Data from all caregivers were obtained following an interview conducted by a psychiatrist. This process determined:

- Sociodemographic characteristics (age, gender, marital status, socio-economic status, education, profession, income level).

Measures

Patient medical files contain a range of self-report scales such as the Medication Adherence Report Scale (MARS-5), the Social Autonomy Scale (SAS), and the Birchwood Insight Scale (BIS), which assessed medication adherence, autonomy, and insight. These were used for the current study. Quality of life was measured using the Medical Outcome Short Form-36 (SF-36).

Medication Adherence Report Scale (MARS-5; Chan et al., 2020)

The MARS-5 is a validated instrument for therapeutic compliance, measuring five behavioral parameters of compliance, rated from 1 "always" to 5 "never" with a score of non-observance defined as strictly less than 20/25⁵. The measure assesses intentional and unintentional nonadherence in a nonjudgmental way. Responses are better at positioning the patient concerning adherence than the dichotomous types of answers⁶.

Birchwood Insight Scale (BIS; Birchwood et al., 1994)

The BIS is a brief and easy to administer self-report questionnaire with three dimensions of insight (ability to re-label symptoms, awareness of experiencing feeling mentally unwell, and recognition of a need for treatment)⁷. Each dimension is represented by subscale with a mean score from 0 to 4. Subscale scores can be summated to a total score (range 0-12), where a higher score indicates more insight. Respondents demonstrate greater insight when the score is above nine. The BIS is commonly used to assess people with schizophrenia⁸.

Social autonomy scale (SAS)

The scale is comprised of 17 items, exploring five dimensions: personal care, management of daily life, resource management, relationship with the outside, emotional life, and social relations. The SAS has good reliability and sensitivity⁹ with a set of scores obtained for each dimension constituting a total score that can range from 0 to 102. A lower total score means better social autonomy.

The SAS was the subject of a first validation work on a sample of 149 patients (112 in double EAS rating) compared to a sample of 134 patients rated on the Global Assessment of Functioning scale (GAF)^{10,11}. A study conducted in France assessing the validity of the (SAS) confirmed its robustness and objectivity¹.

Medical Outcome Short Form Study - 36 (SF-36; Ware & Sherbourne, 1993)

Quality of life was assessed via the SF-36, which is a health-related quality of life scale derived from the

medical outcome study^{13,14} and includes a translated and validated Arabic version¹⁴. Scores tending towards 100 indicate a better quality of life; a physical health score and a mental health score can also be summated¹³. The 36 item scale assesses eight dimensions: physical functioning, limitations related to physical problems, physical pain, general health, vitality, social functioning, limitations related to emotional problems, mental health, and perceived health compared to a year ago.

Statistical analysis

Qualitative variables were described using percentages while quantitative variables with means and standard deviations. The student t-test and the Chi-squared were used for comparison.

One-way analysis of variance was used to compare the means between three or more subgroups. Multiple linear regression analyses were used to examine the factors associated with the life quality of caregivers. Data were analyzed using the SPSS 23.0. The statistical significance threshold was set at 5%.

Results

Descriptive analysis

In total, 300 patients and 300 caregivers were recruited to the study. Patient sociodemographic characteristics describe the majority being men with a male-to-female

ratio of 1:4. Most were single and the mean age was 40.91 years \pm 14.625 with ages ranging from 18 to 85 years old; 36.3% reported a primary school level of education and were unemployed. All patients lived with their families.

Table 1. Sociodemographic characteristics of patients

Characteristics	N (%)
Age	40.91 years ± 14.625*
Gender	
Male	175 (85.3)
Female	125 (41.7)
Relationship status	
Single	184 (61.3)
Married	88 (29.3)
Divorced	21 (7)
Widowed	7 (2.3)
Level of education	
Illiterate	87 (29)
Primary	109 (36.3)
Secondary	81 (27)
University	23 (7.7)
Profession	
Unemployed	252 (84)
A full time job	10 (3.3)
Part time work	25 (8.3)
Casual work	13 (4.3)
Monthly income	
< 2000 DH	99 (33)
2000-5000 DH	177 (59)
> 5000 DH	24 (8)
Live with	
Family	292 (97.3)
Alone	8 (2.67)
Living environment	
Urban	260 (86.7)
Rural	40 (13.3)

*means±standard deviations

Disease characteristics: 55.3% of patients had schizophrenia. The mean time of progression of the

disease was 13.02 years, with extremes ranging from one year to 58 years.

Table 2. Prevalence of psychiatric, mental health conditions and/or disability among outpatients

Psychiatric, mental health conditions and/or intellectual disability	N (%)
Schizophrenia	165 (55.3)
Depressive disorders	56 (18.67)
Anxiety disorders	30 (10)
Schizoaffective disorders	2 (0.67)
Bipolar disorder	10 (3.33)
Induced psychosis	8 (2.67)
Dissociative disorders	5 (1.67)
Intellectual disability	23 (7.67)

Clinical features

At points of relapse, 45.3% of patients experienced aggressive behaviours; 15.7% made a suicide attempt.

Insight

In terms of insight into their difficulties, 74.33% of patients demonstrated good insight although 40.7% had poor adherence to treatment.

Autonomy

The average SAS score was 48.95 ± 22.35 . Ninety-eight patients had a score above 60. The dimensions "resource management", "the relationship with the outside", and "the emotional life and social relations" were the most altered.

Caregiver sociodemographic data

The majority of caregivers were women with the male-to-female ratio being 1:9. The mean age was 53.34 years \pm 12.356, with extremes ranging from 18 to 87 years. Almost half of this population were illiterate.

Table 3. Sociodemographic characteristics of families

Characteristics	N (%)
Age	53.34 years ± 12.356*
Gender	
Male	103 (34.3)
Female	197 (65.7)
Level of education	
None	138 (46)
Primary	79 (26.3)
Secondary	66 (22)
University	17 (5.6)
Parent link	
Mother	107 (35.7)
Father	33 (11)
Conjoint	53 (17.7)
Brother or sister	74 (24.7)
Son or daughter of the patient	16 (5.3)
Other adult living with the patient	17 (5.7)

*means±standard deviations

Caregiver quality of life

The average of life quality was 60.35 ± 17.42. The mean mental score was 52.32 ± 17.7, and the mean physical score was 68.73 ± 18.89.

A low score on the SF-36 was associated with the young female caregiver taking care of an older patient with a low score of autonomy and who attempted suicide.

Table 4. Correlations

Participant characteristics	Total score SF-36 p B IC [95%]	Physical health p B IC [95%]	Mental health p B IC [95%]
Age of caregiver	<0,0001 -0,35[-0,5; -0,3]	<0,0001 -0,33 [-0,6; -0,3]	<0,0001 -0,19 [-0,3; -0,1]
Gender of caregiver	<0,0001 -5,7[-11; -5]	0,003 -3,5[-8,9; -1,8]	<0,0001 -6,5[-13; -7]
Age of patient	-	-	<0,0001 0,1 [0,08;0,2]
Patient education	-	0,03 -2,1[-3,6; -0,1]	-
Caregiver education	-	0,01 2,5 [1,03;8,3]	-
Parent link	-	0,04 2 [0,1; 5,8]	-
Attempt of suicide	-	0,007 -2,7[-9,7; -1,5]	0,03 -2,9[-10; -2]
Patient autonomy	<0,0001 -0,4 [-0,41; -0,2]	<0,0001 -0,4[-0,44; -0,2]	<0,0001 -0,4[-0,43; -0,2]
Insight	0,006 2,7[1,5; 9,4]	-	0,006 2,7[1,7;10]

Discussion

The current study established that caregivers reported having a poor life quality even if the person they were caring for was stable. This finding was also lower among female caregivers such as mothers, and those caring for elderly dependent patients, or those who had attempted suicide.

Many studies have examined the experience of poor life quality among caregivers. Indeed, some have identified a negative correlation between the quality of life and the role of the caregiver^{15,16}. The results of our study showed that most caregivers were women, which is consistent with other studies. In the US, 66% of caregivers were women¹⁷.

Women are quite often considered the leading givers of care and are likely to perform this role more than men. Some cultures believe that caregiving is a women's duty¹⁸. In the current study men had a better quality of life, which supports the existing literature. Further, it appeared that women had more difficulties taking care of patients than men. Some studies link this to being more emotionally involved or bearing the pressure of having an unwell person at home alongside other responsibilities^{19,20}.

In the present study, younger caregivers reported a lower quality of life, which may be explained by a lack of experience and concern for the future²¹. In the current study, having little or no education was associated with poor quality of life; studies show controversial results regarding this parameter^{22,23}.

Mothers reported a lower life quality than other caregivers, which is supported in the literature²⁴. Other studies found that the spouses had the worst life quality²⁵. However, one study found no relation between the family ties and the life quality of relatives²⁶. Financial standing did not introduce a significant relationship with the life

quality, which is in keeping with many studies^{23,25} and incompatible with others²².

In the current study many participants were single and without children, which rendered the caregiver the sole financial supporter of the patient and posed a potential economic burden on the family.

There was no link between life quality and the nature of mental health conditions, which suggests that all psychiatric disorders may lead to poor life quality for families of people with such conditions. Suicide attempts were a particular stressor. Research suggests that poor life quality among caregivers is correlated with symptom severity²⁷. The current study found that life quality remains disrupted even with clinically stable patients. Patient autonomy may be one factor affecting family wellbeing more than symptomatology since caregivers with poor life quality tend also to care for patients who may have less autonomy due to their condition²⁸.

Culture is an important aspect that may also affect the quality of life of caregivers. One study compared the intercultural impact on the life quality of caregivers of patients with schizophrenia living in France and Chile. Quality of life was lower where the caregiver and/or patient was unemployed. This highlights how economic burden can weigh heavily on caregivers since it also links to having limited means for gaining additional support for breaks from care, for example. However, quality of life was low in both populations, confirming that quality of life does not depend solely on socioeconomic level or accessibility to care but on other parameters such as social support, cultural beliefs, and resilience²⁹.

Another qualitative study assessed the life quality of Canadian and Korean parents of children with autism. The

researchers found that culture influenced these parents' perception of quality of life. The two populations perceived their children's condition and quality of life differently³⁰. Indeed, individualism is a fundamental concept in Western culture, whereas social ties and interdependence shape Eastern culture. The latter is based on family cohesion and interaction. These concepts and beliefs could influence resilience.

In the eastern culture, parents tend to feel more responsible towards their children, and caring for family is important. Also, it is possible they may have a stronger belief that caring for an unwell person is a duty,

specifically among women³¹. With life conditions and cultural beliefs, the caregiver must find a balance between the demands of her/his role and her/his daily life. For this, the person would likely benefit from an equal balance between personal fulfillment and sacrifice.

The current study has limitations e.g., it was observational, with difficulty to control for every possible lifestyle factor.

Conclusion

The experiences of caregivers represents a real stake when caring for a family member with a psychiatric or mental health condition, or those caring for people with

intellectual disabilities. From this perspective, caregivers should be offered appropriate psychological and social support .

Reference

1. Jaclene A, Zauszniewski AK, Bekhet M, Suresky J. Effects on Resilience of Women Family Caregivers of Adults with Serious Mental Illness: The Role of Positive Cognitions. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009;23:412-422.
2. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psycho education for schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2000;26:5-20.
3. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2010;45:613-626.
4. Zendjidjian X, Richieri R, Adida M et al. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *J Affect Disord*. 2012;136:660-65.
5. Morisky DE, Green LW, Levine, DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986, 24:67-74.
6. Amy Hai Yan Chan, Rob Horne, Matthew Hankins, Claudia Chisari. The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2020 Jul; 86(7):1281-1288.
7. Birchwood M, Smith J, Drury V et al. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:62-7.
8. Sean D. Cleary, Sanaa Bhatti, Beth Broussard, Sarah L. Cristofaro, Claire Ramsay Wan, Michael T. Compton. Measuring insight through patient self-report: An in-depth analysis of the factor structure of the Birchwood Insight Scale. *Psychiatry Res*. 2014 May 15;216(2): 263-268.
9. Leguay D, Cochet A, Matignon G et al. Échelle d'autonomie sociale: premiers éléments de validation. *Encephale*. 1998;24:108-119.
10. Leguay D, Cochet A, Matignon G et al. Échelle d'autonomie sociale : premiers éléments de validation. *Encephale*. 1998;24:108-119.
11. Leguay D, Rouillon F, Azorin J.M et al. Impact à 6 mois de l'initiation ou du changement d'un traitement antipsychotique sur l'autonomie sociale de patients schizophrènes: étude ESPASS. *Encéphale* 2008.
12. Leguay D, Rouillon F, Azorin J-M, Gasquet I, Loze J-Y et al. Evolution of the social autonomy scale (EAS) in schizophrenic patients depending on their management. *Encephale*. 2010 Oct;36(5):397-407.
13. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-items short-form health survey. I. Conceptual

- framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30:473-4
14. Khoudri I, Zeggwagh AA, Abidi K, Madani N, Abouqal R. Measurement properties of the short form 36 and health-related quality of life after intensive care in Morocco. *Anaesthesiol Scand*. 2007 Feb;51(2):189-97.
 15. Xiang YT, Luk ESL, Lai KYC. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *ANZ J Psychiatry*. 2009;43:731-738.
 16. Hayes L, Hawthorne G, Farhall, J et al. Quality of life and social isolation among caregivers of adults with schizophrenia: Policy and outcomes. *Community Ment Health J*. 2015;51:591-7,
 17. Schneider M, Steele R, Cadell S, Hemsworth D. Differences on psychosocial outcomes between male and female caregivers of children with life-limiting illnesses. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(3):186-99.
 18. Noghani F, Seyedfatemi N, Karimirad Arash, MR et al. Health Related Quality of Life in Family Caregivers of Patients Suffering from Mental Disorders. *J Clin Diagn Res*. 2016; 10(11):VC05–VC09.
 19. Roick C, Heider D, Toumi M, et al. The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:363-74
 20. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2007;16:1151-61.
 21. Hadrys T, Adamowski T, Kiejna, A. Mental disorder in Polish families: Is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:363-72.
 22. Ghahremani Z, Alavi MJ, Hosseini F. Correlates of quality of life in the family caregivers of schizophrenic patients with hope. *Iran J Nurs*. 2006;19:17-26.
 23. Wong DF, Lam AY, Chan SK et al. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:15.
 24. Andren S, Elmstahl, S. Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:435-46.
 25. Magliano L, Fadden G, Madianos M et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33:405-12.
 26. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2010;10: 71.
 27. Caqueo-Úrizar A, Alessandrini M, Urzúa A, Zendjidjian X, Boyer L, Williams DR. Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. *Health Qual Life Outcomes* 2017 Apr 19;15(1):76.
 28. Chimeh N, Malakoti S, Panaghi L. Care giver burden and mental health in schizophrenia. *J Fam Res*. 2008;4: 277-92.
 29. Laurent Boyer, Alejandra Caqueo-Úrizar, Raphaëlle Richieri, Christophe Lancon, José Gutiérrez-Maldonado, Pascal Auquier. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract*. 2012;13:42.
 30. Vanessa C. Fong, Emily Gardiner, Grace Iarocci. Cross-cultural perspectives on the meaning of family quality of life: Comparing Korean immigrant families and Canadian families of children with autism spectrum disorder. *Autism*. 2021 Jul;25(5):1335-1348.
 31. Hanssen I, Tran PTM. The influence of individualistic and collectivistic morality on dementia care choices. *Nurs Ethics*. 2019;26: 2047-2057. PMID:30200811.

المخلص

الأهداف: مقدمي الرعاية يقوم برعاية المريض الذي يعاني من اضطرابات نفسية، له تبعات غير محببة، والعديد من المسائل على الأبعاد العائلية، وهذا التأثير يمكن أن يسبب على تخفيض نوعية حياة مقدمي الرعاية. **الهدف:** هذه الدراسة هو تقييم نوعية الحياة لعائلات المرضى الخارجيين المستقرين، الذين يعانون من اضطرابات نفسية وتحديد العوامل المرتبطة. **الطريقة:** قمنا بعمل دراسة مقطعية بين عائلات المرضى في مستشفى (أوجد) في المغرب، بالإضافة إلى الخصائص السكانية والاجتماعية للمرضى وعائلاتهم فقد قيمنا الالتزام بالعلاج، البصيرة، واستقلال المريض على ثلاث مقاييس وهي:

SF – 36، MARS – S، Birchwood Insight Scale and Social Autonomy Scale (SAS). ولغرض تقييم نوعية الحياة لهذه العائلات ثم استعمال مقياس SF 36. ثم تحديد العوامل المرضية باستعمال SPSS 23.0 واقنان والاتحاد الخطي. **النتائج:** معدل عمر مقدمي الرعاية هو 53.34 سنة، وكان 65.67% من النساء، 46.7% من الأقارب كانوا والدي المريض، 61.33% من المرضى كانوا عازبين، و84% بلا عمل. معظمهم كان مستواهم الاقتصادي منخفض، 55.3% كانوا يعانون من الفصام، 80.5% كان لديهم بصيرة جيدة، 40.7% كانوا قليلي الالتزام بالعلاج، 98 مريض كانت درجة مقياس الاستقلال عندهم فوق 60. وكان

معدل درجة SF 36 هو 60.35 ± 17.42 . وكان مستوى نوعية الحياة المنخفض مرتبط مع الأناص الأصغر من مقدمي الرعاية، انخفاض درجة المرضى بالاستقلالية والبصيرة الجيدة. **الخلاصة:** الاضطرابات النفسية تسبب انزعاج نفسي مهم لمقدمي الرعاية، ودعم مقدم الرعاية هو أساس لتحسين الأداء الوظيفي للمرضى.

Corresponding author

Dr Bouchra Oneib

Email: boucha82@hotmail.com

Address: Hospital Arrazi, Boulevard Allal Al Fassi, 60010, Oujda – Morocco

Email: boucha82@hotmail.com

Authors

Dr Bouchra Oneib, Psychiatry Department, CHU Mohammed VI, Faculty of Medicine, University Mohammed I, Oujda - Morocco

Dr Meryem Lamjoun, Psychiatry Department, CHU Mohammed VI, Faculty of Medicine, University Mohammed I, Oujda – Morocco

Dr Naima Abda, Epidemiology Department, CHU Mohammed VI, Faculty of Medicine, University Mohammed I, Oujda – Morocco

Stigma in Mental Health

Saif Daniel Alrashid, Ali Alqam

وصمة العار في الصحة النفسية

سيف دانيال الراشد، علي علقم

Abstract

Stigma refers to a form of shame related to a certain person or circumstance. The crucial and detrimental consequences of stigma heavily impact the access that individuals have to mental health care. It has been widely documented those individuals with mental health issues or their relatives and loved ones experience a level of ignorance and stigma. The aim of the current review is to explore the topic of stigma further to support and strengthen anti-stigma campaigns to aid the stigmatized group and the community around them. A review of the literature on stigma experienced by patients with mental health conditions, family members, and the field of psychiatry was conducted via 60 articles obtained through searches in Google Scholar, Science Direct, PubMed, BJPsych, and BMC. Relevant literature was narrowed to the last decade with both original research and article reviews. The literature presented contained information relating to stigma towards patients, family, and psychiatry. Stigma is one of the major hardships within the field of psychiatry. Overcoming this obstacle can achieve a milestone within the field.

Key words: Stigma in mental health, stigma in psychiatry, affiliated stigma, self-stigma

Declaration of interest: None

Introduction

While mental illness remains a taboo topic, it is not uncommon. Globally, 970 million people have a mental health or substance use problem and in the past decade, there was a 13% increase in mental health and substance use disorders¹. An estimated fifth of children and adolescents have a mental health condition and suicide continues to be the second leading cause of death for teens and young adults. Stigma as a word is of Greek origin, it alludes to a type of marking that was burned or cut into people's skin to identify them as criminals, slaves, or traitors². It created a physical scar to distinguish people that were seen as tarnished. These marked individuals were publicly avoided and rejected from society.

In a modern perception of stigma, the workings of Goffman are pivotal. He states that stigmatization is triggered by the occurrence of a socially undesirable trait, which singles the holder of this trait out³. When this characteristic is addressed or exhibited while interacting with others, many may exclude and criticize the identity of the individual demonstrating it. Moreover, a significant theory on societal stigma is the labeling theory by Scheff which resulted in great scientific interest. The conceptual model derived from Corrigan and Watson emphasized the main components of stigma, those being stereotypes, prejudices, and discrimination⁴.

A more theoretical framework obtained from Link and Phelan described categorizing, labeling, status loss, and discrimination as factors that play a role together in a power situation⁵. In the late 1900s, the concept of stigma became more popularized, and a rise of awareness and attention was gained towards it. This was mainly attributed to the increased awareness of how people with mental health issues are treated within our communities³.

The World Health Organization (WHO) defined stigma as "a mark of shame, disgrace or disapproval that results in an individual being rejected, discriminated against, and excluded from participating in a number of different areas of society"⁶. Stigma towards mental illness is developed from a variety of considerations, including gender, religion, culture, and diagnosis which instill self-deprecation in the patient.

Depression is one of the most disabling disorders and people who experience depression have the additional influence of being associated with the illness and the stigma that is attached to the disorder⁷. It is this additional factor that discourages people with the condition from vocalizing their experiences and asking for support⁸.

Stigma is a complex issue. Studies have shown that around 40% of patients reported experiencing high levels

of self-stigma⁹. Moreover, stigma toward mental illness is higher than physical illness with schizophrenia being the most stigmatized. Nowadays, the word “psychotic” is considered an insult which is likely caused by the negative display of the media¹⁰.

Stigma directed at patients can be divided into perceived stigma where the belief is held against the stigmatized group. The expectation of unfair treatment towards those with mental health conditions is called anticipated stigma and finally, self-stigma is when the patient applies the view toward themselves¹¹. Stigma towards caregivers is called affiliate/associate/courtesy stigma and it occurs when family members of patients are stigmatized by

society¹². Finally, public stigma is the negative belief by the public toward mental illness¹³.

The aim of the current article is to review literature discussing the stigma in mental illness in recent years. Overall, 60 articles used in reviewing the literature, were narrowed down to the last decade. Google Scholar, Science Direct, PubMed, BJPsych, and BMC were searched using the keywords "stigma in mental health", "stigma in psychiatry", "affiliated stigma", and "self-stigma". Stigma directed toward the patient, their families, and the field of psychiatry were used as an approach to identifying the literature and specifically finding consequences of stigma and new approaches to address the problem.

Stigma to patients

There are numerous aspects that may lead to patients feeling stigmatized. The most common types are self-stigma, public stigma, professional stigma, and institutional stigma⁹. To begin with, self-stigma can be described as the negative mark that patient puts on themselves. Self-stigma is an obstacle that can influence the treatment of patients, resulting in various negative impacts on the individual, including decreasing self-esteem and self-efficacy¹⁴. Moreover, self-stigma may cause the patient to avoid seeking help when in need which affects therapeutic compliance as well^{15,16}. In recent years, one of the main aims of psychiatry has been to improve patients' quality of life, yet self-stigma leads to poorer quality of life which includes education, marriage, parenting, employment, and satisfactory housing¹⁷. Also, almost all mental illnesses themselves damage social functioning to a certain degree and unfortunately, the damage is superimposed by stigma as well¹⁸.

This type of stigma has been elucidated in various ways. When it comes to a sociological approach, Link and Phelan described it as “the co-occurrence of components of labeling, stereotyping, cognitive separation into “us” and “them” groups, status loss, social rejection, and discrimination, in the context of power differentials that allow one group to successfully devalue another.”¹⁹ Later, it was split by Corrigan into three elements: awareness, agreement and application. Corrigan added that “harm” can be integrated if patients apply stigma to themselves²⁰. The ideology behind self-stigma begins with being aware of the labels attached to the stigmatized group, a common example is labeling a patient with anxiety disorder as being weak. Afterward, the patient begins to agree and believe these labels. However, these two factors are not sufficient to manifest self-stigma. The

third is the application. This is the stage when patients apply and internalize the falsely established stereotype to themselves, now believing that having anxiety must mean they are weak. This perspective represents self-stigma as a hierarchical relationship; a person with mental illness must first be aware of corresponding stereotypes before agreeing with them and applying self-stigma to oneself^{11, 14}.

Patients facing internalized stigma genuinely believe that as a psychiatric patient they are devalued individuals within their society, which leads to adapting those stereotypes about mental illness to themselves.¹¹ It has continually reinforced those mental illnesses as socially exclusive stigmas. One of the main reasons this is true is the misunderstanding of stigma by society and the misuse of the term itself²¹. One study from Poland showed that people with severe mental illness experienced an effect of self-reported internalized stigma. This internalized stigma was heavily related to feelings of isolation and alienation, which alludes to the importance of stigma assessments that are followed by intervention programs in clinical practice²².

A study carried out in Ethiopia with 388 participants studied the internalized stigma in patients following up with the outpatient clinic. It concluded that three out of five patients with mental illness face high levels of internalized stigma with lack of social support and unemployment being major contributors by a factor of two and three, respectively. Providing education and support is recommended for these patients to battle the stigma²³.

Mental health workers are challenged with helping patients develop insight into their illnesses²⁴. Reddy concluded that a certain extent of stigma is present in

patients who lack insight and, as the level of insight improves, the level of stigma increases with it. Handling the stigma mentioned above could be an important step in optimizing treatment plans since improving insight has many advantages in treatment such as therapeutic compliance²⁴. Stigma in psychiatry could be thought to be cultural and different in every nation

, yet one study showed that the cause of stigma tends to be similar across different nations²⁵. This result is helpful because if an international collaboration and a worldwide effort were achieved, it may be possible to tackle the stigma of mental health.

A study in Taiwan explored the influence of the psychosocial intervention on the quality of life and self-esteem within individuals. It focused on patients with schizophrenia, 70 were recruited and asked to participate in programs that specifically educate against stigma. The sessions were 60 minutes long each week for a total of six weeks. Results determined that intervention could decrease self-stigma and improve the patient's self-esteem²⁶.

Detecting the characteristics in patients with mental health difficulties and the public will aid mental health workers to notice patients at risk of being stigmatized⁸. Möhring et al. set out to test the above statement; despite that effort, research required replication to examine what these characteristics and patterns entail⁸. Furthermore, the relationship and social status of the individuals of stigmatized groups should be new aspects to consider when assessing the strategies and communication of an anti-stigma approach. Finally, while research with this consideration is lacking, guiding it in this field may create critical findings.

Fung et al. sought to examine different strategies to reduce stigma²⁷. They concluded that contact-based empowerment education and acceptance and commitment therapy (ACT) reduce stigma in general and ACT was found to be particularly effective in decreasing internalized stigma.

Public stigma refers to negative outlooks towards those with mental illness held by the general public, often based on misconceptions, fear, and prejudice²⁸. This stigma describes "the phenomenon of large groups endorsing stereotypes about and acting against a stigmatized group²⁹". Public stigma causes consequences that harmfully impact struggling patients, such as high issues in employment, higher prevalence of suicide, and lower perceived health status³⁰.

To tackle this issue, one study was done on the impact of the Time to Change anti-stigma campaign³¹. It showed that there is an exposure-response relation between

increased campaign awareness, meaning the number of people reporting awareness of the campaign, and the improvement in knowledge, prejudice and exclusion, tolerance, and support for community care. However, there was no intended behavior such as living or working with someone with a mental illness^{28,32}. This campaign has assisted in combating stigma, and it reported a 25% decrease in discrimination in employment and 32% in social life. Unfortunately, in March 2021, the Time to Change program was closed due to a loss of funding³⁴.

People with mental health difficulties might have a greater likelihood to internalize the stigma if they encountered discrimination from the public than having the expectation that the public might be stigmatizing them³⁵. To be more specific, Yocca explored the views of the public towards people in the criminal justice system with mental health difficulties³⁶. Regardless of the demographics of participants and the types of offense, stigma was present and a correlation was found between right-wing beliefs and higher levels of stigma. Right-wing beliefs are defined as "a specific ideology characterized by "anti-democratic opposition towards equality" that happens out of fear and social distancing³⁷. This conclusion can help minimize such stigma by informing the public about the programs in place and how the programs can help people in the criminal justice system as well as providing a base for future research to place destigmatizing strategies³⁸. Also, Healey examined the forensic stigma scale (FSS) to measure public stigma³⁹. The 12-item FSS proved to have strong psychometric properties which can help in measuring stigma for clinical and experimental use^{41,42}.

Worldwide, the media is one of the main sources for information to the public and it was found to be the leading cause of public stigma in severe mental illness.⁴⁰ If used correctly, media could change the views of the public towards mental illness, and with digital media; this can be achieved within a short period of time.

Stigma regarding mental health is also apparent in professional settings; however, it is not only directed at patients. It may refer to healthcare workers who stigmatize patients, usually it occurs based on workers misunderstanding the basis of mental illness⁹. Moreover, professional stigma also occurs when professionals themselves feel stigmatized by the public or other healthcare professionals because of their type of work or dealing with psychiatric patients⁹. Professional stigma has many repercussions, and one of the major issues is how it may interfere with the management that patients receive, which may directly affect improvement and recovery^{9,43}. Some patients as well as their caregivers have reported injustice and inequality in the medical care, they receive which is likely due to underfunding

and unprofessional behavior from mental health professionals⁴³.

A study from Indonesia about the types of stigmas experienced by patients experiencing mental health difficulties exhibited that “nurses and hospital staff held stigmatized attitudes towards patients”⁹. Moreover, it demonstrated that holding stigmatizing attitudes can affect the type of care patients receive. The study also suggested that mental health nurses felt they were treated differently by other healthcare providers. This behavior is mainly due to nurses working in psychiatric settings. This form of stigma is concerning because it creates major discrepancies in healthcare access and treatment which is already limited. Patients with serious mental illness tend to have poorer health outcomes and integration with primary healthcare can help with

lessening disparity⁴⁴. Stigma is one of the main barriers leading to the issue above and tackling this might help in overcoming the problem. Additionally, while healthcare professionals are much more understanding of mental illnesses in comparison to the public, it has not absolved all ignorance in professional settings. The belief that recovery is limited, and prognosis is detrimental remains which further restricts access⁴⁵.

Lastly, institutional stigma denotes the politics and culture created within an organization that enables adverse attitudes toward stigmatized individuals, such as those with mental health problems⁴⁶. This harmful environment is also created by legal or public procedures or practices which deeply embed this stigma into a community⁴.

Stigma towards psychiatry

Various types of stigmas have negatively influenced the perception of psychiatry. Studies found that students are often discouraged from specializing in psychiatry – such attitudes may persist past university years and into the clinical setting⁴⁸. Mental health continues to be perceived as an unappealing area of medicine. This struggle can be seen universally; however, it is more apparent in some cultures⁴⁹. Culture cannot be easily altered, and this is especially applicable within medicine. The main reason this occurs is because stigma is created due to early potentially inaccurate views of psychiatry within medical communities, and it continues to be validated and reinforced throughout medical school⁴⁹. Psychiatry rotations for students are usually short and students do not get to experience the real recovery patients make

which directly strengthens the belief that mental illness is irremediable. Increasing the duration of psychiatry rotations can ease this stigma⁵⁰.

Another problem facing psychiatry is the stigma against the treating methods. For example, when it comes to ECT, although it is a safe and effective treatment, it is seen as an inhumane approach due to misperception and lack of knowledge⁵¹. A study done on 114 patients receiving ECT showed that counseling and education about ECT resulted in significant improvement in internalized stigma and reduced fear of treatment. This can be used by mental health workers to reduce the stigma and benefit from the advantages of the treatment⁵².

Stigma towards the family

Moreover, it may occur that family members of stigmatized individuals start to adapt an internalized stigma,⁵³ often referred to as affiliated stigma. Families are susceptible to struggle with their own view of mental health because the individuals that care for the patient play an important part in supporting relatives who are experiencing mental illness. To confirm this, Ebrahim et al. demonstrated that caregivers suffered from stigma and a high level of burden⁵⁴.

Findings from research completed in Singapore to assess quality of life of caregivers indicated that affiliate stigma has an important impact on the health and the quality of life of primary caregivers of relatives with mental illness, especially parents of those with mental illness⁵².

Furthermore, the impact of stigma on caregivers affects physical as well as psychological and social health¹⁷. These factors can be divided into objective factors which include the health impact, financial burdens, and the restriction of their social life and activities, and subjective factors that cover the psychological impact such as the feeling of embarrassment and constant worry. Their struggle for facing stigma and caregiving burden is often overlooked and rarely discussed in medical services⁵¹.

Another important step in combating this stigma is being able to accurately measure stigma and screen those who are at risk⁵⁵. One study was done on developing an accurate rating scale to measure affiliate stigma, it developed two versions and both self-stigma in relatives

of people with serious mental illness scale (SSRMI) are valid and reliable instruments. This scale can be used in clinical settings as well as research settings⁵⁶.

A variety of initiatives and programs aimed and succeeded to reduce the stigma of mental illness. Such as small or moderate educational interventions that involve communication of groups with an educator, or programs that include mass media movements and extensive contributions⁵⁷. Shamsaei et al. concluded that short-term training interventions reduce stigma and assist the family members of patients with mental health difficulties to cope with the negative stigma they have been exposed to. Yet, more research is needed to evaluate the effectiveness of long-term training⁵⁷.

Additionally, it would be beneficial to create "health-focused intervention" spaces that act to support and advise family caregivers. This could include physical and digital support groups and psychosocial education⁵⁸. The current study observed that the more social support provided for caregivers, the less self-stigma is seen within themselves. Informing and educating about more taboo mental illnesses will increase hope and further include caregivers in the fight against stigma. Finally, another article concluded that to minimize familial stigma towards mental illnesses and health, effective and targeted education with accurate language that aims to correct ignorance surrounding psychological health

should be available to the public⁶⁰. It also showed disclosing one's mental illness may encourage a sense of understanding among individuals with the same experience and this type of social outreach allows patients the chance to participate to various degrees within their community.

There remains a lack of research on the correlates of affiliated stigma and confronting stigma associated with mental health difficulties can aid with the patient's improvement. Conclusively, promoting researchers to perform more extensive studies in this area can be beneficial for deconstructing this stigma⁵⁶.

In conclusion, stigma has always been a key issue in psychiatry. Further research and approaches need to be developed to help reduce its impact on the field. Stigma has numerous negative consequences, particularly on patients and their families. The consequences range from social discrepancies to disrupting the treatment. Prevention is paramount and long-term strategies could be beneficial such as educating students in schools as well as students interested in any medical field regarding stigma and the negative views towards psychiatric disorders. While stigma continues to contribute to the mental health burden, providing optimal day-to-day care to patients with the continuous fight against stigma could one day help overcome the problem.

References

- 1- World Health Organization. (2022). "Mental Health." Retrieved from https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1.
- 2- Rezvanifar F, Shariat SV, Shalbafan M, Salehian R and Rasoulilian M. Developing an Educational Package to Improve Attitude of Medical Students Toward People With Mental Illness: A Delphi Expert Panel, Based on a Scoping. *Rev Front Psychiatry*. 2022;13:860117. doi: 10.3389/fpsy.2022.860117.
- 3- Manago B, Davis JL, Goar C. The Stigma Discourse-Value Framework. *Comp Sociol*. 2022;21(3):275-299. doi: <https://doi.org/10.1163/15691330-bja10054>.
- 4- Economou M, Bechraki A, Charitsi M. [The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches]. *Psychiatriki*. 2020 Jan-Mar;31(1):36-46. Greek, Modern. doi: 10.22365/jpsych.2020.311.36. PMID: 32544075.
- 5- Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol*. 2020;8(36). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>.
- 6- Murney MA, Sapag JC, Bobbili SJ, Khenti A. Stigma and discrimination related to mental health and substance use issues in primary health care in Toronto, Canada: A qualitative study. *Int J Qual Stud Health and Well-being*. 2022;15(1). DOI: 10.1080/17482631.2020.1744926.
- 7- Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, Goto R, Maeno T. A Brief Survey of Public Knowledge and Stigma Towards Depression. *J Clin Med Res*. 2018 Mar;10(3):202-209. doi: 10.14740/jocmr3282w. Epub 2018 Jan 26. PMID: 29416578; PMCID: PMC5798266.
- 8- Möhring M, Krick NK, Ditze A. The Influence of Social Support and Characteristics of the Stigmatisers on Stigmatising Attitudes Towards People with Mental Illness. *Eur J Health Commun*. 2021;2(2):66-96. <https://doi.org/10.47368/ejhc.2021.204>.

- 9- Subu MA, Wati DF, Netrida N. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *Int J Ment Health Syst.* 2021;15(77). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>.
- 10- Robinson P, Turk D, Jilka S, et al. Measuring attitudes towards mental health using social media: investigating stigma and trivialisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019;54: 51-58. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1571->.
- 11- Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med.* 2019;17:31. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>.
- 12- Papadopoulou A, Tafiadis D, Tsapara A, Skapinakis P, Tzoufi, M, et al. Validation of the Greek version of the Affiliate Stigma Scale among mothers of children with autism spectrum disorder. *BJPsych Open.* 2022;8(1): E30. doi:10.1192/bjo.2021.1083.
- 13- Ran MS, Hall BJ, Su TT, et al. Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2021;21:8. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02991-5>.
- 14- Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics.* 2011;8(2):41-416. PMID: 22211117; PMCID: PMC3248273.
- 15- Brenner RE, Cornish MA, Heath PJ, Lannin D G, Losby MM. Seeking help despite the stigma: Experiential avoidance as a moderated mediator. *J Couns Psychol.* 2020;67(1):132-140. <https://doi.org/10.1037/cou0000365>.
- 16- Ibrahim N, Amit N, Shahar S. et al. Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health.* 2019;19:544. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6862-6>.
- 17- Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr.* 2021 Apr;58:102601,ISSN1876-2018,<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102601>.
- 18- Turkmen N, Yorulmaz S, Koza M, Gumustas E, Ozdemir S. Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. *Ann Med Res.* 2021;25(1):0012-0017.
- 19- Lucas JW, Phelan JC. Stigma and Status: The Interrelation of Two Theoretical Perspectives. *Soc Psychol Q.* 2012 Dec;75(4):310-333. doi: 10.1177/0190272512459968. PMID: 25473142; PMCID: PMC4248597.
- 20- Corrigan PW. Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry.* 2016 Feb;15(1):67-73. doi: 10.1002/wps.20295. PMID: 26833611; PMCID: PMC4780288.
- 21- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2150-2161,ISSN0277-9536,<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.9.030>.
- 22- Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018 Oct;8(14):2599-2608. doi: 10.2147/NDT.S169051. PMID: 30349258; PMCID: PMC6183546.
- 23- Bedaso A, Workie K, Gobena M, Kebede E. The magnitude and correlates of internalized stigma among people with mental illness attending the outpatient department of Amanuel Mental Specialized Hospital. Addis Ababa, Ethiopia, *Heliyon.* 2022;8(5):e09431, ISSN 2405-8440, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09431>.
- 24- Reddy MS. Insight and Psychosis. *Indian J Psychol Med.* 2015 Jul-Sep;37(3):257-60. doi: 10.4103/0253-7176.162909. PMID: 26664072; PMCID: PMC4649806.
- 25- Kudva, KG, El Hayek, S, Gupta, AK, et al. Stigma in mental illness: Perspective from eight Asian nations. *Asia-Pacific Psychiatry.* 2020;12:e12380. <https://doi.org/10.1111/appy.12380>.
- 26- Shih C-A, Huang J-H, Yang M-H. Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. *Asian J Psychiatr.* 2022;73:103171, ISSN 1876-2018, <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103171>.
- 27- Fung K, Liu JJW, Sin R. et al. Examining Different Strategies for Stigma Reduction and Mental Health Promotion in Asian Men in Toronto. *Community Ment Health J.*

- 2021;57:655-666
<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00723-3>
- 28- Golay P, Moga M, Devas C, et al. Measuring the paradox of self-stigma: psychometric properties of a brief scale. *Ann Gen Psychiatry*. 2022;20:5. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00325-7>.
 - 29- Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):974-981
 - 30- Goodwill JR, Zhou S. Association between perceived public stigma and suicidal behaviors among college students of color in the U.S. *J Affect Disord*. 2019 Oct;262:1-7, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.019>.
 - 31- Evans-Lacko S, Corker E, Williams P, Henderson C, Thornicroft G. Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003-13: An analysis of survey data. *The Lancet Psychiatr*. 2014;1(2):121-128, ISSN 2215-0366, [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70243-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70243-3).
 - 32- Potts LC, Henderson C. Evaluation of anti-stigma social marketing campaigns in Ghana and Kenya: Time to Change Global. *BMC Public Health*. 2021;21:886. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10966-8>.
 - 33- Time to change. (2022). "Our impact." Retrieved from <https://www.time-to-change.org.uk/about-us/our-impact>
 - 34- Time to change. (2022). "About Our Closure." Retrieved from <https://www.time-to-change.org.uk/about-us/about-our-closure>.
 - 35- Yu BCL, Chio FHN, Mak WWS, Corrigan PW, Chan KKY. Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach. *Clin Psychol Rev*. 2021;87:102029, ISSN 0272-7358, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>.
 - 36- Yocca CN. Stigma Towards Offenders Diagnosed with Mental Illness. (2022). CUNY Academic Works. https://academicworks.cuny.edu/jj_etds/243.
 - 37- Jupskas AR, Segers IB. What is right-wing extremism? University of Oslo. 2020 Aug. Retrieved from <https://www.sv.uio.no/c-rex/english/groups/compendium/what-is-right-wing-extremism.html>.
 - 38- Gonzales L. The role of right-wing authoritarianism in distinguishing mental health stigma among treatment providers. *Stigma Health*. 2022;7(1):62-69. <https://doi.org/10.1037/sah0000316>
 - 39- Healey LV. The psychometric properties of the Forensic Stigma Scale (FSS). *Int J Law Psychiatr*. 2022;83, 2022, 101804, ISSN 0160-2527, <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101804>.
 - 40- Pratiwi NMS, Zuhriyah L, Supriati L. Exposure to Mass Media as a Dominant Factor Influencing Public Stigma Toward Mental Illness Based on Sunrise Model Approach. *Belitung Nurs J*. 2018;4(2):232-241. 10.33546/bnj.372.
 - 41- Srivastava K, Chaudhury S, Bhat PS, Mujawar S. Media and mental health. *Ind Psychiatry J*. 2018 Jan-Jun;27(1):1-5. doi: 10.4103/ipj.ipj_73_18. PMID: 30416284; PMCID: PMC6198586.
 - 42- Latha K, Meena KS, Pravitha MR, Dasgupta M, Chaturvedi SK. Effective use of social media platforms for promotion of mental health awareness. *J Educ Health Promot*. 2020 May 28;9:124. doi: 10.4103/jehp.jehp_90_20. PMID: 32642480; PMCID: PMC7325786.
 - 43- Livingston JD. Mental Illness-Related Structural Stigma. *Ment Heal Comm Canada*. 2013.
 - 44- Fisher K, Weissinger G, O'Rourke R, Edwards E, Diamond G. Consumers With Serious Mental Illness Perspectives on Care Integration: Preparation for Integration. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2022 May-Jun;28(3):193-202. doi: 10.1177/10783903221091974. PMID: 35546134.
 - 45- Ordan, R, Shor, R, Liebergall-Wischnitzer, M, Noble, L, Noble, A. Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 1543-1551. <https://doi.org/10.1111/jocn.14179>
 - 46- American Psychiatric Association (August, 2020). "Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness" Retrieved from <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination#:~:text=Institutional%20stigma%2C%20is%20more%20systemic,relative%20o%20other%20health%20care>.
 - 47- Weber A, Miskle B, Lynch A, Arndt S, Acion L. Substance Use in Pregnancy: Identifying Stigma and Improving Care. *Subst Abuse Rehabil*. 2021 Nov 23;12:105-121. doi: 10.2147/SAR.S319180. PMID: 34849047; PMCID: PMC8627324

- 48- Babicki M, Małecka M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. Stigma Levels Toward Psychiatric Patients Among Medical Students-A Worldwide Online Survey Across 65 Countries. *Front Psychiatry*. 2021 Dec 13;12:798909. doi: 10.3389/fpsy.2021.798909. PMID: 34966314; PMCID: PMC8710677.
- 49- Blake J, El-Nimr G. Stigma towards psychiatry: Correlating personal experience with existing literature. *BJPsych Open*. 2021;7(S1):S126-S127. doi:10.1192/bjo.2021.365
- 50- Brown T, Ryland H. Recruitment to psychiatry: A global problem. *BJPsych International*. 2019;16(1), 1-3. doi:10.1192/bji.2017.29.
- 51- Griffiths C, O'Neill-Kerr A. Patients', Carers', and the Public's Perspectives on Electroconvulsive Therapy. *Front Psychiatry*. 2019 May 7;10:304. doi: 10.3389/fpsy.2019.00304. PMID: 31133895; PMCID: PMC6514218.
- 52- Sadeghian E, Rostami P, Shamsaei F, Tapak L. The Effect of Counseling on Stigma in Psychiatric Patients Receiving Electroconvulsive Therapy: A Clinical Trial Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019 Dec 6;15:3419-3427. doi: 10.2147/NDT.S233094. PMID: 31827326; PMCID: PMC6902865.
- 53- Zhang Y, Subramaniam M, Lee SP, Abdin E, Sagayadevan V. Affiliate stigma and its association with quality of life among caregivers of relatives with mental illness in Singapore. *Psychiatr Res*. 2018;265:55-61, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.044>.
- 54- Ebrahim OS, Al-Attar GST, Gabra RH et al. Stigma and burden of mental illness and their correlates among family caregivers of mentally ill patients. *J Egypt Public Health. Assoc*. 2020; 95(31). <https://doi.org/10.1186/s42506-020-00059-6>.
- 55- Magaña SM, García JIR, Hernández MG, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatr Serv*. 2007;58(3):378-384.
- 56- Morris E, Hippman C, Murray G et al. Self-Stigma in Relatives of people with Mental Illness scale: Development and validation. *Brit J Psychiatr*. 2018;212(3):169-174. doi:10.1192/bjp.2017.23.
- 57- Shamsaei F, Nazari F, Sadeghian E. The effect of training interventions of stigma associated with mental illness on family caregivers: a quasi-experimental study. *Ann Gen Psychiatr*. 2018;17:48 <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0218-y>.
- 58- Shi Y, Shao Y, Li H, et al. Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2019; 26:49-61. <https://doi.org/10.1111/jpm.12505>.
- 59- Karaçar Y, Bademli K. Relationship between perceived social support and self stigma in caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatr*. 2022;68(3):670-680. doi:10.1177/00207640211001886.
- 60- Adu J, Oudshoorn A, Anderson K, Marshall CA, Stuart H et al. Policies and Interventions to Reduce Familial Mental Illness Stigma: A Scoping Review of Empirical Literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2021;42(12):1123-1137, DOI: 10.1080/01612840.2021.1936710.

المخلص

تشير وصمة العار إلى نوع من الخجل يتعلق بشخص أو ظرف معين. إن العواقب الهامة والمحددة لوصمة العار تؤثر بشكل كبير على وصول إلى رعاية الصحة العقلية والنفسية. لقد أثبت بشكل واسع بان الأشخاص المصابون بالأمراض النفسية أو أقاربهم وأحبائهم قد تعرضوا إلى مستوى معين من الإهمال أو وصمة من العار. إن هذا التحليل يهدف إلى استكشاف موضوع وصمة العار وذلك لتقوية حملات ضد هذه الوصمة لتساعد اصحاب هذه المشكلة وكذلك المجتمع المحيط بهم. هذا المقال لمراجعة ما كتب الأدب الطبي عن وصمة العار التي اختبرها مرضى يعانون من حالات في الصحة العقلية، وعائلاتهم والطب النفسي بشكل عام. وقد تم ذلك بإجراء بحث في Google Scholar, Science Direct, PubMed, BJPsych, BMC. وهذه المقالات تحتوي على معلومات لها علاقة بوصمة العار تجاه المرضى وعائلاتهم وتخصص الأمراض النفسية. أن وصمة العار هي واحدة من أكبر المصاعب في مهنة الأمراض النفسية وأن التغلب على هذه العقبة يعتبر خطوة مهمة في اختصاصنا.

Corresponding author

Dr Ali Alqam MRCpsych, DCP, Consultant Psychiatrist - Clinical Director at Al-Rashid Hospital

Al-Rashid Hospital Center, Amman - Jordan

Email: ali_alqam@alrashid-hospital.com

Authors

Dr Saif Daniel Alrashid (4th-year Psychiatry Resident), DCP, Al-Rashid Hospital Center, Amman - Jordan

Dr Ali Alqam (MRCpsych, DCP, Clinical Director at Al-Rashid Hospital, Al-Rashid Hospital Center, Amman - Jordan

Cognitive Symptoms in Patients with Schizophrenia at the Psychiatric Ward and Outpatient Clinic in Sulaimani

Zana Ahmad Qasab, Nazar M Mohammad Amin, Vanya Ibrahim Jwamer

الأعراض المعرفية لدى مرضى الفصام في جناح الطب النفسي والعيادة الخارجية في مدينة السليمانية

زانا احمد قصاب، نزار محمد محمد امين، فانيا ابراهيم جوامير

Abstract

Objectives: Cognitive symptoms are considered a central feature of schizophrenia. The prevalence of cognitive symptoms in patients with schizophrenia worldwide is well understood, but in Kurdistan - Sulaimani City little is known about it. The current study explored the prevalence of cognitive symptoms in patients with schizophrenia in Sulaimani City. **Method:** The study consisted of 100 men and women, previously diagnosed with schizophrenia. It was conducted at both the Mental Health Center and Ali Kamal Consultation Clinic which is in the center of Sulaimani. The collected data included two parts: (1) sociodemographic data for participants and (2) questionnaires of the Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS). **Results:** The prevalence of cognitive symptoms in patients with schizophrenia was (65.4%). Two sociodemographic factors were significantly associated with cognitive symptoms: occupation ($p=0.007$) and education level of the patient ($p=0.012$). **Conclusion:** Findings suggest that cognitive symptoms in patients with schizophrenia in Sulaimani City are 65.4% which is still considered a challenging problem and suggests a correlation between the core characteristic of schizophrenia with the level of education of the patient and occupation.

Keywords: Psychiatry, psychosis, positive symptoms

Declaration of interest: none

Introduction

Schizophrenia is a common, severe mental health condition routinely encountered by clinicians during their practice.¹ Schizophrenia affects about 1 in 100 individuals, usually beginning in late adolescence or early adulthood², and persists across a person's lifetime³.

Although schizophrenia is discussed as if it is a single disease, it probably comprises a group of disorders with heterogeneous etiologies, and it includes people whose clinical presentations, treatment responses, and courses of illness vary⁴. Classically clinical features of schizophrenia have been divided into two groupings^{5,15}: positive symptoms (delusions, hallucinations, disorganized speech, unusual motor activity or disorganized behavior^{5,15}), and negative symptoms, which are known as the 'four As': alogia, avolition, affective flattening, and anhedonia⁵.

Cognitive symptoms in people with schizophrenia are deficits that are observed in controlled and active information processing, such as the speed of processing, attention/vigilance, working memory, verbal learning and memory, visual learning and memory, reasoning and problem solving, and verbal comprehension⁹.

Cognitive impairment is regarded as a core characteristic of schizophrenia and is pervasive; nearly all individuals with schizophrenia present with cognitive performance below that expected if they had not developed the disease⁶. And it correlates highly with measures of functional outcome, both cross-sectionally and longitudinally^{7,8}. For this reason, cognitive deficits may be of considerable prognostic value in schizophrenia, and routine cognitive assessment should be part of good clinical practice.¹² This made recognition of the extensive nature of cognitive deficits in schizophrenia that led to recent interest in the development of cognitive instruments specifically for evaluating cognitive dysfunction in schizophrenia¹³, and the development of better treatment strategies¹⁴.

The Schizophrenia Cognition Rating scale (SCoRS) was developed to assess these issues. It taps into the cognitive processes that are commonly affected in schizophrenia patients and are strongly associated with functional outcomes (Keefe et al.). These include attention, memory, reasoning, problem-solving, working memory, language production, and motor skills.

About the Prevalence of Cognitive Symptoms in Schizophrenia, Palmer et al. estimated that as high as 90% of people affected with schizophrenia are cognitively impaired. These deficits, which could be as severe as up to two standard deviation differences, affect the person's functional competence in many aspects including finance, work skills, and interpersonal relationships¹⁰.

While other studies show cognitive dysfunction is estimated to occur in 75%-85% of people with schizophrenia, it often precedes the onset of other symptoms and persists even after other symptoms have been treated effectively¹¹.

The current study explores the prevalence of cognitive impairment among patients with schizophrenia in Sulaimani City and correlations to demographic data. There remains little data on this topic. Gaining a better understanding may help treatment plans, control the disease, and improve medication compliance.

Objective

The current study aims to assess the prevalence of cognitive impairment among patients with schizophrenia in psychiatric in-patient and out-patient settings in Sulaimani in the Kurdistan Region of Iraq.

Materials and methods

Study design and setting

A cross-sectional design, the current study was conducted at the Mental Health Center and Ali Kamal Consultation Clinic both of which are in Sulaimani City center. The Mental Health Center is the only center for acute cases. It is also the only public psychiatric outpatient clinic in the city, which has a population of approximately 2.6 million. Duration of the study was eight months, from 26th July 2020 to 22nd February 2021.

Participants

One hundred adult patients of both genders were recruited to the study via random selection. All were either from Sulaimani or neighboring cities who had been diagnosed with schizophrenia by consultant psychiatrists. They were seen at both in-patient and out-patient psychiatric units in Sulaimani City.

A. Inclusion criteria

- a. Patients aged over 16 years
- b. Both genders
- c. Able to give consent

B. Exclusion criteria

- a. Patients experiencing difficulties cooperating
- b. Patients who declined to participate
- c. Patients unable to give consent
- d. Patients with communication difficulties or barriers
- e. Those with severe agitation or behavioral disturbance

Data collection

A demographics information checklist was completed during face-to-face interviews and consisted of two parts. Part 1 included a participant information form and

socioeconomic criteria of the patient. Part 2 involved completion of the Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS)³⁰ which is a 20-item interview-based assessment covering all cognitive domains tested in the MATRICS Consensus Cognitive Battery and takes approximately 12 minutes to complete.

Both scales were translated into Kurdish following an internationally accepted methodology involving translation, back translation, and cognitive debriefing to the patients (to determine if respondents understood the questionnaire the same as the original would be understood).

The essential sociodemographic data of the patients included interview date, gender, age, occupation, marital status, years of formal education, residence, religion, nationality, history of smoking (how many cigarettes per day, how long), family history of psychiatric disorders, alcohol history, socioeconomic state, medication adherence.

Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS)

The Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS) is a 20-item interview-based assessment covering all cognitive domains tested in the MATRICS battery and takes approximately 12 minutes to complete according to Keefe et al.⁴⁵ although has been known to take up to 30 minutes. It is administered separately to the patient and to an informant (family, friend, social worker, etc.). The interviewer is asked to rate the patient's level of difficulty performing various cognitive functions on a 4-point scale, with 4 being the most difficult and 1 being the least difficult⁴⁵. Upon completion of the 20 items, the interviewee is asked to give a global rating of his/her cognitive functioning on a scale of 1 to 10.

After the interview is administered to both the patient and the informant, the interviewer ranks the patient on all

20 items, and gives a global score, based on the responses of both the patient and informant as well as the interviewer's observations of the patient. Empirical evaluations of the SCoRS have demonstrated high inter-rater reliability and significant correlations with measures of performance-based cognition (such as BACS), performance-based assessment of function, and real-world assessment of function. Because patient scores have been found to account for little variance in cognitive performance, functional capacity or real-world functioning scores beyond that accounted for by informant ratings, it is possible that informant ratings alone could be collected in cases when an informant has sufficient contact with the patient.

Ethical considerations

The research proposal was fully discussed and approved by the Scientific and Ethical Committee of the Arab Board of Health Specialization in Iraq.

The research project was approved by the Ethics Committee of the College of Medicine, University of Sulaimani. Verbal approval was obtained from the general directory of the Ali Kamal Consultation Clinic and the Mental Health Center in Sulaimani.

Verbal consent of each patient was obtained after a full explanation of the study aims. Confidentiality and anonymity were also assured. Patients and relatives were informed of their right to withdraw from the study at any time. All were informed that the data would be used only for research purposes.

Statistical analysis

The collected data were introduced into Microsoft excel and loaded into IBM-SPSS version 25 for statistical analysis. Descriptive statistics including frequencies and percentages of the data were presented in tables and graphs.

Statistical analysis was performed using the Pearson correlation coefficient to find out significant associations between cognitive symptoms and other variables, by the Chi-square test. A p-value less than 0.05 was regarded as a discrimination point of statistical significance.

The variables that have significant associations (p-value less than 0.05) with cognitive symptoms, were further analyzed for odds ratio and confidence interval using descriptive statistics cross-tabulation.

Results

Participants characteristics

Demographic characteristics

A total of 100 patients previously diagnosed with schizophrenia were enrolled in the study; more than half (62%) were men and (38%) were women, the mean age was (36.2±11.97) years.

Regarding years of formal education, (42%) completed primary school education, (26%) completed secondary school education, (21%) went to university, but didn't complete it, (1%) graduated from university, and (10%) were illiterate.

In addition, more than two-thirds (68%) of cases were unemployed, over two-thirds (76%) were single, (14%) were married and (10%) were divorced.

Moreover, about two-thirds of patients (69%) were living in urban regions. All were Muslims (100%) with 99% being of Kurdish nationality.

Regarding using substances, smoking and alcohol, more than half were non-smokers (53%) and 99% reported that they did not drink alcohol.

Socioeconomic status of cases revealed 51% of participants reporting low status, 28% were moderate, and 21% had high socioeconomic status. Regarding the family history of psychiatric disorders, 50% reported a positive family history. Finally, regarding medication adherence, 55% used medications intermittently and 40% used them regularly.

Socio-demographic characteristics are summarized in Table 1.

Table 1. Sample distribution according to sociodemographic characteristics

Variables	N (%)
Age (Mean±SD)	36.2±11.97
Gender	
Male	62(62)
Female	38(38)
Education	
Illiterate	10(10)
Primary school	42(42)
Secondary school	26(26)
University	21(21)
Postgraduate	1(1)
Smoking	
Yes	47(47)
No	53(53)
Family history of psychiatric disorders	
Yes	50(50)
No	50(50)
Occupation	
Unemployed	68(68)
Housewife	7(7)
Student	6(6)
Artist	3(3)
Non-Artist	14(3)
Retired	2(2)
Residence	
Governorate (Urban)	69(69)
Town	18(18)
Village	2(2)
Other	11(11)
Marital Status	
Single	76(76)
Married	14(14)
Divorced	10(10)
Separated	0(0)
Religion	
Muslim	100(100)
Christian	—
Other	—
Nationality	
Kurd	(99)
Arab	1(1%)
Other	0(0)
Drinking alcohol	
Yes	1(1)
No	99(99)
Socioeconomic status	
Low	51(51)
Moderate	28(28)
High	21(21)
Adherent to medication	

No adherence	5(5)
Regularly used	40(40)
Interruptedly used	55(55)

Prevalence of cognitive deficits in patients with schizophrenia

Table 2 shows a percentage of symptoms associated with cognitive deficits in people with schizophrenia, according to the Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS) which was developed by Keefe et al.

Patients scoring 1-2 are regarded as healthy. Those scoring 3-4 are regarded as having mild cognitive deficits while scores 5-6 indicate moderate cognitive deficits and scores of 7-10 severe cognitive deficits.

Of the 100 patients with schizophrenia who were interviewed, the mean score of cognitive deficits was 65.4, which means that the prevalence of cognitive symptoms in these 100 cases was moderate according to **SCoRS** scale.

Specifically, 3% scored in the healthy range; 12% reported mild cognitive symptoms, about one third (30%) had moderate cognitive symptoms and more than half (55%) had severe cognitive deficits that were causing problems in a patient’s life.

Table 2. Prevalence of cognitive symptoms in patients with schizophrenia

Scores	N (%)
Healthy people deficits (1-2)	3(3)
Mild cognitive deficits (3-4)	12(12)
Moderate cognitive deficits (5-7)	30(30)
Severe cognitive deficits (7-10)	55(55)

Association between socio-demographic variables and cognitive deficits

Table 3 summarizes the association between sociodemographic characteristics and cognitive deficits. Occupation (p=0.007) was highly significantly related to cognitive symptoms, also education level of the patient (p=0.012) was significantly related to cognitive symptoms, in bivariate correlation analysis using Pearson

correlation coefficient, whereas other sociodemographic variables (age, gender, marital status, smoking, family history of psychiatric disorders, residence, drinking alcohol, nationality, socioeconomic status, adherence to medication) were not significantly associated.

Table 3. Association between sociodemographic characteristics and cognitive deficits

Variables	Score N (%)				p-value
	Healthy people	Mild cognitive	Moderate	Severe	
Age					0.295
<18	0(0)	1(8.3)	2(6.6)	4(7.3)	
18-25	0(0)	1(8.3)	8(26.7)	10(18.2)	
26-35	1(33.3)	0(0)	7(23.3)	12(21.8)	
36-45	0(0)	4(33.3)	8(26.7)	21(38.2)	
46-55	1(33.3)	4(33.3)	3(10)	6(10.9)	
>55	1(33.3)	2(16.7)	2(6.7)	2(3.6)	
Gender					0.976
Male	2(66.7)	7(58.3)	18(60)	35(63.6)	
Female	1(33.3)	5(41.7)	12(40)	20(36.4)	

Cognitive Symptoms with Schizophrenia

Education					
Illiterate	0(0)	0(0)	2(6.7)	8(14.5)	0.012**
Primary school	1(33.3)	5(41.7)	8(26.7)	28(50.9)	
Secondary school					
University	2(63.7)	2(16.7)	8(26.7)	14(25.5)	
Postgraduate	0(0)	4(33.3)	12(40)	5(9.1)	
	0(0)	1(8.3)	0(0)	0(0)	
Smoking					
Yes	1(33.3)	5(41.7)	16(53.3)	25(45.5)	0.826
No	2(66.7)	7(58.3)	14(46.7)	30(54.5)	
Family history of psychiatric disorders					
Yes	1(33.3)	7(58.3)	12(40)	30(54.5)	0.508
No	2(66.7)	5(41.7)	18(60)	25(45.5)	
Occupation					
Unemployed	3(100)	3(25)	17(56.3)	45(81.8)	0.007**
Housewife	0(0)	2(16.7)	3(10)	2(3.6)	
Student	0(0)	2(16.7)	2(6.7)	2(3.6)	
Artist	0(0)	0(0)	2(6.7)	1(1.8)	
Non-artist	0(0)	3(25)	6(20)	5(9.1)	
Retire	0(0)	2(16.7)	0(0)	0(0)	
Residence					
Governorate (Urban)	3(100)	11(91.7)	19(63.3)	36(65.5)	0.630
Town	0(0)	1(8.3)	6(20)	11(20)	
Village	0(0)	0(0)	0(0)	2(3.6)	
Other	0(0)	0(0)	5(16.7)	6(10.9)	
Marital status					
Single	1(33.3)	8(66.7)	23(76.7)	44(80)	0.611
Married	1(33.3)	2(16.7)	4(13.3)	7(12.7)	
Divorced	1(33.3)	2(16.7)	3(10)	4(7.3)	
Nationality					
Kurd	3(100)	12(100)	30(100)	54(98.2)	0.843
Arab	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.8)	
Drinking alcohol					
Yes	0(0)	0(0)	0(0)	1(1.8)	0.843
No	3(100)	12(100)	30(100)	54(98.2)	
Socioeconomic status					
Low	1(33.3)	4(33.3)	11(36.7)	35(63.6)	0.121
Moderate	1(33.3)	4(33.3)	9(30)	14(25.5)	
High	1(33.3)	4(33.3)	10(33.3)	6(10.9)	
Adherence to medication					
Not adherent	0(0)	1(8.3)	1(3.3)	3(5.5)	0.515
Regularly used	1(33.3)	3(25)	9(30)	27(49.1)	
Intermittent use	2(66.7)	8(66.7)	20(66.7)	25(45.5)	

** Statistically significant at $p < 0.05$

Discussion

It is possible that every person who has schizophrenia has cognitive dysfunction compared with what he or she would be able to do without the disorder⁴. Although these impairments cannot function as diagnostic tools,

they are strongly related to the functional outcome of the illness, and for that reason, have clinical value as prognostic variables, as well as for treatment planning⁴.

The current study explored the prevalence of cognitive symptoms among patients with schizophrenia in Suliamani City. Findings suggest that 65.4% of participants with schizophrenia have cognitive symptoms, which is in line with studies conducted in Canada (61-78%)¹⁸, US, (61-78%)¹⁷, respectively. This finding is lower than the rate of cognitive symptoms reported in a meta-analysis by Rajji, et al. who found the rate to be 95%¹⁹ (US), 90%¹⁰ (Australia) 80%²⁰, and 75-85% (US)^{11, 21}, respectively.

The inconsistency of cognitive symptoms prevalence in the current study compared to other papers can be explained by using different cognitive function scales, sampling techniques, sample size, inclusion criteria, and the study setting being in outpatient clinics or inpatient psychiatric units.

The current study used many sociodemographic variables, including gender, age, occupation, marital status, years of formal education, residence, religion, nationality, history of smoking (how many cigarettes per day for how long), family history of psychiatric disorders, alcohol history, socioeconomic state, medication adherence.

Two sociodemographic factors were significantly associated with cognitive symptoms. Occupation ($p=0.007$) was highly significantly related to cognitive symptoms, also the education level of the patient ($p=0.012$) was significantly related to cognitive symptoms in bivariate correlation analysis using the Pearson correlation coefficient. Accordingly, patients with no occupation had severe cognitive symptoms which are in line with research from China¹⁴ and India²². Many studies showed no significant association between cognitive symptoms and occupation e.g., UK²³ and India²⁴.

Moreover, there is a significant relationship between educational achievement and cognitive symptoms. Patient with a high level of education demonstrated little by way of cognitive symptoms while the reverse was true if the patient had a low level of education. Most patients who reported being illiterate in this study demonstrated either moderate (2 out of 10 patients) or severe (8 out of 10 patients) cognitive symptoms, which is in line with research from Spain¹², China¹⁴ and the US²⁵, where participants who were illiterate and quit school during the primary years presented with more severe cognitive symptoms.

Two studies showed no significant association between cognitive symptoms and educational level^{10, 26}. Whereas other sociodemographic variables (age, gender, marital status, smoking cigarette, family history of psychiatric disorders, residence, drinking alcohol, nationality,

socioeconomic status, medication adherence) were not significantly associated with cognitive performance.

No significant association was detected between age and cognitive symptoms which is in line with studies conducted in China^{14, 26, 27, 28, 25, 23}. This may be explained because the cognitive symptoms seemed already to be present when patients had their first episode and appeared largely to remain stable over the course of early illness^{4, 29}. This is inconsistent with another study, which demonstrated that elderly patients presented with more significant cognitive deficit^{21, 16, 30}.

Further, the current study found no significant association between gender and cognitive symptoms which is in line with other studies^{7, 26, 16, 28, 21, 23}. The results were inconsistent with another study which demonstrated that gender affects cognitive symptoms in China¹⁴ and the US^{25, 31}. No significant association was detected between socioeconomic status and cognitive symptoms which is in line with studies conducted in India²¹.

However, in another study which demonstrated that the socioeconomic status of patients was linked to more cognitive symptoms, India²⁴. This lack of association between socioeconomic status and cognitive symptoms in our patients may be explained by the family support in our culture for people with schizophrenia. Also, no significant association was detected between marital status and cognitive symptoms which is in line with studies conducted in India²¹. This may be explained by the fact that many of our cases were single (76%).

No significant association was detected between residency and cognitive symptoms which is in line with a study conducted in India²¹. This is inconsistent with another study demonstrating how residency influences cognitive symptoms³². In addition, no significant association was detected between smoking cigarettes and cognitive symptoms which is in line with a study conducted in the US³³. This is inconsistent with another study which demonstrated that smoking cigarettes has the effect of lowering cognitive symptoms in Finland³⁵, US³⁴, and China^{4, 36}.

In addition, no significant association was detected between drinking alcohol and cognitive symptoms which is in line with studies conducted in Canada³⁰ and the UK²³, but there is another study which demonstrated that drinking alcohol is associated with more cognitive symptoms e.g., UK³⁷ and Germany³⁸.

No significant association was detected between family history of psychiatric disorders and cognitive symptoms. This is inconsistent with another study which demonstrated the effect of family history of psychiatric disorders on cognitive symptoms e.g., UK³⁹. No significant association was detected between adherence

to medication and cognitive symptoms which is supported in a US study⁴⁰. This is inconsistent with another study which demonstrated the effect of adherence to medication on cognitive symptoms in India,²² and Egypt^{42,41,43}. No significant association was detected between nationality and cognitive symptoms which aligns with a study conducted in the UK.²³ This is also inconsistent with another study that highlighted the influence of nationality on cognitive symptoms⁴⁴.

Strengths and Limitations

Strengths

- Using more reliable and validated score, in which there are many studies on it.
- All interviews made by the researcher, face to face with both the patient and his/her informant.
- All cases were diagnosed by senior consultant psychiatrists and in most of the

cases, patients had the disorder for many years.

- Direct contact with the founder of SCoRS, Prof. Keefe by email, for gaining permission to use his rating scale.

Weaknesses

- Excluding those cases with severe agitation or behavioral disturbance may have resulted in overlooking cases with cognitive symptoms.
- The current research was conducted in two different settings: in-patient and out-patient.

Conclusions

Findings suggest that cognitive symptoms in patients with schizophrenia assessed in outpatient and inpatient settings in Sulaimani City are 65.4% which is still

considered a challenging problem with core characteristic of schizophrenia also correlating with the level of education and occupation of the patients.

Recommendations

- Further research is needed on a larger population and in other cities in Iraq.
- Prospective studies to find significant relationships between cause and effect.
- Similar research may be conducted on patients experiencing other psychiatric disorders, such as bipolar disorder.
- Comparative research can be conducted between different mental disorder

References

1. McCutcheon RA, Marques TR, Howes OD. Schizophrenia: An overview. *JAMA Psychiatry*. 2020 Feb 1;77(2):201-10.
2. DSemple D, Smyth R. *Oxford handbook of psychiatry*. Oxford university press; 2019 Jul 30
3. McGregor C, Riordan A, Thornton J. Estrogens and the cognitive symptoms of schizophrenia: Possible neuroprotective mechanisms. *Front Neuroendocrinol*. 2017 Oct;1(47):19-33.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry*, New Delhi. 2015;1416
5. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press. 2017 Oct 12.
6. Keefe RS, Easley CE, Poe MP. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biol Psychiatr*. 2005 Mar 15;57(6):688-91.
7. Velligan DI, Mahurin RK, Diamond PL, Hazleton BC, Eckert SL et al. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997 May 3;25(1):21-31.
8. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Research*. 2004 Dec 15;72(1):41-51.
9. Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S. Cognitive dysfunctions in schizophrenia: potential benefits of cholinesterase inhibitor adjunctive therapy. *J Psychiatr Neurosci*. 2006 Nov 1;31(6):369-76.

10. Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS, Kuck J, Braff D, et al. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychol.* 1997 Jul;11(3):437.
11. Gray JA, Roth BL. Molecular targets for treating cognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2007 Sep 1;33(5):1100-19.
12. Sanz JC, Vargas ML, Marín JJ. Battery for assessment of neuropsychological status (RBANS) in schizophrenia: a pilot study in the Spanish population. *Acta Neuropsychiatrica.* 2009 Feb;21(1):18-25.
13. Kern RS, Green MF, Nuechterlein KH, Deng BH. NIMH-MATRICES survey on assessment of neurocognition in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004 Dec 15;72(1):11-9.
14. Chia MY, Chan WY, Chua KY, Lee H, Lee J, et al. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: validation of an interview-based assessment of cognitive functioning in Asian patients with schizophrenia. *Psychiatr Res.* 2010 Jun 30;178(1):33-8.
15. Schizophrenia. Harvard Health Publishing, Harvard Medical School. February 2019.
16. Higuchi Y, Sumiyoshi T, Seo T, Suga M, Takahashi T, et al. Associations between daily living skills, cognition, and real-world functioning across stages of schizophrenia; a study with the Schizophrenia Cognition Rating Scale Japanese version. *Schizophr Res Cog.* 2017 Mar;1;7:13-8.
17. García-Laredo E. Cognitive impairment in schizophrenia: description and cognitive familiar endophenotypes. A review of the literature. *Psychosis-Biopsychosocial and Relational Perspectives.* 2018 Oct 17.
18. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychol.* 1998 Jul;12(3):426.
19. Rajji TK, Ismail Z, Mulsant BH. Age at onset and cognition in schizophrenia: meta-analysis. *Brit J Psychiatr.* 2009 Oct;195(4):286-93.
20. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond. *Schizophr Bulletin.* 2010 Jan 1;36(1):36-42.
21. Talreja BT, Shah S, Kataria L. Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. *Indust Psychiatr J.* 2013 Jan;22(1):47.
22. Aich TK, Mahato A, Subedi S. Cognitive impairment in schizophrenia: Current perspective. *J Psychiatr Assoc Nepal.* 2016;5(1):5-13.
23. Manning V, Wanigaratne S, Best D, Strathdee G, Schrover I, Gossop M. Screening for cognitive functioning in psychiatric outpatients with schizophrenia, alcohol dependence, and dual diagnosis. *Schizophr Res.* 2007 Mar 1;91(1-3):151-8.
24. Srinivasan L, Tirupati S. Relationship between cognition and work functioning among patients with schizophrenia in an urban area of India. *Psychiatr Serv.* 2005 Nov;56(11):1423-8.
25. Goldstein JM, Seidman LJ, Goodman JM, Koren D, Lee H, Weintraub S, et al. Are there sex differences in neuropsychological functions among patients with schizophrenia? *Am J Psychiatr.* 1998 Oct 1;155(10):1358-64.
26. Mazhari S, Ghafaree-Nejad AR, Soleymani-Zade S, Keefe RS. Validation of the Persian version of the Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS) in patients with schizophrenia. *Asian J Psychiatr.* 2017 Jun 1;27:12-5.
27. Mosiołek A, Gierus J, Koweszek T, Szulc A. Cognitive impairment in schizophrenia across age groups: a case-control study. *BMC Psychiatr.* 2016 Dec;16(1):1-0.
28. Lee J, Green MF, Nuechterlein KH, Swerdlow NR, Greenwood TA, et al. The effects of age and sex on cognitive impairment in schizophrenia: Findings from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia (COGS) study. *PloS One.* 2020 May 13;15(5):e0232855.
29. Balogh N, Égerházi A, Berecz R. Neurocognitive changes in patients with schizophrenia during relapse and early remission. *Eur J Psychiatr.* 2015 Sep;29(3):199-209.
30. Potvin S, Joyal CC, Pelletier J, Stip E. Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2008 Mar 1;100(1-3):242-51.
31. Schaefer J, Giangrande E, Weinberger DR, Dickinson D. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr Res.* 2013 Oct 1;150(1):42-50.
32. Weiser M, van Os JI, Reichenberg A, Rabinowitz J, Nahon D, et al. Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *Brit J Psychiatr.* 2007 Oct;191(4):320-4.
33. Harris JG, Kongs S, Allensworth D, Martin L, Tregellas J, et al. Effects of nicotine on cognitive deficits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacol.* 2004 Jul;29(7):1378-85.

34. D'Souza MS, Markou A. Schizophrenia and tobacco smoking comorbidity: nAChR agonists in the treatment of schizophrenia-associated cognitive deficits. *Neuropharmacol.* 2012 Mar 1;62(3):1564-73.
35. Taiminen TJ, Salokangas RK, Saarijärvi S, Niemi H, Lehto H, et al. Smoking and cognitive deficits in schizophrenia: a pilot study. *Addict Behav.* 1998 Mar 1;23(2):263-6.
36. Zhang XY, Chen DC, Xiu MH, Haile CN, Sun H, et al. Cigarette smoking and cognitive function in Chinese male schizophrenia: a case-control study. *PLoS One.* 2012 May 3;7(5):e36563.
37. Manning V, Betteridge S, Wanigaratne S, Best D, Strang J, et al. Cognitive impairment in dual diagnosis inpatients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Schizophr Res.* 2009 Oct 1;114(1-3):98-104.
38. Thoma P, Daum I. Comorbid substance use disorder in schizophrenia: a selective overview of neurobiological and cognitive underpinnings. *Psychiatr Clin Neurosci.* 2013 Sep;67(6):367-83.
39. Zai G, Robbins TW, Sahakian BJ, Kennedy JL. A review of molecular genetic studies of neurocognitive deficits in schizophrenia. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Jan 1;72:50-67.
40. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov 1;12(3):189-98.
41. Jeste SD, Patterson TL, Palmer BW, Dolder CR, Goldman S, et al. Cognitive predictors of medication adherence among middle-aged and older outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003 Sep 1;63(1-2):49-58.
42. El-Missiry A, Elbatrawy A, El Missiry M, Moneim DA, Ali R, Essawy H. Comparing cognitive functions in medication adherent and non-adherent patients with schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2015 Nov 1;70:106-12.
43. Na E, Yim SJ, Lee JN, Kim JM, Hong K, Hong MH, Han H. Relationships among medication adherence, insight, and neurocognition in chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin Neurosci.* 2015 May;69(5):298-304.
44. Selten JP, Sijben N. First admission rates for schizophrenia in immigrants to the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1994 Mar;29(2):71-7.
45. Keefe R. Assessment scales in schizophrenia. London: Springer Health Care; 2012.

المخلص

الأهداف: تعتبر الأعراض المعرفية سمة مركزية لمرضى الفصام في عديد من جوانب الإدراكية المعطلة. إن انتشار الأعراض المعرفية لدى مرضى الفصام في جميع أنحاء العالم معروف جيداً، ولكن في كردستان العراق - مدينة السليمانية لا يُعرف الكثير عنه. أجريت هذه الدراسة لتقدير مدى انتشار الأعراض المعرفية لدى مرضى الفصام في مدينة السليمانية وكيف ترتبط بالبيانات الديموغرافية.

المنهجية: تألفت مجموعة الدراسة من مئة (100) مريض بالغ من كلا الجنسين، سبق تشخيص إصابتهم بالفصام في مدينة السليمانية والمدن المجاورة، والتي أجريت في كل من: مركز الصحة النفسية وعيادة علي كمال الاستشارية التي تقع في وسط مدينة السليمانية.

تضمنت البيانات التي تم جمعها جزأين: الجزء 1 تضمن معلومات لنموذج المشاركون والمعايير الاجتماعية والاقتصادية، في حين احتوى الجزء 2 على استبيانات لمقياس تصنيف الإدراك الفصامي (SCoRS) (Schizophrenia Cognition Rating Scale) كانت مدة الدراسة 8 أشهر، من 26 يوليو 2020 إلى 22 فبراير 2021. **النتائج:** بلغ معدل انتشار الأعراض المعرفية لدى مرضى الفصام (65.4%) في مدينة السليمانية والمدن المجاورة.

وجدنا أن عاملين اجتماعيين وديموغرافيين فقط مرتبطان بشكل كبير بالأعراض المعرفية. المهنة (القيمة الاحتمالية = 0.007) كانت مرتبطة بشكل كبير بالأعراض المعرفية، كما أن المستوى التعليمي للمريض (القيمة الاحتمالية = 0.012) كان مرتبطاً بشكل كبير بالأعراض المعرفية في تحليل الارتباط ثنائي المتغير باستخدام معامل ارتباط الشخص.

الخلاصة: تُظهر النتائج التي توصلنا إليها أن الأعراض المعرفية لدى مريض مصاب بالفصام في العيادات الخارجية والمرضى الداخليين في مدينة السليمانية تبلغ 65.4% وهي لا تزال تعتبر مشكلة صعبة، وخاصة أساسية لمرض الفصام وترتبط بمستوى تعليم المريض وعمل المريض.

Corresponding author

Dr Zana Ahmad Qasab Senior Psychiatrist, Sulaimani - Iraq

Email: zanlas89@gmail.com

Authors

Dr Zana Ahmad Qasab Department of Psychiatry/College of Medicine/ University of Sulaimani, Sulaimani, Kurdistan - Iraq

Prof Nazar Mohammad Mohammad Amin Professor of Psychiatry, College of Medicine, University of Sulaimani, Sulaimani, Kurdistan - Iraq

Dr Vanya Ibrahim Jwamer Faculty of Medical Science, College of Medicine, University of Sulaimani, Sulaimani, Kurdistan - Iraq

Case Series:

Renal Cell Carcinoma with Long – Term Use of Clozapine

Nahla Fawzi Jamil, Sudad Jawad Al-Timimi, Ali Jawad

تقارير حالات سريرية:

سرطان الخلايا الكلوية مع الاستعمال الطويل لكولزابين

نهلة فوزي جميل، سداد جواد التميمي ، علي جواد

Abstract

Two case reports of renal cell carcinoma associated with long term use of Clozapine for more than 20 years. It highlights the need for continued regular physical health monitoring with the long-term use of Clozapine.

Key Words: Clozapine, renal cell carcinoma

Declaration of interest: None

Introduction

Clozapine is a unique and distinctive antipsychotic medication that is almost reserved for patients with treatment resistant schizophrenia. The side effect profile of the medication is well known and has a range of serious adverse effects that are potentially fatal including agranulocytosis, myocarditis, cardiomyopathy, iatrogenic seizures, severe constipation, and diabetes¹. Iatrogenic seizures are dose related while Type 2 diabetes is a long-term side effect related to what is known as Metabolic X syndrome characterized by hyperlipidemia, hypertension, obesity, and insulin resistance².

The efficacy of Clozapine coupled with its side effects profile resulted in the reluctance of many clinicians prescribing it even in patients who have failed to respond adequately to other antipsychotic drugs³. The side effects profile of Clozapine also led to the introduction of local and national guidelines for using the drug. The dispensation of the drug is monitored with regular full blood count which has deterred many clinicians using a highly effective drug. Unfortunately, the monitoring of Clozapine is not time limited, and must continue to ensure regular dispensation of the drug.

The main concern related to long-term use of Clozapine is the metabolic X syndrome and Type 2 diabetes. However, more recently it has been suggested that long-term use of Clozapine is associated with more than 2.5-fold increased risk of hematological malignancies in a dose-dependent manner that is not observed with other antipsychotics⁴.

The current report refers to two cases of Renal Cell Carcinoma in two patients who are on long-term use of Clozapine.

Case 1

A 49-year-old lady who suffered from treatment resistant schizophrenia since early adult life was commenced on Clozapine 20 years earlier. Clozapine treatment led to an improvement in her mental state with marked reduction of high-risk behaviors which were the result of acting in response to command auditory hallucinations. Although Clozapine did not lead to eradication of her positive or negative symptoms, it, nevertheless, resulted in marked improvement in her quality of life. She developed myoclonic generalized seizures that responded to valproate-lamotrigine combination. Her serum Clozapine level was within normal range. She developed Type 2 diabetes managed well with Metformin.

Her physical health started to deteriorate three years earlier with recurrent bouts of bacterial pneumonia that required intensive hospital treatment and intravenous antibiotics. She also suffered from recurrent lower urinary tract infections that responded to short courses of antibiotics. During her last episode of pneumonia, she had CT scan that revealed a unilateral renal mass consistent with renal cell carcinoma with no evidence of metastases. She had robotic partial nephrectomy and was followed up for several months with no evidence of recurrence. A year after the operation she suffered from another episode of

severe pneumonia, and a scan revealed metastatic renal cell carcinoma. She did not recover and passed away.

Case 2

A 63-year-old gentleman suffered from schizophrenia since early adult life with long standing nihilistic delusions that impaired his daily functioning, quality of life, and increased the risk he posed to himself and others. Clozapine was introduced 25 years earlier and resulted in

improved mental state and quality of life. His Clozapine levels were on the lower end of normal range. He suffered from Type 2 diabetes that was initially managed with Metformin and oral hypoglycemic. His glycemic control deteriorated two years earlier and was commenced on insulin. He suffered from a urinary tract infection with backache. A CT scan revealed unilateral renal cell carcinoma locally invading the suprarenal gland. He refused surgical intervention. He was assessed and considered capacitated to make such decision.

Discussion

As far as we are aware at the time of submission of these reports there has been no link between Clozapine treatment and renal cell carcinoma. However, these two cases are unique as both were diagnosed within one year of each other and in the same psychiatric unit. Both patients were on Clozapine for more than 20 years and suffered from Type 2 diabetes and although one patient remained on Metformin only, the other patient required insulin.

It is generally accepted that metabolic syndrome is one of the serious side effects of many second-generation antipsychotic drugs and associated with insulin resistance. Insulin resistance is a particular problem with Clozapine resulting in increased circulating insulin levels. Recent epidemiological and clinical evidence points to a link between insulin resistance and cancer. The mechanisms for this association are unknown, but hyperinsulinemia (a hallmark of insulin resistance) and the increase in bioavailable insulin-like growth factor I (IGF-I) appear to have a role in tumour initiation and progression in insulin-resistant patients⁵.

There are reports of increasing incidence of renal cell carcinoma which might be well due to better detection of localized tumor. Etiological factors implicated in renal cell carcinoma include smoking and obesity⁶. Both

patients were long term smokers and clinically obese. Obesity is a particular problem with most second-generation antipsychotics often observed with Clozapine treatment and linked to hyperinsulinemia. Smoking cessation is often a significant challenge in patients suffering from major mental disorders and should be pursued to reduce risk of malignancies.

Patients with schizophrenia have approximately 50% increased risk of death by cancer compared to age and sex-matched people in the general population. Analysis of incidence of cancer is not devoid of contradicting results, but in general it is accepted that there is a modest increase in the incidence of pancreatic, esophageal, and breast cancer⁷. There is no reference to renal cell carcinoma. At the unit of the above two cases there were four cases of cancer over the past five years including the reported cases. One case of multiple myeloma, and the other of myeloproliferative disorder, and both were on long-term first-generation depot antipsychotic medication. The long term follow up of patients on Clozapine is necessary to safeguard their physical health. Deteriorating physical health with long term use of the medication should prompt psychiatrists to perform more thorough physical assessments including the search for malignancies such as renal cell carcinoma.

References

1. Fitzsimmons J, Berk M, Lambert T, Bourin M, Dodd S. A review of Clozapine safety. *Expert opin drug saf.* 2005;4(4):731-744.
2. Timar O, Sestier F, Levy E. Metabolic Syndrome X - A review. *Can J Cardiol.* 2000;16(6):779-89.
3. Wagner E, Siafis S, Fernando P, Falkai P, Honer WG, Röh A, Siskind D, Leucht S, Hasan A. Efficacy and safety of clozapine in psychotic disorders - A systematic quantitative meta-review. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):486.
4. Tiihonen J, Tanskanen A, Bell S, Dawson J, Kataja V, Taipale H (2022). Long-term treatment with Clozapine and other antipsychotic drugs and the risk of haematological malignancies with Schizophrenia: a nationwide case-control and cohort study in Finland. *The Lancet Psychiatry.* 2022;9(5): 353-362.
5. Arcidiacono B, Iiritano S, Nocera A, Possidente K, Nevolo MT, Ventura V, Foti D, Chiefari E, Brunetti A. Insulin resistance and cancer risk: an overview of pathogenetic mechanisms. *Exp Diabetes Res.* 2012 Article ID 789174.
6. Protzel C, Maruschke M, Hakenberg O. Epidemiology, aetiology, and pathogenesis of renal cell carcinoma. *Eur Assoc Urol.* 2012;11: 52-59.
7. Nordentoft M, Piana-Ripoll O, Laursen T. Cancer and Schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2021;34(3):250-265.

المخلص

تقريران عن حالة سرطان الخلايا الكلوية المرتبط باستخدام كلوزابين على المدى الطويل لأكثر من 20 عامًا. يسلط الضوء على الحاجة إلى مراقبة منتظمة للصحة البدنية مع الاستخدام طويل الأمد للكولزابين.

Corresponding Author

Dr Sudad Jawad Al-Timimi

Elysium Health Care

BS24 9EX, UK

Jawad.sudad@gmail.com

Authors

Dr Nahla Fawzi Jamil

Aneurin Bevan University NHS Trust, Newport, Gwent - UK

Professor Ali Jawad

Consultant Rheumatologist

William Harvey Research Institute, Queen Mary University of London - UK

من التحليل النفسي إلى التحليل الثقافي: عن استخدام الثقافة والدين في العلاج النفسي

مروان دويري

From Psychoanalysis to Culture-analysis: On applying culture and religion in psychotherapy

Marwan Dwairy

الملخص

يهدف التحليل النفسي Psycho-analysis إلى كشف مضامين غير واعية ليتم تقبلها وتحقيقها في حياة الفرد. من شأن هذا النوع من العلاج أن يثير الشعور بالذنب من جهة وأن يلقى مقاومة من قبل الأهل من جهة أخرى لأن هذه المضامين المكبوتة تكون عادة ممنوعة. التحليل الثقافي Culture-analysis يهدف إلى كشف قيم ديدلة من داخل منظومة المعالج الأخلاقية والدينية التي من شأنها تيسير قبول المعالج لهذه المضامين المكبوتة والتعبير عنها بدون إثارة الشعور بالذنب. في هذا المقال يتم شرح عملية التحليل الثقافي من خلال حالتين نموذجيتين .

منذ أكثر من خمسين عقدا انتبه كثير من المعالجين النفسيين في آسيا وأفريقيا وجنوب أمريكا إلى قصور طرق العلاج النفسي التي تطورت في الغرب، حين يجري تطبيقها في المجتمعات غير الغربية^{1,2}. لأن جميع نظريات علم النفس تعتمد على الفردانية السائدة في الغرب وتفترض أن الفرد هو كيانا مستقلا ويملك سيادة كاملة على نفسه ومصيره. ربما أن هذه الفرضية صحيحة في مجتمعات ليبرالية وفي دول ترعى شؤون مواطنيها وتضمن لمواطنيها حق العمل والسكن والتعليم والصحة وبقية الخدمات الضرورية لبقاء ورخاء المواطن، كما هو الحال في معظم دول أوروبا وشمال أمريكا. في هذه الدول استطاع الفرد التحرر من التبعية والولاء لعائلته أو قبيلته التي كانت ضرورية لبقائه قبل تأسيس دولة المواطنين. أما في غياب دولة تضمن حاجات جميع مواطنيها، كما هو الحال في معظم دول آسيا وأفريقيا وجنوب أمريكا، فيبقى الفرد متعلقا بعائلته وقبيلته تعلقا حتميا وضروريا لبقائه. في غياب دولة مواطنين تقوم هذه الانتماءات القبلية والعشائرية والجماعية بمقام الدولة وتوفر للفرد الحماية والعمل والسكن مما يبقيه متعلقا من الناحية العاطفية والأخلاقية والاجتماعية والاقتصادية بمجموعة انتمائه^{3,4,5}.

إن لهذه الفوارق الثقافية، التي نشأت في سياق التطورات السياسية والاقتصادية في الغرب، إسقاطات بعيدة المدى على جميع مجالات علم النفس. فإذا كانت نظريات علم نفس التطور تؤكد أن مسار التطور الطبيعي يوصل الفرد بعد سن المراهقة إلى امتلاك ذاتا فردية وشخصية مستقلة عن مجموعة انتمائه^{6,7,8}، فنجد أن تعلق الفرد في المجتمعات الجماعية يبقى قائما طوال عمره وبالتالي فذاته تبقى ذاتا جماعية وشخصيته شخصية جماعية غير منفصلة تماما عن مجموعة انتمائه. فمصلحته وتفكيره وأخلاقه مرتبطة بشكل كبير بمصلحة وتفكير وأخلاق عائلته أو قبيلته^{9,10}. وبالتالي ما تعلمنا إياه نظريات التطور النفسي ونظريات الشخصية الغربية لا ينطبق على الفرد في المجتمعات الجماعية، بل وتسيء هذه النظريات لفهم الإنسان الشرقي وتعتبره غير ناضج من الناحية النفسية، وحتى تعتبره يعاني من اضطراب الشخصية المتعلقة Dependent personality disorder .

هناك العديد من نظريات الشخصية ونظريات العلاج النفسي التي تطورت في الغرب والتي تقترح تدخلات مختلفة إلا أن جميعها تهدف إلى نفس الهدف: تحرير الفرد من التبعية العاطفية ومن القيود التي قيدته وليلصل إلى الاستقلالية النفسية وإلى "تحقيق الذات"¹¹. بعض هذه النظريات يحقق ذلك من خلال كشف المضامين المكبوتة للوعي (النظريات الدينامية) أو من خلال تغيير أنماط التفكير (النظريات المعرفية) أو من خلال العلاقة العلاجية الآمنة

التي تتيح للذات الحقيقية أن تظهر وتتحقق (النظريات الإنسانية) أو من خلال تغيير أنماط السلوك والمواجهة ليتبنى المعالج السلوك الحازم (النظريات السلوكية-المعرفية).

أثناء العمل على تحقيق هذه الأهداف تصطدم جميع هذه العلاجات بمعيقين رئيسيين :

1. مقاومة داخلية resistance تظهر في تمسك المعالج بأنماط التفكير وبالقيم الجماعية التي نشأ عليها، وذلك تحاشيا لإثارة شعوره بالذنب على تحدي قيم الولاء والاحترام والطاعة .
2. مقاومة خارجية تظهر في معارضة الأهل لتراجع المعالج عن قيم الولاء والاحترام والطاعة ومعارضتهم لتحقيق ذاته الفردية وللسلوك الحازم. كثيرا ما تؤدي هذه المقاومة الخارجية إلى قطع العلاج وإلى إحكام السيطرة على المعالج، وتصل أحيانا إلى العقاب الجسدي وحتى إلى التهديد على الحياة، خاصة بما يتعلق بحرية المرأة ورفضها لقيم وعادات مجتمعها.

تحصل هذه المقاومة بشكليها الداخلي والخارجي لأن المضامين المكبوتة أو السلوكيات التي تحاشاها المعالج هي في الأساس ممنوعة ومرفوضة على ضميره المكتسب ومرفوضة على عائلته ومجتمعها. فحين يقوم المعالج بمساعدة المعالج على كشف المضامين غير الواعية أو على تحقيق ذاته فيعترضه عمليا لصدام مع ضميره وعقله من جهة، ومع عائلته ومجتمعها من جهة أخرى. وفي هذا الصدام غالبا ما يكون المعالج هو الطرف الأضعف مما يحول دون نجاح العلاج¹².

طبعا ليس جميع أفراد المجتمعات الجماعية يتبنون ذاتا جماعية وخاضعون لقيم الطاعة والتنازل عن تحقيق الذات. هناك فئات كثيرة في هذه المجتمعات تملك درجة من القوة والاستقلالية التي تمكنها من الاستفادة من العلاج النفسي الغربي ومن التحدي وتحقيق ذاتها، وبالتالي لا يمكن النصح بشكل جارح بعدم تطبيق العلاجات الغربية على أفراد المجتمعات الجماعية. وإنما ننصح، قبل البدء بأي علاج، بتقييم مدى الاستقلالية النفسية لدى المعالج ومدى قدرته على مواجهة المقاومة الخارجية، وفي حال كانت درجة الاستقلالية والقدرة على المواجهة ضعيفتين فيفضل تحاشي العلاجات الغربية التي تكشف المضامين المكبوتة الممنوعة التي لا يستطيع المعالج أصلا تحقيقها .

كيف يمكن إذن معالجة هذه الفئة غير المستقلة والضعيفة؟

حين تكون شخصية المعالج شخصية جماعية متماهية ومتعلقة بمجموعة انتمائه ولا يتمتع بقدرة على المواجهة فيجب تحاشي العلاج الهادف إلى كشف المضامين المكبوتة وتحقيق الذات والسلوك الحازم، بل تطبيق طرق علاج سلوكية أو معرفية-سلوكية أو دعم واستشارة نفسية أو علاج دوائي وغيرها من الطرق التي لا تصل إلى أعماق النفس. يمكن تطبيق العلاج المجازي Metaphor Therapy أيضا على هؤلاء المعالجين، بالرغم من أنه يصل إلى أعماق النفس لكنه يصلها بشكل رمزي بدون كشف المضامين المكبوتة على وعي المعالج، وبالتالي يتم التغيير بهدوء دون تثوير المقاومة الداخلية

والخارجية. في هذا المقال أود شرح طريقة التحليل الثقافي-Culture analysis^{12,13} التي طورتها وصككت اسمها كتحليل يسبق التحليل النفسي Psycho-analysis أو يستبدله.

التحليل الثقافي: Culture-analysis

في الوقت الذي يقوم التحليل النفسي Psycho-analysis بتحليل المنظومة النفسية ويكشف مضامين مكبوتة في اللاوعي، يقوم التحليل الثقافي Culture-analysis بتحليل المنظومة الثقافية للمعالج ويكشف قيم غائبة عن وعيه. بعكس التحليل النفسي الذي يواجه مقاومة من قبل المعالج للمضامين المكبوتة فأثناء التحليل الثقافي يتقبل المعالج القيم الغائبة عن وعيه بترحاب.

التحليل الثقافي يعتمد على فرضية أن الثقافات بما فيها التعاليم الدينية، تطورت عبر مسيرة أجيال كثيرة مرت خلالها بتجارب متنوعة في واقع متغير وبالتالي تراكتت عبر هذه الأجيال قيم وتعاليم غير متجانسة وربما متضاربة. الأمثال الشعبية في جميع الثقافات تؤكد هذا التناقض وهذه بعض الأمثلة:

اضرب حديدا حاميا لا نفع منه إن برد (أي أسرع في الرد)

في التأن السلامة وفي العجلة الندامة (أي تأن في الرد)

لماذا هذا التناقض؟ لأن التجربة الجماعية والطويلة والمتنوعة شملت حالات كان يجب الرد فيها بسرعة وتجارب أخرى تطلبت التأن.

وهذه أمثلة أخرى:

المكتوب يقرأ من عنوانه (أحكم بحسب الظاهر)

ليس كل ما يلعب ذهبا (لا تحكم على الظاهر)

إتق شر من أحسنت إليه (لا تحسن مع الغير)

إعمل خير وارمي بالبحر (أحسن مع الغير)

من حفر حفرة لأخيه وقع فيها (لا توثق بالآخر)

تغذاه قبل أن يتعساك (أوقع بالآخر)

كذلك التعاليم الدينية في جميع الأديان تشمل العديد من عدم التجانس، بل والتناقضات في التعاليم. ففي كل دين تجد تعاليم تحض على التسامح وتعاليم تحض على العنف، تعاليم تحض الإنسان مسؤولة أعماله وأخرى تحمل القدر المسؤولية، تعاليم تصف المرأة وأخرى تميز ضدّها، تعاليم تحرم الغضب وأخرى تشرعه. للمزيد من الأمثلة يمكن الرجوع إلى كتابي (From psycho-analysis to culture-analysis).

كيف يتعامل أبناء الثقافة الواحدة أو الدين الواحد مع هذه التعاليم غير المتجانسة؟ كل فرد يتبنى من هذه التعاليم أثناء نشوئه رزمة منتقاة من المنظومة الثقافية التي نشأ فيها، لذلك نرى شخصين مختلفين في الرأي وكلاهما يدعما رأيهما بنفس المرجعية الأخلاقية أو نفس الدين. فهناك مسلما يتبنى تعاليم "وجادلهم بالتي هي أحسن" وأخر يتبنى تعاليم "قاتلوا الذين لا يؤمنون بالله ولا باليوم الآخر". وهناك مسيحي يتبنى "ما جنث لأقوي سلاما، بل سيقا" وأخر يتبنى "أحبوا أعداءكم". الملفت هو أن نفس الشخص يمكنه أن يتبنى قيما متناقضة دون أن يعي. فمثلا كثير من الرجال يرفضون العنف الممارس ضدهم في العمل أو الدولة بينما يمارسون العنف ضد من هو أضعف منهم. كثير منهم ينادون بالحرية والمساواة على الصعيد السياسي والاقتصادي بينما يمارسون القمع والتمييز في بيوتهم. كذلك المرأة تنادي أحيانا بالحرية للمرأة، ولكن حين تمارس امرأة معينة لحرمتها تكون النساء من بين الذين يهاجمونها ويفسونها .

في معظم الاضطرابات النفسية تكون المنظومة الأخلاقية والضمير جزء من الصراع النفسي الذي يمر به المعالج. فمثلا يكبت شخص ما غضبه على أهله لأنه يتبنى تعاليم "لا تقل لهم أف" أو "أكرم أباك وأمك". بعكس التحليل النفسي الذي يصطدم مع الوعي والضمير اللذين يقاومان المضامين المكبوتة والتي هي ممنوعة أصلا، التحليل الثقافي لا يصطدم مع المنظومة الأخلاقية للمعالج، بل يسخرها لتيسر التغيير وقبول المضامين المكبوتة .

مراحل التحليل الثقافي:

1. يقوم المعالج بتحديد القيم والتعاليم التي تشكل طرفا من أطراف الصراع النفسي والتي تحول دون التعبير عن مشاعره وبالتالي تؤدي إلى كبت بعض المشاعر والرغبات الضرورية لتوازنه النفسي.
2. يقوم المعالج (أحيانا بالتعاون مع المعالج) باستكشاف قيم وتعاليم جديدة من منظومة المعالج الثقافية والدينية والتي من شأنها تخفيف الصراع النفسي وتيسر التعبير عن المشاعر أو الرغبات المكبوتة .
3. مناقشة هذه التعاليم والقيم الجديدة وتشجيع المعالج على تبنيها. في هذه المرحلة يكون من المتوقع أن يحصل تحسن ملموس في حالة المعالج
4. في بعض الحالات يكون من الممكن، بعد أن تم تبني قيما جديدة، أن يكون المعالج على استعداد للتعامل مع المضامين المكبوتة وجعلها واعية وتحقيقها في حياته.

من الجدير بالتوضيح بأن التحليل الثقافي غالبا ما يكون جزءا من رزمة علاجية مركبة تتضمن علاجا معرفيا أو سلوكيا أو ديناميا.

فيما يلي حالتان للتوضيح:

1- حالة اكتئاب تتعلق بالتطبيق المتمزمت لتعاليم البر والإحسان:

صالح هو مدرّس علم الحاسوب في مدرسة ثانوية، مسلم ومتدين وعمره 45 سنة، متزوج وله 5 أولاد يعاني من الاكتئاب الذي تفاقم في السنة الأخيرة بعد أن تأمر عليه بعض شركائه في مشروع تربوي للأطفال في بلده وأخرجه من المشروع. هو ابن لعائلة مهجرين في الداخل الفلسطيني حيث لجأت عائلته أثناء النكبة سنة 1948 وهو بعمر 5 سنوات إلى قرية مجاورة وتعرضت كبقية العائلات اللاجئة إلى صعوبات بقاء وإقصاء من قبل سكان القرية الأصليين. كمثل على التنكيل والإقصاء يتذكر بألم شديد أنه حين كان في صف أول انشر القلم بين طلاب المدرسة فأثيم هو وأخيه بأنهما جلبا القلم للمدرسة، ويذكر أن أحد المعلمين رشه وأخيه بشكل مهين بمادة معقمة أمام كل طلاب المدرسة. في أجواء الإقصاء المستمرة هذه وعلى مدار السنين انتهج صالح طريق المداراة والمسايرة وتقديم الخدمة والتضحية للآخرين لكسب مودة أهالي البلد. مع الوقت أدار حياته بحسب تعاليم البر والإحسان الإسلامية "أحسنوا إن الله يحب المحسنين" (البقرة). هكذا نجح بإنهاء دراسته في البلد وأكمل دراسته الجامعية في علم الحاسوب وفتح مع شركاء له عدد من المشاريع الخيرية التربوية لأطفال البلد إلى أن غدر به شركاؤه وأخرجه من هذه المشاريع. التعامل المعتمد على تعاليم البر والإحسان شمل جميع مناحي حياته: يتنازل عن حقوقه كمدرّس في المدرسة لأجل إرضاء الآخرين دون تمييز بين من يستحق وبين من لا يؤتمن له، وكثيرا ما تعرض نتيجة لذلك للاستغلال حتى من قبل اخوته الذين حرموه من حصته في أرض والده.

من الواضح أن نهج الإحسان وإلغاء الذات ربما خدمه في طفولته وخفف للتنكيل، لكنه لم يعد صالحا بعد أن أصبح رجلا وأستاذا ورب أسرة. إنها نقلة Transference لنهج الطفولة التي تتطلب إعادة النظر فيها وتغييرها بما يناسب الحاضر. لقد رافق هذا النهج عدد من الدفاعات النفسية مثل الكبت

من أساء له في الماضي والحاضر، وبالتالي تجرأ على اتخاذ قرارات جديدة في حياته من بينها التوجه للقضاء لاسترجاع حقوقه المهضومة من قبل اخوته وشركائه السابقين.

لم يكن بالإمكان أن يصل صالح إلى هذه المرحلة دون إعادة النظر بمفهوم الإحسان وتصويبه ليتمكن من ملامسة مشاعر الغضب والتعبير عنها ومواجهة الآخرين، لكن هذه المرة دون إثارة الشعور بالذنب.

2. حالة أب يقسو على ابنه الذي يعاني من عسر تعلم:

أحمد عمره 17 سنة ويعاني من أوجاع رأس شديدة. حضر مع والديه القلقين من احتمال وجود سرطان في رأسه. قلقهم تواصل حتى بعد أن أجرى فحوصات طبية نفت وجود سرطان وبعد أن وجههم الطبيب إلى العلاج النفسي. الأب قال لي: أنت أملنا الأخير، نريد أن يتخلص من وجع الرأس ليعود ليدرس وينجح في الامتحانات ليتمكن من دخول كلية الحقوق.

أحمد هو الابن الوحيد بين 5 أخوات. بعمر 9 سنوات تبين أن نسبة ذكائه 85 وتم تشخيصه يعاني من عسر التعلم. والده تجاهل هذا التشخيص وظن أن تكثيف الدراسة والمساعدة اليومية له تحسن وضعه التعليمي، وهكذا وضعه في نظام دراسي صارم ومع هذا أنهى أحمد المدرسة الثانوية بمعدل 63. الأب رجل مسلم ونشأ في عائلة فقيرة لكنه كافح ونجح بقدراته الذاتية في تأسيس شركة ناجحة برغم الظروف القاهرة وهكذا تجاهل وأنكر حالة عسر التعلم لدى ابنه وقال: إذا أنا نجحت بدون أي مساعدة فهو حتما يستطيع أن ينجح بمساعدتي. بالرغم من نصائح عدد من السيكولوجيين الذي توجه الأب إليهم، إلا أنه واصل حصر حياة ابنه في التعليم وبقي مصرا على أن يصبح ابنه محاميا.

في المحادثات الأولى مع أحمد عبر عن رغبته الشديدة للتعليم وعن تقديره لإصرار والده على التعليم قائلا: في نهاية المطاف هو يريد مصلحتي. في هذه المرحلة بدى جليا تماهي أحمد مع أبيه لكن في مراحل متقدمة بدأ أحمد يعبر عن الضغط الذي عاشه وبدأ يشكو بحذر شديد من توبيخ وعقاب أبيه له. على ضوء هذه العلاقة الضاغطة يمكن فهم أوجاع الرأس كعراض لغضب مكبوت أو ربما تعبير عن أمنية غير واعية بالانسحاب من مسار التعليم بذريعة الوجع دون مواجهة مباشرة مع الأب. كل محاولات التحليل النفسي الهادفة لتوعية أحمد للمضامين غير الواعية اصطدمت بتماهيه شبه المطلق مع أبيه وعدم انفراد شخصيته عن شخصية أبيه. هذا التماهي الذي ظهر بأقوال مثل: لا أستطيع النوم إذا خيبت ظن أبي الذي دعمني، أبي سيقتلني إذا فشل في الدراسة، أبي سينتحر إذا تركت التعليم. بالرغم من العلاج الشمولي الدينامي والمعرفي لم يستطع أحمد ملامسة إحباطه وغضبه ويحقق ذاته بسبب تعلقه النفسي وتماهيه المطلق بأبيه

في المحادثات التي جرت مع الوالدين كانت الأم سلبية وعاجزة، أما الأب فتراوح بين الغضب وبين الشعور بالعجز. خلال هذه اللقاءات عبر الأب عن غضبه على والده الذي لم يقدم له أي مساعدة وقال: أريد أن أكون أبا جيدا يوقر كل ما يلزم لابنه. وقال: أصلي كل يوم طالبا من الله أن يجعل ابني ناجحا.

كل محاولاتي لتفسير وجع الرأس وصعوبات أحمد للأب لم تنجح، وأصر أن لا شيء يقق أمام الإرادة. بعد عدد من اللقاءات قال لي: عذرا، إذا لا تستطيع أن تساعدنا في تحسين وضع ابني ليكمل دراسته، أفضل أن أخذه لشيوخ ليساعده. يبدو هنا أن الأب لم يستطع مراجعة نهجه القاسي والتخلي عن أمنيته ليتخرج ابنه من كلية الحقوق وأصر أن يلجأ إلى مرجعية دينية لتساعفه. بكونه يصلي يوميا طالبا من الله المساعدة وبكونه ينوي التوجه لشيوخ ليساعده فكان من الممكن مساعدته بواسطة "التحليل الثقافي" الذي يكشف له تعاليم دينية تساعده على مراجعة نهجه .

التحليل الثقافي لأبي أحمد:

والتبرير والتماهي مع الفاهر وكلها دفاعيات تفسر لنا حالة الاكتئاب التي يعاني منها.

علاج هذه الحالة كان علاجاً شمولياً وبدأ بما يلي:

1. تحليلاً نفسياً لجعله يعي "النفلة" ويعي غضبه المكبوت ليعيد النظر في نهج الإحسان غير المشروط
- 2- علاجاً ذهنياً CBT ليعيد النظر بأنماط التفكير غير المنطقية التي وجهته لإلغاء الذات وتبني نهج الإحسان غير المشروط
- 3- إرشاداً وعلاجاً سلوكياً ليتعلم كيف يكون حازماً ويعبر عن نفسه ورغبته ويتجرأ على رفض طلبات الآخرين الذين يستغلونه

جميع هذه العلاجات تعثرت بسبب تمسكه المتشدد بتعاليم الإحسان غير المشروط التي كانت تشعره بالقلق والشعور بالذنب فيما لو عبر عن رغبته وكف عن تلبية رغبات الآخرين. في هذه المرحلة سمعت منه جملاً مثل: "كيف لا أتنازل لإخوتي؟ هؤلاء من لحمي ودمي؟" أو "لا أريد أن أكون أنانيا فهؤلاء شركائي؟ وحتى لو أساؤوا إليّ فهم شركائي وأصدقائي". أمام هذا التمسك المتزمت بتعاليم الإحسان المطلق كان من الضروري القيام بتحليل ثقافي لمنظومة الأخلاقية.

التحليل الثقافي لحالة صالح:

بدأنا بمناقشة تعاليم "عقل وتوكل" التي ساعدته ليتجرأ على التفكير وتفعل المنطق والوصول لاستنتاجات بناء على تجربته الشخصية منذ طفولته. وبالتالي جعلت هذه الدعوة الدينية، التي هي من صلب منظومته الأخلاقية، يجرؤ على تفعل العقل والكف عن الاستجابة العمياء لتعليم الإحسان وهكذا تمكن من الاستفادة من تفسير النفلة ومن العلاج المعرفي CBT لكن هذه المرة من خلال تعاليم الدين الإسلامي.

ليس مطلوباً من المعالج الذي يطبق التحليل الثقافي أن يكون مطلعاً بشكل عميق على ثقافة المعالج. لذلك من أجل فهم معنى الإحسان في الإسلام كان لا بد لي أن أستعين بمصادر عربية وإسلامية تحدد لنا معنى الإحسان في الإسلام. يكون صالح أستاذاً للحاسوب قمنا أنا وهو بدراسة معنى الإحسان واكتشفنا أن الشيخ الطوسي ينقل عن الرسول محمد ما يلي :

قال الصادق (ع): يا مفضل! إذا أردت أن تتعلم أشقياً الرجل أم سعيداً فانظر بزه ومعروفه إلى من يصنعه؟ فإن صنعه إلى من هو أهله، فاعلم أنه إلى خير بصير، وإن كان يصنعه إلى غير أهله فاعلم أنه ليس له عند الله خير. ص417 (المصدر: كتاب أمالي للشيخ الطوسي 2/257) <http://alfeker.net/library.php?id=2041>

لقد أدرك صالح أن هناك شيوخ إسلاميون يحذرون المسلمين من الإحسان مع من لا يستحق وهكذا أصبح موقفه أكثر مرونة، وأصبحت لديه جاهزية ليعبر عن نفسه بشكل حازم ويكف عن إلغاء نفسه وكبت غضبه .

من خلال بحثنا عن معنى المعروف والإحسان في الثقافة العربية الإسلامية اطلع صالح على مقولات عديدة تدعو للحذر مثل "إتق شر من أحسنت إليه" و "إن أكرمت الكريم ملكته وإن أكرمت اللئيم تمرداً" وكذلك القصة التراثية عن البيدوي الذي أوى ذنباً في بيته فافترس الذئب صاحب البيت فكتب الشاعر: "من يصنع المعروف في غير أهله.....يلاقى ما لاقى مجير أم عامر."

انكشاف صالح لهذه التعاليم والتحذيرات الآتية من صلب منظومته الثقافية والدينية ساعدته على مراجعة نهجه والاستفادة من تحليل النفلة وتغيير أنماط تفكيره وطرق المواجهة بحيث أصبح أكثر حزمًا لا يلغي نفسه لأجل الآخرين الذين لا يستحقون .

في الجلسات التي تلت مرحلة "التحليل الثقافي" استفاد صالح بسرود أحداث كثيرة تعرض فيها للاستغلال وخلال سرده عبر عن ألمه وغضبه على كل

في الجلسة التالية أخبرني الأب أن الشيخ أخبره بأن الله يريد فحص إيمانه من خلال تقبله لعجز ابنه وذكره بالأشياء يحصل بدون مشيئة الله وبأن الله لا يحب الغطرسة والتعنت وأن من يتوكل على الله يعيش بقلب مطمئن. وأخبرني أن الشيخ أخذة لجولة في صف خاص تابع للمسجد ليتعرف كيف يتعلم الأولاد ذوي الاحتياجات الخاصة. ثم قال الأب: أريد أن يرضى الله عني. أفضل رضاه عني على رضاي على نفسي. حين يرضى الله عني أكون أنا راضيا أيضا.

في هذه المرحلة من العلاج شعر الأب بالذنب على تعامله غير المتقهم مع ابنه وعلى غضبه هو على أبيه الذي لم يساعده في طفولته وتذكر أن دينه يدعوه ألا يقل أب لابيه. خلال حديثه عن شعوره بالذنب قلت له أنه لا توجد ملائكة على الأرض، بل بشر يخطئون، وبأن الإنسان الصالح هو من يصلح أخطائه وغير الصالح لا يصلح أخطائه. قلت له: يبدو أنك تعلمت درسا وبدأت بتصليح أخطائك وذكرته بأن الله غفور رحيم.

في هذه المرحلة تبنى الأب تعاليم جديدة استبدلت التعاليم التي سار وفقها من قبل: تبنى قبول مشيئة الله وبأن الله غفور رحيم وتأثير الشيخ فهم أن الأب الجيد هو من يتقهم ويتعاطف مع صعوبات ابنه، ومن يقدم المساعدة اللازمة له. في هذه المرحلة أصبح الأب جاهزا للتداول في مسارات مهنية جديدة لابنه. كلاهما اتفقا أن ينخرط الابن في شركة أبيه ليتعلم تدريجيا مهارات التسويق فيها. لقد واصل أحمد بذل كل جهد كي لا يخذل أبيه لكنه هذه المرة يقوم بذلك في مجال هو قادر على النجاح به وكسب رضا أبيه. في نهاية العلاج نوت الأب المثل القائل: إن كبير ابنك خاويه. بعد تغيير تعامل الأب مع ابنه توقفت أوجاع الرأس التي عانى منها أحمد وأصبح أكثر انطلاقا وبدأ يتجرأ على مناقشة طلبات أبيه وأحيانا مخالفتها.

في نهاية الجلسات العلاجية اقترحت على الأب أن يزور قبر أبيه ويستغفره وأن يضع صورة أبيه في برواز ويعلقه في مكتبه في الشركة، عرفانا منه على ما استطاع أبيه أن يقدمه له بالرغم من ظروفه الصعبة.

التغيير الذي حصل في تفكير وتعامل الأب هو نفس التغيير الذي تطمح لتحقيقه علاجات أخرى: هو أصبح واع لغضبه المكبوت ولشعوره بالذنب (تحليل نفسي) شخصيته تكاملت بين نقائضها (علاج الحشائلت) وبدأ يعيش ذاته الحقيقية (العلاج الإنساني والوجودي) وأصبح تفكيره منطقيًا وذو جدوى (العلاج المعرفي). إلا أن هذه التغييرات لم تكن لتتصل إلا من خلال مرجعية الأب الدينية والأخلاقية.

تلخيص الفوارق بين التحليل النفسي والتحليل الثقافي:

التحليل الثقافي يحلل منظومة القيم التي ينسب المعالج نفسه إليها ليكشف قيما وتعاليم غائبة عن وعيه ليكون أكثر انفتاحا وتقبلا لمضامين كان قد كبتها في لا وعيه بسبب تربيته لقيم مترممة تحول دون تحقيق ذاته. هو تحليل بمقدورة بحد ذاته إحراز تحسن كبير في حالة المعالج النفسية، كما ويمكنه أن يكون مرحلة تستمر وتتعمق، بعد اعتدال المنظومة الأخلاقية للمعالج، لتصل إلى تحليل نفسي يعالج المضامين المكبوتة والممنوعة ليدمجها في اللاوعي والوصول إلى تحقيق الذات (أنظر القائمة أدناه).

التحليل الثقافي هدف إلى كشف تعاليم إسلامية جديدة تسهم في تغيير تفكير وتعامل الأب مع ابنه، وجعله يتقبل صعوبات ابنه من جهة، ويحرر الأب من الشعور بالذنب من جهة أخرى.

أنا: أقدر عاليا إيمانك الديني ولا بد أنك تعرف أن كل ما يجري هو بإرادة الله الأب: طبعاً "قل أن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا هو مؤلنا وعلى الله فليتوكل المؤمنون".

بعد تداول معنى ما كتبه الله وعلاقة الإنسان بربه وبأن علينا جميعا حمد الله على كل شيء دائما

أنا: إذن عسر التعلم هو ما كتبه الله لابنك أليس كذلك؟

الأب: (يفكر) نعم أكيد

أنا: لا أدري لماذا اختارك أنت بالذات ليكون لك ابنا مع عسر تعلم

الأب: لا أعرف (يصمت ويفكر) ربما يريد امتحان إيماني، أو ربما أراد معاقبتي

أنا: ما رأيك أنت

الأب: لماذا يعاقبني؟ لم أفعل سوءا لأحد. دائما ساعدت الجميع بالرغم من ألا أحد ساعدني (يفكر). حتى لأبي الذي أهملني لم أفعل له أي سوء

عندما تذكر أنه لم يفعل لأبيه سوءا بدت عليه إمارات الغضب والبلبل لكنني رأيت أنه غير جاهز بعد لملامسة غضبه على أبيه أكثر فتركته يتخبط ويفكر

أنا: قلت أنه ربما أن الله يريد أن يمتحنك

الأب: ربما أنه رأى أنني أب جيد وقوي فأعطاني ابنا مع عسر تعلم لأساعده

أنا: نعم، أنا أيضا أرى أنك أب قدير وفعلت كل شيء لمساعدة ابنك ولم تبخل عليه بأي مساعدة ممكنة أو علاج ممكن. لكن يبدو أنك ما زلت لا تقبل ما أراده الله لك

الأب: (يفكر) لكن الله يريدنا أن نعمل كل شيء ممكن لأولادنا

أنا: صحيح، وحقا فعلت كل شيء ممكن. (أفكر بصوت عال) لا أدري ما يريد الله أن نعمل مع أولادنا العاجزين. أعتقد أنه من الحكمة أن تستشير شيخ بهذا السؤال (ووجهته لشيخ أعراف أنه يتقهم الحالات النفسية)

الأب: تمام سأفعل

الملفت أنه بعكس تصليب الأب أمام التفسيرات النفسية، نراه هنا قد تفاعل مع المضامين المشتقة من الدين الإسلامي وفكر بها وبدأ يظهر شيء من الليونة والمرجعة.

تحضيرا للجلسة التالية فحصت في الانترنت عن تعاليم الإسلام بما يتعلق بالعاجزين والمرضى ورأيت أن الإسلام يتفهم هؤلاء الناس ويعفيهم من الصلاة مثلا، وأن "الله لا يكلف نفسا إلا وسعها".

التحليل النفسي	التحليل الثقافي
الدائرة التي يجري فيها التحليل هي اللاوعي وبقية مكونات الشخصية الداخلية	الدائرة التي يجري فيها التحليل هي منظومة القيم التي ينسب المعالج نفسه إليها
يفرض وجود دوافع ومضامين مكبوتة في اللاوعي	يفرض وجود قيم وتعاليم غائبة عن وعي المعالج
يكشف صراعات نفسية داخلية ويجعل المعالج يعي الدوافع والمضامين المكبوتة	يكشف التناقضات في منظومة المعالج الثقافية ويعرفه على القيم الغائبة عن وعيه
غالبا تكون المضامين المكبوتة سلبية أو ممنوعة	القيم الغائبة عن الوعي ليست بالضرورة سلبية أو ممنوعة

كشف المضامين المكبوتة من شأنها إثارة مقاومة داخلية وصراعات بين مكونات الشخصية	كشف القيم غير المعروفة للمعالج توسع دائرة القيم (الضمير) مما ييسر التفاعل بين مكونات الشخصية
كشف المضامين المكبوتة وإطلاقها يعرض المعالج لصراعات مع بيئته الاجتماعية التي ترفض هذه المضامين	كشف القيم غير المعروفة للمعالج تيسر مواجهته لبيئته الاجتماعية
تفسير المقاومة يساعد في تهافت المقاومة الداخلية وفي قبول المضامين المكبوتة	التحليل الثقافي يوسع دائرة التقبل وبالتالي يمكنه أن يعيد الطريق لتحليل نفسي يصل إلى المضامين المكبوتة

المجتمعات تقف منظومة القيم والأخلاق أيضا عائقا في وجه التحليل النفسي فيأتي التحليل الثقافي ليلين هذه المنظومة وبيسر التحليل النفسي.

التحليل الثقافي وإن تطور ليناسب علاج المعالجين من الثقافات الجماعية إلا أنه حتما تحليلا يناسب جميع الثقافات بما فيها الثقافة الغربية. إذ أن في تلك

References

1. Pedersen, B. P., Draguns, J. G., Lonner, W. J., & Trimble, J. T. Counseling across cultures (3rd ed.), Honolulu: University of Hawaii Press; 1989.
2. Sue, D. W., & Sue, D. Counseling the culturally diverse: Theory and practice (4th ed). New York: Wily, John & Sons; 2012.
3. Dwairy, M. Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach. Teachers College Press; 2006.
4. Fromm, E. Escape from freedom. New York: Henry Holt and company; 1941.
5. Fromm, E. To have or to be. New York: Harper and Row; 1972.
6. Erikson, E. H. Childhood, and society. New York: Norton; 1950.
7. Freud, S. A general introduction to psychoanalysis. . New York: Washington Square Press; (1935/1960).
8. Mahler, M., Bergman, A., & Pine, F. The psychological birth of the infant: Symbiosis and individuation. New York: Basic Books; 1975.
9. Dwairy, M. Foundations of a psycho-social dynamic personality theory of collective people. Clinical Psychology Review; 2002; 22, 343-360.
10. Triandis, H. C. Individualism and collectivism. San Francisco: Westview Press; 1995.
11. McLeod, J. An Introduction to Counselling and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Open University Press; 2019.
12. Dwairy, M. Culturally sensitive psychotherapy and culture analysis. In Kenneth Keith (Ed.) The Encyclopedia of Cross-Cultural Psychology, John Wiley & Sons, Inc. 2013; 343-345.
13. Dwairy, M. (2015). From psychoanalysis to culture-analysis. London, Palgrave Macmillan Press.

Abstract

The goal of Psychoanalysis is to disclose unconscious content, in order to accept and fulfil it in the person's life. This analysis may evoke guilt feelings and be resisted by the family, because the unconscious contents are usually forbidden. Culture-analysis aims to disclose unknown or unconscious values from the client's belief system or religion, that may facilitate accepting the repressed contents and actualizing it without evoking guilt feelings. In this manuscript, I will explain the application of culture analysis through two representative cases.

Keywords: Psychoanalysis, culture-analysis, psychotherapy, culture

Declaration of interest: None.

Author

Prof Marwan Dwairy,

Marwan.dw@gmail.com

أعلام في الطب النفسي العربي المعاصر أبرز المحطات الحياتية أ.د. أحمد عكاشه في رحلته مع الطب النفسي



تقديم

عرفت الأستاذ الدكتور أحمد عكاشه منذ درسي في كلية الطب في جامعة عين شمس، بداية بعلم النفس الطبي ثم علم الأمراض النفسية ثم الطب النفسي، وتابعت نشاطاته الإعلامية في السنوات الدراسية (1973-1979). وقد كان اللقاء الشخصي الأول عام 1985، حينما اقترحت أن نستضيف مؤتمر اتحاد الأطباء النفسيين العرب في عمان عام 1987، وعلى مر السنين كان معلماً وأباً ناصحاً موجهاً، ويمكنني القول إنني إذا حققت أي نجاح فهو بفضلته والهامه وإنجازاته العظيمة، وأملني أن يتعلم الجيل الجديد شيئاً من هذه المسيرة العظيمة لرجل عظيم.

رئيس التحرير الدكتور وليد سرحان

البداية: الحياة الجامعية، ثم البعثة للخارج

كان من حق أوائل الدفعة أن يتخصصوا في الجراحة أو النساء أو الرمد.. وهكذا، غير إنني طلبت أن أتخصص في الأمراض النفسية والعصبية. وأتذكر أن العميد اتصل بوالدتي مرة أخرى وقال لها بتهكم: ابنك عايز يتخصص في فرع الأمراض العقلية.. يعني "الناس المجانين".. ونحن ليس لدينا في جامعة عين شمس هذا الفرع. لم تتدخل عائلتي في اختياري على الإطلاق، بل شجعوني على ذلك بعد أن شرحت لهم مبرراتي في هذا الشأن. كان عليّ ان ادخل قسم الأعصاب، حيث كانت الأمراض النفسية لا يتم تدريسها مستقلة، بل كانت فرعاً في "الأعصاب". تناقشت طويلاً مع أستاذي المرحوم الدكتور عباس حلمي حسن، والذي حاول إقناعي أن ادرس الطب النفسي كأحد أفرع الأعصاب، ولكني كنت أريد أن أصل إلى درجة الدكتوراه في الطب النفسي. وقد كان المتبع في جامعة "عين شمس" وبإقي جامعاتنا في هذا الوقت أن تتم دراسة الأعصاب والطب النفسي معاً في مرحلة الماجستير، ولم يكن من المعروف عندهم أن يتخصص طبيب في دراسة الطب النفسي ويحصل من خلال هذا التخصص على درجة الدكتوراه.

كان تخصصي المرض النفسي عندما بدأت الدراسة في طب عين شمس رقمه 29 في جدول الاختيارات لطلاب الطب بعد التخرج لكي يتخصصوا فيه. لم يكن بعده في المرتبة الأخيرة إلا "الجدام"، حيث

بدأت العلاقة بالحياة الجامعية مطلع الخمسينيات من القرن الماضي. ولقد اخترت جامعة عين شمس لقربها من سكن العائلة.. وقد حصلت فيها على بكالوريوس الطب والجراحة عام 1957 بتفوق. وبعد فترة قصيرة جداً كان السفر إلى لندن للحصول على الدكتوراه (الزمالة) في الطب الباطني وفي الطب النفسي.

كنت الرابع على الدفعة. العائلة كانت تتوقع مني التفوق ولذلك لم تهتم كثيراً بالسؤال عن أحوالي الدراسية. أما أنا فكنت في شدة القلق. كان عميد كلية الطب بجامعة عين شمس تربطه علاقة قرابية بأمي، وكنت أتوقع أن يتصل بها ويبررها بنجاحي. وخشيت أن اتصل به أنا أو اذهب للكلية لأحصل على النتيجة. ومرت عدة أيام وأنا على هذا الحال، وقررت أن أسأل أُمِّي: "ألم يتصل بك العميد ليبلغك نتيجتي في البكالوريوس؟ فردت بكل هدوء: بالفعل هو أتكلم. وأنت نجحت.. الاتصال جرى منذ يومين، وكمان بيقول إنك طلعت من الأوائل. فسألتهما وقد علا صوتي: ولماذا لم تطمئنني؟ فردت بهدوء أيضاً: هو أنت كنت عايز تسقط؟! كان لدى عائلتي ثقة تامة في قدراتي. لا أتذكر أن والدي أو والدتي طلبوا مني يوماً الاهتمام بدراستي، على العكس كنا يطلبنا مني أن أستريح، وأن أنام وقتاً كافياً وأن اخرج للتنزه مع أصدقائي.

كثير من الأدباء تكلموا في الطب النفسي وتعمقوا فيه قبل أن يُخلق الطب النفسي في المستشفيات والكلية. وأخبرني أن عمر الطب النفسي الحديث حوالي مائتي عام فقط وكانت هذه المناقشة في خريف عام 1959. وأضاف: بعد محاولات رجال الدين ورجال الفلسفة في التصدي للأمراض النفسية، تعمق عدد من الأدباء في وصف الحالات المرضية. لا توجد مسرحية واحدة لشكسبير بدون طب نفسي. "كنج لير" "ماكيت" "هاملت" "روميو وجوليت" كلهم فيهم طب نفسي، كل الأساطير الإغريقية كذلك. مركب "أوديب" مركب "الكترا" "الترجسية". وأوصاني أن التحق في جامعة أوكسفورد على حساب المعهد لدراسة كورس متخصص مدته شهر واحد حول "الطب النفسي في الأدب الإنجليزي". وبالفعل استقدت كثيراً من هذا "الكورس" الممتع.

قال لي البروفيسور أيضاً: لو أنت تخطط لكي تكون عالمياً فلا بد أن تدرس كل الأديان. لأن كلهم يحضون على الخير، لكن بطقوس وأنبياء مختلفين .

حصلت سريعاً على درجة الماجستير في العلوم العصبية والنفسية، كان ذلك بعد ستة أشهر فقط من سفري. أعجب رئيس القسم بتقوتي وبسرعتي في الحصول على الماجستير، فعرض عليّ أن أحصل على وظيفة في المستشفى الجامعي براتب يعادل خمسة أضعاف ما كنت أحصل عليه من مسؤولي البعثة.. مع سكن محترم بالقرب من الجامعة .

انتهت فرحتي سريعاً بالعمل المستقر والحصول على راتب شهري معقول. بعد أيام معدودة، قال لي البروفيسور "لويس": لكي تتخصص في الطب النفسي لابد أولاً أن تحصل على زمالة في "الباطنة" وشرح لي أهمية ذلك، فخمسين بالمائة من الأمراض النفسية يكون سببها أمراض أخرى.

وبدأت فعلياً في حضور الكورسات الدراسية مع التدريب وكان ذلك في مستشفى "هامر سميث". انتقلت بعدها إلى "أدنبرة" لإتمام دراستي في الطب النفسي.

كنت اعمل في المستشفى طوال الأسبوع، وأتفرغ لاستذكار دروسي في المساء. وتعلمت في مستشفيات لندن أهمية النظافة والانضباط، وانه لا مغفرة مع التسبب أو الإهمال أو عدم النظافة. وتعلمت هذا الدرس جيداً، وطبقته مع النواب والحكيمات والمرضات في مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس.

كانت ممرضات المستشفى الذي اعمل به في لندن، خليط رائع من الأجانب، من السويد وإسبانيا والبرتغال وفرنسا، وتشيكوسلوفاكيا وإيران وأثيوبيا. في المقابل كان عدد الأطباء الأجانب محدود جداً. كنت الشرق-أوسطي الوحيد من بين حوالي ثلاثين من الأطباء الأجانب. كنت مشغولاً بعملتي وبشهادتي التي اطمح للحصول عليها سريعاً.

كنت قد أعددت لنفسي جدولاً للاستذكار، وعلقته في غرفتي، مثلما كنت افعل وأنا طالب في الثانوية أو بالجامعة في مصر. كان هذا الجدول يتغير كل شهر، وكنت أزم به نفسي وبسوء، في نفس الوقت كنت متعلقاً بالسهرات وبالذهاب للمسارح والمتاحف والسينما، كنت افعل كل ذلك بعد انتهاء جلوتي في المذاكرة. كانت عملية شبه حربية تنتهي بقليل من الفسحة أو البهجة، أي أنني كنت أكافئ نفسي قليلاً.

كان يتخصص في المرض النفسي أصحاب اقل مجموع وقل تقديرات في مرحلة البكالوريوس.

قلت له: في هذه الحالة، من سيمنحني الدرجة.. من سيناقتني في بحثي، يقبله أو يرفضه، فرد بقوله: أنت مخطط لحاجة ثانية: طلباتك. قلت له: أرسلوني في بعثة علمية للخارج. كانت البعثة من حقّي، فأنا من الأوائل وتخصصي غير موجود في مصر. وبالفعل سافرت البعثة عام 1959، وبدأت مرحلة جديدة في حياتي. لم يكن السفر غريباً على نفسي في ذلك الوقت. كنت قد زرت عدة مدن أوروبية من خلال رحلات الجامعة للطلاب صيفاً. كانت زيارة اليونان وإيطاليا وسويسرا تتم في رحلة واحدة، أما عن الرسوم فكانت في حدود الثلاثين جنيهًا. كانت الرحلة تستغرق شهراً كاملاً. وكان يرافقنا أستاذ جامعي ليتّراس المجموعة كلها. رحلات الطلاب كانت تختلط فيها الثقافة بالعلم بالترفيه .

لم تكن مصر الثورة بلداً منغلماً كما نسمع عنها الآن. كان هناك تواصل مع العالم كله، حتى مع العواصم التي تعادينا سياسياً، لكن مبلغ الثلاثين جنيه كان خارج إمكانيات كثير من الأسر بالطبع.

وصلت لندن للحصول على درجة الدكتوراه. كان راتبي من إدارة البعثات في حدود 48 جنيه إسترليني، التحقت بمعهد الطب النفسي في جامعة لندن. وأقمت في إحدى دور المسنين القريبة من المعهد لتتناسب مع دخلي.

في بداية الدراسة بالمعهد، طلب مني أستاذ شهير للطب النفسي يدعى "سير أوبري لويس" وكان رئيساً للقسم، أن ابدأ بدراسة كتابين للأديب التشيكي "كافكا" وهما "القلمة" و"المحاكمة". ذهبت للمكتبة لم أكن اعرف في ذلك الوقت انهما قصص، وليسا كتابين في الطب النفسي. عدت إليه سريعاً وخاطبته على الفور: يا سيدي، أنا لا انوي أن أغير خططي، أو أغير تخصصي، وكذلك لا ارغب في البقاء هنا في لندن. كان "لويس" بريطانيًا يهوديًا.. ولم تتغير ملامحه على الإطلاق، ورد بكل هدوء: لماذا تقول ذلك، ثم ابتسم. قلت: أنا أريد أن أنتهي سريعاً، أحصل على دكتوراه في الباطنة ودكتوراه في الطب النفسي وقبلها زمالة ماجستير الباطنة والعصبية والنفسية وأعود لبلدي. فرد بكل هدوء: عليك إذا ان تبدأ بالكتابين اللذين طلبتهما منك. عندما تصفحت الكتابين بعد أن اشتريتهما، رجعت إليه في اليوم التالي، وسألته مجدداً: لماذا أبدأ بدراسة القصة، وابتسم ثانية، وقال: يهمني أن تقرأ أولاً في القصص. قلت له: لكنني متخصص في الطب النفسي وليس في الأدب أو القصة، فأتهى المناقشة بحسم: عليك قراءتها.

كانت لغتها الإنجليزية صعبة جداً. كان المؤلف "كافكا" يكتب بأسلوب غير مترابط، ولغته صعبة جداً هو كتبها بالتشكيكية، وتمت ترجمتها. اكتشفت انه كان مريضاً نفسياً، ورغم ذلك كان رائد الكتابة المجردة وهي لون في الكتابة يشبه اللوحات الفنية المجردة. افهم ما أكتبه كما تريد .

بعد أن أنهيت القراءة، ذهبت لأستاذي وقلت له: هذا رجل يكتب بشكل مجرد، لكنه مريض نفسياً، وكلامه غير مترابط. يدخل في موضوع ويخرج لآخر بدون ترابط بين موضوعاته. ويبدو من أسلوبه وكأنه مريض فصام.

قام "البروفيسور" من مقعده وتغيرت ملامحه وعلت وجهه ابتساماً عريضة وشد على يدي وعلى كتفي، وقال لي وهو يهتني على ما وصلت إليه: ستكون طبيب نفسي بارع. سألته لماذا: فقال بالفعل كان عنده "فصام" وشرح لي ما كان يقصده ببدايتي بقراءة هذه الأعمال:

من الخارج. كان النظام المتبع- وأراه عظيمًا وأفضل من المعمول به حاليًا، أن جرى الإعلان عن الوظيفة الخالية، وعلى من يرغب فيها التقدم سواء كان ذلك من الجامعة أو خارجها، إن ما دعمني أكثر في الفوز بالوظيفة هو نشري لأبحاث في مجلات علمية عالمية .

مع استقرارى في القاهرة وعودتي للجامعة، بدأ المرضى يتوافدون على منزل العائلة. حولت صالون أبى إلى عيادة. بدأ الأمر بالأقارب والأصدقاء ثم زادت الأعداد، الإقبال كان غير طبيعي. فكرت سريعاً أن استأجر عيادة خاصة، فأجرت بالفعل عيادة في شارع الشواربى بوسط القاهرة واتخذت منها سكناً وعيادة في نفس الوقت.

حققت نجاحاً سريعاً وشهرة معقولة والحمد لله. تحسن دخلي بالطبع مع هذا النجاح. كان ثمن الكشف جنبيين فقط. وكان مبلغاً ليس بالقليل في هذا الوقت .

بعد أن أنهيت دراستي وحصلت على الدكتوراه، عرضت على الجامعة والمستشفى أن أبقى للعمل هناك، ولكنى رفضت. وللمعلم فقد سافر معي، للدراسة في نفس التخصص "الطب النفسي" اثنان من الزملاء لم يعودا على الإطلاق. أحدهما انتقل للعمل والمعيشة في الولايات المتحدة. والآخر انتقل إلى أستراليا. كنت أتواصل مع الاثنين.

بدأت في نشر الأبحاث دولياً في سن مبكر جداً. كان أول بحث انشره في مجلة علمية كبرى متخصصة بالطب النفسي وعمري دون الخامسة والعشرين عاماً. كنت اعمل حينها في لندن. وشجعني أستاذي واسمه "شارلز تيفيك" على ذلك. أستاذي هذا بعد أن اقتربت منه وتعلقت بفكرة اكتشفت انه مصري أيضاً. و"تيفيك" هذا ما هو إلا "توفيق". وكان البحث الذي نشرته حينئذ في المجلة البريطانية للطب النفسي أحد أسباب قبولى في وظيفة مدرس للطب النفسي بجامعة عين شمس.

عندما عدت وتم الإعلان عن هذه الوظيفة، تقدم معي ثلاثة أو أربعة آخرين، كانوا حاصلين على الدكتوراه أيضاً، ولكن من مصر وليس

اختياري لكلمة "الطب النفسي" وعودتي لجامعه عين شمس

تتكرر كلمة "الجنون" أو "مجنون" إلا على لسان الكفار وأعداء الأنبياء، في بدايات الرسالات السماوية. أي أن هؤلاء الأنبياء أتوا بأشياء غير مألوفة لمجتمعاتهم. كيف لنبي أن يدعو لإله واحد وهم لديهم عشرات الإلهة، كيف يدعى أحدهم انه يسمع الملائكة أو يأتيه الوحي. كل هذه الأفعال والممارسات وصفوها بالجنون. في الطب النفسي، لا يوجد تشخيص لمرض اسمه "جنون" فلدينا في الطب نوعان من المرض "مرض عضوي" و"مرض نفسي"، واختتمت كلمتي بالتأكيد على أن وجود أقسام متخصصة في الطب النفسي هو تقليد سائد في العالم كله

اقتنع أطباء الجراحة ومعهم أطباء الأعصاب، وحصلت في وحدتي الجديدة التابعة لقسم الأعصاب على غير يضم خمسة أسرة للأمراض النفسية. في هذه المرحلة كان القسم يضم وحدتين، الأولى وهي الأمراض العصبية ويتبعها سبعين سريراً، وأخرى للأمراض النفسية، ويشرف عليها طبيب درجته العلمية مدرس، وهو أحمد عكاشه، ثم زاد عدد أسرة الوحدة إلى عشرين، واشتهرت الوحدة، وبالتحديد عيادتها الخارجية بعد ذلك، وبالتدريج خرجنا من عباءة الأمراض العصبية و أصبحنا وحدة مستقلة. ودارت العجلة بشكل لم أتوقعه، خاصة مع إقبال طلاب الدراسات العليا للتخصص في الطب النفسي، بعد أن كانوا يتجاهلونه .

وأذكر أن الكاتب الكبير أنيس منصور، قال لي: أنت رائد في هذا المجال. وتستحق الشكر، ولكن وبعد مرور كل هذه الأعوام، اعتقد أنني وزملائي حققنا نقلة مهمة في مجال الطب النفسي، نحن بالفعل الرواد عربياً، ولنا مكانة مهمة على الخريطة العالمية. كنت، وأنا في هذا السن وأنا مدرس، أشارك في مناقشة وتحكيم رسائل علمية في جامعة عين شمس وفي باقي الجامعات المصرية.

ومع نجاح قسم الأمراض النفسية، كان عميد الكلية يقول في مجلس القسم: أحمد عكاشه لديه جاذبية وسيقتنع معظم الطلاب بالتخصص في الطب النفسي.

"تخيرات كلمة "الطب النفسي" بدلا من الأمراض العقلية وذلك لان هذا المصطلح ينظر للمريض كشخصية متكاملة تستحق الاحترام والتكريم ثم العلاج. كنت أتعجب من أسلوب بعض الأساتذة بالمستشفى الجامعي، وأنا طالب في كلية الطب ثم في مرحلة الامتياز، حين يطلبون منا نحن الطلبة أو النواب أن نحضر عدداً من الحالات للكشف والشرح دون معرفة اسم المريض أو المريضة ومناقشته، قيل أن يبدأ العلاج. كان المريض عبارة عن "حالة" أو "رقم" كانوا يغطون جسد المريض ولا يكشفون منه إلا العضو الذي سيخضع للجراحة أو العلاج .

كنت أحزن على اختزال المريض في "عضو". فالتب النفسي على النقيض تماما لكي يبدأ خطوته الأولى في العلاج لابد أن يتعرف على الظروف الاجتماعية والاقتصادية للمريض. أعزب، متزوج، عدد أولاده. هذه التفاصيل تقيده في كل مراحل العلاج، وابتسطها أنها تقيده في كتابة رويته علاج تتناسب مع ظروفه المادية حتى لا نهين كرامته .

أعود للحديث عن جامعتي التي تم تعييني بها مدرسا للطب النفسي في 1964 براتب شهري قدره 22 جنيه. بعد أيام من عملي، ذهبت لرئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية، وطلبت منه أن نخصص عنبراً للأمراض النفسية في المستشفى. فرد عليّ باندعاش: عايز يا أحمد تدخل مرضى نفسيين وسط مستشفى تضم عنابر بكل الأقسام الأخرى.. هذا صعب جداً. شرحت له طبيعة المستشفى الجامعي الذي تعلمت وعملت به في لندن لخمس سنوات، وكيف أن هذا هو الوضع في جميع الجامعات الكبرى. قال لي: سنعرض طلبك على مجلس المستشفيات. الجراحون سألوا باستغراب: كيف سندخل مرضى عقليين أو "مجانين" مع مرضى عاديين. رئيس القسم الدكتور عباس استدعاني لاجتماعهم، وشرحت لهم ما اقصد. قلت لهم: أولاً انه لا وجود لكلمة مجنون في العالم كله الآن. نحن من صنعنا هذه الكلمة الخطأ، معتمدين على تفسيرنا للغتنا العربية. "مجنون" مصدرها الفعل "جن"، وذن الشيء أي هناك حاجزاً أو "ستارة" تحجزه. والمريض الموصوف بهذه العبارة، كأن هناك ستارة على عقله. وفي القرآن لا

تحقيق حلم إنشاء مركز للطب النفسي في مصر لغير القادرين

الوزارة أو المحافظة. بدأنا البناء، لكن بعد شهر معدود، جاءني المقال، وقال لي: "الفلوس خلصت."

تحدثت مع مصطفى أمين وقلت له: نحتاج مبلغاً أكبر بكثير مما جمعناه. نحتاج ثلاثة ملايين جنيه على الأقل، ومن الصعب أن أحصل على أموال من ميزانية الجامعة، فقد وقعت على إقرار بأنني لن ألبأ إلى أموالهم المحدودة من الأساس. رد عليّ بقوله: وأنا من الصعب أن أكتب عن نفس المشروع ثانية، ولكن دعنا نبحث سويًا عن مخرج آخر. سألتني: لماذا لا تلجأ لوزارة التخطيط. ابحت عن صديق للدكتور كمال الجنزوري وزير التخطيط وشرحت له مشروعك. علمت أن الأديب الكبير ثروت أباطة هو من أصدقاء الجنزوري المقربين. كلمته وشرحت له مشروعني وحاجتي لمقابلة الجنزوري. بعد عشر دقائق فقط اتصل بي أباطة وأبلغني بأنه حدد الميعاد مع الوزير. ذهبت إليه في اليوم التالي بمكتبه، وجلست معه في اجتماع مطول.. وشرحت له الوضع كاملاً، وفوجئت بسؤاله الأول: يا دكتور أليس لك مستشفى خاص بك في المهندسين، فلماذا تحتاج لهذه المستشفى. بالفعل كنت قد افتتحت مستشفى خاص بي للطب النفسي هناك. شرحت له ثانية أن "مركز الطب النفسي" سيكون تابعاً للدولة وملكاً لجامعة عين شمس، ولا يستهدف الأغنياء وأبنائهم القادرين على دفع علاجهم مثلما يحدث في المستشفيات الخاصة، إنما يستهدف الشرفاء مثل حضرتك وليس المرتشين. كلماتي الأخيرة جذبت انتباهه. أضفت: "فيه ناس كثير لديهم عفة، وأولادهم وقعوا فريسة للإدمان.. فهل يقدموا على الرشوة ليعالجوهم.. وهل نتركهم نحن؟"

بعد تفكير لثنائي معدودة، قدم لي الجنزوري اقتراحاً غير مسار هذا المشروع إلى الأبد. وقال: "لدينا قانون لا يعرفه الكثيرون ينص على أنه لو أي مصري تبرع بثلاث مشروعات للحكومة، وكان هذا المشروع مفيداً، فإن الحكومة مضطرة لاستكمالها. وانتسم وقال: من فضلك لا تحدث أحداً عن هذا القانون. أجبت أنا بكل شفافية وصدق: لكنني لم ادفع الثلث. فقال لي: ارض المشروع في العباسية وحدها في حدود ستة مليون جنيه على الأقل. كان يعلم أن "ليلة القدر" هي من تبرعت للمباني. وشرحت له أن الأرض مملوكة للأوقاف. لم يعلق على ذلك، وقال لي: أريد فقط خطاباً من رئيس الجامعة أنكم دفعتم ثمن ارض المشروع في حدود ستة ملايين جنيه.. وبعد ذلك نحن سنتكفل بالباقي.

ذهبت أولاً لعميد كلية الطب، فرد مذعوراً: أنا أكتب هذا الخطاب.. لماذا؟ هذا ليس من اختصاصاتي، اذهب لرئيس الجامعة. شرحت لرئيس الجامعة ما طلبه وزير التخطيط، فقال: كلام قانوني وسليم. ولكن عليك بوزير التعليم لم اغضب ولم يتملكني اليأس.. كلمت صديقي الكاتب الصحفي محمد زايد مدير تحرير الأهرام ليحدد لي موعداً مع الدكتور فتحي سرور وزير التربية والتعليم، والتعليم العالي في حينها. وذهبت لمقابلته، وكان بمكتبه ضيوف أجانب لكنه تركهم، وجاء لاستقبالي. سألتني عن طلبني، فشرحت قصة المشروع كاملة انتهاءً بالخطاب الذي طلبه الدكتور الجنزوري. فقال: ومن دفع ثمن الأرض، الستة ملايين جنيه، فقلت له: بصراحة، هي ارض حصلنا عليها مجاناً، هي ارض للأوقاف. فقال: إذن هو تزوير في أوراق رسمية. قلت بصراحة: هدفنا هو عمل الخير، ولم ندف في هذا المشروع سوى بعض التبرعات التي جمعناها، إضافة إلى ما جمعه لنا مصطفى أمين في باب "ليلة القدر". رد فتحي سرور على ما قلته بسرعة: يعني كلكم عاجزين تعملوا خير وأنا لا. وطلب الأوراق ووقعها سريعاً بالموافقة.

ومع تحقيقي لهذا النجاح في القسم، استيقظ عندي في مطلع الثمانينيات من القرن الماضي حلم قديم، وذلك بعد ارتفاع معدلات الإصابة بالإدمان المخدرات، وتزايد أعداد المرضى النفسيين في مصر والعالم العربي. كان الطب النفسي في هذا الوقت يشهد تطورات مهمة في دراساته وبحوثه. كنت أشترك في مؤتمرات علمية في أنحاء العالم ومع عودتي، كل مرة كان هذا الحلم يلح عليّ بضرورة إنشاء مركز للطب النفسي في مصر. كنا نفكر إلى الإمكانيات المادية، لكننا كنا أغنياء بالإرادة وبالفكرة وبالعلم وبالرغبة في استهداف الخير لمرضى الإدمان والمرضى النفسيين أيضاً من الطبقات المتوسطة والفقيرة التي لا تتحمل أعباء علاج أبنائهم في مستشفيات ومنتجات خاصة. واشهد أننا لقينا كل العون من جميع المسؤولين في الدولة، بل أن بعضهم- كما سأشرح الآن، قد تجاوز الروتين لنبني هذا الصرح العظيم "مركز الطب النفسي" في جامعة عين شمس والذي أشرف برعايته. فقد أصبح يلعب دوراً هاماً في علاج المرضى النفسيين وضحايا الإدمان. والفكرة التي قام على أساسها تتحقق حالياً بالكامل. وقد شيد المركز بالجهود الذاتية والتبرعات وإيمان القائمين عليه بضرورة وجوده لخدمة المواطن والوطن. انه صرح جامعي فريد من نوعه- ليس في منطقة الشرق الأوسط فقط، بل وفي أفريقيا والشرق الأقصى كله حيث لا يوجد في أي منهم معهد للطب النفسي بالمواصفات التي وضعت له ليكون مكاناً للبحث العلمي والعلاج في نفس الوقت.

كنت في منتصف الثمانينات من القرن الماضي مقتدراً مالياً، والحمد لله، ولكن لم أكن غنياً. إمكانياتي المادية كانت معقولة. وفي إحدى الأيام، وبعد أن تبلورت فكرة "المركز" في عقلي ذهبت إلى الكاتب الكبير مصطفى أمين في مكتبه في "أخبار اليوم" وعرضت عليه فكرتي، وقلت له إنني أريد من "ليلة القدر" وكان هو مؤسس فكرتها وراعيتها، أن تجمع تبرعات خيرية من أجل هذا المركز وقدمت له شيئاً بمبلغ كان هو كل رصيدي في البنك تقريباً.

كان مهتماً جداً بعلاج الإدمان بين الشباب مع انتشار الإدمان في المخدرات بشكل خطير ومريب في ذلك الوقت. أتذكر انه كتب عدة مقالات في عموده البديع "فكرة" تضمنت كثيراً من الأفكار والعناوين التي تحدثت معه بشأنها، وأهمها علاج الشباب المدمن من أبناء البسطاء. نجح مصطفى أمين و"ليلة القدر" في جمع أكثر من نصف مليون جنيه في أسبوع واحد، وهو رقم ضخم بلغة الثمانينات. الخطوة التالية، وهي الحصول على قطعة ارض مناسبة تكون قريبة من الجامعة ومن مستشفى الدمرداش أيضاً. وقع اختيارنا على قطعة أرض كبيرة مساحتها ستة آلاف متر مربع، لكن اكتشفنا أنها مملوكة لوزارة الأوقاف وأنها كانت تضم ضريحاً لآحد الأولياء ومقابر، ولكن تم نقل الرفات للإمام الشافعي.

وقد كان وزير الأوقاف في ذلك الوقت هو الدكتور الأحدي أبو النور. تفهم أبو النور طبيعة مشروعنا العلمي الخيري وتحمس له، ووافق على البناء فوق هذه الأرض. أتذكر إنني قابلته لكي أحصل منه على موافقة مكتوبة، فرد على طلبني بهدوء: لا أستطيع أن أمنحك الخطاب فهي أرض أوقاف.. ولكن توكل على الله "وأبني" طالما هو عمل للخير فلن يعترضك أحد. سألته: وكيف سأحصل على رخصة بناء، فقال اسأل محافظ القاهرة. كان اللواء يوسف صبري أبوطالب هو المحافظ في ذلك الوقت. سألتني أبوطالب: لمن هذا المستشفى.. من المستفيد من افتتاحه. فكررت أمامه ما قلته من قبل في أكثر من مكتب حكومي: "لأولاد الناس الطيبين غير المقتدرين". فقال بكل سهولة: "أبني بدون رخصة". أبلغت المقال بذلك واطمئن مني بأنه لن تلاحقه

واستكمالاً للحلم تم افتتاح مجمع أ.د. أحمد عكاشه للعيادات و المدرج الإكلينيكي في مركز الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس عام 2017، وذلك حتى يتلقى المريض النفسي غير القادر استقبالا و علاجاً متميزاً يليق بمعاناته علماً بأن مركز الطب النفسي يفحص بالعيادة الخارجية حوالي 150 مريضاً يومياً أي حوال 70.000 مريضاً نفسياً في السنة وذلك حتى عام 2020 قبل تفشى وباء الكورونا، وهذه نقلة حضارية أن يعالج المريض النفسي الغير قادر في عيادة متقدمة تحترم المريض وأدميته و تعامله بطريقة أفضل من عيادات الباطنة و الجراحة.

ونحن الآن بصدد إعادة افتتاح المركز بعد تجديده ليتواكب مع متطلبات المريض وسيتم الافتتاح بإذن الله في غضون شهر أغسطس 2022.

عدت للدكتور الجزوري في نفس اليوم، والذي فوجئ بتوقيع الدكتور سرور.. وعلى الفور أرسل خطاباً لجامعة عين شمس بمسؤولية وزارة التخطيط عن استكمال المركز من ميزانية الدولة. تدفقت الأموال الرسمية علينا حتى انتهينا من بنائه وتأسيسه في 1990. كنت ألبأ لكبار المسؤولين والأصدقاء ليساهموا معنا في شراء الأجهزة والمعدات، وأتذكر إنني لجأت للكيميائي عبد الهادي قنديل وزير البترول في حينها- وزميلي في فصل الدراسة في الكالوريا- حيث تكفلت وزارته بتمن شراء عدة أجهزة لنا أبرزها جهاز لمسح المخ بالحاسوب.

وزود المبني أيضاً، بوحدة للتأهيل الاجتماعي والمهني والرياضي لمرضى النفس والعقل، حيث إن التأهيل بعد الشفاء هو أحد الأركان الأساسية للوصول بالمريض النفسي إلى التكيف الاجتماعي.

وقد تم اختيار "المركز" كمركزاً للتنسيق والبحوث لهيئة الصحة العالمية لمنطقة شرق البحر المتوسط الممتدة من المغرب إلى باكستان .

البحث عن نشأة ومفهوم المرض النفسي

وأتذكر إنني جهزت محاضرة طويلة ألقيتها في الجلسة الافتتاحية للجمعية العالمية للطب النفسي قبل ثلاثين عاماً عن نفس الموضوع "الطب النفسي في مصر القديمة". استعنت خلالها بثمانين "شريحة معلومات" لم تكن برامج الحاسوب قد تطورت في ذلك الوقت. ونالت المحاضرة هذه اهتماماً كبيراً من الجميع. قلت لهم أن مصر القديمة عرفت مفهوم الاضطرابات الهستيرية، قبل أن يصفها "أبقراط" بزمن طويل، وقبل أن نعرف نحن مصطلح "هستيريا" وقد كان التعامل العلاجي مع هذه الاضطرابات ذا أساس جسدي أكثر منه روحي

تحدثت في مؤتمرات أخرى عن الطب النفسي في الإسلام، وأكد هنا المفهوم السائد عن المرض العقلي في مرحلة معينة، يعتمد على ما اذا كان الفكر الإسلامي المهيمن في تلك المرحلة يتميز بالتنوير أم الرجعية، فعلى سبيل المثال، نجد أن المفهوم السائد في مراحل الرجعية هو ذلك المفهوم السلبي الذي يعتمد على أن المريض العقلي ممسوساً بأرواح شريرة، في حين أن مراحل التنوير والأبداع في التاريخ الإسلامي كانت تعتمد على هيمنة الانسجام مع المجتمع.

وكنتم أصل بسرعة في هذه المحاضرات إلى القرن الرابع عشر الميلادي حين شيد السلطان قلاوون أول مستشفى يهتم بالرعاية النفسية للمرضى في القاهرة. كان المستشفى يضم أربعة أقسام: للجراحة والأمراض الباطنية والعيون والأمراض العقلية. وقد هيأت الهبات الكريمة من أثرياء القاهرة، مستوى عالياً من الرعاية الطبية وإعالة المرضى أثناء فترة النقاهة. كان المريض يبقى تحت الملاحظة حتى يقوى وعند خروجه يمنح حفنة من العملة الذهبية تساعده على المعيشة في فترة تأهيله !

ليس هذا فقط، بل كانت المتابعة تستمر حتى خارج المستشفى لضمان حصول العائد من المرض على مهنة مريحة. ونجد هنا سمتين جديرتين بالاهتمام، أولاًهما: رعاية المرضى العقلين في مستشفى عام، وهذا سبق الاتجاه الحديث الحالي بحوالي ستة قرون. وثانيهما: انخراط المجتمع في توفير معيشة لائقة للمرضى. وبالرغم من أن أشكال العلاج الديني تتباين بشدة، إلا أن محور العلاج هو دائماً التوجه إلى الله من أجل الشفاء. وعادة ما كان يتم العلاج بشكل فردي أو جماعي، وتكون الوسائل المستخدمة إما وقائية أو علاجية، وتتضمن

أما على المستوى الأكاديمي، فقد قررت أن أبدأ في البحث عن نشأة ومفهوم المرض النفسي، ففي يوم دعاني الأستاذ الدكتور بول غليونجي، أستاذ الغدد الصماء والذي سبق أن أصدر كتاباً عن الطب عند الفراعنة إلى منزله بعد عودتي من الخارج وسألني عن مفهوم بعض الأمراض الغامضة بالنسبة له، وأدهشني إنها ما كانت سوى وصف دقيق للفصام والاكتئاب، والهذيان والقلق والهستيريا. لقد بحثت لمدة طويلة جداً في مفهوم الطب النفسي عند الفراعنة. كان مفهوم "العقل" و"القلب" يعينان الشيء نفسه في مصر القديمة. كان هناك ذكر للأعراض النفسية والعقلية في كثير من الملاحظات المدونة، خصوصاً في "كتاب القلب" الصادر عام 1937 ويتضمن ترجمة بردية "إبر" والتي جاء فيها ذكر كلمتي القلب والعقل في أربع عشرة وصفة طبية. كان معبد النوم أو الكمون أحد الأساليب العلاجية النفسية المستخدمة في مصر القديمة. وكانت ترتبط باسم أممنتب أول طبيب معروف في التاريخ. وقد شيد معبداً على شرفة في جزيرة فيلة، وكان المعبد مركزاً نشيطاً للعلاج بالنوم، حيث اعتمدت دورة العلاج على قدر كبير من مظاهر ومضمون الأحلام، التي كانت بالضرورة تتأثر تأثراً بالغاً بالمحيط النفسي والديني للمعبد، وبالثقة المطلقة في القوى الخارقة للكهنوت، وبالعمليات الإيحائية التي كان يقوم بها المعالجون المقدسون. وقد قرأت عن الست برديات الشهيرة والتي تم التعرف من خلالها على الممارسات الطبية في مصر القديمة، وما يهمنها فيها هنا ما يتعلق بتصنيفهم للمرض النفسي.

ففي بردية "كاهون"- 1900 قبل الميلاد. وهي أقدم البرديات التي تناولت موضوع "الهستيريا" ورغم أنها لم تصلنا مكتملة، فإنها تتضمن وصفاً دقيقاً لعدد من الأمراض، يمكن التعرف بسهولة على أن كثيراً منها يندرج اليوم تحت بند "الاضطرابات الهستيرية".

وقد كان الاعتقاد عندئذ أن هذه الاضطرابات وأخرى مثلها تأتي نتيجة "لمجاعة" اللحم أو انتقاله من مكانه، مما يترتب عليه تراكم الأعضاء الأخرى الواحد فوق الأخر.

أما "الاكتئاب" ووصفه عند الفراعنة فقد ورد فيه كثير من الروايات، أهمها في نظري، ما وصف د. غالبيونجي له في كتابه "السحر والعلوم الطبية في مصر القديمة".

من الأنسولين، وكان المرضى وخاصة مرضى "الفصام" يدخلون في غيبوبة، ووجدوا انهم يحققون تحسناً بعد ثلاثين أو أربعين جلسة. وكان يشارك في هذا العلاج أحد أطباء التخدير واثان من المساعدين مع الطبيب المعالج. كان علاجاً خطراً جداً، فأنت تحقن المريض بنسبة عالية من " الأنسولين " في الدم قد تتسبب في خفض نسبة السكر في الدم ويتم إسعافه عن طريق حقنه بالجلوكوز في الوريد. ففي 1960، قام الباحثون بعمل حقن مخدره مقارنة بالأنسولين مع الرعاية الطبية المماثلة، وجاءت النتائج مماثلة للعلاج بالأنسولين، والذي توقف الاعتماد عليه تماماً وذلك لخطورته. ثم عرفنا بعد ذلك "الجلسات التشنجية" وهي عبارة عن كافور في زيت ويحقن في الوريد، ظهر بعد ذلك علاج اسمه "كارديازول" يعطى في الوريد أيضاً. كانت هذه العلاجات تتسبب في تشنجات جزئية، لكن المريض يتحسن بعدها. أما في عام 1938، فقد عرف طب الأمراض النفسية "الصدمة الكهربائية" أو ما يسمى اختصاراً لدى العامة "جلسات الكهرباء" وللأسف يتم تشويبهما والتخويف منها في الأفلام والمسلسلات حتى الآن، واستمرت لسنوات طويلة، حتى توصلنا اليوم إلى ما نسميه "جلسات تنظيم إيقاع المخ."

انتهى تقريباً، هذا الفولكلور العلاجي للطب النفسي، ولكن نعترف نحن كأطباء، إن "الصدفة" هي التي قادت العالم إلى معظم هذه العلاجات. نعم، نحن نؤرخ بأن أدوية الطب النفسي المعتمدة والتي ظهرت في 1952 كانت بالصدفة. بعض المرضى كانوا يخضعون لعمليات جراحية بنوع تخدير جديد، ولكن الأطباء لاحظوا أن هذا المخدر قد ساهم أيضاً في علاج أعراض أخرى يعاني منها المرضى، والقرار المخدر كان به الكلوربرومازين الذي ثبت فاعليته في مرضى الفصام، لدينا الآن نحو خمسون عقاراً معتمداً عالمياً لعلاج الذهان بكل أنواعه.

الأدوات المستخدمة غالباً الحجاب والورقة والحرز والحافظ، أو التعزيمه والتعويدة أو البخور أو التطهر.

لم يكن ذلك في الشرق الأوسط فقط، بل اختلطت أعراض المرض النفسي والعقلي في أوروبا أيضاً بأمراض وبأعراض أمراض أخرى. وقد أنخرط القساوسة- مثل الشيوخ عندنا- في تقديم العلاج، والذي لم يكن مفيداً جداً. كان نحو ثلثي المحسوبين على المرض النفسي، مصابون بـ"الزهرى" في الجهاز العصبي والذي كان له أعراض عقلية .

إن عدم علاج "الزهرى"، والذي كان صعباً جداً في هذا الزمان والذي كان له مراحل، الأولى والثانية أما في المرحلة الثالثة فكان يعقبها أعراضاً عقلية تستدعي حجزه في مستشفى الأمراض النفسية. وكانوا لا يعلمون وقتها انه مصاب فقط بالزهرى، وليس مريضاً نفسياً.

وقد سجل الطب خطوات بطيئة جداً نحو الوصول إلى علاجات نافعة للأمراض النفسية. في العشرينيات من القرن الماضي، حصل أحد العلماء على جائزة نوبل، وهو لا يستحق ذلك، باعتراف كل الأطباء فيما بعد وكذلك الأكاديمية السويدية التي تمنح الجائزة، ولكن كان العلاج الذي استحق به الجائزة العريقة، هو علاج المرض بنوع شديد من الحمى، وبالتحديد "المالريا" وعندما كان يحدث التشنج بعد فترة لهؤلاء المرضى، يحدث نوع من التحسن. وقيل وقتها أن هذا هو أول علاج للأمراض العقلية. واكتشفنا بعد ذلك، أن هذا خطيئة علمية. فالحمى قد تقتل ميكروب الزهرى، ولكنها لا علاقة لها بالمرض العقلي.

ومن هنا عرف الطب بعد ذلك، ما كان يسمى "غيبوبة الأنسولين"، فكانوا يحقنون المريض العقلي خمس مرات أسبوعياً بجرعات عالية

مستشفى العباسية ومحاولة إغلاقها

في مصر تم تأسيس مستشفى العباسية للأمراض النفسية عام 1883. كان الأهالي يطلقون عليها "السرايا الصفراء". والمبنى كان قصراً لأحد الأمراء، وفي إحدى الحرائق التي عرفتها هذه المنطقة النائية، تم حرق وتدمير كل شيء بالمنطقة، إلا هذا القصر الفخم المكون من طابقين، وتم تنظيفه وترميمه ودهانه باللون الأصفر، وبذلك حصل على اسمه الذي ظل خالداً حتى الآن. كان اسمه "مستشفى الأمراض العقلية" وليس "مستشفى الأمراض النفسية" كما هو حالياً وتوالت بعدها بناء المستشفيات النفسية في مصر. ففي عام 1913، تم بناء مستشفى الخانكة على مساحة 300 فدان، وبعدها مستشفى المعمورة في 1967، ثم حلوان في 1979. وحاليا الأمانة العامة للصحة النفسية يتبعها 18 مستشفى، علاوة على العشرات من المستشفيات والمنتجات الخاصة التي تهتم بعلاج الإدمان والمرض النفسي على السواء وكذلك يوجد العيادات في المستشفيات العامة .

وقد كان في الماضي، المرض النفسي يسبب وصمة عار للأهل جميعهم. كان الشائع، حتى في مصر، هو أن الأهل يتركون ذويهم المرضى، حتى لو تحسنوا بالعلاج. كان المريض يبقى في المستشفى حتى يموت فيه. غالبية المرضى الآن، يخرجون للحياة أصحاء إلى حد كبير بعد ستة أسابيع، إلا في حالات محدودة.

كان هذا الانطباع السيء عن "المرض النفسي" ليس قاصراً على الأفراد العاديين فقط، بل كان شائعاً لدى الأطباء. فطالما أن هذا المرض لا علاج له فلماذا تخصص فيه من الأساس.

سأتناول سريعا قصتي مع مستشفى العباسية والتي هي أقرب للمعركة، التي نجحت فيها أنا وزملائي مدعومين من الرأي العام والصحافة ضد قرارات وزير الصحة في ذلك الوقت. وللعلم ليس بيني وبينه إلا كل احترام. ولكن الاختلاف حول مصير المستشفى أشعل الأزمة. أنا ادعوا دائماً إلى بناء مستشفيات جديدة لتقرب من النسبة العالمية. نحن أفضل من دول عربية وأفريقية عديدة لكن من الصعب جداً أن نوافق على إغلاق أعرق مستشفى في مصر للاستفادة من أرضه. فالوزير أراد بناء مستشفى جديد للعلاج العقلي والنفسي في مدينة بدر يتسع لثلاثمائة سرير، على أن تقوم وزارة السياحة ببناء المستشفى. كان منطقي في الخلاف ضرورة الإجابة المقنعة على أسئلة محددة: لماذا نقوم بنقل ألف وخمسمائة مريض من مستشفى العباسية الشهير إلى الجبل! بينما لا يضم المستشفى الجديد الذي سيتم بناؤه لهم أكثر من ثلاثمائة سرير. في المقابل، فإن أرض مستشفى العباسية عبارة عن 68 فداناً وتساوي مليارات الجنيهات وهي ثروة هؤلاء المرضى. وإذا كان منظر المستشفى غير مريح فمن الممكن تحويل المنطقة المكشوفة لطريق صلاح سالم إلى حدائق وقد تم ذلك بالفعل.

من الممكن بناء المستشفيات الجديدة فوق أرض مستشفى العباسية وحدها. وكيف نطرد ألفاً وخمسمائة مريض بينما هم أصحاب الحق في هذه الأرض التي هي مخصصة لهم منذ مئة عام. المباني آيلة للسقوط والمرافق في حالة انهيار. وبدلاً من إصلاح حالة وظروف هؤلاء المرضى، يكون الحل هو سلبهم أرضهم وطردهم.

نجحت حملتنا، وتدخل الرئيس، وأوقفت خطط نقل المستشفى وبيع أرضه. ولا أنسى أبداً مساندة الصحافة لموقفنا، ولدور صديقي الدكتور زاهي حواس عالم الآثار المصرية الأبرز والوزير السابق، والذي أكد في أكثر من تصريح إعلامي أن المستشفى مبنى أثري، حيث تجاوز عمره المائة عام، ولا يستطيع احد هدمه. وأتذكر أن "الجبالي" ذهب لمجلس الوزراء واشتكى "حواس" وقال: هو صديق عكاشه وقد ساعده لذلك، وللأمانة أن موقف حواس كان وطنياً، ولم يخف رغم انه كان أمين عام المجلس الأعلى للأثار في حينها .

صعدت الموضوع ضد الوزير وضد الحكومة كلها. اهتم الإعلام بالحملة وبالوقفة التي دعوت اليها ونفذتها أمام المستشفى. استفدت من هذا الاهتمام بالمطالبة بالحديث عن زيادة أعداد مستشفيات الصحة النفسية، لا يبعها أو هدمها. دعوت أيضاً لاهتمام الوزارة بالصحة النفسية من خلال إعطاء أسبقية التعيين في وزارة الصحة والحوافز لمن يتخصص في الطب النفسي. قلت إن نحو 70% ممن يحصلوا على ماجستير الطب النفسي غير موجودين في مصر بعد أن سافروا للعمل بالدول العربية.

بداية التحاقى بالجمعية العالمية للطب النفسي

ترشحت بعد ذلك، لعضوية المجلس التنفيذي للجمعية العالمية للطب النفسي، ونجحت، وبعد فترة قصيرة، أصبحت المسؤول عن اللجان العلمية بالجمعية. كان ذلك في منتصف التسعينيات من القرن الماضي. التوصيف الدقيق لهذا المنصب هو "الأمين العام للجان العلمية". في ذلك الوقت كانت الجمعية العالمية تضم 50 لجنة، الآن وصل عددها لأكثر من 70 لجنة علمية عالمية. ضمنها لجان غريبة ومفيدة في نفس الوقت مثل: الفن والطب النفسي، الأدب والطب النفسي الدين، الروحانيات. هناك لجان بالطب للأمراض المعروفة كلها مثل الفصام والاكنتاب والأمراض الجنسية واضطرابات الطعام، أمراض الطفولة، لجنة المراهقين، لجنة خاصة بالنساء وأخرى لأمراض الشيخوخة وهكذا. كل لجنة مكونة من مجلس تنفيذي يضم عشرة أساتذة يتم انتخابهم من جميع أنحاء العالم. يجتمع هؤلاء بشكل دوري لمناقشة الجديد عالمياً. في هذه الفترة اختاروني لرئاسة لجنة أخلاقيات المهنة في الجمعية العالمية، حيث بدأت على الفور مع المجلس التنفيذي في وضع ميثاق حديث للطب النفسي. بالطبع كان هناك ميثاق معمول به، كنا نسميه "ميثاق هونولولو"، أما الميثاق الجديد الذي أشرفت عليه فكان يسمى "ميثاق مدريد". كان القديم ضعيف جداً، ولم نستطع به أن نواجه التحديات العلمية والسياسية الجديدة. بموجب الميثاق الجديد كان بمقدورنا أن نعاقب أو نطرد أحد الجمعيات المحلية إذا قامت باستغلال المريض النفسي سياسياً. كانت روسيا- الاتحاد السوفيتي سابقاً- تشخص حالة بعض المرضى بتوصيف طبي عجيب جداً اسمها "الفصام الزاحف" أو "المبادرة الفصامية". كان أي مواطن يهاجم الشيوعية أو ينتقد الزعيم السوفيتي أو أي من سياسات الدولة العليا، يقول الأطباء النفسيون الموالون للدولة- كل المستشفيات هناك في ذلك الوقت تتبع الحكومة الشيوعية- انه مصاب بالفصام، ويتم إدخاله لمستشفى الأمراض العقلية حيث يمكث المعارض لسنوات طويلة وفقاً لهذا التشخيص العجيب.

بعد تراكم الشكاوى التي تتضمن مآسي إنسانية عديدة جداً، أصدرت الجمعية العالمية إنذاراً شديداً لهجة لموسكو، عبر ممثلها في الجمعية السوفيتية للطب النفسي، فانسحبوا من عضوية "الجمعية العالمية" وهذا الأجراء كان سابقة عالمية. فالأطباء النفسيون الروس خافوا من اكتشاف أمرهم، وهم يعلمون انهم يفعلون شيئاً غير مشرف ومنافي للأعراف الطبية ولميثاق الطب النفسي، وكانت الجمعية العالمية بصدد طرد الجمعية الروسية.

انتهينا من إعداد الميثاق الجديد في عام 1996. وكنت رئيس اللجنة التي صاغته وعضوية علماء وأساتذة من الولايات المتحدة وأستراليا والبرازيل، والسويد، وألمانيا وفرنسا. هذا الميثاق الشامل معمول به حتى الآن، بالطبع دخل عليه تعديلات وإضافات مرتبطة بالمستحدثات العلمية والطبية، على سبيل المثال: قضية نقل الأعضاء للمرضى

اشتركت في المؤتمرات العلمية في وقت مبكر جداً من حياتي العلمية. التحقت في نهاية السبعينات من القرن الماضي بالجمعية العالمية للطب النفسي. شاركت في مؤتمراتهم، أقيمت محاضرات عديدة تكشف طبيعة الأمراض النفسية في مصر ومنطقتنا العربية. نشرت أبحاثاً في مجالات دولية وأنا لازلت طالب دكتوراه في لندن وذلك عندما شجعتي ودعمني أساتذتي في الجامعة ذي الأصول المصرية على ذلك. أتذكر أن من أفضل الأبحاث التي بدأت بها حياتي وحظيت باهتمام واسع كان حول "الوسواس القهري"، وكيف انه يأخذ أعراضاً دينية، وانه من بين 120 مريض وسواس قهري أجريت عليهم دراستي، وجدت ما لا يقل عن 65% من الأعراض ذات طابع ديني، مثل السب في الذات الإلهية، والوسوسة في الوضوء والإسراف في غسل الأيدي. وقارنت بين هذه الوسواس عندنا ونظيرتها في بريطانيا والهند وإسرائيل من خلال الأبحاث المنشورة هناك بالطبع. واندعشت جداً، عندما اكتشفت أن أكثر دولتين بهما وسواس دينية هما مصر وإسرائيل. ففي اليهودية هناك تشدد ديني فيما يتعلق بالوضوء والنظافة والذبح والطهي أيضاً.

أما في الهند فيها وسواس دينية، ولكن اقل من مصر وإسرائيل، وكانت بريطانيا بلا وسواس دينية تقريباً.

وأركز هنا على ما قلته بشأن الاله "تحوت" أو "أوبونجل الفرعوني" وهو إله القمر والحكمة والطب، الذي عرف بسيد الحكمة المقدسة، وقد ظهر "أوبونجل" في مناظر المحاكمة الإلهية التي تصاحب نصوص كتاب الموتى، وهو يقف أمام الميزان الذي يوضع فيه قلب المتوفى، ويدون نتيجة الميزان، مما اضفى على الاله "تحوت" سمة العدالة والاستقامة. وشرحت لهم كيف جعلته شعاراً لمركز الطب النفسي الذي أنشأناه في جامعة عين شمس، وكذلك هو شعار الجمعية المصرية للطب النفسي حتى الآن.

بعد ذلك، وفي نهاية الثمانينات من القرن الماضي، تم اختياري لأكون الممثل الإقليمي للجمعية العالمية للطب النفسي، في شمال إفريقيا، والتي تضم مصر والسودان وليبيا وتونس، والجزائر، والمغرب وموريتانيا. ثم أصبحت ممثلاً للشرق الأوسط كله .

أتذكر أبحاث هذه المرحلة، وكان أبرزها عن الاستجابات المختلفة للأدوية في كل منطقة، وانه ينبغي أن تكون الجرعات العلاجية مختلفة بالتناسب مع الأعراض الجانبية في كل بلد، وذلك وفقاً لمعايير عديدة جداً.

ترجي في الجمعية العالمية للطب النفسي، وإعداد ميثاق عالمي جديد للطب النفسي

وركزنا في "الميثاق" أيضاً على أهمية عدم التفرقة في العلاج على أساس ديني أو عرقي أو قومي، لأنني شخصياً أؤمن بهذا المبدأ دائماً "الأكثر إنسانية هو الذي يمرض نفسياً".

أعود للجمعية العالمية للطب النفسي، التي تضم الآن 145 جمعية على مستوى العالم، يمثلون 121 دولة. هناك دول مثل فرنسا بها عدة جمعيات وليس جمعية واحدة للطب النفسي. يتبع الجمعية العالمية أكثر من 250 ألف طبيب. يقيناً هي أكبر جمعية طبية على مستوى العالم..

النفسيين سواءً بالتبرع أو الزرع. التعديل الثاني متعلق بالتعذيب، حيث يشدد "الميثاق" على انه ممنوع بأي شكل من الأشكال مشاركة الطبيب النفسي بأي وسيلة من الوسائل في التعذيب، حتى لو طلبت السلطات العليا ذلك أو أقرته رسمياً .

أما التعديل الثالث فمتعلق بعلاج الفقراء ومتوسطي الحال .

وقد نصحننا في "الميثاق" بان الطبيب يمكنه أن يقبل الدعوة، لأنه لا بد أن يتعرف على الجديد في عالم الدواء، لكنه لا ينبغي أن يتعمد وصف دواء غالي الثمن وهو يعلم أن هناك دواء أرخص بنفس الفعالية. لو حدث ذلك، فهذه مخالفة.

انتخابي كرئيس للجمعية العالمية للطب النفسي، وافتتاح المقر الجديد للجمعية العالمية للطب النفسي في جنيف

بزيارتي لإسرائيل، ليست بسيطة كما تعتقد، وهي ليست نابعة من موقف سياسي في الأساس، إنما هو موقف نقابي صميم. فنقابة الأطباء في مصر والتي أشرف بالانتماء إليها، لديها قرارات حازمة بهذا الشأن، وأن من يزور إسرائيل سيتم سحب رخصته المهنية فوراً. وحينها لن أصبح طبيباً في بلدي، وبالتالي لن أصبح رئيساً لهذه الجمعية. عندما سُحب رخصتي سنتنقى عنى صفتي كطبيب نفسي. أنا أدعوك لبلدي، ولكني لا أستطيع أن أزورك، وأنتم هنا لكم كل الحرية في ألا تنتخبوني. ضحك البروفيسور الإسرائيلي، وقال: نحبك. وسنتنكبك رغم ما قلته، كنت سياسياً في الرد عليه خاصة إنني المرشح الأوحده ولا يهمني أصوات أطباء إسرائيل (عشرة أصوات).

لم يكن لـ"الجمعية" مقرأً دائماً، كانت الأمانة العامة والسكرتارية تنتقلان إلى مقر الرئيس المنتخب. لم يعجبني ذلك الوضع ووجدته معوقاً للعمل. ذهبت أنا ومجموعة من قيادات "الجمعية" بينهم أطباء سويسريون إلى مدير المستشفيات الجامعية بجنيف، والذي يتبعه مستشفى ضخم للأمراض العقلية، وطلبت منه تخصيص فيلا جميلة تقع داخل أبنية المستشفى لتكون مقرأً للجمعية. قلنا لهم، سندفع إيجارا معقولاً ونتكفل بمصاريف التشغيل والإضاءة والتدفئة، لكن فوجئنا بقرار سريع جداً منهم بالموافقة، وفوق ذلك تعهدوا بان يقدموا المبنى بالمجان، أي تبرعوا به لهذا الغرض النبيل. من مصلحتهم أن تكون مقر الجمعية عندهم في جنيف وفي قلب المستشفى الجامعي. وبعد مرور عشرون عام تقريباً، مازالت صورتي وأنا أقص الشريط لافتتاح مقر الجمعية، تزين الجدران، وما زالوا يذكرون لي هذا الموقف بكل تقدير

في 1999، في المؤتمر الدولي للجمعية في هامبورج، شمال ألمانيا، رشحت نفسي لرئاسة الجمعية، كان ينافسني أربعة أساتذة، أمريكي، وسويدي وفرنسي وسويسري. الأصوات هي للجمعيات الدولية، ووفقاً لعدد الأطباء في كل جمعية، بعد أقصى أربعين صوتاً للجمعية الكبرى. وطبيعة المنافسة في جمعيتنا تكون للرئيس المنتخب الذي يظل في موقعه لثلاث سنوات، يصعد بعدها ليصبح الرئيس الفعلي بدون انتخابات لمدة ثلاث سنوات أخرى. بعد أن سجلت أسمى في الانتخابات وتوقعت أنا وأصدقائي المصريين والعرب أن تكون انتخابات ساخنة جداً، كان قرارى مصدر استغراب لكثيرين باعتبارى أول عربي وأول مسلم يترشح للمنصب الذي احتكره الأوروبيون والأمريكيون منذ ميلاد الجمعية. المفاجأة التي كانت تنتظرني اختلفت تماماً عما حسبته أنا وأصدقائي. جاءني رئيس الجمعية المشرف على الانتخابات وأبلغني وهو يضحك: كل المنافسين انسحبوا من أمامكم دكتور عكاشه، لم يحدث أن ترشح طبيب واحد لهذا المنصب، بالفعل هذه سابقة. المنافس الأمريكي قال لي وهو يضافني: أنت مسلم شرق أوسطى، أفريقي، بلدك والبلاد التي تمثلها غير ديمقراطية، لكننا سنختارك أنت لأنك البروفيسور عكاشه. أقام لي أصدقائي احتفالاً بالطريقة المصرية التقليدية بعد نجاحي، حملوني على أكتافهم في قلب المؤتمر، وكان مئات الأطباء يضحكون على هذا المنظر الفريد.

وأذكر موقفاً صعباً خلال ترتيبات هذه الانتخابات، حين جاءني رئيس جمعية الطب النفسي الإسرائيلي وقال لي بصوت منخفض: أنا في وضع حرج جداً. أريد أن انتخبك، ولكن إذا نجحت هل تستطيع أن تزورنا في إسرائيل، ستكون رئيسنا.. هل تستطيع أن تفعل ذلك؟ استوعبت الموقف، أو "الفخ" سريعاً، وقلت له: هذه القضية المتعلقة

أهم المؤتمرات العلمية التي شاركت فيها كرئيس للجمعية العالمية للطب النفسي

تماماً. كنا نقرأ مقالات وأبحاث عن علاقة الطب النفسي هناك بهذه الطريقة الجديدة. تناقشنا في ماهيتها، وماذا سيقول الطبيب النفسي في الصين هناك لمواطن يقول له "أنا عندي دائرة حولي أستطيع من خلالها تحريك الأشياء، وهي تحضني على عمل الخير". بدأت الشكاوى تأتينا من الصين، وخاصة من الأطباء الدارسين. كانوا يشخصون هذه المجموعة بأنهم مرضى مكانهم الطبيعي هو مستشفيات الأمراض العقلية. تواصلنا مع السلطات الصينية، وتمت دعوتنا إلى هناك. وتوليت أنا وفريق "الجمعية" الكشف على عدد من الحالات المحجوزة بالمستشفيات، كما فحصنا أوراق معظم المرضى. اتفقنا بعد مناقشات واسعة على أن الأزمة ليست في هؤلاء المرضى، ولكن

من المؤتمرات الطبية التي لا أنساها، وكانت بعد انتخابي لرئاسة "الجمعية" كان في "يوكوهاما" باليابان. وأيضاً من الرحلات المهمة في هذه المرحلة، كانت رحلتي للصين، زرت الصين مرات عديدة، ولكن رحلتي إلى هناك وأنا رئيس للجمعية العالمية وبرفقتي وفد رفيع، كانت لمهمة علمية جداً. فقد انتشر في هذه الفترة على مستوى العالم طريقة صينية للعلاج الروحي اسمها "فالن جونج". أناس يعتقدون في شخصيات مختارة تنبع بالنور وبالقوة، ويستطيع المختار من هؤلاء إن ينقل هذا الشعاع إلى الناس فيهدتوا به إلى الخير والصواب. وبدأ الإيمان بهذه الطريقة ينتشر بشكل سريع جداً، مما تسبب في إزعاج سياسي وعلمي تجاوز حدود الصين. فهي طريقة مختلفة عن "التأويه"

وأمرىكا لتدريبهم ليصبحوا هم أنفسهم مدربين لباقي الأطباء في الصين.

كما اعتز، خلال رئاستي لـ"الجمعية" بمؤتمرات علمية عقدها في جزيرة "جوادلوب" وهي جزيرة كان يحتلها الفرنسيون في "البهاما"، وبمؤتمر آخر على اطراف برشلونة، وبمؤتمر ثالث في اقصى الأطراف الشمالية لأيسلندا.

تقريبًا سافرت إلى كل القارات الست. شاركت في مؤتمرات بمعظم دول العالم .

الأزمة في أطباء الطب النفسي في الصين. كان نظامهم عجيب جداً. أي طبيب ممارس يتحول إلى أخصائي طب نفسي بعد تدريب بسيط لا يستغرق أكثر من ستة أشهر، بل تعرفنا إلى أطباء لم يحصلوا على أي تدريب أو مؤهل مناسب. فهؤلاء الشباب غير المتدرب تسرعوا في تشخيص مرض هذه المجموعة بأن لديهم "ضلالات". اكتشفنا أن المجموعة المحتجزة، ليست مريضة على الإطلاق، ولكن لديهم عقيدة مختلفة عما يعتقد به الغالبية من الشعب. اتفقنا مع السلطات هناك بأنه لا بد من تغيير المناهج وأسلوب التدريب، مع توصية بإرسال عدد كبير من الأطباء النفسيين للتدريب، وأرسلنا أطباء نفسيين من أوروبا

مؤتمر الجمعية العالمية للطب النفسي في مصر عام 2005

أديت مهمتي بنجاح في مصر أو العالم، من خلال الجمعية العالمية، أقول إنني نفدت ما كنت احلم به والحمد لله .

لقد عاهدت نفسي منذ تخرجي أن تكون مهمتي الأساسية، إضافة إلى مهمتي كطبيب في عيادته أو المستشفى الذي يديره، هي إزالة الوصمة عن المرضى النفسيين.

ورغم كل هذه المؤتمرات في العالم فإن أكثر الفعاليات التي اعتر بها في مسيرتي، ما حققته في عام "2005" بانعقاد المؤتمر الشامل للجمعية العالمية في مصر. كان حدثاً عظيماً وفريداً، حيث شارك سبعة آلاف طبيب نفسي من أنحاء العالم في هذا المؤتمر الذي أقادنا كثيراً، وكشف صورة مصر الحضارية للعالم كله. وعندما انظر الآن، بعد أن

إعداد دراسة عالمية شاملة عن الصحة النفسية للطفل

هناك أعراض مرضية مقابلة لذلك تماماً، فقد تجد طفلاً لديه تضخيم لذاته وتحقير لمن حوله من الأهل والأصدقاء. بعض الأطفال لديهم "تنمر" ضد زملائهم في المدارس. هؤلاء مرضى نفسيين. ممكن للطفل إن يعود لمرحلة التبول على نفسه. "تبول لا إرادي". ينتظر العقاب حتى بدون أن يخطئ، يفكر في الأموات من عائلته.. وفي مرحلة المراهقة تزيد نسبة الانتحار. وفي المقابل، فإن نسبة عالية من القائمين على العلاج النفسي للأطفال غير مؤهلين لذلك. المطلوب وجود طبيب أسرة قادر على العلاج الأولي، والتحويل إلى الطبيب المختص. لا يوجد لدينا أطباء نفسيين بنسبة كافية، فما بالك بالمختصين لطب نفسي الأطفال. من المفترض أن يكون هناك طبيباً نفسياً لكل عشرة آلاف مواطن، هكذا تقول منظمة الصحة العالمية، بعض الدول، وخاصة في أفريقيا تصل فيها نسبة الأطباء النفسيين إلى واحد في المليون. هناك دول بلا أطباء نفسيين تماماً. فأتيوبيا مثلاً وحتى سنوات قريبة، كان بها ستة أطباء نفسيين فقط رغم أن تعداد سكانها حوالي 100 مليون نسمة. الشعوب في البلاد النامية، كانت ومازالت، تفضل العلاجات الشعبية والدينية والعشبية.

"عندما كنت رئيساً للجمعية العالمية، وتنفيذاً لبرنامجي الانتخابي الذي أعلنته، قمت بإعداد دراسة عالمية شاملة عن الصحة النفسية للطفل. أخذنا سبعين أستاذاً لطب نفس الأطفال من أنحاء العالم، ونجحت في الحصول على تمويل من إحدى الشركات الكبرى للأدوية. لم نذكر اسمها في البحث بالطبع، ولم تقدم دعابة لعقاقيرها. وأجرينا استطلاعاً عالمياً مهماً للغاية. قسمنا أنفسنا لثلاث مجموعات عمل، الأولى عملت على تحليل وتنظيم مناهج طب نفسي الأطفال، الثانية درست أهمية الكشف المبكر عن المرض النفسي، والثالثة اهتمت بالخدمات الطبية وبالعلاج المتاح للأطفال المرضى في جميع أنحاء العالم ابتداءً من الدول النامية وانتهاءً بالدول المتقدمة.

كما ركزنا في برنامجنا، على رفع مستوى الوعي عند الشعوب الفقيرة بالمرض النفسي، والاهتمام بشكل خاص بالأطفال، وأيضاً على أسباب الأمراض النفسية، وخاصة الاكتئاب عند الأطفال، ووجدنا أن الاستعداد الوراثي يلعب دوراً مهماً في ذلك، إضافة إلى أن التربية والبيئة المحيطة تلعب دوراً محورياً، فوجدنا أن أعراضاً مرضية مثل تشتت الانتباه وفرط الحركة موجودة في المجتمعات الغنية أكثر من المجتمعات الفقيرة لأنها لديها القدرة على تحمل هذا السلوك. وعلى الطبيب المعالج استعمال طرق غير المحادثة، للوصول إلى بعض المعلومات عن مرض الطفل، ومنها مشاهدته وملاحظته أثناء تأمله واستغراقه في أنواع اللعب المختلفة، ويجب على الطبيب محاولة التكم مع أي طفل يزيد عمره عن ست سنوات، وهنا يعتمد في فحصه لعقل الطفل على عوامل غير مباشرة كالحديث عن أحلامه ومخاوفه ومحتوى تفكيره، أما التاريخ الموضوعي للمرض أو للعائلة أو الصراعات الناشئة فيجب أخذها من الوالدين أو الأقرباء .

وأصدرنا كتاباً ضخماً عن واقع الطب النفسي للأطفال. كنت أنا الطبيب الوحيد من خارج جمعيتهم. ولأهمية الكتاب، ولدوري في إتمامه وتمويله، اهدوني الميدالية الذهبية. ومن النتائج المهمة، أننا وجدنا انه حتى في الدول المتقدمة، فإن التشخيص والعلاج للأطفال، اقل في جودته وشموله بمراحل من المتاح للمرضى البالغين بالطب النفسي. ووجدنا أيضاً أن نسبة كبيرة من الأهل، وخاصة الأمهات ينكرون أن أبنائهم مرضى نفسيين، وفي حاجة للعلاج. دول كثيرة، استفادت من هذا الكتاب- المشروع- وعدلت سياساتها بهذا الشأن. ووفقاً لهذه الدراسة ومن واقع أبحاث أخرى، فإن نسبة 3% من الأطفال، و8% من المراهقين يعانون من الاكتئاب. ونسبة المرض النفسي تزيد عند الأولاد عن البنات قبل سن 10 سنوات، وابتداءً من سن 16 فإن نسبة الاكتئاب تزيد عند البنات عن الأولاد، بل تعرف هذه المرحلة العمرية بمحاولات الانتحار. من مظاهر الاضطرابات النفسية عند الطفل، أن يتحول مزاجه للعصبية أو الاكتئاب، وألا يتفاعل مع الأشياء التي كانت تهجه. قد يفقد شهيتته للطعام، ويفقد وزناً، وقد يتحول هذا إلى مرض عضوي غير معروف لأطباء الأطفال. قد يعاني من صداع أو ألم في البطن أو قيء مستمر أو تصبح ساعات نومه قليلة بشكل ملحوظ. قد يصاب الطفل بالهياج الشديد أو التوتر، وقد يتحول إلى انطوائي وينعزل مع نفسه ولا يتحرك إلا للضرورة. وقد يفقد الطفل المريض الثقة في نفسه، ويحس دائماً انه فاشل وملئ بالعيوب.

الكلام أو فقدان اللغة بعد اكتسابها . فبعض مرضى "الذاتوية" أذكيا جداً، لديهم قدرة كبيرة على التعلم. ومع انتشار "الذاتوية" في المجتمع، ظهرت مدارس متخصصة جداً لهم. وخاصة في الدول الغربية. لازالت لدينا مشاكل عديدة في مدارس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. في المدارس المثالية، يكون هناك برامج علاجية وتعليمية متخصصة وفقاً للاضطرابات السلوكية للطفل. أما مدرسوها فيكونوا مدربين بشكل خاص جداً، حيث يتفرغ المدرس، أو المدرسة لحالتين أو ثلاثة فقط. وبشكل عام لا يوجد علاج تخصصي حسب الاضطرابات السلوكية، ولكن لا بد من المتابعة والمراقبة واشتراك الأهل في أي وسيلة للعلاج. ففي الولايات المتحدة وبقية المجتمعات الغربية، يعتبرون تشتت الانتباه وفرط الحركة نوعاً من الأمراض النفسية السلوكية. ولا توجد إحصائيات رسمية للأطفال من هذا النوع، لكن مظاهر هذا المرض، أنك تجد الطفل لا يجلس في مكان واحد، وغير منتهبه وهذا المرض قد يستمر حتى في سن كبير .

أما نسبة الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم أي محدودية الذكاء- فهي في حدود 7% في أي مجتمع طبيعي وسليم، وهناك وسائل حديثة للتعامل معهم، وهناك مدارس لدمجهم في الحياة، وهناك نظريات لأن يتعلموا وحدهم.

وأخيراً، لدينا في مصر الآن، مراكز في كل الجامعات لطب نفس الأطفال. وفي مرحلة سابقة، شجعت الشباب الحاصلين على دراسات عليا في الطب النفسي العام لأن يستكملوا أبحاثهم في الخارج ليختصوا في طب نفس الأطفال، وأصبح لدينا الآن في مصر "زمالة" في هذا الفرع المهم.

وقد يشمل البرنامج العلاجي الأب والأم والأخوة. نبدأ ذلك بالتوعية والمصارحة. قد نلجأ لحوار بسيط إذا كان الطفل قادراً على الفهم والتعبير عن نفسه، وقد يتم العلاج باللعب مع أطفال آخرين، أو برؤية بعض النماذج والأفلام. أما في الأمراض الشديدة مثل فصام الأطفال أو الاكتئاب، أو القلق الشديد، فمن الممكن أن نعطي أدوية خاصة بالأطفال وبكميات أقل حسب وزن الطفل .

ومن الحالات أيضا التي تستوجب عناية ومؤهلات خاصة للطبيب النفسي ومساعديه، حالات الأطفال المصابين "بمتلازمة داون" والتي كان يطلق عليها "المنغولية" للشبه بالجنس المنغولي ونسبة ظهورها في حدود 700/1، وهي تزيد في حالة حمل الأم وهي فوق سن الأربعين، حيث ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 100/1 من كل مولود لام فوق سن الأربعين. أما "التوحد" فالاسم العلمي الصحيح له هو "الذاتوية" فنسبتها في حدود 13 في كل 10,000 طفل، ولكن بعض الأبحاث الحديثة تدعى وصول النسبة إلى 1 في كل 150 طفلاً، وبالغت الولايات المتحدة في النسبة لتصل بها إلى طفل واحد من كل 100 طفل. وعادة لا تكون هناك مرحلة سابقة أكيدة من الارتقاء الطبيعي لـ"الذاتوية"، ولكنها إن وجدت لا تتجاوز عمر الثلاث سنوات، وهناك دائماً اختلافات في التفاعل الاجتماعي المتبادل، وتأخذ هذه الاختلافات شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والعاطفية، كما يتضح في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين، أو عدم تعديل السلوك طبقاً للإطار الاجتماعي، مع استخدام ضعيف للرموز الاجتماعية، وتكامل ضعيف بين السلوكيات الاجتماعية والعاطفية والتواصلية وخاصة فقدان التواصل الاجتماعي والعاطفي مع قلة

جائزة عكاشه السنوية للأطباء النفسيين الشباب

و قليلاً ما كانت المحاضرة الرئيسية في الطب النفسي، بل اختار علماء ومفكرين مهمومين بالقضايا الثقافية والعلمية والفنية العامة. اختار دائماً رانداً لديه أعلى درجات الإدراك في موضوع علمي أو إنساني. وأتذكر أنه كان من أبرز ضيوف الشرف الذين القوا محاضرات لازالت في ذاكرتي: الدكتور مصطفى سويف، الدكتور إسماعيل سراج الدين، الدكتور زاهي حواس، الدكتور وسيم السيسى، وفضيلة الشيخ الدكتور على جمعة وأخيراً الدكتور مصطفى الفقي. أما محاضرة شقيقي الدكتور ثروت عكاشه التي ألهاها على جمهور الحاضرين عام 1996، والتي جاءت تحت عنوان "التطهر النفسي من خلال الفن" فأعترف إنني عانيت كثيراً في إقناعه بإلقاء هذه المحاضرة لإثراء الوعي الثقافي والفني لجمهور المحاضرة، الذي لا يمثل فقط الأطباء النفسيين بل جمع من المثقفين والمتدوقين وكانت المحاضرة مزيجاً من الرومانسية وعمق الثقافة، طهرت نفوس الحاضرين، فخرج الكل مشحون الروح والنفس، مليئاً بالحب والنقاء.

"احتقلت مع الأصدقاء والزلاء وفريق مجلة "الشرق الأوسط للطب النفسي المعاصر" في صيف 2019، باليوبيل الفضي للمحاضرة والجائزة باحتفالية مهمة كان أبرز فعاليات محاضرة غنية للمفكر الدكتور مصطفى الفقي كان عنوانها "الدين والإرهاب رؤية سلوكية". وكتقليد سنوي، منحت جائزتين ماليتين، شهادة وميدالية لاثنتين من الأطباء النفسيين الشباب، نختارهم بعناية ودقة بناءً على إنتاجهم العلمي خلال العام ونحرص على أن يكون سن الفائز أقل من 42 عاماً. أما بداية الاحتفالية، فكانت فكرة أحد زملائي وهو الأستاذ الدكتور الراحل فاروق لطيف مؤسس ورئيس مجلة الشرق الأوسط للطب النفسي الأسبق، والذي شارك في حفل بلوغي الستين، وكان مؤمناً بنجاح مركز الطب النفسي في جامعة عين شمس والجمعية التي أسسناها لهذا الغرض، فألح على أن اجعلها تقليداً سنوياً، واقتنعت بفكرته ونفذتها وتطورت على مدار هذه الأعوام الطويلة .

حملة إزالة وصمة المرض النفسي

بدأت منتصف الستينيات من القرن الماضي، أرى بوضوح أن هذا كان هدفي الأسمى في عملي. نجحت إلى حد كبير في ذلك .

كنت أوصي زملائي وتلاميذي ألا يرفضوا الظهور في وسيلة إعلامية محترمة، للتقريب بين الرأي العام وبين طبيعة المرض النفسي، وأنه "ليس وصمة عار" تبدأ بالمرضى وتمتد للطب النفسي ذاته

عندما كنت رئيساً للجمعية العالمية للطب النفسي، بدأت حملة عالمية رائجة وغير مسبوق لإزالة الوصمة عن المرض النفسي في العالم، ومؤخراً بدأت مرحلة جديدة للحملة مدعوماً من عدد من الشخصيات العامة والهيئات الطبية الوطنية، في حملة محلية لإزالة وصمة المرض النفسي في مصر. وعندما استرجع مسيرتي مع الطب النفسي والتي

العلاج، الذي يتضمن في المقام الأول المشورة النفسية الاجتماعية والأدوية المضادة للاكتئاب تبلغ 147 مليار دولار أمريكي، تفوق التكاليف في تحسين مشاركة القوى العاملة وإنتاجيتها بنسبة 5 في المئة وتقدر قيمتهما بنحو 399 مليار دولار أمريكي، وتحسين الصحة يضيف إلى ذلك 310 مليار دولار أمريكي من العوائد.

ومع ذلك، فإن الاستثمار الحالي في خدمات الصحة النفسية يقل بكثير عن اللازم. فوفقاً لمسح عام 2014 لأطلس الصحة النفسية التابع للمنظمة، تنفق الحكومات 3% في المتوسط من ميزانيات الصحة الخاصة بها على الصحة النفسية، وتتراوح النسبة من 1% في البلدان المنخفضة الدخل إلى 5% في البلدان المرتفعة الدخل. إن الصحة النفسية يلزم أن تعد أولوية إنسانية وإنمائية عالمية، وأولوية في كل بلد من البلدان.

ويجب علينا أن نوفر العلاج الآن لمن هم في أمس الحاجة إليه، وفي المجتمعات المحلية التي يعيشون فيها. وإلى أن نقوم بذلك، سيظل المرض النفسي يستنزف إمكانيات الناس والاقتصاد..

الاستثمار في مجال الصحة النفسية معقول على ما يبدو من الناحية الاقتصادية، لأن استثمار كل دولار أمريكي واحد في تحسين علاج الاكتئاب والقلق يحقق عائداً قدرها 4 دولارات أمريكية في ميدان تحسين صحة الفرد وزيادة قدرته على العمل. فالإكتئاب يزيد من خطورة الإصابة باضطرابات وأمراض ناجمة عن استعمال المواد النفسية التأثير، مثل داء السكري وأمراض القلب والسرطان. ويوجد في العالم الآن ما يزيد عن خمسمائة مليون نسمة يعانون من الاضطرابات النفسية، ويشكل المرض النفسي واحد من كل أربعة، لقد بلغ مرض الاكتئاب في العالم حوالي 140 مليون نسمة أي في مصر حوالي مليون وأربعمائة ألف، أما حالات الفصام في العالم يقدر عددهم الآن حوالي 50 مليون نسمة والفصام يمثل حوالي مليون نسمة في مصر.

تقيس منظمة الصحة العالمية للأمراض المختلفة بما تم تسميته عبء المرض أي عدد السنوات في الغياب عن العمل أو الدراسة والوفاة المبكرة. وحالياً يعتبر الاكتئاب أكثر الأمراض عبثاً في النساء أما في الرجال فهو الثالث ومن المنتظر أن في عام 2030 سيكون العبء الأول للرجال والنساء، أن مريض السرطان أو القلب لا يقدم على الانتحار إلا إذا صاحبه الاكتئاب. إن عدد المنتحرين في العالم حوالي مليون نسمة 70% منهم من يعانون من الاكتئاب، أي منتحر كل 40 ثانية!!! أكثر من الحروب والأوبئة والمجاعات.

أن علاج الاكتئاب والمرض النفسي هو استثمار لاقتصاد الأمة، وفي دراسة حديثة في لندن من كلية الاقتصاد البريطانية، ثبت أن علاج الاكتئاب وعودة المرضى للعمل والمشاركة تزيد من الناتج القومي 3%.

إن التعريف الجديد للإدمان انه مرض مزمن عصبي في المخ قابل للانتكاس ويؤثر في مراكز التحفيز والعاطفة، والذاكرة مثل مرض السكر والقلب.... الخ

تتابع علاج مرضى الفصام بعقاقير مختلفة حتى الآن، سواء عن طريق الحبوب، النقاط، أو حبوب تنوب في الفم، أو حقن قصيرة المدى وطويلة المدى، ثم حقن كل أسبوعين، ثم كل ثلاثة أسابيع، ثم كل شهر والآن كل 3 شهور. إن هذه العلاجات جعلت ما لا يقل عن 99% من المرضى النفسيين يعالجون في العيادة ويمكثون مع أسرهم 0.5% فقط الذين يحتاجون الدخول للمستشفيات. إن علاج المرضى النفسي

والمستشفيات النفسية وأقرب المريض. ومن أجل ذلك. ولأهداف علمية، عملت على تأليف عشرات الكتب باللغة العربية لكي يفهم المصريون والعرب طبيعة المرض النفسي والطب النفسي، قدمت فيها نصائح مهمة للوصول إلى السعادة والاستقرار النفسي.

من بين عشرات المؤلفات التي كتبتها بالعربية وبالإنجليزية، أهتم بشكل خاص بالكتاب الموسوعي "الطب النفسي المعاصر" والذي اشترك أبني الدكتور طارق عكاشة أستاذ الطب النفسي بجامعة عين شمس معي في تطوير طبعاته الأخيرة، وطبعت منه سبعة عشر طبعة حتى الآن. وأتذكر أن عدداً من الأساتذة في الطب النفسي وعلم النفس طلبوا مني، أن أجمع كل الأمراض النفسية في كتاب مرجعي واحد، فكان هذا الكتاب والذي يتم تدريسه تقريباً في كل أقسام علم النفس بالجامعات المصرية والعربية. استغرقت في وصف وتحليل كل الأمراض النفسية وقارنت بين نسبها في مصر وباقي دول العالم ووجدت أن النسب طبيعية جداً عندنا. وبسبب التطورات الحاصلة في الطب قد أجا لتطوير هذا الكتاب، وكذلك سيفعل كل العلماء في مصر والعالم، حيث تقسم مراحل تطور الطب النفسي إلى أربع مراحل: المرحلة الإنسانية، والمرحلة التحليلية، والمرحلة الطبية، والمرحلة الفسيوكيميائية، ومع بداية القرن الحادي والعشرين تبدأ مرحلة الهندسة الوراثية الجزيئية وخلل المسارات العصبية والكيميائية. وأنا اعتبر هذا الكتاب وغيره من كتب الطب النفسي التي تتم قراءتها أو دراستها خارج قاعات كليات الطب بمثابة مساهمة في إزالة وصمة المرض النفسي عن العقول: "الحملة" التي بدأت في صيف 2019، بدأت قوية بالفعل، وتفاعل الإعلام معها، وسنواصل فعاليتها في أنحاء مصر.

إن وصمة العار ال Stigma التي ترتبط بالمرض النفسي أو الطبيب النفسي وتمتد إلى المستشفيات النفسية والمرضى وأقاربهم وأساليب العلاج النفسي، يجب إزالتها لأنه أصبح لهذه الأمراض علاج يجعل الإنسان يعود إلى طبيعة حياته السابقة من عمل، زواج، أصدقاء، رياضه..... الخ. والمقصود بالوصمة هو الشعور بالخجل والنقص والرفض وعدم الاهتمام من قبل الآخرين. وتهدف الحملة من خلال هذا البرنامج إلى زيادة الوعي بطبيعة المرض النفسي، وتحسين النظرة للمصابين بالمرض النفسي وعائلاتهم، والعمل على منع التمييز والتحيز ضد المرض النفسي والمريض النفسي.

ومنذ فترة نجحت في إقناع القائمين على شئون التجنيد بعدم كتابة سبب الإعفاء من التجنيد المرض النفسي في الشهادة لما كان يسببه من حرمان للمريض من الالتحاق بالعمل (مرض عقلي)، ويجعله مطارداً بسبب مرضه الذي لا ذنب له فيه، والاكتفاء الآن بكتابة معاف من الخدمة العسكرية لأسباب طبية اسوه بباقي الأمراض، وبالأكثر، لقد تمكنت من تطبيق هذا باثراً رجعيًا.

فعند رئاستي للجمعية العالمية للطب النفسي، قامت الجمعية بحملة على مستوى العالم لإزالة الوصمة بسبب المرض النفسي، ووجدت انه سنحت الفرصة الآن للقيام بهذه الحملة في مصر، وقد سبق القيام بها في مصر في سيناء. ويسعدني أن هذه الحملة تقوم تحت رعاية الجمعية المصرية للطب النفسي، واتحاد الأطباء النفسيين العرب، وكذلك مؤسسه مصر الخير، وكل رؤساء أقسام الطب النفسي في كل الجامعات المصرية، وقد تحمست شركة جانسن في مصر للاشتراك في هذه الحملة. والهدف من الحملة هو زيادة الوعي بالمرض النفسي، وإزالة الوصمة ومحاولة العلاج المبكر.

تزداد الاضطرابات النفسية الشائعة انتشاراً في جميع أنحاء العالم. ووجدت الدراسة في الولايات المتحدة أن التكاليف المقدرة للتوسع في

عادة ما يسئ الإعلام غير الواعي للمريض النفسي ويزيد من نيذه وتهميشه، فلا يوجد في الطب النفساني اضطرابا أو مرضا يسمى بالجنون، وبالطبع هناك ضوابط محددة في الدول الغربية لهذه الآلية في العلاج قد لا تتحقق عندنا بشكل تام، وهناك جدل عام حاليًا حول العلاج القسري للمريض النفسي. القوانين تطورت كثيراً في هذا الشأن، حيث تذهب دول عديدة بأن إيجاب المريض النفسي على العلاج هو اعتداء على حقوق الإنسان. لكن في كل بلاد العالم المريض الذي يشكل خطر على نفسه أو على المجتمع ويرفض العلاج ولا يملك بصيرة انه مريض، وجب إلزامه على العلاج بعد هذه الشروط، وان يفحصه طبيب مستقل ليثبت حاجته لإلزامه بدخول المستشفى من عدمه حفظا على حقوق الإنسان، وبعد أن تأكد لنا من خلال إحصائيات دولية دقيقة أن المريض النفسي خطره اقل بكثير من الإنسان الصحيح نفسياً، 85% من حوادث القتل في العالم يرتكبها أصحاب نفسياً.

هذه معالم حملتي الأخيرة لإزالة وصمة المرض النفسي، لكني اعتر بكل ما أنجزته في حياتي العلمية. اعتر بالجمعية المصرية للطب النفسي، التي تضم في عضويتها حالياً ما يزيد عن ثلاثة آلاف طبيب مصري، واعتر بأنني تنازلت طوعاً عن رئاسة هذه الجمعية إيماناً منى بالديمقراطية وبأهمية تداول السلطة، ولثقتي في الأجيال الجديدة من الأطباء الشباب.

الآن بالدواء والعلاج النفسي يقلل من العلاج بالمستشفى أو النكسات مما يجعل المريض يعيش ويعمل ويتزوج بطريقة مجتمعية، مما يغير مفهوم الأمراض النفسية والصمام ويعامل المريض النفسي كمريض السكر، أو الضغط، أو القلب، أو السرطان .

إن وصمة المرض النفسي وتهميش المريض النفسي والابتعاد عنه ونبذه من الجيران، ونظرة الأطفال له انه مجنون ويجب الحذر والابتعاد عنه والخوف من التقرب إليه يؤثر في المريض بطريقة سلبية ويجعله يفقد ثقته بنفسه ويصاب بانخفاض في الروح المعنوية وعدم قدرته على الاختلاط والعمل مما يشكل العجز في التكافل الأسرى وزيادة حالات الطلاق والامتناع عن العمل، بل أن اللجوء للمخدرات منتشراً بينهم للهروب من الوصمة (حوالي 30-40%) وكذلك قد ينتشر الانتحار بنسبه تتراوح من 12-15%. إن المريض النفسي لا يحظى بالعناية إذا أصيب بأمراض في القلب، الضغط، السكر أو السرطان لأنه مريضاً نفسياً. مما جعل المرض النفسي يقلل من عمر الإنسان حوالي 15 عاماً.

تشير منظمة الصحة العالمية انه حتى الآن أن نسبة عدم علاج المرضى النفسيين في العالم كالاتي: الفصام 40%، الاكتئاب الجسيم 50%، اضطراب تناول الكحوليات والمخدرات 90%، الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة 90%

قانون رعاية المريض النفسي لسنة 2009

العلاج، ولذلك أطلق عليه حجز المريض أما القانون الحالي فهو لرعاية و علاج المرضى الذين يحتاجون للعلاج الإلزامي بعد التقدم الواضح في العلاج في السنوات الأخيرة.

2. كان لا يسمح في كل قوانين العالم بعلاج أي مريض طبيًا إلزامياً مهما كان شدة المرض إلا في بعض الحالات النفسية التي لا تزيد عن 1/2 % من كافة المرضى النفسيين و ذلك إذا كان المرض يمثل خطورة على النفس أو المجتمع أو عدم علاجه قد يؤدي إلى تدهور في الحالة، و هذا يعني أن حوالي 99.5 من المرضى النفسيين لا يحتاجون للعلاج بالمستشفيات ويجب معاملتهم مثل مرضى القلب ، الأورام و الكبد... الخ ، وهذا يعني أن العلاج يجب أن يكون إرادياً و يجب أن يكون تحت إشراف الرقابة من وزارة الصحة و نقابة الأطباء و الجهاز القانوني مثل أي مرض طبي، إن المرض النفسي هو مرض في المخ و لذا يتشابه مع جميع الأمراض الطبية إلا في هذه الحالات الخاصة.

3. لا يوجد أي قانون للأمراض النفسية في كثير من بلاد العالم فمثلاً في أسبانيا، كان دخول أي مريض نفسي إلزامياً يتبع القانون العادي من خلال الجهات القضائية والأمنية والطبية دون الحاجة لسن قانون خاص للمرضى النفسيين.

4. إن معاملة المريض النفسي بطريقة مختلفة عن المريض الجسدي هي ردة وهدر لحقوق المريض النفسي ويتناقض تماما مع حملة التوعية التي كنا ندعو لها بأن المريض النفسي لا يختلف عن المريض الجسدي، بل أن المرض النفسي هو مرض

جاهدت كثيراً من أجل الحث على إلغاء القانون رقم 141 لسنة 1944 بشأن حجز المصابين بأمراض عقليه، وقد تقدمت بقانون لمجلس الشعب بموافقة وزير الصحة آنذاك بمدوح جبر عام 1973 أي منذ 35 عاماً ، حتى تحقق هذا الحلم وشاركت في إعداد، ومناقشة وعرض مسودة قانون جديد لرعاية المريض النفسي، وذلك بعد مناقشتها مع خبراء الطب النفسي في مصر و التي تمتد خبرة بعضهم في ممارسة الطب النفسي إلى خمسين عاماً أي نصف قرن ممارسة لهذه المهنة، ومع معظم الزملاء في الجمعية المصرية للطب النفسي من أساتذة الجامعات، ومع أطباء وزارة الصحة، و القوات المسلحة والعلاج الخاص، وبعد مداوات مع لجنة الصحة في البرلمان استمرت لمدة ثلاث سنوات، تم إلغاء أحكام القانون السابق رقم 141 لحجز المصابين بالأمراض العقلية لسنة 1944، واعتمد قانون رعاية المريض النفسي رقم 71 لسنة 2009 ، والذي فيه تم استبدال عبارة " الجنون، أو العته أو عاهة العقل" بعبارة "الاضطراب النفسي أو العقلي" ، وعبارة " الأمراض العقلية" بعبارة "الأمراض النفسية"، وعبارة "الأمراض النفسية والعقلية" بعبارة "الأمراض العصبية والذهانية" ، وهذا بالطبع بمثابة خطوة إيجابية رائدة للنهوض بالصحة النفسية و الاحتفاظ بحقوق المريض النفسي و الالتزام بما جاء في وثيقة الأمم المتحدة لحقوق المريض النفسي 1991 و ميثاق مدريد للجمعية العالمية للطب النفسي 1996 و ميثاق الجمعية المصرية للطب النفسي.

وقد تم الاتفاق على معظم المواد وجرى تعديلها بما يناسب الثقافة المصرية سواء من الناحية الاجتماعية أو النفسية، حيث أن قانوننا غير قابل للتطبيق العملي يكون بمثابة أوراقا ليس لها فاعلية، و فلسفة القانون الجديد اعتمدت على الآتي:

1. ألتمز القانون السابق 1944 بما كان متاحاً في هذا الوقت من عدم وجود أي علاج فعال للأمراض النفسية فكانت المستشفيات داراً للإيواء وليس

في كل الحقوق الإنسانية إلى الكونجرس الأمريكي
في 2007

جسدي في المخ، مما كان يضاعف من وصمة
المرض النفسي.
كانت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بصدد تقديم
قانون المساواة التامة بين المريض الجسدي والنفسي
5.

إضافة باب جديد لقانون رعاية المريض النفسي مخصص لتنظيم ممارسة مهنة العلاج النفسي لغير الأطباء النفسيين

بالطبع انتصارا كبيرا للحفاظ على حسن الأداء سواء في العلاج
النفسي، السلوكي، وتنظيم إيقاع المخ، وأيضا شروط التخصص في
هذه المهنة. وأعتقد أننا بذلك نعتبر من أوائل الدول التي تعطي رخصة
مهنة العلاج النفسي لغير الأطباء النفسيين في العالم .

ثم تم إصدار القانون رقم 210 لسنة 2020 بتعديل بعض أحكام قانون
رعاية المريض النفسي لعام 2009، حيث تم إضافة باب جديد بعنوان
" الباب الرابع مكرر" مخصص لتنظيم ممارسة مهنة العلاج النفسي
لغير الأطباء النفسيين وبذلك يتم إلغاء العمل بالقانون رقم 198 لسنة
1956 بتنظيم مهنة العلاج النفسي، والذي فيه كنا نعطي رخصة
العلاج النفسي من وزارة الصحة بشروط لا يمكن تطبيقها في الوقت
الحالي .

وهذه أول مرة يضاف باباً كاملاً بشأن العلاج النفسي لغير الأطباء
النفسيين للقانون الأصلي الذي يخص رعاية المريض النفسي، وهذا

تعريب التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية الخاص بمنظمة الصحة العالمية

في جميع الجامعات، هم تلامذتي، سواء بشكل مباشر من خلال
الدراسة الجامعية أو في مراحل الماجستير والدكتوراه، أو توليت
ترقياتهم. كل هؤلاء الزملاء التلامذة، اسعد بعلمهم، وأشجعهم على
أبحاثهم، وافخر بهم في كل مكان، لأنني أؤمن بأن قيمة الأستاذ هو
تخريج أساتذة أكفاء حتى يزدهر علم الطب النفسي في مصر والبلاد
العربية .

وأخيراً لقد ساعدت في تعريب التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية
والسلوكية الخاص بمنظمة الصحة العالمية والذي يعتبر أساس لكل
بلاد العالم في تصنيف الاضطرابات .

وأخيراً، اعتبر مستقبلي في سني هذا، ما هو إلا تجميع وتكثيف
لمحطات حياتي السابقة، فمستقبلي الحقيقي أراه في تلامذتي وأولادي
وأحفادي، مستقبلي في الأساتذة الذين يدرسون في أقسام الطب النفسي

أ.د. احمد عكاشه في سطور

- دبلوم العلاج النفسي والسلوكي من الأكاديمية العالمية للعلاج النفسي والسلوكي، كلورادو، الولايات المتحدة، عام 1988
- عضوية كلية الأطباء الملكية بأدنبره (تخصص طب نفسي) 1963
- عضو كلية الأطباء النفسيين الملكية، لندن، 1972

- أ.د. احمد عكاشه، أستاذ الطب النفسي طب عين شمس، ورئيس مركز البحوث والتدريب في الصحة النفسية
- لمنظمة الصحة العالمية – مركز أ.د. أحمد عكاشه للطب النفسي - مستشفيات جامعة عين شمس للطب النفسي
- الرئيس الشرفي للجمعية المصرية للطب النفسي والاتحاد الأطباء النفسيين العرب، ورئيس الجمعية العالمية للطب النفسي (2002-2005)
- الحائز على جائزة الدولة في الإبداع العلمي 2000، جائزة الدولة التقديرية في العلوم الطبية 2007، جائزة النيل (مبارك) في العلوم الطبية 2010، وسام العلوم والفنون من الطبقة الأولى لسنة 2013، والدكتوراه الفخرية في العلوم- جامعه عين شمس لسنة 2019
- عضو المجلس الرئاسي الاستشاري لعلماء وخبراء مصر التابع لرئيس الجمهورية، ومستشار السيد رئيس الجمهورية للصحة النفسية والتوافق المجتمعي

التدرج الوظيفي

- مدرس ورئيس ومؤسس لوحدة الطب النفسي - طب عين شمس 1965-1970
- أستاذ مساعد 1970-1976
- أستاذ 1976-1995
- أستاذ متفرغ 1995-2005
- رئيس قسم الأمراض العصبية والنفسية 1991 - 1995
- أستاذ غير متفرغ 2005 حتى الآن

المؤهلات العلمية

- بكالوريوس الطب والجراحة عام 1957
- دبلوم الطب النفسي، كلية الأطباء الملكية، لندن، عام 1961

المشاركة في اللجان

- رئيس المجلس العلمي للطب النفسي في الزمالة المصرية للتخصصات الطبية، وزارة الصحة والسكان
- عضو بلجنة الأخطار النفسية الناتجة عن الكوارث بالجمعية الأمريكية للطب النفسي .
- رئيس اللجنة العلمية لزمالة البورد النفسي في الطب النفسي، وزمالة طب نفس الأطفال والمراهقين، وزمالة البورد النفسي للإدمان
- عضو مجلس الأمناء بمدينة زويل للعلوم والتكنولوجيا سابقا
- عضو اللجنة التنفيذية لهيئة الابتكار وتنمية العلوم والتكنولوجيا
- عضو مجلس إدارة صندوق الاستثمار القومي الخيري للتعليم
- عضو مجلس الأمناء بمكتبة الإسكندرية
- عضو المجلس القومي للصحة النفسية
- عضو مجلس أمناء جامعه العلمين الجديدة
- عضو لجنة التخطيط في القطاع الطبي في المجلس الأعلى للجامعات

رئيس اللجان الآتية بالجمعية العالمية للطب النفسي

- رئيس اللجنة أخلاقيات الطب النفسي بالجمعية العالمية للطب النفسي 1993-2002 وأصدر ميثاق مدريد 1996 ميثاق الشرف لأطباء نفس العالم حتى الآن.
- رئيس برنامج منهج تدريب الأطباء النفسيين في العالم 1999-2005
- رئيس برنامج إزالة وصمة المرض العقلي 1999 - 2005
- رئيس برنامج البرنامج الرئاسي للصحة النفسية للطفل، البرنامج النفسية للطفل 2002-2005
- رئيس لجنة المراجعة (Review Committee) بالجمعية العالمية للطب النفسي 2008-2011
- رئيس لجنة الأخلاقيات (Review and Ethics Committee) بالجمعية العالمية للطب النفسي 2011-2014
- عضو في اللجنة العليا للجمعية العالمية للطب النفسي (الرؤساء السابقين)

البرامج الرئيسية أثناء رئاسة الدكتور/ احمد عكاشه للجمعية العالمية للطب النفسي

- البرنامج الرئاسي للصحة النفسية للطفل، البرنامج اشترك فيه 74 أستاذ طب نفس أطفال من 40 دولة ونشرنا برنامج 1- التوعية بالاضطراب النفسي للطفل، 2- التشخيص المبكر، 3- الخدمات النفسية سواء في البلاد النامية أو المتقدمة وقد صدر كتاب بهذا الشأن وقد أعطت الجمعية العالمية لطب نفس الأطفال الميدالية الذهبية للدكتور احمد عكاشه نظراً لأنها لأول مره يوجد برنامج عالمي بشأن المرض النفسي للطفل
- برنامج محاربة وصمة المرض النفسي وقد اشترك فيها أساتذة الطب النفسي من معظم بلاد العالم.
- برنامج إرشادي لتدريس طلبة كلية الطب " الطب النفسي" حيث إن 40% من مرضى طبيب الأسرة أو الممارس العام هي أعراض جسدية لأسباب نفسية.
- برنامج إرشادي لتدريس التخصص في الطب النفسي لأن الطبيب يتعرض لكل الجنسيات ولمختلف الحضارات ويجب إلمامه بها وكذلك على أتباع ميثاق مدريد والذي يعنى بأخلاقيات الطب النفسي التي تزيد عن أخلاقيات الطبيب العام وعلاقته الإنسانية بالمرضى

الدورات التدريبية والندوات والمؤتمرات

- أدخل استعمال مصطلح الطب النفسي في العالم العربي 1964 بدلاً من مصطلح الأمراض النفسية والعقلية
- يعد عودته من بريطانيا .
- أنشأ مدرسة الطب النفسي البيولوجي في مصر.
- أدخل مفهوم المريض النفسي كإنسان له كل الحقوق التي يجب احترامها وتقديرها .
- أظهر الطب النفسي في الإعلام بصورة إنسانية حضارية.
- قنن كل الأمراض النفسية حسب الثقافة العربية المصرية.

الاشتراك في أنشطة أكاديمية وعلمية وتربوية

- رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي (انتخب رئيساً لأطباء نفس العالم في هامبورج أغسطس 1999، وكان بذلك أول رئيس من خارج قارتي أوروبا وأمريكا (2002 – 2005).
- رأس الكونجرس العالمي الثالث عشر للطب النفسي المنعقد بالقاهرة في الفترة من 10- 15 سبتمبر 2005 وهذه أول مرة يعقد هذا الكونجرس في إفريقيا أو الشرق الأوسط و

- حضره حوالي 6000 عالما في مجال الطب النفسي من 119 دولة .
- مؤسس ورئيس شرف ومستشار مركز عكاشه للطب النفسي
- مدير مركز البحوث والتدريب لمنظمة الصحة العالمية في منطقة شرق البحر المتوسط في مجال الصحة النفسية 1990 حتى الآن.
- رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي 1983 – 1999 ومن 2005 حتى 2018 (حاليا الرئيس الشرفي)
- رئيس اتحاد الأطباء النفسيين العرب 1994 - 1996 ومن 2008 – 2011(حاليا الرئيس الشرفي)
- رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي للطنشون العلمية (الانتخاب في ريو دي جانيرو 1993-1999)
- نائب رئيس الأكاديمية العالمية للطب السلوكي والعلاج النفسي (كولورادو) منذ 1996 حتى الآن .
- مستشار برنامج غزة للصحة النفسية
- مستشار وخبير بمنظمة الصحة العالمية في الصحة النفسية بجنيف 1999 حتى الآن.

التقدير والتكريم

- مستشار وزير العدل للطب الشرعي النفسي 1984 – 1996.
- عضو محكمة القيم العليا (من الشخصيات العامة) 1990 – 1993.
- عضو مجلس الأمناء بمدينة زويل للعلوم والتكنولوجيا سابقاً.
- عضو اللجنة التنفيذية لهيئة الابتكار وتنمية العلوم والتكنولوجيا.
- عضو مجلس إدارة صندوق الاستثمار القومي الخيري للتعليم.
- عضو مجلس الأمناء بمكتبة الإسكندرية.
- عضو المجلس القومي للصحة النفسية.
- عضو مجلس أمناء جامعه العلمين الجديدة.
- عضو لجنة التخطيط في القطاع الطبي في المجلس الأعلى للجامعات.
- جائزة الدولة في الإبداع الطبي من أكاديمية البحث العلمي 2000.
- جائزة الدولة التقديرية في العلوم الطبية 2007.
- جائزة مبارك (النيل) في العلوم الطبية 2010.
- وسام العلوم والفنون من الطبقة الأولى لسنة 2013.
- الدكتوراه الفخرية في العلوم، جامعة عين شمس سنة 2019.
- عضو المجلس الرئاسي الاستشاري لعلماء وخبراء مصر التابع لرئيس الجمهورية.
- مستشار السيد رئيس الجمهورية للصحة النفسية والتوافق المجتمعي.
- عضو المجلس التنفيذي: المجلس العالمي لمنظمات العلوم الطبية (منظمة الصحة العالمية – منظمة اليونسكو)
- الدكتوراه الفخرية من جامعة لوزان في التعليم الطبي 2000
- زمالة كلية الأطباء الملكية، أديبره، 1974
- زمالة كلية الأطباء النفسيين الملكية، لندن، 1974
- دبلوم الأكاديمية العالمية للعلاج النفسي، نيويورك، 1982
- الزميل العالمي المميز للجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1984
- زمالة الجمعية الفرنسية للطب النفسي، 1982
- الزمالة الفخرية بكلية الأطباء النفسيين الأمريكية 2003
- زمالة الجمعية التشيكية للطب النفسي 2005.
- الميدالية الذهبية والزمالة الفخرية للجمعية العالمية لطب نفس الأطفال والمراهقين 2004.
- الميدالية البرونزية لكريبلين –الزهايمر من جامعه ميونيخ بألمانيا.
- الزمالة الفخرية للجمعية العالمية للطب النفسي 2005
- جائزة الرئاسة التقديرية للجمعية الأمريكية للطب النفسي 2006.

الداخل

- رئيس اللجنة العلمية لزمالة البورد النفسي في الطب النفسي، وزمالة طب نفس الأطفال والمراهقين، وزمالة البورد النفسي للإدمان.
- عضو اللجنة الاستشارية العلمية للمجلس القومي لمكافحة المخدرات.

أعماله الإنشائية

- نشأ وأسس مركز أ.د. أحمد عكاشه الطب النفسي لمستشفيات جامعة عين شمس وقد تم افتتاحه في يوليو 1990، ويشمل ١٠٠ سرير للمرضى الداخليين وخمس عيادات خارجية تناظر ٢٠٠ مريض أسبوعيا ذلك بالإضافة إلى الأجهزة ومعامل الفسيولوجيا العصبية وعلم النفس والاتصالات بمراكز البحوث في العالم وقد تم اعتبار المركز مركزا للتنسيق في البحوث والتدريب مع منظمة الصحة العالمية لمنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط.
- أنشأ وأسس مجمع أ.د. أحمد عكاشه للعيادات و المدرج الإكلينيكي في مركز الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس وقد تم افتتاحه عام 2017، و يفحص بالعيادة الخارجية حوالي 150 مريضا يوميا أي حوال 70.000 مريضا نفسيا في السنة وذلك حتى عام 2020 قبل تقشى وباء الكورونا .

- يصدد إعادة افتتاح المركز بعد تجديده ليتواكب مع متطلبات المريض وسيتم الافتتاح بإذن الله في غضون شهر أغسطس 2022.
- أنشأ وأسس الوصل بين أقسام علم النفس بكليات الآداب في جامعات القاهرة وعين شمس وكلية البنات مع كليات الطب.
- أنشأ وأسس وحدة معمل النوم والأمراض المرتبطة بالنوم بمركز عكاشه للطب النفسي.
- أنشأ وأسس وحدة المسح الطوبوغرافي للمخ بالكمبيوتر.
- أنشأ وأسس معمل حديث للمخدرات وقياس العقاقير النفسية بالسوائل البيولوجية.
- أنشأ وأسس مكتبة حديثة للطب النفسي مع اتصالات مع أنحاء العالم لتسجيل الأبحاث وطلبها من عدة مراكز.
- ساهم في إنشاء أقسام الطب النفسي بجامعات الأزهر، طنطا، الزقازيق، المنيا كما أشرف علي قسم الطب النفسي بجامعة قناة السويس.
- تبرع بجائزة لأفضل البحوث في الطب النفسي إلى الأطباء النفسيين المصريين الشبان بعد محاضرة عكاشه السنوية و التي دخلت العام الخامس والعشرون والتي يلقيها أقصى تقنية في هذا الفرع أو العلوم المتصلة بها. وتشمل شهادة وميدالية وجائزة مالية.

المجلات العلمية والعالمية

- مؤسس ورئيس فخري لهيئة تحرير المجلة المصرية للطب النفسي
- رئيس مجلس إدارة تحرير مجلة الطب النفسي المعاصر.
- مؤسس ورئيس تحرير المجلة العالمية للطب النفسي باللغة العربية
- عضو هيئة التحرير في :
 - الرأي المعاصر في الطب النفسي، لندن
 - المجلة البريطانية للطب النفسي، لندن
 - مجلة Acta neuropsychiatrica ، ألمانيا
 - مجلة انسيفال الفرنسية، باريس
 - مجلة اتحاد الأطباء النفسيين العرب، عمان
 - المجلة الألمانية للطب النفسي، ألمانيا
 - المجلة الإيطالية للطب النفسي، إيطاليا
 - الموسوعة العالمية للطب النفسي والعقلي وعلم النفس، نيويورك
 - المجلة الطبية الأمريكية والطب النفسي والأعصاب، نيس، فرنسا
 - مجلة اقتصاديات الصحة النفسية ميلانو، إيطاليا
 - المجلة الأفريقية للطب النفسي
 - المجلة العالمية للطب النفسي البيولوجي لأفريقيا والشرق الأوسط
 - رئيس هيئة التحرير لمجلة الجمعية الطبية الأمريكية (الشرق الأوسط) American Medical Association
 - رئيس هيئة التحرير لمجلة أركيف للطب النفسي العام (الشرق الأوسط) Archives of General Psychiatry
 - رئيس هيئة تحرير المجلة البريطانية للطب النفسي (الشرق الأوسط)
- قائمة بالكاتب والمؤلفات العلمية
 - مانتان ستة وثمانون بحثاً عالمياً في مجالات الطب النفسي والعصبي والعلوم السلوكية والاجتماعية نشروا في المجلات العلمية، العالمية والمحلية .
 - أشرف علي خمسة وثمانون (85) رسالة دكتوراه في الطب والآداب
- أشرف علي مئة وخمسون (150) رسالة ماجستير في الطب والآداب
- تسعه وخمسون (59) كتابا باللغة العربية والإنجليزية تم نشر ستة وثلاثون منها بالخارج في الطب النفسي وعلم النفس وهي:
 1. الطب النفسي الإكلينيكي (1976)، دار الكتاب للنشر 1000 صفحة، (بالإنجليزية)
 2. الطب النفسي الإكلينيكي (1988)، مكتبة الأنجلو المصرية، 1300 صفحة ، (بالإنجليزية) أول مرجع في الطب النفسي يناقش العوامل الحضارية في البيئة العربية والمصرية
 3. الطب النفسي المعاصر (بالعربية طبعة فريدة منقحة - الطبعة السابعة عشر 2018)، مكتبة الأنجلو ألف ومانتان صفحة، أول مرجع في الطب النفسي باللغة العربية (يدرس في كل الجامعات العربية)
 4. العلوم السلوكية (1984)، مكتبة الأنجلو المصرية، 200 صفحة، (بالعربية)
 5. أسس علم النفس 1996 الطبعة العاشرة، مكتبة الأنجلو المصرية (بالإنجليزية)
 6. مرشد الطب النفسي 1990، مكتبة الأنجلو المصرية، (بالإنجليزية)
 7. علم النفس الطبي 1994 (الطبعة الرابعة)، مكتبة الأنجلو المصرية، 591 صفحة، (بالإنجليزية)
 8. علم النفس الفسيولوجي، الطبعة الثانية عشر (2016) 418 صفحة، مكتبة الأنجلو المصرية (بالعربية) أول كتاب باللغة العربية في هذا الفرع (يدرس في جميع الجامعات العربية)
 9. المراجعة العاشرة لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (ترجمة)- منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط 1999.

10. ليوناردو دافنشي (1970)، مقدمة وترجمة لفرويد، مكتبة الأنجلو المصرية
11. العقاقير النفسية (1979)، (بالعربية)
12. إجابات نخشاها (1977) مكتبة غريب، (بالعربية)
13. الإدمان له علاج (1985) سلسلة كتب للجميع، (بالعربية)
14. في بيتنا مدمن (1985) وزارة الثقافة، (بالعربية)
15. علاج الليثيوم (1985) ١٥ صفحة، (بالعربية)
16. كتاب مؤتمر سيكو باثولوجيا القلق (1981)، ٤٠٠ صفحة، (بالإنجليزية)
17. عذابك له دواء (1973)، دار المعلم للنشر، بيروت، (بالعربية)
18. ثقب في الضمير (1995)، دار الشروق، (بالعربية) طبعة خامسة (2009)
19. أفق في الإبداع الفني رؤية نفسية - دار الشروق (بالعربية) 2002
20. الرضا النفسي، البوابة الملكية للصحة والسعادة، دار الشروق (بالعربية)، 2006
21. التشريح النفسي الشخصية المصرية، دار الشروق (بالعربية)، الطبعة الخامسة، 2013
22. الطريق للسعادة، دار الكرمة (بالعربية)، 2015
23. نفسي، مؤسسة بتانه الثقافية، (بالعربية)، 2020
24. قراءة للعقل المصري، دار الكرمة (بالعربية)، 2022
6. "Al- Junun" Mental Illness in the Islamic World (Oxford Press) 2000
7. "Somatoform Disorders A worldwide perspective", (somatoform disorders – An Arab perspective)" Eds. Y.Ono, a, Janca, M.A.Sai and N. Sartorius - Springer, 1999.
8. " Issues in Preventive Psychiatry" (Prevention of Deontological Mistakes: The Role of Ethical Codes) Eds. G.N. Christodoulou, D. Lecic – Tosevski and V.P. Kontaxakis. KARGER 1999
9. "Psychiatry" (Professional Ethics and boundaries) Eds. Allan Tasman, Jerald Kay and Jeffrey A. Lieberman. John Wiley, 2003
10. " A Century of Psychiatry"(International Psychiatry and the work of the WPA) Ed. Hugh Freeman. Mosby and Wolfe, 1999
11. "Depressive Disorders" (Depression and its treatment: a General Health Problem) Eds. Mario Maj and Norman Sartorius. John Wiley and Sons. Volume 1. 1999
12. "Schizophrenia" Eds. Mario Maj and Norman Sartorius. John Wiley and Sons. Volume 2. 1999
13. "Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry" Eds. Fullford et al. 2006
14. "The Overlap of Affective and Schizophrenia Spectra" (The Concept of Schizo affective disorder: Utility versus validity and reliability – A Transcultural Perspective) Eds. Andreas Marneros and Hagop Akiskal, Cambridge University Press, 2007
15. "Culture And Mental Health, A Comprehensive Textbook" (North Africa focus on Psychiatry in Egypt) Eds. Kamaldeep Bhui and Dinesh Bhugra. Hodder Arnold, 2007
16. "Medicine of the Person Faith, Science and Value in the Health Care Provision" (The individual versus the family: an Islamic and Traditional Societies Perspective) Eds. John Cox, A; Astair V. Campbell and Bill (K.W.M.) Fulford. Jessica Kingsley London and Philadelphia. 2007
17. "Oxford Textbook of Suicidology" (Suicide Behavior and Sub-Syndromal Disorders- An Arab Perspective) Eds. Wassermann et al. 2010, update in 2020
18. "Spirituality and Religion" Eds. Haroon Rashid Chaudry et al, 2009

إسهامات في تأليف وكتابة فصول في الكتب العالمية :

واحد وعشرون إسهاماً في الكتب العالمية :

أولاً :

Chapters in International Books: (21 Books)

1. "Suicide in Asia and the Middle East" (Egypt) Eds. Lee A. Headley, California Press, 1983.
2. "International Classification in Psychiatry Unity and Diversity" (The Egyptian Diagnostic System (DMP-I)) Eds. Mezzich and Michael von Cranach, Cambridge Press, 1990.
3. "International Review of Psychiatry Series" Eds. Mezzich et al (American Press), 1993.
4. "Interpersonal Factors in The Origin and Course of Affective Disorders". (Expressed emotion in families of a sample of Egyptian depressive patients), Eds. Mundt et al. The Royal College of Psychiatrists. UK, 1996.
5. "Manage or Perish? The Challenges of managed Mental Health care in Europe" (Challenges of Managed Mental Health Care in the south-East Mediterranean Region) Eds. Jose Guimon and Norman Sartorius. Kluwer Academic/Plenum Publishers 1999

- "Phobias", Eds. Okasha et al. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Volume 7. – John Wiley and Sons., 2004 .6
- "Personality Disorders" WPA Evidence & Experience in Psychiatry”, Eds. Okasha et al .7 .2004.
- "Families And Mental Disorders from Burden to Empowerment" Eds. Okasha et al., John Wiley and Sons, 2005 .8
- "Early Detection and Management of Mental Disorders". Eds. Okasha et al. John Wiley and Sons, 2005 .9
- "Disasters And Mental Health" Eds. Okasha et al. John Wiley and Sons, 2005. .10
- "Somatoform Disorders,” Eds. Okasha et al. John Wiley and Sons, 2005. .11
- "Perspectives On the Stigma of Mental Illness" Eds. Okasha et al WPA 2005 .12
- "The Mental Health of Children and Adolescents – An Area of Global Neglect" Eds. Okasha et al. John Wiley and Sons 2007 .13
- "Contemporary Topics in Woman’s Mental Health Global Perspective In A Changing Society" Eds. Okasha et al. John Wiley and Sons, 2009 .14
- "Religion and Psychiatry: beyond boundaries" Eds. Peter Verhagen et al, Wiley knowledge for generations, 2010. .19
- “Wars, insurgencies and terrorist attacks: a perspective from the Muslim psycho-social world” Ed. Unaiza Niaz, John Wiley & Sons, 2011. .20
- “Coercive treatment in psychiatry- clinical, legal and ethical aspects”, Eds: Thomas Kallert et al, John Wiley & Sons, 2011. .21

ثانياً

Editor مؤلفات

أربعة عشر مؤلف عالمي باللغة الإنجليزية :

- "ICD-10 Case Books", Eds. Okasha et al. American Psychiatric Press, 1996. .1
- "Obsessive Compulsive Disorder" Eds. Okasha et al. WPA Evidence and Experience in Psychiatry –Volume 4 John Wiley and Sons. 2002 .2
- "Ethics, Culture and Psychiatry", Eds. Okasha et al. American Psychiatric Press 2000 .3
- "Images In Psychiatry- The Arab World", Eds. Okasha et al. WPA Series, The Scientific Publishing House ,2001 .4
- "Psychiatry In Society” Eds. Okasha et al. John Wiley and Sons, 2003 .5

Abstract

Professor Ahmad Okasha is a pioneer in the history of psychiatry worldwide and in the Arab world in particular. He has been inspiring many people to become psychiatrists and has made significant contributions to the development of psychiatry in Egypt and around the world. The paper is a summary of his literature.

Prof Ahmed Okasha

MD, PhD, FRCP, FRC, Psych, FACP (Hon.), PhD (Hon.)

Director of WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health

Professor and Founder Okasha Institute of Psychiatry, Ain Shams University, Cairo, Egypt

Email: aokasha35@gmail.com